



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

S.C. GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA

Sede Chivasso

Nr. Telefono: 011/9176514-Responsabile

Nr. Fax: 011/9176338

Chivasso,

Sede Ivrea

Prot

Nr. Telefono: 0125/414754-Responsabile

Nr. Telefono: 0125/414469-Ufficio Bilancio

Nr. Fax: 0125/414405

e-mail: ragioneria@aslto4.piemonte.it

pec: ragioneria@pec.aslto4.piemonte.it

Spett.le

REGIONE PIEMONTE

Direzione Sanità e Welfare

**Settore Programmazione Economica -
Finanziaria (A1407B)**

contabilita.gestione@regione.piemonte.it

➤ **RELAZIONE AL CONTO ECONOMICO PREVISIONALE PROVVISORIO TECNICO 2024**

La presente relazione del Direttore Generale, che correda il bilancio di previsione 2024 è stata redatta secondo le disposizioni del D.Lgs. 118/11, ovvero facendo riferimento al Codice Civile e ai Principi Contabili Nazionali (OIC), fatto salvo quanto differentemente previsto dallo stesso D.Lgs. 118/11.

In particolare, il documento contiene tutte le informazioni minimali richieste dal D.Lgs. 118/2011. Fornisce inoltre tutte le informazioni supplementari, anche se non specificamente richieste da disposizioni di legge, ritenute necessarie a dare una rappresentazione esaustiva della gestione sanitaria ed economico-finanziaria dell'esercizio 2023, evidenziando i collegamenti con gli atti di programmazione regionale e aziendale.

1. Generalità sull'organizzazione dell'azienda

L'ASL TO4 è nata dall'accorpamento delle ASL di Ciriè, Chivasso ed Ivrea il primo gennaio 2008. Nell'impianto complessivo del Servizio Sanitario Regionale, ASL TO4 ha la funzione di promuovere e tutelare il benessere della popolazione di riferimento. Esercita tale funzione attraverso l'erogazione diretta di servizi e la programmazione, indirizzo, committenza di servizi resi dalle altre Aziende Sanitarie Regionali e dalle Strutture accreditate pubbliche e private ed equiparate.

Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed un intervento esteso alla gestione dei bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali bisogni ed alla qualità e quantità dell'offerta, in un contesto generale definibile ad "alta complessità".

L'ASL TO4 opera su un territorio coincidente con parte della provincia di Torino, per una estensione di 3.164 Km², una densità abitativa di 159 abitanti per km² e una popolazione grezza complessiva al 01.01.2023 di 503.486 abitanti (Fonte: BDDE), distribuiti in 174 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese; sono presenti 5 distretti sanitari.

	Popolazione grezza			Popolazione pesata		
	M	F	TOTALE	M	F	TOTALE
00 - Fascia Eta 0	1.475	1.493	2.968	196	148	344
01 - Fascia Eta 1-4	6.747	6.500	13.247	1.417	1.079	2.496
02 - Fascia Eta 5-14	22.567	20.961	43.528	3.678	2.536	6.215
03 - Fascia Eta 15-44	78.055	74.294	152.349	20.763	21.620	42.382
04 - Fascia Eta 45-64	78.856	80.715	159.571	86.268	79.989	166.257
05 - Fascia Eta 65-74	30.976	33.737	64.716	84.255	78.202	162.457
06 - Fascia Eta 75 e oltre	28.149	38.961	67.110	100.717	111.506	212.224
Totale complessivo	246.825	256.661	503.486	297.294	295.080	592.374

L'estensione e la variabilità geografica dell'ASL TO4 sono senza dubbio notevoli, dalla cintura della Città Metropolitana di Torino verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso il territorio francese nella zona ad ovest.

La densità abitativa è più alta per l'area di Chivasso, mentre l'area di Ciriè ha una popolazione complessivamente più anziana, con un numero di ultra 65 enni, un indice di vecchiaia e un indice di dipendenza elevato, anche rispetto alla media regionale.

Il numero di Comuni è superiore nell'area di Ivrea, dove è peraltro presente anche una componente di Comuni classificati come montani più rilevante.

Distretto	Popolazione grezza		
	M	F	TOTALE
Chivasso/San Mauro	58.225	60.474	118.699
<i>di cui over 65</i>	13.835	18.869	30.704
Ciriè/Lanzo	59.133	61.039	120.172
<i>di cui over 65</i>	13.858	16.691	30.549
Cuorgne'	37.525	38.663	76.188
<i>di cui over 65</i>	8.927	11.074	20.001
Ivrea	51.146	53.833	104.979
<i>di cui over 65</i>	13.317	16.643	29.960
Settimo Torinese	40.796	42.652	83.448
<i>di cui over 65</i>	9.188	11.421	20.609
Totale complessivo	246.825	256.661	503.486
<i>di cui over 65</i>	59.125	72.698	131.823

Il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione è in costante crescita insieme a inevitabili condizioni complesse di cronicità, fragilità, disabilità e non autosufficienza. Ciò determina un inevitabile aumento della complessità assistenziale, anche nelle fasi di diagnosi e cura, che comporta un correlato incremento esponenziale dei costi per l'assistenza di soggetti con molteplici patologie concomitanti.

2. Mission dell'Azienda

L'Azienda Sanitaria Locale TO4 è parte integrante del Servizio Sanitario Nazionale e, specificatamente, del sistema sanitario della Regione Piemonte. L'Azienda ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

L'ASL TO4 eroga prestazioni in ambito sanitario e socio-sanitario, nelle proprie strutture ospedaliere e in quelle territoriali.

L'attività dell'ASL è finalizzata a garantire ai cittadini assistenza sanitaria e socio sanitaria lungo un processo di cura che, a seconda del bisogno, si realizza prevalentemente in ambito ospedaliero, territoriale o in percorsi di integrazione tra ospedale e territorio.

Territorio

Nell'ASL To4 sono operativi 5 distretti:

- Chivasso/San Mauro,
- Ciriè/Lanzo,

- Cuornè,
- Ivrea,
- Settimo Torinese.

La funzione di medicina primaria è assicurata dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.

DISTRETTO	ASSISTITI	MMG	PLS
DISTRETTO 1 Ciriè	118.556	75	11
DISTRETTO 2 Chivasso - San Mauro Torinese	117.434	79	11
DISTRETTO 3 Settimo Torinese	82.134	54	9
DISTRETTO 5 Ivrea	101.514	68	8
DISTRETTO 6 Cuornè	74.347	48	5
Totale complessivo	493.985	324	44
di cui con almeno una esenzione per patologia			
135.771			
di cui con almeno una esenzione per malattia rara			
5.899			

Nell'ASL TO4 sono operative 10 RSA aziendali, 73 strutture private accreditate e tre hospice: Lanzo, Salerano e Foglizzo.

Sono inoltre presente le seguenti strutture sanitarie private accreditate:

- Clinica Eporediese (Ivrea),
- Villa Turina Amione (San Maurizio Canavese),
- Villa Grazia (San Carlo Canavese),
- Villa Ida (Lanzo Torinese),
- Istituto Malpighi (Chivasso) – esclusivamente per attività ambulatoriale,
- Beata Vergine Consolata;
- Nuova Lamp (Settimo Torinese) - esclusivamente per attività ambulatoriale.

Le case di cura private accreditate presentano un'offerta di 121 PL CAVS, come da DGR nr. 12-3730 del 27/07/2016. Sono inoltre presenti 94 PL CAVS presso l'ospedale di Settimo Torinese e 18 PL CAVS presso l'Ospedale di Lanzo.

I percorsi degli assistiti all'interno della rete territoriale si interfacciano con la rete ospedaliera al fine di garantire la presa in carico del bisogno secondo una logica di appropriatezza e di continuità della cura e assistenza.

Sul territorio l'attività è erogata anche attraverso i presidi territoriali con lo scopo di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, socio-sanitario e sociale erogate a livello territoriale e ospedaliero, che concorrono alla presa in carico della persona e delle sue fragilità. In questo contesto

operano sul territorio 80 punti di erogazione che garantiscono la risposta alla domanda anche dei cittadini residenti nelle aree urbane più decentrate (fonte dati: ARPE – Anagrafe Regionale Punti di Erogazione).

Presidi Ospedalieri di acuzie e post-acuzie

L'attività di produzione ospedaliera per acuti viene effettuata negli ospedali aggregati in tre presidi riuniti cui, dal 2010, si è aggiunto l'Ospedale di Settimo Torinese, gestito dalla Società Assistenza Acuzie e PostAcuzie (S.A.A.P.A.) S.p.A. a cui la Regione Piemonte ha affidato, con una gestione mista pubblico privata, l'attuazione di un programma di Sperimentazione Gestionale per lo svolgimento dell'attività sanitaria di continuità di cura post-ospedaliera (cosiddetta attività di "post-acuzie") attraverso i Servizi di Riabilitazione, Lungodegenza, attività socio-sanitaria nell'ambito del modello di "Continuità Assistenziale), sperimentazione gestionale che andrà a concludersi nel corso dell'anno 2024.

Ospedale	Letti RO	Letti DH Chirurgici	Letti DH Non Chirurgici	D.E.A./PS
OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	186	15	15	D.E.A. I livello
OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE'	80	10	13	P.P.I. (operativo dall'09/01/2023)
OSPEDALE CIVILE DI IVREA	193	8	22	D.E.A. I livello
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	235	8	15	D.E.A. I livello
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	77	7	12	-
Totale	771	48	77	

Economicità ed etica della responsabilità

La sostenibilità economica è il presupposto di mantenimento del Sistema Sanitario, così come è attualmente normato nel sistema costituzionale vigente, che lo qualifica come un sistema universalistico. L'uso migliore possibile delle risorse assegnate è il presupposto per garantire la copertura delle esigenze dei cittadini. L'utilizzo responsabile delle risorse tende al miglioramento dell'efficienza e non ai tagli lineari. Nella sostanza e nella sua dimensione pratica l'Azienda deve costituire una comunità scientifica e professionale organizzata in grado di orientare il paziente ed i suoi famigliari rispetto ai problemi di salute che devono essere presi in carico con una visione integrata, professionale, in linea con il progresso scientifico e con le evidenze cliniche. L'Azienda intende garantire la massima trasparenza, dando applicazione ai principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 e nel D.Lgs. 33/2013. L'Azienda ritiene fondamentale un approccio di ascolto e comunicazione con tutti gli stakeholder interessati al raggiungimento dell'obiettivo di cui alla

mission, nell'ambito della programmazione e degli obiettivi di salute e di governo e controllo dei fattori produttivi definiti dalla Regione Piemonte sia sul livello territoriale sia su quello ospedaliero e su quello della integrazione.

Tipologia del finanziamento regionale previsto per l'A.S.L. TO 4

Il D. Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23.10.92, n. 421” regola il sistema di finanziamento a quota capitaria da assicurare alle Regioni per garantire livelli uniformi di assistenza e introduce il sistema di finanziamento e di remunerazione a prestazione dei soggetti pubblici e privati che erogano assistenza sanitaria nonché il principio delle libertà di scelta da parte dell’assistito delle strutture eroganti cui rivolgersi.

In particolare l’articolo 2, comma 2-sexies, lett. d), del D. Lgs 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dispone che il finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali debba avvenire sulla base di una quota capitaria corretta in relazione alle caratteristiche della popolazione residente, coerenti con quelle indicate dalla legge 662/1996: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili al fine di definire i bisogni sanitari delle Regioni ed indicatori epidemiologici territoriali.

Gestione organizzativa e strategica dell’esercizio

Azioni organizzative

La programmazione strategica aziendale trova attuazione mediante la declinazione degli obiettivi aziendali (performance aziendale) alle articolazioni organizzative (performance organizzativa), attraverso lo strumento del budget, con assegnazione di obiettivi organizzativi e individuali (performance individuale).

Gli ambiti verso i quali si orienta la programmazione operativa nella declinazione degli obiettivi di budget sono così articolati:

- risposta ai bisogni di cura e presa in carico;
- efficienza organizzativa dei processi e dei fattori produttivi;
- qualità dei processi e delle prestazioni;
- attuazione delle politiche sanitarie nazionali e regionali.

La programmazione aziendale per l'anno 2024 nasce dagli indirizzi regionali di cui alla nota prot. nr. 00010251 del 10/11/2023 ad oggetto "Bilanci preventivi 2024: Indirizzi per la redazione".

La premessa metodologica alla base delle decisioni assunte nella predisposizione del bilancio preventivo 2024 muove da profondo cambiamento del contesto in cui l'azienda opera sin dal termine dell'attività emergenziale.

Un primo aspetto è rappresentato dall'acuirsi degli squilibri demografici, con una popolazione over 65 che da sola rappresenta oltre la metà degli assistiti totali.

L'analisi della produzione evidenzia come il recupero dell'attività chirurgica in elezione possa considerarsi concluso, nonostante la difficoltà legate al personale che per talune specialità risulta spesso di difficile reclutamento.

Più difficoltosa risulta la ripresa dell'efficienza per le specialità mediche dove si assiste ad una tendenza al dilatarsi delle degenze medie legate a difficoltà alla dimissione sul territorio dei pazienti più fragili. Si rilevano di conseguenza tassi di occupazione dei posti letto intorno al 75-80% (fenomeno che si evidenzia anche sulle specialità di cardiologia e ortopedia, per la carenza di strutture di riabilitazione di II livello disponibili ad accogliere il paziente nel rispetto delle dimissioni programmate).

L'attività territoriale (prestazioni ambulatoriali) ha visto nel corso dell'anno 2023 un recupero pari al circa il 90% delle prestazioni erogate nel corso dell'anno 2019 (il dato esclude le prestazioni di branca 98) con un incremento dei volumi di prestazioni pro-capite concentrato sulle prestazioni di diagnostica radiologica complessa (RM muscoloscheletriche e TC cranio).

Ciò premesso, la sfida che ci si trova ad affrontare deve andare nel verso del superamento della logica prestazionale verso un'analisi dei consumi e della presa in carico (anche attraverso il ricorso al privato accreditato) che veicoli l'appropriatezza prescrittiva (in quest'ottica la prescrizione deve essere coerente con la capacità erogativa, da cui discende una convergenza dei bisogni per patologie omogenee supportata dalla stesura/aggiornamento di specifici protocolli/PSDTA). A tendere la gestione della cronicità dovrebbe portare alla coincidenza del momento della prescrizione con quello della prenotazione, sollevando l'assistito dall'onere della ricerca dello slot disponibile coerente con le tempistiche di soddisfacimento del bisogno.

E' quindi possibile affermare che la gestione della domanda migliora la capacità di analisi dei bisogni, favorendo la definizione del basket di prestazioni dell'offerta erogabile. Una domanda non governata finisce infatti per generare consumi in maniera randomica.

L'introduzione del DM 77/2022, promuovendo l'ampliamento dell'assistenza domiciliare integrata, cui destinare specifiche risorse, di fatto determinerà in corso d'anno una diminuzione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale. In tal senso l'obiettivo di medio termine da avviare a partire dall'anno 2024 sarà la definizione di standard LEA da applicarsi alla medicina di prossimità (territoriale, domiciliare e delle cure palliative). Si parla in tal senso di standard di processo e non di esito, volti a favorire l'integrazione e il coordinamento tra i servizi.

L'estrema frammentazione del territorio e la presenza di 5 presidi ospedalieri, inoltre, generano elevati costi fissi la cui incomprimibilità è ovvia conseguenza della necessità di mantenere attivi punti di erogazione che possano garantire la tutela della popolazione residente.

In tal senso a partire dall'08/01/2024 sarà operativo h 24 il pronto soccorso di area disagiata di Cuornè mentre nei primi mesi dell'anno verranno riattivati presso il presidio di Lanzo ambulatori di diagnostica ecografica e alcune sedute settimanali di chirurgia ambulatoriale complessa (CAC).

In ottica manageriale si tratta di palesi diseconomie, che se da un lato generano valore pubblico dall'altro rendono un valore della produzione assolutamente insufficiente alla copertura dei costi, in considerazione della bassa complessità dell'attività erogata e dell'elevata incidenza del costo del personale impiegato.

La programmazione strategica che ASL TO4 si appresta a predisporre si basa quindi sull'analisi delle priorità assistenziali attraverso processi di data lean.

Azioni di efficientamento

Azione 1 - Miglioramento produttivo dell'attività di ricovero del Presidio Ospedaliero

Proseguimento delle attività correlate alla "Riorganizzazione dell'attività chirurgica per setting assistenziali e complessità di cura". Il progetto si prefigge di addivenire alla stesura di una check list per effettuare una mappatura dell'organizzazione dei blocchi operatori degli Ospedali della Regione. Obiettivi del Progetto sono l'efficientamento del percorso chirurgico attraverso la revisione dei processi organizzativi nell'ottica di una riduzione degli sprechi ed aumento della qualità in termini di esiti.

Al fine di una valutazione uniforme del percorso verrà completata la rilevazione dei tempi di utilizzo delle sale dal momento della chiamata paziente fino al completamento del risveglio e saranno verranno costruiti degli indicatori per monitorare l'evoluzione del progetto, coinvolgendo nel proseguimento delle attività di assessment la figura dell'ingegnere gestionale (già presente in azienda).

In conformità con il progetto regionale verrà attenzionata la degenza media relativamente ad alcune specifiche specialità nell'ottica di eliminare le inefficienze (difficoltà di dimissione sul territorio, ritardi nel completamento della diagnosi, criticità all'accesso alla diagnostica radiologica maggiore, ritardi nel passaggio da terapia empirica a terapia mirata, ecc.) che determinano gli scostamenti rispetto alla media osservata.

Azione 2 – Appropriatelyzza clinica e prescrittiva (applicazione progetti slow medicine)

Appropriatelyzza prescrittiva visite e esami strumentali

Nell'ottica della riduzione delle liste d'attesa, attraverso l'analisi della domanda, verranno poste in essere azioni legate all'appropriatelyzza prescrittiva da parte dei MMG e degli specialisti ambulatoriali, muovendo dal monitoraggio della corretta applicazione dei RAO e dei PSDTA. Sulla base delle segnalazioni ricevute da parte degli specialisti ospedalieri verranno programmati e organizzati momenti di confronto e formazione con i MMG e gli specialisti ambulatoriali, con illustrazione di "indicazioni di appropriatelyzza prescrittiva" utili ad orientare l'attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse.

Appropriatelyzza prescrittiva esami di laboratorio

Verrà avviato un percorso di appropriatelyzza prescrittiva sia in Pronto Soccorso sia all'interno dell'episodio di ricovero per l'esecuzione di audit focalizzati sulle prestazioni a più alto rischio di inappropriatelyzza, finalizzato ad un miglioramento delle richieste di esami di laboratorio e consulenze effettuate in PS (es. determinazione della procalcitonina).

Appropriatelyzza prescrittiva farmaceutica

Al fine di migliorare l'appropriatelyzza delle prescrizioni farmaceutiche e dei consigli terapeutici rilasciati agli utenti in fase di dimissione e nei referti di consulenza ambulatoriale verranno attivati percorsi informativi/formativi di appropriatelyzza prescrittiva.

Inoltre, nell'ottica di monitorare la prescrizione e la distribuzione dei farmaci ad alto costo, nonché quelli innovativi, è prevista la revisione delle specifiche linee guida aziendali per garantirne il corretto ed appropriato utilizzo nonché il proseguimento dei confronti tra specialista ospedaliero e Farmacia per l'analisi dei consumi indotti.

Azione 3 – Farmaceutica convenzionata

Nel corso del 2023 sono state avviate manovre di contenimento della spesa farmaceutica che verranno proseguite anche per l'anno 2024, quali:

- ✓ monitoraggio mensile della spesa farmaceutica convenzionata e DPC, attraverso reportistica inviata ai Distretti e per loro tramite ai MMG/PLS e successiva presentazione dei dati e discussione delle criticità nelle riunioni UCAD;
- ✓ segnalazione nelle apposite Commissioni distrettuali per l'appropriatezza prescrittiva dei casi di inappropriata e di iperprescrizione;
- ✓ segnalazione di pazienti cosiddetti iperconsumatori/iperspendenti;
- ✓ corsi ECM per MMG/PLS in tema di appropriatezza prescrittiva;
- ✓ trasmissioni di note informative/report su alcune classi di farmaci che impattano maggiormente sulla spesa sulle seguenti tipologie di farmaci: antidiabetici, vitamina D, antibiotici, biosimilari. Vengono inoltre inviate periodicamente delle informative su aggiornamenti delle modalità prescrittive e di appropriatezza;
- ✓ sensibilizzazione dei MMG alla prescrizione di medicinali cost-saving (parte integrante degli obiettivi farmaceutici 2023 dei MMG) mediante reportistica personalizzata. Tale azione è volta a favorire la prescrizione a parità di principio attivo e dosaggio del confezionamento cost saving e con maggiori unità posologiche.

Azione 4 - Farmaceutica ospedaliera

Nel corso del 2023 si è assistito all'introduzione di nuove terapie ad alto costo (es. CAR-T) che potranno avere ripercussioni negative sull'andamento della spesa per l'anno 2024. Si tratta in questi casi di spesa indotta dai prescrittori regionali delle aziende hub di riferimento sulle quali questa azienda non dispone di spazi di ingerenza.

L'attività di monitoraggio interno si basa sulla corretta compilazione dei registri AIFA per il puntuale accesso ai ricorsi.

Contemporaneamente, vista l'introduzione di nuove molecole di ultima generazione, verranno proseguite le azioni specifiche dedicate alla prescrizione ospedaliera, con indicazione delle modalità di ricorso alla diagnostica di laboratorio di utilizzare a supporto.

Inoltre proseguirà l'attività di sensibilizzazione dei prescrittori indirizzata allo shift verso i biosimilari, dal momento dell'immissione in commercio.

Azione 5 – DM 77/2022 - Integrazione Ospedale-Territorio

Per assicurare l'efficace integrazione tra attività ospedaliera e territoriale, verranno attivati specifici percorsi finalizzati a garantire la presa in carico del paziente e il trattamento al di fuori dei setting di cura ospedalieri nell'ottica di perseguire una riduzione delle ri-ospedalizzazioni a seguito di dimissioni a domicilio.

L'investimento M6-C1 1.2 «Casa come primo luogo di cura e telemedicina» prevede di incrementare il numero di pazienti presi in carico a domicilio, fino a raggiungere il 10% degli over 65 entro il 2026.

Il DM 77/2022 definisce il modello per implementare i servizi di telemedicina nell'ambito dell'assistenza domiciliare. Oltre a enfatizzare in prospettiva futura la necessità di integrare i tradizionali elementi costitutivi dei Piani Assistenziali Individuali (PAI) con l'indicazione delle prestazioni erogabili in telemedicina, il documento sottolinea la necessità di accompagnare la diffusione di tali prestazioni con un'organizzazione tecnica locale volta a supportare gli erogatori e risolvere eventuali problematiche. In tal senso verrà introdotto l'utilizzo di strumenti informatici GDPR complianti che favoriscano il confronto tra infermiere, MMG e specialista di riferimento.

Tale processo sarà favorito dall'avvio dell'attività di COT e Case della Comunità alla cui organizzazione si sta lavorando da tempo anche attraverso l'analisi del contesto epidemiologica dell'area di riferimento e dei conseguenti bisogni di salute.

Azione 6 – Telemedicina

Il DM 77/2022 prevede l'adozione di piattaforme regionali per lo sviluppo dell'attività di telemedicina. L'offerta di prestazioni sanitarie da remoto nasce prima della pandemia favorita dalle condizioni propizie presenti. Come in molti altri contesti, ha visto un'accelerazione in corrispondenza delle fasi più critiche della diffusione del Covid-19 e vive oggi una fase di assestamento e consolidamento. Quello della televisita è considerato al momento il progetto più maturo, perché già ampiamente diffuso.

L'Azienda si sta concentrando nel realizzare la massima integrazione di questo strumento all'interno degli altri applicativi aziendali esistenti, affinché la televisita non sia solo una semplice prestazione ma possa inserirsi senza criticità all'interno del percorso più ampio dei pazienti, coordinato centralmente a livello aziendale.

Azione 7 – Riduzione Liste Attesa Prestazioni Ambulatoriali

L'attività di recupero delle prestazioni sospese ha raggiunto nel corso dell'anno 2023 il 90% delle prestazioni erogate nel corso dell'anno 2019. Il dato tuttavia non risulta completamente sovrapponibile in quanto nel corso del quadriennio trascorso sono intervenute sia revisioni dei cataloghi delle prestazioni erogabili (che in alcuni casi hanno accorpato in un unico codice prestazioni in precedenza erogabili singolarmente) sia innovazioni nell'attività diagnostica che hanno introdotto nuove metodiche spesso basate su analisi ematiche complesse (da cui l'incremento delle prestazioni erogate di branca 98).

Tutto ciò premesso, nell'ottica del contenimento dei tempi di attesa si procederà all'analisi della domanda e del consumo di prestazioni pro-capite per identificare le aree di maggior inappropriata prescrivibilità.

Gli slot disponibili verranno gestiti in modo dinamico, non solo attraverso i meccanismi già previsti dallo strumento del CUP Unico Regionale ma anche azioni interne di rimodulazione.

Azione 8 – Semplificazione dei percorsi di accesso alle cure del cittadino nei casi di urgenza minore

Circa il 74% degli accessi in PS per urgenze minori (urgenza differibile) avviene in maniera spontanea da parte del cittadino, principalmente a causa della difficoltà a districarsi all'interno della complessità del sistema. Vista la carenza del personale urgentista e considerate le inefficienze organizzative che tali afflussi generano all'interno dei PS, con l'avvio delle COT, attraverso l'introduzione di strumenti di telemedicina e teleconsulto, verranno attivati percorsi che favoriscano il corretto approccio del cittadino al sistema, attraverso la veicolazione del MMG e/o della guardia medica.

La sfida è quella di ridurre drasticamente il numero di accessi per codici bianchi, favorendo la rapida presa in carico delle urgenze di media intensità (codici gialli).

Azione 9 – Efficientamento spesa dispositivi medici

Nel corso dell'anno 2024 verranno approfondite le analisi legate all'efficientamento della spesa per dispositivi medici. In particolare, attraverso il coinvolgimento dei direttori delle strutture e l'assegnazione di specifici obiettivi a cascata sul personale coinvolto, saranno analizzate le correlazioni tra i consumi di device ad alto costo e i relativi DRG, con focus sulle procedure utilizzate e la conseguente remunerazione del DRG. Le aree attenzionate riguarderanno nello specifico le SS.CC. altospedienti. Tutte le richieste di introduzione di nuovi device che non comportino la sostituzione di tecnologie esistenti dovranno essere sottoposte all'approvazione della direzione sanitaria.

L'azienda persegue inoltre l'obiettivo della riduzione degli acquisti in economia, ponendo in essere tutte le azioni necessarie volte ad anteporre l'aggregazione della domanda sia attraverso l'adesione a convenzioni CONSIP o SCR sia mediante acquisti da gare sovrazionali.

Azione 10 – Alte Tecnologie - Progetto nuova RM presso il PO di Ivrea

Nel corso dell'anno 2024 verranno completati i lavori di installazione della nuova RM presso il PO di Ivrea e di sostituzione di quella presso il PO di Chivasso ormai end life.

L'acquisizione di una nuova tecnologia più performante, che in assenza di specifici finanziamenti in conto capitale, segue la modalità del global service, consentirà l'assorbimento di quota parte della

domanda dei cittadini oggi rivolta verso altre aziende sanitarie pubbliche e private regionali, con conseguente riduzione della mobilità passiva.

Azione 11 – Sistema Informativo Sanitario

In un’ottica di razionalizzazione delle infrastrutture dei servizi e delle integrazioni applicative, nel corso del 2024 verranno avviate le procedure di migrazione al Cloud degli applicativi aziendali nonché le attività di assessment per il passaggio alla standard edition del gestionale sanitario (finanziato con fondi PNRR di cui ai progetti di digitalizzazione DEA), che consentirà il superamento delle aree personalizzate in favore di una logica integrata e condivisa supportata dalla cartella unica informatizzata.

Gestione Economico Finanziaria - Conto Economico Previsionale provvisorio tecnico 2024

Di seguito si rappresentano i dati economici trasmessi alla Regione tramite l’applicativo SIRECOM:

CONTO_COD	CONTO_DESC	F Proiezione 3° trim 2023 a fine anno	H Previsionale 2024	H - F
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	911.423.966,11	908.602.626,50	-2.821.339,61
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	25.007.178,05	25.007.178,05	0,00
A1	Contributi F.S.R.	936.431.144,16	933.609.804,55	-2.821.399,61
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-158.191.077,32	-160.198.268,34	-2.007.191,02
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-2.815.229,85	-2.828.245,93	-13.016,08
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-11.027.342,52	-11.014.945,77	12.396,75
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-15.602,69	-15.602,70	-0,01
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-33.246.502,71	-36.193.586,31	-2.947.083,60
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0,00		0,00
A2	Saldo Mobilità	-205.295.755,09	-210.250.649,05	-4.954.893,96
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0,00		0,00
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	8.927.054,43	349.351,97	-8.577.702,46
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	4.230.810,08	7.838.572,64	3.607.762,56
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	13.157.864,51	8.187.924,61	-4.969.939,90
A3.2	Ticket	10.024.689,37	9.999.248,63	-25.440,74
A3.3	Altre Entrate Proprie	7.822.689,23	8.322.689,22	499.999,99
A3	Entrate Proprie	31.005.243,11	26.509.862,46	-4.495.380,65
A4.1	Ricavi Intramoenia	5.544.602,37	5.544.602,37	0,00
A4.2	Costi Intramoenia	4.290.000,00	4.290.000,00	0,00
A4	Saldo Intramoenia	1.254.602,37	1.254.602,37	0,00
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-3.888.618,00		3.888.618,00
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0,00		0,00
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-3.888.618,00	0,00	3.888.618,00
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	7.613.333,33	1.500.000,00	-6.113.333,33
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	13.830.810,08	1.500.000,00	-12.330.810,08
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-6.217.476,75	0,00	6.217.476,75
A	Totale Ricavi Netti	753.289.139,80	751.123.620,33	-2.165.519,47
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente Dirigenti medici,	177.060.654,60	183.224.639,59	6.163.984,99

	verinari e non medici e comparto			
B1.1b	Personale Non Sanitario - Lavoro interinale	2.607.858,45	2.607.858,45	0,00
B1.1	Personale Sanitario	179.668.513,05	185.832.498,04	6.163.984,99
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente Dirigenti PTA e comparto professionale tecnico amministrativo	52.230.940,61	54.613.399,31	2.382.458,70
B1.2b	Personale Non Sanitario - - Lavoro interinale	3.684.020,99	3.684.020,99	0,00
B1.2	Personale Non Sanitario	55.914.961,60	58.297.420,30	2.382.458,70
B1	Personale	235.583.474,65	244.129.918,34	8.546.443,69
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	70.776.678,75	70.776.678,74	
B3.1	Altri Beni Sanitari	52.735.495,96	52.735.495,96	
B3.2	Beni Non Sanitari	2.215.266,59	2.215.266,59	
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	12.755.102,64	12.755.102,64	
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	16.825.292,36	16.825.292,38	
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	12.451.211,07	12.451.211,06	
B3.3a	Servizi Appalti	42.031.606,07	42.031.606,08	
B3.3b	Servizi Utenze	6.712.536,55	6.712.536,54	
B3.3c	Consulenze	3.649.222,92	3.649.222,91	
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	5.610.715,09	2.801.227,82	-2.809.487,27
B3.3e	Premi di assicurazione	4.072.402,19	4.096.817,33	24.415,14
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	20.366.246,48	17.366.161,10	-3.000.085,38
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	8.436.580,36	8.436.580,36	
B3.3	Servizi	90.879.309,65	85.094.152,14	-5.785.157,51
B3	Altri Beni e Servizi	145.830.072,20	140.044.914,69	-5.785.157,51
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	1.894.402,77	1.894.402,80	
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0,00	0	
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.894.402,77	1.894.402,80	0,03
B5	Accantonamenti	8.693.614,73	7.728.489,58	-965.125,15
B6	Variazione Rimanenze	79.913,41	0,00	-79.913,41
B	Totale Costi Interni	462.858.156,52	457.404.825,52	-5.453.331,00
C1	Medicina Di Base	51.823.477,67	53.823.477,68	2.000.000,01
C2	Farmaceutica Convenzionata	62.272.364,19	62.272.364,19	0,00
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	49.148.242,25	52.724.946,83	3.576.704,58
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	6.745.211,19	7.332.026,97	586.815,78
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	6.282.033,05	6.417.033,05	135.000,00
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	13.027.244,24	13.749.060,02	721.815,78
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	28.423.286,56	28.423.286,56	
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	3.838.472,12	3.838.472,12	
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	16.761.919,96	16.761.919,97	
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	19.227.974,95	18.419.691,07	-808.283,88
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	4.143.309,15	4.143.309,15	
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato			
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	48.819.715,71	52.125.642,36	3.305.926,65
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	72.190.999,80	74.688.642,58	2.497.642,56
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	92.791.391,88	95.289.034,67	2.497.642,79
C3	Prestazioni da Privato	183.390.164,93	190.186.328,08	6.796.163,15
C	Totale Costi Esterni	297.486.006,79	306.282.169,95	
D	Totale Costi Operativi (B+C)	760.344.163,31	770.856.574,10	
E	Margine Operativo (A-D)	-7.055.023,51	-19.732.953,77	
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	666.666,67	1.170.000,00	
F2	Saldo Gestione Finanziaria	10.325,77		
F3	Oneri Fiscali	17.595.518,01	18.147.618,27	
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	545.141,37	12.453,33	
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	311.734,28	0,00	
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-233.407,09	-12.453,33	
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	18.039.103,36	19.305.164,94	
G	Risultato Economico (E-F)	-25.094.126,87	-39.038.118,71	
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA			
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	-25.094.126,87	-39.038.118,71	

La predisposizione del conto economico previsionale per l'anno 2024 risente di alcune evidenti criticità rappresentate lato ricavi dal venire meno di quegli specifici finanziamenti straordinari che hanno caratterizzato la gestione del periodo emergenziale nonché dell'indicazione di non appostare lo specifico finanziamento per le attività extra-LEA.

L'analisi dei costi evidenzia la scarso raffrontabilità delle risorse destinate allo svolgimento del processo assistenziale in quanto nel corso del quadriennio 2019-2023 sono stati introdotte nuove metodiche che utilizzano device e farmaci non presenti nell'anno 2019.

Non solo quindi l'impatto inflattivo (+ 8% nel corso dell'anno 2023) o il caro energia contribuiscono all'incremento della spesa.

Va da sé quindi che garantire standard assistenziali in linea con l'evoluzione dei percorsi di cura e con protocolli in grado di garantire un miglioramento/allungamento dell'aspettativa di vita degli assistiti implica un impiego di risorse maggiore.

Nel periodo compreso tra il 2019 e il 2023, si è inoltre assistito ad uno shift del modello assistenziale ospedalecentrico verso un modello assistenziale incentrato sul territorio, dove la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente a domicilio hanno spostato l'impiego di risorse da un settore all'altro.

Di qui la scarsa confrontabilità dei sezionali territoriali tra il 2019 e il 2023, non già in una logica di maggiori costi determinati da prezzi più alti o maggiori consumi, bensì dall'attivazione di modelli gestionali che assorbono risorse in maniera non comparabile.

Dal punto di vista metodologico, la predisposizione del Bilancio Previsionale dell'anno successivo solitamente prende le mosse dal raffronto dei conti economici degli esercizi precedenti ed in particolare di quello in chiusura, che rappresentano quindi una sorta di "spesa storica" dell'ASL cui fare riferimento, procedendo quindi all'analisi dei principali fattori che determineranno, nel corso dell'esercizio successivo, le variazioni più significative sui valori economici attesi dei principali aggregati di costo, evidenziando i fattori endogeni ed esogeni che le determinano. Su tale base, la Direzione Strategica pone in essere le azioni di "efficientamento" che consentano il raggiungimento dei risultati sanitari ed economici attesi, tenuto conto:

- della normativa nazionale e regionale vigente;
- degli obiettivi di governo espressi con la programmazione regionale/aziendale;
- degli obiettivi di mandato assegnati al Direttore Generale;
- della sostenibilità economico-finanziaria

L'analisi seguente tiene conto di quanto sopra specificato, per cui si considereranno esclusivamente le poste contabili che determineranno importanti variazioni dei costi rispetto a quelli consuntivati nel corrente esercizio 2023.

Occorre inoltre evidenziare che il Bilancio previsionale provvisorio tecnico 2024 è stato predisposto a parità di servizi sanitari ad oggi erogati ed in considerazione anche delle implementazioni di servizi già autorizzate dalla Regione (ad es. riapertura PS di area disagiata di Cuorné dall'8.1.2024).

Relativamente alla spesa farmaceutica si evidenzia come la componente ospedaliera abbia l'incidenza maggiore in assoluto, presumibilmente anche per effetto delle forme alternative di distribuzione dei farmaci come la distribuzione diretta – DD – ed in nome e per conto – DPC -che nel bilancio rientrano nella componente della spesa ospedaliera. Il trend crescente della spesa per farmaci acquistati è in parte legato alla prevalenza di nuovi farmaci lanciati in setting specialistici / ospedalieri ed in parte generato dalla diffusione di forme alternative di distribuzione dei farmaci (DD e DPC) che hanno visto negli anni transitare in questi canali (soprattutto nella DD) farmaci a maggiore costo. Infatti, sempre dal 2013 al 2022, la quota rappresentata da DD e DPC è passata dal 30% al 42% della spesa farmaceutica complessiva.

Analoghe considerazioni valgono relativamente alla spesa per dispositivi medici che nel corso del periodo considerato hanno visto l'introduzione di nuove tecnologie maggiormente performanti. Inoltre il potenziamento dell'attività chirurgica nell'ottica del contenimento delle liste di attesa determina l'incremento dei consumi di dispositivi che non trova copertura in specifici finanziamenti.

All'incremento della spesa per beni e servizi ha inoltre contribuito in maniera significativa l'aggiudicazione della gare relative ai trasporti, che risente oltre che dei noti incrementi tariffari legati al costo dei carburanti, anche di una differente rimodulazione del servizio imposta da esigenze organizzative conseguente al deciso decremento dei volontari delle croci necessariamente sostituiti da dipendenti indispensabili per garantire la continuità del servizio nonché degli esiti di un ricorso avverso all'azienda.

Per la quantificazione degli oneri e costi relativi al personale dipendente, si è tenuta in considerazione l'oggettiva difficoltà che si riscontra nel selezionare ed assumere il personale sanitario di cui ci sarebbe bisogno, nonché del vincolo derivante dalla programmazione finanziaria regionale, rappresentato dal tetto del costo del Personale.

Il valore storico sul quale si è basato il calcolo del costo del personale 2024 è costituito dal costo del personale in proiezione a finire per l'anno 2023, determinato considerando provvisoriamente quali fondi del personale del comparto e della dirigenza quelli definiti delle delibere nn. 737/738/739 del

08/09/2023, ovvero i definitivi 2022, aggiornati con gli incrementi certi derivanti dall'applicazione del CCNL.

In assenza di specifiche indicazioni regionali per il Previsionale, gli importi trasmessi alla Regione, sono calcolati al netto degli eventuali incrementi dei fondi che si potrebbero determinare per l'anno 2023 in applicazione del D.L. 35/2019 (c.d. Calabria) convertito in L. n. 60 del 25 giugno 2019. Al momento della predisposizione della presente relazione anche i valori da iscrivere a Bilancio Consuntivo 2023 sono ancora oggetto di specifica verifica di compatibilità economico finanziaria del SSR da parte della Regione e quindi da autorizzare.

Come già precisato in altri contesti, è intenzione della Direzione Generale dell'ASL TO4 proseguire il percorso di riduzione del personale somministrato, sostituendolo con personale dipendente dove possibile, con il conseguente beneficio economico.

Per quanto riguarda invece gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, sulla base di precise istruzioni da parte della Regione, si sono imputati i medesimi valori del Bilancio consuntivo 2022 per il personale dipendente.

Nelle more di specifiche istruzioni regionali riguardanti le strutture private ed i loro valori di costo, considerato l'andamento della mobilità dei primi 10 mesi dell'anno 2023, si è convenuto di imputare a costo per l'anno 2024 il valore proiettato al 31/12 dell'effettiva produzione erogata che nella quasi totalità dei casi è allineata al 94% circa del budget assegnato, senza tuttavia tenere conto degli incrementi di attività legati all'abbattimento liste attese, oggetto di specifico finanziamento e soggetti a rendicontazione separata.

Il presente conto economico include inoltre i costi sostenuti per l'erogazione dell'attività extra-LEA, nel rispetto delle indicazioni di cui alle specifiche DGR regionali.

La quantificazione del saldo di mobilità infra-regionale risulta proposto quale stima dalla Regione e rispecchia l'effettivo andamento solo relativamente al periodo gennaio-agosto 2023. Per i rimanenti mesi è stato utilizzato il valore della mobilità rilevata nell'ultimo quadrimestre dell'anno 2022, periodo nel quale l'andamento dell'attività ha evidenziato un trend non sovrapponibile a quello attuale, anche in considerazione della maggior sforzo dedicato al recupero liste d'attesa, attività che come più volte evidenziato, mostra attualmente una curva incrementale tendente all'appiattimento a seguito del completamento dell'attività di alcune specialità.

Analisi della perdita e conclusioni

Stante quanto evidenziato, il risultato della gestione previsto per l'anno 2024, elaborato in coerenza con la programmazione finanziaria regionale, mette in evidenza un maggior fabbisogno di finanziamento per il valore di € 39.038.118,71= indispensabile a garantire i LEA e la continuità dei

servizi sanitari come da richieste motivate dei servizi competenti. Il Bilancio previsionale provvisorio tecnico 2024 è stato infatti predisposto a parità di servizi sanitari ad oggi erogati ed in considerazione anche delle implementazioni di servizi già autorizzate dalla Regione (ad es. riapertura PS di area disagiata di Cuorné dall'8.1.2024).

Tale valore atteso include e viene superato, come già esplicitato, da componenti indipendenti dal governo aziendale e non compensative del finanziamento regionale come di seguito rappresentato:

Perdita attesa 2024	39.038.118,71
----------------------------	----------------------

MINORI FINANZIAMENTI	
Recupero liste di attesa	-2.963.026,00
Contributi per investimenti in c/esercizio	-3.232.723,00
Contributi per investimenti in c/esercizio - Ulteriore integrazione alla spesa aziendale per adeguamento e manutenzione degli ospedali pubblici del SSR	-655.895,00
D.D. n. 1555 del 9/8/2023 Riparto GAP Gioco d'azzardo patologico	-225.911,09
Contributo regionale extra fondo sanitario -copertura perdita 200 ASR	-1.995.011,77

TOTALE Minori finanziamenti	-9.072.566,86
------------------------------------	----------------------

Peggioramento saldo mobilità al netto strutture private	-2.041.863,22
---	---------------

Incremento IVC art. 3 D.L. 145/2023 a valere sul 2024	-5.472.347,01
---	---------------

Incremento costo personale 2024 per nuove assunzioni e stabilizzazioni personale interinale a tetto, in parte compensato da minori costi cooperative	-636.985,68
--	-------------

Incremento costi Medici CNU - spesa aggiuntiva ADR medici di famiglia e AFT specialisti	-2.135.000,00
---	---------------

Maggior accantonamento cause civili Medici di famiglia per recupero somme trattenute prestazioni ADP	-900.000
--	----------

Incremento costi CAVS e Strutture accreditate a tetto budget	-7.306.793,58
--	---------------

Nuove tabelle con costi DPC ed in compensazione del 20 nov 2023	-3.148.141,81
---	---------------

Spesa socio sanitaria Extralea eccedente il finanziamento specifico	-5.000.000,00
---	---------------

Spesa adeguamenti energetici eccedente il finanziamento DGR n. 9-	-2.500.000,00
---	---------------

7070/2023	
Aumento incompressibile dei prezzi su forniture dei costi di produzione conseguente a nuove gare SCR e Consip, e adeguamenti Istat +6/8%	-10.000.000,00
TOTALE VARIAZIONI NEGATIVE	-48.213.698,16
VARIAZIONI POSITIVE	
Assenza mutuo regionale	1.995.011,77
Assenza storno quota	3.888.618,00
DGR n. 13-7239/2023 maggiori risorse PNRR ADI over 65	3.607.762,56
totale VARIAZIONI POSITIVE	9.491.392,33
Risultato economico 2024 rettificato, al netto delle poste incompressibili sopra dettagliate	+315.812,88

Si precisa infine che l'analisi di cui alla presente relazione viene integrata e completata da quanto riportato dall'allegato A in merito alle singole componenti di spesa.

Il Direttore Generale
Dott. Stefano SCARPETTA
f.to in originale

Il Responsabile S.C. Gestione Economico- Finanziaria – EG
Il Responsabile ff S.C. Sistemi informativi e Ufficio Flussi – CG
Il Direttore Amministrativo – SLR
Il Direttore Sanitario - AG