

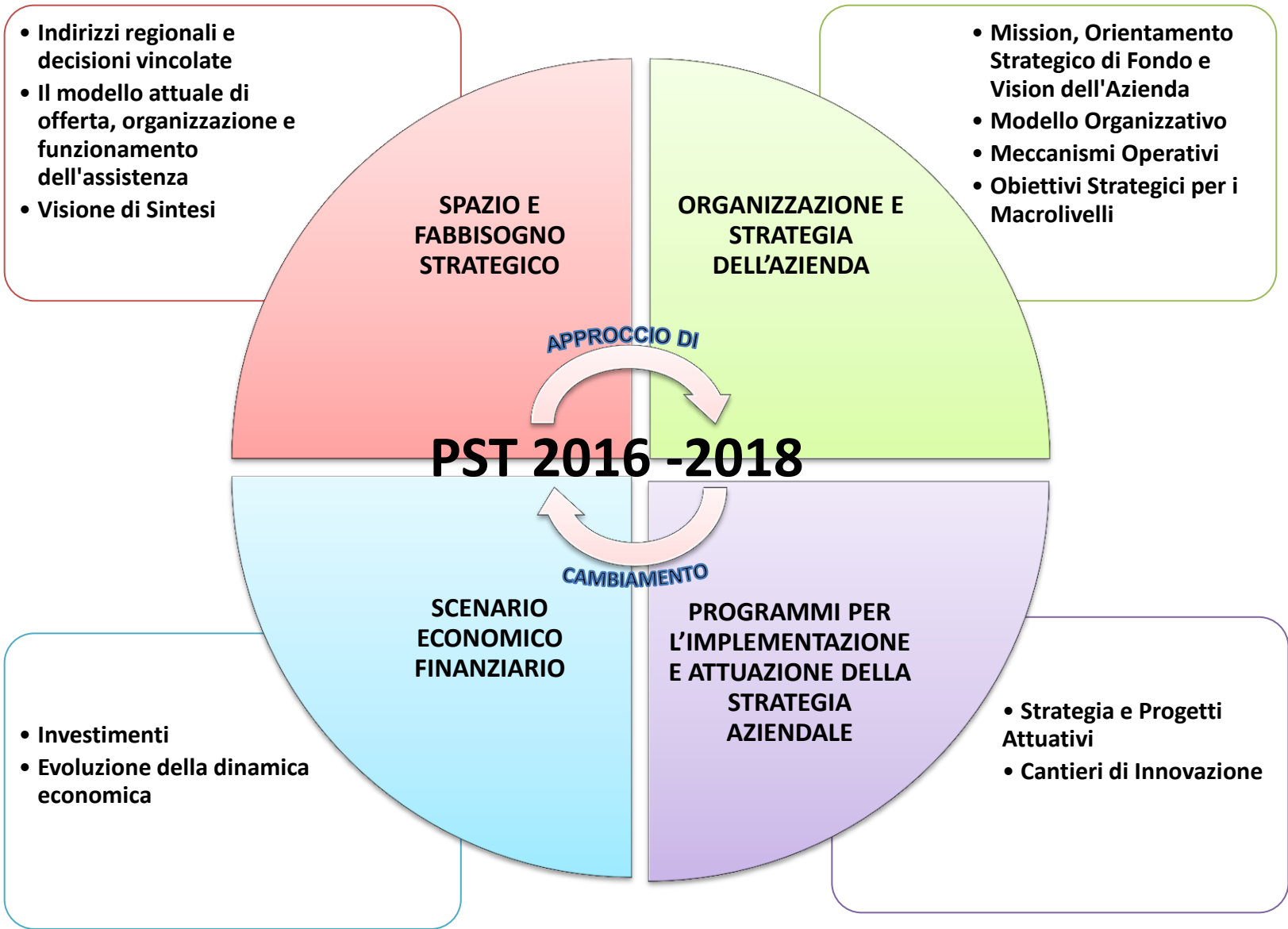
AZIENDA SANITARIA LOCALE TORINO 1

Direzione Strategica Aziendale

Il Piano Strategico Triennale 2016 – 2018 *Executive Summary*



Torino, 23.03.2016



L'analisi del **contesto di riferimento** è finalizzata ad individuare, in funzione delle priorità e delle azioni previste a diversi livelli (nazionale, regionale e metropolitano) ed il relativo ruolo richiesto alle Aziende sanitarie, le **decisioni vincolate** da realizzare in relazione alle principali caratteristiche del proprio ambito di riferimento in termini di territorio e popolazione.



CURE PRIMARIE

ASSISTENZA SANITARIA DI BASE

N° MMG: 375 – MEDIA ASSISTITI 1.136
N° PLS: 37 – MEDIA ASSISTITI 1.175

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

PUNTI DI GUARDIA MEDICA: 5
N° MEDICI IN CONVENZIONE: 75

SPECIALISTICA AMBULATORIALE

N° PRESTAZIONI PER RESIDENTI: 7.992.319
• 67% da STRUTTURE PUBBLICHE
• di cui 28% ASL To1
• 33% da STRUTTURE PRIVATE

SPESA FARMACEUTICA

TOTALE CONVENZIONATA
€ 72.695.000

CURE DOMICILIARI

N° CASI TOTALI ADI + SID: 2.449

CURE INTERMEDIE

RSA

N° CASI TOTALI: 2.627
• di cui ASL To1: 687
• di cui Acquistati: 1.940

CAVS

N° POSTI LETTO TOTALE: 65
N° STRUTTURE UTILIZZATE: 3

DISABILI ADULTI

RESIDENZIALITA' N° TOTALE ASSISTITI: 698
SEMIRESIDENZIALITA' N° TOTALE ASSISTITI: 637
DOMICILIARITA' N° TOTALE ASSISTITI: 182
ASSISTENZA RIABILITATIVA EX ART. 26
• RESIDENZIALITA' N° TOTALE ASSISTITI: 298
• SEMIRESIDENZIALITA' N° TOTALE ASSISTITI: 342

DIPARTIMENTI TERRITORIALI

SALUTE MENTALE

RESIDENZIALITA' N° TOTALE ASSISTITI: 683
SEMIRESIDENZIALITA' N° TOTALE ASSISTITI: 543

MATERNO-INFANTILE

N° PRESTAZIONI SPECIALISTICA:
• NPI: 49.309
• CONSULTORI FAMILIARI: 47.618
• CONSULTORI PEDIATRICI: 9.346
• AMBULATORI: 25.796

PATOLOGIE DELLE DIPENDENZE

N° TOTALE PAZIENTI: 2.705
• di cui DIPENDENZE GENERICHE: 2.230
• di cui NUOVE DIPENDENZE: 475

Tipo struttura	Tipo assistenza									
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laboratorio	Attività di consultorio	Assistenza psichiatrica	Assistenza per dipendenze	Assistenza agli anziani	Assistenza ai disabili fisici e psichici adulti	Assistenza ai disabili fisici psichici e sensoriali (minori)	Assistenza ai malati terminali
Ambulatorio	9 DIR 23 CONV	6 DIR 18 CONV	6 DIR 11 CONV							
Struttura residenziale					54 DIR	3 CONV	4 DIR 13 CONV	30 CONV	12 CONV	1 DIR 2 CONV
Struttura semi residenziale					4 DIR	3 CONV	2 DIR	13 CONV	18 CONV	
Altro tipo di struttura	6 DIR		5 DIR	19 DIR	6 DIR	8 DIR	1 DIR		9 DIR	

DIR: Strutture a gestione diretta
CONV: Strutture convenzionate

DOMANDA

TIPOLOGIA DI RICOVERI E TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE

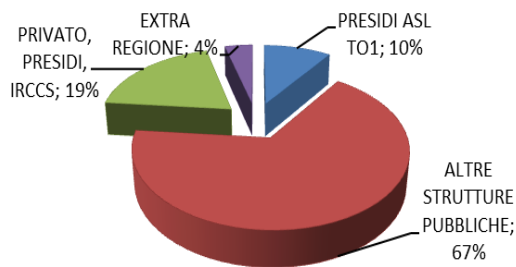
TOTALE	RO + DH				
	2012	2013	2014	2015	
casi	79.066	72.736	69.313	66.440	
popolazione residente	484.604	485.769	481.300	478.077	standard
tasso ospedalizzazione	163,16	149,73	144,01	138,97	160,00

ACUZIE	2012	2013	2014	2015
casi	72.767	66.594	63.497	61.542
popolazione	484.604	485.769	481.300	478.077
tasso ospedalizzazione	150,16	137,09	131,93	128,73

NON ACUZIE	2012	2013	2014	2015
casi	6.299	6.142	5.816	4.898
popolazione	484.604	485.769	481.300	478.077
tasso ospedalizzazione	13,00	12,64	12,08	10,25

Consumo Residenti ASL To1
Popolazione Residente al 31/12 dell'anno precedente (dati Anagrafe Città di Torino)
Esclusi Neonati DRG 391
Solo oneri degenza SSN
Mobilità extraregionale 2014 e 2015 stimata uguale a quella del 2013
Standard Tasso di Ospedalizzazione secondo D.M. 2 aprile 2015, n°70

STRUTTURE EROGANTI



STRUTTURA OFFERTA

L'ASL To1 ha la gestione diretta dei Presidi Ospedalieri:

- Ospedale Martini
- Ospedale Oftalmico (le attività svolte nel presidio saranno ricollocate nel corso del 2016 nell'ambito di quelle svolte dall'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e dell'ASL To2).

Sul territorio dell'ASL To1 operano anche le due Aziende Ospedaliere cittadine, nonché tre Case di Cura accreditate e convenzionate e un Presidio ex art.43.

La struttura dell'offerta ospedaliera comprende inoltre i presidi pubblici e privati della ASL To2.

La D.G.R 1-600/2014 e s.m.i., che ha definito la revisione dei posti letto di tutta la regione Piemonte, prevede per la struttura dell'offerta ospedaliera della Città di Torino la seguente distribuzione di posti letto:

STRUTTURE RICOVERO PUBBLICHE E ACCREDITATE DELLA CITTA' DI TORINO

Tipologia Azienda	PL Acuzie	PL Post Acuzie
ASL TO1	199	0
ASL TO2	868	0
ASO territorio ASL TO1	2.221	73
Presidi equiparati territorio ASL TO1	0	120
Presidi equiparati territorio ASL TO2	255	201
Privato accreditato - territorio ASL TO1	63	30
Privato accreditato - territorio ASL TO2	81	17
TOTALE	3.687	441

(PL previsti dalle DGR 19 novembre 2014, n.1-600 e DGR 5 agosto 2015, n.13-2022)

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'Azienda tutela la **salute collettiva** e persegue obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e il miglioramento della **qualità della vita** con azioni coordinate con le strutture territoriali e ospedaliere.

Le funzioni del **Dipartimento Interaziendale** (ASL To1 e ASL To2) si articolano in **ambiti di attività** garantiti direttamente quali:

- profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli inquinanti ambientali;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sanità pubblica veterinaria;
- benessere animale;
- tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- funzioni relative alla medicina legale;
- tutela della salute nelle attività sportive.

Le politiche di **prevenzione e di promozione della salute**, nonché tutti gli interventi previsti per questa funzione sono indicati dal **Piano Regionale della Prevenzione**, che trova applicazione a livello aziendale attraverso il **Piano Locale di Prevenzione**.

L'ASL To1 svolge anche le funzioni di coordinamento del **Programma di Screening Regionale e Prevenzione Serena** e del "Centro di Riferimento per la Prevenzione dei Tumori e di supporto all'assistenza e alla ricerca clinica".

Principali tipologie di prestazioni	Anno 2015	Diff. su anno 2014	Anno 2014	Diff. su anno 2013
Vaccini ESA 12 mesi - almeno 2 dosi (Igiene e Sanità Pubblica)	95,81%	-0,90%	96,68%	-0,69%
Sopralluoghi relativi autorizzazioni/controlli su strutture (Igiene Edilizia Urbana)	3.353	-9,24%	3.694	0,08%
Sorveglianza di vigilanza presso imprese alimentari (Igiene Alimenti e Nutrizione)	1.625	-10,27%	1.811	-0,16%
Aziende e soggetti controllati (SPRESAL)	1.949	-3,70%	2.023	0,47%
Rilascio vidimazione e registrazione doc/certificazione anagrafe canina e igiene urbana veterinaria (Vet. Area A)	2.022	13,09%	1.788	0,01%
Prestazioni su capi bovini macellati (Vet. Area B)	30.510	-23,59%	39.929	-0,07%
Sicurezza alimentare: sopralluoghi (Vet. Area C)	582	-17,45%	705	0%
Controlli sulla produzione di latte (PMPPV)	511	-18,37%	626	0,14%



SWOT ANALYSIS

PUNTI DI FORZA

Direzione Autorevole
Valorizzare eccellenze
Pareggio di Bilancio
Scelte Allocative
Sviluppo
Visione Strategica
Puntare Su Eccellenze
Sostenibilità Economica
Percorsi di Cambiamento

Cure Intermedie
Sistema Informativo
Orientamento Processi
PO basso Contenuto Specialistico
Integrazione Pub Priv
Management Aziendale
Strutture Territoriali
Cure Domiciliari

PUNTI DI DEBOLEZZA

OPPORTUNITA'

Cambiamento
Indirizzi Regionali
Stakeholder Dipendenti
Percorso Attuativo
Trasparenza
Margini di Efficienza
Programmazione Regionale
Riprogettazioni Organizzative

Inerzia Organizzativa
Strategia Attori Esteri
Non Percezione di Cambiamento
Diffidenza e Resistenze

MINACCE



La **situazione attuale**, in termini di modello di offerta (diretta ed indiretta) assistenziale e di risultati raggiunti, da una parte ed i stringenti **indirizzi** di politica sanitaria a livello **nazionale, regionale e metropolitano** dall'altra

SWOT ANALYSIS

	Helpful to achieving the objective	Harmful to achieving the objective
Internal origin (attributes of the organization)	S Strengths	W Weaknesses
External origin (attributes of the environment)	O Opportunities	T Threats

RENDONO NECESSARIO E NON PIU' RINVIABILE

un **Percorso di evoluzione** che conduca l'Azienda, in tempi accettabili, ad una **qualificazione**, riqualficazione e valorizzazione dell'offerta assistenziale ai differenti livelli mantenendo un necessario **equilibrio economico-finanziario**, per garantire la sostenibilità del processo di sviluppo e la vita duratura dell'Azienda stessa nell'ambito del SSR, con



la riprogettazione delle **strutture** e dei **processi aziendali**, lo sviluppo dei **sistemi operativi** (a partire dal sistema informativo e dal sistema di programmazione e controllo) finalizzati a garantire un'adeguata **governance** dell'Azienda che consenta anche di recuperare la necessaria efficienza;

la definizione, progettazione e implementazione di un **nuovo modello di rete di offerta** (ospedaliera e territoriale) fortemente **integrata** (anche con il Privato) che parta dai **fabbisogni** e la chiara declinazione e gestione attiva dei **ruoli** nell'ambito della rete.

DOMANDA

BISOGNI DI SALUTE

- CONDIZIONI
- SOCIO-DEMOGRAFICHE
 - SOCIO-ECONOMICHE
- BENESSERE GLOBALE

RICHIESTE DEL CITTADINO

- ACCESSIBILITA'
- TRASPARENZA
- TEMPESTIVITA'
- PARTECIPAZIONE
- ATTENZIONE

TARGET DI UTENZA

- PAZIENTI
- POPOLAZIONE SANA
 - OCCASIONALI/ACUTI
 - CRONICI
 - NON AUTOSUFFICIENTI

MODELLI

MEDICINA DI INIZITIVA

- CRONICITA'
- COMORBOSITA'
- COMPLEESITA'
- GESTIONE GLOBALE DELLA PERSONA

CHRONIC CARE MODEL

- FRAGILITA'
- PREVENZIONE
- INTERVENTI PERSONALIZZATI
- GESTIONE ATTIVA
- INTEGRAZIONE IN RETE

PDTA

- INTEGRAZIONE DI:
- PERCORSI
 - PROFESSIONISTI
 - AZIONI
- GOVERNACE COMPLESSIVA

DISTRETTO
PUA

FUNZIONI
DISTRETTUALI

DISTRETTO

- DOMANDA
- ACCESSO/PUA
- OFFERTA

CURE PRIMARIE

- CURE DOMICILIARI
- AFT
- UCCP
- SPECIALISTICA
- TERRITORIALE

CURE INTERMEDIE

- UVM
- OFFERTA INTEGRATA:
- NON AUTOSUFFICIENZA
 - RSA
 - CAVS
 - POST ACUZIE

FUNZIONI
DIPARTIMENTALI

FARMACI E DISPOSITIVI

- GOVERNO DELLA DOMANDA
- MODELLI DI DISTRIBUZIONE

SALUTE MENTALE

- INCLUSIONE SOCIALE
- RESIDENZIALITA' H24

MATERNO INFANTILE

- ASSISTENZA PER PROGETTI
- INTEGRAZIONE SERVIZI TERRITORIO
- OSPEDALE

PATOLOGIA DIPENDENZE

- INTERVENTI RIABILITATIVI
- GESTIONE NUOVE DIPENDENZE

Assistenza specialistica

	2015	2016	2017	2018
Attività clinica N° prestazioni per abitante (*)	3,70	3,55	3,48	3,37
Attività di laboratorio N° prestazioni per abitante (*)	9	9	9	9
Diagnostica strum. per immagini N° prestazioni per abitante (*)	0,81	0,78	0,76	0,74
RM N° prestazioni per 100 residenti (*)	10,38	9,86	9,75	9,43

(*) Popolazione pesata - specialistica

Prestazioni di specialistica e diagnostica ambulatoriale: andamento decrescente in relazione agli obiettivi a livello regionale e metropolitano

Obiettivo di riferimento: appropriatezza prescrittiva ed erogativa

Assistenza farmaceutica

	2015	2016	2017	2018
Consumo pro-capite assistenza farmaceutica da farmacie convenzionate (**)	130,39€	126,82€	123,98€	122,07€
Consumo pro-capite assistenza farmaceutica Distribuzione Per Conto (**)	27,41€	30,99€	33,55€	37,08€
Consumo pro-capite assistenza farmaceutica Distribuzione Diretta (**)	92,22€	106,86€	113,52€	118,05€

(**) Popolazione pesata - farmaceutica

Distribuzione diretta di farmaci in incremento per epatite, cronicità gravi, malattie rare, e nuovi farmaci oncologici.

Obiettivo di riferimento: contenimento della spesa territoriale con appropriatezza prescrittiva e incremento modalità di distribuzione diretta

Assistenza integrativa e protesica

	2015	2016	2017	2018
Totale costo netto di assistenza integrativa per 1000 abitanti (**)	19.709€	18.899€	17.414€	17.264€
Totale costo netto di assistenza protesica per 1000 abitanti (*)	27.395€	27.312€	26.466€	26.654€

Incremento della fornitura diretta in RSA e a pazienti in carico alle cure domiciliari

Obiettivo di riferimento: appropriatezza prescrittiva ed erogativa

	2015	2016	2017	2018
Assistenza domiciliare				
% pazienti >=65 anni Trattati in ADI e in SID	1,93%	2,68%	3,42%	4,17%
Assistenza psichiatrica				
N° utenti in carico nei CSM (>18 anni)	1.826	1.930	2.000	2.100
N° giornate semi-residenzialità per assistenza psichiatrica	40.641	42.900	44.450	46.700
N° giornate residenzialità per assistenza psichiatrica	201.000	201.000	201.000	195.000
Assistenza disabili e anziani				
N° giornate residenzialità per assistenza ai disabili	217.644	232.879	249.180	266.623
N° posti letto residenzialità per assistenza agli anziani per 100 abitanti >=65 anni	1,29	1,43	1,56	1,70
CAVS				
Posti letto CAVS attivati	64	106	140/160	140/160

Raggiungimento degli standard di assistenza previsti dai programmi operativi regionali
Obiettivo di riferimento: ridefinizione del sistema delle cure domiciliari

Rivalutazione dell'offerta assistenziale con la uniformazione degli standard previsti.
Obiettivo di riferimento: Appropriatezza dei setting assistenziali

Trend incremento disabilità. Raggiungimento degli standard di posti letto per utenti >= 65 anni, previsti a livello nazionale. Sperimentazione RSA aperta.
Obiettivo di riferimento: Appropriatezza dei setting assistenziali

Incremento dell'offerta secondo le indicazioni regionali
Obiettivo di riferimento: Miglioramento percorsi dimissione ospedale e attivazione cure domiciliari e/o intermedie.

DOMANDA/OFFERTA DI RIFERIMENTO

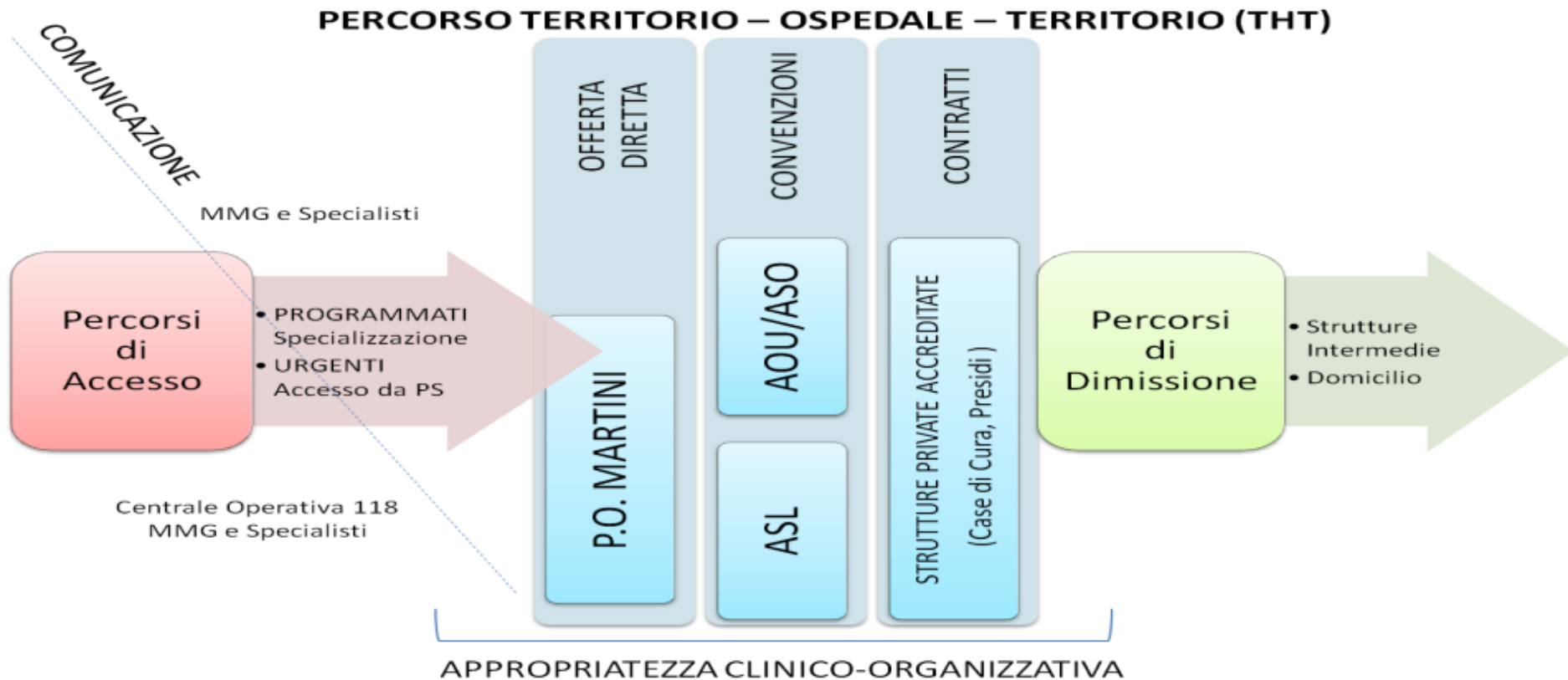
DEFINIZIONE VOLUME PRESTAZIONI RETE METROPOLITANA
RAZIONALIZZAZIONE OFFERTA SUL TERRITORIO
APPROPRIATEZZA DELLE PRESTAZIONI

PRESIDI A GESTIONE DIRETTA

RUOLO NELLA RETE METROPOLITANA
LOGICHE DI INTENSITA' DI CURA
EFFICIENZA DI UTILIZZO DELLE RISORSE
VALORIZZAZIONE DELLE SPECIALIZZAZIONI

OFFERTA INDIRETTA

RECUPERO DELLA FUNZIONE DI COMMITTENZA
CONTRATTAZIONE CON IL PRIVATO ACCREDITATO
PROGRAMMAZIONE CONGIUNTA CON LE ALTRE ASR





Pronto Soccorso

2015	2016	2017	2018
------	------	------	------

N° accessi al PS per 1.000 assistiti (*)

404,51	404,51	404,10	403,7
--------	--------	--------	-------

(*) Popolazione pesata - ricovero

Diminuzione accessi in pronto soccorso

Obiettivo di riferimento: Miglioramento percorso territorio - ospedale

Ricoveri per acuti

2015	2016	2017	2018
------	------	------	------

Tasso di ricovero RO per 1.000 assistiti (*)

82,11	82,11	82,11	82,11
-------	-------	-------	-------

Tasso di ricovero DH per 1.000 assistiti (*)

41,87	41,87	41,87	41,87
-------	-------	-------	-------

Mantenimento dei tassi raggiunti che già rispettano gli standard previsti a livello nazionale

Obiettivo di riferimento: Miglioramento percorso territorio - ospedale

Appropriatezza procedure

2015	2016	2017	2018
------	------	------	------

% parti cesarei primari

33%	33%	32%	32%
-----	-----	-----	-----

% pazienti >65 anni con frattura femore operati entro 48h in RO

55%	55%	60%	65%
-----	-----	-----	-----

Progressivo avvicinamento agli standard previsti dal PNE

Obiettivo di riferimento: Appropriatezza dei percorsi e delle procedure ospedaliere

Ricoveri post-acuzie

2015	2016	2017	2018
------	------	------	------

Tasso di ricovero in lungodegenza per 1.000 assistiti (*)

2,52	2,52	2,30	2,08
------	------	------	------

Tasso di ricovero in riabilitazione per 1.000 assistiti (*)

6,92	6,92	6,92	6,92
------	------	------	------

Riduzione della post-acuzie con progressivo adeguamento agli standard previsti a livello nazionale

Obiettivo di riferimento: Miglioramento percorso ospedale - territorio



PROMOZIONE DELLA SALUTE

POLITICHE DI PREVENZIONE

INTERA CITTA' DI TORINO
LOGICA DIPARTIMENTALE
INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE E DELLE OFFERTE
PREVENZIONE ESTESA AI DIVERSI AMBITI AZIENDALI DI ASSISTENZA

STILI DI VITA

ALIMENTAZIONE
ATTIVITA' FISICA
FUMO
ALCOOL

INIZIATIVE MIRATE

FRAGILI
CARE GIVER
BAMBINI
ADOLESCENTI
DONNE
VACCINAZIONI

SCREENING

**MAMMOGRAFICO
CERVICO-CARCINOMA
COLO-RETTALE**

INCREMENTO
• POPOLAZIONE RAGGIUNTA
• ADESIONE

VIGILANZA E CONTROLLO

SPRESAL

ANALISI DEI BISOGNI
RISPETTO PARAMETRI PRP

VETERINARIA
SIAN

INTEGRAZIONE

COORDINAMENTO
SORVEGLIANZA
FORMAZIONE
INFORMAZIONE
COMUNICAZIONE

MEDICINA LEGALE

CITTA' DI TORINO

UNIFICAZIONE
OMOGENEIZZAZIONE
SNELLIMENTO PROCEDURE
INTEGRAZIONE AREA PREVENZIONE

Vaccinazioni

	2015	2016	2017	2018
Copertura vaccinale Esavalente (0-24 mesi)	95,14%	96%	97%	98%
Copertura vaccinale MPR (0-24 mesi)	90,51%	90%	90%	90%

Valori superiori alla media nazionale ma da prevedere in incremento.

Obiettivo di riferimento: Mantenimento livelli sanità pubblica

Screening

	2015	2016	2017	2018
Screening mammografico copertura da esami	45,7 - 49,8%	47%	47%	47%
Screening cervico-carcinoma copertura da esami	44%	51%	51%	51%
Screening colo-rettale copertura da esami	31%	32%	32%	32%

L'incremento della copertura da esami è di pertinenza degli erogatori esterni. L'ASL può incidere sull'incremento della copertura da inviti.

Obiettivo di riferimento: Miglioramento livelli prevenzione.

SPRESAL

	2015	2016	2017	2018
% unità controllate	4,4%	4,4%	4,4%	4,4%

Mantenimento dell'attività svolta .

Obiettivo di riferimento: Rispetto dei parametri previsti dal PRP (5% a livello regionale).

AREA TECNICO AMMINISTRATIVA

NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO:

- ORIENTAMENTI REGIONALI
- COERENZA CON LE FUNZIONI/ATTIVITA' SANITARIE DEL NUOVO MODELLO AZIENDALE
- SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI AMMINISTRATIVI
- INTEGRAZIONE ORIZZONTALE
- UNITARIETA' DI GOVERNO DELL'AZIENDA



Gli indirizzi nazionali/regionali e lo spazio strategico da un lato, la situazione attuale con le sue criticità e l'orientamento strategico di fondo della Direzione dall'altro consentono di delineare la vision a medio termine dell'Azienda che può essere riassunta nei seguenti punti:



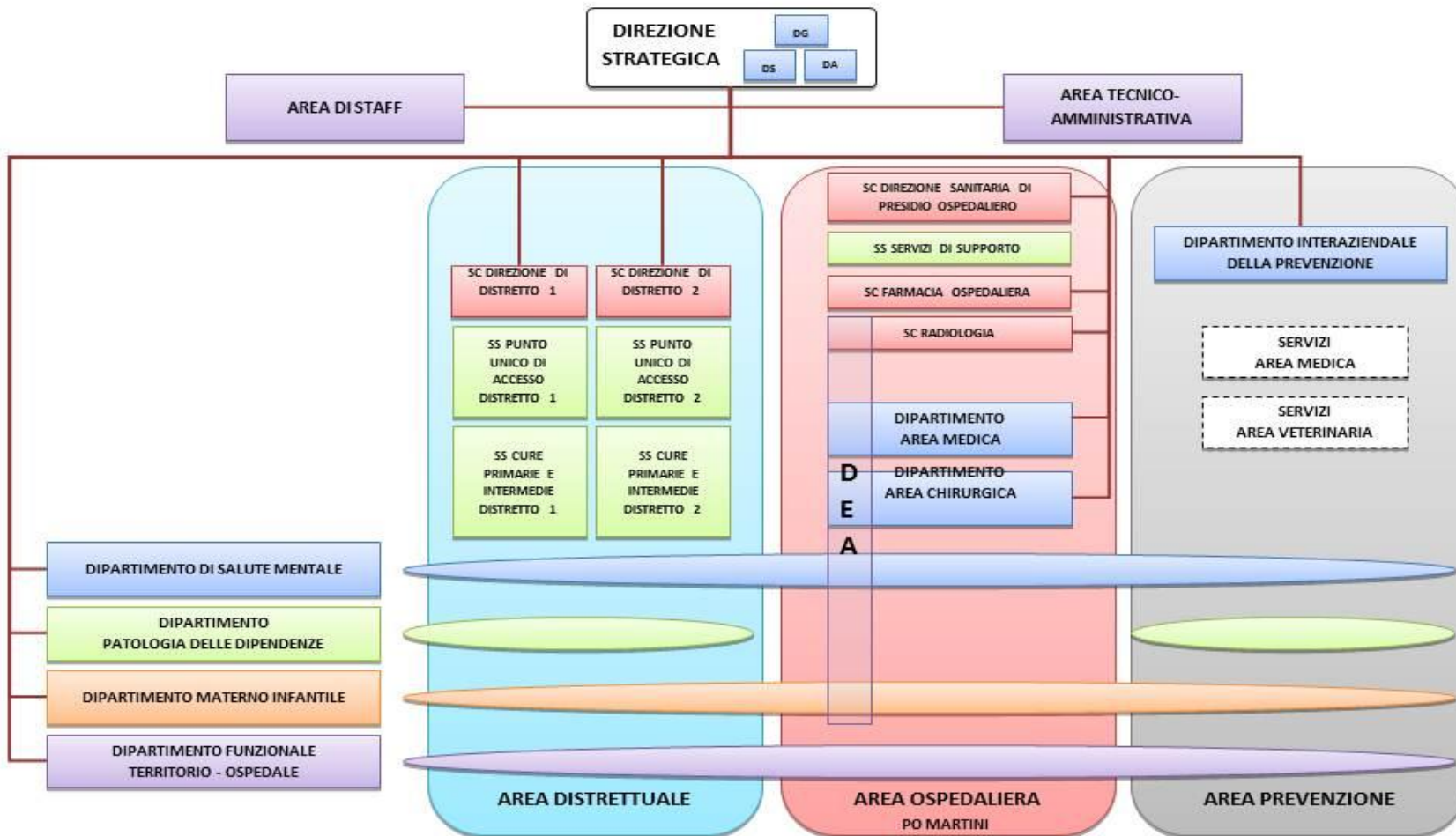
Il **modello organizzativo** dell'ASL To1 contenuto nel nuovo Atto Aziendale, è stato definito in coerenza con gli indirizzi di pianificazione, programmazione e di organizzazione regionali. Le scelte organizzative espresse, coerenti con le specificità dell'Azienda e con le esigenze di governo e di gestione della Direzione Strategica Aziendale, sono orientate alla sperimentazione di soluzioni innovative ed alla formulazione di modelli operativi finalizzati a garantire ai cittadini un'offerta (qualitativamente e quantitativamente) più adeguata e diretta a soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

I **principi organizzativi** di riferimento in relazione ai quali l'ASL To1 ha sviluppato il proprio modello sono:

- strutturazione dei **distretti** con attribuzione delle funzioni di Committenza e Produzione, tipiche del modello di Distretto forte definito a livello regionale, ed una articolazione interna con strutture specifiche responsabilità;
- creazione dei **dipartimenti strutturali** di **Area Ospedaliera** (area Medica e Chirurgica) e di **Area Territoriale** (Prevenzione, Salute Mentale, Dipendenze e Materno Infantile);
- previsione del **Dipartimento Funzionale di Emergenza e Accettazione** nel PO Martini;
- creazione del **Dipartimento funzionale Territorio Ospedale** per presidiare alcune funzioni assistenziali e svolgere attività ad alta integrazione;
- creazione dell'**Area di staff** nell'ambito della Direzione Aziendale con funzioni tipiche di tecnostruttura e supporto alla Direzione Strategica;
- razionalizzazione dell'**Area amministrativa e tecnica**.

La Direzione Aziendale ha scelto un modello organizzativo che consenta una più chiara strutturazione e rappresentazione del **sistema delle responsabilità** attribuito ai differenti ambiti organizzativi di gestione Aziendale ed un più efficace ed efficiente sviluppo dei processi clinico-assistenziali ed amministrativo-tecnici.

ASL TORINO 1 – MODELLO GENERALE DI RIFERIMENTO



Definiti il perimetro (**Spazio e Fabbisogno Strategico**) ed il contenuto (**Mission, Orientamento Strategico di Fondo, Vision, Modello Organizzativo**) del **Piano Strategico** sono stati sviluppati le **azioni/progetti** che consentano di dare attuazione alla strategia individuata.

I **PROGETTI ATTUATIVI** del Piano Strategico sono declinati in due tipologie di Azioni contenute nel:

- **Piano di Efficientamento (PE)** economico finanziario 2016, estese al triennio 2016-2018: il **PE** identifica le azioni da mettere in atto per riorganizzare i processi aziendali con l'obiettivo di perseguire la **razionalizzazione** della spesa per i fattori produttivi, nonché le manovre strutturali che mirano a consolidare il cambiamento del sistema promuovendone lo **sviluppo** in termini di riqualificazione dell'offerta sanitaria.
- **Programma delle Azioni Territoriali - Distrettuali (PAT)** 2016, estese al triennio 2016-2018: il **PAT** è principalmente un documento di programmazione di **livelli di assistenza**, e quindi di prestazioni da garantire ai residenti, nell'ambito del contesto economico territoriale, aziendale e regionale; il PAT rappresenta anche un utile strumento di comunicazione con i soggetti terzi ed in particolare gli Enti Locali.

Le due tipologie di Azioni sono confluite nei **CANTIERI DI INNOVAZIONE**: ambiti di lavoro prioritari finalizzati al raggiungimento degli obiettivi strategici, riepilogati nella matrice sui due *Assi* (Impatto sulla Strategia Aziendale e Facilità di Implementazione).



I progetti individuati, che in alcuni casi appartengono a più di una delle tipologie, sono da intendersi prioritari ma non esaustivi per l'attuazione del Piano Strategico nell'ambito del quale sono ricomprese tutte le aree di interesse legate alla **Mission e Vision** aziendale, che dovranno essere presidiate dai responsabili individuati nell'ambito del percorso di attuazione dell'**Atto Aziendale**.



Il **Piano Strategico Triennale** costituisce una **sintesi**, nella **prospettiva triennale**, del Programma Attività Territoriali (PAT) e del Piano di Efficientamento (PE), le cui azioni sono riportate nei 4 quadranti della matrice.

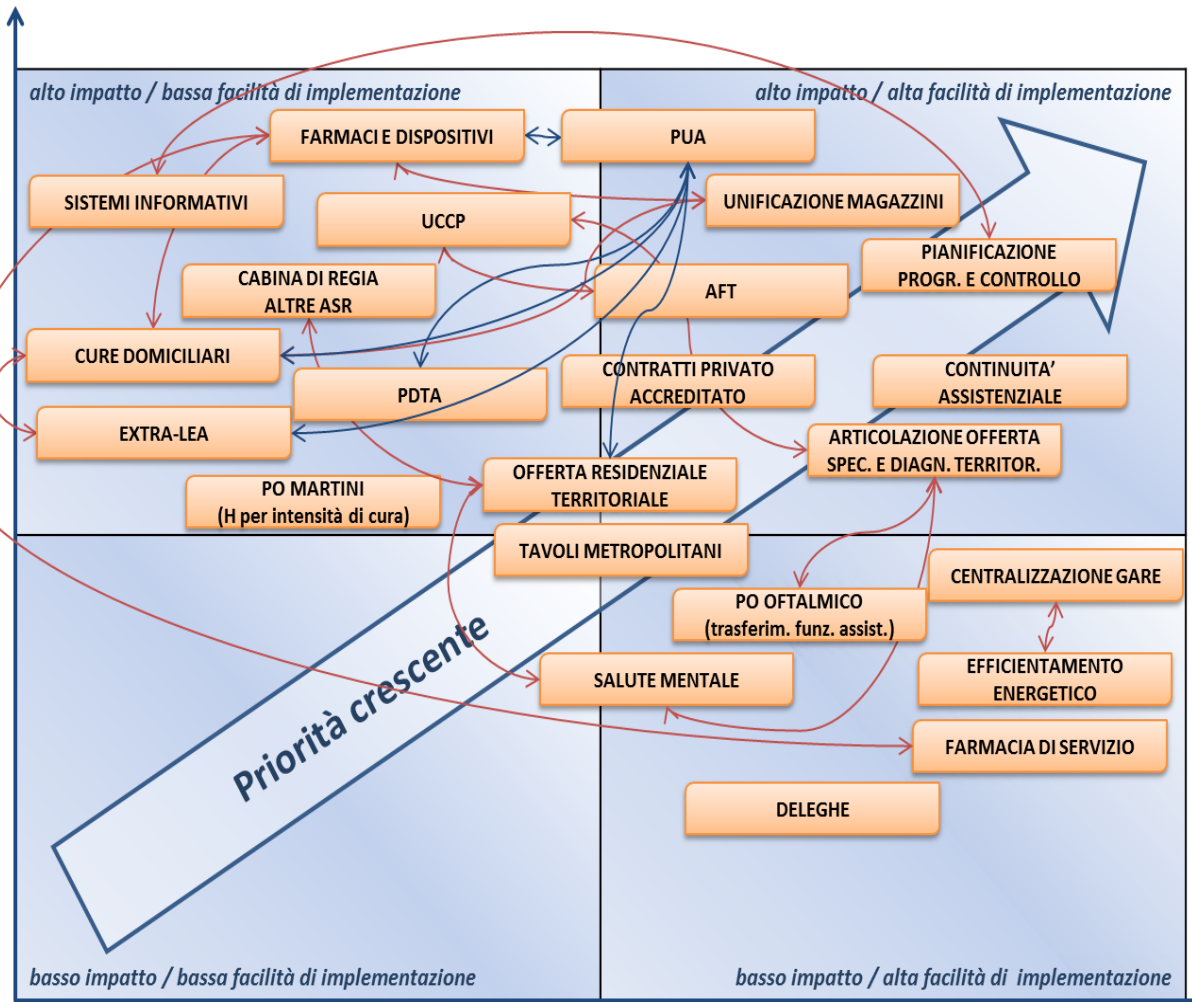
	ORDINARIE	STRAORDINARIE	
RAZIONALIZZAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> 1* – FARMACI UNBRANDED E IPP 2* – DD FARMACI IN RSA 3* – APPROPRIATEZZA FARMACI RSA 4* – DD FARMACI IN DIMISSIONE 5 – CONSUMO FARMACI OCULISTICA 6 – CONSUMO FARMACI ONCOLOGICI 7* – FORNIT. DIR. MAT. MEDICAZIONE 8* – FORNIT. DIR. MAT. INCONTINENZA 9 – RIUTILIZZO PRESIDI PROTESICI 10 – CAMBIO GESTORI TELEFONIA 11 – BENI E SERVIZI NON SANITARI 12 – RIDUZIONE INTERESSI DI MORA 13 – RECUPERO TICKET 14 – RINEGOZIAZIONE CONTRATTI 15 – GESTIONE CONTRATTI ACCRED. 	<ul style="list-style-type: none"> 27* – TAVOLI METROPOLITANI 29* – PROJECT WORK BIOSIMILARI 30* – REVISIONE PROGETTI DISAB. 35* – VACCINO ESAVALENTE 36* – VACCINO MPR 38* – VETERINARIA – PNR 39* – RISCHIO INFETTIVO RSA 	<ul style="list-style-type: none"> 20 – RAZIONALIZZAZIONE SEDI TERRITORIALI 21 – REVISIONE TARIFFE RESIDENZ. PSICH. 22 – SISTEMA DI DELEGHE
SVILUPPO	<ul style="list-style-type: none"> 16 – ACCORDO CON SCR 17 – UNIFICAZIONE DEI MAGAZZINI 19 – PUA E FUNZIONE COMMITTENZA 19A* – ATTIVAZIONE PUA DISTRETTUALE 19B* – SPORTELLO UNIFICATO NEL PUA 33* – STRUTTURA H24 PAZ. PSICHIATRICI 	<p style="text-align: center;">P.E. - INTERVENTI DI SISTEMA</p> <ul style="list-style-type: none"> 41* – GEST. INTERG. DIABETE 	<p style="text-align: center;">P.E. - INTERVENTI DI SVILUPPO</p> <ul style="list-style-type: none"> 18 – POTENZIAMENTO CURE DOMIC. 18A* – ANZIANI >65 ANNI IN ADI 18B* – CURE PALLIATIVE DOMICILIARI 18C* – RSA APERTA 46 – OB. 1,7 PL ANZIANI >65 ANNI
	<ul style="list-style-type: none"> 28* – BILANCI SALUTE INFORMATIZZATI 31* – VISITE SPECIALISTICHE IN RSA 32* – SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA' 37* – UNITA' PREL. CERVICOCARCINOMA 40* – PERCORSO INTEGRATO CURA BPCO 41A* – PDTA DIABETE MELLITO 44* – PROGETTO ESERCIZIO FISICO 		<ul style="list-style-type: none"> 24* – ATTIVAZIONE UCCP 26* – RESIDENZIALITA' INTERMEDIA – CAVS

--- Azioni PE
 (*) Azioni PAT

impatto



facilità di implementazione



connessioni

I **Cantieri di Innovazione** sono stati riportati in questa matrice che incrocia le **due variabili** - Impatto sulla Strategia Aziendale e Facilità di Implementazione - consentendo di individuare quattro **quadranti** ed esplicitando le **connessioni** principali (anche in termini di propedeuticità). Dei **quattro quadranti**, in uno (in basso a sinistra) non sono presenti Cantieri in quanto **non vi è interesse** in azienda ad avviare quel tipo di Cantieri. Nei restanti tre sono stati inseriti i **23 Cantieri** senza nessuna presunzione di **rigore scientifico** ma solo di **posizionamento generale** rispetto al generale progetto di cambiamento a livello aziendale.

L'avvio e il **monitoraggio** di ogni cantiere saranno strutturati sulla base dei seguenti **parametri**:

PRIORITA' (Definite su 5 livelli)
AZIENDE COINVOLTE (Oltre la ASL To1)
CANTIERI - CONNESSIONI (Collegamento e/o propedeuticità tra i Cantieri)
REFERENTE – DIREZIONE (DG, DS o DA)
REFERENTE – STAFF (Individuato dalla Direzione)
RESPONSABILE (Formalizzazione del Direttore del Cantiere)
SOGGETTI COINVOLTI (Formalizzazione dei soggetti coinvolti e dei ruoli)
ATTIVITA PROGRAMMATE - DESCRIZIONE (Elenco e descrizione delle attività previste)
ATTIVITA PROGRAMMATE - TEMPI (Cronoprogramma del cantiere)
ATTIVITA PROGRAMMATE - INDICATORI DI RISULTATO (Indicatori/parametri)
ATTIVITA PROGRAMMATE - RISULTATI ATTESI (Risultati attesi per le singole attività o per l'intero cantiere)
MONITORAGGIO - MODALITA' (Modalità di monitoraggio per il cantiere)
MONITORAGGIO - TEMPI (Tempistiche specifiche per il monitoraggio di ciascun cantiere)
CRITICITA' (Rilevabili durante lo svolgimento delle attività del cantiere)
OBIETTIVI 2016 (Obiettivi attribuibili alle UOC)

Definito il perimetro ed il contenuto del Piano Strategico (Mission, Vision, OSF Obiettivi Strategici, Azioni del PAT e del PE) è necessario avviare quindi i **Progetti attuativi** che si concretizzeranno nei **Cantieri di Innovazione** che verranno sviluppati secondo la metodologia riproposta nello schema di seguito riportato.



Il **percorso di transizione** che si avvia con la formalizzazione del Piano Strategico Aziendale prevede 3 livelli da presidiare per l'**implementazione della Strategia**:

- **Incubazione:** con la presentazione dei cantieri (in parte già avviato) in termini di azioni, governance e comunicazione;
- **Progettazione** di dettaglio dei cantieri;
- **Esecuzione** delle attività previste e loro monitoraggio e controllo .

Lo scenario economico ipotizzato tiene conto di tutte le attività previste nel Piano Strategico con riferimento all'evoluzione dei costi di gestione dell'Azienda nel triennio 2016-2018, a partire dal **bilancio di previsione tecnico provvisorio 2016**, approvato con deliberazione del DG n° 1034/C.03 del 30/12/2015, al vaglio regionale. Si fa riferimento esclusivamente all'evoluzione dei **costi della gestione ordinaria**, nonché al **saldo della mobilità attiva/passiva**, data l'assegnazione regionale non definitiva per l'esercizio 2016.

I costi 2016 rappresentati nel bilancio di previsione, e per coerenza anche le previsioni 2017-2018, tengono conto dell'effetto economico delle **azioni di razionalizzazione e di sistema** previste nel PE, nonché dei **trend di evoluzione dei fattori produttivi** previsti nel PAT per il 2016 con le proiezioni 2017-2018, e costituiscono dei meri **riferimenti di scenario** da declinare/dimensionare di anno in anno in coerenza con la Programmazione Regionale e la progressiva attuazione dei cambiamenti organizzativi.

fattori produttivi	Previsione 2016 (*)	Trend 2017	Azioni 2017	Previsione 2017	Trend 2018	Azioni 2018	Previsione 2018	Andamento 2016-2018
Acquisto beni	24.001	-	-19	23.982	-	-69	23.913	=
Acquisto farmaci	46.159	3.489	230	49.878	4.025	-	53.903	↑
Servizi e manutenzioni	25.922	-	-168	25.754	-	-174	25.580	↓
Personale dipendente	134.846	45	68	134.958	45	-	135.003	=
Personale CNU	60.376	-	-	60.376	-	-	60.376	=
Farmaceutica	73.775	281	-925	73.131	281	-439	72.973	↓
Protesica e integrativa	24.466	-227	-1.045	23.194	417	-400	23.211	↓
Specialistica da privato	53.712	-	-	53.712	-	-	53.712	=
Ospedaliera da privato	37.460	-	-	37.460	-	-	37.460	=
Riabilitativa	28.724	1.694	-	30.418	1.694	-	32.112	↑
Altra assistenza	83.906	370	-300	83.976	70	-	84.046	=
Altri costi	25.376	-	-127	25.249	-	-127	25.122	↓
Totale costi gestione ordinaria	618.721	5.652	-2.287	622.087	6.532	-1.209	627.410	↑
Saldo mobilità (**)	238.726	2.878	-	241.604	-	-	241.604	↑
Totale costi g.o. + saldo mobilità	857.447	8.530	-2.287	863.691	6.532	-1.209	869.014	↑

Distrib. Diretta:
- Malattie rare
- Pazienti cronici
DPC

Disabilità

Mobilità farmaci:
- Epatite
- Oncologici

Dati in migliaia di euro.

(*) i costi della gestione ordinaria 2016 sono quelli del bilancio di previsione tecnico provvisorio, a meno di una variazione di +3.240 €/000 dovuta ai contratti delle case di cura private (DGR 77 del 29/12/2015)

(**) i dati di mobilità considerati nello scenario economico fanno riferimento a dati provvisori 2015, in coerenza con gli indicatori del PAT 2016

Il Piano Strategico nel triennio di riferimento prevede delle **azioni di sviluppo** (incremento posti letto di residenzialità per anziani e CAVS, potenziamento delle cure domiciliari), già ipotizzate nel PE ma non quantificate nel bilancio provvisorio 2016, in attesa di conoscere le effettive risorse disponibili (+ 5.544€ nel 2016; +5.456€ nel 2017; +5.306€ nel 2018).

AZIENDA SANITARIA LOCALE TORINO 1

Direzione Strategica Aziendale

Il Piano Strategico Triennale 2016 – 2018



Direttore Generale - Giovanni Maria SORO

Direttore Sanitario – Mario TRAINA

Direttore Amministrativo – Luigi VERCELLINO

Staff Direzione

Raffaella FORNERO

Gianluca BEATO

Adriano GIALLAURIA (Stage MIMS)

Torino, 23.03.2016