



A.S.L. V.C.O.

Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 148 del 20/02/2026

Oggetto:

AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA OPERATIVO AZIENDALE DI RIORGANIZZAZIONE, DI RIQUALIFICAZIONE E/O DI POTENZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DELL'ASL VCO (DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 314 DEL 31.03.2025) PER IL BIENNIO 2026-2027.

DIRETTORE GENERALE - DOTT. FRANCESCO CATTEL
(NOMINATO CON DGR N. 25-655/2024/XII DEL 23/12/2024)

DIRETTORE SANITARIO - DOTT.SSA DANIELA KOZEL

DIRETTORE AMMINISTRATIVO - DOTT.SSA BARBARA BUONO



A.S.L. V.C.O.

*Azienda Sanitaria Locale
del Verbano Cusio Ossola*

Sede legale : Via Mazzini, 117 - 28887 Omegna (VB)
Tel. +39 0323.5411 0324.4911 fax +39 0323.643020
e-mail: protocollo@pec.aslvco.it - www.aslvco.it

P.I./Cod.Fisc. 00634880033

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

L'estensore dell'atto: Pizzi Laura

Il Responsabile del procedimento: Priolo Vittoria Maria

Il funzionario incaricato alla pubblicazione.



IL DIRETTORE GENERALE

Nella data sopraindicata, su propria iniziativa, in conformità al Regolamento approvato con delibera n. 290 del 12/05/2017 e modificato con delibera n. 65 del 28.01.2020 e n. 555 del 25.06.2025.

Premesso che: con deliberazione n. 314 del 31.03.2025 l'Azienda ha approvato il Programma operativo aziendale di riorganizzazione, riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale per il triennio 2025-2027 ed il bilancio previsionale per il triennio 2025-2027. Ciò in conformità a quanto richiesto dalla Regione che, con DGR n. 26-801 del 17 febbraio 2025, di oggetto "*Approvazione della programmazione regionale per l'adozione dei programmi aziendali di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio sanitario regionale. Riparto delle risorse del fondo sanitario 2025-2027 e assegnazione degli obiettivi economico-finanziari agli Enti del SSR*" aveva richiesto alle AASSRR, entro il 31 marzo 2025, di adottare un programma operativo aziendale di riorganizzazione, riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale di durata non superiore al triennio 2025-2027, unitamente al bilancio previsionale per il medesimo triennio.

Dato atto che con Deliberazione n. 965 del 25/11/2025 è stato predisposto il Piano delle proposte di investimento per il triennio 2026-2028 ed è stato approvato il Piano Investimenti 2026 riferito al medesimo triennio.

Dato inoltre atto che, con Deliberazione n. 971 del 28/11/2025, e' stato adottato il Bilancio economico preventivo provvisorio tecnico dell'ASL VCO per l'esercizio 2026 tenuto conto, tra le altre, di quanto disposto dalla nota prot. n. 26066 del 5.11.2025 di oggetto "*Bilanci preventivi 2026 indirizzi per la redazione*". Con tale nota la Regione ha chiesto alle AASSRR l'adozione del bilancio 2026 entro il 30 novembre 2025, anche in assenza di riparto del FSN 2026 e 2025, prendendo come riferimento il finanziamento indicato nella DGR 26-801 del 17 febbraio 2025 ed escludendo i finanziamenti relativi al recupero dei tempi di attesa (oggetto di successiva ripartizione), i finanziamenti per destinazione investimenti e i finanziamenti una tantum ripartiti da Azienda Zero.

Richiamata la DGR n. 9-2154 del 19.01.2026 (relativa all'assegnazione ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Regionali degli obiettivi economico gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi per l'anno 2026) con la quale la Regione, con riferimento all'obiettivo 1.1 "*Bilancio*" e richiamando la DGR n. 26-801 del 17.02.2025, ha richiesto di adottare il Programma Operativo Aziendale per il biennio 2026-2027 entro 30 giorni dall'adozione della DGR 9-2154/2026.

Tenuto conto che la DGR 9-2154 del 19.01.2026 è stata pubblicata sulla G.U. in data 22 gennaio 2026 perciò il termine di 30 giorni entro il quale adottare il Programma Operativo decorre dalla data di pubblicazione nella G.U.



Considerato che l'aggiornamento, per il biennio 2026-2027, del Programma Operativo Aziendale di riorganizzazione, riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale (a suo tempo adottato con deliberazione n. 314 del 31.03.2025 per il triennio 2025-2027) tiene conto:

- di quanto disposto dalla Regione con la DGR 26-801/2025 che, in modo analitico, ha elencato tutte le azioni che le AASSRR devono porre in essere per assicurare la conformità degli atti programmatori alle normative nazionali e regionali vigenti, adottando un sistema di verifica aziendale che garantisca il rispetto delle direttive e una gestione delle risorse pubbliche nel rispetto dei principi di efficienza, efficacia ed economicità;
- del monitoraggio, effettuato nel corso del 2025, in merito alle azioni che, le diverse strutture aziendali, ciascuna per la parte di competenza, hanno messo in atto per raggiungere gli obiettivi indicati nella D.G.R. n. 26-801/2025;
- della necessità di garantire la continuità del servizio offerto ai cittadini, consapevoli che, eventuali riorganizzazioni radicali dell'offerta sanitaria, prima di essere realizzate, devono necessariamente essere condivise con la Regione e con gli amministratori locali.

Dato atto pertanto che la riorganizzazione e riqualificazione proposta in autonomia dall'azienda, attraverso l'aggiornamento del Programma Operativo per il biennio 2026-2027, volta a garantire la tutela della salute, permette di conseguire dei risparmi, ma non della portata prospettata dalla Regione.

Acquisiti i pareri favorevoli espressi ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., come formulati nel frontespizio del presente atto

DELIBERA

- 1)** di aggiornare, per il biennio 2026-2027, il Programma aziendale di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale dell'ASL VCO (a suo tempo adottato, per il triennio 2025-2027, con deliberazione n. 314 del 31.3.2025), in conformità a quanto disposto dalla DGR 9-2154 del 19.01.2026 e tenuto conto del contenuto della DGR n. 26-801 del 17 febbraio 2025;
- 2)** di rilevare che la DGR 9-2154 del 19.01.2026 è stata pubblicata sulla G.U. in data 22 gennaio 2026 perciò il termine di 30 giorni entro il quale adottare il Programma Operativo decorre dalla data di pubblicazione nella G.U.;



- 3) di allegare la scheda di sintesi delle azioni previste dal Programma aziendale con l'indicazione dei soggetti coinvolti e l'individuazione dei responsabili aziendali (All. 1);
- 4) di dare atto che, con Deliberazione n. 965 del 25/11/2025, è stato predisposto il Piano delle proposte di investimento per il triennio 2026-2028 ed è stato approvato il Piano Investimenti 2026 riferito al medesimo triennio;
- 5) di dare atto inoltre atto che, con Deliberazione n. 971 del 28/11/2025, e' stato adottato il Bilancio economico preventivo provvisorio tecnico dell'ASL VCO per l'esercizio 2026;
- 6) di sintetizzare le risultanze dei previsionali 2026 e 2027, come di seguito indicato, secondo il modello CE Riclassificato regionale:

COD	DESCRIZIONE	PREV 2026 V2	PREV 2027 V1
A	Totale Ricavi Netti	299.407.019,53	299.047.064,00
B	Totale Costi Interni	203.445.797,28	190.939.308,42
C	Totale Costi Esterni	146.166.715,51	144.345.640,83
D	Totale Costi Operativi (B+C)	349.612.512,79	335.284.949,25
E	Margine Operativo (A-D)	-50.205.493,26	-36.237.885,25
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	7.753.644,87	7.784.612,20
G	Risultato Economico (E-F)	-57.959.138,13	-44.022.497,45

- 7) di inviare la deliberazione alla Regione Piemonte, Direzione Sanità, Settori "Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR" e "Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio Sanitari".
- 8) di dichiarare la presente deliberazione immediatamente esecutiva.

ASL VCO

**AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA OPERATIVO DI
RIORGANIZZAZIONE, DI RIQUALIFICAZIONE E DI
POTENZIAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE DELL'ASL VCO (DI CUI ALLA
DELIBERAZIONE N. 314 DEL 31.03.2025) PER IL
BIENNIO 2026-2027**

(DGR n. 26-801 del 17.02.2025 e DGR 9-2154 del 19.01.2026)

Indice generale

1. PREMESSA.....	5
1.1 Macro aree di intervento dell'Azienda.....	6
1.2 Risorse umane.....	7
2. BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2026.....	8
3. RIPARTO FSR 2026-2027.....	12
4. MODELLO ORGANIZZATIVO E DEFINIZIONE DI RUOLI E RESPONSABILITÀ.....	13
5. TEMPI DI ATTUAZIONE E DI MONITORAGGIO.....	13
6. MONITORAGGIO REGIONALE.....	13
7. STRUMENTI DI MONITORAGGIO.....	13
8. PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA.....	14
8.1. COPERTURA VACCINALE.....	14
8.2. <i>COORDINAMENTO DEL PLP</i>	14
8.3. <i>SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO</i>	15
8.4 PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING.....	15
8.5 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE.....	16
8.6 Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive preparazione risposta a una pandemia influenzale.....	17
8.7 Riduzione del consumo delle molecole antibiotiche secondo le indicazioni regionali.....	17
8.8 RISCHI AMBIENTALI E CLIMATICI.....	18
9. ASSISTENZA TERRITORIALE/DISTRETTUALE.....	18
9.1-9.6 <i>PRESA IN CARICO SANITARIA TERRITORIALE</i>	18
9.7 <i>Dipendenze patologiche</i>	20
9.8 Salute mentale.....	20
9.9 Percorsi di salute e diagnostico terapeutici ed assistenziali (PSDTA).....	20
9.10 <i>Sanità penitenziaria</i>	21
9.11 <i>Salute materno infantile e consultori familiari</i>	21
9.12 <i>Emergenza territoriale e trasporti</i>	21
10. RETI DI SPECIALITÀ PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO.....	22
10.1 RETI PUNTI NASCITA.....	22
10.2 RETE MALATTIE RARE.....	22
10.3 <i>Rete medicine specialistiche</i>	23
10.4 RETE ONCOLOGICA.....	23
10.5 <i>Rete ospedaliera, rete dell'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti</i>	23
10.6 <i>Rete riabilitazione lungodegenza</i>	24
10.7 <i>RETE Trapiantologica</i>	24

10.8 RETE Dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura.....	24
10.9 RETE Patologie neurodegenerative.....	25
10.10 RETi Trasfusionali.....	25
11. LINEE DI INTERVENTO TRASVERSALI.....	25
11.1 NUOVO Sistema di garanzia.....	25
11.2 Liste di attesa.....	25
11.3 Gestione delle prescrizioni mediche e monitoraggio erogazione con ricetta dematerializzata.....	26
11.4 Attività libero professionista intramuraria.....	26
11.5 Rischio clinico.....	27
11.6 Rapporti con gli erogatori pubblici e privati accreditati.....	27
11.7 Investimenti.....	27
11.8 Gestione credito v/altri.....	28
12. ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI.....	29
12.1 Appropriatezza prescrittiva dei farmaci.....	29
12.2 Piano Terapeutico Elettronico.....	29
12.3 Governance di Dispositivi Medici.....	30
13. BENI E SERVIZI.....	30
13.1 Responsabilità e controlli.....	30
13.2 Programmazione Acquisti.....	30
13.3 Efficientamento delle Grandi apparecchiature, delle Sale operatorie e dei restanti servizi di supporto.	31
14. GOVERNANCE DEL PERSONALE.....	31
14.1 Piani Triennali di Fabbisogno.....	31
14.2 Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie.....	32
14.3 Procedure assunzionali e gestione del turnover.....	33
15. MOBILITÀ SANITARIA.....	33
16. CONTABILITÀ ANALITICA PAC TRASFERIMENTI E PAGAMENTI.....	34
16.1 Contabilità analitica.....	34
16.2 Percorso attuativo della certificabilità (PAC).....	34
17. GOVERNANCE PNNR.....	34
17.1 Governance PNNR.....	34
18. INTERCONNESSIONE SISTEMI INFORMATIVI.....	35
18.1 CARTELLE CLINICHE ELETTRONICHE.....	35
18.2 Servizi di sanità digitale.....	35
18.3 Fascicolo Sanitario Elettronico – (FSE).....	35
18.4 Telemedicina.....	35
18.5 Sicurezza informatica.....	36

18.6 GOVERNANCE DEI FLUSSI INFORMATIVI NSIS.....	36
18.7 GOVERNANCE per l'implementazione degli interventi Informativi/ informatici.....	36

1. PREMESSA

Il 1° gennaio 1995 l'Azienda Sanitaria Locale del Verbano Cusio ed Ossola nasce come ASL 14 a seguito dell'accorpamento delle 3 precedenti Unità Sanitarie Locali (l'Usl 55 di Verbania, 56 di Domodossola e 57 di Omegna). Dal 1° gennaio 2008 assume la denominazione di ASL VCO ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale.

L'A.S.L. V.C.O. è inserita organicamente nel servizio sanitario regionale piemontese con la finalità di proteggere, promuovere e migliorare la salute della popolazione residente mediante programmi ed azioni coerenti con i principi e con gli obiettivi indicati dalla pianificazione sanitaria e socio assistenziale nazionale e regionale.

Come emerge dal vigente atto aziendale (di cui alla deliberazione n. 602/2022) la missione dell'Azienda è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la promozione, tutela, prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

L'Azienda:

- presenta un'estensione territoriale di circa 2.332,86 km quadrati, per il 96% montani;
- ha una densità abitativa media di 70 abitanti/Km2 (di cui 131 Verbania, 145 Cusio e 39 Ossola);
- comprende 81 Comuni, distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di 164.153 abitanti al 31.12.2024, così divisi tra maschi e femmine:

Fonte: <i>Uffici Anagrafe Comuni ASL VCO</i>				
Ambito territoriale	Maschi	Femmine	Totale	Di cui M/F > = 65 anni
Verbania	30.467	32.520	62.987	16.958
Cusio	19.301	20.301	39.602	10.824
Ossola	30.181	31.383	61.564	16.982
Totale ASL VCO	79.949	84.204	164.153	44.764

L'indice di vecchiaia dell'ASL VCO (*che indica il numero di anziani -65 anni e oltre- presenti nella popolazione ogni 100 bambini (0-14 anni)*) è di 276 mentre l'indice di invecchiamento dell'ASL VCO (*che indica il numero di anziani -65 anni e oltre- presenti nella popolazione ogni 100 abitanti*) è di 27. Tali indici risultano così suddivisi:

Ambito Territoriale	Indice di Vecchiaia	Indice di invecchiamento
Verbania	280	27
Cusio	277	27
Ossola	271	28

Come si può osservare dai dati sopra riportati la provincia del Verbano Cusio Ossola (VCO) presenta una struttura demografica caratterizzata da una significativa presenza di popolazione anziana. Ciò spiega l'aumento, che si osserva nel territorio del VCO, delle patologie cronico degenerative e dei pazienti con comorbidità che, inevitabilmente, si accompagnano ad un incremento del fabbisogno assistenziale e il conseguente aumento della spesa sanitaria.

1.1 MACRO AREE DI INTERVENTO DELL'AZIENDA

Le **macro aree di intervento dell'Azienda**, definite dalla D.G.R. n. 42-1921/2015 e s.m.i. (che ha dettato le linee guida per la predisposizione dell'atto aziendale vigente e l'assetto organizzativo) sono le seguenti:

- a. macro area della prevenzione
- b. macro area territoriale
- c. macro area ospedaliera

a. Prevenzione

La prevenzione e la promozione della salute sono realizzate attraverso l'attività svolta dal Dipartimento di Prevenzione, così come previsto dal decreto legislativo 502/92 e s.m.i., al quale afferiscono 7 Strutture, ad alto livello di autonomia, che agiscono in sinergia. Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa dell'ASL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita

b. Area Territoriale

Il complesso di attività svolte nel territorio sono coordinate dalla struttura complessa Distretto VCO. Al fine di garantire processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi, nell'atto aziendale vigente si è previsto un unico distretto nell'ambito del quale sono state individuate tre Aree territoriali (l'area del Verbano, del Cusio e dell'Ossola) in considerazione delle diversità geomorfologiche e sociali. Il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, realizza una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi e, contemporaneamente, una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi.

c. Area Ospedaliera

L'articolo 8 Bis, comma 1, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., specifica che le Regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza di cui all'art. 1 del citato decreto avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dalle Aziende Universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'Art. 8 quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'art. 8 quinquies.

Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti n. 2 Presidi ospedalieri a gestione diretta, "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola (entrambi dotati di DEA di I° livello).

Con DGR n. 1-600 del 19.11.2014 (poi integrata con la DGR n. 1-924 del 23.1.2015) la Regione ha provveduto all'adeguamento della rete ospedaliera agli standard della legge 135/2012 e del Patto per la Salute 2014-2016. Le aree/specialità per ciascun Presidio ospedaliero a gestione diretta sono di seguito riportate. Il totale delle strutture di area ospedaliera è pari a 25.

Area	Specialità
Medica	Cardiologia – Geriatria – Medicina Generale - Nefrologia Dialisi-Neurologia - Oncologia
Chirurgica	Chirurgia Generale - Oculistica - ORL -Ortopedia -Urologia
Materno infantile	Ostetricia -Pediatria
Emergenza	MCAU -
	Terapia intensiva/rianimazione/anestesia
Post acuzie	RRF
Diagnostica e supporto	Anatomia e istologia patologica
	Direzione Sanitaria - Farmacia Ospedaliera – Laboratorio Analisi – Radiologia

L'esistenza di due presidi ospedalieri, con la conseguente duplicazione di reparti, comporta maggiori costi di gestione e la necessità di personale medico (e sanitario in generale), esigenza che si scontra con la difficoltà nel reperimento di risorse mediche (soprattutto in alcune aree clinico assistenziali che garantiscono quotidianamente la presa in carico dei pazienti, nonché in ambiti chirurgici) ma anche sanitarie in generale, sia della dirigenza sia del comparto.

Come previsto dall'art. 17 bis del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa dell'ASL VCO. Sono attivi i seguenti dipartimenti aziendali ospedalieri: - Dipartimento delle patologie mediche; - Dipartimento delle patologie chirurgiche; - Dipartimento dei Servizi diagnostici e terapie di supporto. Si aggiungono i dipartimenti interaziendali funzionali ovvero: - Medicina dei Laboratori - Medicina fisica e riabilitativa (attivati con il coinvolgimento dell'AOU "Maggiore della Carità" di Novara, dell'Asl di Biella, di Novara, di Vercelli e dell'ASL VCO).

*

Nell'ambito dell'ASL VCO è presente, in aggiunta ai n. 2 Presidi ospedalieri "Castelli" di Verbania e "S. Biagio" di Domodossola, il Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. S.p.A.), costituito in Società per azioni a capitale misto, pubblico/privato, di cui l'A.S.L. V.C.O. detiene la quota di maggioranza pari al 51%. Le discipline ospedaliere sono le seguenti:

Medicina - Ortopedia e Traumatologia – Chirurgia Generale - Odontostomatologia – Urologia – Dermatologia - Day Surgery multidisciplinare - Week Surgery Multidisciplinare – RRF.

Con il C.O.Q. è stato stipulato un accordo per il triennio 2024-2026 (ai sensi dell'articolo 8 quinquies del d.Lgs n. 502/92 e s.m.i) nel rispetto dei tetti di spesa assegnati distintamente per le prestazioni erogate a residenti in Regione e a residenti fuori regione.

*

Sul territorio del V.C.O. sono inoltre ubicati due Presidi privati convenzionati che svolgono sia attività di ricovero che ambulatoriale: Casa di Cura "l'Eremo di Miazzina" e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto Auxologico italiano di Milano".

Per quanto attiene la Casa di Cura "l'Eremo di Miazzina" le discipline ospedaliere sono le seguenti:

RRF 1° livello – RRF 2° livello – Lungodegenza - Day Hospital Riabilitativo di 2° livello.

Per quanto attiene l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Istituto Auxologico Italiano di Milano" le discipline ospedaliere sono le seguenti:

Medicina Generale – Neurologia – Pediatria – Recupero e Riabilitazione Funzionale di 2° livello.

Con ciascuno dei 2 presidi privati convenzionati è stato stipulato un accordo contrattuale per il triennio 2024-2026 (ai sensi dell'articolo 8 quinquies del d.Lgs n. 502/92 e s.m.i), in modo da definire il mix della produzione, tenuto conto delle esigenze dell'ASL VCO, nel rispetto dei tetti di spesa assegnati, distintamente, per le prestazioni erogate a residenti in Regione e a residenti fuori regione.

1.2 RISORSE UMANE

L'art. 6 D. Lgs. n. 165/2001, come modificato e integrato dal D.Lgs. n. 75/2017, ha previsto che le Amministrazioni Pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici in conformità al Piano Triennale dei Fabbisogni (P.T.F.P.). Con deliberazione n 813 del 7/10/2025 l'A.S.L. VCO ha adottato i Piani Triennali del Fabbisogno di Personale 2023/2025 e 2024/2026, approvati entrambi dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 3 – 1490 dell'11/08/2025, che ha confermato il tetto di spesa per il personale per il 2026 in Euro 109.580.267 (in analogia all'anno 2024 e 2025).

Nel vigente P.T.F.P. 2024 – 2026 ci si è attenuti ai suddetti limiti economici, che sono stati rispettati, sebbene si siano talvolta sacrificate esigenze che non hanno potuto essere soddisfatte o per soddisfare le quali è stato necessario reperire strade alternative (ad esempio facendo anche legittimo ricorso all'istituto delle prestazioni aggiuntive, ad integrazione dell'attività istituzionale, in presenza di carenza di organico o per ridurre le liste di attesa).

Un limite al perseguimento delle finalità del P.T.F.P. è rappresentato dalla grande difficoltà a reperire risorse, soprattutto mediche, ma anche sanitarie in generale, sia della dirigenza sia del comparto, soprattutto per scarsità delle stesse, ma anche per una questione di attrattività da parte dell'A.S.L. VCO, a causa della dislocazione e conformazione geografica del territorio di appartenenza, la presenza di due sedi ospedaliere e l'ubicazione di Strutture Aziendali su più sedi, nonché per il sistema dei trasporti pubblici, spesso non sufficiente ed adeguato.

Per sopperire a tale circostanza si è provveduto, e si sta provvedendo, a conferire, nel rispetto della normativa vigente, incarichi libero professionali a laureati in medicina e chirurgia specializzati e specializzandi, nonché a personale sanitario in quiescenza e ad assumere, a tempo determinato, medici specializzandi, a stipulare convenzioni con altre Aziende Sanitarie, ad acquisire prestazioni aggiuntive da parte di personale dipendente e, quale extrema ratio, ad acquistare prestazioni da società esterne, anche se in misura sempre più ridotta. A seguito dell'entrata in vigore del D. L. n. 34 del 30/03/2023 (convertito in L. n. 56 del 26/05/2023), che ha posto grandi limiti al ricorso alle esternalizzazioni dei servizi sanitari, questa Azienda ha messo in atto un progressivo processo di reinternalizzazione. A questo proposito si osserva che, a fronte della carenza di personale medico specialistico, che si è venuta a creare presso diverse Strutture dell'Azienda, sono state attivate procedure concorsuali, in parte andate deserte ed in parte con esito insufficiente a coprire il fabbisogno di personale, peraltro indispensabile per garantire i turni di assistenza medica nei reparti, presso le sale operatorie, presso gli ambulatori. Questa Azienda ha continuato a porre in essere anche nell'anno 2025 - e prosegue nell'anno in corso - molte procedure selettive volte ad acquisire, sia a tempo indeterminato sia a tempo determinato o con incarico libero – professionale, medici per le specialità interessate (Pediatria, Ginecologia e Ostetricia, Urologia, Ortopedia e Traumatologia, Medicina Interna, Radiodiagnostica, Neurologia, Medicina d'Emergenza Urgenza e Psichiatria), sebbene non sia stato ancora possibile acquisire un numero di medici sufficiente ad evitare completamente l'esternalizzazione di servizi sanitari. Tuttavia, come si è poc'anzi detto, il ricorso a società esterne è sempre più ridotto. Un risultato molto importante ottenuto nell'anno 2025 è stato quello di reperire medici pediatri all'estero, attraverso apposito avviso pubblico che ha consentito l'assunzione, a tempo determinato, di medici stranieri, nel rispetto della normativa vigente (art. 15 D.L. n. 34/2023, convertito in L. n. 56/2023).

Si rileva, infine, che è già stato presentato alla Regione Piemonte il P.T.F.P. 2025/2027, ancora all'esame degli organi competenti.

2. BILANCIO ECONOMICO PREVENTIVO 2026

Occorre premettere che, con deliberazione n. 314 del 31.03.2025, l'Azienda, in conformità a quanto richiesto dalla Regione con DGR n. 26-801 del 17 febbraio 2025 e con l'obiettivo di garantire efficienza, efficacia ed economicità nell'erogazione dei servizi mantenendo comunque la risposta sanitaria qualificata ai pazienti, ha approvato il Programma operativo aziendale di riorganizzazione, riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale ed il Bilancio previsionale del triennio 2025-2027.

Con Deliberazione n. 965 del 25/11/2025 è stato predisposto il Piano delle proposte di investimento per il triennio 2026-2028 ed è stato approvato il Piano Investimenti 2026 riferito al medesimo triennio.

Con Deliberazione n. 971 del 28/11/2025 è stato adottato il Bilancio economico preventivo provvisorio tecnico dell'ASL VCO per l'esercizio 2026 tenuto conto, tra le altre, di quanto disposto dalla nota prot. n. 26066 del 5.11.2025 di oggetto "*Bilanci preventivi 2026 indirizzi per la redazione*".

Con tale nota la Regione ha chiesto alle AASSRR l'adozione del bilancio 2026 entro il 30 novembre 2025, anche in assenza di riparto del FSN 2026 e 2025, e prendendo come riferimento il finanziamento indicato nella

DGR 26-801 del 17 febbraio 202 precisando, in particolare, "... premesso che non è ancora stata siglata l'Intesa Stato e Regioni relativa al riparto del Fondo Sanitario nazionale 2025 le aziende sanitarie rappresenteranno i contributi in c/esercizio nel rispetto delle risorse indicate per l'annualità 2026 quindi, dai provvedimenti di riparto del FSR 2026 di cui la DGR 26-801 del 17 febbraio 2025 e smi, escludendo i finanziamenti relativi al recupero dei tempi di attesa che saranno oggetto di successiva ripartizione e i finanziamenti per destinazione investimenti e i finanziamenti una tantum ripartiti da Azienda Zero". Inoltre, vengono fornite indicazioni per la previsione delle spese relative agli investimenti sanitari e alle rettifiche aziendali dei contributi in c/esercizio per destinazione investimenti e dei costi di applicazione del CCNL 2022-2024; 2025-2027.

Il Bilancio Preventivo Economico Provvisorio Tecnico per l'esercizio 2026 riporta una perdita di euro 57.959.138,13 con i seguenti dati:

- Costi di esercizio euro 469.593.005,54
- Ricavi di esercizio euro 411.633.867,41.

Di seguito si riporta un prospetto, redatto dalla a SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio, che propone una sintesi delle risultanze del Bilancio economico preventivo provvisorio tecnico dell'ASL VCO per l'esercizio 2026 e del previsionale 2027.

COD	DESCRIZIONE	PREV 2026 V2	PREV 2027 V1
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	334.107.000,39	332.817.121,07
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	7.825.467,88	5.707.362,00
A1	Contributi F.S.R.	341.932.468,27	338.524.483,07
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-12.055.423,81	-12.175.756,99
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-1.337.411,59	-1.712.817,33
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-1.196.283,85	-1.196.283,85
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-82.700,00	-83.000,00
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-36.522.810,17	-33.475.777,95
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0,00	0,00
A2	Saldo Mobilità	-51.194.629,42	-48.643.636,12
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0,00	0,00
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	775.956,96	0,00
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	75.728,63	0,00
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	851.685,59	0,00
A3.2	Ticket	3.777.000,00	3.875.000,00
A3.3	Altre Entrate Proprie	4.410.340,79	4.399.533,11
A3	Entrate Proprie	9.039.026,38	8.274.533,11
A4.1	Ricavi Intramoenia	3.070.000,00	2.963.062,28
A4.2	Costi Intramoenia	2.135.000,00	2.163.216,63
A4	Saldo Intramoenia	935.000,00	799.845,65
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-1.744.214,78	-276.330,00
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0,00	0,00
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-1.744.214,78	-276.330,00
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	574.862,71	488.928,29
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	135.493,63	120.760,00
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	439.369,08	368.168,29
A	Totale Ricavi Netti	299.407.019,53	299.047.064,00
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	82.344.571,59	79.300.553,43
B1.1b	Personale Sanitario - non Dipendente	180.000,00	180.000,00

COD	DESCRIZIONE	PREV 2026 V2	PREV 2027 V1
B1.1	Personale Sanitario	82.524.571,59	79.480.553,43
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	25.867.039,66	24.255.548,07
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	284.000,00	728.000,00
B1.2	Personale Non Sanitario	26.151.039,66	24.983.548,07
B1	Personale	108.675.611,25	104.464.101,50
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	8.566.000,00	7.390.000,00
B3.1	Altri Beni Sanitari	18.636.800,00	16.464.542,34
B3.2	Beni Non Sanitari	1.266.800,00	1.291.800,00
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	6.426.000,00	6.699.000,00
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	8.167.294,20	8.001.430,47
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	8.601.405,08	4.289.170,02
B3.3a	Servizi Appalti	23.194.699,28	18.989.600,49
B3.3b	Servizi Utenze	3.809.035,00	3.279.935,00
B3.3c	Consulenze	4.168.403,88	3.401.111,56
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	1.430.080,71	1.290.117,54
B3.3e	Premi di assicurazione	1.045.893,97	1.044.343,07
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	22.785.015,21	23.637.744,71
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	3.378.023,72	3.202.860,00
B3.3	Servizi	59.811.151,77	54.845.712,37
B3	Altri Beni e Servizi	79.714.751,77	72.602.054,71
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	727.944,03	729.530,67
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0,00	0,00
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	727.944,03	729.530,67
B5	Accantonamenti	5.761.490,23	5.753.621,54
B6	Variazione Rimanenze	0,00	0,00
B	Totale Costi Interni	203.445.797,28	190.939.308,42
C1	Medicina Di Base	21.120.000,00	20.191.000,00
C2	Farmaceutica Convenzionata	23.300.000,00	23.400.000,00
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	53.649.632,45	53.649.632,45
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	9.747.265,66	9.742.629,89
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	2.302.000,00	2.194.000,00
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	12.049.265,66	11.936.629,89
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	8.063.377,95	7.686.976,29
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	2.248.499,36	2.301.981,76
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	2.824.350,00	2.883.750,00
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	2.566.676,00	2.452.602,08
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	1.528.659,01	1.528.659,01
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	23.000,00	21.000,00
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	18.793.255,08	18.293.409,35
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	22.911.590,09	22.295.670,44
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	27.984.439,45	27.481.402,20
C3	Prestazioni da Privato	101.746.715,51	100.754.640,83
C	Totale Costi Esterni	146.166.715,51	144.345.640,83
D	Totale Costi Operativi (B+C)	349.612.512,79	335.284.949,25
E	Margine Operativo (A-D)	-50.205.493,26	-36.237.885,25
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-390.000,00	-120.000,00
F2	Saldo Gestione Finanziaria	15.000,00	14.392,00
F3	Oneri Fiscali	8.473.644,87	8.127.220,20
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	480.000,00	292.000,00

COD	DESCRIZIONE	PREV 2026 V2	PREV 2027 V1
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	135.000,00	55.000,00
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-345.000,00	-237.000,00
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	7.753.644,87	7.784.612,20
G	Risultato Economico (E-F)	-57.959.138,13	-44.022.497,45
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di co-pertura LEA	0,00	0,00
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	-57.959.138,13	-44.022.497,45

Il bilancio è stato redatto in coerenza con i contenuti della DGR 26-801/2025 prevedendo, quindi, una serie di azioni di efficientamento, elencazione non esaustiva, che hanno portato:

- ad una progressiva riduzione del ricorso ai cd “gettonisti”, cercando di reperire personale strutturato;
- al ricorso a prestazioni aggiuntive solo in presenza di finanziamenti regionali e o previsioni normative specifiche;
- a limitare il ricorso ad incarichi libero professionali sanitari;
- a riorganizzare la gestione dei dispositivi medici, individuando un unico Centro Ordinatore di spesa (Farmacia) al fine di razionalizzazione i consumi, attuare un costante monitoraggio e riorganizzare i Conti deposito;
- a realizzare, per i servizi appaltati, una gestione proattiva service manutenzioni attrezzature sanitarie e immobili, trasporti intra-ospedalieri, magazzino con completo ingresso nel MUSA;
- alla messa in atto di azioni per potenziare l’efficientamento energetico;
- a lavorare, per quanto attiene i beni non sanitari, sul tema della digitalizzazione per perseguire una riduzione dei consumi.

Come emerge dalla Deliberazione n. 971 del 28/11/2025 con la quale e’ stato adottato il Bilancio economico preventivo provvisorio tecnico dell’ASL VCO per l’esercizio 2026:

- il valore dei flussi di mobilità sanitaria è stato proposto quale stima dalla Regione e non è modificabile;
- per gli accantonamenti relativi al rinnovo del CCNL triennio 2022/2024 e delle convenzioni CNU, si è fatto riferimento a quanto stabilito nella nota regionale prot. 26066 del 5 novembre 2025, iscrivendo le valorizzazioni utilizzate per il Consuntivo 2024 per un importo totale pari a 4.165.164,00 euro;
- per il rinnovo CCNL triennio 205-2027 si sono seguite le istruzioni della citata nota ed iscritto tra i costi del personale l’indennità di vacanza contrattuale, valorizzata come da indicazioni per un importo totale pari a 664.634,16 euro;
- il finanziamento provvisorio 2026 non contiene al momento alcuna quota da destinarsi ad investimenti. Nella predisposizione del Piano degli investimenti non si è tuttavia potuto non tenere conto che le principali attività aziendali vengono svolte in Presidi vetusti, che necessitano di una manutenzione continua, così come molte delle attrezzature utilizzate in tali Presidi e negli ambulatori aziendali hanno ormai raggiunto un livello di obsolescenza tale da non poter più procrastinare la loro sostituzione, volendo scongiurare il pericolo della soluzione di continuità delle prestazioni ai cittadini, e intendendo garantire la sicurezza dei lavoratori ed utenti, oltre ad assicurare il rispetto delle norme antincendio il cui mancato rispetto è sanzionato anche penalmente. Alcuni investimenti considerati improcrastinabili sono stati previsti in autofinanziamento, per un valore pari a 1.744.214,78 euro. Per limitare l'autofinanziamento degli investimenti, anche a seguito di interlocuzioni con funzionari regionali, è stato valutato di ricondurre in richieste di fondi FSC tutti gli acquisti che potrebbero beneficiare di tali finanziamenti e, come tali, sono stati inseriti nel Piano degli investimenti (qualora non fosse garantito l’accesso a tale finanziamento, per quelli che rivestono carattere di indifferibilità, si dovrà comunque ricorrere all’autofinanziamento);
- i costi per assistenza ospedaliera e specialistica della Casa di Cura Istituto Garofalo, dell’I.R.C.S.S. Istituto Auxologico Italiano e della Società Centro Ortopedico di Quadrante S.P.A sono stati proposti quale stima

dalla Regione. Solo in data 25 novembre sono stati resi modificabili i costi, di conseguenza l'azienda, che aveva confezionato il fascicolo di Bilancio per la successiva deliberazione, ha operato le opportune modifiche al fine di adeguare gli importi proposti al budget assegnato dalla Regione per assistiti della Regione. Di conseguenza in data 26 novembre sono stati adeguati i valori dei residenti dell'ASL VCO, posto che i conti di riaddebito attivo per prestazioni a favore di residenti di altre aziende regionali sono stati resi non modificabili fino alla stesura della presente Relazione e che non vi è il tempo per attendere ulteriori eventuali aperture sulle modifiche dei conti in SIRECOM.

Si ritiene, infine, di riportare quanto esposto nella Relazione del Direttore Generale con riguardo al Bilancio di previsione 2026 laddove, nella parte conclusiva, si precisa quanto di seguito riportato.

“Come già in altre occasioni evidenziato nella predisposizione del bilancio di previsione questa Azienda ha sempre operato nel senso di rispettare il principio contabile della rappresentazione veritiera degli accadimenti gestionali, della continuità aziendale e del relativo fabbisogno finanziario, ben consapevole della necessità di rendere trasparente all'organo decisore sovraordinato le criticità emergenti.

Per quanto concerne la spesa relativa ad investimenti, pur in assenza di uno specifico finanziamento, non si è ritenuto realistico non rappresentare le esigenze minime, che dovranno essere sostenute nel corso dell'esercizio 2026. L'aumento di molti costi è determinato da cause non direttamente controllabili dall'Azienda, in un contesto congiunturale internazionale di elevato livello di inflazione, e riferito ai conseguenti adeguamenti/aumenti legati a revisione prezzi inderogabili, molti dei quali intervenuti nel corso del 2025, con un inevitabile effetto trascinamento nell'esercizio 2026.

Altrettanto a valere sulle intervenute nuove aggiudicazioni di servizi/forniture da parte delle Centrali di Committenza, sia Nazionali che Regionali che locali.

Si aggiunga l'intervenuta autorizzazione di nuove indicazioni terapeutiche per l'utilizzo di molecole ad alto costo e gli inderogabili adeguamenti tecnologici per ottemperare le intervenute disposizioni normative (molto importante l'impegno economico, circa 3 milioni di euro, per migrazione ai nuovi Cloud).

Il bilancio presentato dunque, ispirato da un principio di prudenza, ma molto legato alle reali esigenze di tutela del territorio, rappresenta un quadro pragmatico del fabbisogno di questa Azienda.

Per cercare di appianare un disequilibrio di queste dimensioni gli interventi necessari, già altre volte richiamati, dovrebbero riguardare o una drastica revisione dell'attuale modello organizzativo di erogazione delle prestazioni sanitarie, che per poter produrre frutti in termini di economicità necessita di un lasso temporale eccedente l'anno di riferimento del bilancio, oppure l'attuazione di scelte di priorità erogative che non possono essere decise a livello locale, ma definite a livello di sistema.

Evidentemente, nonostante l'enorme difficoltà rappresentata, l'Azienda continuerà a cercare soluzioni organizzative praticabili e a portare avanti ogni azione ritenuta necessaria ed utile ai fini di una razionalizzazione dei costi, auspicando, al contempo, che ulteriori maggiori finanziamenti rispetto alla quota provvisoriamente assegnata, che considerino anche il fabbisogno correlato agli investimenti al momento autofinanziati, possano essere resi disponibili.”

3. RIPARTO FSR 2026-2027

Con la nota prot. n. 26066 del 5.11.2025 di oggetto *“Bilanci preventivi 2026 indirizzi per la redazione”* la Regione ha chiesto alle AASSRR l'adozione del bilancio 2026 entro il 30 novembre 2025, anche in assenza di riparto del FSN 2026 e 2025, e prendendo come riferimento il finanziamento indicato nella DGR 26-801 del 17 febbraio 2025 precisando, in particolare, *“... premesso che non è ancora stata siglata l'Intesa Stato e Regioni relativa al riparto del Fondo Sanitario nazionale 2025 le aziende sanitarie rappresenteranno i contributi in c/esercizio nel rispetto delle risorse indicate per l'annualità 2026 quindi, dai provvedimenti di riparto del FSR 2026 di cui la DGR 26-801 del 17 febbraio 2025 e smi, escludendo i finanziamenti relativi al recupero dei tempi di attesa che saranno oggetto di successiva ripartizione e i finanziamenti per destinazione investimenti e i finanziamenti una tantum ripartiti da Azienda Zero”.*

La quota di finanziamento provvisoria ripartita all'ASL VCO e inserita nel previsionale 2026 risulta così dettagliata:

Finanziamento	Conto	Importo
FSR Indistinto	4500131	313.028.022,95
STP		15.779,06
finanz. Funzioni Auxologico	4500197	2.500.000,00
finanz. Funzioni Ospedaliere	4500135	14.421.430,22
quota FSR finalizzata	4500164	4.141.768,16
Totale indistinto/finalizzato		334.107.000,39
Totale vincolato	4500126	7.825.467,88
Totale Contributi FSR		341.932.468,27

4. MODELLO ORGANIZZATIVO E DEFINIZIONE DI RUOLI E RESPONSABILITÀ

Il presente documento, che prende a riferimento il biennio 2026-2027, in linea con le indicazioni Regionali, definisce lo stato dell'arte e identifica i responsabili aziendali delle aree di intervento oggetto di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento/efficientamento dei servizi sanitari dell'ASL VCO necessari per il raggiungimento degli obiettivi identificati dall'allegato A alla DGR 26-801 /2025.

La definizione di una tabella riepilogativa di tutte le attività (**Allegato 1**) parte integrante del documento, completa di indicatori, deliverable, deadline, ecc. Consente, a ciascun responsabile e alla Direzione, di condividere il percorso strategico in tutte le sue tappe volte al raggiungimento dell'obiettivo concordato.

L'aggiornamento del documento è stato realizzato in sinergia con i Direttori ed i Responsabili delle strutture aziendali.

5. TEMPI DI ATTUAZIONE E DI MONITORAGGIO

Nel rispetto delle Deadline definite nell'Allegato 1 l'Azienda sosterrà e monitorerà il raggiungimento degli obiettivi definiti.

L'effettuazione di AUDIT INTERNI PERIODICI consentirà di monitorare l'implementazione del Programma, identificare punti di forza e criticità, individuare azioni correttive e, ove necessario, adeguare il risultato atteso volto a GARANTIRE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE E LA SICUREZZA DELLE CURE.

6. MONITORAGGIO REGIONALE

In linea con quanto definito dalla DGR n. 26-801 del 17.02.2025 gli aggiornamenti dello stato di avanzamento e le necessarie integrazioni verranno comunicate periodicamente alla Regione e condivise nell'ambito del MONITORAGGIO REGIONALE a garanzia di mantenimento di qualità e sicurezza dei servizi erogati.

7. STRUMENTI DI MONITORAGGIO

Il monitoraggio degli obiettivi avverrà tramite riunioni periodiche dei Responsabili Aziendali con i responsabili operativi e della Direzione con i responsabili Aziendali.

Attraverso la definizione di un cruscotto aziendale costruito ad hoc nell'arco del triennio dalla SOS Controllo di Gestione e dalla SOS ICT, i responsabili aziendali e la Direzione potranno monitorare lo stato di avanzamento del programma e porre in essere eventuali correttivi.

8. PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA

Il Dipartimento di Prevenzione, anche nel 2025, ha svolto un ruolo fondamentale nella promozione della salute pubblica attraverso attività di prevenzione collettiva con riguardo ad ambiti diversi tra cui l'igiene degli alimenti, la sorveglianza sanitaria e la promozione di comportamenti alimentari corretti. Con deliberazione n. 501 del 5.6.2025 è stato approvato il Piano Locale di Prevenzione (PLP) per l'anno 2025, delineando strategie specifiche per affrontare le esigenze sanitarie del territorio. E' stato posto il massimo impegno per raggiungere la percentuale richiesta (di almeno il 90%) con riguardo agli indicatori di programma e di processo. A fine luglio 2025 la Regione ha trasmesso la valutazione del PLP 2024 che è risultata positiva, con il 90,4% degli indicatori raggiunti.

Per quanto riguarda gli adempimenti dei LEA, nel 2025 l'ASL VCO ha aderito alle direttive regionali, contribuendo alla programmazione e attuazione delle attività previste nel Piano Regionale di Prevenzione (PRP). Le attività sono state rendicontate entro i termini stabiliti, garantendo la trasparenza e l'efficacia degli interventi.

Per quanto riguarda il nuovo Piano Nazionale di Prevenzione 2026-2031 l'Intesa dovrebbe essere firmata entro il 28.02.2026.

Quanto al PLP, l'ASL VCO non avrà incombenze di programmazione per il 2026, verrà predisposto solo a livello regionale una programmazione ponte e l'ASL VCO manterrà solo le azioni che non devono essere interrotte.

8.1. COPERTURA VACCINALE

Nel corso dell'anno 2025:

- la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base è stata raggiunta al 96%;
- la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR) è stata raggiunta al 95,63%.

I risultati sono stati ottenuti sia per il costante impegno del personale del Servizio competente sia per le azioni sinergiche realizzate con i PLS che si sono resi disponibili ad intraprendere un percorso di coinvolgimento delle famiglie dubbiose. Inoltre, nel 2025, si è lavorato al fine di realizzare un'implementazione completa dell'anagrafe vaccini. -

Si intende proseguire le attività al fine di realizzare tali risultati anche nell'anno in corso assicurando le campagne vaccinali pediatriche e rivolte agli adulti (fragili e non) previste dal PNPV, compresa la vaccinazione anti-covid. Verrà ampliata l'offerta vaccinale ai soggetti fragili mediante collaborazione con gli specialisti ambulatoriali e ospedalieri e proseguirà la campagna di immunizzazione anti-RSV per i nuovi nati.

Anche nel 2026 verranno programmati degli OPEN DAY rivolti a soggetti adulti a rischio per le vaccinazioni anti-herpes zoster, antipneumococcica, anti-influenzale e anti-covid e ai soggetti delle coorti di età per le quali la vaccinazione anti-HPV deve essere offerta gratuitamente.

La copertura vaccinale rappresenta l'indicatore più sintetico per verificare l'omogeneità di offerta della principale misura di prevenzione per alcune malattie infettive e l'efficienza dei programmi in atto (indicatori P01C P02C). La copertura viene indagata per le vaccinazioni effettuate nell'infanzia incluse nei LEA, con gli obiettivi di copertura finalizzati all'eliminazione/controllo in relazione ai risultati attesi delle vaccinazioni per le diverse malattie.

8.2. COORDINAMENTO DEL PLP.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione è attivo, da anni, un gruppo di lavoro coordinato dal Direttore della SOC SVET area Sanità animale. Il PLP, attuato in base a quanto disposto dal Piano Regionale della Prevenzione, consiste in 16 Programmi, ognuno coordinato da referenti che, nel loro insieme, costituiscono il gruppo di Governance. Nel gruppo sono stati anche inseriti i responsabili URP e Formazione. Il gruppo Go-

vernance mantiene un costante contatto con il gruppo di coordinamento regionale (CORP), assicurando la partecipazione del coordinatore PLP e dei referenti dei vari programmi alle riunioni organizzate in ambito regionale. I documenti di programmazione e rendicontazione del PLP sono pubblicati sul sito aziendale. E' proseguita, anche nel 2025, l'attività di sorveglianza della popolazione al fine di valutare e pianificare gli interventi di prevenzione. In particolare si fa riferimento ai progetti: PASSI, PASSI d'Argento, OKKIO alla salute, HBSC, Sorveglianza 0-2, che proseguiranno anche nell'anno in corso.

8.3. SALUTE E SICUREZZA SUI LUOGHI DI LAVORO

Nel corso dell'anno 2025 sono stati realizzati alcuni progetti in attuazione del "*Documento strategico 2024-2026 per i Dipartimenti di Prevenzione*", acquisendo personale aggiuntivo mediante l'assegnazione di incarichi libero professionali, con riguardo alle seguenti aree:

- area 1. riferita all'attività di vigilanza e controllo e piani mirati di prevenzione (un Tecnico della Prevenzione negli Ambienti di Lavoro ha affiancato il personale SPReSAL nelle attività di vigilanza e controllo previste dai programmi PP6, PP7 e PP8);
- area 2. riferita alle attività di salute, ambiente biodiversità e clima (n° 2 assistenti sanitari hanno garantito il raccordo di tutte le strutture del Dipartimento di Prevenzione sugli ambiti di rischio trasversali e hanno fornito supporto al personale SPReSAL per gli aspetti di gestione dei rischi specifici che impattano, simultaneamente, sia sulla salute pubblica che sulla salute e sicurezza degli ambienti di lavoro);
- area 3 riferita al rilancio della rete di medicina del lavoro e ricerca attiva delle malattie professionali (un dirigente medico ha fornito il supporto al fine di sviluppare modalità operative di intervento specifiche per potenziare la medicina del lavoro, erogare prestazioni qualificate ai lavoratori che ne abbiano esigenza e svolgere attività di sorveglianza sanitaria su soggetti esposti a determinanti di rischio (es. amianto), oltre al monitoraggio delle neoplasie professionali, comprese quelle a bassa frazione eziologica).

La realizzazione di tali progetti proseguirà anche nel 2026 e si porrà particolare attenzione nello svolgimento dell'attività di vigilanza e controllo nelle aziende del territorio, soprattutto per quegli ambiti a maggior rischio di infortuni e di malattie professionali (edilizia, agricoltura e metalmeccanica). Proseguiranno gli interventi congiunti dello SPRESAL con l'ITL, programmati nell'ambito dell'OPV, e si effettueranno gli interventi previsti dai PMP di edilizia, agricoltura e cancerogeni rivolto ai fumi di saldatura nel comparto metalmeccanico.

8.4 PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING

Anche nel 2025 è proseguita l'adesione, da parte dell'azienda, ai programmi di screening oncologici previsti dal progetto regionale "*Prevenzione Serena*" volti alla diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e del colon-retto, offrendo test specifici alle fasce di popolazione target. Si è posta attenzione non solo ad aumentare l'adesione ai programmi, anche attraverso i canali di informazione (coinvolgendo anche i MMG, le farmacie ubicate sul territorio dell'ASL e l'Associazione "Lega Italiana per la lotta contro i tumori" del VCO) ma anche a migliorare l'appropriatezza prescrittiva nonché la qualità e l'efficienza dei servizi offerti.

Gli inviti a partecipare agli screening rivolti alla popolazione sono stati effettuati, analogamente agli anni pregressi, dall'UVOS di Novara. Per raggiungere soggetti fragili e fasce svantaggiate della popolazione si è agito in sinergia con l'Associazione "Non solo aiuto", con la quale l'azienda ha in atto una convenzione.

Al fine di raggiungere i target regionali per promuovere la partecipazione a questi programmi, l'ASL VCO ha anche organizzato attività formative per gli operatori sanitari.

Un elemento di criticità è rappresentato dalla difficoltà a ridurre la prescrizione dei test FIT extra screening. Si tratta di un esame che i MMG non sempre prescrivono in modo appropriato. L'ASL ha lavorato, e sta lavorando, con i MMG per migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

Oltre agli screening oncologici, l'ASL VCO ha partecipato al programma regionale di screening per l'epatite C, rivolto a tutti i cittadini nati tra il 1969 e il 1989. Questo programma ha l'obiettivo di identificare e trattare tempestivamente i casi positivi, prevenendo l'evoluzione della malattia e la diffusione del contagio.

8.5 VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

L'ASL VCO, anche nel 2025, ha continuato a garantire la sicurezza alimentare attraverso attività di controllo e monitoraggio, in linea con le direttive regionali e nazionali. Inoltre ha partecipato agli audit regionali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria, che comprendono sia audit di sistema, focalizzati sull'organizzazione dei controlli ufficiali, sia audit di settore, dedicati a specifiche attività di controllo. La programmazione e l'esecuzione dei controlli sono state effettuate in conformità con il Piano Regionale Integrato dei controlli di Sicurezza, che stabilisce le modalità operative per le ASL nella pianificazione e attuazione dei controlli sulla sicurezza alimentare.

8.5.1 AUDIT

E' stato effettuato dal Coordinamento Aziendale PAISA un audit interno il 4 dicembre 2025, avente per oggetto la gestione delle allerte alimentari, che ha visto coinvolti i Servizi Veterinari Area A-B-C e la SOC SIAN. L'obiettivo generale è stato quello di verificare la modalità di gestione delle allerte alimentari (effettuata ai sensi dell'art. 50 del Regolamento (CE) n. 178/2002, del Repertorio atto n. 50/CSR del 2021 e della nota DGSAN 0022660- P del 31.05.2016), con particolare riferimento al mantenimento dei requisiti raggiunti. Durante l'audit è stato discusso lo stato di avanzamento delle prescrizioni relative all'audit esterno effettuato dalla Regione il 25 giugno e rivolto alla SOC Servizio Veterinario Area-A - Anagrafi Zootecniche. deputata ai controlli ufficiali ed alle altre attività ufficiali. Obiettivi dell'audit regionale sono stati quelli di verificare:

- l'organizzazione generale delle attività di controllo ufficiale, effettuata ai sensi del Regolamento UE 2017/625;
- l'efficacia, l'appropriatezza e l'affidabilità dei controlli ufficiali gestiti dal personale addetto agli allevamenti in ambito di Sanità animale, con particolare riferimento a quelli relativi al Sistema I&R, nonché secondo la programmazione nazionale e regionale e secondo le procedure documentate in conformità al Regolamento UE 2017/625 e approvate.

A seguito dell'audit esterno è stata formalizzata la procedura aziendale per l'esecuzione degli audit interni, semplificandone il modus operandi per renderlo più adatto alla realtà e più fruibile a livello locale come strumento di monitoraggio interno.

Tra le azioni di miglioramento è stata prevista e programmata la formazione di nuovi auditor (1 operatore nel 2025 e 2 operatori nel 2026) e l'aggiornamento della procedura di formazione a cascata degli operatori.

8.5.2. SORVEGLIANZA SU FARMACO ANIMALE

L'indicatore core P10Z (condiviso dalla SOSD SVET C e dalla SOC SVET A) valuta le attività di controllo ufficiali volte a prevenire, eliminare o ridurre la presenza di contaminanti negli alimenti di origine animale che impattano in modo diretto sulla salute del cittadino, attraverso la tracciabilità delle produzioni animali a partire dall'allevamento, il controllo sulla commercializzazione e sull'uso del farmaco veterinario, il controllo sulla produzione e somministrazione di mangimi agli animali.

E' stata svolta, anche nel 2025, e prosegue nel 2026, l'attività di controllo sulle prescrizioni e sul corretto utilizzo del farmaco animale, in conformità a quanto disposto dal Piano Nazionale di Farmacosorveglianza 2024-2026. Inoltre, sono stati effettuati audit e verifiche di efficacia in materia di controlli sul tema della sicurezza alimentare con l'obiettivo di raggiungere lo standard previsto dal NSG.

Proseguono le attività di educazione sanitaria volte a migliorare la farmacosorveglianza attraverso la informazione sul corretto uso e gestione del farmaco veterinario, e sul pericolo della AMR per la salute dell'animale e dell'uomo.

8.5.3 SANITÀ ANIMALE

L'Ufficio anagrafe veterinaria (UAV) coordina i controlli ufficiali negli allevamenti delle filiere bovina, ovina caprina, suina, equina e apistica: l'attività viene programmata e distribuita agli operatori prevedendo la for-

mazione e la rotazione sul territorio o l'affiancamento anche in collaborazione con i TPALL, ottimizzando l'uso delle risorse.

L'indicatore NO CORE P09Z valuta la capacità di prevenire, eliminare o ridurre alcune malattie infettive degli animali che impattano sulla salute dei cittadini anche per il loro potenziale zoonotico. Nel 2025 si è garantito il mantenimento delle qualifiche sanitarie negli allevamenti bovini ovini e caprini, e sono stati realizzati tutti gli interventi di sorveglianza sanitaria previsti e programmati nel documento PAISA, nelle filiere bovina (TBC, Brucellosi, Leucosi, IBR, ParaTBC, BT, BVD, BSE) suina (PSA, MA), ovicaprina (Brucellosi, BT, Scrapie, ParaTBC), equina (Anemia), avicola (Influenza, salmonella), apistica (Varroa, Aetina) e ittica (SEV, NEI). Infine è stato effettuato il piano regionale di monitoraggio nella fauna selvatica. Queste attività sono garantite anche per il 2026.

L'Igiene urbana veterinaria è inserita nell'area Salute animale e igiene urbana veterinaria nel macro livello Prevenzione collettiva del DPCM 2017 - nuovi LEA. E' stato attivato lo Sportello Animali da affezione che, in aggiunta alle funzioni istituzionali, realizza attività di informazione, educazione e sensibilizzazione della popolazione e delle categorie interessate al corretto rapporto uomo animale e alle zoonosi. Le strutture, pubbliche e private, che detengono cani e gatti, sono sottoposti ai controlli periodici finalizzati a verificare i requisiti strutturali e gestionali. Anche nel 2026 l'impegno sarà diretto al miglioramento della funzionalità della gestione diretta dei registri informatici da parte dei responsabili dei canili e ad implementare l'attività dei 3 ambulatori sociali veterinari.

8.6. SORVEGLIANZA, PREVENZIONE E CONTROLLO DELLE MALATTIE INFETTIVE PREPARAZIONE RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUENZALE

L'Azienda ha, a suo tempo, predisposto il Piano Pandemico aggiornato, da ultimo, con deliberazione n. 122 del 15.2.2024 in conformità a quanto disposto dalla Regione. Con deliberazione n. 1055 del 19.12.2025 si è proceduto a dare una nuova denominazione alla precedente "Unità di gestione Covid 19" dell'ASL VCO che è stata denominata "Unità di Gestione emergenze infettive" per la gestione del Piano strategico operativo nazionale, regionale ed aziendale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale e per la gestione degli eventi pandemici in generale. Inoltre, è stato individuato un "Gruppo tecnico di gestione emergenze infettive" che, in base alle necessità contingenti e secondo le caratteristiche dell'evento infettivo e delle necessità epidemiologiche, e per specifici incontri, potrà essere integrato da esperti tecnici operanti in azienda. Le funzioni di coordinamento, sia dell'Unità di gestione sia del gruppo tecnico, è stata assegnata al Direttore della SOC SISP e le rispettive attività verranno svolte anche nell'anno 2026.

8.7 RIDUZIONE DEL CONSUMO DELLE MOLECOLE ANTIBIOTICHE SECONDO LE INDICAZIONI REGIONALI

Per quanto riguarda il contrasto all'antibiotico resistenza nel 2025 sono state messe in atto, in conformità alle indicazioni regionali, una serie di interventi, che proseguiranno anche nel 2026. In particolare:

- attività di informazione realizzata attraverso la predisposizione di report trimestrali di consumo per UU.OO. Ospedaliere e per singolo MMG/PLS;
- incontri periodici di monitoraggio con Medici Prescrittori, sia in ambito ospedaliero sia territoriale, al fine di analizzare i consumi ed individuare le criticità;
- rafforzamento dell'attività del gruppo aziendale antibiotico stewardship, prevedendo la modifica delle richieste motivate con riduzione dei n° giorni di prescrizione e ampliamento del monitoraggio alle forme orali di fluorochinoloni, sensibilizzazione del personale sanitario analizzando i dati anche all'interno del corso settimanale ICA;
- condivisione di azioni di miglioramento sia all'interno della Commissione CFI sia della Commissione per l'appropriatezza Prescrittiva Distrettuale, per diffondere e condividere le attività.

Tali attività, iniziate a pieno regime principalmente nella seconda metà dell'anno 2024, hanno portato, pur non raggiungendo l'obiettivo target, ad una significativa diminuzione del consumo di Carbapenemi e

Fluorochinoloni in ambito ospedaliero e ad una significativa riduzione del rapporto di consumo tra antibiotici ad ampio spettro e spettro ristretto. Questo percorso proseguirà anche nel 2026.

8.8 RISCHI AMBIENTALI E CLIMATICI

Relativamente alla materia legata alla salute, all'ambiente, alla biodiversità ed ai cambiamenti climatici va osservato che la Regione ha attivato il Sistema Regionale *“Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici”* (SRPS) per gestire, trasversalmente, la salute umana, animale e l'ambiente utilizzando un approccio integrato. In tale ottica il Direttore della SOC Sisp ha dato avvio all'attuazione di specifici protocolli operativi riguardanti i principali ambiti di collaborazione, con particolare evidenza alla gestione delle emergenze ambientali, alle attività di controllo ed alle bonifiche di siti di interesse nazionale in sinergia con ARPA. Con Deliberazione DG n. 1069 del 23.12.2025 è stato aggiornato e modificato il Tavolo di lavoro dipartimentale integrato Ambiente salute – Piano Locale di Prevenzione che dovrà affrontare le situazioni più problematiche laddove si dovessero presentare. Ciò per consentire che il percorso di esposizione della popolazione a rischi ambientali possa essere coordinato, tracciato e controllato in modo efficace. Il Direttore della SOC SISP svolgerà una funzione di coordinamento e agirà in sinergia con la SOC SIAN, la SOC SPRESAL ed i Servizi Veterinari, che contribuiranno, secondo le rispettive competenze, garantendo un approccio multidisciplinare e integrato alle attività di prevenzione e controllo.

9. ASSISTENZA TERRITORIALE/DISTRETTUALE

9.1-9.6 PRESA IN CARICO SANITARIA TERRITORIALE

Il Distretto, quale articolazione territoriale ed organizzativa dell'ASL, realizza una funzione di erogazione produttiva e di coordinamento della rete dei servizi e, contemporaneamente, una funzione di garanzia e di accompagnamento nell'accesso dei servizi. Il complesso di attività svolte nel territorio sono coordinate dalla SOC Distretto VCO. Si è previsto un unico distretto (pur garantendo la specificità dei singoli territori articolando i Comitati dei Sindaci di Distretto nelle Aree del Verbano, Cusio ed Ossola) per assicurare processi omogenei di distribuzione delle risorse e di equità nell'accesso e nell'utilizzazione dei servizi.

Presso l'ASL VCO è attiva una Centrale Operativa Territoriale (COT), servizio istituito per garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria sul territorio. Il team della COT è multidisciplinare e comprende infermieri, personale amministrativo, assistenti sociali e personale medico adeguatamente formato. La COT collabora con medici di famiglia, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale, presidi ospedalieri dell'ASL VCO, strutture sanitarie intermedie e servizi sociali dei consorzi socio-assistenziali locali (9.1). Nel corso del 2025 è stata effettuata la formazione degli infermieri e del coordinatore infermieristico della COT i quali hanno partecipato ad un corso organizzato da Azienda Zero in merito alla gestione dell'applicativo Garsia. Inoltre, è proseguito, nel 2025, il monitoraggio dei pazienti presi in carico attraverso la COT che sarà svolto anche nel 2026.

L'implementazione dei LEA è stato sottoposta, nel corso del 2025, a monitoraggio realizzato attivando un tavolo di lavoro che, per ciascun ambito, attraverso i report di attività, ha verificato il fabbisogno di residenzialità monitorando gli inserimenti per intensità di bisogno assistenziale (9.2, 9.3, 9.4).

Assistenza alle persone disabili: il monitoraggio e il controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza alle persone con disabilità è stata svolta, nel 2025, dalla UMVD (unità multidisciplinare valutazione delle disabilità) che, attraverso le diverse figure professionali che la compongono (personale dell'ASL, dei consorzi dei servizi sociali, specialisti quali neuropsichiatri infantili, fisiatrici, geriatri) congiuntamente, hanno analizzato il fabbisogno di residenzialità per le diverse tipologie di pazienti, hanno monitorato gli inserimenti, il livello CIA per struttura erogatrice, assicurando che l'inserimento del paziente in struttura avvenga nel rispetto della normativa regionale in vigore.

Assistenza alle persone non autosufficienti: il Direttore della SOC Distretto VCO, nel 2025, ha esaminato lo stato della residenzialità dell'ASL VCO rilevando una profonda discrepanza tra la programmazione regionale e l'offerta reale di posti letto in RSA. Lo standard regionale è pari al 3,0% della popolazione over 65. Il territorio dell'ASL VCO dispone di meno della metà dei posti letto previsti dagli standard regionali. Infatti la

realtà dell'ASL VCO è inferiore all'1,5% (circa 13 PL ogni 1.000 residenti over 65). Sono state individuate una serie di azioni da mettere in atto nel 2026.

Assistenza domiciliare integrata: nel corso dell'anno 2025 l'azienda ha organizzato un tavolo di monitoraggio in merito all'erogazione dei LEA per l'assistenza domiciliare integrata. Il tavolo, composto dal Direttore del Distretto, dal responsabile medico delle cure domiciliari, dalle tre coordinatrici infermieristiche dei singoli ambiti delle cure primarie, dalla dirigente infermieristica del territorio e dalla referente degli ambulatori infermieristici territoriali, si è riunito, con cadenza mensile, monitorando gli inserimenti sulla piattaforma regionale FarSiad - RP ed il livello CIA. Anche per il 2025 è stato raggiunto l'obiettivo regionale di arruolare il 12% dei pazienti ultra65enni in cure domiciliari, si è infatti raggiunto il valore di 13,18%.

Assistenza primaria e continuità assistenziale: nell'ambito territoriale del Distretto del VCO afferiscono 4 Case della Salute ubicate nei Comuni di Verbania, Omegna, Cannobio, Crevoladossola. Nel 2025 il distretto ha portato avanti il rafforzamento strutturale dell'offerta territoriale e del sistema di presa in carico favorito anche dagli investimenti programmati nell'ambito del PNRR, nonché delle indicazioni nazionali del DM 77/2022 (9.4, 9.5). In conformità a quanto disposto dalle linee guida regionali, nel territorio dell'ASL VCO sorgeranno n. 3 Case della Comunità Hub: - Casa della Comunità di Verbania - Casa della Comunità di Omegna - Casa della Comunità di Domodossola. L'Azienda, nel 2025, ha proceduto, utilizzando i fondi del PNRR, a ristrutturare le Case della Salute di Omegna e Verbania per trasformarle in Case di Comunità, ed a costruire una nuova Casa della Comunità a Domodossola.

Gli interventi verranno conclusi nel rispetto della tempistica ad eccezione di n. 2 interventi, in corso di svolgimento, per i quali è stato segnalato alla struttura regionale competente che i tempi di conclusione dei lavori andranno oltre le scadenze del CIS-POR, a causa di difficoltà oggettive. Si tratta dell'intervento relativo alla Casa della Comunità di Domodossola e all'Ospedale della Comunità di Gravellona Toce. L'andamento dei lavori è comunque costantemente monitorato e, alla Regione, vengono trasmessi tutti i necessari aggiornamenti (mediante il monitoraggio mensile, l'aggiornamento delle piattaforme Collabora e ReGIS). Per questi interventi è stata comunicata alla Regione la possibilità di attivare, comunque, entro il mese di maggio 2026, i servizi previsti dal DM 77/2022 in strutture "transitorie", compatibilmente con il reperimento delle risorse umane necessarie per espletare il servizio.

Per quanto attiene il riordino delle forme organizzative dell'assistenza primaria (AFT e UCCP) si osserva che, in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n. 31-8647 del 27 maggio 2024, è stato predisposto, nel corso del 2025, il piano progettuale relativo all'articolazione del nuovo modello organizzativo per la creazione delle AFT. Nello specifico sono state istituite n. 9 AFT, distintamente per i tre ambiti territoriali del Verbano del Cusio e dell'Ossola. Con riguardo all'ambito territoriale del Verbano afferiscono: l'AFT Verbano Sud, l'AFT Verbano Ovest, l'AFT Verbano Est, l'AFT Alto Verbano. Con riguardo all'ambito territoriale del Cusio afferiscono: l'AFT Cusio Sud, l'AFT Cusio Nord. Con riguardo all'ambito territoriale dell'Ossola Verbano afferiscono: l'AFT Alta Ossola, l'AFT Ossola, l'AFT Bassa Ossola.

Nell'ambito delle cure palliative e terapia del dolore, l'ASL VCO si impegna a garantire un'assistenza completa e integrata, supportando i pazienti e le loro famiglie in tutte le fasi del percorso di cura (9.6).

Con l'obiettivo di garantire assistenza di qualità a pazienti con patologie gravi e complesse l'Azienda, anche per il 2025, ha organizzato la risposta assistenziale per intensità:

- Ambulatoriale: a Verbania (presso l'Hospice San Rocco) e a Domodossola (presso l'Ospedale San Biagio), sono disponibili ambulatori dedicati alle cure palliative, dove i pazienti possono essere valutati e seguiti da un team multidisciplinare.
- Domiciliare: con l'equipe infermieristica territoriale (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 5.1).
- Ospedaliera: presso i presidi ospedalieri di Verbania, Domodossola e Omegna, sono attivi servizi di consulenza per le cure palliative, offrendo supporto sia ai pazienti che alle loro famiglie. Viene, inoltre, fornita consulenza anche presso le strutture residenziali distribuite su tutto il territorio del VCO.
- In Hospice San Rocco a Verbania-Intra: offre un ambiente accogliente per i pazienti che necessitano di cure palliative intensive, garantendo assistenza 24 ore su 24.

Anche nel 2025 è stata svolta attività di formazione continua specifica al personale sanitario e non, ed è stata condotta una costante attività di divulgazione della cultura delle Cure palliative rivolta alla

cittadinanza, in sinergia con l'Associazione Angeli dell'Hospice. E' stato, inoltre, realizzato il monitoraggio dei LEA con riferimento agli specifici indicatori (D30Z – D32Z – D31C). Dall'analisi effettuata è emerso che, nei prossimi anni, si registrerà un significativo aumento del bisogno di cure palliative nella popolazione, collegato, soprattutto, all'incremento dei pazienti affetti da malattie croniche in fase avanzata, soprattutto oncologiche e demenze, incremento associato all'aumento della popolazione anziana. La sfida rappresentata dal raggiungimento degli obiettivi delle Cure palliative per un numero crescente di pazienti incontra una criticità legata alla carenza generale di operatori sanitari con qualifiche e competenze specifiche nelle Cure palliative.

Presso l'Ospedale San Biagio di Domodossola è attivo il Servizio di Terapia Antalgica che offre consulenze specialistiche per la gestione del dolore, sia in fase acuta che cronica.

9.7 DIPENDENZE PATOLOGICHE

Il SER.D dell'ASL VCO afferisce al **Dipartimento Patologie delle Dipendenze Interaziendale con l'ASL BI, l'ASL VC e l'ASL.NO.**

E' stato organizzato, nel corso del 2025, un tavolo di monitoraggio sui lea riferiti alle dipendenze patologiche, portando l'attenzione sulla normativa attuale che prevede l'erogazione di assistenza semiresidenziale e residenziale, a seconda del bisogno, alle persone con dipendenze patologiche. E' stato analizzato il fabbisogno di residenzialità per le diverse tipologie di unità di offerta alla luce dei bisogni emergenti, sono stati monitorati gli inserimenti, il livello di gravità e la struttura scelta, per verificarne l'appropriatezza. E' stata effettuata una verifica della corretta applicazione delle Procedure Operative Interaziendali relative all'inserimento di pazienti con dipendenze nelle strutture terapeutiche residenziali/semiresidenziali accreditate, per lo svolgimento di specifici percorsi terapeutici/riabilitativi, in modo da verificare eventuali criticità e apportare le azioni correttive. L'implementazione dei LEA verrà sottoposta a monitoraggio anche nel corso del 2026.

9.8 SALUTE MENTALE

Il Servizio Salute Mentale Territoriale dell'ASL VCO afferisce al **Dipartimento di Salute Mentale Interaziendale con l'ASL BI e l'ASL VC.** Comprende sia l'assistenza ospedaliera per acuti (SPDC) che l'assistenza territoriale ambulatoriale, domiciliare e riabilitativa.

E' stato attivato, nel 2025, un tavolo di lavoro per il governo delle ospedalizzazioni per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente, che ha visto la partecipazione di operatori della Salute Mentale, referenti della Direzione Medica Ospedaliera, del DIPSA e del Dipartimento di Emergenza ed Accettazione. Sono stati analizzati i 4 indicatori inerenti ai LEA per la Salute Mentale, individuate le diverse criticità e le prime strategie da mettere in campo, al fine di monitorare l'andamento e l'appropriatezza dei ricoveri. Il tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne si attesta sul 13% (dato al 31/08/2025) e risulta in linea con altri SPDC di Aziende sanitarie piemontesi omogenee per numero di popolazione residente (es. ASL VC - ASL BI).

Nel corso dell'anno 2025 l'ASL VCO ha soddisfatto il fabbisogno di residenzialità per quanto riguarda gli inserimenti in Strutture Residenziali Psichiatriche (SRP), in linea con quanto previsto dalla normativa vigente in materia di Residenzialità Psichiatrica, attivando e compilando i Progetti Terapeutici Individualizzati (PTI) all'ingresso in struttura, effettuando una periodica revisione degli stessi, ed un monitoraggio puntuale ed in linea temporale con i Piani terapeutici delle strutture residenziali accoglienti.

L'implementazione dei LEA verrà sottoposta a monitoraggio anche nel corso del 2026.

9.9 PERCORSI DI SALUTE E DIAGNOSTICO TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI (PSDTA)

Presso l'ASL VCO l'implementazione dei PSDTA avviene a cura della Qualità (Azione 1) e della Programmazione e progettazione sanitaria Integrata (Azione 2).

Nel corso del 2025 si è proseguito ad implementare i PSDTA regionali a livello aziendale. I PSDTA oggetto di implementazione sono 37, per ciascuno di essi, sulla scorta di specifici indicatori, è stato effettuato un monitoraggio trimestrale. L'attività di monitoraggio proseguirà nel 2026.

9.10 SANITÀ PENITENZIARIA

La Sanità Penitenziaria presso l'ASL VCO è gestita attraverso la SOS Assistenza Primaria Domiciliare e Penitenziaria. Questa struttura garantisce attività di diagnosi, cura e riabilitazione all'interno della Casa Circondariale di Verbania. Si tratta di un carcere di tipo spoke con una assistenza medica di 12 ore giornaliere sette giorni su sette. L'organizzazione del servizio è gestita da un referente aziendale, coadiuvato da un referente medico di presidio e da medici di continuità assistenziale penitenziaria. È prevista la presenza in carcere di medici specialisti su chiamata. Sono state attivate linee dedicate per lo sviluppo della telemedicina ma, al momento, non si dispone di nessuna strumentazione. E' inoltre attivo, da qualche anno, il piano locale di prevenzione per le condotte suicidarie e gesti autolesionistici in conformità alle direttive regionali.

9.11 SALUTE MATERNO INFANTILE E CONSULTORI FAMILIARI

I Consultori Familiari dell'ASL VCO sono strutture di prossimità dedicate a supportare la salute e il benessere di donne, coppie, famiglie, infanzia e adolescenza.

Nell'ambito dell'ASL VCO sono presenti tre sedi consultoriali nelle tre città principali Verbania, Domodossola ed Omegna ubicate all'interno del Distretto Sanitario. Si è ritenuto di concentrare le risorse e le attività nelle tre sedi in modo da garantire un approccio multidisciplinare ed olistico che si realizza puntando l'attenzione sulla qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e sulla realizzazione di programmi di promozione della salute e di assistenza. Questa organizzazione ha così permesso di garantire una presa in carico completa e non dispersiva dell'utente. Il principio ispiratore del lavoro è quello dell'integrazione. Tutte le attività sono coordinate dal responsabile SOSD e sono in rete con gli altri servizi socio-sanitari e con il Dipartimento Materno-infantile.

Dopo la pandemia lo sviluppo delle tecnologie digitali ha permesso di garantire l'accesso a varie prestazioni anche da remoto. Di conseguenza, nel complesso, viene garantita una buona prossimità del servizio ai cittadini anche in condizioni di isolamento causato da vari motivi. Trova applicazione in Azienda il Percorso Nascita.

Al fine di potenziare il servizio e l'offerta sarebbe necessario disporre, in organico, di un ulteriore medico ginecologo, a tempo pieno, nonché di una figura amministrativa e di un educatore professionale. Sarebbe auspicabile anche una assistente sociale part time, a supporto di quella presente, per garantire continuità e maggior copertura per tutti gli interventi specifici della figura professionale.

Per quanto attiene il modello di intervento volto al contrasto alla violenza domestica, abuso e maltrattamento in gravidanza e nei primi anni di vita del bambino, l'ASL VCO ha definito più procedure e protocolli d'intervento per prevenire e trattare tali situazioni. Il consultorio, disponendo, in organico, di diverse figure professionali rappresenta un servizio essenziale, a livello preventivo, anche perché ha la peculiarità di accogliere la popolazione nelle varie fasi della vita. Il personale del consultorio, ciascuno per quanto di propria competenza, può attivare il percorso che maggiormente risponde al bisogno della persona che afferisce al servizio, oppure può essere coinvolto dagli altri attori/servizi della rete nell'ambito dei protocolli sopra citati e del lavoro di rete (es. NPI, DEA, reparti ospedalieri, Servizi Territoriali, ecc...). In caso di gravità si procede ad effettuare segnalazioni all'Autorità Giudiziaria competente. Spesso il consultorio agisce in sinergia con servizi e ASL di altre regioni al fine di prevenire/segnalare e contrastare casi di violenza, abuso e maltrattamento.

9.12 EMERGENZA TERRITORIALE E TRASPORTI

Le rete emergenza territoriale 118 dell'ASL VCO è parte integrante della rete emergenza 118 del quadrante nord ovest del Piemonte che afferisce alla SSD Emergenza Territoriale dell'AOU Novara che fa capo ad Azienda Zero.

La rete dei trasporti comprende i servizi di trasporto sanitario non di emergenza (competenza del 118), utilizzati per trasferimenti di pazienti tra strutture sanitarie (anche in condizioni di urgenza) o dal domicilio a strutture di cura. Questi servizi sono fondamentali per garantire l'accesso alle cure e l'efficienza del sistema sanitario territoriale. Nel corso dell'anno 2025 con determina n. 953 del 08.07.2025 è stato affidato in convenzione (ai sensi della DGR N. 9-8080/2024 ALL. B) alle organizzazioni di volontariato ed ai Comitati di Croce Rossa dell'attività di trasporto sanitario interospedaliero ordinario programmato ed in regime di

urgenza, trasporto sanitario per dialisi, trasporto sanitario su patologie autorizzabili e continuazioni di cure occorrenti all'ASL VCO a decorrere dal 01/04/2025 al 31.12.2026.

La SOC Direzione Sanitaria ospedaliera (DSO), in sinergia con la SOC Di.P.Sa, la SOC Medicina e Chirurgia d'Urgenza e la SOC Distretto, ha predisposto una Procedura Operativa per il sistema di trasporto intra/extra aziendale, specificando le modalità di attuazione delle differenti tipologie di trasporti e, nel caso specifico, le tipologie di trasporto ordinario programmabile. La DSO, anche nel 2025, ha effettuato il controllo delle attività relative all'appropriatezza delle richieste e dei trasporti dai Presidi ospedalieri, anche verificando che l'indicazione al pagamento del trasporto, che può essere a carico dell'utente o del SSN, sia appropriata. Laddove si sono rilevate anomalie la Direzione Sanitaria ha provveduto, tramite la SIC Di.P.Sa., a sensibilizzare i Coordinatori Infermieristici dei servizi e dei reparti con riguardo alle regole di trasporto aziendali. L'attività di verifica si estenderà anche per il 2026.

10. RETI DI SPECIALITÀ PER L'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

10.1 RETI PUNTI NASCITA

L'ASL VCO dispone di due Punti Nascita:

- Ospedale Castelli di Verbania, ha registrato al 31.12.2025 n. 444 parti
- Ospedale San Biagio di Domodossola, ha registrato al 31.12.2025 n. 58 parti in riduzione rispetto all'anno 2024.

Nel 2025, i due punti nascita dell'ASL VCO hanno registrato complessivamente 502 parti su una popolazione di circa 164.000 abitanti, con una media di circa 3 parti per 1.000 abitanti, al di sotto della media regionale di 6,7 parti per 1.000 abitanti.

Insieme i due punti nascita raggiungono quasi il volume minimo di 500 parti all'anno, standard fissato dall'Accordo Stato-Regioni del dicembre 2010. La duplicazione della sede comporta una duplicazione delle risorse indispensabili alla risposta sanitaria.

Per garantire la qualità e la sicurezza delle cure l'ASL VCO collabora con l'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara, che funge da centro di riferimento (Hub) per la rete neonatologica e dei punti nascita dell'area Piemonte Nord-Est, a cui fa capo anche il trasporto STEN e STAM.

Per quanto attiene l'obiettivo relativo alla riduzione dell'incidenza di parto cesareo nelle gravidanze a basso rischio il Direttore della SOC Ostetricia e Ginecologia (che svolge anche il ruolo di Direttore del Dipartimento Materno Infantile) ha predisposto un documento nel quale ha evidenziato la necessità: - di organizzare un percorso formativo che coinvolga le diverse figure professionali attive nel reparto (ostetriche); - di avviare un corso di anestesiology per sviluppare la partoanalgesia; - di attivare un progetto di teleassistenza per gestire la fase prodromica del travaglio di parto.

10.2 RETE MALATTIE RARE

L'ASL VCO è inserita nel percorso regionale delle Malattie Rare. Il Referente medico è il Dott. Borzumati Direttore SOC Nefrologia. E' attivo in azienda un gruppo di lavoro che si occupa di malattie rare. La certificazione di malattia viene inserita nel registro regionale.

La presa in carico di pazienti gestiti extra ASL VCO, ed ancor di più extra regione, risulta ancora oggi un processo critico e rallentato che richiede la stesura di un percorso che identifichi tutti gli interlocutori e i loro ruoli. A questo proposito va osservato che, nel corso del IV trimestre 2025, si è provveduto ad effettuare l'inserimento dei pazienti residenti nel VCO, per i quali si è valutato sussistere i presupposti per essere inseriti nel registro delle malattie rare regionale, anche relativamente a casi con diagnosi pregressa, ma accertata, o a pazienti che hanno effettuato diagnosi in sede extra regionale. L'obiettivo è stato quello di fornire l'esenzione a chi ne avesse fatto richiesta, predisporre, dove necessario, il piano terapeutico individuale, e popolare la banca dati regionale con la casistica del VCO nel modo corretto, ai fini epidemiologici e statistici.

10.3 RETE MEDICINE SPECIALISTICHE

L'azienda ha identificato il proprio referente per la telemedicina con l'obiettivo di implementare un sistema efficiente che consentisse il collegamento tra paziente e operatore e tra operatori in caso di necessità di consulenza. In azienda sono operative diverse esperienze di telemedicina che hanno rivelato una evidente efficacia di presa in carico del paziente (ad es. nefrologia, ostetricia) e sono in corso di avvio sperimentale altri progetti volti a facilitare la presa in carico di prossimità (es. oncologia).

10.4 RETE ONCOLOGICA

L'attività di presa in carico dei pazienti oncologici nell'ASL VCO segue gli indirizzi della Rete Regionale Oncologica. Al fine di ottimizzare i percorsi, e omogeneizzare l'accesso ai servizi verranno attuate le azioni previste nel programma seguendo indicazioni di Azienda Zero (10.4.1).

Per quanto riguarda la gestione del fine vita nei pazienti oncologici le azioni proposte, partendo dall'analisi dei consumi all'identificazione di indicatori sull'utilizzo di farmaci/DM con GDL, tenendo conto di Fattori Generali (es. setting domicilio, hospice etc), Fattori Clinici, Fattori Gestionali, hanno come obiettivo ultimo quello definire una Procedura aziendale condivisa all'interno di un GDL Multidisciplinare (10.4.2). Per quanto attiene il fine vita nei pazienti oncologici il Direttore della SOC Oncologia ha effettuato, nel 2025, il monitoraggio del setting assistenziale coinvolgendo il Distretto, il NOCC, l'Hospice.

Nel corso del 2025 il Comitato Scientifico dell'ASL VCO ha approvato il Piano di attività della rete oncologica prevedendo: - l'adozione dei PSDTA regionali; - l'effettuazione di attività di educazione sanitaria in collaborazione con l'Associazione LILT VCO; - lo svolgimento di attività di monitoraggio e valutazione della qualità dell'assistenza oncologica; - la prosecuzione del progetto di protezione delle famiglie fragili; - il monitoraggio dei test genomici per le neoplasie mammarie.

E' stata effettuata un'analisi del volume di interventi per carcinoma mammario ed una valutazione del PDTA mammella, individuando azioni di miglioramento.

Sono stati aggiornati i GIC aziendali ed interaziendali con trasmissione alla rete oncologica Prot. n. 11779 del 16 Febbraio 2026.

10.5 RETE OSPEDALIERA, RETE DELL'EMERGENZA URGENZA E PATOLOGIE TEMPO DIPENDENTI

L'ASL VCO è sede di ospedali SPOKE che hanno come riferimento HUB l'AOU Maggiore della Carità di Novara.

Presso il Presidio Ospedaliero di Domodossola è presente l'emodinamica che garantisce la risposta alla rete STEMI. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 6.1)

La rete ICTUS ha come sede di trombolisi Domodossola, dove è presente la SOC Neurologia. E' in corso un progetto aziendale di effettuazione trombolisi presso il Presidio Ospedaliero di Verbania, supervisionato dalla Neurologia attraverso un sistema di telemedicina per ottimizzare i tempi di trattamento di pazienti che arrivano autonomamente in DEA.

Il continuo monitoraggio degli output (es. Boarding) e outcome consentirà di ottimizzare i percorsi a garanzia della sicurezza del paziente. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 7.1).

Nel corso del 2025 è stato effettuato il monitoraggio degli accessi e dei tempi di attesa al pronto soccorso, ed il monitoraggio dei ricoveri da PS, con particolare riferimento al rispetto delle tempistiche per la presa in carico del paziente in base a codici di priorità *triage*, in modo da verificare eventuali criticità ed introdurre azioni correttive. Sono state messe in atto una serie di azioni tra le quali: - controlli in merito ai tempi di esecuzione delle consulenze; - verifica dell'attuazione dei percorsi fast track. Il tempo di permanenza del paziente in Dea è risultato, all'ottobre 2025, inferiore alle 6 ore (precisamente 4 ore e 57 minuti) escluso l'OBI.

10.6 RETE RIABILITAZIONE LUNGODEGENZA

Nell'ambito della continuità assistenziale e della presa in carico del paziente nel setting più appropriato la definizione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) rappresenta lo strumento di presa in carico del

paziente in risposta al suo bisogno assistenziale. L'ASL VCO non ha in gestione diretta posti letto di post acuzia ma, attraverso l'attività della SOC Fisiatria, definisce il percorso più appropriato per il paziente in tutti i setting assistenziali.

Il monitoraggio delle prestazioni erogate anche rispetto agli atti di programmazione regionale consente di definire il fabbisogno e calibrare la risposta sanitaria. Il Direttore della SOC RRF ha effettuato, anche nel 2025, un monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito delle strutture convenzionate che erogano prestazioni riabilitative, verificando il rispetto del PRI e degli atti di programmazione regionale.

10.7 RETE TRAPIANTOLOGICA

L'attività di prelievi di organi e tessuti è coordinata a Livello Regionale dal Coordinamento Regionale delle Donazioni e dei Prelievi di Organi e Tessuti (CRP), in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti (CRT). Presso l'ASL VCO è stato identificato un Coordinatore Ospedaliero per il Procurement di Organi e Tessuti (COP).

La Regione, nell'assegnare, con DGR n. 16-817/2025, gli obiettivi ai Direttori Generali per l'anno 2025 ha richiesto all'Asl VCO l'effettuazione di n. 7 prelievi di cornee presso il Presidio di Domodossola e di 9 prelievi presso il Presidio di Verbania. Di fatto, già a 30 settembre 2025, l'obiettivo risultava raggiunto, con 9 prelievi a Domodossola e 11 prelievi a Verbania.

Nel corso del 2025 sono stati implementati percorsi di procurement per quanto attiene il prelievo di cornee e stati effettuati eventi divulgativi sulla donazione di organi e tessuti.

Relativamente alle segnalazioni di soggetti in Morte Encefalica occorre rilevare che, tutti i Rianimatori, di entrambi i PO, nei pazienti compatibili con evoluzione verso la morte cerebrale, hanno proceduto, nel 2025, con l'accertamento di morte cerebrale e successiva segnalazione al CRT e CRP, al verificarsi delle precondizioni previste dalla normativa vigente.

Anche nel corso del 2025 è proseguita la formazione al prelievo di rene al fine di garantire l'incremento delle unità mediche abilitate con conseguente piena autonomia alla gestione dei prelievi. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 8.1)

10.8 RETE DEI SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

La grave carenza di risorse mediche presso il CSM e l'SPDC dell'ASL VCO ha obbligato il servizio ad una riorganizzazione ed ottimizzazione della risposta sanitaria che ha portato, nonostante le difficoltà, alla tutela e cura dei pazienti. Tutto ciò sta portando la possibilità di incrementare gradualmente le prestazioni ambulatoriali erogate. È da evidenziare, inoltre, come il contenimento delle liste d'attesa, della mobilità passiva e delle prestazioni ambulatoriali erogate sia stato reso possibile grazie ad un'importante operazione di task shifting determinato dalla presenza di personale della Dirigenza della SOS Psicologia assegnato alla SOC SSMT, che ha permesso di abbattere le richieste di consultazioni, fungendo spesso da primo filtro rispetto alle richieste e svolgendo inoltre un'importante attività consulenziale e di "triage" rispetto all'invio allo specialista Psichiatra.

Tale riscontro suggerisce l'importanza della flessibilità organizzativa incentrata sulla valorizzazione di tutti i professionisti, sia del Comparto che della Dirigenza, assegnati alla SOC SSMT, oltre che dell'utilizzo delle nuove tecnologie, quali la Telemedicina e il Teleconsulto.

Il rafforzamento della rete del Dipartimento interaziendale offre la possibilità di disporre di referenti clinici qualificati e specializzati in ciascuno dei tre CSM del territorio, per migliorare i livelli di integrazione fra le équipe territoriali che operano in contesti differenti. Tutto ciò con la finalità di migliorare la qualità dell'offerta di cura attraverso scelte organizzative strategiche che permettano la riduzione delle liste d'attesa, grazie ad un maggiore livello di interazione ed integrazione dei tre diversi potenziali referenti clinici.

Non di minore rilevanza la possibilità di mettere in campo, nei prossimi anni, progetti finalizzati al miglioramento del Benessere Organizzativo Aziendale in collaborazione con la SOS Psicologia, interventi di Psichiatria di Liaison rivolti ai colleghi ospedalieri dei due Presidi e la possibilità di organizzare, a livello aziendale, Gruppi Balint finalizzati alla prevenzione del Burnout, offrendo inoltre la possibilità di confronto alle équipe ospedaliere e territoriali.

Il Direttore della SOC Salute Mentale ha confermato, nel 2025, l'assetto organizzativo, come risulta dal vigente atto aziendale, ritenendo di poter procedere ad una riorganizzazione al momento dell'implementazione di personale dirigente medico. La SOS SPDC ha messo in atto strategie operative finalizzate al superamento della contenzione meccanica attraverso la formazione degli operatori e all'impiego di tecniche di de-escalation dell'aggressività.

E' stata predisposta una procedura che disciplina i percorsi alternativi da adottare nel caso di presa in carico di un paziente psichiatrico autore di reato. All'interno della SOS SPDC è attiva l'equipe di psichiatria forense che si occupa di interagire con le strutture coinvolte nella gestione di tali pazienti.

10.9 RETE PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE

Nell'ambito della Rete Patologie Neurodegenerative l'integrazione delle strutture, risorse e competenze volte alla gestione, prevenzione, diagnosi e trattamento delle malattie neurodegenerative consente la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale nel setting più appropriato. Queste malattie, come il Morbo di Alzheimer, il Morbo di Parkinson, la Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), e altre condizioni che comportano il deterioramento progressivo delle funzioni neurologiche, sono una delle principali cause di disabilità e morte nelle popolazioni anziane, pertanto nell'ASL VCO, dove la popolazione anziana è in incremento, rappresenta un bisogno di salute emergente.

Nel corso del 2025, al fine di potenziare la rete di assistenza per migliorare l'accesso ai servizi e la qualità delle cure, la SOC Neurologia ha predisposto un piano di miglioramento e potenziamento degli ambulatori per la malattia di Parkinson e per la sclerosi multipla.

10.10 RETI TRASFUSIONALI

Il Servizio Immunoematologia e Trasfusionale dell'ASL VCO si occupa della gestione delle attività trasfusionali e immunoematologiche all'interno dell'azienda sanitaria e ha due sedi operative: presso l'Ospedale Castelli di Verbania e l'Ospedale San Biagio di Domodossola. L'attività del SIMT, strutturata in linea con quanto definito dalla Struttura Regionale di Coordinamento, soffre della grave carenza di organico medico e tecnico che ha purtroppo anche impattato negativamente sulle raccolte di sangue, che sono sempre state un punto di eccellenza del territorio VCO. Diventa quindi indispensabile rafforzare i rapporti di alleanza nell'ambito del quadrante e con le associazioni garantendo continuità delle donazioni e promuovendo la cultura della solidarietà.

11. LINEE DI INTERVENTO TRASVERSALI

11.1 NUOVO SISTEMA DI GARANZIA

Nel contesto del "nuovo sistema di garanzia", strumento utilizzato per monitorare e valutare l'equità, l'efficacia, la qualità e l'efficienza dei servizi sanitari, l'ASL VCO, nel 2025, attraverso il monitoraggio e l'identificazione delle criticità, ha orientato le proprie azioni al potenziamento degli indicatori che, nel 2024, sono risultati sotto il target con particolare attenzione i ricoveri ripetuti, i cesarei, ecc. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 13.1).

11.2 LISTE DI ATTESA

In linea con la normativa nazionale e le linee guida regionali l'ASL VCO ha deliberato (Delibera 270 del 18 marzo 2025, e successivo aggiornamento con delibera n. 567 del 01/07/2025) un piano di recupero delle liste di attesa che ha previsto, oltre all'ottimizzazione dell'attività, anche la programmazione di attività aggiuntiva, con particolare attenzione ai prolungamenti serali e il fine settimana.

Al fine di monitorare l'efficacia del piano e rilevare eventuali criticità e punti di forza è stato istituito, con Delibera 56 del 24/01/2025, l'organismo interno di verifica sulla riduzione delle liste di attesa. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 9.1, 10.1, 11.1, 22.1). Tra i compiti assegnati all'Organismo si ricomprende il monitoraggio delle liste di attesa al fine di valutare e proporre alla Direzione Generale soluzioni utili alla loro riduzione attraverso iniziative interne o tramite l'utilizzo di appositi accordi con strutture accreditate convenzionate.

Per quanto riguarda la comunicazione in merito alle liste di attesa si rileva che, tramite il sito web aziendale, vengono fornite informazioni al riguardo.

11.3 GESTIONE DELLE PRESCRIZIONI MEDICHE E MONITORAGGIO EROGAZIONE CON RICETTA DEMATERIALIZZATA

Il processo di graduale sostituzione della ricetta cartacea con quella dematerializzata, in linea con le indicazioni del MEF e regionali, rappresenta uno strumento di controllo della spesa sanitaria. Per questo motivo il monitoraggio dei soggetti autorizzati dall'Azienda alla prescrizione dematerializzata attraverso le soluzioni definite da sistema TS, è una importante azione da implementare. La metodologia di monitoraggio è in via di definizione, così come la verifica dell'efficienza della rilevazione dei volumi di ricette cartacee e delle eventuali anomalie. La SOS ICT, nel corso del 2025, ha messo in atto azioni volte all'incremento nell'utilizzo delle ricette dematerializzate. In particolare ha richiesto ai fornitori dei diversi applicativi interessati alla produzione di auto-impegnative di implementare i rispettivi applicativi nella direzione indicata. Si è in attesa di ricevere le offerte economiche. Per quanto attiene il completamento del processo di dematerializzazione nel sistema SAR/SAC delle prestazioni ambulatoriali la SOS ICT ha informato tutto il personale circa la necessità di procedere con la completa dematerializzazione delle prescrizioni, abbandonando l'impegnativa cartacea, che viene utilizzata solo in casi di urgenza o in situazioni quali visite domiciliari.

11.4 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE INTRAMURARIA

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 873 del 28/10/2025 è stato approvato il nuovo regolamento aziendale dell'attività Libero Professionale Intramuraria, in conformità alla D.C.R. n. 117-20078 del 23.09.2025.

La SOS Libera professione, in collaborazione con il Controllo di gestione e la Direzione Sanitaria Ospedaliera (DSO), svolge tutte le attività correlate alle tariffe applicabili garantendo la copertura di tutti i costi aziendali e ha avviato la rivalutazione delle stesse in relazione alle variazioni dei costi. In data 28.10.2025, in sede di riunione della Commissione Paritetica Aziendale per la Libera Professione, sono state analizzate le tariffe adottate per l'erogazione delle prestazioni. Considerato che occorre garantire la copertura integrale di tutti i costi sostenuti dall'Azienda per l'espletamento dell'attività di LP e valutata la vetustà della determinazione dei costi dei beni e servizi (elaborati nel 2019), si è concordato di aggiornare tali importi, incrementandoli di una quota pari al coefficiente di rivalutazione ISTAT calcolato sul periodo 01.01.2020 – 31.12.2024 e pari al 17%. L'applicazione dei nuovi costi dei beni e servizi avverrà contestualmente all'aggiornamento delle tariffe dell'anno 2027, per consentire l'adeguamento degli applicativi. Nel corso del 2025 sono state adottate le deliberazioni di approvazione delle tariffe delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri.

La SOS Libera Professione e Convenzioni, anche nel 2025, ha trasmesso, mensilmente, l'ammontare dell'accantonamento al cd. Fondo Balduzzi e al Fondo di collaborazione alla SOC Gestione Personale che ha provveduto a liquidare il fondo di collaborazione agli aventi diritto. Per quanto concerne il Fondo di Perequazione, anch'esso accantonato mensilmente, la SOS Libera Professione e Convenzioni ha comunicato l'ammontare, annualmente, alla SOC Gestione Personale come accordato con le OO.SS. Il Fondo dirigenza PTA è stato introdotto con l'approvazione del nuovo regolamento aziendale dell'attività Libero Professionale Intramuraria e verrà accantonato mensilmente.

Tutte le attività effettuate in regime Libero Professionale sono normate dal Regolamento della Libera professione, regolate da appositi accordi convenzionali e monitorate dalla SOS Libera Professione e DSO.

Tutti gli spazi dedicati alla Libera Professione sono censiti dalla DSO – Assistenza Specialistica Ambulatoriale, in collaborazione con la SOS Libera professione e l'Ufficio Tecnico.

Le attività effettuate in Libera Professione che non rientrano nelle modalità ambulatoriale, ricovero e domiciliare sono definite all'art. 10 del regolamento aziendale dell'attività Libero Professionale Intramuraria e consistono nelle attività professionali svolte in qualità di specialista in medicina del lavoro (medico competente, medico autorizzato).

Trimestralmente la SOS Libera Professione ha monitorato, nel corso del 2025, l'andamento dei volumi, con particolare attenzione al rapporto tra l'attività istituzionale e quella libero-professionale svolte. Come riportato all'art. 14 del regolamento aziendale dell'attività Libero Professionale Intramuraria, a partire

dall'anno 2026 l'Azienda definirà, per ciascuna unità organizzativa, un piano dei volumi di attività istituzionale e di libera professione e concorderà, con i singoli dirigenti e con le équipe interessate, i volumi di attività libero-professionale intramuraria che, comunque, non potranno superare i volumi di attività istituzionale assicurati.

La DSO - ASA effettua il controllo delle agende e verifica che l'attività Libero professionale non venga espletata in orario di servizio in pregiudizio dell'attività istituzionale.

Il Controllo di gestione monitora che l'attività Libero professionale garantisca l'autosostenibilità (equilibrio) della LP, la SOS Libera professione ripartisce i proventi delle sole prestazioni pagate dalle controparti, la ragioneria, in collaborazione con il Controllo di gestione, redige la tab. 18.54 della Nota Integrativa al Consuntivo nella quale sono esposti tutti i costi ed i ricavi afferenti alla libera professione.

11.5 RISCHIO CLINICO

L'attività di Rischio Clinico viene presidiata dalla funzione Rischio Clinico in integrazione con la DSO che coordina il Rischio Infettivo e con tutti i servizi che sono formati al monitoraggio segnalazione e prevenzione del rischio implementando gli strumenti di audit.

Sul portale SIMES, anche per l'anno 2025, sono stati registrati gli eventi sentinella mentre l'Ufficio Legale ha inserito i dati relativi alle denunce sinistri e successiva gestione, fino alla liquidazione. Per la gestione dei sinistri si è proseguito nell'applicazione delle linee guida di cui alla DD n. 700 del 07.08.2014 e alla DD n. 138 del 06.03.2017. Con deliberazione del DG n. 1009 del 12.12.2025 si è preso atto della DD n. 626 del 22.10.2025 di revisione delle linee guida inerenti la regolamentazione delle procedure di gestione dei sinistri RCT/O delle ASR. Nell'ambito del Comitato di Gestione Sinistri si stanno individuando le azioni volte ad adempiere alle nuove linee guida. Il "Report annuale sull'attività dei Comitati di gestione sinistri" è un nuovo adempimento per il quale Rischio clinico e Ufficio legale si stanno organizzando anche in relazione alle indicazioni regionali al riguardo (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 12.1).

11.6 RAPPORTI CON GLI EROGATORI PUBBLICI E PRIVATI ACCREDITATI

I rapporti tra l'ASL VCO e gli erogatori pubblici e privati accreditati sono regolati da una serie di accordi contrattuali e normative specifiche; in tali accordi viene definito il budget a disposizione della struttura, le tipologie di prestazioni erogabili e lo schema di contratto da stipularsi.

L'ASL VCO stipula contratti con erogatori privati accreditati, in base all'articolo 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modifiche, per l'erogazione di prestazioni sanitarie. Questi accordi sono definiti dal Distretto di competenza sulla base della lettura del fabbisogno e attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, in linea con le indicazioni e sotto il coordinamento della Regione Piemonte.

Con le strutture pubbliche extra ASL l'azienda valuta sulla base del fabbisogno della propria popolazione l'appropriatezza dell'offerta anche in termini di outcome.

Il monitoraggio della mobilità passiva consente di sorvegliare la rispondenza alle esigenze della popolazione (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 15.1).

11.7 INVESTIMENTI

Con deliberazione n. 893 del 29.11.2024 è stato predisposto il Piano delle proposte di investimento per il triennio 2025-2027 ed è stato approvato il Piano di investimenti anno 2025. Il Piano di investimenti anno 2026 è stato adottato con deliberazione n. 965 del 25/11/2025.

Il piano viene predisposto dalla SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio in collaborazione con la SOC Logistica e Servizi informatici e con la SOS Tecnico. Raccolti i fabbisogni aziendali gli stessi vengono sottoposti alla Direzione Strategica al fine di valutarne la coerenza con le disponibilità di bilancio e le relative priorità di acquisto. Sulla scorta del piano triennale degli investimenti viene successivamente adottato il piano triennale degli acquisti ex articolo 37 del D.Lgs. 36/23.

Con deliberazioni n. 138 e 141 del 16/03/2017 sono state adottate le procedure PAC relative agli investimenti, con deliberazione n. 334 del 29/04/2024 è stata revisionata la procedura per gli investimenti definiti "urgenti ed indifferibili," così come richiesto dalla Regione, settore programmazione sanitaria, che ha fornito indicazioni per l'acquisto di beni in conto capitale connotati da urgenza ed indifferibilità.

Per quanto concerne gli investimenti finanziati da rettifiche di contributi in c/esercizio il prospetto sintetico viene inserito nella Relazione del Direttore Generale di accompagnamento sia dei bilanci di verifica trimestrali che del conto consuntivo. Le tabelle di dettaglio vengono aggiornate a cura della SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio.

Con riguardo alla verifica del parere autorizzativo regionale HTA e preventivo provvedimento di giunta regionale che attesti la verifica della coerenza con la programmazione sanitaria regionale della Grande Apparecchiatura la SOS Tecnico ha rilevato che, nell'anno 2025, non si sono avviate procedure per le quali attivare l'iter autorizzativo HTA.

Tutte le donazioni di cespiti sono valutate sotto il profilo economico finanziario nonché tecnologico e strategico. L'accettazione avviene previo parere della Direzione strategica e del Direttore della ragioneria.

E' stata istituita un'apposita commissione preposta alla valutazione della sostenibilità economico-finanziaria di una donazione (sia di un bene che di un servizio) oltre che degli aspetti organizzativi, di sicurezza, etc.

11.8 GESTIONE CREDITO V/ALTRI

Per quanto attiene alle azioni volte ad introitare le posizioni creditorie verso terzi, tenuto conto degli obiettivi di cui alla DGR n. 26-801 del 17/02/2025 si rileva quanto segue.

Al fine di porre in atto procedure finalizzate al monitoraggio delle somme a vario titolo dovute all'ASL, attività svolta dalla SOS Legale a far data dal 31.03.25 (vedi Deliberazione n. 314/25), si è svolto, in data 10.07.25, una riunione organizzativa con le Strutture da cui hanno origine i crediti, all'esito della quale si è elaborato e trasmesso un "file di registro/report" da compilare per ogni singola tipologia di credito, con evidenza dell'andamento delle attività di recupero di competenza. Sono seguite frequenti interlocuzioni tra i vari servizi e l'ufficio legale finalizzate alla corretta registrazione dei dati. I dati sono stati acquisiti dalle strutture da cui hanno origine i crediti ovvero SOC DSO, SOS ASA, Dipartimento di Prevenzione e SOC Gestione Economico Finanziaria Patrimonio. Si precisa che le tempistiche nella gestione dei crediti, comunque pienamente rispettose dei termini di legge, sono differenti da struttura a struttura.

Dai dati aggregati risulta che, al 31.12.2025, a fronte di un credito complessivo da recuperare pari a €. 822.119,62: -- sono stati inviati n. 13.870 solleciti bonari di pagamento; - sono state archiviate n. 1.485 pratiche per un importo complessivo di €. 57.197,80; - sono state inviate n. 3.096 diffide di pagamento.

La fase stragiudiziale ha permesso di recuperare €. 348.230,57, residuando un credito ancora inevaso che ammonta, complessivamente, al 31.12.25, ad €. 317.229,43. Nel caso in cui tale importo non venga interamente incassato a seguito del perfezionamento della fase stragiudiziale, che si conclude con diffida di pagamento da parte delle strutture, l'ufficio legale – come da Regolamento, approvato con Delibera n. 585/2025 - darà avvio alla fase esecutiva di competenza per il recupero del credito residuo.

Si segnala che per alcune partite si è conclusa la fase esecutiva con l'iscrizione a ruolo delle pratiche, in particolare si sottolinea che la percentuale di recupero della partita TICKET 19/21, allo stato, è del 92,98%, al netto delle pratiche archiviate.

I registri aggiornati al 31.12.25 delle azioni e solleciti per le singole partite di credito, suddivisi in base alle Strutture da cui le medesime hanno origine, sono conservati agli atti della SOS Legale.

Anche nel corso del 2025 la SOC Distretto del VCO, in sinergia con la SOS Legale, ha svolto attività volta al recupero dei ticket sulle false attestazioni disponibili sul sistema TS dal 2011 al 2019 (tutti i report mensili sono conservati agli atti della SOS Legale).

Le attività stragiudiziali ed esecutive sino all'anno di riferimento TS 2019 sono state concluse con l'iscrizione a ruolo presso l'Agenzia delle Entrate Riscossione delle partite rimaste inevase.

Le pratiche a ruolo verranno chiuse sul sistema TS a seguito del riversamento totale di quanto dovuto rilevato dall'applicativo on-line dell'Agenzia delle Entrate Riscossione.

La SOC Gestione Economico Finanziaria e Patrimonio verifica, trimestralmente, il fondo svalutazione crediti che viene adeguato definitivamente a consuntivo

12. ASSISTENZA FARMACEUTICA E DISPOSITIVI MEDICI

12.1 APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI FARMACI

Tutte le azioni proposte hanno la finalità di definire un percorso che parta da una attenta analisi delle classi farmaceutiche a maggior impatto di spesa a livello aziendale sia in ambito ospedaliero sia territoriale. Questa analisi pone le basi per condividere con la CFI e le strutture coinvolte dei percorsi di appropriatezza prescrittiva e conseguente identificazione di indicatori per creare report monitoraggio sia per verificare che le azioni in atto siano efficaci sia per dare uno strumento di attività ai clinici.

Con riguardo all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci nel corso dell'anno 2025 la SOC Farmacia ha attuato, tra le altre, una serie di azioni:

- ha verificato, puntualmente, l'aderenza prescrittiva dei farmaci alle raccomandazioni AIFA individuando e monitorando specifici indicatori;
- ha monitorato il consumo di farmaci off-label tenuto conto della legge n. 648/1996;
- ha gestito, in modo attento, i farmaci biologici e biosimilari a brevetto scaduto (puntando l'attenzione sull'utilizzo dei farmaci biologici a minor prezzo, sempre rispettando la logica dell'appropriatezza) e i farmaci a brevetto scaduto di sintesi chimica (facendo un confronto con i relativi farmaci equivalenti al fine di incentivare l'utilizzo di quelli a minor prezzo);
- ha verificato, a campione, la correttezza dei dati inseriti all'interno dei piani terapeutici, con particolare attenzione ai farmaci ad alto costo;
- ha proseguito a monitorare le terapie farmacologiche, valutando, per le diverse macro classi, l'impatto economico ed analizzando il miglioramento atteso degli outcome clinici, sia in termini qualitativi che in termini quantitativi;
- ha elaborato, per attuare il monitoraggio delle prescrizioni in pazienti cronici (con almeno 2 patologie e/o over 65 anni) un indicatore per disporre di informazioni in merito alla percentuale di pazienti rientranti in questa categoria sul territorio dell'Asl VCO (circa 42% dei pazienti). E' stato elaborato un report con il supporto di Farmadati (software che elabora i dati derivanti dalla lettura delle ricette) per l'analisi delle prescrizioni e la relativa incidenza sul costo medio della spesa farmaceutica;
- ha proseguito il monitoraggio dei farmaci scaduti e dei farmaci prossimi alla scadenza.

Si tratta di azioni fondamentali per perseguire il compito delle ASL che è quello di verificare che le prescrizioni a carico del SSN rispettino i criteri di rimborsabilità definiti da AIFA ed identificare eventuali fenomeni di inappropriata spesa. Sono azioni che si ritiene possano sicuramente portare ad un contenimento della spesa Farmaceutica e quindi a diminuire l'incremento di spesa. Ma tenendo conto della cronicizzazione delle patologie, anche delle patologie oncologiche, e le costanti innovazioni in ambito farmaceutico si ritiene altrettanto fisiologico un aumento della spesa.

12.2 PIANO TERAPEUTICO ELETTRONICO

La SOC Farmacia ha predisposto, in sinergia con la SOS ICT, una procedura informatica che consente di estrarre il flusso dei Piani terapeutici elettronici dal sistema TS per monitorare le prescrizioni.

12.3 GOVERNANCE DI DISPOSITIVI MEDICI

Le azioni aziendali anche operando in anticipo o parallelamente alle definizioni dei Documenti di Indirizzo Regionali sono volti a garantire la tracciabilità dei DM acquistati garantendo i requisiti di sostenibilità del SSN sia in termini economici sia di sicurezza. E' fondamentale condividere le azioni durante i lavori di apposita Commissione già nella fase di analisi del consumo dei DM; questo può servire per osservare eventuali fenomeni di utilizzo non appropriato e di conseguenza andare ad agire ridefinendo eventuali percorsi, linee guida etc. (es. medicazioni speciali).

Le azioni di monitoraggio sono sempre più rivolte a confrontare i dati di consumo con i dati produttivi e questo rende fondamentale il supporto di servizi quali il controllo di Gestione per la corretta elaborazione dei dati. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 20.1).

La SOC Farmacia, nel corso del 2025, ha realizzato, tra le altre, le misure, di seguito indicate, per verificare un utilizzo appropriato dei DM. In particolare:

- ha attuato azioni di miglioramento nella gestione delle richieste da parte delle Strutture aziendali prevedendo blocchi sul gestionale informatico (es blocco della quantità massima richiedibile) e ha inserito moduli di richiesta dettagliati e ben motivati;
- ha organizzato il monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza dei dispositivi medici su misura e dei dispositivi medici senza CND;
- ha proseguito, in sinergia con la SOS Controllo di Gestione, la verifica dell'allineamento tra il flusso dei consumi di dispositivi medici ed il flusso SDO per assicurare un allineamento tra consumi e produzione e verificare eventuali inefficienze.

13. BENI E SERVIZI

13.1 RESPONSABILITÀ E CONTROLLI

Per quanto concerne i beni e servizi le Strutture coinvolte effettuano il continuo monitoraggio dei contratti. I prezzi di riferimento pubblicati da ANAC riguardano solo alcune macrocategorie di beni e servizi (sostanzialmente quelli ricompresi del D.P.C.M. 11/07/2018) per le quali l'azienda è tenuta ad effettuare acquisti mediante procedure aggregate (c.d. acquisti riservati). Pertanto, l'eventuale rinegoziazione di tali beni, non può essere oggetto di iniziative di singole aziende contraenti ma deve essere condotta dalla Stazione Appaltante e, successivamente, le Aziende contraenti possono aderire mutando le condizioni vigenti a seguito dell'adesione originaria.

Questa Azienda, in materia di acquisti riservati, oltre a rispettare puntualmente la riserva imposta dal D.P.C.M, predispone annualmente un prospetto di rendicontazione che viene sottoposto alla competente sezione Regionale della Corte dei Conti.

Con riguardo alla definizione ed attuazione degli interventi di Sistema il Direttore della SOC Logistica e Servizi Informatici ha rilevato che l'Asl VCO, così come tutte le aziende afferenti all'Area di Coordinamento n. 3, ha avviato (ormai da circa due anni) un processo di razionalizzazione e centralizzazione degli approvvigionamenti (servizio di logistica integrata, anche noto come MUSA). L'obiettivo, di carattere strutturale e di riforma del sistema, prevede una totale riorganizzazione del sistema di logistica (con conseguente razionalizzazione delle scorte e delle spese di gestione), nonché del sistema di approvvigionamento di beni (con particolare riferimento al settore farmacologico e dei dispositivi medici). Tale ultima innovazione prevede che la filiera dell'approvvigionamento sia gestita da un'unica stazione appaltante che, in nome e per conto di tutte le aziende sanitarie afferenti all'area di coordinamento, gestisca tutte le procedure sino alla contrattualizzazione. Tale percorso, oltre a razionalizzare la gestione dello stoccaggio e delle scorte, permetterebbe, nelle procedure effettuate dalla SA di AIC, di conseguire delle economie di scala legate ai volumi di acquisto.

13.2 PROGRAMMAZIONE ACQUISTI

Questa Azienda attualmente non dispone di un sistema di controllo delle scadenze dei vincoli contrattuali in essere, tuttavia, attua delle puntuali attività di controllo periodico circa le scadenze dei principali contratti in essere al fine di ridurre, il più possibile, il ricorso a proroghe tecniche; tale processo si concretizza anche attraverso una puntuale valutazione e stima dei fabbisogni aziendali.

13.3 EFFICIENTAMENTO DELLE GRANDI APPARECCHIATURE, DELLE SALE OPERATORIE E DEI RESTANTI SERVIZI DI SUPPORTO.

Per quanto riguarda le grandi apparecchiature l'ingegneria clinica, in collaborazione con le competenti Strutture sanitarie e i Servizi tecnici di supporto, effettua tutte le valutazioni di tecnologie sanitarie e sistemi sanitari e predispone la reportistica necessaria.

E' in fase di implementazione un sistema di tracciabilità degli eventi in sala operatoria denominato TOBIN. Sarà quindi possibile estrarre informazioni sui tempi di intervento e tra interventi successivi. Premettendo che il tasso di utilizzo delle sale operatorie ed apparecchiature sia talvolta legato al numero di medici disponibili (carenza di personale) saranno tracciati i processi e valutate eventuali migliorie.

La gestione delle apparecchiature è dato in gestione (con gara SCR) ai global service che devono rispettare da capitolato determinati tempi di risoluzione dei guasti con relativi reports. Il costo annuale delle manutenzioni è quindi già previsto da capitolato e varia dal 5 al 10% del valore del bene, a seconda della complessità tecnologica. Per le alte tecnologie SCR ha bandito una gara specifica con percentuali mediamente poco superiori al 10% del valore dell'apparecchiatura. Al fine di migliorare questo indicatore si agirà con una attenta supervisione all'attività del global service, soprattutto sulle apparecchiature ritenute strategiche per l'erogazione delle principali prestazioni.

La riduzione del consumo energetico medio a parità di prestazione clinica (es TAC) si otterrà sensibilizzando medici e personale tecnico nell'utilizzo di metodiche con dosi non superiori a quelle strettamente necessarie. Inoltre sarà predisposto un piano di spegnimento o stand-by delle apparecchiature in base al carico di lavoro previsto. Si prevede una riduzione dei consumi soprattutto nelle fasi non operative.

Sono stati attivati, nel 2025, corsi interni di formazione, specialmente per le apparecchiature complesse. Le richieste di intervento da parte dei reparti per malfunzionamento delle apparecchiature saranno catalogate in "errore operatore" quando opportuno. Con il supporto dei servizi informatici si sta avviando una procedura per recuperare le informazioni relative al Numero di esami refertati da remoto (%) e il Tempo medio di attesa per la refertazione (ore/giorni), oggi non disponibili.

14. GOVERNANCE DEL PERSONALE

14.1 PIANI TRIENNALI DI FABBISOGNO

Il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale (PTFP) viene sistematicamente predisposto dall'ASL VCO entro le scadenze previste dalla Regione. Il Servizio Personale partecipa alle riunioni informative indette dalla Regione sull'argomento e redige il Piano secondo le indicazioni ricevute. Con deliberazione n 813 del 7/10/2025 l'A.S.L. VCO ha adottato i Piani Triennali del Fabbisogno di Personale 2023/2025 e 2024/2026, approvati entrambi dalla Regione Piemonte con D.G.R. n. 3 – 1490 dell'11/08/2025. Nella sopracitata D.G.R. è stato confermato il tetto di spesa per il personale per gli anni 2025 e 2026 in Euro 109.580.267. E' stato adottato il Piano triennale dei fabbisogni 2025-2027, in attesa di approvazione della Regione.

Anche nel 2025 è stato implementato il Flusso OPESSAN per garantire la raccolta sistematica dei dati del personale sanitario, puntando al miglioramento della qualità dei report aziendali (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo16ediliz.1.)

Inoltre, trimestralmente, è stato inviato alla SOC Gestione Economico finanziaria e patrimonio un report sull'andamento delle spese del personale rispetto alle previsioni.

14.2 FABBISOGNI FORMATIVI PROFESSIONI MEDICHE E SANITARIE

Come precisato nella Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Ministro per la pubblica Amministrazione) nell'attuale contesto economico e sociale, caratterizzato da impetuosi avanzamenti

tecnologici, continui cambiamenti delle aspettative dei cittadini e degli utenti dei servizi, e sfide globali, la formazione del personale è indispensabile per consentire alle amministrazioni pubbliche di raggiungere adeguate performance che, per quantità e per qualità, possano soddisfare le domande ed i bisogni espressi da persone e comunità del contesto di riferimento di ciascuna azienda utile a contribuire alla creazione di valore pubblico. Perciò – come si legge nella richiamata Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri - la formazione del personale deve essere considerata come un catalizzatore della produttività e dell'efficienza organizzativa. In tale ottica la SOS Formazione effettua annualmente la rilevazione del fabbisogno formativo attraverso un percorso che vede protagonisti i referenti interni della Formazione; percorso che è esso stesso un corso formativo Blended. Tale rilevazione si concretizza in una operazione di ricerca finalizzata a far emergere ed esplicitare le esigenze formative esistenti, comunicandole all'organizzazione e a tutti i suoi membri, contribuendo, in questo modo, a dare senso all'agire professionale. L'approccio adottato è un mix di rilevazione in senso top-down (dagli obiettivi della Direzione Strategica al professionista) e bottom-up (dal professionista alla Direzione).

L' ASL VCO, provider ECM, è stata inserita nell' Albo Regionale dei Provider ECM con il Codice 114.

La SOS Formazione ogni anno predispone il Piano Formativo Aziendale, coinvolgendo il Comitato Scientifico in carica (Vedi Del. n. 25 del 18/01/2023), i Referenti della Formazione di I° e II° livello e i Progettisti Aziendali di Formazione. I primi incontri hanno coinvolto i Referenti della Formazione di I° e II° livello e i Progettisti Aziendali di Formazione e si sono svolti nelle date del 21/01/2025 e 11/02/2025. Durante il primo incontro è stato fatto un confronto tra il pianificato nel Piano Formativo Anno 2024 e il Realizzato, con attività formative erogate nel 2024. Dopo un confronto con i presenti si è illustrata la scheda denominata "RACCOLTA ESIGENZE FORMATIVE - P.F.A. 2025". Tale scheda, inviata a tutti i Referenti e Progettisti, ha lo scopo di rilevare e raccogliere il fabbisogno formativo e proposte formative, che possono essere sia di interesse trasversale aziendale che per ristretti o ben precisi gruppi. Nella seconda giornata, sono state visionate le schede inviate alla SOS Formazione con le proposte e presentata la bozza del Piano Formativo, si è avviato un confronto tra le varie realtà e necessità. Nella giornata del 25/02/2025 si è svolto l'incontro con i componenti del Comitato Scientifico. E' stata presentata la Relazione Annuale anno 2024 dove si evidenzia il Pianificato e Realizzato. Durante l'incontro il Comitato, ha validato il Piano Formativo Aziendale.

Con la validazione da parte del Comitato Scientifico del PFA, collegandosi al sito www.formazioneasanitapiemonte.it, si è potuto inserire tutti gli eventi formativi e procedere con la trasmissione all' Ente Accreditante della pianificazione annuale entro e non oltre il 28/02/2025.

E' stato elaborato un Piano Triennale di Formazione e Umanizzazione per il periodo 2025-2027 volto al rafforzamento delle competenze del personale sanitario nazionale su tematiche strategiche di rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale (tra le altre: Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza territoriale e distrettuale, Assistenza ospedaliera, Autorizzazione e accreditamento, implementazione delle riforme previste dal PNRR e dal PNC (Missione 6 Salute), Governance aziendale e sviluppo delle competenze manageriali per il top e middle management). Il Piano Triennale della Formazione è aggiornato con una programmazione annuale che recepisce le esigenze formative prioritarie.

Per quanto riguarda l'obiettivo della formazione ICA (corso finanziato con fondi del PNRR) e della formazione Manageriale l'azienda, al 31.12.2025, è in linea con il raggiungimento di entrambi gli obiettivi.

14.3 PROCEDURE ASSUNZIONALI E GESTIONE DEL TURNOVER

Nel biennio 2026-2027 l'azienda dovrà continuare ad affrontare la cronica carenza di personale nelle aree sanitarie, soprattutto in alcune aree clinico assistenziali che garantiscono quotidianamente la presa in carico dei pazienti, nonché in ambiti chirurgici, al fine di mantenere non solo l'attività di urgenza emergenza, ma anche il recupero ed il mantenimento dell'attività operatoria per la presa in carico di pazienti in lista di attesa, secondo i PNGLA e le classi di priorità. Tale situazione risulterà critica anche nei termini di limitazioni o rigoverno

dell'affidamento dei servizi esternalizzati delle Cooperative o delle Società che erogano prestazioni con personale medico e infermieristico.

Le difficoltà estreme di reperimento del personale strutturato sono correlabile alle note carenze di personale medico e sanitario a livello nazionale nonché alla peculiarità del territorio di competenza di questa ASL la quale confina con la Svizzera italiana e con la Svizzera tedesca nonché con la Regione Lombardia ove gli stipendi sono più attrattivi. Al fine di attuare politiche di equilibrio economico-finanziario nella gestione del personale sanitario e delle esternalizzazioni, nel corso dell'anno 2025, sono state indette moltissime (e di tutte le tipologie possibili) procedure selettive per acquisizione di personale sanitario: concorsi, avvisi di mobilità, avvisi per assunzioni a tempo determinato e per incarichi libero – professionali (a cui è sempre stata data sia idonea pubblicità, secondo la normativa vigente, sia divulgazione, oltre che sul sito internet istituzionale, anche sui social), utilizzo di graduatorie di altri enti pubblici, nonché di Azienda Zero Piemonte che ha espletato concorsi per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte, nonché avviso annuale per conferimento di incarichi libero – professionali. Si è ricorso anche al conferimento di incarichi libero – professionali a personale sanitario in quiescenza, nel rispetto della normativa vigente. In particolare, per le discipline mediche esternalizzate, le procedure sono state ripetute più volte durante l'anno. È stato possibile effettuare assunzioni, che tuttavia sono andate a coprire posti che si sono resi vacanti nel corso d'anno (turn over) in discipline non impattate dall'esternalizzazione.

Per quanto attiene l'obiettivo di ridurre il ricorso a contratti di somministrazione lavoro e incarichi libero professionali tramite l'assunzione a tempo indeterminato di personale in base alle esigenze si rileva che, la somministrazione di lavoro è stata completamente annullata per quel che riguarda il personale del ruolo amministrativo mentre sono rimaste alcune unità del ruolo tecnico, sanitario e socio-sanitario (OSS). Ciò, soprattutto, per far fronte a situazioni contingenti non risolvibili mediante assunzioni a tempo determinato, poco attuabili per la breve durata. Il numero degli incarichi libero – professionali a medici e infermieri ha avuto invece un incremento, essendo stata spesso la sola via percorribile per sopperire a carenze di organico, non colmabili con assunzioni a tempo indeterminato, nonostante i numerosi concorsi banditi ed espletati.

Per quanto concerne l'Adozione del Piano di collocamento del personale in eccesso rispetto alle esigenze aziendali ove si rilevano le necessità, l'ASL monitora costantemente i fabbisogni delle varie Strutture e ha anche adottato un Regolamento delle mobilità interne con Deliberazione nr 203 del 28/02/2025 al fine di favorire la copertura dei fabbisogni.

Nel 2025 non vi sono stati casi di personale in eccesso da ricollocare.

15.MOBILITÀ SANITARIA

La mobilità passiva, in particolare la mobilità interregionale, rappresenta per l'Azienda un elemento di criticità. A questo proposito va osservato che la collocazione geografica dell'Azienda gioca un ruolo molto importante sui comportamenti dei residenti; in particolar modo gli abitanti del Verbano e dell'Ossola dispongono di migliori comunicazioni con la Lombardia (Varese in primis, ma con i collegamenti ferroviari anche con Milano) piuttosto che con il resto del Piemonte. Peraltro tali connessioni sono sostenute anche da profonde radici culturali che vedono l'area geografica gravitare verso la Lombardia.

L'obiettivo che l'Asl si è posta è di incrementare le attività mirate al recupero della mobilità passiva, in particolare con riguardo ai primi 15 DRG a maggior incidenza di fuga, sia attraverso un aumento dell'attività dei 2 presidi dell'Asl (compatibilmente con la disponibilità di risorse umane) sia stipulando accordi con il C.O.Q. I dati della mobilità sanitaria interregionale vengono resi alle aziende con un ritardo che non consente una restituzione dell'efficacia tempestiva degli interventi effettuati. Permette, tuttavia, la modulazione della risposta sanitaria interna sulla base del fabbisogno e delle risorse produttive insieme alla definizione di accordi contrattuali con le aziende regionali alla luce dell'analisi della mobilità intraregionale. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 14.1)

Da un'analisi della mobilità passiva interregionale 2022 e 2023, tenuto conto che il primo MDC, sia per valore sia per numerosità dei casi, è riferito all'"Apparato muscolo scheletrico", tenuto conto della capacità produttiva

presente in ASL, n. 2 SOC di Ortopedia – traumatologia, e della presenza del Centro Ortopedico di Quadrante – COQ SPA (Struttura accreditata a prevalente profilo ortopedico – riabilitativo) si è ritenuto di stipulare accordi con il COQ per l'incremento delle attività ortopediche a favore dei residenti del Verbano, Cusio Ossola. Sono state attivate procedure concorsuali per l'assunzione di personale dirigente medico carente, sono state rinnovate convenzioni con Aziende per disporre di figure professionali mancanti (tra gli altri anestesisti).

16. CONTABILITÀ ANALITICA PAC TRASFERIMENTI E PAGAMENTI

16.1 CONTABILITÀ ANALITICA

Il Controllo di Gestione assume un ruolo centrale per facilitare i processi di cambiamento della cultura organizzativa, soprattutto in un periodo di risorse scarse e in un ambito molto complesso e dualistico quale è quello sanitario, ove si registra una complessità dei ruoli, l'ampiezza della gerarchia organizzativa, la dualità tra personale sanitario e personale dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo nonché tra ospedale e territorio.

E' compito del Controllo di Gestione analizzare le attività ed i processi aziendali per valutare la capacità di raggiungere obiettivi tangibili e target definiti, monitorare l'affidabilità e l'integrità del sistema informativo manageriale, nonché l'economicità nell'impiego delle risorse in un'ottica di efficacia ed efficienza.

A tal fine il Controllo di gestione si avvale della Contabilità Analitica quale strumento idoneo ad individuare le relazioni esistenti tra costi e prestazioni erogate dalle aziende sanitarie. L'ASL VCO possiede un consolidato sistema di Contabilità Analitica molto dettagliato e flessibile che consente di avere una chiara e definita situazione economica e operativa, coerentemente sia all'organizzazione aziendale (centri di costo e responsabilità) sia ai livelli essenziali di assistenza (LEA), utili anche alla redazione dei modelli PIA, LA, CP. Il sistema è composto da varie procedure che interagiscono tra loro per fornire i dati necessari alle elaborazioni. Il principale sistema è OLIAMM (che dall'1 gennaio è stato sostituito da AMCO, l'applicativo unico regionale) per la gestione economica e di magazzino, integrato con le altre procedure in uso e con i dati riportati nei database regionali, accessibili tramite i vari cruscotti a disposizione. Tutte queste informazioni costituiscono il datawarehouse aziendale.

L'azienda ha recentemente acquistato un nuovo software (MUSA) che permetterà di implementare il sistema di reporting.

16.2 PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC)

In tale ambito l'ASL VCO ha adottato fin da subito le procedure previste dal Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci (PAC). Nel corso degli anni sono state anche operate alcune revisioni utili ad adeguare al contesto normativo e organizzativo tali procedure. Tali procedure sono state trasmesse in Regione; l'azienda è in attesa dei riscontri circa l'aderenza delle medesime agli obiettivi posti dal PAC.

Si ritiene infine di sottolineare come la costituzione del Dipartimento Interaziendale di Contabilità e risorse (DICR), con funzioni anche di coordinamento tra le Aziende e la Regione e l'avvio in produzione del nuovo software amministrativo contabile unico regionale (AMCO), previsto per questa Azienda a partire dal 1° gennaio 2026, dovrebbero garantire una graduale omogeneizzazione delle procedure fino ad oggi adottate dalle singole Aziende e portare ad un modello di procedure standardizzate applicate da tutte le Aziende.

17. GOVERNANCE PNRR

17.1 GOVERNANCE PNRR

Per quanto attiene gli interventi legati alla "Missione 6" finanziati dal PNRR nel sito internet aziendale è stata prevista una sezione dedicata all'attuazione del PNRR.

I RUP si preoccupano di garantire l'attuazione delle azioni utili a conseguire gli obiettivi posti dal PNRR compatibilmente con le problematiche di varia natura correlabili a imprese fornitrici, vincoli ambientali e paesaggistici e relazioni con i Comuni.

Inoltre gli stessi (RUP) rendicontano su Regis sistematicamente secondo le tempistiche previste dal POR.

Al fine di garantire il governo e il monitoraggio costante del PNRR è stato individuato anche il referente aziendale nei rapporti con la Regione nonché un ufficio che coadiuva il referente e i RUP. (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 17.1)

Gli interventi sono stati iniziati e sono stati, o verranno, conclusi, nel rispetto della tempistica. Si rileva che per n. 2 interventi, in corso di svolgimento, è stato segnalato alla struttura regionale competente che i tempi di conclusione dei lavori andranno oltre le scadenze del CIS-POR a causa di difficoltà oggettive. Si tratta dell'intervento relativo alla Casa della Comunità di Domodossola e all'Ospedale della Comunità di Gravelona Toce. L'andamento dei lavori è comunque costantemente monitorato e, alla Regione, vengono trasmessi tutti i necessari aggiornamenti (mediante il monitoraggio mensile, l'aggiornamento delle piattaforme Collabora e ReGIS). Per questi interventi è stata comunicata alla Regione la possibilità di attivare, comunque, entro il mese di maggio 2026, i servizi previsti dal DM 77/2022 in strutture "transitorie", compatibilmente con il reperimento delle risorse umane necessarie per espletare il servizio.

La rendicontazione delle spese sostenute con fondi PNRR viene effettuata e, in modo tempestivo, inserita nella piattaforma Regis, unitamente alla documentazione probatoria.

18. INTERCONNESSIONE SISTEMI INFORMATIVI

18.1 CARTELLE CLINICHE ELETTRONICHE

Tutte le strutture ospedaliere utilizzano la cartella clinica elettronica, compreso il Dea di Verbania e di Domodossola. E' stato rilasciato il documento di certificazione finale attestante il raggiungimento del livello 2 degli standard EMRAM.

La conformità rispetto ai requisiti del livello previsto dal PNRR, overosia il livello 1, è stata raggiunta. Il requisito obbligatorio riguardava infatti l'inserimento delle richieste, manualmente o elettronicamente, nel sistema di cardiologia, e che i referti fossero abbinati alle richieste e distribuiti al medico ordinante: le richieste sono completamente digitalizzate e i referti sono abbinati alle richieste, sebbene non contengano la totalità dei tracciati ECG. In ogni caso, tutti i referti sono digitalizzati e con firma elettronica.

18.2 SERVIZI DI SANITÀ DIGITALE

L'Azienda sta procedendo all'implementazione dei servizi di sanità digitale.

18.3 FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO – (FSE)

Relativamente all'infrastruttura del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) si è completato il conferimento dei referti LDO, LIS, RIS, VPS, specialistica ambulatoriale, nel rispetto delle specifiche FSE 2.0. E' ancora in corso il completamento del conferimento dei referti di anatomia patologica.

Almeno il 90% dei referti sono indicizzati nel FSE.

Sono in corso gli adeguamenti tecnologici per l'integrazione del gateway nazionale ed EDS nazionale.

Per quanto ottiene la necessità di incrementare le competenze digitali degli operatori sanitari al fine di promuovere l'adozione del FSE 2.0 occorre precisare che il personale dirigente medico coinvolto ha partecipato ai corsi formativi regionali.

18.4 TELEMEDICINA

Per quanto concerne la telemedicina, la percentuale è ancora molto bassa sui servizi di base (teleconsulto e televisita), in quanto le strutture sanitarie non sono ancora sufficientemente sensibili. Dal punto di vista informatico le piattaforme software sono disponibili. Sono state acquistate postazioni di lavoro per la telemedicina, e sono in attesa di consegna, da destinare alle Case della Salute, ai Medici di Famiglia, alle Farmacie. In ambito ospedaliero si sono aggiornate molte postazioni, grazie ai fondi del PNRR "digitalizzazione DEA". Anche sul versante specialistico, in campo nefrologico, si è fatto parecchio (dialisi a distanza). In ambito territoriale occorrono risorse per investimenti.

18.5 SICUREZZA INFORMATICA

L'attività di gap assessment è stata commissionata a soggetto terzo (azienda specializzata in cybersecurity).

Il piano e la rendicontazione delle relative azioni (report), saranno elaborati sulla base dell'assessment di cui sopra.

Con riferimento alla sicurezza informatica è stato predisposto il report executive con l'identificazione dei gap e dei rischi prioritari, e dei primi interventi da avviare.

18.6 GOVERNANCE DEI FLUSSI INFORMATIVI NSIS

L'accuratezza dei flussi informativi, sia in termini di qualità del dato che di tempestività di trasmissione, rappresenta un importante strumento di controllo e gestione della spesa e del consumo. La SOC Farmacia e la SOC Distretto, ciascuno per la parte di competenza, sono le strutture deputate al controllo e monitoraggio (DGR 16-817 del 24/02/2025, Obiettivo 18.1).

Per quanto attiene la governance dei flussi informativi NSIS è in corso di realizzazione il Piano relativo agli interventi di sicurezza informatica ai sensi della L. N 50/2024.

18.7 GOVERNANCE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEGLI INTERVENTI INFORMATIVI/ INFORMATICI

La gestione e la direzione strategica delle attività legate all'adozione e all'uso delle tecnologie informatiche e delle infrastrutture informatiche, al fine di ottimizzare i processi e i risultati implica la definizione di strutture, politiche e procedure che indirizzano l'implementazione e la gestione di soluzioni informatiche e dei sistemi informativi.

ARTICOLO 3: di stabilire per l’annualità 2025 che gli Enti del SSR, nel rispetto delle indicazioni tecniche-operative stabilite in allegato A) “PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE DEL SSR 2025-2027. Indicazione tecniche operative”, dovranno adottare entro il 30.03.2025 un Programma operativo aziendale di riorganizzazione, di riqualificazione e/o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio 2025-2027....

Allegato 1 Scheda di sintesi delle azioni - ASLVCO

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
8 Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	8.1 Copertura vaccinale	8.1.1 Raggiungere la copertura vaccinale come da obiettivi PNPV	Azione 1 Monitorare i livelli di copertura vaccinale come da indicatori NSG P01C e P02C	Report di monitoraggio	Trimestrale	Copertura vaccinale raggiunta	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SISP	DIRETTORE SOC SISP	DR GIUSEPPE SCUTO	GIUSEPPE.SCUTO@ASLVCO.IT
		8.1.2 Garantire un’implementazione completa e accurata dell’anagrafe vaccini	Azione 1. Ridurre lo scostamento tra la numerosità delle coorti di nascita trasmesse all’anagrafe nazionale vaccini e il corrispondente dato ISTAT	Documento tecnico	Trimestrale	Scostamento inferiore al 5% (criterio LEA)	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SISP	DIRETTORE SOC SISP	DR GIUSEPPE SCUTO	GIUSEPPE.SCUTO@ASLVCO.IT
	8.2 Piano Regionale di Prevenzione 2020-2025 (PRP)	8.2.1 Programmi del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2025	Azione 1. Rispetto delle azioni e degli obiettivi previsti dai programmi del PRP 2020-2025	Rendicontazione annuale Piano Locale di Prevenzione (PLP)	Dicembre – Rendicontazione a febbraio	Almeno il 90% degli indicatori di programma e di processo del PLP, aventi un valore atteso locale per l’anno in corso, raggiungono lo standard atteso	Dicembre – Rendicontazione a febbraio	Direzione Aziendale, GRUPPO DI COORDINAMENTO PLP Dipartimento Prevenzione	GRUPPO DI COORDINAMENTO PLP	DR GERMANO CASSINA	GERMANO.CASSINA@ASLVCO.IT
	8.3 Salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	8.3.1 Tutela della salute e sicurezza sul lavoro “Documento strategico 2024-2026 per i Dipartimenti di Prevenzione”	Azione 1. Realizzazione dei progetti approvati in attuazione del documento strategico per la tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro	Report di sintesi	Annuale	100% dei bandi per l’acquisizione del personale aggiuntivo rientrante nelle categorie di figure previste dai progetti presentati dalle ASL	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Dipartimento Prevenzione SPRESAL	DIRETTORE SPRESAL DIPARTIMENTO PREVENZIONE	DR ALESSANDRO MACCURO E DR GERMANO CASSINA	ALESSANDRO.MACCURO@ASLVCO.IT GERMANO.CASSINA@ASLVCO.IT
	8.4 Programmi organizzati di Screening	8.4.1 Aumentare l’adesione ai programmi e migliorare l’appropriatezza prescrittiva, qualità ed efficienza dei servizi offerti	Azione 1. Realizzazione di almeno un’iniziativa informativa rivolta a cittadini e operatori	Campagna informativa erogata	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività Consultoriale	SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Invitare la popolazione bersaglio a sottoporsi a screening (per tipologia)	Report con il numero di persone invitate a sottoporsi a screening rispetto alla popolazione bersaglio	Trimestrale	Numero di persone invitate/popolazione bersaglio = 100% (+- 3%)	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività Consultoriale	SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE e Controllo di gestione	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
			Azione 3. Progetti territoriali per raggiungere soggetti fragili e fasce svantaggiate della popolazione	Progetto territoriale avviato	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività Consultoriale	SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
			Azione 4. Erogare gli esami di screening alla popolazione bersaglio (per tipologia di screening)	Report con il numero di persone sottoposte a screening rispetto alla popolazione bersaglio	Trimestrale	Screening mammografico: 60 - 63% Screening cervico-vaginale: 49 - 52% Screening colon-rettale: 50 - 53% (le percentuali annuali potranno variare su indicazione regionale)	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività Consultoriale,Controllo di gestione	SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
			Azione 5. Ridurre le mammografie effettuate extra – screening	Report di sintesi	Trimestrale	n. di mammografie extra – screening effettuate nel SSR/totale mammografie (screening + extra – screening) effettuate nel SSR	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività Consultoriale, SOC Radiologia,Controllo di gestione	SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
			Azione 6. Ridurre i Pap/HPV test effettuati extra – screening	Report di sintesi	Trimestrale	n. di Pap/HPV test extra – screening effettuati nel SSR/totale di Pap/HPV test (screening + extra screening) effettuati nel SSR	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività Consultoriale,Controllo di gestione	SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
			Azione 7. Ridurre i test FIT effettuati extra – screening	Report di sintesi	Trimestrale	n. di test FIT extra – screening effettuati nel SSR/totale di test FIT (screening + extra screening) effettuati nel SSR	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività Consultoriale,Controllo di gestione	SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
	8.5 Veterinaria e Sicurezza Alimentare	8.5.1 Audit interni e le verifiche di efficacia in materia di controlli sulla sicurezza alimentare	Azione 1. Effettuare almeno un audit interno in materia di sicurezza alimentare	Report dell’audit interno – consegna gennaio 2026	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, GRUPPO AZIENDALE PAISA (SVET A B C e SIAN) , DIREZIONE DIPARTIMENTO PREVENZIONE	COORDINATORE GRUPPO AZIENDALE PAISA, DIRETTORE DIPARTIMENTO PREVENZIONE	DR PAOLO BRUSASCO E DR GERMANO CASSINA	PAOLO.BRUSASCO@ASLVCO.IT GERMANO.CASSINA@ASLVCO.IT
		8.5.2 Sorveglianza sul farmaco animale	Azione 1 Ispezioni Farmacosorveglianza Animali DPA (Allevamenti Zootecnici) nell’ambito del Piano Nazionale di Farmacosorveglianza 2024-2026	Report di monitoraggio ispezioni per raggiungimento standard NSG	Semestrale	SI/NO (PZ10 indicatore CORE)	Dicembre con inserimento fino al 7 gennaio	Direzione aziendale, DIPARTIMENTO PREVENZIONE SOSD SVET C	DIRETTORE SOSD SVET C	DR FERNANDO POLLE ANSALDI	FERNANDO.POLLEANSALDI@ASLVCO.IT
			Azione 2 Ispezioni Farmacosorveglianza Attività N-DPA (Strutture Veterinarie, Farmacie, Veterinari,Stabulari, Scuderie, Grossisti) nell’ambito del Piano Nazionale di Farmacosorveglianza 2024-2026	Report di monitoraggio ispezioni per raggiungimento standard NSG	Semestrale	SI/NO (PZ10 indicatore CORE)	Dicembre con inserimento fino al 7 gennaio	Direzione aziendale, DIPARTIMENTO PREVENZIONE SOSD SVET C	DIRETTORE SOSD SVET C	DR FERNANDO POLLE ANSALDI	FERNANDO.POLLEANSALDI@ASLVCO.IT
		8.5.1 Sanità animale	Azione 1. Controlli Ufficiali di Identificazione e Registrazione (I&R) come da indicazioni regionali	Report di monitoraggio controlli effettuati per raggiungimento standard NSG	Quadrimestrale	SI/NO (PZ10 indicatore CORE)	Dicembre con inserimento fino al 7 gennaio	Direzione aziendale, DIPARTIMENTO PREVENZIONE SOC SVET A	DIRETTORE SOC SVET A	DR ANTONIO MAIDA	ANTONIO.MAIDA@ASLVCO.IT
			Azione 2. Attività di Bonifica sanitaria negli allevamenti bovini da riproduzione del territorio per Tubercolosi, Brucellosi e Leucosi Bovina Enzootica	Report di monitoraggio controlli effettuati per raggiungimento standard NSG	Quadrimestrale	SI/NO (PZ09 indicatore NO CORE)	Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DIPARTIMENTO PREVENZIONE SOC SVET A	DIRETTORE SOC SVET A	DR ANTONIO MAIDA	ANTONIO.MAIDA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Controlli Ufficiali effettuati nei Canili presenti sul territorio	Report di monitoraggio controlli effettuati per raggiungimento LEA (NON COMPARE NEL MANUALE standard NSG) standard NSG	Quadrimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DIPARTIMENTO PREVENZIONE SOC SVET A	DIRETTORE SOC SVET A	DR ALONGE SALVATORE	SALVATORE.ALONGE@ASLVCO.IT
	8.6 Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive, preparazione e risposta a una pandemia influenzale	8.6.1 Predisposizione ed attuazione delle misure di preparazione per la gestione di un’epidemia pandemica (PanFlu)	Azione 1. Predisposizione di un piano pandemico aziendale	Piano pandemico aziendale	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Dipartimento Prevenzione SOC SISP	DIRETTORE SOC SISP GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE DIPARTIMENTO PREVENZIONE	DR GIUSEPPE SCUTO	GIUSEPPE.SCUTO@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	8.7 Piano Nazionale di Contrasto all'Antibiotico Resistenza (PNCAR)	8.7.1 Riduzione del consumo delle molecole antibiotiche secondo le indicazioni regionali	Azione 1. Riduzione del consumo delle molecole antibiotiche	Report di monitoraggio	Annuale	Riduzione del consumo delle molecole antibiotiche come da indicazioni regionali	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia, Direzione Ospedaliera e tutti i reparti afferenti, Distretto	DIREZIONE OSPEDALIERA- Rischio Infettivo	DR.SSA ORIETTA OSSOLA	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT
	8.8 Salute, ambiente, biodiversità e cambiamenti climatici	8.8.1 Sistema regionale di prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS)	Azione 1. Rimodulazione dell'organizzazione aziendale in coerenza con i principi della D.G.R. n. 23-7841 del 4 dicembre 2023 e del Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77	Piano progettuale aziendale specifico	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, SOC SISP Dipartimento di Prevenzione	SOC SISP E DIPARTIMENTO PREVENZIONE	DR GIUSEPPE SCUTO	GIUSEPPE.SCUTO@ASLVCO.IT
9 Assistenza Territoriale/Di strettuale	9.1 Accesso ai servizi e presa in carico COT	9.1.1 Formazione agli operatori	Azione 1. Attivazione percorsi di formazione per gli operatori sanitari e non sanitari.	Report di sintesi degli incontri	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto, Formazione	Direttore DISTRETTO	DR LUCIANO GIROLDINI	LUCIANO.GIROLDINI@ASLVCO.IT
		9.1.2 Monitoraggio pazienti presi in carico attraverso le COT	Azione 1. Numero pazienti presi in carico attraverso le COT rispetto altre modalità	Report di sintesi dei pazienti presi carico per setting assistenziale	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR LUCIANO GIROLDINI	LUCIANO.GIROLDINI@ASLVCO.IT
	9.2 Assistenza alle persone disabili	9.2.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza alle persone con disabilità	Azione 1. Attivare e condurre un tavolo di monitoraggio sui LEA presso il territorio di competenza	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Analizzare il fabbisogno di residenzialità per le diverse tipologie di unità di offerta alla luce dei mutamenti epidemiologici e dei bisogni emergenti	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Monitorare gli inserimenti, il livello CIA per struttura erogatrice	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
		9.2.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	Azione 1. Assicurare che nell'inserimento del paziente in struttura e nell'articolazione delle strutture si faccia riferimento alla normativa regionale/nazionale in vigore.	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
	9.3 Assistenza alle persone non autosufficienti	9.3.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza alle persone non autosufficienti	Azione 1. Attivare e condurre un tavolo di monitoraggio sui LEA presso il territorio di competenza	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Analizzare il fabbisogno di residenzialità per le diverse tipologie di unità di offerta alla luce dei mutamenti epidemiologici e dei bisogni emergenti	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Monitorare gli inserimenti, il livello di gravità e la struttura scelta	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
		9.3.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	Azione 1 Assicurare che nell'inserimento del paziente in struttura e nell'articolazione delle strutture si faccia riferimento alla normativa regionale/nazionale in vigore.	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
	9.4 Assistenza domiciliare integrata	9.4.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza domiciliare integrata	Azione 1 Attivare e condurre un tavolo di monitoraggio sui LEA presso il territorio di competenza	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Analizzare il fabbisogno per le diverse tipologie di unità di offerta alla luce dei mutamenti epidemiologici e dei bisogni emergenti	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 3. Monitorare gli inserimenti e il livello CIA	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
		9.4.2 Incremento delle prese in carico in linea con gli obiettivi del PNRR 2025	Azione 1 Aumentare il numero dei pazienti presi in carico	Provvedimento di monitoraggio	Mensile	Raggiungimento degli obiettivi PNRR	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
	9.5 Assistenza primaria e continuità assistenziale	9.5.1 Implementazione delle Case della Comunità e delle relative figure di riferimento	Azione 1. Adottare le linee di indirizzo regionali per il funzionamento delle CdC	Provvedimento di programmazione	n.a.	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Definire linee di indirizzo aziendali per la programmazione dell'Assistenza Territoriale	Linee di indirizzo	n.a.	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
		9.5.2 Riordino delle forme organizzative dell'assistenza primaria (AFT e UCCP)	Azione 1. Adottare il piano aziendale progettuale relativo all'articolazione del nuovo modello organizzativo in ciascun ambito aziendale e distrettuale in attuazione delle linee di indirizzo regionali (Forme organizzative dell'assistenza primaria: aggregazioni funzionali territoriali e unità complesse cure primarie, D.G.R. n. 31-8647 del 27 maggio 2024)	Piano progettuale aziendale specifico	n.a.	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Definire il piano di evoluzione verso il nuovo modello di riordino delle cure primarie sul proprio territorio, sulla base degli indirizzi regionali e della normativa regionale e nazionale vigente	Piano di evoluzione	n.a.	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
	9.6 Cure palliative e terapia del dolore	9.6.2 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per le cure palliative	Azione 1 Attivare e condurre un tavolo di monitoraggio sui LEA presso il territorio di competenza	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto, Cure palliative, Controllo di gestione	Responsabile CURE PALLIATIVE	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Analizzare il fabbisogno di residenzialità per le diverse tipologie di unità di offerta alla luce dei mutamenti epidemiologici e dei bisogni emergenti	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto, Cure palliative, Controllo di gestione	Responsabile CURE PALLIATIVE	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
			Azione 1 Attivare e condurre un tavolo di monitoraggio sui LEA presso il territorio di competenza	Report di sintesi	Trimestale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOC SerD, Controllo di gestione	DIRETTORE SOC SERD Dr.ssa Chiara Crosa Lenz	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	9.7 Dipendenze patologiche	9.7.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA per l'assistenza alle persone con dipendenze patologiche	Azione 2. Analizzare il fabbisogno di residenzialità per le diverse tipologie di unità di offerta alla luce dei mutamenti epidemiologici e dei bisogni emergenti	Report di sintesi	Trimestale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	SOC SERD	DIRETTORE SOC SERD Dr.ssa Chiara Crosa Lenz	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Monitorare gli inserimenti, il livello di gravità e la struttura scelta	Report di sintesi	Trimestale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	SOC SERD	DIRETTORE SOC SERD Dr.ssa Chiara Crosa Lenz	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
		9.7.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	Azione 1 Assicurare che nell'inserimento del paziente in struttura e nell'articolazione delle strutture si faccia riferimento alla normativa regionale/nazionale in vigore.	Report di sintesi	Trimestale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	SOC SERD	DIRETTORE SOC SERD Dr.ssa Chiara Crosa Lenz	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
	9.8 Salute mentale	9.8.1 Monitoraggio e controllo dell'erogazione dei LEA nell'ambito della salute mentale	Azione 1 Attivare e condurre un tavolo di monitoraggio sui LEA presso il territorio di competenza	Report di sintesi	Trimestrale	Si	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSM	Direttore DSM	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Analizzare il fabbisogno di residenzialità per le diverse tipologie di unità di offerta alla luce dei mutamenti epidemiologici e dei bisogni emergenti	Report di sintesi	Trimestrale	No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSM	Direttore DSM	DR.SSA SILVIA FERRARIS	SILVIA.FERRARIS@ASLVCO.IT
			Azione 3. Monitorare gli inserimenti, il livello di gravità e la struttura scelta	Report di sintesi	Trimestrale	No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSM	Direttore DSM	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
		9.8.2 Garantire la coerenza con la normativa regionale attuale	Azione 1. Assicurare che nell'inserimento del paziente in struttura e nell'articolazione delle strutture si faccia riferimento alla normativa regionale/nazionale in vigore.	Report di sintesi	Trimestrale	Si	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSM	Direttore DSM	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
	9.9 Percorsi di salute e diagnostico terapeutico ed assistenziali (PSDTA)	9.9.1 Implementazione dei PDTA regionali	Azione 1. Implementare i PDTA regionali a livello aziendale	Implementazione e azioni di sviluppo PSDTA a livello locale	n.a.	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Qualità, Programmazione progettazione sanitaria integrata	QUALITA'	DR.SSA DOMENICA FIORE	DOMENICA.FIORE@ASLVCO.IT
			Azione 2. Adottare meccanismi di controllo dell'aderenza al PDTA e di appropriatezza erogativa	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Qualità, Programmazione progettazione sanitaria integrata	Programmazione progettazione sanitaria integrata	DR LUIGI PETRONE	LUIGI.PETRONE@ASLVCO.IT
	9.10 Sanità Penitenziaria	9.10.1 Organizzazione del servizio aziendale di sanità penitenziaria	Azione 1. Definire la propria organizzazione interna uniformandosi al modello regionale definito dalla sopracitata D.G.R.	Documento di recepimento	n.a.	Si/No	Giugno 25	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
		9.10.2 Monitoraggio dello stato di realizzazione e funzionamento della rete regionale	Azione 2. Verificare lo stato dell'offerta sanitaria degli istituti penitenziari del Piemonte e armonizzare l'erogazione dei LEA sul territorio regionale	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
		9.10.3 Implementazione della telemedicina per garantire un'adeguata assistenza a tutti i soggetti riducendo la loro movimentazione	Azione 1 Attivare servizi di telemedicina in via progressiva per i pazienti in ambito di sanità penitenziaria nel rispetto della programmazione definita con specifico atto da Azienda Zero	Report di avanzamento	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR SILVANO ZANOLA	SILVANO.ZANOLA@ASLVCO.IT
	9.11 Salute materno-infantile e Consultori familiari	9.11.1 Potenziamento delle attività dei consultori	Azione 1. Efficientare le attività nei consultori	Analisi economica e delle attività erogate rispetto ai principi di efficienza, efficacia ed economicità.	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività consultoriale e Dipartimento Materno Infantile	Responsabile SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
		9.11.2 Definizione di modelli di intervento di contrasto a violenza domestica, abuso e maltrattamento in gravidanza e nei primi anni di vita del bambino	Azione 1. Declinazione del modello di monitoraggio.	Report di monitoraggio periodico	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, SOS Attività consultoriale e Dipartimento Materno Infantile	Responsabile SOS ATTIVITA' CONSULTORIALE	DR.SSA LAURA MINIONI	LAURA.MINIONI@ASLVCO.IT
	9.12 Emergenza territoriale e trasporti	9.12.1 Verifica della performance della rete 118	Azione 1. Monitorare l'efficienza di funzionamento della rete 118 verificando il tempo di attività, la permanenza del paziente sull'ambulanza, etc. A	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Azienda Zero	Azienda Zero	AZIENDA ZERO	
		9.12.2 Verifica della performance dei trasporti secondari	Azione 1. Monitorare l'efficienza di funzionamento dei trasporti secondari	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Distretto e Provveditorato con supporto di monitoraggio con Azienda Zero	DSO	DR.SSA ORIETTA OSSOLA	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT
	10.1 Rete dei punti nascita	10.1.1 Riduzione dell'incidenza di parto cesareo nelle gravidanze a basso rischio, secondo direttive regionali	Azione 1. Formalizzazione di un piano aziendale per migliorare le procedure e prassi ostetriche nella gestione delle gravidanze a basso rischio	Approvazione del piano aziendale e trasmissione dello stesso a Regione	Annuale	Si/No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSO, Dipartimento Materno Infantile, DIPSA	Direttore DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	DR ALBERTO ARNULFO	ALBERTO.ARNULFO@ASLVCO.IT
		10.1.2 Verifica alla presenza nel blocco travaglio/parto di ciascun PN (punto nascita) sul rispetto del numero di ostetriche per turno allo standard definito da Linee guida nazionali	Azione 1. Garantire la presenza minima di personale ostetrico nei blocchi travaglio/parto in linea con gli standard per PN di I e II Livello	Piano aziendale operativo per la verifica e l'adeguamento ai requisiti normativi e delle linee guida su qualità, sicurezza, appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita	Annuale	Si/No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSO, Dipartimento Materno Infantile, DIPSA	Diretore DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE e Direttore DIPSA	DR MARCELLO SENESTRARO	MARCELLO.SENESTRARO@ASLVCO.IT
	10.2 Rete malattie rare	10.2.1 Garantire continuità assistenziale tramite connessioni strutturate tra i COMR (Centri di Riferimento delle Malattie Rare) e i Care Manager/Referenti della ASL	Azione 1. Definire e adottare un percorso aziendale per l'implementazione, da parte del Care Manager della ASL, dei servizi di prossimità e delle Reti integrate inseriti nei percorsi assistenziali, attraverso la connessione diretta con la COT-A o la COT-D secondo l'organizzazione aziendale.	Stesura di un percorso aziendale e trasmissione dello stesso a Regione	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e Distretto	Distretto	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
		10.2.2 Miglioramento dell'assistenza dei cittadini affetti da Malattie Rare	Azione 1. Implementare il Registro delle Malattie Rare per avere una banca dati centralizzata	Relazione aziendale sulla continua implementazione del registro delle malattie rare	Trimestrale		Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto, DSO, Farmacia, Nefrologia	Distretto, Referente Malattie Rare	MAURIZIO BORZUMATI	MAURIZIO.BORZUMATI@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
10 Reti di specialità per l'integrazione Ospedale-Territorio	10.3 Rete medicine specialistiche	10.3.1 Potenziare l'integrazione dei servizi specialistici con il territorio attraverso modelli organizzativi uniformi	Azione 1. Definire percorsi di salute e diagnostici terapeutici assistenziali specialistici integrati con le nuove tecnologie e in linea con le direttive regionali	Relazione sullo sviluppo ed l'implementazione dei percorsi integrati Ospedale-Territorio	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Distretto, ICT	Responsabile Governo Clinico Qualità e Apprrpiatezza	DR.SSA DOMENICA FIORE	DOMENICA.FIORE@ASLVCO.IT
	10.4 Rete oncologica	10.4.1 Rafforzamento del governo e del monitoraggio della rete oncologica	Azione 1. Attuazione degli obiettivi, le attività e il cronoprogramma per la gestione del paziente oncologico secondo le direttive regionali	Relazione sull'attuazione degli obiettivi, le attività e il cronoprogramma per la gestione del paziente oncologico	Trimestrale		Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DSO, Oncologia, Qualità, Azienda Zero	Oncologia	DR MARIO FRANCHINI	MARIO.FRANCHINI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Facilitare l'accessibilità alla rete e della continuità assistenziale	Relazione di mappatura per i Punti di Accesso aziendali/CAS e altri Centri di riferimento	Trimestrale		Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DSO, Oncologia, Qualità, Azienda Zero	Oncologia	DR MARIO FRANCHINI	MARIO.FRANCHINI@ASLVCO.IT
			Azione 3. Implementare un sistema di raccolta dati per monitorare il numero di interventi eseguiti e il rispetto del PDTA aziendale	Relazione con l'analisi del volume di interventi, la valutazione del PDTA adottato e le azioni di miglioramento intraprese.	Semestrale	Numero di interventi annui sui tumori della mammella rispetto agli standard (≥135 casi/anno) o percentuale di pazienti indirizzati verso Centri di riferimento	Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DSO, Oncologia, Qualità, Azienda Zero	Oncologia	DR MARIO FRANCHINI	MARIO.FRANCHINI@ASLVCO.IT
			Azione 1. Sintesi delle evidenze scientifiche sui farmaci per la sedazione palliativa	Report di sintesi	Trimestrale		Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DSO, Oncologia, Farmacia, Distretto - Cure palliative, Qualità	FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
		10.4.2 Fine vita nei pazienti oncologici	Azione 2. Analisi del consumo di farmaci, prestazioni e altre risorse sanitarie nel fine vita in pazienti oncologici	Report di sintesi	Trimestrale		Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DSO, Oncologia, Farmacia, Distretto - Cure palliative, Qualità	FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
			Azione 3. Individuazione di specifici indicatori oggetto di monitoraggio e di obiettivi aziendali	Elenco indicatori	Trimestrale		Dicembre 25, 26, 27	Direzione aziendale, DSO, Oncologia, Farmacia, Distretto - Cure palliative, Qualità	FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
			Azione 4. Monitoraggio del setting di cura scelto più appropriato	Report di sintesi	Trimestrale		Gennaio 26	Direzione aziendale, DSO, Oncologia, Farmacia, Distretto - Cure palliative, Qualità, Controllo di gestione	Oncologia	DR MARIO FRANCHINI	MARIO.FRANCHINI@ASLVCO.IT
			10.5 Rete ospedaliera, Rete dell'emergenza urgenza e patologie tempo dipendenti	10.5.1 Qualificazione dell'assistenza ospedaliera	Azione 1. Stesura e approvazione del documento di programmazione aziendale dell'assistenza Ospedaliera, secondo direttive regionali	Stesura e approvazione del documento aziendale	N. A.	Si / No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSO e tutte le Strutture ospedaliere afferenti	DSO
	Azione 2. Monitoraggio degli accessi e tempi di attesa al pronto soccorso	Analisi e miglioramento sul numero di accessi al Pronto soccorso Aziendale dei pazienti a potenziale rischio di inappropriatezza anche per quanto riguarda i pazienti cronici e fragili			Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e tutte le Strutture ospedaliere afferenti, Distretto	MECAU e DISTRETTO	DR PAOLO GRAMATICA	PAOLO.GRAMATICA@ASLVCO.IT
	Azione 3. Monitoraggio del percorso intraziendale in emergenza urgenza	Analisi e miglioramento degli scostamenti rilevati rispetto la programmazione aziendale e regionale, ed azioni avviate per il superamento delle criticità			Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e tutte le Strutture ospedaliere afferenti DIPSA	DSO DIPSA AR (Percorso PRIMA (recuperare documento))	DR PAOLO GRAMATICA	PAOLO.GRAMATICA@ASLVCO.IT
	Azione 4. Monitoraggio dei ricoveri da PS, con particolare riferimento ai codici triage verde o inferiore	Relazione delle evidenze emerse, ed azioni avviate per il superamento delle criticità			Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e tutte le Strutture ospedaliere afferenti	DSO MECAU	DR PAOLO GRAMATICA	PAOLO.GRAMATICA@ASLVCO.IT
	Azione 5. Gestione del boarding in PS	Misurazione e riduzione del boarding in PS			Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Controllo di gestione e tutte le Strutture ospedaliere afferenti MECAU DIPSA	DSO	DR.SSA ORIETTA OSSOLA	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT
	10.6 Rete riabilitazione e lungodegenza	10.6.1 Garantire l'appropriatezza e personalizzazione dei percorsi riabilitativi	Azione 1. Implementazione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) come strumento centrale per la presa in carico dei pazienti in riabilitazione e lungodegenza.	Piano operativo per l'adozione del PRI in tutte le unità di riabilitazione delle strutture sanitarie.	Annuale	Si / No	Giugno 25	Direzione Aziendale, Dipartimento Interaziendale funzionale trasmurale di Medicina Fisica e Riabilitativa (capofila), RRF, Distretto, COT, NCA	Direttore RRF	DR.SSA SILVIA ROSSI	SILVIA.ROSSI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Monitoraggio delle prestazioni erogate rispetto gli atti di programmazione regionale	Relazione degli scostamenti rilevati rispetto alla programmazione aziendale, ed azione avviate per il superamento delle criticità	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Dipartimento Interaziendale funzionale trasmurale di Medicina Fisica e Riabilitativa (capofila), RRF, Distretto, COT, NCA	Direttore RRF	DR.SSA SILVIA ROSSI	SILVIA.ROSSI@ASLVCO.IT
		10.6.2 Potenziare l'offerta dei servizi riabilitative e di lungo degenza	Azione 1. Estensione dei servizi riabilitativi domiciliari per garantire la continuità assistenziale e migliorare l'accesso alle cure	Piano annuale di erogazione delle prestazioni riabilitative domiciliari.	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Dipartimento Interaziendale funzionale trasmurale di Medicina Fisica e Riabilitativa (capofila), RRF, Distretto, COT, NCA	Direttore RRF	DR.SSA SILVIA ROSSI	SILVIA.ROSSI@ASLVCO.IT
	10.7 Rete trapiantologica	10.7.1 Incrementare l'attività di donazioni di organo e di trapianto di organi e tessuti	Azione 1. Attivazione di percorsi aziendali specifici per il procurement	Azioni aziendali attivate per il miglioramanto dell'assetto organizzativo per procurement	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Direzione Sanitaria, DSO e COP	Coordinatore Ospedaliero per il Procurement di Organi e Tessuti (COP)	DR.SSA DOMENICA FIORE	DOMENICA.FIORE@ASLVCO.IT
			Azione 2. Sviluppo del sistema delle donazioni di organi e trapianto	Analisi e sviluppo del sistema delle donazioni di organo e trapianti	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Direzione Sanitaria, DSO e COP	Coordinatore Ospedaliero per il Procurement di Organi e Tessuti (COP)	DR.SSA DOMENICA FIORE	DOMENICA.FIORE@ASLVCO.IT
		10.8.1 Potenziamento e monitoraggio della Rete dei Servizi di Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile	Azione 1. Aggiornamento del Piano organizzativo aziendale per la Rete dei Servizi di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile	Piano organizzativo aziendale	Annuale	No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSM, NPI	Direttore DSM	DR.SSA SILVIA FERRARIS	SILVIA.FERRARIS@ASLVCO.IT
		10.8.2 Eliminazione dell'uso della "camicia di forza"	Azione 1. Analisi iniziale e mappatura delle pratiche di contenzione meccanica nei SPDC	Report di mappatura as is	Annuale	Si	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSM, NPI	Direttore DSM	DR.SSA SILVIA FERRARIS	SILVIA.FERRARIS@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	10.8 Rete dei servizi psichiatrici di diagnosi e di cura	contenzione meccanica nei luoghi di cura della salute mentale	Azione 2. Implementazione di protocolli operativi standard per la gestione dei pazienti in stato di agitazione in accordo con le direttive regionali	Protocolli approvati e adottati	Annuale	No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSM, NPI	Direttore DSM	DR.SSA SILVIA FERRARIS	SILVIA.FERRARIS@ASLVCO.IT
		10.8.3 Potenziamento di percorsi alternativi per pazienti psichiatrici autori di reato	Azione 1. Definizione di prassi aziendali e distrettuali per la presa in carico dei pazienti in REMS	Protocollo interno di presa in carico in REMS	Annuale	No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSM, NPI	Direttore DSM	DR.SSA SILVIA FERRARIS	SILVIA.FERRARIS@ASLVCO.IT
			Azione 2. Monitoraggio e valutazione dei percorsi alternativi implementati, con un focus sui risultati clinici e sul reinserimento sociale	Report annuale sull’efficacia dei percorsi alternativi alle REMS.	Annuale	Si	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSM, NPI	Direttore DSM	DR.SSA SILVIA FERRARIS	SILVIA.FERRARIS@ASLVCO.IT
		10.8.4 Adeguamento alle indicazioni regionali previste nella D.G.R. n. 14-8045 del 29/13/2023	Azione 1. Adozione di un atto aziendale e rispettivi nuovi contratti per la riconversione dei posti letto	Atto aziendale di riconversione dei posti letto	N. A.	No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSM, NPI	Direttore DSM	DR.SSA SILVIA FERRARIS	SILVIA.FERRARIS@ASLVCO.IT
	10.9 Rete delle patologie neurodegenerative	10.9.1 Potenziare la rete di assistenza per migliorare l’accesso ai servizi e la qualità delle cure	Azione 1. Miglioramento dell’assistenza per persone affette da patologie neurodegenerative	Report su mappatura dei servizi in essere	Annuale	Si / No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSO, Geriatria, Neurologia, Distretto, Governo Clinico Qualità e appropriatezza	Drettore Neurologia	DR LUIGI PETRONE	LUIGI.PETRONE@ASLVCO.IT
			Azione 2. Formazione per il personale sulle migliori pratiche di assistenza per patologie neurodegenerative	Piano formativo annuale	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Geriatria, Neurologia, Distretto, Formazione	Responsabile Formazione	DR MARINO BARASSI	MARINO.BARASSI@ASLVCO.IT
	10.10 Reti trasfusionali	10.10.1 Implementazione del Piano organizzativo aziendale per la Rete Trasfusionale in linea con le direttive regionali	Azione 1. Aggiornamento del Piano organizzativo aziendale per la Rete Trasfusionale	Piano organizzativo aziendale	N. A.	Si / No	Giugno 25	Direzione Aziendale, Dipartimento laboratori	Direttore DIPARTIMENTO LABORATORI	DR.SSA ERMANNA COTTI	ERMANNA.COTTI@ASLVCO.IT
		10.10.2 Incrementare la raccolta di sangue sul territorio e potenziare il personale dedicato alle attività trasfusionali	Azione 1. Progettazione ed erogazione di un corso di formazione per il personale medico e infermieristico	Erogazione corso per il personale medico e infermieristico	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Dipartimento laboratori	Direttore DIPARTIMENTO LABORATORI	DR.SSA ERMANNA COTTI	ERMANNA.COTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Monitoraggio dell’attività svolta e analisi differenziale con il programmato	Report di monitoraggio sull’attività svolta e comunicata sul sistema regionale rispetto al programmato	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Dipartimento laboratori	Direttore DIPARTIMENTO LABORATORI	DR.SSA ERMANNA COTTI	ERMANNA.COTTI@ASLVCO.IT
	10.11 Ulteriori reti di specialità	10.11.1 Miglioramento nella gestione delle terapie intensive e sub-intensive, in accordo con il mutato scenario nazionale e regionale	Azione 1. Aggiornamento del Piano Aziendale per la gestione delle terapie intensive	Revisione e aggiornamento del Piano aziendale	N. A.	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e Dipartimento di Patologie Chirurgiche e Mediche	Direttore DIPARTIMENTO PATOLOGIE CHIRURGICHE	DR FABIO SCIUTTI	FABIO.SCIUTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Monitoraggio dell’attività previste dal Piano Aziendale per la gestione delle terapie intensive	Report di monitoraggio	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e Dipartimento di Patologie Chirurgiche e Mediche	Direttore DIPARTIMENTO PATOLOGIE CHIRURGICHE	DR FABIO SCIUTTI	FABIO.SCIUTTI@ASLVCO.IT
	11.1 Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	11.1 Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)	Azione 1. Indicatori NSG	Aderenza agli standard indicatori NSG	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e reparti afferenti, Distretto e Dipartimento di Prevenzione, Controllo di Gestione	Direttore DSO	DR.SSA ORIETTA OSSOLA	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT
	11.2 Liste d’attesa	11.2.1 Revisione dell’offerta e della domanda	Azione 1 Monitoraggio delle attività e delle prestazioni erogate in regime istituzionale e di libera professione	Redazione Piano aziendale governo liste attesa e suo monitoraggio	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Libera Professione	Responsabile LP	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 2 Miglioramento della Produzione e Monitoraggio proattivo delle prestazioni erogate rispetto al fabbisogno definito da atti di programmazione regionale	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO-ASA, Distretto	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 3 Messa a regime della totale visibilità delle agende da parte dei sistemi informativi regionali, sia per il primo accesso che per i controlli successivi	Report di monitoraggio	n.a.	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 4 Messa a regime delle agende digitali per quadrante rispetto al catalogo regionale adottato	Report di monitoraggio	n.a.	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, ICT	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 5 Sistema di monitoraggio sul rapporto personale/prestazioni erogate	Report di monitoraggio sull’erogazioni delle prestazioni in regime ordinario e in regime di prestazioni aggiuntive	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale, DSO	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 6 Attuazione NCUP (D.G.R. 4 ottobre 2024, n. 28-238)	Report di monitoraggio sull’erogazioni delle prestazioni	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e ICT	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 7 Monitoraggio delle attività e delle prestazioni erogate	Riduzione tempi e liste di attesa per visite/prestazioni e ricoveri	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO	Direttore DSO	DR.SSA ANTONELLA TEDESCO	ANTONELLA.TEDESCO@ASLVCO.IT
			Azione 8 Prestazioni prenotate CUP 2025 e Prestazioni erogate Flusso C 2025	Relazione tra le prestazioni erogate e le prestazioni prenotate con rapporto minore o uguale a 1,00	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO-ASA, ICT	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 9 Comunicazione	Corretta comunicazione tramite i siti web aziendali	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, URP	Responsabile URP	SIG. MASSIMO NOBILI	MASSIMO.NOBILI@ASLVCO.IT
			Azione 10 Sviluppo del piano di miglioramento dell’appropriatezza	Analisi e miglioramento dell’appropriatezza e monitoraggio	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Qualità	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
			Azione 11 Verifiche e controlli delle liste e dei tempi di attesa	Evidenza della conformità ai requisiti contenuti nella Check list regionale per la verifica e il controllo delle liste di attesa e dei tempi di attesa		Si / No	Giugno 25	Direzione Aziendale, DSO, Libera Professione	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT
	11.3 Gestione delle prescrizioni mediche e monitoraggio erogazione con ricetta dematerializzata	11.3.1 Monitoraggio sull’utilizzo delle ricette dematerializzate e cartacee	Azione 1. Implementazione di tutte le azioni necessarie volte all’incremento nell’utilizzo delle ricette dematerializzate	Monitoraggio dei soggetti autorizzati dall’Azienda alla prescrizione dematerializzata attraverso le soluzioni definite da sistema TS	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Distretto, ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
			Azione 2. Puntuale monitoraggio delle ricette cartacee e dei registri di consegna dei ricettari da parte dei MMG/PLS	Relazione sul monitoraggio delle ricette cartacee distribuite e sulla completezza dei registri di consegna dei ricettari	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR LORENZO GAVIRAGHI	LORENZO.GAVIRAGHI@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO	
11 Linee di intervento trasversali	11.4 Attività libero professionale intramuraria (ALPI)		Azione 3. Completamento del processo di dematerializzazione nel sistema SAR/SAC delle prestazioni ambulatoriali	Completamento del processo di dematerializzazione nel sistema SAR/SAC delle prestazioni ambulatoriali	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO-ASA, ICT	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT	
		11.4.1 Adozione del Piano e Regolamento Aziendale per la libera professione intramuraria in conformità a quanto stabilito dalla D.G.R. regionale e alla normativa nazionale vigente in materia	Azione 1. Adozione di Piano e Regolamento aziendale adeguata all'esercizio della Libera Professione (autorizzazioni, convenzioni) rispetto alle normative nazionali e direttive regionali	Piano delle autorizzazioni e convenzioni	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Libera Professione	Responsabile Libera Professione	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT	
			Azione 2. Analisi aziendali sulle tariffe adottate per l'erogazione delle prestazioni	Determina aziendale di adozione delle tariffe	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Controllo di gestione, DSO, Libera Professione	Responsabile Libera Professione	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT	
			Azione 3. Analisi su accantonamenti a Fondo Balduzzi e Fondo di Perequazione, e al calcolo del Fondo dirigenza PTA e fondo Collaborazione	Report di verifica delle somme accantonate ai fondi e percentuale di accuratezza degli accantonamenti rilevati	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Libera Professione (e GEF per verifica)	Responsabile Libera Professione	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT	
			Azione 4. Definizione di tutte le attività effettuate in Libera Professione che non rientrano nelle modalità di ambulatoriale, ricovero e domiciliare	Report relativo la definizione delle attività effettuate in Libera Professione che non rientrano nelle modalità di ambulatoriale, ricovero e domiciliare	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Libera Professione	Responsabile Libera Professione	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT	
			Azione 5. Ricognizione degli spazi interni utili all'esercizio della Libera Professione	Mappa aggiornata degli spazi interni e report di utilizzo	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Libera Professione, Tecnico	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT	
		11.4.2 Monitoraggio trimestrale dell'attività libero professionale intramuraria	Azione 1. Verifica del rispetto dei limiti derivanti dal piano dei volumi di attività stabiliti dall'Azienda, l'Azienda deve declinare budget individuali da attribuire ai singoli dirigenti e relativi volumi di erogazione, che devono essere inferiore al piano annuale delle prestazioni erogate in attività istituzionale, sia ambulatoriale che ricovero.	Report di monitoraggio dei volumi di attività e confronto con l'attività svolta in regime istituzionale	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Libera Professione	Responsabile Libera Professione	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT	
	11.4.2 Monitoraggio trimestrale dell'attività libero professionale intramuraria	Azione 2. Monitoraggio delle Agende libero professionali e adozione di strumenti idonei degli orari di lavoro dedicati	Monitoraggio delle Agende libero professionali e adozione di strumenti idonei degli orari di lavoro dedicati.	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Libera Professione, Personale	Direttore DSO	DR.SSA LAURA SPAGNOLI	LAURA.SPAGNOLI@ASLVCO.IT		
	11.4.2 Monitoraggio trimestrale dell'attività libero professionale intramuraria	Azione 3. Monitoraggio sui pagamenti e relativa analisi sulla rilevazione contabile di costi e ricavi che deve rispettare l'autosostenibilità della Libera Professione	Monitoraggio sui pagamenti e relativa analisi sulla rilevazione contabile di costi e ricavi che deve rispettare l'autosostenibilità della Libera Professione	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Controllo di gestione, Libera Professione (e GEF per verifica)	Referente CONTROLLO DI GESTIONE	ING. FRANCESCO PELLERITI	FRANCESCO.PELLERITI@ASLVCO.IT		
	11.5 Rischio clinico	11.5.1 Ottenere un sistema integrato di segnalazione e monitoraggio per la gestione del rischio clinico e la promozione della sicurezza dei pazienti	Azione 1. Registrare sul portale SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) gli eventi sentinella e delle denunce di sinistro (N.B. Il SIMES non raccoglie gli eventi avversi ma solo eventi sentinella e denunce sinistri	Puntuale registrazione delle informazioni sul portale SIMES	SIMES Denunce di Sinistro: mensile SIMES Eventi Sentinella: tempistica definita ex D.M. 11/12/2009 n. 43079 ed ex D.D. n. 699/2014 (Scheda A al verificarsi dell'evento; Scheda B entro 45 gg da validazione regionale Scheda)	Si / No	Tempistiche definite nel PRRC	Direzione Aziendale, Rischio clinico, Legale	Referente LEGALE	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT	
		11.5.2 Mappare le attività volte alla gestione del rischio e della prevenzione dell'ICA (Infezione Correlate all'Assistenza)	Azione 1. Elaborazione di una griglia di mappatura e di un report sulle attività svolte	Relazione sulla mappatura delle attività e report conclusivo delle attività svolte		Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Rischio clinico,DSO, Legale	Responsabile Rischio Clinico	DR ALBERTO BELLOCCO	ALBERTO.BELLOCCO@ASLVCO.IT
		11.5.3 Allineare le strutture sanitarie alle indicazioni per la corretta gestione del contenzioso	Azione 1. Report annuale su attività dei Comitati di gestione sinistri realizzata in conformità alle indicazioni regionali	Report annuale		Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Legale, Rischio Clinico	COGESTITO LEGALE E RISCHIO CLINICO	DR ALBERTO BELLOCCO	ALBERTO.BELLOCCO@ASLVCO.IT
	11.6 Rapporti con gli erogatori pubblici e privati accreditati	11.6.1 Ottimizzare l'utilizzo delle risorse sanitarie per migliorare l'efficienza del sistema	Azione 1. Definizione di accordi contrattuali con le strutture private accreditate e pubbliche che includano parametri chiari di qualità e costi, attraverso valutazioni sul fabbisogno aziendale e verifiche periodiche	Individuazione negli Accordi contrattuali delle prestazioni da acquistare in corrispondenza dei fabbisogni definiti, e relazione dei risultati conseguiti	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT	
			11.6.2 Programmazione dell'erogazione delle prestazioni e degli accordi contrattuali necessari a soddisfare le esigenze di salute della popolazione	Azione 1. Monitoraggio dell'efficacia ed efficienza della programmazione per l'erogazione delle prestazioni in relazione ai contratti/accordi stipulati	Relazione sui sistemi di controllo e verifica dei risultati raggiunti, per garantire che i servizi forniti soddisfino gli standard previsti e rispondano alle necessità della popolazione	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
		Azione 2. Completo allineamento delle informazioni anagrafiche/contrattuali nelle applicazioni regionali e aziendali		Attestazione aziendale sulla verifica di allineamento (esempio coerenza dei posti letto e discipline: autorizzati, accreditati, contrattualizzati)	Annuale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto	Direttore DISTRETTO	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT	
		11.7.1 Garantire un sistema di programmazione integrata aziendale in rispetto degli obiettivi strategici e delle modalità di finanziamento stabilite da Regione	Azione 1. Predisposizione del Piano Triennale degli investimenti con l'indicazione del grado di priorità degli interventi, del fabbisogno finanziario e delle fonti di finanziamento individuate a copertura	Piano Triennale degli Investimenti secondo format regionale (All. D)	Annuale, in sede di approvazione di Bilancio Preventivo	Si / No	Entro il 30 ottobre di ogni anno	Direzione Aziendale, Tecnico, Economato, ICT e GEF	Direttore GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT	
			Azione 2. Adempimento delle indicazioni regionali necessarie a procedere all'acquisto (inserimenti in applicazione regionale e parere autorizzativo HTA regionale, ove applicabile)		Dichiarazione aziendale che attesti il rispetto dei requisiti previsti	In sede di presentazione del Piano Triennale degli Investimenti, nelle relazioni di bilancio trimestrali e consuntive	Si / No	N. A.	Direzione Aziendale, Tecnico - Ingegneria clinica	Responsabile TECNICO , Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. FRANCESCO GARZOTTO	FRANCESCO.GARZOTTO@ASLVCO.IT
		11.7.2 Appropriately dell'utilizzo di contributi in c/esercizio finalizzati alla realizzazione di	Azione 1. Adozione di una procedura aziendale coerente con quanto previsto dalla procedura regionale in materia di investimenti finanziati da rettifiche contributi c/esercizio	Determina Aziendale di adozione della procedura (inclusiva delle modalità di approvazione aziendali delle operazioni di PPP)	Annuale	Si / No	Giugno 25	Direzione Aziendale, Tecnico, Economato, ICT e GEF	Direttore GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT	

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	11.7 Investimenti	investimenti	Azione 2. Monitoraggio dell'appropriatezza della procedura di rettifica dei contributi c/esercizio per investimenti	Prospetto di ricognizione degli investimenti finanziati da rettifiche di contributi in c/esercizio e eventuali atti autorizzativi necessari	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico, Economato, ICT e GEF	Direttore GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
		11.7.3 Approprietezza dell'utilizzo di donazioni a titolo gratuito di beni e servizi	Azione 1. Adozione di un regolamento aziendale a tutela garanzia della par condicio tra i potenziali operatori interessati alla diffusione e promozione dei propri beni e servizi (esempio proprie tecnologie)	Determina Aziendale di adozione della procedura	Annuale	Si / No	Giugno 25	Direzione Aziendale, Tecnico, Economato, ICT, GEF	Responsabile TECNICO , Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. FRANCESCO GARZOTTO	FRANCESCO.GARZOTTO@ASLVCO.IT
			Azione 2. Verifica parere autorizzativo regionale HTA e preventivo provvedimento di giunta regionale che attesti la verifica della coerenza con la programmazione sanitaria regionale della Grande Apparecchiatura (esempio implementazione di tecnologie biomediche	Report di monitoraggio sulla coerenza degli atti aziendali adottati	Trimestrale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico - Ingegneria clinica, Economato	Responsabile TECNICO , Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. FRANCESCO GARZOTTO	FRANCESCO.GARZOTTO@ASLVCO.IT
			Azione 3. Verifica della sostenibilit� economico-finanziaria della donazione	Verifica della sostenibilit� economico-finanziaria della donazione indipendentemente dal costo di fornitura rispetto ai potenziali impatti organizzativi ed economico-finanziari	Preventiva all'adozione dell'atto aziendale	Si / No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico, Economato, Farmacia, ICT	Responsabile TECNICO , Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. FRANCESCO GARZOTTO	FRANCESCO.GARZOTTO@ASLVCO.IT
	11.8 Gestione crediti v/altri	11.8.1 Garantire il recupero tempestivo delle partite creditorie pregresse, al fine di ridurre il rischio di mancato incasso e interrompendo tempestivamente i termini di prescrizione delle partite creditorie	Azione 1. Implementare procedure strutturate per il monitoraggio e il recupero delle somme dovute	Report sull'andamento delle attivit� di recupero, con evidenza separata sul recupero delle quote svalutate	Trimestrale	Percentuale dell'importo dei crediti recuperati stratificato per annualit� superiore al 90%	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF, Libera professione, DSO, Legale	Referente LEGALE	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT
			Azione 2. Implementare azioni giuridiche finalizzate a interrompere tempestivamente i termini di prescrizione delle partite creditorie	Registro aggiornato delle azioni e solleciti per singola partita di credito	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF, Libera professione, DSO, Legale	Referente LEGALE	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT
			Azione 3. Attivit� di recupero del ticket sulle false attestazioni, disponibili sul Sistema TS	Relazione circa lo stato di avanzamento delle attivit� di recupero	Mensile	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto, Legale	Referente LEGALE	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT
		11.8.2 Garantire la corretta rappresentazione del valore dei crediti attraverso l'adeguamento periodico del fondo svalutazione crediti al valore di presumibile realizzo	Azione 1. Revisione e aggiornamento del fondo svalutazione crediti con adeguata analisi del rischio	Documento di revisione semestrale del fondo svalutazione crediti	Semestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF, Libera professione, Legale	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
		12.1.1 Aderenza appropriata alle raccomandazioni AIFA	Azione 1. Individuazione di specifici indicatori oggetto di monitoraggio, ove non ancora presenti, e del relativo target obiettivo in funzione del miglioramento dell'appropriatezza	Elenco indicatori, ad esempio 1. Pazienti in trattamento con enoxaparina 4.000 UI che fanno una prevenzione della TEV per un periodo superiore a 45 giorni; 2. Pazienti in trattamento con IPP, in nota 48, per un periodo superiore ad 8 settimane; 4. Pazienti in trattamento con IPP, in nota 1, che non hanno un concomitante trattamento cronico con farmaci antinfiammatori ed ASA; 5. Pazienti che utilizzano Oppioidi a Rapido Onset d'azione (ROO)e non effettuano un trattamento di fondo con oppioidi maggiori; 6. Pazienti con BPCO in trattamento con farmaci R03AK che hanno ricevuto una quantit� di farmaco superiore alla temporalit� di riferimento. 7. Confezionamenti cost-saving 8. Ulteriori indicatori che saranno trasmessi dalla Direzione sanit� o identificati dall'ASR.	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR MARCO POZZI E DR.SSA SOHEILA REYHANI	MARCO.POZZI@ASLVCO.IT SOHEILA.REYHANI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Raggiungimento del target previsto dagli indicatori	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR MARCO POZZI E DR.SSA SOHEILA REYHANI	MARCO.POZZI@ASLVCO.IT SOHEILA.REYHANI@ASLVCO.IT
		12.1.2 Uniformare le procedure di tracciamento e utilizzo dei farmaci off-label e Legge 648/96	Azione 1. Assicurare il corretto tracciamento aziendale sul consumo di farmaci off-label e Legge 648/96, negli applicativi per la valorizzazione dei flussi regionali in coerenza ai disciplinari	Report di sintesi delle procedure adottate e delle azioni di razionalizzazione aziendali perseguite	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA ELISABETTA ANDRIULO	ELISABETTA.ANDRIULO@ASLVCO.IT
		12.1.3 Valutazione d'uso di farmaci biologici e biosimilari con medesima indicazione terapeutica e/o diverso meccanismo d'azione al fine di incentivare l'utilizzo dei farmaci biologici a minor prezzo	Azione 1. Aggiornamento real-time della lista di farmaci biologici e biosimilari e dei relativi prezzi di acquisizione sulla base delle gare centralizzate dei soggetti aggregatori su cui porre gli obiettivi di prescrizione.	Report relativo all'aggiornamento della lista dei farmaci biologici a brevetto scaduto e riorganizzazione dell'acquisto delle scorte in una logica maggiormente appropriata	Trimestrale e in caso di nuove aggiudicazioni e/o variazioni di prezzo di gara regionale		Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Monitoraggio delle prescrizioni	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	Per Farmaci non oncologi:Dott.ssa Elisabetta Andriulo Per Farmaci Oncologici: Dott.ssa Rosa De Simone	ELISABETTA.ANDRIULO@ASLVCO.IT ROSA.DESIMONE@ASLVCO.IT
		12.1.4 Integrazione del campo codice diagnosi (ICD9-CM) all'interno del File F	Azione 1. Aggiunta dell'informazione nel tracciato di rendicontazione del File F(processo graduale da completare entro tempistiche definite con successivo atto regionale)	Aggiornamento delle informazioni aziendali	n.a.		Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia, ICT	Direttore FARMACIA	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
12 Assistenza Farmaceutica e Dispositivi Medici	12.1 Appropriatelyzza prescrittiva dei farmaci	12.1.5 Valutazione dei farmaci a brevetto scaduto di sintesi chimica e confronto con i relativi farmaci equivalenti, al fine di incentivare l'utilizzo di quelli a minor prezzo; tenendo conto dei prezzi aggiudicati a gara per gli acquisti diretti e del prezzo di rimborso SSN per la spesa convenzionata.	Azione 1. Aggiornamento real-time della lista di farmaci di sintesi chimica a brevetto scaduto e dei relativi prezzi di acquisizione, e confronto con i prezzi dei farmaci equivalenti su cui porre obiettivi di prescrizione.	Report relativo all'aggiornamento della lista dei farmaci originator e degli equivalenti con relativo prezzo di gara (acquisti diretti) e prezzo di rimborso SSN (convenzionata)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA FRANCESCA CASSANI E DR MARCO POZZI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT MARCO.POZZI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Monitoraggio delle prescrizioni	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	Per Farmaci non oncologici:Dott.ssa Elisabetta Andriulo Per Farmaci Oncologici: Dott.ssa Rosa De Simone	ELISABETTA.ANDRIULO@ASLVCO.IT ROSA.DESIMONE@ASLVCO.IT
		12.1.6 Terapie CAR-T: monitoraggio pazienti	Azione 1. Monitoraggio pazienti trattati con CAR-T.	Report relativo al monitoraggio dei pazienti trattati con CAR-T con particolare riferimento alla raccolta e analisi dei seguenti dati: : n° pazienti risultati eleggibili , n° pazienti a cui è stata somministrato il farmaco, costi relativi alla gestione delle reazione avverse e onitoraggio degli esiti (OS, PFS, PD).	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
		12.1.7 Correttezza dei dati inseriti all'interno dei piani terapeutici	Azione 1. Verifica a campione su almeno il 10% dei piani terapeutici prescritti, garantendo che l'analisi includa tutte le tipologie di PT, con particolare riferimento ai farmaci ad alto costo (ad. es. neurologia, oncoematologia, dermatologia, reumatologia, cardiologia, malattie rare) e le categorie di pazienti (La dimensione del campione verrà progressivamente aumentata con l'avanzare del processo di informatizzazione dei piani terapeutici, fino a raggiungere una verifica aziendale completa)	Report di sintesi delle verifiche condotte	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
			Azione 2. Verifica di coerenza con Registro AIFA	Numero di confezioni a Registro AIFA/numero confezioni rilevabili dai flussi (DD e file F, DD e CO)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	Per Registri farmaci oncologici: Dott.ssa Rosa De Simone Per Registri Farmaci non Oncologici: Dott.ssa Francesca Cassani	ROSA.DESIMONE@ASLVCO.IT FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
		12.1.8 Valutazione delle terapie farmacologiche	Azione 1. Identificare gli switch terapeutici derivanti dall'introduzione di nuove molecole o dall'estensione delle indicazioni terapeutiche per quelle esistenti. Per ogni macroclasse, valutare l'impatto economico e analizzare il miglioramento atteso degli outcome clinici, sia in termini qualitativi che in termini quantitativi	Definire cronoprogramma di attuazione e Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
		12.1.9 Uniformità nella spesa farmaceutica procapite in pazienti cronici/fragili	Azione 1. Confronto del costo medio relativo alla farmaceutica per classi di pazienti cronici (con almeno 2 patologie) e/o over 65 anni tra le ASL al fine di valutare il rischio di inappropriatelyzza prescrittiva e focus su pazienti con età > 80 anni in terapia con più di 10 farmaci al fine di evitare un rischio di assunzioni errate e interazioni farmacologiche.	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
	12.2 Piano terapeutico elettronico	12.1.10 Monitoraggio dei farmaci scaduti	Azione 1. Quantificazione dei farmaci scaduti	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Aprile 25	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Monitoraggio dei farmaci prossimi alla scadenza	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
		12.2.1 Monitoraggio sull'attuazione dei Piani terapeutici elettronici	Azione 1. Monitoraggio delle prescrizioni dei PTE	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia, ICT	Direttore FARMACIA	DR.SSA SOHEILA REYHANI	SOHEILA.REYHANI@ASLVCO.IT
			Azione 1. Costituzione e attuazione del TTR	Costituzione del TTR e monitoraggio di attuazione	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Azienda Zero, Direzione Aziendale, Farmacia, ICT	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
		12.3.1 Sintesi evidenze di efficacia e sicurezza dei DM e valutazione comparativa d'uso, e appropriatezza	Azione 1. Individuazione dei cluster di DM da approfondire sulla base delle analisi precedenti condotte anche a livello regionale	Atto di istituzione del gruppo di lavoro in Azienda zero	n.a.	Si/No	Giugno 25	Azienda Zero	Azienda Zero	AZIENDA ZERO	
			Azione 2. Elaborazione di un documento di indirizzo, che fornisca: • Linee guida atte a garantire che ci sia coerenza tra le quantità consumate e quanto riportato all'interno dei flussi di produzione • Dettaglio della distribuzione di consumo attesa per tipologia di dispositivo medico in base alla produzione prevista e tipologia di paziente trattato e miglioramento dell'appropriatezza	Documento di indirizzo	n.a.	==	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
			Azione 3. Definizione di un “budget” per tipologia di dispositivo medico in base alla produzione prevista e alla tipologia di paziente trattato e al documento di indirizzo fornito	Sintesi della spesa prevista per tipologia di dispositivo medico	Annuale	Si/No	Aprile 25,26,27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
	12.3 Governance dei Dispositivi Medici		Azione 4. Allineamento dei consumi rispetto alle previsioni di utilizzo e alla produzione effettiva	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE E DR.SSA ALICE FERRARO	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT ALICE.FERRARO@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
		12.3.2 Monitoraggio della spesa e dell'appropriatezza dei dispositivi medici su misura	Azione 1. Istituzione di un tavolo di lavoro per la verifica dell'erogazione e dell'appropriatezza di tali	Report di sintesi da parte del tavolo di lavoro sull'uso dei dispositivi medici custom made	n.a.	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR SSA JESSICA PACE	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT
		12.3.3 Monitoraggio dei dispositivi medici senza CND	Azione 1. Istituzione di meccanismi e indicatori di monitoraggio dei consumi di dispositivi medici senza CND, che sia comprensivo anche di confronti della spesa sostenuta da parte delle Aziende	Report di monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE E DR.SSA ALICE FERRARO	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT ALICE.FERRARO@ASLVCO.IT
		12.3.4 Allineamento tra flusso consumi e flusso SDO	Azione 1. Confronto tra il flusso consumi di dispositivi medici e flusso SDO per garantire l'allineamento tra consumi e produzione, per individuare potenziali sprechi e da utilizzare anche come supporto in fase di definizione dei fabbisogni	Report di sintesi	Mensile	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia	Direttore FARMACIA	DR.SSA JESSICA PACE E DR.SSA ALICE FERRARO	JESSICA.PACE@ASLVCO.IT ALICE.FERRARO@ASLVCO.IT
13 Beni e Servizi	13.1 Responsabilità e controlli	13.1.1 Rispetto degli adempimenti	Azione 1. Illustrare le rinegoiazioni contrattuali e/o gli aggiornamenti adottati ove emerga una differenza significativa dei prezzi unitari rispetto ai prezzi di riferimento ANAC	Report di sintesi	Annuale	Si/No	Marzo 25	Direzione Aziendale, Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile Logistica e servizi Informatici	DR ANDREA CHIODI	ANDREA.CHIODI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Illustrare gli affidamenti di global service e/o facility management effettuati, anche rispetto al D.L. n.95/2012, convertito con modificazioni dalla L. n.13/2016 e ss.mm.ii.	Report di sintesi	Annuale	Si/No	Aprile 25	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile TECNICO	ING. MARIO MATTALIA	MARIO.MATTALIA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Fornire attestazione dell'ottemperanza in merito al ricorso a Consip (o altri soggetti aggregatori) di quanto previsto dal DPCM 11 luglio 2018	Attestazione e Report di sintesi	Annuale	Si/No	Maggio 25	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile Logistica e servizi Informatici	DR ANDREA CHIODI	ANDREA.CHIODI@ASLVCO.IT
			Azione 4. Fornire attestazione in ordine all'attuazione dell'articolo15, comma 13, lettera a), b), d) ed e) del decreto legge n. 95/2012 e dell'articolo 9 ter del decreto legge n. 78/2015	Attestazione e Report di sintesi	Annuale	Si/No	Giugno 25	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile Logistica e servizi Informatici	DR ANDREA CHIODI	ANDREA.CHIODI@ASLVCO.IT
			Azione 5. Definizione e attuazione degli interventi di Sistema	Piano degli interventi di sistema	Annuale	Si/No	Aprile 2025 (definizione), Dicembre (attuazione)	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile Logistica e servizi Informatici	DR ANDREA CHIODI	ANDREA.CHIODI@ASLVCO.IT
	13.2 Programmazione Acquisti	13.2.1 Monitoraggio dei contratti	Azione 1. Monitoraggio dei contratti per supportare i processi decisionali, stimare i fabbisogni, verificare le modalità di acquisto, e monitorare le scadenze e proroghe contrattuali.	Report di sintesi	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile Logistica e servizi Informatici	DR ANDREA CHIODI	ANDREA.CHIODI@ASLVCO.IT
		13.2.2 Riconciliazione tra flusso consumi e flusso contratti	Azione 1. Confronto tra il flusso consumi di dispositivi medici e flusso contratti per garantire la completezza (ad esempio disponibilità del CIG padre) e la coerenza dei dati disponibili	Report di sintesi	Mensile	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile Logistica e servizi Informatici	DR ANDREA CHIODI	ANDREA.CHIODI@ASLVCO.IT
		13.2.3 Creare le condizioni per un più incisivo e tempestivo sistema di governance della spesa per beni e servizi, oggetto di gare centralizzate, potenziando la capacità di elaborazione e analisi dati, a supporto della definizione dei fabbisogni, della costruzione di benchmark interaziendali, e del monitoraggio delle performance di acquisto	Azione 1. Trasmissione delle informazioni sugli acquisti da parte delle ASR, in particolare, aggiudicato, contrattualizzato e ordinato per prodotto e convenzione	Rilevazione	Mensile	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Responsabile Logistica e servizi Informatici	DR ANDREA CHIODI	ANDREA.CHIODI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Costruzione di un sistema di analisi delle performance di adesione ed erosione delle iniziative centralizzate (lotti in scadenza, ciclo degli acquisti benchmark di prezzo e costo unitario) che utilizzi i flussi di Consumo dei DM e le informazioni disponibili sul ciclo acquisti	Rilevazione	Mensile	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Azienda Zero	AZIENDA ZERO	
			Azione 3. Utilizzo del sistema di monitoraggio per individuare eventuali comportamenti di acquisto e consumo anomali, mettere in atto azioni correttive, verificare la strategia di acquisto regionale in essere	Report di sintesi del monitoraggio	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale,Logistica e servizi Informatici, Tecnico	Azienda Zero	AZIENDA ZERO	
		13.2.4 Ampliamento delle categorie merceologiche gestite centralmente	Azione 1. Analisi dello storico dei consumi da parte delle ASR e individuazione di categorie merceologiche che per volumi, spesa e complessità si ritiene di centralizzare.	Report di sintesi	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Economato, Tecnico	Azienda Zero	AZIENDA ZERO	
			Azione 2. Inserimento delle categorie merceologiche nel processo degli acquisti centralizzati	Report di sintesi	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Economato, Tecnico	Azienda Zero	AZIENDA ZERO	
		13.2.5 Controllo e monitoraggio del mix tra prezzi e quantità	Azione 1. A partire dalle categorie merceologiche a maggior impatto sul bilancio, verifica dei prezzi unitari rispetto a benchmark di prezzi regionali/nazionali	Report sugli scostamenti rilevati e azioni avviate per il superamento delle criticità	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Economato, Tecnico	Azienda Zero	AZIENDA ZERO	
			Azione 1. Efficienza operativa	Monitorare i principali indicatori, tra i quali: ▪ Tasso di utilizzo delle apparecchiature e sale operatorie (%) (target: >85%). ▪ Tempo medio tra un esame/intervento e l'altro (minuti) ▪ Numero di esami per apparecchiatura/sala operatoria al giorno ▪ Percentuale di sterilizzazione eseguita entro 24h (%)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico - Ingegneria clinica, DSO	Responsabile TECNICO - Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. FRANCESCO GARZOTTO	FRANCESCO.GARZOTTO@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	13.3 Efficientamento delle Grandi apparecchiature, delle Sale operatorie e dei restanti servizi di supporto.	13.3.1 Garantire l’appropriatezza e efficientamento dei servizi di supporto ospedalieri	Azione 2. Manutenzione e affidabilità	Monitorare i principali indicatori, tra i quali: ▪ Numero di guasti per apparecchiatura all'anno ▪ Tempo medio di fermo macchina per guasto (ore/giorni) ▪ Costo annuale della manutenzione per apparecchiatura ▪ Tasso di riparazione entro 24/48 ore (%)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico - Ingegneria clinica, DSO	Responsabile TECNICO - Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. MARIO MATTALIA	MARIO.MATTALIA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Efficienza energetica	Monitorare i principali indicatori, tra i quali: ▪ Consumo energetico medio per esame (kWh) ▪ Riduzione del consumo energetico annuo (%) ▪ Costo energetico per apparecchiatura/sala operatoria	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico - Ingegneria clinica, DSO	Responsabile TECNICO - Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. MARIO MATTALIA	MARIO.MATTALIA@ASLVCO.IT
			Azione 4. Formazione e utilizzo corretto delle apparecchiature/sale operatorie	Monitorare i principali indicatori, tra i quali: ▪ Numero di ore di formazione per operatore all'anno ▪ Tasso di utilizzo corretto delle apparecchiature (%) ▪ Numero di malfunzionamenti causati da errori operativi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico - Ingegneria clinica, DSO	Responsabile TECNICO - Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. FRANCESCO GARZOTTO	FRANCESCO.GARZOTTO@ASLVCO.IT
			Azione 5. Digitalizzazione e innovazione	Monitorare i principali indicatori, tra i quali: ▪ Numero di esami referatati da remoto (%) ▪ Tempo medio di attesa per la refertazione (ore/giorni)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Tecnico - Ingegneria clinica, DSO	Responsabile TECNICO - Referente INGEGNERIA CLINICA	ING. FRANCESCO GARZOTTO	FRANCESCO.GARZOTTO@ASLVCO.IT
14 Governance del Personale	14.1 Piani Triennali di Fabbisogno	14.1.1 Assicurare la pianificazione, l’approvazione e l’esecuzione del Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale, garantendo che il budget e le risorse disponibili siano allocati in modo efficiente e coerente con le necessità operative e strategiche	Azione 1. Adozione di un Piano triennale dei fabbisogni coerente con la sostenibilità del Programma Operativo aziendale	Piano Triennale dei Fabbisogni 2024-2026 approvato e allineato con il Programma Operativo	n.a.	Si/No	Marzo 25	Direzione Aziendale, Personale (in accordo con le diverse Strutture)	Responsabile Gestione PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 2. Adozione di un monitoraggio continuo	Report trimestrale sull’andamento delle teste e spese del personale aziendale rispetto alle previsioni	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale (in accordo con le diverse Strutture)	Responsabile Gestione PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Implementazione del Flusso OPPEsan per garantire la raccolta sistematica dei dati del personale sanitario, migliorando la qualità dei report aziendali e l’analisi delle risorse umane in relazione alle attività sanitarie erogate.	Revisione trimestrale della completezza e qualità dei dati caricati in OPESSAN	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale	Responsabile Gestione PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 4. Aggiornamento del Piano triennale dei fabbisogni coerente con la sostenibilità del Programma Operativo aziendale.	Piano Triennale dei Fabbisogni 2025-2027 approvato e allineato con il Programma Operativo	n.a.	Si/No	Giugno 25	Direzione Aziendale, Personale (in accordo con le diverse Strutture)	Responsabile Gestione PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
	14.2 Fabbisogni formativi professioni mediche e sanitarie	14.2.1 Elaborare un Piano Triennale di Formazione e Umanizzazione per il periodo 2025-2027 volto al rafforzamento delle competenze del personale sanitario nazionale su tematiche strategiche di rilevanza per il Servizio Sanitario Nazionale, con un focus su Prevenzione collettiva e sanità pubblica, Assistenza territoriale e distrettuale, Assistenza ospedaliera, Autorizzazione e accreditamento, implementazione delle riforme previste dal PNRR e dal PNC (Missione 6 Salute), Governance aziendale e sviluppo delle competenze manageriali per il top e middle management	Azione 1. Effettuare una ricognizione sistematica della normativa vigente e dei fabbisogni formativi correlati alle aree strategiche di intervento. L'azione comprende l'identificazione delle esigenze specifiche di formazione, la definizione degli obiettivi formativi, l'individuazione dei referenti responsabili della formazione, la classificazione dei destinatari e la determinazione delle linee di finanziamento e delle tempistiche per l'attuazione degli interventi.	Elaborazione e stesura di schede formative e percorsi di umanizzazione dettagliati per ciascuna area di interesse	n.a.	Si/No	Febbraio 25	Direzione Aziendale, Formazione	Responsabile FORMAZIONE	DR MARINO BARASSI	MARINO.BARASSI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Adozione del Piano Triennale della Formazione 2025-2027, finalizzato a definire le azioni formative e gli indirizzi strategici per lo sviluppo delle competenze. Il documento rappresenterà un quadro di riferimento unitario che le Aziende Sanitarie Regionali piemontesi dovranno recepire per la pianificazione e l'attuazione degli interventi formativi a livello aziendale.	Atto di adozione del Piano Triennale della Formazione 2025-2027	n.a.	Si/No	Gennaio 25	Direzione Aziendale, Formazione	Responsabile FORMAZIONE	DR MARINO BARASSI	MARINO.BARASSI@ASLVCO.IT
			Azione 3. Aggiornare il Piano Triennale della Formazione con una programmazione annuale che recepisca e integri le esigenze formative emergenti, garantendo una risposta tempestiva e mirata ai nuovi fabbisogni e alle evoluzioni del contesto sanitario regionale.	Atto di adozione della programmazione annuale della formazione	Annuale	Si/No	Settembre 25	Direzione Aziendale, Formazione	Responsabile FORMAZIONE	DR MARINO BARASSI	MARINO.BARASSI@ASLVCO.IT
			Azione 4. Monitoraggio percorso di umanizzazione.	Report delle iniziative condotte per governance aziendale sul personale soggetto a inidoneità e limitazioni lavorative	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale, Medico competente	MEDICO COMPETENTE	DR ROBERTO MAGLIO	ROBERTO.MAGLIO@ASLVCO.IT
			Azione 5. Monitoraggio Formazione.	Formazione ICA e Manageriale: Numero formati, sul totale di personale da formare al 31/12/2025)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Formazione, DIPSA	Responsabile FORMAZIONE	DR MARINO BARASSI	MARINO.BARASSI@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	14.3 Procedure assunzionali e gestione del turnover	14.3.1 Integrare le politiche di gestione delle risorse umane con il rispetto dei limiti di spesa definiti dalla normativa regionale e nazionale, ottimizzando l’allocazione del personale.	Azione 1. Attuare politiche di equilibrio economico-finanziario nella gestione del personale sanitario e delle esternalizzazioni	Report sulle spese del personale aziendale ed esternalizzato	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale, Economato e DSO	Responsabile PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 2. Ridurre concretamente il ricorso a contratti di somministrazione lavoro e incarichi liberoprofessionali tramite l’assunzione a tempo indeterminato di personale in base alle esigenze	Predisporre un piano operativo che identifichi le priorità assunzionali	Annuale	Si/No	Marzo 2025, Dicembre	Direzione Aziendale, Personale, Economato e DSO	Responsabile PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Predisporre bandi di concorso, avvisi pubblici e avvisi di mobilità, assicurando la pubblicazione nei canali ufficiali e il rispetto delle direttive regionali	Report bimestrale sullo stato di avanzamento delle procedure concorsuali	Bimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale	Responsabile PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 4. Monitorare la distribuzione del personale, affinché sia mantenuto coerente al variare delle esigenze produttive e di prestazioni delle singole Unità operative a livello ospedaliero e territoriale.	Provvedimento organizzativo	Semestrale	Si/No	n.a.	Direzione Aziendale, Personale, DSO, DIPSA, Dipartimento Prevenzione, Distretto, DSM, NPI	Responsabile PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 5. Definizione e Adozione del Piano di collocamento del personale in eccesso rispetto alle esigenze aziendali ove si rileva il fabbisogno.	Report sullo stato di avanzamento delle iniziative di collocamento del personale (es. spostamenti tra reparti, spostamenti da area ospedaliera a area territoriale: COT, Case/Ospedali di comunità, ADI, convenzione con le ASL per l’erogazione di prestazioni territoriali, ecc)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale	Responsabile PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
			Azione 6. Monitoraggio flusso OPESSAN	Corretta e completa alimentazione del flusso regionale OPESSAN.	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Personale	Responsabile PERSONALE	DR.SSA CLAUDIA SALA	CLAUDIA.SALA@ASLVCO.IT
15 Mobilità sanitaria	15.1 Mobilità sanitaria interregionale	15.1.1 Monitoraggio della mobilità interregionale	Azione 1. Analisi dei flussi di mobilità sanitaria per definire azioni di miglioramento, potenziare l’offerta sanitaria per ridurre la mobilità passiva e incentivare quella attiva	Relazione sul Monitoraggio dei flussi di mobilità	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Controllo di gestione	Direttore DSO	DR.SSA ANTONELLA TEDESCO	ANTONELLA.TEDESCO@ASLVCO.IT
	15.2 Mobilità sanitaria intraregionale	15.2.1 Monitoraggio della mobilità intraregionale	Azione 1. Analisi dei flussi di mobilità sanitaria per definire azioni di miglioramento, potenziare l’offerta sanitaria per ridurre la mobilità passiva e incentivare quella attiva	Relazione sul Monitoraggio dei flussi di mobilità (incluso iter sottoscrizione contratti/accordi con le strutture erogatrici)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO, Controllo di gestione	Direttore DSO	DR.SSA ORIETTA OSSOLA	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT
16 Contabilità analitica, PAC, trasferimenti e pagamenti	16.1 Contabilità analitica	16.1.1 Monitoraggio dell’aderenza alle linee guida regionali esistenti	Azione 1. Implementazione e aggiornamento delle procedure aziendali in accordo con le linee guida regionali	Relazione sull’ adozione di sistemi di contabilità Analitica secondo normativa	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Controllo di gestione	Referente CONTROLLO DI GESTIONE	ING. FRANCESCO PELLERITI	FRANCESCO.PELLERITI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Programmazione economica triennale delle attività da erogare nell’ambito del LEA (funzioni assistenziali, attività finalizzate, ARPA, ...)	Relazione sulla spesa programmata nel triennio 2025-2027	n.a.	Si/No	Aprile 25	Direzione Aziendale, Controllo di gestione	Referente CONTROLLO DI GESTIONE	ING. FRANCESCO PELLERITI	FRANCESCO.PELLERITI@ASLVCO.IT
			Azione 3. Rendicontazione delle spese e attività erogate nell’ambito del LEA (funzioni assistenziali, attività finalizzate, ARPA, ...)	Relazione sulla spesa e attività svolte	Trimestrale e Consuntivo	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Controllo di gestione	Referente CONTROLLO DI GESTIONE	ING. FRANCESCO PELLERITI	FRANCESCO.PELLERITI@ASLVCO.IT
	16.2 Percorso attuativo della certificabilità (PAC)	16.2.1 Adeguare l’assetto procedurale e amministrativo contabile dell’Azienda	Azione 1. Revisionare e standardizzare le procedure amministrativo-contabili in linea con normativa nazionale e regionale di riferimento	Relazione di sintesi sull’ adozione di procedure aziendali aggiornate rispetto alle normative nazionale, regionali e all’evoluzione dei modelli organizzativi aziendali	Semestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF, Controllo di gestione e diverse Strutture di competenza per materia	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Implementazione di sistemi di controllo interno rafforzando le funzioni di Internal Audit per monitorare e verificare la conformità dei processi	Relazione sull’Identificazione di una la struttura preposta e di un sistema di controllo efficace, volti alla valutazione periodica dell’efficacia delle procedure adottate	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Qualità, Controllo di gestione e diverse Strutture di competenza per materia	Referente CONTROLLO DI GESTIONE	ING. FRANCESCO PELLERITI	FRANCESCO.PELLERITI@ASLVCO.IT
			Azione 3. Monitoraggio e verifica periodica dei processi implementando un sistema di reporting periodico per valutare l’efficacia delle azioni intraprese	Report di monitoraggio periodico sui controlli effettuati sulle procedure aziendali	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Controllo di gestione e diverse Strutture di competenza per materia	Referente CONTROLLO DI GESTIONE	ING. FRANCESCO PELLERITI	FRANCESCO.PELLERITI@ASLVCO.IT
	16.3 Tempi di pagamento	16.3.1 Sostenere la programmazione e il controllo finanziario utilizzando l’ITP a supporto dei processi decisionali informati e per garantire una gestione finanziaria sostenibile	Azione 1. Garantire una comunicazione trasparente e regolare sui risultati dell’ITP (già con obbligo pubblicazione) e il piano dei pagamenti per anno di emissione delle fatture	Relazione sulla pubblicazione sul sito Aziendale dell’ITP	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Allineamento tra la contabilità patrimoniale e le risultanze della piattaforma Crediti Commerciali (PCC), garantendo uniformità e precisione nelle rilevazioni.	Relazione su allineamento contabilità patrimoniale e Crediti Commerciali da PCC	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF, Controllo di gestione e diverse Strutture di competenza per materia	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
		16.4.1 Implementazione di un sistema avanzato per il controllo e il	Azione 1. Garantire una trasparenza completa e una rendicontazione accurata delle transazioni finanziarie tra le Aziende e la Regione, ponendo particolare attenzione alla verifica delle posizioni creditorie e debitorie	Pubblicazione sul sito Aziendale dell’ITP	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	16.4 Trasferimento ordinato delle risorse dal bilancio regionale al SSR	monitoraggio dettagliato delle attività e passività dichiarate dalle Aziende Sanitarie nei confronti della Regione	Azione 2. Introduzione di strumenti analitici e procedure standardizzate per l’esame delle dichiarazioni finanziarie, con particolare riguardo ai crediti vantati e ai debiti accumulati. In questo modo sarà possibile individuare eventuali discrepanze, ritardi o criticità nella gestione delle risorse, assicurando che tutte le informazioni riportate siano conformi alle normative vigenti e coerenti con gli obblighi amministrativi.	Relazione che indentifichi gli strumenti e le procedure adottate per la verifica delle dichiarazioni finanziarie	Annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
		16.4.2 Sviluppare e ottimizzare una procedura strutturata di comunicazione, mirata a garantire una rilevazione contabile accurata dei trasferimenti finanziari e a favorire una progressiva riduzione dei crediti residui.	Azione 1. Predisposizione di report trimestrali e annuali che dettaglino lo stato dei trasferimenti finanziari e dei crediti residui	Redazione di report di monitoraggio trimestrali e annuali	Trimestrale e annuale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, GEF	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Rendicontare le attività relative agli interventi finanziati con il PNRR	Relazione sullo status della rendicontazione dei fondi PNRR per i progetti attivati	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, RUP PNRR, AAGG	Responsabile Affari Generali	DR.SSA VITTORIA PRIOLO	VITTORIA.PRIOLO@ASLVCO.IT
			Azione 3. Garantire un pagamento tempestivo dei progetti finanziati dal PNRR	Relazione relativa i pagamenti degli interventi finanziati con fondi PNRR	Mensile	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, RUP, GEF	Responsabile GEF	DR.SSA MANUELA SUCCI	MANUELA.SUCCI@ASLVCO.IT
17 Governance PNRR	17.1	17.1.1 Efficace gestione delle attività finanziate con risorse PNRR	Azione 1. Attuare gli interventi legati alle scadenze del PNRR	Report sullo status di attuazione degli interventi legati alla Missione 6 finanziati dal PNRR e rispetto dei vincoli, condizionalità e cronoprogramma approvato nel CIS-POR	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, RUP PNRR	RUP PNRR	ING. MARIO MATTALIA, DR BENEDETTO FEMIA, DR.SSA LILIANA MAGLITTO	MARIO.MATTALIA@ASLVCO.IT BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT LILIANA.MAGLITTO@ASLVCO.IT
			Azione 2. Tempestiva rendicontazione delle spese sostenute in REGIS	Tempestivo caricamento delle spese in REGIS complete della documentazione probatoria	Mensile	Spesa rendicontata > 85% delle Fatture pagate	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, RUP PNRR	RUP PNRR	ING. MARIO MATTALIA, DR BENEDETTO FEMIA, DR.SSA LILIANA MAGLITTO	MARIO.MATTALIA@ASLVCO.IT BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT LILIANA.MAGLITTO@ASLVCO.IT
18 Interconnessioni Sistemi Informativi	18.1 Cartelle Cliniche Elettroniche	18.1.1 Potenziamento delle strutture sanitarie con DEA di primo e secondo livello per aumentare il livello di digitalizzazione	Azione 1. Adozione cartella clinica elettronica	Report di avanzamento degli interventi aziendali	Trimestrale		Settembre 25	Direzione Aziendale, DSO e ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
			Azione 2. Raggiungimento degli standard EMRAM (Electronic Medical Record Adoption Model) per certificare i livelli di digitalizzazione.	Documento di certificazione finale con il livello EMRAM raggiunto (rilasciato da esperti indipendenti). Dettaglio delle azioni implementate e degli impatti sui processi clinici e di sicurezza.	n.a.	Conformità rispetto ai requisiti del livello previsto dal PNRR	Settembre 25	Direzione Aziendale, DSO e ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
	18.2 Servizi di sanità digitale	18.2.1 Realizzazione dei servizi di sanità digitale previsti dalle specifiche tecniche regionali	Azione 1. Implementazione dei servizi di sanità digitale	Report di avanzamento degli interventi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
	18.3 Fascicolo Sanitario Elettronico – (FSE)	18.3.1 Potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico	Azione 1. Completamento delle attività di adeguamento degli applicativi refertanti alle specifiche tecniche nazionali - FSE 2.0	Completamento del conferimento dei referti (LDO, LIS, RIS, VPS, Specialistica ambulatoriale, AP) nell’infrastruttura FSE nel rispetto delle specifiche FSE 2.0	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
			Azione 2. Potenziamento della completezza, tempestività e qualità dei dati e dei documenti inseriti nel Fascicolo Sanitario Elettronico, in relazione all’erogazione e alla fruizione dei servizi	Relazione di valutazione sul miglioramento della completezza dei documenti indicizzati nel Fascicolo Sanitario Elettronico, basato su un’analisi Pre-Post	Trimestrale	Raggiungimento di almeno 90% del numero di documenti indicizzati, per tipologia, sul FSE	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e reparti coinvolti e ICT	Direttore DSO	DR.SSA ORIETTA OSSOLA E DR BENEDETTO FEMIA	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
			Azione 3. Piano dell’infrastruttura FSE 2.0 - Fase 2	Avvio degli interventi di adeguamento tecnologico per l'integrazione del gateway nazionale ed EDS nazionale	Trimestrale (Avvio febbraio 2025)	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
		18.3.2 Incremento competenze digitali degli operatori sanitario al fine di promuovere l’adozione del FSE 2.0 da parte dei professionisti sanitari (in conformità con la D.G.R. 36-541 del 16 dicembre 2024)	Azione 1. Sensibilizzazione degli operatori sanitari regionali sulle potenzialità e funzionalità del FSE 2.0	Relazione sulle azioni adottate dall’ASR per sensibilizzare il personale sanitario sulle potenzialità e funzionalità del FSE 2.0	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, DSO e ICT	Direttore DSO, Direttore Distretto	DR.SSA ORIETTA OSSOLA E DR PAOLO BORGOTTI	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Azioni mirate al coinvolgimento del personale sanitario ai corsi di formazione dedicati e organizzati a livello regionale	Relazione sulle azioni adottati per il coinvolgimento del personale nell’adesione ai corsi di formazione	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Formazione, DSO e ICT	Responsabile FORMAZIONE	DR MARINO BARASSI	MARINO.BARASSI@ASLVCO.IT
		18.4 Telemedicina	18.4.1 Servizi Minimi di Telemedicina	Azione 1. Completare l'attivazione dei servizi di base di telemedicina, televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio, integrandoli nei processi clinici e territoriali	Raggiungendo almeno il 40% di adozione entro metà anno e il 100% entro fine anno	Trimestrale	Percentuale di raggiungimento dell’adozione dei servizi di base	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, ICT e Strutture sanitarie competenti	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA
	Azione 2. Implementazione delle Postazioni di Lavoro per la Telemedicina			Relazione sulle postazioni di lavoro che sono state rese operative per il personale sanitario, sia in ambito territoriale che ospedaliero, con particolare attenzione a MMG, PLS e infermieri	Trimestrale	Numero di postazioni di lavoro rese operative/postazioni totali	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, ICT e Distretto	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
	Azione 3. Monitoraggio e Valutazione dei Servizi di Telemedicina			Relazione sugli sviluppi e implementazione di sistemi di monitoraggio per tracciare l'efficacia e la diffusione dei servizi di telemedicina	Semestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, ICT e Strutture sanitarie competenti	Direttore DSO, Direttore Distretto	DR.SSA ORIETTA OSSOLA E DR PAOLO BORGOTTI	ORIETTA.OSSOLA@ASLVCO.IT PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
	18.5 Sicurezza informatica	18.5.1 Implementazione di Azioni efficaci all’implementazione della sicurezza informatica	Azione 1. Valutazione iniziale dello stato di conformità delle aziende sanitarie rispetto ai requisiti imposti dalla Direttiva NIS2 e alle normative correlate	Report Executive con l’identificazione dei gap e dei rischi prioritari, con identificazione dei primi interventi da avviare	n.a.	Si / NO	Giugno 25	Direzione Aziendale, ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT
			Azione 2. Piano relativo all’Implementazione di azioni di sicurezza Informatica in attuazione alla Legge 28 giugno 2024, n. 90	Report relativo agli interventi condotti per adeguare la sicurezza informatica aziendale	Trimestrale	Si / NO	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT

MACRO AREA	AREA DI INTERVENTO	AREA DI INTERVENTO DETTAGLIO	AZIONE	DELIVERABLE	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INDICATORE	DEADLINE	SOGGETTI COINVOLTI	RESPONSABILE AZIENDALE	NOMINATIVO RESPONSABILE	CONTATTO
	18.6 Governance flussi informativi NSIS	18.6.1 Monitoraggio dei dati relativi alla spesa farmaceutica	Azione 1. Garantire il rispetto delle tempistiche previste dai meccanismi di monitoraggio dei flussi informativi relativi alla farmaceutica	Relazione relativa ai monitoraggi in merito i flussi informativi sulla spesa farmaceutica (CO, DD, DPC, etc.)	Trimestrale	Rispetto delle tempistiche previste	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia, ICT	Direttore Farmacia	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
		18.6.2 Accuratezza nella predisposizione dei flussi informativi dell'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare	Azione 1. Garantire accuratezza e completezza nei flussi relativi all'ambito dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale	Relazione relativa ai monitoraggi in merito i flussi informativi sull'assistenza residenziale, semiresidenziale e domiciliare (SIAD, FAR, etc.)	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Distretto, ICT	Direttore Distretto	DR PAOLO BORGOTTI	PAOLO.BORGOTTI@ASLVCO.IT
		18.6.3 Miglioramento della qualità dei dati trasmessi nel flusso Consumi e Contratti dei DM	Azione 1. Verifica del livello di completezza e accuratezza delle informazioni (in particolare quantità dichiarate e importi) a partire dal report di analisi fornito	Report di sintesi	Mensile	Recepimento 100% delle indicazioni pervenute	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia e ICT	Direttore Farmacia	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
			Azione 2. Verifica della coerenza dei dati a livello regionale e centrale negli attributi assegnati ai prodotti consumati (es. CND associata a uno specifico BD/RDM)	Report di sintesi	Trimestrale	Recepimento 100% delle indicazioni pervenute	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia e ICT	Direttore Farmacia	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
		18.6.4 Coerenza delle trasmissioni rispetto ai disciplinari dei flussi	Azione 1. Verifica che le modalità attuali di compilazione dei campi siano coerenti rispetto al disciplinare	Report di sintesi	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, Farmacia, ICT	Direttore Farmacia	DR.SSA FRANCESCA CASSANI	FRANCESCA.CASSANI@ASLVCO.IT
	18.7 Governance per l'implementazione degli interventi informativi/informati ci	18.7.1 Monitoraggio sui livelli di governance	Azione 1. Verifica delle iniziative aziendali avviate/da avviare rispetto alle indicazioni tecnico-operative	Report di sintesi del modello di governance adottato, delle criticità rilevate e azioni avviate per superarle	Trimestrale	Si/No	Dicembre 25, 26, 27	Direzione Aziendale, ICT	Responsabile ICT	DR BENEDETTO FEMIA	BENEDETTO.FEMIA@ASLVCO.IT