





## INDICE

Introduzione.....	3
L'Azienda in sintesi.....	5
I principali dati di attività.....	9
Il quadro delle risorse.....	10
L'assetto organizzativo.....	12
Gli indirizzi strategici regionali.....	15
I risultati dell'azienda.....	16
Dagli indirizzi strategici regionali agli obiettivi aziendali: il Budget.....	54
La performance organizzativa.....	54
La performance individuale.....	58
Considerazioni di sintesi.....	62

## 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 quest'anno è opportuno evidenziare 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

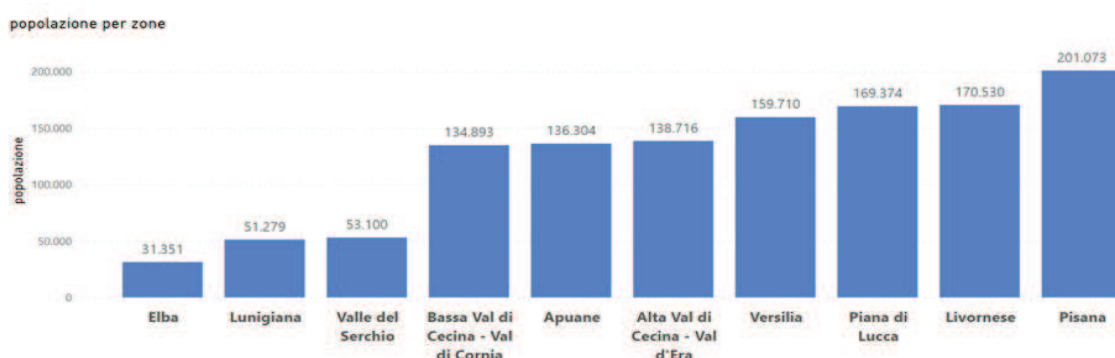
L'Area Vasta nord ovest, che comprende le province di Lucca, Massa Carrara, Livorno e Pisa, si estende su una superficie di circa 6.550 Km<sup>2</sup>, presenta forma allungata sulla costa tirrenica (distanza tra Aulla e Piombino circa 180 chilometri) e conta una popolazione residente di 1.246.330 (pop. al 1 gennaio 2023, fonte ARS Toscana). Ad essa appartiene anche un complesso insulare (isola d'Elba, isola di Capraia) e almeno due aree a bassa densità abitativa, che sono la Lunigiana e la Valle del Serchio. Dal punto di vista organizzativo, il territorio è articolato in **10 zone distretto**.



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).



Sul territorio aziendale al 31 dicembre 2023 sono presenti **31 Case della salute**. Nel 2021 erano 25, nel 2022 ne sono state aperte 2 nelle zone Lunigiana, Valle del Serchio, nel 2023 ne sono state aperte 4, nelle zone Livornese, Pisana, Valli Etrusche e Elba.

### DISTRIBUZIONE Case della Salute

Zona	CdS-num	popolazione 2023	CdS per 100.000 ab.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4	138.716	2,9
Apuane	3	136.304	2,2
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	4	134.893	3,0
Elba	2	31.351	6,4
Livornese	2	170.530	1,2
Lunigiana	5	51.279	9,8
Piana di Lucca	2	169.374	1,2
Pisana	1	201.073	0,5
Valle del Serchio	2	53.100	3,8
Versilia	6	159.710	3,8
<b>Totale</b>	<b>31</b>	<b>1.246.330</b>	<b>2,5</b>

CdS per 100.000 ab. per Zona



Zona	CdS-num
<b>Alta Val di Cecina - Val d'Era</b>	<b>4</b>
CdS LA ROSA	1
CdS POMARANACE CST VDC	1
CdS PONTEDERA	1
CdS VOLTERRA	1
<b>Apuane</b>	<b>3</b>
CdS MONTIGNOSO	1
CdS CARRARA	1
CdS MASSA	1
<b>Bassa Val di Cecina - Val di Cornia</b>	<b>4</b>
CdS DONORATICO	1
CdS GUARDISTALLO	1
CdS SAN VINCENZO	1
Venturina	1
<b>Elba</b>	<b>2</b>
CdS RIO MARINA	1
Marciana Marina	1
<b>Livornese</b>	<b>2</b>
CdS STAGNO	1
CdS VIA DEL MARE	1
<b>Lunigiana</b>	<b>5</b>
CdS di AULLA	1
CdS DI BAGNONE	1
CdS DI PONTREMOLI	1
CdS di VILLAFRANCA	1
CdS GRAGNOLA	1
<b>Piana di Lucca</b>	<b>2</b>
CdS MARLIA	1
CdS SAN LEONARDO IN TREPONZIO	1
<b>Pisana</b>	<b>1</b>
Pisa via Garibaldi	1
<b>Valle del Serchio</b>	<b>2</b>
CdS Bagni di Lucca	1
CdS PIAZZA AL SERCHIO	1
<b>Versilia</b>	<b>6</b>
CdS FORTE DEI MARMI	1
CdS PIETRASANTA	1
CdS QUERCETA	1
CdS SERAVEZZA	1
CdS TABARRACCI	1
CdS TORRE DEL LAGO	1
<b>Totale</b>	<b>31</b>

Sono 818 i medici di medicina generale (**MMG**) e 134 i **pediatri di libera scelta** convenzionati con l'azienda. I MMG sono organizzati in **39 AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali (dati anno 2023) Sul territorio a dicembre 2023 sono presenti **364 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.

Zona Distretto	Posti per zona	Popolazione	Tasso (*1000 ab)	Struttura	Sanitaria Intermedia (Setting 2 909/2017)	Low Care (Setting 1 909/2017)	OdC
Lunigiana	16	51.279	0,31	CURE INTERMEDIE SOR FIVIZZANO	0	16	
Apuane	58	136.304	0,31	CURE INTERMEDIE A. SICARI CARRARA		20	
				Fond. D. Gnocchi Cure Intermedie e USV	8	22	
				MODULO C/OSPEDALE NOA		8	
Valle del Serchio	8	53.100	0,15	CURE INTERMEDIE LE PIANE (DETTA VILLETTA)	8	0	
Piana di Lucca	64	169.374	0,31	BARBANTINI SANTA CHIARA CURE INTERMEDIE		10	
				CURE INTERMEDIE CAMPO DI MARTE PAD. C (1	46		
				CURE INTERMEDIE SANTA ZITA		8	
Pisana	71	201.073	0,35	MISERICORDIA NAVACCHIO CURE INTERMEDIE	0	44	27
Elba	8	31.351	0,26	Ospedale di Comunita' Portoferraio			8
Versilia	26	159.710	0,31	CASA DI CURA BARBANTINI		18	
				SAN CAMILLO FdM srl Cure Intermedie		8	
Livornese	34	170.530	0,20	Low Care Villa Tirrena		34	
Alta Val di Cecina - Val d'Era	58	138.716	0,31	CURE INTERM S MARIA MADDALENA VOLTERRA		18	
				CURE INTERMEDIE BIENTINA	40		
Bassa Val di Cecina-Val di Cornia	21	134.893	0,31	Ospedale di Comunita' Cecina			6
				Ospedale di Comunita' Piombino			15
<b>Totale</b>	<b>364</b>	<b>1.246.330</b>	<b>0,29</b>		<b>102</b>	<b>206</b>	<b>56</b>

Nell'Azienda USL Toscana nord ovest insistono **10 presidi ospedalieri** (13 stabilimenti) oltre a 8 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 2023.

**tipologia**
**P.L. ORD P.L. DH P.L. DS tot ppll**

<input type="checkbox"/> PUBBLICO	2.171	175	157	2.503
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE LIVORNO	366	27	33	426
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE VERSILIA	360	40	19	419
<input checked="" type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA	313	38	23	374
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE	309	22	27	358
OSPEDALE APUANE	309	10	26	345
STABILIMENTO CARRARA	0	12	1	13
<input type="checkbox"/> OSP. ZONA B.VAL DI CECINA VAL DI CORNIA	234	19	19	272
OSPEDALE CIVILE DI CECINA	130	11	9	150
OSPEDALE DI VILLAMARINA	104	8	10	122
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI"	245	4	15	264
P.O. F. LOTTI STABILIMENTO DI PONTEDERA	231	4	15	250
SPDC AZIENDALE ASL5	14	0	0	14
<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"	51	3	7	61
<input type="checkbox"/> PRIVATO ACCREDITATO	292	41	75	408
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA S.CAMILLO	69	31	38	138
<input checked="" type="checkbox"/> C. DI CURA M.D. BARBANTINI SANTA CHIARA	45	5	15	65
<input checked="" type="checkbox"/> CASA DI CURA S.ZITA	52	2	6	60
<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
<b>Totale</b>	<b>2.547</b>	<b>218</b>	<b>232</b>	<b>2.997</b>

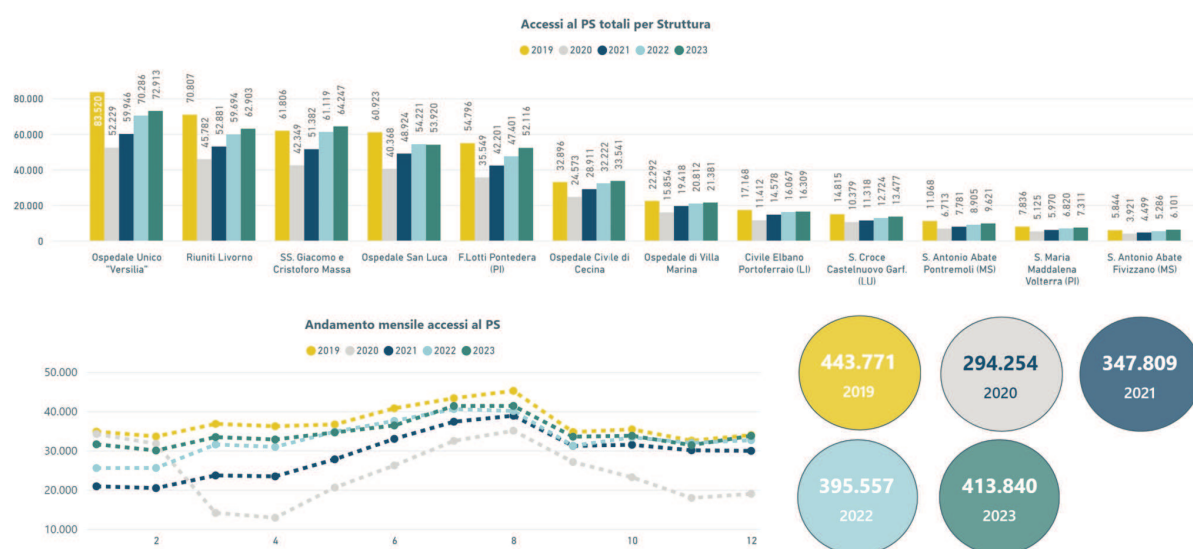


## I principali dati di attività

Nell'anno 2023 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.

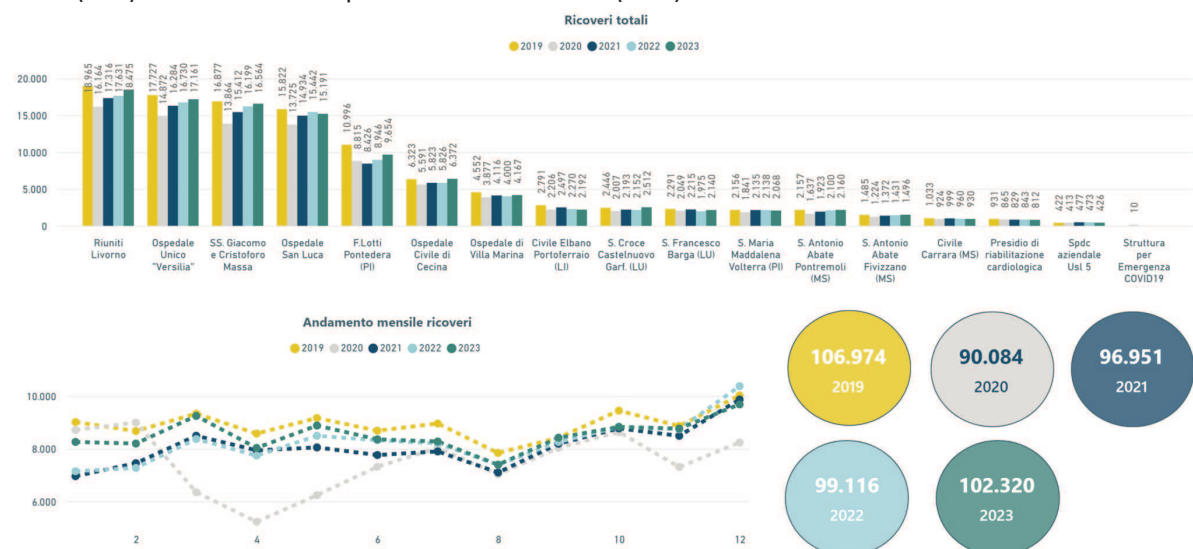
### Gli accessi al Pronto Soccorso

Il grafico mostra l'andamento degli accessi al Pronto Soccorso tra il 2019 e il 2023, che fanno osservare un aumento (+12%) rispetto all'anno precedente, pur restando nel complesso ancora inferiori ai livelli pre covid del 2019 (-7%).



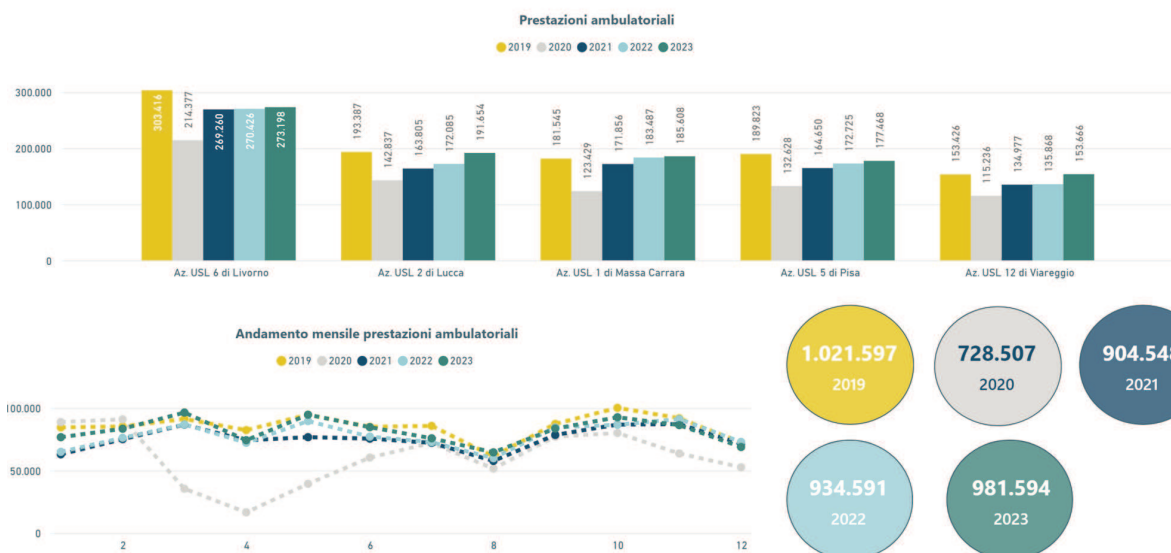
### I ricoveri

Anche il numero complessivo dei ricoveri, che nel 2023 è pari a 102.320, mostra una riduzione sul 2019 (-4%) 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 + 5% rispetto al 2022 e -4% sul 2019.



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

L'andamento della situazione mondiale, che presenta conflitti militari in territori limitrofi ai paesi europei, è piuttosto preoccupante e si connota per tensioni finanziarie e di mercato che hanno risvolti economici rilevanti, basti pensare al costo dell'energia.

Altro elemento molto importante, ma complesso nella sua compiuta realizzazione, è il PNRR, il cui finanziamento non è totale, ma richiede ulteriori risorse a Regioni ed Aziende e pone il problema dei costi che saranno necessari a far funzionare le strutture in costruzione.

Il Sistema Sanitario nazionale è influenzato sensibilmente dai fenomeni sopra ricordati, che si sommano a problemi storici e ad un sempre più marcato (almeno secondo alcuni) sottofinanziamento generale.

Le sfide del SSN richiedono sforzi organizzativi e gestionali che si riversano sugli andamenti economici e finanziari e sugli aspetti patrimoniali. 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 2023* e nel *bilancio d'esercizio 2023*:

**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.

	Voce 'Modello CE 2019'	BE 2023	BP 2023	Differenza BE 2023 - BP 2023	% BE 2023 - BP 2023
	<b>A) Valore della produzione</b>				
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.541.282.015	2.496.201.687	45.080.327	1,77%
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 2.054.472	- 10.000.000	7.945.528	-386,74%
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	17.740.664	5.227.598	12.513.067	70,53%
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	80.900.041	77.638.919	3.261.122	4,03%
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	62.970.920	110.975.526	- 48.004.607	-76,23%
AA0940	A.6) Compartecipazione e alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	29.079.791	24.124.531	4.955.260	17,04%
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	35.677.596	31.429.640	4.247.956	11,91%
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	12.435.189	9.090.975	3.344.214	26,89%
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.778.031.744	2.744.688.876	33.342.868	1,20%
	<b>B) Costi della produzione</b>				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	453.877.998	430.108.596	23.769.403	5,24%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	449.282.213	425.112.568	24.169.645	5,38%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.595.785	4.996.028	- 400.242	-8,71%
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	1.353.456.537	1.307.538.967	45.917.570	3,39%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	1.169.776.109	1.127.706.018	42.070.091	3,60%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	183.680.428	179.832.949	3.847.479	2,09%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	62.353.549	68.843.559	- 6.490.010	-10,41%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	24.921.055	25.478.841	- 557.786	-2,24%
BA2080	Totale Costo del personale	745.511.359	734.208.329	11.303.031	1,52%
BA2090	B.5) Personale del molo sanitario	602.925.199	592.558.947	10.366.253	1,72%
BA2230	B.6) Personale del molo professionale	2.889.944	2.754.478	135.466	4,69%
BA2320	B.7) Personale del molo tecnico	97.491.259	96.349.071	1.142.187	1,17%
BA2410	B.8) Personale del molo amministrativo	42.204.958	42.545.833	- 340.875	-0,81%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	16.061.637	17.664.049	- 1.602.412	-9,98%
BA2560	Totale Ammortamenti	65.373.983	63.396.575	1.977.408	3,02%
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	399.185	713.569	- 314.384	-78,76%
BA2590	B.11.A) Ammortamento dei fabbricati	47.424.908	45.238.530	2.186.378	4,61%
BA2620	B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	17.549.890	17.444.476	105.414	0,60%
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	-	1.423.274	- 1.423.274	
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	- 1.203.580	-	1.203.580	100,00%
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	63.086.117	33.394.780	29.691.337	47,06%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.783.438.656	2.682.056.969	101.381.686	3,64%
	<b>C) Proventi e oneri finanziari</b>				
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 10.563.169	- 7.859.156	- 2.704.012	25,60%
DZ9999	D) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-	
	<b>E) Proventi e oneri straordinari</b>				
EA0010	E.1) Proventi straordinari	64.815.134	-	64.815.134	100,00%
EA0260	E.2) Oneri straordinari	30.396.425	-	30.396.425	100,00%
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	34.418.708	-	34.418.708	100,00%
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	18.448.628	54.772.750	- 36.324.123	-196,89%
	<b>Y) Imposte e tasse</b>				
YA0010	Y.1) IRAP	52.169.306	53.347.719	- 1.178.414	-2,26%
YA0060	Y.2) IRES	1.476.490	1.425.031	51.459	3,49%
YZ9999	Totale imposte e tasse	53.645.796	54.772.750	- 1.126.955	-2,10%
ZZ9999	<b>RISULTATO DI ESERCIZIO</b>	- 35.197.168	0	- 35.197.168	100,00%



## 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*

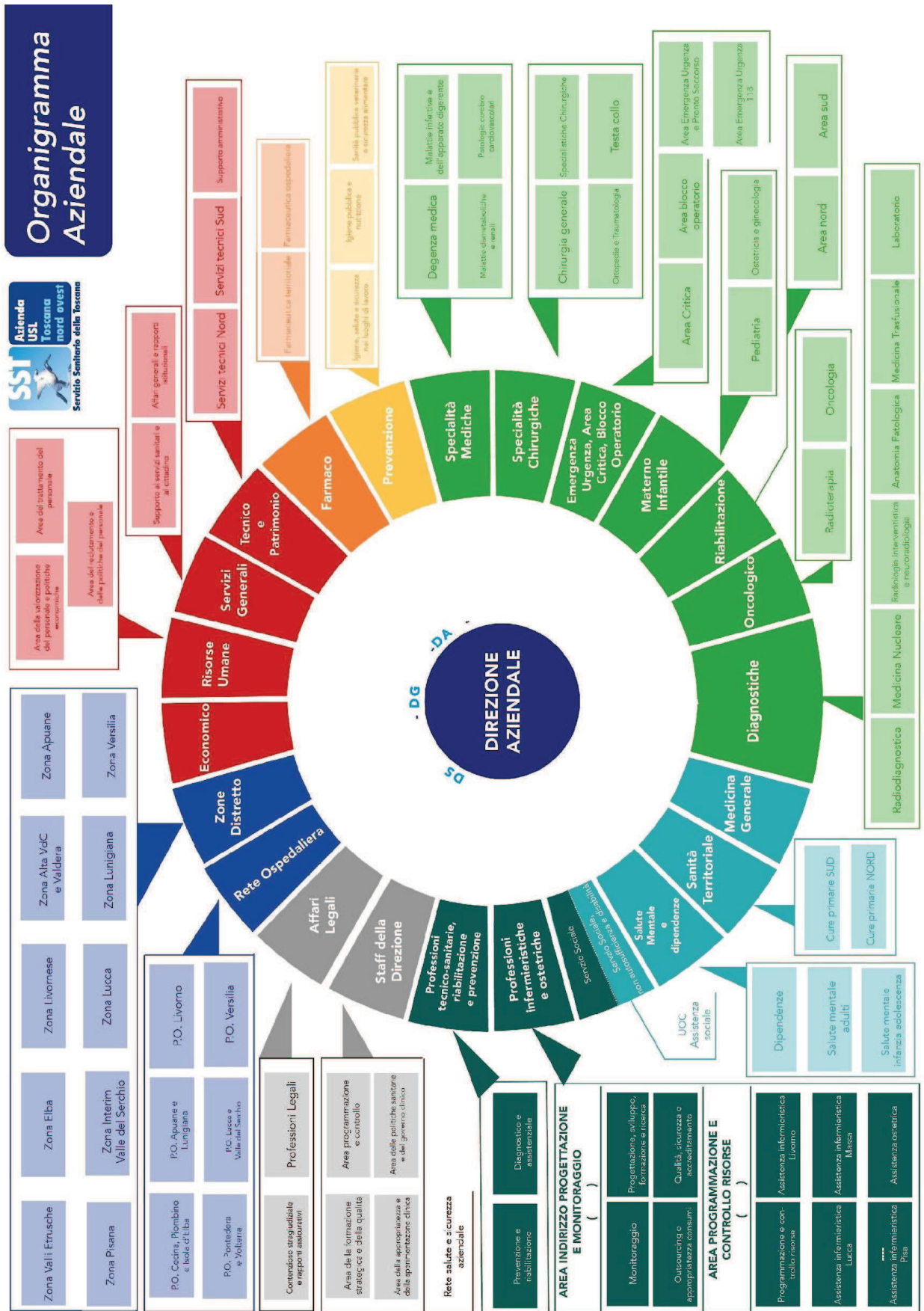
*Incarichi professionali dirigenziali*

*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; 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://www.ars.toscana.it/banche-dati/> 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 2023 era la n. 70, 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 2023 (DGR 70-2023)

Allegato 1

Allegato 1

Aree Obiettivo 2023								
	AREE	Descrizione	AUSL	AOU	ISPRO	MEYER	FM	ESTAR
1	PERFORMANCE E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'	Sono inseriti gli indicatori di valutazione del bersaglio analizzando: posizionamento; 3. miglioramento (%indicatori migliorati e variabilità per le AUSL)	15	10	10	15	15	
2	NSG CORE	Valutazione dei 22 indicatori Core NSG	10	10	10	5	10	
3	ESITI	Valutazione degli esiti monitorati tramite PROSE-PNE	5	5		5	5	
4	FARMACEUTICA	Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dal settore regionale	15	15	5	10	15	15
5	ONCOLOGIA E FINE VITA	Valutazione degli indicatori di percorso	5	5	5			
6	RICERCA (SOLO AOU-ISPRO e FM)	Indicatori di produttività scientifica e di indicatori previsti dal settore regionale		5	10	10	10	
7	RESPONSIVENESS NELL'AMBULATORIALE E TEMPESTIVITA' PER GLI INTERVENTI CHIRURGICI PRIORITARI	Valutazione dell'indice di cattura e degli indicatori di tempestività previsti nel PRGLA e PNGLA	10	10			10	
8	MONITORAGGIO PERSONALE	Implementazione dei centri di responsabilità nel flusso RFC180, rispetto del monitoraggio e partecipazione a rilevazioni extracontabili	15	15	15	15	15	10
9	SANITA' DIGITALE	Implementazione di applicativi regionali e rispetto dell'invio e qualità dei flussi regionali	10	15	5	5	10	30
10	IMPLEMENTAZIONE PNRR	Rispetto dei piani sottoscritti - settori regionali competenti	15	10	5	5	10	30
11	COORDINAMENTO RETE	Incontri periodici con i referenti dei percorsi e riduzione della variabilità regionale nella performance			35	30		
12	GESTIONE DEL MAGAZZINO	Rispetto delle soglie indicate per la gestione dei magazzini centrali e periferici (Estar e aziende)						15
	Totale		100	100	100	100	100	100

La delibera regionale con il dettaglio degli indicatori specifici per ogni ambito e i target da raggiungere nel 2023 è consultabile al seguente indirizzo:

<http://www301.regione.toscana.it/bancadati/atti/DetailAttiG.xml?codprat=2023DG00000000106>

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.

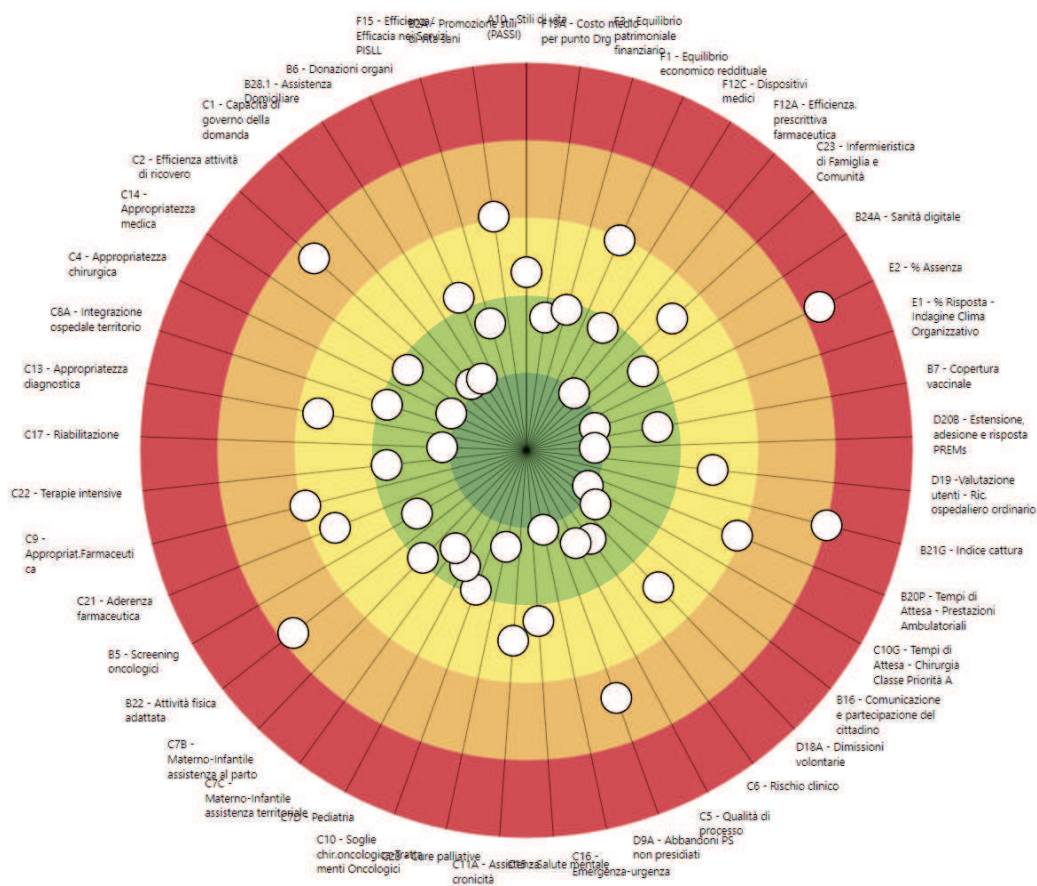


## I risultati dell'azienda

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 2023 della Asl 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 2023 - Asl Toscana Nord Ovest

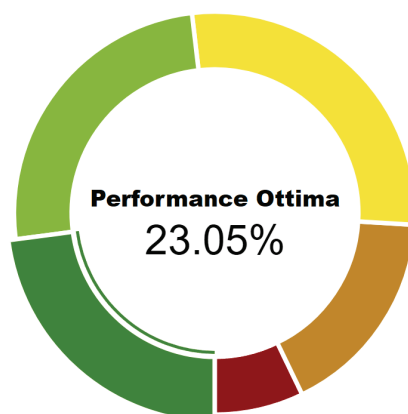


Per l'anno 2023 il bersaglio evidenzia nel complesso **una buona tenuta per l'azienda**, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce centrali. Di seguito è rappresentato il quadro **degli indicatori di sintesi del 2023, con le relative valutazioni**.

Descrizione	Valutazione	
A10 - Stili di vita (PASSI)	2.703	
B16 - Comunicazione e partecipazione del cittadino	3.867	
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	2.059	
B21G - Indice cattura	0.996	
B22 - Attività fisica adattata	1.169	
B24A - Sanità digitale	3.181	
B28.1 - Assistenza Domiciliare	3.912	
B2A - Promozione stili di vita sani	1.957	
B5 - Screening oncologici	3.364	
B6 - Donazioni organi	2.847	
B7 - Copertura vaccinale	3.279	
C1 - Capacità di governo della domanda	3.887	
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3.085	
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4.081	
C11A - Assistenza cronicità	2.537	
C13 - Appropriatelyzza diagnostica	2.261	
C14 - Appropriatelyzza medica	3.145	
C15 - Salute mentale	2.79	
C16 - Emergenza-urgenza	3.95	
C17 - Riabilitazione	3.907	
C2 - Efficienza attività di ricovero	1.3	
C21 - Aderenza farmaceutica	2.328	
C22 - Terapie intensive	3.179	
C23 - Infermieristica di Famiglia e Comunità	2.46	
C28 - Cure palliative	3.727	
C4 - Appropriatelyzza chirurgica	3.917	
C5 - Qualità di processo	3.643	
C6 - Rischio clinico	3.586	
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3.07	
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	3.438	
C7D - Pediatria	3.308	
C8A - Integrazione ospedale territorio	3.102	
C9 - Appropriat.Farmaceutica	2.049	
D18A - Dimissioni volontarie	2.543	
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	2.576	
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	4.116	
D9A - Abbandoni PS non presidiati	1.599	
E1 - % Risposta - Indagine Clima Organizzativo	4.069	
E2 - % Assenza	0.781	
F1 - Equilibrio economico reddituale	2.035	
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	4.041	
F12C - Dispositivi medici	3.139	
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3.298	
F19A - Costo medio per punto Drg	3.271	
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3.116	

Rispetto a 334 indicatori di dettaglio presenti sul Sistema di Valutazione si rileva che nel 48% circa dei casi i risultati sono ottimi o buoni, nel 28% medi, nel 17% scarsi e nel 7% pessimi.

#### Asl Toscana Nord Ovest: gli indicatori del sistema di valutazione 2023 \_ fonte MeS



Performance Pessima	Performance Scarsa	Performance media	Performance buona	Performance Ottima	Totale	ASL
22 (6.59%)	56 (16.77%)	94 (28.14%)	85 (25.45%)	77 (23.05%)	334	Nord ovest

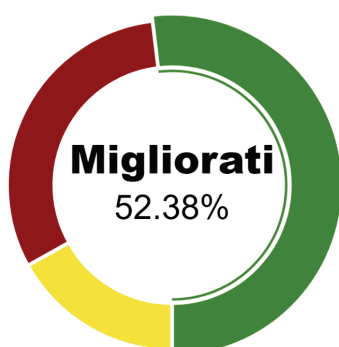
Pur registrando globalmente buoni risultati, è opportuno segnalare che esistono fenomeni di **variabilità interna** tra le diverse zone e stabilimenti di area vasta. La variabilità "evitabile", ossia quella che non rispecchia una reale differenza nel bisogno della popolazione ma è espressione di fenomeni 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.

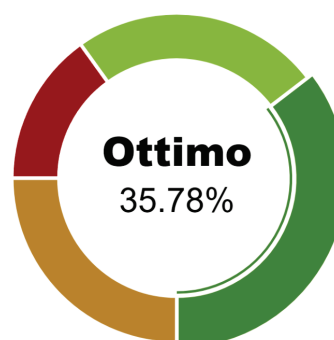
#### Asl Toscana nord ovest: capacità di miglioramento e gestione della variabilità

2023-2022 \_ 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 **52%** gli indicatori che sono migliorati complessivamente a livello aziendale.

Nel **36%** 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 il quadro **complessivo**, 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) 2023-2025**, 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

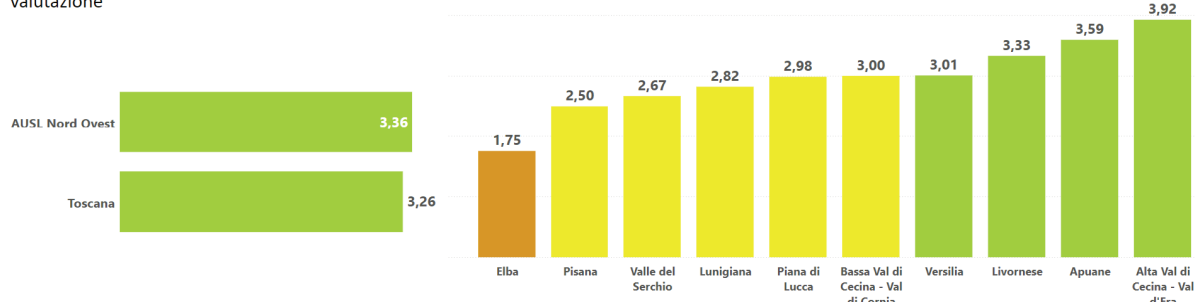
Si riportano i risultati sui principali obiettivi legati al rispetto degli indirizzi regionali, in particolare relativi ai seguenti ambiti: **screening oncologici e coperture vaccinali**

#### 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



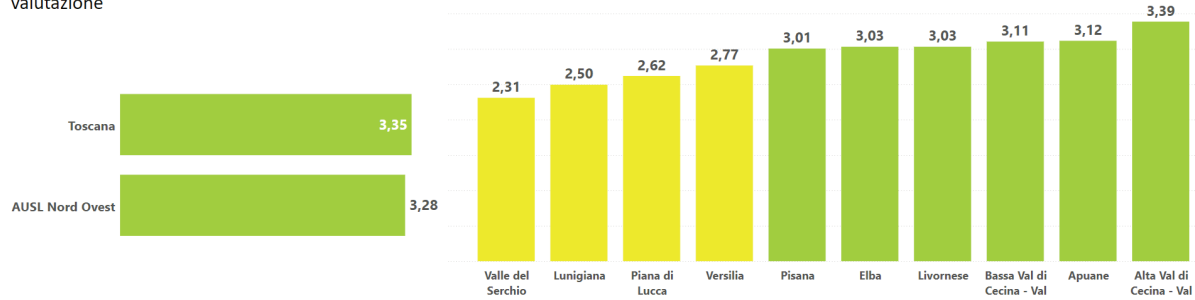
Indicatore	Num Azienda 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>B5</b>					
B5.1.1 Estensione dello screening mammografico	177.197	188.021	94,24	95,81	96,70
B5.1.2 Adesione allo screening mammografico	68.186	93.457	72,96	72,07	70,80
B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)	72.869	108.462	67,18	59,04	59,52
B5.3.1 Estensione dello screening coloretale	391.427	380.857	102,78	100,13	100,95
B5.3.2 Adesione allo screening coloretale	86.610	203.055	42,65	38,39	46,09

## 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

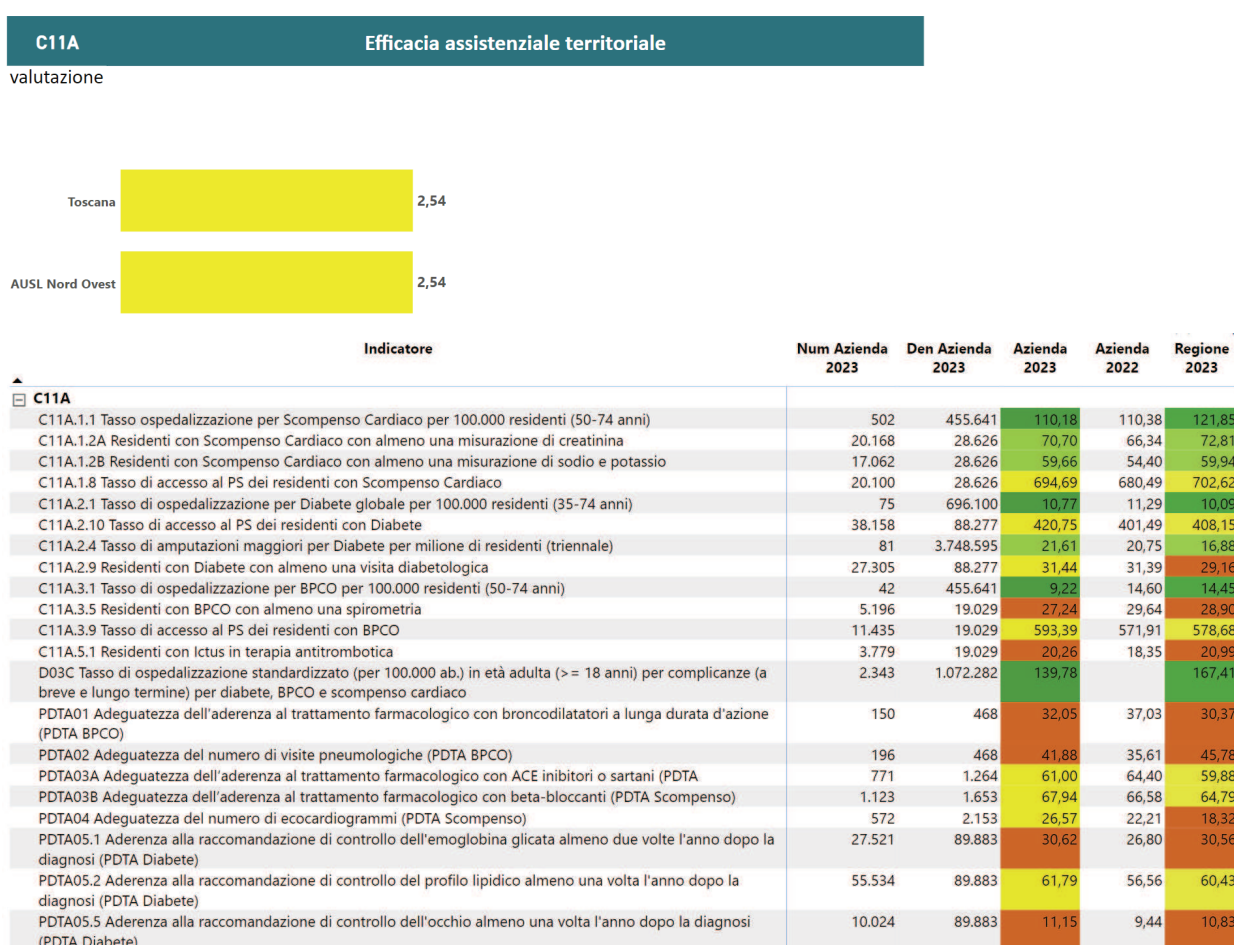


Indicatore	Num Azienda 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>B7</b>					
B7.1 Copertura per vaccino MPR	7.112	7.354	96,71	96,00	97,36
B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	175.801	334.295	52,50	55,05	58,10
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	4.057	5.398	75,20	65,52	73,80
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	3.166	7.330	43,19	54,25	45,20
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	6.843	7.431	92,09	90,72	91,19
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	6.979	7.431	93,90	94,12	93,43
B7.7 Copertura per vaccino esavalente	7.154	7.353	97,29	97,15	98,03
B7.8 Copertura vaccinale varicella	7.044	7.354	95,78	94,70	96,44

## 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).



### 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 e sulla base delle indicazioni regionali contenute nella DGRT 1508/22, 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 dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. La COT può essere rappresentata come una evoluzione dell' Agenzia di Continuità Ospedale Territorio (ACOT), che è stata attivata in tutte le zone distretto. La COT di fatto

assorbe, integra e amplia le funzioni e le competenze delle ACOT, già strutturate nella nostra Regione a partire dal 2016, estendendo la loro competenza anche sulle transizioni Territorio-Territorio e Territorio-Ospedale. Nel corso dell'anno sono state portate avanti le varie progettualità per avviare le COT nel 2024, nell'ambito del PNRR.

### Sviluppo delle case di comunità

Sul territorio aziendale al 31 dicembre 2023 sono presenti **31 Case della salute attualmente aperte**. Nel 2021 erano 25, nel 2022 ne sono state aperte 2 nelle zone Lunigiana, Valle del Serchio, nel 2023 ne sono state aperte 4, nelle zone Livornese, Pisana, Valli Etrusche e Elba. Ad oggi, si prevede di arrivare a **53 Case della Comunità** con gli interventi finanziati dal PNRR, fondi complementari e altre fonti di finanziamento (art.20 etc...).

Per diventare "case della comunità", con una forte spinta all'integrazione socio sanitaria, le case della salute dovranno rispondere a precisi standard funzionali indicati nel DM 77 e declinati a livello regionale con la delibera 1508/2022. La CdC, così come previsto nel DM 77/2022, è il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. Nella CdC lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

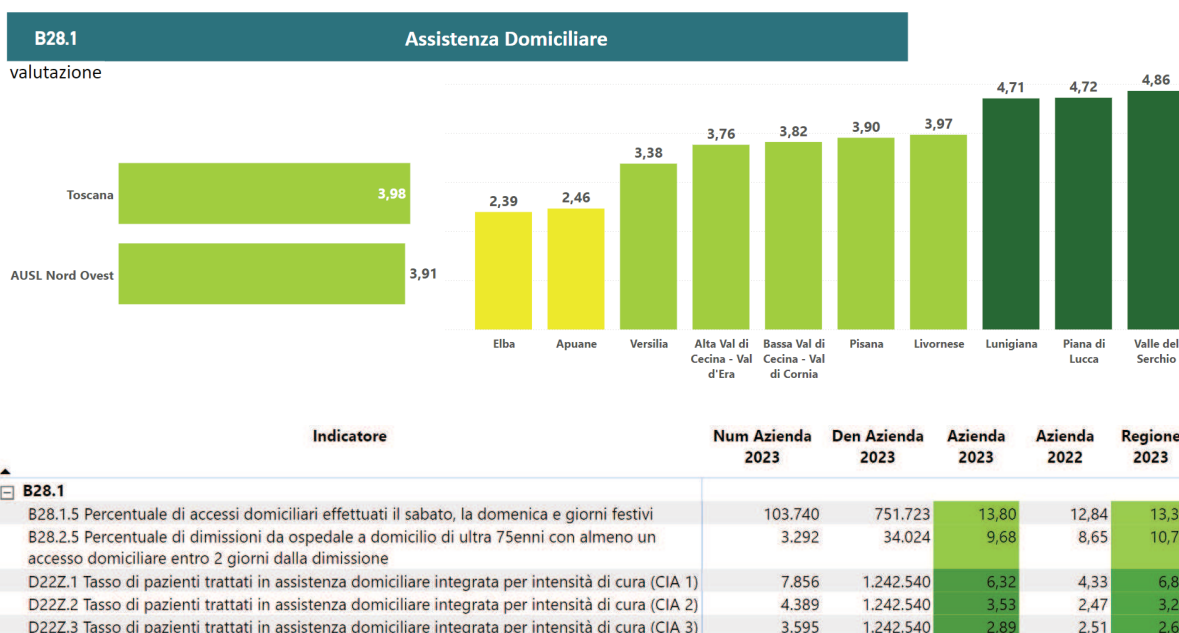
### Potenziamento delle cure intermedie

Sul territorio al 31 dicembre 2023 sono presenti 364 posti letto di cure intermedie, per un tasso di circa 0,29 per 1000 ab. (posti letto setting 1 e 2 e Ospedali di Comunità) Nel corso dell'anno anche in questo caso sono proseguiti gli interventi per l'attivazione di ospedali di comunità.

zone	Comune	Ubicazione	posti letto programmati
<b>Apuane</b>	Massa	Nuova casa di comunità	<b>20</b>
<b>Piana di Lucca</b>	Lucca	Campo di Marte padiglione C	<b>40</b>
<b>Valle del Serchio</b>	Barga	Ospedale	<b>20</b>
<b>Livornese</b>	Livorno	Nuova casa di comunità (Fiorentina)	<b>20</b>
<b>Livornese</b>	Livorno	Padiglione 5	<b>40</b>
<b>Valli Etrusche</b>	Rosignano	Nuova casa di comunità Rosignano	<b>20</b>
<b>Valli Etrusche</b>	Cecina	Ospedale	<b>10</b>
<b>Versilia</b>	Viareggio	Tabarracci	<b>36</b>

### 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), in base all' intensità di cura, per 1000 abitanti. L' assistenza per pazienti trattati in cure domiciliari integrate è differenziata infatti 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.

L'incremento del dato nel 2023 è connesso al rafforzamento della cartella territoriale Aster cloud e alla conseguente implementazione di utilizzo da parte degli operatori.

Altro elemento di novità è stato l'ampliamento dell'offerta di servizi di assistenza domiciliare socio-assistenziale, con l'attivazione dell'assistenza domiciliare tutelare, realizzata attraverso le Zone Distretto e le Società della salute con soggetti del Terzo Settore, che ha lo scopo di integrarsi con le prestazioni sanitarie. Tale azione è connessa alla recente normativa, Decreto Ministeriale n.77/2022, che privilegia la casa come miglior luogo di cura. Il Servizio è dedicato a supportare le persone che hanno difficoltà a svolgere le attività quotidiane a causa di limitazioni fisiche, psichiche o sociali con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita e favorire la permanenza a casa il più a lungo possibile.

Per una corretta rilevazione delle prestazioni sono state previste azioni per la registrazione di tali prestazioni sul sistema Aster cloud, così da raggiungere un dato rappresentativo di questo intervento significativo. L'attivazione avviene a seguito di una valutazione UVM con lo scopo anche di interagire e supportare gli altri interventi domiciliari sanitari.

Sull'assistenza residenziale si riportano i risultati dell'indicatore monitorato dal Nuovo Sistema di Garanzia (D33Z), che misura il numero di anziani con età  $\geq 75$  anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale per 1000 abitanti. I risultati raggiunti mostrano una performance intermedia, con margini di miglioramento.



Anno	2022			2023		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
<b>Regione Toscana</b>	<b>20.786</b>	<b>510.430</b>	<b>40,72</b>	<b>18.744</b>	<b>510.430</b>	<b>36,72</b>
AUSL Centro	8.700	218.192	39,87	8.163	218.192	37,41
AUSL Nord-Ovest	6.908	176.758	39,08	5.979	176.758	33,83
AUSL Sud-Est	5.178	115.480	44,84	4.602	115.480	39,85
Lunigiana	351	9.006	38,97	332	9.006	36,86
Apuane	932	18.822	49,52	569	18.822	30,23
Valle del Serchio	317	8.352	37,95	362	8.352	43,34
Piana di Lucca	1.098	22.121	49,64	742	22.121	33,54
Pisana	1.037	27.602	37,57	1.237	27.602	44,82
Elba	117	4.261	27,46	101	4.261	23,70
Versilia	793	22.566	35,14	673	22.566	29,82
Livornese	657	24.733	26,56	649	24.733	26,24
Alta Val di Cecina - Val d'Era	1.001	17.983	55,66	855	17.983	47,54
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	605	21.312	28,39	459	21.312	21,54

Il presente dato nel confronto tra il 2022 e il 2023 deve tenere in considerazione che nel 2022 all'interno delle RSA si registrava ancora un'incidenza di contagi SARS-CoV-2 ma grazie ai vaccini e ad una buona capacità di gestione del virus l'impatto su ricoveri e decessi è stato basso.

Nel 2023, complice anche la riduzione della problematica del contagio, la qualità dell'assistenza in RSA è aumentata e di conseguenza anche la longevità degli ospiti. Pertanto la crescente longevità, sebbene rappresenti un successo per il sistema sanitario e socio sanitario, pone notevoli sfide in termini di assistenza e cura. A tali considerazioni va aggiunto che il numero di quote sanitarie per ciascuna zona è rimasto invariato, di conseguenza si genera una problematica di ricezione di nuovi inserimenti da parte delle strutture residenziali. Pertanto, per mitigare l'impatto dell'indice di pressione dei grandi anziani sui caregiver, è fondamentale implementare un approccio integrato che coinvolga famiglie, servizi pubblici e privati, comunità e innovazione tecnologica, al fine di garantire una qualità di vita dignitosa per gli anziani e un supporto adeguato per i loro caregiver.

Nell'ottica di supportare l'anziano e i suoi familiari nelle fasi di transizione tra Ospedale e Territorio è stato implementato il modello di funzionamento dell'ACOT, che oltre alle già consolidate funzioni di monitoraggio e presa in carico delle situazioni complesse, è stato rafforzato con incremento delle funzioni in un'ottica di semplificazione, è stata avviata la procedura di definizione di progetti assistenziali fin dalle fasi di dimissione ospedaliera con l'obiettivo di attivazione di interventi rispondenti ai bisogni della persona nelle giornate successive alla dimissione ospedaliera.

Una delle azioni strategiche è stata inoltre l'ampliamento dell'offerta formativa per gli operatori delle strutture residenziali sociosanitarie affinché siano attivati adeguati percorsi specialistici capaci di rispondere alla complessità dei bisogni sociosanitari di cui l'anziano non autosufficiente è portatore.

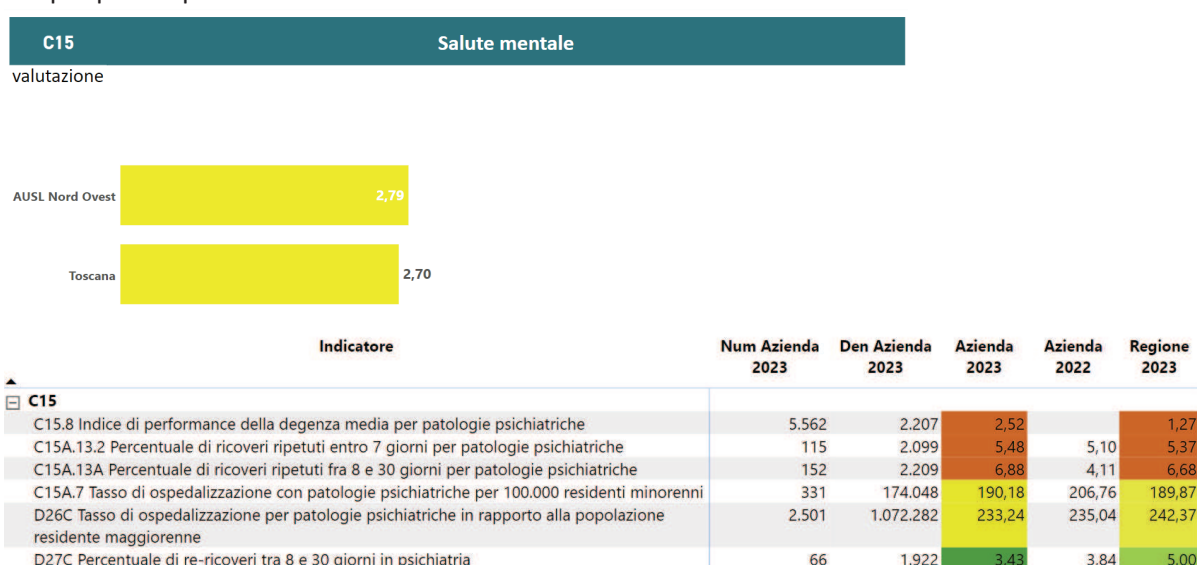
Nell'anno 2023, oltre al già menzionato basso tasso di turnover di ingressi in RSA, si è registrata una maggiore richiesta di inserimento di persone non autosufficienti in strutture residenziali, dovuta alla crescente difficoltà per le famiglie di provvedere alla gestione dei propri familiari anziani non autosufficienti; le difficoltà di conciliazione nel ruolo di caregiver sono elementi che incidono sul benessere psicologico e fisico delle famiglie con esiti di stress e burnout.

Allo scopo di favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare, ma al contempo rispettare la recente normativa che privilegia la casa come miglior luogo di cura, sono stati attuati progetti innovativi tendenti al rafforzamento degli interventi domiciliari e la riapertura post covid dei

centri diurni per anziani non autosufficienti. Tali azioni intendono offrire servizi di sollievo, per affiancare nella responsabilità del lavoro di cura la famiglia, ed in particolare i componenti più impegnati nell'accudimento quotidiano delle persone bisognose di cure particolari ovvero per sostituirli nelle stesse responsabilità di cura durante l'orario di lavoro (art. art.16 c.3 l. 328/2000).

## 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 elevata percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni (C15a.13.2) e sulla durata della degenza.

Relativamente all'anno 2023 il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ha portato avanti svariate azioni strategiche tese al miglioramento della performance.

Sono stati organizzati eventi formativi trasversali multidisciplinari in più edizioni in ordine da portare a un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata. In particolare è stato realizzato un evento in tre edizioni inerente la gestione del paziente agitato sui setting di emergenza-urgenza, che ha coinvolto oltre al personale della Salute Mentale anche il Dipartimento di Emergenza Urgenza (Pronto Soccorso e 118); l'evento era finalizzato al confronto e al miglioramento delle modalità operative impiegate a livello aziendale. Un altro evento in tre edizioni era rivolto alla diffusione della procedura aziendale per la gestione del delirium, al fine di implementare e uniformare le modalità assistenziali sui diversi setting. Sono stati coinvolti il Dipartimento di Salute Mentale insieme al Dipartimento Medico, Chirurgico e all'Area Critica, oltre ovviamente al Dipartimento Infermieristico. Gli eventi sopra descritti miravano dunque a una ottimizzazione dei percorsi e dell'impiego dei setting.

Nel 2023 il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze ha inoltre individuato i referenti forensi, figura con specifica formazione e competenze deputata alla collaborazione con i periti (CTU), con i Tribunali ordinari e con i Tribunali di sorveglianza, nonché interfaccia dei Servizi con il PUR (Punto

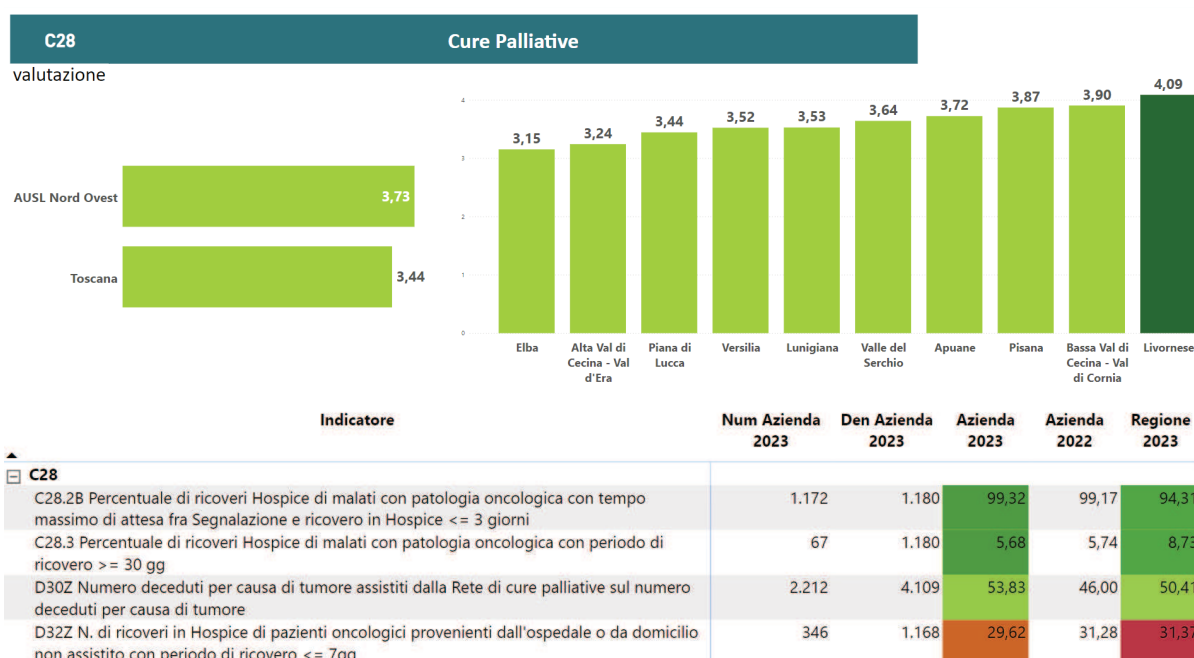
Unico Regionale per la gestione delle misure di sicurezza detentive e non detentive), in modo da ottimizzare i percorsi terapeutico-riabilitativi dei pazienti autori di reato.

A livello di SPDC la modalità di ricovero è stata implementata con la possibilità di effettuare osservazioni brevi, in modo da poter gestire in modo più appropriato una tipologia di degenza.

Particolare attenzione è stata inoltre dedicata al tema della sicurezza degli operatori, facendo una revisione dei luoghi sicuri e installando a livello degli SPDC dei dispositivi per la chiamata rapida del Servizio di Vigilanza (DECT dedicati, pulsanti a fungo).

## Le Cure palliative

L'indicatore, che nel 2023 riporta una performance positiva, con 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.



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 2023, misurata mediante la percentuale di popolazione che può fare riferimento all'IFeC, è passata dal 36,4% nel 2021 al 90% nel 2023, raggiungendo l'obiettivo aziendale.



## Sanità penitenziaria

La struttura di **Sanità penitenziaria e tutela della salute in carcere** svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione per la popolazione detenuta, garantendo l'assistenza sanitaria in termini di prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica, fornitura di farmaci e presidi. E' formata dai seguenti 9 Presidi Sanitari all'interno degli Istituti penitenziari di competenza della Azienda USL Toscana Nord Ovest, all'interno dei quali presta la propria attività lavorativa il personale descritto a fianco di ciascun Presidio per la popolazione detenuta a fianco indicata:

Presidio Sanitario	Detenuti	Medici	Psicologi	Infermieri	Altro personale
Massa	212	7	1	10	3
Pontremoli	21	2	1	1	0
Lucca	109	6	1	7	0
Pisa	261	24	1	22	0
Volterra	168	4	1	4	0
Livorno	227	9	1	15	0
Gorgona	75	4	0	3	0
Porto Azzurro	335	6	1	6	0
Pianosa	14	1			
<b>TOTALI</b>	<b>1.408</b>	<b>63</b>	<b>7</b>	<b>68</b>	<b>3</b>

\*Fonte dati: relazione del garante dei diritti dei detenuti Regione Toscana al 31/12/2023

Da sottolineare che l'istituto Penitenziario Don Bosco di Pisa ha al suo interno un SAI Servizio Assistenziale altamente Integrato con 40 posti letto per uomini e donne e l'istituto penitenziario di Massa ha 12 posti letto per la fisiokinesiterapia e 2 posti letto per l'isolamento sanitario.

Sono state allestite postazioni di telemedicina negli istituti di Gorgona, Pianosa, Livorno e Pisa.

Grande importanza nel 2023 ha avuto la prevenzione del Rischio Suicidario, per il quale viene effettuata attività di formazione del personale. Secondo il protocollo vigente per ogni detenuto a rischio di atti anticonservativi vengono gestite apposite informazioni da parte di tutto il personale in grado di intercettare campanelli di allarme.

Analoga importanza hanno avuto tutti gli episodi di aggressività eterodiretta per i quali vengono riportate le segnalazioni valutate da apposito staff interdisciplinare. Per questi due fenomeni di rilievo gli istituti penitenziari sono dotati di psicologi per il rischio suicidario e psichiatri per la loro presa in carico.

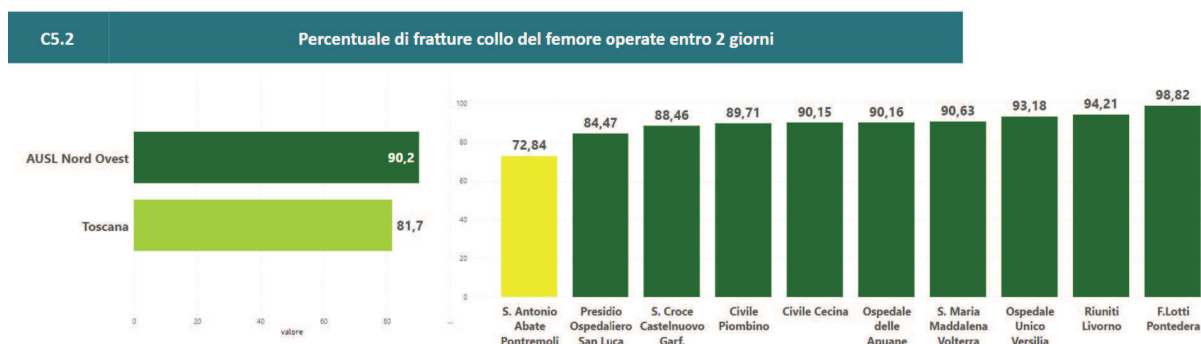
Per tutta la popolazione detentiva sono state periodicamente effettuate attività di screening e successiva presa in carico per infezione da HIV e HCV. Le vaccinazioni sono state regolarmente effettuate sia per l'influenza, per la polmonite e per il Covid tramite apposite procedure. Alla popolazione detentiva sono state garantite, apposite visite specialistiche psichiatriche, cardiologiche, dermatologiche, ginecologiche, oculistiche e odontoiatriche in collaborazione con il personale degli Ospedali di riferimento mentre le prestazioni del SERD vengono garantite in modo continuativo dal Dipartimento Tossicodipendenze in ogni istituto.

### 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% e l'azienda consegue un risultato molto positivo.



## 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 di rimanere entro il 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	2022			2023		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
<b>Regione Toscana</b>	<b>1.422</b>	<b>8.247</b>	<b>17,24</b>	<b>1.306</b>	<b>7.671</b>	<b>17,03</b>
<b>AUSL Nord-Ovest</b>	<b>733</b>	<b>3.915</b>	<b>18,72</b>	<b>683</b>	<b>3.832</b>	<b>17,82</b>
S. Francesco Barga (LU)	43	177	24,29	40	184	21,74
Ospedale San Luca	160	777	20,59	155	800	19,38
F.Lotti Pontedera (PI)	64	657	9,74	82	659	12,44
Riuniti Livorno	131	742	17,65	126	706	17,85
Ospedale Civile di Cecina	102	536	19,03	80	543	14,73
Civile Elbano Portoferraio (LI)	16	118	13,56	14	110	12,73
Ospedale Unico "Versilia"	217	908	23,90	186	830	22,41
Ospedale Apuane	222	1.065	20,85	247	1.110	22,25

## 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 (AOUP) da parte dei professionisti aziendali, sono rilevati nell'ambito dell'attività svolta da AOUP.

**C10**
**Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici**

valutazione



Indicatore	Num Azienda 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>C10</b>					
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	0	30	0,00		96,69
C10.1.2 Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	78	1	55,44		1,97
C10.2.1 Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	939	1.056	88,92	85,70	88,58
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	670	883	75,88	75,99	79,81
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	692	854	81,03	79,67	84,07
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	22	1.036	2,12	1,94	3,04
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	3	227	1,32	1,42	2,55
C10.5 Appropriatelyzza prescrittiva dei biomarcatori tumorali	52.128	809.858	643,67	615,63	525,02
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	1.039	1.039	100,00	100,00	98,91
H03C Proporzioe di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	57	1.024	5,57	6,46	6,02
PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	496	683	72,62	80,48	66,33
PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	338	938	36,16	45,25	40,89
PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	204	248	82,26	77,27	82,35
PDTA08 Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	240	411	65,85	66,93	62,85
PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	71	97	73,20	71,05	71,90
PDTA10 Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	97	135	75,09	71,54	75,25

#### 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**

La Delibera della Giunta Regione Toscana n. 604 del 2019 "Piano Regionale Governo Liste Di Attesa 2019 – 2021" in ottemperanza a quanto previsto dal PNGLA 2019-2021, siglato con l'Intesa Stato-Regioni del 21 febbraio 2019, definisce i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni. L'azienda, anche in ambito di area vasta, ha strutturato le diverse attività per il governo delle liste di attesa, su tre filoni principali in modo sinergico e integrato:

- 1) il governo della domanda
- 2) il governo dei percorsi
- 3) il governo dell'offerta

**Il governo della domanda:** le azioni sono finalizzate al miglioramento della appropriatezza prescrittiva sia dei MMG/PLS che degli specialisti, e coinvolgono sia il Dipartimento della Medicina Generale sia i Dipartimenti Specialistici. Vengono effettuati incontri mirati, con la medicina generale e/o condivisi con gli specialisti, con l'obiettivo di indurre l'adozione di appropriate modalità prescrittive finalizzate ad una migliore gestione della domanda.

**Il governo dei percorsi:** In questo caso gli obiettivi sono i seguenti:

- Identificare nuovi percorsi e/o ridefinire quelli esistenti in un'ottica di equità di accesso, miglioramento dell'impiego delle risorse disponibili, di incremento della flessibilità, dell'organizzazione, di coerenza rispetto al bisogno accertato dell'utenza.
- Verificare la separazione dei percorsi di primo accesso, percorsi di cronicità, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e follow-up.
- Elaborare procedure relative ai percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e al Day Service.
- Coordinare l'implementazione del progetto "dove si prescrive si prenota"

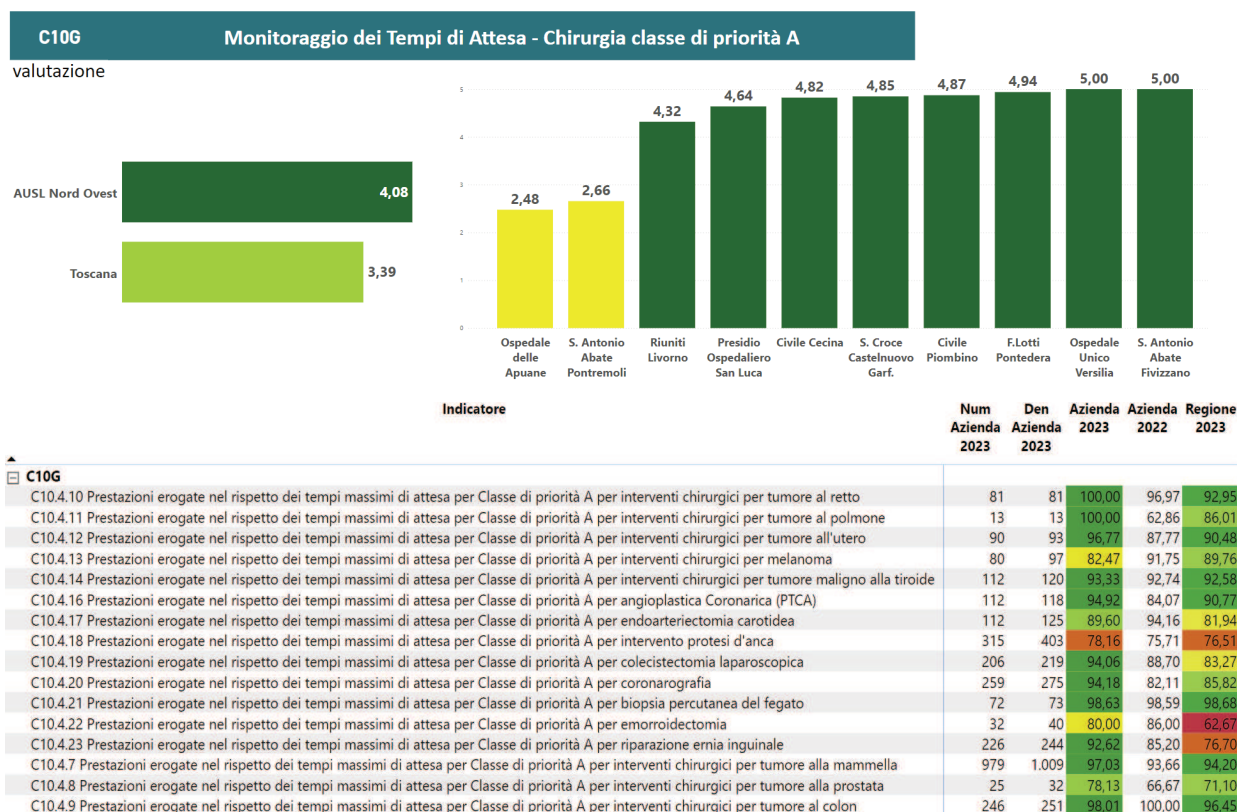
**Il governo dell'offerta:** Per il governo dell'offerta le tematiche affrontate a livello aziendale e di area vasta sono:

- la programmazione dell'offerta
- la gestione delle prese in carico e preliste

In particolare per la gestione delle prese in carico, che prevede una sinergia e una collaborazione di area vasta, l'azienda ha sviluppato la centrale di prese in carico a partire dai primi mesi del 2023 per le richieste di priorità B. Con la fine del 2023 tutte le prestazioni oggetto di monitoraggio del PRGLA per le priorità B-D-N che non trovano disponibilità sono state attivate le prese in carico tramite il sistema delle preliste su CUP 2.0.

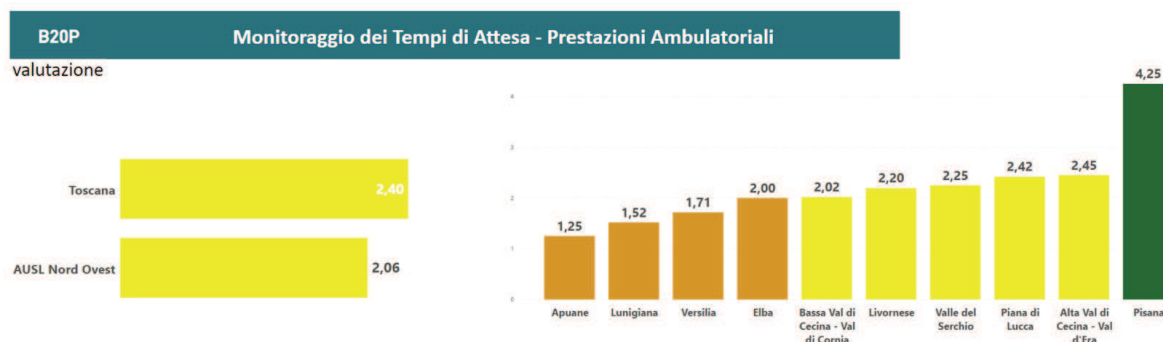
## Governo delle liste di attesa chirurgiche

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 azioni per il monitoraggio e la riduzione delle attese, con risultati positivi. L'indicatore esprime una valutazione di sintesi positiva, che tiene conto del rispetto dei tempi di attesa per i diversi interventi.



## Governo delle liste di attesa ambulatoriali

Anche in questo caso l'indicatore misura il rispetto dei tempi previsti per visite e prestazioni diagnostiche a livello complessivo (B20G) e tenuto conto dei codici di priorità (D10-D11)





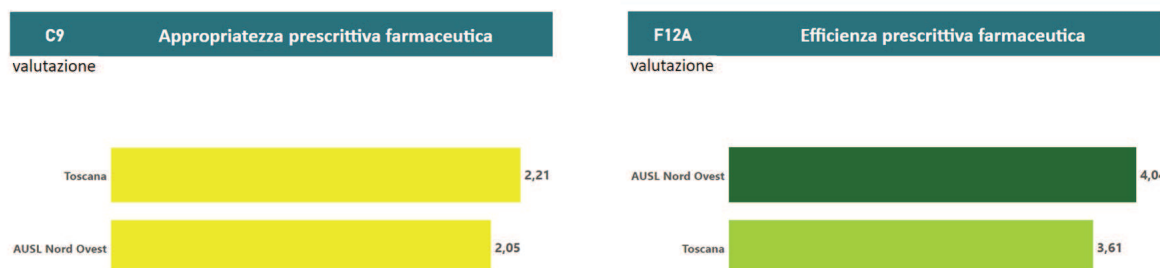
Indicatore	Num Azienda 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>B20P</b>					
D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	66.425	118.184	56,21	63,84	64,16
D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	21.615	27.441	78,77	67,64	72,50
B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)	258.238	326.170	79,17		81,90
B20G.1 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)	228.734	389.745	58,69		70,93

I dati evidenziano 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 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>B21G</b>					
B21G.1 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)	577.783	962.770	60,01	62,45	62,78
B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)	625.176	1.053.157	59,36	59,57	60,82

## 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 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>C9</b>					
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	1.121.862	1.315.093	2,34	2,22	2,07
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio	2.286.558	1.325.084	4,73	4,76	4,23
B4.1.3 Consumo territoriale di morfina	7.289.464	1.315.093	5,54	5,43	3,47
B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio	74.372	1.121.664	6,63	7,01	5,17
C21.2.4 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	763	1.210	63,06		66,85
C21.2.5 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	836	1.053	79,39		82,41
C6.8.1 Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)	139.795	334.295	41,82	41,33	40,89
C6.8.2 Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)	27.879	334.295	8,34	8,17	7,74
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	34.247.646	1.315.093	26,04	26,80	24,94
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	454.324	662.887	68,54	70,28	76,70
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	26.895	662.887	40,57		31,46
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti (per 1000 giornate di degenza)	19.850	728.944	27,23		28,54
C9.13 Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	355.065	507.730	69,93	69,88	68,75
C9.19.1 Incidenza di farmaci adrenergici associati sul totale dei farmaci adrenergici per aerosol sul territorio	6.372.300	9.688.501	65,77	68,11	65,05
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici sul territorio	7.057.255	1.315.093	14,70	13,10	13,91
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	798.662	128.322	17,05	11,71	15,44
C9.8.1.1.2 Consumo di cefalosporine in età pediatrica	172.830	128.322	3,69	2,39	2,56
C9.8.1.1A Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	548.484	1.246.330	1,21	1,22	1,02
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	148.457	7.057.255	2,10	2,03	1,88
C9.8.1.3 Percentuale DDD antibiotici a base di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina ac. clavulanico sul territorio	416.117	3.149.193	13,21		25,08
C9.9.1 Iperprescrizioni di antidepressivi	15.023	138.159	10,87	10,54	12,03
D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	30.609.018	1.248.306	24.520,44	23.904,37	24.525,19
Indicatore	Num Azienda 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>F12A</b>					
F12A.14 Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	18.250.318	21.021.264	86,82	85,34	87,51
F20.10.1 Spesa per MG Rituximab	500.319	1.234.400	0,41	0,48	0,45
F20.11.1 Spesa per mg Trastuzumab	474.568	1.057.320	0,45	0,50	0,45



## 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 penitenziari. 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 2023.



#### ➤ **Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali**

- Completare l'estensione della **Cartella clinica elettronica ospedaliera**. A dicembre 2023 i Posti letto informatizzati risultano complessivamente il 100%.
  - Implementare la **Cartella socio sanitaria elettronica territoriale (aster cloud)**. Per quanto riguarda invece la diffusione della Cartella socio sanitaria elettronica territoriale (aster cloud), nel 2023 risulta completato per l'85%, 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 i dispiegamenti per:
    - Applicativo ADT per ricoveri ospedalieri, da concludere entro Maggio '25
    - Laboratorio analisi (LIS) e integrazione con C7-CUP-PS, da concludere entro Febbraio '25, compreso del modulo applicativo dei centri trasfusionali integrazione con C7, CUP e PS (SIT)
    - CUP Accettatore unico, da concludere entro Marzo '25
    - Cartella Clinica Elettronica Ambulatoriale, da concludere entro Giugno '25
- 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 (collaudato a febbraio 2023) e i tempi di attesa per il cittadino si sono ridotti a circa 10 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 e sono quindi in corso le personalizzazioni necessarie per un miglioramento continuo del servizio.

**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 2023 sono stati tutti informatizzati.

**prenotazione delle visite online:** tramite il portale regionale dedicato è possibile prenotare visite o esami diagnostici. Nel 2023 circa il 15% 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 2023 sono stati circa il 10%.

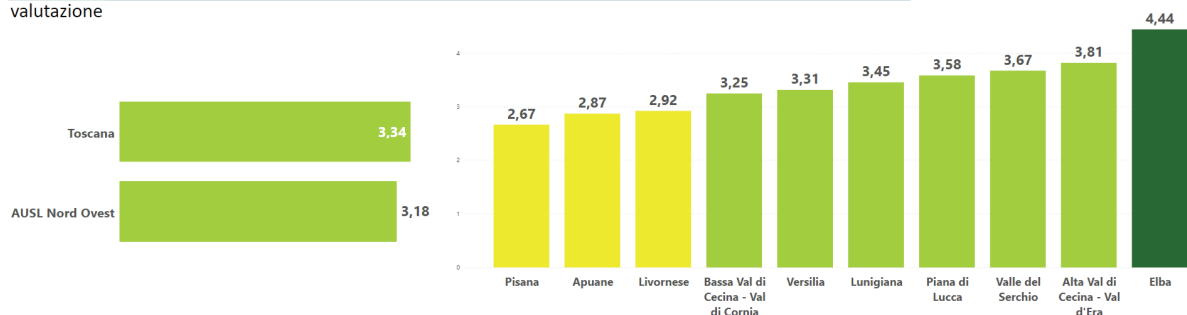
**dematerializzazione documentale front office:** la sperimentazione ha dato esito positivo in termini di risparmio di carta, di tempo per gli operatori coinvolti e soprattutto per l'archiviazione in modo sicuro dei documenti contenenti categorie particolari di dati (ex dati sensibili). Le postazioni 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.

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

## B24A

## Sanità digitale

valutazione



Indicatore	Num Azienda 2023	Den Azienda 2023	Azienda 2023	Azienda 2022	Regione 2023
<b>B24A</b>					
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	12.482.504	12.795.316	97,56	94,90	97,75
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	4.415.594	4.558.632	96,86	93,30	97,21
B24B.3.1 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	1.152	2.037	56,55	51,10	69,23
B24B.3.2 Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	1.308	2.037	64,21	58,58	75,05
B24B.5 Diffusione libretto di gravidanza digitale	4.228	7.470	56,60	37,81	53,89
C13.R3.10 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	1.687	18.796	8,98		5,42
C13.R3.11 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	3.283	52.194	6,29		14,38
C13.R3.13 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	583	42.418	1,37		1,81
C13.R3.2 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	1.884	31.751	5,93		2,31
C13.R3.3 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	2.443	65.668	3,72		2,68
C13.R3.4 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	505	26.354	1,92		2,41



## 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.

Il concorso di progettazione si è concluso ad agosto 2023, con l'individuazione del gruppo di progettazione vincitore. Il dibattito pubblico si è concluso nel mese di ottobre 2024. Le permuthe patrimoniali sono concluse, si ipotizza di poter stipulare il rogito notarile entro il mese di novembre 2024.

### **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.

In particolare nell'anno 2023 è stato completato l'assetto organizzativo del Punto Nascita con attivazione della pronta disponibilità oltre alla guardia attiva pediatrica.

La sala di elettrofisiologia è stata accreditata, con l'obiettivo di valorizzare l'esperienza maturata e sviluppare le competenze con il supporto della rete di elettrofisiologia aziendale e di area vasta.

E' stato elaborato il primo step del progetto di ampliamento del Pronto Soccorso di Cecina al fine di migliorare spazi, percorsi e logistica.

E' stato approvato il progetto di riqualificazione e ristrutturazione completa del Pronto Soccorso di Piombino, che prevede il trasferimento dalla sede attuale (piano interrato) al piano terra dell'ospedale con ampliamento degli spazi a disposizione per il miglioramento logistico ed organizzativo delle attività e dei percorsi ospedalieri.

Nell'ottica dell'integrazione con la sanità territoriale, si è proceduto alla progettazione esecutiva del servizio psichiatrico di diagnosi e cura, secondo i requisiti autorizzativi e di accreditamento della Regione Toscana.

### **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 2023 sono aumentati gli interventi del 3% rispetto all'anno precedente, passando da 1.214 a 1.250 in regime di ricovero ordinario, day surgery e chirurgia ambulatoriale. 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 anestesiology 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)

Terminati gli adempimenti legati alla fase emergenziale è stato possibile riprendere a pieno regime lo sviluppo e l'implementazione del Sistema di Gestione della Qualità aziendale che, al fine di garantire la messa in sicurezza di tutte le attività e strutture aziendali ritenute più "critiche", prevede l'adozione di un *approccio pro-attivo* con una logica di rete. A tal fine sono state censite tutte le strutture sanitarie aziendali e del privato accreditato afferenti alle seguenti "reti integrate":

- Cure Intermedie;
- Cure Palliative (HOSPICE);
- Salute Mentale (CSM, SPDC e strutture residenziali);
- Dipendenze (SERD e comunità terapeutiche);
- Riabilitazione;
- Punti Nascita;
- Ambulatori IVG farmacologica;
- Ambulatori Odontoiatria (*solo aziendali*);
- Presidi Sanitari Penitenziari
- Case della Salute
- Servizi trasfusionali (*solo aziendali*);
- Radiologia interventistica (*solo aziendali*);
- Dialisi (*solo aziendali*)
- Servizi trasfusionali (*solo aziendali*)
- Cure domiciliari (*solo aziendali*)

A settembre 2023, in ottemperanza a quanto previsto dalla DGRT n. 732/2023, sono stati attestati i requisiti di esercizio di tutte le sedi di cure domiciliari aziendali (*organizzative ed operative*) ricomprese nei flussi ufficiali e i requisiti di accreditamento del relativo processo.

Oltre l'attività routinaria programmata per la corretta autorizzazione delle strutture sanitarie e l'accREDITAMENTO dei processi sanitari in essi erogati, nel 2023 è proseguita l'attività "straordinaria" richiesta per la gestione dei processi di riorganizzazione legati al PIOT di Carrara e dell'Ospedale di Livorno, in attesa del completamento degli adeguamenti strutturali e impiantistici previsti (*Piano di adeguamento e nuovo Ospedale*).

Il 2023, fra l'attività "straordinaria" finalizzata all'adeguamento continuo agli aggiornamenti normativi nazionali e regionali, è stato caratterizzato da azioni di supporto ai dipartimenti interessati nell'attuazione della riorganizzazione della rete territoriale dei servizi sanitari e sociali a seguito del recepimento degli standard previsti dal DM n.77/2022 e dalla delibera 1508/2022 della Regione Toscana.

In particolare, la Qualità ha supportato le funzioni aziendali coinvolte nell'implementazione del nuovo modello organizzativo delle Case di Comunità, degli Ospedali di Comunità e delle COT, anche in riferimento al soddisfacimento dei requisiti per il conseguimento dei finanziamenti previsti dal PNRR.

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

Nel corso del 2023, il personale dell'azienda USL Toscana nord ovest ha segnalato 2827 incidenti o problemi per la sicurezza dei pazienti, che hanno dato luogo a 753 analisi mediante audit su evento significativo (SEA) ed a 1793 revisioni di mortalità e morbidità (M&M), registrati sull'applicativo regionale SiGRC. A seguito degli audit sono state definite ed avviate 963 azioni di miglioramento, con un tasso di realizzazione del 86% per le azioni previste, da completare e monitorate nel corso del 2023. Gli eventi sentinella sono stati 33, tutti gestiti secondo i requisiti previsti dal protocollo SIMES, con un indice di tempestività del 84%. Sono state inoltre segnalate 1145 cadute dei pazienti, con un indice di presa in carico per analisi e prevenzione del 90%.

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. Tutti gli indicatori relativi al sistema di segnalazione e apprendimento dagli incidenti sono migliorati rispetto all'anno precedente, come illustrato nel report di valutazione della performance del Laboratorio MeS.

Nel corso del 2023 il trend delle richieste di risarcimento è in ulteriore riduzione rispetto all'anno precedente, con un totale di 255 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, è 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. La mappatura delle strutture è stata anch'essa aggiornata con la collaborazione del controllo di gestione e dell'ufficio del personale. L'adesione ha raggiunto il 97% (N=306), con sole 9 strutture che non hanno risposto ai solleciti e per le quali è stato attivato un percorso di verifica in accordo con direttore sanitario e direttori di dipartimento interessati. L'applicazione delle RM si conferma 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 si conferma 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 applicabilità e modalità di contestualizzazione di PSP e RM. Sono stati organizzati e condotti 24 Giri per la Sicurezza, in altrettante strutture aziendali, con elaborazione e discussione del profilo di Gestione del Rischio Clinico di ogni struttura. In accordo con il Direttore Sanitario, le strutture visitate sono state tutte le cure primarie, cure intermedie ed ospedali di comunità, in considerazione degli aggiornamenti e sviluppi sostenuti da DM77 e PNRR, nonché un campione di unità operative di medicina interna, visti i cambiamenti attraversati nella fase post-pandemica. Nel corso del 2024 è previsto l'aggiornamento completo delle autovalutazioni, che terrà conto sia della nuova mappatura delle strutture, dell'aggiornamento delle pertinenze di RM e PSP, con una scheda di raccolta dati articolata sulle caratteristiche di ciascuna struttura.

Nel corso del 2023 sono state ulteriormente rafforzate 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. In considerazione dell'aumento delle segnalazioni di aggressioni e del gravissimo episodio di assassinio sul lavoro che ha colpito la responsabile del SPDC di Pisa, l'azienda con il supporto della Regione Toscana ha consolidato le azioni per la protezione del personale, rafforzando la presenza del servizio di vigilanza, le dotazioni di sistemi di comunicazione e

di allarme, la formazione del personale. È stato approvato il protocollo di intesa con la Prefettura di Pisa per la prevenzione delle aggressioni a danno del personale dell'azienda sanitaria, rinnovando l'invito a definire documenti analoghi con le altre prefetture. È 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, con previsione di definire una linea di attività per la prevenzione e gestione della sindrome della seconda vittima.

Nel corso del 2023 sono stati pubblicati gli aggiornamenti delle procedure aziendali segnalazione e l'apprendimento per la sicurezza dei pazienti, la sicurezza nell'uso dei farmaci, l'igiene delle mani e per il contrasto alla diffusione degli enterobatteri multi-resistenti. È proseguita ed è stata ampliata la formazione per la sicurezza dei pazienti, per la manutenzione e sviluppo della rete dei facilitatori e per affrontare temi specifici come la comunicazione degli eventi avversi, l'ergonomia e l'HTA, la gestione degli scenari critici mediante simulazione, il ritorno d'esperienza dall'analisi dei rischi.

Sono stati inoltre rafforzati 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.

Sono proseguiti i progetti di ricerca finanziati in cui è coinvolta la UOC Sicurezza del paziente:

- Contact - nuovi modelli di rete tra specialisti e MMG per l'assistenza ai pazienti cronici (capofila Scuola Superiore Sant'Anna),
- Spinevacs - strategie per promuovere comportamenti virtuosi nell'adesione alle cure (capofila Scuola Alti Srtudi IMT di Lucca),
- Proximity care in Valle del Serchio - linee di ricerca su simulazione in ambito materno-infantile e sperimentazione degli esoscheletri per la movimentazione manuale dei pazienti nelle strutture di lungo-degenza (capofila Scuola Superiore Sant'Anna)

Sono stati completati:

- il progetto di ricerca-azione Insieme per la Sicurezza delle cure finanziato da RT, che ha coinvolto 21 strutture socio-sanitarie territoriali distribuite in 10 zone, con un'adesione finale alle attività previste da parte di 15 strutture
- il progetto per la messa a punto di una buona pratica per la comunicazione dei rischi e l'acquisizione del consenso informato, finanziato nell'ambito del programma Mattone Sanitario Internazionale, che ha coinvolto il Comitato di Partecipazione Aziendale, le altre aziende sanitarie toscane, il Centro GRC e l'Istituto di Linguistica Computazionale del CNR di Pisa

## **Le relazioni con il pubblico: Tutela e Partecipazione**

Il 2023 si è contraddistinto per tutta una serie di attività prevalentemente rivolte all'esterno, come da pianificazione dell'anno precedente. In primis l'organizzazione e gestione della Conferenza dei Servizi, tenuta a Marina di Carrara il 13 ottobre ed avente come titolo "Lo stato di salute della Sanità e l'impatto sociale". Sempre come attività esterne di comunicazione sono da citare gli incontri con la popolazione per la diffusione della cultura delle cure palliative. Anche la stesura e pubblicazione della Carta dei Servizi aziendale è stata una delle più importanti azioni, elaborata in contemporanea con il percorso regionale di rinnovo del sistema partecipativo aziendale.

Sul versante della tutela è necessario citare la ricostituzione nel 2023 della Commissione Mista Conciliativa a seguito della nomina del nuovo Difensore civico. Un aspetto molto importante da rilevare è l'avvio del percorso di transizione al digitale, che sta impegnando il settore per il raggiungimento di una serie di obiettivi interni ed esterni delle procedure di contatto con l'utente tramite l'applicativo Urp e le procedure ridisegnate sulla base della gestione del numero unico.

**PARTECIPAZIONE.** Per quanto relativo alla partecipazione, si evidenzia per il 2023 il percorso regionale ed aziendale di rinnovo dei comitati zonali e aziendale alla scadenza dei cinque anni. Un percorso che, avviato dalla nota regionale del 29 maggio 2023 sulla base della LR.75/2017, dà impulso al cambiamento dei comitati di partecipazione zonali e aziendale ed alla costituzione del nuovo Comitato zonale della Valle del Serchio, nonché alla formalizzazione della rete dei Team aziendali. Il percorso in ogni caso non può dirsi concluso, dato che resta aperta a nuove formazioni del Terzo settore la possibilità di attivarsi e dare impulso a quanto si sta già muovendo. Durante l'anno il Comitato aziendale ha portato avanti le seguenti tematiche, anche con la presenza di Comitati zonali, di esponenti istituzionali e delle specifiche professionalità aziendali: il nuovo assetto della sanità territoriale secondo la progettazione PNRR, lo stato pandemico covid, la riorganizzazione dei consultori in Toscana, la presa in carico delle persone con disabilità, la carta dei servizi e il documento dei nuovi impegni, il governo delle liste di attesa.

Sempre nel mese di Dicembre il lavoro congiunto del sistema di partecipazione con gli Urp ed i Team Zonali ha prodotto l'ottima performance nelle Buone pratiche regionali di partecipazione con tre distinti progetti: gli eventi pubblici sulle Cure palliative, la revisione congiunta della Carta dei Servizi e la pubblicazione a cura della Federconsumatori di Livorno di un libretto informativo sull'uso dell'acqua pubblica. I tre momenti sono solo le punte più significative di un lavoro intenso e che coinvolge ormai oltre 140 associazioni di volontariato e di tutela, a dimostrare una realtà viva, tesoro dell'ambito territoriale Nord ovest.

**TUTELA.** Nel 2023 il numero di reclami ha subito una certa flessione, questo anche a causa del cambiamento nei comportamenti degli utenti, i quali richiedono maggiormente la risoluzione immediata di problematiche hic et nunc. Aumenta perciò in maniera esponenziale il volume delle prese in carico, al netto delle prese in carico affrontate nel servizio telefonico del numero unico, di cui parleremo più avanti. L'aumento marcato delle segnalazioni (da 8% a 21.9%, in valori assoluti da 639 a 1540 ), invece, deriva principalmente dal cambiamento nelle dinamiche dell'utenza nel suo rapporto con il sistema sociosanitario, come presumibile reazione alle difficoltà di accesso a prestazioni e servizi.

### **Il Numero Unico Urp**

Durante l'anno 2023, il secondo anno dall'avvio del numero unico Urp i nostri operatori Urp hanno supportato gli utenti in 14.610 chiamate per una media di oltre 20 chiamate per operatore per un tempo medio a chiamata di oltre 9 minuti.



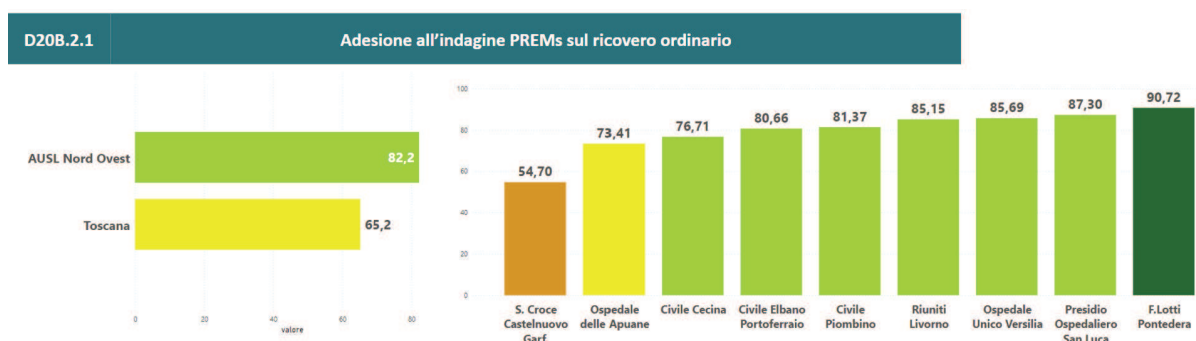
## Il punto di vista degli utenti e il clima organizzativo interno

**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.

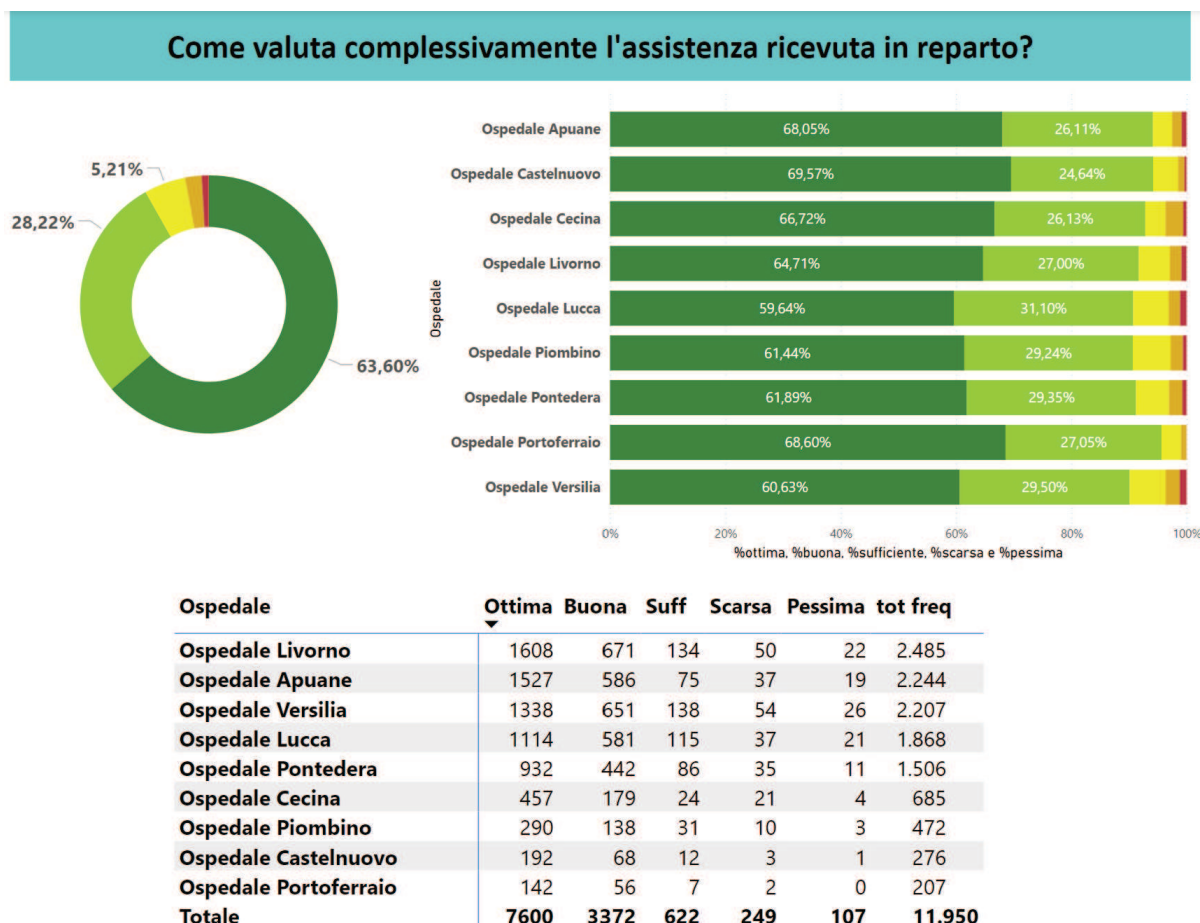
Nel 2023 sono coinvolti i seguenti **9 ospedali**: Apuane, Lucca, Pontedera, Viareggio, Livorno, Cecina, Piombino, Portoferraio e Castelnuovo (quest'ultimo attivato a dicembre 2021). Grazie alla diffusione della cartella clinica informatizzata, sarà possibile estendere questo fondamentale strumento anche 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 2023 circa l'80% dei pazienti ha ricevuto l'invito a partecipare al questionario e si è collocata tra i 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 molto positive: Alla domanda “Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta in reparto?” nel 2023 il 92% dei pazienti ha dato un giudizio assai positivo, in particolare circa il 28% ha attribuito una valutazione buona e 64 % ottima.



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 l'ultima edizione della rilevazione, con il 53% di partecipazione a livello aziendale. L'analisi del clima interno, realizzata ad anni alterni, 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.

Il PAF 2023 è stato deliberato il 23.12.2022 (Det.DG n. 1168) 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 12.07.2023) e divulgata subito agli Animatori di formazione F e sulla intranet aziendale una revisione del PAF 2023 (poi oggetto di recepimento con la Delibera n. 1181 del 29.12.2023) che ha visto, a parità di eventi, una maggiore focalizzazione sulle esigenze specifiche che erano nel frattempo in parte mutate (il processo di revisione ha portato ad eliminare complessivamente n. 105 eventi e ad aggiungere n. 85 nuovi eventi). Il processo di programmazione è stato pienamente rispettato, avendo realizzato globalmente 730 Eventi, ovvero il 87% degli Eventi previsti e con un numero di eventi extra PAF (11) del tutto trascurabile. Rispetto all'anno precedente il 2023 evidenzia un aumento significativo delle Partecipazioni con almeno 1 Attestato (38.917, + 20%), dei Dipendenti e Convenzionati Formativi (11.125, + 9%) e del numero complessivo di ECM erogati (317.065, + 19%). Gli indicatori soglia del PAF sono stati tutti pienamente rispettati. Continuiamo, inoltre, ad avere ottime valutazioni da parte dei discenti. Questi numeri importanti e positivi riguardano in modo generalizzato tutti i Dipartimenti aziendali e tutte le tipologie di destinatari. Il 2023 ha visto anche la ripartenza della formazione su

scala regionale dei Pediatri di Libera Scelta, organizzata dalle ASL Toscane con finanziamento regionale. L' Azienda ha partecipato a tale attività sia accreditando e gestendo eventi come capofila, sia gestendo la logistica di eventi accreditati dalle altre aziende sanitarie locali. La partecipazione dei PLS alla formazione è sempre alta. E' inoltre da segnalare il fatto che l'investimento nella Formazione con Simulazione, che coinvolge diversi Dipartimenti, ha iniziato a dare dei ritorni molto importanti: il numero di Eventi, di Edizioni e di Partecipazioni a questa tipologia di formazione e' infatti oltre che raddoppiato rispetto al 2022. L'aumento della formazione in simulazione e della incidenza della formazione blended e residenziale sul totale spiega anche in parte la crescita della spesa complessivamente sostenuta per la formazione nell'anno 2023 (dopo un triennio che anche a causa del Covid la spesa aveva visto una significativa riduzione). Nel 2023 sono state autorizzate n. 247 partecipazioni a formazione individuale obbligatoria mostrando un trend in aumento (n. 183 nel 2021 e n. 188 nel 2022) tendendo a raggiungere i numeri delle autorizzazioni pre pandemia. La spesa procapite per la partecipazione a corsi di formazione individuale obbligatoria è risultata stabile (media 560 €), così' come il ricorso a partecipazione ad eventi altamente professionalizzanti (es. Master). Nel corso del 2023 si è inoltre stabilizzata la formazione residenziale effettuata con il contributo degli sponsor; sono state istruite e autorizzate n. 564 richieste di sponsorizzazioni individuali, per oltre il 90% afferenti alla Dirigenza medica

## **MODELLI INNOVATIVI DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO**

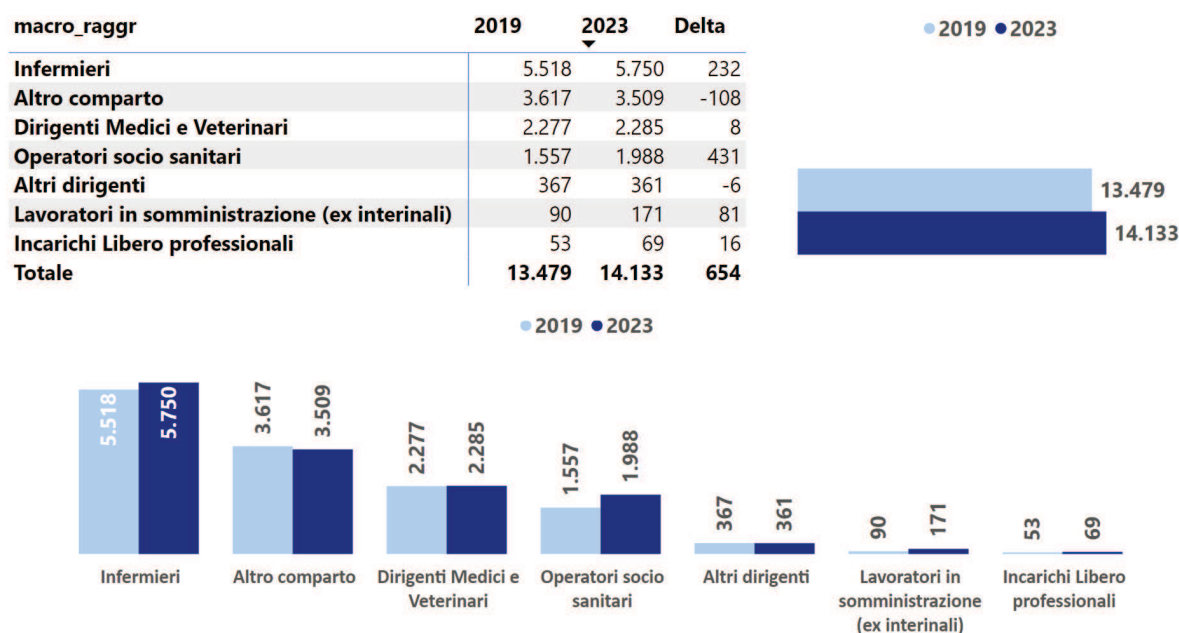
L'applicazione dello smart working può diventare un'opportunità per le aziende private e pubbliche se implementato e gestito in modo corretto secondo i principi aziendali di efficacia ed efficienza. Dal mese di marzo 2020, durante la fase acuta della pandemia, è stato incentivato e facilitato il ricorso 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 una 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 una tantum di 110 euro per gli smart workers per incentivare questa forma di lavoro.

**CONSISTENZA DEL PERSONALE** Di seguito è riportata la dotazione del personale a dicembre 2023 rispetto a quella del 2019, raggruppata per profilo professionale. Il grafico mostra un aumento aumentato complessivo di 654 unità, passando da 13.479 a 14.133.



### Pari opportunità e bilancio di genere

Richiamate le indicazioni e adempimenti del Comitato Unico di Garanzia previsti dalla Direttiva della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 4 marzo 2011 recante "Linee guida sulle modalità di funzionamento dei CUG" e integrata dalla Direttiva n.2 del 2019 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, con il presente documento si riporta uno aggiornamento / monitoraggio sulla situazione del personale e sulle azioni previste per il 2023 dal CUG dell'Azienda Toscana Nord Ovest. Richiamati gli indirizzi di programmazione espressi nell'ultimo piano triennale confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) aziendale, si precisa che il Comitato nel corso dell'anno 2023 ha consolidato le azioni previste nel Piano Azioni Positive continuando il percorso, già avviato lo scorso anno d'integrazione, nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze, con il Dipartimento delle Risorse Umane, con il Responsabile Trasparenza e Anticorruzione, 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.

Riguardo la figura della Consiglieria di Fiducia anche nel corso del 2023 e così sarà anche per il biennio successivo, 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)". L'incarico della Consiglieria di Fiducia, scaduto alla fine del mese di gennaio 2023 è stato rinnovato a seguito di



un bando di selezione pubblica. Sempre in corso d'anno si sono svolte numerose riunioni dei sottogruppi, a cui ha partecipato anche la Consigliera di Fiducia, per promuovere principalmente l'elaborazione del "Piano di Uguaglianza" (GEP). Il sottogruppo per l'elaborazione del "Piano di Uguaglianza" (GEP) si è costituito su mandato della Direzione Aziendale. 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.

Il Piano di Uguaglianza (GEP) dell'Azienda Toscana Nord Ovest è stato adottato con delibera n. 42 del 31 gennaio 2023 "Adozione del ed ai sensi dell'art. 1 del DPR n.81 /22, così come il piano delle azioni positive, costituisce un documento assorbito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 .

Nell'anno 2023 per rilevare gli ostacoli che impediscono la realizzazione delle pari opportunità di lavoro e nel lavoro è stata effettuata un'attività di diffusione della cultura di genere in vari contesti formativi tra cui le giornate dedicate alla trasparenza ed è stato sostenuto il mantenimento dello smart working e sulle sue modalità e condizioni di realizzazione, contemperando l'efficienza con il benessere lavorativo.

In continuità con il piano del triennio precedente e per il biennio futuro sono stati svolti e riproposti per l'anno 2023 e già per il 2024 corsi di sensibilizzazione e formazione sulle pari opportunità e sul contrasto alle discriminazioni, al fine di diffondere una cultura organizzativa orientata a valorizzare la differenza di genere, a promuovere e diffondere le informazioni sulle tematiche riguardanti i temi delle pari opportunità quali " Le parole sono importanti " e ciò anche attraverso la collaborazione con la UOC Formazione e l'inserimento delle proposte nel PAF aziendale. Al fine di garantire un ambiente di lavoro improntato al benessere lavorativo e alla sua tutela da ogni forma di discriminazione diretta e indiretta sempre nel corso dell'anno 2023 è stata assicurata la docenza al Corso aziendale avanzato sul fenomeno delle aggressioni che si ripeterà anche nel 2024.

Con l'affidamento del nuovo incarico alla Consigliera di fiducia è stata assicurata la continuità del suo operato per la risoluzione e prevenzione delle situazioni di conflitto sul posto di lavoro determinate ad esempio da pressioni o molestie sessuali, atteggiamenti miranti ad avvilire il dipendente, atti vessatori correlati alla sfera privata del dipendente. Attraverso l'analisi del report delle attività svolta dalla Consigliera sono state individuate in condivisione con la direzione aziendale azioni di ascolto e miglioramento anche nei settori sanitari connotati da un clima interno conflittuale.

E' stata poi mantenuta la forte integrazione tra le attività e funzioni del Cug e quelle relative agli ambiti di competenza in materia di trasparenza e anticorruzione, dedicando una maggiore attenzione e sensibilità alle problematiche afferenti le tematiche della parità di genere in ambito aziendale anche attraverso la revisione attualizzazione del regolamento CUG. Nel corso dell'anno è continuata la collaborazione con il Dipartimento delle risorse umane per l'analisi e pubblicazione dei dati e per adempiere alla relazione annuale destinata al dipartimento della funzione pubblica secondo i format recepiti dalla Direttiva n. 2 del 2019. Di concerto con il Dipartimento delle risorse umane è stata proposta la procedura per le carriere alias.

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 2023, 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** Situazione al 31.12.2023

Classi età / Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<30	31/40	41/50	51/60	>60	<30	31/40	41/50	51/60	>60
DIRETTORI AZIENDALI	0	0	1	1	0	0	0	0	2	0
DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA	0	0	3	30	63	0	0	1	10	9
DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	2	9	25	41	0	1	17	27	29
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	4	189	173	238	249	3	314	392	261	187
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	1	3	0	0	0	3	1
VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	4	1	5	9	1	10	8	9	4
ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1
FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	0	1	0	0	2	1	2
FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	5	5	4	2	0	11	25	11	4
FARMACISTI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	2	1	3	0	0	4	15	21	10
CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	0	2	2	1	0	0	2	0	0
FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	1	1	3	1	0	1	3	4	0
PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	1	5	7	1	0	9	36	18	6
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0	1	6	2	0	0	1	8	1
DIRIGENTE PROFESSIONI SANITARIE (ART.15 ASEPTIES DLGS 502/92)	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. SENIOR - DS	0	0	0	7	5	0	0	2	34	13
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. - D	98	233	175	425	77	454	837	912	2342	453
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. SENIOR - DS	0	0	0	14	11	0	0	0	24	14
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. - D	23	70	46	55	17	38	99	88	134	29
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. SENIOR - DS	0	0	0	37	21	0	0	1	8	5
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - D	5	19	16	53	21	10	29	14	31	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. SENIOR - DS	0	0	0	0	2	0	0	0	14	13
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - D	10	14	17	31	8	18	84	97	136	36
OPER.RE PROF.LE DI II CAT. CON FUNZ. DI RIABIL. SENIOR - C	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1
AVVOCATO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
AVVOCATO DIR. A T. DETERMINATO(ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	2	6	0	0	0	1	0	0
INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
INGEGNERE DIRIG. CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	0	2	7	1	0	2	0	1	0
INGEGNERE DIR. A T. DETERMINATO(ART.15-SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
ASSISTENTE RELIGIOSO - D	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0
SPECIALISTA RAPPORTI MEDIA -GIORNALISTA D	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ANALISTI DIRIG. CON ALTRI INCARICHI PROF.LI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
SOCIOLOGO DIRIG. CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE SENIOR - DS	0	0	0	0	1	0	0	0	2	6
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE - D	0	3	0	2	1	2	47	60	43	18
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE SENIOR - DS	0	0	0	1	2	0	0	1	3	1
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE - D	0	0	2	18	4	2	7	4	4	0
ASSISTENTE TECNICO - C	1	1	10	22	5	0	0	1	2	2
PROGRAM.RE - C	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0
OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO SENIOR - C	0	0	3	19	10	0	0	0	3	0
OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO - BS	0	0	5	32	13	0	0	3	3	7
OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS	9	42	96	87	32	11	166	435	722	320
OPERATORE TECNICO - B	2	3	22	42	18	0	5	29	41	22
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL ASSISTENZA - B	0	0	0	3	0	0	0	0	9	9
AUSILIARIO SPECIALIZZATO - A	0	0	4	16	6	0	0	0	21	20
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	1	10	4	0	0	2	8	6
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	1	1	0	0	0	0	6	1
DIRIGENTE AMM.VO CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE SENIOR - DS	0	0	0	3	11	0	0	0	12	5
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE - D	0	3	13	37	10	0	11	36	136	53
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - C	2	17	26	44	9	2	41	63	125	68
COADIUTORE AMM.VO SENIOR - BS	3	6	4	9	3	4	12	12	34	20
COADIUTORE AMM.VO - B	5	7	11	30	6	4	22	22	44	15
COMMESSO - A	0	0	1	4	1	0	0	1	2	1
<b>TOTALE PERSONALE</b>	<b>162</b>	<b>623</b>	<b>663</b>	<b>1353</b>	<b>682</b>	<b>549</b>	<b>1712</b>	<b>2291</b>	<b>4328</b>	<b>1402</b>

## 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.

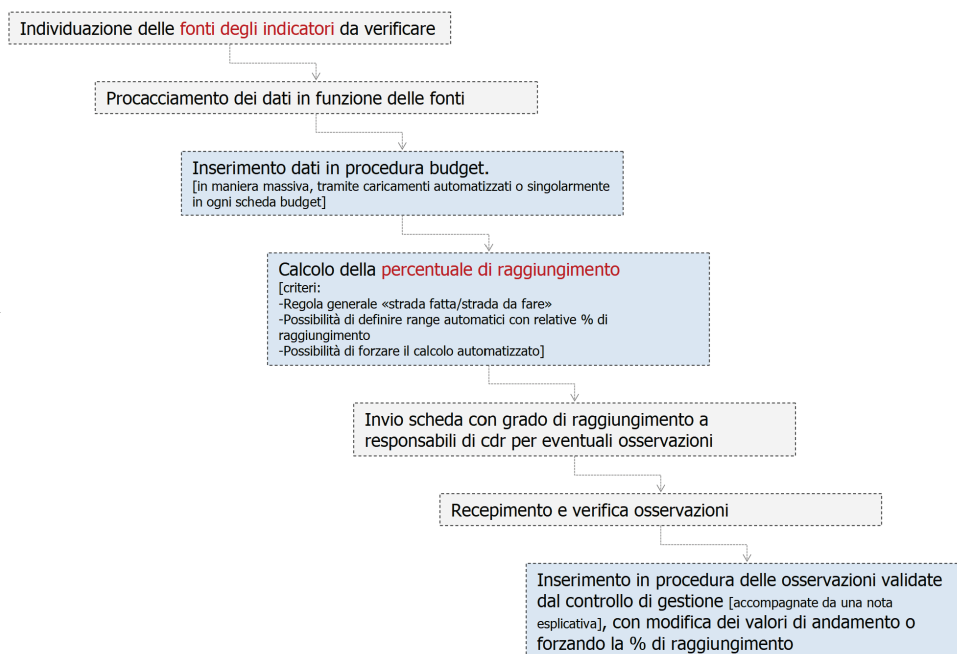
Per l'obiettivo economico è stata adottata una valutazione per fasce, che premia in modo decrescente fino a scostamenti minori del 10%.

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 2023 il processo di budget è stato portato avanti utilizzando il software aziendale introdotto due anni fa: 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.

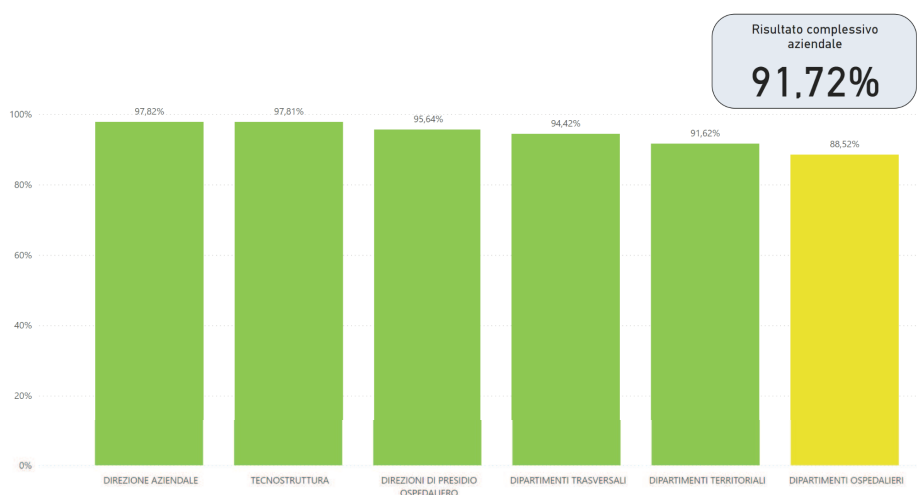
Le fasi del processo di verifica sono schematizzate di seguito:



l'Azienda nel suo complesso ha raggiunto gli obiettivi al 91,7%, che risulta sostanzialmente in linea con il 2022. La tabella di seguito mostra il grado di raggiungimento rispetto alle quattro macro aree strategiche.

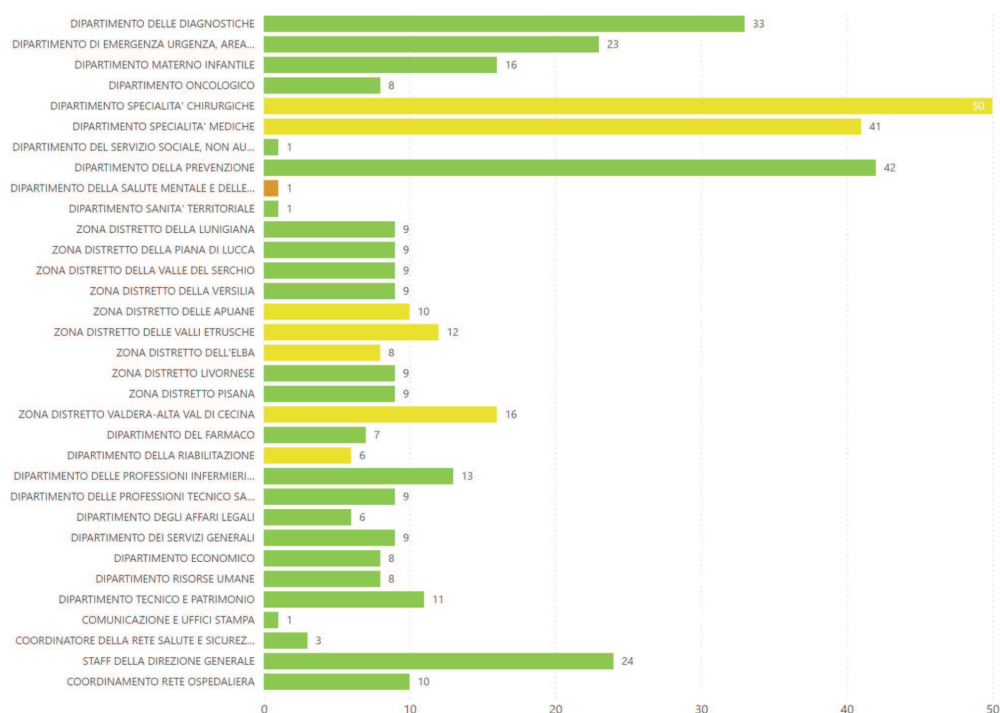
macroliv. org.tivo	1 - obiettivi di programmazione	2 - Obiettivi ECONOMICI	3 - Obiettivi specifici aziendali	4 - Obiettivi di organizzazione e governo	Totale
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	82,95%	92,10%	93,97%	82,34%	88,52%
DIPARTIMENTI TERRITORIALI	90,44%	79,32%	95,90%	93,33%	91,62%
DIPARTIMENTI TRASVERSALI	96,33%	87,88%	98,28%	91,20%	94,42%
DIREZIONE AZIENDALE	94,71%	88,89%	99,45%	94,39%	97,82%
DIREZIONI DI PRESIDIO OSPEDALIERO	88,75%	100,00%	99,65%	91,84%	95,64%
TECNOSTRUTTURA	100,00%	96,19%	98,77%	88,93%	97,81%
<b>Totale</b>	<b>87,53%</b>	<b>89,16%</b>	<b>96,78%</b>	<b>88,58%</b>	<b>91,72%</b>

La sintesi della performance organizzativa per tipologia di dipartimento varia tra il 97,8 delle strutture afferenti alla Direzione aziendale e l'88,5% dei dipartimenti ospedalieri, su cui incide il minore raggiungimento dell'area economica e di programmazione

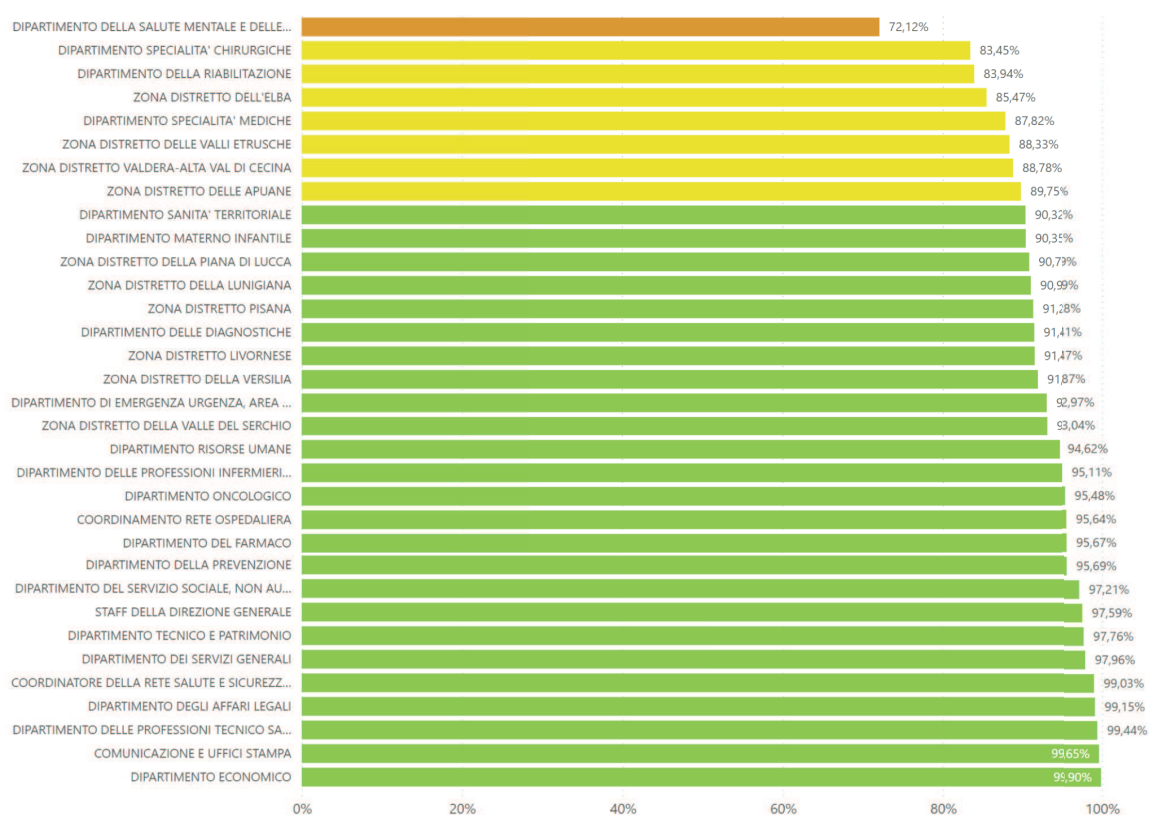


Nel grafico seguente è rappresentata la distribuzione delle strutture nei diversi dipartimenti. Il Dipartimento con il maggior numero di strutture è quello chirurgico.





La figura sotto rappresenta invece Il dettaglio dei risultati dei singoli dipartimenti



La variabilità delle valutazioni nelle singole strutture naturalmente aumenta e si colloca tra il 100% e il 64%

## 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 2023

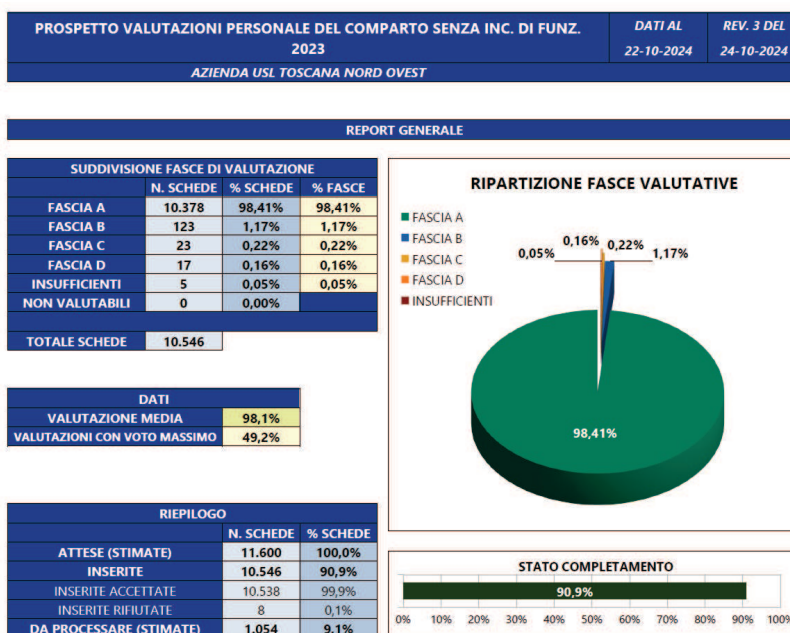
Dall'anno 2021 a seguito di confronto sindacale con il personale del comparto è stato introdotto un nuovo regolamento di valutazione individuale, che aggiunge alla misurazione degli obiettivi e alla valutazione dei comportamenti organizzativi anche una parte di valutazione riguardante il codice di comportamento 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. In particolar modo è stata posta attenzione al rispetto della tempistica sia nella fase di assegnazione obiettivi sia nella fase di valutazione individuale per garantire un nesso temporale certo tra valutazione e riconoscimento del premio di risultato.

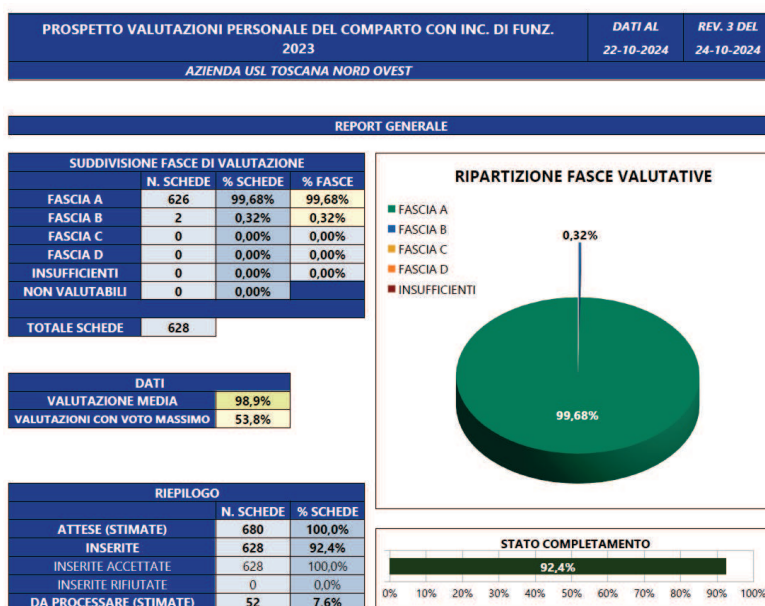
Il regolamento sulla valutazione sia per il comparto che per la dirigenza è poi stato aggiornato alla luce dell'art. 7 comma 2 bis del D.lgs 150/2009, introducendo la procedura di conciliazione davanti all'Organismo indipendente di valutazione, come strada ulteriore e alternativa, ma solo nel caso in cui si sia già svolto il contraddittorio garantito dal CCNL in caso di contestazione della valutazione.

Per la dirigenza questa possibilità quindi si ha in caso di valutazione negativa ( inferiore al 50% ) del massimo della valutazione, per il comparto, in senso più garantista, la conciliazione può essere attivata sempre anche in caso di contestazione di scheda con valutazione positiva. Di seguito si riportano i risultati suddivisi per: il personale del comparto, il personale del comparto con incarichi di funzione, personale dirigente.

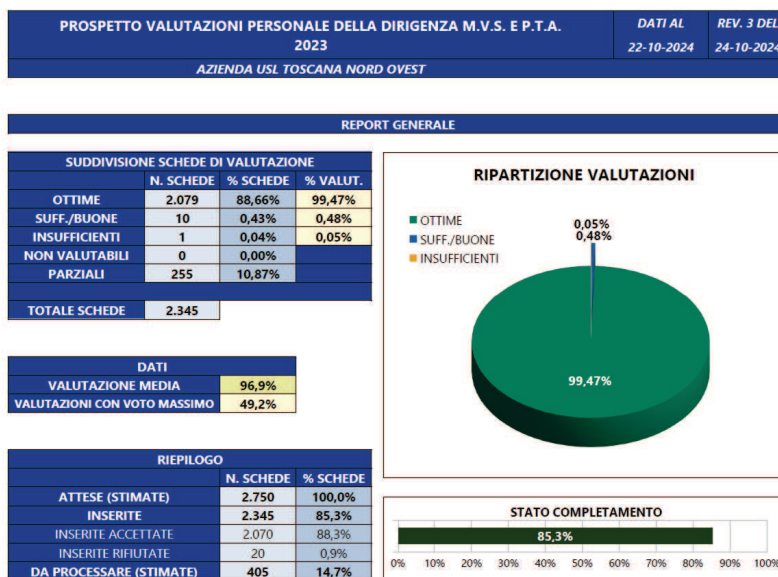
## Personale del comparto



## Personale del comparto con incarico di funzione



## Personale dirigente



**DIFFERENZIALE DELLA VALUTAZIONE (O PREMIO ECCELLENZA)** I CCNL del Comparto e della Dirigenza sanitaria hanno introdotto il cd. Differenziale della valutazione, rinviando alla contrattazione integrativa le modalità applicative. Si tratta della quota maggiorata di retribuzione di risultato da riservare ai dipendenti che hanno conseguito le valutazioni più elevate. Tale applicazione è stata oggetto di apposita disciplina nel contratto integrativo del Comparto anno 2022, 2023 e lo sarà anche nel 2024. Le parti hanno stabilito di riservare 50 mila euro ogni anno dal Fondo condizioni di lavoro e retribuzione di risultato da riconoscere quale premialità aggiuntiva, pari a circa il 30% in più rispetto al premio annuale, ad una quota di dipendenti individuata sulla base di tre requisiti: valutazione che si colloca nel range 90/100, non aver ricevuto nell'anno in corso altre progressioni di carriera, acquisizione di una esperienza professionale superiore ai 20 anni, non essere già stato destinatario del medesimo premio nell'anno precedente (onde consentire una effettiva rotazione). Anche nel Contratto integrativo della Dirigenza si fa riferimento alla medesima disciplina e sono in corso di definizione i criteri da utilizzare per individuare i soggetti beneficiari. Tra questi criteri ci saranno sicuramente il risultato della performance individuale e il principio di rotazione annuale.



## Considerazioni di sintesi

L'impatto della pandemia sul Sistema Sanitario 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) 2025-2027.

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 dell'organizzazione e 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. Negli ultimi 2 anni 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: GIAN LUIGI FERRI

DATA FIRMA: 05/11/2024 14:39:03

IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562