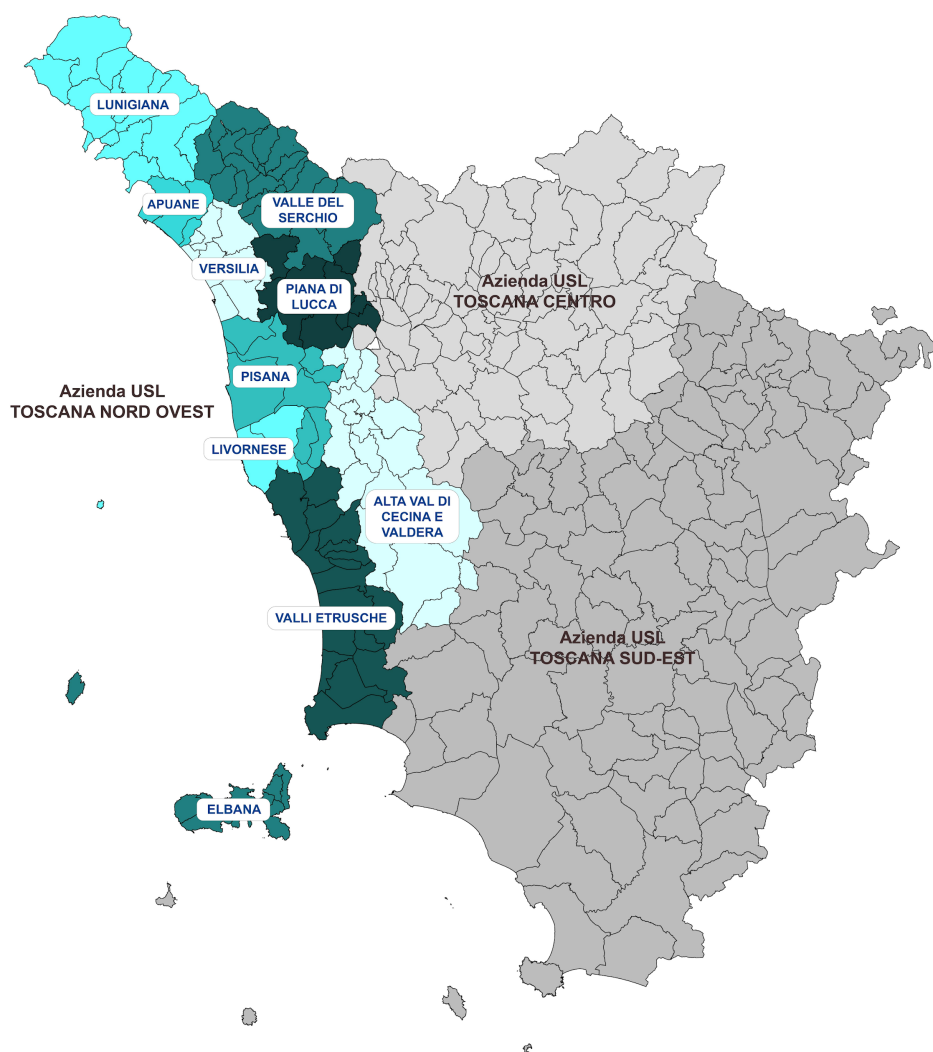


Azienda USL Toscana nord ovest

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2022



INDICE

Introduzione.....	2
L'Azienda in sintesi.....	4
I principali dati di attività.....	8
Il quadro delle risorse.....	9
L'assetto organizzativo.....	11
Gli indirizzi strategici regionali.....	14
I risultati dell'azienda.....	15
Dagli indirizzi strategici regionali agli obiettivi aziendali: il Budget.....	52
La performance organizzativa.....	52
La performance individuale.....	56
Considerazioni di sintesi.....	60

Introduzione

Il decreto legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 ha disciplinato il **ciclo della performance** per le amministrazioni pubbliche, che si articola in diverse fasi, consistenti nella definizione e nell'assegnazione degli obiettivi, nel monitoraggio costante e nella misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale.

Nell'ambito del ciclo della performance, le Amministrazioni Pubbliche devono predisporre ogni anno una **Relazione sulla performance** che evidenzia a consuntivo e secondo gli indirizzi del Dipartimento della Funzione Pubblica (Linee Guida 3/2018), i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati, con riferimento al ciclo della performance avviato con il **Piano della performance** dell'anno precedente, **che dal 2022 è stato integrato nel nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**.

La Relazione sulla performance è **uno strumento di trasparenza** dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, che illustra gli obiettivi del sistema, le strategie aziendali e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di debolezza.

E' un documento che evidenzia i **risultati raggiunti** nell'anno rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse, ai sensi dell'art.10 del D. Lgs n.150/2009 e ss.mm.i.i. e costituisce un momento di analisi sull'operato aziendale e rappresenta un'occasione per leggere i risultati conseguiti, in una logica di percorso di miglioramento continuo e di innovazione.

L'Azienda individua e declina le proprie linee strategiche a partire da indicazioni Ministeriali e Regionali, in coerenza con gli indirizzi contenuti nel PIAO. In particolare, si fa riferimento a sistemi di valutazione che contengono obiettivi e indicatori che hanno valenza pluriennale, con eventualmente adeguamento annuale dei target in base alle peculiarità del periodo o della tematica.

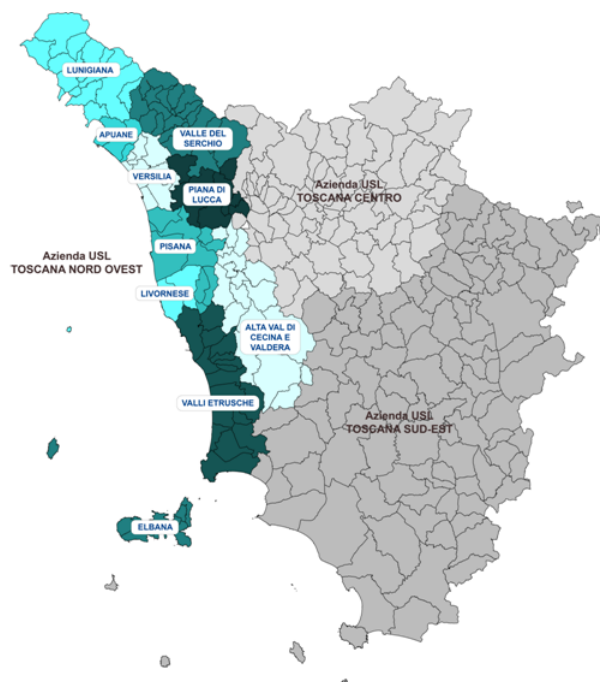
Il documento mostra **il grado di raggiungimento dei principali obiettivi**, rispetto ai seguenti ambiti:

- **Risultati di performance complessiva** dell'Azienda sulla base degli obiettivi annualmente definiti dalla Regione Toscana e monitorati attraverso **il Sistema di Valutazione del Laboratorio MeS**
- **Risultati di performance organizzativa** a livello aziendale, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati alle strutture mediante il processo di **budget**
- **Risultati di performance individuale** del personale dipendente.

Anche per quest'anno è opportuno tenere conto del fatto che **l'emergenza Covid-19** ha reso ancora più evidente **il valore universale della salute e la sua natura di bene pubblico fondamentale**. La pandemia ha avuto un impatto molto forte sul Sistema Sanitario ed ha messo in luce l'opportunità di mettere in atto strategie nuove, con una prospettiva non solo di reagire alla sfida assistenziale aggiuntiva posta dal virus, ma anche di superare elementi di debolezza che erano già presenti prima dell'impatto pandemico.

L'Azienda in sintesi

La Azienda USL Toscana Nord Ovest è stata costituita il 01/01/2016 dalla fusione delle 5 Asl della costa nord ovest della Toscana, ovvero quelle di Livorno, Pisa, Viareggio, Lucca e Massa e opera su un vasto territorio che conta una popolazione residente di 1.248.306 (pop. al 1 gennaio 2022, fonte ARS Toscana).

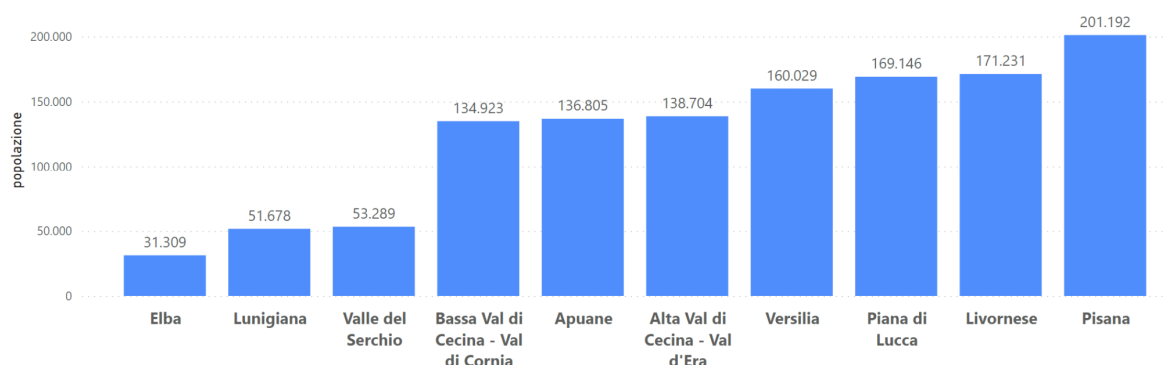


La **Mission** dell'Azienda è quella di tutelare, migliorare e promuovere la salute dei cittadini, in coerenza con le politiche regionali e gli atti di programmazione nazionale e regionale. Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Nord Ovest si articolano in 3 Livelli di Assistenza: **Prevenzione, Territoriale ed Ospedaliero**. Per rappresentare in modo schematico e sintetico la complessità dell'azienda, si riportano alcuni esempi significativi, relativi ai principali ambiti di attività: ogni giorno nell'Azienda USL Toscana nord ovest:

- Si assistono negli ospedali **3.000 pazienti**
- Si eseguono **300 Interventi chirurgici**
- Nascono **20 bambini**
- Si ricoverano **400 persone**
- Si eseguono **esami radiografici a 2.000 persone**
- Accedono al **Pronto Soccorso 1.500 persone**
- Si eseguono **65.000 esami di laboratorio**
- Si ricevono in **ambulatorio 6.000 persone**
- Si consumano **beni sanitari** per 1,5 milioni di euro
- Si erogano **ausili** (carrozze ecc..) per 27.000 euro

Il territorio è organizzato in **10 zone distretto** (a seguito dell'unificazione avvenuta dal 2018 delle Zone Alta val di Cecina – Val d'Era e Bassa Val di Cecina – Val di Cornia).

popolazione per zone

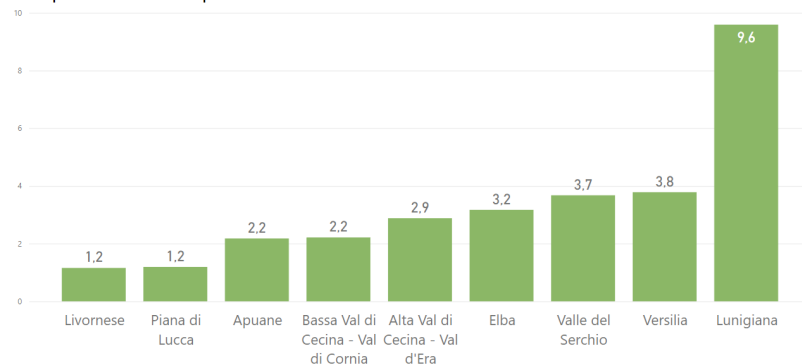


Sul territorio aziendale al 2 gennaio 2023 sono presenti **28 Case della Salute**, così distribuite nelle varie zone

DISTRIBUZIONE Case della Salute			
Zona	CdS-num	popolazione 2021	CdS per 100.000 ab.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4	138.846	2,88
Apuane	3	137.707	2,18
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3	135.419	2,22
Elba	1	31.540	3,17
Livornese	2	172.804	1,16
Lunigiana	5	52.134	9,59
Piana di Lucca	2	167.631	1,19
Pisana		201.025	
Valle del Serchio	2	54.408	3,68
Versilia	6	158.637	3,78
Totale	28	1.250.151	2,24

Zona	CdS-num
Versilia	6
CdS TORRE DEL LAGO	1
CdS TABARRACCI	1
CdS SERAVEZZA	1
CdS QUERCETA	1
CdS PIETRASANTA	1
CdS FORTE DEI MARMI	1
Valle del Serchio	2
CdS PIAZZA AL SERCHIO	1
CdS Bagni di Lucca	1
Piana di Lucca	2
CdS SAN LEONARDO IN TREPONZIO	1
CdS MARLIA	1
Lunigiana	5
CdS GRAGNOLA	1
CdS di VILLAFRANCA	1
CdS DI PONTREMOLI	1
CdS DI BAGNONE	1
CdS di AULLA	1
Livornese	2
CdS VIA DEL MARE	1
CdS STAGNO	1
Elba	1
CdS RIO MARINA	1
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3
CdS SAN VINCENZO	1
CdS GUARDISTALLO	1
CdS DONORATICO	1
Apuane	3
CdS MASSA	1
CdS CARRARA	1
CdS MONTIGNOSO	1
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4
CdS VOLTERRA	1
CdS PONTEDERA	1
CdS POMARANCE CST VDC	1
CdS LA ROSA	1
Totale	28

CdS per 100.000 ab. per Zona



Sul territorio a dicembre 2022 sono presenti **362 posti letto di cure intermedie**, per un tasso di circa 0,29 per 1000 ab. Le cure intermedie sono un setting di posti letto territoriali destinati al paziente che è in situazione di malattia, non tanto grave da avere necessità di essere ricoverato in ospedale e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio.

Relativamente alla medicina generale, nell'anno 2022 l'Azienda ha operato mediante 855 MMG che hanno assistito una popolazione pari a 1.120.020 e con 133 pediatri (assistiti 144.948).

Nell'Azienda USL Toscana nord ovest insistono **10 presidi ospedalieri** (13 stabilimenti) oltre a 9 strutture private accreditate. Sul territorio inoltre, nella zona Pisana, sono presenti l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP), la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM) e la clinica di S. Rossore, una casa di cura privata non convenzionata. Nella zona dell'Alta val di Cecina opera inoltre L'Auxilium Vitae, una azienda con rapporto in forma societaria S.P.A.

Di seguito sono rappresentati gli ospedali dell'azienda e le dotazioni dei posti letto, suddivisi tra ricovero ordinario e day hospital al 31 dicembre 2022.

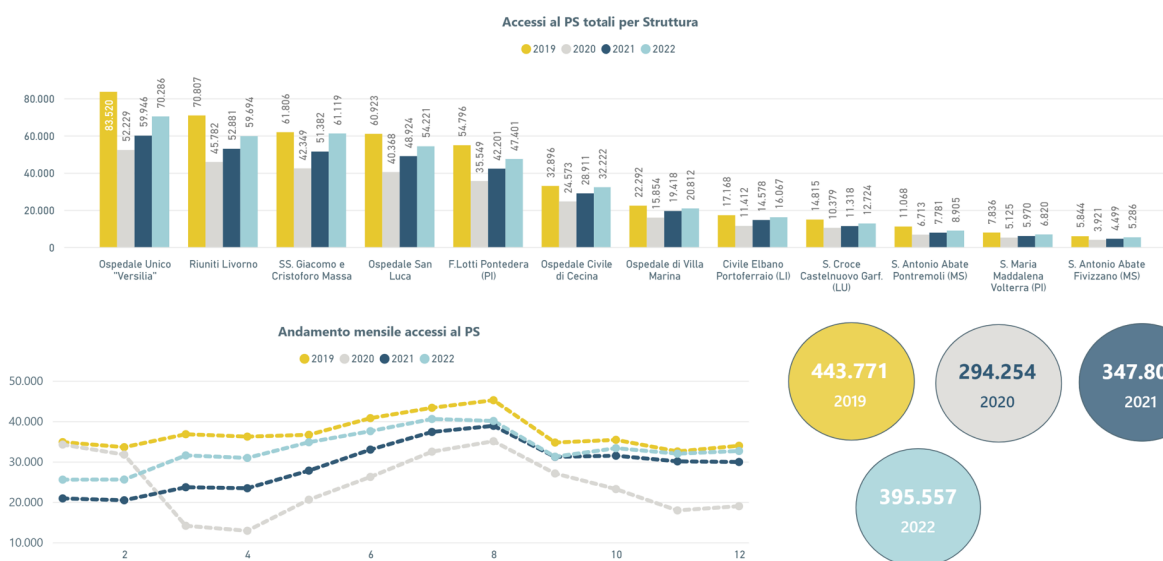
tipologia	P.L. ORD	P.L. DH	P.L. DS	tot ppll
<input type="checkbox"/> PUBBLICO	2168	174	129	2471
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE LIVORNO	362	24	31	417
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE VERSILIA	358	40	13	411
<input checked="" type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA	315	38	18	371
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE	300	22	19	341
OSPEDALE APUANE	300	10	18	328
STABILIMENTO CARRARA	0	12	1	13
<input type="checkbox"/> OSP. ZONA B. VAL DI CECINA VAL DI CORNIA	241	20	13	274
OSPEDALE CIVILE DI CECINA	129	11	6	146
OSPEDALE DI VILLAMARINA	112	9	7	128
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI"	247	5	15	267
P.O. F. LOTTI STABILIMENTO DI PONTEDERA	235	5	15	255
SPDC AZIENDALE ASL5	12	0	0	12
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO VALLE DEL SERCHIO	131	12	5	148
STABILIMENTO OSPEDALIERO SAN FRANCESCO	77	4	1	82
STABILIMENTO OSPEDALIERO SANTA CROCE	54	8	4	66
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO LUNIGIANA	102	3	5	110
OSP. S. ANTONIO ABATE FIVIZZANO (MS)	54	2	2	58
OSP. S. ANTONIO PONTREMOLI (MS)	48	1	3	52
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE DI PORTOFERRAIO	60	7	4	71
<input checked="" type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO "S. MARIA MADDALENA"	52	3	6	61
<input type="checkbox"/> PRIVATO ACCREDITATO	341	45	75	461
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA S. CAMILLO	70	31	38	139
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA S. ZITA	56	4	6	66
<input checked="" type="checkbox"/> C. DI CURA M.D. BARBANTINI SANTA CHIARA	45	5	15	65
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA PRIVATA DELLA MISERICORDIA	44	2	0	46
<input checked="" type="checkbox"/> CEN. S. MARIA ALLA PINETA F. DON GNOCCHI	45	0	0	45
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA VILLE DI NOZZANO	37	3	0	40
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA BARBANTINI	32	0	0	32
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA VILLA TIRRENA	12	0	8	20
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA SUORE DELL'ADDOLORATA	0	0	8	8
<input type="checkbox"/> MISTO PUBBLICO-PRIVATO	84	2	0	86
<input checked="" type="checkbox"/> AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA	84	2	0	86
Totale	2593	221	204	3018

I principali dati di attività

Nell'anno 2022, grazie anche agli effetti della campagna vaccinale, prosegue l'andamento in sostanziale ripresa delle prestazioni sanitarie erogate rispetto all'anno precedente, pur non raggiungendo ancora nel complesso i volumi pre pandemici del 2019.

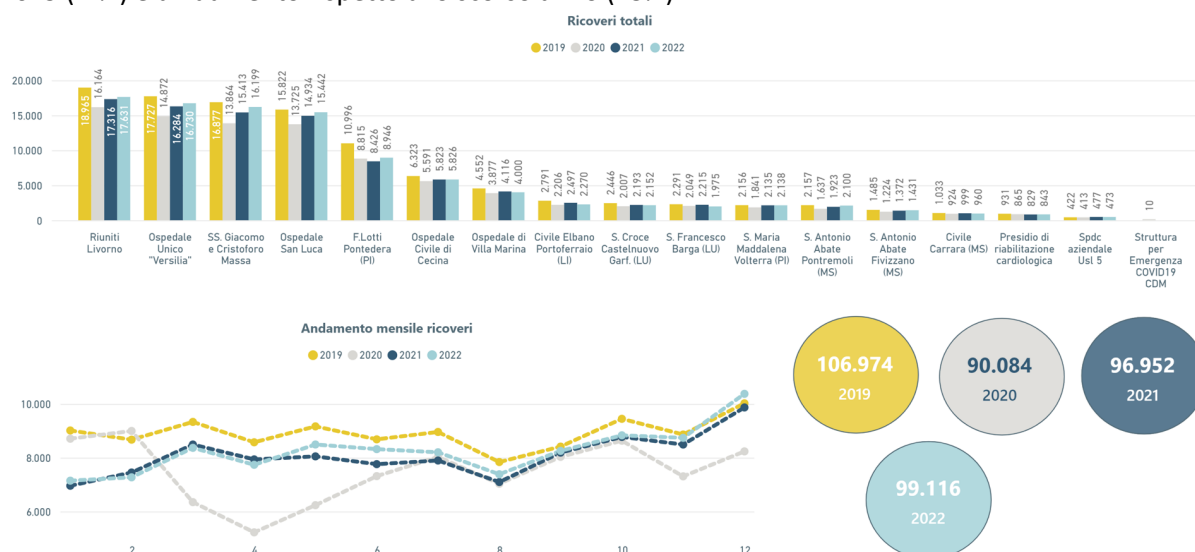
Gli accessi al Pronto Soccorso

Il grafico mostra l'andamento degli accessi al Pronto Soccorso tra il 2019 e il 2022, che fanno osservare un aumento (+14%) rispetto all'anno precedente, pur restando ancora inferiori ai livelli pre covid del 2019 (-11%).



I ricoveri

Anche il numero complessivo dei ricoveri, che nel 2022 è pari a 99.116, mostra una riduzione sul 2019 (-7%) e un aumento rispetto allo scorso anno (+3%).



L'attività ambulatoriale

Andamento analogo si riscontra anche per le visite ambulatoriali e prestazioni diagnostiche erogate, oggetto di monitoraggio del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA), con + 3% rispetto al 2021 e -9% sul 2019.



Anche quest'anno si riportano in estrema sintesi alcuni dei principali numeri relativi alla gestione dell'emergenza covid nel 2022.

Principali numeri relativi alla gestione del Covid	2022	2021	2020
	ATNO	ATNO	ATNO
Tamponi Effettuati nel periodo	449.525	776.770	475.642
Test Rapidi Effettuati nel periodo	49.311	107.996	25.760
Casi	464.498	92.557	47.081
Guariti	436.372	58.385	36.299
Deceduti	1.042	1.097	1.335
N ricoveri covid	8.791	5.047	4.535
n ricoveri in terapia intensiva	336	535	843

Per ulteriori approfondimenti e dettagli su dati e attività svolta si rimanda alla relazione sanitaria, scaricabile sul sito dell'azienda al seguente link

<https://www.uslnordovest.toscana.it/azienda/96-relazione-sanitaria>.

Il quadro delle risorse

Il propagarsi del COVID-19 ha segnato anche l'anno 2022 a livello mondiale, per quanto in maniera più contenuta rispetto al 2021. Il massiccio diffondersi dei vaccini e dei comportamenti sociali da adottare hanno permesso una sorta di "convivenza" con il virus stesso, convivenza alla quale dovremo abituarci.

Il Servizio Sanitario Nazionale resta, comunque, influenzato dagli effetti del virus, dovendo arginare la sua diffusione, curare le persone contagiate, somministrare i vaccini nelle diverse dosi richieste.

Gli effetti di questo sforzo organizzativo incidono ancora sugli andamenti economici e sui risvolti patrimoniali e finanziari, anche se con ripercussioni meno marcate rispetto al 2021.

È in questa ottica e con questo spirito che deve essere letta la tabella che pone a confronto le risorse ed i costi previsti con le risorse ed i costi rilevati, rispettivamente espressi nel *bilancio di previsione 2022* e nel *bilancio d'esercizio 2021*:

il bilancio preventivo rappresenta infatti il quadro delle risorse che l'Azienda prevede di acquisire e di impiegare nel periodo di riferimento.

Il bilancio d'esercizio mostra l'effettivo risultato economico alla chiusura dell'esercizio di riferimento.

Cod. CE	Voce 'Modello CE 2019'	BE 2022 (Totale)	BP 2022 (Totale)	Differenza BE 2022-BP 2022	% BE 2022- BP 2022
	A) Valore della produzione				
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.524.755.457	2.443.345.239	81.410.218	3%
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 787.843	- 7.475.000	6.687.157	-89%
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	19.091.992	4.238.286	14.853.706	350%
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	78.080.862	84.021.315	- 5.940.453	-7%
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	60.536.764	87.598.617	- 27.061.853	-31%
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	26.537.629	23.465.736	3.071.893	13%
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	33.172.565	30.492.556	2.680.009	9%
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	17.532.584	8.129.393	9.403.191	116%
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.758.920.009	2.673.816.143	85.103.867	3%
	B) Costi della produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	434.213.113	407.300.906	26.912.207	7%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	429.645.003	402.137.873	27.507.131	7%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.568.110	5.163.033	- 594.924	-12%
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	1.349.192.391	1.279.507.630	69.684.761	5%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	1.146.748.597	1.132.804.855	13.943.742	1%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	202.443.794	146.702.775	55.741.019	38%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	67.640.065	56.061.917	11.578.147	21%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	23.729.454	53.457.717	- 29.728.263	-56%
BA2080	Totale Costo del personale	738.948.648	714.342.490	24.606.158	3%
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	595.995.283	587.171.719	8.823.564	2%
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	2.754.445	3.032.280	- 277.835	-9%
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	97.281.196	81.491.131	15.790.065	19%
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	42.917.724	42.647.360	270.364	1%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	16.384.990	17.050.880	- 665.890	-4%
BA2560	Totale Ammortamenti	63.815.319	60.672.367	3.142.952	5%
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	426.839	1.294.306	- 867.467	-67%
BA2590	B.11.A) Ammortamento dei fabbricati	45.930.474	39.762.071	6.168.403	16%
BA2620	B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	17.458.006	19.615.990	- 2.157.984	-11%
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	1.903.889	264.858	1.639.031	619%
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	2.727.810	-	2.727.810	
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	48.205.985	32.227.231	15.978.754	50%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.746.761.664	2.620.885.996	125.875.668	5%
	C) Proventi e oneri finanziari				
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 7.976.429	- 5.205.213	- 2.771.216	53%
DZ9999	D) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-	
	E) Proventi e oneri straordinari				
EA0010	E.1) Proventi straordinari	22.592.959	-	22.592.959	
EA0260	E.2) Oneri straordinari	28.682.679	-	28.682.679	
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	- 6.089.720	-	6.089.720	
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B + /- C + /- D + /- E)	- 1.907.804	47.724.933	- 49.632.737	-104%
	Y) Imposte e tasse				
YA0010	Y.1) IRAP	53.060.189	46.316.678	6.743.511	15%
YA0060	Y.2) IRES	1.381.699	1.408.255	- 26.556	-2%
YZ9999	Totale imposte e tasse	54.441.888	47.724.933	6.716.955	14%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	- 56.349.692	0	- 56.349.692	

L'assetto organizzativo

Di seguito è descritta la dimensione dell'**assetto organizzativo** aziendale, schematicamente rappresentato tramite l'**organigramma**, che indica i centri di responsabilità a cui attribuire e declinare gli obiettivi a cascata per l'attuazione degli indirizzi strategici nel triennio di riferimento.

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore dei Servizi Sociali, i Direttori di Zona-Distretto, il Direttore della Rete Ospedaliera compongono la **Direzione Aziendale**. L'Azienda garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso **strutture organizzative professionali e funzionali**, individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione e del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra assistenza sanitaria e sociale. Le **strutture organizzative professionali** sono strutture **mono-professionali** che si identificano nelle Aree Omogenee dipartimentali e nelle Reti professionali. Le **strutture organizzative funzionali** sono l'insieme di **più funzioni operative** appartenenti a settori omogenei di attività.

L'organizzazione funzionale è articolata in:

Zone-distretto e/o SdS

Rete ospedaliera e presidi ospedalieri

Dipartimenti assistenziali, tecnico amministrativi, di staff e professionali

Aree omogenee

Unità funzionali territoriali

L'organizzazione professionale è articolata in:

Strutture Operative Complesse

Strutture Operative Semplici, anche autonome (dipartimentali)

Sezioni ed Uffici, per le attività sanitarie e per quelle tecnico amministrative e professionali

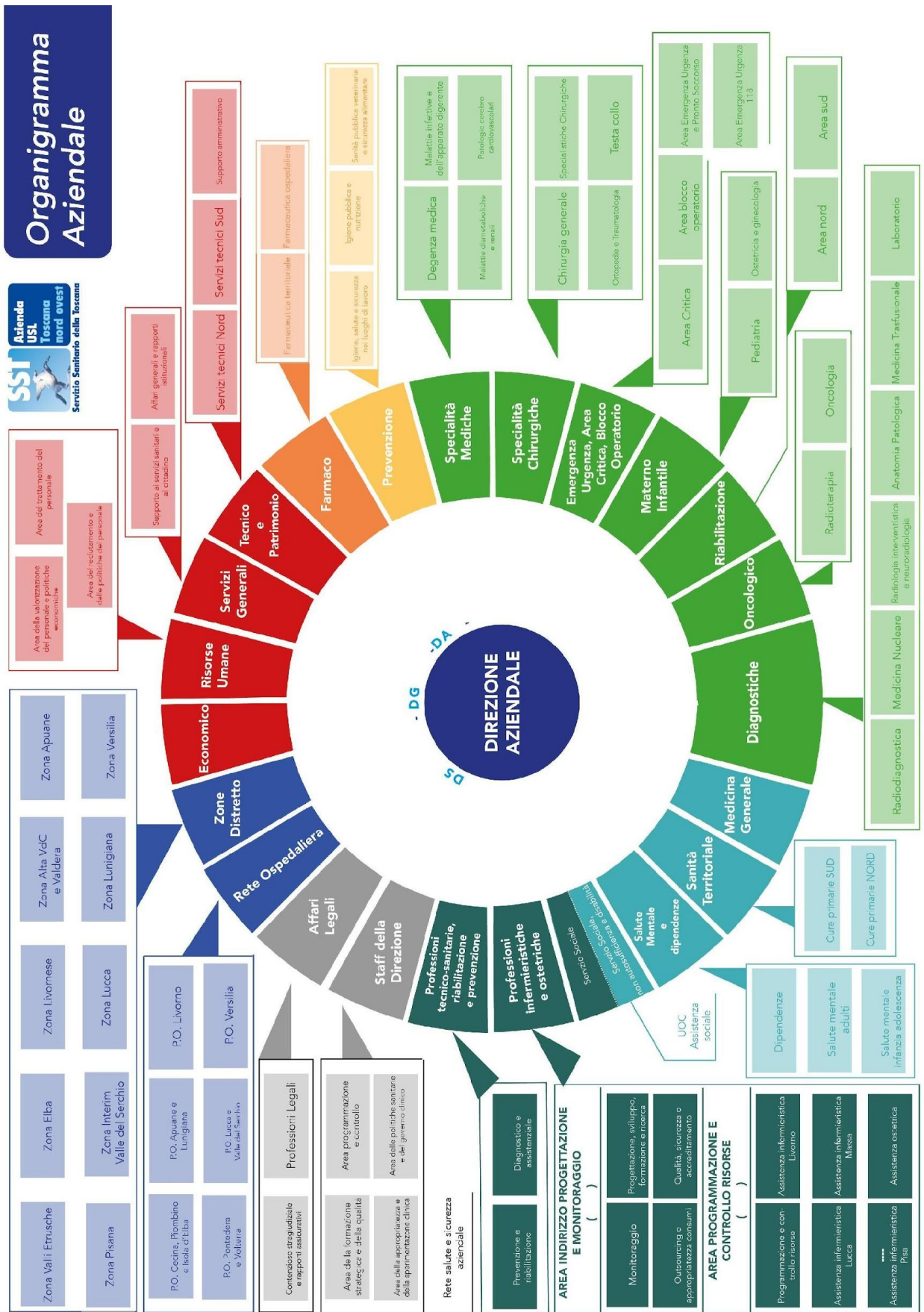
Incarichi professionali dirigenziali

Incarichi funzionali gestionali e professionali del personale del comparto

In azienda sono presenti 16 dipartimenti a vocazione sanitaria, assistenziale e socio assistenziale per ospedali e territorio, 10 zone distretto, 6 dipartimenti della struttura tecnico organizzativa e una rete della sicurezza aziendale e della medicina preventiva. L' Azienda nello specifico ha adottato il seguente modello organizzativo: nell'ambito dei dipartimenti assistenziali sono stati costituiti **sette dipartimenti ospedalieri** (*emergenza ed urgenza, area critica e blocco operatorio; specialità chirurgiche; specialità mediche; materno infantile; riabilitazione; oncologico; diagnostiche*), **tre dipartimenti territoriali** (*servizio sociale, non autosufficienza e disabilità; salute mentale e dipendenze; sanità territoriale*), a cui si aggiungono il **dipartimento della prevenzione**, il **dipartimento del farmaco**, il **dipartimento di medicina generale**, i **dipartimenti delle professioni** (*infermieristiche ostetriche; tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione*). I suddetti dipartimenti hanno carattere tecnico – professionale in materia clinico organizzativa e gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate, per la realizzazione degli obiettivi attribuiti, con il compito di sviluppare il governo clinico nei percorsi assistenziali in sinergia fra quelli ospedalieri e territoriali. Tutte le altre strutture, sia quelle di consulenza e di supporto alla direzione, sia quelle per lo svolgimento delle funzioni amministrative e tecniche, sono state riorganizzate nelle seguenti strutture funzionali unificate di livello apicale: **Staff della Direzione; Dipartimento Affari Legali; Dipartimento Economico; Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Servizi Generali; Dipartimento Tecnico e del Patrimonio**.

A seguire si rappresenta l'organigramma aziendale:

L'organigramma completo e sempre aggiornato è disponibile e consultabile al seguente indirizzo <https://staffno.uslnordovest.toscana.it/organigramma/>



Gli indirizzi strategici regionali

L'Azienda ha declinato le proprie linee strategiche a partire dagli indirizzi Ministeriali e Regionali. In particolare, si fa riferimento agli indicatori dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, del **Programma Nazionale Esiti (PNE)** e del **Sistema di Valutazione della Performance** della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Bersaglio MeS). Tali indicatori hanno valenza pluriennale, con eventualmente adeguamento annuale dei target in base alle peculiarità del periodo o dell'ambito.

Di seguito si riportano le principali aree di intervento / obiettivi per l'anno in corso: gli obiettivi strategici regionali sono definiti, in coerenza anche con il Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale (PSSIR), attingendo alle seguenti fonti:

1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA.

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

2. Il Sistema di Valutazione della Performance del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'anna di Pisa:

attraverso la rappresentazione del "Bersaglio" con cinque fasce di valutazione (da performance negativa a performance ottima), riassume la performance di indicatori di sintesi e di dettaglio, articolati in diverse dimensioni (strategie regionali, valutazione sanitaria, economico-finanziaria, interna ed esterna, oltre allo stato di salute della popolazione); per approfondimenti specifici si rimanda all'indirizzo: <https://performance.santannapisa.it/pes/start/start.php>

3. Indicatori di osservazione degli esiti (Prose ARS, PNE Agenas):

monitora l'andamento degli esiti in un sistema di indicatori suddivisi in molteplici aree cliniche; per approfondimenti specifici si rimanda all'indirizzo: <https://esiti.ars.toscana.it>, per il livello regionale, e <https://pne.agenas.it/>, per i dati a confronto a livello nazionale.

La Regione Toscana inoltre assegna annualmente con apposito atto gli obiettivi specifici alle Aziende Sanitarie, selezionando e integrando gli obiettivi provenienti da questi sistemi e facendoli convergere in modo organico in una **delibera**. Tale delibera, che per il 2022 era la n. 327, è strutturata in aree di intervento, che contengono indicatori specifici e i target di riferimento, come mostra la tabella di seguito:

Ambiti e pesature degli obiettivi regionali 2022 (DGR 327-2023)

CATEGORIA	Peso AUSL
VALUTAZIONE COMPLESSIVA BERSAGLIO	20
AREA ECONOMICA	15
SANITA' DIGITALE	10
VACCINAZIONI	5
PERSONALE	5
PNRR	10
CRONICITA' E DISABILITA'	5
ESITI E QUALITA'	4
ONCOLOGIA E FINE VITA	8
RICERCA	2
TEMPI DI ATTESA	8
GOVERNO RETE PEDIATRICA	
FARMACEUTICA	8

La delibera regionale con il dettaglio degli indicatori specifici per ogni ambito e i target da raggiungere nel 2022 è consultabile al seguente indirizzo:
<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DettaglioAttiG.xml?codprat=2022DG00000000386>

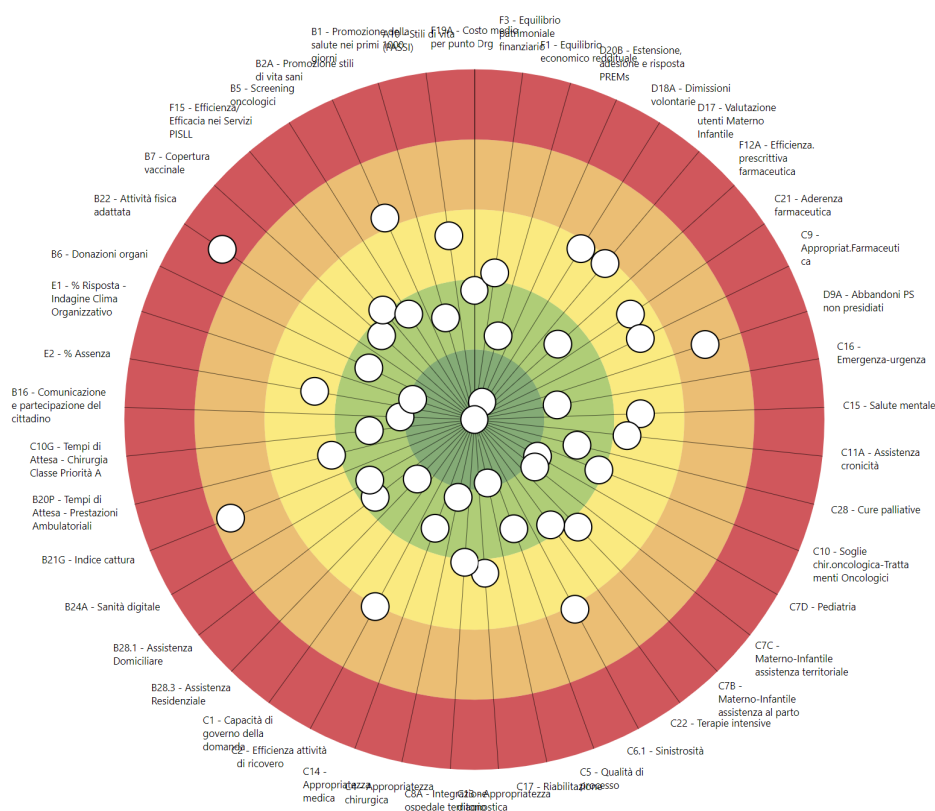
A livello aziendale tali obiettivi sono stati integrati anche con quelli più generali relativi alla sostenibilità economica, definiti nelle linee guida al bilancio, e con quelli più specifici individuati dalla Direzione Aziendale.

I risultati dell'azienda

Le Aziende del Sistema Sanitario Regionale aderiscono al **Sistema di Valutazione della Performance**, che è stato progettato e realizzato dal Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa. Attraverso la rappresentazione del **bersaglio** e del **pentagramma** con cinque fasce di valutazione, riassume la performance di oltre 300 indicatori a livello regionale ed aziendale.

La figura rappresenta il **Bersaglio dell'anno 2022 della Ausl Toscana Nord Ovest**, contenente le valutazioni del Laboratorio MeS sui principali indicatori di sintesi. La valutazione è espressa con un punteggio da 0 (fascia rossa) a 5 (fascia verde scuro), in cui 0 rappresenta un punto di debolezza e 5 una performance ottima.

Bersaglio MeS anno 2022 ASL Toscana nord ovest_fonte MeS

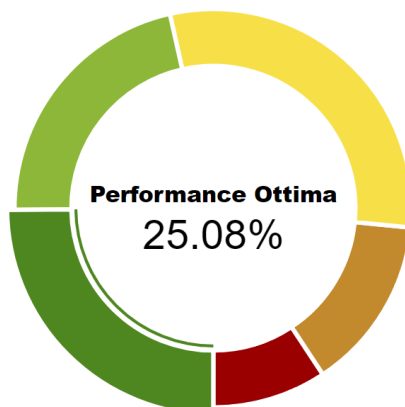


Per l'anno 2022 il bersaglio evidenzia, nonostante il perdurare dell'emergenza, **una buona tenuta per l'azienda**, mostrando anche una **positiva capacità di resilienza** del sistema, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce centrali. Di seguito è rappresentato il quadro **degli indicatori di sintesi del 2022, con le relative valutazioni**.

Descrizione	Valutazione	
A10 - Stili di vita (PASSI)	2.351	
B1 - Promozione della salute nei primi 1000 giorni	3.49	
B16 - Comunicazione e partecipazione del cittadino	3.934	
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	2.895	
B21G - Indice cattura	1.242	
B22 - Attività fisica adattata	0.654	
B24A - Sanità digitale	3.271	
B28.1 - Assistenza Domiciliare	3.198	
B28.3 - Assistenza Residenziale	3.82	
B2A - Promozione stili di vita sani	1.851	
B5 - Screening oncologici	3.224	
B6 - Donazioni organi	3.32	
B7 - Copertura vaccinale	3.212	
C1 - Capacità di governo della domanda	5	
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3.08	
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	3.488	
C11A - Assistenza cronicità	2.805	
C13 - Appropriatelyzza diagnostica	2.801	
C14 - Appropriatelyzza medica	3.348	
C15 - Salute mentale	2.623	
C16 - Emergenza-urgenza	3.796	
C17 - Riabilitazione	4.074	
C2 - Efficienza attività di ricovero	1.977	
C21 - Aderenza farmaceutica	2.309	
C22 - Terapie intensive	3.142	
C28 - Cure palliative	3.486	
C4 - Appropriatelyzza chirurgica	3.865	
C5 - Qualità di processo	3.341	
C6.1 - Sinistrosità	1933	
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	2.866	
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	3.9	
C7D - Pediatria	3.954	
C8A - Integrazione ospedale territorio	2.958	
C9 - Appropriat.Farmaceutica	2.361	
D17 - Valutazione utenti Materno Infantile	2.093	
D18A - Dimissioni volontarie	2.123	
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	4.727	
D9A - Abbandoni PS non presidiati	1.534	
E1 - % Risposta - Indagine Clima Organizzativo	4.069	
E2 - % Assenza	2.681	
F1 - Equilibrio economico reddituale	3.757	
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3.391	
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	2.96	
F19A - Costo medio per punto Drg	3.156	
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	2.885	

Rispetto a 295 indicatori di dettaglio presenti sul Sistema di Valutazione si rileva che nel 47% circa dei casi i risultati sono ottimi o buoni, nel 30% medi, nel 14% scarsi e nel 9% pessimi.

Asl Toscana Nord Ovest: gli indicatori del sistema di valutazione 2022 _ fonte MeS



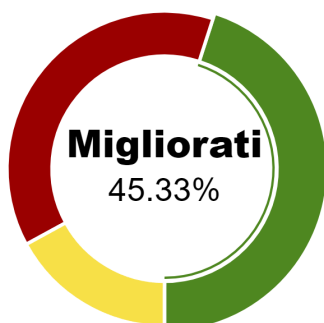
Performance Pessima	Performance Scarsa	Performance media	Performance buona	Performance Ottima	Totale	ASL
26 (8.81%)	41 (13.90%)	90 (30.51%)	64 (21.69%)	74 (25.08%)	295	Nord ovest

Pur registrando globalmente buoni risultati, è opportuno segnalare che esistono fenomeni di **variabilità interna** tra le diverse zone e stabilimenti di area vasta. La variabilità "evitabile", ossia quella che non rispecchia una reale differenza nel bisogno della popolazione ma è espressione di fenomeni legati alla diversità dell'offerta, permette di individuare ambiti di potenziale inappropriata e potenziali aree di miglioramento su cui intervenire.

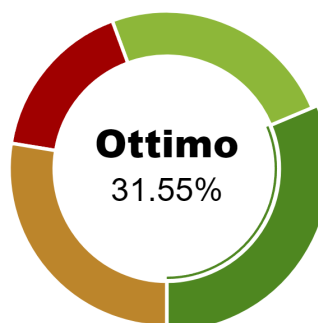
Il Bersaglio è uno strumento per presentare in sintesi i punti di forza e debolezza ma non evidenzia lo sforzo di miglioramento realizzato nell'anno. A tal fine, accanto al bersaglio, che mostra una fotografia statica della performance di un dato periodo, è utile leggere anche la **torta del miglioramento e della variabilità**, che incrocia la riduzione della variabilità con il trend ottenuto, restituendo la percentuale di indicatori migliorati o peggiorati a fronte di un aumento o riduzione della variabilità.

Asl Toscana nord ovest: capacità di miglioramento e gestione della variabilità 2022-2021_ fonte MeS

Capacità di miglioramento



Gestione della variabilità



La torta mostra in modo semplice e sintetico la percentuale di indicatori per i quali si è ridotta la variabilità in relazione all'andamento della performance degli indicatori misurati, restituendo una valutazione che utilizza le fasce colore del bersaglio. La variabilità è un elemento fondamentale per garantire **equità**, con l'obiettivo di garantire parità di risposta a parità di bisogni in qualsiasi contesto geografico della Regione.

Sono oltre il **45%** gli indicatori che sono migliorati complessivamente a livello aziendale.

Nel **31%** circa dei casi il miglioramento è accompagnato anche da una riduzione della variabilità interna, evidenziando la presenza di una più ampia diffusione di comportamenti omogenei nei diversi ambiti territoriali.

Come mostrato nel grafico sulla gestione della variabilità, in base alla combinazione del trend tra miglioramento e variabilità, gli scenari possibili sono 4:

Ottimo: Performance migliorata e variabilità ridotta (verde scuro). È la situazione ideale, perché il miglioramento è stato ottenuto riuscendo anche a ridurre le differenze fra zone-distretto o stabilimenti dell'azienda.

Buona Strada: Performance migliorata ma variabilità aumentata (verde chiaro). In questo caso il miglioramento dell'indicatore è stato ottenuto a livello aziendale grazie all'azione di alcune zone o stabilimenti, aumentando quindi il divario tra zone o stabilimenti della stessa azienda.

Attenzione: Performance peggiorata e variabilità aumentata (arancione). In questo caso, la situazione è di allerta. Qualche zona o stabilimento all'interno della azienda è peggiorata significativamente rispetto ad altre che hanno mantenuto una performance stabile, determinando quindi comportamenti differenti.

Criticità: Performance peggiorata e variabilità ridotta (rosso). Questa è una situazione da approfondire, poiché il peggioramento sembra essere avvenuto in modo diffuso fra tutte le zone o stabilimenti dell'azienda.

I dati rappresentati e il dettaglio specifico di ogni singolo indicatore, anche a livello di ospedale o zona distretto sono consultabili pubblicamente sul Sistema di Valutazione della performance all'indirizzo <https://performance.santannapisa.it/>

Focus sulla performance di alcuni ambiti strategici

Dopo aver rappresentato la **visione di sintesi**, appare utile approfondire l'analisi su una selezione di indicatori di dettaglio, per meglio rappresentare l'attività svolta e i risultati conseguiti dall'azienda nei diversi ambiti.

Con riferimento alla programmazione aziendale delineata nel **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024**, si riepilogano in sintesi i risultati raggiunti e le principali azioni messe in atto, rispetto agli indirizzi strategici riepilogati negli otto punti di seguito.

1. Consolidare le strategie di **prevenzione e promozione della salute** nell'ambito della sanità territoriale
2. Intervenire con azioni di rafforzamento del sistema, in particolare della **rete dell'assistenza territoriale e integrazione ospedale-territorio**
3. Lo **sviluppo delle reti** come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure
4. Proseguire con le azioni per il **governo dell'appropriatezza**
5. Lo sviluppo della **sanità digitale**, secondo gli indirizzi del PNRR, potenziando i servizi ai cittadini, anche tramite la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi
6. Il consolidamento della **rete ospedaliera e nuove opere**
7. Promuovere **la qualità, la sicurezza e trasparenza** dei percorsi assistenziali dell'organizzazione, sviluppando gli strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini e delle comunità
8. Lo sviluppo del **capitale umano**

La performance dell'azienda, quando possibile, è stata messa a confronto con il dato regionale e con il risultato dell'anno precedente. Inoltre sugli indicatori di sintesi sono stati riportati i dettagli per le singole zone o per gli stabilimenti ospedalieri.

1. Consolidare le strategie di prevenzione nell'ambito della sanità territoriale

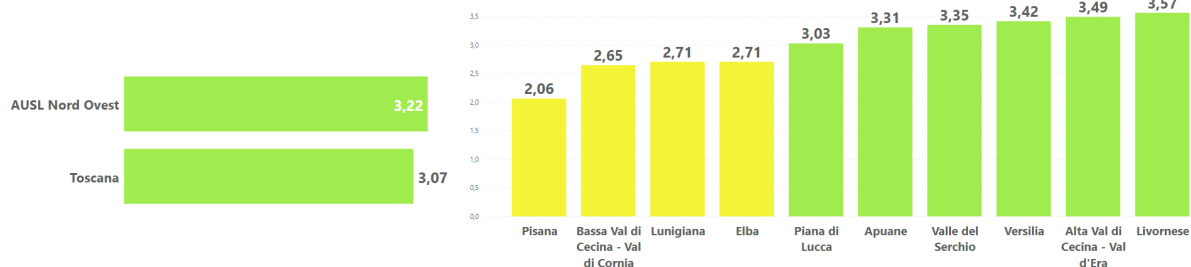
Si riportano i risultati sui principali obiettivi legati al rispetto degli indirizzi regionali, in particolare relativi ai seguenti ambiti: **screening oncologici e coperture vaccinali**

Screening oncologici

L'**estensione** misura quante persone sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel periodo di riferimento. L'**adesione** invece misura quante persone hanno partecipato allo screening rispetto alla popolazione invitata. L'obiettivo regionale di estensione è del 100%. Per lo screening mammografico e cervicale l'obiettivo regionale di adesione è almeno 80% mentre per il colon retto è pari al 70%. I risultati sono in linea con il valore regionale ed mostrano margini di miglioramento in alcune zone. La copertura dello screening al colon retto è un punto di debolezza, sia a livello aziendale che regionale.

B5 Estensione ed adesione agli screening oncologici

valutazione



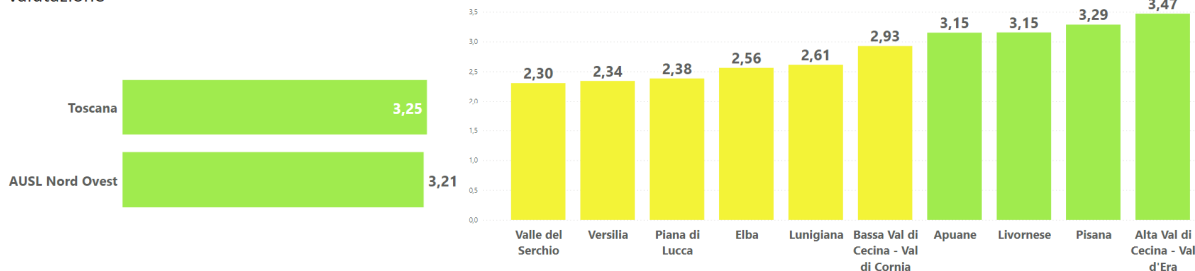
Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
<input type="checkbox"/> B5					
B5.3.1 Estensione dello screening coloretale	373.370	372.881	100,13	90,82	97,81
B5.1.1 Estensione dello screening mammografico	177.435	185.193	95,81	89,16	94,64
B5.1.2 Adesione allo screening mammografico	54.931	76.221	72,07	66,59	70,14
B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)	63.671	107.844	59,04	60,01	58,97
B5.3.2 Adesione allo screening coloretale	69.964	182.255	38,39	39,83	41,41

Coperture vaccinali

Di seguito si rappresentano le coperture vaccinali nella popolazione, tramite l'indicatore di sintesi e gli specifici indicatori di dettaglio. Complessivamente il risultato dell'azienda è buono, pur mostrando aree di miglioramento su alcuni vaccini.

B7 Copertura vaccinale

valutazione



Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
<input type="checkbox"/> B7					
B7.7 Copertura per vaccino esavalente	6.959	7.163	97,15	96,21	97,14
B7.1 Copertura per vaccino MPR	6.864	7.150	96,00	94,84	95,82
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	6.742	7.163	94,12	93,53	93,41
B7.8 Copertura vaccinale varicella	6.771	7.150	94,70	93,52	94,81
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	6.498	7.163	90,72	90,88	91,09
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	3.552	5.421	65,52	60,81	60,96
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	5.054	9.317	54,25	59,76	59,01
B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	183.728	333.766	55,05	53,90	59,51

2. Intervenire con azioni di rafforzamento del sistema, in particolare della rete dell'assistenza territoriale e integrazione ospedale-territorio

Efficacia assistenziale territoriale

Il dato esprime una valutazione di sintesi su un set di indicatori che monitora alcuni aspetti dell'efficacia della presa in carico dei pazienti con diabete, scompenso o pregresso ictus. Il risultato rientra nella fascia gialla intermedia, con valutazioni positive a livello aziendale sul tasso di amputazioni maggiori per diabete e sulla terapia antitrombotica per ictus. Emergono buoni margini di miglioramento sull'adesione alle raccomandazioni nell'ambito dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA).

C11A Efficacia assistenziale territoriale

valutazione



Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
C11A					
C11A.1.1 Tasso ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50-74 anni)	489	452.065	108,17		124,78
C11A.1.2A Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	18.606	28.137	66,34	66,21	69,10
C11A.1.2B Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	15.315	28.137	54,40	53,12	55,67
C11A.1.8 Tasso di accesso al PS dei residenti con Scompenso Cardiaco	19.200	28.065	677,02		677,19
C11A.2.1 Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35-74 anni)	72	699.621	10,29		11,39
C11A.2.10 Tasso di accesso al PS dei residenti con Diabete	36.954	89.451	401,83		386,61
C11A.2.4 Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	78	3.759.987	20,75	22,74	16,93
C11A.2.9 Residenti con Diabete con almeno una visita diabetologica	27.730	89.713	31,38	30,07	29,32
C11A.3.1 Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)	69	452.065	15,26		20,81
C11A.3.5 Residenti con BPCO con almeno una spirometria	3.267	17.723	19,16	15,06	21,39
C11A.3.9 Tasso di accesso al PS dei residenti con BPCO	10.584	17.723	586,66		557,47
C11A.5.1 Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	15.525	21.561	70,52	70,82	70,86
D03C Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (>= 18 anni) per complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco	2.730	1.071.287	191,75		232,43
PDTA01 Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con broncodilatatori a lunga durata d'azione (PDTA BPCO)	160	418	38,28		35,51
PDTA02 Adeguatezza del numero di visite pneumologiche (PDTA BPCO)	165	418	39,47		42,72
PDTA03A Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani (PDTA)	596	1.177	50,64		51,64
PDTA03B Adeguatezza dell'aderenza al trattamento farmacologico con beta-bloccanti (PDTA Scompenso)	997	1.517	65,72		62,76
PDTA04 Adeguatezza del numero di ecocardiogrammi (PDTA Scompenso)	416	1.949	21,34		22,93
PDTA05.1 Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'emoglobina glicata almeno due volte l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	22.937	86.958	26,38		26,20
PDTA05.2 Aderenza alla raccomandazione di controllo del profilo lipidico almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	46.043	86.958	52,95		51,23
PDTA05.5 Aderenza alla raccomandazione di controllo dell'occhio almeno una volta l'anno dopo la diagnosi (PDTA Diabete)	9.179	86.958	10,56		10,16

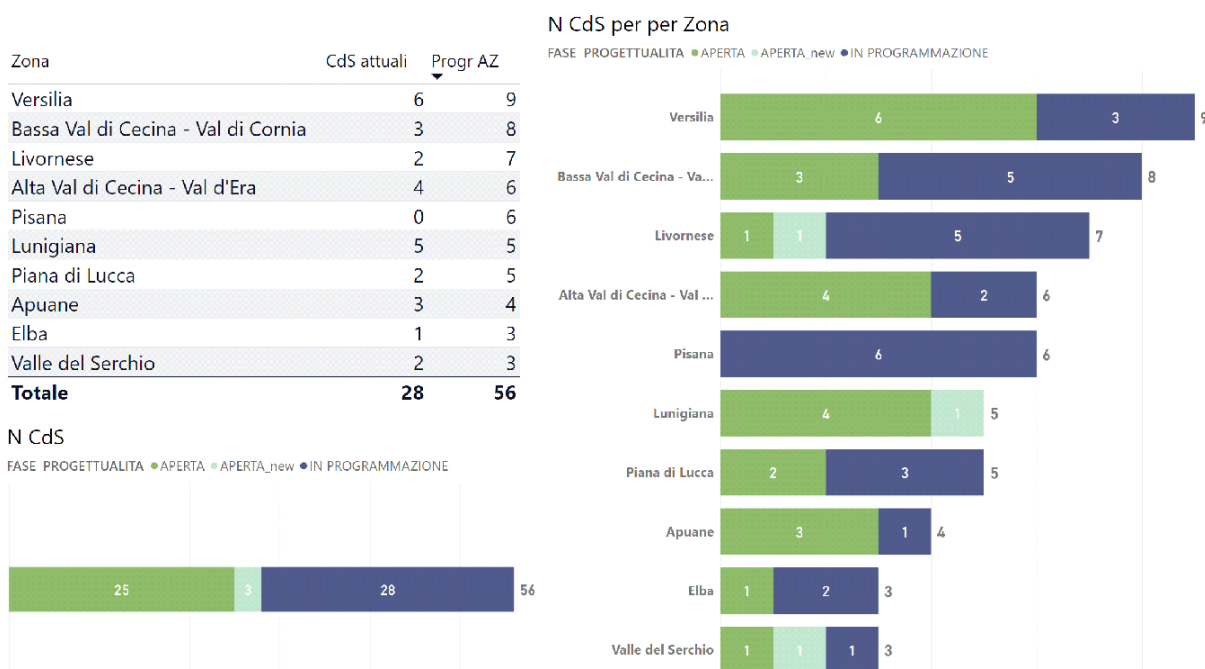
Attuazione del nuovo modello dell'assistenza territoriale (Centrale Operativa Territoriale)

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, come previsto nel DM 77/2022, che definisce gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, è uno strumento organizzativo che svolge una funzione di **coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali**: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza. Ad oggi a livello aziendale è presente in tutte le zone l'ACOT (Agenzia di continuità ospedale territorio), che coordina la presa in carico del paziente che ha

bisogno delle cure intermedie o di assistenza domiciliare. La COT può essere rappresentata come una evoluzione dell'ACOT. E' in corso di definizione il disegno complessivo del modello di funzionamento delle centrali all'interno dell'area vasta e l'analisi della necessità delle infrastrutture tecnologiche, in coerenza con gli indirizzi regionali e nazionali.

Sviluppo delle case di comunità

Al 2 gennaio 2022 le Case della salute (CdS) sul territorio aziendale sono 28. Rispetto alle 25 strutture aperte nel 2021, Sono state inaugurate 3 CdS nella zona Livornese, Lunigiana e Valle del Serchio. Nel corso del 2022 sono state portate avanti le progettualità per gli interventi previsti, secondo le indicazioni regionali, nell'ambito del PNRR o con altri fondi. Per gli interventi inseriti nel PNRR le strutture dovranno essere aperte entro il 2026.



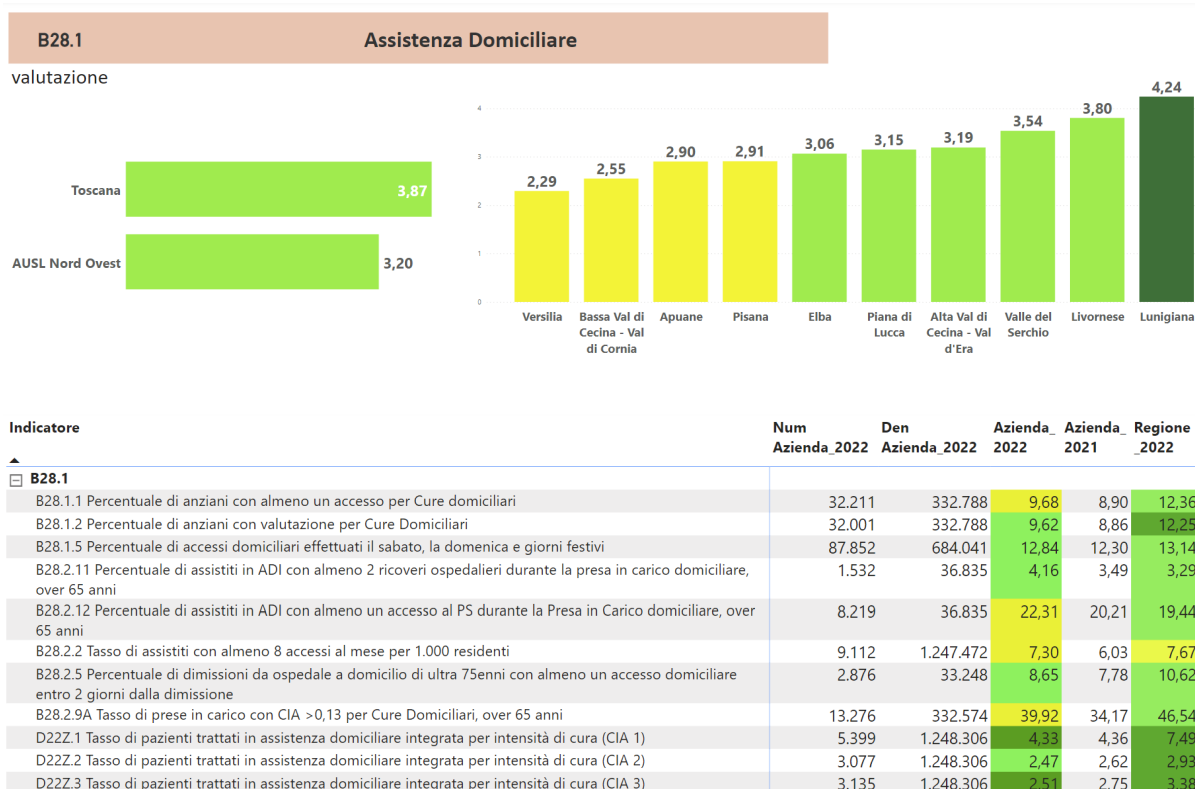
Potenziamento delle cure intermedie

Sul territorio sono presenti 362 posti letto di cure intermedie, per un tasso di circa 0,29 per 1000 ab. (dato a dic 2022, posti letto setting 1 e 2) Nel corso del 2022 anche in questo caso sono proseguite le progettualità individuate per gli 8 interventi che riguardano l'attivazione di ospedali di comunità, per raggiungere l'obiettivo regionale dello 0,4 per 1000 ab

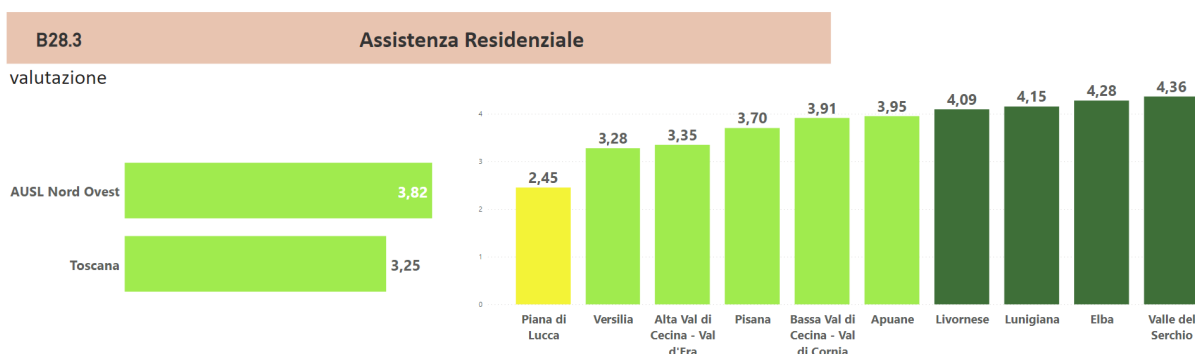
DENOMINAZIONE INTERVENTO	POSTI LETTO	PROVINCIA	COMUNE
Ospedale di Comunità Massa	20	Massa Carrara	Massa
Ospedale di Comunità Barga	20	Lucca	Barga
Ospedale di Comunità Campo di Marte Padiglione C	46	Lucca	Lucca
Ospedale di Comunità Viareggio	36	Lucca	Viareggio
Ospedale di Comunità Livorno (Fiorentina)	20	Livorno	Livorno
Ospedale di Comunità (PO Livorno Pad. 5)	40	Livorno	Livorno
Ospedale di Comunità PO Cecina	10	Livorno	Cecina
Ospedale di Comunità Rosignano	20	Livorno	Rosignano Marittimo

L'assistenza domiciliare e residenziale

Per l'assistenza domiciliare e residenziale, si riporta l'indicatore di sintesi, articolato in indicatori di dettaglio che valutano diversi aspetti della presa in carico dei pazienti. I risultati nel complesso sono positivi. Alcuni dati di attività potrebbero essere sottostimati per problemi legati alla corretta registrazione dell'attività, dovuti anche al passaggio dal vecchio al nuovo sistema informativo per l'attività territoriale (Aster cloud).



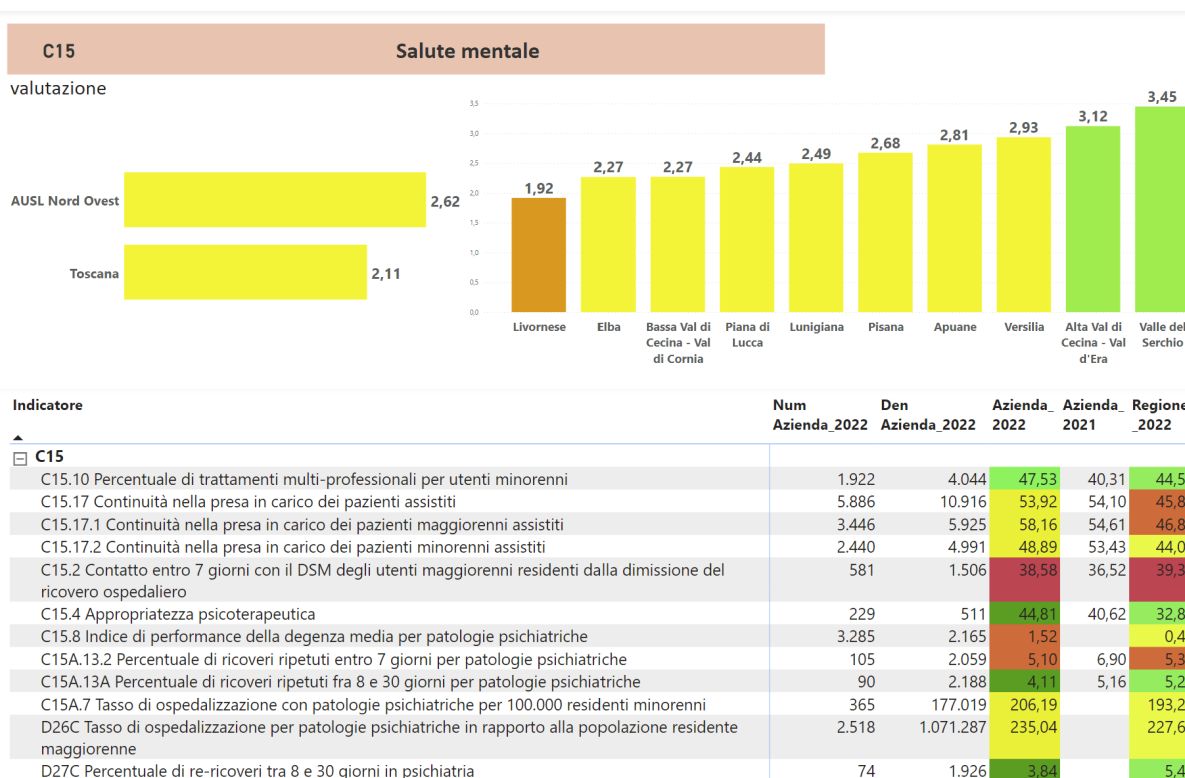
Gli indicatori D22Z, che sono ripresi dal nuovo Sistema di Garanzia, misurano il numero di pazienti residenti trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per intensità di cura per 1000 abitanti. L'assistenza per pazienti trattati in cure domiciliari integrate è differenziata per i diversi livelli di intensità (CIA 1, CIA2, CIA3). CIA è il coefficiente di intensità assistenziale e indica la frequenza con cui il paziente ha ricevuto cure domiciliari nel periodo di cura. CIA 1 corrisponde a 5-10 accessi al mese, CIA 2 tra 11 e 15 accessi, CIA 3 tra 16 e 24 accessi.



Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
B28.3					
B28.3.1 Percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione	4.771	5.688	83,88	86,76	72,43
B28.3.11 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	211	1.761	11,98	19,39	9,95
B28.3.12 Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	505	1.761	28,68	24,39	22,75
B28.3.3 Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	645	936	68,91	66,92	57,52
B28.4 Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	34.943	332.788	105,00	92,08	142,48
D33ZA.R3 Tasso di assistiti di età >=75 in trattamento socio-sanitario residenziale R3	3.069	176.758	17,36		23,19

La salute mentale

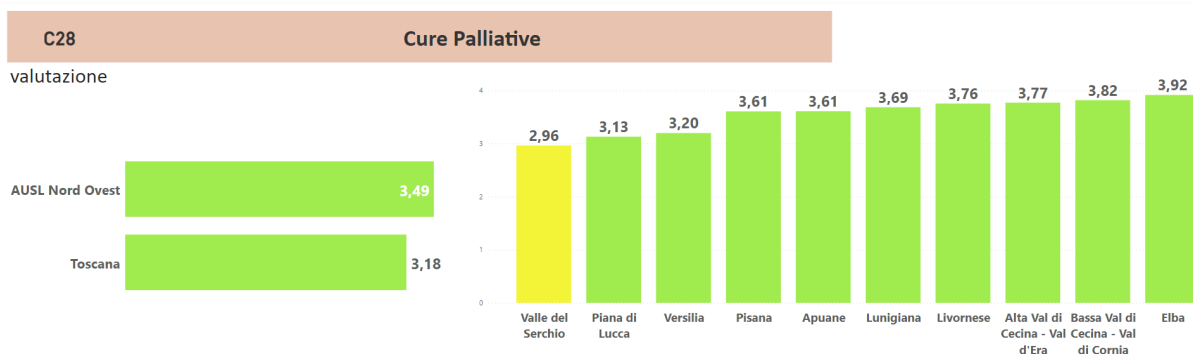
I disturbi relativi alle malattie mentali ed alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute, per l'elevata frequenza ed i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine ed anche al consumo di sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente.



La performance dell'azienda sugli indicatori misurati registra un risultato di sintesi medio e mette in luce punti di debolezza sulla tempestività della presa in carico dopo la dimissione (C15.2), l'elevata percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni (C15A.13.2) sull'indice di performance della degenza media.

Le Cure palliative

L'indicatore, che nel 2022 riporta una performance positiva, con quasi tutte le zone in fascia verde, raggruppa i sotto indicatori che misurano alcuni elementi caratterizzanti la fase del fine vita oncologico, quali la tempestività di ricovero e la durata della degenza in Hospice (D32Z), che mostra un punto di debolezza.



Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
C28					
C28.2B Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	950	958	99,17	96,32	95,47
C28.3 Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	55	958	5,74	12,87	7,46
D30Z Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	1.901	4.133	46,00	33,66	39,97
D32Z N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio non assistito con periodo di ricovero <= 7gg	284	908	31,28	27,51	34,77

L'indicatore D32Z, che insieme al D30Z fa parte anche del Nuovo Sistema di Garanzia, valuta la durata della degenza in Hospice dei pazienti oncologici dimessi dall'ospedale o provenienti dal domicilio non precedentemente assistiti dalla rete delle cure palliative e analizza la percentuale di ricoveri brevi (inferiori o uguali a 7 giorni) di pazienti che non sono stati presi in carico dalla Rete cure palliative. L'obiettivo è di mantenersi a livelli inferiori al 25%. Positivo e in miglioramento la presa in carico dei pazienti da parte delle cure palliative (D30Z).

Estensione del modello dell'infermiere di famiglia e comunità

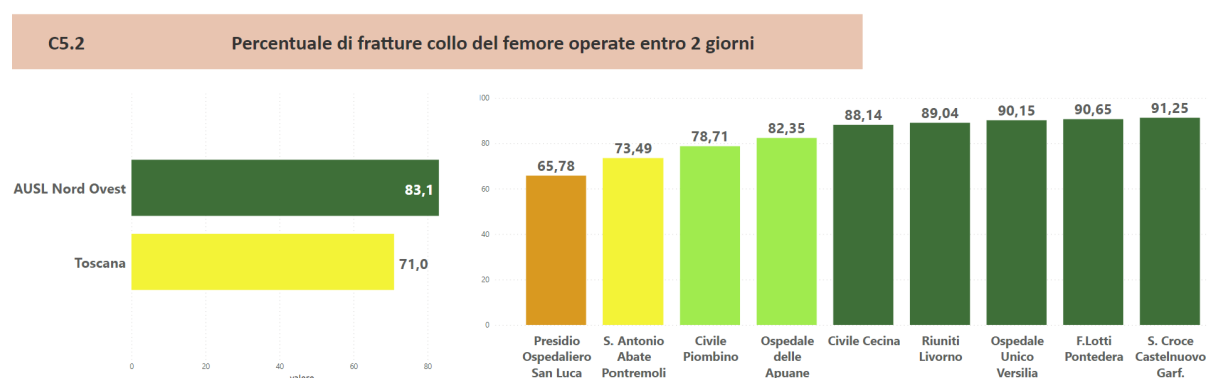
L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona. La copertura sul territorio nel 2022, misurata mediante la percentuale di popolazione che può fare riferimento all'IFeC, è passata dal 36,4% nel 2021 a oltre 80% nel 2022, raggiungendo l'obiettivo aziendale.

3. Lo sviluppo delle reti come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure

Lo sviluppo della rete si basa su due punti cardine: **assicurare la prossimità** dei servizi da un lato e la **qualità e la sicurezza** delle prestazioni dall'altro. Tale principio non può prescindere dalla expertise dei singoli operatori e da un approccio multidisciplinare e multiprofessionale, necessario per raggiungere un elevato livello di qualità del processo e della presa in carico del paziente e della sua complessità.

Rete emergenza urgenza: frattura del femore

Per questo ambito si riporta l'indicatore relativo alla **frattura del femore**: la tempestività con cui viene effettuato l'intervento per la frattura del collo del femore è una determinante del recupero funzionale dell'individuo e riduce il rischio di conseguenze in termini di complicanze, disabilità e impatto sulla vita sociale. Il processo assistenziale, in questo caso, è fortemente influenzato dalla capacità organizzativa del sistema. Considerando che in alcuni casi specifici il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione, l'obiettivo è posto all'80%. L'azienda consegue un risultato molto positivo nel complesso e in quasi tutti gli ospedali.



Area Materno Infantile: la rete dei punti nascita

Per l'area materno infantile, uno degli indicatori traccianti monitorati anche dal Nuovo Sistema di garanzia è la percentuale dei parti cesarei. L'obiettivo per i punti nascita di I livello o con meno di 1000 parti è del 15%. Per i punti nascita con più di 1000 parti o di II livello la soglia è invece del 20%. L'azienda registra una percentuale leggermente superiore rispetto ai target previsti, con variabilità interna tra gli ospedali.

Anno	2021			2022		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
AUSL Nord-Ovest	734	4.064	18,06	733	3.915	18,72
S. Francesco Barga (LU)	33	193	17,10	43	177	24,29
Ospedale San Luca	148	798	18,55	160	777	20,59
F.Lotti Pontedera (PI)	85	721	11,79	64	657	9,74
Riuniti Livorno	118	723	16,32	131	742	17,65
Ospedale Civile di Cecina	121	609	19,87	102	536	19,03
Civile Elbano Portoferraio (LI)	22	119	18,49	16	118	13,56
Ospedale Unico "Versilia"	207	901	22,97	217	908	23,90
Ospedale Apuane	234	1.068	21,91	222	1.065	20,85

Per quanto riguarda la dimensione del **punto di vista degli utenti** durante tutto il percorso, l'indicatore D17 prende in considerazione l'intero percorso nascita, con misure specifiche relative alle diverse fasi:

- **la gravidanza** (con focus sulla consegna del libretto e sul corso di accompagnamento alla nascita), del parto (con focus sulle cure amiche, sul controllo del dolore e sulla relazione con i professionisti del punto nascita)
- **il primo anno di vita** (con focus sull'assistenza del pediatra, sull'assistenza offerta dai consultori nel post-parto e sulle vaccinazioni).
- **il bilancio complessivo del percorso**, con indicatori che misurano la percezione delle donne su accesso ai servizi, coordinamento tra i professionisti e soddisfazione complessiva, nonché il giudizio sull'esperienza positiva vissuta nelle diverse fasi.

Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dell'**indagine sistematica sul percorso nascita**, avviata a marzo 2019 e coordinata dal Laboratorio MeS, che permette di raccogliere in maniera longitudinale le informazioni sull'esperienza e sugli esiti percepiti nel percorso nascita. La valutazione è rappresentata in scala che può variare tra 0 e 100.

D17 Valutazione utenti Materno Infantile

valutazione

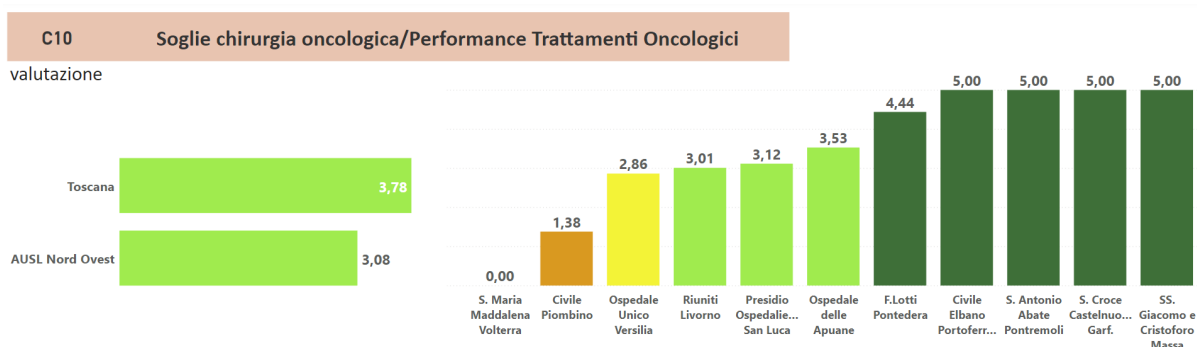


Indicatore	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
D17			
D17.1.5A Willingness to recommend il consultorio	91,28	87,59	88,00
D17.1.7 Qualità incontro consegna libretto di gravidanza	84,49	85,89	83,92
D17.1.8 Esperienza con l'ostetrica alla consegna del libretto	74,15	76,03	73,49
D17.1.9 Coinvolgimento nelle scelte in gravidanza	53,41	52,19	53,47
D17.2.10 Willingness to recommend il punto nascita	88,06	89,11	88,76
D17.2.11A Supporto del personale al punto nascita	82,32	80,94	81,65
D17.2.13 Libertà di gestione di travaglio e parto	72,54	71,64	70,73
D17.2.14 Rispetto e dignità da parte dei professionisti in travaglio e parto	87,45	87,64	87,24
D17.2.15 Continuità assistenziale in travaglio e parto	85,68	84,54	83,35
D17.2.16 Chiarezza informazioni alla dimissione	74,05	74,69	72,68
D17.2.17 Qualità assistenza al punto nascita	83,31	83,93	83,34
D17.2.18 Esperienza con il personale del punto nascita	73,77	74,44	73,35
D17.2.4A Informazioni concordanti	74,62	75,62	73,63
D17.2.5 Pulizia ambienti	69,30	71,02	67,72
D17.2.7A Gestione del dolore in travaglio e parto	72,81	74,00	71,98
D17.2.8 Gestione del dolore dopo il parto	74,78	73,49	74,58
D17.2.9 Lavoro di squadra	81,61	82,04	81,79
D17.3A.1 Facilità contatto con PLS	89,75	91,96	88,68
D17.3A.2 Informazioni concordanti sull'allattamento del PLS	80,84	80,05	81,40
D17.3A.3 Esperienza con il PLS	75,00	75,55	72,38
D17.3A.4 Willingness to recommend il PLS	85,20	85,84	82,88
D17.3B.2 Esperienza con il personale del consultorio	64,61	64,23	62,05
D17.3B.3 Willingness to recommend il consultorio	79,24	77,16	75,98
D17.3C.1 Informazioni del PLS su vaccinazioni	71,54	70,51	71,19
D17.3C.2 Informazioni concordanti sulle vaccinazioni	85,36	85,30	85,08
D17.3C.3 Consapevolezza su vaccinazioni	58,32	58,24	58,83
D17.4.1 Accesso ai servizi	79,31	77,69	76,89
D17.4.2 Coordinamento tra professionisti	56,74	54,80	54,17
D17.4.3 Soddisfazione complessiva	62,36	61,00	60,43
D17.4.4 Esperienza positiva in gravidanza	75,44	75,03	73,27
D17.4.5 Esperienza positiva al parto	68,23	67,39	67,13
D17.4.6 Esperienza positiva nel primo anno	69,51	69,18	67,88

Rete oncologica

L'indicatore C10 è dedicato alla qualità del percorso oncologico, con focus specifici sui volumi di interventi, sul tipo di trattamento chirurgici offerti alle donne con tumore mammario (conservativi, nipple / skin sparing, ricostruttivi) e completamento del quadro diagnostico (linfonodo sentinella), sui ritorni in sala operatoria (mammella e colon-retto) e sulla tempistica di avvio dei trattamenti chemioterapici e radioterapici per alcuni tipi di tumore. Sono inclusi indicatori sul follow-up per il tumore al seno e al colon retto.

Sulla chirurgia oncologica, di pari passo con i tempi di attesa, è importante leggere l'andamento **dei volumi per questi interventi**: l'indicatore H02Z misura il **rispetto dei volumi soglia** individuati a livello nazionale e regionale. Ad esempio, nel caso della mammella il DM 70 2015 stabilisce che gli interventi debbano essere effettuati in strutture che ne eseguono almeno 150 all'anno. L'azienda mostra complessivamente un risultato positivo, presentando un punto di debolezza sul rispetto dei volumi per TM prostata. Su questo aspetto è comunque da segnalare che gli interventi eseguiti con il Robot presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUN) da parte dei professionisti aziendali, sono rilevati nell'ambito dell'attività svolta da AOUN.



Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
C10					
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	0	43	0,00	0,00	81,09
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	205	2	91,66	96,04	16,52
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	893	1.042	85,70	85,28	87,66
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	674	887	75,99	75,52	78,71
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	584	734	79,56	74,16	84,43
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	18	929	1,94	1,69	2,92
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3	212	1,42	2,29	2,56
C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali	49.824	809.317	615,63	615,05	508,92
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	1.023	1.023	100,00	87,10	98,60
H03C Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	25	387	6,46		6,06
PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	440	548	80,29		68,20
PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	384	851	45,28		49,80
PDTA06.3 Radioterapia complementare (PDTA Mammella)	470	594	79,65		78,94
PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	221	269	82,16		86,31
PDTA08 Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	213	416	64,18		61,56
PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	74	107	69,16		70,00
PDTA10 Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	84	134	71,78		68,01

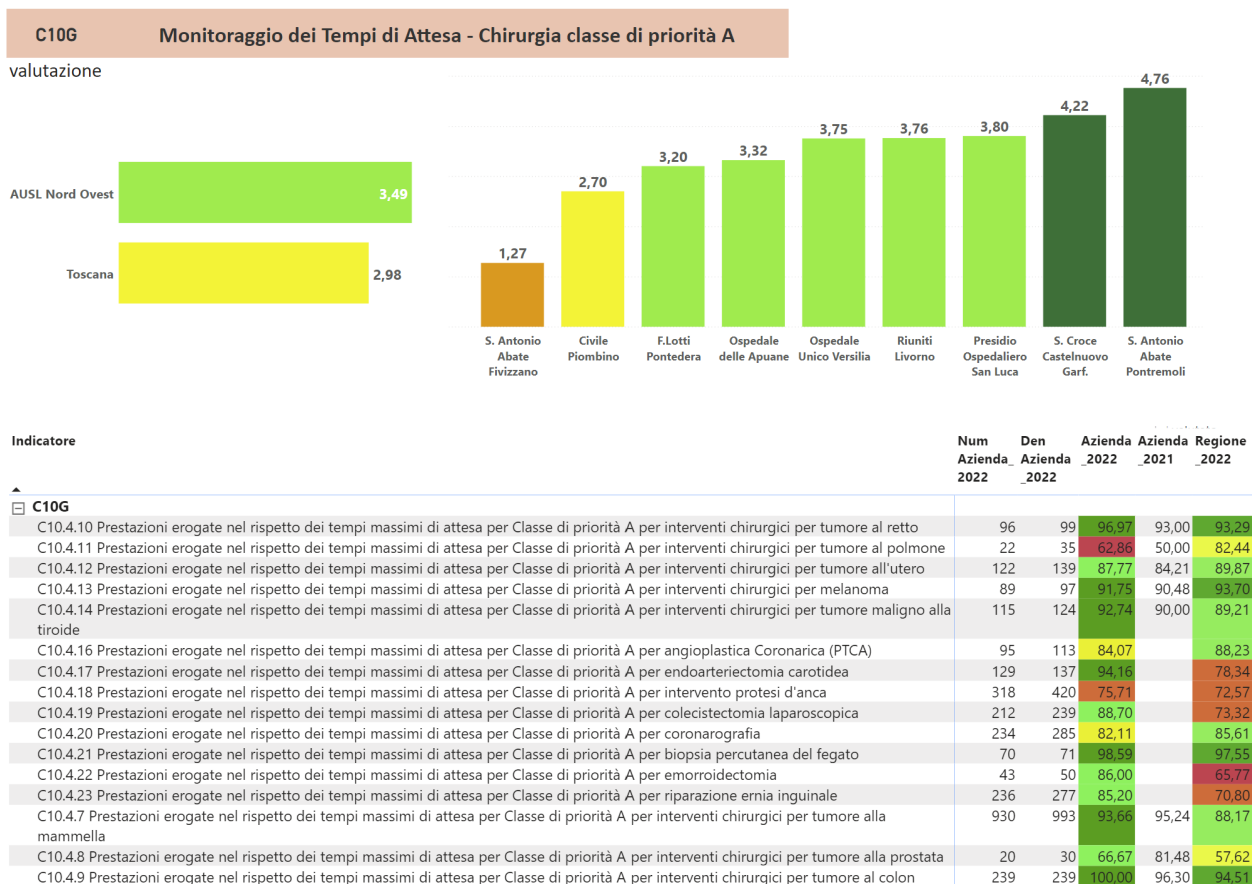
4. Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza

Rientrano in quest'area gli obiettivi sul **governo delle liste di attesa** e quelli sul **governo della farmaceutica e dispositivi**. Le azioni sulle liste di attesa, finalizzate al rispetto delle soglie previste nel Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituiscono una priorità per l'azienda, che lavorato sia sul fronte dell' **offerta** sia su quello della **domanda**, con una logica di appropriatezza nei diversi percorsi.

Governo delle liste di attesa chirurgiche

Sul versante dell'attività chirurgica, sono continuate le iniziative per aumentare l'efficienza dei blocchi operatori e i monitoraggi sistematici finalizzati al rispetto dei tempi previsti. L'obiettivo è il rispetto dei tempi previsti dal piano nazionale del governo delle liste di attesa (PNGLA). L'azienda ha inoltre proseguito la collaborazione con il privato accreditato mediante le collaborazioni congiunte, ossia l'esecuzione dell'intervento da parte del chirurgo aziendale, utilizzando gli spazi e l'équipe del privato accreditato.

In coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Gestione Liste d' Attesa (PNGLA), l'indicatore C10G misura il numero di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale a 30 giorni per diverse patologie oncologiche e non oncologiche. I dati mostrano che, pur in situazione di difficoltà, l'azienda ha continuato a mettere in campo le attività per il monitoraggio e la riduzione delle attese, con risultati positivi. L'indicatore esprime una valutazione di sintesi positiva, che tiene conto dei tempi di attesa nei diversi interventi.

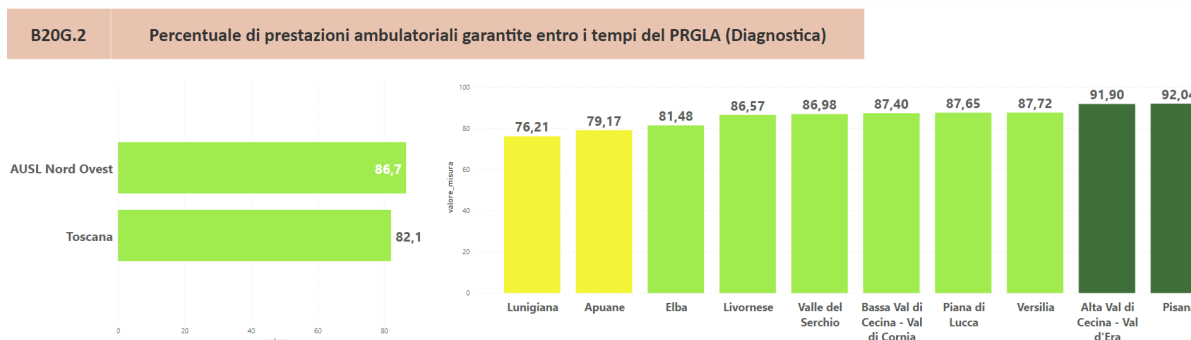
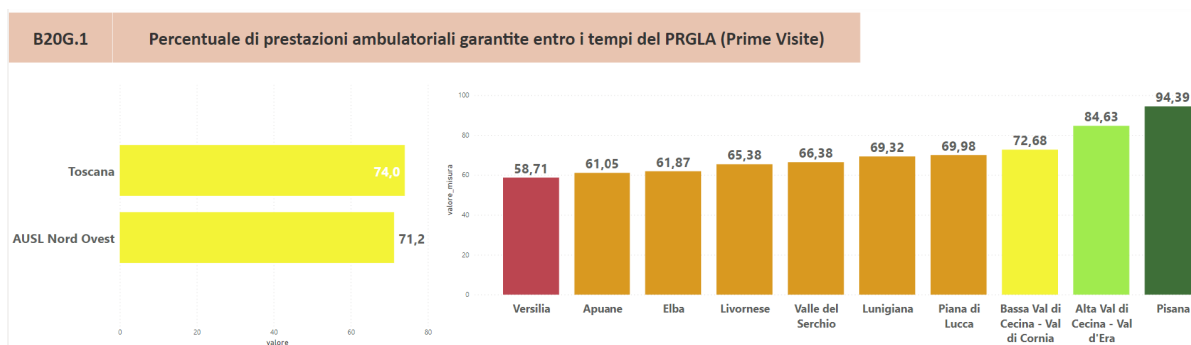


Governo delle liste di attesa ambulatoriali

Anche il governo delle liste di attesa ambulatoriali è una priorità per l'azienda, che ha messo in campo diverse strategie con l'obiettivo di allineare la domanda e l'offerta, con una logica di maggiore appropriatezza: a questo proposito sono state avviate diverse azioni, tra cui:

- la separazione dei percorsi dei pazienti di primo accesso rispetto alle visite di controllo
- incontri di monitoraggio con i prescrittori
- le collaborazioni con AOUP e FTGM e le strutture private accreditate
- attivazione del progetto ministeriale per il piano di rientro delle liste di attesa che ha visto recuperare circa 87.000 prestazioni tramite l'attività aggiuntiva e il ricorso al privato accreditato

Indicatore	Num Azienda 2022	Den Azienda 2022	Azienda 2022	Azienda 2021	Regione 2022
B20P					
B20G.1 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)	304.876	427.963	71,24	84,56	74,03
B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)	313.885	362.216	86,66	91,72	82,10

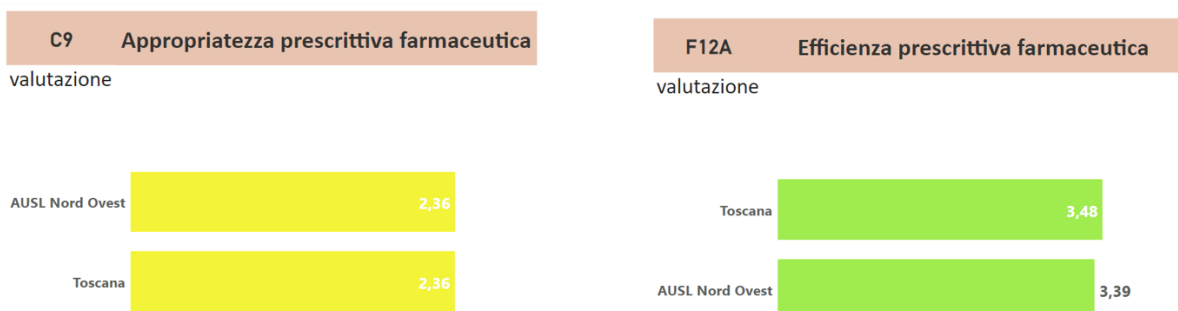


I dati mostrano un quadro che evidenzia margini di miglioramento, è tuttavia da considerare della difficoltà cronica legata al reperimento degli specialisti. Il dato sulle attese è da leggere congiuntamente con un altro indicatore, **l'indice di cattura** (catchment index), che misura la percentuale di visite e diagnostica prenotate rispetto a quante sono state prescritte nello stesso periodo. E 'quindi un valore che monitora la **capacità dell'azienda di intercettare la domanda** dei cittadini, su cui rileva un punto di debolezza.

Indicatore	Num Azienda 2022	Den Azienda 2022	Azienda 2022	Azienda 2021	Regione 2022
B21G					
B21G.1 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)	555.298	889.207	62,45	61,95	63,79
B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)	570.554	957.856	59,57	54,25	60,68

Governo dell'appropriatezza farmaceutica

In questo caso viene analizzato nello specifico l'utilizzo di alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi o che impattano sulla spesa. La variabilità rilevata permette di individuare fenomeni di potenziale inappropriatezza. Gli indicatori monitorano sia l'appropriatezza che l'efficienza prescrittiva.



Alcune criticità, spesso presenti anche a livello regionale, si rilevano nei consumi di farmaci per le vie respiratorie e antidepressivi. L'azienda negli anni ha promosso attivamente incontri di condivisione a livello aziendale e dei singoli territori con i prescrittori, sia a livello ospedaliero che a livello di zona, con la finalità di favorire una maggiore appropriatezza nell'utilizzo.

Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
C9					
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	1.074.351	1.325.084	2,22	2,21	1,99
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio	2.302.008	1.325.084	4,76	4,84	4,36
B4.1.3 Consumo territoriale di morfina	7.195.922	1.325.084	5,43	5,25	3,48
B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio	75.281	1.074.095	7,01	6,76	5,63
C21.2.1 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	848	1.122	75,58	73,73	74,48
C21.2.2 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	655	1.118	58,59	59,67	67,27
C21.2.3 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	718	1.138	63,09	75,76	69,36
C6.8.1 Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)	137.464	332.574	41,33		40,87
C6.8.2 Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)	27.169	332.574	8,17		7,76
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	35.514.071	1.325.084	26,80	26,69	26,54
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	429.903	652.702	65,87		70,99
C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	328.158	469.638	69,88	71,44	68,69
C9.19.1 Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	6.527.110	9.583.723	68,11	70,71	67,12
C9.6.1.1 Iperprescrizione di statine	2.805	140.092	2,00	2,29	2,28
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	6.295.174	1.317.007	13,10	10,76	12,42
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	563.935	131.993	11,71	7,10	10,36
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	115.299	131.993	2,39	1,38	1,72
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	553.174	1.247.472	1,22	1,20	1,04
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	127.794	6.295.174	2,03	2,12	1,88
C9.8.1.7 Proporzioni di antibiotici Access	3.065.847	6.295.174	48,70		53,62
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi	14.457	137.168	10,54		11,61
D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	29.820.035	1.247.472	23.904,37		23.853,60

Indicatore	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_2022	Azienda_2021	Regione_2022
F12A					
F20.11.1 Spesa per mg Trastuzumab	517.382	1.035.888	0,50		0,46
F20.10.1 Spesa per MG Rituximab	433.582	897.545	0,48		0,51
F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	18.059.710	21.162.619	85,34	82,41	86,21

5. Lo sviluppo della sanità digitale, secondo gli indirizzi del PNRR, potenziando i servizi ai cittadini, anche tramite la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi

La transizione al digitale è il presupposto indispensabile per garantire servizi innovativi. L'obiettivo è rendere i servizi sempre più a misura di utente, facilitare il lavoro degli operatori e rendere tutto questo più semplice da gestire, informatizzando i processi e digitalizzando i percorsi. In questo momento storico, non si può prescindere dal menzionare il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), che racchiude e collega molti ambiti tra loro. Il PNRR fa parte del programma europeo noto come Next Generation EU (NGEU) che intende promuovere una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere. Al centro della Missione 6 del Piano ci sono il potenziamento e la diffusione di sistemi di telemedicina per rafforzare il servizio di assistenza territoriale fondato sulla digitalizzazione. L'obiettivo è di promuovere e rendere più efficace l'assistenza di prossimità grazie anche alla connettività performante, per consentire un'effettiva equità di accesso della popolazione alle cure sanitarie e sociosanitarie, definendo standard qualitativi e quantitativi uniformi e contribuendo a potenziare la rete dei servizi distrettuali e a consolidare quella ospedaliera.

A partire dall'anno 2020, l'Azienda si è pertanto dotata di un **Piano per la Transizione al Digitale**, documento cardine per governare la trasformazione, e ha costituito apposite Cabine di Regia (CdR).

Il piano per la Transizione al Digitale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha permesso di suddividere e contenere i progetti all'interno di quindici macro-temi. La strategia è volta a favorire lo sviluppo di una società digitale, attraverso la digitalizzazione della pubblica amministrazione, che costituisce il motore di sviluppo per tutto il Paese. La strutturazione degli aspetti organizzativi si sintetizza con la funzione della CdR Transizione al Digitale, che si concentra sulla **definizione della strategia integrata e coordinata con i principali indirizzi di programmazione aziendali**, con la progettazione funzionale dei sistemi e il governo della transizione al digitale, in garanzia della continuità e qualità dei servizi, della sicurezza dei pazienti, della protezione e la conservazione dei dati personali. Sono state, quindi, istituite, al fine di focalizzare azioni ed energie, ulteriori cinque CdR tematiche: Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera, Cartella Socio-Sanitaria Territoriale, Servizi al Cittadino, Telemedicina e Ordini e fatture elettronici. In questo documento è riportato una estrema sintesi dei progetti maggiori. Il documento è consultabile al seguente indirizzo:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/amministrazione-trasparente-2/altri-contenuti/6583-piano-aziendale-per-la-transizione-al-digitale>

Per monitorare le varie azioni previste nel Piano per la Transizione al Digitale, l'Azienda ha ottemperato alle due scadenze importanti. Infatti, entro il 23 settembre di ogni anno la PA riesamina e, se necessario, procede all'aggiornamento dei contenuti della dichiarazione di accessibilità. Ogni dichiarazione ha validità annuale dal 24 settembre dell'anno corrente al 23 settembre dell'anno successivo. La dichiarazione di accessibilità è lo strumento attraverso il quale le Amministrazioni rendono pubblico lo stato di accessibilità di ogni sito web e applicazione mobile di cui sono titolari. Entro la scadenza del 31 marzo sono stati inoltre pubblicati sul sito web aziendale gli obiettivi di accessibilità relativi all'anno corrente, come ribadito anche nelle Linee Guida sull'accessibilità degli strumenti informatici (capitolo 4 paragrafo 2), e lo stato di attuazione del piano per l'utilizzo del telelavoro, come stabilito dal Decreto legge n. 179/2012, articolo 9, comma 7.

➤ Sviluppo della telemedicina

La telemedicina è l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate, contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal DM 77, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute.

Per quanto riguarda le progettualità incluse nel PNRR, è in corso di definizione il modello organizzativo, la definizione delle funzioni e dell'infrastruttura tecnologica della Centrale Operativa Territoriale. Parallelamente è in corso di definizione una Centrale della telemedicina, intesa come uno spazio e un'organizzazione tale da garantire sette giorni su sette ventiquattro ore su 24 un'assistenza ai pazienti e operatori, finalizzata alla presa in carico e alla risoluzione di tutti i problemi tecnici che possono essere generati dall'utilizzo degli strumenti di telemedicina. Tecnologie ed organizzazione dovranno essere progettate e definite coerentemente.

Oltre alle attività previste nel PNRR, a livello aziendale è stato costituito un gruppo di lavoro sullo sviluppo della **telemedicina in carcere**: l'applicazione, quindi, della teleradiologia in ambito della sanità penitenziaria e la definizione dell'approccio in ambito telemedicina sulla base dei fondi ministeriali effettivamente utilizzabili. L'obiettivo è implementare soluzioni di teleradiologia e progettazione di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio per i pazienti dei penitenzieri. Il progetto è stato attivato nel corso del 2022 negli istituti penitenziari di Gorgona, Porto Azzurro e Pisa. E' prevista la progressiva estensione.

➤ **Promuovere e potenziare i Servizi al Cittadino**

Il cittadino deve diventare sempre più partner dell'Amministrazione nella individuazione delle criticità e nella soluzione dei problemi: per questo motivo è sempre più importante la sua centralità, anche attraverso pratiche di ascolto e di valutazione della soddisfazione dei servizi.

La buona comunicazione diventa quindi una necessità, uno strumento essenziale per un'Amministrazione efficace, un potente strumento di cambiamento e, nel contempo, un fattore centrale per rendere operanti i diritti di cittadinanza.

La comunicazione è anche uno strumento strategico all'interno del processo di miglioramento organizzativo: consente di migliorare i servizi, ricercando sinergie e modalità di lavoro in grado di razionalizzare l'attività degli uffici aiutandoli a produrre in modo sempre più coordinato ed efficiente. aiuta a semplificare le procedure e a costruire un dialogo efficace con i cittadini. Per fare questo occorre raggiungere un livello di integrazione tra i vari strumenti di comunicazione, interni ed esterni, sempre maggiore, tale da garantire la massima coerenza possibile tra messaggi ed obiettivi.

Un percorso già iniziato in questi anni per migliorare i servizi agli operatori ed ai cittadini è **l'Assistente virtuale WhatsApp dell'Azienda Usl Toscana Nord Ovest**. Si tratta di uno strumento di chat con cui è possibile ottenere informazioni legate al COVID-19, alle vaccinazioni e non solo. Tale strumento è di facile utilizzo e fornisce, 24 ore su 24, le risposte alle domande più frequenti, inizialmente per l'emergenza Coronavirus e i relativi vaccini. Successivamente all'interno del chatbot sono stati implementati i servizi riguardanti la ASL Toscana Nord Ovest. Il nuovo menù principale è composto dalle seguenti sezioni:

- **Come fare per:** si trovano informazioni, per esempio, sulle vaccinazioni, sugli screening oncologici, sull'assistenza protesica, su gravidanza e nascita su anziani e disabilità.
- **Una voce per amica:** il progetto vincitore del convegno sulla Transizione Digitale della passata edizione è nato per migliorare l'assistenza continua territoriale nella vita quotidiana degli utenti fragili e/o con comorbidità. L'aiuto è rivolto anche ai familiari/caregiver per supportarli e rendere più facile l'assistenza e la convivenza con i propri cari, al fine di riuscire a dare più sicurezza alla famiglia anche nelle piccole attività assistenziali o problematiche quotidiane ed evitare ricoveri e spostamenti inopportuni. Per accedere al servizio è necessario contattare il numero 0583669806.

- **Numeri utili e sedi:** sono elencati i numeri di emergenza, i numeri per accedere ai servizi sanitari, le sedi territoriali, le sedi degli ospedali e delle guardie mediche.
- **Modulistica:** guida l'utente alle pagine del sito internet in cui è possibile scaricare i moduli per le prestazioni amministrative e sanitarie. Queste tre sezioni si basano sui contenuti del sito internet aziendale, curato dalla struttura **Comunicazione aziendale**. Infine, la sezione **Canali social** rimanda ai profili Facebook, Instagram, Twitter, Youtube dell'Azienda, curati dall'**Ufficio stampa**, attraverso i quali si può rimanere aggiornati su servizi, approfondimenti e news dell'AUSL Toscana nord ovest.

Alla conversazione con l'assistente virtuale si può accedere tramite cellulare o tramite PC: i cittadini hanno così l'opportunità di ricevere un primo livello di informazioni in tempo reale, senza dover telefonare o scrivere e-mail. Si tratta della prima esperienza in Italia nell'ambito delle Aziende sanitarie locali. Di seguito si riportano alcuni dati di utilizzo per l'anno 2022.

STATISTICHE



➤ Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali

- Completare l'estensione della **Cartella clinica elettronica ospedaliera**. A dicembre 2022 i Posti letto informatizzati risultano complessivamente 2030/2314 ossia l'88%, con un incremento rispetto al 2021 di tre punti percentuali.
- Implementare la **Cartella socio sanitaria elettronica territoriale** (aster cloud). Per quanto riguarda invece la diffusione della Cartella socio sanitaria elettronica territoriale (aster cloud), nel 2022 risulta completato per l'80%, stessa copertura dell'anno precedente (è rimasto da terminare il trasferimento di parte della salute mentale e dei consultori nei territori di Livorno e Pisa). La cartella è stata inoltre integrata con il magazzino Ausili per efficientare il percorso di richiesta, approvvigionamento, consegna dei beni ai cittadini.
- Rispetto all'unificazione degli applicativi sono in corso le gare:
 - Applicativo ADT per ricoveri ospedalieri
 - Laboratorio analisi (LIS) e integrazione con C7, CUP e PS
 - Applicativo dei centri trasfusionali integrazione con C7, CUP e PS (SIT)
 Per l'applicativo presenze assenze e giuridico l'unificazione è stata completata

➤ Semplificazione e reingegnerizzazione dei processi

numero unico CUP: unificazione dei riferimenti e delle organizzazioni verso i cittadini realizzando un numero unico di accesso aziendale al servizio di prenotazione. Il progetto è stato realizzato nel 2022 (collaudo a febbraio 2023) e i tempi di attesa per il cittadino si sono ridotti da una media di 14 minuti a 8 minuti.

front office polifunzionale: al fine di centralizzare le funzioni di supporto ai cittadini sono stati estesi i servizi forniti agli sportelli non solo per funzioni di prenotazione, ma anche per informazioni e gestione delle pratiche relative a protesica, anagrafe e prevenzione. Il progetto è stato completato nel 2022.

prenotazione dei servizi on line (Zero code): con pochi passaggi, è possibile per il cittadino prenotare on line l'accesso agli sportelli di accettazione prelievi. Si scelgono giorno e ora dell'appuntamento e si accede direttamente e senza attesa agli sportelli per l'accettazione amministrativa. Basta presentarsi poco prima dell'appuntamento e dopo qualche minuto il paziente viene chiamato direttamente dai monitor presenti in sala (senza prendere il ticket dal Totem). Sono stati informatizzati i presidi ospedalieri e territoriali con maggiore affluenza, secondo un piano aziendale condiviso con i Direttori di Presidio e i Direttori di Zona. Su 77 punti prelievo territoriali programmati, nel 2022 a dicembre 2022 ne sono stati coperti 64.

prenotazione delle visite online: tramite il portale regionale dedicato è possibile prenotare visite o esami diagnostici. Nel 2022 circa il 6% delle prestazioni sono state prenotate online

pagamento on line pago PA: attivazione dell'integrazione della contabilità con PagoPA tramite IRIS. PagoPA prevede la possibilità da parte del cittadino di pagare nei vari PSP abilitati (banche, lottomatica, sportelli pos, posta ecc.) i ticket / fatture emesse dalla Asl per le prestazioni effettuate, con successiva riconciliazione a livello contabile. A valle della conclusione delle fasi di sviluppo, formazione e installazione, il sistema è sotto continuo monitoraggio per la manutenzione correttiva/evolutiva. I pagamenti online nel 2022 sono stati il 5,56%

dematerializzazione documentale front office: la sperimentazione ha dato esito positivo in termini di risparmio di carta, di tempo per gli operatori coinvolti e soprattutto per l'archiviazione in modo sicuro dei documenti contenenti categorie particolari di dati (ex dati sensibili). Le postazioni di Front Office coinvolte nella sperimentazione sono state dotate di scanner digitali per consentire l'acquisizione in modo veloce e snello dei documenti che obbligatoriamente devono essere allegati alla domanda d'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, alla domanda di Iscrizione Temporanea per Domicilio Sanitario o all'Iscrizione Facoltativa. Inoltre, per gli operatori interni, è stato avviato anche un percorso per la digitalizzazione dei moduli della cassa economica. Il progetto è entrato nel vivo della progettazione e sarà concluso entro la fine del 2023. Anche per questo progetto le postazioni verranno dotate di scanner digitale per acquisire e firmare i documenti.

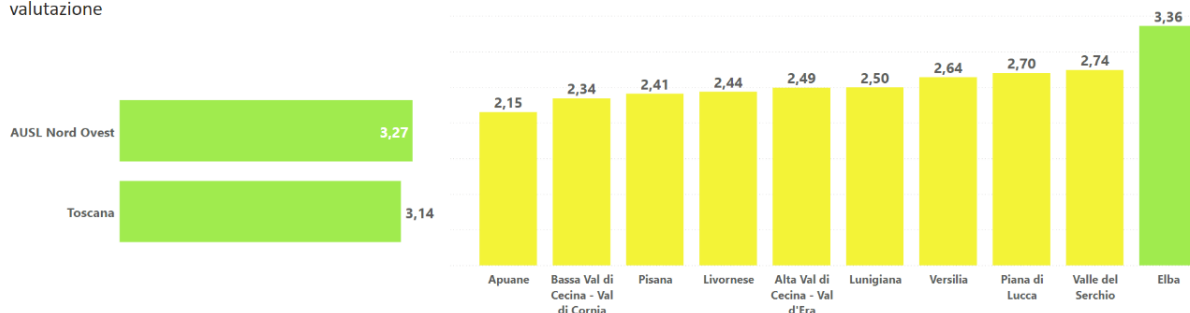
Si presentano infine i risultati degli indicatori utili a rappresentare la capacità dell'azienda di innovare sia dal punto di vista tecnologico che dei processi organizzativi. I dati di sintesi sono positivi, con variabilità interna. Emergono dagli indicatori di dettaglio alcuni punti di debolezza sulla percentuale di specialisti prescrittori che hanno erogato almeno una ricetta dematerializzata e sui medici abilitati che hanno utilizzato il Fascicolo sanitario Elettronico (FSE).

L'indicatore esprime una valutazione anche sull'utilizzo della telemedicina, misurato come proporzione di visite di controllo erogate in modalità televisita, rispetto alle visite di controllo complessivamente erogate, su una selezione di visite. Le percentuali più elevate si registrano per la diabetologia e per l'ematologia.

B24A

Sanità digitale

valutazione



Indicatore

	Num Azienda_2022	Den Azienda_2022	Azienda_ 2022	Azienda_ _2021	Regione_ 2022
<input type="checkbox"/> B24A					
C13.R3.4 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	623	17.558	3,55	1,47	2,92
C13.R3.3 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	1.231	37.974	3,24	0,32	2,30
C13.R3.2 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	417	24.320	1,72		2,50
C13.R3.13 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	382	20.113	1,90	5,05	1,21
C13.R3.11 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	2.750	36.092	7,62	6,10	14,76
C13.R3.10 Proporzione di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	433	8.982	4,82	16,93	4,33
B24P.2.3 Indice READ-IT sui testi del servizio scelta/cambio MMG	0	0	40,58		45,79
B24P.1 PCDI - MMG	0	0	3,75		3,58
B24C.2C.3.1 Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	309	950	32,53	29,26	42,75
B24C.2C.2.2 Aziende sanitarie che alimentano il FSE	12.994.749	13.040.347	99,65	99,58	99,84
B24C.2C.2.1 Operatori sanitari abilitati al FSE	14.250	14.250	100,00	100,00	100,00
B24B.5 Diffusione libretto di gravidanza digitale	2.878	7.612	37,81	9,70	31,79
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	1.253	2.139	58,58	60,06	70,44
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	1.093	2.139	51,10	51,69	63,69
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	4.459.085	4.779.119	93,30	88,55	94,78
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	16.679.139	17.575.635	94,90	94,17	95,75

6. **Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere**

Nuovo ospedale di Livorno.

Nel dicembre 2019 Regione, ASL e Comune hanno firmato un Accordo preliminare che poi si è tradotto nell'Accordo di programma del 10/6/2020, in cui ha preso forma l'idea progettuale attuale, che prevede la realizzazione di un nuovo ospedale, a monoblocco, su una superficie limitrofa all'attuale plesso. Il monoblocco prevede un piano seminterrato e quattro piani fuori terra. Costo stimato di quadro economico (QE): € 190.750.000 per la realizzazione della struttura e €54.250.000 per la messa in esercizio del nuovo ospedale, attraverso la dotazione di arredi e attrezzature sanitarie. Tempi di realizzazione ipotizzati: fine 2028 (esclusi collaudi, attivazione, demolizioni edifici e realizzazione del parco). A dicembre 2022 era in atto il Concorso di Progettazione.

Presidio Cecina-Piombino: ridisegno della rete a seguito dell'unificazione e riqualificazione edilizia degli ospedali.

Il ridisegno della rete ospedaliera della zona, ha il fulcro nel Presidio Ospedaliero di Zona Bassa Val di Cecina – Val di Cornia, nato dall'unificazione organizzativa degli ospedali di Cecina e Piombino, con l'obiettivo di porre le basi per promuovere la qualità e la continuità dei servizi ospedalieri, sfruttando la sinergia tra gli ospedali, così da favorire lo sviluppo integrato dei servizi sanitari, sia ospedalieri sia territoriali, nell'ottica dei percorsi di salute capaci di rispondere ai bisogni attuali e prevedibili di tutta la popolazione della zona.

Riqualificazione e sviluppo dell'ospedale di Volterra.

L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura, ha consentito di incrementare l'attività chirurgica d'elezione: nell'anno 2022 sono aumentati gli interventi del 40% rispetto al 2019 (passando da 727 a 1022): da un lato, l'area di degenza ordinaria chirurgica ha permesso l'ottimizzazione dei letti e personale, dall'altro, l'area di alta intensità di livello 2a ha permesso di ampliare la casistica a pazienti a maggiore complessità anestesiologia e post operatoria. I posti letto ad alta intensità di cura, cosiddetti di livello 2a, per la cura di pazienti a complessità intermedia tra la normale degenza e l'area critica (sub intensiva e intensiva), consentono di gestire pazienti con necessità di ventilazione non invasiva, pazienti nella fase post – operatoria, avendo così la possibilità di ampliare al casistica chirurgica a pazienti più complessi.

7. **Promuovere la qualità, la sicurezza e trasparenza dei percorsi assistenziali dell'organizzazione, sviluppando gli strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini e delle comunità**

Governare i requisiti e gli standard di qualità (autorizzazione ed accreditamento)

Per quanto riguarda l'autorizzazione e l'accreditamento (*"Governance" della qualità e sicurezza dei processi clinico assistenziali*) nel 2022, oltre l'attività routinaria programmata, sono state assicurate e intraprese tutte le iniziative necessarie alla gestione ai sensi della L51/2009 *del rientro nell'ordinario in seguito alla cessazione dello stato di emergenza da COVID-19 (adempimento obbligatorio)*

Nella prima parte dell'anno l'attività si è concentrata, visti gli adempimenti aziendali in tema di *sviluppo dell'Assistenza Territoriale (DM 77/2022)*, in assenza di liste di valutazione regionali aggiornate, nella predisposizione di griglie condivise per la valutazione dei progetti PNNR su Centrali Operative territoriali (COT), Case della Comunità, Ospedali di Comunità e Cure Domiciliari, anche ai fini della loro futura autorizzazione e accreditamento. Nella seconda parte dell'anno si è proceduto ad autorizzare, così come previsto dalle normative nazionali e regionali (*ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18*), tutte le aree sanitarie attivate in deroga (*Decreto Legge n. 24 del 24.03.2022*) ai requisiti autorizzativi e di accreditamento durante l'emergenza pandemica da mantenere ancora attive dopo il 31 dicembre 2022 (*cure intermedie, hub e centri vaccinali, ecc ...*). Contestualmente a questa attività "straordinaria", legata al rientro all'ordinario dopo lo stato emergenziale pandemico (COVID-19), si sono ulteriormente sviluppate le attività iniziate nel 2020-2021 legate al governo dei requisiti di esercizio e di accreditamento in un'ottica di rete. In particolare il sistema di qualità adottato è stato ulteriormente sviluppato in modo da ricomprendere nelle reti anche le strutture "private accreditate" in cui vengono svolte attività per conto e a carico del SSR nell'Area Vasta Nord Ovest.

Nel 2022 è iniziato un censimento a tappeto di tutte le strutture sanitarie aziendali e del privato accreditato, ove presente, afferenti alle "reti" ritenute più critiche (*case della salute/case della Comunità, salute mentale, dipendenze, cure palliative, odontoiatria, presidi sanitari penitenziari, dialisi, riabilitazione, cure domiciliari, Servizi trasfusionali, punti nascita, consultori e ambulatori per l'IVG farmacologica, ecc...*). Per ciascuna struttura aziendale ricompresa è stato verificato il suo "status autorizzativo" intraprendendo, ove necessario, i percorsi necessari a sanare le eventuali criticità riscontrate in modo da assicurare a regime la loro conformità alle normative vigenti (*aperture, chiusure, trasferimenti, trasformazioni, adeguamento ai nuovi requisiti previsti dal DPGR n.79R/2016 e DPGR n.90/2020, ecc..*). Per ciascuna struttura sanitaria privata accreditata ricompresa è stata verificata la congruità tra le attività autorizzate, accreditate e oggetto di contratto intraprendendo di concerto con le strutture coinvolte gli eventuali percorsi di adeguamento. In tal senso va inquadrata anche la nuova attività intrapresa di verifica di compatibilità e funzionalità delle strutture sanitarie private ai fini della programmazione delle attività sanitarie nell'ambito dell'Area Vasta con revisione della relativa procedura aziendale.

Nel 2022 anche il sistema di autovalutazione di Pandora è stata consolidato e sviluppato coerentemente alla gestione delle strutture in un'ottica di rete attraverso la costruzione di questionari in grado di monitorare l'applicazione degli standard di qualità e sicurezza di accreditamento nei setting aziendali afferenti alle reti oggetto di intervento sopra descritte.

Riguardo alle Certificazioni volontarie, l'implementazione di un sistema di gestione della qualità ai sensi della norma UNI EN ISO 9001:2015 ha influito su ogni aspetto delle prestazioni dell'Azienda, creando le condizioni di crescita per il futuro. In particolare i vantaggi si sono tradotti in: miglioramento e controllo dei processi, coinvolgimento del personale, minori sprechi.

I processi e le strutture che hanno intrapreso il percorso della Certificazione ISO hanno mantenuto tale riconoscimento (Dipartimento del Servizio Sociale, Non Autosufficienza e Disabilità; Dipartimento di Prevenzione; Dipartimenti Tecnico Amministrativi; Percorso Attuativo di Certificabilità (P.A.C.); Dipartimento Diagnostiche; Fisica Sanitaria; Centro Trapianti Cornee). L'obiettivo dell'Azienda è di adottare un approccio sempre più proattivo, non solo per valutare le criticità ma anche per cogliere le opportunità di miglioramento.

Gestire il rischio clinico e governare gli standard inerenti la sicurezza dei pazienti e degli operatori

Nel corso del 2022, il personale dell'azienda USL Toscana nord ovest ha segnalato 2526 incidenti o problemi per la sicurezza dei pazienti, che hanno dato luogo a 594 analisi mediante audit su evento significativo (SEA) ed a 1625 revisioni di mortalità e morbidità (M&M), registrati sull'applicativo regionale SiGRC. A seguito degli audit sono state definite ed avviate 726 azioni di miglioramento, con un tasso di realizzazione del 72,33% per le azioni da completare nel corso del 2022. Gli eventi sentinella sono stati 25, tutti gestiti secondo i requisiti previsti dal protocollo SIMES, con un indice di tempestività del 79%. Sono state inoltre segnalate 927 cadute dei pazienti, con un indice di presa in carico per analisi e prevenzione del 75%.

Nella relazione del Centro regionale GRC, l'azienda USL Nordovest è risultata la prima tra le territoriali per la diffusione e la realizzazione di azioni di miglioramento a seguito di SEA, la prima in assoluto per diffusione di M&M in strutture ospedaliere e territoriali.

Nel corso del 2022 il trend delle richieste di risarcimento è in ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente, con un totale di 277 sinistri, tutti presi in carico dai Comitati Gestione Sinistri in cui è presente la funzione aziendale per la sicurezza dei pazienti al fine di verificare la prevenibilità dell'evento e favorire il ritorno di esperienza.

In merito alle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti, e' stata aggiornata l'autovalutazione delle raccomandazioni ministeriali (RM) e delle pratiche per la sicurezza dei pazienti (PSP), mediante l'applicativo Pandora presente sulla intranet aziendale e con il supporto della tabella delle pertinenze relative all'applicabilità di RM e PSP in ogni area e dipartimento, costruito e revisionato con la collaborazione della rete dei facilitatori qualità e sicurezza. L'adesione è stata dell'89% (N=329), con 268 strutture che hanno aggiornato l'autovalutazione, 25 hanno confermato quella dell'anno precedente, 36 non hanno risposto. L'applicazione delle RM è risultata superiore all'80% delle strutture per tutte le raccomandazioni, tranne che per quella relativa alla manipolazione delle forme farmaceutiche solide (= 71%), per cui era in corso la revisione della procedura aziendale sulla sicurezza delle terapie. Per quanto riguarda le PSP, l'adesione è risultata migliorabile per la prevenzione della TVP (53%), del rischio nutrizionale (65%), della VAP (73%), PDTA sepsi (76%) e Delirium (77%). Sono in corso azioni di miglioramento per chiarire i termini di applicabilità della PSP su prevenzione TVP e VAP, nonché iniziative a supporto dell'applicazione degli strumenti per la gestione del rischio nutrizionale, del percorso sepsi e del delirium.

Nel corso del 2022 è stata inoltre rivista e aggiornata la modalità di segnalazione e analisi delle aggressioni a danno del personale sanitario, sono state rafforzare le iniziative mirate e congiunte per la sicurezza dei lavoratori e dei pazienti nelle aree più esposte (PS, salute mentale e dipendenze) ed è stata rafforzata la formazione del personale. E' stata inoltre avviata la valutazione dello stress lavoro correlato secondo il metodo dell'INAIL, applicato per la prima volta a tutta l'Azienda USL Toscana Nordovest. Sono stati condotti debriefing a supporto del personale coinvolto in eventi sentinella particolarmente traumatici, con successiva attivazione del supporto psicologico individuale e di gruppo.

Nel corso del 2022 sono state pubblicate le procedure aziendali aggiornate per la prevenzione delle cadute e per la prevenzione e gestione della contenzione.

Sono stati inoltre riavviati i programmi per la prevenzione delle infezioni da micro-organismi multi-resistenti, la sicurezza trasfusionale, la gestione del rischio associato ai dispositivi impiantabili, la prevenzione delle aggressioni, l'integrazione della sicurezza nella transizione al digitale e nei percorsi assistenziali delle patologie croniche e tempo-dipendenti.

E' stato completato il progetto di ricerca-azione Insieme per la prevenzione delle infezioni finanziato da RT, che ha coinvolto 7 strutture sanitarie e socio-sanitarie territoriali e che ha dato luogo al successivo Insieme per la sicurezza dei pazienti, esteso ad altre 20 strutture.

PARTECIPAZIONE. La legge regionale 75/2017 propone un nuovo sistema di partecipazione ed istituisce a livello regionale il 'Consiglio dei cittadini per la salute' e, sul territorio, i 'Comitati aziendali di partecipazione' e i 'Comitati di partecipazione di zona-distretto', per consentire una maggiore e più attiva partecipazione dei cittadini alla pianificazione, programmazione e al buon funzionamento dei servizi sanitari. La legge regionale è frutto di un lavoro partecipato e condiviso tra cittadini, operatori e direzioni aziendali del servizio sanitario e permette la collaborazione dei cittadini alla pianificazione e programmazione, con modalità e strumenti diversificati ai vari livelli, assicurando un processo integrato. Fin dalla costituzione dei Comitati di partecipazione l'Azienda ha supportato l'intervento e le proposte dei cittadini tramite l'organizzazione di iniziative di informazione e sensibilizzazione sulle tematiche socio sanitarie. L'obiettivo strategico del coinvolgimento dei cittadini tramite specifiche azioni locali è rivolto oltre ai residenti e stakeholders legati allo specifico territorio, agli opinion leaders provenienti dalle associazioni facenti parte dei Comitati zonali di partecipazione, presenti nelle zone distretto. Il traguardo che l'Azienda si è proposta è quello della programmazione partecipata di azioni per la responsabilizzazione dei cittadini e la ricaduta sull'organizzazione aziendale, rendicontabile attraverso il bilancio sociale.

TUTELA. La trasformazione ed il potenziamento della rete degli Urp tramite la costituzione di un unico punto di accesso da parte dei cittadini in parallelo con la maggiore diffusione degli strumenti digitali verso l'esterno, ma anche verso l'interno, ha accompagnato il mutamento avvenuto con la fase relativa all' emergenza Covid. Tale mutamento si è sostanziato nello sviluppo di un atteggiamento più comunicativo e relazionale col cittadino, teso alla risoluzione dei suoi bisogni, meno burocratico e maggiormente orientato alla raccolta delle sue esigenze, ai fini del miglioramento della qualità dei servizi erogati. Questa trasformazione si accompagna a sua volta ad una maggiore integrazione con i front office aziendali e con le agenzie regionali di contatto col cittadino.

Partecipazione

Con il graduale superamento dell'emergenza Covid, nel 2022 si pongono le condizioni per un ritorno alla normalità. Il recupero delle attività sospese non è però scontato: la perdita delle forme di socialità consuete per un tempo significativo ha lasciato tracce. Il post Covid non si presenta pertanto come un ritorno a quello che c'era prima della crisi pandemica: il volontariato in questi anni ha subito importanti perdite e si assiste ad una difficoltà generale a recuperare le attività pregresse; forte è l'esigenza di capire come si è usciti dalla crisi. L'attività dei comitati di partecipazione, in particolare di quello aziendale, è ripresa lentamente in modalità mista (in presenza e a distanza).

Il sistema di partecipazione ha continuato a lavorare sui tre livelli (zonale, aziendale, regionale) e particolare attenzione è stata posta alla circolazione delle informazioni bottom-up e top-down.

Il comitato aziendale è divenuto punto di snodo: di divulgazione delle attività del Consiglio dei Cittadini con l'invito a partecipare ai tavoli di lavoro regionali (es. tavolo sulle liste di attesa, sulle case di comunità) e di raccolta di notizie sul livello zonale. È stata effettuata una ricognizione della

situazione dei comitati zonali e dei bisogni che emergono nei territori in vista di una programmazione annuale delle attività

Con lo staff è stato monitorato il recupero post Covid delle prestazioni e la situazione delle liste di attesa. Iniziato il ragionamento sulla riforma delle cure primarie in collegamento con il DM 77/2022 e l'implementazione delle missioni 6 e 5 del PNRR. La rete URP ha continuato la propria collaborazione con i comitati zonali per supportarne le attività di concerto con le zone/SdS.

Ha preso avvio la terza edizione dei Cantieri della Salute che nel 2022 coinvolge la SdS Valli Etrusche e alla fine dell'anno è stata organizzata a Castagneto Carducci una Agorà della Salute.

In alcune realtà è proseguito il progetto avviato con i Cantieri negli anni precedenti: in Alta Val di Cecina Valdera è stata progettata la Rete della salute a supporto del software dove sono confluiti i dati relativi ai servizi/attività messi in atto dalle associazioni del territorio; nella Zona Livornese è stata realizzata la cartellonistica all'interno del Presidio ospedaliero per raggiungere i servizi consultoriali; nella SdS Pisana è andata avanti la riflessione sulla medicina di genere e si è delineato un progetto di ricerca/intervento nelle RSA.

E continuata la collaborazione del comitato aziendale di partecipazione con alcuni servizi aziendali

E iniziata nel mese di dicembre a Livorno la serie di incontri dedicati alla diffusione delle cure palliative che ha visto il coinvolgimento anche del Comitato Etico Aziendale nella figura della sua presidente. E' proseguita la collaborazione con la struttura che si occupa della Sicurezza del Paziente; e i componenti del Comitato aziendale sono stati invitati a testimoniare le proprie esperienze nei corsi di formazione rivolti al personale sul programma PASS.

Alcuni progetti maturati a livello zonale hanno poi partecipato al bando per le Buone Pratiche promosso dalla Regione Toscana: è stato premiato il progetto realizzato a Livorno con l'AVO di accoglienza nel presidio ospedaliero di Livorno. E' continuato l'impegno nel Comitato Etico e nella CMC che nel corso dell'anno si riunisce con cadenza bimestrale.

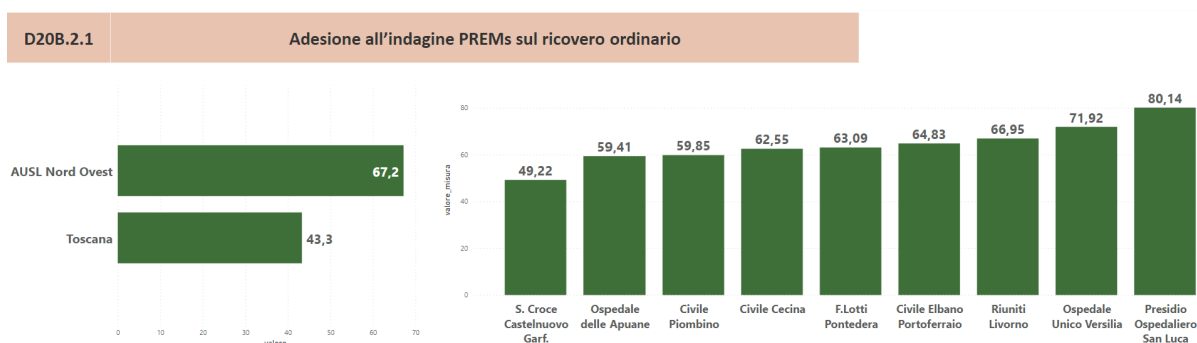
Il punto di vista degli utenti e il clima organizzativo interno

OSSERVATORIO PREMS. L'azienda pone grande attenzione al coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi che offre, con l'obiettivo di affrontare la grande sfida della pubblica amministrazione, che consiste nel mettere realmente al centro i bisogni del cittadino e **superare l'autoreferenzialità**. Aderisce infatti all'Osservatorio PREMS (Patient Reported Experience Measures), che permette una **rilevazione sistematica dell'esperienza** riportata dai pazienti in regime di ricovero ordinario. L'indagine è promossa dalla Regione Toscana e dall'Azienda USL Toscana nord ovest e viene realizzata in collaborazione con il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (Laboratorio MeS). Lo strumento è digitale, fortemente innovativo e permette di aprire un canale di comunicazione diretto e continuo con i pazienti.

Le informazioni raccolte sono fonte preziosa di indicazioni per il miglioramento per l'azienda, sia in termini di qualità dell'assistenza, che di valorizzazione del personale, che si impegna quotidianamente per erogare i servizi.

Ad oggi sono coinvolti i seguenti **9 ospedali**: Apuane, Lucca, Pontedera, Viareggio, Livorno, Cecina, Piombino, Portoferraio e Castelnovo (quest'ultimo attivato a dicembre 2021). Grazie alla diffusione della cartella clinica informatizzata, sarà possibile estendere questo fondamentale strumento anche a Barga, Volterra, Fivizzano e Pontremoli.

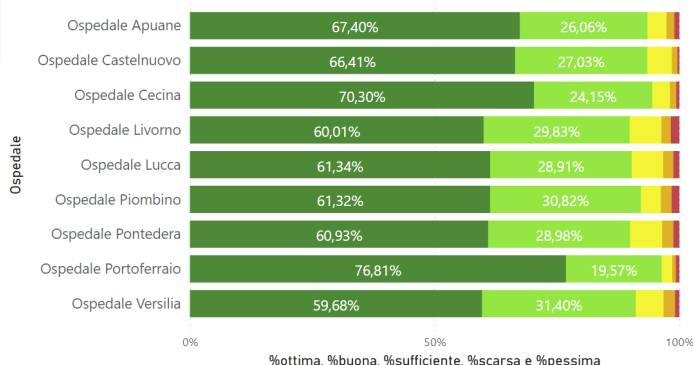
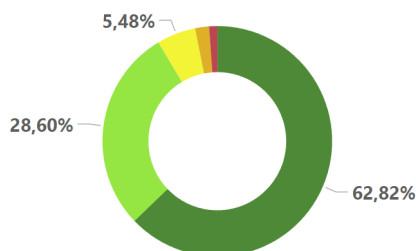
L'**adesione**, è un valore fondamentale, che misura **quanto effettivamente l'azienda offre la possibilità ai pazienti o ai loro familiari di poter esprimere un parere sull'esperienza di ricovero**: monitora infatti quanti pazienti hanno lasciato i propri recapiti (cell o mail) agli operatori sanitari rispetto a quanti sono stati effettivamente ricoverati (ricovero ordinario). I contatti vengono registrati sulla cartella clinica elettronica e il paziente entro 48 ore dalla dimissione riceve un questionario a cui può rispondere in maniera volontaria e anonima. Nel 2022 quasi il 70% dei pazienti ha ricevuto l'invito a partecipare al questionario e si è collocata tra più elevati valori a livello regionale.



Il questionario prevede una serie di domande a risposta chiusa, che ripercorrono il percorso del ricovero, dall'accoglienza alla dimissione, analizzando varie dimensioni legate al comfort, al rapporto con il personale, alla gestione del dolore etc. Alcune considerazioni possono essere inoltre inserite in appositi campi aperti che permettono di scrivere un testo libero; **i commenti sono nel complesso ampiamente positivi e riguardano soprattutto i professionisti coinvolti**; il fattore umano è sicuramente uno dei fattori più rilevanti nel benessere di questo tipo di esperienza, non mancano comunque gli spunti di riflessione per migliorare. I risultati dei PremS sono sempre accessibili ai professionisti e sono stati oggetto di diversi momenti di condivisione nel corso dell'anno.

Le valutazioni dei pazienti sono nel complesso positive: Alla domanda “Come valuta complessivamente l’assistenza ricevuta in reparto?” nel 2022 circa il **92% dei pazienti ha dato un giudizio assai positivo, in particolare circa il 29% ha attribuito una valutazione buona e 63% ottima.**

Valutazione complessiva dell’assistenza ricevuta



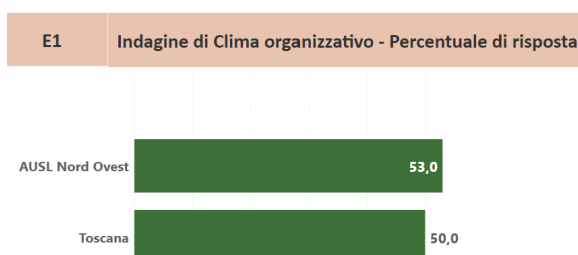
Ospedale	Adesione	Partecipazione	Tasso di risposta	Ottima	Buona	Suff	Scarsa	Pessima	tot freq
Ospedale Apuane	58%	31%	18%	1340	518	78	32	20	1.988
Ospedale Castelnauovo	72%	34%	24%	172	70	13	3	1	259
Ospedale Cecina	62%	21%	12%	329	113	17	6	3	468
Ospedale Livorno	68%	22%	14%	998	496	108	32	29	1.663
Ospedale Lucca	82%	21%	17%	1063	501	112	36	21	1.733
Ospedale Piombino	58%	19%	11%	195	98	13	7	5	318
Ospedale Pontedera	62%	28%	17%	658	313	71	25	13	1.080
Ospedale Portoferraio	65%	14%	8%	106	27	3	1	1	138
Ospedale Versilia	74%	22%	17%	1091	574	104	43	16	1.828
Totale	68%	24%	16%	5952	2710	519	185	109	9.475

Come **elemento di trasparenza** l’Azienda, ha inoltre scelto di **rendere pubblici** in tempo reale sul proprio sito istituzionale il grado di soddisfazione complessivo dei pazienti ricoverati al seguente link <https://www.uslnordovest.toscana.it/213-ospedali/prems/5898-prems-ricoveri> Oppure inquadrando il codice QR sotto è possibile visualizzare i risultati aziendali aggiornati in continuo.



Visualizza qui l’opinione dei pazienti che hanno già risposto

CLIMA ORGANIZZATIVO Oltre agli strumenti che rilevano la valutazione ed il punto di vista dei pazienti, l’azienda ha sempre promosso attivamente la partecipazione alla rilevazione del clima organizzativo interno, in quanto **la soddisfazione del personale è un importante indicatore di performance delle aziende sanitarie**. Negli anni l’azienda è sempre stata tra quelle che riescono a raggiungere un elevato livello di partecipazione dei propri dipendenti. Tra la fine del 2022 e l’inizio del 2023 è stata realizzata la nuova edizione della rilevazione, con il 53% di partecipazione a livello aziendale. L’analisi del clima interno risponde infatti all’esigenza di valutare l’impatto delle azioni sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un’organizzazione.



8. Lo sviluppo del capitale umano

Gli obiettivi legati al miglioramento della qualità dell'assistenza e in generale dei servizi erogati, vanno di pari passo con quelli legati allo sviluppo dell'organizzazione. D'altra parte è evidente a livello aziendale, regionale e nazionale la difficoltà di reclutamento del personale, della medicina generale e della continuità assistenziale.

FORMAZIONE

Allo scopo di sostenere la formazione continua del personale e far sì che questa accompagni le politiche e le strategie aziendali, la AUSL Toscana Nord Ovest definisce annualmente la rilevazione dei bisogni, la programmazione, organizzazione e gestione delle attività formative nel Piano Annuale di Formazione. Il Piano Aziendale di Formazione è il risultato di un percorso condiviso a tutti i livelli ed orientato agli obiettivi aziendali. Condiviso, in quanto tutte le componenti aziendali sono messe in grado di partecipare, ciascuna per le sue competenze ed attraverso modalità codificate (come Cabine di Regia di percorso), alla costruzione del Piano fin dalla fase di rilevazione dei bisogni formativi. Orientato agli obiettivi, in quanto in tutte le fasi viene richiesto di assicurare la coerenza con il quadro della programmazione aziendale e regionale, anche attraverso la riconduzione di ogni Evento ad almeno uno degli obiettivi aziendali, intendendo con essi sia gli obiettivi della programmazione (budget, piano della performance) sia un elenco di macro obiettivi formativi ricorrenti.

L'anno 2022 ha segnato, per l'Azienda e quindi anche per le attività di formazione continua, il tentativo di un "ritorno alla programmazione" dopo un biennio profondamente segnato dalla Pandemia da Covid19 e dalla riorganizzazioni correlate.

Il PAF 2022 è stato deliberato il 27.1.2022 (Det.DG n. 90) dopo un lungo percorso partecipativo a cui hanno preso parte, come di consueto, tutte le strutture aziendali tramite le cabine di regia multi dipartimentali. A metà anno è stata fatta una analisi puntuale delle difficoltà attraverso il monitoraggio degli eventi e la sensibilizzazione dei dipartimenti in merito agli obiettivi formativi prioritari.

E' stata quindi condivisa, approvata dal Comitato Scientifico Formativo (il 23.6.2022) e divulgata subito agli AdF e sulla intranet aziendale una revisione del PAF 2022 (poi oggetto di recepimento con la Delibera n. 777 del 27.7.2022) che ha visto, a parità di eventi, una maggiore focalizzazione sulle esigenze specifiche che erano nel frattempo in parte mutate.

Sono stati realizzati globalmente il 79% dei 942 eventi previsti, rilasciati attestati e crediti a 10.177 professionisti tra dipendenti e convenzionati. Rispetto agli eventi realizzati nell'anno precedente il 2022 ha visto un aumento del 33%, gli indicatori soglia del PAF sono stati tutti pienamente rispettati ed abbiamo aumentato il numero medio di crediti ECM erogati ai nostri operatori (23,4). Continuiamo, inoltre, ad avere ottime valutazioni da parte dei discenti (4,6 su 5)

Attività significativa dell'anno 2022 è stato infine lo sviluppo delle attività del Centro aziendale di Formazione in Simulazione, che ha visto la costituzione di un Comitato Scientifico rappresentativo dei Dipartimenti, la formazione di un Albo di Facilitatori di Simulazione e l'avvio, in accordo con la rete regionale (DGR 805/2021), di molti Format che utilizzano la simulazione. Sono stati erogati 16 eventi in simulazione per 66 edizioni complessive formando con tale metodologia 393 medici, 329 infermieri e altri 67 professionisti di vari profili.

Nel 2022, infine, la formazione individuale obbligatoria ha avuto una crescita non tanto in termini di numero di partecipazioni (188 a fronte di 183 nel 2021) ma rispetto al costo medio delle stesse (+38%), dato che si spiega per il maggiore utilizzo di tale istituto per la partecipazione ad eventi altamente professionalizzanti (es. Master).

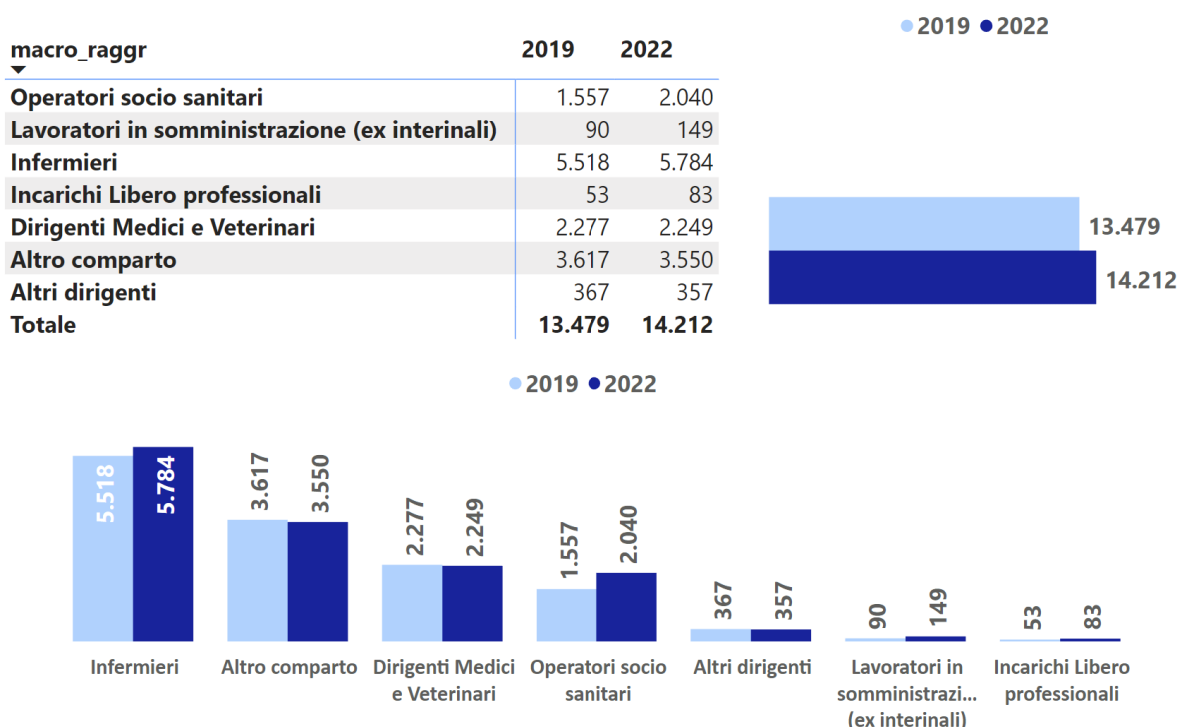
Nel 2022 è poi ripartita in misura imponente la formazione residenziale fuori sede effettuata con il contributo degli sponsor; sono state istruite e autorizzate n. 510 richieste di sponsorizzazioni individuali, per oltre il 90% afferenti alla Dirigenza medica, per un valore significativamente più elevato della spesa del biennio precedente

MODELLI INNOVATIVI DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO L'applicazione dello smart working può diventare un'opportunità per le aziende private e pubbliche se implementato e gestito in modo corretto secondo i principi aziendali di efficacia ed efficienza. Dal mese di marzo 2020, durante la fase acuta della pandemia, è stato incentivato e facilitato il ricorso a forme di lavoro agile, consentendo così a molti lavoratori di sperimentare forme organizzative differenti da quelle a cui normalmente erano abituati. L'attuazione del lavoro agile ha però subito una sorta di forzatura dovuta alla situazione di emergenza sanitaria in corso, che non ne ha consentito una implementazione organica e graduale. I presupposti per una corretta gestione dello smart working risiedono in un profondo ripensamento del modello organizzativo e da un'analisi e programmazione delle azioni e modalità che ne caratterizzano il lavoro fuori e dentro l'azienda. Si tratta di un vero e proprio cambiamento culturale, organizzativo e di processo che scardina le consuetudini e l'approccio tradizionale che si è consolidato negli anni, basandosi su una cultura orientata ai risultati e su una valutazione legata alle reali performance. Il progetto della Azienda mira a trasmettere e diffondere, ai lavoratori coinvolti, i concetti base di un corretto modello di smart working al fine di valutare l'idoneità di questa forma di lavoro, introdotta a causa dell'emergenza, di favorire una vera riorganizzazione, agevolando l'introduzione del lavoro agile all'interno del sistema. Il concetto di smart working deve cioè essere considerato nella sua accezione più ampia in cui, alla flessibilità di orario o luogo di lavoro vanno affiancati i più importanti concetti di lavoro per obiettivi, delega, responsabilità e benessere del lavoratore.

Partendo dalle iniziative intraprese durante lo stato di emergenza con riferimento al lavoro agile, in un'ottica di programma di sviluppo organizzativo, è stato dapprima avviato un questionario per la rilevazione dei bisogni e delle esperienze maturate dal personale durante lo smart working di emergenza e poi è stato adottato un regolamento Lavoro agile che, introducendo lo smart working ed il telelavoro come modalità alternative di svolgimento della prestazione lavorativa, sviluppa un nuovo concetto di lavoro per obiettivi. Allo stato attuale, risultano in smart working tutti i dipendenti che ne hanno fatto richiesta e che godono dei benefici della L. 104 per sé o per i propri familiari.

Essendo nel frattempo stato sottoscritto il CCNL 2019/2021 per il personale del comparto che ha disciplinato il lavoro agile, è stato necessario aggiornare tramite confronto sindacale la proposta di regolamento già presentata dall'Azienda. E' stato coinvolto anche il CUG per arricchire la proposta aziendale del contributo di questo organismo paritetico. A maggio 2023 si è concluso il percorso di confronto e a partire da luglio sono stati attivati i percorsi di smart working per circa 270 operatori della nostra Azienda. I bandi sono stati pubblicati a livello di Dipartimento individuando progetti di lavoro con attività smartizzabili e sono stati attivati i contratti individuali di lavoro agile a partire dal 1 settembre 2023 con i dipendenti che secondo il regolamento aziendale hanno caratteristiche di priorità. I bandi hanno cadenza annuale e laddove possibile verrà garantito il principio di rotazione al fine di rendere l'istituto flessibile alle necessità. Nel regolamento aziendale per il personale del comparto è stato previsto un premio annuale a tantum di 120 euro per gli smart workers per incentivare questa forma di lavoro. E' in corso di programmazione poi per il 2024 un percorso formativo ad hoc incentrato sul "lavorare per obiettivi" e uno sportello di ascolto psicologico dedicato ai dipendenti in Lavoro agile.

CONSISTENZA DEL PERSONALE Il grafico sotto mostra l'andamento del personale, che tra il 2019 e il 2022 è aumentato di 733 unità, passando da 13.479 a 14.212.



Pari opportunità e bilancio di genere

La Legge n. 183/2010 ha istituito il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG). Si tratta di un organismo che promuove una politica di attenzione alla persona, con l'intento di realizzare le migliori condizioni di benessere sul lavoro, in un ambiente favorevole, improntato alle relazioni interpersonali rispettose e proficue, attuando una politica di "parità di genere" tra uomini e donne e, al contempo, di condanna ogni forma di discriminazione.

In azienda è stato costituito con deliberazione 892/2017 e successive integrazioni ed è stato ricostituito alla fine del 2021 (Del. 1173/2021).

Secondo gli indirizzi di programmazione espressi nel piano triennale, il Comitato nel corso dell'anno 2022 ha consolidato le azioni previste nel Piano Azioni Positive 2022-2024 continuando il percorso, già avviato l'anno scorso, d'integrazione, nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze, con il Dipartimento delle Risorse Umane, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e altri settori aziendali e gruppi di lavoro istituiti per assicurare la tutela degli operatori contro il fenomeno delle aggressioni degli operatori in sanità, eventi formativi e Piano di Uguaglianza di Genere.

In ragione dell'esperienza fatta in conseguenza dello stato di emergenza, legata quindi alla pandemia da Covid-19, il Comitato ha preso atto della Linee guida sul piano organizzativo del lavoro agile (POLA) e indicatori di performance (art.14, comma 1, legge 7 agosto 2015, n.124 come modificato dall'articolo 263, comma 4-bis, del decreto legge n.34 del 2020 convertito con legge n.77 del 2020) per valutarne l'applicazione nell'azienda sanitaria.

Inoltre sempre nel corso del 2022 è stata adottata la Delibera n. 740 del 13 luglio 2022, con oggetto “Rapporto di lavoro a tempo parziale – Approvazione Nuovo Regolamento a Valenza aziendale”, per disciplinare l’istituto del Part Time in modo da renderlo omogeneo per tutti i dipendenti dell’Azienda a prescindere dall’ambito territoriale di appartenenza.

Nel corso dell’anno si sono svolti momenti di confronto con Dipartimento delle Risorse Umane e le Organizzazioni Sindacali sui “Criteri per l’individuazione di fasce temporali di flessibilità oraria in entrata e in uscita, al fine di conseguire una maggiore conciliazione tra vita lavorativa e vita familiare” e “Regolamento Lavoro Agile”, si è consolidata la proficua collaborazione con il Responsabile Trasparenza e Anticorruzione Aziendale rappresentata nel piano annuale della trasparenza.

In merito al rapporto del CUG con il Responsabile dell’Anticorruzione e Trasparenza e la Consigliera di Fiducia, si riporta e conferma quanto già illustrato nelle precedenti relazioni annuali. Si ribadisce pertanto che la corruzione, a tutti i livelli, trova un terreno maggiormente fertile là dove convivono situazioni di malessere, mancato riconoscimento del merito, demotivazione, poca trasparenza e discriminazioni. In tale contesto il CUG può assumere un ruolo nel complesso sistema del contrasto alla corruzione all’interno delle Amministrazioni pubbliche e nei rapporti che queste instaurano con l’esterno, siano esse altre amministrazioni pubbliche, aziende private e utenza. Infatti, il CUG proprio in quanto soggetto promotore di un’efficace cultura dell’etica, della trasparenza, della valorizzazione del merito, del contrasto alle discriminazioni, può (e deve) avere un ruolo nella prevenzione della corruzione.

Nei Codici Etici e/o di condotta sono state, infatti, previste le figure dei cd. “Consiglieri e/o Consigliere di fiducia” e/o “Sportelli di ascolto”, figure e strumenti che per loro stessa natura, così come normativamente previsto, trovano nel CUG un importante e imprescindibile punto di riferimento.

Proprio riguardo alla figura della Consigliera di Fiducia nel corso del 2022 è stata riscontrata l’importanza della sua nomina per l’Azienda, proficua si è rilevata la sua attività oltre che determinante per l’orientamento programmatico e dello stesso Comitato come espresso nel nuovo piano triennale e nell’elaborazione del “Piano di Uguaglianza (GEP).

Relativamente al Codice di Comportamento dell’Azienda USL Toscana Nord Ovest, la cui prima versione è stata approvata con Deliberazione n. 65 del 2018, è stato aggiornato con Delibera n. 89 del [27 gennaio 2022](#) “Aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale”. Nel nuovo regolamento stato introdotto l’art. 13 concernente il divieto di discriminazione e promozione delle pari opportunità e trattamento tra donne e uomini in tutte le attività aziendali. Il Responsabile della Trasparenza richiama l’attenzione sulla necessità di regolamenti sulla parità di genere, c’è in ipotesi di rivedere la formazione aziendale in tal senso.

Ancora con riferimento al Piano Anticorruzione e Trasparenza 2022-2024 è stata prevista un’integrazione in stretta connessione con il Codice di Comportamento del personale della Regione Toscana. Il Piano ha recepito le indicazioni ed integrazioni dell’aggiornamento del Codice di comportamento del personale della Regione Toscana, adottato con delibera di Giunta Regionale n. 978 del [29/07/2019](#), nonché le stesse linee d’indirizzo.

Sono state poi recepite nel codice aziendale anche le previsioni, i principi e gli orientamenti del Codice di condotta per la tutela della dignità del personale della Regione Toscana, adeguandole al personale dell’Azienda USL Nordovest. Tra i principi cardine previsti vi è proprio la promozione da parte dell’Azienda, in collaborazione anche con il Comitato Unico di Garanzia Aziendale, di una politica di attenzione alla persona, con l’intento di realizzare al proprio interno le migliori condizioni di benessere nel lavoro, all’interno di un ambiente favorevole improntato alle relazioni interpersonali rispettose e proficue; attuando una politica di “parità di genere” attraverso una concreta parità di trattamento tra uomini e donne e, al contempo, condanna ogni forma di discriminazione.

Nel corso del 2022 è partito il corso aziendale FAD “Il CUG per le pari opportunità e la valorizzazione del benessere organizzativo nell’Azienda UsI Toscana Nord Ovest rivolto a tutto il personale sanitario, amministrativo professionale e tecnico dell’azienda. E’ stato il primo corso a livello regionale che ha affrontato il tema CUG, e quello della Consigliera di Fiducia.

Sempre nel corso del 2022 su mandato della Direzione Aziendale è stato istituito un sottogruppo per l’elaborazione del “Piano di Uguaglianza” (GEP). Il **Piano di Uguaglianza di Genere (GEP)** è un documento programmatico finalizzato alla realizzazione di azioni e progetti che favoriscono la riduzione delle asimmetrie di genere e permettono al contempo la valorizzazione di tutte le diversità legate ad esempio alle variabili dell’età, della cultura, dell’abilità fisica, dell’orientamento sessuale del plurilinguismo ed è articolato nelle seguenti aree d’intervento:

1. Equilibrio vita privata/vita professionale e cultura dell’organizzazione;
2. Equilibrio di genere nelle posizioni di vertice e negli organi decisionali;
3. Uguaglianza di genere nel reclutamento e nelle progressioni di carriera;
4. Integrazione della dimensione di genere nelle attività assistenziali, ricerca e formazione;
5. Contrasto della violenza di genere, comprese le molestie sessuali.

In merito all’analisi dei dati sul personale si riportano le tabelle fornite al Comitato dal Dipartimento delle Risorse Umane sul bilancio di genere. In tabella è rappresentata la distribuzione del personale per ruolo e genere al 31 dicembre 2022, da cui emerge che il genere femminile è meno rappresentato nei ruoli apicali

TABELLA 1.1. - RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO

Classi età / Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<30	31/40	41/50	51/60	>60	<30	31/40	41/50	51/60	>60
DIRETTORI AZIENDALI				2					2	
DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA			1	27	75			1	5	10
DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE			9	34	60			10	26	33
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		107	158	269	271		234	376	269	182
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA				1						2
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE				1	4				3	1
VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI				7	14			2	8	4
ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI									1	
FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA				1	1				1	2
FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE			1	1	1			1	1	
FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		3	1	4	2		6	24	10	6
FARMACISTI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)								1		
BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA					1			1		
BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE										5
BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		1	2	2			3	15	11	12
CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE					2					1
CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI			2		2			1		1
FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA					2				1	
FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		1	1	4			1	4	3	
PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA					1					
PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE								2		2
PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI			6	8	3		6	19	17	11
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE			1	7	2			2	5	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. SENIOR - DS			1	12	5			6	51	25
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. - D		115	186	188	398	71	423	630	1149	2313
OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS. INFERM. SENIOR-C										2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. SENIOR - DS				17	21				32	21
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. - D		18	53	46	50	15	19	92	104	130
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. SENIOR - DS				51	30				1	11
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - D		20	14	56	17	7	20	13	29	8
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. SENIOR - DS				2	7				21	24
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - D		3	22	28	12	11	59	107	122	30
OPER.RE PROF.LE DI II CAT. CON FUNZ. DI RIABIL. SENIOR - C				1	1				3	1
AVVOCATO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA				1						1
AVVOCATO DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)				1						1
INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA			2	4	2					
INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE			1					1		0
INGEGNERE DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI			1	5	3			1		0
INGEGNERE DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)					1		1			0
ARCHITETTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA					1					0
ASSISTENTE RELIGIOSO - D				2	1					0
SPECIALISTA RAPPORTI MEDIA -GIORNALISTA D			1							0
ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA			1							0
ANALISTI DIRIG. CON ALTRI INCARICHI PROF.LI				1						0
STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA									1	0
SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA			2							1
SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE					1					0
SOCIOLOGO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI				1						1
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE SENIOR - DS				1	1				5	19
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE - D				3	1		8	35	41	24
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE SENIOR - DS				3	1				3	0
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE - D		1	3	4	14	6	4	5	5	0
ASSISTENTE TECNICO - C		3	14	26	2			3	0	2
PROGRAM.RE - C			1					1		0
OPERATORE TECNICO SPECIAL TO SENIOR - C			7	21	11				3	
OPERATORE TECNICO SPECIAL TO - BS			9	35	23			3	5	11
OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS		15	45	75	91	36	25	159	449	728
OPERATORE TECNICO - B			6	29	40	27		7	22	51
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL ASSISTENZA - B				4	1				15	12
AUSILIARIO SPECIALIZZATO - A			1	6	18	9			2	32
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA				1	12	2			10	5
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE				1	3			1	3	2
DIRIGENTE AMM.VO CON ALTRI INCAR.PROF.LI									6	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE SENIOR - DS				12	9				18	6
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE - D		1	14	37	13		6	52	148	49
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - C		2	12	28	39	14	1	23	70	140
COADIUTORE AMM.VO SENIOR - BS			1	3	11	2		4	7	37
COADIUTORE AMM.VO - B		1	3	16	31	8	3	8	19	40
COMMESSO - A				4	3	1			1	3
TOTALE PERSONALE	152	449	673	1401	797	489	1271	2511	4369	1420
% sul personale complessivo	0,65	2,72	5,95	11,52	6,53	1,88	15,53	30,92	16,31	9,74
Personale a Tempo Determinato unità rapportate ad anno										
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		15,83	4,3	0,67			32,53	9,62	2,84	
DIRIGENTI VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI				0,33	1,87		0,44	6,34		
DIRIGENTI FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		0,56	1,49				0,88	3,79	0,575	
DIRIGENTI PSICOLOGI CON ALTRI INCAR.PROF.LI							1,00	1,00		
DIRIGENTI CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI			1,67							
DIRIGENTI BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		1,00					0,337	1,64	0,605	
DIRIGENTI AMMINISTRATIVO			1	0,499				1,00		
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER.	5,73	27,45	5,08	4,025		27,52	79,69	17,89	4,88	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL.	3,84	2,17		0,99		4,01	10,45	1,87	2,46	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC.	5,07	3,97				13,89	9,11	2,33	0,545	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.		2,54					0,54			
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE					0,085					
PROFILI RUOLO TECNICO	3,97	5,24	6,30	4,26		12,29	34,09	52,47	36,47	2,85
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	3,00	11,70	1,92			2,51	20,454	6,36	2,89	
TOTALE PERSONALE	21,61	70,46	21,73	10,77	1,96	60,22	189,50	104,31	51,26	2,85
% sul personale complessivo	2,65	11,19	4,63	1,97	0,45	12,49	38,60	19,27	8,17	0,59

Percentuale Uomini
Donne

25,658
74,342

Dagli indirizzi strategici regionali agli obiettivi aziendali: il Budget

Gli obiettivi presenti sulla delibera regionale, vengono integrati con gli specifici indirizzi strategici della Direzione Aziendale e calati nell'ambito del **processo di budget** e **assegnati a cascata** alle diverse articolazioni organizzative.

L'Azienda a inizio anno ha avviato il consueto iter di assegnazione di obiettivi secondo i criteri consolidati negli anni precedenti, raggruppando le funzioni fondamentali svolte in **4 Aree Strategiche**, che costituiscono la base su cui è stato strutturato il **processo di budget** e la declinazione degli obiettivi nelle singole schede, assegnate ai vari livelli dell'organizzazione. Gli obiettivi e indicatori sono stati quindi raggruppati nelle seguenti categorie:

- **Obiettivi di programmazione**
- **Obiettivi economici**
- **Obiettivi specifici aziendali**
- **Obiettivi di organizzazione e governo**

I Dipartimenti e tutte le articolazioni aziendali sanitarie, sociali, tecnico-amministrative e dello staff sono titolari di scheda di budget e perciò inserite nel processo di valutazione dei risultati. L'andamento degli obiettivi di budget, è stato verificato a livello aziendale mediante:

- **reportistica periodica** trasmessa dal Controllo di Gestione
- **riunioni sistematiche** a livello di struttura con gli operatori per la condivisione degli obiettivi, la verifica dell'andamento e la valutazione dei risultati finali

I criteri adottati nella valutazione tengono conto sia della **capacità di miglioramento** dell'azienda, sia dei **risultati ottenuti** rispetto al contesto regionale, e cioè il **"posizionamento"**. Di tali criteri e delle loro concrete applicazioni viene data evidenza nelle schede di dettaglio, che la Direzione Aziendale invia ai Dipartimenti come informazione di ritorno e coinvolgimento nelle fasi intermedie e conclusiva del percorso, in modo tale da assicurare la necessaria trasparenza di tutto il processo.

La valutazione finale del grado di raggiungimento degli obiettivi a livello aziendale viene effettuata dalla Direzione Aziendale con il supporto dell'Area Programmazione e controllo ed è validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), che svolge un ruolo fondamentale di supervisione sul processo complessivo e sulla trasparenza dei risultati raggiunti.

La performance organizzativa

I criteri adottati nella valutazione dei risultati conseguiti sono generalmente di 2 tipologie:

- ✓ **Miglioramento:** il risultato attribuito è proporzionale al grado di raggiungimento dell'obiettivo: in altri termini, se il risultato è uguale o migliore rispetto all'obiettivo fissato, il punteggio è pari al 100%; se il risultato non raggiunge l'obiettivo, viene assegnato un punteggio percentuale compreso tra 0% e 100%, proporzionale al miglioramento ottenuto.
- ✓ **Posizionamento:** fa riferimento alla valutazione degli indicatori nel Bersaglio MeS, che rappresenta la fotografia di come si colloca un indicatore rispetto al contesto regionale: con un valore positivo si ottiene comunque un punteggio proporzionale al risultato ottenuto.

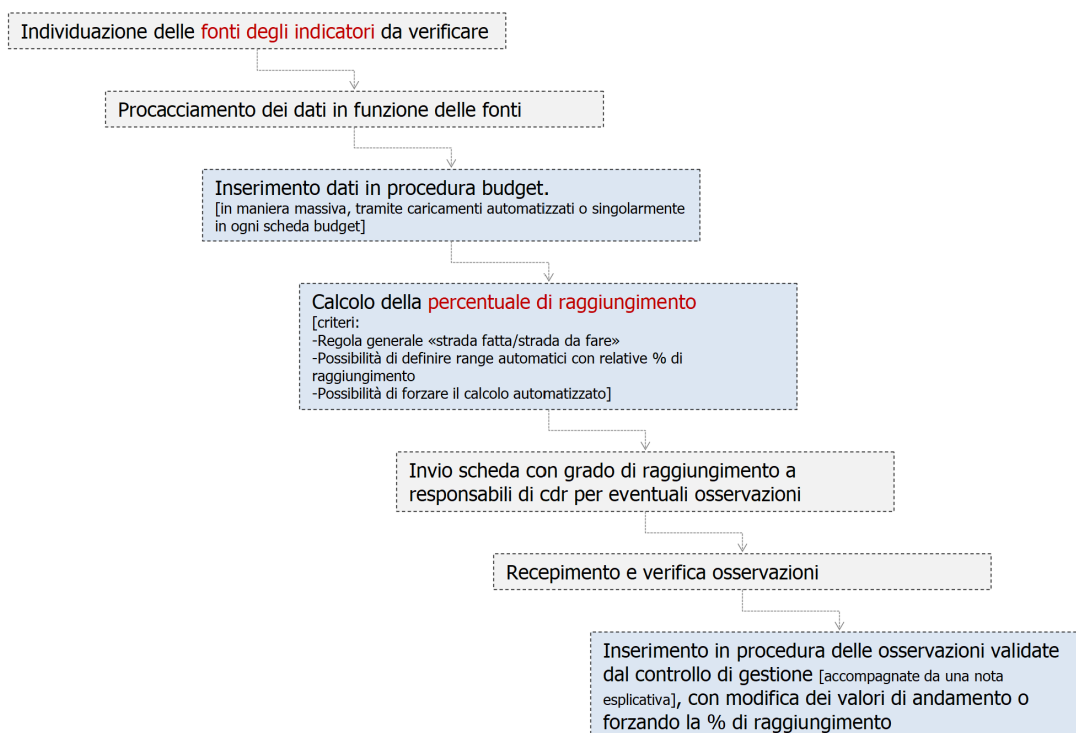
Per l'obiettivo economico è stata adottata una valutazione per fasce, che premia in modo decrescente fino a scostamenti minori del 10%.

In alcuni casi, quando ad esempio un obiettivo non è stato raggiunto per cause non attribuibili alla struttura, è possibile assegnare un punteggio ragionato in base alle risultanze delle controdeduzioni segnalate dalle strutture e motivando la scelta. Un obiettivo può anche essere sterilizzato e il relativo peso annullato e la valutazione complessiva della scheda viene quindi riproporzionata rispetto ai punti residui.

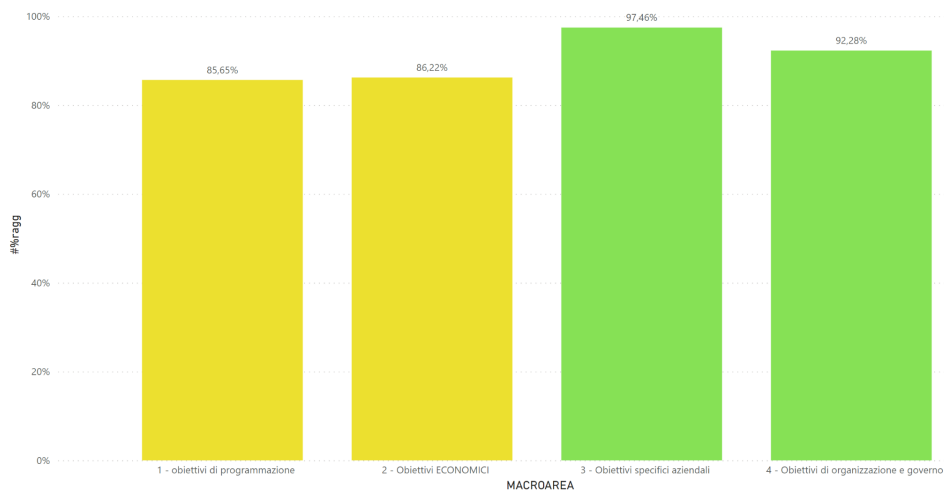
Di tali criteri e delle loro concrete applicazioni c'è traccia evidente in tutte le schede di dettaglio che la direzione aziendale ha deciso di inviare ai dipartimenti come informazione di ritorno e coinvolgimento nella fase conclusiva del procedimento, in modo tale da assicurare la necessaria trasparenza di tutto il processo di verifica.

Nel 2022 il processo di budget è stato portato avanti utilizzando il **nuovo software aziendale** introdotto lo scorso anno: l'assegnazione degli obiettivi, la generazione delle schede, il calcolo dei risultati raggiunti, è stato gestito tramite il nuovo sistema, che ha consentito una maggiore semplificazione e uniformità di tutto il processo, con una migliore integrazione dei dati.

Le fasi del processo di verifica sono schematizzate di seguito:

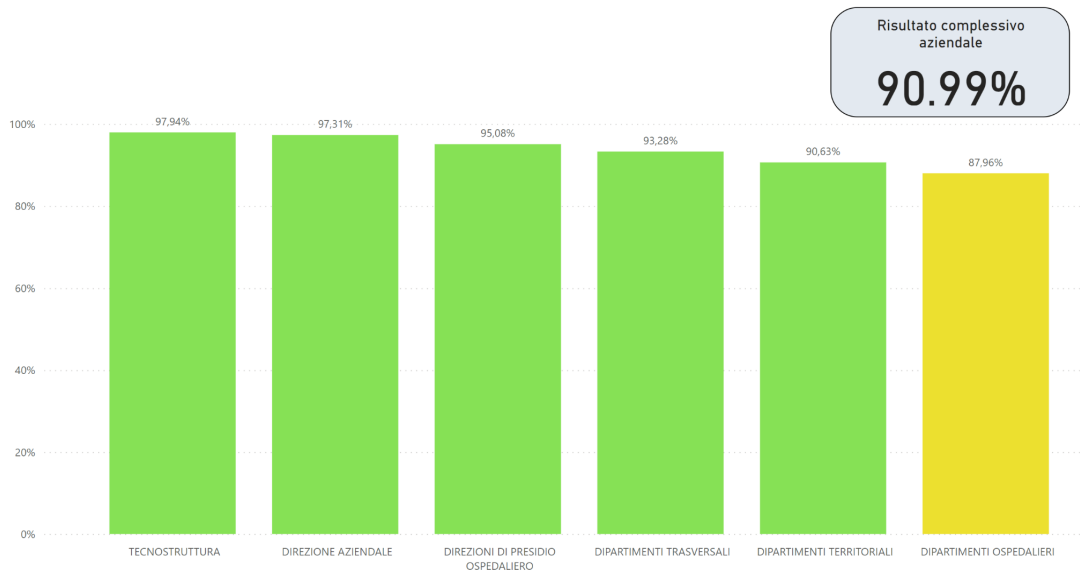


l'Azienda nel suo complesso ha raggiunto gli obiettivi al 90,99%, che risulta sostanzialmente in linea con il 2021, in cui il risultato raggiunto era 91,6%. Rispetto alle quattro macro aree strategiche, gli obiettivi di programmazione ed economici sono quelli raggiunti in proporzione minore.



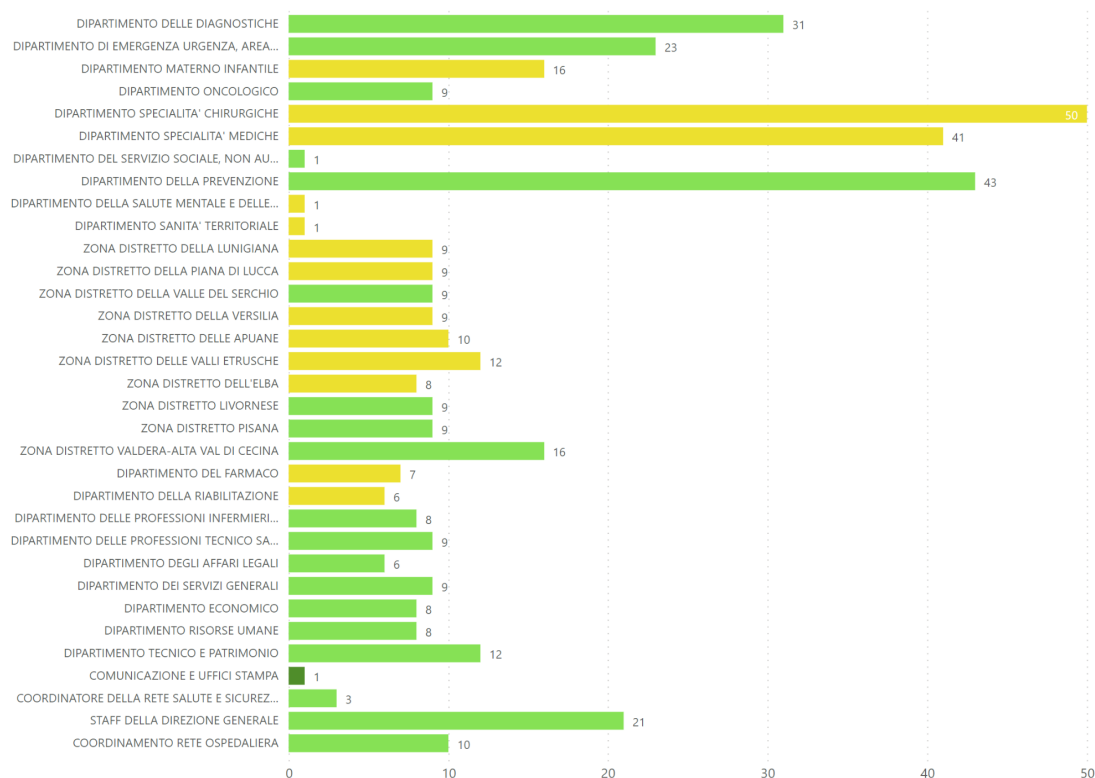
La sintesi della performance organizzativa per tipologia di dipartimento varia tra il 97,94% della tecnostuttura e l'87,96 dei dipartimenti ospedalieri, su cui incide il minore raggiungimento dell'area economica e di programmazione

Percentuale di raggiungimento per macrolivello organizzativo

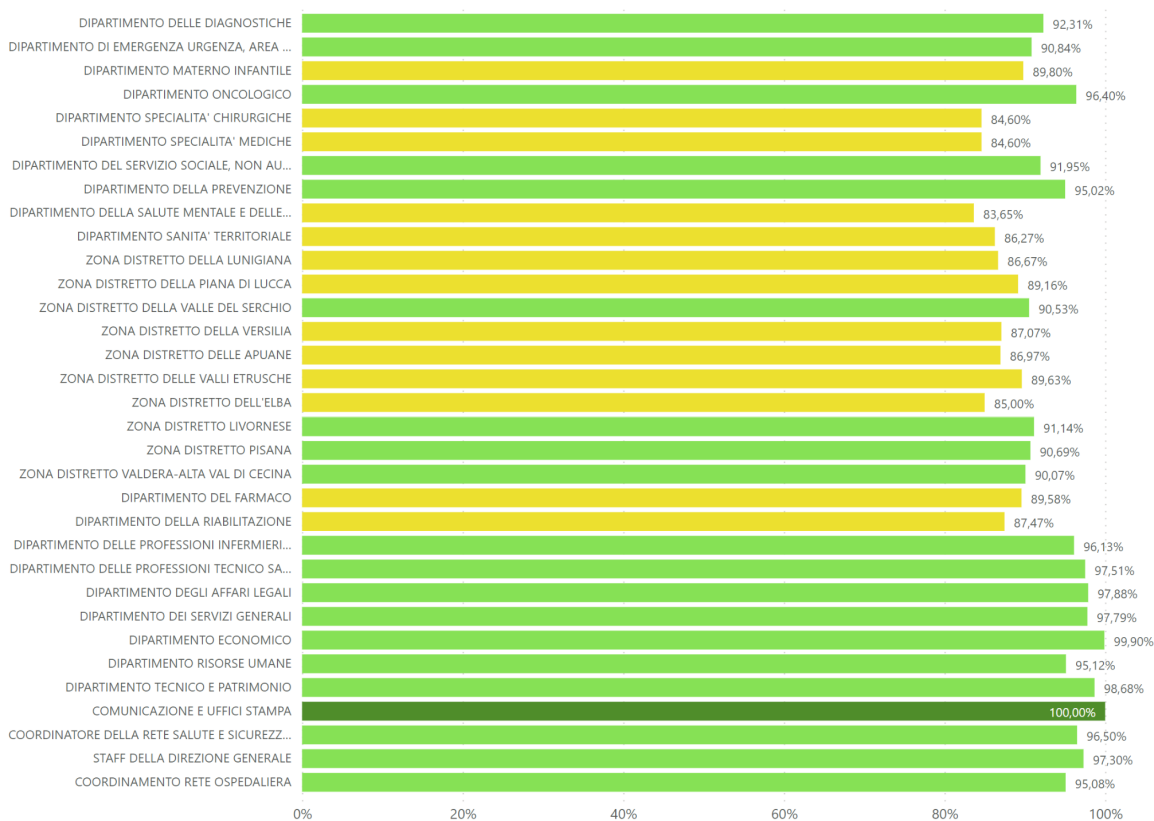


macroliv. org.tivo	1 - obiettivi di programmazione	2 - Obiettivi ECONOMICI	3 - Obiettivi specifici aziendali	4 - Obiettivi di organizzazione e governo	Totale
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	84,48%	88,16%	97,39%	87,69%	87,96%
DIPARTIMENTI TERRITORIALI	86,33%	80,69%	96,20%	94,14%	90,63%
DIPARTIMENTI TRASVERSALI	88,35%	85,02%	99,90%	96,89%	93,28%
DIREZIONE AZIENDALE	91,08%	91,52%	97,95%	98,56%	97,31%
DIREZIONI DI PRESIDIO OSPEDALIERO	90,28%	100,00%	99,61%	81,57%	95,08%
TECNOSTRUTTURA	98,07%	91,40%	98,45%	96,70%	97,94%
Totale	85,65%	86,22%	97,46%	92,28%	90,99%

Nel grafico seguente è rappresentata la distribuzione delle strutture nei diversi dipartimenti. Il Dipartimento con il maggior numero di strutture è quello chirurgico.



La figura sotto rappresenta invece Il dettaglio dei risultati dei singoli dipartimenti (tra 100% e 83,65%)



La variabilità delle valutazioni nelle singole strutture naturalmente aumenta e si colloca tra 100% e 65%.

L'integrazione con il Piano triennale della corruzione e della trasparenza

Il D. Lgs. n.150/2009 individua tra gli strumenti per attuare il ciclo di gestione della performance anche il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza** (Ptpct). Il Piano nazionale anticorruzione, prescrive alle amministrazioni di procedere alla costruzione di un ciclo delle performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

La promozione di maggiori livelli di trasparenza e di prevenzione della corruzione costituisce obiettivo strategico dell'Azienda, che si traduce in obiettivi specifici declinati nelle schede di budget aziendali e delle singole strutture, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione.

In particolare a livello aziendale il collegamento tra ciclo della performance e Ptpct si è realizzato mediante l'inserimento nel sistema budget di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza.

Gli obiettivi, oggetto di monitoraggio semestrale, hanno riguardato sia le aree a rischio generale sia quelle specifiche per la sanità, determinate nei Piani nazionali anticorruzione, attraverso la previsione di misure organizzative specifiche volte a contrastare il rischio anticorruzione e ad aumentare il livello di trasparenza con l'adozione di atti generali, la previsione di controlli diffusi concernenti i processi a rischio, l'attuazione di misure di trasparenza a presidio dell'imparzialità nello svolgimento delle attività, la diffusione del codice di comportamento e la verifica della sussistenza di conflitti di interesse nell'esercizio delle funzioni.

E' quindi ormai consolidata in ambito aziendale l'integrazione tra gli aspetti della prevenzione del rischio corruzione e di trasparenza, che hanno appunto avuto come riscontro immediato l'adozione di una unica scheda aziendale con gli obiettivi congiunti di trasparenza e misure di prevenzione del rischio.

Sono stati altresì valorizzati i punti di integrazione e contatto con la Consigliera di Fiducia ed il Comitato Unico di Garanzia aziendale, anche attraverso le modifiche ed integrazioni al Codice di comportamento aziendale in tema di divieto di discriminazioni, promozione delle pari opportunità e di trattamento tra uomini e donne.

La performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione la responsabilizzazione del personale tutto e della dirigenza in particolare rispetto ai risultati da raggiungere.

Relativamente alla performance individuale l'azienda ha iniziato dal 2017 il percorso di sviluppo del sistema di valutazione, introducendo a livello complessivo, un sistema di valutazione individuale che in base alle indicazioni delle Linee guida regionali 308/2013 "*Linee di indirizzo per l'implementazione del sistema di valutazione del personale del Servizio Sanitario Regionale*" permetta di affiancare alla performance organizzativa anche le dimensioni di valutazione individuale, nell'intento di completare il sistema di misurazione e di valutazione del personale.

Il percorso è stato sviluppato in parallelo sia per l'area contrattuale della dirigenza sia per l'area contrattuale del comparto. Fra gli obiettivi che le linee guida regionali (DGRT 308/2013 – all. A) in tema di valutazione si pongono c'è anche il tendenziale allineamento dei sistemi di valutazione aziendali.

Nell'Azienda USL Toscana nord ovest, dal 2017 per la dirigenza e dal 2018 per il personale del comparto è stato adottato un unico sistema di valutazione della performance organizzative ed individuale attraverso la sottoscrizione di specifici accordi che delineano il processo di valutazione e i criteri di valutazione collettiva ed individuale. L'Azienda utilizza un applicativo ad hoc denominato **GO (gestione obiettivi)**, che permette di gestire il sistema di valutazione mettendo a disposizione uno strumento di interfaccia tra valutato e valutatore.

Per tutto il personale del comparto e dirigente è prevista l'assegnazione di obiettivi individuali attraverso un'apposita scheda compilata dal valutatore (responsabile gestionale) entro il primo quadrimestre.

L'assegnazione degli obiettivi riguarda tutti i dipendenti, del comparto e della dirigenza, ognuno secondo il livello di responsabilità attribuito e non riguarda invece i dirigenti responsabili o direttori titolari di una scheda di budget perché, in questo caso, gli obiettivi individuali coincidono con quelli della struttura.

Più è elevato il livello di responsabilità più la dimensione della misurazione degli obiettivi avrà un peso maggiore rispetto alla valutazione dei comportamenti organizzativi e delle competenze.

Il sistema di valutazione permanente del personale della USL Toscana Nord Ovest, in un'ottica di semplificazione e snellimento dei processi di valutazione e di sviluppo della valorizzazione del personale, prevede che la valutazione annuale dei dipendenti, che si sostanzia delle due dimensioni (misurazione degli obiettivi e valutazione individuale dei comportamenti e delle competenze organizzative – quindi il quanto ed il come), governi i seguenti istituti:

- ✓ la quota parte del 20% destinata al premio individuale per il personale del comparto;
- ✓ la quota parte del 40% destinata al premio individuale della dirigenza
- ✓ la conferma degli incarichi di funzione
- ✓ la valutazione annuale dei dirigenti e dei direttori
- ✓ la selezione annuale delle progressioni orizzontali

Per il **personale del comparto**, i criteri di misurazione della performance nel sistema di valutazione prevedono che l'80% del premio annuale sia collegato al risultato organizzativo e il 20% al risultato della valutazione individuale.

Per il **personale della Dirigenza**, le percentuali sono per il 60% collegate al risultato organizzativo e per il 40% collegato alla valutazione individuale.

Nella dirigenza poi è stato inserito nell'ottica del conseguimento degli obiettivi dipartimentali che una parte del 60%, secondo il livello di responsabilità rivestito nell'organizzazione aziendale, è collegato direttamente alle **performance del Dipartimento**.

Aspetto fondamentale da evidenziare è che il diretto gestore delle risorse (dirigente, coordinatore, titolare dell'ufficio) attraverso il sistema di valutazione determina direttamente una componente del salario variabile del dipendente, stabilendo pertanto un legame diretto tra la valutazione individuale ed il quantum spettante a titolo di retribuzione di risultato.

ANNO 2022

Dall'anno 2021 a seguito di confronto sindacale con il personale del comparto è stato introdotto un nuovo regolamento di valutazione individuale, che aggiunge alla misurazione degli obiettivi e alla valutazione dei comportamenti organizzativi anche una parte di valutazione riguardante il codice di comportamento aziendale ed il rispetto delle procedure aziendali inerenti la famiglia professionale, così da creare una sezione dedicata anche alla componente professionale specifica dell'area di riferimento.

Il nuovo programma di gestione della valutazione (GO!) sia per la dirigenza che per il comparto ha consentito di superare varie problematiche di associazione valutato / valutatore, rendendo più veloce e più semplice l'intero processo valutativo. Di seguito si riportano i risultati suddivisi per: il personale del comparto, il personale del comparto con incarichi di funzione, personale dirigente.

Personale del comparto

PROSPETTO VALUTAZIONI DEL COMPARTO 2022	DATI AL 01-11-2023	REV. 2 DEL 02-11-2023
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

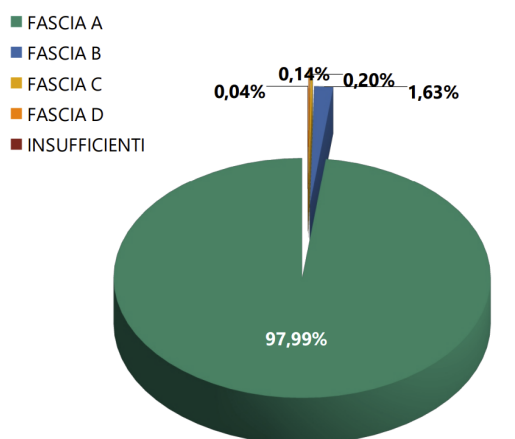
REPORT GENERALE

SUDDIVISIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% FASCE
FASCIA A	10542	97,99%	97,99%
FASCIA B	175	1,63%	1,63%
FASCIA C	22	0,20%	0,20%
FASCIA D	15	0,14%	0,14%
INSUFFICIENTI	4	0,04%	0,04%
NON VALUTABILI	0	0,00%	
TOTALE SCHEDE	10758		

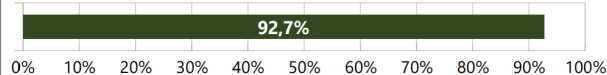
DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	97,8%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	46,8%

RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	11600	100,0%
INSERITE	10758	92,7%
INSERITE ACCETTATE	10754	100,0%
INSERITE RIFIUTATE	4	0,0%
DA PROCESSARE (STIMATE)	842	7,3%

RIPARTIZIONE FASCE VALUTATIVE



STATO COMPLETAMENTO



Personale del comparto con incarico di funzione

PROSPETTO VALUTAZIONI DEL COMPARTO CON I.D.F. 2022	DATI AL 01-11-2023	REV. 2 DEL 02-11-2023
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

REPORT GENERALE

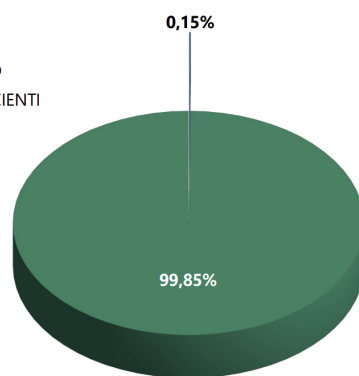
SUDDIVISIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% FASCE
FASCIA A	661	99,85%	99,85%
FASCIA B	1	0,15%	0,15%
FASCIA C	0	0,00%	0,00%
FASCIA D	0	0,00%	0,00%
INSUFFICIENTI	0	0,00%	0,00%
NON VALUTABILI	0	0,00%	
TOTALE SCHEDE	662		

DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	98,7%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	50,2%

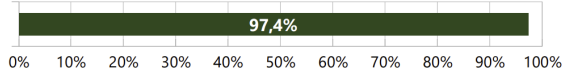
RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	680	100,0%
INSERITE	662	97,4%
INSERITE ACCETTATE	661	99,8%
INSERITE RIFIUTATE	1	0,2%
DA PROCESSARE (STIMATE)	18	2,6%

RIPARTIZIONE FASCE VALUTATIVE

- FASCIA A
- FASCIA B
- FASCIA C
- FASCIA D
- INSUFFICIENTI



STATO COMPLETAMENTO



Personale dirigente

PROSPETTO VALUTAZIONI DELLA DIRIGENZA 2022	DATI AL 01-11-2023	REV. 2 DEL 02-11-2023
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

REPORT GENERALE

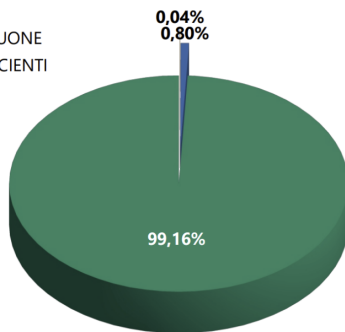
SUDDIVISIONE DELLE VALUTAZIONI			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% VALUT.
OTTIME	2486	98,22%	99,16%
SUFF./BUONE	20	0,79%	0,80%
INSUFFICIENTI	1	0,04%	0,04%
NON VALUTABILI	0	0,00%	
PARZIALI	24	0,95%	
TOTALE SCHEDE	2531		

DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	96,2%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	45,2%

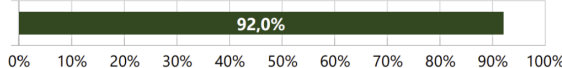
RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	2750	100,0%
INSERITE	2531	92,0%
INSERITE ACCETTATE	2492	98,5%
INSERITE RIFIUTATE	15	0,6%
DA PROCESSARE (STIMATE)	219	8,0%

RIPARTIZIONE VALUTAZIONI

- OTTIME
- SUFF./BUONE
- INSUFFICIENTI



STATO COMPLETAMENTO



Considerazioni di sintesi

La pandemia anche quest'anno ha continuato ad avere un impatto sul Sistema Sanitario ed ha reso ancora più evidente l'opportunità di mettere in atto strategie nuove, con una prospettiva non solo di reagire alla sfida assistenziale aggiuntiva posta dal COVID 19, ma anche di superare elementi di debolezza che erano già presenti prima dell'impatto pandemico. Si conferma quindi l'esigenza di intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema e in particolare, della **rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio**, dando impulso all'**innovazione digitale**, che riveste un ruolo cruciale e trasversale anche a livello nazionale negli indirizzi del PNRR. A maggior ragione per i prossimi anni saranno decisive le seguenti priorità per l'organizzazione, che verranno riprese nell'aggiornamento del nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2024-2026.

1. Consolidare le **strategie di prevenzione e promozione della salute** nell'ambito della sanità territoriale
2. Intervenire con azioni di **rafforzamento del sistema**, in particolare della rete dell'assistenza territoriale e integrazione ospedale-territorio
3. Lo **sviluppo delle reti** come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure
4. Proseguire con le azioni per il **governo dell'appropriatezza**
5. Lo sviluppo della **sanità digitale**, secondo gli indirizzi del **PNRR**, potenziando i **servizi ai cittadini**, anche tramite la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi
6. Il consolidamento della **rete ospedaliera** e nuove opere
7. Promuovere **la qualità, la sicurezza e trasparenza** dei percorsi assistenziali dell'organizzazione, sviluppando gli strumenti di **partecipazione** e coinvolgimento dei cittadini e delle comunità
8. Lo sviluppo del **capitale umano**

A questo si aggiunge il proseguimento delle azioni messe in atto per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, con la declinazione delle linee strategiche aziendali rispetto alle Indicazioni nazionali e regionali. In particolare, si fa riferimento al **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, al **Programma Nazionale Esiti (PNE e ARS)** e al **Sistema di Valutazione della Performance regionale**.

Per quanto riguarda infine il processo di miglioramento continuo del ciclo di gestione della performance, l'OIV ha segnalato lo scorso anno all'azienda alcuni aspetti da migliorare, sintetizzabili nei seguenti punti:

- Il rispetto dei tempi come questione formale e sostanziale per quanto riguarda l'intero processo, che prevede di giungere entro il 30 giugno alla chiusura della valutazione dell'anno precedente con l'adozione della relazione sulla performance
- La necessità di rendere il documento sempre più leggibile e comprensibile per i cittadini

Relativamente alla prima criticità si è registrata una positiva riduzione dei ritardi nella chiusura del processo. L'azienda per il prossimo anno rinnova e rafforza il proprio impegno, con l'obiettivo di migliorare ancora, mettendo in atto le azioni utili allo scopo, fra le quali alcune discusse anche con l'OIV e messe in atto quest'anno. In particolare, rispetto alla valutazione della performance organizzativa, si è riscontrata l'utilità degli incontri periodici con l'OIV, nei quali è stato esaminato di volta in volta lo stato di avanzamento dei lavori. Per ridurre i tempi sarebbe opportuna inoltre una più restrittiva selezione del numero di indicatori da inserire nelle schede budget, in particolare di quelli che non provengono da flussi informativi certificati, che si prestano maggiormente ad una valutazione soggettiva e generalmente richiedono tempi più lunghi per la verifica. Sarebbero in questo senso da privilegiare meno indicatori ma più orientati al risultato. Altro elemento fondamentale, funzionale al rispetto dei tempi, è quello di anticipare ancora il processo di verifica, inclusa la verifica della performance individuale.

Sul secondo punto, in base ai suggerimenti dell'OIV, è stato ulteriormente migliorato il documento sia nella grafica che nei contenuti, con un approccio maggiormente orientato a mettere al centro chi legge. Già dallo scorso anno è stato inoltre ampliato il paragrafo dedicato alla valutazione della performance, con l'introduzione di alcuni commenti per facilitare la comprensione degli indicatori.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: FERRI GIAN LUIGI

DATA FIRMA: 09/11/2023 18:44:37

IMPRONTA: 63306666383339656538636665653138313236626265376465653239633339356432343162363063