

A.S.L. VC
Azienda Sanitaria Locale Vercelli



**PIANO INTEGRATO
DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE
P.I.A.O.
2025-2027**

INDICE

Premessa	pag.	__4
1. Scheda anagrafica dell'amministrazione	pag.	__4
1.1 Chi siamo	pag.	__4
1.2 Cosa facciamo	pag.	__5
1.3 Come operiamo	pag.	__5
1.4 Mandato istituzionale, valori e mission	pag.	__5
1.5 Analisi del contesto esterno	pag.	__7
1.5.1 Il contesto demografico ed epidemiologico	pag.	__7
1.5.2 Il profilo di salute della popolazione	pag.	__17
1.5.3 Il contesto normativo	pag.	__38
1.6 Analisi del contesto interno	pag.	__39
1.6.1 Assistenza ospedaliera	pag.	__39
1.6.2 Assistenza distrettuale	pag.	__44
1.6.3 Assistenza collettiva e sanità pubblica	pag.	__47
1.6.4 Risorse tecnologiche biomediche	pag.	__48
1.6.5 Risorse finanziarie	pag.	__49
2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione	pag.	__52
2.1 Valore pubblico	pag.	__52
2.1.1. Aree strategiche	pag.	__52
2.1.2. Obiettivi strategici e obiettivi specifici	pag.	__52
2.2 Performance	pag.	__53
2.2.1. Albero della Performance	pag.	__53
2.2.2. Obiettivi operativi	pag.	__53
2.3 Rischi corruttivi e trasparenza	pag.	__58
2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno	pag.	__59
2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno	pag.	__60
2.3.3 Mappatura dei processi	pag.	__64
2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti	pag.	__64
2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	pag.	__65
2.3.6 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	pag.	__72
2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza	pag.	__73
3. Organizzazione e Capitale Umano	pag.	__76
3.1 Struttura organizzativa	pag.	__76
3.2 Organizzazione del lavoro agile	pag.	__80
3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale	pag.	__80
3.4 Formazione del personale	pag.	__81
3.5 Piano Azioni Positive	pag.	__82
3.5.1 Ambiti in cui opera il Piano delle Azioni Positive	pag.	__82
3.5.2 Il CUG	pag.	__82
3.5.3 La parità di genere nell'ASL VC	pag.	__83
3.5.4 Il benessere organizzativo	pag.	__85
3.5.5 Azioni Positive per il Triennio	pag.	__86
4. Monitoraggio	pag.	__90

Premessa

Riferimenti normativi

Il D.L. 9 giugno 2021 n. 80, convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2022 n. 113 ha previsto all' articolo 6 che le Pubbliche Amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (d'ora in poi PIAO). La finalità del legislatore è la razionalizzazione e la semplificazione dei molti atti di pianificazione cui sono tenute le Pubbliche Amministrazioni, al fine di:

- assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa;
- procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi;
- migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese.

Il DPR n. 81 del 24 giugno 2022 all'art. 1 individua gli adempimenti soppressi in quanto assorbiti da apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione, elencandoli puntualmente:

- Piano dei fabbisogni, di cui all'art. 6, comma 1 e 4, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165
- Piano delle azioni concrete, di cui all'art. 60 bis, comma 2, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- Piano per razionalizzare l'utilizzo delle dotazioni strumentali, anche informatiche, che corredano le stazioni di lavoro nell'automazione d'ufficio, di cui all'art. 2, comma 594, lett. a) della Legge 24 dicembre 2007, n. 244;
- Piano della performance, di cui all'art. 10 del D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150;
- Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di cui all'art. 1 della Legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Piano organizzativo del lavoro agile, di cui all'art. 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124;
- Piano di azioni positive, di cui all'art. 48 del D.Lgs. 11 aprile 2006, n. 198.

Il Decreto del 30 giugno 2022, n. 132 "Regolamento recante definizione del contenuto del Piano integrato di attività e organizzazione", pubblicato in G.U. n.209 il 7 settembre 2022, ha definito il contenuto del PIAO, elencandone puntualmente la composizione nelle seguenti sezioni:

Scheda Anagrafica dell'amministrazione
Sezione Valore pubblico, Performance e Anticorruzione
Sezione Organizzazione e Capitale umano
Sezione Monitoraggio.

Il PIAO è riferimento essenziale anche per i requisiti di accreditamento istituzionale previsti dalla Regione Piemonte.

In esso, infatti, sono descritti:

- azioni, obiettivi, ambiti, tempi, responsabilità e modalità di valutazione/verifica;
- il sistema di monitoraggio e verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

L'arco temporale di riferimento della pianificazione è triennale e il presente aggiornamento si focalizza sull'annualità 2025.

Iter di adozione del PIAO

Con deliberazione n. 1000 del 29 agosto 2022 è stato costituito il gruppo di gestione operativa del PIAO.

A partire dal mese di novembre 2024, il Gruppo di Lavoro si è riunito per l'analisi condivisa dei dati e delle proposte pervenute dai Responsabili delle strutture coinvolte, a garanzia della più ampia condivisione delle informazioni relative alla programmazione aziendale per l'esercizio 2024.

La bozza del PIAO, composta con le informazioni raccolte dal Gruppo di Lavoro e articolate nello schema tipo indicato dal Decreto del 30 giugno 2022, n. 132, è stata sottoposta alla Direzione Generale, e all'OIV al fine di pervenire alla stesura definitiva.

Il PIAO 25-27 è adottato dal Direttore Generale, in qualità di organo di indirizzo politico con apposito provvedimento.

Le attività previste dalla normativa vigente sono svolte dall'Asl nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili.

Il Piano è predisposto in formato digitale ed è pubblicato sul sito istituzionale del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri e sul sito istituzionale dell'ASLVC nell'area Amministrazione Trasparente.

La prospettiva triennale del PIAO consente, fermo restando gli adattamenti conseguenti all'adozione delle modifiche dell'Atto Aziendale e in funzione della riassegnazione degli incarichi, di programmare un percorso di sviluppo in cui rendere sempre più integrato il sistema che il PIAO dovrebbe rappresentare

Il presente documento potrà essere aggiornato e progressivamente implementato con allegati e link che ne sostanzino e documentino la progressiva attuazione, oltre che in caso di variazioni sostanziali all'organizzazione e ai meccanismi gestionali precedentemente descritti.

1. Scheda anagrafica dell'Amministrazione

Denominazione	AZIENDA SANITARIA LOCALE VC - VERCELLI
P.IVA	01811110020
Sede Legale	Corso Mario Abbiate 21 – 13100 Vercelli
Telefono	+39 0161 5931
PEC	aslvercelli@pec.aslvc.piemonte.it
Sito Web	www.aslvc.piemonte.it

1.1 Chi siamo

L'ASL VC di Vercelli, con sede legale in Corso M. Abbiate n. 21, a Vercelli, è un'Azienda con personalità giuridica pubblica dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.

Il legale rappresentante è il Direttore Generale.

L'ASL 11 di Vercelli è stata costituita il 1° gennaio 1995, dalla fusione di quattro Unità Sanitarie Locali della Provincia (Vercelli, Santhià, Gattinara, Borgosesia/Varallo).

Per effetto del combinato disposto della L.R. 18/2007, art. 18, del DCR n. 136-39452/2007 e del DPGR n. 87/2007, dal 1° gennaio 2008 ha assunto la denominazione di Azienda Sanitaria Locale "VC".

L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con Atto Aziendale, consultabile sul sito internet istituzionale (Organizzazione ASL - Presentazione - Atto aziendale).

Il suo patrimonio è costituito dai beni mobili e immobili di proprietà, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali (fanno parte del patrimonio aziendale anche i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità).

Il sito internet istituzionale è www.aslvc.piemonte.it, mentre il logo aziendale, inserito negli atti ufficiali, è di seguito raffigurato.



Il logo, approvato con deliberazione n. 543 del 21 marzo 2001 e rappresentato dallo stemma appartenente alla famiglia vercellese Cardinale Guala Bicchieri, identifica l'Azienda nei confronti dell'utenza (in linea con il motto riportato in calce "Oportet suscipere infirmos" cioè "Occorre soccorrere i bisognosi") e raffigura concretamente l'unione delle realtà sanitarie e territoriali che la costituiscono.

1.2 Cosa facciamo

L'ASL VC persegue finalità di promozione e tutela della salute fisico-psichica, nel rispetto della dignità e della libertà della persona, in attuazione degli obiettivi previsti dagli atti della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Garantire il diritto alla salute significa concretamente offrire servizi, attività e prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità, assicurando che tali attività, servizi e prestazioni siano di qualità intrinsecamente elevata e siano fornite nei modi, nei luoghi e nei tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

Le prestazioni erogate dall'ASL VC sono sintetizzate nel riquadro che segue.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Prestazioni di pronto soccorso; ricoveri in degenza ordinaria e day hospital/day surgery*; prestazioni specialistiche* ambulatoriali

*specializzazioni: *anestesia-rianimazione; chirurgia generale; ortopedia-traumatologia; ostetricia-ginecologia; pediatria; cardiologia; dermatologia; dietologia e nutrizione clinica; endocrinologia e diabetologia; gastroenterologia ed endoscopia digestiva; malattie infettive; neurologia; nefrologia e dialisi; oncologia; oculistica; psichiatria; recupero e rieducazione funzionale; reumatologia; pneumologia; odontostomatologia; otorinolaringoiatria; urologia. Tra i servizi: anatomia patologica; laboratorio analisi, radiodiagnostica; servizio immunotrasfusionale.*

ASSISTENZA COLLETTIVA e SANITÀ PUBBLICA

Profilassi delle malattie infettive e parassitarie, ivi compresa l'attività di vaccinazione; tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinamenti ambientali; tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro; sanità pubblica veterinaria, tutela igienico-sanitaria degli alimenti; sorveglianza e prevenzione nutrizionale; medicina necroscopica; valutazioni, accertamenti

e certificazioni in ambito medico-legale e medico-sportivo; screening per la prevenzione secondaria dei tumori; sorveglianza epidemiologica e promozione della salute con corretti stili di vita; gestione del registro tumori.

ASSISTENZA DISTRETTUALE

Cure primarie (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici della continuità assistenziale); assistenza sanitaria per utenti anziani, minori o con disabilità di carattere domiciliare, residenziale e semiresidenziale (anche coordinate con gli Enti Gestori in presenza di bisogni sociali); cure palliative e hospice; assistenza ai pazienti con problemi di salute mentale in regime ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale; assistenza ai pazienti con problemi di dipendenza ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale; assistenza farmaceutica, integrativa e protesica; assistenza sanitaria e psicologica alla donna e alla coppia nei consultori familiari; assistenza penitenziaria; assistenza sanitaria all'estero, per gli italiani non residenti e per i cittadini stranieri; vigilanza sulle strutture erogatrici di servizi sanitari operanti sul territorio; iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, scelta e revoca del MMG/PLS, rilascio dei certificati di esenzione, prenotazione delle prestazioni.

Le principali sedi produttive aziendali, che adottano una organizzazione del lavoro integrata, sono:

- Presidio Ospedaliero Sant'Andrea, corso Mario Abbiate 21, Vercelli;
- Presidio Ospedaliero Santi Pietro e Paolo, via Ilorini Mo 20, Borgosesia;
- Distretto Sanitario, Largo Giusti 13, Vercelli;
- Casa della Salute di Santhià, via Matteotti 24, Santhià;
- Casa della Salute di Gattinara, corso Vercelli 159, Gattinara;
- Casa della Salute di Varallo, Via Prof. Calderini 2, Varallo;
- Casa della Salute di Coggiola, Via G. Garibaldi 97, Coggiola;
- Casa della Salute di Cigliano, Vicolo Garavoglia 15, Cigliano;
- Dipartimento di Prevenzione, Largo Giusti 13, Vercelli.

Parte dell'attività istituzionale viene inoltre erogata in regime domiciliare, residenziale e semiresidenziale mediante la cooperazione del personale e delle strutture convenzionate (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, strutture residenziali e semiresidenziali, farmacie convenzionate, ecc.).

1.3 Come operiamo

L'esigenza di coniugare costantemente la domanda di salute con le risorse disponibili richiede una stringente e periodica ridefinizione delle priorità di intervento, avendo costantemente presente i risultati da garantire in termini di salute a medio e lungo termine.

La strategia aziendale realizza tale attività riconoscendo il valore delle alleanze trasversali e ricorrendo agli strumenti utili per favorire la partecipazione e la responsabilizzazione degli stakeholder (utenti, operatori, istituzioni, fornitori, associazioni di volontariato, ecc.).

Viene inoltre stimolato ad ogni livello il rafforzamento della capacità programmatoria, l'integrazione delle competenze e l'utilizzo di indicatori di efficacia e di efficienza per monitorare la propria attività, rendicontare in modo trasparente i risultati raggiunti e definire le priorità di azione.

L'azione di controllo della spesa sanitaria viene attuata ricercando l'appropriatezza di utilizzo delle risorse, la semplificazione dei processi e promuovendo l'approccio preventivo e pro-attivo in ogni settore (sanitario, tecnico e amministrativo).

1.4 Mandato istituzionale, valori e mission

L'Azienda ASL VC persegue le finalità di promozione e tutela della salute psicofisica nel rispetto dei principi di dignità e libertà della persona umana di cui alla Legge n. 833/78, nelle forme gestionali ed organizzative di cui al D.Lgs. 502/92 e s.m.i., in attuazione degli obiettivi previsti dagli atti della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

L'Azienda condivide e fa proprie le scelte strategiche adottate dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, tesa a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza, che si caratterizzano fortemente per:

- il miglioramento della qualità dei servizi, assicurando l'innovazione nel perseguimento della salute;
- la compatibilità del sistema con le risorse finanziarie;
- la garanzia dei servizi assistenziali e della gestione amministrativa secondo principi di trasparenza e tutela della legalità;
- l'accompagnamento della trasformazione del sistema da modello di cura a modello di presa in carico, nel campo sanitario e socio-sanitario, con particolare riferimento al paziente fragile multipatologico;
- la gestione assistenziale e amministrativa orientata a principi di appropriatezza e corretto uso di risorse, basata su valutazione di evidenze scientifiche e di esiti clinici;
- l'equità di trattamento e di accesso ai servizi, tramite la massima semplificazione burocratico-amministrativa e privilegiando modalità di accesso unificate;

- la tutela e la cura delle persone “fragili”: dai disabili agli anziani non autosufficienti, ai portatori di patologie psichiatriche, alle persone con dipendenza, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana, attraverso la predisposizione di “percorsi facilitati” per le cronicità;
- una accessibilità ai servizi più efficace ed efficiente anche mediante il contenimento delle liste di attesa;
- lo sviluppo di politiche del farmaco e dispositivi medici volte a garantire il buon uso degli stessi, in particolare sul versante del governo clinico della prescrizione, del potenziamento dei sistemi di responsabilizzazione dei medici rispetto a obiettivi di appropriatezza e di aderenza terapeutica, della collaborazione e condivisione tra professionisti nella identificazione delle strategie e scelte terapeutiche più adeguate, delle modalità distributive dei farmaci;
- la partecipazione alle scelte strategiche aziendali della cittadinanza mediante le Associazioni di Volontariato e dei pazienti, aderenti alla Conferenza Aziendale di Partecipazione.

L’Azienda garantisce quanto sopra anche attraverso forme di integrazione con i vari soggetti presenti sul territorio di riferimento e conseguentemente con le Aziende Sanitarie dell’Area Sovrazonale Piemonte Nord-Est, con l’Università del Piemonte Orientale e con tutti i soggetti dipendenti, convenzionati, erogatori privati.

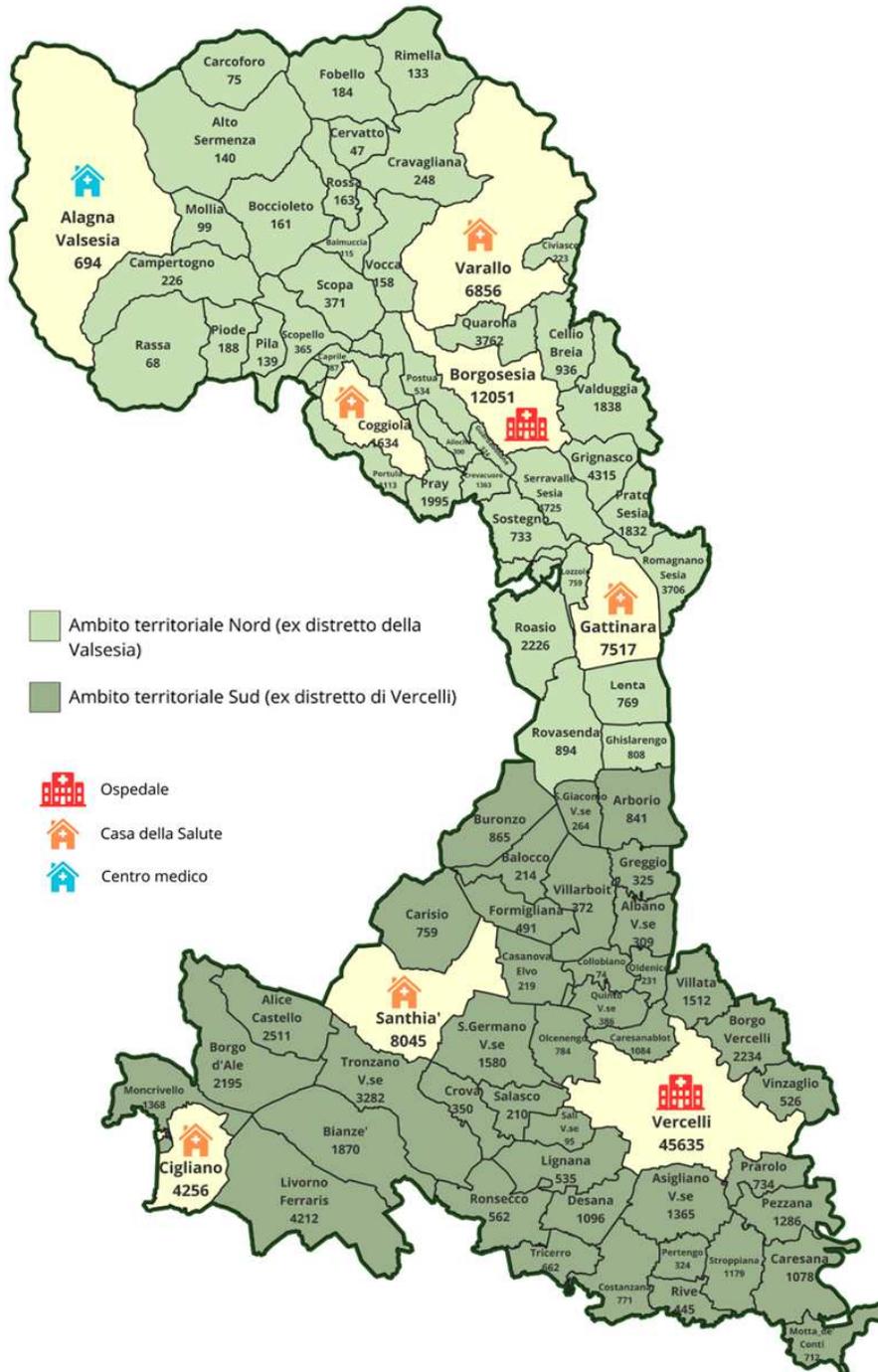
1.5 Analisi del contesto esterno

L'analisi prende in considerazione quali principali fattori di impatto sulle strategie e programmazioni aziendali i seguenti:

- il contesto demografico ed epidemiologico
- il profilo di salute della popolazione
- il contesto normativo

1.5.1 Il contesto demografico e epidemiologico

Figura 1. Mappa della ASL di Vercelli.



L'Azienda Sanitaria Locale di Vercelli è l'articolazione del Servizio Sanitario Nazionale che deve garantire la tutela della salute alla popolazione residente e domiciliata nella sua area di competenza.



L'ASL di Vercelli è una delle 12 ASL presenti nella Regione Piemonte, situata nella parte Nord Orientale e opera su un territorio di 2.037 Km² in gran parte coincidente con quello della Provincia di Vercelli, con una densità di popolazione pari a 80 abitanti per Km², inferiore alla media regionale (167 abitanti/Km²) e comprende 87 Comuni.

La ASL VC è costituita da un unico Distretto sanitario, ma si evidenziano due aree territoriali diverse per caratteristiche geografiche: l'area territoriale del Verellese, pianeggiante, situata a sud con 44 Comuni, fra cui Vercelli, il centro urbano di maggiori dimensioni capoluogo di Provincia, e l'area territoriale della Valsesia, montana, situata a nord, con 43 Comuni (Figura 1).

Inoltre nell'ASL di Vercelli sono compresi 7 Comuni della Provincia di Biella e 4 Comuni della Provincia di Novara, mentre 6 Comuni della Provincia di Vercelli appartengono ad altre due ASL piemontesi, TO4 e Alessandria.

Solo 2 Comuni, Vercelli e Borgosesia, superano i 10.000 residenti, rispettivamente con 45.635 residenti Vercelli e 12.051 Borgosesia.

Al 31 dicembre 2023 sul territorio dell'ASL VC risiedono 162.822 abitanti pari al 3,8% della popolazione piemontese.

Come sopra ricordato, il territorio dell'ASL di Vercelli si può grossolanamente dividere in due aree dalle caratteristiche omogenee:

- l'ambito territoriale sud (ex distretto di Vercelli), i cui residenti sono 97.848 (pari al 60,1% degli abitanti della ASL)
- l'ambito territoriale nord (ex distretto della Valsesia) i cui residenti sono 64.974 (pari al 39,9% degli abitanti della ASL)¹.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera l'ASL VC è dotata di un Presidio Ospedaliero a Vercelli, l'Ospedale S. Andrea (Ospedale di I livello), e un Presidio Ospedaliero a Borgosesia, l'Ospedale Santi Pietro e Paolo (Ospedale di II livello). Ad integrare l'offerta sanitaria si aggiungono le 5 case della salute presenti nei comuni di Varallo, Coggiola, Gattinara, Santhià e Cigliano e un centro medico nel Comune di Alagna Valsesia.

Le principali caratteristiche del territorio e della popolazione vercellese sono riportate nella Tabella 1.

La dinamica demografica dell'ASL VC, al 31 dicembre 2023, fa emergere un saldo naturale negativo (-1.482), non compensato dal saldo migratorio, seppur positivo (1.442), raggiungendo quindi un saldo totale negativo di -40 persone.

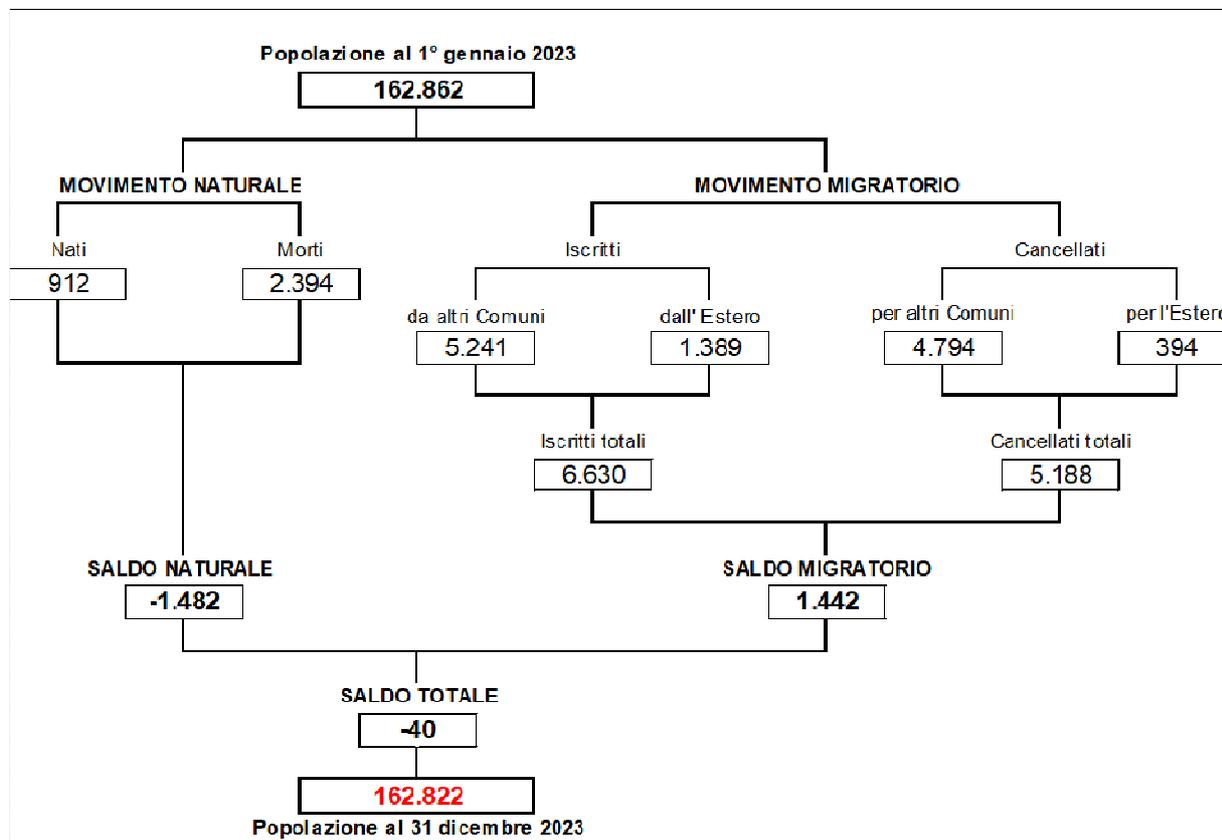
Tabella 1. Il territorio e la popolazione assistita in breve

Principali caratteristiche ASL VC	ASLVC	Regione Piemonte
Superficie (Km ²)	2.037	25.392
Densità (abitanti/Km ²)	80	167
Comuni (n°)	87	1.180
Popolazione residente al 31/12/2023	162.822	4.252.581
Maschi (n°)	79.511	2.077.406
Femmine (n°)	83.311	2.175.175
Saldo naturale	-1.482	-28.469
Saldo migratorio	1.442	29.699
Saldo totale	-40	1.230

La popolazione in dettaglio - Dinamica demografica

La Figura 2 riporta in dettaglio la dinamica dell'ASL VC, al 31 dicembre 2023, in cui emergono il saldo naturale negativo e il saldo migratorio positivo che portano al saldo totale che risulta negativo.

Figura 2 Dinamica demografica nell'ASL VC nel 2022



Nella ASL VC, al 31.12.2023, gli ultrasessantacinquenni risultano 45.959, il 28,2% della popolazione totale (in Regione Piemonte risultano 1.131.007 pari al 26,6% della popolazione piemontese), con una percentuale di veri anziani (75-84enni) e di grandi anziani (ultra 85enni) pari al 15,0% della popolazione totale rispetto al 14,2% regionale (Tabella 2). Da più di 20 anni, a partire dal 2000, si registra un aumento graduale e consistente della popolazione anziana in particolare nelle fasce d'età dei veri anziani e dei grandi anziani (Grafico 1).

La Figura 3 fornisce un quadro della distribuzione percentuale degli over 65 per ogni Comune afferente all'ASL di Vercelli e della densità abitativa espressa attraverso un gradiente di colore.

I comuni sono stati inoltre raggruppati in macro aree in base all'afferenza con le rispettive case della salute (Varallo, Coggiola, Gattinara, Santhià e Cigliano) e ai due presidi ospedalieri (Sant'Andrea a Vercelli e l'Ospedale Santi Pietro e Paolo a Borgosesia) presenti sul territorio.

Ogni macro area è descritta dal numero di comuni, dalla popolazione residente e dalla popolazione over 65 anni con relativa percentuale (Figura 3).

I 5 comuni con una frequenza di over 65 più elevata sono: Villarboit, Cravagliana, Sali V.se, Rassa e Alto Sermenza.

Mentre i comuni ad avere una frequenza più bassa di over 65 sono: Vocca, Salasco, Borgo Vercelli, Quinto V.se e Mollia

Tra i comuni più densamente abitati troviamo il comune di Vercelli e Borgosesia con una percentuale di over 65 rispettivamente pari a 26,5% e 31,1% della popolazione ASL.

Figura 3 - Territorio dell'ASL di Vercelli suddiviso per comuni e per gradiente di densità abitativa (colore più chiaro minor densità abitativa, colore più scuro maggior densità abitativa). Nell'ambito dei comuni è riportata la % di over 65enni

I 5 comuni con una frequenza di over 65 più elevata sono: Villarboit, Cravagliana, Sali V.se, Rassa e Alto Sermenza. Mentre i comuni ad avere una frequenza più bassa di over 65 sono: Vocca, Salasco, Borgo Vercelli, Quinto V.se e Mollia

Tra i comuni più densamente abitati troviamo il comune di Vercelli e Borgosesia con una percentuale di over 65 rispettivamente pari a 26.5% e 31.1% della popolazione ASL.

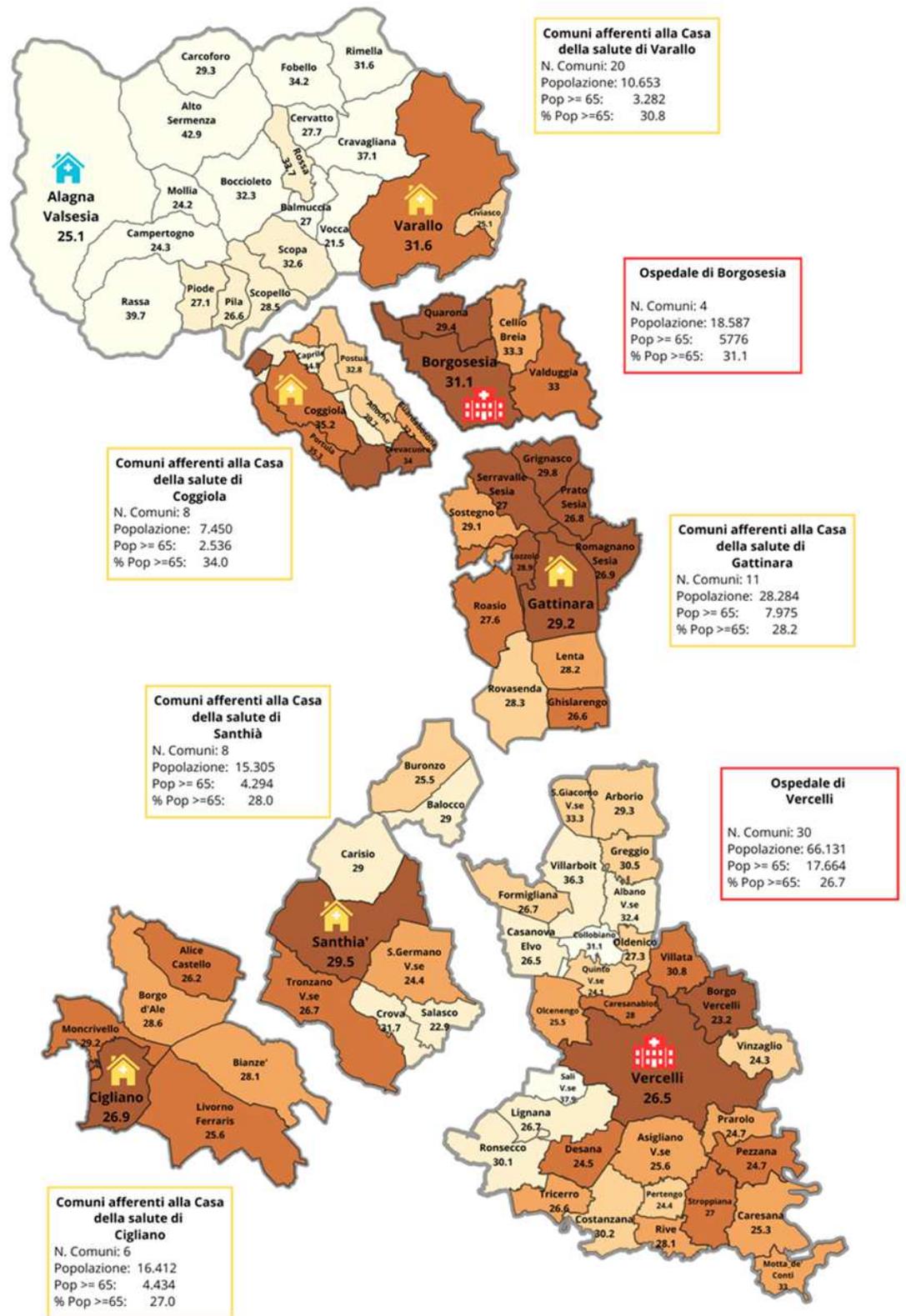
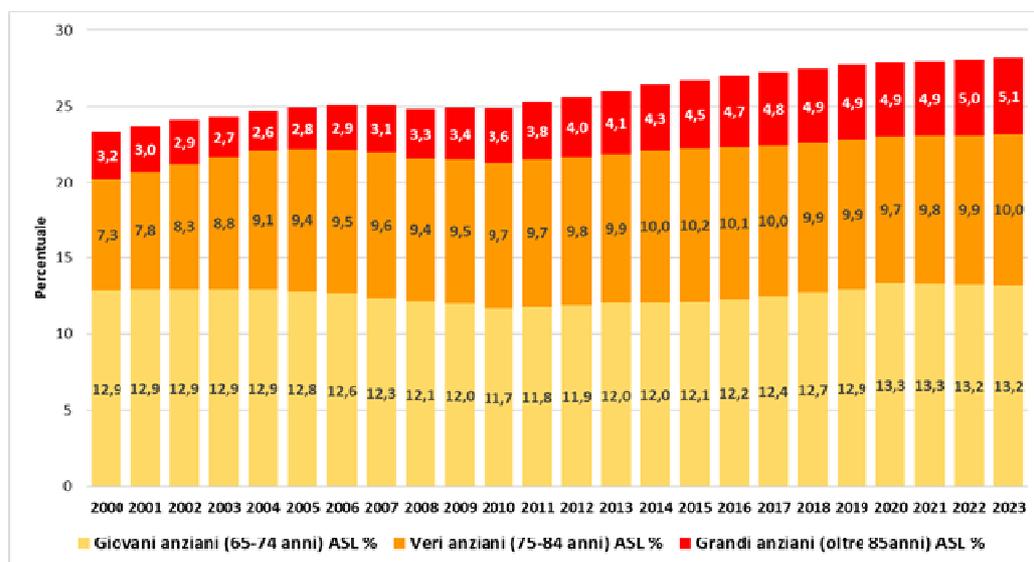


Tabella 2. Popolazione dell'ASL VC stratificata per ambito territoriale e classi di età e sesso

Ambito territoriale	Classi di età	Femmine		Maschi		Totale	
		N.	% colonna	N.	% colonna	N	% colonna
Sud (ex distretto di Vercelli)	0-14	5415	10,9	5746	12,0	11161	11,4
	15-34	8876	17,8	10066	21,0	18942	19,4
	35-64	20559	41,2	20794	43,3	41353	42,3
	65-74	6596	13,2	5929	12,4	12525	12,8
	75-84	5265	10,6	3914	8,2	9179	9,4
	>=85	3156	6,3	1532	3,2	4688	4,8
	Totale		49867	100	47981	100	97848
Nord (ex distretto della Valsesia)	0-14	3146	9,4	3202	10,2	6348	9,8
	15-34	5613	16,8	6008	19,1	11621	17,9
	35-64	13730	41,1	13708	43,5	27438	42,2
	65-74	4619	13,8	4340	13,8	8959	13,8
	75-84	3953	11,8	3087	9,8	7040	10,8
	>=85	2383	7,1	1185	3,8	3568	5,5
	Totale		33444	100	31530	100	64974
Totale		83311	51,2	79511	48,8	162822	100

Grafico 1. Popolazione della ASL VC di 65 anni e oltre per fasce d'età



La popolazione dell'ASL VC risulta pertanto fortemente caratterizzata da un progressivo invecchiamento, superiore a quello regionale come emerge considerando gli indici strutturali della popolazione, come l'indice di vecchiaia e quello di invecchiamento e di carico sociale (Grafici 2, 3 e 4).

L'indice di vecchiaia rappresenta un indicatore dinamico che stima il grado di invecchiamento della popolazione: valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di anziani (65+ anni) rispetto ai giovanissimi (0-14 anni). Nella ASL di Vercelli nel 2023 l'indice di vecchiaia è risultato pari a 262,5% rispetto al 232,0% della Regione Piemonte. L'indice di invecchiamento, che riflette il peso relativo della popolazione anziana sul totale della popolazione della ASL, è risultato pari a 28,2% rispetto a 26,6% della Regione (Grafico 2 e 3).

Grafico 2. Indice di vecchiaia popolazione (Regione ed ASL VC - Anni 2000–2023)

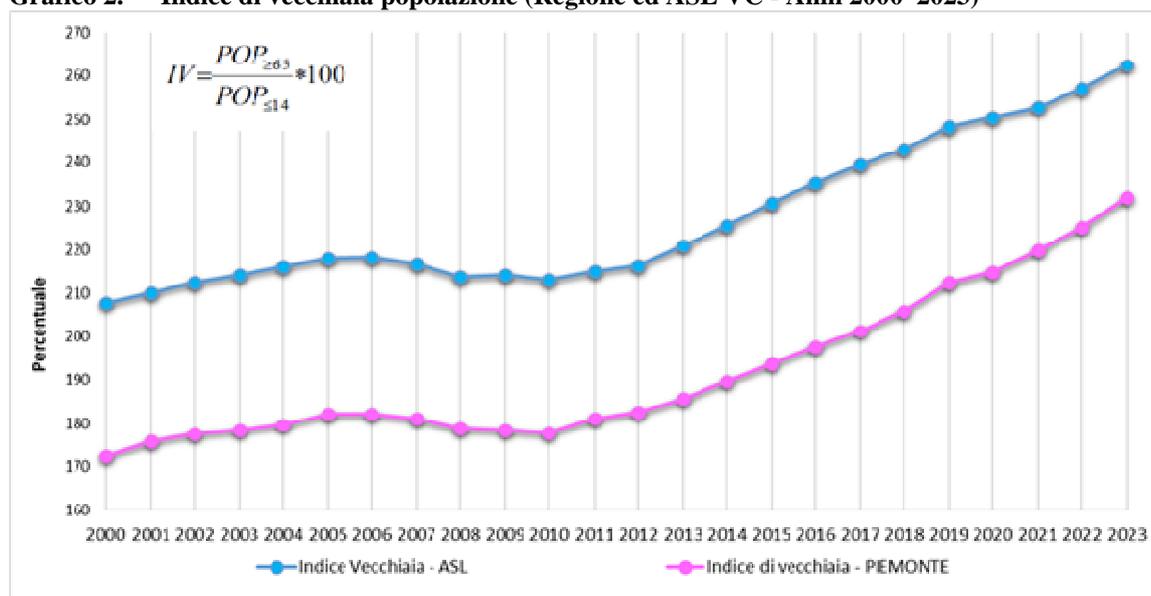
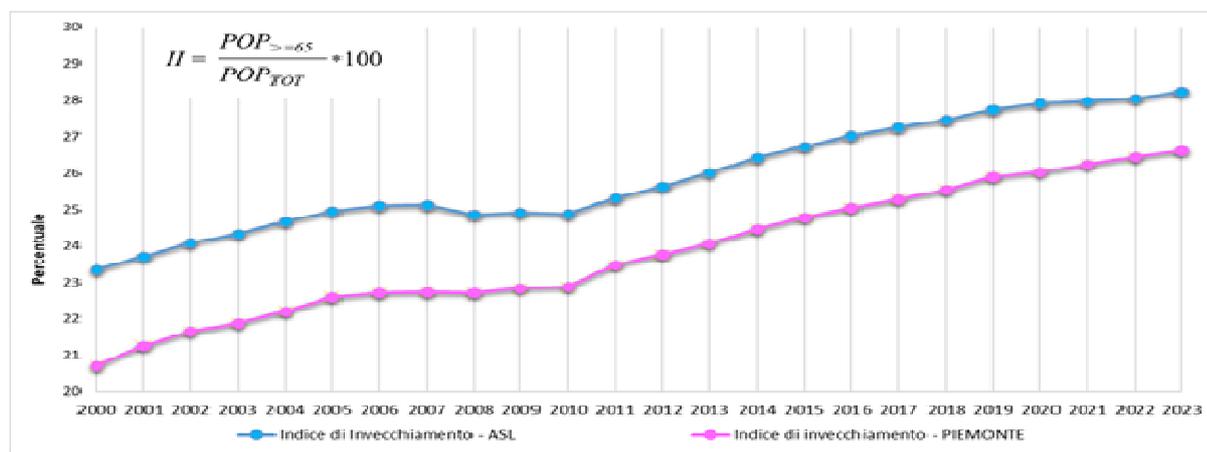


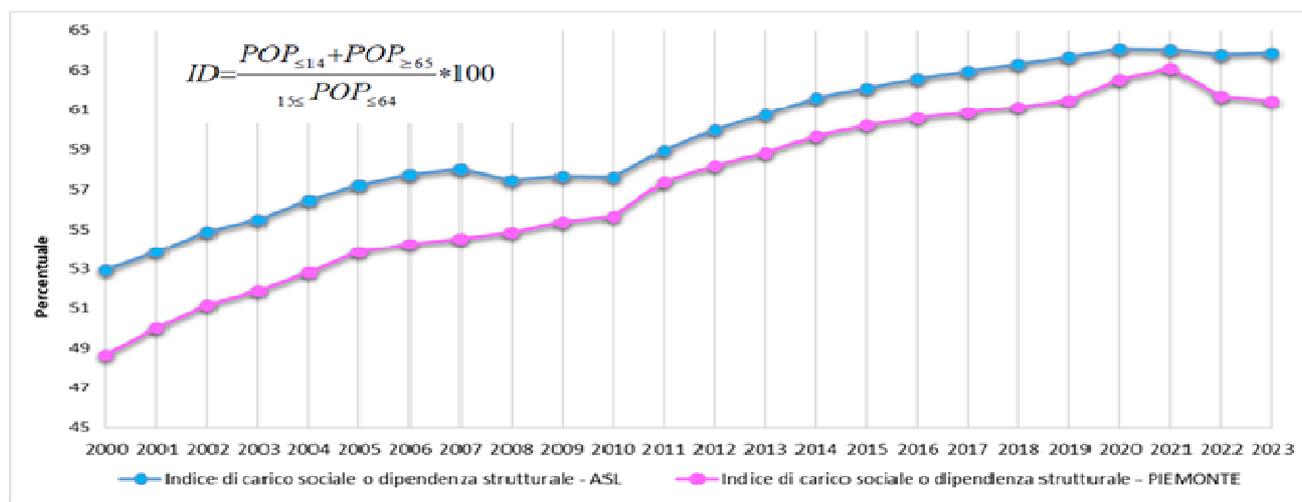
Grafico 3. Indice di invecchiamento della popolazione (Regione ed ASL VC - Anni 2000–2023)



L'indice di carico sociale o di dipendenza strutturale, infine, stima la capacità delle fasce di età teoricamente attive economicamente di mantenere le fasce di età teoricamente inattive (studenti e pensionati). Tale indice per l'ASL VC nell'ultimo aggiornamento disponibile (anno 2023) è pari al 63,9% ed è superiore a quello regionale pari al 61,4% (Grafico 2.4). Questo dato si può interpretare come la porzione di un soggetto inattivo a carico di uno attivo.

Quest'ultimo indicatore è considerato un indice di rilevanza economica e sociale e rapporta le persone non autonome, per ragioni demografiche, alla popolazione attiva

Grafico 4. Indice di carico sociale o dipendenza strutturale di popolazione (Regione ed ASL VC - Anni 2000–2023)



Indicatori demografici in Italia, in Piemonte e nella ASL di Vercelli

La Tabella 3 riporta il riepilogo degli indicatori demografici di popolazione per l'anno 2023 registrati in Italia, in Piemonte e nella ASL di Vercelli. Il grafico 2.5 riporta invece il confronto tra i trend annuali, dal 1992 al 2023, del tasso di natalità e del tasso di mortalità dell'ASL di Vercelli e della Regione Piemonte.

Tabella 3. Indicatori demografici di popolazione nell'ASL VC, Piemonte e Italia – Anno 2022

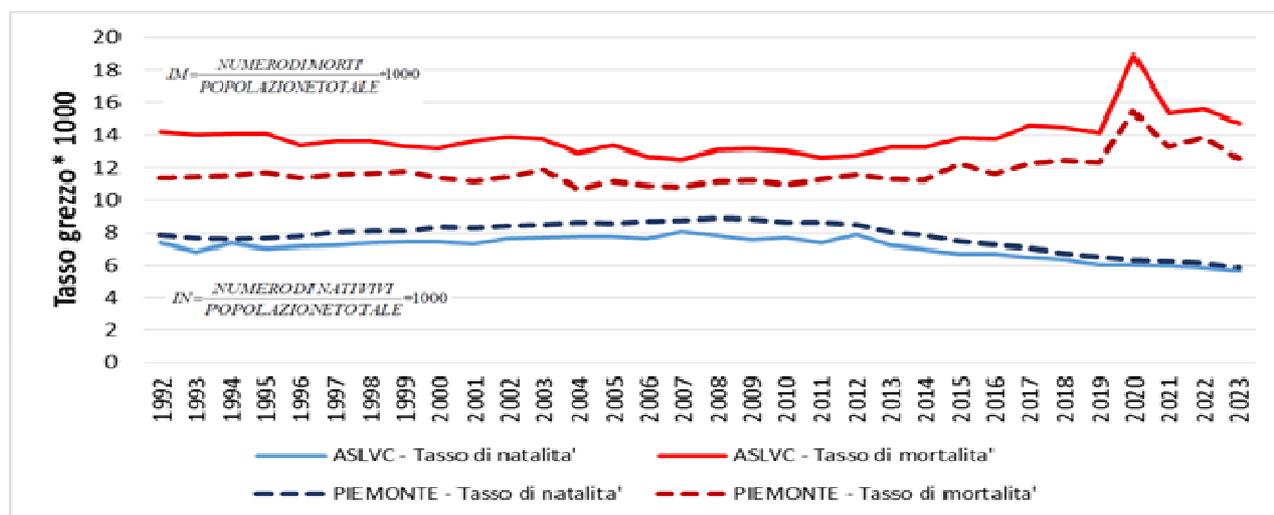
Indicatori demografici di popolazione	ASL	Piemonte	Italia
Tasso di natalità	5.6‰	5.9‰	6.4‰
Numero medio di figli per donna (o Tasso di fecondità totale (ISTAT))	1.18*	1.17*	1.20*
Tasso grezzo di mortalità	14.7‰	12.6‰	11.2‰
Indice di vecchiaia	262.5%	232.0%	199.8%
Indice di invecchiamento	28.2%	26.6%	24.3%
Indice di carico sociale o di dipendenza	63.9%	61.4%	57.5%
Indice di ricambio della popolazione in età attiva	184.7%	158.7%	147.0%

* Dati relativi alla Provincia di Vercelli

Il grafico 5 mette in una sola figura l'andamento temporale del tasso di natalità e del tasso di mortalità grezza dell'ASL di Vercelli e della regione Piemonte. Si tratta di un confronto utile per avere un colpo d'occhio sull'andamento della mortalità e della natalità insieme e poter fare un bilancio; come si vede, il bilancio è sempre stato negativo nel periodo in esame, ma con un netto peggioramento negli ultimi anni, a causa di una continua riduzione della natalità e aumento della mortalità.

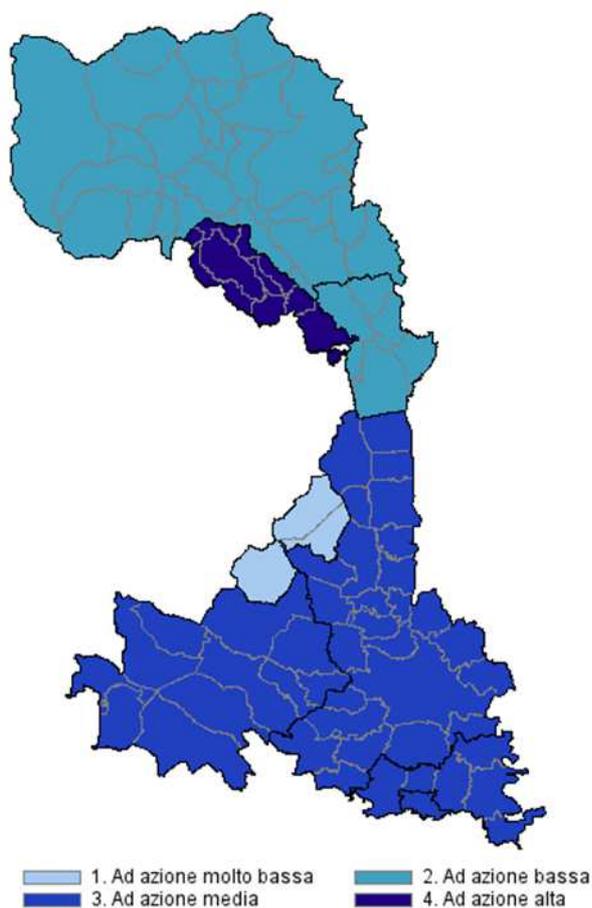
Attenzione, il grafico non permette un confronto della mortalità fra regione Piemonte e ASL di Vercelli, per il quale è necessario utilizzare tassi standardizzati, come quelli del capitolo *Mortalità* più avanti nel testo.

Grafico 5. Andamento del tasso di natalità (IN) e del tasso di mortalità (IM) (Regione ed ASL VC - Anni 1992 – 2023)



Indice Health Action Zones (HAZ)

Figura 4. Mappa del territorio dell'ASL di Vercelli secondo le aree definite dall'Indice Health Action Zones (HAZ)



L'Indice Health Action Zones (HAZ) è stato creato per identificare quelle aree che hanno un maggiore bisogno di intervento socio-sanitario. E' costruito a livello di comune o di quartiere (per i comuni maggiori) associando un indice di disagio sociale composto da 5 indicatori ad un indice di bisogno sanitario, composto anch'esso da 5 indicatori (vedi la sezione Metodi per maggiori dettagli).

L'indice di disagio dell'area varia da *Molto disagiata* a *Molto agiata*, e quello di bisogno di salute da *Per niente sana* a *Sana*.

L'indice di HAZ è stato creato per l'identificazione di aree i cui l'azione è prioritaria rispetto ad altre. Per cui in un'area *Molto disagiata* e *Per niente sana* l'indice di HAZ sarà *Ad azione molto alta*. Al contrario un'area *Molto agiata* e *Sana* sarà *Ad azione molto bassa*.

Purtroppo la Città di Vercelli non è descritta secondo i quartieri, come gli altri capoluoghi di Provincia, in quanto non è stato possibile ottenere dal Comune di dati necessari.

La figura 4 mostra come nel territorio dell'ASL non vi siano aree ad azione *Molto alta*, che la maggior parte del territorio meridionale è ad *Azione Alta*, mentre l'area con l'indice di azione più alto è quello intorno alla Casa della Salute di Coggiola.

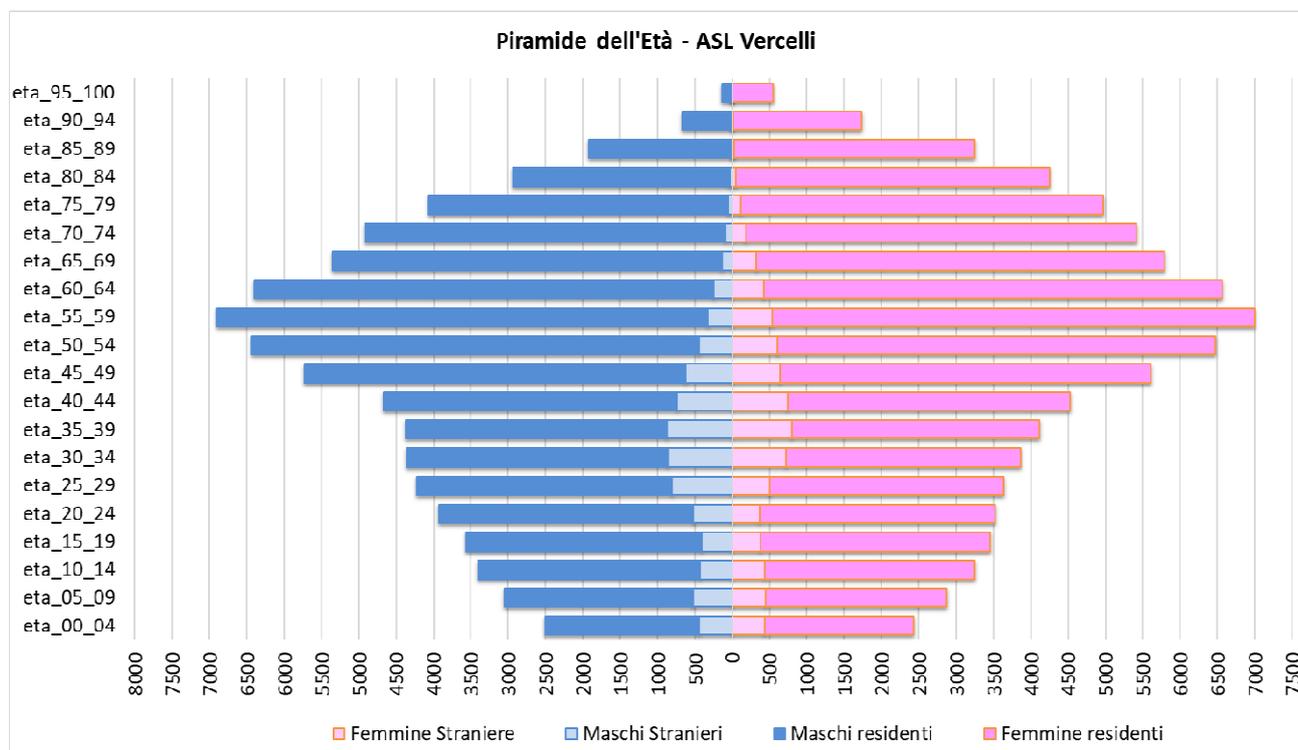
Tabella 4. Popolazione ASL Vercelli stratificata per ambito territoriale e per cittadinanza e genere – Anno 2023

Area Territoriale	Cittadinanza	Femmine		Maschi		Totale	
		N	% C	Maschi	% C	N.	% C
Vercelli	Stranieri	5419	10,9	5784	12,1	11203	11,4
	Residenti	44448	89,1	42197	87,9	86645	88,6
	Totale	49867	100,0	47981	100,0	97848	100,0
Valsesia	Stranieri	2350	7,0	1769	5,6	4119	6,3
	Residenti	31094	93,0	29761	94,4	60855	93,7
	Totale	33444	100,0	31530	100,0	64974	100,0
Piemonte	Stranieri	219366	10,1	214031	10,3	433397	10,2
	Residenti	1955809	89,9	1863375	89,7	3819184	89,8
	Totale	2175175	100,0	2077406	100,0	4252581	100,0

La popolazione, nella ASL VC, risulta caratterizzata da una predominanza del sesso femminile (51,2%) che si accentua col crescere dell'età, come rappresentato nella "piramide delle età" (Grafici 6, 7 e 8). Gli stranieri sono 15.322 e rappresentano l'9,4% della popolazione della ASL, mentre in Piemonte gli stranieri sono pari al 10,2% della popolazione regionale (Tabella 4).

Le classi di età più numerose corrispondono ai nati tra gli inizi degli anni '60 e la metà degli anni '70 del secolo scorso.

Grafico 6. Piramide di età della popolazione italiana e straniera nella ASL VC al 31.12.2023



I Grafici 7 e 8 presentano la stessa piramide di età per l'area territoriale sud e nord rispettivamente.

Grafico 7. Piramide di età della popolazione italiana e straniera nella ASL VC al 31.12.2023 – Area territoriale sud (ex distretto di Vercelli)

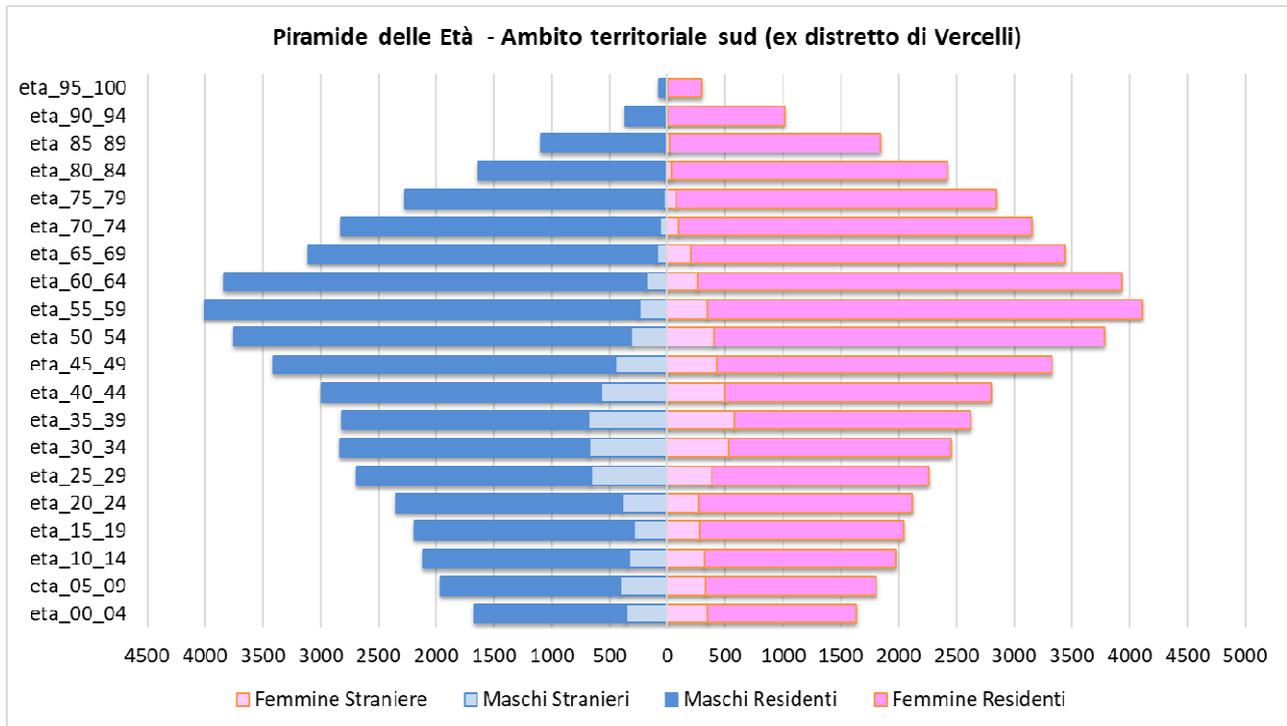
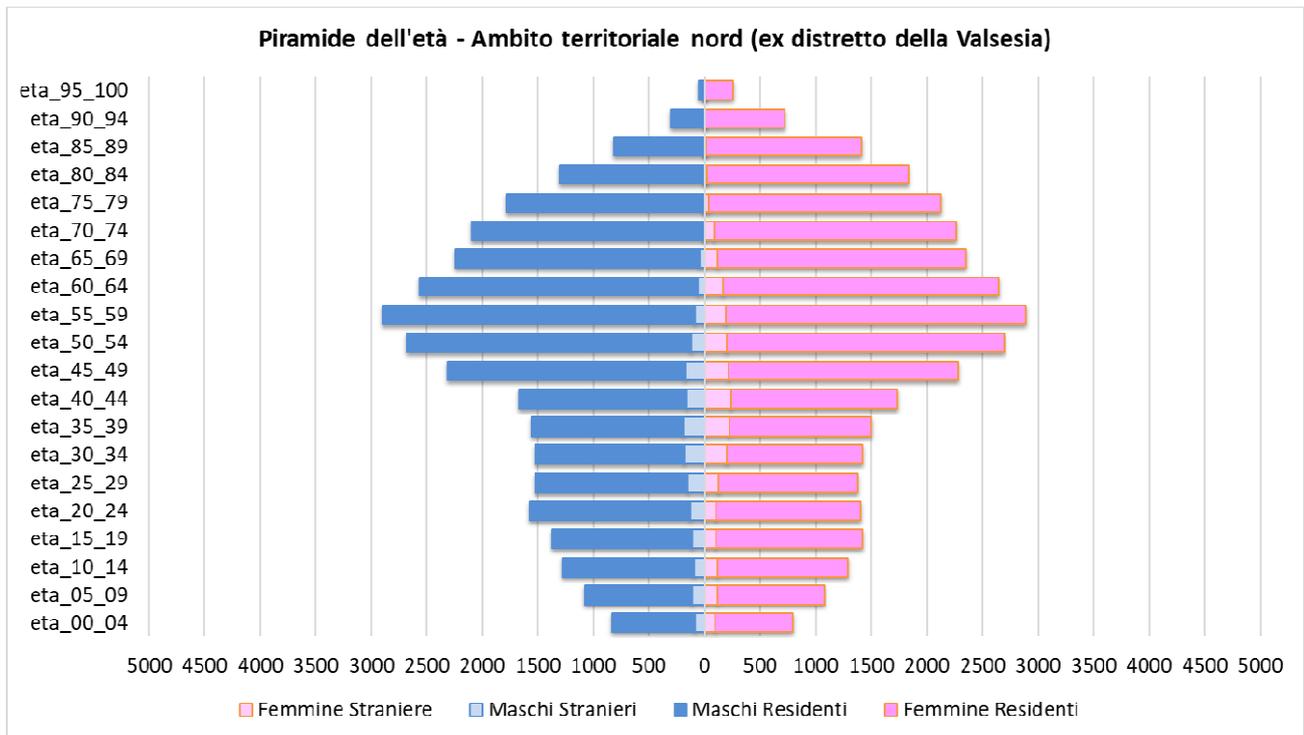


Grafico 8. Piramide di età della popolazione italiana e straniera nella ASL VC al 31.12.2023 – Ambito territoriale nord (ex distretto della Valsesia)



1.5.2 Il profilo di salute della popolazione

La descrizione della salute di una popolazione si avvale di indici epidemiologici che mirano a stimare la frequenza di eventi di malattia e di morte, confrontandoli con quelli di altre aree e osservando gli andamenti temporali. Le differenze fra le stesse misure in aree diverse rappresentano quote di malattia e di morte prevenibili, e sono quindi identificati come problemi di salute.

Un altro indice molto evocativo della salute è l'attesa di vita alla nascita.

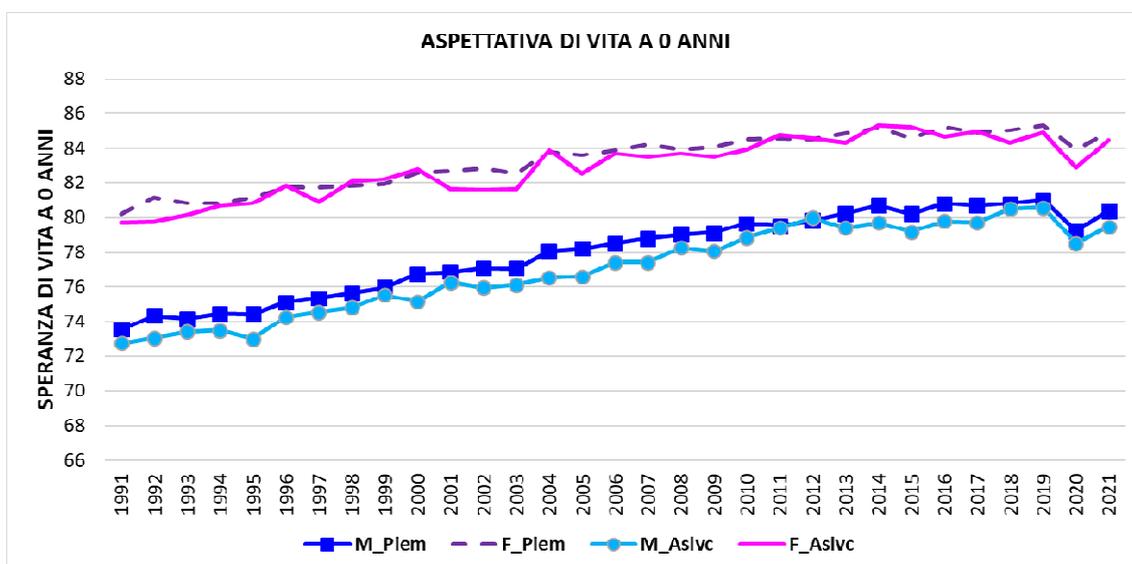
Dal 1991 al 2019, l'aspettativa di vita alla nascita nell'ASL di Vercelli è aumentata con un ritmo di 3,04 mesi/anno fra gli uomini e di 2,15 mesi/anno per le donne, arrivando 80,6 per i primi e a 84,9 anni per le seconde. Nonostante il trend del periodo sia leggermente più favorevole di quello regionale, nel 2019 la Regione presentava ancora una aspettativa di vita superiore a quella dell'ASL: 81,0 e 85.3 rispettivamente per uomini e donne. Evidentemente la popolazione dell'ASL di Vercelli sta recuperando lentamente uno svantaggio accumulato in periodi passati.

L'aspettativa di vita delle donne è superiore a quella degli uomini sia per l'ASL di Vercelli che per la Regione Piemonte, ma la tendenza che si riconosce dal grafico è quella di un riavvicinamento delle curve. Questo riavvicinamento è interpretabile come l'effetto della riduzione della prevalenza di fumatori che ha interessato gli uomini fra il 1980 e il 2010, ma non le donne.

Il 2020, a causa della pandemia di COVID-19, l'aspettativa di vita ha avuto un crollo in tutto il mondo. La popolazione dell'ASL di Vercelli ha registrato in un anno una perdita di 2,06 anni e 2,02 anni rispettivamente per uomini e donne, superiore a quella media regionale che è stata di 1,76 e 1,39 rispettivamente per uomini e donne.

Nel 2021 si è recuperato circa 1 anno in entrambi i sessi, sia nell'ASL (M:79.5; F:84.5) che nella Regione (M:80.4; F:84.9), riportandosi a valori vicini a quelli pre-pandemici.

Grafico 9. Aspettativa di vita a 0 anni - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



Mortalità

I dati più aggiornati disponibili sulla mortalità a livello regionale e locale fanno riferimento all'anno 2021.

Nella ASL di Vercelli nel 2021 si sono osservati 2.470 decessi, pari al 4,3% dei decessi della Regione Piemonte (Tabella 5).

Dei 1.159 deceduti nella popolazione maschile dell'ASL di Vercelli, il 65.5% delle cause di morte sono a carico delle malattie dell'apparato circolatorio (27.2%), dei tumori maligni (26.7%) e dall'infezione da SARS-CoV-2 (11.6%).

Nella popolazione femminile i decessi sono pari a 1311 di cui il 61.3% delle cause di morte sono a carico delle malattie dell'apparato circolatorio (31.9%), dei tumori maligni (20.8%) e dall'infezione da SARS-CoV-2 (8.6%) (Tabella 5)

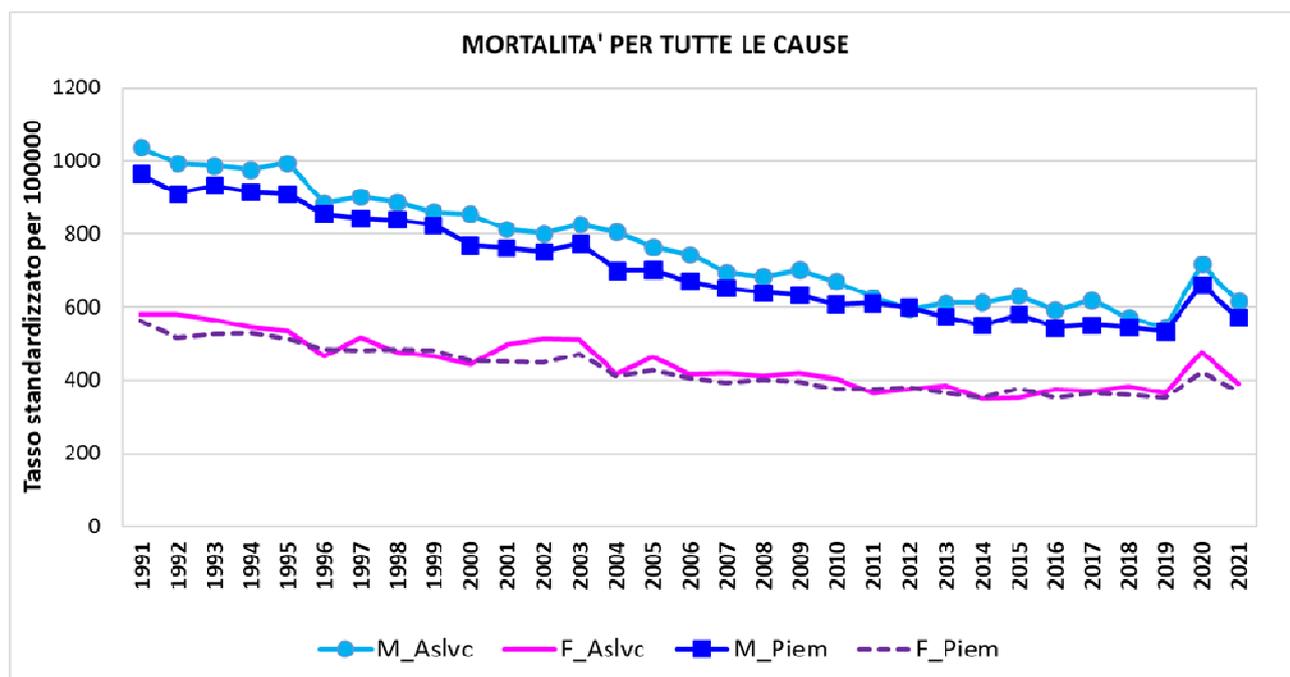
La mortalità per tutte le cause appare più elevata nell'Asl di Vercelli, rispetto a quella piemontese, soprattutto a causa della mortalità per tumori.

Tabella 5. Mortalità per alcune delle principali cause di morte suddivisa per Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - ANNO 2021

Cause	ASL VC				Piemonte			
	Maschi N. ab.=79.341		Femmine N. ab.=83.799		Maschi N. ab.=2.073.845		Femmine N. ab.=2.182.505	
	T. Std Decessi	100.000	T. Std Decessi	100.000	T. Std Decessi	100.000	T. Std Decessi	100.000
Tutte le cause	1.159	616,2	1.311	390,8	27.155	571,8	29.029	370,5
Covid-19	135	67,6	113	32,6	3.353	69,4	2.519	32,6
Tumori maligni	309	178,7	273	117,1	7.129	160,5	6.143	109,7
Malattie dell'apparato circolatorio	315	148,8	418	104,0	7.375	142,8	9.684	100,6
Malattie dell'apparato respiratorio	71	32,8	76	19,5	1.918	34,9	1.542	17,1
Malattie dell'apparato digerente	48	28,7	36	13,1	922	20,9	9.50	13,0
Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche	45	22,9	47	13,6	991	20,8	1.173	14,4
Malattie infettive	27	13,9	27	5,88	581	11,7	611	7,6
Traumatismi e avvelenamenti	40	29,9	30	13,4	1.150	34,6	716	11,6

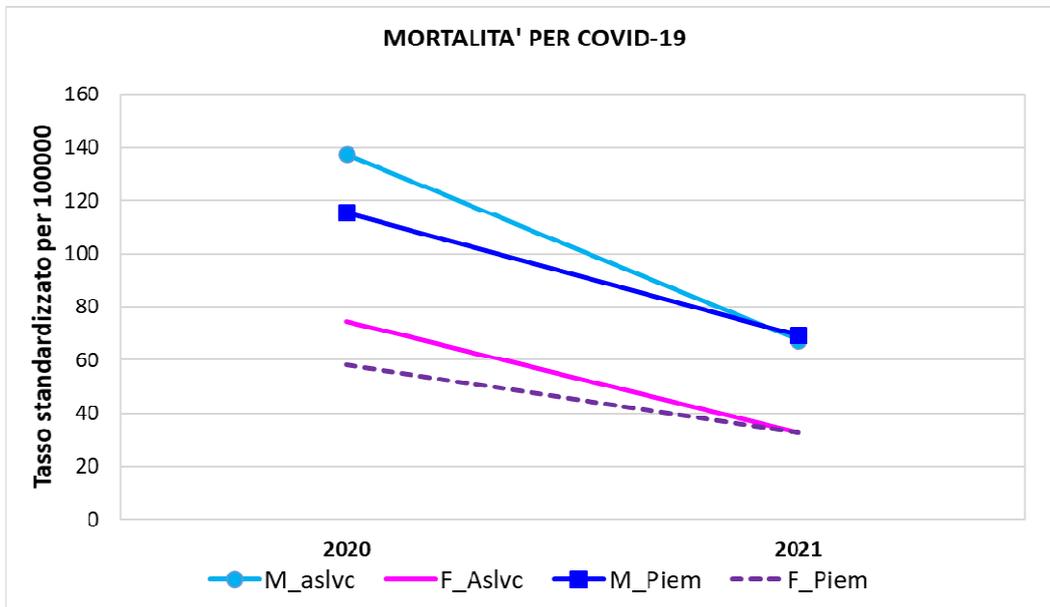
Analizzando l'andamento temporale dal 1991 al 2021 si osserva che la mortalità generale sia nella popolazione maschile sia in quella femminile è in sostenuta diminuzione dal 1991 (Grafico 10). Nell'ASL VC i tassi standardizzati di mortalità (Tasso Std) registrati per gli uomini sono infatti scesi da 1.037,4 decessi per 100.000 abitanti nel 1991 a 616,2 decessi per 100.000 abitanti nel 2021, e quelli delle donne da 581,9 nel 1991 a 390,8 nel 2021.

Grafico 10. Mortalità per tutte le cause - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



Nel 2021 la mortalità per Covid-19, sia nella popolazione maschile sia in quella femminile, si è notevolmente ridotta rispetto al 2020, sia per l'ASL (M: -50.9%; F: -56.3%) che per la Regione Piemonte (M: -39.9%; F: -44.1%) come evidenzia l'andamento temporale dei tassi standardizzati (Grafico 11).

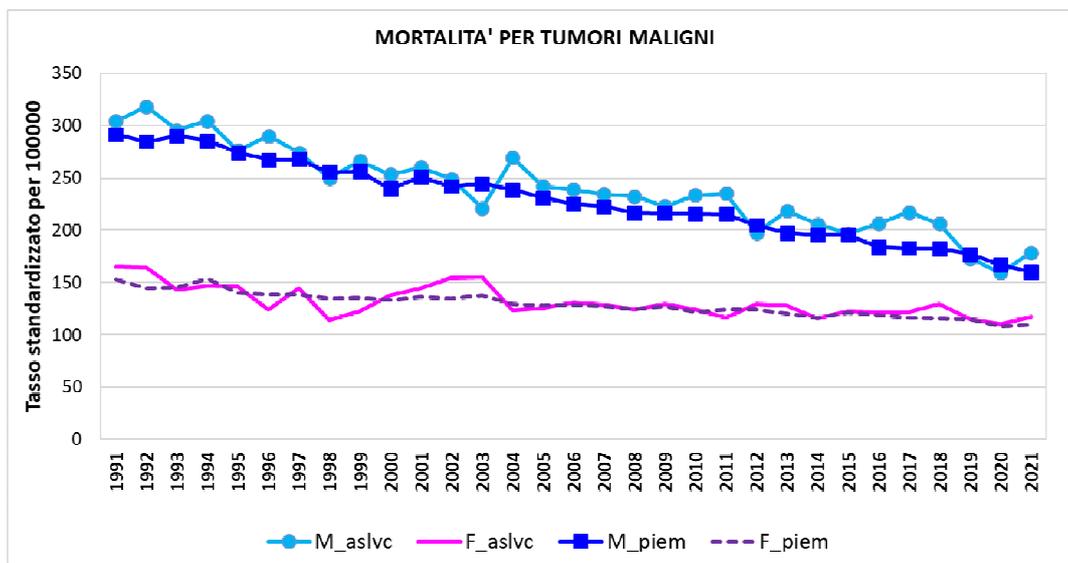
Grafico 11 - Mortalità per Covid-19 - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



La mortalità per tumori maligni sia nella popolazione maschile sia in quella femminile è in diminuzione dal 1991, seppur con un andamento meno marcato nelle femmine (Grafico 12). A livello regionale i tassi standardizzati di mortalità registrati per i maschi sono scesi da 291.8 decessi per 100000 abitanti nel 1991 a 160.5 decessi per 100000 abitanti nel 2021, nella popolazione femminile da 153.0 nel 1991 a 109.7 nel 2021

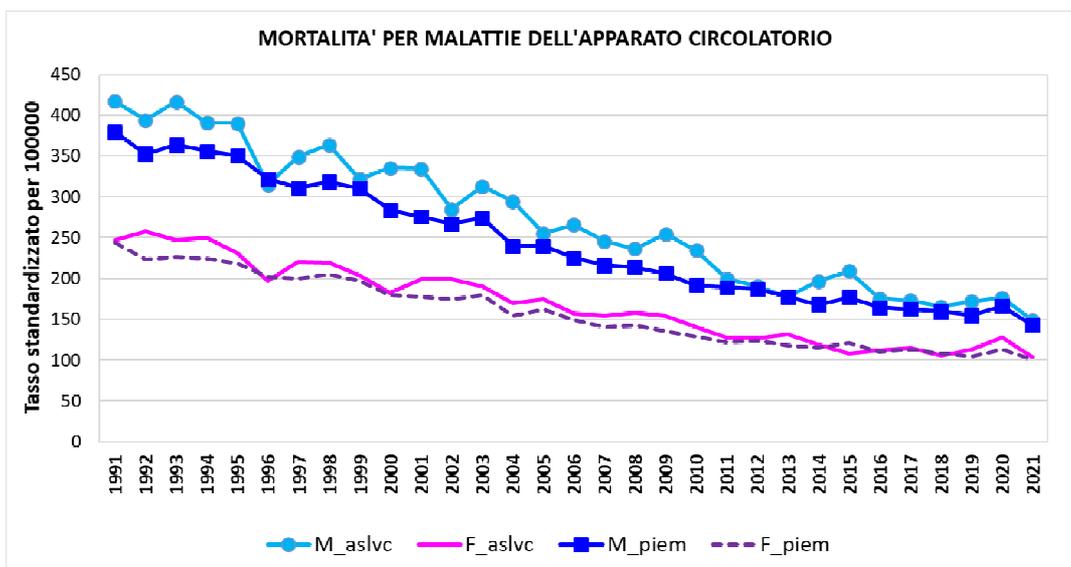
Seppure con una maggiore variabilità dovuta alle minori numerosità, la stessa diminuzione è chiaramente visibile nella popolazione dell'ASL di Vercelli.

Grafico 12 - Mortalità per Tumori maligni - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



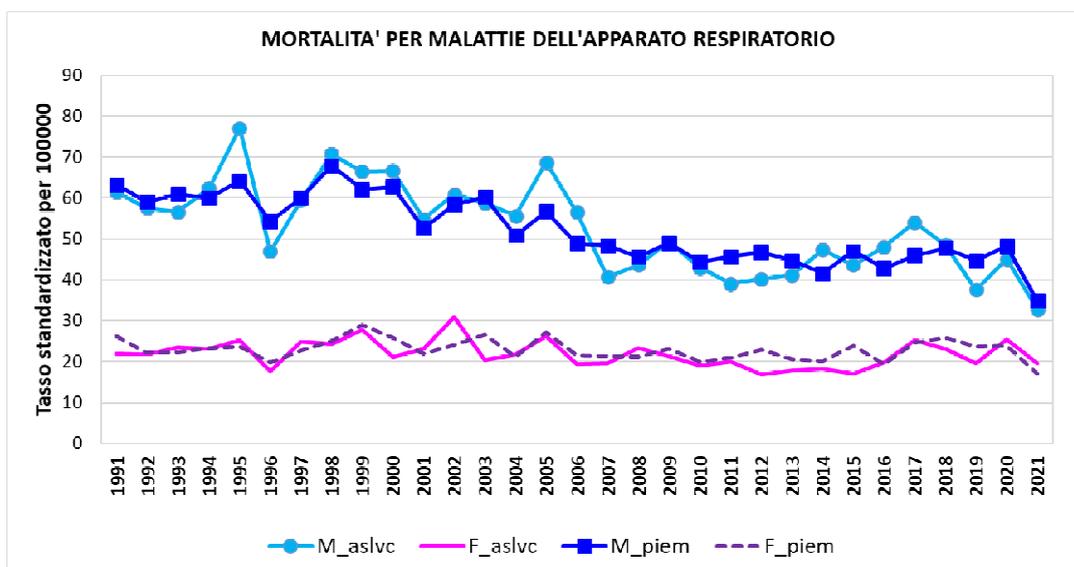
La mortalità per malattie dell'apparato circolatorio presenta un trend in costante diminuzione dal 1991 al 2021, sia per Asl di Vercelli che per il Piemonte in entrambi i sessi (Grafico 13). dal 1991 nell'Asl di Vercelli la mortalità per queste malattie si è ridotta del 64.3% per gli uomini e del 57.9% per le donne. Valori simili si evidenziano anche a livello regionale. Il tasso standardizzato di mortalità per malattie cardiocircolatorie nelle donne, sia a livello regionale che a livello di Asl, è inferiore quello degli uomini, su tutto il periodo considerato, ma il trend di riduzione è meno accentuato tanto da poter prevedere a breve una confluenza.

Grafico 13 - Mortalità per Malattie dell'apparato cardiocircolatorio - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



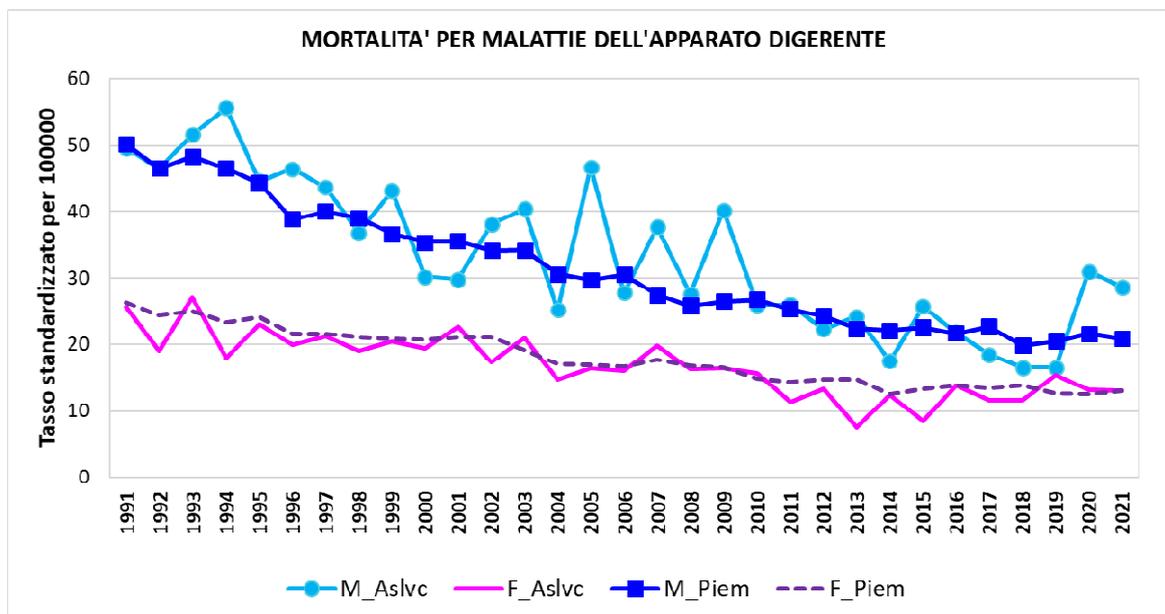
La mortalità per malattie dell'apparato respiratorio dal 1991 al 2021 presenta per gli uomini un trend in costante diminuzione sia a livello regionale che a livello di Asl. Le donne, che mostrano dei tassi di mortalità sempre inferiori a quelli degli uomini, non presentano variazioni sul periodo in studio. Anche in questo caso si può facilmente ipotizzare che il determinante principale sia la differenza negli andamenti temporali della prevalenza di fumatori.

Grafico 14 - Mortalità per Malattie dell'apparato respiratorio - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



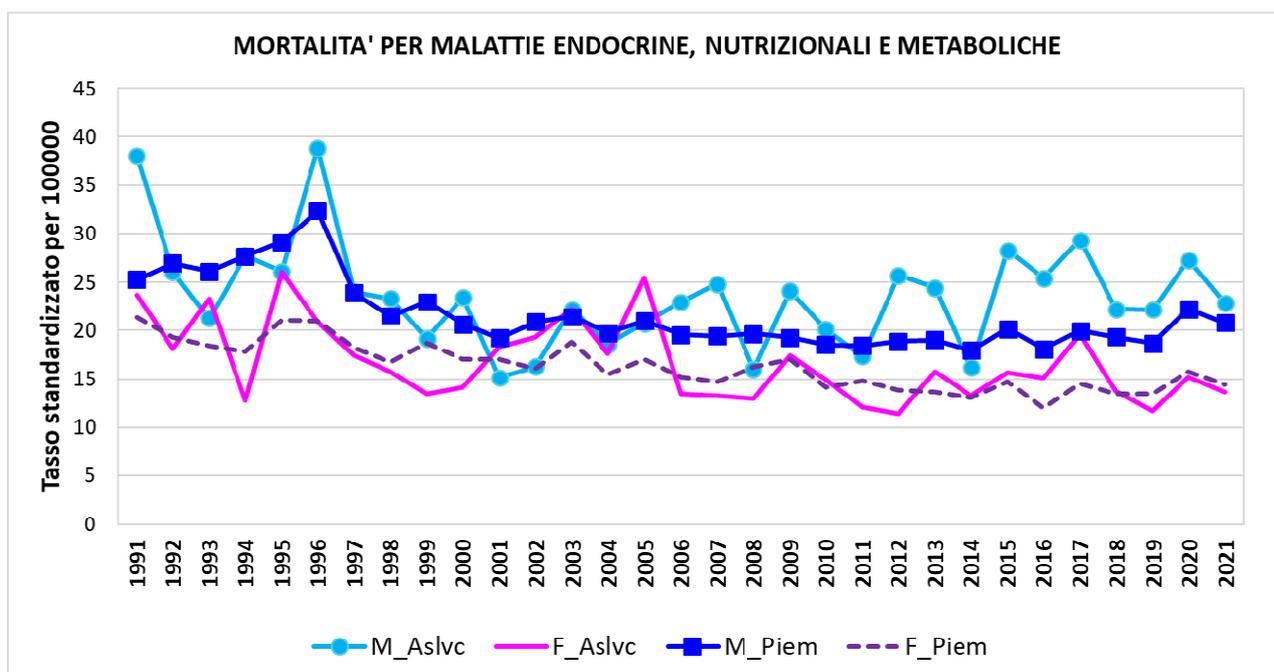
La mortalità per le malattie dell'apparato digerente è in continua diminuzione dal 1991, sia per Asl di Vercelli che per la Regione Piemonte. Le fluttuazioni più marcate che si evidenziano, nel trend dell'Asl di Vercelli rispetto alla Regione, sono dovute al basso numero di eventi osservati, 48 decessi per i maschi e 36 per le femmine.

Grafico 15 - Mortalità per Malattie dell'apparato digerente - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



Il trend di mortalità dal 1991 al 2020 per le malattie dell'apparato endocrino presenta fluttuazioni marcate per entrambi i sessi sia a livello di Asl che a livello regionale, a causa del basso numero di eventi osservati. Anche la differenza tra il tasso standardizzato di mortalità tra uomini e donne appare poco marcato.

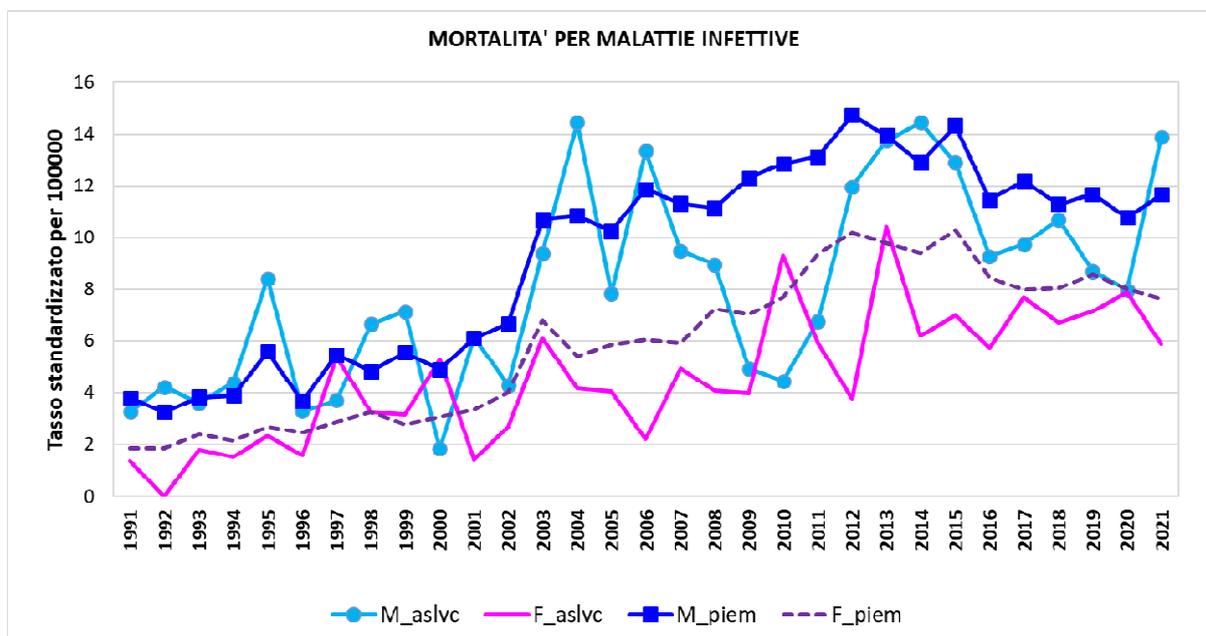
Grafico 16 - Mortalità per Malattie endocrine, nutrizionali e metaboliche - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



Dal 1991 al 2021 il tasso standardizzato di mortalità per le malattie infettive presenta un trend in crescita, seppur caratterizzato da fluttuazioni marcate a causa del basso numero di eventi osservati, per entrambi i sessi sia a livello di ASL che a livello regionale. Una possibile spiegazione di questa tendenza abbastanza inaspettata è l'aumento di decessi

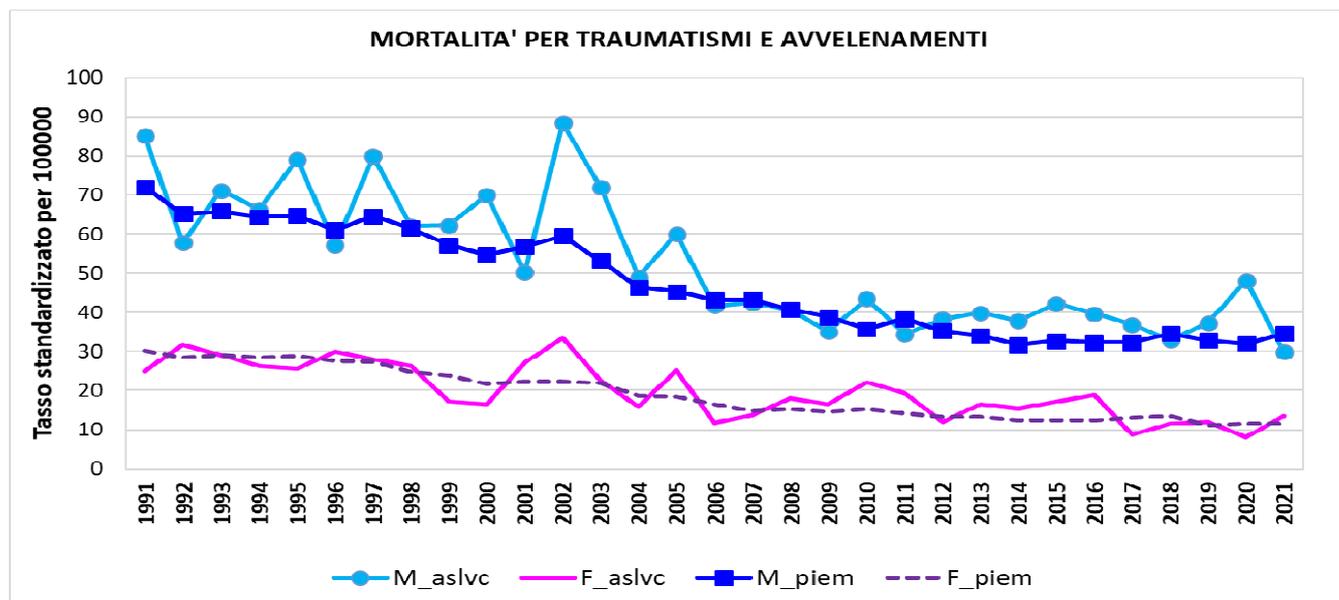
attribuibili alla resistenza agli antibiotici che è documentato in Europa, e specialmente in Italia, già nello scorso decennio².

Grafico 17 - Mortalità per Malattie infettive - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021



Dal 1991 al 2021 il tasso di mortalità per traumatismi e avvelenamenti presenta un trend in diminuzione, caratterizzato da fluttuazioni marcate per entrambi i sessi sia a livello di ASL che a livello regionale, a causa del basso numero di eventi osservati.

Grafico 18 - Mortalità per traumatismi e avvelenamenti - Tasso standardizzato per 100.000 abitanti - Maschi - Femmine - ASL VC e Piemonte - Anni 1991-2021

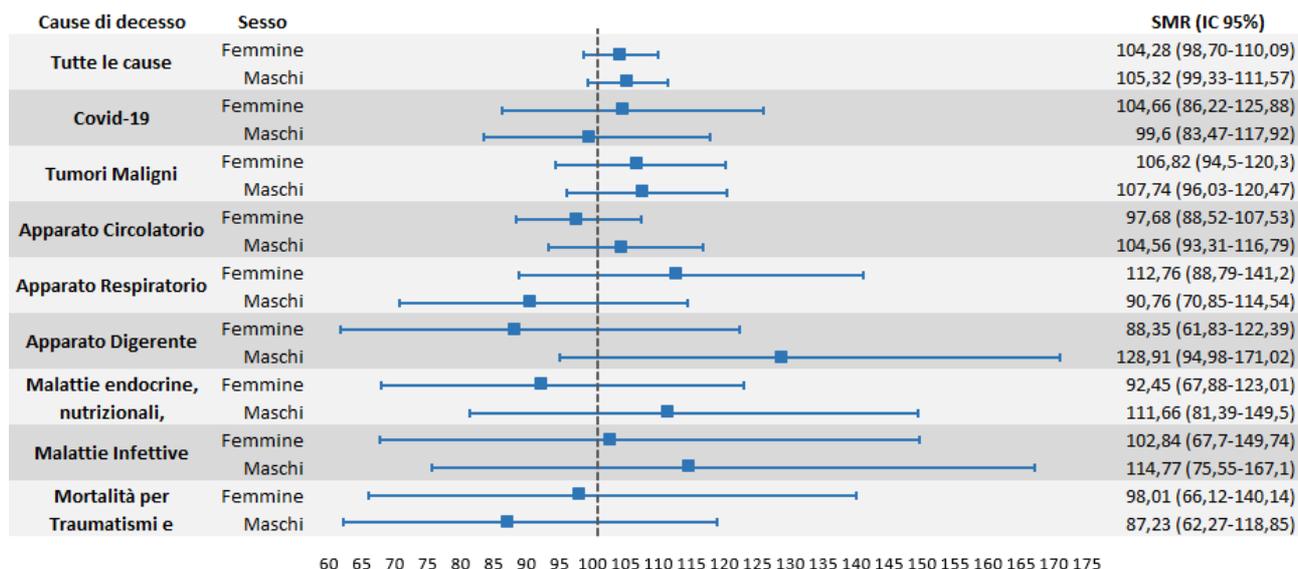


² Cassini A et al. Attributable deaths and disability-adjusted life-years caused by infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU and the European Economic Area in 2015: a population-level modelling analysis. Lancet 2018; 19 : 56-66.

Il grafico 19 permette di avere una visione di insieme della mortalità per le principali cause di morte considerate, dell'ASL di Vercelli rispetto alla Regione, attraverso la misura del SMR (Standardized Mortality Ratio) e relativo intervallo di confidenza.

Gli SMR rappresentano l'eccesso, o il difetto, di mortalità dell'Asl di Vercelli rispetto a quella piemontese, che è rappresentata dal 100. Ad esempio, un SMR di 120 rappresenta un eccesso di mortalità del 20%, mentre uno di 90, un difetto del 10%. I dati sono standardizzati per neutralizzare l'effetto della differenza di struttura per età della popolazione.

Grafico 19 – Rischio di decesso per alcune delle principali cause di morte nell'ASL di Vercelli in confronto con la Regione, suddivisa per Maschi – Femmine - SMR e IC al 95%, anno 2021



Ad esempio, considerando la mortalità per tumori maligni, notiamo che nell'ASL di VC le donne hanno un aumento del rischio pari al 6.8% di morire per causa tumorale rispetto alla Regione Piemonte (SMR:106.82, I.C.:94.5-120.3), ma tale aumento non è statisticamente significativo come si vede dall'intervallo di confidenza del SMR che non contiene il valore 100.

Osservando il grafico si nota come nel 2021 nell'ASL di Vercelli, sia per gli uomini che per donne, nessuna delle cause di morte considerate presenti un aumento o una riduzione percentuale di mortalità statisticamente significativa rispetto alla Regione Piemonte. Questa assenza di significatività, pur in presenza di differenze, è dovuta da un lato alla dimensione di queste differenze, dall'altro alla bassa numerosità dei decessi a Vercelli. Il raggruppamento delle annualità, come presente nel report "Mortalità e cause di morte nell'ASL di Vercelli 1991-2017" dell'Osservatorio Epidemiologico, permette una analisi meno influenzata dalla variabilità causale.

CRONICITÀ E VULNERABILITÀ

I principali documenti programmatori del Servizio Sanitario Nazionale recentemente pubblicati (Piano Nazionale Cronicità e DM/77) invitano le Regioni e le Aziende sanitarie a dotarsi di strumenti di analisi del rischio di malattia della popolazione, sia da un punto di vista della cronicità che della fragilità. Per assolvere a questo compito, l'Osservatorio Epidemiologico dell'ASL di Vercelli ha elaborato alcune analisi statistiche che vengono qui presentate.

La base dati di popolazione utilizzata proviene dal Sistema informativo AURA (archivio unico regionale degli assistiti - residenti) nell'ASL di Vercelli, in particolare dei soggetti in vita al 31/12/2022, per un totale di 162.893 soggetti. La presenza di malattie croniche fra i soggetti in esame è stata valutata utilizzando come fonti informative sanitarie le esenzioni ticket, le dimissioni ospedaliere e la prescrizione di farmaci (ricette rosse e file F) aggiornate a fine dicembre 2022.

I criteri per l'identificazione delle condizioni croniche provengono da uno studio italiano³ e sono stati adattati alla situazione vercellese (vd Allegato). Per classificare le patologie croniche in base all'elenco presentato in allegato, sono

³ Corrao et al. Protective action of natural and induced immunization against the occurrence of delta or alpha variants of SARS-CoV-2 infection: A test-negative case-control study. BMC Med. 20, 52 (2022)

stati utilizzati i codici ICD-9-CM per il flusso delle esenzioni e il flusso delle SDO, mentre sono stati utilizzati i codici ATC per il flusso dei farmaci.

Un soggetto è stato definito affetto da una malattia cronica se presentava durante l'anno almeno uno dei seguenti criteri: (i) un'esenzione per patologia o (ii) un ricovero ospedaliero per patologia cronica registrato nella diagnosi principale o nelle diagnosi secondarie, oppure (iii) almeno 3 prescrizioni di farmaci specifici.

I dati presenti negli archivi ASL hanno permesso di classificare i residenti in base alla presenza o meno di una cronicità, consentendo di calcolare la prevalenza delle singole malattie croniche (micro categorie) e delle categorie di diagnosi (macro categoria).

Ad esempio, la macro categoria **Diseases of the respiratory system (tabella S1)** comprende le seguenti micro categorie:

- *Chronic obstructive pulmonary disease, asthma,*
- *Chronic respiratory disease*
- *Cystic fibrosis*
- *Other diseases of the respiratory system*

Il 39% degli assistiti residenti (n=63101) presentano almeno una malattia cronica mentre il 61% (n= 162893) non presentano alcuna patologia cronica .

L'ambito territoriale Nord (ex distretto di Valsesia) e Sud (ex distretto di Vercelli) presentano una prevalenza simile di soggetti con almeno una cronicità, pari al 39%, mentre se si considerano solo i soggetti anziani, di 65 anni e più, e si analizzano separatamente i due territori si nota che la prevalenza di soggetti con almeno una patologia cronica è pari al 76,6% nell'area Nord e 71,6% nell'area Sud (Tabella 6).

Tabella 6. Distribuzione dei soggetti sani e con almeno una cronicità, stratificati per classi di età e suddivisi per ambito territoriale.

Classi di età'	Ambito territoriale															TOTALE		
	Sud (ex distretto di Vercelli)						Nord (ex distretto della Valsesia)						TOTALE					
	Cronicità			TOTALE			Cronicità'			TOTALE								
	Soggetti sani			Soggetti con almeno una patologia cronica			Soggetti sani			Soggetti con almeno una patologia cronica								
	N.	%C	%R	N.	%C	%R	N.	%C	%R	N.	%C	%R			N.			%C
0-14	10543	17.6	93.2	775	2.1	6.8	11318	11.6	6108	15.4	93.9	400	1.6	5.1	6508	10.0	17826	10.9
15-24	7513	12.5	89.0	924	2.4	11.0	8437	8.6	5023	12.6	88.7	639	2.5	11.3	5862	8.7	14099	8.7
25-34	8532	14.2	85.3	1485	3.9	14.7	9997	10.2	4887	12.3	84.4	901	3.6	15.6	5788	8.9	15785	9.7
35-44	9090	15.1	80.3	2230	5.9	19.7	11320	11.6	5156	13.0	78.1	1447	5.7	21.9	6803	10.1	17923	11.0
45-54	9938	16.6	68.3	4611	12.2	31.7	14549	14.9	7160	18.0	70.7	2961	11.7	29.3	10121	15.5	24670	15.1
55-64	7987	13.3	50.4	7858	20.8	49.6	15845	16.2	5900	14.8	54.1	4999	19.7	45.9	10899	16.7	26744	16.4
65-74	3902	6.5	31.0	8677	23.0	69.0	12579	12.9	3216	8.1	35.4	5864	23.2	64.6	9080	13.9	21659	13.3
75-84	1714	2.9	18.8	7415	19.6	81.2	9129	9.3	1605	4.0	23.1	5348	21.1	75.9	6953	10.7	16082	9.9
>=85	791	1.3	17.1	3827	10.1	82.9	4618	4.7	727	1.8	20.8	2760	10.9	79.2	3487	5.4	8105	5.0
TOTALE	60010	100.0	61.4	37782	100.0	38.6	97792	100.0	39782	100.0	61.1	25319	100.0	38.9	65101	100.0	162893	100.0

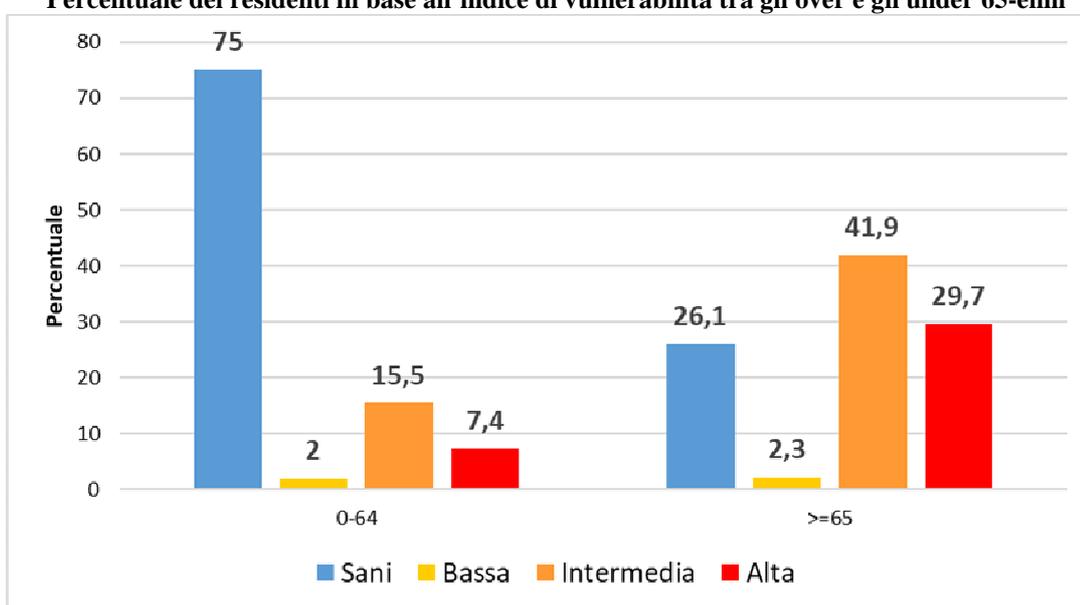
Le malattie croniche riportate nell'allegato sono state successivamente riclassificate in base a un *indice di vulnerabilità*, creato per tener conto dell'aumento del rischio di contrarre una forma grave di COVID-19, ma che viene riconosciuto come indicatore generico di vulnerabilità.

- I soggetti con **indice di vulnerabilità "3"** corrispondono alla classificazione data dal Ministero della Salute di individui "estremamente vulnerabili" ad **alto** rischio di contrarre forme gravi di malattia COVID-19.
- **L'indice di vulnerabilità "2"** corrisponde ai soggetti "fragili" secondo la suddetta classificazione con un rischio **intermedio** di contrarre forme gravi di malattia COVID-19 rispetto alla popolazione generale.
- I soggetti con **indice di vulnerabilità "1"** considerato **basso** e, pertanto, possono essere assimilati alla popolazione generale.

Tabella 7. Distribuzione dei residenti in base all'indice di vulnerabilità stratificati per classi di età

eta_cl	Indice di vulnerabilità								TOTALE	
	sani		1 - bassa		2 - Intermedia		3 - Alta			
	N.	%R	N.	%R	N.	%R	N.	%R	N.	%C
0-4	4750	94,5	34	0,7	125	2,5	118	2,3	5027	3,1
5-18	16759	92	109	0,6	967	5,3	384	2,1	18219	11,2
19-34	21097	86,2	401	1,6	2267	9,3	699	2,9	24464	15
35-64	45231	65,2	1793	2,6	14807	21,4	7506	10,8	69337	42,6
65-74	7118	32,9	510	2,4	8413	38,8	5618	25,9	21659	13,3
75-84	3319	20,6	353	2,2	7053	43,9	5357	33,3	16082	9,9
>=85	1518	18,7	188	2,3	3747	46,2	2652	32,7	8105	5
TOTALE	99792	61,3	3388	2,1	37379	22,9	22334	13,7	162893	100

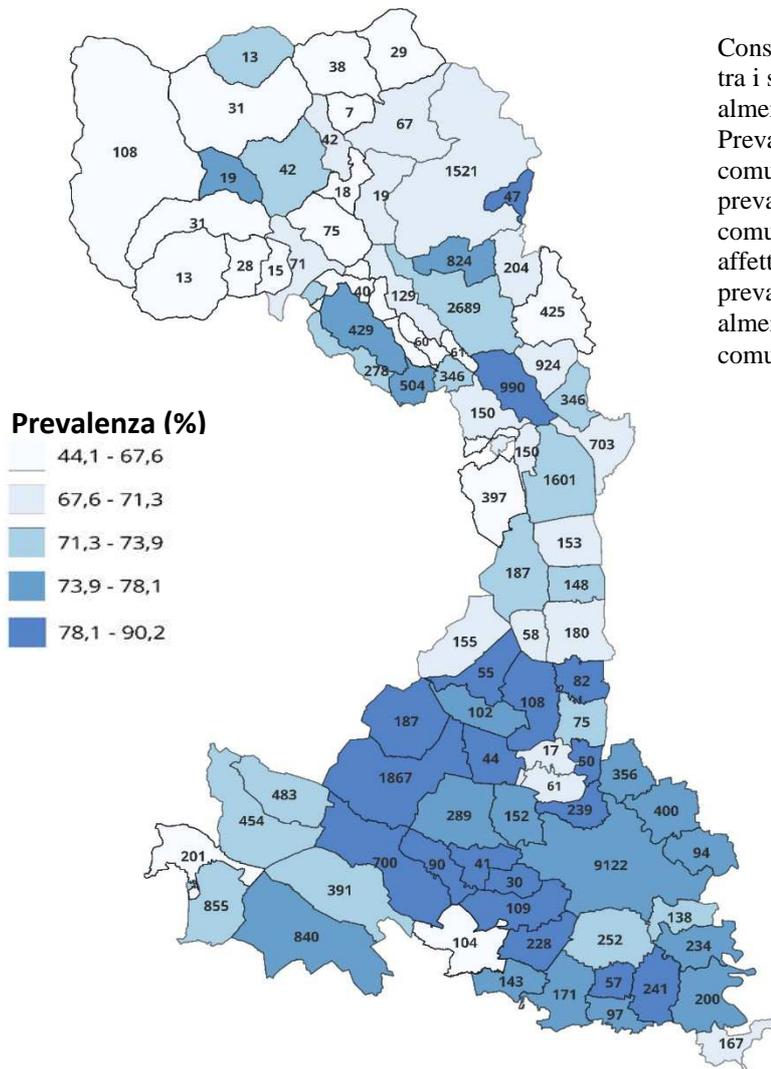
Grafico 20. Percentuale dei residenti in base all'indice di vulnerabilità tra gli over e gli under 65-enni



All'aumentare dell'età aumenta, come atteso, l'indice di vulnerabilità, soprattutto a carico dei soggetti più anziani (Tabella 7). Considerando gli over 65 notiamo che il 41,9% presenta un indice di vulnerabilità intermedia mentre il 29,7%, pari a 13627 soggetti, un indice di vulnerabilità alto (Grafico 20).

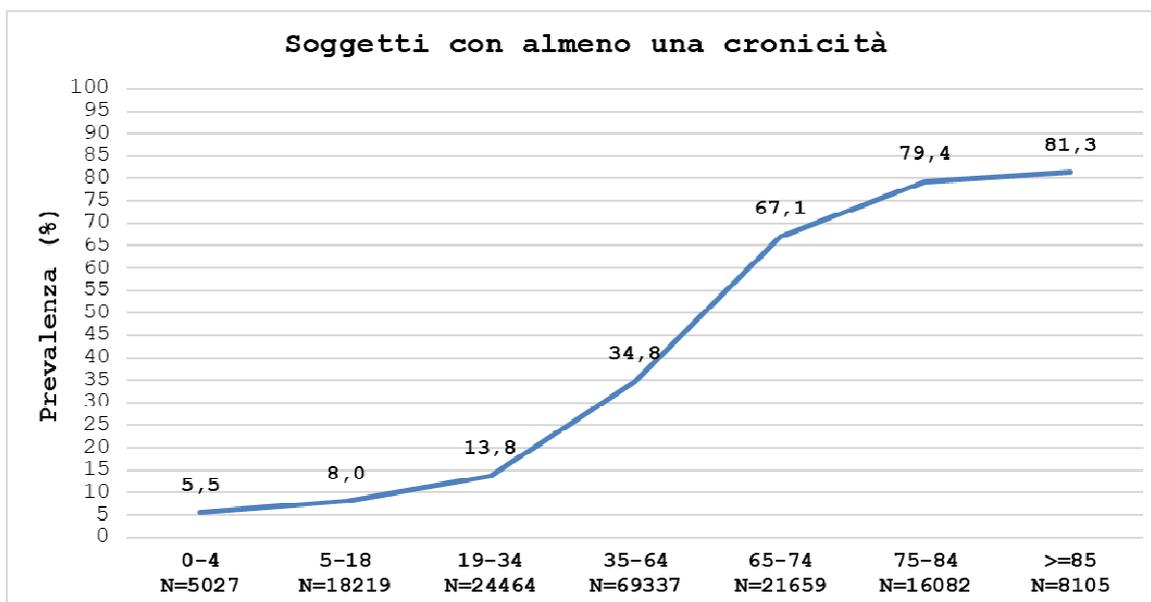
La figura 5 presenta la mappa del territorio dell'ASL di VC suddivisa per comune, in cui per ognuno di essi verrà presentato un gradiente di colore in base alla prevalenza, espressa in percentuale, di almeno una patologia cronica nei soggetti over 65 anni.

Figura 5. Numero e Prevalenza (gradiente di colore) di soggetti over 65 anni con almeno una patologia cronica suddivisa per comune



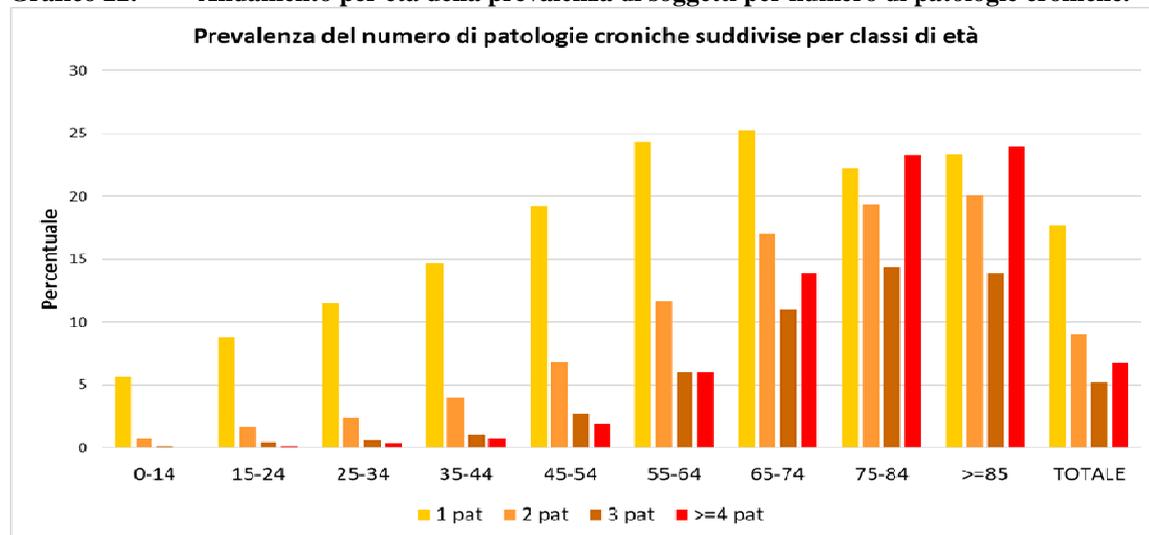
Considerando l'intero territorio dell'ASL, tra i soggetti over 65, il 73.9% presenta almeno una patologia cronica. Prevalenze diverse si osservano nei vari comuni dell'ASL, a partire da una prevalenza non inferiore al 44.1% nel comune di Pila con un numero di soggetti affetti pari a 15, fino ad arrivare ad una prevalenza del 90.2% di soggetti affetti da almeno una cronicità (55 soggetti) nel comune di Balocco.

Grafico 21. Prevalenza di soggetti con almeno una patologia cronica per classe di età.



Il grafico 21 descrive l'andamento per età della prevalenza di malattie croniche. Come atteso, all'aumentare dell'età aumentano i soggetti cronici e i soggetti affetti da di più patologie contemporaneamente, soprattutto tra i grandi anziani (75-84 anni) e i veri anziani (>=85 anni).

Grafico 22. Andamento per età della prevalenza di soggetti per numero di patologie croniche.



STILI DI VITA E FATTORI DI RISCHIO COMPORTAMENTALI DELLE MALATTIE CRONICHE NON TRASMISSIBILI

In periodo post-pandemico, le malattie croniche non trasmissibili (MCNT) costituiscono la principale causa di morbosità, disabilità e mortalità in quasi tutto il mondo e il loro impatto provoca danni umani, sociali ed economici elevati. Si tratta di un ampio gruppo di malattie, che comprende le cardiopatie, l'ictus, il cancro, il diabete e le malattie respiratorie croniche.

Alla base di queste malattie vi sono fattori di rischio comuni comportamentali e modificabili, come alimentazione poco sana, consumo di tabacco, abuso di alcol, mancanza di attività fisica. Questi sono a loro volta causa di quelli che vengono definiti fattori di rischio intermedi, ovvero l'ipertensione, la glicemia elevata, l'eccesso di colesterolo e l'obesità.

Almeno l'80% di tutti i casi di malattie cardiache, ictus e diabete di tipo 2 e almeno un terzo dei casi di cancro sono causati da questi fattori di rischio, che quindi si possono prevenire.

Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) è una sorveglianza in Sanità Pubblica, che dal 2008 in Italia raccoglie in continuo informazioni sugli stili di vita e fattori di rischio comportamentali, della popolazione adulta fra i 18 e i 69 anni d'età, connessi all'insorgenza della malattie croniche non trasmissibili.

Percezione del proprio stato di salute. Dati Sorveglianza Passi 2022-2023

La Sorveglianza Passi, nella ASL di Vercelli nel periodo 2022-2023 per quanto riguarda la "percezione del proprio stato di salute", rileva che il 72,8% (IC_{95%} 69,2-76,1) del campione di popolazione intervistato fra i 18 e i 69 anni d'età, ritiene buone le proprie condizioni di salute dichiarando di essersi sentito "bene/molto bene" negli ultimi 30 giorni, in analogia a quanto rilevato in regione (Piemonte 71,8% con IC_{95%} 70,6 -72,9). Le persone affette da almeno una patologia cronica che hanno dichiarato di essersi sentite "bene/molto bene" negli ultimi 30 giorni, nella ASL, scendono al 53,8% (IC_{95%} 45,2-62,2) in Piemonte al 46,9% (IC_{95%} 43,9-49,9).

Per quanto riguarda la "salute mentale" invece l'8,4% (IC_{95%} 6,3-11,0) del campione riferisce di aver avuto "sintomi di depressione nelle due ultime settimane", percentuale più alta rispetto al pool delle ASL a livello regionale (Piemonte 6,1 con IC_{95%} 5,5-6,7).

Principali fattori di rischio legati agli degli stili di vita. Dati Sorveglianza Passi 2022-2023

La "Sorveglianza PASSI" per quanto riguarda il biennio 2022-2023 ha indagato fra gli altri aspetti l'attività fisica, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, le abitudini alimentari e la situazione nutrizionale.

L'indagine mostra come gli intervistati abbiano uno stile di vita peggiore rispetto a quello regionale per:

- prevalenza dell'abitudine al fumo, pari al 30,4% degli intervistati rispetto al 26,3% regionale;
- prevalenza del consumo di alcol ad alto rischio, pari al 29,0% degli intervistati, dato superiore con differenza statisticamente significativa rispetto al dato regionale che risulta pari al 23,2%.

La prevalenza di sedentari invece è risultata inferiore a quella regionale in modo statisticamente significativo, 11,7% vs 16,4%, così come la prevalenza del consumo di 5 porzioni di frutta e verdura al giorno, pari al 6,5%, inferiore significativamente rispetto a quella regionale, pari a 9,1% (Tabella 8).

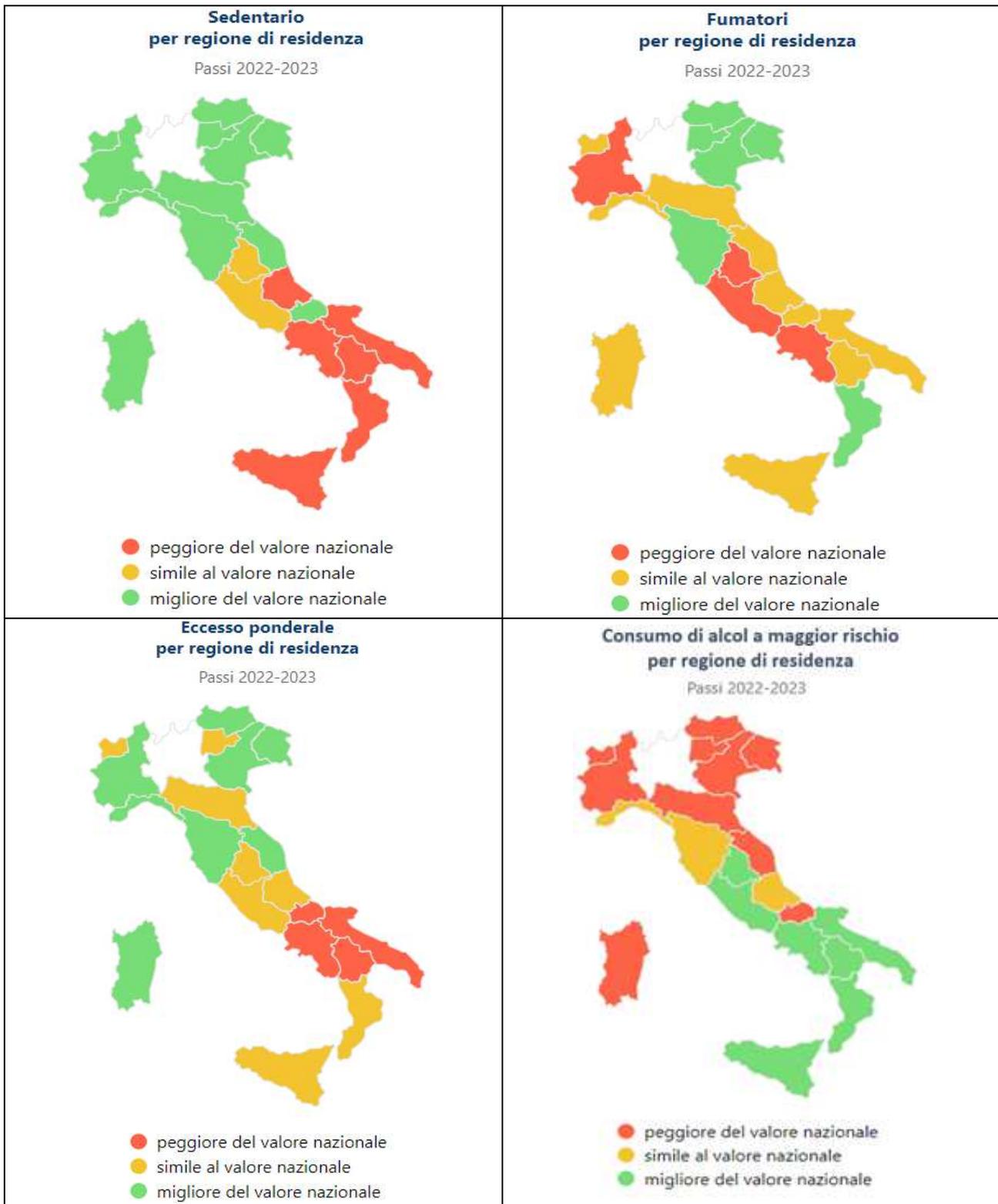
E' inferiore anche il consumo di 3 porzioni giornaliere di frutta e verdura pari al 50,3% (IC_{95%} 46,0-54,6) nella ASL vs il 55,5% (IC_{95%} 54,3-56,8) in Piemonte.

Tabella 8. Sorveglianza PASSI 2022-2023. Principali indicatori di stile di vita.

Indicatore	ASL VC	Regione Piemonte
Livello di attività fisica: - prevalenza di sedentari	11,7% (IC _{95%} 9,3-14,5)	16,4% (IC _{95%} 15,5-17,5)
Uso di tabacco: - prevalenza di fumatori	30,4% (IC _{95%} 26,8-34,4)	26,3% (IC _{95%} 25,1-27,4)
Situazione nutrizionale: - prevalenza di persone in eccesso ponderale (sovrappeso e obesi)	39,8% (IC _{95%} 35,8-43,9)	38,8% (IC _{95%} 37,0-40,8)
Consumo di frutta e verdura: - prevalenza di persone che consumano almeno 5 porzioni di frutta e verdura al giorno (five a day)	6,5% (IC _{95%} 4,8-8,8)	9,1% (IC _{95%} 8,3-9,9)
Bevitori a rischio: - prevalenza di bevitori a rischio (Nuova definizione INRAN ⁴)	29,0% (IC _{95%} 25,7-32,7)	23,2% (IC _{95%} 22,1-24,2)

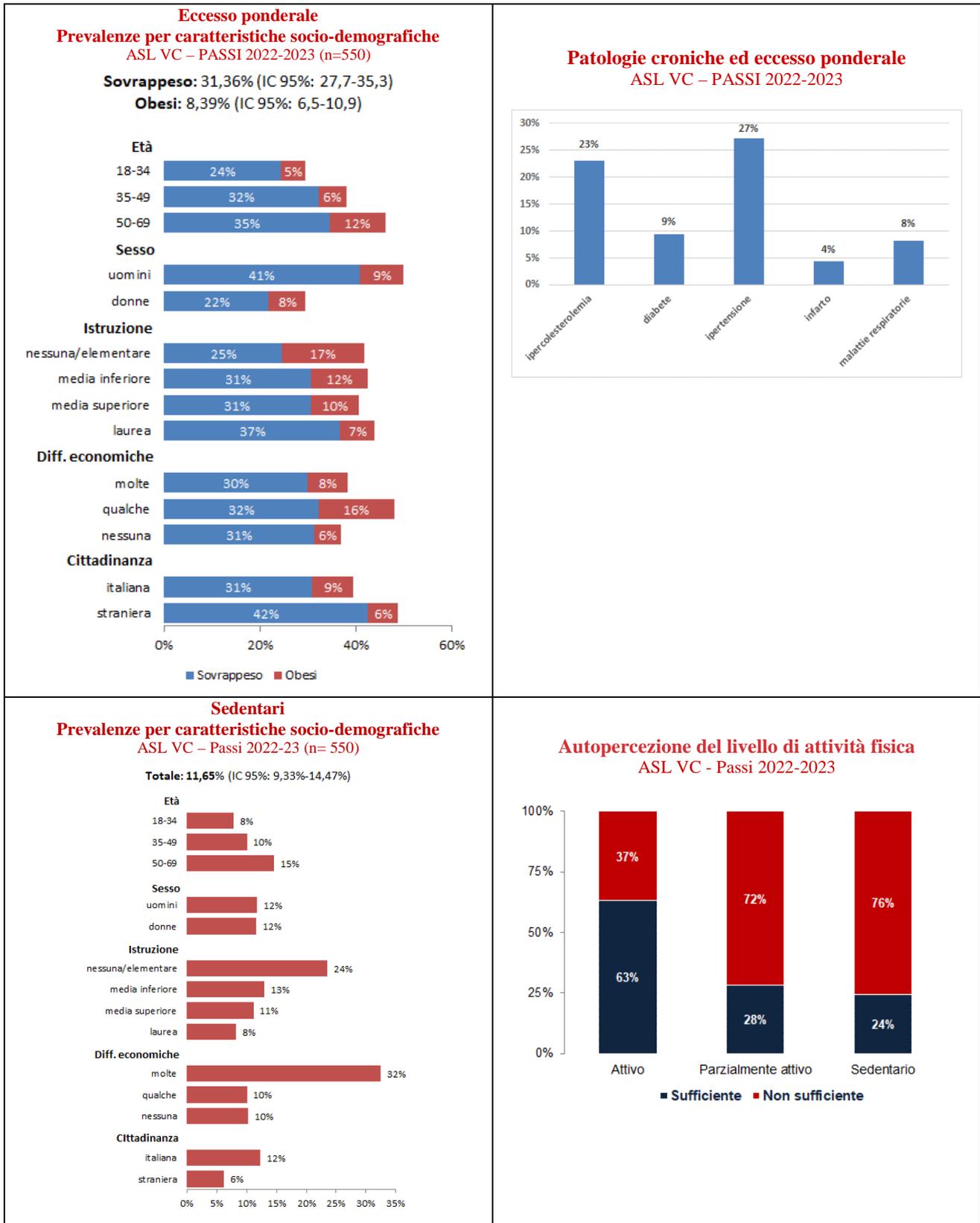
⁴ Per "consumo di alcol a maggior rischio" si intende: consumo abituale elevato (per gli uomini pari a più di 2 unità alcoliche medie giornaliere, corrispondenti a più di 60 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni, e per le donne pari a più di 1 unità alcolica media giornaliera, corrispondente a più di 30 unità alcoliche negli ultimi 30 giorni); consumo binge (consumo, almeno una volta negli ultimi 30 giorni, di 5 o più (per gli uomini) o 4 o più (per le donne) unità alcoliche in una singola occasione); consumo esclusivamente o prevalentemente fuori pasto.

Figura 6. Le regioni italiane e i principali fattori di rischio. Dati standardizzati



Le mappe della Figura 6 riportano le distribuzioni della prevalenza dei fattori di rischio comportamentali nelle varie regioni italiane nel biennio 2022-2023. Il Piemonte si presenta a maggior rischio per l'uso di tabacco e l'abuso di alcool.

Figura 7. Dati PASSI 2022-2023 ASL VC: Eccesso ponderale e attività fisica



Le figure 7, 8 e 9 riportano per il biennio 2022-2023:

- la distribuzione per caratteristiche socio-demografiche delle persone in eccesso ponderale e delle persone in eccesso ponderale con patologie;
- la distribuzione per caratteristiche socio-demografiche delle persone sedentarie e della percezione del proprio livello di attività fisica, che risulta non del tutto corretta;
- la distribuzione per caratteristiche socio-demografiche dei fumatori e le prevalenze di fumatori, ex fumatori e non fumatori a confronto fra ASL VC, Piemonte e Italia;
- la distribuzione per caratteristiche socio-demografiche dei consumatori di alcol a maggior rischio e la prevalenza di consumatori abituali, consumatori binge e consumatori fuori pasto.

Mentre i grafici da 23 a 27 riportano i trend delle prevalenze dei soggetti sedentari, dei soggetti in eccesso ponderale, dei fumatori e dei consumatori di alcol a maggior rischio dal 2008 al 2023.

Grafico 23. Prevalenza di sedentari suddivisi per classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) e per bienni dal 2008-2023

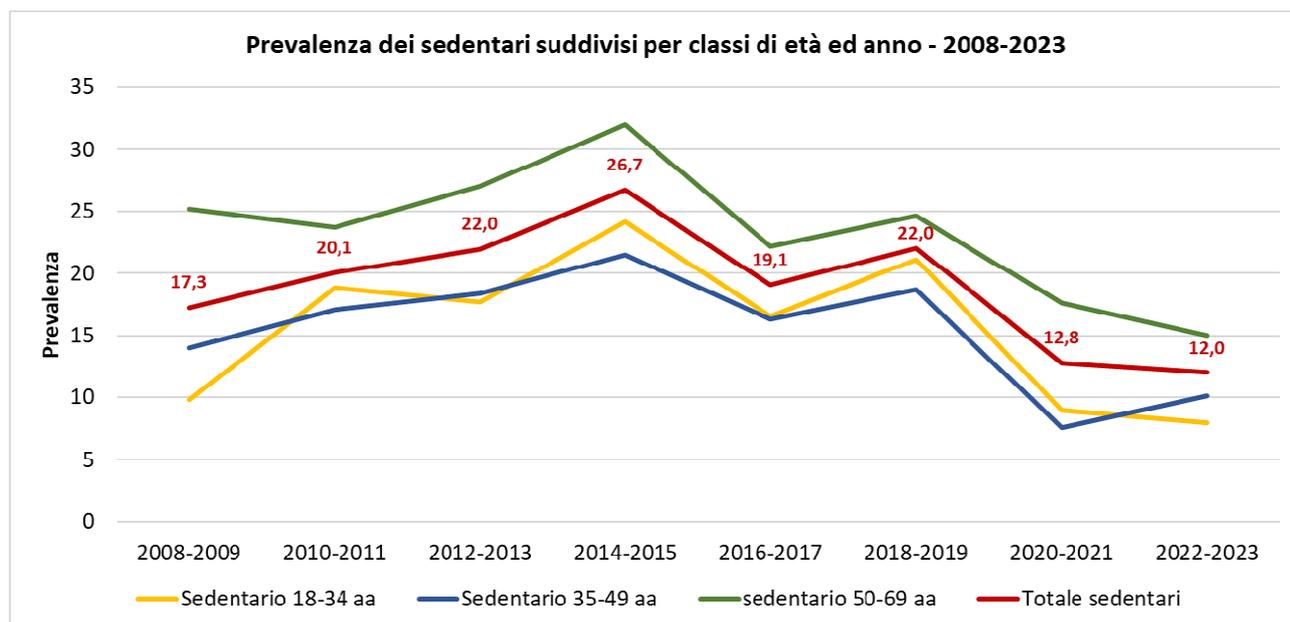


Grafico 24. Prevalenza dei soggetti in eccesso ponderale (sovrappeso e obesi) suddivisi per classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) e per bienni dal 2008-2023

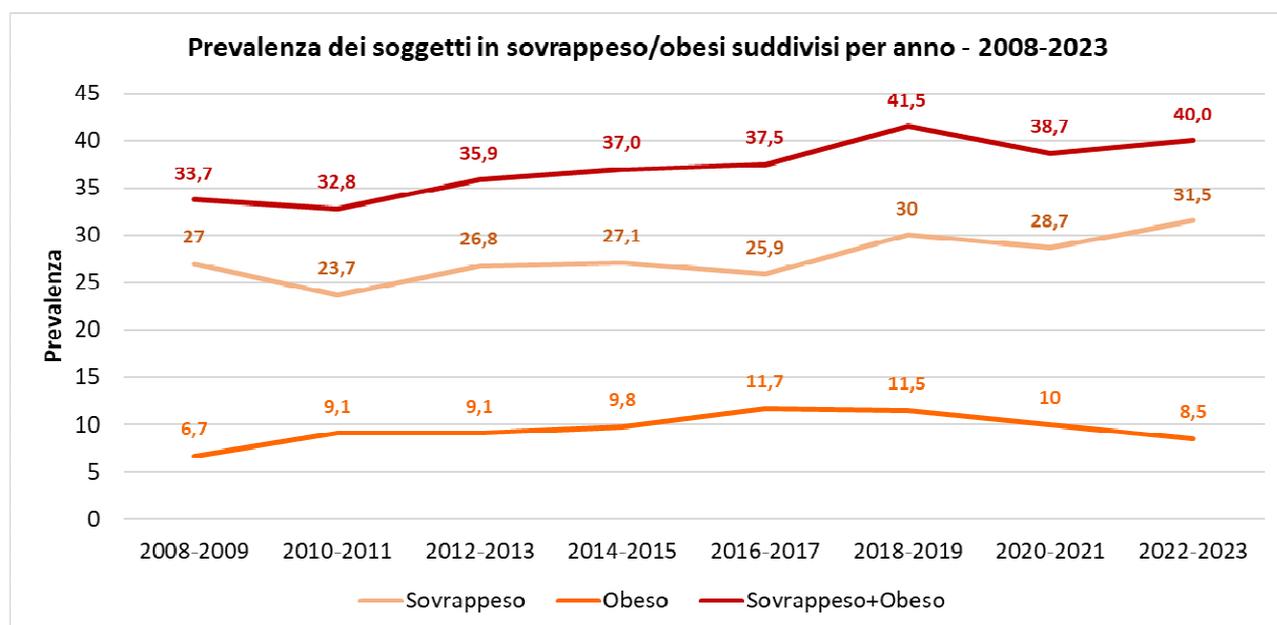


Figura 8. Dati PASSI 2022-2023 ASL VC: Uso di tabacco

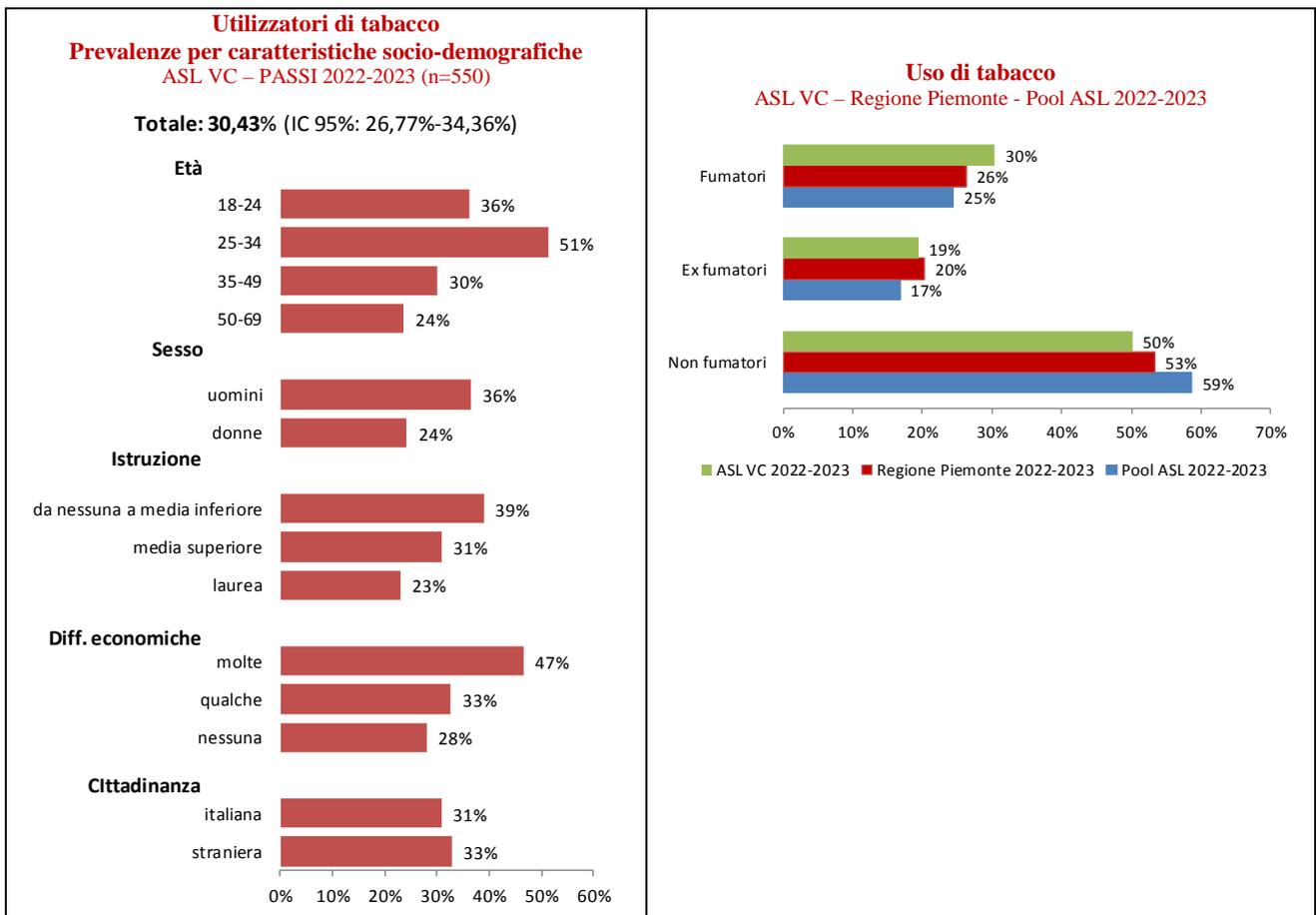


Grafico 25. Prevalenza di fumatori suddivisi per classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) e per bienni dal 2008-2023

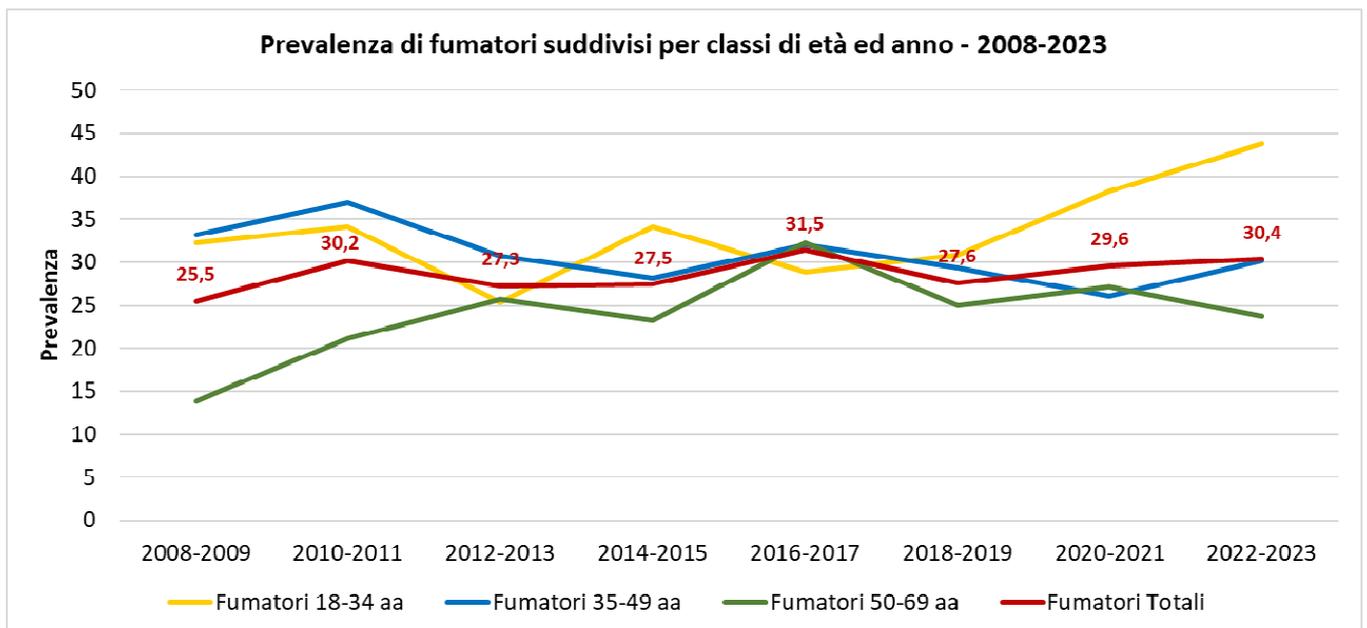
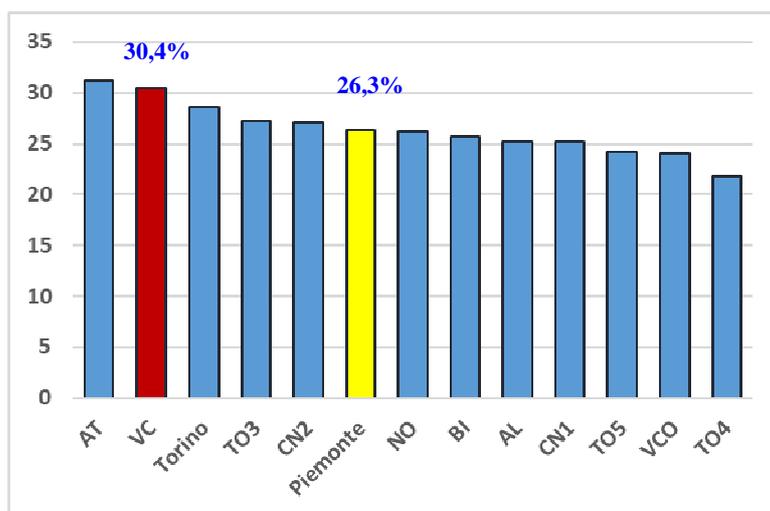


Grafico 26. Sorveglianza PASSI 2022-2023: Prevalenza Fumatori per ASL in Regione Piemonte



La maggior parte degli indicatori relativi ai fattori di rischio per malattie croniche vede l'ASL di Vercelli sfavorita rispetto alla Regione. Ma fra questi, il dato che descrive il maggiore problema di salute è senz'altro quello dei fumatori. Non solo la prevalenza dei fumatori è superiore del 4,1% rispetto a quella regionale, ma, dai dati 2022-2023, la prevalenza dell'ASL di VC è fra le più alte in Piemonte (Grafico 26).

Figura 9. Dati PASSI 2022-2023 ASL VC: consumo alcolico a maggior rischio

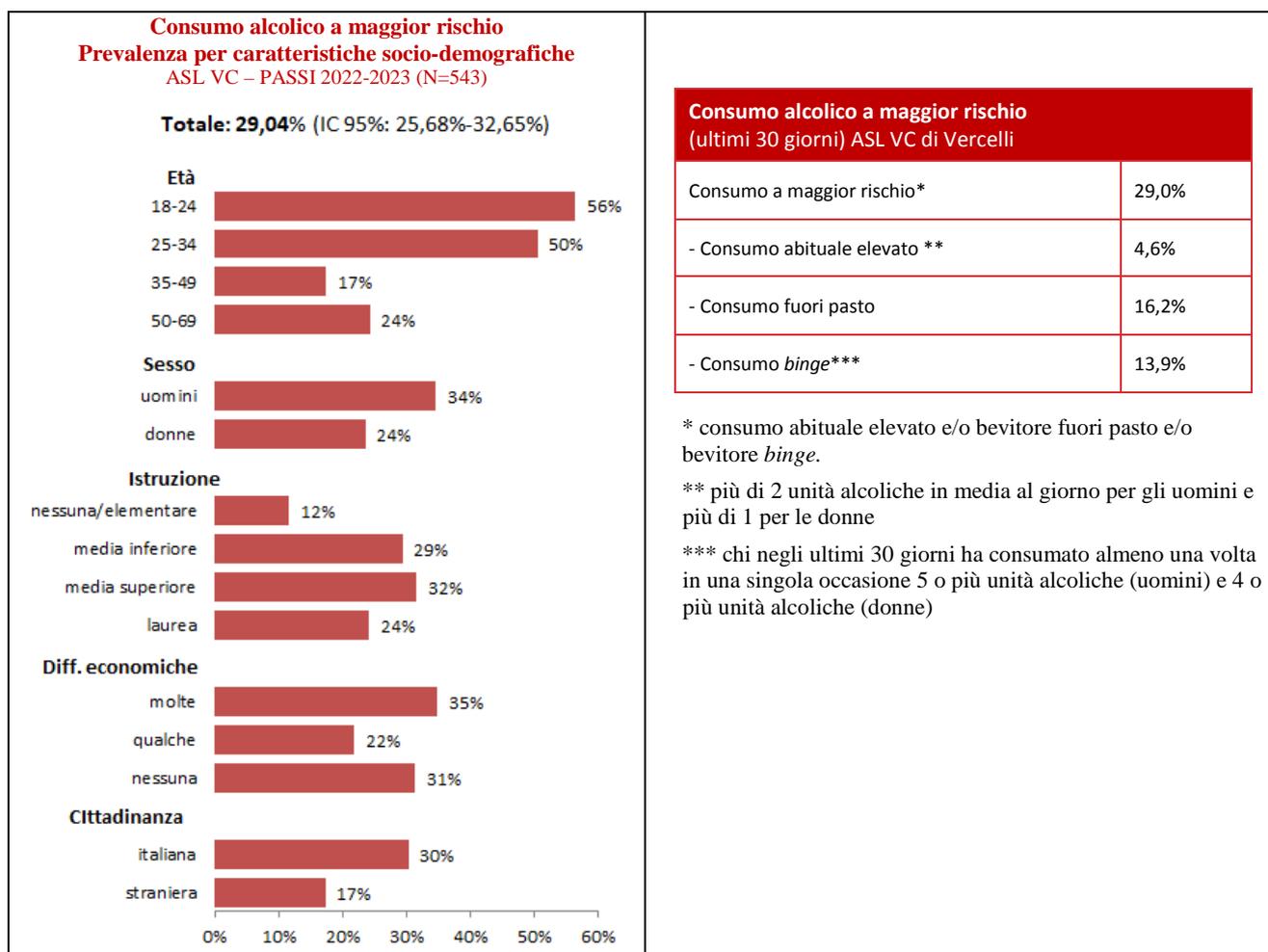
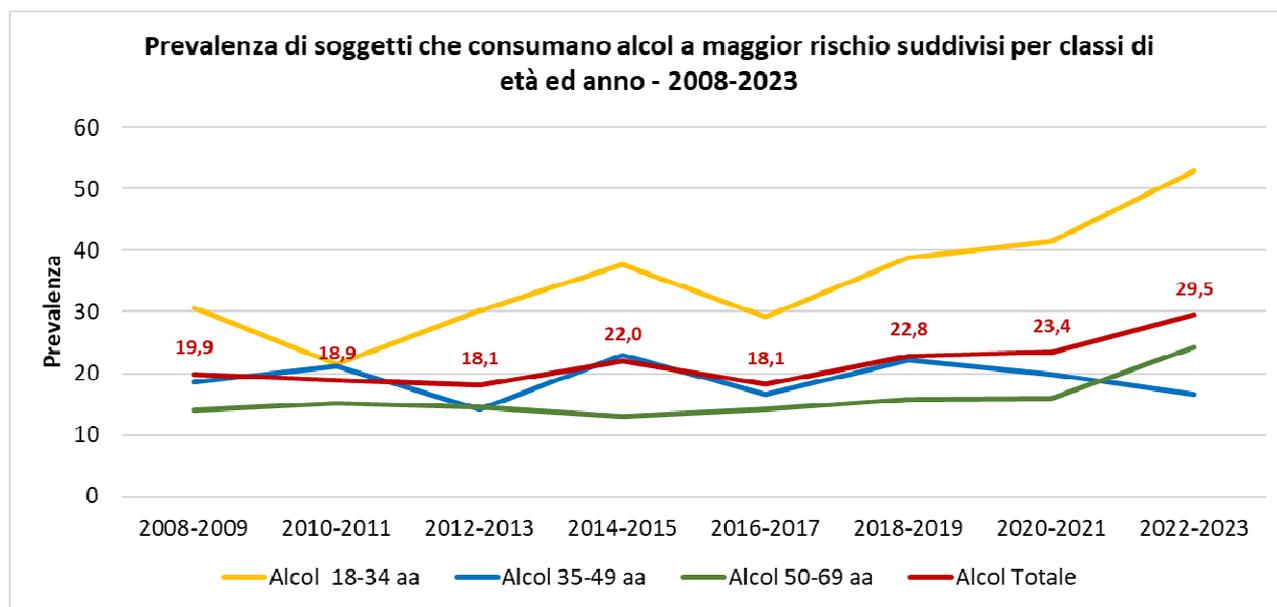


Grafico 27. Prevalenza di soggetti che consumano alcol a maggior rischio suddivisi per classi di età (18-34, 35-49, 50-69 anni) e per bienni dal 2008-2023



Gli interventi per promuovere la cessazione dell'uso del tabacco sono poco diffusi. Fra questi, i consigli degli operatori sanitari per sensibilizzare verso stili di vita salutari non raggiungono ancora il livello che il Piano nazionale di prevenzione richiede. La prevalenza del consiglio di smettere di fumare ai fumatori, previsto secondo il Piano regionale della prevenzione per il 2019 al 66%, risulta nella ASL VC pari a 56,02% superiore a quello regionale che si ferma al 52,96% (dati 2022-2023).

Passi analizza anche la consapevolezza che i cittadini hanno della propria condizione di rischio. In generale questa risulta bassa: ad esempio il 42% dei soggetti a rischio per sovrappeso e sedentarietà non ha una corretta percezione del proprio stato e così come circa il 40% dei soggetti che non hanno livelli adeguati di attività fisica.

QUALCHE RIFLESSIONE CONCLUSIVA

La popolazione dell'ASL di Vercelli presenta alcune caratteristiche che richiedono urgentemente attenzione:

- 1) una popolazione "vecchia" che invecchia rapidamente: l'indice di vecchiaia è superiore a quello regionale di 30 punti, con un indice di ricambio della popolazione attiva molto più negativo rispetto a quello regionale;
- 2) un miglioramento importante dell'aspettativa di vita alla nascita, che, nonostante un trend in crescita, non raggiunge ancora la media regionale;
- 3) questi due fattori spiegano l'aumento del "peso" delle malattie croniche per l'ASL, e rendono urgente lo sviluppo di un programma integrato socio-sanitario centrato sul territorio di gestione della cronicità, così come quello di un programma esteso di prevenzione primaria delle condizioni che aumentano il rischio di sviluppo di malattie croniche al fine di ridurre l'incidenza;
- 4) un impatto del COVID superiore a quello regionale, sia in termini di perdita di attesa di vita che di mortalità, seppure tornata ai valori regionali nel 2021, a testimoniare il precoce e importante impatto dovuto alla vicinanza con l'epicentro della epidemia italiana e la maggiore prevalenza di popolazione anziana;
- 5) una prevalenza di fattori di rischio per le malattie croniche non trasmissibili (tabacco, sovrappeso e abuso di alcol), sempre superiore a quella regionale. che può spiegare una quota dell'eccesso di rischio che la popolazione dell'ASL di Vercelli mostra rispetto alla popolazione regionale

Complessivamente questi dati denunciano la necessità di strategie che richiedono il coinvolgimento di altri settori, oltre a quello sanitario, cioè di lavorare con le comunità a livello intersettoriale sensibilizzando gli stakeholder e promuovendo la realizzazione di interventi di prevenzione e promozione della salute.

APPENDICE: DATI E METODI

Indicatori utilizzati per descrivere la demografica della popolazione e fonti dati utilizzati

Fonte dati:

ISTAT : <http://demo.istat.it/>

PISTA: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp> – B.D.D.E. – POPOLAZIONE RESIDENTE – Bilancio demografico/Età e stato civile

Indicatori demografici:

- **Indice di fecondità:** rapporto tra il numero di nati vivi e il numero di donne in età feconda tra i 15 e i 50 anni, per 100. L'indicatore assume valori elevati nelle popolazioni ad alta natalità
- **Tasso di fecondità totale:** somma dei quozienti specifici di fecondità (fx), ottenuti rapportando il numero di nati vivi da donne tra 15 e 49 anni all'ammontare medio annuo della popolazione femminile per ogni singola età (15-49 anni) **Indice di vecchiaia:** indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione. Rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni per 100 abitanti.
- **Indice di vecchiaia:** indicatore sintetico del grado di invecchiamento della popolazione, della struttura per età della popolazione. Rapporto tra la popolazione anziana di 65 e più anni e la popolazione di età inferiore a 15 anni per 100 abitanti.
- **Indice di invecchiamento:** rapporto popolazione in età uguale o superiore a 65 anni e popolazione totale per 100 abitanti.
- **Indice di carico sociale o dipendenza strutturale:** rapporta le persone che non sono economicamente autonome per ragioni demografiche (giovani e anziani) alla popolazione attiva. È il rapporto tra la popolazione di età compresa fra 0 e 14 anni più la popolazione sopra gli 65 anni, e la popolazione di età compresa fra 15 e 64 anni, per 100.
- **Indice di ricambio della popolazione in età attiva:** rapporto tra coloro che stanno per uscire dalla popolazione in età lavorativa e coloro che vi stanno per entrare. È il rapporto tra la popolazione di età compresa fra 60 e 64 anni e la popolazione di età compresa fra 15-19 anni per 100.

Indicatori di disagio sociale:

- **% Soggetti con bassa istruzione:** fino alla licenza elementare nella fascia di età 15-60 anni
- **% Soggetti inattivi:** studenti, casalinghe, pensionati, inabili al lavoro nella fascia di età 15-64 anni
- **% Neet:** Not engaged in employment, education and training= non occupati, non studenti, non percettori di reddito da pensione o da capitale nella fascia di età 15-29 anni
- **% Soggetti in affollamento abitativo:** si ha sovraffollamento se la dimensione dell'abitazione di residenza risulta inferiore a 30, 50, 65, 80, 110 e 125 metri quadrati, nel caso in cui i componenti conviventi siano, rispettivamente, uno, due, tre, da quattro a sei, sette e otto e oltre
- **% PFPM:** Soggetti con cittadinanza di paesi a forte pressione migratoria

Indicatori di bisogno:

- **Tasso di mortalità prematura x 10.000:** anni di vita persi entro i 75 anni nel periodo 2016-2018
- **Tasso di salute mentale prevenibile x 10.000:** ricoveri per cause di disturbo mentale con componenti prevenibili nel periodo 2017-2019
- **Tasso di Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) x 10.000:** ricoveri per IVG nelle donne nella fascia di età 14-49 anni nel periodo 2017-2019
- **Tasso di utenza Sert con dipendenze da sostanze x 10.000:** utenti dei Sert (Servizi per le dipendenze) con dipendenze da sostanze (Droghe, alcol, tabacco, gambling, altre sostanze e comportamenti) nel periodo 2018-2019
- **Tasso di traumi da incidenti x 10.000:** ricoveri per traumi secondo la selezione MAIS (Maximum Abbreviated Injury Scale) di ferito grave nel periodo 2017-2019

Indicatori di sintesi:

- Le 5 componenti di disagio e le 5 di bisogno sono state trasformate in distribuzioni Z con media=0 e dev std=1 e poi sommate in 3 indici riassuntivi continui (disagio sociale, bisogno e la somma dei due). Più alto è il valore degli indici, maggiore è la condizione di disagio sociale e bisogno.
- Le zone di azione per la salute sono espresse come quintili di area (cinque raggruppamenti di uguale numerosità) a partire dai tre indicatori di sintesi

Indicatori utilizzati per descrivere la mortalità e fonti dati utilizzati

Fonte dati:

PISTA: <http://www.ruparpiemonte.it/infostat/index.jsp> – DATI SANITARI – Mortalità per cause

Indicatori:

- **Deceduti:** Esprime il numero annuale di decessi osservati nella zona considerata
- **Tasso standardizzato con metodo diretto (Tasso Std):** si tratta di una misura di frequenza che permette di confrontare delle misure di frequenza di eventi sanitari (ad esempio i decessi) in diverse popolazioni, aggiustando per la struttura per età delle popolazioni di riferimento. La popolazione standard utilizzata è quella europea (Eurostat 2013, Revision of the European Standard Population)
- **SMR (Standardized Mortality Ratio):** è il rapporto tra il numero di decessi osservato in una popolazione (nel nostro caso l'ASL di Vercelli) ed il numero di decessi atteso nella stessa popolazione in una popolazione assunta come riferimento (in questo caso il Piemonte). Se il numero di decessi osservati supera quello atteso il rapporto risulterà maggiore di 100, esprime un rischio di morte più elevato tra i residenti nell'ASL VC rispetto alla media regionale e viceversa.
- **SMR IC 95%:** l'intervallo di confidenza al 95% esprime il range dei valori entro cui si colloca il vero valore dell'SMR, con una probabilità del 95%. Se l'intervallo di confidenza include il valore 1, il valore dell'SMR viene considerato come non

statisticamente significativo, ovvero, l'eccesso o il difetto di mortalità osservati potrebbero essere solo un effetto del caso (con una probabilità superiore al 5%).

- **Aspettativa di vita alla nascita:** esprime il numero medio di anni ancora da vivere alla nascita nella zona geografica considerata.

Indicatori utilizzati per descrivere la sorveglianza PASSI

Fonte dati:

PASSI: www.epicentro.iss.it/passi

www.aslvc.piemonte.it/dipartimenti-aree-e-strutture/dipartimento-di-prevenzione/servizio-osservatorio-epidemiologico/passi

Metodi

Sorveglianza di popolazione PASSI

PASSI (Progressi delle aziende sanitarie per la salute in Italia) è un sistema di sorveglianza, in continuo attraverso indagini campionarie, della popolazione adulta. L'obiettivo è stimare la frequenza e l'evoluzione dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali, oltre alla diffusione delle misure di prevenzione. 20 Regioni o Province Autonome aderiscono al progetto. Un campione di residenti di età compresa tra 18 e 69 anni viene estratto con metodo casuale dagli elenchi delle anagrafi sanitarie. Personale delle Asl, specificamente formato, effettua interviste telefoniche (25 al mese per Asl) con un questionario standardizzato. I dati vengono poi trasmessi in forma anonima via internet e registrati in un archivio unico nazionale. Nell'ASL VC, tra il 2022 e il 2023, sono state effettuate 550 interviste

1.5.3 Il contesto normativo

Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2015, i cui principi sono tuttora attuali, individua le seguenti priorità:

- **Riorganizzazione della rete ospedaliera:** nell'ambito del livello territoriale interaziendale gli ospedali sono inseriti in un'unica rete ospedaliera funzionalmente integrata, articolati per differenti livelli di complessità clinica delle malattie trattate. I presidi ospedalieri vengono classificati in aderenza al principio della diversificazione delle funzioni correlato alla complessità delle prestazioni erogate, in tre livelli: Ospedali di territorio, Ospedali cardine, Ospedali di riferimento (HUB).
- **Creazione della rete emergenza – urgenza:** la necessità di avere sia un sistema capillare di antenne in grado di formulare una prima diagnosi e avviare in modo corretto il paziente al centro più appropriato (dove si possano effettuare gli esami diagnostici e le terapie che salvino la vita e che promuovano la possibilità di un recupero successivo il più possibile normale), sia una forte ed efficace governance (a garanzia dell'omogeneità distributiva e qualitativa dei servizi) hanno comportato l'istituzione di un'Azienda regionale dell'emergenza urgenza territoriale all'interno della quale confluiscono tutte le attività svolte dal Servizio 118.
- **Appropriatezza:** nell'area dei ricoveri ospedalieri per acuti, delle post-acuzie, delle prestazioni specialistiche e della farmaceutica le aziende devono attivare progetti di appropriatezza da correlare agli obiettivi aziendali.
- **Presa in carico del cittadino:** l'attivazione delle Case della Salute, che rappresentano il luogo deputato allo sviluppo della medicina di iniziativa, costituisce nell'ambito delle malattie croniche un nuovo approccio organizzativo che affida alle cure primarie il compito di programmare e coordinare gli interventi a favore di malati cronici.
- **Riduzione dei tempi di attesa:** sono già state individuate da tempo le prestazioni oggetto di monitoraggio e valutazione da parte dell'amministrazione regionale ed i relativi standard di riferimento. Una delle chiavi di volta nel governo delle liste di attesa è l'appropriatezza delle prescrizioni mediche: la non appropriatezza prescrittiva dei medici è sicuramente una delle cause che, generando un eccesso di domanda, allunga i tempi d'attesa. All'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni conseguirebbe il soddisfacimento, equo ed uniforme, del fabbisogno nelle diverse realtà locali della Regione.
- **Sviluppo delle cure domiciliari:** strategico è lo sviluppo delle cure domiciliari, intese come trattamenti medici, infermieristici e riabilitativi prestati al domicilio del paziente da personale qualificato per la cura e l'assistenza dei soggetti non autosufficienti (parzialmente o totalmente, in forma temporanea o continuativa), con patologie in atto o in stato di riacutizzazione o con esiti delle stesse. Le cure domiciliari sono finalizzate a migliorare la qualità quotidiana della vita, consentendo al paziente di essere curato adeguatamente nel contesto naturale di vita, attraverso l'intervento di natura multiprofessionale e/o multidisciplinare.
- **Continuità assistenziale:** per assicurare la presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute (senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori) è necessario:
 - rafforzare il ruolo del **Distretto**, soggetto unico responsabile per le azioni organizzative a supporto dell'assistito e come tale interlocutore specifico del medico convenzionato da un lato e del presidio ospedaliero dall'altro;
 - creare il **nucleo distrettuale di continuità delle cure**, per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura e il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo;
 - attivare presso i presidi ospedalieri il **nucleo ospedaliero di continuità delle cure**, in grado di colloquiare con il **nucleo distrettuale di continuità assistenziale**;
 - creare un sistema informativo a supporto del nucleo distrettuale di continuità assistenziale e del nucleo ospedaliero di continuità assistenziale a garanzia della completezza e della tempestività della trasmissione delle informazioni cliniche e terapeutiche necessarie ai vari punti della rete;
 - definire protocolli di appropriatezza clinica ed organizzativa tra il pronto soccorso, il presidio ospedaliero e il distretto;
 - attivare una banca dati regionale che, utilizzando i dati del sistema informativo, permetta al distretto la conoscenza dell'intero percorso di continuità delle cure usufruito dai propri assistiti.

Gli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati ai Direttori Generali per l'anno 2024 con DGR n. 7-8279 dell' 11 marzo 2024, si articolano nelle seguenti aree:

1. Governo dei fattori produttivi, declinato in obiettivi di bilancio, di appropriatezza prescrittiva, di affidabilità dei flussi informativi, di politiche di gestione delle risorse umane
2. Edilizia sanitaria, richiamando gli enti del SSR ad una programmazione efficiente degli interventi volta a ridurre le spese di manutenzione, a rispondere adeguatamente alle politiche ambientali ed energetiche e a superare le criticità connesse alla vetustà del patrimonio.
3. Sanità digitale, richiamando gli enti del SSR all'adeguamento infrastrutturale delle applicazioni aziendali al FSE 2.0, alla piena operatività del nuovo nomenclatore di specialistica ambulatoriale e alla piena operatività

dell'infrastruttura COT, nonché all'attuazione delle indicazioni normative e degli impegni connessi al PNRR per l'annualità 2024

4. Qualità, richiamando gli enti del SSR a:
 - gestione delle agende improntata a criteri di flessibilità, in modo da evitare la sottoutilizzazione della capacità erogativa e massimizzare il rispetto del tempo massimo di attesa per ciascuna classe di priorità attraverso l'efficientamento e l'adeguato utilizzo delle agende aziendali sia pubbliche che dedicate mediante il sistema CUP,
 - superamento dei volumi di produzione anno 2019 sia per i ricoveri/DRG classi 1-2-3 sia per le prestazioni ambulatoriali PNGLA
 - riduzione della mobilità passiva extra-regionale,
 - garanzia LEA attraverso il monitoraggio di indicatori NSG,
 - incremento del procurement di organi e cornee,
 - gestione del rischio clinico attraverso lo sviluppo del PRRC attraverso una puntuale e completa alimentazione del flusso SIMES.
5. Prevenzione, richiamando gli enti del SSR all'attuazione del piano di recupero delle prestazioni di screening oncologici, al contrasto all'antimicrobico resistenza, allo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata

.Gli enti del SSR vengono infine richiamati al consolidamento del percorso di monitoraggio e revisione delle modalità di gestione dei processi organizzativi correlati al DEA/PS con particolare riferimento al boarding nelle Unità Organizzative ospedaliere.

Gli obiettivi di mandato, per il periodo 2025-2027 elencati all' allegato A della DGR n. 24-654 del 23 dicembre 2024 "Nomina Direttore Generale, ai sensi dell'articolo 2, comma 2, D.Lgs. n171/2016 e smi, dell'ASLVC" sono i seguenti:

-1 assicurare l'equilibrio economico-finanziario dell'azienda: Gli Enti del SSR, in applicazione delle linee di programmazione sanitaria regionale, nel rispetto delle normative statali e regionali vigenti e delle risorse assegnate con D.G.R. n. 9-7070 del 20 giugno 2023 e, s.m.i., sono tenuti ad assicurare il sostanziale pareggio di bilancio aziendale, sia in sede di adozione dei bilanci preventivi economici che in itinere nei conti economici trimestrali, nonché, in particolare, in sede di adozione del bilancio di esercizio aziendale a consuntivo. Per le aziende territoriali l'obiettivo è previsto a livello di singolo presidio a gestione diretta (inserito nella rete di E/U).

2 - ridurre i tempi e le liste di attesa come previsto dal PNGL e dai piani di governo delle liste di attesa della Regione Piemonte, in applicazione della normativa specifica anche in relazione ai contenuti del d .l. 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie) come convertito L. 29 luglio 2024, n. 107 e, s.m.i.; - vigilare sul rispetto della disposizione di cui al primo periodo del comma 10 dell'articolo 3 del d.l. 7 giugno 2024, n. 73 (Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie) come convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 29 luglio 2024, n. 107 e s.m.i., anche ai fini dell'esercizio dell'azione disciplinare e di responsabilità erariale nei confronti dei soggetti ai quali sia imputabile la mancata erogazione della prestazione nei confronti dell'assistito; - vigilare sull'attuazione della disposizione di cui al primo periodo del comma 1 dell'articolo 4 del d.l. n. 73/2024 e s.m.i., trasmettendo un apposito rapporto alle competenti Direzioni generali del Ministero della salute; - garantire il rispetto dei tempi di erogazione delle prestazioni sanitarie, anche evitando le degenze prolungate dovute alla mancanza di disponibilità per gli esami diagnostici; - prevedere, nel limite massimo delle risorse disponibili, l'effettuazione delle visite diagnostiche e specialistiche anche nei giorni di sabato e domenica e la possibilità del prolungamento della fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni; - provvedere, nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente, all'apertura straordinaria dei centri trasfusionali nelle ore pomeridiane e nei giorni festivi al fine di garantire l'autosufficienza per il fabbisogno di sangue e dei suoi derivati e di implementare l'operatività dei centri trasfusionali, fino al raggiungimento del fabbisogno nazionale di sangue e di plasma; - assicurare la corretta comunicazione tramite i siti web aziendali; - valutare e migliorare l'appropriatezza delle visite e delle prestazioni ambulatoriali; - assicurare il corretto ed equilibrato rapporto tra attività istituzionale e corrispondente attività libero-professionale di cui all'articolo 15-quinquies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., con il divieto che l'attività libero-professionale possa comportare per ciascun dipendente e per ciascun professore e ricercatore universitario inserito in assistenza un volume di prestazione superiore a quello assicurato per i compiti istituzionali; a tale fine, l'attività libero-professionale è soggetta a verifica da parte della direzione generale aziendale, con la conseguente applicazione di misure, consistenti anche nella sospensione del diritto all'attività stessa.

3 - Sviluppo del Piano Pandemico Regionale a livello aziendale: Dare attuazione all'aggiornamento – approvato dalla Regione Piemonte - del Piano pandemico operativo influenzale e Covid-19, sia territoriale che ospedaliero; i suoi punti cardine sono la revisione delle azioni chiave per le organizzazioni sanitarie e per tutti gli attori coinvolti, l'individuazione delle misure da adottare per ogni fase e la definizione delle procedure di riferimento, nel presupposto di fornire risposte coordinate e sistemiche.

4 - Miglioramento dei flussi informativi e dell'appropriatezza prescrittiva: L'appropriatezza prescrittiva e l'aderenza alle terapie sono aspetti di grande rilevanza per l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti farmacologici, nonché per l'efficiente allocazione delle risorse disponibili.

5 - Sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico e dei servizi on-line 6 – Sviluppo, a livello aziendale, del piano di edilizia sanitaria della Regione Piemonte

6 - Trasparenza: rispetto degli adempimenti di cui all'art. 2, comma 2, del d. lgs. n. 171/2016 e s.m.i.

1.6 Analisi del contesto interno

L'analisi del contesto interno si incentra sull'attività erogata che si distingue in:

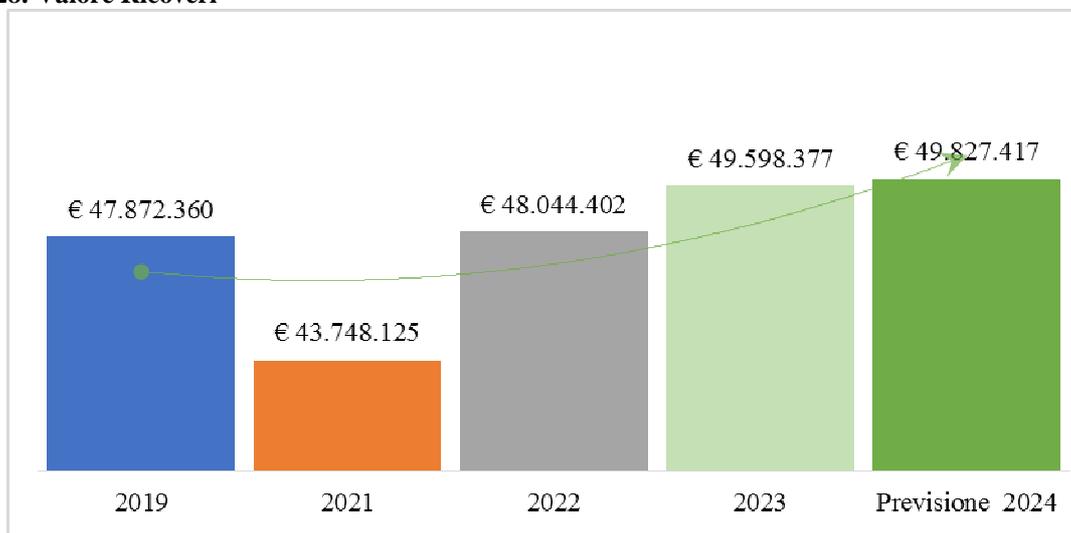
- assistenza ospedaliera
- assistenza distrettuale
- assistenza collettiva e sanità pubblica

nonché sulle risorse tecnologiche biomediche e finanziarie.

1.6.1 Assistenza ospedaliera

L'andamento del valore dell'attività di ricovero erogata dall'azienda negli ultimi cinque anni è rappresentato nel seguente grafico.

Grafico 28. Valore Ricoveri



Come risulta dai dati, estrapolati dal flusso informativo regionale SDO, il valore di produzione complessivo dell'attività ordinaria e di day hospital per l'anno 2024 presenta una sostanziale conferma dei valori raggiunti nell'anno precedente, confermando il trend in crescita registrato a partire dal 2022 e consentendo il superamento del valore dell'anno 2019, considerato lo standard pre-pandemia. Con riferimento all'attività di ricovero ordinario, la prima branca di dimissione per incremento del valore prodotto nel 2024 rispetto al 2019 risulta essere la branca 08 – Cardiologia, seguita dalla 24 – Malattie Infettive e dalla 36 – Ortopedia e Traumatologia.

Risulta altresì in crescita il peso medio dei DRG prodotti, indice della maggior complessità della casistica gestita, passato da 1,60 punti nel 2019 a 1,79 nel 2024.

Tabella 9. Attività di ricovero: valore e numero casi

SEDE	DRG	2019				2023				Previsione 2024				Previsione 2024 ± 2019			
		Casi	Valore	Peso Medio	%	Casi	Valore	Peso Medio	%	Casi	Valore	Peso Medio	%	Casi	Valore	Peso Medio	%
TOTALE ASLVC	Ordinari	11.213	42.286.900	1,60	88%	10.296	43.390.894	1,78	87%	10.409	43.932.828	1,79	88%	-804	+1.645.928	+0,19	-0%
	Day Hospital	4.232	5.585.459	0,56	12%	4.324	6.207.483	0,61	13%	4.063	5.894.589	0,61	12%	-169	+309.129	+0,06	+0%
	TOTALE	15.445	47.872.360	1,31	100%	14.620	49.598.377	1,44	100%	14.472	49.827.417	1,46	100%	-973	+1.955.057	+0,15	+0%
S. ANDREA Vercelli	Ordinari	8.023	31.628.833	1,67	90%	7.684	34.456.797	1,90	90%	8.159	35.327.055	1,83	92%	+136	+3.698.222	+0,16	+2%
	Day Hospital	2.636	3.562.145	0,57	10%	2.560	3.688.760	0,61	10%	2.191	3.213.419	0,62	8%	-445	-348.726	+0,05	-2%
	TOTALE	10.659	35.190.979	1,40	100%	10.244	38.145.557	1,58	100%	10.349	38.540.474	1,58	100%	-310	+3.349.496	+0,18	+0%
S.S. PIETRO E PAOLO Borgosesia	Ordinari	3.190	10.658.067	1,41	84%	2.612	8.934.097	1,45	78%	2.251	8.605.773	1,62	76%	-939	-2.052.294	+0,20	-8%
	Day Hospital	1.596	2.023.314	0,54	16%	1.764	2.518.723	0,60	22%	1.872	2.681.170	0,61	24%	+276	+657.856	+0,07	+8%
	TOTALE	4.786	12.681.381	1,12	100%	4.376	11.452.820	1,11	100%	4.123	11.286.943	1,16	100%	-663	-1.394.438	+0,04	+0%

Con riferimento al mix ricoveri programmati-ricoveri urgenti, mentre nel 2019, i 3.183 ricoveri programmati rappresentavano il 28% degli 11.213 ricoveri totali, nel 2024 si prevedono 3.321 ricoveri programmati pari al 32% dei 10.409 totali previsti.

L'indicatore relativo alle giornate media di degenza registra sostanziale stabilità rispetto al 2022, attestandosi a 7,8 giorni medi, superiori di 0,3 giorni rispetto ai 7,51 giorni medi del 2019.

Tabella 10. Attività di ricovero: percentuale di incidenza dei ricoveri programmati e urgenti

SEDE	DRG	2019				2023				Previsione 2024				Previsione 2024 ± 2019			
		Casi	Valore	Peso Medio	Degenza media	Casi	Valore	Peso Medio	Degenza media	Casi	Valore	Peso Medio	Degenza media	Casi	Valore	Peso Medio	Degenza media
TOTALE ASLVC	PROGRAMMATI	3.183	13.223.029	1,76	4,64	3.489	16.846.714	2,04	4,83	3.321	16.197.638	2,06	4,83	+138	+2.974.609	+0,31	+0,19
	di cui drg medici	577	1.089.436	0,80	4,33	611	1.398.219	0,97	5,11	625	1.389.099	0,94	5,11	+48	+299.663	+0,14	+0,78
	di cui drg chirurgici	2.606	12.133.593	1,97	4,71	2.878	15.448.495	2,27	4,77	2.696	14.808.539	2,32	4,77	+90	+2.674.946	+0,35	+0,06
	URGENTI	8.030	29.063.871	1,53	8,65	6.807	26.544.180	1,65	9,35	7.089	27.735.190	2	9,21	-941	-1.328.681	+0,12	+0,57
	di cui drg medici	6.429	18.069.411	1,19	8,32	5.443	16.650.448	1,29	9,13	5.677	17.808.249	1	9,13	-752	-261.162	+0,14	+0,80
	di cui drg chirurgici	1.601	10.994.460	2,91	9,95	1.364	9.893.732	3,07	10,20	1.412	9.926.941	3	9,85	-189	-1.067.519	+0,07	-0,10
S. ANDREA Vercelli	TOTALE	11.213	42.286.900	1,60	7,51	10.296	43.390.894	1,78	7,82	10.409	43.932.828	1,79	7,82	-804	+1.645.928	+0,19	+0,31
	di cui drg medici	7.006	19.158.847	1,16	7,99	6.054	18.048.667	1,26	8,73	6.302	19.197.348	1,29	8,73	-704	+38.501	+0,13	+0,73
	di cui drg chirurgici	4.207	23.128.053	2,33	6,70	4.242	25.342.227	2,53	6,52	4.107	24.735.480	2,55	6,52	-100	+1.607.427	+0,22	-0,19
	PROGRAMMATI	2.365	9.822.308	1,76	4,66	2.758	13.748.482	2,11	4,79	2.738	13.126.816	2,03	4,79	+373	+3.304.508	+0,27	+0,12
	di cui drg medici	485	855.419	0,75	4,01	539	1.291.371	1,01	5,19	537	1.211.591	0,96	5,19	+52	+356.172	+0,21	+1,18
	di cui drg chirurgici	1.880	8.966.889	2,02	4,83	2.219	12.457.111	2,38	4,69	2.201	11.915.225	2,29	4,69	+321	+2.948.336	+0,27	-0,15
S.S. PIETRO E PAOLO Borgosesia	URGENTI	5.658	21.806.525	1,63	9,29	4.926	20.708.315	1,78	9,37	5.421	22.200.239	2	9,21	-237	+393.714	+0,10	-0,08
	di cui drg medici	4.406	12.948.238	1,24	9,11	3.847	12.659.428	1,39	9,31	4.267	13.914.541	1	9,25	-139	+966.303	+0,14	+0,14
	di cui drg chirurgici	1.252	8.858.287	2,99	9,92	1.079	8.048.887	3,16	9,58	1.154	8.285.698	3	9,34	-98	-572.589	+0,04	-0,58
	TOTALE	8.023	31.628.833	1,67	7,93	7.684	34.456.797	1,90	7,72	8.159	35.327.055	1,83	7,72	+136	+3.698.222	+0,16	-0,20
	di cui drg medici	4.891	13.803.657	1,19	8,60	4.386	13.950.799	1,35	8,80	4.803	15.126.132	1,33	8,80	-88	+1.322.475	+0,14	+0,20
	di cui drg chirurgici	3.132	17.825.176	2,41	6,87	3.298	20.505.998	2,63	6,29	3.356	20.200.923	2,55	6,29	+224	+2.375.747	+0,14	-0,58
S.S. PIETRO E PAOLO Borgosesia	PROGRAMMATI	818	3.400.721	1,76	4,58	731	3.098.232	1,79	5,01	583	3.070.822	2,23	5,01	-235	-329.899	+0,47	+0,43
	di cui drg medici	92	234.017	1,08	6,04	72	106.848	0,63	4,53	88	177.508	0,85	4,53	-4	-56.509	-0,23	-1,52
	di cui drg chirurgici	726	3.166.704	1,85	4,40	659	2.991.384	1,92	5,06	494	2.893.313	2,48	5,06	-232	-273.391	+0,63	+0,67
	URGENTI	2.372	7.257.346	1,29	7,11	1.881	5.835.865	1,31	9,29	1.668	5.534.951	1	9,17	-704	-1.722.395	+0,11	+2,06
	di cui drg medici	2.023	5.121.173	1,07	6,61	1.596	3.991.020	1,06	8,72	1.411	3.893.708	1	8,79	-612	-1.227.465	+0,10	+2,18
	di cui drg chirurgici	349	2.136.173	2,59	10,05	285	1.844.845	2,74	12,54	257	1.641.243	3	11,65	-92	-494.930	+0,11	+1,60
S.S. PIETRO E PAOLO Borgosesia	TOTALE	3.190	10.658.067	1,41	6,47	2.612	8.934.097	1,45	8,10	2.251	8.605.773	1,62	8,10	-939	-2.052.294	+0,20	+1,63
	di cui drg medici	2.115	5.355.190	1,07	6,58	1.668	4.097.868	1,04	8,53	1.499	4.071.216	1,15	8,53	-616	-1.283.974	+0,08	+1,95
	di cui drg chirurgici	1.075	5.302.877	2,09	6,23	944	4.836.229	2,17	7,32	752	4.534.557	2,55	7,32	-323	-768.320	+0,47	+1,09

La tabella seguente riporta i macro-dati relativi all'attività di ricovero in regime diurno, contraddistinti da un incremento del valore prodotto, particolarmente per i DRG chirurgici.

Con riferimento alla complessità dei casi diurni trattati, il peso medio fa registrare incremento da 0,56 a 0,60.

Tabella 11. Attività di day hospital: peso medio e accessi

SEDE	DRG	2019				2023				Previsione 2024				Previsione 2024 ± 2019			
		Casi	Valore	Peso Medio	N° di accessi medi	Casi	Valore	Peso Medio	N° di accessi medi	Casi	Valore	Peso Medio	N° di accessi medi	Casi	Valore	Peso Medio	N° di accessi medi
TOTALE ASLYC	Medici	757	259.286	0,14	1,71	628	281.003	0,19	2,09	552	134.508	0,10	2,38	-129	+21.717	+0,04	+0,38
	Chirurgici	3.475	5.326.173	0,65	1,00	3.696	5.926.480	0,68	1,00	3.511	5.760.081	0,69	1,05	+221	+600.307	+0,03	
	Totale	4.232	5.585.459	0,56	1,13	4.324	6.207.483	0,61	1,16	4.063	5.894.589	0,61	1,23	+92	+622.024	+0,05	+0,03
S. ANDREA Vercelli	Medici	499	213.852	0,18	2,08	390	235.230	0,26	2,75	309	86.984	0,12	3,48	-109	+21.378	+0,07	+0,68
	Chirurgici	2.137	3.348.293	0,66	1,00	2.170	3.453.530	0,67	1,00	1.882	3.126.435	0,70	1,15	+33	+105.237	+0,01	
	Totale	2.636	3.562.145	0,57	1,20	2.560	3.688.760	0,61	1,27	2.191	3.213.419	0,62	1,48	-76	+126.615	+0,04	+0,06
S.S. PIETRO E PAOLO Borgosesia	Medici	258	45.434	0,07	1,00	238	45.773	0,08	1,00	243	47.524	0,08	0,98	-20	+339	+0,01	+0,00
	Chirurgici	1.338	1.977.880	0,63	1,00	1.526	2.472.950	0,69	1,00	1.629	2.633.645	0,68	0,94	+188	+495.070	+0,06	
	Totale	1.596	2.023.314	0,54	1,00	1.764	2.518.723	0,60	1,00	1.872	2.681.170	0,61	0,94	+168	+495.409	+0,07	+0,00

Sul fronte dei tempi medi di erogazione, si rileva un consolidamento del dato anno 2023 nei giorni di attesa per la classe A da erogare entro 30 giorni dalla prenotazione, che viene erogata mediamente sia nel 2023 sia nel 2024 in 17,66 giorni; la classe B da erogare entro 60 giorni dalla prenotazione, viene erogata nel 2024 mediamente entro 40,02 giorni e la classe C, da erogare entro 180 giorni, viene erogata mediamente nel 2024 in 70,51 giorni.

Tabella 12. Attività di ricovero: giorni di attesa

	CLASSE DI PRIORITA'	2019			2023			Previsione 2024			Previsione 2024 ± 2019		
		Casi	Valore	Giorni Medi di Attesa	Casi	Valore	Giorni Medi di Attesa	Casi	Valore	Giorni Medi di Attesa	Casi	Valore	Giorni Medi di Attesa
TOTALE ASLYC	Classe A entro 30 giorni	3.636	10.506.976	18,58	3.470	12.596.499	17,66	2.797	10.831.196	17,66	-839	+324.220	-0,9
	Classe B entro 60 giorni	1.986	4.765.691	42,07	2.110	5.501.633	40,02	2.024	5.284.838	40,02	+38	+519.147	-2,1
	Classe C entro 180 giorni	1.742	3.464.810	71,66	2.149	4.744.120	70,51	2.435	5.684.063	70,51	+693	+2.219.253	-1,2
	Classe D senza attesa massima definita	51	71.012	132,80	84	211.945	169,00	128	292.130	169,00	+77	+221.118	+36,2
	Totale	7.415	18.808.489	38,13	7.813	23.054.197	39,86	7.383	22.092.227	39,86	-32	+3.283.738	+1,7
S. ANDREA Vercelli	Classe A entro 30 giorni	2.991	8.820.190	18,87	2.746	10.976.611	18,29	2.232	9.463.577	18,29	-759	+643.388	-0,6
	Classe B entro 60 giorni	1.399	3.344.237	44,30	1.364	3.877.599	44,61	1.368	4.013.321	44,61	-31	+669.085	+0,3
	Classe C entro 180 giorni	572	1.170.562	94,54	1.156	2.476.439	78,14	1.265	2.749.623	78,14	+693	+1.579.061	-16,4
	Classe D senza attesa massima definita	39	49.465	121,18	52	106.593	172,46	63	113.713	172,46	+24	+64.248	+51,3
	Totale	5.001	13.384.454	35,44	5.318	17.437.242	39,56	4.929	16.340.235	39,56	-72	+2.955.782	+4,1
S.S. PIETRO E PAOLO Borgosesia	Classe A entro 30 giorni	645	1.686.786	17,23	724	1.619.888	15,25	565	1.367.618	15,25	-80	-319.168	-2,0
	Classe B entro 60 giorni	587	1.421.454	36,75	746	1.624.034	31,62	656	1.271.517	31,62	+69	-149.937	-5,1
	Classe C entro 180 giorni	1.170	2.294.248	60,48	993	2.267.681	61,64	1.169	2.934.440	61,64	-1	+640.192	+1,2
	Classe D senza attesa massima definita	12	21.547	170,58	32	105.352	163,38	64	178.417	163,38	+52	+156.870	-7,2
	Totale	2.414	5.424.035	43,70	2.495	5.616.955	40,51	2.455	5.751.992	40,51	+41	+327.957	-3,2

Gli accessi di Pronto Soccorso, confermando il trend di recupero registrato a partire dal 2021, si mantengono al di sotto dei numeri registrati nel 2019, anche se il delta registrato nel 2024 pari a -4.078 accessi, è inferiore a quello registrato l'anno precedente pari a oltre - 6.000 accessi.

Grafico 29. Numero di accessi di PS totale ASLVC

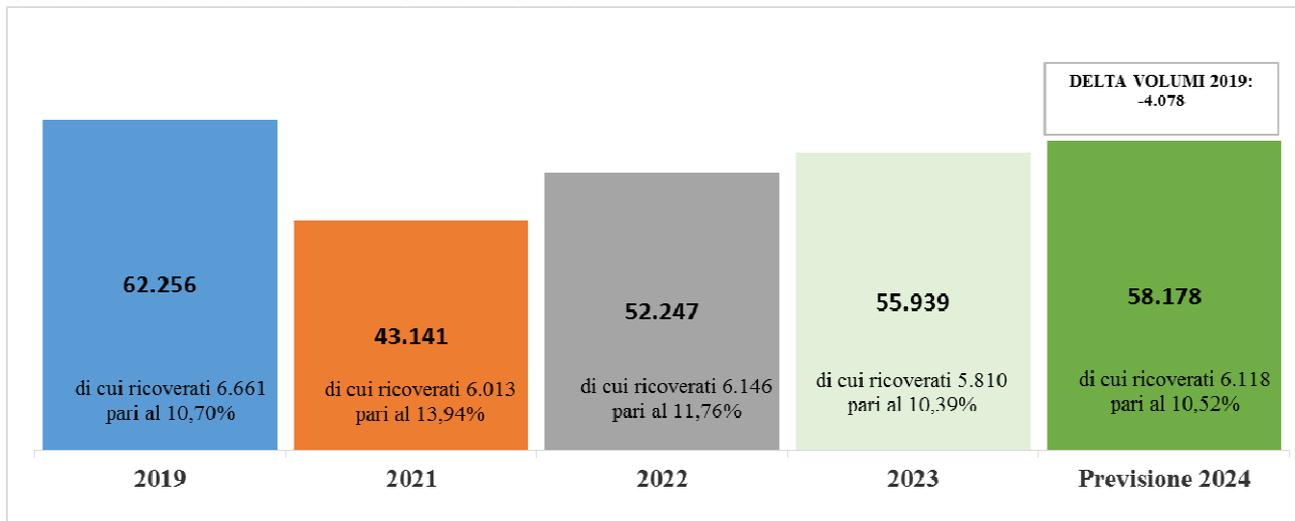
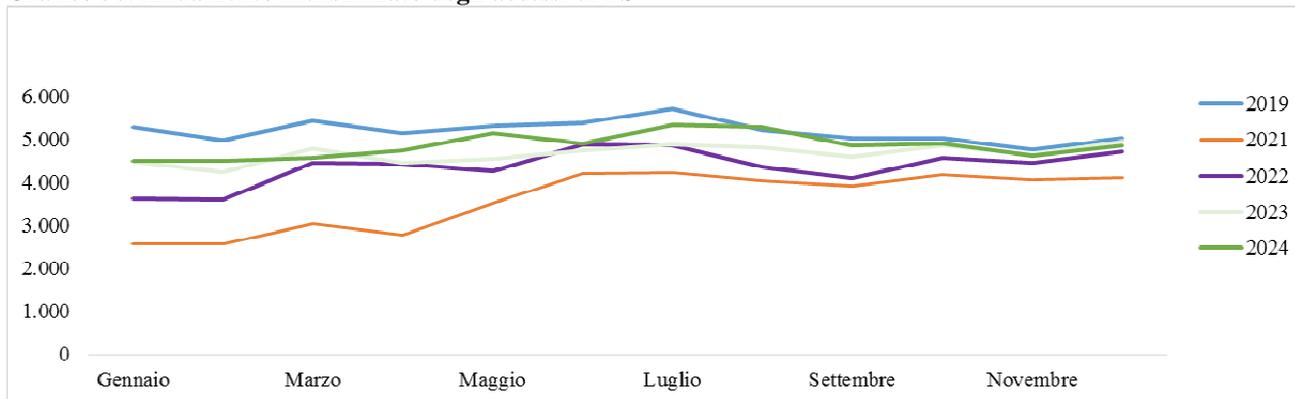
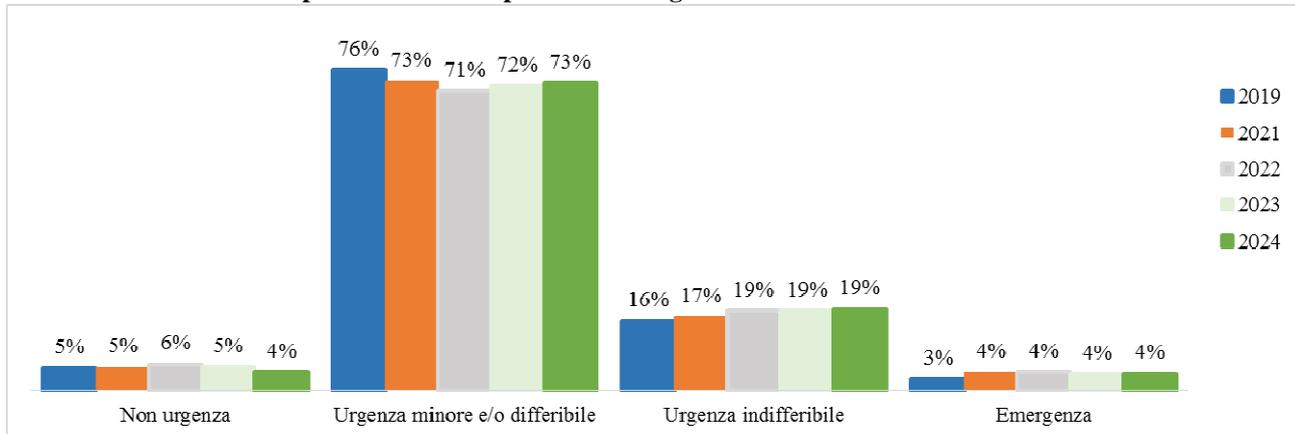


Grafico 30. Andamento mensilizzato degli accessi di PS



A livello di codice triage, si rileva un trend in crescita della quota di accessi con urgenza minore e differibile, anche se scesi dal 76% del totale registrato nel 2019 al 73% nel 2024. Risulta in crescita anche la quota di accessi con urgenza indifferibile, passati dal 16% registrati nel 2019 al 19% registrato nel 2024.

Grafico 31. Distribuzione percentuale delle priorità al triage



Il tempo medio di permanenza in PS risulta in miglioramento rispetto sia al 2022 che al 2023, ancorché non ancora ai livelli 2019.

Tabella 13. Tempi medi di permanenza in Pronto Soccorso

	ANNO	N° passaggi	HH medie passaggio	N° passaggi OBI	% OBI su N° passaggi	HH medie passaggio Netto OBI	N° passaggi ricoverati	% ricoverati
TOTALE ASLVC	2024	58.178	6,10	4.439	7,63%	3,86	6.118	10,52%
	2023	55.939	5,65	3.231	5,78%	4,10	5.810	10,39%
	2022	52.247	5,85	3.289	6,30%	4,17	6.146	11,76%
	2019	62.256	5,19	4.777	7,67%	3,17	6.661	10,70%
S. ANDREA Vercelli	2024	39.086	6,18	3.343	8,55%	3,94	4.657	11,91%
	2023	37.073	6,09	3.215	8,67%	3,77	4.299	11,60%
	2022	34.453	6,48	3.284	9,53%	3,93	4.505	13,08%
	2019	40.728	5,58	3.682	9,04%	3,20	4.617	11,34%
S.S. PIETRO E PAOLO Borghesio	2024	19.092	5,95	1.096	5,74%	3,69	1.461	7,65%
	2023	18.866	4,77	16	0,08%	4,75	1.511	8,01%
	2022	17.794	4,63	5	0,03%	4,63	1.641	9,22%
	2019	21.528	4,44	1.095	5,09%	3,10	2.044	9,49%

Con riferimento alla funzione di tutela dei residenti, i dati di copertura del fabbisogno di ricoveri della popolazione residente fanno registrare per il 2024 una incremento della domanda dei residenti pari a +2,8%, collegata ad un aumento del +1,7% della quota coperta dalla mobilità passiva e da una riduzione del -2,4% della percentuale coperta da ASLVC.

Tabella 14. Funzione di Tutela: ricoveri

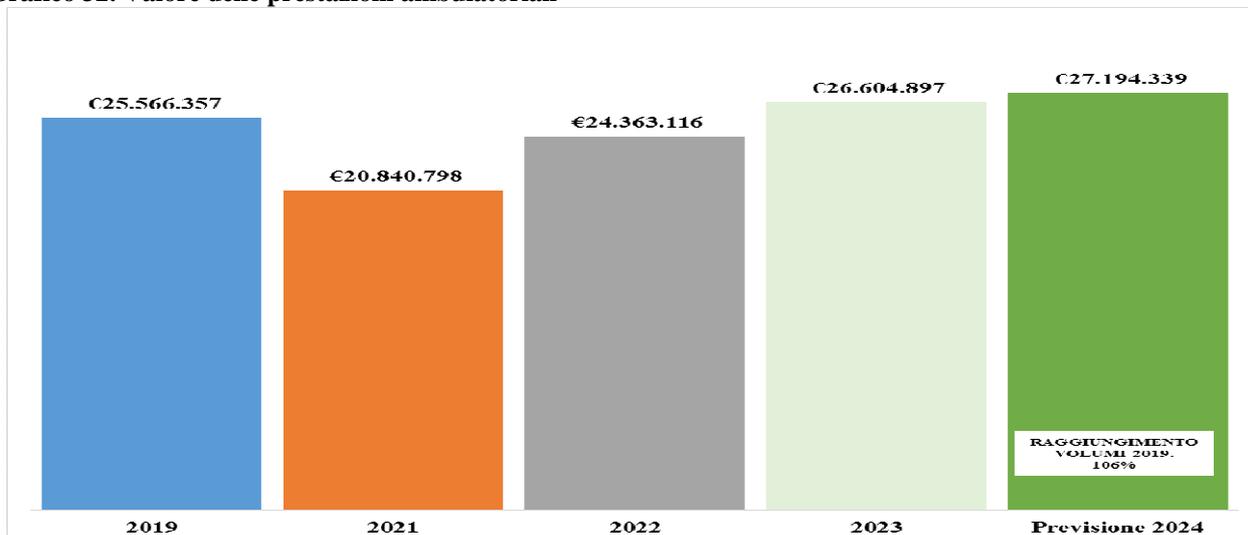
		Totale Anno 2019	Totale Anno 2023	Previsione 2024	Previsione 2024 ± Totale Anno 2019	
Valore	Produzione (**)	47.872.360	49.598.377	49.827.417	+1.955.057	+4,1%
	di cui mobilità attiva	11.702.483	13.730.672	13.542.200	+1.839.717	+15,7%
	di cui residenti ASL	36.169.876	35.867.705	36.285.217	+115.340	+0,3%
	% produzione residenti	75,6%	72,3%	72,8%	-2,7%	-3,6%
	Mobilità ASL	50.188.067	51.700.378	52.484.236	+2.296.169	+4,6%
	Domanda residenti	86.357.944	87.568.083	88.769.453	+2.411.509	+2,8%
	Grado copertura ASL	41,9%	41,0%	40,9%	-1,0%	-2,4%
Grado copertura mobilità	58,1%	59,0%	59,1%	1,0%	1,7%	

** il valore Produzione non comprende l'attività di ricovero erogata in regime di libera professione

1.6.2 Assistenza distrettuale

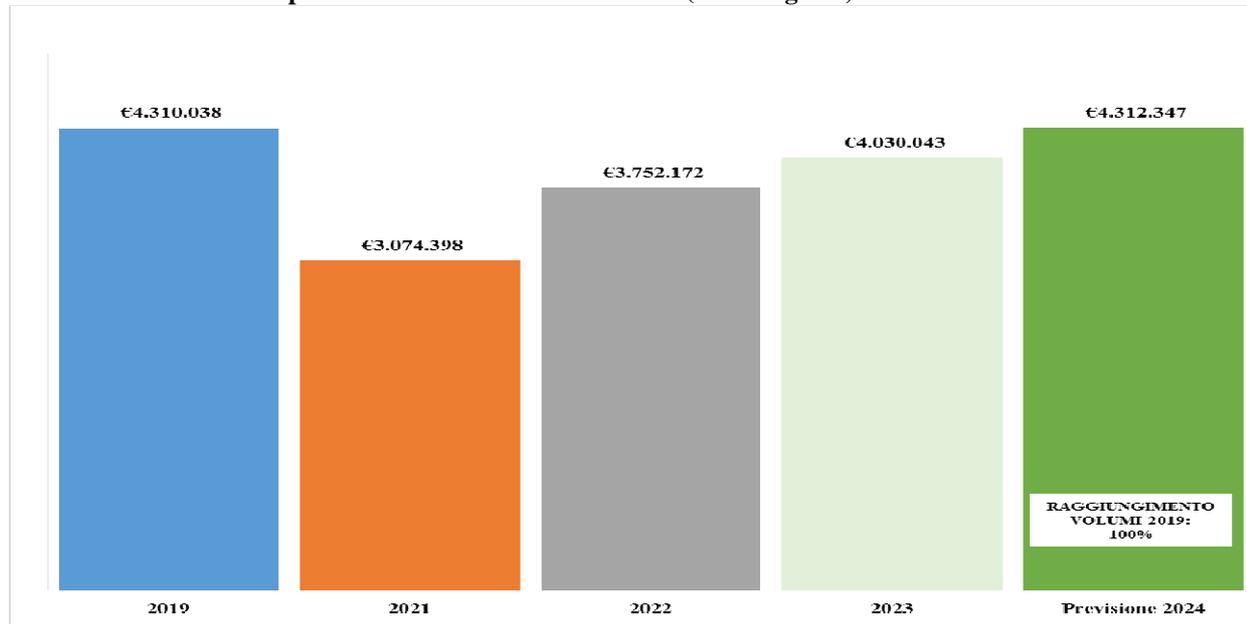
La serie storica del valore dell'attività ambulatoriale erogata dall'azienda è rappresentata nel grafico seguente.

Grafico 32. Valore delle prestazioni ambulatoriali



Il valore della produzione ambulatoriale 2024, in incremento rispetto all'anno precedente, si attesta al 106% rispetto al valore ambulatoriale erogato nell'anno 2019, confermando il trend di recupero dei valori prodotti nell'anno 2019 considerato il valore di riferimento pre-pandemia. Focalizzando l'analisi sulle prestazioni monitorate a livello di Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa, (d'ora in poi "PNGLA") l'andamento storico è rappresentato nel grafico che segue.

Grafico 33. Valore delle prestazioni ambulatoriali PNGLA (focus regione)



Come risulta dal grafico, anche per questa specifica quota della produzione aziendale si conferma il positivo trend del recupero dei valori pre-pandemia; analiticamente, l'attività ambulatoriale è riassunta nella seguente tabella che evidenzia un andamento differenziato per sede di erogazione.

Tabella 15. Macro Dati Attività Ambulatoriale

	Totale Anno 2019			Totale Anno 2023			Previsione 2024			2024 vs. 2019			
	N°	Valore	Giorni medi	N°	Valore	Giorni medi	N°	Valore	Giorni medi	± N°	± Valore	± Giorni medi	
TOTALE	Prestazioni PNGLA	116.605	4.310.038	29,70	100.356	4.030.043	33,60	102.090	4.312.347	40,08	-14.515	+2.310	+10,38
	Interventi ambulatoriali	3.733	2.471.978		4.751	2.522.350	0,02	4.244	2.285.200	0,02	+511	-186.778	+0,02
	Laboratorio	1.375.107	5.875.636	0,03	1.530.489	6.701.073	20,28	1.610.858	7.112.595	21,80	+235.751	+1.236.959	+21,77
	Altra attività ambulatoriale	473.292	12.908.705	11,79	501.972	13.351.432	15,58	506.393	13.484.197	18,82	+33.101	+575.492	+7,03
	TOTALE	1.968.737	25.566.357	4,61	2.137.568	26.604.897	19,76	2.223.585	27.194.339	21,92	+254.848	+1.627.982	+17,30
VERCELLI	Prestazioni PNGLA	62.001	2.539.464	29,32	61.469	2.663.736	31,50	66.575	3.042.916	37,40	+4.574	+503.451	+8,08
	Interventi ambulatoriali	3.503	2.262.945		4.572	2.356.920	0,02	4.025	2.078.395	0,00	+522	-184.550	+0,00
	Laboratorio	896.048	4.513.219	0,03	953.860	4.928.722	19,48	1.009.821	5.272.006	21,12	+113.773	+758.786	+21,09
	Altra attività ambulatoriale	276.156	7.513.615	12,37	328.289	8.618.681	16,16	330.447	8.751.461	20,36	+54.291	+1.237.846	+7,99
	TOTALE	1.237.708	16.829.244	4,25	1.348.190	18.568.058	19,15	1.410.868	19.144.777	21,65	+173.160	+2.315.534	+17,40
SANTHA	Prestazioni PNGLA	11.186	253.281	25,99	5.922	151.530	38,91	5.361	141.173	48,43	-5.825	-112.108	+22,45
	Laboratorio	691	1.879	3,19	626	1.628	4,53	705	1.857	5,42	+14	-22	+2,23
	Altra attività ambulatoriale	43.035	1.368.039	10,65	34.690	1.193.607	10,35	35.319	1.186.412	11,18	-7.716	-181.626	+0,53
	TOTALE	54.912	1.623.198	13,68	41.238	1.346.765	14,37	41.385	1.329.442	15,91	-13.527	-293.756	+2,23
CGLIANO	Prestazioni PNGLA	1.559	29.228	30,29	2.163	45.189	36,86	2.304	47.860	56,11	+745	+18.632	+25,82
	Altra attività ambulatoriale	1.855	28.832	21,56	1.388	21.635	21,65	2.183	28.924	27,86	+328	+91	+6,30
	TOTALE	3.414	58.060	25,55	3.551	66.825	30,92	4.487	76.783	42,37	+1.073	+18.723	+16,82
	Prestazioni PNGLA	28.671	1.168.673	33,84	22.981	967.526	36,06	21.071	903.222	42,58	-7.600	-265.450	+8,74
BORGOSIESA	Interventi ambulatoriali	230	209.033		179	165.430	0,04	219	206.805	0,29	-11	-2.228	+0,29
	Laboratorio	477.243	1.357.500	0,02	575.192	1.768.613	21,65	599.589	1.836.801	22,99	+122.346	+479.301	+22,97
	Altra attività ambulatoriale	92.331	1.943.174	14,06	82.451	1.646.013	20,51	78.128	1.552.261	22,94	-14.203	-390.913	+8,87
	TOTALE	598.475	4.678.380	3,81	680.803	4.547.582	21,99	699.007	4.499.089	23,57	+100.532	-179.291	+19,76
	Prestazioni PNGLA	2.230	43.730	32,16	1.643	31.272	27,69	1.682	31.277	37,11	-548	-12.453	+4,96
VARALLO	Altra attività ambulatoriale	7.189	168.932	11,82	9.037	180.765	7,26	11.102	219.478	6,28	+3.913	+50.547	-5,54
	TOTALE	9.419	212.662	16,64	10.680	212.036	10,40	12.784	250.755	10,34	+3.365	+38.093	-6,30
	Prestazioni PNGLA	593	12.358	33,13	303	6.272	25,48	409	8.466	52,55	-184	-3.891	+19,42
COGIOLA	Altra attività ambulatoriale	646	10.178	38,95	636	2.964	12,69	1.085	5.932	10,94	+439	-4.246	-28,01
	TOTALE	1.239	22.536	36,16	939	9.236	16,82	1.494	14.398	22,33	+255	-8.137	-13,83
	Prestazioni PNGLA	10.365	263.305	23,70	5.875	164.518	41,52	4.688	137.433	49,59	-5.677	-125.872	+25,89
GATTINARA	Laboratorio	1.125	3.038	0,77	811	2.110		743	1.932		-382	-1.106	-0,77
	Altra attività ambulatoriale	52.080	1.875.935	4,93	45.481	1.687.767	7,99	48.129	1.739.728	9,78	-3.951	-136.206	+4,85
	TOTALE	63.570	2.142.278	7,92	52.167	1.854.394	11,64	53.560	1.879.094	13,13	-10.010	-263.184	+5,21

La sede di Vercelli, principale sede di erogazione, registra rispetto al 2019 un incremento del 6% a quantità e del 13% a valore, la sede di Borgosesia registra un incremento del 17% a quantità e del -4% a valore.

Con riferimento al rispetto dei giorni standard di erogazione per classe di priorità, particolarmente monitorati per le prestazioni PNGLA, la tabella seguente espone i risultati rilevati.

Tabella 16. Efficacia ed efficienza erogativa per le prestazioni PNGLA.

	2019			2024			% 2019		
	N°	N° erogate entro giorni standard	% erogate entro giorni standard	N°	N° erogate entro giorni standard	% erogate entro giorni standard	N°	N° erogate entro giorni standard	% erogate entro giorni standard
TOTALE PRESTAZIONI PNGLA PRODOTTE	116.605	93.470	80%	102.090	70.764	69%	88%	76%	86%
U - entro 3 giorni	5.564	5.067	91%	3.570	3.480	97%	64%	69%	107%
B - entro 3 giorni	19.772	12.246	62%	24.094	21.717	90%	122%	177%	146%
D - entro 30/60 giorni	36.088	24.439	68%	58.863	32.962	56%	163%	135%	83%
P - entro 120 giorni	55.181	51.718	94%	15.563	12.605	81%	28%	24%	86%

I dati stratificati per classe di priorità evidenziano un miglioramento nell'efficienza erogativa per la classe U, passata dal 91% del 2019 al 97% del 2024 e per la classe B, passata dal 62% del 2019 all' 90% del 2024, mentre le classi D e P registrano un peggioramento nella percentuale di prestazioni erogate nel rispetto dei giorni standard. Va menzionata la sensibile variazione del mix rispetto al 2019, come esposto nella tabella seguente.

Tabella 17. Distribuzione per classe di priorità

	2019	2024	% 2019
COMPOSIZIONE DEL MIX			
U - entro 3 giorni	5%	3%	73%
B - entro 3 giorni	17%	24%	139%
D - entro 30/60 giorni	31%	58%	186%
P - entro 120 giorni	47%	15%	32%

Tabella 18. Dettaglio prestazioni (da Piano Nazionale Governo Liste Attesa)

	2019	2024	% 2019	DETTAGLIO PER CLASSE DI PRIORITÀ							
	N°	N°	N°	U - entro 3 giorni		B - entro 10 giorni		D - entro 30/60 giorni		P - entro 120 giorni	
				N°	Giorni medi	N°	Giorni medi	N°	Giorni medi	N°	Giorni medi
PRIMA VISITA CARDIOLOGICA	5.466	6.239	114%	411	0,16	1.649	7,13	3.823	32,00	356	32,62
PRIMA VISITA CHIRURGICA VASCOLARE	406	241	59%	18	0,44	96	7,03	122	51,72	5	10,40
PRIMA VISITA ENDOCRINOLOGICA	1.116	1.450	130%	38	1,05	476	7,91	879	83,92	57	168,60
PRIMA VISITA NEUROLOGICA	2.717	2.949	109%	194	0,39	956	7,20	1.692	75,80	107	78,32
PRIMA VISITA OCULISTICA	5.947	5.548	93%	157	1,10	739	4,33	4.343	58,09	309	50,09
PRIMA VISITA ORTOPEDICA	5.427	5.702	105%	405	0,44	1.467	6,64	3.498	26,21	332	25,46
PRIMA VISITA OSTETRICO - GINECOLOGICA	5.013	909	18%	58	1,03	284	6,81	499	46,41	68	37,24
PRIMA VISITA OTORINOLARINGOIATRICA	5.525	5.902	107%	404	0,33	1.228	6,25	3.962	26,58	308	33,28
PRIMA VISITA UROLOGICA	2.870	2.916	102%	209	0,62	845	5,64	1.716	43,32	146	41,39
PRIMA VISITA DERMATOLOGICA	8.135	7.855	97%	268	0,47	1.547	7,28	5.532	66,65	508	61,08
PRIMA VISITA FISIA TRICA	8.052	3.936	49%	4	4,25	1.231	7,08	2.503	55,86	198	77,43
PRIMA VISITA GASTROENTEROLOGICA	1.347	1.113	83%	9	1,22	362	17,03	703	46,00	39	59,03
PRIMA VISITA ONCOLOGICA	536	607	113%	4		89	2,93	291	3,73	223	5,87
PRIMA VISITA PNEUMOLOGICA	3.110	3.432	110%	414	0,57	1.347	7,98	1.559	52,02	112	47,31
MAMMOGRAFIA BILATERALE, IN 2 PROIEZIONI	552	498	90%	4	0,25	84	7,81	298	75,18	112	82,20
MAMMOGRAFIA MONOLATERALE, IN 2 PROIEZIONI	65	97	149%			7	6,29	40	58,80	50	48,06
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE	715	1.832	256%	25	0,40	663	4,64	964	40,81	180	78,71
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL TORACE, SENZA E CON CONTRASTO	1.527	1.960	128%	8	2,50	411	7,40	1.011	56,08	530	54,52
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE	9	20	222%			7	3,86	10	56,10	3	10,67
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME SUPERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	77	45	58%	2	1,50	17	6,41	16	60,19	10	87,00
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE	4	16	400%			9	4,33	5	44,40	2	8,00
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME INFERIORE, SENZA E CON CONTRASTO	26	17	65%			9	7,56	2	8,00	6	69,50
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO	313	491	157%	40	0,38	253	3,95	168	28,06	30	30,10
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DELL'ADDOME COMPLETO, SENZA E CON CONTRASTO	1.743	2.264	130%	13	2,77	599	7,20	1.110	53,43	542	55,18
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CRANIO	803	1.042	130%	134	0,13	389	5,01	430	25,51	89	43,62
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL CRANIO, SENZA E CON CONTRASTO	464	895	193%	4	1,75	187	7,68	453	42,09	251	49,19
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE	474	570	120%	7	0,71	150	5,84	306	27,56	107	31,23
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL RACHIDE CERVICALE E DELLO SPECO VERTEBRALE, SENZA E CON CONTRASTO	7	16	229%			6	6,33	8	15,50	2	133,00
TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA (TC) DEL BACINO E ARTICOLAZIONI SACRO-ILIACHE	99	136	137%	3		38	5,55	62	29,85	33	39,91
RISONANZA MAGNETICA (RM) CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO	194	436	225%	1	13,00	198	8,82	226	53,18	11	7,09
RISONANZA MAGNETICA (RM) DEL CERVELLO E TRONCO ENCEFALICO, SENZA E CON CONTRASTO	406	511	126%	3	0,67	224	9,55	263	48,03	21	38,95
RISONANZA MAGNETICA (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO	12	28	233%			13	8,54	14	31,50	1	15,00
RISONANZA MAGNETICA (RM) DELL'ADDOME INFERIORE E SCAVO PELVICO, SENZA E CON CONTRASTO	68	167	246%			50	8,96	95	27,25	22	17,00
RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA CERVICALE/LOMBOSACRALE/TORACICA	667	1.248	187%	1	13,00	537	8,82	676	46,62	34	21,74
RISONANZA MAGNETICA (RM) COLONNA CERVICALE, SENZA E CON CONTRASTO	147	223	152%			108	11,00	100	54,44	15	37,73
ECOGRAFIA DEL COLLO PER LINFONODI/ GHIANDOLE SALIVARI/TIROIDE - PARATIROIDI	2.960	3.949	133%	28	1,57	724	5,70	2.354	64,67	843	90,10
ECOCARDIOGRAFIA	4.776	4.124	86%	21	0,62	910	7,88	2.339	83,64	854	90,95
ECO(COLOR) DOPPLER DEI TRONCHI SOVRAORTICI	2.223	1.917	86%	12	1,50	368	7,38	1.197	105,30	340	119,82
ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE	931	679	73%	19	0,58	174	6,34	296	50,76	190	67,61
ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE	206	136	66%	3	1,00	38	7,11	77	58,82	18	114,22
ECOGRAFIA ADDOME COMPLETO	3.901	5.038	129%	137	0,89	1.537	6,86	2.554	58,58	810	91,51
ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE	933	934	100%	15	1,93	253	6,48	448	70,23	218	79,05
ECOGRAFIA DELLA MAMMELLA - MONOLATERALE	81	59	73%	1		26	7,19	18	41,39	14	27,86
ECOGRAFIA OSTETRICA	1.611	826	51%	10	0,90	145	6,65	186	5,07	485	5,34
ECOGRAFIA GINECOLOGICA	71	31	44%	1		9	4,56	16	55,38	5	83,40
ECO(COLOR) DOPPLERGRAFIA DEGLI ARTI INFERIORI ARTERIOSA/VENOSA/ SUPERIORI ARTERIOSA/VENOSA	3.989	3.909	98%	299	1,74	1.000	7,12	1.913	61,55	697	63,12
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	2.103	1.102	52%			442	17,70	515	97,87	145	111,94
POLIPLECTOMIA ENDOSCOPICA INTestino CRASSO	1.502	724	48%	1		1		114	0,60	608	
SIGMOIDOSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	151	62	41%	1		33	15,00	15	61,07	13	51,54
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD]	1.689	856	51%	2	0,50	352	15,33	390	81,97	112	88,09
ELETTROCARDIOGRAMMA (ECG)	12.157	4.631	38%	160	0,16	400	3,24	2.007	12,86	2.064	32,42
ECG DINAMICO 24 ORE - (HOLTER)	2.249	1.692	75%	3		349	9,30	901	59,94	439	76,59
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON PEDANA MOBILE	247	133	54%			23	6,26	66	80,61	44	87,55
TEST CARDIOVASCOLARE DA SFORZO CON CICLOERGOMETRO	1.157	918	79%	1		154	6,75	564	60,12	199	77,23
ALTRI TEST CARDIOVASCOLARI DA SFORZO		14								14	21,29
ESAME AUDIOMETRICO TONALE	2.239	2.157	96%	2	1,00	42	4,29	959	48,40	1.154	49,80
SPIROMETRIA SEMPLICE	1.355	2.079	153%	10	0,10	326	6,54	1.036	38,07	707	35,48
SPIROMETRIA GLOBALE CON VOLUME RESIDUO	1.004	1.028	102%	2		176	10,48	637	80,36	213	89,44
FOTOGRAFIA FUNDUS (RETINOGRAFIA) - OCCHIO DX/OCCHIO SN	22	34	155%					30	0,93	4	22,50
STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO SUPERIORE	466	542	116%			8	6,25	510	0,11	24	
ELETTROMIOGRAFIA SEMPLICE [EMG]	1.893	1.862	98%	2		270	6,10	1.319	47,50	271	53,98
STUDIO ELETTROMIOGRAFICO ARTO INFERIORE	514	385	75%	1		8	5,13	362	0,06	14	0,07
STUDIO ELETTROMIOGRAFICO DISTRETTO CRANICO	2	5	250%			4	8,25	1			
COLONSCOPIA CON ENDOSCOPIO FLESSIBILE	348	180	52%			66	16,06	89	79,03	25	120,16
ESAME DEL FUNDUS OCULI	2.134	967	45%	1		47	8,57	660	80,73	259	84,02

1.6.3 Assistenza collettiva e sanità pubblica

L'ambito "Assistenza collettiva e sanità pubblica" comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività ed ai singoli in carico al Dipartimento di Prevenzione, si tratta di: tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, tutela dagli effetti dell'inquinamento e tutela dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, medicina legale e interventi di promozione della salute rivolti alla comunità. Le strutture del Dipartimento di Prevenzione: SISP, SPRESAL, SIAN, Veterinario, Medicina Legale, Osservatorio Epidemiologico rispondono alla regione rispettando flussi informativi istituzionali.

Molte delle innumerevoli attività di prevenzione e di promozione della salute rivolte alla collettività in carico al Dipartimento di Prevenzione sono riconducibili, con diverse azioni e progettualità, a quanto programmato con il Piano locale della prevenzione (PLP) e con esso vengono rendicontate alla regione.

Il Piano Locale della Prevenzione rappresenta lo strumento di programmazione strategica delle Aziende sanitarie piemontesi in adesione al Piano nazionale della prevenzione (vigente PNP 2020-2025 Intesa Stato-Regioni n. 127/CSR del 06/08/2020) declinato annualmente a livello regionale nel Piano regionale della prevenzione (D.G.R. n. 16 – 4469 - Approvazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025 in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 recepito con D.G.R. n. 12-2524 dell'11/12/2020 e approvazione del modello organizzativo per il Coordinamento regionale della prevenzione) e quindi in quello locale di ASL che ha l'obiettivo di coordinare e integrare le attività di prevenzione e promozione della salute a livello territoriale, traducendo le indicazioni in concrete risposte ai bisogni di salute della popolazione tenendo conto del contesto reale e degli stakeholder, con approccio intersettoriale e in ottica One Health.

L'attuazione del PLP (ultima programmazione Piano Locale della Prevenzione 2024-SOE ASL VC/3/2024) richiede la messa in atto delle azioni che rappresentano lo strumento di attuazione a livello locale delle politiche di prevenzione con lo sviluppo di strategie e azioni trasversali fra le Strutture del Dipartimento di Prevenzione e altre Strutture aziendali con competenze diverse ma volte al raggiungimento di obiettivi comuni.

Il PRP e di conseguenza il PLP sono articolati in 16 programmi, di cui 10 "predefiniti" a livello nazionale e 6 "liberi" definiti a livello regionale; i programmi si sviluppano, secondo "obiettivi trasversali" (intersettorialità, formazione, comunicazione e equità) e specifici, in azioni declinate a livello regionale e locale e con "indicatori di programma" certificativi, valutati a livello nazionale, e "indicatori di processo".

Nel Dipartimento di Prevenzione gli interventi di Prevenzione a favore della popolazione del territorio vengono coordinati e messi in campo attraverso la realizzazione di Azioni programmate per il raggiungimento degli obiettivi fissati dai seguenti Programmi Predefiniti (PP) e Programmi Liberi (PL), che comprendono pertanto tutte le Azioni di Prevenzione da realizzare a livello aziendale:

PP1 - Scuole che promuovono salute

PP2 - Comunità attive

PP3 - Luoghi di lavoro che promuovono salute

PP4 - Dipendenze

PP5 - Sicurezza negli ambienti di vita

PP6 - Piano mirato di prevenzione

PP7 - Prevenzione in edilizia e agricoltura

PP8 - Prevenzione del rischio cancerogeno professionale, delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico e del rischio stress correlato al lavoro

PP9 - Ambiente, clima e salute

PP10 - Misure per il contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza

PL11 - Primi 1000 giorni

PL12 - Setting sanitario: la promozione della salute nella cronicità

PL13 - Alimenti e salute

PL14 - Prevenzione delle malattie infettive

PL15 - Screening oncologici

PL16 – Governance del Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025

Tutti gli Obiettivi e le Azioni da realizzare sono modulati secondo gli esiti dell'analisi di contesto e del profilo di salute della popolazione che gravita sul territorio aziendale

1.6.4 Risorse tecnologiche biomediche

Le apparecchiature biomediche presenti nell'ASL sono circa 6.547. Con riferimento alle grandi attrezzature, sono installati:

1. 3 Tomografi Computerizzati;
2. 1 Risonanza Magnetica;
3. 1 Acceleratore Lineare;
4. 2 Angiografi.
5. 5 Mammografi
6. 5 Diagnostiche Digitali

La distribuzione delle apparecchiature (in termini di numerosità) tra i settori elettrofisiologia/chirurgia, laboratori e radiodiagnostica/radioterapia è la seguente:

- laboratori: 220 unità (3%);
- radiodiagnostica/radioterapia: 345 unità (5%);
- rimanenti apparecchiature: 5.982 unità (91%), riconducibili alle specialità di chirurgia ed elettrofisiologia.

1.6.5 Risorse finanziarie

Fonte dati: Deliberazione del Direttore Generale nr.1255 del 28.11.2024 a oggetto: "Bilancio preventivo economico 2025 V0 provvisorio tecnico".

(I dati sono espressi in migliaia di euro)

Il Bilancio Preventivo economico 2025 provvisorio tecnico presenta un risultato di gestione con una perdita di esercizio pari a meno € 52.021,90=.

RICAVI

Il contributo FSR è stato iscritto così come indicato con Deliberazione della Giunta Regionale n.9-7070/2023/XI del 20.06.2023 a oggetto: "Riparto 2023 del Fondo Sanitario ed entrate Payback agli Enti del S.S.R. Approvazione del Piano di Attività 2023 di Azienda Zero" e smi escludendo i finanziamenti relativi al recupero dei tempi di attesa (colonna A6 della tabella A) che saranno oggetto di successiva ripartizione, i finanziamenti per destinazione investimenti (colonne B1 e B8 della tabella B), i finanziamenti una tantum ripartiti ad Azienda Zero.

L'importo relativo al periodo 01.01.2025 – 31.12.2025 iscritto a C.E. aggregato A.1.1 ammonta a € 314334,79=.

L'importo 01.01.2025-31.12.2025 iscritto a C.E. aggregato A.1 ammonta a € 320.148,44=.

Si assiste a un peggioramento del dato afferente la mobilità passiva A2.5 "infragrupo regionale" 2024 vs 2023. Tale fenomeno è da ricercarsi nell'ingresso da parte dell'ASL "VC" all'interno del MUSA Magazzino Unico Sanitario dell'Area Interaziendale di Coordinamento 3 (AIC3) a far data dal 19 febbraio 2024. L'azienda capofila è l'ASL di Novara. Pertanto nell'aggregato A2.5 vi sono i conti di riaddebito dei prodotti farmaceutici con AIC acquistati dalla ASR capofila e riaddebitati (c/3.26.01.20) e Immunoglobuline con AIC da ASR capofila (c/3.26.01.24).

Nella relazione al rendiconto III trimestre 2024 la S.C. Farmacia Ospedaliera specifica che non rientrano nella gestione MUSA dell'AIC3 la gestione degli acquisti di chemioterapici per uso endovenoso, stupefacenti, farmaci a uso esclusivo, farmaci esteri, rimanendo in capo all'ASL "VC".

TOTALE RICAVI NETTI

Bilancio preventivo economico 2025 provvisorio tecnico v.0	€ 273.241,70=
Bilancio consuntivo esercizio 2023	€ 299.934,66=
Delta Previsione 2025 vs consuntivo 2023	- € 26.692,96=
Andamento C.E. 2024	€ 272.542,45=
Delta Previsione 2025 vs andamento 2024	+ € 699,25=

La riduzione in valore assoluto dei valori iscritti a Bilancio Preventivo economico 2025 provvisorio tecnico rispetto a quelli iscritti a CE Consuntivo 2023, pari a meno €26.692,96= è composta così come segue:

A1.1 Contributi F.S.R. indistinto, riduzione pari a (€ 3.937,12) =;

A1.2 Contributi F.S.R. vincolato, assenza di variazione;

A2 Saldo mobilità, peggioramento pari a € 24.982,49=; (in merito si vedano le note precedenti);

A3 Entrate proprie, decremento pari a (€ 3.174,58=)

A4 Saldo intramoenia, incremento, pari a € 95,71=;

A5 Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione a investimenti: incremento a € 3.040,65=;

A6 Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati, incremento, pari a € 2.264,88=.

COSTI

Nell'ottica di efficientamento del sistema attraverso meccanismi di razionalizzazione nell'uso delle risorse, la Direzione Aziendale ha cercato di perseguire quanto richiesto dalla Regione Piemonte con riferimento agli obiettivi di Budget - Obiettivo Equilibrio Economico Finanziario e Sostenibilità del SSR.

In estrema sintesi si evidenzia che l'azienda, sull'intero aggregato, in sede di previsione 2025, presenta un totale di costi operativi in decremento rispetto ai valori dello stesso periodo C.E. consuntivo 2023 (€ 315.572,39= vs C.E. Consuntivo 2023 € 328.628,35=), pari a meno € 13.055,96=.

		Previsione 2025 vs consuntivo 2023
B1	Personale	€ 117.919,45= vs € 119.294,38=
B2	Prodotti farmaceutici ed emoderivati	€ 12.360,97= vs € 25.837,07= (rif. MUSA)
B3	Altri beni e servizi	€ 80.107,06= vs € 79.79,07=
B4	Ammortamenti e costi capitalizzati	€ 819,25= vs € 819,25=
B5	Accantonamenti	€ 1.128,37= vs € 5.431,05=
B6	Variazione Rimanenze	€ = (nella previsione le rimanenze non si indicano)

Delta Totale costi interni	€ 212.335,10= vs 231.558,09=
C1 Medicina di Base	€ 20.750,00= vs 18.775,67=
C2 Farmaceutica convenzionata	€ 22.572,63= vs 22.069,95=
C3 Prestazioni da privato	€ 59.914,65= vs 56.224,63=
Delta Totale Costi esterni	€ 103.237,28= vs 97.070,25=

Per il bilancio di previsione 2025 valgono sostanzialmente le medesime considerazioni effettuate per il bilancio 2024 (III trimestre proiettato a finire 2024) e per il consuntivo esercizio 2023 ovvero:

Lo scostamento della perdita di esercizio è determinato:

- dall'aumento della mobilità che, come prevedibile, si è attestato nel corso dell'anno 2023 (primo anno post pandemia) sui valori dell'anno 2019;
- dagli incrementi contrattuali previsti dal CCNL del personale del comparto e CCNL area sanità, si rappresenta che in termini di "teste" per il comparto il dato è praticamente uguale al 2022 mentre per la dirigenza si rileva una leggera diminuzione, si precisa altresì che risulta rispettato il tetto di spesa specifico;
- dalla maggiore spesa farmaceutica dovuta principalmente al notevole incremento dell'attività di Oncologia;
- dal numero di dispositivi medici impiantati determinati dalla produzione altamente specialistica delle SS.CC. Ortopedia e Cardiologia;
- dagli adeguamenti contrattuali resisi necessari per il personale dirigente medico delle cooperative.

Ricorso al personale delle cooperative di servizi:

Anno 2024 Anno 2019

(Fonte dati: S.S.S. Acquisizione di beni e servizi e gestione contratti per redazione relazione Piano di efficientamento 2024).

Gli incrementi succitati sono difficilmente contrastabili con scelte meramente organizzative, in alcuni dei casi sopra descritti sarebbe possibile un miglioramento solamente riducendo l'attività rivolta agli assistiti.

Per tali motivazioni la Direzione Generale porrà in essere tutti i provvedimenti suggeriti dalla Regione per tendere al miglioramento del risultato di bilancio.

A ciò si aggiunga che l'Azienda svolge una serie di attività molto costose (interventi di emodinamica, con utilizzo di dispositivi medici e ortoinfettivologia) i cui costi non trovano adeguata remunerazione nella quota capitaria, se non rinunciando alle medesime attività, oggi molto attrattive. La remunerazione di tali attività a quota capitaria non è neanche lontanamente paragonabile al valore del DRG associato.

Per quanto riguarda l'attività di ortoinfettivologia l'ASL "VC" è stata identificata insieme a Torino quale Centro di riferimento regionale, senza il riconoscimento di risorse aggiuntive dedicate.

Infine la necessità di mantenere in essere anche il Presidio di Borgosesia e altri presidi territoriali, poco produttivi e poco attrattivi per il personale sanitario, comporta costi aggiuntivi di reclutamento che può essere attuato soltanto mediante il ricorso a cooperative.

Un miglioramento importante dei costi energetici potrebbe essere attuato mediante investimenti di riqualificazione energetica il cui studio è attualmente in corso.

L'obsolescenza degli infissi dell'Ospedale "S. Andrea" e delle altre sedi dislocate sul territorio determina un notevole dispendio energetico. All'uopo è intenzione della Direzione costruire un impianto fotovoltaico da posizionare sull'edificio della piastra ambulatoriale sita in Vercelli, largo Giusti.

Al fine di contenere le spese fisse, la Direzione Generale ha intrapreso iniziative di razionalizzazione relative alle unità immobiliari di proprietà, al fine di ridurre il numero degli immobili in locazione. Tale operazione è da considerarsi di lungo periodo, pertanto non si avranno ricadute in termini di contenimento dei costi nell'immediato.

Si evidenzia inoltre, oltre alla poca tenuta degli infissi già citata, la vetustà generalizzata dell'Ospedale di Vercelli, ove molti reparti, a oggi, sono privi di camere con bagno nonché di sistemi di condizionamento. Tali condizioni di obsolescenza comportano la realizzazione di innumerevoli interventi di riqualificazione per consentire di adeguare i locali agli standard ospedalieri attuali.

Stante pertanto la riduzione del finanziamento pro-capite effettuata in sede di ripartizione della quota del FSR nell'ultimo biennio e considerato altresì il peggioramento progressivo del margine operativo, fermo restando che la Direzione Generale sta cercando di attuare tutti i provvedimenti suggeriti dalla Regione per tendere al miglioramento

del risultato di bilancio, appare evidente che soltanto adottando misure strutturali e di riprogrammazione delle attività sanitarie dei presidi sarebbe possibile migliorare i risultati attesi in termini di economicità ed efficienza produttiva.

2. Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

2.1 Valore pubblico

Il punto di partenza del percorso di pianificazione strategica e programmazione operativa dell'ASL è costituito dai piani socio sanitari nazionali e regionali, dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale e dagli obiettivi assegnati annualmente al Direttore Generale dalla Regione Piemonte. Alla data attuale la Regione Piemonte non ha ancora formalizzato l'assegnazione per l'anno 2025 degli obiettivi economici-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi al Direttore Generale, pertanto l'Azienda assume come punto di riferimento gli obiettivi di attività assegnati per l'anno 2024 con DGR n. 7-8279 dell' 11 marzo 2024.

Nell'ambito della propria finalità di promozione e tutela della salute, l'Azienda intende favorire la creazione di valore pubblico in termini di *miglioramento del benessere sanitario della popolazione di riferimento* e a tal fine, in relazione alle esigenze aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e in coerenza alle attese degli stakeholder ed alle risorse economiche disponibili, definisce delle aree strategiche all'interno delle quali vengono declinati obiettivi strategici e specifici.

2.1.1 Aree strategiche

Le aree strategiche, funzionali al miglioramento del benessere sanitario della popolazione di riferimento, vengono così individuate:

- **CITTADINO AL CENTRO:** mettere il cittadino al centro significa innanzitutto organizzare l'intero processo in modo che strutture e professionisti si muovano attorno a lui coordinati da un regista che si assume il carico di "prendersi cura". Ma il cittadino è al centro anche perché deve essere protagonista attivo e non mero oggetto di assistenza e le azioni da mettere in campo devono essere disegnate sui suoi bisogni. Infine il cittadino è al centro perché è sulla sua soddisfazione e sulla qualità della sua vita che si misura il valore prodotto.
- **SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA:** un'assistenza sanitaria sostenibile è quella che assicura un equilibrio appropriato tra gli aspetti culturali, sociali ed economici dei servizi progettati e prodotti per soddisfare i bisogni di salute e di assistenza della popolazione. In tale prospettiva incide non solo la dimensione economico-finanziaria ma anche l'efficienza organizzativa, la produttività dei servizi, la fiducia dei cittadini nel sistema.
- **INNOVAZIONE, CRESCITA E SVILUPPO:** attraverso l'innovazione, intesa come cambiamento positivo nello stato di cose esistente, si intende favorire la crescita aziendale attraverso il miglioramento dei servizi già offerti e lo sviluppo di nuovi. In tale ambito assumono fondamentale rilevanza le opportunità offerte dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – Missione Salute.

2.1.2 Obiettivi strategici ed obiettivi specifici

Gli obiettivi strategici assumono particolare rilevanza rispetto ai bisogni ed alle attese degli stakeholder ed all'indissolubile legame con le risorse economiche disponibili.

Essi includono:

- ❖ per l'area strategica **CITTADINO AL CENTRO:**
 - Accessibilità al servizio
 - Prevenzione delle malattie
- ❖ per l'area strategica **SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA:**
 - Appropriata prescrizione
 - Cultura della legalità
 - Esiti di salute, processi clinici e sicurezza del paziente
 - Razionalizzazione delle risorse
- ❖ per l'area strategica **INNOVAZIONE, CRESCITA E SVILUPPO:**
 - PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza
 - Performance

2.2 Performance

2.2.1 Albero della Performance

Ciascun obiettivo strategico ha valenza pluriennale e viene declinato annualmente in uno o più obiettivi specifici. L'albero della performance, di seguito riportato, rappresenta graficamente per l'anno 2025 i legami tra aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi specifici, evidenziando come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico coerente, alla realizzazione del mandato istituzionale, dei valori e della mission.

ALBERO DELLA PERFORMANCE 2025								
AREE STRATEGICHE	Cittadino al centro		Sostenibilità del sistema				Innovazione, crescita e sviluppo	
OBIETTIVI STRATEGICI	Accessibilità al servizio	Prevenzione delle malattie	Appropriatezza Prescrittiva	Cultura della legalità	Esiti Di Salute, Processi Clinici E Sicurezza Del Paziente	Razionalizzazione delle Risorse	PNRR - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza	Performance
OBIETTIVI SPECIFICI	Liste attesa e produzione	Piano Locale della Prevenzione	Incremento appropriatezza prescrittiva	Prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione	Appropriatezza nell'assistenza al parto	Efficientamento energetico	Assistenza domiciliare (PNRR-M6 C1)	Formazione
	Umanizzazione e Accoglienza	Piano Regionale Integrato per i controlli sulla Sicurezza Alimentare (PRISA)			Area Cardiovascolare: tempestività nell'effettuazione di PTCA	Efficienza organizzativa	Telemedicina(PNRR-M6 C1)	Miglioramento dell'integrazione organizzativa tra i ruoli
	Recupero Mobilità Passiva				Area Osteomuscolare: tempestività interventi	Governo del consumo di farmaci, dispositivi ed emocomponenti	Formazione del Personale(PNRR-M6 C2)	Standardizzazione e di PDTA, procedure e regolamenti
					Qualità dell'assistenza	Valorizzazione e cura del patrimonio aziendale	Aggiornamento delle infrastrutture tecnologiche (PNRR-M6 C2)	

2.2.2 Obiettivi operativi

Gli obiettivi operativi discendono dagli obiettivi specifici e vengono annualmente declinati e assegnati alle strutture organizzative e al personale dipendente mediante il processo di budgeting descritto nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SIMIVAP) dell'ASL VC. In tale contesto per tutti gli obiettivi operativi sono individuati indicatori e valori attesi che vengono puntualmente descritti nella scheda di assegnazione obiettivi.

Nella tabella che segue sono rappresentati gli obiettivi operativi derivanti dagli obiettivi specifici per l'anno 2025.

Tabella 19. Catalogo Obiettivi 2025

OBIETTIVO SPECIFICO	OBIETTIVO OPERATIVO	ASSEGNATARI PIAO	FONTE DATI PIAO
Liste attesa e produzione	Agevolare il percorso ambulatoriale di presa in carico del paziente	Strutture eroganti prestazioni ambulatoriali PNGLA	Estrazioni da appuntamenti CUP
	Appropriatezza prescrittiva delle prestazioni ambulatoriali	Distretto	Flusso Specialistica ambulatoriale, Sistema TS Specialistica (CDSA)

OBIETTIVO SPECIFICO	OBIETTIVO OPERATIVO	ASSEGNATARI PIAO	FONTE DATI PIAO
	Azioni di miglioramento collegate alle liste e ai tempi di attesa: adozione e adempimenti previsti dalla procedura regionale “Verifica e controllo delle liste e dei tempi di attesa”	Gestione Operativa, Controllo di Gestione, Qualità, Direzione Medica (LP), Distretto, Capo Dipartimento Chirurgico, Sisp-Screening	Sistema Documentale Aziendale
	Garantire gli obiettivi di inviti e prestazioni di screening oncologico	Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Dati del CPO Piemonte
	Garantire i tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali PNGLA	Strutture eroganti prestazioni ambulatoriali PNGLA	Estrazioni da applicativo CUP
	Garantire i tempi di attesa per i ricoveri programmati	Strutture eroganti attività di ricovero ordinario programmata	Flusso SDO
	Garantire i tempi di permanenza in PS	Medicina di Emergenza Urgenza	Flusso Specialistica ambulatoriale tracciato C2
	Garantire il valore atteso di produzione della Struttura	Strutture eroganti attività di ricovero	Flusso SDO
	Garantire la funzione di committenza con le strutture private ai fini del miglioramento delle liste di attesa	Distretto	Sistema Documentale Aziendale
	Verifica liste e tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali	Gestione Operativa, Controllo di Gestione, Qualità, Distretto,	
Umanizzazione e Accoglienza	Garantire al paziente un ambiente adeguato	Tecnico-Patrimoniale, ufficio Relazioni con il Pubblico	
Recupero Mobilità Passiva	Monitoraggio continuo del fenomeno della mobilità passiva degli assistiti ASLVC	Gestione Operativa, Controllo di Gestione	Flusso SDO Mobilità Passiva
Piano Locale della Prevenzione	Garantire il benessere animale	Servizi Veterinari	Sistema Documentale Aziendale
	Garantire la biosicurezza degli allevamenti suini	Servizi Veterinari	
	Migliorare gli stili di vita	Servizio Osservatorio Epidemiologico, Psicologia, SerD	
	Programmare, realizzare e rendicontare le azioni per i Programmi del Piano Locale Prevenzione in coerenza con il mandato regionale	Dipartimento di Prevenzione (Strutture competenti),Dipsa, Servizio Sociale,Distretto, Malattie Infettive, Medicina Legale, Psicologia,SerD	
Piano Regionale Integrato per i controlli sulla Sicurezza Alimentare (PRISA)	Garantire l'applicazione delle misure previste dal PRISA	Servizi Veterinari e di Igiene degli Alimenti	Documento di rendicontazione trasmesso alla regione Piemonte, Sistema Documentale Aziendale

OBIETTIVO SPECIFICO	OBIETTIVO OPERATIVO	ASSEGNATARI PIAO	FONTE DATI PIAO
Incremento appropriatezza prescrittiva	Garantire l'ossigenoterapia domiciliare (OTD), per flussi compresi fra 2 e 3l/minuto, tramite concentratore (COX), laddove le condizioni cliniche del paziente lo consentano.	Reparti prescrittori	Flusso File F
	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva per le classi terapeutiche ipolipemizzanti, immunosoppressori e immunomodulatori.	Servizi Farmaceutici (Ospedaliero e Territoriale)	Flusso File H, Sistema Documentale Aziendale
	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva per le Immunoglobuline	Reparti prescrittori	File F somministrato
	Monitorare la spesa farmaceutica convenzionata indotta dai MMG convenzionati con ASLVC	Farmacia Territoriale	Farmacia Territoriale
	Promuovere l'uso appropriato degli antibiotici	Reparti prescrittori, Dipartimento Prevenzione	Flusso File H, Sistema Documentale Aziendale
Prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione	Effettuare il monitoraggio di II livello sull'attuazione degli obblighi di trasparenza di cui all' All. 6 al PIAO 2025-2027, mediante conduzione di audit, nei confronti di almeno 3 strutture aziendali	RPCT	Sistema Documentale Aziendale
	Effettuare il monitoraggio di II livello sull'idoneità e sull'attuazione delle misure di prevenzione, mediante conduzione di audit, nei confronti di strutture aziendali maggiormente esposte a rischio corruttivo		
	Garantire gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza richiesti dal Responsabile Aziendale	Strutture di staff (strutture indicate dal RPCT)	
Appropriatezza nell'assistenza al parto	Garantire le proporzioni di parti con taglio cesareo primario	Ostetricia e Ginecologia	Flusso SDO
Area CardioVascolare: tempestività nell'effettuazione di PTCA	Garantire la tempestività nell'effettuazione di PTCA nei casi di IMA STEMI	Cardiologia	Flusso SDO e Flusso Specialistica ambulatoriale tracciato C2
Area Osteomuscolare: tempestività interventi	Garantire la tempestività di intervento a seguito di frattura femore in pazienti ultrasessantacinquenni	Ortopedia e Traumatologia	Flusso SDO e Flusso Specialistica ambulatoriale tracciato C2
Qualità dell'assistenza	Corretto adempimento del debito informativo relativo al flusso SIMES Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità	Risk management	Sistema Documentale Aziendale
	Effettuare la valutazione preliminare di tutti gli infortuni procedibili d'ufficio (prognosi superiore ai 40 giorni) che giungono al servizio	Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro	Sistema Informativo SPRESALWEB

OBIETTIVO SPECIFICO	OBIETTIVO OPERATIVO	ASSEGNATARI PIAO	FONTE DATI PIAO
	Garantire i tempi di refertazione	Anatomia Patologica	Applicativo gestionale ARMONIA della SCDU Anatomia Patologica
	Garantire il procurement di organi e cornee	Rianimazione, Medicina di Emergenza Urgenza, Medicina Interna, Pneumologia, Psicologia	Piattaforma regionale PADDI
	Monitoraggio attivo del Nuovo Sistema di Garanzia	Distretto,Psichiatria,Dipartimento di Prevenzione (Strutture competenti)	Sistema Documentale Aziendale,Flusso STS24
	Partecipare attivamente alle attività del NOC	Servizio Sociale	Sistema Documentale Aziendale
	Prevenire le infezioni correlate all'assistenza	Strutture Ospedaliere, Laboratorio, Direzione Medica	
	Valutare la qualità dell'assistenza nelle strutture sociosanitarie per anziani e disabili e per l'infanzia	Dipartimento di Prevenzione (Strutture competenti), Vigilanza	
Efficienza organizzativa	Monitorare il costo del personale (compresi incarichi libero professionali) in relazione alle politiche aziendali di acquisizione delle risorse umane	Personale, Contabilità	Applicativo AMCO
	Monitorare il costo dell'assistenza protesica, residenziale e semiresidenziale	Distretto	
	Rispettare i tempi di pagamento	Strutture di staff (strutture con servizi liquidatori)	
	Garantire la piena operatività del sistema amministrativo contabile AMCO	Strutture identificate dal direttore SS ICT referente aziendale del progetto.	
	Garantire la capacità di risposta dell'organizzazione	Servizio Prevenzione e Protezione, Risk Management, Strutture indicate dai servizi competenti	Sistema Documentale Aziendale, Sistema Documentale SGSL
Governo del consumo di farmaci, dispositivi ed emocomponenti	Garantire la gestione informatica dei beni in conto-deposito	ICT , Gestione Contratti, Ortopedia, Cardiologia	Applicativo Amco, Ormaweb e Suiestensa
	Garantire il rispetto del valore di consumo di farmaci e dispositivi assegnato alla Struttura	Strutture eroganti attività di ricovero e/o ambulatoriale, Dea e PS, Direzione Medica (Blocco Operatorio)	Applicativo AMCO
	Garantire la corretta gestione degli armadietti di reparto	Dipsa	Sistema Documentale Aziendale
	Monitorare la spesa farmaceutica ospedaliera	Farmacia Ospedaliera	
Valorizzazione e cura del patrimonio	Garantire l'attuazione dei progetti di edilizia sanitaria	Tecnico-Patrimoniale, Patrimoniale, ICT	

OBIETTIVO SPECIFICO	OBIETTIVO OPERATIVO	ASSEGNATARI PIAO	FONTE DATI PIAO
aziendale	Razionalizzazione dell'utilizzo degli spazi	Tecnico-Patrimoniale, Patrimoniale	
Efficientamento energetico	Razionalizzazione dei consumi di elettricità	Tecnico-patrimoniale	
Assistenza domiciliare (PNRR-M6 C1)	Garantire la copertura in Cure Domiciliari per i soggetti over 65	Distretto	Flusso ADI
Telemedicina(PNRR-M6 C1)	Sviluppare la telemedicina	Strutture eroganti prestazioni canddabili all'erogazione da remoto	Flusso Specialistica ambulatoriale tracciato C
Formazione del Personale(PNRR-M6 C2)	Sviluppo di competenze tecnico-professionali, difitali e manageriali per gli operatori sanitari	Dipsa, Laboratorio, Servizio Formazione	Sistema Documentale Aziendale
Aggiornamento delle infrastrutture tecnologiche (PNRR-M6 C2)	Implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Strutture identificate dal direttore SS ICT referente aziendale del progetto. Particolarmente da impegnare sul tema le strutture con alto uso di gettonisti , ovvero DEA, PS e Ostegine	
Formazione	Sviluppare le competenze del personale	Strutture indicate dai servizi competenti	Sistema Documentale Aziendale, Sistema Documentale SGSL
Miglioramento dell'integrazione organizzativa tra i ruoli	Coordinamento delle strutture afferenti, con particolare riferimento all'integrazione culturale e funzionale	Dipartimenti Chirurgico, Medico, Emergenza-Urgenza, Salute Mentale, Prevenzione	Sistema Documentale Aziendale
	Garantire il raggiungimento degli obiettivi delle strutture afferenti e l'integrazione culturale e funzionale	Dipartimenti Chirurgico, Medico, Emergenza-Urgenza, Salute Mentale, Prevenzione, Gestione Operativa, Distretto	
Standardizzazione di PDTA, procedure e regolamenti	Ottimizzare le procedure mirate a tutelare la salute e la sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro	Servizio Prevenzione e Protezione, Medico Competente	Sistema Documentale Aziendale, Sistema Documentale SGSL

2.3 Rischi corruttivi e trasparenza

Premessa - Obiettivi di valore pubblico

La sezione Rischi corruttivi e trasparenza dell'ASL VC per il triennio 2025 – 2027 si colloca in una linea di continuità con le precedenti e di allineamento con gli atti di indirizzo dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Essa si inserisce in una stagione di cambiamenti, con particolare riferimento a quelli organizzativi che fanno seguito agli impegni assunti dall'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza.

Gli impegni assunti dall'Italia con il PNRR coinvolgono direttamente le pubbliche amministrazioni e incidono in modo significativo sull'innovazione e l'organizzazione che le riguardano.

In tale contesto, la sezione Rischi corruttivi e trasparenza costituisce lo strumento fondamentale che la pubblica amministrazione ha a disposizione, al fine di definire strategie di prevenzione dell'illegalità, aumentare la capacità di scoprire eventuali situazioni corruttive e creare un contesto sfavorevole al loro verificarsi.

Nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (delibera ANAC n. 7/2023) a valere per il triennio 2022 – 2025, l'Autorità Nazionale Anticorruzione aveva posto in evidenza il concetto di valore di pubblico cui l'attività delle pubbliche amministrazioni deve tendere, specificando che le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza sono essenziali per poter conseguire tale obiettivo e per contribuire alla sua generazione e protezione.

Nel prevenire i fenomeni di cattiva amministrazione e nel perseguire obiettivi di imparzialità e trasparenza, l'attuazione del sistema di anticorruzione, riducendo gli sprechi e orientando correttamente l'azione amministrativa, contribuisce a generare valore pubblico.

In altre parole, le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza previste dal legislatore a protezione del valore pubblico, sono esse stesse essere produttive di valore pubblico, in quanto strumentali a produrre risultati sul piano economico e su quello dei servizi, con importanti ricadute sull'organizzazione sociale ed economica.

L'ASL di Vercelli fa proprie le finalità di valore pubblico e prevenzione della corruzione previste dalla normativa ed enfatizzate dall'Autorità, e le riconosce nel proprio Atto aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1233 del 9.11.2022, in quanto essenziali al perseguimento della *mission* istituzionale.

Nell'ottica dell'integrazione del ciclo della *performance* di cui al d.lgs. 150/2009 con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione, **l'Azienda annualmente introduce obiettivi strategici specifici, preordinati all'attuazione delle misure di prevenzione e all'adempimento degli obblighi di pubblicazione.**

La nozione di corruzione

La corruzione non consiste esclusivamente in comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assume o concorre ad assumere una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio economico o meno, dai propri doveri d'ufficio la cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli: questa definizione, invero, tipica del contrasto penalistico ai fenomeni corruttivi, delimita il fenomeno corruttivo in senso proprio.

La normativa anticorruzione prende in considerazione una vasta serie di comportamenti devianti, quali il compimento di reati contro la pubblica amministrazione diversi da quelli corruttivi in senso stretto (Libro II, Titolo II, Capo I, del c.p.), il compimento di altri reati di rilevante allarme sociale, l'adozione di comportamenti contrari a quelli proprio del funzionario pubblico previsti dalle norme disciplinari, fino all'assunzione di decisioni "*di cattiva amministrazione*", contrarie ai principi fondamentali di imparzialità, buon andamento ed economicità.

La nozione di corruzione, secondo la definizione che ne fornisce il Dipartimento della funzione pubblica, consiste "nell'abuso da parte di un soggetto del potere allo stesso affidato al fine di ottenere vantaggi privati", atto a ricomprendere anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ovvero a causa dell'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*.

Scopo della sezione Rischi corruttivi e trasparenza

La prevenzione della corruzione ha natura trasversale a tutte le attività amministrative e sanitarie, in quanto preordinate alla realizzazione della *mission* istituzionale. Con la sezione Rischi corruttivi e trasparenza s'intende a fornire a direttori, dirigenti e responsabili uno strumento di strategia e programmazione, da diffondere e condividere con tutti i dipendenti, per prevenire e contrastare l'insorgenza di eventi corruttivi e di situazioni di *maladministration*.

Tenuto conto che il Piano Nazionale Anticorruzione 2022 ed il suo successivo aggiornamento per l'anno 2023 (delibera ANAC n. 605/2023) hanno posto a carico delle amministrazioni l'implementazione di importanti azioni di revisione, con l'aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e trasparenza per l'anno 2025 l'ASL VC ha pianificato quanto ritenuto essenziale e opportuno all'efficacia della sezione medesima, compatibilmente con le risorse dedicate e il tempo a disposizione.

Ulteriori azioni ed integrazioni saranno oggetto di studio e valutazione nel corrente anno 2025 e potranno essere inserite nell'aggiornamento per l'anno 2026.

La sezione Rischi corruttivi e trasparenza è corredata di una serie di allegati, volti ad illustrare nel dettaglio gli esiti del monitoraggio sull'effettiva attuazione delle misure di prevenzione del rischio pianificate, lo svolgimento del processo di gestione del rischio, l'ulteriore programmazione delle misure di prevenzione, l'elenco degli Obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013:

Allegato 1: Stato attuazione misure al 31.12.2024

Allegato 2: Valutazione dei rischi 2025-2027

Allegato 3: Tabella delle misure 2025 – 2027

Allegato 4: Piano anticorruzione 2025 - 2027

Allegato 5: PIAO 2025-2027 – Elenco degli Obblighi di pubblicazione, di cui al d.lgs. 33/2013

2.3.1 Valutazione di impatto del contesto esterno

La Sanità è uno dei settori della pubblica amministrazione più importanti e quindi più esposti al rischio di attenzioni e condizionamenti da parte della criminalità organizzata, in ragione di un insieme di specificità che sono fisiologiche al settore stesso e che inevitabilmente la rendono di particolare interesse per le organizzazioni criminali.

La Sanità è oggetto di particolare interesse per la criminalità perché:

- è un settore che gestisce ingenti risorse economiche e, in quanto tale, può essere terreno anche di operazioni di varia natura (dal riciclaggio di denaro all'aumento del giro di affari, dallo sbocco occupazionale al controllo dei territori);
- i clan hanno bisogno di strutture in grado di garantire l'assistenza sanitaria ai propri affiliati in condizioni di particolare riservatezza e hanno necessità di professionisti in grado di fornire perizie mediche compiacenti;
- le organizzazioni mafiose hanno bisogno di instaurare rapporti con ambienti in grado di facilitare il collegamento con settori importanti dell'apparato statale e della politica, di cui necessitano per proteggere e allargare i loro interessi.

Nel settore sanitario la lotta alla corruzione e il contrasto al fenomeno delle infiltrazioni della criminalità organizzata hanno l'obiettivo di consolidare il perseguimento di fini istituzionali, garantendo alla popolazione la fruizione di servizi relativi a diritti fondamentali e recuperando le legittime aspettative e la fiducia della cittadinanza rispetto al sistema sanitario nazionale.

Una moderna strategia di contrasto alla corruzione è perciò la prima azione concreta per prevenire l'infiltrazione della criminalità organizzata e deve puntare, fra l'altro, a promuovere fra gli operatori una più chiara percezione dei rischi, troppo spesso sottovalutati o addirittura ignorati, a sostenere comportamenti di lealtà verso l'Azienda, a riconoscere il valore delle attività di cura svolte dalle aziende sanitarie, a sottolineare l'importanza di un buon clima aziendale, capace di rendere le persone orgogliose del proprio lavoro.

L'obiettivo è intervenire in quegli ambiti che possono trasformarsi in terreno fertile per la cattiva amministrazione e, quindi, per le infiltrazioni criminali. A tal fine l'approccio preventivo è da incoraggiare mentre, per quanto fondamentale, l'approccio ispettivo-sanzionatorio rischia di produrre effetti in parte perversi perché incentiva comportamenti volti ad aggirare la norma, soprattutto fra chi risponde a valori etici meno solidi, mentre carica di onerosi adempimenti burocratici chi opera con dedizione e integrità.

Interessi illeciti nella vita dell'amministrazione trovano nella cattiva gestione terreno fertile per attecchire e crescere. Disordine amministrativo, mancanza di atti regolamentari, instabilità dei vertici, assenza di

meritocrazia, abnorme contenzioso legale, bassa qualificazione professionale, sono tutti fenomeni che possono essere considerati indicatori di inefficienza e, al contempo, di grave rischio di infiltrazioni criminali. Ne consegue che “*fare buona amministrazione ordinaria*” è una delle condizioni fondamentali anche per prevenire e contrastare l’illegalità e la criminalità, anche nel settore sanitario.

Più in generale un elemento di debolezza, che trova origine nella normativa degli ultimi decenni, è la diffusa tendenza delle amministrazioni di avvalersi, per gran parte dei servizi accessori, di fornitori esterni.

Adottata con l’obiettivo di risparmiare risorse, l’esternalizzazione di servizi costituisce una soluzione di grande interesse per la criminalità organizzata e per l’illegalità, perché crea spazi per infiltrazioni e condizionamenti per i clan e per la cattiva politica.

È infatti notorio che molti degli illeciti messi in atto dalle organizzazioni criminali in danno della pubblica amministrazione hanno riguardato i servizi esternalizzati di raccolta e smaltimento rifiuti, preparazione e distribuzione pasti, pulizia, vigilanza, lavanolo, elaborazione stipendi, ecc.

Particolare attenzione merita anche l’esame dei rischi connessi alla gestione delle procedure e dei contratti di appalto.

Il rischio corruttivo può concretizzarsi nella fase di scelta del contraente, per esempio: acquistando prodotti che non corrispondono a un reale bisogno della popolazione o in misura superiore al reale fabbisogno, procedendo con atti di gara in modo da favorire uno dei contraenti, formulando il bando e capitolato con l’aiuto del fornitore; nominando commissioni tecniche compiacenti, affermando una infungibilità del prodotto non reale od oggettiva; nella fase di esecuzione del contratto (mancanza di controlli sulla prestazione, accondiscendenza allo sfioramento della spesa, doppia e tripla fatturazione, ecc.); nella scelta della tipologia del contratto.

2.3.2 Valutazione di impatto del contesto interno

I soggetti coinvolti

I soggetti coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e della illegalità in ambito aziendale, chiamati a partecipare attivamente all’elaborazione del piano di prevenzione della corruzione, all’attuazione delle misure in esso previste e al controllo sull’idoneità ed efficacia delle stesse, ciascuno per l’ambito di rispettiva competenza, sono:

il **Direttore Generale**, coadiuvato dal **Direttore Amministrativo** e dal **Direttore Sanitario**,
il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**,
i **Referenti per la prevenzione della corruzione e i Referenti per la trasparenza**,
tutti i **Dirigenti con incarico di direzione di struttura** e i **Dirigenti per l’ambito di attività ad essi assegnata**,
il **Nucleo Indipendente di Valutazione**,
il **Collegio Sindacale**,
l’**Ufficio per i procedimenti disciplinari**,
tutti i **Dipendenti** ed i **Collaboratori** a qualunque titolo,
gli **Stakeholder** interni ed esterni.

Il **Direttore Generale**: nel vigente ordinamento giuridico italiano l’organo di indirizzo politico e di amministrazione dell’ente riveste un ruolo proattivo, in quanto definisce gli obiettivi strategici della gestione del rischio corruttivo.

Esso, inoltre, adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che sono direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione; designa il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (art. 1, c. 7, l. 190/2012); garantisce al RPCT un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio; adotta il Piano triennale ed i suoi aggiornamenti (art. 1, c. 8 e 60, l. 190/2012).

Il **Direttore Amministrativo** e il **Direttore Sanitario** coadiuvano il Direttore Generale per la parte di rispettiva competenza, garantendo il conseguimento degli obiettivi fissati dalla programmazione regionale e aziendale.

Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione della Trasparenza** svolge i compiti previsti dalla l. 190/2012 e s.m.i. e dalla Circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1/2013; vigila sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità (art. 1 l. 190/2012; art. 15 d.lgs. n. 39/2013);

elabora la relazione annuale sull'attività svolta (art. 1, c. 14 l. 190/2012); svolge le funzioni di controllo previste dal d.lgs. 33/2013, in qualità di Responsabile della trasparenza.

L'odierno Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ASL VC, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 1361/2022, è la dr.ssa Angela Boccaccio, dirigente amministrativo assegnato alla struttura semplice Affari generali e istituzionali.

In caso di assenza, il RPCT è sostituito dal Direttore Amministrativo.

Ai sensi della legge 190/2012 e s.m.i. il **RPCT, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione:**

- predispone il Piano e lo sottopone all'organo di indirizzo politico e di amministrazione, per la sua approvazione;
- provvede, in collaborazione con i Referenti e i direttori si struttura, alla verifica della efficace attuazione e della idoneità del Piano, nonché a proporre la modifica dello stesso qualora vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero qualora intervengano significativi mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- propone e provvede alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi e/o delle altre misure alternative (es. segregazione delle funzioni);
- provvede ad individuare, d'intesa con i dirigenti competenti, il personale da inserire nei programmi di formazione, previsti ai sensi della l. 190/2012;
- predispone annualmente una relazione recante i risultati dell'attività svolta, dandone la pubblicità prevista dalla legge;
- vigila sul funzionamento e sull'osservanza della sezione, con esplicito:
 - o potere di indicare agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza,
 - o dovere di segnalare all'organo di indirizzo politico-amministrativo e all'Organismo Indipendente di Valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Per la delicatezza delle funzioni assegnate, il RPCT è assistito da particolari poteri istruttori. Ad esso è garantito:

- l'accesso a tutta la documentazione aziendale, compatibilmente con il segreto professionale;
- il potere di verificare e chiedere spiegazioni oralmente e per iscritto a tutti i dipendenti su fatti e comportamenti che potrebbero integrare, anche solo potenzialmente, eventi corruttivi o situazioni di *maladministration*.

Non compete, invece, al RPCT l'accertamento di eventuali responsabilità dei dipendenti, che resta rimesso ai direttori delle strutture aziendali e all'Ufficio per i procedimenti disciplinari, evitando sovrapposizioni e commistioni tra l'attività di monitoraggio e vigilanza anticorruzione e l'attività gestionale e disciplinare.

Quale Responsabile della Trasparenza, il RPCT ai sensi del d.lgs. 33/2013 e s.m.i.:

- svolge stabilmente un'attività di controllo sul corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei direttori delle strutture aziendali destinatari degli stessi;
- controlla la regolare attuazione dell'accesso civico;
- segnala all'organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi all'Ufficio per i procedimenti disciplinari, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

I Referenti per la prevenzione della corruzione sono stati nominati dal Direttore Generale.

A supporto del RPCT, con deliberazione n. 746 del 28.7.2020 l'ASL VC ha individuato quali **Referenti aziendali per la prevenzione della corruzione** i direttori delle strutture e dipartimenti di seguito indicati

- S.C. Veterinario Area C (per l'Area veterinaria)
- Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP)
- S.C. Sviluppo Organizzativo e Gestione delle Risorse Umane
- S.C. Politiche e Gestione delle Risorse Economiche
- S.C. Innovazione Tecnologica e Strutturale
- S.C. Gestione Affari Istituzionali
- S.C. Farmaceutica Territoriale
- S.C. Farmacia Ospedaliera
- S.C. Distretto

S.C. Direzione Medica di Presidio
S.S. Direzione Medica di Presidio Borgosesia
S.C. DIPSA
S.S. Patrimoniale
S.S. ICT
S.S. Programmazione e Controllo di Gestione
S.S. Qualità
S.S. Risk Management
S.S. Performance e Valutazione
Dipartimento di Prevenzione
Dipartimento Assistenza Ospedaliera e Specialistica
Dipartimento di Emergenza Urgenza
Dipartimento Interaziendale Materno Infantile

Ai Referenti per la prevenzione della corruzione sono affidati compiti di coordinamento e raccordo, al fine di facilitare il meccanismo di comunicazione e informazione tra il RPCT e le strutture aziendali tenute all'attuazione delle misure di prevenzione.

Nel dettaglio, essi sono tenuti:

- a diffondere la cultura della prevenzione della corruzione attraverso l'adozione di comportamenti etici, equi e trasparenti, favorendo l'informazione ai propri collaboratori sulle procedure e sui regolamenti aziendali;
- ad individuare i processi di lavoro ed il personale maggiormente esposto al rischio nell'ambito della propria struttura;
- a definire meccanismi operativi finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- ad implementare sistemi di controllo e di monitoraggio che consentano di rilevare tempestivamente comportamenti inadeguati dei propri collaboratori;
- a partecipare alla elaborazione della sezione, fornendo attiva collaborazione al RPCT nella valutazione del rischio, nella individuazione degli interventi organizzativi e delle procedure volte a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, nonché nella predisposizione di idonei strumenti di monitoraggio;
- a fissare i termini di conclusione dei processi e/o dei procedimenti di rispettiva competenza e monitorarne il rispetto con cadenza periodica, con obbligo di segnalare al RPCT eventuali scostamenti o anomalie riscontrate;
- a monitorare i rapporti instaurati tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione ed erogazione di vantaggi, economici e non, di qualunque genere;
- a garantire la massima trasparenza a tutte le iniziative aziendali volte a prevenire, impedire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione;
- ad individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica, della legalità e pianificare modalità di condivisione delle conoscenze e competenze acquisite.

Per l'ambito di attività di rispettiva competenza i Referenti, inoltre, sono tenuti:

- a segnalare i casi di condotte illecite di cui siano venuti a conoscenza;
- all'adozione di misure di garanzia del rispetto del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al d.P.R. 62/2013, modificato dal d.P.R. 81/2023 e del Codice integrativo aziendale;
- all'adozione di misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al d.lgs. 8.4.2013 n. 39 e s.m.i., anche successivamente alla cessazione dal servizio o al termine dell'incarico (art. 53, comma 16-ter del d.lgs. 165/2001);
- all'adozione di misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni in materia di autorizzazione di incarichi esterni, ex art. 53 del d.lgs. 165/2001 e s.m.i., secondo la disciplina prevista dal Regolamento aziendale;
- all'adozione delle misure in materia di trasparenza previste dal d.lgs. 33/2013 e s.m.i.;
- a collaborare con il RPCT a fini di tutela dell'integrità pubblica.

Tutti i Direttori di struttura sono tenuti:

- ad attuare le misure di prevenzione previste dalla sezione Rischi corruttivi e trasparenza (art. 1, c. 14 della l. 190/2012).
- A concorrere al processo di gestione del rischio (art. 16 commi 1 bis, ter e quater d.lgs. 165/2001 e s.m.i.);
- a proporre misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. 165/2001 e s.m.i.);
- ad assicurare l'osservanza Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al d.P.R. 62/2013, modificato dal d.P.R. 81/2023 e del Codice integrativo aziendale e del Regolamento in materia di incarichi *extra* istituzionali e a verificare le ipotesi di violazione;
- ad applicare misure gestionali, quali le segnalazioni di illecito disciplinare e la rotazione del personale (art. 16 e 55 *bis* d.lgs. 165/2001 e s.m.i.);
- a dare corso all'informativa al RPCT, ai Referenti e all'Autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165/2001; art. 20 d.p.r. n. 3/1957; art. 1, c. 3 l. n. 20/1994; art.331 c.p.).

Ciascun responsabile di struttura presenta al direttore del dipartimento di riferimento una relazione dettagliata sull'effettiva attuazione delle regole di legalità e integrità indicate nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza per l'anno precedente, nonché il rendiconto sui risultati realizzati in esecuzione della sezione, individuando ulteriori proposte dettagliate, utili per la successiva programmazione annuale.

A richiesta del RPCT, ciascun Referente anticorruzione redige semestralmente una sintetica relazione illustrativa delle attività di prevenzione della corruzione svolte, con specifico riferimento alla struttura da lui diretta e a quanto riferito dai direttori delle strutture afferenti al dipartimento.

A richiesta del RPCT, ciascun Referente per la trasparenza redige semestralmente una sintetica relazione concernente l'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione gravanti a suo carico.

Il silenzio o il diniego alle richieste d'informazione del RPCT integra responsabilità disciplinare del dirigente.

Ai sensi dell'art. 1 c. 8 bis della legge Serverino, l'**Organismo Indipendente di Valutazione**

- verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione della *performance* si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.
- riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza

Il Collegio Sindacale: verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico, vigila sull'osservanza della legge, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce alla Regione sui risultati del riscontro, segnalando eventuali irregolarità; trasmette una propria relazione alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del capoluogo di provincia dove ha sede l'Azienda.

L'**Ufficio per i procedimenti Disciplinari:**

- espleta l'attività disciplinare (art. 55 d.lgs. n. 165/2001);
- effettua le comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità giudiziaria (art. 20 d.p.r. n. 3/1957; art. 1, c. 3 l. 20/1994 e s.m.i.; art. 331 c.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale;
- collabora e informa il RPCT sui fatti rilevanti, al fine dell'aggiornamento della sezione.

Tutti i Dipendenti:

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel Piano anticorruzione (art. 1, co. 14 della l. 190/2012 e s.m.i.);
- segnalano le situazioni di illecito di cui vengono a conoscenza al direttore di struttura, al RPCT o all'Ufficio per i procedimenti disciplinari (art.54 *bis* del d.lgs. 165/2001 e s.m.i.);

- osservano il Codice di comportamento generale e integrativo aziendale e segnalano i casi di conflitto di interessi, anche potenziale (art. 6 *bis* l. 241/1990 e s.m.i.).

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

- osservano le misure contenute nel Piano (art. 1, c. 14 della l. 190/2012);
- segnalano le situazioni di illecito.

Gli Stakeholder interni ed esterni: partecipano con proprie osservazioni all'aggiornamento della sezione.

Altri soggetti aziendali coinvolti (Antiriciclaggio, R.A.S.A., Referente PNRR)

Con deliberazione n. 884 del 7.10.2016 l'Azienda ha individuato, quale Referente antiriciclaggio, la dott.ssa Emanuela Ronza, dirigente amministrativo con incarico di direttore della struttura complessa Gestione economico finanziaria.

Con deliberazione n. 79 del 30.1.2020 l'Azienda ha individuato, quale soggetto tenuto a garantire gli obblighi informativi facenti capo alla stazione appaltante (*breviter* R.A.S.A), il dott. Davide Leporati, dirigente amministrativo con incarico direttore della struttura semplice in staff Acquisizione di beni e servizi e gestione contratti.

Con npta del Direttore Generale prot. n. 29441 del 24.5.2022, l'ing. Giovanni Di Bonito, dirigente amministrativo con incarico di direttore della struttura semplice in staff ICT, è stato individuato quale Referente unico aziendale per il PNRR.

2.3.3 Mappatura dei processi

La mappatura delle attività e dei processi è un presupposto indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio, in quanto consente di identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione e di illecito che si generano attraverso le diverse attività svolte in Azienda.

In applicazione dell'art. 16 c. 1 bis, ter e quater d.lgs. 165/2001 e s.m.i., il RPCT coordina la mappatura dei processi, che viene effettuata con il concorso e la collaborazione di tutti i direttori incardinati nelle strutture aziendali maggiormente esposte a rischio corruttivo

L'intero processo si sviluppa secondo una logica sequenziale e ciclica che ne favorisce il continuo miglioramento. Sviluppandosi in maniera "ciclica", in ogni sua ripartenza il ciclo deve tener conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze del ciclo precedente, utilizzando l'esperienza accumulata e adattandosi agli eventuali cambiamenti del contesto interno ed esterno.

Dall'anno 2018 l'Azienda utilizza, quale strumento per lo svolgimento dell'attività interna di anticorruzione, un *software* dedicato, che consente la gestione informatizzata di tutte le fasi del processo di gestione del rischio.

Con l'utilizzo del *software* vengono gestite le fasi di: monitoraggio dell'affettiva attuazione, nel corso dell'anno precedente, delle misure pianificate; mappatura dei processi; valutazione e analisi del rischio; pianificazione delle misure di prevenzione per l'anno successivo.

Il censimento dei processi è soggetto a revisione continua, secondo la verifica che annualmente viene effettuata a cura dei direttori di struttura.

I processi sono descritti in modo chiaro e dettagliato e la mappatura dei processi viene eseguita con il coinvolgimento dei direttori delle strutture aziendali, afferenti alle aree maggiormente esposte a rischio corruttivo.

L'utilizzo del programma migliora la qualità del lavoro, rendendo maggiormente consapevoli i soggetti coinvolti, e garantisce la tracciabilità e il monitoraggio delle attività realizzate dagli stessi, in attuazione del Piano.

2.3.4 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti

Per l'aggiornamento all'anno 2025 della sezione Rischi corruttivi e trasparenza sono stati analizzati e valutati n. 186 processi, afferenti alle aree maggiormente esposte a rischio corruttivo.

A seguito di richiesta del RPCT, per ogni processo ciascun direttore di struttura, personalmente o per il tramite di un suo delegato, ha compilato una scheda di mappatura, dettagliata con l'individuazione dei possibili eventi rischiosi collegati al processo, scelti da un catalogo predefinito con possibilità di nuovi inserimenti, le cause degli eventi rischiosi, la valutazione del rischio e le misure di prevenzione.

In esito alla compilazione delle schede, il sistema informatico ha effettuato in automatico il calcolo del grado

di rischio, rappresentando con un valore numerico il livello di rischio che ne è risultato.

Per la valutazione del rischio si è tenuto conto dei fattori abilitanti degli eventi corruttivi, quali ad esempio: mancanza di controlli, mancanza di trasparenza, esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto, scarsa responsabilizzazione interna, inadeguatezza o assenza di personale addetto ai processi, ecc.

Il catalogo dei rischi di corruzione, già precedentemente modificato con rischi in ambito di antiriciclaggio ed operazioni sospette, con la sezione Rischi corruttivi e trasparenza per l'anno 2024 e l'odierno aggiornamento per l'anno 2025 è stato ulteriormente integrato con i rischi connessi all'attuazione dei progetti finanziati con le risorse derivanti dal PNRR.

2.3.5 Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

La Rotazione degli incarichi

Rotazione ordinaria

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

L'alternanza tra più dipendenti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazione ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegi, nonché l'aspettativa di risposte illegali, improntate a collusione.

La legge n.190/2012 richiama la rotazione in più occasioni:

- a) art. 1, c. 4, lett. e): il Dipartimento per la funzione pubblica definisce criteri generali per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- b) art. 1, c. 5, lett. b): le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al DFP procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari;
- c) art. 1, c. 10, lett. b): il Responsabile della Prevenzione della Corruzione procede alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

L'attuazione della misura della rotazione richiede:

- la preventiva identificazione degli uffici e dei servizi che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'individuazione, nel rispetto delle comunicazioni sindacali, delle modalità di attuazione della rotazione, in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;
- la definizione dei tempi di rotazione;
- la previsione, nell'ambito dell'atto generale approvato dall'autorità di indirizzo politico gestionale, della rotazione quale criterio per il conferimento degli incarichi dirigenziali;
- l'identificazione di un nocciolo duro di professionalità, laddove le stesse siano indispensabili per lo svolgimento delle attività proprie di ciascuna struttura o ufficio a rischio di corruzione. Il livello di professionalità indispensabile è graduato in maniera differente a seconda del ruolo rivestito nella struttura (responsabile o addetto);
- il coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative *in house*, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;
- lo svolgimento di formazione *ad hoc*, con attività preparatoria di affiancamento, per il dirigente neoincaricato e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività nell'area considerata a rischio.

Nell'attuazione in concreto della misura della rotazione, l'Azienda tiene conto dei seguenti **criteri** minimi di **carattere generale**:

- 1) **per il personale dirigenziale** assegnato alle aree a più elevato rischio di corruzione, la **durata dell'incarico** viene fissata **al limite minimo di legge**;
- 2) alla scadenza, la responsabilità della struttura, del servizio o della funzione ricoperta da personale dirigenziale deve essere affidata ad un altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente; **ogni deroga** od eccezione a tale principio **dovrà essere espressamente motivata** per iscritto dall'organo di indirizzo politico gestionale;

- 3) **per il personale non dirigenziale** la durata di permanenza nel settore avviene secondo criteri di ragionevolezza, tenuto conto anche delle esigenze organizzative;
- 4) **nell'applicazione della misura della rotazione, va valutato anche se la stessa, indirettamente, comporta o meno un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria**, quale conseguenza del tempo necessario ad acquisire la diversa professionalità.

Rotazione straordinaria

La rotazione del personale è inoltre prevista dall'art. 16, c. 1, lett. 1 *quater*, del d.lgs.165/2001 nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Si tratta della c.d. **rotazione straordinaria** che si applica per i reati di cui agli artt. 317, 318, 319, 319 bis, 319 ter, 319 *quater*, 320, 321, 322, 322-bis, 346 bis, 353, 353 bis del codice penale, ovvero a seguito di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva.

La citata disposizione impone **l'obbligo per l'amministrazione di adottare un provvedimento adeguatamente motivato**, stabilendo se la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione ed, eventualmente, disporre lo spostamento del dipendente a diverso ufficio, ovvero, applicare altre misure alternative (es. segregazione delle funzioni).

Esso riguarda, quindi, in primo luogo la valutazione dell'*an* e in secondo luogo la scelta dell'ufficio cui il dipendente viene destinato.

L'adozione del provvedimento sulla rotazione è invece facoltativa nel caso di procedimenti penali avviati per gli altri reati contro la pubblica amministrazione di cui al Capo I, Titolo II del Libro secondo del Codice Penale, rilevanti ai fini delle inconfirmità ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, all'art. 35-bis del d.lgs. n. 165/2001 e al d.lgs. n. 235 del 2012.

Si tratta comunque di una misura di natura cautelare, preordinata a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure.

L'espressione "*avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva*" si intende riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel Registro delle notizie di reato, di cui all'art. 335 c.p.p.

In termini generali l'amministrazione può venire a conoscenza dell'avvio del procedimento penale nei confronti di un proprio dipendente, ad esempio, attraverso fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente stesso che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sull'iscrizione *ex art. 335 c.p.p.* o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, ecc.).

In ogni caso, **nel momento in cui l'ASL VC ha notizia del formale avvio di un procedimento penale a carico di un suo dipendente, ovvero in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva**, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto di lavoro:

- per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla rotazione dell'incarico, ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. 1 *quater* e dell'art. 55 *ter*, c.1, del d.lgs. n. 165 del 2001;
- per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro settore ai sensi del citato art. 16, c. 1, lett. 1 *quater* del d.lgs. n. 165 del 2001.

La competenza sul provvedimento di rotazione esula dalle attribuzioni tipiche del RPCT, il quale, nei casi in cui venga a conoscenza dell'avvio di un procedimento penale a carico di un dipendente, ha il compito di proporre, a titolo meramente preventivo e con le modalità e i criteri previsti dalla vigente normativa e regolamentazione, l'adozione di specifici provvedimenti motivati di valutazione al fine dell'eventuale applicazione della misura straordinaria della rotazione o di altre misure alternative (es. segregazione delle funzioni), nei confronti del personale coinvolto.

In applicazione dell'Organigramma aziendale, **la proposta di adozione del provvedimento di rotazione straordinaria è assegnata alla competenza:**

- per il personale dirigenziale: del direttore della struttura di appartenenza;
- per i direttori di struttura: del direttore del dipartimento a cui afferisce il direttore di struttura;
- per i direttori di dipartimento / direttori aziendali è l'Organo di vertice che ha conferito l'incarico a stabilire, in relazione ai fatti di natura corruttiva per i quali è stato avviato il procedimento, se confermare o meno il rapporto fiduciario. In ogni caso l'elemento di particolare rilevanza da considerare al fine dell'applicazione della norma è quello della **adeguata motivazione** del provvedimento con il quale viene eventualmente disposto lo spostamento.

Al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al singolo caso, l'Azienda è tenuta a verificare la sussistenza:

- a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti;
- b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti, qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, c. 1, lett. 1 *quater* del d.lgs. 165/2001.

Il RPCT esegue il monitoraggio della scadenza degli incarichi dirigenziali del personale nei settori maggiormente a rischio, a mezzo dichiarazione sottoscritta da parte dei relativi direttori, riportante le rotazioni avvenute e/o i motivi della eventuale mancata attuazione.

L'Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi.

In realtà il conflitto di interessi non è una condotta illecita, ma una situazione di fatto che, se non correttamente gestita, può diventare precursore della corruzione e/o dell'illecito.

Ovviamente **esiste un sistema, ormai rodato, di regole dettate dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al d.P.R. 62/2013 e s.m.i.: art. 6 "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti d'interesse", art. 7 "Obbligo di astensione"**. Si tratta di darne puntuale applicazione.

Anche **l'art. 5 del Codice cit. obbliga il dipendente a comunicare** alla propria amministrazione **l'appartenenza ad organizzazioni** proprio al fine di valutare profili di conflitto di interessi.

Infine, l'art. 12 del Codice prevede regole di comportamento nei rapporti con il pubblico.

Quando il conflitto di interessi si atteggia come una incompatibilità, cioè un conflitto tra interessi primari, di cui uno è pubblico e l'altro è privato, generalmente esso rientra nell'ambito di applicazione dell'art. 53 del d. lgs. 165/2001 e s.m.i., in cui vengono contemplate una serie di incompatibilità assolute.

I casi di incompatibilità derivanti dal conflitto tra interessi pubblici primari, invece, sono disciplinati dal d.lgs. 39/2013.

Ci sono anche altre situazioni di incompatibilità di fatto, che devono essere gestite di volta in volta dall'interprete, secondo i principi ordinamentali di trasparenza, imparzialità, buon andamento ed esclusività.

L'art. 1, c. 41 della l. 190/2012 ha introdotto nella l. 241/1990 l'art. 6 bis, rubricato "Conflitto di interessi":

"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

In attuazione di tale disposizione, nonché dell'art. 6 del d.P.R. 62/2013 e s.m.i.:

- il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono obbligatoriamente **astenersi in caso di conflitto di interessi, anche solo potenziale**;
- i medesimi soggetti, senza indugio, devono **segnalare la situazione di conflitto** al direttore di struttura / dipartimento / direttore amministrativo gerarchicamente sovraordinato.

Quest'ultimo, esaminate le circostanze, valuta se la situazione integra o meno un conflitto di interessi in grado di ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa e adotta una decisione motivata.

In caso di sussistenza di conflitto di interessi, l'atto o il procedimento dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in mancanza di dipendenti professionalmente idonei, l'atto o il procedimento dovrà essere avocato allo stesso direttore.

La violazione della norma cit., oltre ad integrare vizio di legittimità dell'atto amministrativo e del relativo provvedimento conclusivo, comporta responsabilità disciplinare del dipendente.

Attività ed incarichi extraistituzionali

Lo svolgimento di incarichi extraistituzionali da parte del dipendente può realizzare situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questo motivo la l. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, prevedendo l'adozione da parte delle amministrazioni pubbliche di appositi regolamenti che individuino, secondo criteri differenziati in relazione alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati e le condizioni di svolgimento di quelli soggetti a comunicazione e/o autorizzazione.

L'ASL VC con deliberazione del Direttore Generale n. 1211/2022 ha adottato il: *“Regolamento aziendale in materia di incompatibilità e svolgimento di incarichi sugli incarichi extraistituzionali del personale dipendente”* (pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente del sito internet istituzionale, alla macrofamiglia: Disposizioni generali - Atti generali – Regolamenti aziendali).

La disciplina delle inconfiribilità ed incompatibilità

Il d.lgs. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato anche:

- le particolari ipotesi di **inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta** dall'interessato **in precedenza**;
- le situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- le ipotesi di **inconfiribilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna** per delitti contro la pubblica amministrazione.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

La situazione di inconfiribilità non può essere sanata; nel caso in cui le cause, sebbene esistenti *ab origine*, non fossero note all'Azienda e si appalesassero nel corso del rapporto, il RPCT è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Per **incompatibilità si intende** *“l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico”* (art. 1 d.lgs. 39/2013).

Le situazioni di incompatibilità sono indicate:

- **nei Capi V** (incompatibilità tra gli incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA nonché lo svolgimento di attività professionale) e **VI** (incompatibilità tra incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche di componenti di organi di indirizzo politico) **del d.lgs. 39/2013**,
- **nell'art. 53 del d.lgs. n. 165/2001** (incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi);
- **nell'art. 60 del d.P.R. 3/1957** (casi di incompatibilità) **che prevede il divieto per tutti i dipendenti pubblici, dell'esercizio del commercio e dell'industria, di alcuna professione o l'assunzione di impieghi alle dipendenze di privati ovvero l'assunzione di cariche in società costituite al fine di lucro**;
- **nell'art. 4, c. 7 della l. 412/1991** (assistenza sanitaria). Ai sensi di tale articolo **con il Servizio Sanitario Nazionale può intercorrere un unico rapporto di lavoro**. Tale rapporto è incompatibile con ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, e con altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale. Il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale è altresì incompatibile con l'esercizio di altre attività o con la titolarità o con la compartecipazione delle quote di imprese che possono configurare conflitto di interessi con lo stesso.

A differenza dell'inconfiribilità, **la causa di incompatibilità può essere rimossa** mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto di lavoro una situazione di incompatibilità ai sensi del d.lgs. 39/2013, ovvero del d.P.R. 3/1957, il RPCT deve effettuare una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 d.lgs. n. 39/2013, art. 63 d.P.R. 3/1957).

Pertanto, all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro, **tutti i dipendenti devono rendere una dichiarazione** ai sensi e per gli effetti del d.P.R. 445/2000 relativa alla insussistenza di situazioni di incompatibilità ed inconfiribilità.

Analoga dichiarazione deve essere resa dai dirigenti titolari di incarico e dai dipendenti investiti di funzioni dirigenziali, nonché dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

L'assenza di situazioni di incompatibilità / inconfiribilità deve sussistere per tutta la durata dell'incarico e, **in caso di variazione rispetto a quanto dichiarato, il dipendente è tenuto a darne tempestiva comunicazione** all'Azienda.

Il RPCT, per il tramite della struttura Personale, affari generali e istituzionali competente, adotta misure di verifica delle autocertificazioni prodotte (per es.: consultazione del Casellario giudiziale).

Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage –revolving doors*)

La l. 190/2012 ha introdotto un comma, nell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, volto a **contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.**

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma prevede quindi una **limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, per eliminare la “convenienza” di accordi fraudolenti.**

Pertanto, ai dipendenti dell'ASL VC che, nel corso degli ultimi tre anni di servizio:

- hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi;
- che comunque, per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione, hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto;
- oppure ancora che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabili di procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. 163/2006),

è fatto divieto, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'Azienda, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza), di avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi con controparte l'Azienda stessa.

A tal fine l'ASL VC nelle lettere di cessazione dal servizio a qualunque titolo inserisce una clausola specifica.

La dichiarazione da rendere da parte dell'operatore economico, in base all'obbligo previsto all'interno dei bandi o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici, di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a *ex* dipendenti pubblici, in conformità a quanto previsto nei bandi-tipo adottati dall'Autorità ai sensi del d.lgs. 36/2023, si intende assolta con la sottoscrizione della conoscenza e del rispetto del Codice di comportamento e del PIAO, al momento vigente.

In caso di violazione del predetto divieto:

- 1) i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- 2) i soggetti privati, che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto, non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'*ex* dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi percepiti ed accertati in esecuzione dell'illegittimo affidamento.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici

Il conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

L'art. 35 *bis* del d.lgs. n. 165 del 2001 pone delle **condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.**

La norma prevede che:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- a) *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o*

all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

- c) *non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere”.*

Ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. 39/2013, gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli.

A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le sanzioni previste dall'art. 18 del d.lgs. 39/2013 cit.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto di lavoro, il RPCT deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato. Quest'ultimo dovrà essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Al riguardo, si precisa che:

- **la preclusione opera in presenza di una sentenza**, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione **anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato**;
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) dell'art. 35 *bis* del d.lgs. 165/2001 e s.m.i., cit. riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto **l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori** (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di incarico di funzione);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione **riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari** e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- **la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione**, anche non definitiva.

Quale misura di mitigazione del rischio, **si prevede che:**

- nei provvedimenti per l'attribuzione degli incarichi si dia evidenza di aver proceduto alla **verifica della insussistenza di condizioni ostative** al conferimento;
- il dipendente assegnatario di incarico ed i membri esterni e interni di commissioni di concorso o di gara sottoscrivano una **dichiarazione sull'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità**.

I direttori delle strutture aziendali rispettivamente competenti devono acquisire la dichiarazione da parte dei dipendenti assegnatari di incarichi e dei membri esterni e interni di commissioni di concorso o di gara, attestante l'insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità ed effettuare verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni ricevute.

In caso di accertamento della falsità di una dichiarazione, essi dovranno inoltrare segnalazione al RPCT, all'Ufficio per i procedimenti disciplinari e all'autorità giudiziaria penale, per i profili di responsabilità di rispettiva competenza.

Il Codice di comportamento aziendale

L'Azienda con deliberazione n. 1292 del 5.12.2024 ha adottato il Codice di comportamento dei propri dipendenti, differenziandolo da quello di impostazione ministeriale, al fine di integrarne e specificarne il contenuto in relazione alle proprie peculiarità. La revisione tiene conto delle modifiche introdotte dal d.P.R. 81/2023.

Il Codice di comportamento dei dipendenti dell'ASL VC è pubblicato nella sezione Amministrazione trasparente del sito internet istituzionale, al link:

<https://trasparenza.aslvc.piemonte.it/disposizioni-general/atti-generalisf=171>

Il Codice di comportamento aziendale si applica, nei limiti della compatibilità prevista dall'art. 2 c. 3 del d.P.R. 62/2013, anche ai consulenti, ai collaboratori esterni di imprese e a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo presso l'Azienda.

Patti di integrità negli affidamenti

I direttori delle strutture aziendali che indicano ed espletano procedure di gara finalizzate all'affidamento di forniture, servizi, lavori, convenzioni e sponsorizzazioni hanno l'obbligo di inserire negli avvisi, bandi, lettere di invito una specifica clausola di conoscenza ed osservanza, nei limiti della compatibilità, del Codice

di comportamento dei dipendenti dell'ASL VC e della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO, prevedendo espressamente l'esclusione dalla gara in caso di mancato rispetto, ai sensi dell'art. 1, c. 17, della l. 190/2012.

La Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*)

In applicazione dell'art. 4 c. 1 del d.lgs. 24/2023 (c.d. decreto *whistleblowing*), con deliberazione del Direttore Generale n. 834 del 7.8.2023 l'ASL VC ha adottato la propria "*Procedura per la presentazione e gestione delle segnalazioni interne di whistleblowing*".

La Formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nella strategia di prevenzione della corruzione.

In applicazione dell'art. 1 commi 5, 8, 10 e 11 della l. 190/2012, l'ASL VC definisce annualmente la programmazione della formazione, destinata ai Referenti e i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio, con la duplice finalità di prevenire e contrastare il fenomeno corruttivo e fornire la massima informazione sulle concrete situazioni di rischio.

Nel corso dell'anno 2024 l'Azienda ha erogato una formazione rivolta a tutti i dipendenti, in materia di etica, anticorruzione e trasparenza. Per l'anno 2025 l'Azienda, al fine di promuovere la condivisione dei principi etici e il rifiuto della illegalità, intende declinare sia una formazione mirata, sulla disciplina dei controlli sugli appalti finanziati con le risorse derivanti dal PNRR, sia una formazione rivolta a tutti i dipendenti, in materia di etica, anticorruzione e trasparenza.

Ulteriori misure di mitigazione del rischio

Nel corso del triennio continueranno ad essere attuate, da parte dei direttori di struttura, ulteriori azioni per la mitigazione del rischio, quali:

- l'intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà (artt. 71 e 72 del d.P.R. 445/2000), rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46-49 del d.P.R. 445/2000 e s.m.i.;
- lo svolgimento delle attività del Servizio ispettivo (art. 1, c. 62, l. 662/1996) preordinate alle verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 d.P.R. 445/2000);
- la promozione di convenzioni tra amministrazioni per l'accesso alle banche dati istituzionali contenenti informazioni e dati relativi a stati, qualità personali e fatti di cui agli artt. 46 e 47 d.P.R. 445/2000, disciplinando le modalità di accesso ai dati da parte delle amministrazioni procedenti senza oneri a loro carico (art. 58, c. 2, d.lgs. 82/2005).
- la previsione della presenza di più dirigenti / funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", rimanendo comunque ferma la responsabilità del procedimento o del processo al funzionario / dirigente competente, in applicazione del principio di separazione dei compiti / ruoli all'interno del processo;
- la regolazione dell'esercizio della discrezionalità nei procedimenti amministrativi e nei processi di attività, mediante circolari o direttive interne, in modo che lo scostamento dalle indicazioni generali debba essere motivato; creazione di flussi informativi su deroghe e sugli scostamenti.

Con deliberazione del Direttore generale n. 1303 del 5.12.2024, avente ad oggetto: "***PNRR Missione 6 – Salute. Definizione dell'organigramma / funzionigramma aziendale del personale impegnato nelle attività correlate al PNRR e recepimento del sistema di gestione e controllo (SI.GE.CO)***" l'Azienda, in applicazione degli artt. 8 c. 1 e 9 del d.l. n. 77/2021, convertito con modificazioni nella legge n. 108/2021 e in conformità alle indicazioni operative fornite dalla Regione Piemonte:

- 1) ha approvato l'organigramma del personale assegnato alle attività correlate all'attuazione del PNRR,;
- 2) ha recepito le Linee guida inerenti il sistema di Gestione e controllo (SI.GE.CO), elaborate dall'Unità di Missione del PNRR del Ministero della Salute nel documento descrittivo "Sistema di gestione e controllo PNRR --Ministero della salute";
- 3) si è riservata di adottare con successivo provvedimento una procedura interna di controllo e rendicontazione delle misure PNRR, atta ad assicurare una idonea e tempestiva informativa della documentazione nazionale prodotta, al Referente unico aziendale di Missione 6, ai RUP e a tutti i soggetti aziendali interessati.

2.3.6 Monitoraggio sull' idoneità e sull' attuazione delle misure

In applicazione delle disposizioni di legge, l'attuazione e l'efficacia del Piano deve essere sottoposta ad una **costante attività di monitoraggio** da parte dei direttori delle strutture chiamate ad adottare le misure, i quali ne riferiscono gli esiti, oltre ad eventuali segnalazioni ricevute, al RPCT.

A tal fine i direttori delle strutture afferenti alle aree maggiormente esposte a rischio, con periodicità annuale provvedono a **relazionare al RPCT, con l'utilizzo di un software di anticorruzione, le informazioni di dettaglio sull'effettiva attuazione delle misure di prevenzione che sono chiamati a porre in essere, in riferimento agli indicatori di monitoraggio previsti.**

Essi, inoltre, predispongono le relazioni di monitoraggio di 1° livello di prevenzione della corruzione e di trasparenza, richieste dal RPCT con periodicità semestrale.

Il RPCT provvede a relazionare all'organo di indirizzo politico e di amministrazione e all'Organismo Indipendente di Valutazione, anche al fine di un costante e continuo miglioramento delle azioni e misure preventive.

Pianificazione triennale

Nell'ottica di una progressiva implementazione delle azioni preventive, l'Azienda si impegna a rispettare il seguente cronoprogramma:

31.1.2025

Redazione della relazione annuale del RPCT

Aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2025-2027

30.6.2025

Monitoraggio di 1° livello sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione, al 30.6.2025

Relazione dei Referenti sull'attività di anticorruzione, al 30.6.2025

Revisione del *“Regolamento di funzionamento ed organizzazione del Servizio ispettivo aziendale”*, concernente l'introduzione della previsione di un innalzamento della periodicità dei controlli da parte del SIA.

31.12.2025

Monitoraggio di 1° livello sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione (2° semestre)

Procedure di controllo interno (*audit* del RPCT), a campione, sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione

Relazione dei Referenti sull'attività anticorruzione (2° semestre)

Completamento delle azioni e procedure previste nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza e proposta di Formazione per l'anno 2026

Monitoraggio di 1° livello sullo stato di attuazione delle misure prevenzione previste per l'anno 2025

31.1.2026

Redazione della relazione annuale del RPCT

Aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2026-2028

30.6.2026

Monitoraggio di 1° livello sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione, al 30.6.2026

Relazione dei Referenti sull'attività di anticorruzione, al 30.6.2026

31.12.2026

Monitoraggio di 1° livello sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione (2° semestre)

Procedure di controllo interno (*audit* del RPCT), a campione, sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione

Relazione dei Referenti sull'attività anticorruzione (2° semestre)

Completamento delle azioni e procedure previste nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza e proposta di Formazione per l'anno 2027

Monitoraggio di 1° livello sullo stato di attuazione delle misure prevenzione previste per l'anno 2026

31.1.2027

Redazione della relazione annuale del RPCT

Aggiornamento della sezione Rischi corruttivi e trasparenza del PIAO 2027-2029

30.6.2027

Monitoraggio di 1° livello sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione, al 30.6.2027

Relazione dei Referenti sull'attività di anticorruzione, al 30.6.2027

31.12.2027

Monitoraggio di 1° livello sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione (2° semestre)

Procedure di controllo interno (*audit* del RPCT), a campione, sull'effettivo adempimento degli obblighi di pubblicazione

Relazione dei Referenti sull'attività di anticorruzione (2° semestre)

Completamento delle azioni e procedure previste nella sezione Rischi corruttivi e trasparenza e proposta di Formazione per l'anno 2028

Monitoraggio di 1° livello sullo stato di attuazione delle misure prevenzione previste per l'anno 2027

2.3.7 Programmazione dell'attuazione della trasparenza

Ai sensi dell'art. 1 del d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., la trasparenza è definita come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, finalizzata non solo a "*favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche*", ma soprattutto come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La trasparenza nei confronti dei cittadini e della collettività rappresenta lo strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento della pubblica amministrazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

Il rispetto pieno e diffuso degli obblighi di trasparenza è anche un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione, rende visibili i rischi di cattivo funzionamento, facilita la diffusione delle informazioni e delle conoscenze e consente la comparazione fra le diverse esperienze amministrative.

Elemento centrale della trasparenza è costituito dalla pubblicazione di dati, documenti ed informazioni sul sito internet istituzionale, nella sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

Attraverso la pubblicazione *on line* si offre la possibilità agli *stakeholder* di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati, con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento.

La verifica periodica dell'attuazione degli obblighi di trasparenza, effettuata in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni.

Compiti dell'Organismo Indipendente di Valutazione

Ai sensi dell'art. 44 d.lgs. 33/2013 e s.m.i. l'Organismo Indipendente di Valutazione attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC.

Nell'ambito della gestione del ciclo della *performance* l'OIV verifica la coerenza fra gli obiettivi di *performance* organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Soggetti responsabili della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati

La l. 190/2012 e s.m.i. e il d.lgs. 33/2013 e s.m.i., disciplinano in forma analitica il contenuto minimo e l'organizzazione dei dati, informazioni e documenti che devono essere pubblicati nella sezione Amministrazione trasparente dei siti delle amministrazioni.

Nella tabella "*PIAO 2025-2027 Amministrazione trasparente - Elenco degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013 e s.m.i.*", predisposta dall'ASL VC, sono esplicitati i suddetti obblighi di pubblicazione ed è definito, per ciascun obbligo, il soggetto responsabile della trasmissione, il soggetto responsabile della pubblicazione ed il programma operativo da attuare.

I direttori di struttura, chiamati ad eseguire le pubblicazioni obbligatorie, vengono individuati quali Referenti aziendali per la trasparenza.

I Referenti per la trasparenza, nel contemperare il diritto alla riservatezza con gli obblighi di pubblicazione dei dati, hanno l'obbligo di attenersi ai principi sanciti nel Reg. UE 679/2016 e alle disposizioni impartite dall'autorità Garante per la protezione dei dati personali.

Essi hanno piena ed esclusiva responsabilità dell'esattezza, completezza, tempestività e dell'osservanza della normativa in materia di privacy, relativamente ai dati, informazioni e documenti che provvedono a pubblicare.

Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

Per l'attuazione del principio di trasparenza, vengono messe in atto le misure organizzative di seguito elencate:

- individuazione dei direttori delle strutture destinatarie degli obblighi di pubblicazione, quali Referenti aziendali per la Trasparenza;
- costante adeguamento del sito *web* aziendale, secondo le caratteristiche editoriali stabilite dalle norme di riferimento;
- organizzazione e pubblicazione dei dati, secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle norme di riferimento;
- adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza e fruibilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza e aiutare l'amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;
- incremento delle azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa, mediante la programmazione di specifiche iniziative formative in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, dirette al personale dipendente.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica un'attività di monitoraggio periodico da parte dei direttori di struttura, del RPCT e dell'OIV.

A tal fine il RPCT provvede a:

- acquisire con periodicità semestrale dai direttori di struttura i *report* di monitoraggio di 1° livello sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione gravanti a loro carico;
- effettuare una verifica di secondo livello mediante *audit* con i destinatari degli obblighi, o d'ufficio, a campione;
- in caso d'inadempimento in ordine alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, sollecitare il Referente, assegnandogli un termine concordato; in caso di ulteriore inadempimento anche parziale, inviare una segnalazione all'organo di indirizzo politico-amministrativo, all'Organismo Indipendente di Valutazione e ad ANAC;
- supportare l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio.

L'Organismo Indipendente di Valutazione ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

L'OIV provvede alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'ANAC; i relativi esiti sono pubblicati nell'Amministrazione Trasparente, alla sezione "*Controlli e rilievi sull'amministrazione*", sottosezione "*Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe*".

L'OIV svolge i propri compiti anche attraverso attività di *audit* e tiene conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione degli obblighi in materia di trasparenza al fine della misurazione e valutazione della *performance* dei dirigenti delle strutture medesime.

Strumenti e iniziative di comunicazione

Le iniziative di comunicazione rappresentano un momento di confronto e di ascolto utile, per garantire l'osservanza del principio di trasparenza.

Oltre ai più comuni strumenti di comunicazione, quali il sito *internet* istituzionale, i comunicati stampa, i *social network*, la *intranet* aziendale, l'ASL VC utilizza anche:

- **la Carta dei servizi**, pubblicata sul sito istituzionale, che offre agli utenti tutte le indicazioni sulle attività svolte, affinché siano meglio conosciute, e consente loro di controllare e valutare i percorsi assistenziali offerti, nell’ottica del miglioramento continuo dei servizi erogati;
- **l’attività dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico**, che gestisce le segnalazioni dei cittadini in merito a problemi, disagi e disservizi e fornisce risposte puntuali, favorendo il miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogati. Svolge funzioni di tutela e di accoglienza, anche tramite la raccolta di suggerimenti, osservazioni, proposte sull’erogazione delle prestazioni e dei servizi. Svolge la propria attività in presenza, attraverso lo sportello virtuale (attivato nel 2021) e tramite *social network* (gestiti con l’ufficio Comunicazione);
- **la Conferenza Aziendale di Partecipazione**, che gestisce i rapporti di collaborazione, confronto e verifica con le associazioni di volontariato e gli organismi di tutela dei cittadini, per il miglioramento degli aspetti che riguardano l’umanizzazione dei servizi.

Accesso civico

L’istituto dell’Accesso civico è **previsto e disciplinato dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i.**

Appare utile ricordare che:

- **l’accesso civico semplice**, previsto dall’art. 5, c. 1, del d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., è il diritto di chiunque di chiedere i documenti, le informazioni o i dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nei casi in cui la loro pubblicazione sia stata omessa;
- **l’accesso civico generalizzato**, previsto dall’art. 5, c. 2, del d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., è il diritto di chiunque di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalla pubblica amministrazione, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall’art. 5-*bis* del decreto medesimo e dalle linee guida dell’Autorità Nazionale Anticorruzione in materia (delibera n. 1309 del 28.12.2016).

Il diritto può essere esercitato da chiunque e non necessita di motivazione.

Al fine di dare una coerente ed uniforme attuazione della disciplina, con deliberazione n. 974 del 27.10.2017

ASL VC ha adottato il proprio Regolamento in materia di accesso civico, pubblicato nella *home page* e nella sezione Amministrazione trasparente del sito *web* istituzionale, **ha istituito e pubblicato il registro degli accessi** e **ha predisposto una specifica modulistica per l’esercizio del diritto** da parte del cittadino.

3. Organizzazione e capitale umano

3.1 Struttura organizzativa

. L'organizzazione aziendale, pur presentandosi unitaria, assume a riferimento la separazione funzionale tra le responsabilità di governo, di indirizzo e di controllo svolte dalla direzione generale strategica e le responsabilità di produzione delle prestazioni e di organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate, svolte dalle strutture aziendali che operano sulla base di principi di appropriatezza clinico-organizzativa, sicurezza del percorso di cura, integrazione socio sanitaria, equità erogativa, continuità dei servizi, sostenibilità e corretto uso di risorse.

L'organigramma aziendale, documento che rappresenta graficamente la struttura organizzativa dell'azienda rendendo immediatamente evidenti i vari livelli di responsabilità gestionale, costituisce allegato all'Atto Aziendale e, unitamente alla declaratoria delle funzioni che descrive le attività tipiche di ciascuna struttura organizzativa, è pubblicato sul sito web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" - Disposizioni generali - Atti generali.

L'ASL VC, in conformità a quanto disposto dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 42-1921/2015 nonché dalla normativa regionale e nazionale in materia, con deliberazione n. 817 del 29.10.2015, ha adottato il proprio Atto aziendale, recepito in via definitiva dalla Giunta Regionale con provvedimento n. 53-2487 del 23.11.2015. Tale Atto è stato successivamente modificato ed integrato:

- con deliberazioni n. 1222 del 22.12.2017 e n. 171 del 14.3.2018, recepite con D.G.R. n. 18-6742 del 13.4.2018;
- con deliberazioni n. 540 del 29.5.2020 e n. 1120 del 20.11.2020, recepite con D.G.R. n. 24-2704 del 29.12.2020.

In esito ad una approfondita rivalutazione degli assetti organizzativi aziendali, al fine del miglioramento continuo dell'efficienza organizzativa e gestionale, con deliberazione n. 1233 del 9.11.2022, è stato adottato un nuovo Atto aziendale, recepito dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 53-6345 del 22 dicembre 2022. Da ultimo con deliberazione n. 265 dell'1 marzo 2024 sono state apportate alcune ulteriori modifiche.

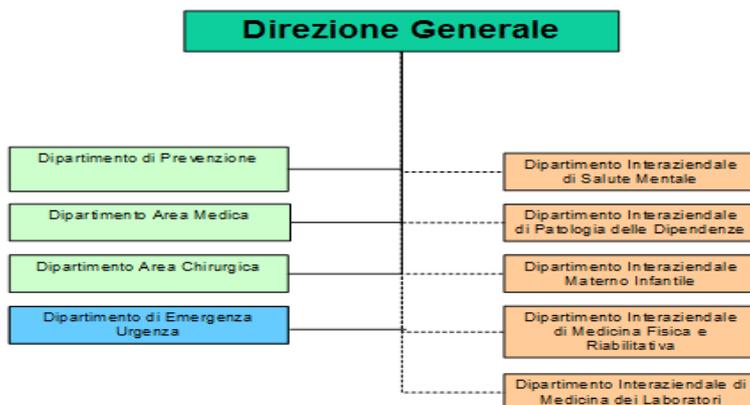
Il nuovo Organigramma è allegato al presente Piano (All. n. 7). La realizzazione degli assetti organizzativi innovativi previsti dall'atto aziendale richiede necessariamente un percorso di adeguamento da porre in essere nel corso del corrente esercizio 2024.

Il modello organizzativo definito nell'Atto Aziendale, da tempo consolidato, prevede in particolare:

- **il Distretto:** articolazione territoriale, operativa ed organizzativa, che rappresenta l'ambito organizzativo territoriale dell'assistenza primaria e delle relative forme associative, il livello organizzativo dell'ASL per il governo, la programmazione, l'erogazione e la gestione del budget relativo ai servizi territoriali, anche in continuità con quelli ospedalieri, nonché la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del S.S.R. con i cittadini e la comunità locale. Il Distretto contribuisce al raggiungimento della mission aziendale, assicurando alla popolazione residente la disponibilità, la fruibilità e l'accesso ai servizi, alle prestazioni sanitarie e a quelle sociali ad elevata integrazione sanitaria;
- **i Dipartimenti:** unità organizzative fondamentali dell'Azienda, costituite da strutture, complesse e/o semplici, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale;
- **i Gruppi di Progetto:** qualora manchino i requisiti per l'organizzazione dipartimentale, ma sia opportuno il coordinamento di attività anche di più strutture complesse, possono essere costituiti Gruppi di Progetto, in relazione a specifiche tematiche e con l'apporto di operatori di diverse aree professionali. Il Gruppo di Progetto non dà luogo alla costituzione di una struttura organizzativa e non comporta maggior onere a carico del bilancio aziendale;
- **le Strutture Organizzative:** sono articolazioni aziendali nelle quali si concentrano competenze professionali e risorse (umane, tecnologiche e strumentali), finalizzate allo svolgimento di funzioni sanitarie e/o amministrative. Le Strutture Organizzative si distinguono in:
 - a. **Strutture Complesse:** costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie loro assegnate; la loro identificazione, per quanto riguarda le strutture sanitarie, corrisponde alle discipline ministeriali di cui al D.M. 30.1.1998 e s.m.i.;
 - b. **Strutture Semplici a valenza dipartimentale / Strutture Semplici in Staff:** sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie, che rispondono al dipartimento o alla Direzione Generale;
 - c. **Strutture Semplici** costituiscono articolazioni organizzative interne delle Strutture Complesse alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane e tecniche; svolgono un'attività specifica e pertinente a quella della Struttura Complessa di cui costituiscono articolazione, ma non complessivamente coincidente con le attività di questa.

A livello gestionale la Direzione si avvale di un'organizzazione strutturata in 9 Dipartimenti, di cui 5 interaziendali (figura 3).

Figura 3 Organigramma delle funzioni dipartimentali



Gli assetti organizzativi aziendali prevedono complessivamente n. 42 Strutture Complesse e n. 43 Strutture Semplici/Strutture Semplici Dipartimentali, come da tabella:

Tabella 20. Strutture aziendali

	Strutture ospedaliere		Strutture territoriali e di supporto
	P.O. di Vercelli	P.O. di Borgosesia	
Strutture complesse	20	4	12
Strutture complesse a direzione universitaria	5	0	1
Strutture semplici afferenti a struttura complessa	10	5	10
Strutture semplici dipartimentali/di staff	8	1	9
TOTALI	43	10	32

I livelli di responsabilità organizzativa sono strutturati come segue:

Personale dirigente: ad ogni dirigente è conferito un incarico che può essere di natura gestionale o professionale.

Gli incarichi di natura gestionale, definiti nell'Atto Aziendale e rappresentati nell'Organigramma, si distinguono in:

- incarichi di Direzione di Dipartimento
- incarichi di Direzione di Struttura Complessa
- incarichi di Direzione di Struttura Semplice Dipartimentale
- incarichi di Direzione di Struttura Semplice di Staff
- incarichi di Direzione di Struttura Semplice afferente a Struttura Complessa.

Gli incarichi di natura professionale si distinguono invece in:

- incarichi professionali di altissima professionalità
- incarichi professionali di alta specializzazione
- incarichi professionali, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo
- incarichi professionali di base.

Personale di comparto: sono istituiti complessivamente n. 91 incarichi di funzione così suddivisi:

- n. 44 incarichi di organizzazione per l'esercizio delle funzioni di coordinamento
- n. 26 incarichi di funzione organizzativa
- n. 21 incarichi di funzione professionale

Nel prospetto che segue è, infine, indicata l'ampiezza media delle attuali strutture organizzative, in termini di numero di dipendenti in servizio nell'anno 2024.

Tabella 21. Strutture aziendali: ampiezza

DIPARTIMENTO STRUTTURA	DIRIGENZA AREA SANITARIA	COMPARTO SANITARIO	COMPARTO SOCIO SANITARIO	COMPARTO TECNICO	DIRIGENZA P.T.A.	COMPARTO AMMLVO E PROF.FLE	Totale complessivo
Dipartimento di Area Chirurgica							
SC Anestesia e Rianimazione BGS	1,00	3,00					4,00
SC Anestesia e Rianimazione VC	26,33	35,75	5,00				67,08
SC Chirurgia Gen BGS	2,42	13,17	6,25				21,83
SC Chirurgia Gen VC	11,00						11,00
SC Dermatologia	3,67	4,00	1,00				8,67
SC Oculistica	5,00	8,33	1,92				15,25
SC Ortotrauma BGS	3,42	19,17	15,58				38,17
SC Ortotrauma VC	10,00						10,00
SC Ostetricia e Ginecologia	5,50	43,58	13,17				62,25
SC Otorinolaringoiatria	6,75	5,00		1,00			12,75
SC Urologia	7,50	6,00	1,00				14,50
SCDU Odontostomatologia	3,75	0,92	0,67				5,33
SSD DS Multispecialistico	0,50	6,00	3,08			0,58	10,17
SSD Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva	1,67	9,67	2,92	2,00			16,25
Dipartimento Di Area Medica							
SC Cardiologia	20,25	47,67	17,33	1,00			86,25
SC Malattie Infettive	7,00	29,08	20,83	1,00			57,92
SC Medicina D'Emergenza - Urgenza (MEU)	13,17	47,17	21,17			2,75	84,25
SC Medicina Interna BGS	8,00	23,25	16,58				47,83
SC Medicina Interna VC	14,75	33,58	21,83	1,00		0,25	71,42
SC Nefrologia e Dialisi	6,00	35,75	5,58	3,67		2,00	53,00
SC Oncologia	6,67	8,75	3,08			1,92	20,42
SC Pediatria	11,00	24,33	8,08	2,00			45,42
SC RRF	2,33	43,58					45,92
SCDU Neurologia	7,50	24,42	15,42			0,25	47,58
SCDU Pneumologia	5,00	20,42	14,00			1,00	40,42
SSD DH Medico Multispecialistico	1,00	6,42	1,00				8,42
SSD Endocrinologia e Diabetologia	5,75	8,00	0,08			0,25	14,08
SSD Neuropsichiatria Infantile (NPI)	3,33	8,92				1,42	13,67
SSD Pronto Soccorso BGS	1,58	25,50	10,08	2,00			39,17
SSD Reumatologia	4,17	0,75	0,25			0,25	5,42
Dipartimento Int Di Salute Mentale							
SC Psichiatria	13,08	48,17	6,00			2,00	69,25
Dip Strutt Inter Di Patologia Delle Dipendenze							
SC Servizio per le Dipendenze (SERD)	5,00	11,42	0,92			0,75	18,08
Dipartimento Di Prevenzione							
SC Serv Prev e Sic Amb Di Lavoro (SPRESAL)	1,50	8,00				2,00	11,50
SC Servizio Igiene e Sanita' Pubblica (SISP)	8,75	14,83	0,83	1,83		13,58	39,83
SC Veterinario Area B	8,00	2,00				1,00	11,00
Serv Osserv Epidemiologico Dir Univ	1,00	1,00	1,83	1,00		3,42	8,25
SSD Medicina Legale	6,00					8,08	14,08
SSD Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)	2,33	5,17				2,00	9,50
SSD Veterinario Area A	8,00	1,00				2,00	11,00
SSD Veterinario Area C	4,00	1,00		1,00		3,00	9,00
Staff Del Direttore Amministrativo							
SC Gestione Economico Finanziaria					1,00	13,25	14,25
SC Personale, Affari Generali e Istituzionali				2,33	2,00	47,42	51,75
SC Tecnico - Patrimoniale			5,00	77,67	2,00	11,00	95,67
Servizio Comunicazione e URP						4,75	4,75
SSS Acquisizione di Beni e Servizi e Gestione Contratti				1,58	1,00	22,00	24,58
Staff Del Direttore Sanitario							
SC DIPSA	3,00	10,67	1,58	1,67		2,33	19,25
SC Direzione Medica di Presidio	2,58	53,08	23,58	15,00		22,50	116,75
SC Distretto	11,50	125,33	13,42	6,92		68,92	226,08
SC Farmaceutica Territoriale	6,50					4,25	10,75
SC Farmacia Ospedaliera	7,00	2,50	1,25	3,33		7,08	21,17
SC Laboratorio Analisi	8,83	33,42	5,50	1,00		10,33	59,08
SC Psicologia	15,42		1,00			0,92	17,33
SC Radiodiagnostica	14,00	51,00	2,00	7,25		4,00	78,25
SCDU Anatomia e Istologia Patologica	7,42	11,00	0,92	1,17		2,00	22,50
Servizio Sociale Aziendale	1,00		8,00				9,00
SSD Immunematologia e Trasfusionale	5,17	10,00	2,00				17,17
Staff Del Direttore Generale							
SC Gest Op e Logistica Int Percorsi					1,00	2,00	3,00
Servizio Formazione Aziendale		3,00				2,00	5,00
SS Programmazione e Controllo Di Gestione				3,00	1,00	1,00	5,00
SS Qualità	1,83	0,58				2,00	4,42
SSS ICT				7,58	1,00	1,00	9,58
SSS Medico Competente		3,92	0,58			0,83	5,33
SSS Prevenzione Protezione		1,00		2,00	1,00	1,58	5,58
SSS Risk Management	1,00	1,00				1,00	3,00
Valori Comuni		54,42	48,50	1,92			104,83
Totale complessivo	348,92	995,67	328,83	149,92	10,00	280,67	2.114,00

3.2 Organizzazione del lavoro agile

Il lavoro agile di cui alla legge n. 81/2017 è una delle possibili modalità di effettuazione della prestazione lavorativa per processi e attività di lavoro, previamente individuati dall'Azienda, per i quali sussistano i necessari requisiti organizzativi e tecnologici per operare con tale modalità. Esso è finalizzato a conseguire il miglioramento dei servizi pubblici e l'innovazione organizzativa garantendo, al contempo, l'equilibrio tra tempi di vita e di lavoro.

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha reso necessario, nel lavoro pubblico, un massiccio ricorso al lavoro agile, il c.d. *smart working*, che consente lo svolgimento della prestazione lavorativa non in presenza.

Il lavoro agile viene definito quale *“modello di organizzazione del lavoro che si basa sulla maggiore autonomia del lavoratore che, sfruttando appieno le opportunità della tecnologia, ridefinisce orari, luoghi e in parte strumenti della propria professione. E' un concetto articolato, che si basa su un pensiero critico che restituisce al lavoratore l'autonomia in cambio di una responsabilizzazione sui risultati, mentre il telelavoro comporta dei vincoli ed è sottoposto a controlli sugli adempimenti”*.

Il lavoro agile ha rappresentato una delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 nelle pubbliche amministrazioni ed ha trovato applicazione per tutta la durata dello stato di emergenza anche in assenza di accordi individuali.

Anche l'ASL VC ha dovuto confrontarsi concretamente con questa modalità organizzativa di lavoro e, sin dall'inizio dell'emergenza sanitaria, ha dato attuazione al lavoro agile in forma semplificata, prescindendo da una previa revisione dei modelli organizzativi e adottando con deliberazione n. 283 del 17.3.2020 un "Primo regolamento recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 attraverso l'adozione di modalità di lavoro agile", tenuto conto dell'esclusione dal lavoro agile dei dipendenti dei servizi direttamente coinvolti nella gestione dell'emergenza sanitaria che svolgono attività sanitaria e socio assistenziale richiedente contatto diretto con il paziente, nonché dei dipendenti impiegati in attività che prevedono l'utilizzo costante di strumentazione non utilizzabile da remoto.

Conclusa la fase emergenziale l'ASL VC ha provveduto a definire apposito regolamento che stabilisce le modalità operative attinenti lo svolgimento della prestazione lavorativa mediante il ricorso all'istituto del lavoro agile, individuato quale modalità di esecuzione del rapporto di lavoro subordinato basata sulla flessibilità lavorativa allo scopo di incrementare la competitività e agevolare la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

Il Regolamento aziendale in argomento è allegato al presente Piano (All. n. 8).

3.3 Piano triennale dei fabbisogni di personale

Per quanto concerne il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) occorre evidenziare che, in ottemperanza alle disposizioni regionali in materia, l'ASL VC aveva provveduto a trasmettere alla Regione Piemonte la proposta di approvazione del PTFP 2022-2024 con nota prot. n. 8764 del 13.2.2023.

Il Piano Triennale Fabbisogno Personale dell'ASL VC di Vercelli per gli anni 2022-2024 è stato approvato, ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. 165 del 30.3.2001, con D.G.R. n. 30-7328 del 31.7.2023.

Si allega pertanto al presente Piano il PTFP 2022-2024 (All. n. 9).

Con DGR 33-538 del 16.12.2024 ad oggetto *“indicazioni alle ASR per l'adozione dei Piani triennali dei fabbisogni di personale per il triennio 2023-2025. Conferma tetti di spesa del personale anni 2023 e 2024, approvazione tetti di spesa del personale 2025”*, è stato tra l'altro disposto di trasmettere i PTFB 2023-2025, alla Direzione Regionale del Piemonte, entro il 16/01/2025.

3.4 Formazione del personale

La Formazione supporta l'attività di governo complessiva al fine di favorire lo sviluppo di processi integrati, valorizzando le responsabilità trasversali ed il lavoro interdisciplinare attraverso la reingegnerizzazione dei principali processi a supporto dell'attività di organizzazione. L'ASL si pone, infatti, l'obiettivo di reclutare professionisti e operatori qualificati e di sviluppare le capacità professionali di ciascun operatore, in particolare nell'area dell'assistenza alla persona, per mettere a disposizione dei cittadini un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e i bisogni degli utenti. Lo scopo è quello di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico assistenziali e le relative esigenze di crescita del sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati fissati.

I processi formativi che interessano i professionisti operanti nelle Aziende Sanitarie si devono misurare con una molteplicità di esigenze:

- sviluppare le competenze tecnico-professionali;
- qualificare le abilità relazionali;
- migliorare le competenze organizzative e gestionali;
- rispondere alle istanze di promozione umana e alle esigenze etiche di umanizzazione integrale della vita sociale istituzionale.

La Formazione assume un significato di qualificazione e di sviluppo. È infatti sia un presidio dei processi di trasmissione del sapere e adeguamento del know how, sia uno strumento fondamentale di riqualificazione e crescita professionale; richiede tecnologia ed espressioni di valori, deve essere progettata e realizzata tenendo conto della complessità della realtà che deve affrontare. Richiede pertanto una "tecnologia di mestiere" adeguata che deve essere predisposta e preparata tenendo conto di tutte le variabili espresse dal contesto.

Alla luce dell'analisi dei fabbisogni e dei conseguenti obiettivi aziendali identificati viene elaborato un Piano formativo annuale che individua gli argomenti che saranno sviluppati nel periodo di riferimento.

Si allega al presente Piano il Programma Formativo anno 2025 (All. n.10).

3.5 Piano Azioni Positive (da integrarsi nel PIAO aziendale ex art. 1 comma 1 lett. f) D.P.R. 81/2022)

3.5.1 Ambiti in cui opera il Piano delle Azioni Positive

Il D. Lgs. n. 165/2001 all'art. 7, comma 1, ha definito il concetto di uguaglianza sostanziale sul lavoro, prevedendo che le pubbliche amministrazioni garantiscano parità e pari opportunità tra uomini e donne e l'assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua, nell'accesso al lavoro, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, nelle promozioni e nella sicurezza sul lavoro". Lo stesso art. 7, comma 1, ha previsto inoltre che le pubbliche amministrazioni garantiscano un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo.

Il D. Lgs. 11/04/2006, n. 198 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna", all'art. 48 comma 1, ha previsto l'obbligo per le Pubbliche Amministrazioni della predisposizione di piani triennali di azioni positive tendenti ad assicurare la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne. L'art. 42 del medesimo decreto ha chiarito la nozione di "azioni positive", definendole come le misure volte alla rimozione degli ostacoli che impediscono la realizzazione delle pari opportunità, dirette a favorire l'occupazione femminile e a realizzare l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro.

La Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica del 23/05/2007 "Misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne", ha dettagliato ulteriormente le misure per attuare parità e pari opportunità tra uomini e donne nelle PP.AA., indicando quali ambiti di azione l'organizzazione del lavoro, le politiche di reclutamento e di gestione del personale, la formazione e la cultura organizzativa.

La legge n. 183/2010 all'art. 21 "Misure atte a garantire pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle amministrazioni pubbliche", ha previsto la costituzione, nell'ambito delle Pubbliche Amministrazioni, del "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni".

La Direttiva del 4 marzo 2011, "Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni", individua tra i compiti propositivi dei comitati "la predisposizione di piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale tra uomini e donne".

La Direttiva n. 2/2019 "Misure per promuovere le pari opportunità e rafforzare il ruolo dei Comitati Unici di Garanzia nelle Amministrazioni Pubbliche", ha aggiornato gli indirizzi contenuti nelle Linee Guida del 04.03.2011.

In particolare, tra i compiti del Comitato Unico di Garanzia rientra quello propositivo di predisposizione e monitoraggio sull'attuazione del Piano delle Azioni Positive, oggi soppresso in quanto assorbito dal Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), ai sensi dall'art. 6 D.L. 80/2021 e successiva disciplina attuativa (art. 1 comma 1 lett. f) DPR 81/2022 e D.M. 24 giugno 2022 a firma del Ministro della Pubblica Amministrazione e del Ministro dell'economia e delle finanze).

3.5.2 Il CUG

Il Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le Discriminazioni dell'ASL Vercelli è stato costituito con deliberazione del Direttore Generale n. 190 del 23.3.2011 e successive deliberazioni di integrazione n. 288 del 29.4.2011 e n. 274 del 6.12.2011.

Gli obiettivi generali che rientrano nel mandato del CUG sono finalizzati a:

- garantire pari opportunità nell'accesso al lavoro, nella progressione di carriera, nella vita lavorativa, nella formazione professionale e nei casi di mobilità;
- promuovere il benessere organizzativo e una migliore organizzazione del lavoro che favorisca l'equilibrio tra tempi di lavoro e vita privata;
- promuovere all'interno dell'amministrazione la cultura di genere e il rispetto del principio di non discriminazione.

Al CUG sono attribuiti compiti propositivi, consultivi e di verifica in ordine all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e al miglioramento dell'efficienza delle prestazioni, collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Al CUG in particolare, spettano:

- **compiti propositivi:**
 - predisposizione di piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne;
 - promozione e potenziamento di ogni iniziativa diretta ad attuare politiche di conciliazione vita privata/lavoro e quanto necessario per consentire la diffusione della cultura delle pari opportunità;
 - temi che rientrano nella propria competenza ai fini della contrattazione integrativa;
 - iniziative volte ad attuare le direttive comunitarie per l'affermazione sul lavoro della pari dignità delle persone nonché azioni positive al riguardo;
 - analisi e programmazione di genere che considerino le esigenze delle donne e quelle degli uomini (es. bilancio di genere);
 - diffusione delle conoscenze ed esperienze, nonché di altri elementi informativi, documentali, tecnici e statistici sui problemi delle pari opportunità e sulle possibili soluzioni adottate da altre amministrazioni o enti, anche in collaborazione con la Consigliera di parità del territorio di riferimento;
 - azioni atte a favorire condizioni di benessere lavorativo;
 - azioni positive, interventi e progetti, quali indagini di clima, codici etici e di condotta, idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazioni o violenze sessuali, morali o psicologiche - mobbing - nell'amministrazione pubblica di appartenenza.

- **compiti consultivi, formulando pareri su:**
 - progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza;
 - piani di formazione del personale;
 - orari di lavoro, forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione
 - criteri di valutazione del personale,
 - contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze.

- **compiti di verifica su:**
 - risultati delle azioni positive, dei progetti e delle buone pratiche in materia di pari opportunità;
 - esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo;
 - esiti delle azioni di contrasto alle violenze morali e psicologiche nei luoghi di lavoro – mobbing;
 - assenza di ogni forma di discriminazione, diretta e indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione o alla lingua nell'accesso, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, nella formazione professionale, promozione negli avanzamenti di carriera, nella sicurezza sul lavoro.

E' da segnalare come il Comitato Unico di Garanzia possa ergersi a cassa di risonanza di situazioni che soffrono di disparità di trattamento e di discriminazione, a promotore presso gli Uffici preposti di suddette situazioni, accogliendo la segnalazione diretta o indiretta attraverso l'indirizzo di posta elettronica cug@aslvc.piemonte.it e ponendosi come raccordo d'elezione con altri Organismi presenti in ASL preposti ad intercettare situazioni di sofferenza all'interno dei Servizi, malesseri e criticità organizzative che ricadono sulla situazione di benessere dell'Operatore, manifestazioni di disfunzionamento relazionale che può esitare in condizioni di maltrattamento, di aggressività; tra questi soggetti preposti alle situazioni citate troviamo la SC Personale, la SC Psicologia, l'Ufficio del Medico Competente, il Risk Management, a salire la Direzione Sanitaria, Amministrativa e Generale.

3.5.3 La parità di genere nell'ASL VC

Il tema della parità di genere, oltre ad essere stato oggetto di numerosi pregressi interventi legislativi a livello nazionale (L. 125/1991 "Azioni positive per la realizzazione della parità uomini e donne nel lavoro"; D.Lgs. 196/2000 "Disciplina delle attività delle Consigliere e dei Consiglieri di parità e disposizioni in materia di azioni positive"; D.Lgs. 198/2006 "Codice delle pari opportunità tra uomo e donna, a norma dell'art. 6 della L. n. 246 del 28 novembre 2005), rappresenta, a livello globale, uno degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Agenda 2030 che gli Stati dell'ONU si sono impegnati a raggiungere e, al livello europeo, un diritto fondamentale ed un principio chiave del pilastro dei diritti sociali, finalizzato a realizzare un'Unione in cui donne e uomini abbiano pari opportunità di realizzazione e possano equamente partecipare alla società.

La Strategia nazionale per la parità di genere 2021-2026 si inserisce tra gli interventi del Piano nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), i cui progetti mirano a rafforzare l'empowerment economico e sociale delle donne. Su tale tema il Dipartimento per le Pari Opportunità sta promuovendo iniziative finalizzate a:

- innalzare il livello di consapevolezza sulla necessità di prevenire la violenza maschile contro le donne, in generale, con una particolare attenzione, all'interno di contesti organizzativi pubblici, alle molestie di genere;
- contrastare le difficoltà di accesso delle donne alle carriere tecniche e scientifiche che costituiscono e costituiranno sempre più in futuro un importante bacino di opportunità professionali.

In questo contesto si collocano gli interventi definiti dal PNRR, con particolare riguardo ai progetti di riforma del pubblico impiego che prevedono, tra gli altri, interventi sul rafforzamento dell'impegno a favore dell'equilibrio di genere.

Coerentemente con il quadro normativo sopra descritto, il Dipartimento della Funzione Pubblica, di concerto con il Dipartimento per le Pari Opportunità, ha emanato ad ottobre 2022 Linee Guida sulla "Parità di genere nell'organizzazione e gestione del rapporto di lavoro con le pubbliche amministrazioni", rivolte a tutte le amministrazioni pubbliche. Le Linee Guida si prefiggono di declinare gli obiettivi prioritari che le amministrazioni devono perseguire nell'individuare misure che attribuiscono vantaggi specifici ovvero evitino o compensino svantaggi nelle carriere al genere meno rappresentato, partendo dalla rappresentazione del fenomeno dell'equilibrio di genere in azienda.

Di seguito vengono quindi esposti i dati che rappresentano la situazione di genere dell'ASL VC.

Tabella 22. Situazione di genere: uomini e donne

DIPENDENTI ASL VC						
SESSO	al 31/12/2023		al 31/12/2024		Variazione 2024	
	N°	%	N°	%	N°	%
UOMINI	514	24,71%	526	24,82%	+12	+0,11%
DONNE	1.566	75,29%	1.593	75,18%	+27	-0,11%
TO TALE	2.080	100%	2.119	100%	+39	0,00%

Tabella 23. Situazione di genere: incarichi

DIPENDENTI ASL VC										
		al 31/12/2023			al 31/12/2024			Variazione 2024		
		DONNE	UOMINI	TO TALE	DONNE	UOMINI	TO TALE	DONNE	UOMINI	TO TALE
Dirigenti con incarico gestionale	N°	31	41	72	27	44	71	-4	+3	-1
	%	43,06%	56,94%	100,00%	38,03%	61,97%	100,00%	-5,03%	+5,03%	+0,00%
Dirigenti con incarico professionale	N°	171	97	268	173	88	261	+2	-9	-7
	%	63,81%	36,19%	100,00%	66,28%	33,72%	100,00%	+2,48%	-2,48%	+0,00%
Comparto con incarico di funzione	N°	53	21	74	70	21	91	+17	+0	+17
	%	71,62%	28,38%	100,00%	76,92%	23,08%	100,00%	+5,30%	-5,30%	+0,00%

Nella tabella che segue viene inoltre evidenziato il rapporto tra donne e uomini beneficiari delle misure di conciliazione disponibili.

Tabella 24. Situazione di genere: misure di conciliazione

DIPENDENTI ASL VC										
		al 31/12/2023			al 31/12/2024			Variazione 2024		
		DONNE	UOMINI	TO TALE	DONNE	UOMINI	TO TALE	DONNE	UOMINI	TO TALE
Titolari L.104	N°	296	74	370	291	67	358	-5	-7	-12
	%	80%	20%	100%	81%	19%	100%	+1,28%	-1,28%	+0,00%
Part-Time	N°	92	8	100	100	21	121	+8	+13	+21
	%	92%	8%	100%	83%	17%	100%	-9,36%	+9,36%	+0,00%
Congedi Parentali in giorni	N°	3.505	172	3.677	5.293	243	5.536	+1.788	+72	+1.860
	%	95%	5%	100%	96%	4%	100%	+0,28%	-0,28%	+0,00%

I dati sopra esposti evidenziano che la dotazione di personale dell'ASL VC non presenta situazioni di squilibrio di genere a svantaggio delle donne. Il settore dove si concentra maggiormente il genere maschile è quello dei ruoli dirigenziali apicali, che trova però compensazione nella maggiore concentrazione del genere femminile tra i dirigenti con incarichi professionali ed i titolari degli incarichi di funzione del personale di comparto.

Alla luce dei dati rappresentati nonché delle indicazioni e dei suggerimenti forniti dalle citate Linee Guida, l'Azienda, in linea di continuità con le esperienze degli anni precedenti, fa proprio l'impegno a promuovere modalità organizzative

che favoriscano il rafforzamento della parità di genere nel corso di tutta la carriera lavorativa e la partecipazione femminile nello sviluppo professionale, con particolare attenzione all'accesso ai ruoli apicali.

La netta preponderanza di genere femminile nella composizione dell'organico rende ragione della necessità di continuare a promuovere politiche di organizzazione e gestione del personale al passo con il quadro di sostegno sociale ed economico in cui si muovono i dipendenti e le loro famiglie.

Le misure contenute nel piano, pertanto, consistono in iniziative di welfare dirette a migliorare non solo la condizione del singolo all'interno dell'organizzazione, ma altresì quella della donna lavoratrice.

L'attenzione alle politiche di genere è peraltro sottesa a tutti gli obiettivi del Piano, non solo dunque a quelli di welfare più specificamente dedicati alle donne, in quanto, essendo la maggior parte dei lavoratori di sesso femminile, di fatto, i beneficiari – diretti o indiretti – di tutti gli obiettivi risultano essere proprio le donne lavoratrici o, comunque, quei lavoratori che, indipendentemente dal genere, si fanno solitamente carico dei principali oneri familiari. Per questo motivo, anche il tema dello smart working e quello del sostegno ai dipendenti in condizione di fragilità si inseriscono nella complessiva azione di sostegno alla famiglia e alla piena ed effettiva parità di opportunità.

Si conferma pertanto l'impegno ad operare al fine di:

- ❖ Tutelare l'ambiente di lavoro da casi di molestie, mobbing e discriminazioni. In tal senso l'ASL si impegna a:
 - garantire che non si verifichino situazioni conflittuali sul posto di lavoro, determinate ad es. da pressioni o molestie sessuali, casi di mobbing, atteggiamenti miranti ad avvilire il dipendente, atti vessatori correlati alla sfera privata della lavoratrice o del lavoratore, sotto forma di discriminazioni;
 - garantire massima diffusione al Codice di Comportamento;
 - individuare un/una Consigliere di Fiducia, anche in accordo con altra ASL della stessa Area Sovrazonale, organizzando una sicura, efficiente e riservata rete di raccolta ed invio al Consigliere medesimo delle segnalazioni giunte da personale dipendente.
- ❖ Garantire il rispetto delle pari opportunità nelle procedure di reclutamento del personale. L'Azienda procede alle assunzioni di personale secondo le disposizioni della normativa vigente in materia. Non ci sono posti nel Piano del Fabbisogno del Personale che siano prerogativa di soli uomini o di sole donne. Nei casi in cui siano previsti specifici requisiti fisici per l'accesso a particolari professioni, l'Azienda si impegna a stabilire requisiti di accesso rispettosi e non discriminatori delle naturali differenze di genere.
- ❖ Promuovere e diffondere le tematiche riguardanti le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. Superato il periodo della pandemia, l'ASL ha provveduto a riattivare il Comitato Unico di Garanzia (CUG), che ha appunto come finalità la valorizzazione di chi lavora e il contrasto delle discriminazioni. Per dare evidenza ed efficacia alle iniziative del CUG, l'Azienda si impegna a promuoverne le attività all'interno e all'esterno mediante il costante aggiornamento del link presente sul sito aziendale, nonché a sensibilizzare e informare i Direttori di struttura sui temi delle pari opportunità e del benessere organizzativo ed individuale.

Si evidenzia, infine, che l'ASL VC aderisce ad una rete di soggetti del territorio provinciale intitolata "Nodo contro le Discriminazioni", organizzata dalla Consigliera Provinciale di Parità, finalizzata al sostegno nella collocazione al lavoro di soggetti svantaggiati e alla tutela dei soggetti che eventualmente siano vittime di molestie o di violenza nei luoghi di lavoro. Tra i soggetti territoriali, che in data 23 ottobre 2020 hanno siglato l' "Accordo sulle molestie e la violenza nei luoghi di lavoro", rientra anche il CUG dell'ASL di Vercelli.

3.5.4 Il benessere organizzativo

Il tema del benessere organizzativo è di prioritaria rilevanza per l'Azienda.

Con il termine "salute organizzativa" ci si riferisce alla capacità di un'organizzazione non solo di essere efficace e produttiva, ma anche di crescere e svilupparsi, promuovendo e mantenendo un adeguato grado di benessere fisico e psicologico dei suoi Operatori, alimentando costruttivamente la convivenza sociale di chi vi lavora.

Strettamente legato al concetto di salute organizzativa è quello di benessere organizzativo, che risiede nella qualità della relazione esistente fra la persona e il contesto di lavoro.

Lo "stare bene al lavoro" è di fondamentale importanza sia per l'individuo sia per l'organizzazione e, all'interno di questo concetto è di essenziale importanza il valore che viene dato alle relazioni che si sviluppano all'interno dell'Organizzazione, attraverso la progettazione e lo sviluppo di tutte le azioni positive ritenute portatrici di valore aggiunto; ne consegue un miglioramento complessivo del livello di qualità del servizio offerto alla cittadinanza.

Come recita il Volume FIASO, "Promozione della salute organizzativa nelle Aziende sanitarie in tempo di crisi"- 2015: La Promozione della salute organizzativa significa puntare sullo sviluppo delle competenze presenti nelle Aziende e sul passaggio da un'attenzione focalizzata solamente sulle criticità presenti nell'ambiente lavorativo all'individuazione e al potenziamento delle azioni di miglioramento dei servizi e delle condizioni lavorative degli operatori, partendo dal coinvolgimento del personale aziendale e da attività di individuazione, studio, analisi e modificazione dei processi e

delle strategie di lavoro che permettano di realizzare servizi ed erogare prestazioni, ridurre i fattori di rischio sul posto di lavoro e le criticità che possono tradursi in manifestazioni di malessere.”

Diventa quindi centrale l’aspetto del coinvolgimento delle risorse umane per analizzare i processi di erogazione della cura e individuare quali possano essere le criticità che interferiscono negli scambi tra Operatori e nell’offerta di cura ai Pazienti, puntando anche in una continua valorizzazione e riqualificazione delle competenze del Personale finalizzate al rinvigorimento della motivazione al lavoro e all’implementazione del senso di appartenenza.

La letteratura conferma che lo stato di benessere di un’organizzazione deriva da diversi parametri tra cui quello che viene definito il clima organizzativo, cioè “L’atmosfera prevalente che circonda l’organizzazione, il livello del morale e l’intensità dei sentimenti di appartenenza, di affezione e di buona volontà che si riscontrano tra i dipendenti” (Mollins, 2005).

Lavorare nelle istituzioni socio-sanitarie pone agli operatori problemi molto particolari rispetto a quelli di altre occupazioni, perché, oltre ai bisogni dell’organizzazione, ci sono i bisogni degli utenti che, per definizione, sono individui in difficoltà che portano e comunicano stati emotivi di sofferenza che gravano negli incontri dedicati alla cura da parte degli operatori sanitari.

La struttura degli ambienti, i tempi e l’organizzazione del lavoro, i rapporti con colleghi e superiori, costituiscono cause che, tra loro associate, rendono il lavoro dell’operatore sociosanitario particolarmente predisposto ad incorrere nei rischi psicosociali.

L’ASL Vercelli si propone di realizzare azioni che possano intervenire a diversi livelli di profondità del malessere che si può presentare nel corso del lavoro di cura.

Nel contesto dell’operatività sanitaria, il carico emotivo impegnato nella cura dei Pazienti si intreccia inevitabilmente con le criticità del lavorare in una dimensione gruppale, con livelli diversi di relazione che vanno da quello con i propri pari a quello con i Superiori a quello con i Collaboratori. Le sofferenze sul piano relazionale possono incrinare in modo a volte potente quelli che sono gli aspetti di entusiasmo, passione e dedizione al lavoro in contesto di cura, con ricadute importanti sull’attività degli operatori durante il loro lavoro.

A questo proposito l’ASL Vercelli, ha sviluppato e svilupperà metodologie di intervento che possono in qualche modo offrire strumenti di aiuto agli Operatori sia a livello individuale sia a livello di gruppo.

Un elemento che emerge dall’analisi dei dati numerici è l’assenza, per l’ASL Vercelli, delle principali criticità tipiche della contrapposizione di genere e l’emergere, per converso, della necessità d’intraprendere iniziative finalizzate a migliorare il benessere organizzativo a beneficio della generalità dei dipendenti.

In quest’ottica, il presente Piano, pur confermando un’attenzione sull’attività di analisi e monitoraggio dei citati indicatori numerici – non potendosi mai escludere possibili inversioni di tendenza che un’attenta lettura di tali indicatori è in grado di segnalare in anticipo – si orienta principalmente alla realizzazione di obiettivi di natura più ampia, in grado di far conseguire benefici concreti a tutti i dipendenti, in quanto capaci di produrre esternalità positive sull’intero contesto lavorativo, ben sintetizzato nell’espressione “benessere organizzativo”.

3.5.5 Azioni Positive per il Triennio

Il presente Piano è teso a promuovere all’interno dell’ASL Vercelli l’attuazione degli obiettivi di parità e pari opportunità intesi come strumento per una migliore conciliazione tra vita privata e lavoro, per un maggior benessere lavorativo oltre che per la prevenzione e la rimozione di ogni forma di discriminazione.

Il Piano ha durata triennale e individua “azioni positive” definite ai sensi dell’art 42 del Codice delle pari Opportunità, come “misure volte alla rimozione di ostacoli che di fatto impediscono la realizzazione di pari opportunità, dirette a favorire l’occupazione femminile e a realizzare l’eguaglianza sostanziale tra uomini e donne nel lavoro”.

Si tratta di misure che, in deroga al principio di uguaglianza formale, hanno l’obiettivo di rimuovere gli ostacoli alla piena ed effettiva parità di opportunità. Tali misure sono di carattere speciale in quanto specifiche e ben definite e in quanto intervengono in un determinato contesto al fine di eliminare ogni forma di discriminazione, sia diretta sia indiretta. Allo stesso tempo, si tratta di misure temporanee, in quanto necessarie, fintanto che si rilevi una disparità di trattamento. La strategia sottesa alle azioni positive è rivolta a rimuovere quei fattori che direttamente o indirettamente determinano situazioni di squilibrio in termini di opportunità e consiste nell’introduzione di meccanismi che pongano rimedio agli effetti sfavorevoli di queste dinamiche, compensando gli svantaggi e consentendo concretamente l’accesso ai diritti. La presente pianificazione a sostegno delle pari opportunità contribuisce, altresì, a definire il risultato prodotto dall’amministrazione del ciclo di gestione della performance. Quest’ultima, infatti, richiama i principi espressi dalla disciplina in tema di pari opportunità, e prevede, in particolare, che il sistema di misurazione e valutazione della

performance organizzativa tenga conto, tra l'altro, del raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità. Viene stabilito il principio, pertanto, che una amministrazione è tanto più performante quanto più riesce a realizzare il benessere dei propri dipendenti.

Segue l'elenco dettagliato delle azioni positive pianificate per il triennio 2025-2027.

Area: Parità e Pari Opportunità

Attività del Gruppo della Salute Organizzativa attraverso la presa in carico di tutte le segnalazioni di sofferenza relazionale e/o organizzativa inviate alla casella di posta aziendale saluteorganizzativa@aslvc.piemonte.it. Con DDG n.° 479 del 28/05/2018, si è costituito il Gruppo per la Salute Organizzativa, composto da personale della SC Psicologia, della SC Psichiatria, del Servizio Sociale Aziendale, dell'URP, con la finalità di accogliere segnalazioni di sofferenza all'interno dei vari Servizi dell'ASL, di analizzare le dinamiche a livello di gruppo di lavoro all'interno del Servizio o Reparto. Successivamente a questa fase di analisi e di studio della situazione, vengono attivate risorse presenti all'interno dell'ASL che sono competenti in interventi specifici per il gruppo, per fornire strumenti che permettano di curare le disfunzioni interne, di dare voce alle parti del gruppo più sofferenti, che vivono situazioni di conflitto e di minoranza. Gli interventi che vengono realizzati hanno come obiettivo il gruppo e riguardano competenze che vanno da quelle più espressive a quelle più cliniche, dalla mindfulness, alla Medicina Narrativa, allo psicodramma, all'EMDR di gruppo, con l'intento di lavorare con il gruppo di lavoro. Il Gruppo sulla Salute Organizzativa ha predisposto un indirizzo di posta aziendale saluteorganizzativa@aslvc.piemonte.it, che può essere raggiunta da ogni Operatore e permette di segnalare una sofferenza relazionale e/o organizzativa all'interno del gruppo di lavoro.

Collaborazione con URP e Ufficio Comunicazione per la realizzazione dell'indagine sul clima organizzativo tramite la somministrazione a tutti gli operatori ASL di apposito questionario: verrà ripresa la metodologia già utilizzata in passato attraverso la somministrazione del Questionario (BOQ) suggerito dalla Fiaso, predisposto per approfondire il clima organizzativo dell'ASL, misurando il grado di soddisfazione degli Operatori Sanitari, valutando se presenti aspetti di valorizzazione equa o di disparità, individuando anche elementi di criticità organizzativa, che possono essere determinati da scorretta distribuzione dei carichi di lavoro e da situazioni che non rispettano l'equilibrio di forze delle varie risorse.

Sviluppo della collaborazione tra differenti organismi aziendali preposti all'osservazione del clima organizzativo al fine di garantire un approccio multidisciplinare: presso l'ASL Vercelli è attiva la collaborazione tra la SPP, struttura deputata a monitorare ogni tipo di disfunzione e di rischio lavorativo, compreso lo stress lavoro correlato, il Medico Competente, che accoglie ogni segnalazione di sofferenza, fisica e psicologica; questo ultimo tipo di difficoltà viene inviato alla SC Psicologia per valutazione e approfondimento ed eventuale presa in carico. Le situazioni in cui affiorano malesseri organizzativi, disparità di trattamento e disfunzioni relazionali emergono attraverso tutti questi servizi, comprese le mail precedentemente indicate (CUG e Salute Organizzativa) e vengono sottoposte ad un'analisi che permette di determinare la situazione del clima organizzativo presente in ASL, le aree in cui maggiormente presenti malesseri e risorse bloccate da situazioni di disparità e discriminazione.

Sviluppo della integrazione con soggetti sul territorio: nel corso degli anni precedenti l'Asl di Vercelli è entrata a far parte di una rete organizzata dalla Consigliera alla Parità della Provincia finalizzata al sostegno di soggetti svantaggiati e intitolata Nodo Antidiscriminazione. Prosegue la collaborazione con la Provincia e nello specifico con la Consigliera di Parità, in quanto referente del Nodo, con la finalità di organizzare una rete di soggetti che operino con particolare attenzione affinché vengano fatte emergere situazioni di molestie e discriminazione nel contesto lavorativo e possano essere messe in campo azioni di tutela.

Riorganizzazione del Baby Parking Aziendale: pianificazione di azioni volte al micro-nido aziendale in quanto strumento di sollievo per le giovani mamme lavoratrici, nella direzione del sostegno delle fasce femminili, spesso incaricate sia di attività lavorative extra ed intra-familiari. Attraverso una gara che ha permesso all'ASL di acquisire fondi, è stato riqualficato e, attualmente, le quote sono state calmierate appositamente per i Dipendenti ASL Vc.

Area: Benessere Organizzativo

Mindfulness: organizzazione di percorsi di mindfulness dedicati a Operatori con momenti di difficoltà relativi al lavoro, in cui sarà libera l'iscrizione e potrà essere iscritta la partecipazione all'interno dell'orario lavorativo, secondo i criteri dell'accreditamento formale ECM, con l'obiettivo di aumentare la consapevolezza nelle proprie risorse e il contrasto del burn out.

Promozione del benessere psico-fisico.: riattivazione di momenti di formazione per walking leader, aventi come esito la

costituzione di nuovi gruppi di cammino di Operatori, attività che sta riprendendo con regolarità sul Territorio e anche coinvolgendo Cittadini dell'ASL Vercelli. Offerta ai dipendenti di accedere a trattamenti con tecnica del Reiki, ad opera di altri Operatori esperti in materia

Installazione di punti di raccolta Amazon Locker: misura utile per dipendenti ASL ma anche per pazienti e caregiver

Realizzazione del Premio Gentilezza: questa giornata appartiene a quelle iniziative dedicate ad implementare la consapevolezza della funzione dell'Operatore Sanitario all'interno del contesto socio - ambientale e all'interno del contesto Sanitario, ad attivare o riattivare la motivazione al proprio lavoro, a sensibilizzare al senso di appartenenza alla propria amministrazione in funzione di un maggior senso del gruppo e ad un buon funzionamento. Questa iniziativa tesa ad evidenziare buone pratiche di comportamento e di scambio nel contesto lavorativo, contribuendo a facilitare un clima organizzativo favorevole.

Interventi ad Opera di Operatori Sanitari dedicati alla Popolazione: proseguiranno le iniziative del Progetto Dedalo, che vedono il connubio tra esperti dell'ambito sanitario e la rete museale vercellese, finalizzato a creare momenti culturali a tema. Sono state realizzate conferenze su temi specifici della promozione della salute: i Sanitari esperti, Medici, Psicologi, ispirati dalla cornice artistica in cui si svolgeva la conferenza, hanno introdotto i partecipanti a concetti specifici con l'obiettivo di favorire stili di vita sani

Attività di formazione:

- Realizzazione del corso "Equità e contrasto delle disuguaglianze di salute", finalizzato ad aumentare le conoscenze relative al concetto di equità e contrasto delle disuguaglianze di salute nel personale sanitario coinvolto nella progettazione e realizzazione di attività di promozione della salute e nel personale dei soggetti extra-asl (terzo settore, enti territoriali, forze di polizia) che collaborano nei diversi tavoli intersettoriali.
- Realizzazione di altri eventi di formazione specifici per le equipe in cui emergono difficoltà relazionali o altre criticità quali l'esposizione a situazioni di aggressività da parte dell'utenza o tensioni organizzative interne.

Attività di prevenzione

Riattivazione di ambulatorio di contrasto al tabagismo, ripristino delle attività dell'Ambulatorio attraverso percorsi di colloqui, desensibilizzazione dell'Operatore, cura farmacologica all'interno della struttura SERD. Attivazione di ambulatorio di psicotraumatologia per operatori portatori di traumi legati al contesto lavorativo in seguito a eventi particolarmente forti da un punto di vista emotivo e che necessitano di intervento specialistico.

Corso di formazione accreditato su temi legati al tabagismo con finalità di motivare nei dipendenti la dissuasione al fumo.

Altre azioni positive: interventi di carattere socio-sanitario per soggetti in situazioni di vulnerabilità

Collaborazione con la SS Patrimoniale e l'Unione Italia Ciechi per la progettazione di percorsi specifici per ipovedenti all'interno delle strutture aziendali, realizzando cammini in sicurezza dotati di specifica pavimentazione e l'adeguando i totem multimediali predisposti all'ingresso delle strutture e nei punti nevralgici

Collaborazione con la SC MEU per la prosecuzione dell'iniziativa volta ad agevolare la presa in carico in PS di soggetti sordomuti tramite utilizzo di apposito tablet.

Collaborazione con la SS Patrimoniale per l'adeguamento dei percorsi di accesso all'ospedale S. Andrea di Vercelli: inserimento di corrimano per agevolare l'accesso di utenti con difficoltà nella deambulazione, manutenzione delle aree verdi con rimozione dell'attuale piantumazione cespugliosa e spinosa, utilizzando donazioni per la messa a dimora della vegetazione sostitutiva

Azioni di sostegno alla maternità fragile e alla neo-genitorialità, quando caratterizzate da situazioni di fragilità come svantaggio sociale, mono-genitorialità o con componenti di forte sofferenza psichica

Collaborazione con le strutture Dietologia, Psicologia, Neuropsichiatria Infantile e Psichiatria per la realizzazione di interventi dedicati alla fascia giovanile, mirati a garantire sostegno nelle situazioni di disturbi alimentari, anche a favore dei familiari

Collaborazione con Comune di Vercelli e Enti Gestori dei Servizi Sociali, Autorità Giudiziaria e Prefettura per il monitoraggio e la definizione di interventi a sostegno di donne vittime di violenza

Collaborazione con la SC Psichiatria per il progetto FAMI, a carattere interaziendale regionale, per la definizione di azioni finalizzate all'accoglienza di migranti

4. Monitoraggio

4.1 Monitoraggio Valore Pubblico e Performance

Per quanto concerne gli obiettivi di valore pubblico e performance, il monitoraggio e la valutazione sono effettuati sulla base delle disposizioni di cui al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SIMIVAP) dell'ASL VC, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1185 del 10.11.2023, pubblicato sul sito web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

4.2 Monitoraggio Rischi Corruttivi e Trasparenza

Il monitoraggio della sezione Rischi corruttivi e trasparenza viene effettuato secondo le modalità descritte nelle sezioni 2.3.6 Programmazione sull'idoneità e sull'attuazione delle misure e 2.3.7 Programmazione sull'attuazione della trasparenza, alle quali si rimanda, e secondo le indicazioni di ANAC.

4.3 Monitoraggio Lavoro Agile

Nel corso dell'emergenza pandemica, ci si è misurati con lo strumento dello smart working o lavoro agile, che dir si voglia, strutturando nuove modalità di organizzazione del lavoro, che seppur previste a livello normativo, erano state fino a quel momento poco utilizzate. L'esperienza maturata in quel periodo rappresenta una base importante di conoscenza, da cui muovere per progettazioni future, che ci possano consentire, sulla base di dati conoscitivi adeguati, di utilizzare al meglio lo smart working, quale modalità organizzativa in grado di garantire qualità ed efficienza lavorativa e al tempo stesso favorire la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro per lavoratrici e lavoratori, in un'ottica di equità di genere, presente anche nel Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Su queste premesse, si potrà prevedere un questionario di rilevazione sullo smart working, rivolto al personale.

Per una più facile analisi dei dati, il questionario dovrebbe essere "costruito" facendo uso di filtri, per cui le domande dovrebbero essere calibrate la scelta di risposte con opzioni predefinite. A parte, dunque, la prima parte di anagrafica obbligatoria per tutti, alcune domande potrebbero comunque essere a risposta libera in modo da permettere a tutti di rispondere in modo convinto e coerente.

Il numero massimo di domande dovrebbe essere 20 con un tempo medio di compilazione di 15/20 minuti. Il questionario e le risposte, gestite in modalità anonima, darebbero un fattivo contributo ad indirizzare e migliorare le azioni future.

ASL