



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, 28 NOVEMBRE 2025

Sede Ivrea

Prot 0128998

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 2026**

La presente relazione del Direttore Generale, che correda il bilancio di previsione 2026 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.

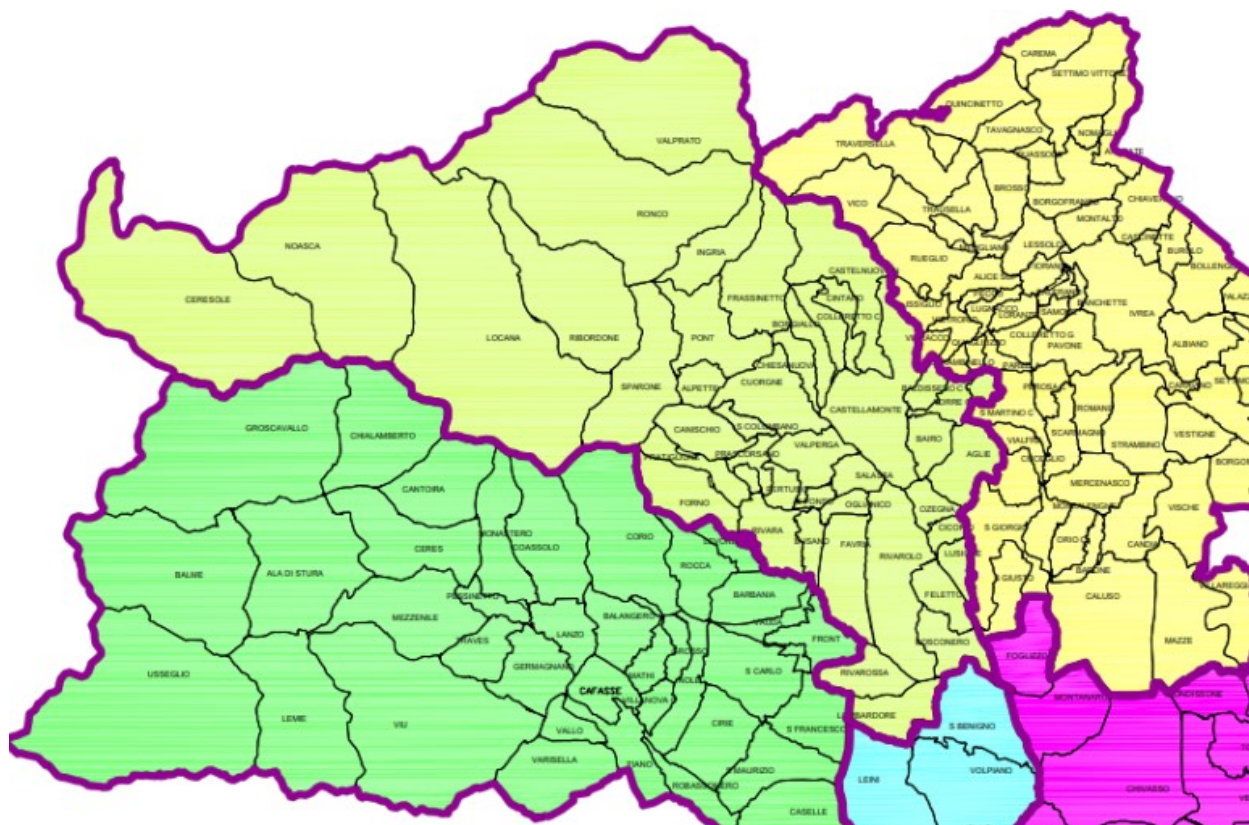
1. Generalità sull'organizzazione dell'azienda

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.

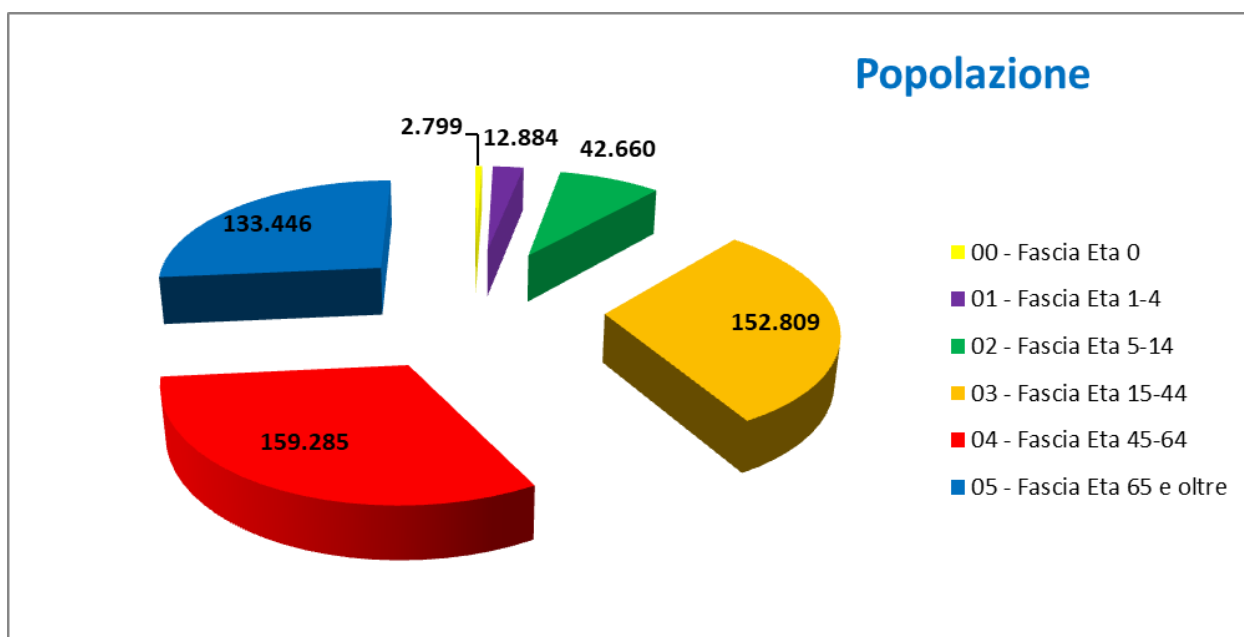
Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed un intervento esteso alla gestione dei bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali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

Il logo aziendale è rappresentativo del territorio dell'ASL: le montagne e i tre fiumi identificabili nello Stura per il territorio dell'area di Ciriè, 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), di cui >= 65 anni 133.446, 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
di cui over 65	13.817	16.891	30.708
Cirie'/Lanzo	59.116	61.033	120.149
di cui over 65	13.863	16.739	30.602
Cuorgne'	37.722	38.744	76.466
di cui over 65	8.940	11.122	20.062
Ivrea	51.328	53.832	105.160
di cui over 65	13.340	16.732	30.072
Settimo Torinese	40.769	42.604	83.373
di cui over 65	9.164	11.352	20.516
Totale complessivo	247.244	256.639	503.883
di cui over 65	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
Ciriè	116.223	73	10
Chivasso - San Mauro Torinese	114.094	74	9
Settimo Torinese	80.832	50	7
Ivrea	100.142	66	8
Cuorgnè	73.814	45	5
Totale complessivo	485.105	308	39
di cui con almeno una esenzione per patologia			
135.705			
di cui con almeno una esenzione per malattia rara			
6.383			

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 sociosanitari 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 sociosanitaria, l'ambito territoriale del distretto deve garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con il soggetto gestore dei servizi socioassistenziali, 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, coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

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 (non attivi nel corso dell'anno 2024).

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).

Come previsto dalla DGR n. 20-10663 del 2/02/2009 le ASL Città di Torino e TO4 si sono avvalse, fino a tutt'oggi, del supporto garantito dalla Struttura accreditata sita in Settimo

T.se, denominata SAAPA, condividendo la realizzazione del progetto di sperimentazione gestionale che la riguarda. In tale struttura sono presenti 235 posti letto – di cui n. 59 dedicati al Recupero e riabilitazione funzionale di II livello (cod. 56) – n. 82 alla Medicina di lungodegenza (cod. 60) – n. 94 di Continuità assistenziale a valenza sanitaria (CAVS cod. 96). Con DGR n. 1-3666 del 2 agosto 2021 La Regione ha disposto il termine della sperimentazione gestionale della struttura di Settimo. A tal fine, all’inizio dell’esercizio 2025, Azienda Zero, con Deliberazione n. 97/02.01/2025 del 19/03/2025, ha affidato all’Università Bocconi di Milano l’incarico di definire le nuove modalità organizzative e gestionali per l’erogazione dei servizi sanitari di SAAPA (riprogettazione strategica e valorizzazione economica), in coerenza con le linee e gli indirizzi della programmazione sanitaria regionale, ferma restando l’esigenza di garantire, senza soluzione di continuità, le attività sanitarie da ultimo autorizzate con D.D. n. 116/A1414C/2021 del 29/01/2021 per il periodo necessario alla conclusione dei procedimenti e l’avvio del nuovo modello organizzativo.

Presidi Ospedalieri

L’attività di produzione ospedaliera per acuti viene effettuata in 5 stabilimenti, in alcuni casi aggregati in un unico presidio, che in totale sono infatti quattro.

Dati fonte ARPE

Ospedale	Letti RO	Letti DH Chirurgici	Letti DH Non Chirurgici	D.E.A./PS
PRESIDIO OSP. CIVICO DI CHIVASSO	189	15	15	D.E.A. I livello
PRESIDIO OSP. CIVILE DI CUORGNE'	75	10	13	PS di area disagiata
PRESIDIO OSP. CIVILE DI IVREA	184	8	22	D.E.A. I livello
PRESIDIO OSPEDALIERO SEDE DI CIRIE'	225	8	15	D.E.A. I livello
PRESIDIO OSPEDALIERO SEDE DI LANZO	77	7	12	
Totale	750	48	77	

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 le 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).

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 durante il 2026 nell'avanzamento dei 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 stata effettuata l'installazione e la messa in servizio completa dei seguenti interventi:

- nr. 2 telecomandati digitali per la radiodiagnostica del P.O. di Ciriè,;
- nr. 1 TC per la radiodiagnostica del P.O. di Ciriè;

Entro il 31/03/2026 sarà completata l'installazione di nr. 1 angiografo per la cardiologia del P.O. di Ciriè.

Durante l'esercizio 2026, 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), si assisterà alla migrazione alla versione MEUI del verticale sanitario.

Inoltre per l'anno 2026 si prospetta la conclusione delle 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 informatica (recepimento disposizioni normativa NIS2);
- 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.

Strutture PNRR - Case e Ospedali della Comunità – La messa a regime 2026

Case della Comunità

Le Case della Comunità, sono pensate come luoghi in cui la salute viene affrontata in modo integrato, continuo e vicino alle persone. Non sono semplici ambulatori, ma spazi in cui cittadini, professionisti e reti territoriali collaborano per costruire percorsi di cura personalizzati. Al loro interno convergono competenze mediche, infermieristiche, psicologiche e sociali, che permettono di leggere i bisogni della persona non solo dal punto di vista clinico, ma anche da quello relazionale, sociale e comunitario.

La loro attività si sviluppa quindi attorno alla presa in carico globale dei cittadini, con particolare attenzione alle persone fragili, agli anziani e ai pazienti con patologie croniche. L’obiettivo è garantire continuità assistenziale lungo tutto il percorso di salute: dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, fino alla gestione delle complicanze e alle cure domiciliari. Attraverso strumenti come i Percorsi di Salute Diagnostico Terapeutici Assistenziali e i Piani Assistenziali Individualizzati, le équipe multiprofessionali costruiscono progetti di cura su misura, monitorando i bisogni nel tempo e anticipando possibili criticità.

All’interno di queste strutture il Punto Unico di Accesso svolge un ruolo centrale, accogliendo la persona e decodificando i suoi bisogni attraverso un approccio multidisciplinare. È qui che si effettua la prima valutazione e si orienta il cittadino verso il percorso più appropriato, in stretta connessione con la Centrale Operativa Territoriale. L’attività delle Case della Comunità non si limita tuttavia all’ambito strettamente sanitario: il Servizio Sociale Professionale Aziendale lavora per integrare le risposte sanitarie con quelle sociali, affrontando i bisogni complessi e favorendo l’accesso equo ai servizi, la tutela dei diritti e la costruzione di reti di supporto.

Le Case della Comunità diventano inoltre luoghi di partecipazione collettiva: coinvolgono cittadini, associazioni, enti del terzo settore e istituzioni locali nella coprogettazione di iniziative e percorsi di salute, promuovendo un welfare generativo capace di valorizzare le risorse informali del territorio.

Attraverso attività educative, campagne di prevenzione, gruppi di auto mutuo aiuto e progetti di inclusione, queste strutture contribuiscono a costruire comunità più consapevoli e resilienti.

1. Presenza di specialisti nelle CdC

Nelle Case della Comunità opereranno “specialisti ambulatoriali”, che affiancheranno MAP e PLS e avranno un ruolo strategico nelle decisioni cliniche.

2. Ambulatori legati ai Percorsi di Salute (PSDTA)

Sono già attivi diversi Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali mirati alle principali patologie croniche. Ciò implica l’attivazione o il potenziamento di ambulatori dedicati a:

- scompenso cardiaco,
- BPCO,
- malattia renale cronica,
- morbo di Parkinson,
- ipertensione arteriosa polmonare.

3. Attività diagnostica di base

È previsto l’avvio di attività diagnostiche interne alla CdC, tramite:

- ecografia,
- elettrocardiografia,
- POCT,
- spirometria,
- telemedicina.

4. Programmazione di “giornate ad accesso libero” di screening

Con la collaborazione degli specialisti verranno organizzate giornate dedicate a screening e diagnosi precoce per patologie prevalenti nel territorio. Si tratta di attività ambulatoriali temporanee e non di ambulatori permanenti.

5. Consultori, prevenzione e servizi per fasce d’età

Con il supporto del Dipartimento di Prevenzione sono infine previste attività consultoriali e interventi dedicati ai minori nell’ambito di:

- attività ostetrico-ginecologiche,
- pediatria di comunità,
- educazione sanitaria.

Programmazione 2026

La programmazione aziendale per l'anno 2026 muove dagli indirizzi regionali di cui alla DGR 26-801/2025 che ha imposto alle Aziende Sanitarie un piano di riorganizzazione in risposta a un disequilibrio economico strutturale del Sistema Sanitario Regionale (SSR). Il deficit di sistema, già evidente nel bilancio 2024, richiede interventi su più fronti per garantire la sostenibilità economica senza compromettere la qualità dei servizi. In risposta alla sollecitazione regionale, l'ASL TO4 ha provveduto con Delibera del Direttore Generale nr. 279 del 31/03/2025 ad adottare il proprio programma operativo per il triennio 2025-2027. Nello specifico nel corso del 2026 il focus gestionale è improntato a:

1. Razionalizzazione dei fattori produttivi

L'ASL nel corso del corrente esercizio ha istituito un Nucleo Operativo Aziendale interdisciplinare incaricato di analizzare criticamente l'impiego dei fattori produttivi (farmaci, dispositivi medici, servizi, trasporti) e proporre azioni concrete di ottimizzazione ed efficientamento. Lo scopo principale è quello di ottimizzare l'uso delle risorse disponibili in un contesto in cui i prezzi dei beni e servizi sono stabiliti da centrali di committenza come Consip o SCR e risentono delle dinamiche inflattive.

In particolare, si sta intervenendo su:

- Efficientamento della dotazione del personale alle diverse strutture aziendali, attraverso una mappatura completa delle dotazioni organiche, anche con l'obiettivo di ridurre il ricorso a figure esterne;
- Razionalizzazione dei dispositivi medici, tendendo alla standardizzazione e sostituzione progressiva di tecnologie obsolete;
- Efficientamento energetico anche grazie a partenariati tecnici;
- Ammodernamento tecnologico, attraverso un piano triennale che prevede la sostituzione di attrezzature fuori supporto o non più rispondenti agli standard di sicurezza di cui al DL 81/2008 (circa il 50% delle attrezzature elettromedicali attualmente in uso ha data collaudo antecedente al 31/12/2021), e l'adozione della cartella clinica elettronica integrata, a favore di una maggiore efficienza clinica e gestionale.

2. Revisione e ottimizzazione dei processi produttivi

Il secondo asse strategico riguarda la riorganizzazione dei processi sanitari per migliorarne efficacia ed efficienza. Alcuni progetti chiave includono:

- Percorsi operatori e sale operatorie: verrà introdotto il modello Lean Healthcare per ottimizzare i flussi di attività, partendo dal presidio di Chivasso;
- Pronto Soccorso: avviata fin dai primi mesi dell'anno 2025 una riorganizzazione profonda dei percorsi di accesso e presa in carico, migliorando la destinazione dei pazienti tra reparti interni ed esterni;
- Gestione della cronicità: avviata la standardizzazione dei percorsi per patologie croniche ad alta prevalenza (diabete, malattie cardiovascolari, respiratorie) attraverso un progetto pilota attinente il percorso diabete nel distretto di Settimo, con presa in carico attiva tramite le COT;
- Appropriatezza prescrittiva: è in fase di ideazione un sistema di monitoraggio tramite analisi delle ricette elettroniche, anche con l'uso dell'Intelligenza Artificiale, per ridurre prescrizioni inappropriate e migliorare il controllo dei costi.

Si tratta in generale di progetti volti non solo ad aumentare l'efficienza interna, ma anche migliorare la qualità percepita del servizio.

3. Programmazione e controllo organizzativo

Un'altra leva fondamentale è il rafforzamento dei sistemi di controllo, tramite la valorizzazione della funzione di pianificazione e controllo. L'ASL TO4 intende integrare nei processi decisionali l'analisi dei costi e della performance organizzativa, anche in relazione al rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nonostante i risultati globalmente positivi nel 2024, alcune criticità rimangono: scarsa adesione agli screening oncologici, lunghi tempi d'attesa per visite specialistiche, inappropriatezza prescrittiva e tassi elevati di ospedalizzazioni. Per correggere questi punti deboli, sono stati attivati tavoli tecnici tematici e strumenti digitali di gestione delle agende, oltre alla condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici (PDTA) tra ospedale e territorio.

4. Revisione della rete di erogazione

Pur riconoscendo che le decisioni strutturali spettano alla Regione, l'ASL TO4 propone azioni migliorative interne per rendere la rete di offerta più efficiente:

- Analisi dell'equilibrio tra domanda e offerta nelle agende ambulatoriali;
- Programmazione dell'organizzazione delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità, evitando ridondanze erogative;
- Riorganizzazione delle sedute chirurgiche, assegnando le casistiche più semplici a presidi di base;
- Distribuzione dei posti letto più coerente con i tassi di occupazione e il principio di prossimità.

Un modello a rete, con equipe integrate tra presidi, garantirà l'uniformità dell'accesso alle prestazioni indipendentemente dalla zona di residenza.

Tale programma operativo, che costituirà la base delle decisioni che saranno assunte nel corso del prossimo esercizio 2026, 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 degli ultimi mesi 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 è risultata la ripresa dell'efficienza per le specialità mediche dove si è assistito ad una tendenza al dilatarsi delle degenze medie legate a difficoltà alla dimissione sul territorio dei pazienti più fragili (ricoveri sociali). Si sono rilevati 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).

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 2025 sono state rese 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 programmate

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 – Appropriatezza clinica e prescrittiva (applicazione progetti slow medicine)

Appropriatezza 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'appropriatezza 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 appropriatezza prescrittiva" utili ad orientare l'attività prescrittiva dei medici verso un utilizzo appropriato delle stesse.

Appropriatezza prescrittiva esami di laboratorio

Verrà avviato un percorso di appropriatezza 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.

Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

Al fine di migliorare l'appropriatezza 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 appropriatezza 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 2025 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 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, 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 2025, 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 da utilizzare a supporto. Il tempestivo passaggio dalla terapia empirica alla terapia mirata, supportato dell'attività di stewardship antibiotica apporta infatti oggettivi benefici sia in termini assistenziali (riduzione durata degenza, riduzione rischio di sviluppare resistenze), sia conseguentemente in termini di risorse impiegate.

Inoltre proseguirà l'attività di sensibilizzazione dei prescrittori indirizzata allo shift verso i biosimolari, 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 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 riduzione Liste di Attesa per prestazioni ambulatoriali ha permesso di raggiungere nel corso dell'anno 2025 (al netto di alcune criticità derivanti da carenza di specialisti), volumi di produzione analoghi a quelli dell'anno 2019. Il dato, tuttavia, non risulta completamente sovrapponibile in quanto nel corso dell'intervallo temporale trascorso sono intervenute sia revisioni del catalogo 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 (anche attraverso l'introduzione di strumenti di AI) della domanda e del consumo di prestazioni pro-capite per identificare le aree di maggior inappropriatezza prescrittiva.

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

Nel corso dell'anno 2025, con Delibera del Direttore Generale nr. 267 del 27/03/2025, nell'ottica delle analisi legate all'efficientamento della spesa è stato istituito il Nucleo Tecnico per l'appropriatezza e il contenimento della spesa per beni e servizi avente il compito di valutare l'impatto non solo economico ma anche clinico dell'utilizzo delle risorse assegnate attraverso lo strumento del budget

alle strutture eroganti. La prima area di analisi è stata la spesa per dispositivi medici, mirata ad arginare il ricorso ad acquisti al di fuori delle aggiudicazioni regionali e sovrazionali che determinano procedure di affidamento diretto one shot, con scarsa possibilità di contrattazione del prezzo. In quest'ottica si procede alla valutazione dell'eventuale esclusività del device e se trattasi di affiancamento o sostituzione di articoli 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. altospendenti e le CND a maggior impatto di spesa (C – J - P).

Azione 10 – Efficientamento spesa per assistenza territoriale

Nella consapevolezza dell'impossibilità di contenere la spesa per l'anno 2026 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, inappropriatezza 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.

Produzione: obiettivi anno 2026

I livelli di produzione dell'area chirurgica, in termini di numero di interventi effettuati in regime di ricovero ordinario e Day Surgery nel 2025, sono leggermente inferiori a quelli dell'anno 2019 e 2024, a causa di problemi legati al personale strumentista e al cambiamento di regime di ricovero di alcuni interventi, che a partire dal 2025 vengono eseguiti in regime ambulatoriale. Per questi ultimi, infatti, vi è stato un aumento di +631 interventi rispetto al 2024, anche grazie alla riapertura del blocco operatorio del P.O. di Lanzo.

PRESIDIO	TIPO RICOVERO	Gen - Ott 2019	Gen - Ott 2024	Gen - Ott 2025
PO CHIVASSO	Day Surgery senza pernott.	969	754	440
PO CHIVASSO	One Day Surgery	916	806	776
PO CHIVASSO	Ordinario	1.626	2.404	2.496
PO CHIVASSO	Totale	3.511	3.964	3.712
PO CIRIE	Day Surgery senza pernott.	393	429	406
PO CIRIE	One Day Surgery	791	831	795
PO CIRIE	Ordinario	3.117	3.262	3.114
PO CIRIE	Totale	4.301	4.522	4.315
PO CUORGNE	Day Surgery senza pernott.	810	1004	762
PO CUORGNE	One Day Surgery	2	0	0
PO CUORGNE	Ordinario	2	2	1
PO CUORGNE	Totale	814	1.006	763

PO IVREA	Day Surgery senza pernott.	597	355	478
PO IVREA	One Day Surgery	1.071	845	871
PO IVREA	Ordinario	3.123	2.412	2.704
PO IVREA	Totale	4.791	3.612	4.053
PO LANZO	Day Surgery senza pernott.	139	0	35
PO LANZO	Ordinario	27	0	0
PO LANZO	Totale	166	0	35
Totale		13.583	13.104	12.878

Interventi in CAC

PRESIDIO	Gen - Ott 2019	Gen - Ott 2024	Gen - Ott 2025
PO CHIVASSO	262	209	481
PO CIRIE	605	1.071	1.069
PO CUORGNE	1740	1.636	1.814
PO IVREA	743	541	502
PO LANZO	797	0	222
Totale	4.147	3.457	4.088

Per l'anno 2026, l'Azienda prevede di incrementare i livelli di attività tramite azioni di miglioramento dell'efficienza della convocazione dei pazienti in lista e del percorso chirurgico. A tal proposito, partiranno progetti lean dedicati e verrà potenziata ulteriormente l'attività del P.O. di Lanzo.

Attività di ricovero

Il comitato budget aziendale, gruppo di lavoro multidisciplinare istituito con Delibera del Direttore Generale nr. 344 del 28/04/2025, ha avviato la fase di definizione degli obiettivi che saranno assegnati alle singole strutture per il raggiungimento dei livelli di ricoveri attesi e per il miglioramento dei tempi di attesa.

Gli obiettivi di intervento chirurgico si sono concentrati sui ricoveri di classe 1-2-3. Per tali ricoveri, si rilevano criticità soprattutto per quelle discipline con carenza di personale. Nonostante un 2025 con prestazioni inferiori rispetto al periodo pre-pandemico, il comitato budget definirà gli obiettivi nel rispetto delle criticità non risolvibili, basandosi su processi di efficientamento legati a reali problematiche di risorse.

EROGATORE STRUTTURA	CLASSE	Gen - Set 2019	Gen - Set 2024	Gen - Set 2025
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	1	159	109	162
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	2	784	890	736
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	3	1.142	1.184	1.029
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	Totale	2.085	2.183	1.927
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	1	122	372	309
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	2	1.266	1.225	1.317
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	3	650	583	552

01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	Totale	2.038	2.180	2.178
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	1	1	2	1
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	2	0	1	3
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	3	122	0	10
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	Totale	123	3	14
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	1	356	348	340
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	2	1.077	1.034	1.055
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	3	802	454	570
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	Totale	2.235	1.836	1.965
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	1	4	4	11
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	2	458	556	368
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	3	232	341	288
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	Totale	694	901	667
Totale		7.175	7.103	6.751

Circa il valore obiettivo dell'attività di ricovero, si confermano i volumi riportati nella DGR 26-801 del 17/02/2025 relativamente ai valori minimi da raggiungere per ogni presidio ospedaliero.

	Obiettivo DGR 26	TARIFFA		
EROGATORE STRUTTURA	2025-2026-2027	2019	2024	Gen - Set 2025
01001700 - OSPEDALE CIVICO CHIVASSO	31.963.795 €	€ 29.703.163	€ 33.156.841	€ 24.251.559
01001901 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI CIRIE	32.353.514 €	€ 33.694.992	€ 34.039.198	€ 21.911.194
01001903 - PRESIDIO OSPED. RIUNITO SEDE DI LANZO	2.649.812 €	€ 5.843.312	€ 2.656.537	€ 2.017.510
01002301 - OSPEDALE CIVILE DI IVREA	26.385.658 €	€ 33.117.495	€ 28.230.722	€ 20.969.556
01002302 - OSPEDALE CIVILE DI CUORGNE	9.146.986 €	€ 7.266.521	€ 9.440.039	€ 6.518.944
Totale	102.499.765 €	€ 109.625.483	€ 107.523.338	€ 75.668.762

Verranno proseguite le azioni avviate nel 2025 per il recupero dei ricoveri di area chirurgica sintetizzate come segue:

- Completare la riapertura delle sale presso il P.O. di Lanzo tramite equipe dedicate all'effettuazione di interventi a bassa intensità (CAC) al fine di ridurre/esaurire il numero di interventi in lista di attesa e permettere l'esecuzione di interventi ad alta intensità presso i presidi principali;
- Aggiornare il piano del percorso del paziente chirurgico;
- Diffondere nel personale la logica lean per tutti i processi, in ottica di efficientamento e razionalizzazione dell'impiego delle risorse disponibili;
- Applicare progetti lean orientati all'efficientamento della convocazione dei pazienti in lista di attesa;
- Applicare progetti lean orientati all'efficientamento dell'utilizzo dei blocchi operatori;
- Proseguire le attività di implementazione del nuovo SIO aziendale MEUI in ottica di informatizzare l'intero percorso del paziente, incluso il percorso chirurgico;
- Concludere il processo di implementazione della cartella clinica informatizzata.

Prestazioni ambulatoriali

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale, negli ultimi mesi del 2025 si è registrato un incremento delle prestazioni monitorate PNGLA, conseguenza del potenziamento dell'attività mirato al recupero dei tempi di attesa nelle aree più critiche. Tale incremento non si è rivelato tuttavia sufficiente a recuperare i livelli pre-pandemici.

PRESTAZIONE PNGLA	TIPOLOGIA	Gen - Set 2019	Gen - Set 2024	Gen - Set 2025	Delta % 2025-2019	Delta % 2025-2024
PRESTAZIONI PNGLA	PRIMA VISITA	76.343	48.429	56.586	74%	117%
PRESTAZIONI PNGLA	VISITA STRUMENTALE	91.104	86.422	91.003	100%	105%
Totale		167.447	134.851	147.589	88%	109%

I livelli di attività sono strettamente legati alla disponibilità del personale medico, il cui trend risulta in calo in determinate aree nonostante l'impegno dell'Azienda nel reclutamento attraverso l'indizione di procedure concorsuali che in alcuni casi non giungono all'ottenimento di una graduatoria. Le azioni avviate nel 2025, che potranno avere ulteriore sviluppo nel corso del 2026, per l'abbattimento delle liste di attesa di specialistica ambulatoriale possono essere così sintetizzate:

- Promuovere la revisione e l'aggiornamento degli strumenti interni, inclusi regolamenti e procedure aziendali, in linea con gli aggiornamenti della disciplina nazionale e regionale;
- Garantire il raccordo tra la Direzione Aziendale e i Dipartimenti, favorendo la condivisione delle strategie adottate;
- Analizzare il "tempario" delle prestazioni ambulatoriali, al fine di valutare la coerenza con i tempi delle altre AA.SS.RR.;
- Utilizzare un sistema di remind degli appuntamenti tramite operatore virtuale e/o sms, per ridurre il fenomeno della mancata presentazione dell'utente o mancata comunicazione di disdetta della prestazione;
- Ridimensionare gli slot di prime visite e prestazioni: avanzamento della richiesta alle strutture di un tasso medio di erogazione di n. 3 prestazioni/h e 2/3 prime visite a seconda della branca di erogazione;
- Presa in carico pazienti in ADI attraverso l'implementazione del percorso dei pazienti seguiti dal Servizio di Cure Domiciliari;
- Progetto colon virtuale per l'esecuzione, presso la SC Gastroenterologia, della colonscopia virtuale agli utenti in lista di attesa per una colonscopia tradizionale, che soddisfino i requisiti di eleggibilità, ampliando conseguentemente l'offerta della prestazione tradizionale liberando spazi in agenda a Cup;

- Prevedere l'erogazione di prestazioni ad accesso diretto (fast track ambulatoriale) per le specialità che lo consentono da un punto di vista di spazi ambulatoriali;
- Utilizzo di teleassistenza tramite utilizzo di applicativi quali ad esempio "Specialista on call" che permette di indirizzare meglio approfondimenti diagnostici.

Gestione Economico Finanziaria - Conto Economico Previsionale provvisorio tecnico 2026

Di seguito si rappresentano nella **tabella 1** i dati economici trasmessi alla Regione tramite l'applicativo SIRECOM:

Tabella 1

		A	B	C	D	E
CONTO	CONTO_DESC	Consuntivo 2024	Proiezione 2025	Previsionale 2026 v.1	Previsionale 2026 v.2	Delta_(D-C)
A1.1	Contributi F.S.R. indistinto	961.943.244,56	988.193.937,96	989.736.683,03	989.231.029,81	-505.653,22
A1.2	Contributi F.S.R. vincolato	23.342.681,29	23.030.082,83	23.855.090,00	26.038.318,92	2.183.228,92
A1	Contributi F.S.R.	985.285.925,85	1.011.224.020,79	1.013.591.773,03	1.015.269.348,73	1.677.575,70
A2.1	Saldo mobilità in compensazione infra	-160.955.235,39	-169.254.743,09	-170.216.034,54	-170.216.034,54	0,00
A2.2	Saldo mobilità non in compensazione infra	-1.252.576,52	-1.418.090,69	-3.600.306,78	-2.192.985,52	1.407.321,26
A2.3	Saldo mobilità in compensazione extra	-12.601.373,87	-14.120.553,48	-12.779.432,97	-12.779.432,97	0,00
A2.4	Saldo mobilità non in compensazione extra	-62.735,66	-30.562,57	-74.010,67	-84.010,67	-10.000,00
A2.5	Saldo infragruppo regionale	-34.943.590,28	-34.654.063,65	-34.323.254,03	-35.642.889,46	-1.319.635,43
A2.6	Saldo mobilità internazionale	0	0	0	0	0,00
A2	Saldo Mobilità	-209.815.511,72	-219.478.013,49	-220.993.038,99	-220.915.353,16	77.685,83
A3.1a	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Ministero	0	0	0	0	0,00
A3.1b	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Regione o Provincia Autonoma	19.807.789,39	4.767.009,80	5.925.232,80	5.941.155,22	15.922,42
A3.1c	Ulteriori Trasferimenti Pubblici - Altro	10.918.507,47	12.705.495,05	67.700,00	12.700.000,00	12.632.300,00
A3.1	Ulteriori Trasferimenti Pubblici	30.726.296,86	17.472.504,85	5.992.932,80	18.641.155,22	12.648.222,42
A3.2	Ticket	10.499.929,65	10.951.133,53	10.705.378,33	10.951.133,53	245.755,20
A3.3	Altre Entrate Proprie	10.066.892,00	8.498.516,59	8.494.962,68	10.107.774,83	1.612.812,15
A3	Entrate Proprie	51.293.118,51	36.922.154,97	25.193.273,81	39.700.063,58	14.506.789,77
A4.1	Ricavi Intramoenia	5.881.426,96	5.444.425,59	5.572.673,29	6.071.206,90	498.533,61
A4.2	Costi Intramoenia	5.007.762,60	4.465.042,15	4.865.173,54	4.917.759,17	52.585,63
A4	Saldo Intramoenia	873.664,36	979.383,44	707.499,75	1.153.447,73	445.947,98
A5.1	Rettifica contributi F.S.R. per destinazione ad investimenti	-2.455.516,94	-803.722,60	-2.000.000,00	0	2.000.000,00
A5.2	Rettifica ulteriori Trasferimenti Pubblici per destinazione ad investimenti	-195.557,65	-110.780,24	0	0	0,00
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.651.074,59	-914.502,84	-2.000.000,00	0,00	2.000.000,00
A6.1	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	9.664.371,45	2.695.810,09	0	0	0,00
A6.2	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizio in corso	15.447.062,03	6.038.544,20	200.000,00	0	-200.000,00
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-5.782.690,58	-3.342.734,11	-200.000,00	0,00	200.000,00
A	Totale Ricavi Netti	819.203.431,83	825.390.308,76	816.299.507,60	835.207.506,88	18.907.999,28

B1.1a	Personale Sanitario - Dipendente	189.943.090,03	194.401.615,57	189.849.733,76	201.401.724,53	11.551.990,77
B1.1b	Personale Sanitario - non Dipendente	2.618.712,01	2.366.648,25	1.900.000,00	2.366.648,25	466.648,25
B1.1	Personale Sanitario	192.561.802,04	196.768.263,83	191.749.733,76	203.768.372,78	12.018.639,02
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dipendente	56.192.542,86	57.422.774,84	56.259.607,16	60.256.010,28	3.996.403,12
B1.2b	Personale Non Sanitario - Non Dipendente	2.724.624,78	2.888.095,96	2.470.000,00	2.888.095,96	418.095,96
B1.2	Personale Non Sanitario	58.917.167,64	60.310.870,80	58.729.607,16	63.144.106,24	4.414.499,08
B1	Personale	251.478.969,68	257.079.134,63	250.479.340,92	266.912.479,02	16.433.138,10
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	76.749.163,46	81.979.194,36	78.297.818,66	88.294.921,93	9.997.103,27
B3.1	Altri Beni Sanitari	52.986.817,21	52.935.547,85	51.479.219,50	56.378.917,87	4.899.698,37
B3.2	Beni Non Sanitari	2.192.965,20	1.996.822,83	2.398.663,62	2.434.245,22	35.581,60
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	13.579.088,27	11.610.200,64	15.864.676,26	14.664.676,26	-1.200.000,00
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	15.166.498,18	13.111.771,20	14.384.207,25	15.532.963,35	1.148.756,10
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	12.656.854,20	15.855.905,93	12.823.509,08	17.036.748,53	4.213.239,45
B3.3a	Servizi Appalti	41.402.440,65	40.577.877,77	43.072.392,59	47.234.388,14	4.161.995,55
B3.3b	Servizi Utenze	6.894.269,93	7.359.921,17	7.184.827,48	8.232.147,79	1.047.320,31
B3.3c	Consulenze	8.163.335,91	6.650.321,47	6.076.376,74	4.551.123,11	-1.525.253,63
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	5.374.143,61	4.639.805,87	4.994.021,88	5.068.073,00	74.051,12
B3.3e	Premi di assicurazione	3.716.650,76	3.645.979,24	3.969.384,53	3.988.602,56	19.218,03
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	25.754.426,09	20.764.491,75	15.968.368,81	23.760.396,71	7.792.027,90
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	11.411.591,95	15.845.135,81	12.171.809,86	16.879.302,86	4.707.493,00
B3.3	Servizi	102.716.858,90	99.483.533,08	93.437.181,89	109.714.034,17	16.276.852,28
B3	Altri Beni e Servizi	157.896.641,31	154.415.903,76	147.315.065,01	168.527.197,26	21.212.132,25
B4.1	Ammortamenti e Sterilizzazioni	1.604.770,50	1.604.770,51	1.181.340,00	1.110.065,11	-71.274,89
B4.2	Costi Sostenuti in Economia	0	0	0	0	0,00
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	1.604.770,50	1.604.770,51	1.181.340,00	1.110.065,11	-71.274,89
B5	Accantonamenti	13.075.346,39	14.027.732,27	12.935.438,28	14.543.862,25	1.608.423,97
B6	Variazione Rimanenze	-1.233.309,39	-429.180,83	0,00	0,00	0,00
B	Totale Costi Interni	499.571.581,95	508.677.554,69	490.209.002,87	539.388.525,57	49.179.522,70
C1	Medicina Di Base	55.530.725,08	55.498.759,25	55.735.161,90	56.045.355,41	310.193,51
C2	Farmaceutica Convenzionata	65.012.459,16	67.932.748,76	66.545.153,22	72.500.000,00	5.954.846,78
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	48.925.044,43	43.646.674,95	48.263.547,02	45.943.771,77	-2.319.775,25
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	7.240.083,94	6.690.573,19	7.365.139,18	7.190.172,25	-174.966,93
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	6.887.625,88	7.505.000,00	7.500.000,00	7.500.000,00	0,00
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	14.127.709,82	14.195.573,19	14.865.139,18	14.690.172,25	-174.966,93
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	30.898.923,64	33.258.829,11	31.224.161,87	32.676.303,66	1.452.141,79
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	3.729.716,16	3.788.438,49	3.677.791,13	3.788.438,49	110.647,36
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	16.080.333,02	16.001.577,01	16.417.520,70	16.861.543,52	444.022,82
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	16.848.572,12	17.739.211,16	16.900.000,00	17.700.000,00	800.000,00
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	4.916.240,15	5.063.651,08	4.916.240,15	5.063.651,08	147.410,93
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	0	0	0	0	0,00
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	57.037.804,90	59.086.330,73	56.733.259,66	59.930.826,64	3.197.566,98
C3.4c	Prestazioni da Privato - Altro	78.802.617,17	81.889.192,97	78.549.499,81	82.694.477,72	4.144.977,91
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	98.612.666,35	101.679.208,48	98.644.811,64	103.344.459,73	4.699.648,09
C3	Prestazioni da Privato	192.564.344,24	192.780.285,72	192.997.659,71	196.654.707,41	3.657.047,70
C	Totale Costi Esterni	313.107.528,48	316.211.793,73	315.277.974,83	325.200.062,82	9.922.087,99
D	Totale Costi Operativi (B+C)	812.679.110,43	824.889.348,43	805.486.977,70	864.588.588,39	59.101.610,69
E	Margine Operativo (A-D)	6.524.321,40	500.960,33	10.812.529,90	-29.381.081,51	-40.193.611,41
F1	Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	3.099.443,55	0,00	75.193,00	0,00	-75.193,00
F2	Saldo Gestione Finanziaria	92.273,71	32.166,77	10.000,00	32.166,77	22.166,77
F3	Oneri Fiscali	18.590.035,44	19.614.116,75	18.700.641,65	20.562.702,19	1.862.060,54
F4.1	Componenti Straordinarie Attive	10.225.807,45	6.433.741,25	0	0	0,00
F4.2	Componenti Straordinarie Passive	4.633.786,32	3.157.125,47	0	0	0,00

F4	Saldo Gestione Straordinaria	-5.592.021,13	-3.276.615,79	0	0	0,00
F	Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	16.189.731,57	16.369.667,73	18.785.834,65	20.594.868,96	1.809.034,31
G	Risultato Economico (E-F)	-9.665.410,17	-15.868.707,40	-7.973.304,75	-49.975.950,47	-42.002.645,72
H	Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
I	Risultato Economico con risorse aggiuntive LEA (G+H)	-9.665.410,17	-15.868.707,40	-7.973.304,75	-49.975.950,47	-42.002.645,72

Dal punto di vista metodologico, la predisposizione del Bilancio Previsionale di un determinato anno, 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 evidenzieranno le poste contabili che determineranno importanti variazioni dei costi rispetto a quelli che saranno consuntivati nel corrente esercizio 2025.

Occorre necessariamente considerare che la predisposizione del Bilancio previsionale 2026 oggetto della presente relazione, non può non tener conto del Programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del Sistema Sanitario Regionale, elaborato dall’ASL in conformità a quanto richiesto con la DGR 26-801/2025 a fronte di un disequilibrio economico di sistema che presenta ormai caratteri “strutturali”. In tale ambito, all’inizio del corrente esercizio 2025, l’ASL aveva predisposto i conti economici previsionali per gli anni 2025/2026/2027 che davano evidenza numerica alle azioni di razionalizzazione ed efficientamento di lungo termine che l’Azienda intendeva, ed intende anche per il 2026, mettere in atto.

L'analisi economica di cui si darà atto nel presente paragrafo si soffermerà pertanto con una particolare attenzione anche sulle principali variazioni rilevate dal confronto delle voci dei due conti economici previsionali 2026: quello presentato ad inizio del corrente anno – versione 1 – che chiudeva con una perdita attesa per il 2026 di 7,9 mln/€ e quella in fase di adozione – versione 2- che dà atto della necessità di un maggior finanziamento regionale atteso di 49,9 mln/€.

Occorre preliminarmente rilevare, che Il valore della perdita pari ad **€ 49.975.950,47** è stato conseguito nel rispetto dei principi contabili della “veridicità”, “attendibilità”, “correttezza” e “prudenza” del bilancio, nonché di quanto indicato all’art. 25 del D.L.gs. n. 118/2011 riguardo la coerenza con la programmazione economico-finanziaria regionale e nel rispetto delle indicazioni operative di cui alla nota della Direzione Sanità, Settore Programmazione economica e controllo dei bilanci delle Aziende Sanitarie (A1422B) prot. n. 0026066 del 05/11/2025 ad oggetto “conti economici al secondo trimestre 2025”.

Non si può non evidenziare che il disequilibrio rilevato, prima ancora che dipendere da una contrapposizione contabile di valori positivi e negativi, deriva dal metodo di elaborazione dei dati. Per quanto concerne i costi si è infatti utilizzata, come base storica, le rilevazioni del bilancio consuntivo 2024 e le risultanze più aggiornate dei dati proiettati a fine 2025, cui sono stati aggiunti tutti i maggiori costi che si prevede l’ASL dovrà sostenere nel prossimo esercizio 2026. Se ne citano tre di particolare rilevanza. Aumento del costo dei farmaci e dispositivi medici; maggiori costi del personale per l’impatto del rinnovi CCNL personale del comparto; incremento dei costi per utenze, manutenzioni e personale per avvio strutture PNRR. Tutti elementi di costo nuovi ed aggiuntivi rispetto a quelli degli esercizi precedenti. Lato ricavi, invece, è la stessa citata circolare di istruzioni regionale che afferma “Premesso che non è ancora stata siglata l’Intesa Stato e Regioni relativa al riparto del Fondo Sanitario Nazionale 2025, le aziende sanitarie rappresenteranno i contributi in c/esercizio nel rispetto delle risorse indicate per l’annualità 2026, dai provvedimenti di riparto del FSR 2026 di cui la D.G.R. 26-801 del 17 febbraio 2025 escludendo i finanziamenti relativi al recupero dei tempi di attesa che saranno oggetto di successiva ripartizione”.

In sintesi, nel conto economico previsionale 2026, si contrappongono i costi del 2026 con i ricavi del 2024. Il risultato del conto economico in perdita è una banale, scontata, conseguenza che non richiederebbe ulteriori giustificazioni.

Con riferimento alla **tabella 1**, pubblicata poco sopra, si evidenzia un incremento rispetto alla prima versione del previsionale 2026, di 2,1 mln/€ per la voce dei ricavi **A1.2 Contributi FSR vincolati** dovuto in particolare al maggior finanziamento per i farmaci innovativi.

La **mobilità – voce A2** - presenta un saldo in linea con quello della prima versione del 2026, ma in peggioramento di circa 1,5 mln/€ rispetto alla proiezione 2025 e di 11 mln/€ rispetto al consuntivo 2024.

Della macrovoce **A.3 Entrate proprie** si evidenzia l'incremento, rispetto alla precedente versione del previsionale 2026, di circa 12,6 dovuto ai finanziamenti PNRR per l'ADI Over 65 – circa 8,6 mln/€ e per i servizi IT-Cloud, i cui costi sono attesi per un valore di circa 3,6 mln/€.

La macrovoce A.3 comprende inoltre lo specifico finanziamento di 5,7 mln/€ a copertura dei costi ExtraLea che l'A.S.L. sostiene sulla base di specifiche normative di settore ed indicazioni regionali in materia di assistenza socio sanitaria a favore di soggetti fragili.

Alla **voce A5 Rettifica contributi c/esercizio per destinazioni ad investimenti**, nella nuova versione del previsionale 2026, è stato indicato il valore “zero”, in coerenza con le istruzioni regionali che raccomandavano di non indicare l'eventuale previsione di spesa, in assenza di preventiva autorizzazione regionale, tenuto conto delle rilevanti risorse stanziare, ma non ancora assegnate, con il FSC. Di tali indicazioni si è tenuto conto coerentemente anche per la predisposizione del Piano Triennale 2026/2027/2028 degli Investimenti, adottato con la Deliberazione di approvazione del presente bilancio previsionale 2026.

L'assegnazione provvisoria di finanziamenti regionali per l'esercizio 2026, malgrado evidenzi un incremento del **Totale dei Ricavi Netti** di circa 19 mln/€ rispetto alla versione 1 del previsionale 2026 risulta pertanto insufficiente rispetto alle esigenze attese 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 degli ultimi anni, sono state infatti introdotte nuove metodiche che utilizzano device e farmaci non presenti solo pochi anni prima. Sostenere 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 finanziarie e materiali sempre 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 del 2024, anno cui si riferiscono i finanziamenti provvisoriamente iscritti a bilancio, non tanto in una logica di maggiori costi determinati da prezzi più alti o maggiori consumi, quanto piuttosto per via dell'attivazione di modelli gestionali che assorbono risorse in maniera non comparabile.

Tabella 2

		A	B	C	D	E
CONTO	CONTO_DESC	Consuntivo 2024	Proiezione 2025	Previsionale 2026 v.1	Previsionale 2026 v.2	Delta_(D-C)
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	76.749.163,46	81.979.194,36	78.297.818,66	88.294.921,93	9.997.103,27
BA0040	Medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale	76.265.436,26	80.876.893,36	77.817.044,95	87.294.921,93	9.477.876,98
3100116	Medicinali con AIC di fascia A impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni	0	0	0	0	-
3100117	Medicinali con AIC di fascia H e C in distribuzione diretta	0	0	0	0	-
3100118	Medicinali con AIC di fascia A in distribuzione diretta	0	0	0	0	-
3100120	Medicinali con AIC	70.058.596,64	75.043.528,27	71.400.000,00	80.810.000,00	9.410.000,00
3100121	Medicinali in DPC con AIC	0	0	0	0	-
3100122	Radiofarmaci con AIC	36.276,90	86.746,00	45.900,00	90.000,00	44.100,00
3100123	Emoderivati con AIC	2.514.617,98	2.066.635,92	2.564.909,79	2.015.000,00	549.909,79
3100124	Immunoglobuline con AIC	978.472,55	1.151.915,89	998.042,00	1.577.000,00	578.958,00
3100139	Prodotti farmaceutici con AIC acquistati e distribuiti per conto	0	0	0	0	-
3100142	Gas medicinali con AIC impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni	771.696,61	761.143,49	802.921,93	802.921,93	-
3100147	Medicinali con AIC di fascia H e C, impiegati nella produzione di ricoveri e prestazioni	0	0	0	0	-
3100154	Emoderivati	0	0	0	0	-
3100166	Gas medicinali con AIC a distribuzione diretta	1.905.775,58	1.766.923,79	2.005.271,23	2.000.000,00	5.271,23
3100172	Acquisti di vaccini della ASR Capofila	0	0	0	0	-
3100176	Emoderivati di produzione regionale da pubblico (Aziende sanitarie pubbliche della Regione) - Mobilità intraregionale (prestazioni di servizio)	0	0	0	0	-
3100197	Vaccini in DPC	0	0	0	0	-

Relativamente alla **spesa farmaceutica**, dettagliata nella **tabella 2**, 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.

Al fine di predisporre le previsioni di spesa farmaceutica per l'anno 2026, è stato consultato il documento di Horizon Scanning di AIFA per individuare ipotetiche nuove immissioni in commercio, scadenze di brevetto e disponibilità di farmaci equivalenti. Sono state stimate infine le economie ipotizzate come ritorno di investimento dal progetto di analisi di farmacoutilizzazione in realworld per il monitoraggio e l'uso ottimale dei farmaci ad alto costo.

I valori esposti in tabella 2 danno evidenza di una costante crescita del costo complessivo dei prodotti farmaceutici di ogni anno, di oltre il 6% rispetto all'esercizio precedente.

Tabella 3

CONTO	CONTO_DESC	A Consuntivo 2024	B Proiezione 2025	C Previsionale 2026 v.1	D Previsionale 2026 v.2	E Delta_(D-C)
B3.1	Altri Beni Sanitari	52.986.817,21	52.935.547,85	51.479.219,50	56.378.917,87	4.899.698,37
BA0100	da altri soggetti	139.804,00	110.000,00	142.532,76	142.532,76	-
3100152	Sangue ed emocomponenti da altri soggetti privati	139.804,00	110.000,00	142.532,76	142.532,76	-
4800125	Sangue ed emocomponenti	0	0	0	0	-
BA0220	Dispositivi medici	27.718.415,91	28.676.221,95	24.419.863,30	28.800.000,00	4.380.136,70
3100164	Acquisto dispositivi medici	27.718.415,91	28.676.221,95	24.419.863,30	28.800.000,00	4.380.136,70
3100171	Acquisto di dispositivi medici della ASR capofila	0	0	0	0	-
3100199	Dispositivi medici in DPC	0	0	0	0	-
BA0230	Dispositivi medici impiantabili attivi	4.790.267,26	4.789.863,28	4.947.000,00	5.000.000,00	53.000,00
3100158	Protesi - Dispositivi medici impiantabili attivi	4.790.267,26	4.789.863,28	4.947.000,00	5.000.000,00	53.000,00
BA0240	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	8.383.942,34	8.743.645,19	9.180.000,00	9.200.000,00	20.000,00
3100107	Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	8.383.942,34	8.743.645,19	9.180.000,00	9.200.000,00	20.000,00
3100167	Acquisto di dispositivi in vitro della ASR capofila	0	0	0	0	-
BA0250	Prodotti dietetici	3.160.092,82	3.103.469,85	3.243.600,00	3.268.600,00	25.000,00
3100119	Prodotti dietetici (e di nutrizione enterale)	3.160.092,82	3.103.469,85	3.243.600,00	3.268.600,00	25.000,00

BA0260	Materiali per la profilassi (vaccini)	3.955.233,28	3.988.294,67	4.135.357,81	3.973.424,84	161.932,97
3100105	Sieri e vaccini	3.844.349,09	3.858.369,83	4.021.117,81	3.800.000,00	221.117,81
3100106	Immunoterapie specifiche (Vaccini desensibilizzanti)	110.884,19	129.924,84	114.240,00	173.424,84	59.184,84
BA0270	Prodotti chimici	0	0	0	0	-
3100159	Prodotti chimici	0	0	0	0	-
BA0280	Materiali e prodotti per uso veterinario	0	24263,36	0	27.000,00	27.000,00
3100188	Medicinali e disinfettanti ad uso veterinario	0	24263,36	0	27.000,00	27.000,00
3100189	Dispositivi medici per uso veterinario	0	0	0	0	-
BA0290	Altri beni e prodotti sanitari	4.839.061,60	3.499.789,56	5.410.865,63	5.967.360,27	556.494,64
3100109	Altri materiali diagnostici	126.202,35	125.489,71	156.530,94	156.530,94	-
3100143	Altri beni e prodotti sanitari non diversamente imputabili	1.852.513,14	2.362.813,16	1.859.618,07	2.362.813,16	503.195,09
3100149	Acquisto di beni per assistenza integrativa	2.141.177,33	289.431,23	2.725.960,70	2.725.960,70	-
3100150	Acquisto di beni per assistenza integrativa NON compresa nei LEA (non compresa DM 332/1999)	0	0	0	0	-
3100151	Acquisto di beni per assistenza protesica	719.168,78	722.055,47	668.755,92	722.055,47	53.299,55
3100174	Acquisti di DPI, altri beni sanitari della ASR capofila	0	0	0	0	-
3100198	Altri beni sanitari in DPC	0	0	0	0	-

Analoghe considerazioni valgono relativamente alla **spesa per dispositivi medici** (tabella 3) che nel corso degli ultimi esercizi 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. Per essi si prevede una spesa 2026 lievemente superiore a quella attesa a consuntivo 2025, ma maggiore di 4,3 mln/€ rispetto a quanto troppo ottimisticamente previsto nella versione 1 del Previsionale 2026.

All'incremento della **spesa per altri beni sanitari** contribuisce inoltre in maniera significativa l'aggiudicazione di nuove gare per dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD) e l' adeguamento prezzi riconosciuti a livello di gare SCR. L'incremento di circa 0,5 mln/€ rispetto alla versione 1 del Previsionale 2026 è determinato dalla previsione di un valore in linea con quanto atteso a consuntivo 2025.

Tabella 4

		A	B	C	D	E
CONTO	CONTO_DESC	Consuntivo 2024	Proiezione 2025	Previsionale 2026 v.1	Previsionale 2026 v.2	Delta_(D-C)
B3.3a	Servizi Appalti	41.402.440,65	40.577.877,77	43.072.392,59	47.234.388,14	4.161.995,55
B3.3a.1	Pulizia, Riscaldamento e Smaltimento rifiuti	13.579.088,27	11.610.200,64	15.864.676,26	14.664.676,26	-1.200.000,00
BA1590	Pulizia	5.211.406,81	5.214.313,13	5.500.000,00	5.500.000,00	0,00
BA1610	Riscaldamento	7.437.311,52	5.563.620,72	9.500.000,00	8.300.000,00	-1.200.000,00
BA1640	Smaltimento rifiuti	930.369,94	832.266,79	864.676,26	864.676,26	0,00
B3.3a.2	Manutenzioni e riparazioni	15.166.498,18	13.111.771,20	14.384.207,25	15.532.963,35	1.148.756,10
B3.3a.3	Altri servizi appaltati	12.656.854,20	15.855.905,93	12.823.509,08	17.036.748,53	4.213.239,45
B3.3b	Servizi Utenze	6.894.269,93	7.359.921,17	7.184.827,48	8.232.147,79	1.047.320,31
BA1650	Utenze telefoniche	884.813,07	705.123,25	833.605,44	833.605,44	0,00
BA1660	Utenze elettricità	5.074.285,07	5.656.255,57	5.400.000,00	6.400.000,00	1.000.000,00
BA1670	Altre utenze	935.171,79	998.542,35	951.222,04	998.542,35	47.320,31
B3.3c	Consulenze	8.163.335,91	6.650.321,47	6.076.376,74	4.551.123,11	-1.525.253,63
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	5.374.143,61	4.639.805,87	4.994.021,88	5.068.073,00	74.051,12
B3.3e	Premi di assicurazione	3.716.650,76	3.645.979,24	3.969.384,53	3.988.602,56	19.218,03
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	25.754.426,09	20.764.491,75	15.968.368,81	23.760.396,71	7.792.027,90
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	11.411.591,95	15.845.135,81	12.171.809,86	16.879.302,86	4.707.493,00
B3.3	Servizi	102.716.858,90	99.483.533,08	93.437.181,89	109.714.034,17	16.276.852,28

Riguardo le voci di costo espone in **Tabella 4** relative ai **servizi**, si precisa che la nuova versione del Previsionale 2026 considera costi aggiuntivi per il riscaldamento, energia elettrica, pulizia, smaltimento rifiuti, manutenzioni rispetto ai valori consuntivi attesi per il 2025, in ragione della progressiva entrata in funzione nel corso del 2026 delle strutture sanitarie realizzate con le risorse PNRR. Per l'energia elettrica sono state considerate anche le nuove grandi attrezzature acquisite con i fondi PNRR. In taluni casi come ad esempio per la voce riscaldamento, il previsionale 2026 versione 1 proponeva valori molto alti sulla scia degli aumenti di prezzo conseguenti al periodo Covid ed inizio guerra in Ucraina.

La **voce B3.3c Consulenze** propone un valore di costo 2026 più basso del 2025 in quanto, come indicato nelle premesse, i finanziamenti provvisori 2026 non considerano gli stanziamenti per riduzione liste d'attesa, oggetto di successivo riparto a favore delle AASSRR. Conseguentemente non sono stati previsti i costi 2026, per prestazioni aggiuntive riconosciute al personale medico ed infermieristico.

L'aggregato "Altri servizi sanitari e non" comprende anche i costi per i **medici da cooperative** ed altri incarichi libero professionali, per i quali nella versione 1 del previsionale 2026 era stata prevista una drastica riduzione del costo, da associarsi ad una ipotizzata maggiore disponibilità di dirigenti medici assunti con contratto di lavoro dipendente, in sostituzione di personale arruolato con forme contrattuali atipiche.

Per la nuova versione del previsionale 2026, tenuto conto delle difficoltà nel reperire tali figure di operatori, il valore di costo è stato prudenzialmente allineato a quello del 2025, ma saranno possibili realizzare un contenimento su importi inferiori a seguito della ridefinizione delle quotazioni di aggiudicazione (Mecau e Pediatria) e nell'ambito dell'affidamento dei servizi sanitari che saranno effettuate a marzo 2026.

Sul totale dell'incremento 2026 influiscono anche i costi per la vigilanza armata, nuova gara, e quelli per il servizio di ossigenoterapia domiciliare in incremento del 10% per adeguamento ISTAT dei prezzi ed aumento dei pazienti affetti da patologie croniche che peggiorano nel tempo.

Riguardo l'aggregato B3.3g **“Godimento beni di terzi”**, si segnalano gli aumenti rispetto al consuntivo 2025, ma soprattutto rispetto alla versione 1 del previsionale 2026, evidenziati dalle voci di costo canoni per noleggio attrezzature per assistenza protesica e noleggio dispositivi medici per assistenza integrativa di circa 3,2 mln/€ annui complessivi dovuti ai canoni per microinfusori nell'ambito della fornitura in “Service di monitoraggio del glucosio interstiziale a bassa complessità di utilizzo” occorrenti ai pazienti diabetici, come da Deliberazione n. 721 del 11/10/2024 ed ai canoni per concentratori di ossigeno, il cui utilizzo è legato all'applicazione delle raccomandazioni regionali ricevute dalle ASL piemontesi, riguardo al monitoraggio della spesa per la fornitura di ossigeno domiciliare. Si precisa che l'incremento previsto del numero di pazienti per i concentratori è legato principalmente all'attivazione di terapie ex-novo. Tali costi in incremento sono comunque parzialmente compensati dalla riduzione delle voci di costo corrispondenti, riguardanti l'acquisto di beni.

Tabella 5

		A	B	C	D	E
CONTO	CONTO_DESC	Consuntivo 2024	Proiezione 2025	Previsionale 2026 v.1	Previsionale 2026 v.2	Delta_(D-C)
B1.1a	Personale Sanitario Dirigenza e comparto	189.943.090,03	194.401.615,57	189.849.733,76	201.401.724,53	11.551.990,77
B1.1b	Personale Interinale Sanitario	2.618.712,01	2.366.648,25	1.900.000,00	2.366.648,25	466.648,25
B1.1	Personale Sanitario	192.561.802,04	196.768.263,83	191.749.733,76	203.768.372,78	12.018.639,02
B1.2a	Personale Non Sanitario - Dirigente e comparto	56.192.542,86	57.422.774,84	56.259.607,16	60.256.010,28	3.996.403,12
B1.2b	Personale Interinale Non Sanitario	2.724.624,78	2.888.095,96	2.470.000,00	2.888.095,96	418.095,96
B1.2	Personale Non Sanitario	58.917.167,64	60.310.870,80	58.729.607,16	63.144.106,24	4.414.499,08
B1	Personale	251.478.969,68	257.079.134,63	250.479.340,92	266.912.479,02	16.433.138,10

Per la quantificazione degli oneri e costi relativi al **personale dipendente**, si è tenuta in considerazione anche per il 2026, 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 2026.

Il valore storico sul quale si è basato il calcolo del costo del personale 2026 è costituito dal costo del personale in proiezione a finire per l'anno 2025, determinato considerando provvisoriamente quali fondi del personale del comparto e della dirigenza quelli definiti delle delibere n. 675/676/677 del 07/08/2025 quali definitivi per l'esercizio 2024, aggiornati tuttavia con gli incrementi certi derivanti dall'applicazione del CCNL 02/11/2022. Tali valori non erano noti al momento dell'elaborazione della versione 1 del Previsionale 2026.

In applicazione delle specifiche indicazioni regionali per il 2025, gli importi indicati nella nuova versione del Previsionale 2026, sono calcolati al lordo degli incrementi dei fondi che si potrebbero determinare per l'anno 2025 e 2026 in applicazione del D.L. 35/2019 (c.d. Calabria) convertito in L. n. 60 del 25 giugno 2019, anch'essi stimati sulla base dei valori 2024. Essi ammontano ad 2,543 mln/€ oltre ad oneri ed Irap, per un totale di 3,391 mln/€.

Si è inoltre valorizzato sul 2026 l'effetto economico di trascinamento di assunzioni di personale sanitario, sia dirigente sia del comparto, effettuate nei primi mesi del 2025 che portano ad un aumento dei costi, su base annua, di circa 4,5 mln/€, non conteggiati nella versione 1 del Previsionale 2026

Come già precisato in altri contesti, è intenzione della Direzione Generale dell'ASL TO4 proseguire il percorso di riduzione del personale somministrato, nelle varie forme, sostituendolo con personale dipendente, laddove possibile. Nelle previsioni 2026 si è tuttavia prudenzialmente rappresentato lo stesso valore atteso per il 2025.

La versione 2 del Previsionale 2026 considera inoltre l'impatto che avrà sui costi del personale, l'applicazione del rinnovo del CCNL del comparto, triennio 2022/2024, stimato sulla base di quanto pagato effettivamente nel mese di ottobre 2025, suo primo periodo di rilevazione. I valori calcolati per il 2026 sono i seguenti, stimati per difetto, in quanto non sono ancora definiti i reali importi dei fondi

	STIPENDIO	ONERI	IRAP	TOTALE GENERALE
Ruolo sanitario	2.040.207,00	564.729,30	173.417,60	2.778.353,89
Ruolo socio sanitario	605.592,00	167.627,87	51.402,39	824.622,26
Ruolo tecnico	182.377,00	50.481,95	55.636,75	288.495,70
Ruolo amm.vo	378.235,00	104.695,45	93.875,28	576.805,72
Totali	3.206.411,00	887.534,56	374.332,01	4.468.277,57

Sulle previsioni di costo del personale hanno soprattutto pesato, le previsioni di costo formulate, in considerazione del progressivo avvio che avranno nel corso del 2026, le strutture sanitarie finanziate dal P.N.R.R. per le quali dovranno essere effettuate consistenti assunzioni di personale.

Tabella personale PNRR

STRUTTURA PNRR	RUOLO	UNITA	COSTO TABELLARE ANNUO DA PTFP CHE NON COMPRENDE ULTIMI INCREMENTI	COSTO TOTALE A REGIME	IPOTESI DI COSTO 2026 (EFFETTIVA ATTIVITA')
Case di comunità	Infermiere	121	35.300,89	3.876.687,36	1.722.972,16
	Oss	11	30.018,48	355.641,17	158.062,74
	Assistenti Amministrativi	18	31.394,57	523.962,02	232.872,01
	Coadiutori Amministrativi Senior	70	29.443,27	1.935.186,49	860.082,88
				6.691.477,04	2.973.989,80
Ospedale comunità	Medico	3	78.640,10	240.407,12	106.847,61
	Fisioterapista	6	34.786,83	189.919,15	84.408,51
	Infermiere	27	35.300,89	865.045,94	384.464,86
	Oss	18	30.018,48	505.384,83	224.615,48
				1.800.757,03	800.336,46
UCA	Medico	5	78.640,10	534.238,05	237.439,13
	Infermiere	4	35.300,89	170.873,27	75.943,68
				705.111,32	313.382,81
COT	Infermiere	30	35.300,89	1.281.549,54	1.281.549,54
	Assistenti Amministrativi	2	31.394,57	-	-
	Coll. Amministrativo	0	34.120,12	41.537,55	41.537,55
	Coadiutori Amministrativi Senior	8	29.443,27	331.746,26	331.746,26
				1.654.833,34	1.654.833,34
	TOTALE COMPLESSIVO			10.852.178,74	5.742.542,41

L'ipotesi formulata per l'esercizio 2026 è quella di conteggiare costi a regime per le COT, in quanto il personale necessario al loro funzionamento sarà totalmente reperito entro fine

2025. Per le altre strutture per le quali buona parte delle procedure di reclutamento devono ancora essere concluse, sono stati conteggiati 4 mesi di funzionamento effettivo sul 2026, con un costo complessivo stimato di poco meno di 6 mln/€. I costi per gli esercizi successivi saranno chiaramente superiori, come rappresentato nella **tabella personale PNRR**.

Le variazioni sopra dettagliate, giustificano ampiamente il maggior costo di circa 16,4 mln/€, personale interinale incluso, rispetto alla versione 1 del previsionale 2026 e di circa 10 mln/€ rispetto al 2025.

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 2024 per il personale dipendente.

Tabella 6

		A	B	C	D	E
CONTO	CONTO_DESC	Consuntivo 2024	Proiezione 2025	Previsionale 2026 v.1	Previsionale 2026 v.2	Delta_(D-C)
BA2840	Accantonamenti per rinnovi convenzioni MMG/PLS/MCA	3.401.418,84	3.401.418,84	3.401.418,84	3.401.418,84	-
BA2850	Accantonamenti per rinnovi convenzioni Medici Sumai	415.773,57	415.773,57	415.773,57	415.773,57	-
BA2860	Accantonamenti per rinnovi contrattuali: dirigenza medica	2.436.595,49	2.436.595,49	2.436.595,49	2.436.595,49	-
BA2870	Accantonamenti per rinnovi contrattuali: dirigenza non medica	230.100,38	230.100,39	230.100,38	230.100,38	-
BA2880	Accantonamenti per rinnovi contrattuali: comparto	4.459.876,00	4.459.876,00	4.459.876,00	4.459.876,00	-
	Totale	10.943.764,28	10.943.764,29	10.943.764,28	10.943.764,28	

Tabella 7

		A	B	C	D	E
CONTO	CONTO_DESC	Consuntivo 2024	Proiezione 2025	Previsionale 2026 v.1	Previsionale 2026 v.2	Delta_(D-C)
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	48.925.044,43	43.646.674,95	48.263.547,02	45.943.771,77	-2.319.775,25
C3.2a	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale (assistenza specialistica)	7.240.083,94	6.690.573,19	7.365.139,18	7.190.172,25	-174.966,93
C3.2b	Prestazioni da Sumaisti	6.887.625,88	7.505.000,00	7.500.000,00	7.500.000,00	0,00
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	14.127.709,82	14.195.573,19	14.865.139,18	14.690.172,25	-174.966,93
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	30.898.923,64	33.258.829,11	31.224.161,87	32.676.303,66	1.452.141,79
C3.4a	Trasporti Sanitari Da Privato	3.729.716,16	3.788.438,49	3.677.791,13	3.788.438,49	110.647,36
C3.4b	Assistenza Integrativa e Protesica da Privato	16.080.333,02	16.001.577,01	16.417.520,70	16.861.543,52	444.022,82
C3.4c.1	Assistenza Psichiatrica Residenziale e Semiresidenziale da Privato	16.848.572,12	17.739.211,16	16.900.000,00	17.700.000,00	800.000,00
C3.4c.2	Distribuzione di Farmaci e File F da Privato	4.916.240,15	5.063.651,08	4.916.240,15	5.063.651,08	147.410,93
C3.4c.3	Assistenza Termale da Privato	0	0	0	0	0,00
C3.4c.4	Prestazioni Socio-Sanitarie da Privato	57.037.804,90	59.086.330,73	56.733.259,66	59.930.826,64	3.197.566,98

Strutture private

In ottemperanza alle specifiche disposizioni contenute nella citata circolare regionale di istruzioni prot. n. 00026066 del 05/11/2025, 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 ed assegnazione dei tetti di spesa”, imputando a costo per l'anno 2026 i valori allineati al 100% dei budget assegnati, al netto dei valori attesi per ticket che le strutture incasseranno, senza tuttavia tenere conto degli incrementi di attività legati all'abbattimento liste attesa, oggetto di specifico finanziamento e soggetti a rendicontazione separata.

Maggiori costi 2026 sono previsti per circa 0.8 mln€ con riferimento a nuovi progetti riabilitativi e psicoriabilitativi con sostegno domiciliare integrato, la cui gara ha subito una recente revisione dei prezzi e per circa 0,5 mln/€ per l'assistenza protesica

Mobilità

La quantificazione del saldo di mobilità infra-regionale, proposto quale stima dalla Regione, rispecchia l'effettivo andamento solo relativamente al periodo gennaio-agosto 2025 e tiene conto dei valori indicati dalla D.G.R. n. 26-801 del 17 febbraio 2025.

Accantonamenti

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. 00026066 del 05/11/2025. In particolare, come già evidenziato al paragrafo precedente, per il CE previsionale 2026 sono stati iscritti a bilancio accantonamenti per i rinnovi CCNL della dirigenza medica sanitaria, PTA e Comparto gli stessi valori del consuntivo 2024. Anche per quanto concerne i medici convenzionati si è utilizzato lo stesso criterio.

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 tutte utilizzate nei precedenti bilanci consuntivi.

Analisi della perdita e conclusioni

Stante quanto evidenziato nella presente relazione, il risultato della gestione previsto per l'anno 2026, elaborato in coerenza con la programmazione finanziaria regionale che fornisce al momento valori di finanziamento per l'esercizio 2026 provvisori e corrispondenti a quelli consuntivi 2024, mette in evidenza un maggior fabbisogno di finanziamento per il valore di € 49.975.950,47.= indispensabile a garantire i LEA e la continuità dei servizi sanitari come da richieste motivate dei servizi competenti. Tale valore include, come già esplicitato, elementi indipendenti dal governo aziendale e non compensativi del finanziamento regionale, come di seguito rappresentato:

Perdita attesa 2026	-49.975,95
INCLUDE:	
Perdita attesa 2025	-15.868,71
Minori finanziamenti	- 2.579,04
di cui: recupero liste di attesa	-1.269,60
di cui: contributi per prestazioni aggiuntive medici ed infermieri	-1.309,44
Peggioramento saldo mobilità al netto strutture private	-1.437,34
Incremento costo personale 2026 effetto trascinamento nuove assunzioni	-4.500,00
Incremento costo personale 2026 nuove assunzioni per funzionamento strutture PNRR	-5.700,00
Incremento costo personale 2026 effetto rinnovo CCNL personale del comparto	-4.500,00
Incremento costo personale 2026 Decreto Calabria	-2.500,00

Nuovi costi utenze e manutenzione strutture PNRR	-1.400,00
Incremento Farmaci innovativi	-6.000,00
Costi servizio it cloud	-3.000,00
Maggiori costi servizio manutenzione attrezzature di nuova aggiudicazione SCR	-1.500,00
Maggiori costi servizio vigilanza armata 2026	-1.000,00
TOTALE VARIAZIONI NEGATIVE	-49.985,09

Tali maggiori variazioni negative sono riconducibili in massima parte a fattori esogeni alla gestione, quali l'andamento inflattivo subito dai prezzi di acquisto delle forniture di beni e servizi e dalle tariffe di prestazioni sanitarie negli ultimi esercizi, nonché l'applicazione dei rinnovi CCNL del personale dipendente. Capitolo di rilievo nella previsione di maggiori costi per l'esercizio 2026 è sicuramente rappresentato dall'entrata in funzione delle nuove strutture sanitarie realizzate grazie ai finanziamenti PNRR.

Le motivazioni che non permettono di raggiungere il pareggio di bilancio sono state ampiamente descritte nella presente relazione ai vari punti del conto economico.

Premesso quanto sopra in ordine agli aspetti più prettamente tecnici di bilancio, dal punto di vista gestionale, la Direzione generale e strategica dell'Azienda conferma quanto contenuto nella Deliberazione n. 275 del 31/03/2025, avente ad oggetto "DGR n. 26-801 del 17/02/2025 – Adozione Programma Operativo Aziendale di Riorganizzazione – Triennio 2025-2027" e rinnova l'impegno a realizzare ogni misura che sarà individuata ed attuata in accordo con la Direzione Regionale, al fine di assicurare una migliore sostenibilità economica di sistema.

Il Direttore S.C. Gestione Economico- Finanziaria

Dott. Enrico Ghignone (firmato in originale)

Il Direttore S.C. Sistemi Informativi e Ufficio Flussi
Dr.ssa Carla Giordano (firmato in originale)

Il Direttore Amministrativo
Dott. Michele COLASANTO (firmato in originale)

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Sara MARCHISIO (firmato in originale)

Il Direttore Generale
Dott. Luigi VERCELLINO
(firmato in originale)