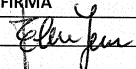
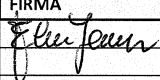


AZIENDA SANITARIA
LOCALE DI **BIELLA**

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE ANNO 2022

Predisposta ai sensi dell'art. 10
del d.lgs. n° 150 del 27.10.2009 così come modificato dal d.lgs. 74 del
25.05.2017

VERIFICHE E APPROVAZIONI

	REDAZIONE		CONTROLLO APPROVAZIONE		AUTORIZZAZIONE EMISSIONE	
	NOME	FIRMA	NOME	FIRMA	NOME	FIRMA
	E. Zampese		E. Zampese		M. Sanò	
					E. Anselmo	
					P. Garavana	

STATO DELLE VARIAZIONI

	PARAGRAFO O PAGINA	DESCRIZIONE DELLA VARIAZIONE
	Tutto il documento	Versione iniziale del documento

Sommario

Sommario.....	2
1. Premessa.....	4
2. Contesto di riferimento esterno.....	5
3. Valore pubblico dell’A.s.l. BI.....	6
4. Contesto di riferimento interno.....	7
5. Azioni e valori del ASL BI.....	10
6. Obiettivi programmatici e strategici della performance.....	11
7. Obiettivi Regionali di mandato 2022.....	14
Area 1 - Gestione piani di sviluppo e consolidamento.....	14
<i>Obiettivo 1.1 - Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2.....</i>	<i>14</i>
<i>Obiettivo 1.2 - Potenziamento dell’Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale PNRR - M6C1 - Case di Comunità; Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali.....</i>	<i>15</i>
<i>Obiettivo 1.3 - PNRR - M6C2 – Fascicolo sanitario Elettronico.....</i>	<i>16</i>
Area 2 – Qualità.....	16
<i>Obiettivo 2.1 Area osteomuscolare.....</i>	<i>16</i>
<i>Obiettivo 2.2 Tempestività nell’effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi.....</i>	<i>17</i>
<i>Obiettivo 2.3 Appropriatelyzza nell’assistenza al parto.....</i>	<i>17</i>
<i>Obiettivo 2.4 Donazioni d’organo.....</i>	<i>18</i>
<i>Obiettivo 2.5 Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding.....</i>	<i>19</i>
<i>Obiettivo 2.6 Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG).....</i>	<i>20</i>
Area 3 - Farmaci e dispositivi medici.....	20
<i>Obiettivo 3.1 - Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica.....</i>	<i>20</i>
<i>Obiettivo 3.2 - Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva.....</i>	<i>21</i>
<i>Obiettivo 3.3 - Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei disp. medici.....</i>	<i>24</i>
Area 4 - Transizione post-emergenza.....	24
<i>Obiettivo 4.1 - Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero.....</i>	<i>24</i>
<i>Obiettivo 4.2 - Attuazione Piano di recupero prest. di screening oncologici.....</i>	<i>25</i>
<i>Obiettivo 4.3 - Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.....</i>	<i>26</i>
<i>Obiettivo 4.4 Piano di recupero vaccinazioni programmate.....</i>	<i>29</i>
<i>Obiettivo 4.5 - Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19.....</i>	<i>29</i>
<i>Obiettivo 4.6 - PanFlu.....</i>	<i>30</i>
Area 5 - Prevenzione.....	30
<i>Obiettivo 5.1 - Piano Nazionale della Prevenzione (PNP).....</i>	<i>30</i>
<i>Obiettivo 5.2 Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA).....</i>	<i>31</i>
8. Assegnazione obiettivi al personale e monitoraggio.....	32

Valutazione individuale del personale.....	32
Attività valutativa O.I.V.	33

1. Premessa

L'art. 10 del D.lgs n° 150 del 27/10/2009 così come modificato dal d.lgs. 74 del 25.05.2017 prevede che, al fine di assicurare la qualità, la comprensibilità e l'attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, comprese le aziende sanitarie, devono annualmente redigere:

- un documento programmatico, denominato "Piano della Performance", da adottare in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'azienda, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori. Al fine di dar corso a quanto previsto dal art. 6 D.L. 80/2021 conv. L. 113/2021 indicante l'obiettivo di "assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di accesso", ASL BI adotta il PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione, quale misura funzionale all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attraverso le misure previste dalla Missione 6 Salute. Il DM 132 del 2022 del Dipartimento Funzione ha regolamentato la definizione dei contenuti e lo schema tipo del PIAO, prevedendo la sezione 2.2 denominata "Performance" al fine di integrarne i contenuti, in una logica di semplificazione, con quelli previsti per il fabbisogno di personale, lavoro agile, azioni positive e prevenzione della corruzione e trasparenza;
- il presente documento denominato "Relazione sulla Performance"¹ che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse.

La Regione Piemonte, con D.G.R. n° 25-6944 del 23/12/2013, pur precisando che non ricorre per le aziende sanitarie regionali l'obbligo di adottare gli strumenti operativi previsti dall'art. 10 del D.lgs n° 150 (Piano della performance e Relazione sulla performance) ha formulato alcune indicazioni di massima anche in riferimento ai documenti aziendali che rispondono allo scopo di definire ed assegnare gli obiettivi e di rendicontarli in maniera definitiva.

Con la DGR richiamata, la Regione ha invitato le aziende sanitarie a redigere annualmente:

- il Piano Annuale della Performance (cd PAP), definito nel 2022 quale documento a se stante (si veda nota 1);
- la presente Relazione Annuale sulla Performance (cd RAP). La RAP è un documento consuntivo con il quale attestare la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP.

¹ La prima stesura del PIAO 2022 ha previsto di richiamare i singoli piani aziendali precedentemente deliberati conservandone quindi piena efficacia e ad essi rimandando per le attuazioni specifiche. ASL BI ha quindi definito il Piano Performance 2022/2024, approvato con deliberazione n. 105 del 07.03.2022, indicante gli obiettivi e indicatori misurati secondo quanto esposto nel SIMIVAP - Sistema di Misurazione e di VALutazione delle Performance (si veda deliberazione n. 476 del 08.11.2022).

Con riguardo alla Relazione annuale sulla Performance riferita all'anno 2022 si prende atto:

- della Deliberazione n. 583 del 21 dicembre 2022 "Assegnazione dei Budget finanziari definitivi per l'anno 2022 e Budget finanziari provvisori i per l'anno 2023.";
- con D.G.R. n. 2-4147 del 24/11/2021. Riparto delle quote del fondo sanitario indistinto accantonato in GSA per la copertura delle spese derivanti da CCNL 2019-2021 relative al comparto non dirigente e riparto alla ASL Citta' di Torino di euro 2,5 milioni per le finalita' di interventi CUP.

2. Contesto di riferimento esterno

Il biellese, l'area geografica in cui l'A.s.l. BI opera, è un territorio prevalentemente collinare e comprende 67 comuni della Provincia di Biella, per un totale di 170.027 abitanti (al 31/12/2022), oltre il 50% dei quali concentrati lungo l'asse Biella-Cossato e nei comuni limitrofi a Biella. L'Azienda si caratterizza per un assetto organizzativo semplice e sufficientemente compatto, con un'articolazione interna semplificata dal ridotto numero di soggetti decisori tra territorio ed ospedale: un solo presidio ospedaliero a Biella e un'area territoriale.

Figura 1 - Popolazione ASL BI anno 2022 per fasce d'età e sesso

Età	Maschi	Femmine	Totale
Da 0 a 4	2.364	2.325	4.689
Da 5 a 9	3.043	2.803	5.846
Da 10 a 14	3.432	3.406	6.838
Da 15 a 19	3.818	3.486	7.304
Da 20 a 24	4.060	3.619	7.679
Da 25 a 29	3.843	3.625	7.468
Da 30 a 34	3.972	3.637	7.191
Da 35 a 39	4.011	3.889	7.900
Da 40 a 44	4.790	4.981	9.771
Da 45 a 49	6.364	6.462	12.826
Da 50 a 54	7.126	7.325	14.451
Da 55 a 59	7.257	7.259	14.516
Da 60 a 64	6.186	6.444	12.630
Da 65 a 69	5.659	6.160	11.819
Da 70 a 74	5.561	6.289	11.850
Da 75 a 79	4.249	5.105	9.354
Da 80 a 84	3.587	5.147	8.734
Da 85 a 89	1.906	3.534	5.440
Da 90 a 94	715	1.902	2.617
Da 95 a 99	105	509	614
Dai 100 e oltre	9	63	72
Totale	82.057	87.970	170.027

Fonte: ISTAT 2022

Il confronto con i dati degli anni precedenti suggerisce una diminuzione della popolazione dal 2010 (176.895) al 2021 (163.228) con costante crescita della percentuale di quella anziana. In controtendenza il dato al 31/12/2022 con una crescita della popolazione salita a 170.027 (+4% rispetto al 2021).

3. Valore pubblico dell'A.s.l. BI

L'Azienda Sanitaria Locale di Biella, in breve e di seguito ASL BI, svolge la funzione pubblica di promozione e tutela della salute, intesa sia come diritto fondamentale dell'individuo sia come interesse della collettività, nel territorio di competenza corrispondente con buona approssimazione al territorio della Provincia di Biella, includendo 67 comuni della Provincia.

L'A.S.L. BI è un ente pubblico appartenente alla pubblica amministrazione italiana afferente al Servizio Sanitario Regionale (SSR). Provvede alla gestione dei servizi "sanitari" nel territorio di sua competenza per erogare i quali si avvale di strutture e servizi "amministrativi" dediti alle molteplici attività necessarie.

Essa fornisce prevalentemente e direttamente a cittadini tutte le prestazioni sanitarie in regime di emergenza-urgenza e programmate, e a cittadini e imprese le attività volte alla prevenzione, al controllo e al supporto al tessuto produttivo territoriale attraverso i propri servizi/strutture o, alternativamente, acquistando le prestazioni fornite da strutture pubbliche o private accreditate che operano sotto il controllo del Sistema Sanitario Nazionale (SSN).

La salute è riconosciuto universalmente essere un bene primario che assurge a diritto fondamentale della persona ed impone piena ed esaustiva tutela. Da questa premessa discende il "valore pubblico" dell'operato dell'ASL BI, i cui principi fondamentali sono:

- il rispetto della dignità umana;
- l'equità delle condizioni di accesso e omogenea distribuzione dei servizi sul territorio dell'azienda;
- l'etica professionale;
- la centralità dell'utente, intesa come punto di riferimento per la rilevazione del bisogno di salute.

L'A.S.L. BI ispira il proprio funzionamento, in aggiunta ad i principi fondamentali, a criteri di:

- trasparenza interna ed esterna, nel rispetto delle normative a tutela delle informazioni e dei dati, per una migliore comprensione delle scelte aziendali da parte degli interlocutori interni ed esterni;
- organizzazione e formalizzazione dei processi di analisi, valutazione, decisione e monitoraggio;
- utilizzo prioritario nei processi decisionali di evidenze esplicite e costante orientamento allo sviluppo e all'utilizzo dei criteri di misurazione della performance, dei risultati produttivi e dei processi produttivi stessi;
- orientamento alla flessibilità e al miglioramento continuo;
- sviluppo di metodiche lavorative che favoriscano la revisione dei processi produttivi di carattere amministrativo favorendo la remotizzazione "parziale" di incarichi e mansioni al fine di dar corso, nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia dell'azione dell'amministrazione, al cd Lavoro Agile con conseguente riduzione degli spostamenti degli operatori, riduzione dei consumi e contestuale miglioramento della qualità della vita soprattutto per chi risiede lontano dalle strutture aziendali:
- rispetto della "Parità di genere" già ampiamente evincibile in tutte le attività e in tutti gli incarichi aziendali;
- Formazione a supporto e per lo sviluppo del "valore" quale risultanza del combinato disposto delle azioni intraprese per il consolidamento dei suddetti criteri.

Guidata dai principi fondamentali e dai criteri ispiratori sopra menzionati, l'Azienda persegue il "suo valore pubblico" inteso come:

- qualità clinico-assistenziale;
- appropriatezza organizzativa;
- coinvolgimento e la qualificazione continua delle risorse umane, da sostenere attraverso la formazione ed il costante aggiornamento;
- gestione responsabile delle risorse;
- semplificazione amministrativa;
- organizzazione efficiente e razionale del lavoro;
- attenzione alla dimensione relazionale improntata alla collaborazione ed all'ascolto reciproco tra personale sanitario, pazienti e loro familiari;
- obiettivi di salute e sicurezza sul lavoro anche attraverso idonei strumenti organizzativi;
- coinvolgimento di tutti i portatori di interesse;
- sviluppo dei processi di comunicazione e informazione, riconoscendone la valenza strategica, rivolta agli interlocutori esterni e interni, finalizzati ad illustrare i servizi e le attività offerte dall'Azienda e la loro fruibilità;
- trasparenza dell'azione amministrativa, la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
- evoluzione tecnologica ed organizzativa
- welfare del personale dipendente e di supporto all'erogazione del servizio

Il Valore Pubblico che ASL BI si prefigge, è la creazione di benessere percepito dalla comunità, attraverso l'interconnessione degli obiettivi strategici e valori sociali già individuati o da definire e aggiornare nei piani esistenti ed in corso di attuazione.

4. Contesto di riferimento interno

L'anno 2022 è risultato in continuità con i precedenti mandati consolidando l'organizzazione stabilita dall'Atto aziendale adottato con atto deliberativo n. 87 del 12 marzo 2018, modificato e integrato con atto deliberativo n. 451 del 22 ottobre 2019 e recepito con D.G.R. n. 14-544 del 22 novembre 2019. L'azione organizzativa è stata improntata alla responsabilizzazione sul perseguimento degli obiettivi e sul raggiungimento dei risultati tenuto conto delle ricadute derivanti della pandemia COVID-19 protrattasi sino al primo trimestre del 2022.

Articolazione organizzativa

L'Azienda è organizzata sulla base delle seguenti macro funzioni:

- Funzione di governo;
- Funzioni di staff;
- Funzioni tecnico-amministrative di supporto;
- Funzione di produzione dei servizi sanitari.

ed il suo funzionamento è stato quindi basato sull'identificazione di:

- AREE;

La gestione delle politiche di risposta ai bisogni e alla domanda dell'utenza da parte

dell'Azienda, attraverso i propri processi aziendali, è attivata da un livello strategico, affidato alla responsabilità dei Direttori delle Aree che coincidono con il Direttore della Direzione Sanitaria di Presidio, del Distretto Biella e del Dipartimento di Prevenzione.

- **DIPARTIMENTI;**

Il Dipartimento è costituito da Strutture omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le Strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati.

In particolare:

- a) i Dipartimenti Strutturali sono caratterizzati dall'omogeneità sotto il profilo delle attività, delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate;
- b) i Dipartimenti Funzionali aggregano strutture operative non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica, possono comprendere Strutture già appartenenti ad altro Dipartimento Strutturale;
- c) i Dipartimenti Trans - murali, costituiti da unità interne ed extra ospedaliere;
- d) i Dipartimenti Interaziendali aggregano strutture appartenenti ad altre Aziende Sanitarie che hanno finalità e obiettivi comuni di gestione integrata di attività.

- **STRUTTURE ORGANIZZATIVE COMPLESSE E SEMPLICI (SC, SSD, SS);**

Lo svolgimento delle funzioni, di produzione dei servizi sanitari, di staff e tecnico amministrative, cui è chiamata l'Azienda al fine di tutelare la salute dei cittadini, è assicurato principalmente tramite articolazioni organizzative denominate Strutture Complesse, Strutture Semplici in staff alla Direzione Strategica, Strutture Semplici Dipartimentali, Strutture Semplici e Uffici/Servizi.

In particolare:

- le Strutture Complesse sono articolazioni dotate di elevato grado di autonomia decisionale ed operativa in ambito organizzativo, gestionale o didattico/scientifico, e tecnico professionale di responsabilità funzionale e di risorse proprie dedicate allo svolgimento dei processi e delle funzioni di competenza. Esse operano nell'ambito dei principi e delle direttive generali formulate dalla Direzione Strategica o dalla Macro-area (Ospedaliera, Territoriale e Prevenzione);
- le Strutture Semplici in staff alla Direzione Strategica e le Strutture Semplici Dipartimentali sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche, tecnologiche e finanziarie (budget negoziato rispettivamente con la Direzione Strategica e il Direttore di Dipartimento) e processi, il cui responsabile dipende direttamente dalla Direzione Strategica o dal Direttore di Dipartimento;
- le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative interne delle Strutture Complesse caratterizzate da responsabilità della gestione di risorse umane, tecniche, finanziarie (budget negoziato con il Direttore di Struttura complessa), tecnologiche

e dei processi di competenza della Struttura Complessa di cui costituiscono articolazione e di processi integrati, il cui Responsabile dipende dal Direttore della Struttura Complessa;

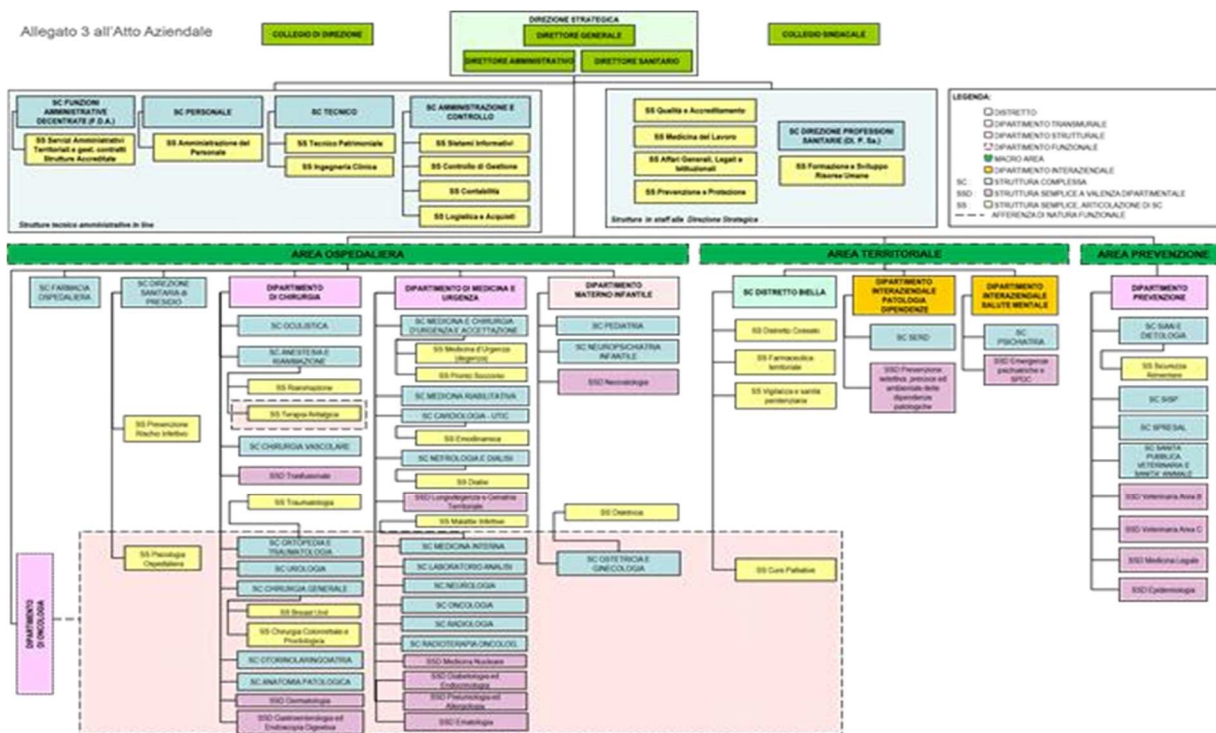
- nel corso del 2020 si è dato avvio all'attivazione, nell'ambito delle strutture aziendali ospedaliere, di quattro Strutture Complesse a Direzione Universitaria (SCDU); a tal fine nel 2021 è stato nominato il direttore della SCDU Pediatria.

- UFFICI/SERVIZI

gli Uffici/Servizi costituiscono articolazioni organizzative a cui è attribuita la responsabilità di attività che non richiedono una combinazione di mezzi, di persone o contenuti gestionali tali da giustificare l'istituzione di una struttura organizzativa.

La gestione delle politiche di risposta ai bisogni e alla domanda dell'utenza e creazione del valore pubblico da parte dell'Azienda, attraverso i propri processi aziendali, è attivata da un livello strategico, affidato alla responsabilità dei Direttori delle Aree che coincidono con il Direttore della Direzione Sanitaria di Presidio, del Distretto Biella e del Dipartimento di Prevenzione, in base all'organigramma aziendale.

Figura 2 - Organigramma aziendale



Fonte: Atto Aziendale ASL BI

Il Personale

Il personale è la risorsa principale per il funzionamento dell'organizzazione aziendale e rappresenta la componente fondamentale a garanzia della qualità dei servizi erogati.

La successiva tabella illustra il personale dipendente presente (a tempo indeterminato e a tempo determinato) in numero di teste alla data del 31 dicembre 2019, del 31 dicembre 2020, del 31 dicembre 2021 e del 31 dicembre 2022, con le modalità previste dal Conto Annuale, secondo il modello richiesto dal D.lgs. n° 118/2011.

Figura 3 - Confronto personale anni 2019, 2020, 2021 e 2022

Ruolo	Anno 2019	Anno 2020	Anno 2021	Anno 2022	Var. % 19 vs 22
Dirigenza ruolo Sanitario	408	357	349	332	-18,6%
Comparto ruolo Sanitario	966	985	1.014	1.020	5,6%
Totale ruolo Sanitario	1.374	1.342	1.363	1.353	-1,5%
Dirigenza ruolo Professionale	5	4	4	4	-20,0%
Comparto ruolo Professionale	2	3	3	3	50,0%
Totale ruolo Professionale	7	7	7	7	0,0%
Dirigenza ruolo Tecnico	3	3	3	3	0,0%
Comparto ruolo Tecnico	363	341	367	367	1,1%
Totale ruolo Tecnico	366	344	370	370	1,1%
Dirigenza ruolo Amministrativo	9	8	9	9	0,0%
Comparto ruolo Amministrativo	235	224	288	259	10,2%
Totale ruolo Amministrativo	244	232	297	297	21,7%
Totale personale	1.991	1.925	2.037	1.997	0,3%

Fonte: SC Personale ASL BI

5. Azioni e valori del ASL BI

La stesura del presente piano ha quale presupposto fondante la matrice operativa degli obiettivi generali sulla base dei "valori" richiamati dall'art. 6 D.L. 80/2021:

- A. Qualità dell'attività/azione amministrativa;
- B. Qualità dei servizi ai cittadini ed alle imprese;
- C. Trasparenza dell'attività amministrativa;
- D. Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi in connessione con le aree gestionali individuate e declinati quale combinato disposto dei contributi dei diversi profili.

L'introduzione da parte del legislatore del PIAO ha favorito la definizione dei programmi funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza – PNRR.

Per il 2022 la direzione strategica ha quindi individuato:

a) gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della *performance* individuale ai risultati della performance organizzativa;

b) la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di

pianificazione secondo le logiche del *project management*, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;

c) compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;

d) gli strumenti e le fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dalla Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;

e) l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati;

f) le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;

g) le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

6. Obiettivi programmatici e strategici della performance

Premesso che il ciclo di gestione della performance è stato oggetto di una disciplina introdotta dal decreto legislativo n. 150 del 2009, il quale ha dato sviluppo e sistematizzazione a indicazioni in tema di valutazione dei rendimenti e risultati dell'attività delle amministrazioni pubbliche, tratteggiate nel decreto legislativo n. 286 del 1999 e che nell'articolo 10 del D.lgs. n. 150 del 2009 la norma prevede il "Piano della performance" (integrato dal 2022 nel cd PIAO) e, a consuntivo, la presente "Relazione sulla Performance". I risultati sono misurati secondo quanto esposto nel SIMIVAP - Sistema di Misurazione e di VALutazione delle Performance deliberazione n. 476 del 08.11.2022, con riferimento agli obiettivi ed alle risorse, agli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione assegnati al personale.

L'ASL BI ha inteso perseguire gli obiettivi del 2022 volti a garantire:

- continuità con quelli individuati dai mandati precedenti ed inerenti il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione e attese degli stakeholder,
- il perseguimento degli obiettivi fissati dalla Regione Piemonte,
- un rilancio dell'operato di ASL BI secondo le linee di indirizzo individuate a partire dalle indicazioni regionali e nazionali per l'aggiornamento del Piano di per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell'epidemia da SARS-COV-2.

Ha inteso integrare, esplicitando e declinando, gli obiettivi regionali definiti per l'ASL BI anche in corso di anno fornendo i presupposti per la condivisione con i diversi livelli gerarchici aziendali individuati per il loro puntuale perseguimento ai quali sono stati forniti gli strumenti di monitoraggio nell'ambito di pertinenza dell'ASL BI. Gli ambiti strategici sono risultati essere:

- proseguire la campagna vaccinale per contrastare la pandemia;
- migliorare la mobilità e liste di attesa;
- assunzione di personale, per far fronte al turn over legato all'età, a trasferimenti e problematiche legate alla pandemia;
- continuità assistenziale Ospedale – Territorio, per garantire una maggior efficienza nella presa in carico dei pazienti;
- recupero delle prestazioni sospese e liste d'attesa.

L'azienda ha inteso perseguire *asset* organizzativi e interventi operativi inerenti le Aree Strategiche proposte in figure.

Figura 4 - Aree strategiche di riferimento per gli obiettivi aziendali ASL BI



Le diverse "aree strategiche" sono state declinate in "Dimensioni di performance" a loro volta ricondotte a specifici "Programmi" dai quali sono derivati gli obiettivi operativi assegnati, secondo criteri di competenza e priorità, alle strutture e ai responsabili aziendali. Nella figura successiva lo schema gerarchico dei suddetti obiettivi declinati nelle diverse Schede per Obiettivi (cd SpO) in funzione delle caratteristiche e delle specificità della struttura destinataria degli obiettivi e relativi indicatori.

Figura 5 – Proposta gerarchia obiettivi aziendali 2022-2024

AREA STRATEGICA	DIMENSIONI DI PERFORMANCE	PROGRAMMI
OBIETTIVI REGIONALI	DA DEFINIRE	Da DGR regionale
INNOVAZIONE E SVILUPPO	PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE	Riprogettazione Modelli Organizzativi
	PROCESSI DI SUPPORTO	Flusso informativi e qualità dei dati sui sistemi informativi Implementazione nuovo SIOT - Sistema Informativo Ospedaliero e Territoriale
INTEGRITA' E TRASPARENZA	CAPITALE INTELLETTUALE	Stesura Documento "POG" per ogni struttura
	PROCESSI DI SUPPORTO	Aumento della qualità erogata dalle strutture e relativo riscontro dell'utenza
		Aggiornamento Regolamenti, Procedure e Protocolli Relazione con il Pubblico e Comunicazione
PRODUZIONE, LISTE D'ATTESA E RECUPERO PRESTAZIONI	PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE	Programmazione e utilizzo a tempo pieno strutture e tecnologie esistenti
		Attuazione Piano recupero prestazioni
		Ottimizzazione dei volumi di attività erogata
		Ottimizzazione tempi di risposta
	PROCESSI DI SUPPORTO	Ottimizzazione dei fattori produttivi (posti letto, sale operatorie, farmaci...) Miglioramento dei percorsi ospedale-territorio
SOSTENIBILITA'	PROCESSI DI SUPPORTO	Aggiornamento Regolamenti, Procedure e Protocolli dei processi trasversali e amministrativi
		Aggiornamento Regolamenti, Procedure e Protocolli per il governo dei consumi
		Flusso informativi e qualità dei dati sui sistemi informativi
		Ottimizzazione dei fattori produttivi (posti letto, sale operatorie, farmaci...)
		Ottimizzazione tempi di risposta atti amministrativi
TERRITORIO	PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE	Implementazione nuovo SIOT - Sistema Informativo Ospedaliero e Territoriale
		Ottimizzazione dei volumi di attività erogata
		Attuazione progressiva del Piano della Cronicità
	PROCESSI DI SUPPORTO	Ottimizzazione dei fattori produttivi (posti letto, sale operatorie, farmaci...)
		Riprogettazione Modelli Organizzativi
		Riqualificazione sedi territoriali
WELFARE	PRESA IN CARICO E INTEGRAZIONE	Ottimizzazione tempi di erogazione prestazioni per dipendenti

A tal fine tutti i livelli gerarchici sono stati responsabilizzati nel tentativo di fornire una risposta aziendale ai bisogni di salute del territorio e degli utenti che ad essa afferiscono secondo il criterio della libera scelta del posto di cura², compresi quelli derivanti dal diffondersi di fenomeni come quello della pandemia Covid-19, che dall'aprile dell'anno 2022 ha assunto connotazioni non più "emergenziali", e quelli derivanti dai ritardi accumulati sulle liste d'attesa durante la pandemia stessa.

Nell'ambito dei servizi ai cittadini e alle imprese di tipo più specificatamente "sanitario", vere *core activities* del ASL BI, hanno assunto rilevanza le competenze e gli *asset* volti all'erogazione di una qualità "tecnica" e "sanitaria" eterogenea, l'interpretazione dei diversi attori coinvolti coordinati dai diversi livelli gerarchici per perseguire il risultato di salute degli utenti.

Stabilendo il "necessario collegamento" della performance individuale con i risultati dei diversi livelli organizzativi, sino a quello complessivo, i criteri del ciclo della performance per ASL BI, come per qualsiasi pubblica amministrazione, hanno richiesto non solo di raggiungere gli obiettivi prefissati attraverso un'azione efficace, ma anche mediante un'attività efficiente impiegando i soli mezzi messi a disposizione e favorendo così possibili risparmi di spesa, entrambe le dimensioni concretizzate solo in parte.

A tal fine il cd PdP - Piano delle Performance e il connesso SiMiVaP - Sistema di Misurazione e di Valutazione delle *performance* forniscono le premesse per la definizione e misurazione degli indicatori definiti per il perseguimento degli obiettivi clinico-sanitari, organizzativi, formativi e progettuali individuando le ricadute quali-quantitative stabilite dal cd Comitato di Budget, organo presieduto e coordinato dalla Direzione Generale aziendale.

7. Obiettivi Regionali di mandato 2022

(D.G.R. 19 settembre 2022, n. 23-5653)

Segue la relazione con la descrizione degli obiettivi assegnati e la descrizione delle azioni svolte dall'ASL.

Area 1 - Gestione piani di sviluppo e consolidamento

L'area si sviluppa in tre diversi obiettivi, a loro volta suddivisi in sub-obiettivi.

Obiettivo 1.1 - Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2

² Titolo 3° - RAPPORTI CON IL CITTADINO - CAPO II - DOVERI DEL MEDICO E DIRITTI DEL CITTADINO - Art. 24 del Codice di Deontologia Medica - "Libera scelta del medico e del luogo di cura: La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce principio fondamentale del rapporto medico-paziente. Nell'esercizio dell'attività libero professionale svolta presso le strutture pubbliche e private, la scelta del medico costituisce diritto fondamentale del cittadino. E', pertanto, vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influire sul diritto del cittadino alla libera scelta. Il medico può consigliare, ma non pretendere, che il cittadino si rivolga a determinati presidi, istituti o luoghi di cura.". Tale diritto è previsto anche dalla legge di riforma sanitaria 502/90.

1.1	Completamento degli interventi ex DGR n. 7-1492 del 12 giugno 2020 (PL di terapia intensiva; semi-intensiva e PS) - PNRR - M6C2	1.1.1	completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia intensiva
		1.1.2	completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per la realizzazione dei pl di terapia semi-intensiva
		1.1.3	completamento degli interventi previsti entro il 31.12.2022 per l'adeguamento dei PS
		1.1.4	Completamento provvedimenti idonei a garantire rispetto del calendario previsto anche per esercizi successivi in merito a PL ter. Intensiva, semi-intensiva e PS

Gli interventi per la realizzazione dei posti letto di Terapia intensiva e semi – intensiva sono stati ultimati entro il 31/12/2022. Il certificato di ultimazione lavori e tutta la documentazione a supporto sono disponibili presso la SC Tecnico.

Gli interventi previsti per l'adeguamento del Pronto Soccorso, da completarsi entro il 31.12.2022, sono stati portati a termine entro i termini stabiliti. Il certificato di ultimazione lavori e tutta la documentazione a supporto sono disponibili presso la SC Tecnico.

Nel corso del 2023 e limitatamente ai letti di terapia intensiva, si completeranno gli acquisti di apparecchiature biomedicali.

L'obiettivo si intende raggiunto.

Obiettivo 1.2 - Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale PNRR - M6C1 - Case di Comunità; Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali

1.2	Potenziamento dell'Assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - PNRR - M6C1	1.2.1	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) ai progetti per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 2°trimestre 2022
		1.2.2	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Case della Comunità entro il 4°trimestre 2022
		1.2.3	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022
		1.2.4	Assegnazione codici CUP (Codice Unico di Progetto) per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 2°trimestre 2022
		1.2.5	Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 3° trimestre 2022
		1.2.6	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022
		1.2.7	Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale delle Centrali Operative Territoriali entro il 4°trimestre 2022
		1.2.8	Assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 2°trimestre 2022
		1.2.9	Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione degli Ospedali di Comunità entro il 4°trimestre 2022

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico pubblico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria. L'assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per i progetti legati alle CdC è stata ultimata entro i termini previsti, tutta la progettazione è stata assegnata e per la CdC di Cossato è eseguita internamente.

Le Centrali Operative Territoriali (COT) svolgono una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e di raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

L'assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione delle COT è stata ultimata entro i termini previsti, così come l'assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle medesime.

Per quanto riguarda invece i sub obiettivi relativi all'assegnazione codici CUP per l'interconnessione aziendale delle COT e l'assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle suddette interconnessioni, il responsabile dell'Unità di Coordinamento Regionale per la missione 6 del PNRR ha evidenziato che è necessario attendere ulteriori indicazioni prima di procedere.

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero.

L'assegnazione dei codici CUP (Codice Unico di Progetto) per la realizzazione degli OdC e l'approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione dei medesimi risultano ultimate entro i termini previsti.

La progettazione degli OdC è in via di ultimazione, il rispetto della scadenza è soggetto al rispetto dei tempi da parte di INVITALIA che ha bandito la gara per la verifica della progettazione, atto propedeutico all'approvazione. Al momento il sublotto di Biella non è ancora stato affidato.

Per tanto l'obiettivo si intende raggiunto.

Obiettivo 1.3 - PNRR - M6C2 – Fascicolo sanitario Elettronico

1.3	Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) - PNRR - M6C2	1.3.1	distribuzione degli strumenti di firma digitale per digitalizzare i documenti sanitari (LDO, VPS, RIS-PACS, AP, e tutti i restanti referti ambulatoriali)
		1.3.2	assicurare alimentazione dei documenti FSE firmata digitalmente
		1.3.3	interventi di adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2

Al momento i dati disponibili permettono di affermare che gli strumenti di firma digitale sono stati distribuiti entro i termini richiesti (95% entro fine agosto 2022).

Per l'obiettivo 1.3.2, integrato con nota della Regione Piemonte 36708/23.12.2022 e considerato che per l'Azienda è in corso la sostituzione del Sistema Informativo Ospedaliero, stanti i dati attuali, alla luce della relazione richiesta e inviata entro il 31.01.2023, si può considerare il pieno raggiungimento.

Si evidenzia inoltre che i professionisti delle cooperative non dispongono dello strumento di firma digitale, per tanto una quota di documentazione clinica non viene firmata digitalmente.

Gli interventi per l'adeguamento dei documenti clinico sanitari alle specifiche HL7 CDA R2 sono stati avviati entro il 31.12.2022 con dichiarazione da parte dei fornitori di conclusione delle attività entro il primo semestre 2023. Le dichiarazioni sono a disposizione presso la SS Sistemi Informativi.

Per le ragioni sopra esposte l'obiettivo si intende raggiunto.

Area 2 – Qualità

L'area si sviluppa in sei diversi obiettivi, a loro volta eventualmente suddivisi in sub-obiettivi.

Obiettivo 2.1 Area osteomuscolare

L'indicatore misura la percentuale di interventi di sostituzione protesica (totale o parziale) o di riduzione di frattura effettuati entro 48 ore dall'ingresso in Pronto Soccorso per frattura del

collo del femore in soggetti di età maggiore uguale a 65 anni.

La percentuale raggiunta dalla ASL al 31.12.2022 risulta essere il 53,7%, inferiore alla soglia richiesta dall'obiettivo (minimo 70%), ma si segnala il notevole miglioramento nella gestione e nella tempestività di intervento, in quanto l'anno 2021 presentava un risultato 19.7% nel secondo semestre (periodo soggetto a monitoraggio nell'anno precedente).

Per le ragioni sopra esposte l'obiettivo si intende parzialmente raggiunto.

Obiettivo 2.2 Tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA Stemi

L'indicatore misura la percentuale di angioplastiche percutanee (PTCA) entro 48 ore da un ricovero **urgente** per infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI).

Presso l'ospedale di Biella, al 31.12.2022 sono stati effettuati entro le 48 ore il 95% di PTCA in pazienti con STEMI, confermando la tempestività nell'intervento come rilevato negli ultimi anni. L'obiettivo si intende raggiunto.

Obiettivo 2.3 Appropriatelyzza nell'assistenza al parto

2.3	Appropriatezza nell'assistenza al parto	2.3.1	N° parti con cesareo primario/ N° parti con nessun pregresso cesareo
		2.3.2	Coerenza tra cartella SDO e scheda CEDAP con DRG di parto da 370 a 375

Il primo indicatore misura la percentuale di parti con taglio cesareo sul totale dei parti cesarei effettuati in donne senza precedenti parti cesarei. Per i centri nascita con numero di parti inferiore a 1000/anno è previsto un valore minore o uguale al 15%.

La SC Ostetricia e Ginecologia è considerabile un I livello avanzato in quanto presso la Struttura partoriscono donne gravide a partire dalle 32 settimane di età gestazione, l'Asl Biella presenta una popolazione ostetrica variegata e con diversi fattori di rischio, quali disordini ipertensivi, obesità materna, diabete pregravidico e gestazionale, gravidanze gemellari, anomalie di inserzioni placentari (placente previe, accrete), pregressi tagli cesarei, presentazione podalica. Considerando che alcune pazienti hanno fattori di rischio associati, si può concludere, mediante un'elaborazione dei dati a nostra disposizione, che circa il 20 % della popolazione ostetrica che assistiamo è a rischio ostetrico oppure richiede un taglio cesareo per situazioni non necessariamente patologiche (es presentazione podalica o pregresso taglio cesareo in donna che non desidera travaglio di prova).

Esiste pertanto una quota di parti che esitano più frequentemente in taglio cesareo per complicanze durante il travaglio e, anche grazie al taglio cesareo, su 741 parti annui si sono verificati solo 1 caso di ipossia neonatale transitoria.

Ciò premesso, la percentuale di parti cesarei al 31.12.2022 si attesta al 18,93%.

Il secondo indicatore risulta essere raggiunto, la coerenza tra i due flussi è stata verificata dalla SC Ostetricia e Ginecologia in sinergia con la Direzione Sanitaria di Presidio.

Per le ragioni sopra esposte l'obiettivo si intende parzialmente raggiunto.

Obiettivo 2.4 Donazioni d'organo

2.4	Donazioni d'organo	2.4.1	BDI = N° morti encefaliche segnalate nei reparti di rianimazione afferenti PO / N° decessi di soggetti ricoverati nei reparti di rianimazione afferenti PO con una patologia compatibile con l'evoluzione verso la morte encefalica
		2.4.2	N° di opposizioni alla donazione di organi nei reparti di rianimazione afferenti al PO / N° di segnalazioni di morte encefalica nei reparti di rianimazione afferenti al PO
		2.4.3	N° donatori di cornea

L'obiettivo fissato dal Coordinamento Regionale stabilisce la soglia di raggiungimento per gli indicatori specifici individuati nel BDI (Brain Death Index) e nella percentuale di donatori di cornee e nel tasso di opposizioni alla donazione.

Si riepiloga la situazione, come presentata anche al Centro Trapianti Piemonte:

- Morti encefaliche: segnalazioni di soggetti in morte encefalica (BDI%): 33 %, nei margini consenti (20%-40%);
- Opposizione alla donazione: nessun caso, per tanto sotto il limite del 33% richiesto.
- Donazione di cornee: 10 donatori (atteso 19 donatori, valore pari al 75% del numero richiesto per il 2019); si evidenzia che i soggetti deceduti per COVID non possono essere donatori di cornee.

Il mancato raggiungimento di quest'ultimo obiettivo può essere causato da criticità legate alla SC Anestesia e Rianimazione:

- carenza personale medico per trasferimenti o pensionamenti e presenza di anestesisti esterni in collaborazione con conseguente discontinuità;
- mancanza di personale parzialmente e/o totalmente dedicato al procurement
- carenza formativa per il personale medico e infermieristico della Terapia Intensiva.

Nel maggio 2022 è stata attivata la figura dello IEP (Infermiere Esperto in Procurement), con un iniziale tempo dedicato stabilito in base alle esigenze di reparto. Attualmente il tempo dedicato all'attività di procurement dallo IEP è del 50% dell'orario di servizio.

Al fine di un incremento del numero dei prelievi di cornee sono stati presi i seguenti provvedimenti:

- riconoscimento e sostegno alla motivazione del personale dedicato al prelievo di cornee;
 - definizione di alcuni giorni al mese dedicati al procurement per il coordinatore ospedaliero del prelievo d'organi e tessuti;
 - tre edizioni formative tra febbraio e marzo 2023 per diffondere le conoscenze inerenti la procedura del prelievo di cornee durante le quali parteciperanno i medici della S.C. Anestesia e Rianimazione (19 medici anestesisti);
 - tre edizioni formative per il personale infermieristico della Terapia Intensiva (24 infermieri).
- Tale formazione verrà estesa anche ai reparti di Oncologia, Hospice e Medicina d'Urgenza;
- incontri con i referenti medici e infermieristici Hospice, incontri con il Direttore S.C Oncologia e con il coordinatore infermieristico per porre le basi ad una collaborazione più intensa con l'obiettivo di individuare più donatori.

Considerate le carenze strutturali dell'organico e le azioni organizzative svolte, si ritiene parzialmente raggiunto l'obiettivo

Obiettivo 2.5 Miglioramento nella gestione e misurazione del boarding

2.5	Miglioramento gestione e misurazione boarding	2.5.1	Attivazione dei percorsi di fast track in tutti i PO sede di PS/DEA dell'ASL
		2.5.2	Miglioramento della compilazione dei campi del flusso C2 ai fini della corretta misurazione del boarding
		2.5.3	Piano di Gestione del Sovraffollamento - PGS (Allegato D alla DGR n.7-3088/2021).
		2.5.4	Monitoraggio per la riduzione del boarding, (fonte EPICLIN)
		2.5.5	Tempo medio di permanenza in PS

2.5.1 - I percorsi di *fast track* presso il Pronto Soccorso sono stati avviati, di seguito si riassume l'andamento per i trimestri di osservazione.

	II TRIMESTRE			III TRIMESTRE			IV TRIMESTRE		
	num. accessi			num. accessi			num. accessi		
FAST TRACK	2022-04	2022-05	2022-06	2022-07	2022-08	2022-09	2022-10	2022-11	2022-12
DERMATOLOGIA	9	12	21	24	28	18	21	20	31
OCULISTICA	106	134	115	130	123	124	129	110	92
ORL	20	31	42	39	47	24	23	27	23
ORTOPEDIA	215	236	296	288	247	286	269	258	256
OSTETRICIA/GINECOLOGIA	222	229	219	251	259	223	200	267	222
PEDIATRIA	458	470	466	458	307	293	492	620	727
Totale per mesi	1030	1112	1159	1190	1011	968	1134	1302	1351
Totale per trimestre	3301			3169			3787		

2.5.2 - I campi del flusso regionale C2, utili alla corretta misurazione del boarding di Pronto Soccorso, sono stati individuati in "data/ora indicazione al ricovero" e "data/ora dimissione da PS"; la differenza tra essi risulta essere pari a 0 ancora in numerose occasioni, mediamente nel corso del 2022 solo il 30% delle registrazioni risulta correttamente compilato. Per tanto tale sub obiettivo non risulta raggiunto.

2.5.3 - Il "Piano di Gestione del Sovraffollamento – PGS" è stato predisposto e inviato in Regione come richiesto in data 6.9.2022 (Prot. ASL 25631).

2.5.4 - Il monitoraggio per la riduzione del boarding, (fonte EPICLIN) è stato svolto regolarmente, il Direttore della Struttura ha fornito la documentazione a supporto, a disposizione presso la SS Controllo di Gestione.

2.5.5 - Il tempo medio di permanenza in PS si attesta sulle 5,35 ore al 31.12.2022, ovvero al di sotto dello standard indicato (6 ore) per i Presidi Ospedalieri con percentuale annuale di pazienti OBI sul totale accessi compresa tra 5% e 10% (per ASL Bi i casi in OBI risultano essere il 9% del totale dei passaggi in Pronto Soccorso).

Alla luce di quanto riportato l'obiettivo si intende parzialmente raggiunto.

Obiettivo 2.6 Monitoraggio attivo del Nuovo sistema di garanzia (NSG)

2.6	Monitoraggio attivo Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	2.6.1	Aggiornamento tempestivo delle strutture in anagrafe regionale; Completezza delle strutture che rendicontano le attività nel flusso STS24; Verifica della qualità dei dati dichiarati dalle strutture nel flusso STS24 (esempio verifica di coerenza dei dati dichiarati rispetto all'esercizio precedente)
		2.6.2	Definizione degli interventi di breve, medio e lungo periodo da avviare/avviati per monitorare e migliorare la performance aziendale relativa agli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia

Come richiesto dalle specifiche della D.G.R., entro il 31.12.2022 sono state inviate tramite e-mail le relazioni sulla qualità dei dati dichiarati dalle strutture nel flusso STS24; Sono stati inoltrati i contributi della Direzione di Presidio Ospedaliera, del Dipartimento di Prevenzione, della SC Distretto per la definizione di interventi atti a migliorare la performance aziendale relativa agli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia, nei termini e modalità specificati da Regione Piemonte. Per quanto sopra esposto l'obiettivo si intende raggiunto.

Area 3 - Farmaci e dispositivi medici

L'area si sviluppa in tre diversi obiettivi, a loro volta eventualmente suddivisi in sub-obiettivi.

Obiettivo 3.1 - Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica

3.1	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi della farmaceutica ASL; AO; AOU	3.1.1	costi aziendali rilevati dal Modello di Conto Economico (CE) nella voce BA0040 - B.1.A.1.1 - Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale, e nella voce BA2670 B.15.A – Variazione rimanenze sanitarie, limitatamente ai prodotti farmaceutici / costi aziendali rilevati attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta (DM 31 luglio 2007 e s.m.i.) e il flusso dei consumi ospedalieri (DM 4 febbraio 2009), tenendo conto delle eventuali note di credito
		3.1.2	costi aziendali rilevati mensilmente, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri / costi aziendali mensili rilevati ad annualità conclusa, attraverso il flusso informativo della distribuzione diretta e il flusso dei consumi ospedalieri
		3.1.3	Trasmissione da parte delle AA.SS.RR., dello strumento di rilevazione, completo di tutti i dati richiesti, entro i termini stabiliti, stante la rilevanza delle informazioni fornite attraverso l'indagine suddetta.

Per il sub obiettivo 3.1.1 l'allineamento tra il valore rilevato in Conto Economico dalla SS Contabilità e quanto inviato tramite flusso informativo risulta essere al di sotto del 5% per i singoli trimestri, leggermente superiore all'1% a livello complessivo (limite +/-5% sul trimestre e +/-2% sull'anno).

	genn - mar	genn-giu	genn - sett	genn-dic
dato rilevato da CE	8.429.425	16.682.943	24.693.731	31.756.122
dato rilevato da Flusso	8.266.069	16.335.752	24.254.884	32.142.425
Scostam. %	-1,9%	-2,1%	-1,8%	1,2%

Nel corso del 2022, con cadenza mensile, la Asl si è impegnata nel controllare la completezza e correttezza della compilazione dei flussi informativi relativi ai farmaci, ciò ha permesso di raggiungere il risultato annuale con diversi recuperi che non hanno quindi consentito il raggiungimento del sub obiettivo 3.1.2

Nel corso dell'anno si è provveduto a delineare il quadro dell'attuale situazione e delle possibili misure da adottare, in futuro, per l'organizzazione di servizi di macro e micro-logistica funzionali ad un'evoluzione in termini di efficienza ed economicità (es. Magazzino di Quadrante).
Alla luce di quanto riportato l'obiettivo si intende parzialmente raggiunto.

Obiettivo 3.2 - Assistenza farmaceutica appropriatezza prescrittiva

L'obiettivo riguarda la riduzione della spesa farmaceutica pro-capite pesata complessiva (spesa convenzionata+ distribuzione diretta+ dpc), avendo come obiettivo il valore dell'ASL best performer nell'anno 2021 (ASL VCO = 261,4€).

I flussi a consuntivo forniti da Regione Piemonte a oggi sono aggiornati al periodo gennaio – novembre 2022 per i farmaci in distribuzione diretta e gennaio-dicembre 2022 per le altre due categorie.

In base a tali valori, proiettati linearmente ove necessario, la spesa per assistito pesato 2022 risulterebbe pari a 308,91€.

Nonostante le richieste al Servizio Farmaceutico Regionale e al CSI Piemonte per avere un dato aggiornato (i report pubblicati in Paddi sono fermi al 30.04.22), a oggi non sono pervenute risposte, per tanto tutto quanto viene di seguito esposto potrebbe non corrispondere totalmente alla situazione finale.

Abbiamo utilizzato i dati al momento disponibili (non fonte PADDI) anche per l'anno 2021.

Occorre sottolineare che in base alle stime il risultato complessivo non è premiante, ma vanno evidenziati gli sforzi fatti dall'Azienda sui vari canali di distribuzione farmaci che vengono di seguito riassunti brevemente.

ASLBI presenta una popolazione che tende a curarsi sul proprio territorio, mediamente gli assistiti sono persone anziane, affette da patologie croniche, e con un tasso di pazienti affetto da malattie rare più alto della media regionale.

Tutte le ASL piemontesi hanno incrementato la spesa per la Distribuzione Diretta (DD), comprendente i farmaci reperibili per i pazienti solo attraverso il canale ospedaliero e sottoposti a monitoraggio con scheda AIFA per garantire la appropriatezza prescrittiva (fascia H) e farmaci talvolta reperibili anche attraverso le farmacie di comunità aperte al pubblico sul territorio (fascia A), che vengono erogati attraverso la DD su indicazione regionale perché soggetti a piano terapeutico (nello specifico farmaci per l'emofilia, per la sclerosi multipla, per la fibrosi cistica). In generale si tratta di farmaci nuovi, innovativi, che rispondono ad una necessità specifica e spesso colmano un vuoto terapeutico, sono farmaci che hanno un accesso preferenziale al mercato e all'inserimento nei PTA ospedalieri, inevitabilmente inducono un incremento di spesa.

Come si nota dalla tabella seguente, ASL BI risulta aver contenuto l'incremento di spesa rispetto ad altre aziende regionali, grazie all'impegno della SC Farmacia Ospedaliera che ha svolto un capillare lavoro di coinvolgimento degli specialisti dell'ASL sulle prescrizioni ambulatoriali, fornendo analisi di spesa, costi terapia da confrontare, algoritmi da applicare negli shift verso generici, biosimilari e terapie a minor impatto economico, per garantire la sostenibilità del sistema.

Distribuzione Diretta (Genn-Nov)					
AZIENDA		2021	2022	differenza val ass.	differenza
Totale complessivo		437.052.270	478.320.469	41.268.199	9,4%
908	MAUR. TO	8.575.173	10.704.291	2.129.118	24,8%
203	TO3	29.360.105	35.832.240	6.472.135	22,0%
208	NO	16.520.230	19.820.527	3.300.296	20,0%
204	TO4	34.990.227	41.827.376	6.837.149	19,5%
212	AT	18.303.654	21.228.782	2.925.128	16,0%
210	CN1	25.364.490	29.137.936	3.773.445	14,9%
205	TO5	17.540.766	20.046.611	2.505.845	14,3%
301	TO1+TO2	83.147.034	94.592.024	11.444.990	13,8%
213	AL	28.400.521	31.729.542	3.329.022	11,7%
207	BI	18.968.908	20.336.950	1.368.042	7,2%
206	VC	12.618.580	13.487.722	869.142	6,9%
211	CN2	13.636.624	14.501.480	864.857	6,3%
209	VCO	15.261.041	16.110.241	849.200	5,6%
906	S.CROCE	14.866.502	14.825.893	-40.609	-0,3%
907	S. BIAGIO	15.320.179	15.159.293	-160.885	-1,1%
909	CITTA'	41.040.033	38.965.773	-2.074.260	-5,1%
904	S. LUIGI	19.659.859	18.641.496	-1.018.363	-5,2%
905	MAG. NO	23.478.343	21.372.290	-2.106.052	-9,0%

Per quanto riguarda la spesa farmaceutica convenzionata va rilevato che su 12 Aziende monitorate, metà è riuscita a diminuire la spesa rispetto all'anno precedente e ASL Biella si colloca tra le Aziende virtuose, come riportato nella tabella sottostante.

Tale posizionamento è il frutto di incontri volti a formare, informare e supportare nel monitoraggio i professionisti in merito all'appropriatezza prescrittiva, organizzati dalla SS Farmaceutica Territoriale.

CONVENZIONATA Progressivo anno 2022(DICEMBRE)				
Azienda		2021	2022	variazione 2022-2021 %
		Lordo	Lordo	
Totale complessivo		619.064.130	623.893.662	0,78%
211	CN2	23.022.680	23.885.161	3,75%
209	VCO	23.146.867	23.739.171	2,56%
210	CN1	51.723.310	52.930.392	2,33%
203	TO3	84.986.015	86.599.765	1,90%
208	NO	48.219.675	49.028.581	1,68%
205	TO5	42.430.004	43.065.069	1,50%
301	CITTA' DI TORINO	124.603.493	124.591.155	-0,01%
212	AT	30.415.345	30.400.537	-0,05%
207	BI	24.640.520	24.588.634	-0,2%
204	TO4	73.061.232	72.874.382	-0,26%
213	AL	67.058.591	66.866.027	-0,29%
206	VC	25.756.397	25.324.791	-1,68%

Per quanto riguarda la Distribuzione Per Conto (DPC) risulta quasi inevitabile un costante aumento perché vi rientrano farmaci di recente commercializzazione che di norma vengono inseriti in PHT e pertanto nel prontuario della DPC. L'Azienda Biellese risulta comunque essere tra le Aziende che nel corso del 2022 hanno contenuto l'incremento di spesa, come riportato dalla seguente tabella.

DISTRIBUZIONE PER CONTO PROGRESSIVO DICEMBRE					
Azienda		anno 2021	Anno 2022	variaz. assoluti	variazioni %
		spesa	spesa	spesa	spesa
Totale complessivo		155.295.494	177.361.541	22.066.047	14,21%
210	CN1	13.052.956	15.382.914	2.329.958	17,85%
211	CN2	5.795.134	6.781.969	986.835	17,03%
208	NO	12.075.523	14.092.557	2.017.034	16,70%
204	TO4	18.871.226	21.969.755	3.098.529	16,42%
205	TO5	11.257.671	12.882.595	1.624.924	14,43%
206	VC	5.733.561	6.526.053	792.493	13,82%
301	CITTA' DI TORINO	32.033.230	36.355.802	4.322.573	13,49%
212	AT	7.220.039	8.190.254	970.215	13,44%
207	BI	5.893.250	6.676.986	783.736	13,30%
203	TO3	22.959.701	25.851.331	2.891.630	12,59%
209	VCO	3.978.587	4.464.899	486.312	12,22%
213	AL	16.424.617	18.186.426	1.761.809	10,73%

In sintesi, nella tabella sotto evidenziata, si evince che l'incremento di spesa relativo alla Farmaceutica Convenzionata e DPC dell'ASL di Biella è al di sotto della media regionale. L'ASL di Biella per spesa procapite pesata (Convenzionata +DPC) si attesta tra le migliori della Regione Piemonte.

AZIENDA		TOTALE CONV+DPC			Assistiti pesati	Spesa 2021(Conv+DPC) procapite pesata	Spesa 2022(Conv+DPC) procapite pesata	Diff. Procapite pesata 2022-2021	
		2021	2022	Diff 2022-2021				Valore	%
206	VC	31.489.958	31.850.844	360.886	169.386	185,91	188,04	2,13	1,15%
213	AL	83.483.209	85.052.453	1.569.244	438.030	190,59	194,17	3,58	1,88%
207	BI	30.533.769	31.265.620	731.851	173.031	176,46	180,69	4,23	2,40%
212	AT	37.635.384	38.590.791	955.407	200.036	188,14	192,92	4,78	2,54%
301	TO1+TO2	156.636.723	160.946.958	4.310.235	850.996	184,06	189,13	5,06	2,75%
204	TO4	91.932.458	94.844.137	2.911.679	503.919	182,43	188,21	5,78	3,17%
209	VCO	27.125.454	28.204.069	1.078.615	170.954	158,67	164,98	6,31	3,98%
203	TO3	107.945.716	112.451.096	4.505.379	575.415	187,60	195,43	7,83	4,17%
205	TO5	53.687.675	55.947.664	2.259.989	298.252	180,01	187,59	7,58	4,21%
208	NO	60.295.198	63.121.138	2.825.940	331.640	181,81	190,33	8,52	4,69%
210	CN1	64.776.266	68.313.306	3.537.040	399.460	162,16	171,01	8,85	5,46%
211	CN2	28.817.814	30.667.129	1.849.315	163.824	175,91	187,20	11,29	6,42%
Totale Regione		774.359.625	801.255.204	26.895.579	4.274.943	181,14	187,43	6,29	3,47%

Alla luce di quanto esposto, si ritiene che i risultati raggiunti siano il frutto del lavoro svolto dalla fine del 2021 e per tutto il 2022, tale sforzo ha permesso all'Azienda di contenere l'incremento percentuale della spesa procapite al di sotto della media regionale, e ciò rappresenta la miglior performance che poteva essere ottenuta pur non raggiungendo pienamente il risultato.

		Totali (conv+dpc+dd)	Totali (conv+dpc+dd)	Diff. Totale 2022-2021	Assistiti pesati	Spesa 2021 procapite	Spesa 2022 procapite	Diff.% Spesa Procapite 2022-2021
AZIENDA		2021	2022					
206	VC	45.255.681	46.564.722	1.309.040	169.386	267,17	274,90	2,9%
207	BI	51.227.124	53.451.384	2.224.260	173.031	296,06	308,91	4,3%
213	AL	114.465.595	119.666.499	5.200.904	438.030	261,32	273,19	4,5%
209	VCO	43.773.863	45.778.878	2.005.015	170.954	256,06	267,78	4,6%
211	CN2	43.694.131	46.486.926	2.792.795	163.824	266,71	283,76	6,4%
301	TO1+TO2	247.342.578	264.138.257	16.795.678	850.996	290,65	310,39	6,8%
205	TO5	72.823.056	77.816.694	4.993.638	298.252	244,17	260,91	6,9%
212	AT	57.603.007	61.749.462	4.146.455	200.036	287,96	308,69	7,2%
204	TO4	130.103.615	140.474.002	10.370.387	503.919	258,18	278,76	8,0%
208	NO	78.317.268	84.743.531	6.426.263	331.640	236,15	255,53	8,2%
203	TO3	139.974.922	151.540.812	11.565.890	575.415	243,26	263,36	8,3%
210	CN1	92.446.619	100.100.145	7.653.526	399.460	231,43	250,59	8,3%
Totale complessivo		1.117.027.459	1.192.511.311	75.483.853	4.101.912	272,32	290,72	6,8%

Obiettivo 3.3 - Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei disp. medici

3.3	Affidabilità dati rilevati da flussi informativi dei dispositivi medici ASL; AO; AOU	3.3.1	Sommatoria dei costi dei Dispositivi medici rilevati nel flusso DMRP-Consumi 2022, esclusi quelli rilevati per le CND W e Z – a eccezione delle CND Z13, Z12040115 e Z12040216 / Somma dei costi rilevati da Modello di Conto Economico 2022 alle voci B.1.A.3.1 e B.1.A.3.2
		3.3.2	Rapporto tra il numero di record validi con “Forma di negoziazione” compilata e il numero complessivo di record validi inviati al flusso DMRP-Contratti
		3.3.3	Sommatoria delle quantità di dispositivi medici contrattualizzate nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908 / Sommatoria delle quantità di dispositivi medici distribuite nel quinquennio 2018-2022, rispettivamente differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908

Con cadenza mensile la Asl si è impegnata nel controllare la completezza e correttezza della compilazione dei flussi informativi relativi ai dispositivi medici.

Alla data del 31.12.2022 l’allineamento tra il valore rilevato dalla contabilità e quanto inviato tramite flusso informativo risulta essere pari al 8,06%, entro il tetto massimo concesso dalla Regione.

Come richiesto, almeno il 95% dei record inviati al flusso DMRP-Contratti nel 2022 presenta la compilazione del campo “Forma di negoziazione”, allo stato attuale per la nostra Azienda la compilazione è pari al 100% grazie al lavoro iniziato negli scorsi anni.

La quantità di dispositivi medici contrattualizzate rispetto alla quantità di dispositivi medici distribuite (differenziando nelle tre CND J0101, P0704, P0908) non risulta essere in linea con quanto richiesto dalla DGR.

L’obiettivo si intende parzialmente raggiunto.

Area 4 - Transizione post-emergenza

Obiettivo 4.1 - Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di ricovero

4.1	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di Ricovero	4.1.1	La produzione relativa all'attività di ricovero deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati precedentemente all'emergenza pandemica, pertanto, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale
		4.1.2	Recupero prestazioni di ricovero secondo classi di complessità e priorità come programmato nel piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL prospettiva produzione per AO /AOU)
		4.1.3	Utilizzo secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato delle risorse residue ex DL 104/ DGR 2 1980 entro il 31/12/2022

L'Azienda nel corso del 2022 è stata monitorata periodicamente dalla cabina di regia dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte attraverso riunioni di verifica dell'attuazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa.

Per il punto 4.1.1 il volume di interventi chirurgici compresi nel "set PNGLA" utili al raggiungimento dell'obiettivo è stato modulato escludendo il primo trimestre 2022. Alla luce degli sforzi fatti dalla ASL, si riporta schematicamente il risultato raggiunto.

	EROGATO APR-DIC 2019	EROGATO APR-DIC2022	% RAGGIUNGIMENTO
Totale Interventi Chirurgici PNGLA	1.191	1.196	100,4%

Per il punto 4.1.2 il volume di interventi chirurgici stabilito nel programma aziendale richiesto dalla DGR 4-4878/2022 utile al raggiungimento dell'obiettivo risulta pari al 177%.

	Programmato	EROGATO APR-DIC2022	% RAGGIUNGIMENTO
Totale Interventi Chirurgici Piano Aziendale (DEL. 198 2/5/22)	674	1.196	177%

L'Azienda ha stabilito l'utilizzo delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 con le seguenti deliberazioni del Direttore Generale:

Del. 324 del 13.07.2022, Del. 469 del 07.11.2022 e Del. 550 del 16.12.2022 (accordi aziendali area sanità);

Del. 4 del 05.01.2022 (incarico per attività a supporto SC Cardiologia Utic per il recupero delle liste di attesa); Del 346 del 25.07.2022 (incarico per riduzione attesa cataratte, a partire dal 2023); Del 399 del 08.09.2022 (incarico per collaborazione per terapia antalgica – attività ambulatoriale); Del 438 del 18.10.2022 (incarico per fabbisogni straordinari legati a emergenza Covid-19 presso SC Chirurgia Generale);

Del 234 del 25.05.2022 e Del 266 del 10.06.2022 (accordi con la Casa di Cura La Vialarda).

Per tanto l'obiettivo si intende raggiunto.

Obiettivo 4.2 - Attuazione Piano di recupero prest. di screening oncologici

Piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici	4.2.1	Raggiungimento degli obiettivi di inviti e prestazioni per ciascuno dei tre screening oncologici (tumori della mammella, della cervice uterina e del colon retto)
	4.2.2	Aggiornamento del Piano di attività annuale, per l'anno 2022, da approvarsi con deliberazione del Direttore Generale di ogni Azienda afferente al Programma di Screening, ai sensi della D.G.R. n. 27-3570 del 04.07.2016

Per la valutazione del primo sub-obiettivo vengono considerati i dati di quadrante, ovvero dati del programma 5, da tabella seguente si evince che globalmente la valutazione è positiva per 2 programmi su 6.

	ATTESO	MINIMO	VALORE LOCALE ASL BI 2022	VALORE PROGRAMMA 5
SCREENING MAMMOGRAFICO ETA' 50-69 AA - COPERTURA INVITI	100%	97%	85,50%	93,50%
SCREENING MAMMOGRAFICO ETA' 50-69 AA COPERTURA ESAMI	55%	50%	59,80%	51,90%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETA' 25-64 AA COPERTURA INVITI	100%	97%	>100%	>100%
SCREENING CERVICO-VAGINALE ETA' 25-64 AA COPERTURA ESAMI	50%	45%	55,60%	36,10%
SCREENING COLO-RETTALE ETA' 58 AA - COPERTURA INVITI	100%	97%	80,50%	55,20%
SCREENING COLO-RETTALE ETA' 58-69 AA - COPERTURA ESAMI FIT o FS*	40%	35%	22,10%	25,50%

Il Piano di attività annuale, per l'anno 2022 afferente il Programma di Screening è stato aggiornato, con delibera DG n. 575 del 21/12/2022.

L'obiettivo in base a quanto riportato si intende parzialmente raggiunto.

Obiettivo 4.3 - Attuazione Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

4.3	Piano di recupero delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	4.3.1	La produzione relativa all'attività di specialistica ambulatoriale deve tornare complessivamente ai volumi e al mix indicativo che venivano ordinariamente erogati antecedentemente all'emergenza pandemica, prendendo quale anno di riferimento il 2019 al netto delle mensilità relative al periodo emergenziale
		4.3.2	Recupero prestazioni di specialistica ambulatoriale come previsto dal piano aziendale di utilizzo risorse previste dall'art. 1, comma 278, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (prospettiva committenza per ASL prospettiva riduzione per AO /AOU)
		4.3.3	Utilizzo secondo criteri di appropriatezza e in coerenza con il fabbisogno stimato, delle risorse residue ex DL 104/DGR 2 1980 e nro il 31/12/2022

L'Azienda nel corso del 2022 è stata monitorata periodicamente dalla cabina di regia dell'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte attraverso riunioni di verifica dell'attuazione del Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa.

Per il sub obiettivo 4.3.1 il volume di prestazioni comprese nel "set PNGLA" utili al raggiungimento dell'obiettivo è stato modulato escludendo il primo trimestre 2022. Alla luce degli sforzi fatti dalla ASL, si riporta schematicamente il risultato raggiunto.

	EROGATO APR-DIC 2019	EROGATO APR-DIC 2022	% RAGGIUNGIMENTO
Totale Prestazioni Amb. PNGLA	102.541	78.930	77%

Per il punto 4.3.2 il volume di prestazioni ambulatoriali stabilito nella programmazione aziendale richiesta a seguito dalla DGR 4-4878/2022 utile al raggiungimento dell'obiettivo risulta pari a 95%.

	Programmato	EROGATO APR- DIC2022	% RAGGIUNGIMENTO
Totale Prestazioni Amb. Piano Aziendale (DEL. 198 2/5/22)	82.867	78.930	95%

La rimodulazione organizzativa effettuata in funzione della gestione pandemica ha richiesto la riallocazione di molte risorse in funzione delle attività covid-correlate (vaccinazioni, reparti covid, tamponi, ecc.) e ha determinato il blocco delle attività elettive sia chirurgiche che ambulatoriali, con conseguente forte contrazione della produzione.

Dal mese di marzo il progressivo e graduale superamento della situazione emergenziale ha consentito il ritorno agli assetti organizzativi normali e ha reso possibile la messa in atto di azioni mirate al recupero delle prestazioni arretrate con conseguente riverbero positivo sui livelli di produzione che complessivamente si è attestata su valori molto prossimi a quelli del 2019.

In funzione del raggiungimento dell'obiettivo assegnato, l'ASL BI ha adottato un piano di incremento dell'offerta di prestazioni declinato sulle azioni di seguito riportate:

- incremento dell'offerta mediante prestazioni aggiuntive (PRAL) garantite da personale dipendente il cui costo è coperto dalle risorse DGR 4-4878 e da altri fondi aggiuntivi (es. Fondo Balduzzi);
- rimodulazione delle agende di prenotazione della specialistica ambulatoriale in funzione alla domanda di prestazioni a maggiore criticità;
- ampliamento del numero di ore degli specialisti ambulatoriali interni (SAI);
- adeguamento del rapporto tra agende pubbliche ed agende riservate;
- convenzioni con altre ASL per effettuazione da parte di dirigenti medici di attività svolta in regime libero-professionale;
- reclutamento di medici specialisti, anche libero professionisti, a tempo determinato;
- contrattualizzazione di attività di radiologia con cooperative di professionisti;
- contrattualizzazione con privato accreditato (Clinica La Vialarda-Policlinico di Monza e Centro di fisioterapia Stagno) con incremento di prestazioni erogate e rimodulazione dell'offerta per situazioni di particolare criticità non altrimenti superabili.

Dall'analisi dei dati di confronto delle prestazioni di specialistica ambulatoriale PNGLA erogate da aprile a dicembre 2022 con l'analogo periodo del 2019 si evidenzia una diminuzione complessiva pari a circa il 23%, ma se proporzionato con la media dei dirigenti medici in forza rispetto allo stesso periodo 2019, risulta in linea con la media delle altre Aziende del SSR ed in netto miglioramento rispetto all'anno precedente.

Complessivamente, il volume totale delle prestazioni ambulatoriali erogate da ASL BI nel periodo 2022 risulta maggiore rispetto all'anno precedente e inferiore di solo il 13% rispetto al 2019.

Analizzando le singole prestazioni PNGLA emerge che per la maggior parte di esse si è raggiunto il livello produttivo del 2019 mentre permangono ancora deficit produttivi in alcune aree specialistiche gravate da specifiche criticità.

Da sottolineare come il calo di attività ha interessato maggiormente le prestazioni erogate dal privato accreditato insistente sul territorio rispetto a quelle erogate direttamente da ASLBI. Infatti, si registra complessivamente uno scostamento negativo di 6.237 prestazioni di specialistica ambulatoriale pari al 42% del target contrattualizzato, che avrebbe invece

consentito di limitare lo scostamento complessivo al 17%.

Il calo maggiore si registra per le prestazioni di radiologia diagnostica con particolare rilevanza per le prestazioni ecografiche; nell'ambito delle branche specialistiche dell'area medica le situazioni di maggiore criticità risultano essere la prima visita fisiatrica, endocrinologica e pneumologica; nell'ambito delle branche specialistiche di area chirurgica il calo maggiore si registra per la prima visita ortopedica (30% in meno rispetto al 2019).

La principale causa del mancato totale raggiungimento dei livelli produttivi del 2019 è sostanzialmente dovuta alla difficoltà di reperimento sul mercato di specialisti che, in alcune branche, ha determinato grave carenza di organico, che continua a persistere nonostante l'Azienda abbia attivato tempestivamente e ripetutamente tutte le procedure di reclutamento (concorsi, avvisi, incarichi libero professionale, convenzioni, ecc.).

Le strutture maggiormente coinvolte da tale deficit rispetto alla dotazione organica prevista sono:

Branca specialistica	N. medici in servizio	N. medici carenti	%
Radiologia	9	5	44,0%
Pneumologia	2	5	71,0%
Ortopedia	7	3	30,0%
Oculistica	4	3	43,0%
Neurologia	9	2	18,0%
Diabetologia	4	1	20,0%

Malgrado le cause riportate, va evidenziato che, complessivamente, i tempi di attesa per la quasi totalità delle prestazioni monitorate rientrano negli standard regionali, spesso con un'offerta in termini di disponibilità di agenda che supera la domanda. Si attesta, inoltre, un trend in miglioramento dei tempi di attesa nell'ultimo trimestre 2022 e ciò, in alcune situazioni, ha favorito la mobilità attiva.

Va rilevato, inoltre, che la Regione Piemonte, nell'ambito del piano regionale delle liste di attesa delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, ha integrato gli indicatori target con nota prot. 27315 del 23 settembre 2022, introducendo due prestazioni traccianti "visita cardiologica e mammografia clinica", rispetto alle quali l'ASLBI è risultata pienamente aderente agli standard attesi.

In definitiva, il livello produttivo 2022 dell'ASLBI, seppur non raggiungendo i volumi dell'anno 2019 si è attestato in linea con la media regionale, tenuto conto di tutte le azioni che l'ASLBI ha messo in campo per il recupero delle prestazioni arretrate, si ritiene che l'obiettivo in oggetto debba essere valutato raggiunto almeno parzialmente.

L'Azienda ha stabilito l'utilizzo delle risorse residue ex DL 104/DGR 2-1980 con le seguenti deliberazioni del Direttore Generale:

Del. 324 del 13.07.2022, Del. 469 del 07.11.2022 e Del. 550 del 16.12.2022 (accordi aziendali area sanità);

Del. 4 del 05.01.2022 (incarico per attività a supporto SC Cardiologia Utic per il recupero delle liste di attesa), Del 143 del 25.03.2022 (proroga incarico per fabbisogni straordinari legati a emergenza Covid-19 presso SSD Diabetologia ed Endocrinologia), Del 338 del 20.07.2022 (incarico per collaborazione SC Neurologia); Del 346 del 25.07.2022 (incarico per riduzione attesa cataratte, a partire dal 2023); Del 399 del 08.09.2022 (incarico per collaborazione per terapia antalgica – attività ambulatoriale); Del 438 del 18.10.2022 (incarico per fabbisogni straordinari legati a emergenza Covid-19 presso SC Chirurgia Generale);

Del 234 del 25.05.2022 e Del 258 del 07.06.2022 (accordi con le Case di Cura e Centri Specialistici Accreditati sul territorio biellese).

Del 83 del 235.02.2023 (Piano recupero liste d'attesa specialistica ambulatoriale ASL BI, relativamente agli Specialisti ambulatoriali).

Alla luce di quanto sopra riportato l'obiettivo si intende parzialmente raggiunto.

Obiettivo - 4.4 Piano di recupero vaccinazioni programmate

4.4	Piano di recupero vaccinazioni programmate	4.4.1	Copertura degli ospiti delle RSA per pneumococco e zoster nell'ultimo trimestre 2022
		4.4.2	Copertura degli ospiti delle RSA per vaccinazione antinfluenzale entro il 31 dicembre 2022

Da aprile 2022 si è provveduto, a mezzo mail, ad informare i Direttori Sanitari delle RSA del territorio e i Medici di Medicina Generale sulla necessità di avviare una campagna vaccinale per Herpes Zoster e Pneumococco, informandoli sulla disponibilità dell'Azienda all'approvvigionamento dei vaccini e alla messa a disposizione del nostro personale (medico ed infermieristico) per l'effettuazione delle vaccinazioni.

Il calcolo relativo al numero di ospiti RSA con copertura vaccinale per pneumococco e zoster risulta essere pari al 36% degli ospiti che hanno dato il consenso (soglia minima richiesta da Regione =50%). Va segnalato però che è stata data preferenza da parte degli utenti alla vaccinazione antinfluenzale, attività per cui va rilevato un buon supporto da parte dei MMG, aiuto che invece è stato ridotto per pneumococco e zoster, vaccini che per altro la popolazione molte volte ha ancora difficoltà ad accettare.

Il calcolo relativo al numero di ospiti RSA con copertura vaccinale antinfluenzale risulta essere pari all'84% degli ospiti che hanno dato il consenso (soglia minima richiesta da Regione =75%) L'obiettivo si intende parzialmente raggiunto.

Obiettivo 4.5 - Prelievo ed effettuazione tamponi e vaccini anti Covid-19

4.5	Tamponi e vaccini Anti Covid-19	4.5.1	presenza sul territorio delle ASL, anche mediante collaborazione con ASO-ASOU, di strutture in grado di assicurare la disponibilità per l'effettuazione di tamponi antigenici/molecolari ai fini di sorveglianza di sanità pubblica, per la popolazione piemontese
		4.5.2	disponibilità di risorse umane e informatiche per assicurare la gestione dei periodi contumaciali e ove necessario, la ricerca attiva dei contatti stretti; l'azienda deve disporre di un piano per fronteggiare un eventuale richiesta di aumento in tempi brevi
		4.5.3	organizzazione di centri vaccinali e coordinamento delle attività degli MMG/PLS per la somministrazione di vaccini COVID 19 sulla base dei programmi nazionali

Nel corso del 2022, l'Azienda ha proseguito l'attività vaccinale presso gli Hub territoriali e l'ospedale, rispondendo prontamente alla richiesta della popolazione.

L'attività di effettuazione tamponi rimane aperta 7 gg su 7 compresi festivi e prefestivi, viene garantita la presa in carico dei nuovi casi positivi con avvio dell'isolamento direttamente da piattaforma regionale e chiusura dei percorsi entro 48 ore dalla segnalazione.

I centri vaccinali presenti nel territorio sono stati aperti e gestiti secondo le indicazioni ministeriali.

Complessivamente i tre sub obiettivi sono stati raggiunti.

L'obiettivo si intende quindi raggiunto.

Obiettivo 4.6 - PanFlu

L'obiettivo generale del Piano Pandemico Influenzale è rafforzare la preparazione nella risposta ad una futura pandemia influenzale a livello nazionale e locale, come si evince dalla relazione con scadenza 29.10.2022. In particolare il Piano ha lo scopo di:

1. proteggere la popolazione, riducendo il più possibile il potenziale numero di casi e quindi di vittime di influenza.

In tal senso la SC Sisp ha attuato una campagna di informazione ed invito alla vaccinazione antinfluenzale, con idoneo stoccaggio delle quantità di vaccino, organizzazione della somministrazione di vaccino per le categorie a rischio (Forze dell'Ordine, CRI, Personale Sanitario, Cittadini affetti da patologie,..) nel minor tempo possibile, monitoraggio delle coperture vaccinali e delle eventuali reazioni avverse. È stato pertanto identificato il numero di operatori necessari per l'effettuazione della campagna antinfluenzale.

2. ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.

In tal senso la SC Sisp ha provveduto ad una riduzione delle sedi periferiche di vaccinazioni con centralizzazione degli Ambulatori in Biella città per una migliore organizzazione del Servizio riducendo dispersione di tempi nello spostamento per ottimizzare il tempo del Personale Sanitario che può così anche continuare a svolgere gli altri compiti essenziali ai Servizi del Dipartimento stesso.

Alla luce di quanto esposto l'obiettivo si intende quindi raggiunto.

Area 5 - Prevenzione

Obiettivo 5.1 - Piano Nazionale della Prevenzione (PNP)

5.1	Piano della Prevenzione	5.1.1	Percentuale di indicatori di programma e di processo, aventi un valore atteso locale per il 2022, che raggiungono lo standard atteso
		5.1.2	Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari
		5.1.3	Numero delle interviste effettuate

Il PLP nel suo complesso raggiunge il 60% degli indicatori di processo e di programma, come esplicitato nella DGR 23 – 5653. Per il dettaglio dei singoli Piani, si riporta di seguito il prospetto sintetico.

Piano locale della prevenzione 2022				
	Indicatori di programma	Indicatori di processo	Valore atteso Regionale	Valore locale 2022
PP1- Scuole che promuovono salute	4	6	60%	>60%
PP2- Comunità attive	4	5	60%	>60%
PP3- Luoghi di lavoro che promuovono salute	5	2	60%	>60%
PP4- Dipendenze	4	5	60%	>60%
PP5- Sicurezza negli ambienti di vita	7	5	60%	>60%
PP6- Piano mirato di prevenzione	4	3	60%	>60%
PP7- Prevenzione in edilizia e agricoltura	4	1	60%	>60%
PP8- Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro	3	0	60%	>60%
PP9- Ambiente, clima e salute	3	5	60%	>60%
PP10- Misure per il contrasto dell'antimicrobico- resistenza	9	9	60%	>60%
PL11- Promozione della salute nei primi mille giorni	5	1	60%	>60%
PL12- Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità	4	0	60%	>60%
PL13- Alimenti e salute	2	5	60%	>60%
PL14- Prevenzione delle malattie infettive	7	3	60%	>60%
PL15- Screening oncologici	18	3	60%	>60%
PL16- Governance	3	1	60%	>60%

Il documento di proposte organizzative è stato trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare entro il 31.12.2022 come richiesto.

Nonostante le difficoltà legate alla carenza di personale e la formazione delle intervistatrici nei mesi di maggio-giugno, al 31.12.22 sono state effettuate tutte le 220 interviste legate al progetto PASSI.

Alla luce di quanto esposto l'obiettivo si intende quindi raggiunto.

Obiettivo - 5.2 Piano regionale integrato per i controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)

5.2	Piano regionale integrato per il controlli sulla sicurezza alimentare (PRISA)	5.2.1	Settori di intervento che per il 2022, che raggiungono lo standard atteso
		5.2.2	Documento di proposte organizzative complete della definizione del fabbisogno di personale e dei profili professionali necessari

I controlli hanno rappresentato una delle attività critiche, principalmente per l'aumento richiesto rispetto agli anni precedenti e l'organico al momento disponibile. A tale proposito è stato inviato e predisposto un documento inerente il fabbisogno di personale.

Nonostante le difficoltà, per i 6 settori di intervento indicati nel PRISA Regionale sono stati raggiunti le percentuali indicate (almeno 80% dei controlli nel 50% dei settori).

Il documento di proposte organizzative è stato trasmesso alla Direzione Sanità e Welfare entro il 31.12.2022 come richiesto.

L'obiettivo si intende quindi raggiunto.

8. Assegnazione obiettivi al personale e monitoraggio

Gli obiettivi strategici sono stati declinati in uno o più obiettivi operativi, negoziati e assegnati alle singole Strutture attraverso il processo di budgeting, con la contestuale sottoscrizione della scheda per Obiettivi (SpO), che riportava dimensione, titolo obiettivo, valore atteso, indicatore, peso, tipo e fonte di rilevazione.

Ogni Direttore e Responsabile ha a sua volta declinato gli obiettivi assegnandoli ai propri collaboratori sia della Dirigenza che del Comparto.

La SS Controllo di Gestione, con un'apposita reportistica ha permesso un monitoraggio, sull'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati, sia alla Direzione Strategica che ai Direttori e Responsabili di Struttura.

Valutazione individuale del personale

Come previsto dal SiMiVa.P. aziendale, la SS Amministrazione del Personale ha distribuito a febbraio 2023 a tutti i Direttori e Responsabili di Struttura le schede relative all'anno 2022 per la valutazione individuale annuale del personale assegnato, chiedendo di restituirle debitamente compilate e sottoscritte dal valutatore e dal valutato entro il 16 marzo 2023.

La SC Personale ha fornito alla Struttura tecnica permanente di supporto all'OIV la reportistica di sintesi sui risultati raggiunti ai fini dell'attribuzione dei premi di risultato.

Attività valutativa O.I.V.

Con le deliberazioni del Direttore Generale n° 68 del 23/02/2018 e n° 32 del 31/01/2019 si è provveduto, in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente, alla costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'A.s.l. BI per lo svolgimento delle funzioni previste dall'art. 14 del D.Lgs n° 150 del 27.10.2009 così come modificato dal d.lgs. 74 del 25.05.2017, previo espletamento del relativo iter, anche tenuto conto del parere positivo espresso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica, connota pervenuta in data 22 dicembre 2014.

Per quanto attiene gli obiettivi assegnati dal Direttore Generale ai Direttori della Strutture aziendali per l'anno 2022 occorre evidenziare che i componenti O.I.V. hanno esaminato:

- la D.G.R. n. 23-5653 del 19 settembre 2022, ad oggetto: "Assegnazione degli obiettivi di attività ai Direttori Generali/Commissari delle aziende sanitarie regionali per l'anno 2022";
- la D.G.R. n. 2-4147 del 24 novembre 2021, ad oggetto: "Modifica delle risorse del FSR 2021 assegnate con D.G.R. n. 34-2471 del 4 dicembre 2020: Riparto del Fondo Sanitario definitivo relativo alle risorse indistinte, finalizzate, premialità e vincolate del SSR 2021. Primo riparto delle quote previste del FSR 2022. Riparto delle quote payback per l'annualità 2021 e 2022, e ripartizione delle risorse della Gestione Sanitaria";

Gli obiettivi sono stati concordati con le seguenti Strutture aziendali:

ANATOMIA PATOLOGICA
ANESTESIA RIANIMAZIONE
CARDIOLOGIA E UTIC
CHIRURGIA GENERALE
CHIRURGIA VASCOLARE
DERMATOLOGIA
DIABETOLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE
DISTRETTO BIELLA - COSSATO
EMATOLOGIA
EMERGENZE PSICHIATRICHE E SPDC
GASTROENTEROLOGIA E ENDOSCOPIA DIGESTIVA
FARMACIA OSPEDALIERA
LABORATORIO ANALISI
LUNGODEGENZA E GERIATRIA
MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA
MEDICINA INTERNA
MEDICINA LEGALE
MEDICINA NUCLEARE

MEDICINA RIABILITATIVA
NEFROLOGIA E DIALISI
NEUROLOGIA
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE
OCULISTICA
ONCOLOGIA
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
OSTETRICIA GINECOLOGIA
OTORINOLARINGOIATRIA
PEDIATRIA
PNEUMOLOGIA E ALLERGOLOGIA
PSICHIATRIA
RADIOLOGIA
RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
SER-D
SANITA' PUBBLICA VETERINARIA E SANITA' ANIMALE
SIAN E DIETOLOGIA
SISP
SPRESAL
TRASFUSIONALE
UROLOGIA
VETERINARIA AREA B
VETERINARIA AREA C
SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE
AREA DIPARTIMENTALE
AFFARI ISTITUZIONALI E LEGALI
AMMINISTRAZIONE E CONTROLLO
FORMAZIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE
FUNZIONI AMMINISTRATIVE DECENTRATE
MEDICINA DEL LAVORO
PERSONALE
PREVENZIONE E PROTEZIONE
TECNICO
URP

La documentazione attinente alla verifica sul raggiungimento degli obiettivi della Dirigenza (schede budget con valori raggiunti definitivi e relazioni) è stata inviata a mezzo mail ai Componenti O.I.V.. Nel riscontrare alcune criticità, sono state richieste delle informazioni integrative che la Struttura Tecnica Permanente ha tempestivamente messo a disposizione a mezzo mail. Le integrazioni fornite hanno così potuto essere esaminate prima della riunione tenutasi in videoconferenza effettuata in data 12/01/2023 ed i cui verbali sono depositati presso la S.S. Affari Generali, Legali e Istituzionali.

L'O.I.V., nelle riunioni in presenza del 27/03/2023 e del 17/04/2023, ha provveduto ad effettuare la verifica annuale del raggiungimento degli obiettivi anno 2022. L'iter valutativo si è concluso il 27/04/2023, come risulta da appositi verbali conservati agli atti della Segreteria O.I.V..

Di seguito il prospetto riepilogativo nel quale sono riportate le percentuali di raggiungimento da parte delle diverse strutture aziendali (Figura 6).

Figura 6 - Tabella riepilogo percentuali di raggiungimento obiettivi 2022

Percentuale	N° Strutture
100%	21
80%-100%	30
50%-80%	2
>50%	0
Totale	54

La S.C. Personale ha provveduto a determinare la consistenza dei fondi aziendali rispettivamente:

- con deliberazione n.352 del 04.08.2022 - Costituzione definitiva dei Fondi Contrattuali della Dirigenza dell'Area Sanità per l'anno 2021 e provvisoria per l'anno 2022.
- con deliberazione n. 359 del 04.08.2022 - Costituzione definitiva dei Fondi Contrattuali dell'Area Funzioni Locali – Dirigenti Amministrativi, Tecnici e Professionali del S.S.N. per l'anno 2021 e provvisoria per l'anno 2022.
- con deliberazione n. 371 del 12.08. 2022 - Costituzione definitiva dei Fondi Contrattuali dell'Area del Comparto per l'anno 2021 e provvisoria per l'anno 2022 – Integrazione.