

# Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo

Obiettivi aziendali di interesse regionale anno 2017  
di cui alla DGR 6963 del 31 luglio 2017

## ATTIVITA' ISTITUZIONALI

### EVOLUZIONE SSR, INVESTIMENTI E SISTEMA INFORMATIVO

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>RENDICONTAZIONE ANNO 2017</b>
Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 – Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi	Consolidamento del processo di dematerializzazione delle ricette specialistiche;	In termini di percentuale delle ricette DEM specialistiche sul totale delle ricette SISS specialistiche emesse dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera, è stato rilevato un trend nettamente positivo. Infatti, dall'87,49% di gennaio 2017 si è raggiunto il <b>94%</b> al 31 dicembre 2017.

## CONTROLLO DI GESTIONE E PERSONALE

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Regole di gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017 – Capitolo 10 - Sistemi informativi e flussi	Riallineamento dei siti aziendali a seguito dei cambiamenti introdotti dalla legge regionale n. 23/2015: invio bimestrale degli stati avanzamento del programma annuale;	<p>Entro la scadenza prevista, con comunicazione è e-mail del 30 marzo 2017, è stato trasmesso alla DGW il "Programma annuale di aggiornamento dei contenuti dei portali dell'ATS e delle ASST della provincia di Bergamo", condiviso ed approvato nell'ambito della Tavola permanente di coordinamento della comunicazione provinciale"</p> <p>Come richiesto dalla DGW, si è proceduto all'attività di monitoraggio dando evidenza dello stato di attuazione del Programma, con l'invio degli avanzamenti intermedi in data 29 luglio, 1° ottobre e 1° dicembre.</p> <p>In data 21 dicembre è stato comunicato alla DGW il pieno raggiungimento dell'obiettivo inerente l'allineamento dei contenuti dei siti aziendali di ATS e ASST, come definito nel "Programma annuale di aggiornamento" concordato e trasmesso a Regione Lombardia il 30 marzo 2017.</p>

		<b>RENDICONTAZIONE ANNO 2017</b>
Incrementare il valore degli acquisti di beni e servizi effettuati attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione rispetto allo stesso periodo 2016	La misurazione verrà effettuata sul valore delle procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione a fine 2017 rispetto al 2016 (viene considerato il solo perimetro della programmazione aggregata). L'obiettivo risulterà comunque raggiunto se l'ente avrà raggiunto il 60% di acquisti centralizzati/aggreati/servizi in concessione;	<p>Nel 2016, la percentuale di "purchasing consorzia" è stata pari al 77,56% , come comunicato alla DG W in data 20 gennaio 2017.</p> <p>Al 31 dicembre 2017 la percentuale, di "purchasing consorzia" è pari al <b>74,16%</b>, ampiamente superiore al 60% previsto come target minimo per il raggiungimento dell'obiettivo.</p> <p>Il trasferimento alle ASST dell'acquisto dei vaccini ( € 4.454/000 nel 2016), che veniva effettuato tramite ARCA, ha probabilmente determinato il lieve decremento di % del 2017 vs 2016. Il risultato finale è comunque ampiamente &gt; 60%. <b>(74,16%)</b></p>
Copertura rispetto agli erogatori	Completa corrispondenza tra le strutture di ricovero censite con i modelli HSP e le strutture che inviano il flusso SDO;	<p>Si conferma che le Strutture di Ricovero e Cura Private Accreditate risultano correttamente censite. Tutti i dati riferiti alla rilevazione 2017 sono stati caricati sull'applicativo web <a href="http://www.fim.sanita.regione.lombardia.it">www.fim.sanita.regione.lombardia.it</a> entro i termini previsti.</p> <p>Con regolare cadenza trimestrale vengono trasmessi i dati riferiti ai modelli HSP 23 e HSP 24.</p>

## PROGRAMMAZIONE RETE TERRITORIALE

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Accreditamento area sociosanitaria	Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 5.2 Accreditamento e Paragrafo 12.4.1 Attività di verifica dei requisiti di esercizio e di accreditamento).	Si conferma il rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti.
	Rispetto della procedura indicata nella DGR n. 2569/2014 e s.m.i (DGR n. 4702/2015) per la messa in esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti	Si attesta il rispetto della procedura indicata nella DGR n. 2569/2014 e s.m.i (DGR n. 4702/2015) per la messa in esercizio e l'accreditamento delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti
Negoziazione e contratto area sociosanitaria	Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 5.3.2.1 Negoziazione e Contratti);	Si attesta il rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per la messa a contratto delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti
	Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per l'attribuzione del budget alle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% delle unità d'offerta interessate (Rif. Paragrafo 5.3.2. Area sociosanitaria);	Si attesta il rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per l'attribuzione del budget alle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% delle unità d'offerta interessate.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Piano annuale di vigilanza e controllo ambito sociosanitario	Rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per la vigilanza e il controllo delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti (Rif. Paragrafo 12.2 Indicazioni per le ATS e Paragrafo 12.4 Indirizzi per i controlli sulle unità d'offerta sociosanitarie);	Si attesta il rispetto dei criteri indicati nella Delibera delle regole DGR n. 5954/2016 per la vigilanza e il controllo delle unità d'offerta sociosanitarie nel 100% dei procedimenti.
Salute mentale e NPIA	Il budget complessivo 2017 per gli interventi in 43san (psichiatria adulti + NPIA) non deve essere superiore a quello del 2016 (Rif. DGR n. 5954/2016 paragrafo 5.3.1.5 Psichiatria, NPIA e sanità penitenziaria lett. g);	Budget complessivo spesa 2016 (calcolata su spesa 2015 + 5% secondo le indicazioni regionali) = € <b>5.955.981,15</b> ; Budget complessivo spesa anno 2017, comprensiva dei nuovi inserimenti: € <b>5.629.271,52</b> <b>2017vs 2016 = - 326.709,63</b>
	Attuazione in collaborazione con le ASST di un sistema di screening/presa in carico per tutte le puerpere in materia di depressione perinatale. (Rif. DGR n. 5954/2016 paragrafo 5.3.1.5 Psichiatria, NPIA e sanità penitenziaria lett. d);	Nel rispetto della scadenza In data 14 luglio 2017 è stato Come da richiesta regionale, è stato inoltrato il programma di azione concordato con le ASST entro i termini previsti (31/07/2017) ns prot U.0065367 del 14/7/2017. Il programma è attivo e in corso di sviluppo.
	Istituzione dell'Organismo di Coordinamento della Salute Mentale	Il nuovo Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale è stato costituito con atto deliberativo n. 1047 del 21 dicembre 2017.
Dipendenze	Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, con rilevazione per il territorio di competenza dei servizi già attivi per il trattamento del gioco d'azzardo patologico;	La relazione richiesta è stata trasmessa in data 18 gennaio 2018 con nota protocollo n. 0005190 16.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Cure Primarie	Attuazione Accordi integrativi regionali 2017 per MMG e PDF;	<p>In attuazione di quanto previsto dagli accordi integrativi regionali 2017:</p> <p>L'Accordo Aziendale per il Governo Clinico della <b>Pediatria di Famiglia</b> 2017 è stato sottoscritto in data 27/03/2017 e trasmesso a Regione Lombardia in data 30/03/2017 con nota prot. U0028998. Entro il 16/04/2017 sono state raccolte le adesioni dei Pediatri al progetto previsto dall'accordo. La percentuale di adesioni è stata pari al 93,38% (n. 127 Pediatri su un totale di n. 132).</p> <p>L'accordo regionale chiedeva, entro il 30 giugno, l'attivazione, in collaborazione con le ASST del territorio, di un sito web dedicato all'area pediatrica per fornire all'utenza le informazioni sulla tipologia di servizi offerti in base ai bisogni rilevati e alla loro integrazione nella rete materno – infantile (Pediatra di Famiglia, Specialista Ospedaliero, accesso al PS, ambulatori pediatrici del sabato pomeriggio, Servizio di Continuità Assistenziale), con l'obiettivo di favorire un appropriato accesso ai servizi e di fornire uno "strumento di risposta" sui problemi di salute tipici e ricorrenti in età pediatrica, con particolare riferimento alla corretta informazione sulle vaccinazioni". <b>La pagina web "Crescere in salute" è attiva dal 30 giugno 2017.</b></p>

		<p><b><u>MMG</u></b>  L'Accordo Aziendale per il <b>Governo Clinico della Medicina Generale</b> è stato sottoscritto in data 16/03/2017 e trasmesso a Regione Lombardia in data 30/03/2017 con nota prot. prot. U0028998.  Entro il 30/04/2017 . Entro il 16/04/2017 sono state raccolte le adesioni dei Medici di Medicina Generale ai due progetti previsti dall'accordo. La percentuale di adesioni è stata pari al 90,4% ( n. 622 Medici su un totale di 688)  Sono stati raccolti ed elaborati gli indicatori conferiti dai MAP relativamente alle due progettualità:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- “Adesione misurabile ai PDTA ATS/Regionali su malattie croniche” (malattia celiaca, artrite reumatoride);</li> <li>- “Partecipazione attiva a programmi di screening alla mammella, colon e cervice uterina” (Screening Oncologici);</li> </ul> <p>Per quanto riguarda gli screening oncologici, ad ogni Medico sono stati consegnati gli elenchi degli assistiti da sensibilizzare perché non rispondenti alla campagna.</p>
--	--	---

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Misure innovative e Sperimentazioni in ambito sociosanitario	Prosecuzione delle azioni innovative, delle misure e delle sperimentazioni nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR n.5954/2016;	Si conferma che le azioni innovative, le misure e le sperimentazioni, sono proseguite nel rispetto di questo stabilito dalla DGR n. 5954/2016.
	Relazione, da trasmettere entro il 31.01.2018, descrittiva delle modalità attraverso le quali sono stati messi in atto i raccordi con le ASST finalizzati a garantire la programmazione ed il corretto utilizzo delle risorse, in funzione sia dell'appropriatezza dei servizi resi, sia dell'equilibrio economico;	La relazione richiesta è stata trasmessa in data 11 gennaio 2018 con nota protocollo N.0003471.
	Relazione, da inviare entro il 31.01.2018, descrittiva delle attività di vigilanza e controllo effettuate nel 2017 sulle Misure e sulle Sperimentazioni in ambito sociosanitario, completa di analisi quali e quantitative;	La relazione richiesta è stata trasmessa in data 31 gennaio 2018 con nota prot. n. U10888 del 31/01/18.
	Rispetto delle richieste regionali e delle relative tempistiche in ordine al monitoraggio e valutazione delle Misure e delle Sperimentazioni.	In ordine al monitoraggio e valutazione delle Misure e delle Sperimentazioni, stabilite dalla Circolare Regionale del 01/02/2017 – n. 2 “Definizione delle regole di gestione dei flussi informativi afferenti l’area socio sanitaria e delle procedure di attivazione dei servizi SISS in attuazione della DGR X/5954 del 5/12/2016”, <b>tutti i flussi sono stati caricati su SMAF nel rispetto delle scadenze previste.</b>

## PROGRAMMAZIONE POLO OSPEDALIERO

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Reti di patologia	Promozione dell'attivazione presso le ASST del territorio di competenza di Audit interni per il monitoraggio dell'effettiva continuità assistenziale nei percorsi di presa in carico aziendali nell'ambito delle reti di patologia regionali e delle reti ospedaliere di cui al DM 70/2015	A seguito di richiesta formale, entro il 5 gennaio 2018, sono state acquisite dalle tre ASST del territorio le relazioni sull'attivazione degli Audit richiesti dalla Direzione Generale Welfare e inviate alla stessa. La documentazione è agli atti presso la Direzione Strategica si questa ATS.
Sistema Trasfusionale Regionale	Monitoraggio dell'autosufficienza di sangue ed emocomponenti: rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale delle unità di sangue su indicazione della Struttura Regionale di Coordinamento;	<p>La Struttura Regionale di Coordinamento (SRC) si configura, all'interno dell'organizzazione di AREU, come un'articolazione atta a promuovere e monitorare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ il raggiungimento dell'autosufficienza regionale di sangue, emocomponenti ed emoderivati e il concorso all'autosufficienza nazionale,</li> <li>▪ la qualità e la sicurezza delle attività trasfusionali, il buon uso del sangue e dei suoi derivati,</li> <li>▪ lo sviluppo di sistemi di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia dell'organizzazione trasfusionale</li> <li>▪ lo sviluppo della rete informativa trasfusionale regionale.</li> </ul> <p>Ad AREU , in particolare, alla Struttura Regionale per il Coordinamento, spettano le funzioni di monitoraggio del grado di perseguimento degli obiettivi assegnati dalla DGW in stretto raccordo con i DMTE regionali.</p> <p>Alle ATS sono delegate esclusivamente le funzioni di controllo dei requisiti di accreditamento delle Strutture Trasfusionali. Il 28 novembre 2017, in sede di un incontro tenutosi presso EUPOLIS Lombardia, il responsabile della Struttura Regionale di Coordinamento (SRC), <b>ha confermato il raggiungimento degli obiettivi</b> legati all'autosufficienza di sangue ed emocomponenti, quindi il rispetto del Piano Annuale di programmazione e compensazione regionale ed extra-regionale.</p>

<p>Sistema Regionale Trapianti</p>	<p>Promozione e monitoraggio in merito a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenimento del numero di donatori segnalati l'anno precedente;</li> <li>• Numero dei donatori di cornee superiore al 10% dei decessi in ospedale;</li> <li>• <input type="checkbox"/> Numero dei donatori di tessuti ossei da vivente superiore al 10% delle protesi impiantate in elezione;</li> </ul>	<p>Le strutture della provincia di Bergamo coinvolte nel Sistema Regionale Trapianti sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'Ospedale Papa Giovanni XXIII dell'ASST BG Papa Giovanni XXIII;</li> <li>- l'Ospedale di Treviglio dell'ASST BG Ovest;</li> <li>- l'Ospedale di Seriate dell'ASST BG Est.</li> </ul> <p>Il monitoraggio dei parametri elencati è stato effettuato con l'acquisizione, da parte di ATS, dei dati aggiornati al 30 settembre e 31 dicembre 2017. I dati sono gli stessi dati che il "Direttore del Coordinamento Prelievo e Trapianto d'organi e Tessuti dell'Area della Provincia di Bergamo" trasmette al Sistema Regionale dal. <b>Erano stati chiesti con Email del 24 agosto 2017 e gli Erogatori hanno rispettato le scadenze di invio definite: 15 ottobre 2017 per i dati al 30 settembre 2017 e 15 gennaio 2018 per i dati al 31 dicembre 2017.</b> L'allegato alla DGR 4281/2015 " <i>Dalla Rete al Sistema Regionale Trapianti: riorganizzazione ed efficientamento delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti</i>" non cita le ATS (ex ASL) nei diversi ambiti del processo riorganizzativo. Tuttavia presso questa l'ATS è attiva la campagna nazionale " <b>Donare gli organi: una scelta in Comune</b>", il progetto ideato dal Ministero della Salute e promosso, nell'autunno 2014, da Regione Lombardia, Federsanità, Anci e AIDO Lombardia. " <i>Donare gli organi: una scelta in Comune</i>" prevede che presso i Comuni aderenti, al momento della richiesta di rilascio o rinnovo della Carta d'identità presso gli uffici dell'Anagrafe, ai cittadini maggiorenni sia offerta la possibilità di esprimere e far registrare la propria volontà nel SIT - Sistema Informativo nazionale dei Trapianti. I Comuni, tramite il software in uso all'Ufficio Anagrafe, inseriscono le dichiarazioni dei cittadini direttamente nel SIT - Sistema Informativo nazionale dei Trapianti. Regione Lombardia ha affidato all'ATS la regia dei processi e la formazione degli operatori delle Anagrafi comunali. Per la regia dei processi i Comuni devono esprimere l'adesione tramite una delibera di Giunta e comunicarlo all'Ufficio Sindaci dell'ATS, che provvede a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trasmettere a Regione Lombardia l'elenco aggiornato dei Comuni aderenti;</li> <li>- organizzare la formazione degli operatori delle Anagrafi comunali.</li> </ul> <p>In collaborazione con il "Direttore del Coordinamento Prelievo e Trapianto d'organi e Tessuti dell'Area della Provincia di Bergamo", dall'avvio del progetto (2015) 2015 ad oggi, sono stati organizzati n. <b>8 incontri</b>, alcuni presso la sede ATS di Bergamo, altri sul territorio a Treviglio, Clusone e Zogno.</p> <p>Al 31 dicembre 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hanno partecipato alla formazione 177 Comuni (non tutti hanno poi aderito) e sono stati formati 341 operatori delle Anagrafi comunali.</li> <li>- <b>I Comuni aderenti sono stati 135 vs i 92 del 2016 (+47%);</b></li> <li>- <b>Le dichiarazioni raccolte sono state 30.435 vs le 17.104 del 2016 (+ 77,9%)</b></li> </ul>
------------------------------------	--	---

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p>Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (inibitori di pompa protonica)</p>	<p>Per i pazienti in trattamento con IPP si intendono soggetti con età superiore o uguale a 18 anni con la prescrizione di almeno una confezione di IPP in Nota 1 o 48 rapportati alla popolazione con età superiore o uguale a 18 anni.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16%;</li> <li>• ☐ Spesa pro-capite: €12,5;</li> <li>• N.DDD di IPP consumate in ospedale totale di soggetti dimessi: 10;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percentuale di pazienti in trattamento con IPP sul totale della popolazione: 16,49%;</li> <li>• Spesa pro-capite: € 9,57</li> <li>• N.DDD di IPP consumate in ospedale totale sul totale dei soggetti dimessi. Per questo indicatore sono stati acquisiti i dati dalle tre ASST del territorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ASST Bergamo Ovest: 8,26;</li> <li>○ ASST Bergamo Est: 6,34</li> <li>○ ASST HPG23: 7,7</li> </ul> </li> </ul> <p>In merito alle attività finalizzate alla promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali inibitori di pompa protonica, si è proceduto come di seguito descritto.</p> <p>In data 15 settembre 2017 , con prot. n. U0083620 è stata inviata ai Medici di Assistenza Primaria una nota ad oggetto: <i>"Promozione dell'appropriatezza prescrittiva degli Inibitori di pompa protonica"</i>.</p> <p>In data 12.10.2017 , con prot. n. U0093509 è stata inviata ai Medici di Assistenza Primaria una nota ad oggetto: <i>"Comunicazione inerente confezionamenti delle specialità medicinali della classe degli inibitori di pompa nei casi di utilizzo continuativo"</i> con l'informativa documentata che l'utilizzo di confezionamento da 28 compresse presenta vantaggi in termini di aderenza ed economicità.</p> <p>Con lettera a firma del Direttore del DCP e del Direttore del Servizio di Assistenza Farmaceutica sono stati invitati ad un confronto n. 15 Medici di Assistenza Primaria la cui spesa procapite per gli Inibitori di Pompa Protonica, nel 2016 era risultata essere superiore ad € 25,00.</p> <p>Gli incontri sono stati effettuati in data 18 e 19 ottobre 2017. Ad ogni medico è stato illustrato il dato relativo alle proprie prescrizioni su 1000 assistibili pesati per Inibitori di Pompa Protonica soggetti a nota AIFA 01 e/o 048, e il confronto sia con il dato relativo al PRESST, sia con quello provinciale.</p> <p>E' stato poi analizzato e commentato congiuntamente il documento dal titolo <i>"Uso ed abuso degli IPP"</i> elaborato dal Servizio Farmaceutico dell'ATS. Il documento è stato trasmesso anche tutti i MAP in data 2 dicembre 2017, sempre con l'obiettivo incrementare i singoli livelli di sensibilità e responsabilità rispetto all'appropriatezza prescrittiva dei medicinali Inibitori di Pompa Protonica.</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Promozione dell'appropriatezza prescrittiva dei medicinali (statine)	Percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo:82%;	Al 31 dicembre 2017 la % percentuale di statine a brevetto scaduto sul totale del gruppo è stata pari al <b>79,29%</b> . Dall'inizio dell'anno il trend è stato in <b>incremento positivo, passando dal 76,16 di gennaio 2017 al 79,29 di dicembre 2017.</b>
Incremento delle DDD percentuali di farmaci a brevetto scaduto riferiti alle classi ATC C08CA–C09BA–C09CA– C09DA–C10AA–C01FA–J01MA–M01AH–N06AX	Il raggiungimento dell'obiettivo sarà certificato da DG Welfare tramite le risultanze del medesimo documento elaborato, per l'anno 2017, da ATS Bergamo;	L'ATS di Bergamo ha elaborato mensilmente i mix ottimali tra principi attivi, per tutte le ATS della Regione Lombardia, relativi alle categorie terapeutiche al IV livello ATC sotto osservazione, individuati sulla base della miglior performance assunta quale benchmark di riferimento tra le singole ATS della Lombardia. Per tutte le classi ATC indicate, l'ATS di Bergamo ha registrato, rispetto al dato relativo a dicembre 2016, un incremento o, nei casi di già elevata percentuale, un mantenimento del trend. Nel dettaglio: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ATC C08CA da 91,32% a 91,35%</li> <li>– ATC C09BA da 94,99 a 94,73%</li> <li>– ATC C09CA da 81,43% a 99,79%</li> <li>– ATC C09DA da 77,79% a 99,05%</li> <li>– ATC C10AA da 78,81% a 79,01%</li> <li>– ATC J01FA da 97,65% a 97,33%</li> <li>– ATC J01MA da 90,45% a 90,08%</li> <li>– ATC M01AH da 18,82% a 99,74%</li> <li>– ATC N06AX da 81,91% a 82,84%</li> </ul>

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>RENDICONTAZIONE ANNO 2017</b>
Verifica delle procedure previste dalla DGR n.6006/2016 per l'attività preanalitica dei Servizi di Medicina di Laboratorio.	Verifica delle procedure e della messa in atto da parte dei Servizi di Medicina di Laboratorio di quanto previsto dall'Allegato 6 della DGR n. 6006/2016 e dalla nota della DG Welfare prot. n. G1.2017.0002865 del 30/01/2017 riguardo la preanalitica;	E' stata completata la verifica della documentazione attestante il mantenimento del requisito OSLAB 12, trasmessa da tutti i Servizi di Medicina di Laboratorio (SMEL) provinciali, con particolare riferimento alle procedure che definiscano le modalità preanalitiche come previste dall'allegato n. 6 alla DGR n. 6006/2016; L'applicazione di tali procedure è stata verificata in ulteriori due Servizi di Medicina di Laboratorio

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Accreditamento, negoziazione e contrattualizzazione	Partecipazione ai gruppi di lavoro regionali per il perfezionamento dell'Organismo Tecnicamente Accreditante;	Tutte le ATS, secondo le indicazioni emerse nell'ambito dell'Organismo Tecnicamente Accreditante in attuazione all'Accordo Stato Regioni 2012-2015 del 19 febbraio 2015, hanno contribuito a redigere gli otto adempimenti assegnati. <b>L'ATS di Bergamo ha elaborato e redatto il primo adempimento: "Stabilire la propria politica: mission e vision"</b> . I contributi di tutte le ATS sono stati condivisi e discussi nell'ambito degli incontri tenutisi presso Eupolis Lombardia nei mesi di ottobre e novembre 2017. Gli stessi potranno essere utilizzati dalla Cabina di Regia dell' Organismo Tecnicamente Accreditante per la stesura del manuale dell'Organismo Tecnicamente Accreditante.
Istituzione delle Reti locali di Cure palliative e dei relativi Dipartimenti di Cure palliative ai sensi della DGR n. X/5918/2016	Evidenza atto formale di istituzione;	La Rete Locale di Cure Palliative e il Dipartimento Interaziendale di Cure Palliative sono stati costituiti con atto deliberativo n. 1070 del 27 dicembre 2017.
	Almeno una riunione con i soggetti erogatori di CP e con le Associazioni di volontariato;	Sono stati effettuati due incontri con gli erogatori di Cure Palliative nelle seguenti date: 8 maggio e 8 giugno 2017. I verbali sono agli atti presso la Direzione Strategica.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p>Attuazione della DGR n. X/5455/2016 - Corsi regionali di formazione di I Livello per gli operatori della rete di Cure palliative</p>	<p>Partecipazione ed interfaccia con Eupolis Lombardia finalizzata alla programmazione dei corsi di formazione territoriali;</p>	<p>E' stata garantita la partecipazione agli incontri organizzati da Eupolis nelle seguenti date: 3 febbraio, 24 febbraio, 30 giugno e 28 luglio 2017.</p> <p>A febbraio Eupolis aveva chiarito quali attività sarebbero state gestite tramite l'Accademia Formativa e quali, invece, sarebbero state delegate alle Agenzie Sanitarie del territorio lombardo. In particolare, l'Accademia stava concludendo la formazione di II livello, utile a creare una rete di "formatori in cure palliative" che sarebbero poi stati utilizzati sul territorio per la formazione di I livello di tutti gli operatori impegnati del settore. Nell'incontro del 24 febbraio il confronto con Eupolis è avvenuto su due argomenti:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. progettazione della formazione di I Livello (Cure Palliative);</li> <li>2. aspetti amministrativi ed economici.</li> </ol> <p>In aprile Eupolis aveva chiesto a tutte le ATS di supportare l'Accademia nel diffondere l'invito alla partecipazione al corso di II livello – l'ultimo ordine cronologico, per acquisire dalle Strutture Private Accreditate l'elenco dei nuovi "formatori".</p> <p>Tutte gli Erogatori Privati Accreditati hanno risposto segnalando l'elenco degli operatori da inserire nella programmazione dell'attività formativa in Cure Palliative.</p> <p>Le ASST avevano provveduto in autonomia a candidare i propri operatori presso Eupolis.</p> <p>In sede degli incontri del 30 giugno e 28 luglio è stato elaborato un calendario di massima degli eventi da realizzare sul territorio lombardo, ed è stata consegnata la bozza della guida operativa e del patto formativo per la formazione di I livello, oltre all'elenco dei Formatori disponibili per singola provincia.</p>
	<p>Approvazione di atto formale di programmazione delle attività formative in attuazione alla DGR n. 5455/2016;</p>	<p>Con atto deliberativo n. 1072 del 27 dicembre 2017 si è proceduto all'approvazione formale della "Programmazione dell'attività formativa in cure palliative in attuazione della DGR n. 5455/2016".</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p>Applicazione contenuti DGR n. 1775/11 e s.m.i. e della DGR n. 3993/2015:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <input type="checkbox"/> Predisposizione e formalizzazione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA);</li> <li>• Monitoraggio sulla esposizione delle agende e sulle azioni atte a fronteggiare i disagi derivanti dalle eccezionali sospensioni dell'attività erogativa;</li> <li>• Vigilanza sull'effettiva applicazione del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 - Art. 41;</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015;</li> <li>2. Evidenza della predisposizione dei Piani attuativi di governo dei tempi di attesa (PGTA);</li> <li>3. <input type="checkbox"/> Invio semestrale del resoconto riepilogativo sulle attività di sospensione di tutte le strutture di competenza territoriale;</li> <li>4. Invio semestrale del resoconto relativo alla vigilanza circa l'applicazione della normativa sulla pubblicazione sui siti delle liste di attesa su tutte le strutture di competenza territoriale;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I tempi obiettivo previsti dalla DGR X/3993/2015 sono stati rispettati per il <b>92,1%</b> dei primi accessi alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate nel 2017.</li> <li>2. Con atto deliberativo n. 29 del 20 gennaio 2017 è stato formalizzato il documento <i>"ANNO 2017 Aggiornamento del Piano attuativo per il governo dei tempi d'attesa, in funzione del raggiungimento, per almeno il 95% dei primi accessi, dei tempi obiettivo previsti dalla DGR n. X/3993/2015"</i></li> <li>2. La comunicazione è stata trasmessa alla DG Welfare in data 11/08/2017 prot. U.0073995.</li> <li>3. Il resoconto relativo al I semestre è stato inviato il giorno 30/08/2017 con nota prot. prot. U.0078374. Il resoconto relativo al II semestre è stato inviato il giorno 31/01/2018 con nota prot. 10659. Con periodicità bimestrale sono state verificate le pagine Internet degli Enti dedicate ai tempi d'attesa delle prestazioni ambulatoriali fossero facilmente fruibili dall'utenza e regolarmente aggiornate. Si è provveduto inoltre a creare l'accesso diretto al Portale ATS al link delle pagine con i dati sui tempi di attesa elaborati da LISPA sulla base del flusso MOSA.</li> </ol>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Rete per l'assistenza alla madre e al neonato	Definizione di un progetto finalizzato alla continuità assistenziale e qualità dei Punti Nascita in collaborazione con le ASST che preveda l'istituzione di un ambulatorio per le gravidanze fisiologiche per la presa in carico pre-parto entro due settimane prima del parto;	Con atto deliberativo n. 992 del 1° dicembre 2017, è stato formalizzato il "Progetto di Istituzione dell'ambulatorio ostetrico per la presa in carico della gravidanza fisiologica dalla 38° settimana" condiviso tra l'ATS e le tre ASST del territorio nell'ambito del Comitato Provinciale per il Percorso Nascita.
Implementazione della metodologia del sistema di rilevazione di Customer Satisfaction;	Partecipazione a comunità di pratiche su indicazione della DG Welfare finalizzate alla semplificazione e all'implementazione dell'efficacia del modello di rilevazione della qualità percepita dal cittadino;	Un operatore ATS ha partecipato all'incontro regionale del 18 dicembre 2017, nell'ambito del quale sono state date le indicazioni sulla raccolta dei dati di Customer 2017 e sull'evoluzione del sistema nel 2018.
<input type="checkbox"/> Monitoraggio della qualità percepita nei percorsi di telesorveglianza sanitaria domiciliare e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative in attuazione dei disposti della DGR n. X/3993/15 e alla DGR n. X/4702/15;	<input type="checkbox"/> Messa a sistema della rilevazione della qualità percepita relativamente ai percorsi di telesorveglianza sanitaria e ospedalizzazione domiciliare per cure palliative	In data 19 dicembre 2017, con nota protocollo n. 0117431 trasmessa a tutti gli Erogatori Pubblici e Privati Accreditati, è stata definita la scadenza del 15 gennaio 2018 per l'invio ad ATS dei dati di Customer al 31/12/2017, evidenziando di comprendere, laddove fossero attivi, anche le rilevazioni sui percorsi di Telesorveglianza Domiciliare e di Ospedalizzazione Domiciliare. Il flusso completo provinciale è stato trasmesso da ATS a RL il 29 gennaio 2018, con nota prot. n. 0009355.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p>Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di ricovero e di specialistica ambulatoriale ai sensi della DGR n. X/5954/2016 e rispetto degli adempimenti ad essa connessi in materia di invio flussi, aggiornamento elenchi operatori NOC, sanzioni amministrative e certificazione obiettivi di autocontrollo AO (ai sensi della DGR n. VII/12692/2003 e succ. nota prot. n. H1.2009.0013117, della nota prot. n. H1.2008.0037157, della DGR n. IX/2057/2011 e succ. e della DGR n. X/2313/2014);</p>	<p>Controllo entro il 28 febbraio 2018 di almeno il 14% delle prestazioni di ricovero di cui:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <input type="checkbox"/> quota di "almeno" il 7% (quota minima incrementabile) riferita ai controlli di congruenza ed appropriatezza generica;</li> <li>2. <input type="checkbox"/> quota "fino al" 4% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC;</li> <li>3. <input type="checkbox"/> quota "fino al" 3% (quota massima) riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC;</li> <li>4. <input type="checkbox"/> Controllo entro il 28 febbraio 2018 di almeno il 3,5% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale;</li> <li>5. Trasmissione mensile (entro il giorno 10) degli esiti dei controlli;</li> <li>6. Trasmissione entro il 31.03.2017 e in caso di modifiche, dell'elenco aggiornato dei componenti del NOC;</li> <li>7. Trasmissione alla Direzione Generale Welfare (UO Programmazione Polo Ospedaliero) delle contestazioni di sanzionamento amministrativo;</li> <li>8. Invio entro il 31.01.2018 della certificazione del raggiungimento degli obiettivi di autocontrollo delle ASST di propria pertinenza, sulla base della tempestività e fruibilità dei dati inviati (congruenza formale e sostanziale);</li> </ol>	<p>Al 31/12/2017 è stato controllato il 14,48% delle prestazioni di ricovero, di cui :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. il 7,3%, pari a n. 11.17 SDO , riferito ai controlli per la congruenza generica</li> <li>2. il 4,18%, pari a n. 6.391 SDO, riferita ad attività di autocontrollo di congruenza ed appropriatezza generica effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC;</li> <li>3. il 3%, pari 4.593 SDO, riferita ad attività di autocontrollo della qualità della documentazione clinica, effettuata a cura dei soggetti erogatori e soggetta a verifica di concordanza da parte del NOC;</li> <li>4. Ambulatoriale: al 31 dicembre 2017 sono stati verificati n. 141.364 record, pari al 3,79% delle prestazioni di Specialistica ambulatoriale. Sono stati contestati n. 3.462 record, per una detrazione di € 105.125. Non sono state comminate sanzioni.</li> <li>5. Si conferma il rispetto della scadenza mensile di invio, entro il 10 del mese successivo, degli esiti dei controlli sulle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale e su quelle di ricovero.</li> <li>6. E' stato trasmesso l'aggiornamento dell'elenco dei componenti NOC nelle seguenti date: 24/03/2017 con nota prot. U27335; 17/05/2017 con nota prot. U44828 e 26/07/2017 con nota prot. U68978. Nell'ultimo trimestre dell'anno non ci sono stati aggiornamenti.</li> <li>7. Con note prot. n. U.0040684 del 05/05/2017 e n. U0062284 del 06/07/2017, si è provveduto a trasmissione alla DG Welfare all'Agenzia dei Controlli del Sistema Sociosanitario Lombardo, i provvedimenti (verbale di accertamento / notifica di illecito, ordinanza ingiunzione) emessi nei confronti di due Enti gestori di strutture di ricovero e cura</li> <li>8. Con nota protocollo n. 8985 trasmessa alla DGW il 26/01/2018 è stato certificato il raggiungimento degli obiettivi di autocontrollo.</li> </ol>

OBIETTIVI	INDICATORI	COMPETENZA
Collaborazioni internazionali in ambito sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ricognizione dei progetti europei ed internazionali in ambito sanitario;</li> <li>Invio di una relazione annuale sulle attività realizzate nel 2017</li> </ul>	L'ATS di Bergamo non ha progetti internazionali in corso.

## PREVENZIONE

OBIETTIVI	INDICATORI																																		
Area Stili di vita e ambienti favorevoli alla salute: 1. Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P – Nota G1.2017.0021773 del 29/6/2017 “Report “Valutazione delle Performances ATS nell’area della prevenzione attività anno 2016”);	1.1. Se valore 2016 “buono”, “ottimo”: mantenimento/miglioramento;	<p>Nell’Area stili di vita e ambienti favorevoli alla salute, il trend 2017vs 2016 ( <i>dati ufficiali elaborati e trasmessi all’ATS da Regione Lombardia</i>) degli indicatori di sintesi P è stato il seguente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indicatore 6.1</td> <td>SUFFICIENTE</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.2</td> <td>BUONO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.3</td> <td>BUONO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.4</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.7</td> <td>BUONO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.15a</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.15 b</td> <td>INSUFFICIENTE</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.17</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.18</td> <td>BUONO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 6.19</td> <td>INSUFFICIENTE</td> <td><b>SUFFICIENTE</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si conferma il mantenimento e/o il miglioramento secondo quanto richiesto dagli indicatori 1.1. e 1.2</p>	Indicatore	2016	2017	Indicatore 6.1	SUFFICIENTE	<b>BUONO</b>	Indicatore 6.2	BUONO	<b>BUONO</b>	Indicatore 6.3	BUONO	<b>BUONO</b>	Indicatore 6.4	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 6.7	BUONO	<b>BUONO</b>	Indicatore 6.15a	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 6.15 b	INSUFFICIENTE	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 6.17	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 6.18	BUONO	<b>BUONO</b>	Indicatore 6.19	INSUFFICIENTE	<b>SUFFICIENTE</b>
	Indicatore		2016	2017																															
	Indicatore 6.1		SUFFICIENTE	<b>BUONO</b>																															
	Indicatore 6.2		BUONO	<b>BUONO</b>																															
	Indicatore 6.3		BUONO	<b>BUONO</b>																															
	Indicatore 6.4		OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																															
	Indicatore 6.7		BUONO	<b>BUONO</b>																															
	Indicatore 6.15a		OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																															
	Indicatore 6.15 b		INSUFFICIENTE	<b>OTTIMO</b>																															
	Indicatore 6.17		OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																															
	Indicatore 6.18		BUONO	<b>BUONO</b>																															
	Indicatore 6.19		INSUFFICIENTE	<b>SUFFICIENTE</b>																															
	1.2. Se valore 2016 “scarso”, “insufficiente”, “sufficiente “:miglioramento;																																		

<p>2. Migliorare la qualità di pianificazione e appropriatezza di processi ed interventi;</p>	<p>2. Partecipazione degli operatori target alle attività formative proposte dalla DGW (Piano Formativo SSL 2017);</p>	<p>E' stata garantita la partecipazione degli operatori target al piano formativo 2017 della Direzione Generale Welfare. Nel dettaglio:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equity Audit: incontri di formazione Eupolis del 28 febbraio, 21 aprile, 24 maggio, 8 giugno e 5 luglio 2017;</li> <li>• Incontri di formazione per programma Life Skill Training: 15 marzo, 16 maggio 2017, 3 ottobre 2017;</li> <li>• Incontri di coordinamento "Scuola che Promuove Salute: 13 marzo 2017 e 16 ottobre 2017.</li> <li>• Corso di formazione –"Health Equity Audit dei programmi regionali di promozione della salute" – presso EUPOLIS Lombardia, il 21 aprile, 24 maggio e 8 giugno 2017.</li> <li>• Laboratorio regionale estensione programma - Life Skills Training – il 9 febbraio, 16 maggio, 3 luglio, 3 e 9 ottobre, 11 dicembre 2017.</li> </ul>
<p>3. Migliorare il sistema di sorveglianza e valutazione</p>	<p>3. Rispetto di metodologia e tempistica relativa ai flussi regionali (PROSA, Survey Stili di vita, Unplugged, LST, ecc.) secondo le specifiche modalità che verranno fornite dalla DGW</p>	<p>E' stata garantita la partecipazione agli incontri regionali di coordinamento sui flussi PROSA in data 14 luglio 2017 e in data 20 ottobre 2017.</p> <p>In data 26 ottobre 2017 è stato effettuato il corso di formazione aziendale ECM (ID: 118948) "<i>La Banca Dati Nazionale dei progetti e interventi di prevenzione e promozione della Salute (Pro.Sa.): come progettare, condividere ed inserire un Progetto nella Banca Dati Nazionale</i>" nell'ambito dell'obiettivo formativo sui sistemi informativi regionali.</p> <p>Con nota prot. n.U0010169 del 30 gennaio 2018, è stato comunicato alla Direzione Generale Welfare - U.O. Prevenzione - l'inserimento dei dati di attività anno 2017 nel Sistema Informativo Regionale di rendicontazione on line degli Interventi di Promozione della Salute (PROSA).</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017																																				
<p>Area Screening oncologici: 1. Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P - Nota G1.2017.0021773 del 29/6/2017 “Report “Valutazione delle Performances ATS nell’area della prevenzione attività anno 2016”);</p>	<p>1.1. Se valore 2016 superiore al 50% (verde): mantenimento;</p>	<p>Nell’Area Screening Oncologici il trend 2017 vs 2016 ( <i>dati ufficiali elaborati e trasmessi all’ATS da Regione Lombardia</i>) degli indicatori di sintesi P è stato il seguente:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indicatore 5.1</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.2</td> <td>BUONO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.3</td> <td>BUONO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.4</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.5</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.6</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.9</td> <td>INSUFFICIENTE</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.10</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>BUONO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.11</td> <td>BUONO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.12</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 5.15</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si conferma il mantenimento e/o il miglioramento secondo quanto richiesto dagli indicatori 1.1. e 1.2</p>	Indicatore	2016	2017	Indicatore 5.1	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 5.2	BUONO	<b>BUONO</b>	Indicatore 5.3	BUONO	<b>BUONO</b>	Indicatore 5.4	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 5.5	OTTIMO	<b>BUONO</b>	Indicatore 5.6	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 5.9	INSUFFICIENTE	<b>BUONO</b>	Indicatore 5.10	OTTIMO	<b>BUONO</b>	Indicatore 5.11	BUONO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 5.12	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 5.15	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>
	Indicatore		2016	2017																																		
Indicatore 5.1	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																																				
Indicatore 5.2	BUONO	<b>BUONO</b>																																				
Indicatore 5.3	BUONO	<b>BUONO</b>																																				
Indicatore 5.4	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																																				
Indicatore 5.5	OTTIMO	<b>BUONO</b>																																				
Indicatore 5.6	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																																				
Indicatore 5.9	INSUFFICIENTE	<b>BUONO</b>																																				
Indicatore 5.10	OTTIMO	<b>BUONO</b>																																				
Indicatore 5.11	BUONO	<b>OTTIMO</b>																																				
Indicatore 5.12	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																																				
Indicatore 5.15	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																																				
<p>1.2. Se valore 2016 inferiore o uguale al 50% (giallo, rosso): incremento di almeno 5 punti percentuali o raggiungimento del valore “sufficienza”;</p>	<p>2. Evidenza documentata di attività di comunicazione, aggiornamento procedure, contrattazione e programmazione sedute per estensione pari al 5% della popolazione target/anno, entro aprile 2018;</p>	<p>L’estensione con ampliamento delle fasce di età nei programmi di screening dei tumori di colon retto e mammella pari al 5% della popolazione target/anno, entro aprile 2018 è stata garantita con gli inviti alla popolazione di età &gt;70 anni dal 20/11/2017, e il conseguente impatto sugli Erogatori da gennaio 2018 (con il rinnovo dei contratti e gli accordi ad essi correlati, si è data evidenza formale all’estensione degli inviti alla popolazione di età &gt;70 anni.</p>																																				
<p>2. Mettere a sistema l’ampliamento delle fasce di età nei programmi di screening dei tumori di colon retto e mammella (DDG n. 3711 del 04/04/2017 “Aggiornamento fasce età target dei programmi di screening oncologici per la prevenzione del tumore della mammella e del colon retto”);</p>	<p>3. Partecipazione ai processi di Audit (DDS 17 marzo 2016 - n. 1935 “Determinazioni in merito al miglioramento dei programmi di screening oncologici mediante la attivazione di percorsi di «Audit Partecipato» che utilizzano il modello «PRECEDE - PROCEED»”) secondo le indicazioni che verranno fornite dalla DG Welfare;</p>	<p>Questa attività, anche se inserita nelle attività dell’anno 2017, è già stata eseguita da questa ATS nell’anno 2016. Nello specifico: nel 2016 sono state assolti i compiti di Auditor e sono stati redatti i piani di miglioramento periodici dopo Audit con modello PRECEDE – PROCEED del 06/06/2016.</p>																																				
<p>3. Migliorare qualità del processo di engagement e appropriatezza dell’offerta dei programmi di screening oncologici organizzati</p>																																						

<p>Malattie infettive: Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P - Nota G1.2017.0021773 del 29/6/2017 "Report "Valutazione delle Performances ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016")</p>	<p>Indicatore di sintesi performance 2017:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se valore 2016 superiore al 50% (verde): mantenimento;</li> <li>• Se valore 2016 inferiore o uguale al 50% (giallo, rosso): incremento di almeno 5 punti percentuali o raggiungimento del valore "sufficienza";</li> </ul>	<p>Nell'Area Malattie Infettive il trend 2017 vs 2016 (<i>dati ufficiali elaborati e trasmessi all'ATS da Regione Lombardia</i>) degli indicatori di sintesi P è stato il seguente:</p> <table border="1" data-bbox="1429 288 2040 515"> <thead> <tr> <th><b>Indicatore</b></th> <th><b>2016</b></th> <th><b>2017</b></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Indicatore 7.2</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 7.3</td> <td>BUONO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 7.4</td> <td>BUONO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 7.6</td> <td>SUFFICIENTE</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 7.7</td> <td>OTTIMO</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> <tr> <td>Indicatore 7.8</td> <td>SUFFICIENTE</td> <td><b>OTTIMO</b></td> </tr> </tbody> </table> <p>Si conferma il mantenimento e/o il miglioramento secondo quanto richiesto dai parametri regionali.</p>	<b>Indicatore</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	Indicatore 7.2	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 7.3	BUONO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 7.4	BUONO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 7.6	SUFFICIENTE	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 7.7	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>	Indicatore 7.8	SUFFICIENTE	<b>OTTIMO</b>
<b>Indicatore</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>																					
Indicatore 7.2	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																					
Indicatore 7.3	BUONO	<b>OTTIMO</b>																					
Indicatore 7.4	BUONO	<b>OTTIMO</b>																					
Indicatore 7.6	SUFFICIENTE	<b>OTTIMO</b>																					
Indicatore 7.7	OTTIMO	<b>OTTIMO</b>																					
Indicatore 7.8	SUFFICIENTE	<b>OTTIMO</b>																					

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017											
Vaccinazioni: 1. Migliorare le coperture degli indicatori di performance 2016 (Indicatori di sintesi P - Nota G1.2017.0021773 del 29/6/2017 "Report "Valutazione delle Performances ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016");	1. Indicatore di sintesi performance 2017; 1.1. Se valore 2016 superiore al 50% (verde): mantenimento;	Nell'Area vaccinazioni, la valutazione ufficiale di Regione Lombardia non è stata possibile per l'anno 2016 a causa dell'inadeguatezza della trasmissione del dato dovuta a problematiche connesse al sistema informatico. L'ATS di Bergamo nel 2018 è stata la prima in Lombardia ad adottare il nuovo software regionale vaccinale. Per quanto riguarda gli indicatori di sintesi P, nel 2017 emerge la valutazione riportata nella tabella seguente:											
	1.2. Se valore 2016 inferiore o uguale al 50% (giallo, rosso): incremento di almeno 5 punti percentuali o raggiungimento del valore "sufficienza";		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3.1</td> <td>OTTIMO</td> </tr> <tr> <td>3.2</td> <td>BUONO</td> </tr> <tr> <td>3.3</td> <td>BUONO</td> </tr> <tr> <td>3.7</td> <td>BUONO</td> </tr> <tr> <td>3.8</td> <td>BUONO</td> </tr> </tbody> </table>	Indicatore	2017	3.1	OTTIMO	3.2	BUONO	3.3	BUONO	3.7	BUONO
Indicatore	2017												
3.1	OTTIMO												
3.2	BUONO												
3.3	BUONO												
3.7	BUONO												
3.8	BUONO												

<p>2. Migliorare la qualità del processo di offerta delle vaccinazioni;</p>	<p>2. partecipazione ai processi di Audit come da indirizzi regionali</p>	<p>Il D.d.g. 28 aprile 2016 - n. 3682 “<i>Organizzazione dell’offerta vaccinale alla luce della l.r. 23/2015</i>” prevedeva, al fine di tutelare la qualità, l’omogeneità del servizio offerto, come pure una integrazione coerente al contesto territoriale, due strumenti di Stewardship nei confronti del percorso vaccinale:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema informativo unico;</li> <li>2. Audit.</li> </ol> <p>“L’Audit è stato identificato come uno strumento utile per accompagnare la realizzazione del nuovo modello di offerta vaccinale. Il decreto specificava inoltre che sarebbero seguiti documenti di indirizzo relativi alle caratteristiche di qualità ed appropriatezza del percorso vaccinale e al modello di Audit da adottare; il Decreto raccomandava inoltre di procrastinare eventuali decisioni relative all’adozioni di nuovi sistemi. Ad oggi, non sono pervenuti documenti e/o linee di indirizzo specifiche. L’ATS di Bergamo ha comunque organizzato incontri con i referenti delle tre ASST del territorio sul tema dell’offerta vaccinale. Gli incontri sono stati effettuati nelle seguenti date:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 13 Gennaio 2017</li> <li>2) 24 Febbraio 2017;</li> <li>3) 1 Giugno 2017;</li> <li>4) 20 Giugno 2017;</li> <li>5) 31 Agosto 2017;</li> <li>6) 21 settembre 2017;</li> <li>7) 20 Ottobre 2017.</li> </ol>
---	---	---

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Ambienti di lavoro: Mantenimento/miglioramento delle attività	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controllo delle imprese attive sul territorio lombardo <math>\geq 5\%</math>;</li> <li>2. Grado di intervento nelle costruzioni, quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.14*;</li> <li>3. Grado di intervento in agricoltura, quale settore ad elevato rischio ed in coerenza con il relativo Piano Nazionale: indicatore performance n. 4.20*;</li> <li>4. Capacità di emersione del fenomeno: tasso grezzo di malattie professionali indicatore performance n. 4.3*;</li> <li>5. Inserimento in Ma.P.I. dei casi di malattie professionali con definizione del nesso in almeno il 90% dei casi inseriti;</li> <li>6. Capacità di analisi del fenomeno: inserimento in Ma.P.I. delle indagini infortunio con definizione dei fattori di rischio in almeno il 90% dei casi inseriti;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Al 31 dicembre sono state controllate n. 3.430 imprese attive sul territorio bergamasco, pari al 6,9% del totale (n. 49.691) ;</li> <li>2. Il valore positivo del 2016 è stato mantenuto. Sono stati controllati n. 652 cantieri a rischio medio e alto, pari al <b>10%</b> dei cantieri notificati come tali (n. 6.612). La selezione dei cantieri da ispezionare è stata effettuata tramite il sistema Mo.Ri.Ca. (Monitoraggio Rischio Cantieri) in cui vengono caricati i dati provenienti dal sistema Regionale di registrazione delle Notifiche di cantiere (Ge.Ca). Per i cantieri amianto, in assenza di notifica, la selezione è stata invece effettuata in base a criteri di rischio applicati ai Piani amianto estratti dall'applicativo regionale Ge.M.A. (Gestione Manufatti Amianto).</li> <li>3. Sono state controllate n. 154 aziende agricole ad elevato rischio, pari al <b>2,7%</b> del totale ( n. 5.709). Il valore positivo del 2016 è stato mantenuto.</li> <li>4. Sono pervenute n. 948 denunce di malattia professionale pari al 2,7/1000 del totale dei dipendenti INAIL (349.825). La valutazione dell'indicatore di Performance n. 4.3 non compare nel documento regionale di valutazione delle Performace 2016 per cui non è possibile il confronto.</li> <li>5. Sono stati inseriti in Ma.PI n. 4007 casi con la definizione del nesso, pari all' <b>85,7%</b> del totale dei casi inseriti ((n. 4.677)</li> <li>6. La % dell'inserimento in Ma.PI delle indagini infortunio con definizione dei fattori di rischio è stata pari al <b>94,6%</b> (n. 423 casi inseriti con definizione di fattori di rischio su un totale di 447 casi inseriti con definizione di fattori di rischio a indagini concluse)</li> </ol>

	<p>7. Inserimento in Ma.P.I. del 100% delle indagini di infortunio con esito mortale;</p> <p>8. Supporto nell'invio on line delle segnalazioni di malattia professionale e delle denunce da parte del personale sanitario: n. segnalazioni on line 2017 <math>\geq</math> n. segnalazioni cartacee 2016 (Fonte COR; Person@);</p> <p>9. Coinvolgimento delle Istituzioni scolastiche nello sviluppo di competenze in SSL nei curricula: n° istituti comprensivi che hanno inserito progetti di sviluppo competenza SSL nei curricula/n° totali di istituti del territorio;</p> <p>* Indicatore singolo del sistema di valutazione delle performance della prevenzione: dato 2017 <math>\geq</math> dato 2016; se in area rossa miglioramento di almeno 5 punti percentuale</p>	<p>7. Nel 2017 si sono verificati n. 6 infortuni con esito mortale. Tutte ( 100%) le indagini di infortunio con esito mortale sono state inserite in Ma.P.I. (100%).</p> <p>8. L'obiettivo è riferito ai soli casi di tumori professionali (mesoteliomi, tumori nasosinusal, tumori della vescica e tumori del polmone) – Fonte COR). Per promuovere l'utilizzo del Sistema Telematico Regionale per l'invio on line delle segnalazioni di Malattia Professionale è stata effettuata attività di supporto a favore delle tre ASST. Sono stati organizzati incontri informativi formativi, condotti in collaborazione con un Medico del Lavoro della UO OML dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, nelle seguenti date:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 23 ottobre presso l'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo</li> <li>• 13 novembre presso l'ASST Bergamo EST</li> <li>• 21 novembre presso l'ASST Bergamo OVEST</li> </ul> <p>Agli incontri, organizzati con le Direzioni Sanitarie delle ASST coinvolte, hanno partecipato complessivamente n. 32 medici specialisti dei reparti ospedalieri interessati all'argomento (Oncologia, Anatomia Patologica, Chirurgia Toracica, Urologia, Otorinolaringoiatria). Al 31 dicembre risulta pervenuto per via telematica n. 1 caso di tumore del polmone. Di seguito i dati relativi alle segnalazioni di Tumori Professionali pervenuti esclusivamente come segnalazioni cartacee:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anno 2017: 12 casi (9 mesoteliomi e 3 tumori polmonari);</li> <li>- Anno 2016: 17 casi (16 mesoteliomi e 1 tumore polmonare)</li> </ul> <p>Si evidenzia che l'inserimento per via telematica dei casi è di esclusiva competenza dei Medici Ospedalieri delle ASST presso le quali è stata realizzata l'attività di formazione e supporto sopra descritta. L'ATS non ha strumenti normativi specifici per imporre la segnalazione di tumori mediante il sistema telematico.</p> <p>9. L'inserimento curricolare è attuato in n. 3 Istituti Scolastici Superiori sui 54 esistenti, corrispondenti a n. 6 scuole (indirizzi scolastici) che rappresentano il 3,9% delle 154 scuole superiori della provincia di Bergamo. All'inizio dell'anno scolastico, in data 14 settembre 2017, è stato effettuato c/o l' Istituto Natta di Bergamo un incontro con i Dirigenti Scolastici delle Scuole Superiori di tutta la provincia, finalizzato al reclutamento di nuove adesioni. Il 90 % del materiale didattico e formativo da utilizzare e sperimentare da parte delle Scuole Superiori è stato pubblicato su una piattaforma digitale che, nel periodo settembre-dicembre 2017 ha registrato n. 1036 accessi da parte di insegnanti, studenti e altri soggetti del mondo scolastico.</p>
--	--	---

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017																																													
<p>Sicurezza alimentare: Mantenimento/miglioramento delle attività</p>	<p>Indicatore di sintesi performance 2017 in coerenza con quanto indicato nella nota del 29/6/2017 prot. n. G1.2017.0021773 con oggetto: Report "Valutazione delle Performance ATS nell'area della prevenzione attività anno 2016":</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. se il valore 2016 era &gt;50% (verde): mantenimento del valore dell'anno precedente;</li> <li>2. se il valore 2016 era ≤ 50% (giallo, rosso): miglioramento di almeno 5 punti percentuali nell'indicatore di sintesi o raggiungimento della sufficienza;</li> <li>3. Report sicurezza alimentare compresa attività micologica e acque destinate al consumo umano – attività 2017 secondo format regionale entro 28.2.2018;</li> <li>4. Completa attuazione PRIC con Autorità Competenti;</li> <li>5. AUDIT 882 (art.4 c. 6): realizzazione del Piano di azione secondo le tempistiche previste e in coerenza con le indicazioni regionali (Manuale Standard e altre indicazioni regionali);</li> </ol>	<p><b>Parametri n. 1 e n. 2:</b> valutazione indicatori di Performance Area Sicurezza Alimentare –</p> <table border="1" data-bbox="1429 240 2040 676"> <thead> <tr> <th>Indicatore</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1.1</td><td>OTTIMO</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.2</td><td>OTTIMO</td><td>BUONO</td></tr> <tr><td>1.3</td><td>OTTIMO</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.4</td><td>OTTIMO</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.5</td><td>NON VALUTATO</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.6</td><td>BUONO</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.7</td><td>SUFFICIENTE</td><td>BUONO</td></tr> <tr><td>1.8</td><td>BUONO</td><td>BUONO</td></tr> <tr><td>1.9</td><td>SCARSO</td><td>SCARSO</td></tr> <tr><td>1.10</td><td>INSUFFICIENTE</td><td>SUFFICIENTE</td></tr> <tr><td>1.11</td><td>OTTIMO</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.12</td><td>INSUFFICIENTE</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.13</td><td>SUFFICIENTE</td><td>OTTIMO</td></tr> <tr><td>1.14</td><td>INSUFFICIENTE</td><td>INSUFFICIENTE</td></tr> </tbody> </table> <p>La sufficienza non è stata raggiunta per gli indicatori 1.9 (“P”) e 1.14 (“O”). Per tutti gli altri indicatori il trend è stato mantenuto e/o migliorato rispetto alla valutazione regionale 2016.</p> <p><b>Parametro n. 3</b> Il format regionale per la stesura del report richiesto non è pervenuto.</p> <p><b>Parametro n.4</b> E' stato realizzato il 100% delle ispezioni (n. 13 ispezioni) congiunte previste dal PRIC (100%). Sono inoltre stati effettuati n. 30 controlli congiunti su automezzi, a seguito di richiesta di Polstrada, nell'ambito del Piano congiunto provinciale.</p> <p><b>Parametro n.5</b> L'ATS di Bergamo nel 2017 non è stata “oggetto” di Audit da parte di Regione Lombardia, per cui non sono stati indicati e realizzati Piani di azione. Il Piano di azione relativo all'Audit 2016 era stato concluso entro il 31 dicembre 2016.</p>	Indicatore	2016	2017	1.1	OTTIMO	OTTIMO	1.2	OTTIMO	BUONO	1.3	OTTIMO	OTTIMO	1.4	OTTIMO	OTTIMO	1.5	NON VALUTATO	OTTIMO	1.6	BUONO	OTTIMO	1.7	SUFFICIENTE	BUONO	1.8	BUONO	BUONO	1.9	SCARSO	SCARSO	1.10	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE	1.11	OTTIMO	OTTIMO	1.12	INSUFFICIENTE	OTTIMO	1.13	SUFFICIENTE	OTTIMO	1.14	INSUFFICIENTE	INSUFFICIENTE
Indicatore	2016	2017																																													
1.1	OTTIMO	OTTIMO																																													
1.2	OTTIMO	BUONO																																													
1.3	OTTIMO	OTTIMO																																													
1.4	OTTIMO	OTTIMO																																													
1.5	NON VALUTATO	OTTIMO																																													
1.6	BUONO	OTTIMO																																													
1.7	SUFFICIENTE	BUONO																																													
1.8	BUONO	BUONO																																													
1.9	SCARSO	SCARSO																																													
1.10	INSUFFICIENTE	SUFFICIENTE																																													
1.11	OTTIMO	OTTIMO																																													
1.12	INSUFFICIENTE	OTTIMO																																													
1.13	SUFFICIENTE	OTTIMO																																													
1.14	INSUFFICIENTE	INSUFFICIENTE																																													

	<p>6. Formazione 882: avanzamento nella formazione di tutto il personale che effettua controlli ufficiali secondo il 1° percorso previsto dall'Accordo SR 7 febbraio 2013 (almeno 90% formato) ed effettuazione di almeno 1 corso di approfondimento su un aspetto specifico del controllo ufficiale; Rendicontazione secondo il format regionale;</p> <p>7. Recepimento delibera aggiornamento manuale degli standard entro 31.12.2017;</p>	<p><b>Parametro n.6</b>  E' stata inserita nel piano formativo aziendale ed effettuata nei periodi febbraio/aprile e ottobre/novembre 2017 la formazione specifica a tutto il personale sui temi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- "I nuovi Regolamenti Europei sulla Sicurezza Alimentare e le conseguenze sulle attività di controllo ai sensi del Reg. 882/2004";</li> <li>- "I nuovi decreti nazionali e regionali sulla sicurezza degli alimenti non di origine animale e dei MOCA e le conseguenze sulle attività di controllo ai sensi del Reg Ce 882/2004"</li> </ul> <p>Agli eventi formativi ha partecipato il 100% ( n.30 operatori) degli addetti alle attività di controllo. Gli incontri formativi sono stati effettuati nelle seguenti date: 10 febbraio,24 febbraio, 10 marzo, 24 marzo, 7 aprile, 21 aprile, 13 ottobre, 10 novembre e 24 novembre 2017.</p> <p>La rendicontazione dell'attività formativa secondo il format regionale è stata trasmessa a Regione Lombardia con nota prot. U.008761 del 25 gennaio 2018.</p> <p><b>Parametro n.7</b>  Con atto deliberativo n. 653 del 31 agosto 2017 è stato formalizzato il recepimento della DGR n. X/6299 del 6/3/2017 relativa all'aggiornamento del documento "Manuale Operativo Delle Autorità Competenti Locali" inerente i controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare di cui al Reg. (CE) n. 882/2004.</p> <p>L'atto deliberativo è stato trasmesso alla Direzione Generale Welfare con nota prot. U.0087973 del 27 settembre 2017 e all'UO Prevenzione con nota prot. U.0005186 in data 16 gennaio 2018.</p>
--	--	--

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017															
Ambienti di vita: Mantenimento/miglioramento delle attività;	Trasmissione on line del 100% delle relazioni annuali ex articolo 9 della L. 257/92: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grado di intervento in materia sostanze chimiche: coerenza con il relativo Piano Nazionale e con il PIC;</li> <li>2. Grado di intervento nelle strutture socio sanitarie: indicatore performance n. 2.5*;</li> <li>3. Grado di intervento nelle scuole: indicatore performance n. 2.9*;</li> </ol>	<p>Nel 2017 l'ATS ha ricevuto "on line" n. di 200 notifiche, presentate dalle imprese che hanno svolto interventi sul nostro territorio. Risulta che solo un'impresa abbia trasmesso a mezzo PEC la relazione, in quanto il servizio telematico GeMa era temporaneamente non funzionante.</p> <p><b>Parametro n.1</b>            Il Piano Nazionale delle attività di controllo sui prodotti chimici per l'anno 2017, prevedeva il controllo mediante Audit presso n. 3 aziende con metodologie di progetti REACH-EN-FORCE e progetti pilota adottati dal Forum dell'ECHA, e n. 2 prelievi.            Al 31 Dicembre sono stati effettuati i 3 Audit presso le seguenti industrie chimiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) DOMUS CHEMICALS S.P.A. con sede in Pedrengo;</li> <li>2) BELLINI S.P.A. con sede in Zanica;</li> <li>3) ACS Dobfar con sede in Albano S. Alessandro;</li> </ol> <p>I due prelievi sono stati effettuati su articoli di puericoltura (bavaglie in plastica) per la ricerca di ftalati.            Sono inoltre stati effettuati, su segnalazione, due ulteriori controlli: un sopralluogo presso la ditta LAVA&amp;ASCIUGA di Ghisalba ed una verifica documentale relativa alle schede di sicurezza della ditta LOVE WASH di Cividate al Piano.</p> <p><b>Parametro n.2</b></p> <table border="1" data-bbox="1429 879 2040 995"> <thead> <tr> <th>Indicatore di Performance</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.5</td> <td>BUONO</td> <td>BUONO</td> </tr> <tr> <td>2.9</td> <td>BUONO</td> <td>BUONO</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il trend positivo è stato mantenuto.</p> <p><b>Parametro n. 3</b></p> <table border="1" data-bbox="1429 1078 2040 1163"> <thead> <tr> <th>Indicatore di Performance</th> <th>2016</th> <th>2017</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.9</td> <td>BUONO</td> <td>BUONO</td> </tr> </tbody> </table> <p>Il trend positivo è stato mantenuto.</p>	Indicatore di Performance	2016	2017	2.5	BUONO	BUONO	2.9	BUONO	BUONO	Indicatore di Performance	2016	2017	2.9	BUONO	BUONO
Indicatore di Performance	2016	2017															
2.5	BUONO	BUONO															
2.9	BUONO	BUONO															
Indicatore di Performance	2016	2017															
2.9	BUONO	BUONO															

	<p>4. Adozione di misure di prevenzione del rischio gas radon in ambienti indoor e monitoraggio dell'adozione da parte dei Comuni: N. comuni che adottano le misure di prevenzione RADON/ N. comuni territorio;</p> <p>5. Supporto ai Comuni in tema di informazione al pubblico sulla qualità delle acque di balneazione;</p> <p>6. Grado di intervento in materia di fitosanitari: copertura dei controlli in rivendite, aziende produttrici, importatori paralleli</p> <p>* Indicatore singolo del sistema di valutazione delle performance della prevenzione: dato 2017 &gt;= dato 2016; se in area rossa miglioramento di almeno 5 punti percentuale</p>	<p><b>Parametro n.4</b> In provincia di Bergamo il 72,3% dei Comuni ( n. 175 Comuni su un totale di 142) adotta misure di prevenzione del rischio radon.</p> <p><b>Parametro n.5</b> E' stato garantito il supporto a n. 9 Comuni del Lago d'Iseo, n. 4 Comuni sul Lago di Endine, e al Comune di Rogno ( Laghetto Giudici) attraverso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontro informativo con i Comuni della Comunità Montana Alto Sebino il 30 marzo 2017 e della Comunità Montana dei Laghi Bergamaschi il 4 maggio 2017;</li> <li>- Nel mese di aprile, incontro informativo con i 14 Comuni adiacenti ai laghi sopra citati;</li> <li>- invio lettera (maggio 2017) con cartellonistica relativa alla classificazione delle acque specifica per ciascuna località balneare;</li> <li>- partecipazione alla manifestazione "Fondali Puliti" promossa a settembre 2017 dall'Autorità di Bacino dei Laghi d'Iseo, Endine e Moro, fornendo supporto ad attività didattica rivolta alle scuole partecipanti;</li> <li>- aggiornamento del sito Internet "Osservatorio del Lago" in collaborazione con il Comune di Lovere;</li> <li>- Gestione delle relazioni con i mass-media: canali social, comunicati stampa, Lake day;</li> <li>- Gestione della App "Balneazione Lago Iseo".</li> </ul> <p><b>Parametro n.6</b> Il Piano Regionale dei Controlli in materia di Fitosanitari per l'anno 2017 prevedeva per l'ATS di Bergamo il controllo di n. 24 rivenditori e di n. 1 azienda produttrice. I controlli sono stati effettuati al 100%: n. 25 controlli presso rivenditori di Fitosanitari e n. 1 controllo con campionamento presso un'azienda produttrice.</p>
--	---	---

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Sistema Informativo della Prevenzione: Flussi informativi/ tempistiche	NSIS – VIG; NSIS – Pesticidi; Cruscotto CROGM: rendicontazione completa, nel rispetto di tempi e modalità definite dal Ministero della Salute;	Tutte le scadenze di invio al Ministero sono state rispettate. I flussi NSIS-VIG relativi al primo semestre 2017 sono stati trasmessi in data 26 settembre 2017. settembre 2017. Il 3 gennaio 2018 sono stati trasmessi i dati NSIS-VIG relativi a tutto l'anno 2017. I dati relativi ai flussi NSIS-Pesticidi anno 2016, che hanno superato con esito favorevole la validazione dell'EFSA, come da comunicazione del Ministero della Salute, sono stati trasmessi in data 29 agosto 2017. La rendicontazione del cruscotto CROGM riguarda i Laboratori di riferimento regionali delle ATS della Val Padana e della Città Metropolitana di Milano
	NSIS – Portale Acque di balneazione: implementazione con rispetto delle scadenze previste dal dlgs 116/2008 e dal DM 30.03.2010;	Il Portale Acque di balneazione è stato aggiornato in tempo reale mediante il caricamento dei dati relativi ai prelievi effettuati a cadenza quindicinale nel periodo aprile – settembre, e mensile negli altri mesi. L'ultimo caricamento effettuato il 13 dicembre 2017; E' stato effettuato l'aggiornamento dei profili delle acque di balneazione per l'anno 2017.
	Aggiornamento dei profili delle acque di balneazione;	Per quanto riguarda l'invio a Regione Lombardia dei profili aggiornati, l'ATS non ha ricevuto indicazioni.
	Impres@: rendicontazione completa di tutti i controlli effettuati, comprensivi dei risultati delle analisi (esclusa area alimenti) e dei provvedimenti assunti;	La rendicontazione attraverso il sistema informativo regionale della prevenzione – I.M.Pre.S@ è stata effettuata nel rispetto delle modalità e della tempistica mensile definita dalle indicazioni regionali. Il dettaglio è descritto <a href="#">nell'allegato n.1</a>

	<p>Malattie infettive, Vaccinazioni, Screening oncologici:  Invio dei flussi informativo a dato individuale, delle survey a dati aggregati, e di report annuale nel rispetto di tempi e modalità definite dalla DG Welfare;</p>	<p><b>Screening oncologici</b>  Il <b>Survey ONS</b> (dati aggregati) per gli screening oncologici - debito informativo anno 2017 è stato completato con i seguenti invii alla DG Welfare:  - Nota prot. U 44504 del 16_05_2017;  - Nota prot . U 76518 del 23_08_2017  Il <b>tracciato screening</b> (dati individuali) con invio tramite SMAF - debito informativo anno 2017 è stato evaso con i caricamenti su SMAF di seguito elencati:  - Flusso 9: IV invio del 05_01_2017  - Flusso 9: V invio del 25_08_2017  - Flusso 9: VI invio del 20_11_2017  - Flusso 9: VII invio del 02_01_2018  Le prossime scadenze regionali per il Flusso 9 (annualità 1 gennaio 2016 – 31 dicembre 2017) sono previste:  - entro il 10 maggio 2018: VIII invio  - entro il 5 settembre 2018: IX  Il 25 gennaio 2018, con nota prot. n. U.0008750, è stato trasmesso a Regione Lombardia il “<i>Report annuale sui programmi di screening oncologici</i>”, in ottemperanza a quanto richiesto dalla nota regionale protocollo G1.2017.0027796 del 14/09/2017: “<i>Ulteriori indicazioni per l’attività di screening oncologico per l’anno 2017</i>”</p>
--	---	---

		<p><b>Malattie Infettive</b>  I dati relativi alle malattie infettive vengono registrati nel sistema informativo regionale MAINF con il conseguente invio in invio automatico. Nel periodo 1 gennaio/31 dicembre 2017 sono state segnalate e registrate n. 4.684 malattie infettive per le quali la Legge prevede la segnalazione.</p> <p><b>Vaccinazioni</b>  Con il passaggio dell'attività erogativa relativa alle vaccinazioni dalle ATS i contratti con le ASST hanno incluso obiettivi specifici sulla copertura vaccinale definita dal Piano Regionale Vaccini. L'ATS, che ha mantenuto il governo delle vaccinazioni, ha monitorato il rispetto delle coperture sul territorio di competenza, elaborando report quadrimestrali (30 aprile-30 agosto e 31 dicembre) per il confronto con le ASST in caso di eventuali criticità. L'ATS ha verificato anche il mantenimento, da parte delle ATS, dei requisiti qualitativi del vigente Piano Regionale di Prevenzione Vaccinale.</p> <p>In tema di "attività vaccinale" nel periodo gennaio/settembre 2017 sono stati effettuati sei incontri con le tre ASST del territorio provinciale. Nell'ambito degli stessi si è anche affrontato il tema dell'informatizzazione e dei flussi informativi delle vaccinazioni. La rendicontazione dei flussi è avvenuta tramite i due software (OSLO aziendale e MAINF regionale) nel rispetto della tempistica e delle modalità richieste. Di seguito si elencano, suddivise per le tre ASST, le percentuali di copertura vaccinale 2017 rispetto ai target previsti:</p> <p><b>ASST BG Papa Giovanni XXIII</b>  Esavalente: 100%  Morbillo-Parotite-Rosolia: 95%</p> <p><b>ASST Bergamo Est</b>  Esavalente: 100%  Morbillo-Parotite-Rosolia: 100%</p> <p><b>ASST Bergamo Ovest</b>  Esavalente: 100%  Morbillo-Parotite-Rosolia: 100%</p> <p>Per quanto riguarda la vaccinazione antinfluenzale su soggetti residenti di età pari o &gt; 65 anni, la prima rendicontazione parziale, trasmessa a Regione Lombardia il 15 gennaio 2018, relativa ai soli dati registrati nel software ATS (ai quali andranno aggiunti i dati registrati con il software regionale MAINF, non appena resi disponibili da Lombardia Informatica)- indica l'effettuazione n. 93.650 vaccinazioni antinfluenzali su soggetti residenti di età pari o &gt; 65 anni, corrispondete alla percentuale del <b>41,5%</b>. Sulla base delle dosi di vaccino distribuite, si stima che la percentuale di copertura vaccinale finale si attesterà tra il <b>55 e il 57%</b>.</p>
--	--	---

## VETERINARIA

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p>APPROPRIATA ED EFFICIENTE GOVERNANCE DELLA SANITÀ PUBBLICA VETERINARIA</p>	<p>Predisposizione e Deliberazione di un unico PIAPV per ATS secondo le indicazioni della Circolare Regionale, che preveda il coordinamento tra le aree funzionali dipartimentali, l'esecuzione delle attività di controllo integrate con le altre Autorità Competenti e il monitoraggio trimestrale dello stato di avanzamento delle attività programmate entro il 28.02.2017.</p> <p>Predisposizione entro il 28/02/17, attuazione e rendicontazione entro il 31/01/18 di un sistema di verifiche interne. Le verifiche devono essere indirizzate alla valutazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal Piano e dalla pertinente legislazione alimentare e devono essere indirizzate ad un monitoraggio della supervisione attuata anche dalle strutture organizzative complesse;</p>	<p>Il PIAPV, formalizzato con atto deliberativo n. 143 del 23/2/2017, è stato quindi trasmesso ai competenti Uffici regionali con nota prot. 18500 del 27/2/2016.</p> <p>Il Piano di Audit interni al Dipartimento Veterinario, è stato formalizzato con atto deliberativo n. 141 del 23/2/2017 e trasmesso ai competenti Uffici regionali con nota prot. n. 18494 del 27/2/2017.</p> <p><b>Servizio Sanità Animale</b></p> <p>Ha effettuato i quattro Audit interni programmati sulle Strutture Semplici ad esso afferenti, anche solo funzionalmente, nelle seguenti date:</p> <p>Unità Operative distrettuali, in collaborazione con il servizio Sanità Animale dell' ATS Monza Brianza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in data 27/06/2017 presso il Distretto Veterinario A;</li> <li>- in data 5/09/2017 presso il Distretto Veterinario B;</li> <li>- in data 13/10/2017 presso la Unità Operativa Semplice Distrettuale "Tutela degli animali d'affezione";</li> <li>- il 29/11/2017 presso le Unità Operative Semplici Distrettuali "Ufficio Bonifica Sanitaria" e "Ufficio Centrale Anagrafe".</li> </ul> <p>Le Unità Operative Distrettuali "Sanità Animale", supportate dalle Unità Operative Dipartimentali afferenti al <b>Servizio Sanità Animale</b> hanno inoltre svolto gli Audit a cascata sul personale coinvolto nei controlli ufficiali del Servizio Sanità Animale, con l'obiettivo di sottoporre ad Audit tutto il personale coinvolto nei controlli ufficiali nell'arco del quadriennio di valenza del PRISPV 2015 – 2018.</p>

		<p><b>Servizio Igiene della Produzione, Trasformazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale</b> Ha effettuato in data 24/10/2017 e 25/10/2017 i due Audit programmati.</p> <p><b>Servizio Igiene degli Alimenti e Produzioni Zootecniche</b> Ha effettuato in data 7/6/2017 e 17/11/2017 i due Audit programmati</p>
--	--	--

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
	Deliberazione e adozione entro il 30/09/2017 di uniformi Procedure di Sistema ai sensi dell'art. 8.1 del Reg. (CE) n.882/04, conformemente al Manuale Operativo della Autorità Competente Locale;	Con atto deliberativo n. 653 del 31/8/201 è stata recepita la DGR n. X/6299 del 6/3/2017 e è stato adottato il documento “ <i>Manuale Operativo delle Autorità Competenti Locali</i> ” – Agenzie di Tutela della Salute Regione Lombardia – Standard di Organizzazione e Funzionamento ai sensi del Reg. (CE) n. 882/2004” . L'atto è stata trasmesso ai competenti Uffici della Regione Lombardia con nota prot. n. 87973 del 27/9/2017.
	Attuazione delle disposizioni di cui alla DGR 6077 del 29/12/16 relativa alla digitalizzazione delle procedure di riconoscimento (REGG.853/04-183/05-1069/09) e registrazione (1069/09) a partire dal 01/07/17 (>95%);	Sono state evase digitalmente n. 8 procedure su n. 8 procedure pervenute, pari al <b>100%</b> .
	Registrazione dei controlli ufficiali in SIVI entro 30 giorni dall'effettuazione (>95%) e dei dati relativi agli indicatori di attività/processo in accordo alle istruzioni fornite con nota regionale Protocollo n. G1.2016.0034353 del 03/11/2016;	Dal 1° agosto 2017, sono stati registrati in SIVI entro 30 giorni <b>n. 2.892 controlli su 3.044, pari al 95,006%</b> I dati relativi agli indicatori, di cui alla nota regionale G1.2016.003435, sono stati trasmessi ai competenti Uffici regionali in data 15/09/2017 con nota prot. n. 83827.
	Tempestiva attivazione di Audit straordinario nel caso in cui venissero evidenziate ripetute non conformità o problematiche presso il medesimo stabilimento/allevamento anche con l'eventuale supporto tecnico del personale dell'IZSLER al fine di indagarne le cause e attuare soluzioni appropriate (> 95% dei casi segnalati, indagati);	Nessun caso è stato segnalato per cui non c'è stata la necessità di attivare Audit straordinari.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
VERIFICA DELLA SICUREZZA DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E VALUTAZIONE DELLA TRASPARENZA E L'EFFICACIA DELLE PROCEDURE DI AUTOCONTROLLO ATTUATE DALL'INDUSTRIA ALIMENTARE	Assicurare il raggiungimento degli alti standard di sicurezza con particolare riguardo alla tutela delle attività economiche tipiche delle aree montane con la puntuale applicazione delle nuove linee guida alpeggi condivise con il Ministero della Salute e le regioni dell'arco alpino in materia di buone prassi. Puntuale applicazione delle disposizioni di cui al piano alpeggi 2017 nel 100% dei casi controllati;	Le quattro procedure previste dal Piano Alpeggi sono state applicate nel 100% dei 42 impianti controllati. E' stata inoltre effettuata attività di formazione per gli operatori degli alpeggi e per gli addetti ai controlli. Sul Portale di ATS sono state pubblicate le "Linee guida di buone pratiche di igiene e di lavorazione in alpeggio"
	Verifica delle Azioni Correttive adottate da uno stabilimento riconosciuto a seguito del rilievo di una NC entro 15 giorni dalla scadenza del termine fissato. In caso di richiesta scritta e concessione di proroga si fa riferimento a quest'ultimo termine (>95%);	A partire dal 1° settembre 2017, è stata verificata l'adozione di Azioni Correttive a seguito di rilievo di Non Conformità Verifica entro 15 gg. dalla scadenza in n. 106 su 126 stabilimenti riconosciuti, pari all'84,2% del target richiesto.
	Attuazione del 100% dei Piani di campionamenti programmati dall'UO Veterinaria con Circolare n. 1/2017 e regolare accettazione >95% dei campioni effettuati;	Sono stati attuati con regolare accettazione n. 1.653 campionamenti su un target assegnato di n. 1.651, pari al <b>105,89%</b> .

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
	<p>Gestione integrata del controllo ufficiale sviluppando processi di controllo multidisciplinari secondo le diverse tematiche (per es. benessere animale alla macellazione, igiene della macellazione, applicazione dei criteri microbiologici, etichettatura e informazioni al consumatore ecc.). Conduzione di almeno il 20% degli Audit programmati con la partecipazione di più operatori aventi diversa specializzazione (per area funzionale o per referenza). Tali verifiche sono oggetto di breve relazione alla UO Regionale entro il 31/01/2018</p>	<p>E' stato condotto il <b>24,17%</b> ( n. 22/91) degli Audit programmati con la partecipazione di più operatori aventi diversa specializzazione per area funzionale o per referenza). La relazione è stata trasmessa alla UO Regionale in data 31 gennaio 2018 con nota prot. n. 0010481</p>
	<p>Gestione sistema di allerta: inserimento nell'applicativo comunitario delle notifiche e dei follow up di carattere nazionale o internazionale: Allerte pubblicate iRasff/allerte aperte (escluso solo regionali) = 100% e pubblicazione dei richiami sul sito Ministeriale: richiami pubblicati NSIS/ richiami attivati OSA =100%;</p>	<p>Dal 1° settembre 2017 è' stato inserito inserimento nell'applicativo comunitario delle notifiche e dei follow up di carattere nazionale o internazionale il <b>100%</b> (10/10) delle allerte iRASFF sul totale delle allerte aperte (escluse solo regionali).</p> <p>E' stato inoltre pubblicato sul sito Ministeriale il <b>100% ( 3/3)</b> dei richiami pubblicati NSIS sui richiami attivati OSA.</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
MANTENIMENTO DI UN'EFFICACE PREVENZIONE DELLE MALATTIE ANIMALI	Rispetto dei tempi di verifica dell'attuazione delle azioni correttive a seguito di prescrizione in almeno il 95% delle aziende nelle quali è stata evidenziata una NC;	Dal 1 gennaio 2017 al 31/12/2017, il rispetto dei tempi di verifica dell'attuazione delle azioni correttive a seguito di prescrizione alle aziende nelle quali è stata evidenziata una NC, è stato rispettato in percentuale pari nel <b>91,3%</b> ( n. 21 aziende su 23). Dal 1° settembre 2017, il rispetto dei tempi è avvenuto nel <b>100%</b> dei casi ( n. 10 aziende su 10). La media annuale è pari al 94%.
	Effettuazione dei Controlli nel 100% delle aziende programmate al fine del mantenimento della qualifica sanitaria; Aggiornamento delle qualifiche sanitarie nel 100% delle aziende sottoposte a controllo ufficiale; Registrazione in SIMAN del 100% dei casi di malattia infettiva soggette a denuncia entro i termini stabiliti;	Si conferma: <ul style="list-style-type: none"> <li>- l'effettuazione dei controlli nel 100% delle aziende programmate;</li> <li>- l'aggiornamento delle qualifiche sanitarie nel 100% delle aziende sottoposte a controllo ufficiale;</li> <li>- la Registrazione in SIMAN del 100% dei casi di malattia infettiva soggette a denuncia entro i termini stabiliti.</li> </ul> I dati di dettaglio sono descritti nella tabella allegata ( <a href="#">file DV</a> )

	<p>Predisposizione ed effettuazione di un Piano di interventi formativi/informativi per gli operatori (veterinari Il.pp, allevatori, filiera) inerenti i Piani regionali ad adesione volontaria e pubblicazione sui siti aziendali di pagine rivolte agli allevatori e alle Associazioni di categoria, di natura informativa/divulgativa e della modulistica, entro il 31.12.2017. L'attività svolta andrà rendicontata entro il 31.01.2018;</p>	<p>La programmazione delle azioni di formazione e informazione, nelle sue linee fondamentali, è stata indicata nella specifica sezione del PIAPV 2017 (obiettivi strategici regionali- IBR e PARATBC).  IBR: sono state inviate 82 lettere personalizzate, complete di materiale informativo e formativo, agli allevatori già aderenti ai precedenti Piani regionali IBR; successivamente sono state inviate ulteriori 353 lettere personalizzate a altrettanti allevamenti non aderenti ma con monitoraggio sierologico e sul latte di massa favorevole con l'invito esplicito a voler aderire al Piano regionale al fine di poter acquisire da subito la qualifica di allevamento aderente sieronegativo. Nel mese di ottobre altre 70 lettere sono state inviate ad altrettanti allevatori che, nel frattempo, avevano raggiunto la qualifica in questione. In data 24/11/2017, in collaborazione con l'Ordine dei Medici Veterinari, si è svolto un incontro tra Veterinari di <b>IZS, ATS e LLPP</b> operanti nel settore degli animali da reddito per condividere le linee di azione comuni per il nuovo Piano IBR, per fare il punto sull'andamento del piano regionale Paratbc e incentivare le azioni ad esso riferite e condividere le procedure per il modello 4 informatizzato. Sul sito aziendale è stata pubblicata (8 maggio 2017) una nota informativa relativa al nuovo Piano regionale IBR completa di un sunto della nuova normativa e di una scheda informativa relativa alla malattia propriamente detta. E' stato contestualmente pubblicato anche il Piano regionale, completo della relativa modulistica. Analoga pubblicazione è stata fatta anche per il Piano regionale Paratbc, completa di un sunto del Piano, di una scheda informativa sulla malattia e della modulistica necessaria per l'adesione volontaria al Piano stesso. La rendicontazione dell'attività è stata inviata con nota protocollo 0005838 del 18 gennaio 2018..</p>
--	--	---

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>RENDICONTAZIONE ANNO 2017</b>
	<p>Revisione del piano delle emergenze aziendale e attuazione delle eventuali azioni di miglioramento rese evidenti a seguito del processo di autovalutazione secondo le indicazioni dell'allegato B alla nota protocollo G1.2015.0018496 del 26/11/2015, entro il 31.12.2017.</p>	<p>Il Piano aziendale delle emergenze, già aggiornato a giugno 2015, è stato sottoposto alla richiesta di revisione critica, alla luce di quanto rilevato, nel corso dell'esercitazione 2015, di un focolaio di afta epizootica e al conseguente incontro di debriefing del giugno 2016 a Darfo Boario Terme (BS).</p> <p>E' stato quindi integrato con un apposito capitolo relativo alle informazioni territorialmente rilevanti, e sono state aggiunte le principali indicazioni operative di carattere aziendale e/o locale.</p> <p>Il nuovo Piano aziendale delle emergenze, è stato quindi recepito formalmente con atto deliberativo n 1035 del 14 dicembre 2017, e trasmesso a Regione Lombardia in data 18/12/2017.</p> <p>Il Piano aggiornato è stato anche pubblicato sul Portale dell' ATS.</p>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
CORRETTA GESTIONE DEL FARMACO E BENESSERE ANIMALE.	Formazione di almeno il 30% dei veterinari l.p. operanti nel territorio e responsabili di scorte di allevamento e del 50% del personale addetto al controllo ufficiale in materia di impiego dell'applicativo "Farmacosorveglianza" in VETINFO;	E' stato formato: <ul style="list-style-type: none"> <li>- il <b>78%</b> (n. 28/38) Veterinari LP l.p. operanti nel territorio e responsabili di scorte di allevamento;</li> <li>- <b>l'81,8%</b> ( 9/11) del personale addetto al controllo ufficiale in materia di impiego dell'applicativo "Farmacosorveglianza" in VETINFO</li> </ul>
	Aggiornamento alle nuove disposizioni normative del 100% delle autorizzazioni sanitarie in essere per le attività di allevamento e/o fornitore di animali ai fini scientifici;	Sono state aggiornate alle nuove aggiornato alle nuove disposizioni normative <b>entrambe ( 2/2 pari al 100%)</b> le autorizzazioni sanitarie in essere per le attività di allevamento e/o fornitore di animali ai fini scientifici;

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
CORRETTA GESTIONE DELLE AZIONI SANITARIE IN SOSTEGNO DELLA COMPETITIVITÀ E DELL'EXPORT DEI PRODOTTI DI O.A.	Programmazione, esecuzione e rendicontazione di almeno un Audit su ciascuno stabilimento inserito in una o più liste di impianti abilitati a esportare verso Paesi terzi avente come obiettivo la verifica del mantenimento dei requisiti specifici previsti dal Paese o Paesi in questione con corretta gestione delle eventuali NC rilevate in corso di verifica;	Per la verifica del mantenimento dei requisiti specifici previsti dal Paese o Paesi in questione. sono stati eseguiti gli Audit il <b>100%</b> ( n. 29) degli stabilimenti del territorio provinciale inseriti in una o più liste di impianti abilitati a esportare verso Paesi terzi
	Acquisizione della qualifica di indennità da malattia di Aujeszky in almeno l'80% degli allevamenti e aggiornamento della qualifica in BDR;	Al 31/12/2017 è stata acquisita la qualifica di indennità da malattia di Aujeszky <b>nel 100% degli</b> allevamenti suinicoli da riproduzione e da ingrasso. In totale sono 315 allevamenti, così suddivisi: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allevamenti riproduzione ciclo aperto: n. <b>41</b></li> <li>- Allevamenti riproduzione ciclo chiuso: n. <b>16</b></li> <li>- Allevamenti da ingrasso intermedio: n. <b>8</b></li> <li>- Allevamenti da ingrasso &gt; 30 capi: n. <b>89</b></li> <li>- Allevamenti da ingrasso &gt; 4 capi e &lt; 30 capi: <b>138</b></li> <li>- Allevamenti da svezzamento – ingrasso: n. <b>19</b></li> <li>- Allevamenti da svezzamento – riproduzione: n. 4</li> </ul>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
PREVENZIONE DEL RANDAGISMO E TUTELA ANIMALI DA COMPAGNIA	Riesame e approvazione del “Piano triennale per gli interventi in materia di educazione sanitaria e zoofila, di controllo demografico della popolazione animale e di prevenzione del randagismo 2015 – 2017”, tenuto conto dei nuovi assetti organizzativi delle ATS e della proroga della scadenza del Piano, entro il 30.11.2017 ed attuazione del 100% delle azioni programmate nei piani triennali;	Con atto deliberativo n. 142 del 23 febbraio 2017, è stato aggiornato il Piano aziendale per il randagismo adeguandolo alla nuova scadenza temporale fissata al 31/12/2018. L’atto deliberativo è stato trasmesso agli Uffici Regionali competenti il 22/09/2017, con nota prot. 0086463. Si conferma l’attuazione del <b>100%</b> delle azioni previste nel “Piano” per il 2017. Al 31/12/2017 è stato speso il 71,09% dei fondi destinati all’erogazione dei contributi economici per la sterilizzazione dei cani in uscita dal canile sanitario, e per la sterilizzazione dei gatti, operata direttamente dal Dipartimento Veterinario in orario aggiuntivo il sabato mattina.
	Predisposizione ed effettuazione di un Piano di interventi formativi inerente il nuovo Regolamento di attuazione della legge regionale n. 33/2009, per i veterinari ufficiali, finalizzato all’attuazione dei controlli per la verifica dei requisiti delle strutture di ricovero degli animali d’affezione. L’attività svolta andrà rendicontata entro il 31.01.2018;	Nell’ambito del corso formativo interno, organizzato per 40 veterinari ufficiali in materia di soccorso e stabilizzazione degli animali d’affezione, sono state incluse due lezioni, di 3 ore ciascuna, a cura di un veterinario regionale, esplicitamente dedicate al nuovo regolamento regionale 2 del 13 aprile 2017. Il corso, accreditato ECM, è stato effettuato nelle giornate del 13/09/2017 e 18/10/2017. Il 14/09/2017, due “veterinari ufficiali” hanno partecipato anche al corso regionale sul medesimo Regolamento. Per quanto riguarda la rendicontazione del “Piano interventi formativi” citata nell’indicatore, non sono pervenute richieste specifiche, se non quelle previste dal sistema di accreditamento ECM, regolarmente evase nei tempi e nelle modalità previste dalla normativa in materia.

**OBIETTIVI DI SVILUPPO DEL SISTEMA (PESO 100 PUNTI):**  
**OBIETTIVI DI PERFORMANCES ED ESITI (PESO 40 PUNTI)**

(vedi tabella alla pagina successiva)

Indicatore	Descrizione Indicatore	Referenti per l'indicatore e le azioni richieste
A1.1	Mortalità nel primo anno di vita	dr Alberto Zucchi
B28.1.2	Percentuale di anziani in CD con valutazione	Direttore Socio Sanitario
B4.1.1	Consumo territoriale di farmaci oppioidi	dott. Marco Gambera- dr Vito Brancato
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	dr.ssa Laura Tessandri
B5.3.2	Adesione corretta allo screening coloretale	dr.ssa Laura Tessandri
B7.1	Copertura vaccinale MPR	dr Giancarlo Malchiodi
B7.2	Copertura vaccinale antinfluenzale anziani	dr Giancarlo Malchiodi
B7.5	Copertura vaccinale antimeningococcico	dr Giancarlo Malchiodi
B7.6	Copertura vaccinale antipneumococcico	dr Giancarlo Malchiodi
C11a.2.1	Tasso ospedalizzazione diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)	dr Alberto Zucchi - dr.sa Paola Colleoni
C11a.3.1	Tasso ospedalizzazione BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	dr Alberto Zucchi - dr.sa Paola Colleoni
C16T.4	Tasso di ricovero per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	dr Alberto Zucchi - dr.sa Paola Colleoni
C18.1	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti std per età e sesso	dr Alberto Zucchi - dr.sa Paola Colleoni
C7.7	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)	dr Alberto Zucchi
C7.7.1	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	dr Alberto Zucchi
C8a.13a	Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	dr Alberto Zucchi
C8a.19.2	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti minorenni	dr Alberto Zucchi
C8a.5a	Tasso std di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni	dr Alberto Zucchi
C8b.2	Tasso di ospedalizzazione dei ricoveri oltre 30 gg per 1.000 residenti	dr Alberto Zucchi - dr.sa Paola Colleoni
C9.3	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina - angiotensina (Antiipertensivi)	dott. Marco Gambera- dr Vito Brancato
C9.8.1.1	Consumo di antibiotici sul territorio	dott. Marco Gambera- dr Vito Brancato
C9.8.1.1.1	Consumo di antibiotici in età pediatrica	dott. Marco Gambera- dr Vito Brancato
C9.8.1.1.2	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	dott. Marco Gambera- dr Vito Brancato
F12a.14	% molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	dott. Marco Gambera- dr Vito Brancato
F15.2.1	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	dr Giorgio Luzzana/dr.ssa Giuseppina Zottola
F15.2.2	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni	dr Giorgio Luzzana/dr.ssa Giuseppina Zottola
F15.2.3	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati	dr Giorgio Luzzana/dr.ssa Giuseppina Zottola

## OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 35 PUNTI)

### OBIETTIVI SPECIFICI AZIENDALI (PESO 35 PUNTI)

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p><b>SALUTE E AMBIENTE</b> Partecipazione attiva e propositiva in Commissione VIA Regionale (contributi valutativi e consegna dati sanitari), in coerenza con la DGR n. X/4792 del 08.02.2016</p>	<p>n. di istruttorie con richiesta di integrazione relativa agli aspetti di salute pubblica/n. istruttorie totali = 1</p>	<p>Sono state evase n. 4 istruttorie con richiesta di integrazione relativa agli aspetti di salute pubblica su un totale di n. 4 istruttorie (= 1)</p>
<p><b>SCREENING ONCOLOGICI:</b> Avviare la messa a sistema della attivazione/aggiornamento del programma di screening organizzato del tumore della cervice uterina con test primario PAP test per le donne tra 25-33 anni e test primario HPV dna test per le donne tra 34-64 anni (DGR 3003/2015, 5954/2016, DDG 12386/2016)</p>	<p>Evidenza documentata di attività di comunicazione, raccordo con laboratori di riferimento, aggiornamento procedure, contrattazione e programmazione sedute per estensione pari al 5% della popolazione target/anno, entro aprile 2018</p>	<p>L'ATS ha avviato entro i termini definiti dall'indicatore (aprile 2018) l'attività scientifica a supporto all'avvio dello screening organizzato per il tumore della cervice uterina. In data 15/11/2017 e 17/01/2018 è stato convocato il Tavolo Tecnico multidisciplinare ed interaziendale per la patologia vaginale oncologica, che ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- formulato ipotesi di lavoro per l'attivazione del programma di screening per il tumore della cervice uterina, organizzato da ATS in collaborazione con le Strutture di ricovero e cura del territorio, in analogia alle altre due linee d'attività di prevenzione secondaria oncologica ( tumore della mammella e i tumori del colonretto);</li> <li>- approvato un documento estratto dalla DGR N° X / 7013 del 31/07/2017 "AGGIORNAMENTO ED ESTENSIONE DEL PROGRAMMA DI SCREENING ORGANIZZATO DEL TUMORE DELLA CERVICE UTERINA IN REGIONE LOMBARDIA";</li> <li>- elaborato un testo di "accordo tipo per l'erogazione di prestazioni del PDT di screening del tumore della cervice uterina" tra ATS ed Erogatore da inserire negli accordi contrattuali 2018.</li> </ul>

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>RENDICONTAZIONE ANNO 2017</b>
Attuazione della nuova governance e della relativa riorganizzazione dei dipartimenti veterinari e sicurezza alimenti di origine animale.	Attuazione entro il 30/11/2017 della nuova Governance e della relativa riorganizzazione dei dipartimenti veterinari e sicurezza alimenti di origine animale secondo le modalità codificate nei POAS	E' stata modificata la posizione nell'organigramma del DV dell'Unità Operativa Semplice Dipartimentale " <i>Unità Organizzativa Igiene Urbana, prevenzione randagismo, tutela degli animali d'affezione e interventi assistiti con animali</i> ". Ora è gerarchicamente dipendente dal Direttore del Dipartimento e funzionalmente dal Direttore del Servizio Sanità Animale.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p>Adesione convenzioni Centrale Acquisti Regione Lombardia – CONSIP e utilizzo piattaforma telematica SINTEL nelle procedure d’acquisto. Classi d’acquisto previste negli adempimenti LEA: energia elettrica; gas; ausili per persone disabili (CPV 33196200; ausili per la deambulazione CPV 33141720); antisettici;</p>	<p>Verifica effettuata sulle classi previste negli adempimenti LEA per quanto riguarda gli acquisti: a) adesione convenzioni CONSIP; b) adesioni convenzioni ARCA; c) utilizzo della piattaforma telematica SINTEL;</p>	<p>Sono state effettuate adesioni a convenzioni attive di CONSIP e ARCA in tutti i settori merceologici, siano essi all’interno del DPCM 24/12/2015, o meno. La piattaforma SINTEL viene utilizzata come normale strumento di lavoro per la gestione di tutte le procedure. Solo una procedura di circa € 100.000,00, IVA compresa, (per l’abbattimento di tacchini colpiti da influenza Aviaria), è stata gestita senza l’utilizzo di piattaforme, stante il carattere di estrema urgenza per cui era obbligatorio l’intervento della ditta entro il giorno successivo alla richiesta di disponibilità e di preventivo per evitare un imminente quanto probabile contagio di altri allevamenti. E’ stato individuato il contraente come da indicazioni di Regione Lombardia - Area veterinaria. Le RDO vengono gestite tramite SINTEL o MEPA, come consentito dalla normativa vigente</p>
<p>Completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell’area del personale: conto annuale esercizio 2016, allegato al CE anno 2016 (IV trimestre 2016) e anno 2017, bilancio – modello A e reciproca coerenza fra gli stessi</p>	<p>Allineamento tra i dati inviati nei diversi flussi 90%</p>	<p>Si conferma l’allineamento del 100% per quanto riguarda la completezza, qualità e coerenza dei flussi informativi dell’area del personale.</p>
<p>STRUTTURE COMPLESSE – Copertura delle strutture Area Medica, Veterinaria e del ruolo sanitario oggetto di autorizzazione regionale nell’anno 2017</p>	<p>Copertura entro il 31/12/2017 delle strutture autorizzate entro il 30/06/2017: 100%;</p>	<p>Entro il 30 giugno 2017 sono pervenute da Regione le autorizzazioni richieste per la copertura di n. 2 Strutture Complesse. La Struttura Complessa “Servizio Epidemiologico Aziendale SEA” è stata assegnata dal 1° ottobre 2017 con atto deliberativo n. 764 del 27/09/2017. La Struttura Complessa “UOC Integrazione Multiprofessionale e sviluppo delle Cure Primarie”, è stata assegnata dal 13 novembre 2017 con atto deliberativo n. 904 del 13/11/2017.</p>
	<p>Copertura entro il 31/03/2018 delle strutture autorizzate dopo il 30/06/2017 ed entro il 30/09/2017: 70%;</p>	<p>Promozione della salute e prevenzione dei fattori di rischio comportamentali” 283 del 29.3.2018 “UOC Accreditamento, Vigilanza e controllo dell’Area Socio Sanitaria e Sociale”. 382 del 12 aprile</p>
<p>Obiettivo Osservatorio Epidemiologico Regionale</p>	<p>Trasmissione secondo le tempistiche definite nella Delibera delle Regole e nella circolare Flussi per l’anno 2017 dei flussi informativi sanitari e</p>	<p>Si conferma l’invio del 100% dei flussi informativi sanitari e sociosanitari nel rispetto delle tempistiche stabilite dalla DGR delle Regole e nella circolare</p>

	sociosanitari;	Flussi per l'anno 2017.
<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>RENDICONTAZIONE ANNO 2017</b>
Scostamento beni e servizi dichiarato in assestamento rispetto al consuntivo	Verranno valutati negativamente importi superiori al 1% di scostamento	Di seguito si espongono i valori per "Beni e Servizi" del BES 2016 e dell'Assestamento 2017: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegnazione "Beni e Servizi" BES 2016: € <b>11.596/1000;</b></li> <li>- Assestamento/Decreto 3° CET n, 12209/2017 "Beni e Servizi" 2017: € <b>7.863/1000;</b></li> </ul> Scostamento Assestamento/BES 2016: € - 3.733/1000 <b>Scostamento inferiore a 1%</b>
Razionalizzazione della spesa e mantenimento dell'equilibrio di bilancio	Riduzione spesa beni e servizi definita nelle Regole di sistema 2017;	Con il decreto di assegnazione del BPE 2017 è stata applicata la riduzione del 1,06% sulla voce Altri Beni e Servizi e Consulenze, collaborazioni, interinali e comandi, pari ad € 115/1000.
	Mantenimento della spesa per prestazioni sanitarie rispetto alle Regole di sistema;	Con riferimento alla voce ATSC19 "Prestazioni Sanitarie" si evidenzia che tale voce comprende anche le <b>prestazioni non a diretta gestione aziendale</b> che hanno determinato un incremento di detta voce di costo, in sede di assestamento 2017 rispetto al BPE, pari a € 1.274/1000. Precisamente, per le attività di governo regionale, soggette a validazione dei flussi di attività, è stato necessario richiedere una integrazione dell'assegnazione come di seguito specificato: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospice: integrazione finanziamento di € 923/1000;</li> <li>- Subacuti aumento costo di € 390/1000 a seguito di incremento di produzione;</li> <li>- Reti sanitarie: diminuzione finanziamento di € -19/1000.</li> </ul> Per quanto concerne le <b>attività di governo diretto dell'ATS</b> , si rileva un generalizzato contenimento dei costi come di seguito riassunto: Tipizzazione Midollo ASST: minor costo pari ad € - 11/1000; Convenzione LSP con ATS Brianza: minor costo pari ad € - 7/1000; Economie prestazioni Istituto Zooprofilattico : minor costo pari ad € - 2/1000.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
Riconciliazione e verifica delle partite debitorie e creditorie verso la Regione.	Allineamento posizioni da Stato Patrimoniale per crediti e debiti dell'esercizio;	E' stato effettuato l'allineamento delle partite creditorie e debitorie con il decreto di assegnazione regionale dell'esercizio (incrementi e decrementi dell'esercizio)
Riconciliazione e quadratura delle partite intercompany	Pieno Allineamento costi-ricavi e debiti-crediti;	Sono state effettuate le attività di seguito indicate: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Allineamento delle partite di costo/ricavo e debito/credito con le risultanze contabili concordate con le Aziende Sanitarie della Regione;</li> <li>- Riconciliazione delle diverse allocazioni, emerse dal confronto tra le Aziende Sanitarie, delle partite rilevate con differente modalità contabile correlata alla natura della partita medesima.</li> </ul>
Anticipazione di Tesoreria	Azzeramento dell'utilizzo dell'anticipazione di Tesoreria;	L'ATS di Bergamo non ha fatto ricorso all'anticipazione di tesoreria.
Tempi di pagamento beni e servizi (ITP)	Sarà valutato il reale posizionamento aziendale rispetto dell'ITP inferiore a zero;	Il posizionamento dell'ATS di Bergamo rispetto all'indicatore "tempi di pagamento" definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture evidenzia un valore di - <b>(meno) 9,56 giorni</b>

## OBIETTIVI DI IMPLEMENTAZIONE ED EVOLUZIONE DEL SSR (PESO 25 PUNTI)

<b>OBIETTIVI</b>	<b>INDICATORI</b>	<b>RENDICONTAZIONE ANNO 2017</b>
Governance dell'inserimento dell'attività di prevenzione (vaccinazioni e screening) all'interno del percorso di presa in carico (offerta)	Presenza nel PAI dell'attività di prevenzione (valutazione fattori di rischio comportamentali, vaccinazioni e screening) all'interno del percorso di presa in carico (offerta);	L'ATS ha preso atto degli elementi costitutivi del PAI descritti nelle Regole di sistema di cui alla DGR 7600/2017. Appena la DG Welfare renderà disponibile il format per la predisposizione dei singoli PAI, nonché la piattaforma per la verifica dei PAI emessi dagli Enti Gestori, si procederà ad inserirlo nel contratto integrativo con gli Enti Gestori.

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
<p>Corretta implementazione delle previsioni della DGR 6551 ed eventuali provvedimenti integrativi nel merito della valutazione dell'inefficienza dei soggetti gestori</p>	<p>Indicatore di risultato: rispetto del cronoprogramma</p>	<p>L'implementazione della DGR 6551 e dei successivi provvedimenti integrativi, è nel rispetto del cronoprogramma definito dalla DG Welfare. Di seguito si elencano gli atti deliberativi che hanno formalizzato il percorso:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>N. 409 del 30 maggio 2017</b>, ad oggetto: “ <i>Avviso per l'iscrizione nell'elenco degli idonei per lo svolgimento del ruolo di gestore/co-gestore/erogatore per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili. Approvazione della documentazione e pubblicazione sul sito web aziendale</i>”.</li> <li>2) <b>N. 474 del 23 giugno 2017</b>, ad oggetto: “ <i>DD.GG.RR. n. X/6164/2017 e X/6551/2017. Nomina Commissione di valutazione per l'iscrizione nell'elenco degli idonei per lo svolgimento del ruolo di gestore/co-gestore/erogatore per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili e individuazione del Gruppo di Lavoro a supporto della Commissione stessa</i>”.</li> <li>3) <b>N. 598 del 10 agosto 2017</b>, ad oggetto: “<i>Presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili. Presa d'atto della DGR n. X/7038 del 03/08/2017 e conseguenti determinazioni</i>”.</li> <li>4) <b>N. 782 del 4 ottobre 2017</b>, ad oggetto: “<i>DD.GG.RR. nn. X/6164/2017, X/6551/2017 e X/7038/2017. Approvazione verbale Commissione ed elenchi dei soggetti idonei per lo svolgimento del ruolo di gestore/co-gestore/erogatore per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili</i>”.</li> </ol>

OBIETTIVI	INDICATORI	RENDICONTAZIONE ANNO 2017
ATS: Presa in carico del paziente cronico	Trasmissione ai gestori della presa in carico dei dati epidemiologici e demografici della popolazione cronica del territorio (frequent users, patologie, ecc);	<p>Si conferma l'avvenuta trasmissione agli Enti Gestori dei dati epidemiologici e demografici della popolazione del territorio, secondo i tempi e le modalità definite dalla DG Welfare nel rispetto della normativa legata alla tutela della privacy.</p> <p>Questa ATS ha inoltre trasmesso Il Servizio Epidemiologico dell'ATS ha inoltre trasmesso , a tutti gli Enti Gestori la dimensione quantitativa, su base comunale, dei pazienti cronici considerati eligibili da Regione Lombardia per la "presa in carico" , nella loro suddivisione nei tre livelli di complessità, omettendo le singole patologie per i vincoli legati alla privacy. La richiesta di questi dati era emersa in sede dell'incontro del 9 febbraio 2018 tra ATS ed Enti Gestori.</p>
	<input type="checkbox"/> Organizzazione di adeguati momenti di informazione e comunicazione agli erogatori e ai medici di cure primarie	<p>Si sono tenuti incontri informativi e formativi per MMG, PLS, e rappresentanti degli Enti Locali. Gli incontri sono stati effettuati presso le diverse sedi territoriali degli Ambiti nelle seguenti date: 2/3 - 8/3 - 21/3 - 27/3 28/3 - 30/3 - 4/4 - 11/4 - 4/5 - 9/5 - 16/5 - 23/5 - 25/5 - 29/5 - 5/6 - 6/6 - 13/6 - 15/6 - 20/6 - 28/6 - 13/7 - 25/7 - 26/10 - 16/11 - 30/11;</p> <p>Per le ASST sono stati organizzati tre incontri specifici, presso la sede dell'ATS, in data 28 giugno, 6 novembre e 19 dicembre</p>
	Completamento del percorso di valutazione e selezione dei soggetti gestori;	<p>Il completamento del percorso di valutazione e selezione dei soggetti gestori è avvenuto con l'adozione dell'atto deliberativo n. 782 del 4 ottobre 2017, avente per oggetto "Approvazione verbale Commissione ed elenchi dei soggetti idonei per lo svolgimento del ruolo di gestore/co-gestore/erogatore per la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili".</p> <p>L'elenco dei soggetti idonei è pubblicato sul Portale</p>

		dell'ATS, nella sezione dedicata alla "Presenza in carico dei pazienti cronici e/o fragili.
--	--	---