



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

Sede Ivrea

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 2025**

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.

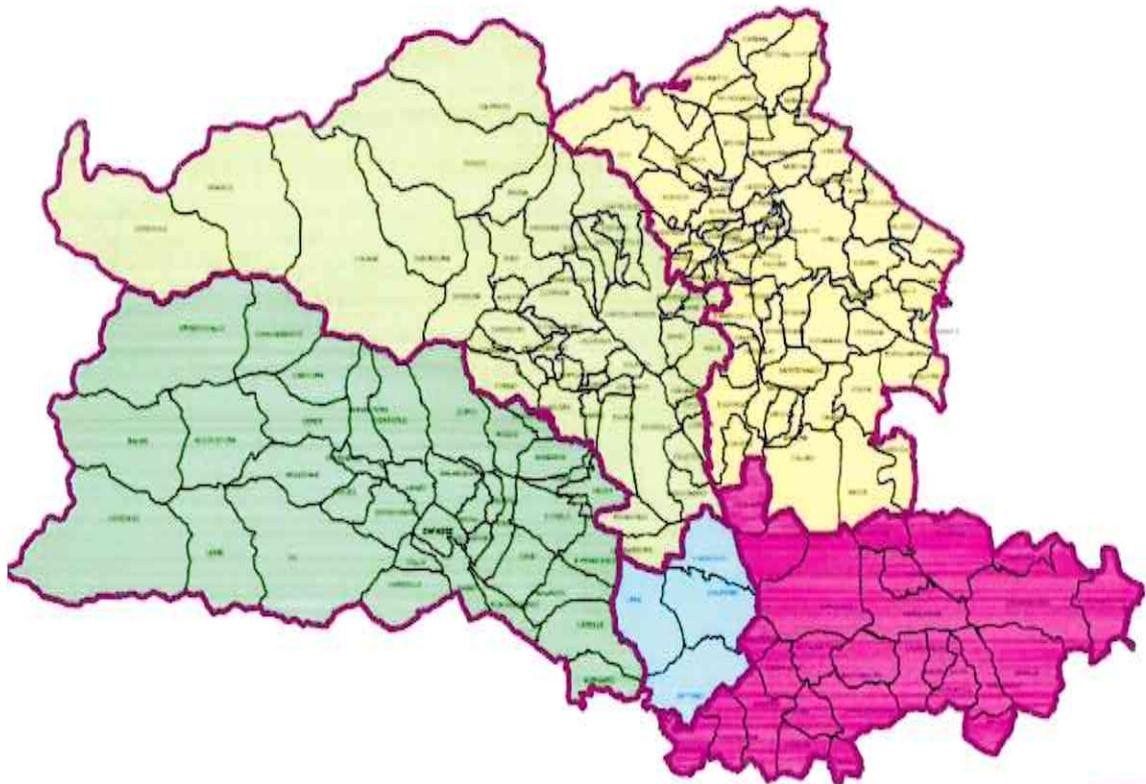
1. Generalità sull'organizzazione dell'azienda

L'ASL TO4 è nata dall'accorpamento delle ASL di Cirié, 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.

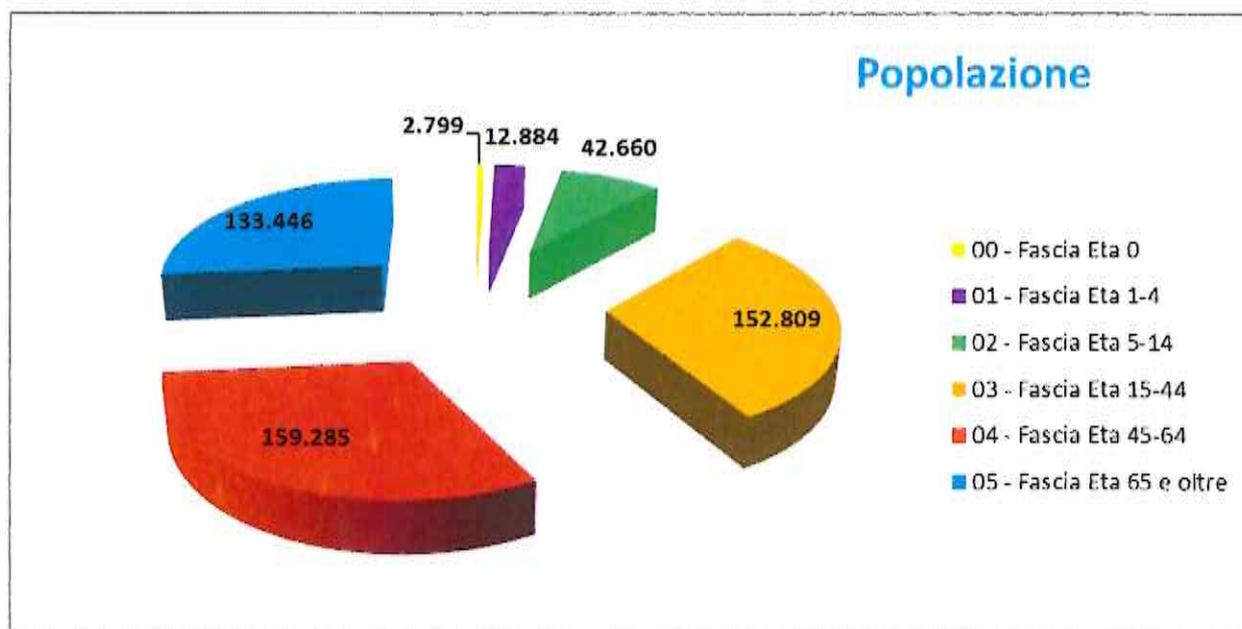
Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed un intervento esteso alla gestione dei bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali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

Il logo aziendale è rappresentativo del territorio dell'ASL: le montagne e i tre fiumi identificabili nello Stura per il territorio dell'area di Cirié, nel Po per il territorio dell'area di Chivasso, nella Dora Baltea per il territorio dell'area di Ivrea.

La confluenza dei tre fiumi in uno solo traduce un elemento caratterizzante l'azione aziendale: i territori unificati con l'obiettivo di uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare in modo uniforme e coordinato il bisogno di salute della popolazione di riferimento.



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 164 abitanti per km² e una popolazione grezza complessiva al 31.12.2023 di 503.883 abitanti (Fonte: BDDE), distribuiti in 174 comuni, ai quali si aggiunge la frazione Rivodora del comune di Baldissero Torinese; sono presenti 5 distretti sanitari.



Distretto	Popolazione grezza		
	M	F	TOTALE
Chivasso/San Mauro	58.309	60.426	118.735
<i>di cui over 65</i>	13.817	16.891	30.708
Cirie'/Lanzo	59.116	61.033	120.149
<i>di cui over 65</i>	13.863	16.739	30.602
Cuorgne'	37.722	38.744	76.466
<i>di cui over 65</i>	8.940	11.122	20.062
Ivrea	51.328	53.832	105.160
<i>di cui over 65</i>	13.340	16.732	30.072
Settimo Torinese	40.769	42.604	83.373
<i>di cui over 65</i>	9.164	11.352	20.516
Totale complessivo	247.244	256.639	503.883
<i>di cui over 65</i>	59.124	72.836	131.960

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

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,
- Cirie'/Lanzo,
- Cuorgnè,
- 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.

Assistiti da MMG/PLS per Distretto di Residenza

DISTRETTO	N. ASSISTITI CON MMG/PLS	MMG	PLS
DISTRETTO 1 Ciriè	115.960	73	10
DISTRETTO 2 Chivasso - San Mauro Torinese	114.080	75	9
DISTRETTO 3 Settimo Torinese	81.305	52	7
DISTRETTO 5 Ivrea	100.136	65	8
DISTRETTO 6 Cuornè	73.345	45	5
Totale complessivo	484.826	310	39
di cui con almeno una esenzione per patologia			
135.384			
di cui con almeno una esenzione per malattia rara			
6.157			

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

Sono inoltre presenti 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,
- C.D.C. ex 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

L'attività di produzione ospedaliera per acuti viene effettuata negli ospedali aggregati in tre presidi riuniti.

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'	79	10	13	PS di area disagiata
OSPEDALE CIVILE DI IVREA	184	8	22	D.E.A. I livello
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE'	225	8	15	D.E.A. I livello
PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	77	7	12	
Totale	751	48	77	

Dati al 30/09/2024 fonte ARPE

Area territoriale

Il distretto, quale articolazione territoriale, operativa ed organizzativa dell'ASL, rappresenta la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del SSR con i cittadini e, quale garante della salute della popolazione, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati nell'art. 3 quinquies del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs.229/1999, mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e tra questi e i servizi socio sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla cronicità ed alle situazioni di fragilità sociale.

Al fine di assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area della integrazione socio-sanitaria, l'ambito territoriale del distretto deve garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con il soggetto gestore dei servizi socio-assistenziali, per la razionalizzazione organizzativa ed il contenimento della spesa. Tale ambito pertanto deve preferibilmente coincidere con l'ambito territoriale di uno o più enti gestori.

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'A.S.L. coerentemente con la programmazione regionale. Al distretto competono le attività di governo e monitoraggio della spesa territoriale.

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il distretto definisce il programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT), coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

La Prevenzione

La Prevenzione è la macrofunzione aziendale preposta in modo specifico all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Ha il compito non solo di prevenire le malattie, ma anche di promuovere, proteggere e migliorare la salute e il benessere dei cittadini, attraverso interventi che spesso trascendono i confini del settore sanitario e vanno a coinvolgere l'intera società civile. Garantisce la tutela della salute collettiva e del patrimonio zootecnico da rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di Prevenzione Costituisce la struttura operativa aziendale preposta a garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, sviluppo di interventi di sanità pubblica, umana ed animale mediante azioni coordinate con le altre strutture ospedaliere e territoriali (igiene e sanità pubblica, igiene degli alimenti e della nutrizione, prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro, medicina legale, sanità animale, igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione e conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche).

Inoltre l'ASL TO4 svolge la propria funzione attraverso:

- *la valutazione multidisciplinare*, ovvero l'attività di valutazione multidimensionale dei bisogni di assistenza domiciliare dei cittadini residenti nel territorio;

- *l'area della fragilità, che si occupa del sostegno nell'individuazione delle strategie per il soddisfacimento dei bisogni rilevati;*
- *l'area della Medicina Legale e Invalidità Civile, l'attività del medico legale rientra nelle competenze attribuite all'ASL a supporto delle esigenze non solo della rete territoriale (prestazioni a valenza certificativa e accertativa), ma anche del polo ospedaliero aziendale;*
- *l'area di assistenza farmaceutica territoriale;*
- *l'area protesica maggiore;*
- *l'area delle cure primarie;*
- *l'attività vaccinale;*
- *le sedi consultoriali.*

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 strutturali

Obiettivi del PNRR sono:

- potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica;
- rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari;
- sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio;
- sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare.

Per quanto riguarda COT, Case di Comunità e Ospedali di Comunità si proseguirà nell'avanzamento progetti nel rispetto delle milestone previste.

Per quanto riguarda gli interventi di ammodernamento tecnologico delle apparecchiature, previsti dalla componente M6.C2 del PNRR, a seguito di adesione da parte di questa Azienda alle iniziative Consip attivate nel corso del 2023, nell'anno 2025 è prevista l'installazione e la messa in servizio completa dei seguenti interventi:

- nr. 2 telecomandati digitali per la radiodiagnostica del P.O. di Ciriè, la cui installazione è prevista rispettivamente per il mese di aprile e giugno 2025;
- nr. 1 TC per la radiodiagnostica del P.O. di Ciriè, la cui installazione è prevista per l'inizio del mese di luglio 2025;
- nr. 1 angiografo per la cardiologia del P.O. di Ciriè, la cui installazione è prevista per il mese di febbraio 2025.

Sempre nel corso dell'anno 2025, nell'ambito della componente M6.C2 – 1.1.1 per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione delle strutture ospedaliere, DEA di I e II

livello), proseguiranno l'assessment e la migrazione alla versione MEUI del verticale sanitario, la cui conclusione è prevista per l'anno 2026.

Inoltre per l'anno 2025 si prospettano le seguenti attività progettuali:

- progettazione di un ulteriore potenziamento della connettività geografica delle strutture aziendali tramite il progetto strategico nazionale denominato "Sanità Connessa";
- continuo innalzamento del livello di sicurezza informativa;
- completamento del progetto strategico di migrazione al cloud, ovvero per quei servizi ospitati dall'Ente, con finanziamento stanziato nell'ambito di Pa Digitale 2026, con l'obiettivo di raggiungere i necessari livelli di servizio per la continuità operativa e il disaster recovery;
- completamento del passaggio alla versione CDA2 dei referti di Anatomia Patologica.

Azioni organizzative

Le strategie che ispirano la pianificazione dell'ASL TO4 si conformano alle linee-guida definite dalla pianificazione strategica di Regione Piemonte. Tenuto conto del superiore riferimento regionale e delle specificità aziendali, questa Azienda focalizza la propria pianificazione strategica sulla progettualità di seguito illustrata, in coerenza con il PIAO 2025-2027.

Il budget è lo strumento con il quale, nel rispetto di quanto definito dalla programmazione strategica e annuale dell'azienda, vengono trasformati piani e programmi aziendali in specifici obiettivi vincolati rispetto alla struttura delle responsabilità organizzative interne.

Gli obiettivi contenuti nel budget rappresentano il parametro di riferimento per la valutazione sia dei risultati conseguiti annualmente dall'organizzazione nella sua globalità sia dalle singole Unità Operative.

Migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini

Accessibilità

ASL TO4 tiene costantemente monitorati i tempi di attesa, operando per il contenimento degli stessi. L'Azienda si impegna, dunque, a porre in essere le necessarie azioni per il governo dei tempi di erogazione delle prestazioni di ricovero ed ambulatoriali, nel rispetto dei codici di priorità definiti, rimodulando l'offerta tenuto conto delle risorse disponibili.

Gli obiettivi di accessibilità e più in generale di miglioramento della qualità dei servizi resi dovranno altresì garantire la piena accessibilità fisica e digitale da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità rafforzando le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi

domiciliari, sviluppando la telemedicina con soluzioni anche a sostegno dell'attività domiciliare e superando la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio.

Il miglioramento delle prestazioni erogate sul territorio è perseguito attraverso l'attivazione di Centrali Operative Territoriali e una più efficace integrazione con tutti i servizi.

Programmazione 2025

La programmazione aziendale per l'anno 2025 nasce dagli indirizzi regionali di cui alla nota prot. nr. 00028253 del 25/11/2023 ad oggetto "Bilanci preventivi 2025: Indirizzi per la redazione".

La premessa metodologica alla base delle decisioni assunte nella predisposizione del bilancio preventivo 2025 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 (ricoveri sociali). 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 2024 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 proseguire nel corso dall'anno 2025 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 dal mese di gennaio 225 saranno nuovamente operative le sale operatorie del presidio di Lanzo, dedicate alla chirurgia ambulatoriale (CAC), ivi compresi gli interventi di cataratta, e alla terapia antalgica in radiofrequenza.

Dal punto di vista gestionale 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 inappropriatezza, finalizzato ad un miglioramento delle richieste di esami di laboratorio e consulenze effettuate in PS.

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 territoriale

Nel corso del 2024 sono proseguite le manovre di contenimento della spesa farmaceutica 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 inappropriatazza 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, antibiotici, biosimilari, ossigeno;
- ✓ sensibilizzazione dei MMG alla prescrizione di medicinali cost-saving (parte integrante degli obiettivi farmaceutici 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 2024, tramite il coordinamento di Azienda Zero, l'azienda ha collaborato ai tavoli di lavoro regionali in tema di appropriatezza prescrittiva di immunoglobuline, immunomodulatori/ipolipemizzanti nell'ottica del contenimento della spesa sia a livello aziendale, sia regionale.

Considerata la continua 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.

Proseguirà inoltre l'attività di stewardship antibiotica avviata nel corso del 2024, finalizzata all'eliminazione del consumo improprio attraverso il rapido passaggio da terapia empirica a terapia mirata, anche nell'ottica del contrasto all'antibiotico resistenza.

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 dell'evento

acuto, 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.

In quest'ottica verrà esteso ad altre specialità l'utilizzo del modulo di ECV Med, sperimentato nel corso dell'anno 2024 dalla Cardiologia di Chivasso, attraverso la quale il MMG entra in contatto con lo specialista ospedaliero per la condivisione di pareri e/o referti, consentendo in tal modo l'immediata presa in carico degli episodi acuti.

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 del 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 prescrizione.

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 nell'ottica delle analisi legate all'efficientamento della spesa per dispositivi medici è stata istituita la commissione aziendale HTA cui devono essere trasmesse tutte le richieste di introduzione di nuovi device. La commissione ha il compito di valutare l'impatto non solo economico ma anche clinico del dispositivo, l'eventuale esclusività e se trattasi di affiancamento o sostituzione di device precedentemente aggiudicati. 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 (CND C – J - P).

Nel corso dell'anno 2025 verrà inoltre completata, attraverso la collaborazione tra Farmacia Ospedaliera e infermiere vulnologhe, la stesura del prontuario aziendale delle medicazioni speciali (CND M).

L'azienda persegue inoltre l'obiettivo della riduzione degli acquisti in economia e degli affidamenti diretti one shot, 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 – Efficientamento spesa per assistenza territoriale

Nella consapevolezza dell'impossibilità di contenere la spesa per l'anno 2025 entro il limite della spesa 2019 sia per la variazione prezzi dovuta all'andamento dell'inflazione nel periodo considerato, sia per la maggior numerosità degli assistiti in carico, proseguiranno le azioni di rimodulazione dell'offerta nell'ottica di assicurare il target di assistenza domiciliare degli assistiti over 65 previsti dal Decreto Interministeriale 23 gennaio 2022 – *Assistenza Domiciliare Integrata – M6 C1 1.2.1 "Casa come primo luogo di cura ADI"*.

Azione 11 – Accessibilità Pronto Soccorso

Negli ultimi anni si è determinato un aggravamento del fenomeno del sovraffollamento dei PS per molteplici concause esogene (invecchiamento della popolazione, inappropriata accessi, carenza di riferimenti territoriali, ...) ed endogene (carenza disponibilità PL, ritardi nella diagnostica di supporto, boarding, ...).

Le linee di indirizzo regionali hanno dato impulso alla realizzazione di alcuni interventi di miglioramento dell'accoglienza dei pazienti in PS che proseguiranno anche nell'anno 2025, quali:

- gestione dei flussi dei pazienti mediante l'attività di bed management;
- rilevazione puntuale degli indicatori maggiormente significativi (numero pazienti in attesa, tempo attesa visita, tempo attesa ricovero, ...);
- presa in carico del paziente anziano fragile, con particolare riguardo alle fasi di maxi-afflusso (ondate calore, epidemia influenzale);
- revisione dell'attività delle Assistenti Sociali e del Servizio di Dimissioni Protette, in modo da intercettare tempestivamente situazioni sociali o socio-sanitarie problematiche, riducendo i ricoveri sociali;
- revisione dei contenuti del Piano di Sovraffollamento;
- briefing periodici e standardizzati.

Azione 12 – Cartella clinica informatizzata e prescrizione al letto del paziente

Nell'ambito del progetto PNRR di digitalizzazione delle strutture ospedaliere verrà realizzato il passaggio alla Cartella Clinica Digitale, presupposto per la gestione integrata del ricovero con

convergenza delle attività cliniche e riabilitative in un unico insieme organizzativo e informativo. Attraverso la gestione integrata è possibile la gestione interdisciplinare del paziente supportata da una visione d'insieme del dato trasversale per le figure del team. Diario, parametri vitali, scale di valutazione sono presentati in un unico contesto con modalità omogenea di valutazione, inserimento delle informazioni e sintesi, indipendentemente dalla figura professionale che ha inserito il dato; inoltre la gestione digitale permette di filtrare le informazioni in funzione della specifica finalità di cura. Parallelamente verrà avviata la prescrizione farmacologia al letto del paziente, non solo nell'ottica di azzerare il rischio di errore nella terapia ma anche in quella della razionalizzazione della spesa attraverso l'interazione con il prontuario aziendale e le giacenze di reparto.

Gestione Economico Finanziaria - Conto Economico Previsionale provvisorio tecnico 2025

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

CONTO_COD	CONTO_DESC	A	B	
		Proiezione 3° trim 2024 a fine anno	CE PREV 2025	B-A
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	915.656.076,43	913.950.941,51	-1.705.134,92
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	21.454.529,04	21.454.529,04	0,00
A1	Contributi F.S.R.	937.110.605,47	935.405.470,55	-1.705.134,92
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	160.687.405,40	-161.807.731,73	-1.120.326,33
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-3.694.870,15	-3.607.744,45	87.125,70
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-10.921.886,60	-12.533.738,40	-1.611.851,80
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-74.010,67	-74.010,67	0,00
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-35.250.081,60	-35.646.252,43	-396.170,83
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0,00	0	0
A2	Saldo Mobilità	-210.628.254,41	-213.669.477,68	-3.041.223,27
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero		0	0
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	5.482.432,40	5.864.288,16	381.855,76
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	8.826.165,64	8.742.941,26	-83.224,38
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	14.308.598,04	14.607.229,42	298.631,38
A3.2	Ticket	10.387.607,41	10.246.479,90	-141.127,51
A3.3	Altre Entrate Proprie	10.643.341,17	11.294.731,31	651.390,14
A3	Entrate Proprie	35.339.546,63	36.148.440,63	808.894,00
A4.1	Ricavi Intramoenia	5.572.673,29	5.572.673,29	0,00
A4.2	Costi Intramoenia	4.623.333,33	4.623.333,34	0,01
A4	Saldo Intramoenia	949.339,96	949.339,95	-0,01
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-3.888.618,00	0,00	3.888.618,00
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	0,00	0	0
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	6.381.667,56	0,00	-6.381.667,56
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	2.177.960,01	200.000,00	-1.977.960,01
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	4.203.707,55	-200.000,00	-4.403.707,55
A	Totale Ricavi Netti	763.086.327,19	758.633.773,45	-4.452.553,74
B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente Dirigenti medici, verinari e non medici e comparto	187.371.823,93	190.298.159,30	2.926.335,37
B1.1b	Personale Non Sanitario - Lavoro interinale	2.825.264,35	3.000.000,00	174.735,65
B1.1	Personale Sanitario	190.197.088,28	193.298.159,30	3.101.071,02
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente Dirigenti PTA e comparto professionale tecnico amministrativo	53.699.134,55	54.642.020,04	942.885,49
B1.2b	Personale Non Sanitario - - Lavoro interinale	2.676.471,29	3.000.000,00	323.528,71
B1.2	Personale Non Sanitario	56.375.605,84	57.642.020,04	1.266.414,20
B1	Personale	246.572.694,12	250.940.179,34	4.367.485,22

B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	74.224.189,32	74.360.001,44	135.812,12
B3.1	Altri Beni Sanitari	52.355.353,83	54.083.289,95	1.727.936,12
B3.2	Beni Non Sanitari	2.137.319,23	2.176.951,59	39.632,36
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	15.616.169,29	16.278.477,08	662.307,79
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	13.234.803,08	14.347.249,42	1.112.446,34
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	12.162.349,27	12.454.864,80	292.515,53
B3.3a	Servizi Appalti	41.013.321,64	43.080.591,30	2.067.269,66
B3.3b	Servizi Utenze	6.646.406,64	6.646.406,64	0,00
B3.3c	Consulenze	5.078.287,13	5.030.218,97	-48.068,16
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	4.685.669,53	4.916.984,44	231.314,91
B3.3e	Premi di assicurazione	3.683.845,47	4.105.384,53	421.539,06
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	23.714.067,01	24.250.252,11	536.185,10
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	10.770.662,68	11.376.969,00	606.306,32
B3.3	Servizi	95.592.260,11	99.406.806,99	3.814.546,88
B3	Altri Beni e Servizi	150.084.933,16	155.667.048,53	5.582.115,37
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	1.781.339,99	1.781.340,01	0,02
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0,00	0	0
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.781.339,99	1.781.340,01	0,02
B5	Accantonamenti	1.832.931,59	1.891.674,00	58.742,41
B6	Variazione Rimanenze	0,00	0,00	0,00
B	Totale Costi Interni	474.496.088,17	484.640.243,32	10.144.155,15
C1	Medicina Di Base	56.445.843,73	53.756.002,34	-2.689.841,39
C2	Farmaceutica Convenzionata	64.066.634,27	67.045.153,22	2.978.518,95
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	49.698.973,97	45.943.868,37	-3.755.105,60
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	7.734.727,48	7.190.172,25	-544.555,23
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	7.609.076,92	7.609.076,92	0,00
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	15.343.804,40	14.799.249,17	-544.555,23
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	30.773.654,57	31.523.654,58	750.000,01
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	3.655.085,16	3.655.085,16	0,00
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	16.096.415,36	16.096.415,35	-0,01
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	17.098.155,69	17.098.155,69	0,00
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	4.802.812,84	4.802.812,84	0,00
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	0,00	0	0
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	54.268.040,04	55.431.808,98	1.163.768,94
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	76.169.008,57	77.332.777,51	1.163.768,94
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	95.920.509,09	97.084.278,02	1.163.768,93
C3	Prestazioni da Privato	191.736.942,04	189.351.050,14	-2.385.891,90
C	Totale Costi Esterni	312.249.420,04	310.152.205,70	-2.097.214,34
D	Totale Costi Operativi (B+C)	786.745.508,21	794.792.449,02	8.046.940,81
E	Margine Operativo (A-D)	-23.659.181,03	-36.158.675,57	-12.499.494,54
	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie			
F1	Finanziarie	0,00	0,00	0,00
F2	Saldo Gestione Finanziaria	2.866,84	2.866,84	0,00
F3	Oneri Fiscali	18.215.614,75	18.564.474,98	348.860,23
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	5.592.509,29	989.040,77	-4.603.468,52
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	2.769.904,92	2.769.904,91	-0,01
F4	Saldo Gestione Straordinaria	-2.822.604,37	1.780.864,14	4.603.468,51
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	15.395.877,21	20.348.205,96	4.952.328,75
G	Risultato Economico (E-F)	-39.055.058,24	-56.506.881,53	-17.451.823,29
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA		0,00	0,00
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	-39.055.058,24	-56.506.881,53	-17.451.823,29

La predisposizione del conto economico previsionale per l'anno 2025 risente di alcune evidenti criticità rappresentate lato ricavi dal venire meno degli specifici finanziamenti destinati al recupero liste attesa € 2.636.043,80, oggetto di successiva ripartizione, nonché dei finanziamenti per destinazione investimenti, pari ad € 3.888.618,00;

Inoltre a fronte di uno specifico finanziamento provvisoriamente indicato in € 4.412.160,16, sono stati considerati interamente i costi ExtraLea che l'A.S.L. sostiene sulla base di specifiche normative di

settore ed indicazioni regionali – cogenti per l'ASL e non vincolate ad un tetto di spesa limite predeterminato - in materia di assistenza socio sanitaria a favore di soggetti fragili, per un importo complessivo che per l'esercizio 2024 è stato determinato in circa € 9.100.000,00.

L'assegnazione provvisoria per l'esercizio 2025 risulta pertanto insufficiente rispetto alle effettive esigenze di fabbisogno corrente, con particolare riferimento alla congiuntura economica degli ultimi esercizi, caratterizzata da un elevato tasso inflazionistico dei prezzi di beni e servizi, nonché da una notevole ripresa delle attività sanitarie sia presso i presidi dell'A.S.L., sia presso le strutture private accreditate.

Nel corso del periodo 2019-2024 sono stati introdotte nuove metodiche che utilizzano device e farmaci non presenti nell'anno 2019; non solo quindi l'impatto inflattivo (pari al +1,9% anno 2021; + 8,1% anno 2022; +5,7% anno 2023; +1 settembre 2024) o il caro energia contribuiscono all'incremento della spesa. Garantire infatti 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 indicato, inoltre, si è inoltre assistito ad uno shift del modello assistenziale ospedale centrico 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 l'impossibilità di garantire una spesa territoriale in linea con quella dell'anno 2019, 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 che saranno consuntivati nel corrente esercizio 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.

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 contribuisce in maniera significativa l'aggiudicazione di nuove gare per dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD), noleggi attrezzature sanitarie in sostituzione di apparecchiature end-life (al fine di garantire continuità nell'erogazione dei servizi al cittadino), adeguamento prezzi riconosciuti a livello di gare SCR, estensione del CUP unico regionale all'attività libero professionale.

Per la quantificazione degli oneri e costi relativi al personale dipendente, si è tenuta in considerazione anche per il 2025, 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, peraltro aggiornato al valore del 2024, non essendo ancora intervenuta la DGR di approvazione del tetto per il 2025.

Il valore storico sul quale si è basato il calcolo del costo del personale 2025 è costituito dal costo del personale in proiezione a finire per l'anno 2024, determinato considerando provvisoriamente quali fondi del personale del comparto e della dirigenza quelli definiti delle delibere n. 536/537/538 del 25/07/2024 quali definitivi per l'esercizio 2023, aggiornati tuttavia con gli incrementi certi derivanti dall'applicazione del CCNL 02/11/2022.

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 2025 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 2024 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 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 2023 per il personale dipendente.

RAGGRUPPAMENTO		CE Consuntivo 2023 (A)	CE Previsionale 2025 (B)	Delta_(A-B)
B1.1a	Personale Sanitario Dirigenza e comparto	179.665.757,86	190.298.159,30	10.632.401,44
B1.1b	Personale Interinale Sanitario	2.551.694,27	3.000.000,00	-448.305,73
B1.1	Personale Sanitario	182.217.452,13	193.298.159,30	-11.080.707,17
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dirigente e comparto	53.542.804,50	54.642.020,04	-1.099.215,54
B1.2b	Personale Interinale Non Sanitario	3.557.292,71	3.000.000,00	557.292,71
B1.2	Personale Non Sanitario	57.100.097,21	57.642.020,04	-541.922,83
B1	Personale	239.317.549,34	250.940.179,34	11.622.630,00

A giustificazione della variazione di costo dettagliata in tabella, occorre considerare l'applicazione dei CC.CC.NN.LL. 2019-2021 del personale del comparto e della dirigenza medica e sanitaria, entrati a regime nel corso del 2024 quale costo di competenza e dell'incremento dovuto, nonché l'impatto delle IVC 2024 e 2025 previste dai rispettivi legge e DDL di bilancio per un importo complessivo di circa 6,9 mln/€. Per quanto concerne infine gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali dei trienni 2022-2024 e 2025-2027, su precisa indicazione regionale, i relativi valori saranno imputati nel bilancio della GSA Regionale e non nei CE previsionali delle singole ASL.

Strutture private

In ottemperanza alle specifiche disposizioni contenute nella citata circolare regionale di istruzioni prot. n. 00028253 del 25/11/2024, con riguardo alle strutture private ed i loro valori di costo, l'ASL TO4 ha previsto valori coerenti con la funzione assegnata dalle D.G.R. recenti ed in particolare la D.G.R. n. 17-8103 del 22 Gennaio 2024 "Regole di finanziamento per l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati per gli anni 2024-2025-2026, considerato anche l'andamento della produzione consuntivato nei primi 10 mesi dell'anno 2024, imputando a costo per l'anno 2025 valori allineati al

100% dei budget assegnati, al netto dei ticket che le strutture incasseranno, senza tuttavia tenere conto degli incrementi di attività legati all'abbattimento liste attese, oggetto di specifico finanziamento e soggetti a rendicontazione separata.

Mobilità

La quantificazione del saldo di mobilità infra-regionale, proposto quale stima dalla Regione, rispecchia l'effettivo andamento solo relativamente al periodo gennaio-agosto 2024. Per i rimanenti mesi è stato utilizzato il valore della mobilità rilevata nell'ultimo quadrimestre dell'anno 2023, 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 e nel rispetto degli obiettivi assegnati per l'anno 2024 con D.G.R. n. 7-8279 dell'11 Marzo 2024.

Accantonamenti

Nel procedere alla determinazione degli accantonamenti, si è verificato che al momento della rilevazione i fondi rischi accantonati garantissero la copertura degli eventi avversi potenzialmente probabili, tenuto conto anche dei contenziosi in essere col personale dipendente e dei tempi di pagamento dei debiti commerciali.

Per quanto riguarda l'iscrizione degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, si è tenuto conto delle indicazioni ricevute con la citata nota regionale prot. 00028253 del 25/11/2024. In particolare, come già evidenziato al paragrafo precedente, per il CE previsionale 2025 non sono stati iscritti a bilancio accantonamenti per i rinnovi CCNL della dirigenza medica sanitaria, PTA e Comparto. Anche per quanto concerne i medici convenzionati si è tenuto conto della sottoscrizione per il rinnovo dell'ACN dei medici convenzionati, avvenuta in data 08/02/2024, per cui non sono stati effettuati accantonamenti alle voci corrispondenti.

Si evidenzia invece l'accantonamento di € 1.000.000,00 alla voce "Altri accantonamenti per rischi" iscritto prudenzialmente a bilancio per rischi su crediti nei confronti della partecipata S.A.A.P.A., in attesa di definire il piano di ammortamento del loro debito nei confronti dell'A.S.L. determinato dal forniture continuative di farmaci e prestazioni di laboratorio, cui dal 1° giugno 2024 si aggiungono i crediti relativi all'indennità di occupazione dell'immobile di Settimo utilizzato per attività sanitaria, divenuto di proprietà dell'A.S.L. TO4 appunto da tale data in conseguenza dell'operazione di estinzione del mutuo che era stato stipulato a favore di S.A.A.P.A., divenuto eccessivamente oneroso.

Da ultimo si precisa che, in applicazione delle indicazioni tecnico-operative riguardo le quote inutilizzate dei contributi del fondo sanitario indistinto e vincolato contenute nella nota regionale

prot. n. 21883 del 16/09/2024, non è stato imputato alcun accantonamento di finanziamenti per contributi da quota F.S. indistinto finalizzato, né sono stati iscritti a ricavo utilizzi di quote accantonate in esercizi precedenti, in quanto saranno tutte utilizzate nel bilancio 2024.

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 € 56.506.881,53= indispensabile a garantire i LEA e la continuità dei servizi sanitari come da richieste motivate dei servizi competenti.

Tale valore 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 2025	-56.506.881,53
INCLUDE:	
Perdita attesa 2024	-39.037.396,39
Minori finanziamenti	-6.524.661,80
di cui: recupero liste di attesa	-2.636.043,80
di cui: contributi per investimenti in c/esercizio	-3.888.618,00
Peggioramento saldo mobilità al netto strutture private	-3.019.873,91
Incremento IVC art. 3 D.L. 145/2023 a valere sul 2024	-1.199.988,14
Incremento costo personale 2024 nuove assunzioni e stabilizzazioni personale interinale a tetto	-1.678.401,18
Finanziamento soggetti in condizioni di fragilità EXTRALEA	-4.700.000,00
Incremento Farmaci innovativi	-1.385.672,00
Incremento DPC	-2.267.227,40
TOTALE VARIAZIONI NEGATIVE	-59.813.220,82
EFFICIENTAMENTO	3.306.339,29

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 della S.C. Gestione Economico- Finanziaria
Enrico Ghignone



Il Direttore della S.C. Sistemi informativi e Ufficio Flussi
Carla Giordano



Il Direttore Generale
Dott. Stefano SCARPETTA

