

DELIBERAZIONE NR. 1077 DEL 18/06/2026

OGGETTO: ADOZIONE DELLA RELAZIONE PERFORMANCE - ANNO 2025

IL DIRETTORE GENERALE
nella persona del Dott. Francesco Locati

ASSISTITO DA:

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	DR. GIANLUCA VECCHI
IL DIRETTORE SANITARIO	DOTT. ALESSANDRO AMOROSI
IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO	DR.SSA SIMONETTA CESA

Premesso che:

- il decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 prevede, all'art. 10, comma 1, lett. b), che le amministrazioni pubbliche redigano annualmente un documento volto ad evidenziare, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti e il bilancio di genere realizzato;
- il d.l. 9 giugno 2021 n. 80 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia" convertito con l. 6 agosto 2021 n. 113, ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti adottino entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) al fine di superare la molteplicità degli strumenti di programmazione in uso e creare un testo unico di governance;

Rilevato che la SC Controllo di gestione ha predisposto la "Relazione Performance 2025", come previsto dal d.lgs. n. 150/2009, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, nel rispetto delle successive disposizioni attuative emanate dal Dipartimento della funzione pubblica, tenuto conto delle linee guida sulla "Relazione annuale sulla performance" adottate nell'anno 2018 e del documento contenente gli "Indicatori comuni per le funzioni di supporto nelle amministrazioni pubbliche" di cui alla circolare del 30 dicembre 2019 dello stesso Dipartimento;

Dato atto che la relazione descrive l'ordinario "Ciclo di gestione della performance", circuito della programmazione integrato dal controllo continuo attuato durante l'intero anno con molteplici attività e funzioni;

Rilevato che il Nucleo di valutazione delle prestazioni, cui è stata presentata la “Relazione Performance - anno 2025”, all’esito della disamina complessiva, ha espresso parere favorevole sul contenuto del documento, approvandolo;

Ritenuto quindi che sussistano i presupposti per la sua adozione formale e per gli adempimenti formali previsti al fine di assicurare la massima trasparenza e pubblicità;

Dato atto che:

- l’adozione del presente provvedimento non comporta l’assunzione di alcun onere da parte dell’ASST;
- il responsabile del procedimento è la dr.ssa Silvia Goglio, direttore della SC Controllo di gestione;

Acquisito il parere del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore sociosanitario

DELIBERA

1. di adottare, per le motivazioni richiamate in premessa, la “Relazione performance – anno 2025”, allegata al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, validata dal Nucleo di valutazione delle prestazioni;
2. di pubblicare sul sito aziendale nella sezione “Amministrazione trasparente” la menzionata relazione, nei termini di legge;
3. di dare atto che l’adozione del presente provvedimento non comporta l’assunzione di alcun onere da parte dell’ASST;
4. di precisare che il responsabile del procedimento è la dr.ssa Silvia Goglio, direttore della SC Controllo di gestione.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Francesco Locati



Ospedale
Papa Giovanni XXIII

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Papa Giovanni XXIII

RELAZIONE PERFORMANCE

Anno 2025



AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE PAPA GIOVANNI XXIII

PIAZZA OMS, 1 – 24127 BERGAMO

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. ASST PAPA GIOVANNI XXIII.....	4
2.1 ANAGRAFICA AZIENDALE.....	4
2.1.1 ASSISTENZA	5
2.1.2 TRAPIANTI	5
2.1.3 DOTAZIONE ORGANICA.....	8
2.1.4 RICERCA E FORMAZIONE UNIVERSITARIA	9
2.1.5 PERFORMANCE AZIENDALE E INTERNAZIONALE - PROGETTI DI RILEVANZA STRATEGICA.....	13
3. RELAZIONE ECONOMICA.....	23
3.1. IL BILANCIO AZIENDALE	23
3.2 PRODUZIONE A CONTRATTO	24
4. CICLO PERFORMANCE.....	25
5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	28
6. PERFORMANCE INDIVIDUALE	30
7. PUBBLICITÀ	32

1. PREMESSA

Con il Decreto Legislativo n. 150 del 27/10/2009 le Amministrazioni Pubbliche sono tenute alla redazione annuale di due documenti atti a valutare le performance organizzative: il Piano delle Performance e la Relazione Performance. Con il Decreto Legge n. 80 del 2021 “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia” il Piano delle Performance è stato ricompreso nel più ampio documento denominato Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO). Tale documento ha durata triennale e definisce gli obiettivi programmatici e strategici delle performance, la strategia di sviluppo del capitale umano, gli strumenti necessari per raggiungere la piena trasparenza delle attività e dell’organizzazione amministrativa e le azioni finalizzate alla realizzazione della piena accessibilità all’amministrazione. Con l’introduzione del PIAO si è voluta garantire una maggiore semplificazione degli adempimenti in capo delle Pubbliche amministrazioni; a tal fine, il documento ha assorbito diversi documenti prima richiesti ai singoli enti: il Piano dei Fabbisogni del Personale (PFP), il Piano della Performance (PdP), il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PtPCT), il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA) e il Piano di Azioni Positive (PAP).

La Relazione Performance è il documento che, a consuntivo, permette di evidenziare i risultati raggiunti a livello strategico, organizzativo ed individuale, nonché i consumi di risorse ed eventuali scostamenti rispetto a quanto preventivato. La relazione è richiesta alle Pubbliche amministrazioni entro il 30 giugno di ogni anno, con riferimento all’anno precedente. Secondo però quanto stabilito dal D.Lgs 150/2009 la validazione della Relazione sulla performance è condizione necessaria per l’accesso agli strumenti per premiare il merito, pertanto, l’ASST provvede alla predisposizione e approvazione del documento, previa validazione del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, prima della corresponsione della retribuzione di risultato al personale dipendente.

La Relazione Performance 2025 presentata dall’ASST Papa Giovanni XXIII riepiloga i risultati raggiunti nell’anno 2025 in relazione agli obiettivi programmati per il medesimo anno definiti dalla programmazione strategica e, conseguentemente, nel budget annuale. Il documento sintetizza i risultati conseguiti dalla ASST ponendo l’attenzione a tre diversi livelli di performance:

- *Performance strategica*: obiettivi raggiunti e risultati conseguiti dalla struttura nel suo complesso in riferimento agli obiettivi strategici aziendali;
- *Performance organizzativa*: obiettivi raggiunti e risultati conseguiti dai singoli Centri di Responsabilità in riferimento agli obiettivi di budget;
- *Performance individuale*: obiettivi raggiunti e risultati conseguiti dal singolo, misurando l’apporto individuale al raggiungimento degli obiettivi di budget delle strutture cui afferisce, secondo specifiche procedure di valutazione individuale.

La Relazione Performance riporta, secondo i principi di trasparenza, chiarezza e verificabilità dei risultati, dati sintetici ed aggregati al fine di presentare i livelli di attività raggiunti dall’ASST, i volumi di produzione e il livello dei costi sostenuti nel rispetto del pareggio di bilancio, i progetti in atto (Tempi di attesa, azioni di miglioramento del Pronto Soccorso, sviluppo dei servizi territoriali), il ciclo della performance, la performance organizzativa e la performance individuale.

2. ASST PAPA GIOVANNI XXIII

Con la L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i. è stato avviato il percorso di evoluzione del Servizio Socio Sanitario Lombardo (SSL) e Regione Lombardia con deliberazione n° X/4487 del 10/12/2015 ha costituito, a partire dal 1° gennaio 2016, l'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

L'ASST si articola in due settori:

1. *Polo Ospedaliero*, per il trattamento del paziente in fase acuta e sede dell'offerta sanitaria specialistica. Si articola in presidi ospedalieri e in dipartimenti che concorrono alla realizzazione di una rete integrata di strutture e di servizi finalizzata a offrire la migliore risposta ai bisogni di salute dell'utenza proveniente dalla provincia di Bergamo, dalla regione Lombardia e, per particolari competenze, da tutto il territorio nazionale;
2. *Polo Territoriale*, che eroga prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità, può attivare degenze intermedie, subacute, post acute e riabilitative, a bassa intensità prestazionale ed in funzione delle particolarità territoriali, secondo la programmazione regionale. Al polo territoriale afferiscono anche il Dipartimento di cure primarie a carattere funzionale, il dipartimento della salute mentale e delle dipendenze e il dipartimento di funzione e prevenzione. È inoltre prevista un'attivazione graduale e progressiva di ospedali di comunità, di case di comunità e delle centrali operative territoriali, come previsti dal PNRR e deliberate da Regione Lombardia.

L'ASST si distingue nel panorama italiano e internazionale per le prestazioni di diagnosi e cura offerte in ambito trapiantologico, materno-infantile, onco-ematologico, cardiovascolare. Risulta essere rilevante l'attività posta in essere nei seguenti settori: Trauma Team, Servizio Sanitario Emergenza Urgenza (AREU), intensità di cure e Case Management, ricerca, formazione universitaria, sviluppo dei servizi territoriali, Centrale UNICA, qualità aziendale e risk management.

2.1 ANAGRAFICA AZIENDALE

Di seguito sono riportati alcuni dati che permettono di comprendere le principali attività svolte dall'ASST. Al fine di dare una rappresentazione coerente con le aree di interesse, si è deciso di identificare cinque aree distinte: assistenza (comprensiva di accessi di Pronto soccorso, numero di procedure chirurgiche, numero parti, numero ricoveri, giornate di degenza, prestazioni ambulatoriali), trapianti, dotazione organica (suddivisa in dirigenza e comparto), ricerca e formazione universitaria.

Per tali indicatori sono stati riportati i dati inerenti agli anni 2023, 2024 e 2025.

2.1.1 ASSISTENZA

In questo paragrafo sono messe in evidenza le principali performance raggiunte dall'ASST Papa Giovanni XXIII in merito alle attività di maggior rilievo svolte dalla Struttura. È stata posta l'attenzione sulle giornate di degenza, sugli accessi di Pronto soccorso, sul numero di ricoveri, sul numero di procedure chirurgiche e sul numero di parti.

Assistenza

	2023	2024	2025	
	311.925	318.004	318.994	GG degenza SSN + NO SSN
	100.389	103.241	106.368	Accessi di Pronto soccorso
	43.870	44.298	44.680	N. ricoveri - SSN+NO SSN
	36.201	36.250	36.560	N. procedure chirurgiche
	3.787	3.997	3.926	N. parti

Nella tabella che segue sono invece riportati i volumi di produzione delle prestazioni ambulatoriali.

Numero Prestazioni Ambulatoriali - incluse prestazioni covid (tamponi)

	2023	2024	2025	
	3.602.041	3.664.095	3.647.892	Ambulatoriali
	456.248	465.046	473.740	Visite
	41.929	43.085	41.528	Neuropsichiatria
	41.028	39.533	45.712	MAC
	7.290	7.510	6.173	NPI progetti
	2.953	2.452	2.286	BIC

Si precisa che i dati riferiscono alla totalità delle prestazioni ambulatoriali: a carico del SSN, erogate in regime di Solvenza, in regime di Libera professione, regime N - Naviganti, le prestazioni tipo M - Altre prestazioni, le prestazioni tipo Q - Controllo malattie infettive

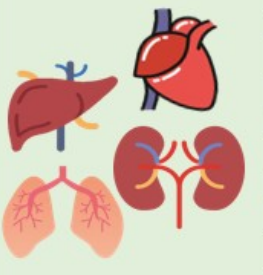
2.1.2 TRAPIANTI

L'ASST Papa Giovanni XXIII si distingue nel panorama italiano e internazionale per le prestazioni di diagnosi e cura offerte in ambito trapiantologico: nell'ospedale si eseguono da molti anni tutte le tipologie di trapianto per pazienti adulti e pediatrici. La medicina dei trapianti costituisce una pratica terapeutica ampiamente consolidata ed efficace che ha assunto nel tempo dimensioni rilevanti, sia in termini di numero di interventi che di risultati raggiunti in conseguenza del progresso scientifico e del continuo perfezionamento delle tecniche chirurgiche ed anestesologiche.

L'ASST Papa Giovanni XXIII è ai primi posti a livello nazionale relativamente ai trapianti di fegato in soggetti pediatrici ed è il centro pioniere del trapianto di intestino pediatrico in Italia. L'esperienza maturata in chirurgia generale ha permesso di poter eseguire trapianti combinati di polmone-fegato, per cui l'ASST risulta essere il primo centro italiano ad eseguirne con successo, ma anche fegato-rene, rene-pancreas, fegato-pancreas. Inoltre, l'Ospedale è centro di riferimento nazionale per il trapianto di cuore pediatrico e per il trapianto cardiaco per pazienti pediatrici e adulti con patologia congenita.

Sono di seguito riportati alcuni dati riferiti ai trapianti effettuati presso l'Azienda confrontando i dati riferiti agli anni 2023, 2024 e 2025. I dati riportati in tabella si riferiscono ai trapianti di fegato, rene, cuore, polmone, cornea, milza, intestino, pancreas e midollo. Di rilievo i trapianti di cuore artificiale che nel 2025 sono stati pari a 8.

Trapianti - Verbali operatori

	2023	2024	2025	
	105	106	103	Fegato
	44	58	38	Rene
	21	23	30	Cuore
	13	10	11	Polmone
	10	6	10	Cornea
	0	0	0	Milza
	1	1	0	Intestino
	0	1	0	Pancreas
	143	135	131	Midollo

Il 2025 è stato un anno significativo per questo campo di attività grazie anche ai seguenti risultati:

- L'attività di trapianto di organi solidi (181) è stata costante rispetto a quanto visto negli anni precedenti.
In particolare si è osservato un netto incremento dei trapianti cardiaci, con il valore più alto (30) osservato negli ultimi 13 anni di attività, permettendo al centro trapianti di cuore di superare la quota 1100 trapianti dall'inizio dell'attività.

- Per il trapianto di Fegato prosegue la collaborazione con stati esteri, in particolare con Serbia e Slovenia, per la valutazione pre trapianto, messa in lista ed eventuale trapianto. L'esecuzione di trapianto da donatore vivente ha permesso a 5 pazienti pediatriche, provenienti da stati in cui attualmente sono sospesi gli accordi internazionali di cooperazione, di poter comunque accedere al trapianto e alle successive cure.

Il nostro ospedale ha una comprovata esperienza in ambito trapiantologico pediatrico, ed in particolare nella tecnica Split, e questo ha permesso a dicembre di eseguire il primo trapianto in Italia di fegato e rene da donatore vivente.

- In ambito donazione abbiamo raggiunto quota 42 donatori di organi (+5.0% rispetto ai dati del 2024), che hanno permesso la donazione di 112 organi (+ 20%).
- Nel 2025 è incrementato il numero di donazioni da donatori DCD (Donor after cardiac death) arrivando al 31.12.2025 con 13 donatori procurati (raggiungendo il valore più alto dal 2017, anno di partenza della procedura DCD).
- Dal 2023 prosegue l'attività di trapianto di cuore da donatore DCD (Donor after cardiac death). Dopo il primo caso del 2023, nel 2025 sono stati effettuati 6 trapianti da donazione DCD, 2 da donatori interni e 4 prelievi di cuore da parte della nostra équipe presso altre strutture. La realizzazione di questa tipologia di donazione presso le strutture esterne richiede un grande impegno dal punto di vista organizzativo in quanto è necessario

coinvolgere una equipe di professionisti numerosa (2 cardiocirurghi, 2 anestesisti esperti in riperfusione, 2 perfusionisti e 1 infermiere di sala operatoria esperta in prelievo di cuore), apparecchiature e materiale per essere portata a termine.


- Nel 2025 è stato effettuato 1 trapianti di cuore grazie all'utilizzo della machine perfusion, questa tecnica permette di effettuare prelievi a grandi distanze riducendo il tempo di ischemia e aumentando il tempo per la valutazione dell'organo.
- Anche nel 2025 la nostra ASST ha ricevuto dalla Milano Cord Blood Bank il riconoscimento come centro di raccolta che ha fornito il maggior numero di unità di sangue cordonale sia in termini di unità raccolte che bancate.

2.1.3 DOTAZIONE ORGANICA

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è lo strumento strategico, programmatico, flessibile e rimodulabile annualmente, per individuare le esigenze di personale in relazione alle funzioni istituzionali ed agli obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi offerti ai cittadini compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica che mirano al contenimento del costo del personale. Attraverso la giusta allocazione delle persone e delle relative competenze professionali di cui necessita l'Azienda, si può ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e si perseguono al meglio gli obiettivi di valore pubblico e di performance in termini di migliori servizi alla collettività.

La dotazione organica del personale in servizio dipendente e convenzionato universitario al 31.12.2025 è la seguente:

Dotazione organica 2025

	Ospedale	Territorio	Totale	
	764	123	887	Dirigenza Medica
	70	69	139	Dirigenza Sanitaria
	7	2	9	Dirigenza delle Professioni Sanitarie
	7	1	8	Dirigenza Professionale
	4	0	4	Dirigenza Tecnica
	19	1	20	Dirigenza amministrativa
	871	196	1.067	TOTALE DIRIGENZA
	1.817	233	2.050	Pers. Inferm. (escluso ostetrica e IFEC)
	125	30	155	Ostetrica
	0	72	72	Infermieri di famiglia (IFEC)
	301	7	308	Personale Tecnico - Sanitario
	4	3	7	Assistenti sanitari
	3	0	3	Tecnico della prevenzione
	81	83	164	Personale della riabilitazione
	0	38	38	Assistenti sociali
	278	0	278	Personale Ruolo tecnico non sanitario
	355	62	417	Personale Ruolo tecnico sanitario - OSS - OTA
	35	1	36	Ausiliari
	437	122	559	Personale amministrativo
	3.436	651	4.087	TOTALE COMPARTO
	4.307	847	5.154	TOTALE COMPLESSIVO

2.1.4 RICERCA E FORMAZIONE UNIVERSITARIA

La qualità delle cure erogate è strettamente correlata allo sviluppo della ricerca scientifica, che sostiene il miglioramento continuo dei trattamenti e delle terapie disponibili.

L'integrazione della ricerca nella pratica clinica quotidiana non solo garantisce cure di alta qualità, ma promuove anche l'evoluzione della medicina, mettendo a disposizione del sistema sanitario soluzioni terapeutiche all'avanguardia, capaci di rispondere in modo efficace e tempestivo ai quesiti e ai bisogni clinici sempre più complessi.

In tale contesto, l'ASST Papa Giovanni XXIII conferma il proprio impegno strutturato nella promozione e nello sviluppo della ricerca clinica, attraverso l'attivazione e la partecipazione a numerosi studi e progetti nelle principali aree terapeutiche ad alta specializzazione, tra cui Oncologia, Ematologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Pediatria, Neurologia, Malattie Endocrine e Diabetologia, Pneumologia, Medicina d'Urgenza e Medicina Nucleare. La presenza di protocolli di studio attivi all'interno di tali strutture consente ai pazienti di accedere precocemente a trattamenti innovativi, contribuendo al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e al rafforzamento del posizionamento scientifico dell'Azienda.

La partecipazione attiva alla ricerca scientifica permette di:

- garantire l'accesso a farmaci, dispositivi e procedure innovative in contesti regolati e controllati;
- acquisire e diffondere conoscenze in grado di favorire la crescita continua delle competenze dei professionisti, anche aprendo la possibilità di partecipare a networks di collaborazione con altri importanti ospedali e centri di ricerca italiani e esteri;
- attrarre risorse e finanziamenti da promotori esterni, riconoscendo all'Azienda qualità scientifica, rigore metodologico e pieno rispetto delle normative e delle Good Clinical Practice;
- reperire finanziamenti a sostegno della ricerca "indipendente", promossa su iniziativa dei medici del Papa Giovanni su malattie e cure che non trovano finanziatori commerciali interessati a sostenerle, ma che per la loro particolarità, hanno grande rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale e i propri assistiti.

Questo ha portato a:

- a più di 200 studi presentati ogni anno;
- più di 1.000 pubblicazioni scientifiche su PubMed;
- partecipazione a progetti con diverse Università italiane;
- partecipazione a progetti di ricerca finanziati da enti nazionali e internazionali, tra i quali Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica (FRRB), Commissione Europea, Associazione Italiana per la Ricerca contro il Cancro (AIRC), il Ministero della Salute (MoH), National Institutes of Health (NIH), Fondazione Cariplo, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).
- costituzione con l'Università di Bergamo del Centro di ricerca Human factors and technology in healthcare (HTH).;
- socio di riferimento della FROM (Fondazione per la Ricerca dell'Ospedale di Bergamo), insieme a Banche, Istituzioni e Privati del territorio;

Per supportare le attività delle unità cliniche e dei ricercatori coinvolti nella ricerca, è stata istituita la SC Ricerca Clinica, Sviluppo e Innovazione, che offre supporto nelle fasi di sviluppo e gestione dei progetti, nonché nelle attività amministrative, legali e contrattuali necessarie per la conduzione della ricerca clinica.

Alla stessa struttura è affidata anche la gestione dei Data Warehouse ospedalieri i2b2 e OMOP (Observational Medical Outcomes Partnership Common Data Model), permettendo a questa Azienda la partecipazione a reti di studio e progetti multicentrici e europei, come il consorzio EHDEN e il nodo italiano OHDSI.

È attiva da più di un trentennio la collaborazione con un'importante istituzione di ricerca italiana, quale l'Istituto Mario Negri, mentre è più recente la collaborazione con l'Università di Bergamo e di Milano Bicocca. È attiva inoltre una collaborazione con FROM, che integra le competenze non cliniche con quelle già presenti nella struttura ospedaliera, fornendo gli strumenti operativi necessari per garantire una gestione elevata dei processi di ricerca.

Nello specifico a partire dal 2020 ASST Papa Giovanni XXIII ha svolto la seguente attività e produzione scientifica che pone l'Azienda a livello dei principali IRCCS italiani:

Produzione scientifica

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
	196	270	184	186	209	213	245	Studi clinici totali(*)
	59%	75%	60%	58%	65%	63%	64%	% Studi clinici di natura no profit
	36	39	32	30	36	34	42	SC coinvolte
	398	664	609	563	606	615	721	Pubblicazioni scientifiche su PubMed

*compreso gli usi terapeutici

Presso Il Polo di formazione universitaria dell'ASST Papa Giovanni XXIII di via Nini da Fano, Bergamo, inaugurato l'11 ottobre 2023, si trovano 21 aule, spazi studio e diversi uffici. Nella struttura lavorano circa 30 persone dipendenti della ASST con diverse qualifiche dell'area sanitaria, tecnica e amministrativa. L'area verde che circonda il Polo è fruibile per la didattica all'aperto, durante le pause e per studiare.

I corsi di laurea triennali delle professioni sanitarie in Fisioterapia, Infermieristica, Ostetricia, Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca sono organizzati e gestiti nel rispetto degli specifici ordinamenti didattici e dei piani degli studi universitari attualmente vigenti in materia. L'organizzazione dei corsi è articolata in tre anni e comprende diverse attività formative di base, caratterizzanti, affini o integrative che si sviluppano sia attraverso l'attività didattica teorico-pratica sia con il tirocinio clinico. Per l'apprendimento di alcuni contenuti scientifici ritenuti significativi vengono organizzate attività elettive, seminari e visite documentative presso strutture e centri di rilevante interesse.

Il numero degli studenti assegnati ai corsi di laurea è determinato in base alla programmazione nazionale e regionale con Decreto Ministeriale mentre il numero di studenti assegnati al Polo di Bergamo è stabilito dall'Università di riferimento di concerto con la direzione della ASST, sulla base delle risorse disponibili. L'insegnamento teorico è affidato sia a docenti dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca sia a dipendenti dell'ASST o di istituzioni del servizio sanitario in convenzione per le attività di tirocinio. Alcune lezioni teoriche sono trasmesse in teledidattica direttamente dalla sede centrale. Le attività di tirocinio consentono agli studenti di

acquisire capacità e competenza attraverso la sperimentazione e l'apprendimento di skill sul campo, in affiancamento ai tutor.

Dall'anno accademico 2017/2018 è attivo a Bergamo, un corso di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia (School of Medicine and Surgery). Il corso ha come sede amministrativa l'Università degli Studi di Milano-Bicocca ed è frutto della partnership con altre due università, l'Università degli Studi di Bergamo e l'Università del Surrey. Il corso è in lingua inglese con un alto numero di studenti provenienti da Paesi Ue ed extra-UE.

La School of Medicine and Surgery prevede l'effettuazione di attività formative di base, caratterizzanti basate su diverse metodologie didattiche. Sono disponibili anche attività integrative e a scelta dello studente, oltre ad attività di laboratorio e di tirocinio pratico, finalizzate alla preparazione alla prova finale. L'obiettivo è quello di formare medici che fin dal primo anno possano acquisire solide conoscenze teoriche e scientifiche, con un approccio orientato alla risoluzione di problemi pratici. Il corso favorisce anche l'acquisizione di competenze per la ricerca in campo biomedico e la consapevolezza sui vantaggi e sui rischi delle nuove tecnologie.

Ai fini di fornire una didattica che soddisfi i bisogni formativi degli studenti, l'ASST Papa Giovanni XXIII, garantisce processi di natura formativa teorica e di tirocinio coerenti con i curricula abilitanti alle professioni coinvolte e l'attività tutoriale nei confronti degli studenti. L'ASST si impegna affinché:

- l'organizzazione e il coordinamento delle attività formative riferite ai corsi di laurea triennali attivi presso l'Azienda siano in linea con i regolamenti e i piani didattici definiti dall'Università di riferimento;
- la collaborazione per lo svolgimento del corso di laurea magistrale in Medicine and Surgery sia posta in essere con le università, nel rispetto dei ruoli di tutti gli Enti coinvolti;
- l'organizzazione e il coordinamento dell'attività di tirocinio presso le unità operative cliniche e socio-assistenziali permettano il mantenimento di rapporti di collaborazione con l'Università, i docenti, i tutor professionali, gli assistenti di tirocinio per la formazione ottimale degli studenti.

Per l'anno accademico 2024/25, periodo a cui riferisce l'analisi delle performance, si fornisce evidenza del numero di studenti frequentanti i corsi di laurea attivi presso l'Azienda nonché, per ogni corso di laurea, l'indicazione delle ore di tirocinio, con il totale degli studenti iscritti a tirocinio, il numero teorico delle ore previste definite da regolamento e il numero delle ore effettivamente svolte, ripartite tra quelle effettuate presso l'ASST e quelle presso altre sedi esterne.

Nella seguente tabella si riepilogano i dati in merito al numero di studenti frequentanti i corsi di laurea attivi presso l'ASST.

<i>Anno accademico 2024/2025</i>		STUDENTI*					
CORSI DI LAUREA	I anno - totale	II anno - totale	III anno - totale	IV anno - totale	V anno - totale	VI anno - totale	Totale
Infermieristica	128	80	75	-	-	-	283
Fisioterapia	24	25	22	-	-	-	71
Tecniche di Radiologia Medica Per immagini e Radioterapia	16	15	13	-	-	-	44
Ostetricia	31	19	21	-	-	-	71
Medicine and Surgery	48	45	39	35	37	41	245
TOTALE	247	184	170	35	37	41	714

*I dati riportati riferiscono al numero effettivo di studenti frequentanti i corsi tenuti presso l'ASST Papa Giovanni XXIII.

Nella tabella che segue viene invece riportata la distribuzione delle ore di tirocinio richieste dagli specifici corsi di laurea delle professioni sanitarie e della School of Medicine and Surgery, effettuate dagli studenti presso l'ASST o presso sedi esterne convenzionate.

<i>Anno accademico 2024/2025</i>		ORE DI TIROCINIO					
CORSI DI LAUREA	totale studenti iscritti a tirocinio	totale ore/studente tirocinio da regolamento	totale ore tirocinio effettive	ore svolte presso ASST	%	ore svolte presso sedi esterne	%
Infermieristica	234	1.800	135.030	98.020	72,59%	37.010	27,41%
Fisioterapia	71	1.500	35.275	7.175	20,30%	28.100	79,70%
Tecniche di Radiologia Medica Per immagini e Radioterapia (**)	41	1.500	19.472	10.790	55,60%	8.682	44,40%
Ostetricia (*)	66	1.800	37.980	25.080	66,03%	12.900	33,97%
Medicine and Surgery	197	1.500	73.565	63.015	85,66%	10.550	14,34%
TOTALE	609	8.100	301.322	204.080	67,7%	97.242	32,3%

(*) Nel conteggio rientrano anche le ore delle Studentesse Ostetriche del 3° anno di corso in ERASMUS ESTERNO.

(**) Gli studenti frequentanti il tirocinio al 1° anno sono 13

Dai dati riportati in tabella sopra, risulta che nell'anno accademico 2024/2025 vi sono differenze tra corsi di laurea triennali, in merito al numero di ore di tirocinio previste dai programmi e le attività svolte, sulla base della diversa organizzazione di ciascun corso. Per quanto concerne la School of Medicine and Surgery, le ore di tirocinio comprendono anche quelle previste per i tirocini pratici abilitativi ai fini dell'esame di stato (TPVES) e svolte non prima del quinto anno di corso.

2.1.5 PERFORMANCE AZIENDALE E INTERNAZIONALE - PROGETTI DI RILEVANZA STRATEGICA

L'esercizio 2025 ha sancito il consolidamento dell'ASST Papa Giovanni XXIII ai vertici della sanità nazionale e internazionale, come attestato dalle principali classifiche di merito pubblicate nel corso dell'anno. I dati del Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas collocano l'Azienda tra le 15 eccellenze italiane capaci di garantire livelli di assistenza 'alti' o 'molto alti' nella quasi totalità delle aree cliniche monitorate, con particolare riferimento all'ambito cardiovascolare e alla chirurgia oncologica. Tale primato clinico trova riscontro nel posizionamento d'eccellenza all'interno del ranking "World's Best Hospitals 2025" di Newsweek, che riconosce il Papa Giovanni XXIII come il sesto miglior ospedale in Italia e il terzo nel panorama della sanità pubblica nazionale.

Oltre ai volumi e agli esiti clinici, l'Azienda si è distinta per l'orientamento all'innovazione e alla centralità del paziente, registrando il punteggio più elevato in Italia per l'utilizzo dei protocolli PROMs (Patient Reported Outcome Measures), a conferma di un modello organizzativo capace di coniugare l'alta complessità tecnologica con la qualità percepita dall'utente.

Nel corso dell'esercizio 2025, l'azione strategica dell'ASST si è conformata alle direttive di Regione Lombardia, focalizzando le risorse sulle aree prioritarie del Servizio Sanitario Regionale. La programmazione aziendale ha recepito i target regionali articolati nei seguenti ambiti d'intervento:

- Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)
- Tempi d'attesa
- Reti ospedaliere
- Sangue e pronto soccorso
- Flussi informativi
- Rete territoriale
- Prevenzione
- Farmaceutica e Dispositivi medici
- Edilizia sanitaria
- Telemedicina.

Nello specifico, tre macro-aree rappresentano oltre il 50% del valore complessivo del sistema premiante (scorecard degli obiettivi strategici):

- Nuovo sistema di Garanzia (NSG)
- Tempi d'attesa
- Rete territoriale.

Al fine di garantire la coerenza tra gli indirizzi strategici regionali e l'operatività interna, la Direzione ha proceduto all'integrazione di target specifici e misurabili all'interno del sistema di Budget 2025.

Il modello di governance adottato prevede:

- Identificazione dei Referenti Aziendali: per ciascun macro-obiettivo regionale è stato individuato un responsabile di alto profilo incaricato del presidio costante dei risultati;
- Processo di "Cascading": i principali obiettivi sono stati declinati a cascata su tutte le Unità Operative afferenti alle aree di interesse, assicurando che ogni articolazione organizzativa contribuisca proattivamente al raggiungimento dei target aziendali.

Di seguito si riporta l'analisi sintetica delle performance conseguite in relazione ai principali obiettivi afferenti ai suddetti tre principali ambiti strategici.

In relazione alle direttive regionali sopra richiamate, si riporta di seguito il dettaglio analitico degli indicatori afferenti all'area del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**.

Indicatore	Target	Valore Anno 2025	Valore Anno 2024
D22Z: Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2 e CIA 3)* 1.000 abitanti	CIA1: valore >=4 e valore < 6 CIA2: valore >= 2,5 e valore < 6 CIA3: valore >= 2 e valore < 6	CIA 1: 3,97 CIA 2: 4,31 CIA 3: 2,64	CIA 1 = 3,35 CIA 2 = 5,10 CIA 3 = 4,5
D14C: Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici a. Sono considerati i seguenti farmaci: Classe ATC J01 b. Con riferimento al flusso Distribuzione diretta e per conto (DM 31 luglio 2007) sono esclusi gli anonimi	<= valore 2024 (4.104,3)	3.816,56	
D33ZA: Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale/semiresidenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura)	<= valore 2024 (62,952)	48,887	
D03C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	≤ valore 2024 (169,96)	162,08	
D04C: Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	≤50	32,2685	
D27C: N. ricoveri ripetuti in SPDC tra 8 e 30 gg / n. ricoveri totali	< 8%	6,67%	
D10Z: Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	>=90%	74,75%	61,00%
H02Z: Quota di interventi per tumore maligno della mammella in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	1	1	
H03C: Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	≤2,5%	6,54%	12,16%
H05Z: Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni	>= 90%	83,33%	81,11%
H13C: Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario* per il periodo settembre-dicembre, l'indicatore ha considerato le 48h dall'accesso in PS (H13C.48)	>= 80%	H13C: 86,79% H13C.48: 71,70% Media annua 82%	
H04Z: Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropr. e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropr. in regime ordinario	≤ 15%	14,04%	
H18C: Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1.000 parti	<20%	16,63%	
H23C: Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per ictus ischemico	≤7,25%	4,64%	
D01C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	≤14,55%	10,64%	
D02C: Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi (Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular event -MACCE) entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	≤ valore 2024 (7,143)	1,3761	
P01C: Esavalente dose 3, coorte 2023	>=95% entro 24 mesi	96,20%	
P02C: MPR dose 1, coorte 2023	>=95% entro 24 mesi	96,20%	
P15CA: Copertura screening oncologici [CERVIC UTERINA PAP TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura	VALORE ATS COPERTURA 64,5%	
P15CA: Copertura screening oncologici [CERVIC UTERINA HPV TEST ESTENSIONE] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura	VALORE ATS COPERTURA 64,5%	
P15CB: Copertura screening oncologici [MAMMELLA] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥60%* copertura	67,60%	
P15CC: Copertura screening oncologici [COLON RETTO] rappresenta la quota di popolazione residente ed elegibile di ATS/ASST che ha effettuato il test di screening oncologico nel programma organizzato	≥50%* copertura	50,80%	

Si evince un quadro complessivo di sostanziale conformità agli obiettivi prefissati. La quasi totalità degli indicatori afferenti all'area presenta valori in linea con i target di riferimento. Si evidenziano quattro indicatori che, pur non avendo ancora raggiunto pienamente l'obiettivo regionale, mostrano un trend incrementale positivo rispetto alle performance registrate nell'esercizio 2024.

In linea con le priorità definite a livello regionale, l'area relativa al **governo dei tempi d'attesa** rappresenta un altro pilastro fondamentale della performance aziendale per l'esercizio 2025. Gli obiettivi assegnati e recepiti nel sistema di budget sono finalizzati a garantire l'appropriatezza dei percorsi e l'equità nell'accesso alle prestazioni.

Le direttrici d'intervento si articolano sui seguenti ambiti:

- Abbattimento delle liste d'attesa ambulatoriale e ricoveri, rispettando i tempi di erogazione per classe di priorità;
- Corretto utilizzo degli strumenti (Ricetta dematerializzata, Rete Regionale di Prenotazione) per favorire abbattimento liste d'attesa.

Il primo ambito ricomprende il **monitoraggio dei volumi di prestazioni definiti dal Piano Regionale di Governo delle Liste d'Attesa (PRGLA)**.

Per l'esercizio 2025, Regione Lombardia ha determinato specifici target volumetrici di erogazione per ogni singolo raggruppamento di prestazioni inclusi nel PRGLA, con particolare riferimento all'orizzonte temporale giugno-dicembre 2025.

La tabella sottostante espone le risultanze conseguite dall'Azienda, evidenziando il grado di aderenza ai volumi richiesti.

Raggruppamento PRGLA	Obiettivo	Erogato	delta Erogato/Obiettivo %
Totale complessivo	88.129	89.759	102%
Colonscopia con endoscopio flessibile	1.017	996	98%
Eco(color)dopplergrafia cardiaca a riposo	6.514	7.715	118%
Eco(color)dopplergrafia dei tronchi sovraaortici	2.317	2.918	126%
Ecocolordoppler degli arti superiori/inferiori arterioso o venoso	2.339	1.998	85%
Ecografia bilaterale della mammella	2.299	2.456	107%
Ecografia del capo e del collo	1.194	1.108	93%
Ecografia dell'addome completo	3.425	3.230	94%
Ecografia dell'addome inferiore	155	97	63%
Ecografia dell'addome superiore	1.654	1.465	89%
Ecografia ginecologica con sonda transvaginale o addominale (include ecografia ovarica per modifica rendicontazione)	3.516	4.064	116%
Ecografia muscolotendinea e osteoarticolare	1.076	1.311	122%
Ecografia ostetrica	4.331	5.115	118%
Ecografia/ecocolordoppler scrotale	154	114	74%
Elettrocardiogramma dinamico (secondo Holter)	1.265	1.238	98%
Esame audiometrico tonale	2.562	2.684	105%
Esame audiometrico vocale	1.607	1.532	95%
Esofagogastroduodenoscopia [EGDS]	1.116	1.190	107%
Mammografia bilaterale	8.855	7.354	83%
Prima visita cardiologica	1.426	1.891	133%
Prima visita chirurgica vascolare	715	961	134%
Prima visita dermatologica/allergologica	4.511	4.698	104%
Prima visita di medicina fisica e riabilitazione	1.245	1.305	105%
Prima visita ematologica	1.985	2.025	102%
Prima visita endocrinologica/diabetologica	2.323	2.069	89%
Prima visita gastroenterologica	777	814	105%
Prima visita geriatrica	301	290	96%
Prima visita ginecologica	963	1.147	119%
Prima visita nefrologica	571	474	83%
Prima visita neurologica	2.335	2.303	99%
Prima visita oculistica	1.359	1.121	82%
Prima visita oncologica	1.293	1.178	91%
Prima visita ortopedica	2.520	2.269	90%
Prima visita otorinolaringoiatrica	2.707	2.486	92%
Prima visita pneumologica	982	974	99%
Prima visita reumatologica	983	1.086	110%
Prima visita urologica	2.239	2.522	113%
Risonanze magnetiche PRGLA	3.123	2.936	94%
Spirometria globale	2.079	2.145	103%
Spirometria semplice	1.716	1.776	103%
TC PRGLA	5.953	6.025	101%
Test cardiovascolare da sforzo con cicloergometro o con pedana mobile	627	679	108%

Sulla base delle risultanze emerse dal monitoraggio, l'ASST ha pienamente raggiunto l'obiettivo complessivo, attestandosi su un indice di realizzazione pari al 102% rispetto ai target assegnato. Dall'analisi di dettaglio condotta sui singoli raggruppamenti PRGLA, si rilevano tuttavia alcune fattispecie in cui i volumi di prenotazione risultano singolarmente inferiori alle soglie regionali. Tali scostamenti sono ascrivibili a fattori esogeni e specificità clinico-organizzative proprie delle discipline coinvolte.

Nello specifico, le cause che hanno influenzato l'andamento sono riconducibili a:

- Variazioni nei flussi di domanda interna ed esterna che hanno orientato l'offerta verso prestazioni prioritarie (Ecocolordoppler degli arti superiori/inferiori arterioso o venoso vs Ecocolordoppler degli arti superiori/inferiori arterioso o venoso, risonanze

- magnetiche PRGLA vs risonanze magnetiche non appartenenti al PRGLA, es. RNM cardiache);
- Carenze legate alle risorse umane presenti (ecografie, TC, prima visita otorino, prima visita endocrinologica, prima visita nefrologica);
 - Incrementi di visite di controllo (prima visita oculistica e prima visita ortopedica):
 - Diversa stagionalità degli inviti legati allo screening (mammografie).

L'analisi delle performance relative ai **tempi d'attesa per l'attività chirurgica programmata** (anni di prenotazione 2024 e seguenti, esclusi casi sospesi) evidenzia risultati molto positivi. Per quanto concerne i ricoveri oncologici in Classe A, l'Azienda ha pienamente trapiantato il target regionale. Nel periodo giugno-dicembre 2025, a fronte di una soglia minima richiesta dell'88%, l'ASST ha registrato un indice di rispetto dei tempi pari al 91%.

Relativamente all'area non oncologica, l'obiettivo strategico complessivo risulta raggiunto con una percentuale di completamento del 98%. Nello specifico, la quota di interventi eseguiti entro i termini previsti è risultata pari all'83%, a fronte di un target fissato all'85%. Pur rilevando un lieve scostamento puntuale, si sottolinea un trend di crescita positivo rispetto all'esercizio precedente: la performance del 2025 segna infatti un miglioramento incrementale rispetto all'81% registrato nel 2024.

L'analisi della performance relativa al **rispetto dei tempi d'attesa per le prestazioni ambulatoriali PNGLA** in classe di priorità B (Breve), D (Differibile) e P (Programmata) evidenzia una dinamica di sensibile miglioramento nel corso del secondo semestre dell'esercizio 2025.

Il dato aggregato annuale 2025 si attesta su una percentuale di rispetto dei tempi pari al 77,54%. Sebbene tale valore risulti in linea con lo storico aziendale e in miglioramento rispetto al dato dell'anno 2024, il monitoraggio mensile rileva una netta inversione di tendenza nell'ultimo trimestre. A Dicembre 2025 la quota di prestazioni erogate entro la soglia temporale prevista è salita all'86% e a Gennaio 2026 le rilevazioni preliminari confermano il consolidamento del trend incrementale, con valori in ulteriore ascesa.

L'analisi di dettaglio per classi di priorità mostra performance ancora più significative per le classi B e D, le quali hanno raggiunto un indice di rispetto del 91,8% a fine anno, superando il target regionale del 90%.

Il sensibile miglioramento registrato è il risultato diretto di una serie di interventi strutturali e organizzativi attuati sulla gestione dell'offerta:

- È stata eliminata la previgente "soglia di tolleranza" tecnica. Attualmente, il sistema non ammette più lo slittamento dei termini (precedentemente fissati in +12 giorni per le classi B e +36/72 giorni per le classi D), imponendo l'erogazione rigorosa entro i limiti previsti dalla normativa.
- In ottemperanza alle direttive di Regione Lombardia, l'Azienda ha implementato procedure proattive di ricontatto degli assistiti (recall). Tale attività è finalizzata al recupero in soglia delle prenotazioni originariamente fissate oltre i termini, garantendo il riallineamento costante delle agende.

Infine, il **corretto utilizzo degli strumenti** che favoriscono l'abbattimento della lista d'attesa ha rappresentato una sotto-area importante per l'area dei tempi d'attesa. In questo ambito, l'Azienda ha pienamente tragguardato l'obiettivo relativo alla **dematerializzazione delle prescrizioni**, assicurando che oltre il 90% dell'attività specialistica ambulatoriale prescritta dagli specialisti ospedalieri avvenga tramite ricetta DEM. Per quanto concerne il ciclo di gestione amministrativa delle prescrizioni rendicontate in 28/SAN, sebbene il target del 80% relativo alle ricette in stato "chiuso" non sia stato integralmente raggiunto, la risoluzione di specifiche criticità informatiche ha permesso di registrare un sensibile e costante miglioramento nell'ultimo trimestre dell'anno; è opportuno evidenziare come la performance aziendale sia risultata sistematicamente superiore al dato medio regionale nei ultimi due anni. Parallelamente, è stato monitorato l'efficientamento della Rete Regionale di Prenotazione (RRP) attraverso la riduzione del rapporto tra le negoziazioni infruttuose sul canale RRP con conseguenti prenotazioni effettuate tramite canale diretto. Nonostante il dato finale complessivo si sia attestato al 14,5% rispetto a un target del 9,8%, l'analisi del trend infra-annuale rivela una decisa traiettoria di miglioramento: il valore, che a settembre 2025 si attestava al 17,8%, è sceso progressivamente fino al dato puntuale di dicembre pari a 14,1%, dimostrando come le azioni correttive intraprese abbiano permesso all'ASST di avvicinarsi significativamente all'obiettivo negli ultimi mesi dell'anno.

La performance dell'**area territoriale** si è articolata secondo le linee di sviluppo dettate dalla riforma del sistema socio-sanitario, orientando l'azione aziendale verso il consolidamento della medicina di prossimità e il potenziamento dei servizi di tutela della fragilità e della salute mentale. In merito al potenziamento della rete territoriale, l'ASST ha proceduto **all'attivazione di tutte le Case di Comunità (CdC) e dell'Ospedale di Comunità (OdC)** in piena aderenza alle scadenze definite dal PNRR e in ottemperanza al Piano Operativo Regionale (POR). Tale processo ha garantito l'implementazione di tutti i servizi obbligatori previsti dal DM 77/2022. Parallelamente, sono state implementate significative **misure a sostegno della salute mentale**, attraverso un percorso di adeguamento organizzativo dei servizi di Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile (NPIA) e Psicologia. L'intervento, che ha visto il coinvolgimento sinergico degli uffici amministrativi e dei Medici di Medicina Generale (MMG), è stato finalizzato a uniformare e semplificare le modalità di accesso alle cure, recependo integralmente le linee guida regionali in materia.

Nell'ambito delle politiche per l'età evolutiva, l'esercizio 2025 ha visto il consolidamento del progetto dedicato alla psicopatologia dell'adolescenza (attivo dal 2011), essenziale per l'intercettazione precoce e la presa in carico tempestiva del disagio psichico giovanile e delle patologie all'esordio. A completamento di tale percorso, si segnala l'apertura, in data 15 dicembre 2025, del nuovo Centro Diurno di Neuropsichiatria Infantile presso la sede di Borgo Palazzo, presidio fondamentale per il potenziamento dell'offerta terapeutica e riabilitativa territoriale.

L'ultimo ambito della rete territoriale riguarda lo **sviluppo dei percorsi per pazienti cronici e fragili**, con l'obiettivo di incrementare la presa in carico dei minori tramite i consultori e la quota di pazienti cronici assistiti dai Medici di Medicina Generale (MMG), distinti tra aderenti e non aderenti a cooperativa.

L'obiettivo relativo ai minori è stato pienamente raggiunto, registrando un incremento sia delle prestazioni erogate dai consultori sia del numero di soggetti presi in carico rispetto all'anno 2024. Per quanto riguarda la Medicina Generale, i MMG aderenti a cooperativa hanno superato la soglia regionale del 20%, attestandosi al 20,35% se si rapporta la popolazione di riferimento all'effettivo periodo di valutazione di 7 mesi. Diversamente, i MMG non aderenti a cooperativa hanno riportato un risultato inferiore al target del 10%, scostamento riconducibile a una serie di complessità oggettive affrontate dall'Azienda con interventi sistematici. L'ASST ha infatti inviato comunicazioni ai medici e ai pazienti (anche fuori territorio tramite le SC Cure Primarie competenti), fornendo assistenza costante attraverso le Centrali Operative Territoriali (COT) e organizzando sessioni formative specifiche. Nonostante l'attivazione di accordi aziendali incentivanti e il coinvolgimento del 100% dei professionisti nell'utilizzo dell'applicativo SGDT, il dato finale di PAI pubblicati è stato fortemente condizionato da anomalie tecniche del sistema informativo SGDT. Tali malfunzionamenti hanno impedito la corretta rendicontazione informatica di numerosi piani assistenziali che, pur essendo stati elaborati dai medici in modalità cartacea, non risultano computati nel flusso digitale ufficiale.

In merito alle rimanenti aree strategiche regionali non oggetto di specifica trattazione, gli obiettivi prefissati risultano pienamente conseguiti, non riscontrandosi scostamenti di rilievo rispetto ai target definiti o elementi di particolare attenzione da segnalare in sede di rendicontazione.

In continuità con le direttrici strategiche già tracciate, si conferma per l'esercizio 2025 la centralità dello **sviluppo dei servizi territoriali** quale pilastro fondamentale per l'evoluzione del modello assistenziale dell'Azienda.

Ancor prima che la legge regionale n. 23 del 2015 rendesse l'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII Azienda Socio Sanitaria Territoriale, primi e consistenti esempi di attenzione aziendale al territorio si evidenziano con l'istituzione nel 2008 della Centrale Dimissioni Protette e il consolidamento di storiche realtà come l'Hospice e l'area della Salute Mentale.

Alla luce delle norme nazionali e regionali dell'estate 2020, l'ASST Papa Giovanni XXIII ha recepito il mandato di istituire il Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità all'interno dell'Azienda stessa.

L'impegno dell'ASST Papa Giovanni XXIII per l'attivazione, nel novembre 2020, lo sviluppo e il consolidamento del Servizio si è tradotto, nella presa in cura di casi segnalati da vari soggetti, in particolare Medici di Medicina Generale, Centrale Dimissione Protette, Pronto Soccorso, USCA, altre strutture/professionisti, etc., o direttamente auto segnalatisi.

Tra i motivi di intervento si segnalano problemi sanitari, bisogni socioassistenziali e necessità di case management in una quota di assistiti, garantendo attività di inquadramento e valutazione dei bisogni, monitoraggio parametri vitali e valutazione dello stato clinico, percorsi di individuazione delle risorse più adeguate a rispondere ai bisogni, monitoraggio telefonico, interventi educativi; notevole la dimensione collaborativa degli IFeC relativamente all'esecuzione di attività di screening per SARS-CoV-2 effettuati a livello domiciliare, con interventi di educazione sanitaria.

Il Servizio Infermieri di Famiglia e di Comunità dell'ASST Papa Giovanni XXIII garantisce in contesti domiciliari, ambulatoriali e di comunità: la promozione della salute e la prevenzione primaria, secondaria e terziaria, la presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le

fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età, la relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti, la definizione di programmi di intervento basati su prove scientifiche di efficacia, la valutazione dei bisogni di salute della comunità, la valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori del percorso di cura, attività finalizzate ad ottimizzare l'adesione terapeutica e a stili di vita sani attraverso interventi di counselling motivazionale, la promozione di interventi per sviluppare la capacità di autogestione e autocura da parte degli individui e delle famiglie.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) del 2021 ha previsto la Missione 6 "Salute" che si articola anche nelle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Anche a seguito della recente normativa regionale l'ASST Papa Giovanni XXIII è chiamata a istituire e consolidare Case di Comunità e Centrali Operative Territoriali nel proprio territorio di afferenza, quali nodi centrali della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto, e un Ospedale di Comunità presso il presidio ospedaliero di San Giovanni Bianco, con il contributo degli Infermieri di Famiglia e Comunità.

Pertanto l'ASST Papa Giovanni XXIII, dal 2021, ha iniziato a istituire:

- Casa di Comunità di Borgo Palazzo a Bergamo, attiva da dicembre 2021 e inaugurata a febbraio 2022, che ha visto ulteriori lavori di ristrutturazione di diversi padiglioni con fondi PNRR fino al 2025;
- Casa di Comunità di Sant'Omobono Terme, inaugurata il 22/07/2022, e temporaneamente trasferita a Strozza alla luce di lavori di ristrutturazione e ampliamento finanziati dal PNRR;
- Casa di Comunità di Villa d'Almè, inaugurata il 19/12/2022, trasferita temporaneamente in altra sede durante lavori di ristrutturazioni con fondi PNRR, e consolidata nella stessa sede nel II semestre 2025;
- Casa di Comunità di Zogno, attivata in data 26/06/2023, oggetto di lavori di ristrutturazione finanziati dal PNRR che si sono conclusi nel II semestre 2025.

Lo sviluppo delle Case di Comunità ha previsto, fin da subito, il rispetto degli standard previsti dalla normativa, e progressivamente e gradualmente:

- il consolidamento dell'Équipe di Valutazione Multidimensionale quale alveo d'elezione per la valutazione dei bisogni complessi della persona e la stesura del progetto di salute conseguente;
- l'introduzione, lo sviluppo e/o il consolidamento di nuove funzioni per professionisti come fisioterapisti, dietisti, terapisti occupazionali, etc.;
- il potenziamento dell'offerta ambulatoriale sia specialistica, per le patologie ad elevata prevalenza insistenti sul territorio di riferimento, sia infermieristica per i bisogni di natura assistenziale;
- il potenziamento dell'offerta di servizi di diagnostica di base;
- lo sviluppo, il consolidamento e/o l'introduzione di progetti ponte ospedale – territorio che garantiscano, in un'ottica di appropriatezza, la prossimità di servizi, storicamente a gestione ospedaliera, che non necessitino di un contesto tecnologicamente avanzato;
- la promozione della coprogettazione con gli Ambiti Territoriali Sociali e della coproduzione con la comunità di riferimento e gli Enti del Terzo Settore.

Nell'anno 2025 si sono conclusi, inoltre, i lavori propedeutici all'apertura della Casa di Comunità Matteo Rota e sono proseguiti quelli per la Casa di Comunità extra POR Sacro Cuore, entrambe nel Distretto di Bergamo.

Parallelamente, nel dicembre 2022, si sono aperti i primi 10 posti letto dell'Ospedale di Comunità di San Giovanni Bianco che verranno ampliati fino a 20, entro il I trimestre 2026, a seguito dei lavori finanziati dal PNRR.

Da novembre 2023 la ASST è ente erogatore delle Cure Domiciliari. Il Servizio Cure Domiciliari offre i propri servizi a tutto il territorio dell'ASST Papa Giovanni XXIII ed è articolato in due sedi, rispettivamente a Bergamo, in Via Garibaldi 13/15, e a Zogno, in Piazza Belotti 1/3. Le Cure Domiciliari rispondono ai bisogni di persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, garantendo percorsi assistenziali costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico. In linea con la normativa regionale di riferimento (DGR 2 agosto 2022 - n. XI/6867 e successive determinazioni), l'ente erogatore di cure domiciliari dell'ASST eroga percorsi prestazionali e integrati. Tra i primi figurano prelievi, prestazione generica, percorso gestione alvo, percorso gestione catetere, percorso gestione stomie, percorso lesioni e percorso fisioterapia. Tra i percorsi integrati sono previsti livello I, livello II, livello III e alta Intensità. In aggiunta, l'équipe medico infermieristica garantisce anche trasfusioni domiciliari. Nel II semestre 2025 la sede di Zogno è stata trasferita presso la Casa di Comunità di Villa d'Almé.

Per quanto concerne le Centrali Operative Territoriali, è stata attivata la prima, presso Borgo Palazzo, il 29/12/2023 e le altre due, rispettivamente a Villa d'Almé e a Zogno, il 04/06/2024. Le Centrali Operative Territoriali sono un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali. Le principali funzioni sono le seguenti:

- transitional care dei pazienti dell'area della fragilità e dei non autosufficienti tra i nodi delle cure intermedie, cure domiciliari e strutture socio-sanitarie (Ospedale di Comunità, Sub acuti, Cure intermedie, etc.) e le reti ospedaliere;
- servizi per il reclutamento attivo e la gestione dei pazienti affetti da patologie croniche;
- organizzazione, governo e messa a disposizione delle centrali di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza, telemonitoraggio).

Nel giugno 2025 è stata attivata l'Unità di Continuità Assistenziale per approfondimento diagnostico, definizione dell'approccio terapeutico e/o del setting/livello assistenziale appropriato e follow-up post dimissione.

Il quadro descritto ha condotto a un potenziamento dell'assistenza domiciliare che ha visto il concorso anche di:

- Medici di Assistenza Primaria/Pediatri di Libera Scelta per attività di Assistenza Domiciliare Programmata;
- personale delle Cure Domiciliari autorizzative per l'autorizzazione delle cure domiciliari e la stesura del progetto individuale;
- personale delle Cure Palliative Domiciliari;
- Assistenti sociali per colloqui e altre attività sia distrettuali che consultoriali;
- Ostetriche per home visiting finalizzato al supporto genitoriale e alla promozione di una relazione positiva tra bambino/a e adulti di riferimento;

- altri professionisti per interventi domiciliari finalizzati a rispondere ai bisogni della persona (Medici specialisti, Dietisti, Terapisti occupazionali, etc.).

L'integrazione socio sanitaria ha rappresentato l'elemento trasversale caratterizzante le azioni di sviluppo e potenziamento sopra descritte. Essa si è realizzata nelle valutazioni dei bisogni e nelle progettazioni che hanno luogo nei Punto Unico di Accesso e nelle Équipe di Valutazione Multidimensionale, nella coprogettazione dell'offerta di servizi con gli Ambiti Territoriali Sociali, anche nel contesto del Piano di Sviluppo del Polo Territoriale e corrispettivo Piano di Zona.

La presa in carico globale e continuativa della persona è stata perseguita anche attraverso la messa in campo di azioni di promozione e facilitazione della presa in carico del paziente cronico e/o fragile da parte dei Medici di Assistenza Primaria e la garanzia del supporto delle Centrali Operative Territoriali per la programmazione degli interventi previsti nel PAI.

Ulteriore elemento di forte interesse per l'azienda è stato quello dell'appropriatezza prescrittiva, sul quale è stato scelto di incentrare tutta la formazione obbligatoria dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) della provincia di Bergamo per l'anno 2025, della quale l'ASST Papa Giovanni XXIII è stata capofila. Attraverso un percorso di integrazione tra MAP e specialisti, infatti, è stata creata una modalità dialogica per affrontare la gestione delle patologie a maggiore prevalenza e a più elevato rischio di inappropriatezza. Da questo primo passaggio, sono stati creati gruppi di lavoro multidisciplinari e interaziendali, in collaborazione con ATS e le altre ASST del territorio, volti a realizzare indicazioni evidence-based per una migliore gestione pratica delle patologie a livello territoriale.

Importante è stato poi il lavoro sul tema della prevenzione, in ottemperanza alla richiesta di un'azione sempre più mirata e capillare delle ASST. In particolare, è stata promossa un'attività di integrazione con gli stakeholder territoriali e di co-produzione delle attività rivolte alla popolazione. Un esempio virtuoso è rappresentato dal progetto "PreVieni in Fiera", realizzato dalla nostra azienda con ATS, Comune di Bergamo e Promoberg, che si è avvalso della collaborazione delle altre ASST della provincia e di enti del terzo settore, che ha permesso di portare nei contesti opportunistici delle manifestazioni fieristiche alcuni dei principali temi di prevenzione e di promozione della salute. Durante la Fiera Campionaria, tenutasi alla fine del mese di ottobre 2025, è stato allestito un centro vaccinale all'interno dell'Ospedale da Campo dell'Associazione Nazionale Alpini, all'interno del quale sono state somministrate in un contesto quotidiano ed extra-sanitario 1.542 dosi vaccinali.

3. RELAZIONE ECONOMICA

3.1. IL BILANCIO AZIENDALE

La dimensione delle risorse finanziarie dell'ASST è data dai documenti di bilancio preventivo e consuntivo pubblicati nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale alla pagina <https://www.asst-pg23.it/amministrazione-trasparente/bilanci>.

Nella tabella che segue sono riportati i valori di bilancio riferiti al preconsuntivo anno 2025 al fine di sintetizzare quali voci impattano maggiormente sul risultato d'esercizio.

GESTIONE CARATTERISTICA	TOTALE* VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	819.914.780
	PRESTAZIONI SANITARIE	484.195.663
	CONTRIBUTI	322.408.455
	ALTRO	6.775.664
	COMPARTECIPAZIONE SANITARIA	6.534.998
	TOTALE COSTO DELLA PRODUZIONE (B)	802.265.750
	BENI	287.870.202
	PERSONALE	257.131.662
	SERVIZI	154.156.765
	AMMORTAMENTI E SVALUTAZIONI	42.046.429
	MANUTENZIONE E GODIMENTO BENI	43.314.967
	ACCANTONAMENTI	14.564.540
	ONERI DIVERSI	3.181.185
Risultato GESTIONE CARATTERISTICA (A - B)		17.649.030
GESTIONE NON CARATTERISTICA	PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	1.295.539
	PROVENTI E ONERI FINANZIARI	9.517
	RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITÀ FINANZIARIE	-
	Risultato GESTIONE NON CARATTERISTICA	
IMPOSTE		18.954.086
RISULTATO D'ESERCIZIO		0
<i>Risultato gestione caratteristica +/- risultato gestione non caratteristica - imposte</i>		
*Si precisa che tutti i valori riportati sono espressi in euro		

Si precisa che, l'ASST, essendo un ente senza scopo di lucro, a fine anno garantisce il pareggio di bilancio.

3.2 PRODUZIONE A CONTRATTO

La produzione sanitaria dell'ASST è programmata e regolata annualmente tramite specifici contratti con ATS, che definiscono i tetti finanziari per i diversi setting assistenziali. Questi accordi costituiscono il riferimento per pianificazione, monitoraggio e sostenibilità dell'attività, garantendo un'erogazione appropriata ed efficiente dei servizi.

Nel 2025, alla luce dell'andamento dei primi mesi, l'ASST ha richiesto una rimodulazione del budget, trasferendo 4 milioni di euro di risorse dal budget dei ricoveri a quello della specialistica ambulatoriale. Questa scelta strategica ha permesso un migliore finanziamento dell'effettiva attività svolta, consentendo ai relativi fatturati di raggiungere e superare i tetti massimi contrattualizzati, rafforzando ulteriormente la performance complessiva dell'Azienda.

La tabella sotto riportata riporta in modo sintetico i valori di produzione raggiunti al lordo degli abbattimenti (NOC, produzione fuori regione e di sistema) rispetto ai contratti sottoscritti con ATS Bergamo. Le produzioni riportate seguono le logiche contrattuali stipulate con ATS (produzione erogata a favore di pazienti lombardi, fuori regione e stranieri onere 9 per ricovero, specialistica ambulatoriale e subacuti; produzione erogata a favore di pazienti lombardi per gli altri setting di attività).

	CONSUNTIVO LORDO	CONTRATTO post RIMODULAZIONE
Ricovero	193.059.504	191.000.000
Specialistica ambulatoriale	81.496.457	78.000.000
Psichiatria	5.704.104	6.641.403
Psichiatria - Progetti	327.936	327.936
Neuropsichiatria	1.398.707	1.608.808
Neuropsichiatria - Progetti	320.028	381.362
Subacuti	903.690	1.067.000
Contratto di filiera Sociosanitario	2.159.549	2.230.374

*incluso budget di scopo - comprende Cure palliative, Cure domiciliari, Ospedale di comunità.

4. CICLO PERFORMANCE

Al fine di migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'economicità e la qualità delle prestazioni e dei servizi erogati, le Pubbliche amministrazioni hanno la necessità di adottare un sistema di misurazione e valutazione della performance.

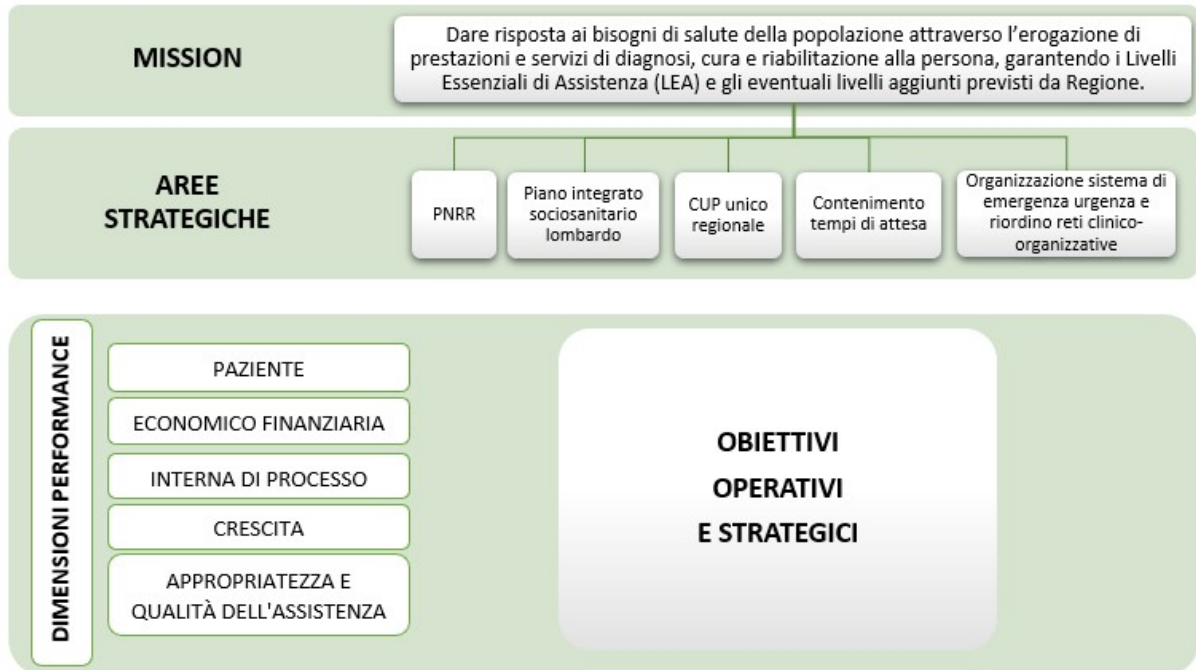
I due elementi principali che permettono di definire i principali elementi di input della performance aziendale sono:

- le indicazioni contenute nelle DGR in ordine alla gestione del servizio sociosanitario, nonché delle relative Circolari applicative/Delibere regionali e gli obiettivi strategici regionali sui quali viene valutata la Direzione Generale;
- la mission aziendale con le relative aree strategiche aziendali.

L'analisi di tali elementi ha permesso di identificare cinque specifiche dimensioni della performance all'interno delle quali sono stati poi individuati obiettivi operativi e strategici:

1. *Paziente*: rappresenta la capacità di rispondere alle aspettative della collettività e adeguare l'erogazione del servizio ai bisogni di salute del territorio di riferimento. Nello specifico, la soddisfazione dell'utenza pone l'attenzione alla qualità percepita dal paziente al quale viene erogata una prestazione ed evidenzia l'eventuale scostamento sul quale agire in un'ottica di miglioramento continuo, mentre l'accessibilità dei servizi evidenzia la facilità di fruizione degli stessi da parte dall'utenza sia in termini temporali che logistici;
2. *Economico-finanziaria*: il monitoraggio dell'equilibrio finanziario, economico e patrimoniale, il raggiungimento degli obiettivi di produzione annualmente assegnati e finanziati nel bilancio aziendale e il rapporto tra i servizi erogati e le risorse utilizzare per produrli rappresentano il grado di efficacia ed efficienza economica dell'Azienda;
3. *Interna di processo*: promuove il miglioramento continuo della qualità dei servizi e assicura azioni finalizzate a mantenere l'appropriatezza, la qualità, la sicurezza, l'efficienza e l'efficacia delle prestazioni. L'efficienza esprime la capacità di utilizzare le risorse (input) in modo sostenibile tempestivo nel processo di produzione ed erogazione del servizio (output) mentre l'efficacia esprime l'adeguatezza del servizio erogato rispetto alle necessità degli utenti;
4. *Appropriatezza e qualità dell'assistenza*: corrisponde al grado in cui l'assistenza sanitaria e le prestazioni erogate sono adeguate ai bisogni clinici del target di riferimento;
5. *Crescita*: delinea la capacità di un'organizzazione di favorire al suo interno un processo di continua crescita attraverso la promozione e il mantenimento del benessere aziendale, l'implementazione di momenti formativi e di ricerca specifici e la promozione di modalità di lavoro che permettano un raccordo sempre più marcato con la realtà famigliare del lavoratore.

La Matrice della performance che segue racchiude graficamente quanto presentato.



Nella *Tabella Indicatori* allegata (Allegato 1) vi è la rappresentazione, per ciascuna dimensione, degli obiettivi operativi e strategici dell'Azienda, degli indicatori utili all'analisi e del risultato conseguito per l'anno 2025.

Gli obiettivi strategici e istituzionali vengono declinati a cascata nell'organizzazione aziendale attraverso lo strumento del budget annuo. Grazie alla negoziazione di budget tra la Direzione strategica e le Strutture dell'ASST è possibile creare un collegamento tra i due livelli di performance, attuando gli indirizzi strategici, ciascuno per la parte di competenza, nell'ambito degli specifici obiettivi di struttura.

Gli obiettivi di budget risultano principalmente declinati in tre aree connesse alle dimensioni della performance appena descritte:

1. *obiettivi economici:* obiettivi legati all'andamento economico – finanziario della struttura oggetto di analisi;
2. *obiettivi aziendali di interesse regionale:* connessi alle dimensioni di performance legate alla crescita, all'appropriatezza e alla qualità dell'assistenza, alla performance interna di processo e all'area riferita alle esigenze dei pazienti;
3. *obiettivi di attività e organizzazione:* come l'area precedente, riferisce alle 4 dimensioni della performance che esulano dall'aspetto economico e finanziario della gestione.

I contenuti di tali obiettivi assegnati alle strutture per l'anno 2025 risultano prevalentemente connessi ai seguenti temi:

1. *obiettivi economici*: connessi alla produzione, ripartiti tra valore dei DRG, valore delle prestazioni ambulatoriali, valori delle prestazioni interni e ricavi di fatturazione e LP; obiettivi connessi al monitoraggio e al contenimento dei costi, ponendo l'attenzione ai dispositivi medici, ai farmaci ospedalieri, agli altri beni sanitari e ai beni non sanitari; obiettivi connessi alla gestione dei Farmaci File_F a contratto e innovativi ed emocomponenti;
2. *obiettivi aziendali di interesse regionale*: obiettivi definiti da Regione Lombardia con valutazione annuale e valutazioni intermedie al fine di monitorarne lo stato di avanzamento. Tali obiettivi hanno avuto ad oggetto le seguenti aree: edilizia sanitaria, farmaceutica, flussi informativi, NSG, prevenzione, rete territoriale, reti ospedaliere, sangue e pronto soccorso, telemedicina, tempi di attesa;
3. *obiettivi di attività e organizzazione*: obiettivi connessi principalmente al mantenimento dell'attività di vaccinazione antiinfluenzale, monitoraggio delle ore straordinarie del personale dirigente, corretta tenuta cartella clinica, aggiornamenti procedurali, controllo infezioni, alla partecipazione a corsi FAD su Infezioni correlate all'assistenza, FSE e radioprotezione.

5. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

Il Bilancio d'esercizio è il documento che consente di rilevare l'economicità dell'ASST; tale documento permette di determinare i fattori produttivi responsabili della generazione di costi (costo del personale, beni, prestazione di servizi, ammortamenti di impianti e macchinari...) e i componenti del valore della produzione (contributi in conto esercizio, proventi e ricavi diversi e ricavi per prestazioni sanitarie).

Nonostante il bilancio sia accompagnato dalla Nota Integrativa volta a dettagliare le voci di costo e ricavo, non consente di conoscere quali sono le articolazioni entro l'Azienda che assorbono o producono risorse. Per sopperire tale assenza informativa, al bilancio si affianca la contabilità analitica, strumento che permette di sintetizzare costi e ricavi classificandoli non solo per natura ma anche per destinazione. Il principale obiettivo dello strumento di contabilità analitica è la responsabilizzazione dei referenti delle singole Strutture nella gestione economica delle attività; il processo di responsabilizzazione riferisce, nell'ambito del sistema di budgeting, alla capacità di formulare previsioni in termini di assorbimento di risorse e livelli di attività e, di conseguenza, riferisce alla definizione di obiettivi di attività e di contenimento dei costi.

I tre strumenti necessari alla valutazione delle performance aziendale sono:

- Contabilità analitica: strumento di misurazione;
- Budget: strumento di programmazione aziendale;
- Sistema di reporting: strumento che permette di sintetizzare le informazioni ottenute tramite il processo di contabilità analitica e che consente di analizzare gli scostamenti tra i valori di budget e i valori a consuntivo, individuandone le cause e le modalità di intervento.

Il processo di valutazione della performance ha avvio nei primi mesi dell'anno di competenza con la programmazione annuale attraverso il budget. In tale documento tutti gli obiettivi di interesse aziendale che vengono esplicitati devono poter essere misurati; è quindi necessaria che venga quantificato non solo il volume di attività da erogare ma anche la quantità di risorse necessarie al fine di poter erogare la prestazione. L'attività di programmazione alla base del processo di budgeting consente la definizione di obiettivi misurabili in termini di attività e consumo per singola Struttura operativa, consentendo una massimizzazione dell'efficacia, dell'efficienza e dell'appropriatezza delle risorse disponibili.

Le informazioni in merito all'attività e all'assorbimento di risorse vengono fornite dalla contabilità analitica tramite la contabilità per centri di costo e centri di responsabilità. Per rendere fruibili le informazioni raccolte in sede di misurazione viene utilizzato il sistema di reporting: strumento di comunicazione entro l'organizzazione necessario per migliorare i processi di responsabilizzazione, sviluppare una mentalità nuova, stimolare una maggiore collaborazione e favorire l'autocontrollo.

Lo strumento a supporto del processo di controllo e di analisi del raggiungimento degli obiettivi definiti in sede di budget è il monitoraggio mensile: documento periodico che permette alle singole Strutture di comprendere lo stato di avanzamento degli obiettivi a loro riferiti, il livello di attività e di costo, nonché lo scostamento rispetto a quanto preventivato in sede di budget. In sede di valutazione complessiva a fine anno, per ogni Struttura della ASST viene assegnata una percentuale di raggiungimento degli obiettivi in grado di sintetizzare l'andamento della singola struttura, differenziato tra la dirigenza medica e il comparto.

Per l'anno 2025, gli obiettivi di budget assegnati alle strutture sono stati raggiunti nelle seguenti misure, mantenendo la ripartizione tra dirigenza e comparto.

FASCIA DIRIGENZA	N. Strutture	Media di % RAGGIUNGIMENTO DIRIGENZA
100%	42	100,0%
99% - 96%	7	97,4%
95% - 90%	15	93,2%
89% - 80%	9	85,1%
79% - 70%	0	0,0%
69% - 60%	0	0,0%
59% - 50%	0	0,0%
49% - 40%	0	0,0%
NO DIRIGENZA	1	
Totale complessivo	74	96,5%

FASCIA COMPARTO	N. Strutture	Media di % RAGGIUNGIMENTO COMPARTO
100%	30	100,0%
99% - 96%	33	97,3%
95% - 90%	7	94,3%
89% - 80%	3	85,3%
79% - 70%	0	0,0%
69% - 60%	0	0,0%
59% - 50%	0	0,0%
49% - 40%	0	0,0%
NO COMPARTO	1	
Totale complessivo	74	97,6%

Attualmente, le percentuali di raggiungimento degli obiettivi evidenziate nelle tabelle soprariportate risultano in linea con gli andamenti realizzati nello scorso anno e negli anni pre-pandemia.

6. PERFORMANCE INDIVIDUALE

Il concetto di performance individuale è stato introdotto dal D.lgs. 150/2009 che all'art. 9 distingue tra la valutazione dei dirigenti e la valutazione del personale con qualifica non dirigenziale, stabilendo espressamente:

- ✓ al comma 1, che “la misurazione e la valutazione della performance individuale dei dirigenti e del personale responsabile di una unità organizzativa in posizione di autonomia e responsabilità è collegata agli indicatori di performance relativi all’ambito organizzativo di diretta responsabilità; al raggiungimento di specifici obiettivi individuali; alla qualità del contributo assicurato alla performance generale della struttura, alle competenze professionali e manageriali dimostrate, alla capacità di valutazione dei propri collaboratori, dimostrata tramite una significativa differenziazione dei giudizi”;
- ✓ al comma 2, che la misurazione e la valutazione della performance individuale del personale sono effettuate dai dirigenti e che esse sono collegate “al raggiungimento di specifici obiettivi di gruppo o individuali, nonché alla qualità del contributo assicurato alla performance dell’unità organizzativa di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi”.

La misurazione e la valutazione della performance individuale rappresentano quindi una delle fasi del “Ciclo di gestione della performance”. Tale ciclo parte dalla definizione di obiettivi ed indicatori e si conclude con l’utilizzo dei sistemi premianti e dei sistemi di rendicontazione dei risultati.

In questo sistema, la performance individuale rappresenta quindi un livello di performance complementare a quello della performance organizzativa che contribuisce ad alimentare la valutazione delle risorse umane che si articola:

- a) nella valutazione del raggiungimento degli **obiettivi individuali**;
- b) nella valutazione delle **competenze/comportamenti** che, a seconda del ruolo di appartenenza del personale (e per i dirigenti dell’incarico rivestito), prevede criteri e modalità differenti dettagliatamente illustrate nelle specifiche procedure aziendali.

Al sistema di valutazione degli obiettivi e dei comportamenti messi in atto è strettamente collegato il sistema premiante degli incentivi economici legati alla retribuzione di risultato/premialità, materia che è disciplinata nell’ambito della **contrattazione collettiva integrativa aziendale**.

Relativamente all'anno 2025 si riportano di seguito i dati relativi al grado di raggiungimento della performance individuale del personale della dirigenza e del personale del comparto e in particolare il grado di differenziazione dei giudizi in modo da rappresentare adeguatamente i risultati del sistema di valutazione individuale.

DIRIGENZA

FASCE DI PUNTEGGIO PER VALUTAZIONE INDIVIDUALE (performance organizzativa e individuale)								
PERSONALE DIRIGENTE	Da 50 a 59	Da 60 a 69	Da 70 a 79	Da 80 a 89	Da 90 a 95	Da 96 a 99	100	Totale complessivo
DIRIGENZA MEDICA	9	13	32	153	385	118	143	853
DIRIGENZA SANITARIA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0	0	1	75	7	58	141
DIRIGENZA PTA	0	0	0	0	0	0	29	29
Sub-totale	9	13	32	154	460	125	230	1.023
<i>% incidenza</i>	1%	1%	3%	15%	45%	12%	22%	100%
PERSONALE AREU								19
Totale complessivo								1.042

COMPARTO

FASCE DI PUNTEGGIO PER VALUTAZIONE INDIVIDUALE (performance organizzativa e individuale)						
PERSONALE COMPARTO	Da 70 a 79	Da 80 a 89	Da 90 a 95	Da 96 a 99	100	Totale complessivo
COMPARTO RUOLO SANITARIO	3	50	790	1.838	18	2.699
COMPARTO RUOLO SOCIO SANITARIO	0	16	184	249	0	449
COMPARTO RUOLO TECNICO	0	0	52	200	69	321
COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO	0	0	16	380	160	556
Sub-totale	3	66	1.042	2.667	247	4.025
<i>% incidenza</i>	0%	2%	26%	66%	6%	100%
PERSONALE AREU						47
Totale complessivo						4.072

7. PUBBLICITÀ

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 33/2013 articolo 10 comma 8, il presente documento, validato dalla Direzione Aziendale e dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, risulta pubblicato nella sezione “*Performance*” dell’amministrazione trasparente del sito aziendale (<https://www.asst-pg23.it/amministrazione-trasparente/performance/relazione-sulla-performance>).

ALLEGATO 1 - Tabella Indicatori

Dimensioni della Performance	Area di intervento	Obiettivo	Indicatore	Formula Indicatore	Referente	Unità Operativa	ATTESO 2025-2026-2027	Target di riferimento	2025	COMMENTO
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	I08 DRG a rischio di inapproprietezza	Non incrementare i ricoveri a rischio di inapproprietezza	% ricoveri a rischio inapproprietezza	n. ricoveri ordinari a rischio inapproprietezza / n. ricoveri ordinari non a rischio di inapproprietezza	Piccichè	SC Direzione medica	Mantenimento valori 2023	17%	14%	il valore raggiunto è all'interno di quanto richiesto da Regione Lombardia (target <= 15%)
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Presa in carico	Miglioramento della presa in carico globale ed integrata della persona e della sua famiglia	Numero dimissioni protette	n. dimissioni protette	Caldara	SC Direzione aziendale professioni sanitarie e sociali - DAPSS	Mantenimento valori 2023	Centrale Dimissioni Protette 624 Servizio Assistenza Sociale 1234 Totale 1.858	Centrale Dimissioni Protette 615 Servizio Assistenza Sociale 1260 Totale 1.875	Valori pressoché sovrapponibili all'anno precedente che confermano il trend incrementale delle segnalazioni a carattere sociale
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Qualità dell'assistenza	Limitare il numero delle dimissioni volontarie	% pazienti che si dimettono volontariamente	% pazienti che si dimettono volontariamente/n. ricoveri	Piccichè	SC Direzione medica	Mantenimento valori 2023	0,31%	0,32%	il valore si mantiene stabile
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	PNE	Monitorare la mortalità post infarto miocardico	CARDIOLOGICA Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno	https://pne.agenas.it/	Piccichè	SC Direzione medica	Valori all'interno della media nazionale rilevata dal PNE	8,10%	4,88%	Utilizzato il dato PNE 2025 (esiti 2024), ultimo dato disponibile, pubblicato da AGENAS nel novembre 2025. La media nazionale è 8,1% e il nostro valore, al di sotto della media nazionale, sfiora la significatività statistica (p=0,058) e dà contezza di quanto bene lavori il Dipartimentato Cardiovascolare
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	PNE	Monitorare la tempestività di intervento chirurgico in pazienti anziani con frattura del collo del femore	TRAUMATOLOGICA Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore nell'anziano	https://pne.agenas.it/	Piccichè	SC Direzione medica	Valori all'interno della media nazionale rilevata dal PNE	60,10%	50,50%	Utilizzato il dato PNE 2025 (esiti 2024), ultimo dato disponibile, pubblicato da AGENAS nel novembre 2025. La media nazionale è 60,1%. La differenza non è statisticamente significativa. L'ASST ha lavorato nel 2025 per migliorare la performance.
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	PNE	Monitorare il ricorso a parti cesarei	OSTETRICA Proporzioni di parti con taglio cesareo primario	https://pne.agenas.it/	Piccichè	SC Direzione medica	Valori all'interno della media nazionale rilevata dal PNE	22,20%	16,92%	Utilizzato il dato PNE 2025 (esiti 2024), ultimo dato disponibile, pubblicato da AGENAS nel novembre 2025. La media nazionale è 22,2%. La differenza è statisticamente significativa. Si aggiunge, a questa ottima performance, che l'ASST è la quinta in Italia per numero di parti nel 2025.
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	PNE	Monitorare la degenza post-operatoria dei casi di colecistectomia laparoscopica	CHIRURGICA Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria entro 3 giorni	https://pne.agenas.it/	Piccichè	SC Direzione medica	Valori all'interno della media nazionale rilevata dal PNE	85,69%	89,10%	Utilizzato il dato PNE 2025 (esiti 2024), ultimo dato disponibile, pubblicato da AGENAS nel novembre 2025. La media nazionale è 85,69%. La differenza è statisticamente significativa a certificare l'ottimo risultato raggiunto.
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	PNE	Monitorare la mortalità post ictus	NEUROLOGICA Ictus: mortalità a 30 giorni dal ricovero	https://pne.agenas.it/	Piccichè	SC Direzione medica	Valori all'interno della media nazionale rilevata dal PNE	9,10%	8,03%	Utilizzato il dato PNE 2025 (esiti 2024), ultimo dato disponibile, pubblicato da AGENAS nel novembre 2025. La media nazionale è 9,1%. La differenza non è statisticamente significativa ma il valore è, comunque, migliore del dato nazionale.
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Attrazione ricoveri fuori regione	Monitorare il tasso di attrazione dei ricoveri ordinari	Tasso di attrazione ricoveri ordinari (n° di pazienti per 1.000 all'anno)	n. dimessi dopo ricovero ordinario residenti fuori regione/ Tot. Dimessi dopo ricovero ordinario	Piccichè	SC Direzione medica	Mantenimento valori 2023	35,72%	41,18%	valore in leggera crescita, l'ASST mantiene il suo tasso di attrattività
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Attrazione ricoveri fuori regione	Monitorare il tasso di attrazione dei ricoveri diurni	Tasso di attrazione ricoveri diurni -DH/DS (n° di pazienti per 1.000 all'anno)	n. dimessi totali dopo ricovero diurno residenti fuori regione/ Tot. Dimessi da ricovero diurno	Piccichè	SC Direzione medica	Mantenimento valori 2023	33,45%	36,59%	valore in leggera crescita, l'ASST mantiene il suo tasso di attrattività
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Vaccinazioni	Garantire l'offerta vaccinale e le coperture previste dal PNPV/PRPV	Grado di immunizzazione della popolazione	indici di copertura precoce vaccino esavalente neonati entro 76° gg di vita, 77-100° e 100-365°	Gregis	SC Vaccinazioni e Sorveglianza malattie infettive	Mantenimento valori 2023	95,2	96,2	Significativo miglioramento delle coperture rispetto all'anno precedente ottenuto attraverso una maggiore consapevolezza dell'equipe sull'importanza del raggiungimento dei target.
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Vaccinazioni	Garantire l'offerta vaccinale e le coperture previste dal PNPV/PRPV	Adesione dell'utenza	n. defezioni / n. inviti %	Gregis	SC Vaccinazioni e Sorveglianza malattie infettive	Mantenimento valori 2023	27%	11,80%	Dato medio generale scaricato da ARVAX relativo al periodo luglio-dicembre 2025, riferito agli inviti per le vaccinazioni per l'infanzia e l'adolescenza. Differenze importanti tra il 7,4% non presentati tra i nuovi nati e il 26% nei bambini di 6 anni
Appropriatezza e qualità dell'assistenza	Vaccinazioni	Garantire l'offerta vaccinale e le coperture previste dal PNPV/PRPV	Capacità erogativa vaccinazioni internazionali	n° colloqui counselling effettuati	Gregis	SC Vaccinazioni e Sorveglianza malattie infettive	Incremento colloqui rispetto a 2023	491	1.531	Attività in incremento
Crescita	Formazione	Migliorare il percorso formativo del personale	Incidenza ore formazione sul totale delle ore lavorate	n. ore formazione / num. Dipendenti	Frigeni S.	SSD Formazione	Mantenimento valori 2023	42	28,62	Considerati il numero di ore e dipendenti di questi enti 57 - Dipendenti, 157 - LP / borsisti, 257 - Comandati in entrata 357 - Specialisti ambulatoriali / psicologi
Crescita	Benessere aziendale	Creare/Alimentare una cultura organizzativa omogenea	Numero di eventi organizzati dedicati alla comunicazione, al cambiamento e al benessere aziendale	n. di eventi organizzati dedicati alla comunicazione, al cambiamento e al benessere aziendale	Frigeni S.	SSD Formazione	Mantenimento valori 2023	25	41	Escluse le FAD sulla sicurezza e tutela della salute considerando solo ed esclusivamente i corsi residenziali e le formazioni sul campo dedicate agli argomenti citati
Crescita	Benessere aziendale	Sostenere le pari opportunità	n. dirigenti donne con incarichi gestionali/n. strutture nel POAS + dipartimenti	n. dirigenti donne con incarichi gestionali/n. strutture nel POAS + dipartimenti	Zanini	SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	Mantenimento valori 2023	33%	30%	Target tendenzialmente in linea, anche per questa annualità si risente del ricambio generazionale in atto in Azienda
Crescita	Benessere aziendale	Monitorare la mobilità verso l'esterno	n. mobilità in uscita (volontaria + compensazione), n. cessazioni, n. aspettative per TD in altra Azienda o per periodo di prova	n. mobilità in uscita (volontaria + compensazione), n. cessazioni, n. aspettative per TD in altra Azienda o per periodo di prova	Zanini	SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	Mantenimento valori 2023	n. mobilità in uscita: 21 n. cessazioni: 313 n. aspettative per TD in altra Azienda: 7 n. aspettative per per periodo di prova: 4	n. mobilità in uscita: 15 n. cessazioni: 298 n. aspettative per TD in altra Azienda: 9 n. aspettative per per periodo di prova: 0	Se nell'anno 2025 si considerano anche i contratti td covid, n. cessazioni 2025: 299 Attività in sostanziale costanza rispetto al target di riferimento
Crescita	Ricerca	Eccellere nella ricerca scientifica	Numero di pubblicazioni scientifiche	n. di pubblicazioni scientifiche	Lorini	SC Ricerca clinica, sviluppo e innovazione	Mantenimento valori 2023	573(*)	721	Nel 2025 si registra un incremento del numero di pubblicazioni rispetto agli anni precedenti, a testimonianza di una crescente produttività scientifica e di un consolidamento dell'attività di ricerca. Il trend positivo conferma il consolidamento del posizionamento scientifico della struttura e l'impegno nel mantenere elevati standard qualitativi.
Economico-Finanziaria	Raccolta fondi e Sponsorship	Sviluppare attività che permettano agli stakeholder di aiutare ASST	Numero di donazioni/contributi e sponsorship	Valore in € donazioni/contributi (escluso donazioni Covid)	Coccoli	SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità	Mantenimento valori 2023	4.436.184	5.165.655	L'importo comprende i contributi/donazioni da persone giuridiche private e da persone fisiche, con esclusione dei lasciti testamentari, degli indennizzi assicurativi, dei contributi AIRC e delle donazioni di beni in natura. L'importo risulta in incremento rispetto al target di riferimento.
Economico-Finanziaria	Tempi di pagamento	Mantenere il rispetto dei tempi di pagamento	Pagamento ≤ 60gg data ricevimento fattura	Data riscontro mandato - data ricevimento fattura SDI/protocollo	Coccoli	SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità	< 60gg	//	34,86 gg	L'accurata programmazione dei pagamenti ha consentito di mantenere i tempi medi di pagamento al di sotto dei 60 gg. Si segnala la particolare criticità dell'anno 2025, interessato dal cambio del sistema gestionale amministrativo contabile. Per controbilanciare gli inevitabili rallentamenti sono state messe in campo le seguenti azioni: - richiesta di erogazione anticipata delle rimesse di cassa di giugno, per procedere tempestivamente al pagamento delle fatture in scadenza durante il periodo di fermo tecnico obbligato, prima della dismissione dell'applicativo contabile in uso, - richiesta di assistenza aggiuntiva del fornitore del sw amministrativo contabile, a supporto della soluzione delle inevitabili criticità dell'avvio del nuovo applicativo nei primi mesi di implementazione, - effettuazione di ore straordinarie da parte del comparto per recuperare gli arretrati dovuti al fermo tecnico obbligato e al riavvio del sistema amministrativo contabile. La rilevazione dell'indicatore evidenzia che le azioni organizzative messe in campo sono state efficaci e hanno permesso di mantenere i tempi di pagamento ampiamente entro i termini normativi.
Economico-Finanziaria	Equilibrio di Bilancio	Mantenere l'equilibrio di bilancio	Risultato economico di bilancio	Risultato economico di bilancio	Coccoli	SC Bilancio, programmazione finanziaria e contabilità	Pareggio di Bilancio	//	Pareggio di Bilancio	
Economico-Finanziaria	Produzione a contratto	Raggiungere produzione a contratto - ricoveri	Rispetto del valore economico della produzione rispetto al contratto	Valore della Produzione lorda/Valore del Contratto	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	100%	101%	I contratti nell'anno 2025 sono stati riadeguati da Regione Lombardia sulla base della produzione dell'anno 2024. La produzione realizzata risulta superare il contratto stipulato con l'ATS.
Economico-Finanziaria	Produzione a contratto	Raggiungere produzione a contratto - ambulatoriali	Rispetto del valore economico della produzione rispetto al contratto	Valore della Produzione lorda/Valore del Contratto	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	115,27%	104,48%	I contratti nell'anno 2025 sono stati riadeguati da Regione Lombardia sulla base della produzione dell'anno 2024. La produzione realizzata risulta superare il contratto stipulato con l'ATS.
Economico-Finanziaria	Produzione a contratto	Raggiungere produzione a contratto - psichiatria	Rispetto del valore economico della produzione rispetto al contratto	Valore della Produzione lorda/Valore del Contratto	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	78,66%	85,89%	Nessuna criticità riscontrata
Economico-Finanziaria	Analisi Costi/Ricavi	Controllo e possibile diminuzione costi	Incidenza del costo dei prodotti farmaceutici sulla produzione effettiva	Valore complessivo dei prodotti farmaceutici (compreso File F) / valore produzione lorda effettiva	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	38,55%	40,66%	L'incremento del costo dei farmaci è connesso prevalentemente a farmaci rendicontati in File F.
Economico-Finanziaria	Analisi Costi/Ricavi	Controllo e possibile diminuzione costi	Incidenza del costo dei dispositivi medici sulla produzione effettiva	Valore complessivo dei dispositivi appartenenti a tutte le classi della Classificazione Nazionale Dispositivi (CND) / valore produzione lorda effettiva	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	16,17%	17,39%	L'incremento dei costi è connesso prevalentemente a diagnostici Cnd W-Z-C e all'introduzione di nuove tecnologie costose che permettono una migliore cura e assistenza a parità di produzione (chirurgia robotica, kit perfusione per trapianti, valvole polmonari etc)

ALLEGATO 1 - Tabella Indicatori

Dimensioni della Performance	Area di intervento	Obiettivo	Indicatore	Formula Indicatore	Referente	Unità Operativa	ATTESO 2025-2026-2027	Target di riferimento	2025	COMMENTO
Economico-Finanziaria	Analisi Costi/Ricavi	Controllo ricavi	Valore produzione effettiva per FTE	Valore produzione lorda effettiva (ricoveri, ambulatoriale, NPIA, psichiatria, File F) / Personale dipendente equivalente a tempo pieno	Goglio/ Zanini	SC Controllo di gestione/ SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	Mantenimento valori 2023	99.277	96.631	Molte assunzioni sono riconducibili a attività svolte nell'ambito delle nuove UDO sociosanitarie le cui attività risultano ancora non adeguatamente valorizzate nell'ambito del sistema sanitario regionale (ad. Es. Attività svolta da Ifec, consulitori, COT). Non si rilevano criticità.
Interna di processo	Processo di spesa	Monitorare i Flussi Dispositivi Medici e Contratti	% trimestrale Flusso Dispositivi Medici e Flusso Contratti	% costi rilevati da DWH regionale % contratti risultante dal DWH regionale	Acquaroli	SC Gestione acquisti	Mantenimento valori 2023	Flusso Consumo DM: 88,77% Flusso Contratti: 68,25%	Flusso consumo DM 99,65% Flusso contratti 77,17%	L'obiettivo per il 2025 è stato raggiunto.
Interna di processo	Processo di spesa	Adesione a gare centralizzate/aggregate/consorziate/servizi in concessione	Incidenza procedure centralizzate/aggregate/consorziate/servizi in concessione sul costo di beni e servizi	valore beni e servizi acquisiti attraverso procedure centralizzate/aggregate/servizi in concessione per acquisto beni e servizi/tot. acquisti beni e servizi	Acquaroli	SC Gestione acquisti	Mantenimento valori 2023	86%	87,60%	Obiettivo raggiunto.
Interna di processo	Appropriatezza ed efficienza delle risorse	Non ridurre l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse	% ricoveri ripetuti	N° dimessi ordinari in ricoveri ripetuti (rientro entro 45 giorni dal precedente per la stessa categoria diagnostica (MDC)) / totale dimessi ordinari	Piccichè	SC Direzione medica	Mantenimento valori 2023	4,82%	4,43%	il valore si mantiene stabile.
Interna di processo	Produttività organizzativa	Non ridurre il grado di raggiungimento degli obiettivi di budget	% raggiungimento degli obiettivi assegnati	Media delle % di raggiungimento degli obiettivi di budget	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	96,2%	96,5%	Il dato è costante rispetto al target di riferimento.
Interna di processo	Produttività individuale	Mantenere/Migliorare il grado di valutazione individuale di dirigenti	Punteggio medio performance individuale dirigenza	Media delle valutazioni individuali assegnate alla dirigenza	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	98,5	98,2	Il dato è costante rispetto al target di riferimento.
Interna di processo	Produttività individuale	Mantenere/Migliorare il grado di valutazione individuale del comparto	Punteggio medio performance individuale comparto	Media delle valutazioni individuali assegnate al comparto	Goglio	SC Controllo di gestione	Mantenimento valori 2023	95,94	96,6	Il dato è costante rispetto al target di riferimento.
Interna di processo	Sicurezza e Innovazione tecnologica	Implementare strumenti e pratiche innovative	Tasso di obsolescenza tecnologica sanitaria	Σ valore delle apparecchiature sanitarie con età > di 8 anni / Σ Valore complessivo apparecchiature sanitarie	Branchi	SC Ingegneria clinica	Mantenimento valori 2023	60%	46%	La vetustà del parco macchine è dovuta alla mancata disponibilità nel corso degli ultimi anni di fondi per investimenti soprattutto per la medio bassa tecnologia che, pur avendo costi contenuti è in numerosità molto elevata. La % risulta in ogni caso in miglioramento.
Interna di processo	Sicurezza e Innovazione edilizia	Attuazione investimenti programmati nell'elenco annuale delle opere pubbliche	Rispetto del cronoprogramma nell'anno corrente	% Interventi che rispettano il cronoprogramma/ totale interventi	Frigeni A.	SC Gestione tecnico patrimoniale	100%	//	100%	Gli interventi ricompresi nell'elenco annuale hanno rispettato i cronoprogrammi previsti per l'anno 2025
Interna di processo	Assenteismo	Monitorare le assenze	n. eventi di malattia fino a 3 giorni.	n. eventi malattia fino a 3 giorni dell'anno 2025	Zanini	SC Gestione e sviluppo delle risorse umane	Mantenimento valori 2023	2.720	3.303	Nel 2025 i giorni di assenza dal servizio per malattia sono stati complessivamente più numerosi rispetto a quelli registrati nei due anni precedenti e si è rilevato un aumento del numero degli eventi di malattia fino a tre giorni.
Interna di processo	Efficientamento energetico e sostenibilità ambientale	Installazione impianto fotovoltaico presso la sede Papa Giovanni XXIII	Installazione impianto fotovoltaico	indicatore on/off	Frigeni A.	SC Gestione tecnico patrimoniale	Conclusione dell'iter di allaccio alla rete entro primo semestre 2025	//	OFF	Allaccio dell'impianto bloccato a causa di problematiche elettriche sulla MT, la cui risoluzione è indipendente dall'appalto del fotovoltaico.
Interna di processo	Efficientamento energetico e sostenibilità ambientale	Adesione a "Opzione verde" della convenzione Consip per la fornitura di energia elettrica da fonti energetiche rinnovabili	Adesione a "Opzione verde"	indicatore on/off	Frigeni A.	SC Gestione tecnico patrimoniale	Attiva nel 2024 e riproposta negli anni successivi	//	ON	Adesione all'Opzione Verde rinnovata anche nell'arco del 2025 e del 2026.
Interna di processo	Riduzione proroghe contratti	Riduzione progressiva annua delle proroghe dei contratti imputabili a ritardi diretti degli uffici aziendali competenti	n. proroghe contratti derivanti da gare autonome	n. proroghe contratti	Acquaroli	SC Gestione acquisti	Riduzione valori 2024	1	2	una proroga per semestre
Interna di processo	Efficientamento energetico e sostenibilità ambientale	Diagnosi energetica del presidio ospedaliero Papa Giovanni XXIII ai sensi del D.Lgs. 102/2014	Ottenimento diagnosi energetica	indicatore on/off	Frigeni A.	SC Gestione tecnico patrimoniale	Ottenimento nell'arco del 2025	//	ON	Diagnosi energetica ottenuta entro i termini.
Interna di processo	Efficientamento energetico e sostenibilità ambientale	Installazione sistema di monitoraggio energetico nel presidio ospedaliero Papa Giovanni XXIII	Installazione sistema di monitoraggio energetico	indicatore on/off	Frigeni A.	SC Gestione tecnico patrimoniale	Installazione entro fine 2026	//	N.A.	Obiettivo ancora in corso.
Paziente	Comunicazione e relazione	Gestire possibili conflitti	Numero di ascolti e/o mediazioni effettuati	n. ascolti / segnalazioni giunte all'URP sul tema della relazione	lamele	SS Ufficio relazione col pubblico (URP)	Mantenimento valori 2023	3,70%	9,15%	il valore si mantiene in linea con quello dell'anno precedente per un servizio importante e apprezzato dall'utenza coinvolta e anche dai professionisti
Paziente	Accessibilità e soddisfazione utenza	Non incrementare il numero di reclami ricevuti	% reclami scritti ricevuti dall'ufficio public relation	(n. reclami/n. pazienti dimessi)*100	lamele	SS Ufficio relazione col pubblico (URP)	Mantenimento valori 2023	0,50%	7,41%	il numero di reclami è in aumento, così come il numero complessivo dei contatti degli utenti. Questo però non deve essere letto come un dato negativo per l'azienda ma come un'evoluzione del sistema di partecipazione del cittadino, sempre più social e sempre più interattivo con le istituzioni per far valere la propria opinione e per puntualizzare in modo diretto le sue richieste. I contatti sono sempre più facili e veloci e questo porta a un generale incremento dell'attività
Paziente	Accessibilità e soddisfazione utenza	Ridurre il tempo d'attesa in Pronto Soccorso dei pazienti	% RICOVERI oltre le 8h da triage	(n. accessi ricoverati oltre le 8 ore, dal momento del triage / n. accessi ricoverati)*100 Il tempo d'attesa è calcolato come delta tra la data-ora dimissione e la data-ora triage. Sono esclusi dai calcoli pazienti deceduti o trasferiti.	Bombardieri	SC Gestione Operativa - Next GenerationEU	Mantenimento valori 2023	30,19%	32,00%	Il dato è in lieve deflessione nel 2025; la nostra ASST presenta un dato in linea con gli altri DEA di il livello regionali in termini di % di pazienti ricoverati entro le 8 ore. Il dato è monitorato e sono forniti specifici obiettivi sia a PS sia ai reparti di degenza.
Paziente	Accessibilità e soddisfazione utenza	Ridurre il tempo d'attesa in Pronto Soccorso dei pazienti	% DIMESSI oltre le 8h da triage	(n. accessi con esito diverso da ricovero oltre le 8 ore dal momento del triage / n. accessi con esito diverso da ricovero)*100 Il tempo d'attesa è calcolato come delta tra la data-ora dimissione e la data-ora triage. Sono esclusi dai calcoli pazienti deceduti o trasferiti.	Bombardieri	SC Gestione Operativa - Next GenerationEU	Mantenimento valori 2023	14,99%	13,99%	Il dato è in miglioramento in quanto, pur con un incremento nel numero degli accessi presso i PS aziendali, abbiamo avuto un numero inferiore di pazienti dimessi a domicilio oltre le 8 ore.
Paziente	Accessibilità e soddisfazione utenza	Ridurre il tempo d'attesa in Pronto Soccorso dei pazienti	% DIMESSI oltre le 44h da triage	(n. accessi con esito diverso da ricovero oltre le 44 ore dal momento del triage / n. accessi con esito diverso da ricovero)*100 Il tempo d'attesa è calcolato come delta tra la data-ora dimissione e la data-ora triage. Sono esclusi dai calcoli pazienti deceduti o trasferiti.	Bombardieri	SC Gestione Operativa - Next GenerationEU	Mantenimento valori 2023	0,65%	0,88%	Il dato è in mantenimento vista la sua ridotta entità.
Paziente	Comunicazione	Facilitare la comunicazione con il paziente	Numero di contatti con l'ufficio public relation	(n. contatti con l'ufficio public relations/ n. pazienti dimessi) *100	lamele	SS Ufficio relazione col pubblico (URP)	Mantenimento valori 2023	12,46%	16,00%	Si veda obiettivo "Non incrementare il numero di reclami ricevuti"
Paziente	Comunicazione	Facilitare la comunicazione con il paziente	Numero di connessioni/visite sul sito web dell'azienda	(Σvisite sul sito web dell'azienda / n. pazienti dimessi) *100	Belli	SS Comunicazione aziendale e relazioni esterne	Mantenimento valori 2023	1.737.762	1.603.833	Calo determinato dall'avvento dell'AI e della sua integrazione nei motori di ricerca: è ormai assodato che le visite ai siti web, soprattutto quelli di natura squisitamente informativa, sono in diminuzione perché gli utenti trovano l'informazione che cercano già nel motore di ricerca, senza dover cliccare sulle URL restituite nei risultati (ex. "AI MODE" di Google)
Paziente	Comunicazione	Facilitare la comunicazione con il paziente	Numero di follower sul social media dell'azienda	(n. totale di follower delle pagine social dell'azienda / n. pazienti dimessi) *100	Belli	SS Comunicazione aziendale e relazioni esterne	Mantenimento valori 2023	33.612	39.677	Si considera il dato di Facebook

ATTESTAZIONE DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVO-CONTABILE (proposta n. 899/2026)

Oggetto ADOZIONE DELLA RELAZIONE PERFORMANCE - ANNO 2025

SC PROPONENTE

Si attesta la regolarità tecnica del provvedimento, essendo state osservate le norme e le procedure previste per la specifica materia.

Si precisa, altresì, che:

A. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

COSTI diretti a carico dell'ASST

B. il provvedimento:

- prevede
- non prevede

RICAVI da parte dell'ASST.

Bergamo, 09/06/2026

Il Direttore
Dr. / Dr.ssa Goglio Silvia

PARERE DIRETTORI

all'adozione della proposta di deliberazione N.899/2026

ad oggetto:

ADOZIONE DELLA RELAZIONE PERFORMANCE - ANNO 2025

Ciascuno per gli aspetti di propria competenza, vista anche l'attestazione di regolarità amministrativo-contabile.

DIRETTORE AMMINISTRATIVO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Vecchi Gianluca
Note:	
DIRETTORE SANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Amorosi Alessandro
Note:	
DIRETTORE SOCIOSANITARIO : Ha espresso il seguente parere: <input checked="" type="checkbox"/> FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> NON FAVOREVOLE <input type="checkbox"/> ASTENUTO	Cesa Simonetta
Note:	

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

**Pubblicata all'Albo Pretorio on-line
dell'Azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo**

per 15 giorni
