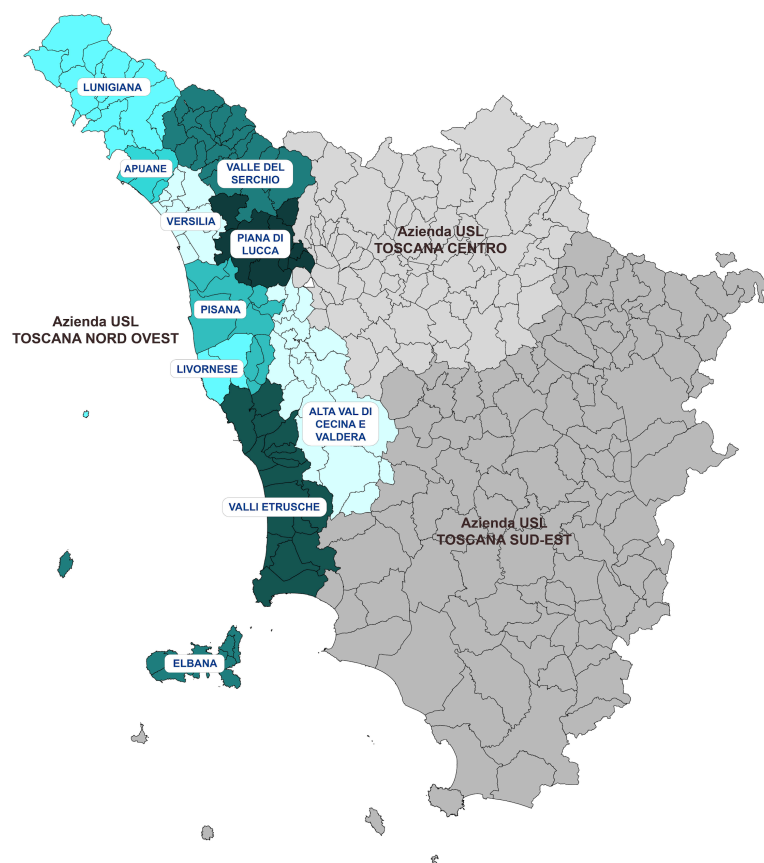


Azienda USL Toscana nord ovest

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2024



13 ottobre 2025

INDICE

Introduzione.....	3
L'Azienda in sintesi.....	5
I principali dati di attività.....	8
Il quadro delle risorse.....	10
L'assetto organizzativo.....	11
I risultati dell'azienda.....	15
Dagli indirizzi strategici regionali agli obiettivi aziendali: il Budget.....	64
La performance organizzativa.....	65
La performance individuale.....	68
Considerazioni di sintesi.....	73

Introduzione

La **Relazione sulla Performance** si configura come elemento centrale del **ciclo della performance** dell'Azienda USL Toscana nord ovest, in attuazione del decreto legislativo n. 150/2009. Rappresenta lo strumento con cui l'Azienda dà conto, in chiave integrata e trasparente, dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi strategici e operativi definiti nel **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)**. Il PIAO è un documento unico di programmazione strategica, gestionale e operativa introdotto dal decreto-legge 80/2021, che ha integrato e sostituito diversi piani precedentemente richiesti all'amministrazione, con l'obiettivo di ridurre la frammentazione e migliorare l'efficacia della programmazione.

In questo contesto, la Relazione:

- documenta il grado di realizzazione degli obiettivi e l'utilizzo delle risorse, con riferimento alla **performance organizzativa e individuale**;
- fornisce una **valutazione trasversale dei risultati aziendali**, anche in relazione ai vincoli normativi e finanziari;
- rappresenta uno **strumento strategico di accountability** verso la Regione, le istituzioni, i professionisti e i cittadini e tutti i soggetti coinvolti a vario titolo nel funzionamento e nello sviluppo del sistema

Nel corso del 2024, l'Azienda ha operato in un contesto complesso e sfidante, segnato da:

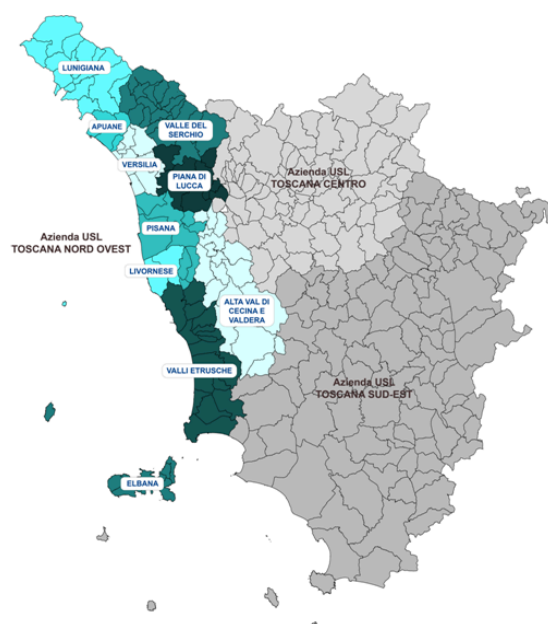
- la prosecuzione delle riforme previste dal **DM 77/2022** in tema di assistenza socio sanitaria territoriale;
- l'attuazione delle diverse progettualità in corso e in particolare quelle finanziate dal **PNRR**, tra cui lo sviluppo delle Case della Comunità e delle Centrali Operative Territoriali;
- l'esigenza di garantire **sostenibilità economica e continuità dei servizi** in un contesto caratterizzato da vincoli finanziari strutturali e da una crescente difficoltà nel garantire l'allineamento tra risorse disponibili e fabbisogni del sistema sanitario.

L'anno 2024 ha confermato la necessità di consolidare modelli di assistenza in rete, in grado di coniugare l'esigenza della prossimità con quella della qualità e sicurezza, sempre più integrati e digitalizzati, in un contesto in continua evoluzione.

Il documento intende fornire una lettura sistemica delle performance aziendali, valorizzando le aree di eccellenza, ma anche evidenziando gli ambiti e le leve su cui agire per sostenere un processo continuo di miglioramento e innovazione.

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 Km², presenta forma allungata sulla costa tirrenica (distanza tra Aulla e Piombino circa 180 chilometri) e conta una popolazione residente di 1.245.397 (pop. al 1 gennaio 2024, fonte ARS Toscana). Ad essa appartiene anche un complesso insulare (isola d'Elba, isola di Capraia) e almeno due aree a bassa densità abitativa, la Lunigiana e la Valle del Serchio.



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 principali funzioni dell'Azienda si sviluppano su tre Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):

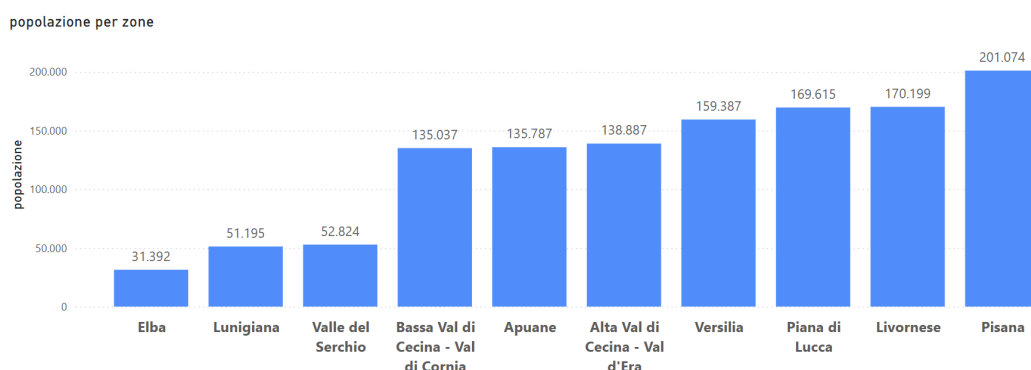
- **Prevenzione**
- **Assistenza territoriale**
- **Assistenza ospedaliera**

Per offrire un quadro sintetico ma rappresentativo della complessità e della capillarità dei servizi erogati, si riportano alcuni dati significativi relativi all'**attività media giornaliera** dell'Azienda:

- **3.000 pazienti** assistiti nei presidi ospedalieri
- **300 interventi chirurgici** eseguiti
- **20 nascite** nei punti nascita aziendali
- **400 ricoveri** ospedalieri effettuati
- **2.000 esami radiologici** erogati
- **1.500 accessi** ai Pronto Soccorso
- **65.000 esami di laboratorio** processati
- **6.000 persone** ricevute in ambulatorio
- **1,5 milioni di euro** di beni sanitari consumati
- **27.000 euro** in ausili sanitari forniti (es. carrozzine, deambulatori)

Questi numeri evidenziano l'ampiezza e la rilevanza del lavoro svolto quotidianamente dall'Azienda, a servizio della salute della popolazione.

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).



Sono presenti 778 medici di medicina generale (MMG) e 125 pediatri di libera scelta convenzionati con l'azienda. I MMG sono organizzati in **39 AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali (dati anno 2024). Gli Specialisti Ambulatoriali convenzionati con l'Azienda sono 340 e sono costituiti in 11 AFT.

A dicembre 2024 sono presenti **354 posti letto di cure intermedie/ospedali di comunità**, per un tasso di circa 0,28 per 1000 ab. Si tratta 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.

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 2024.

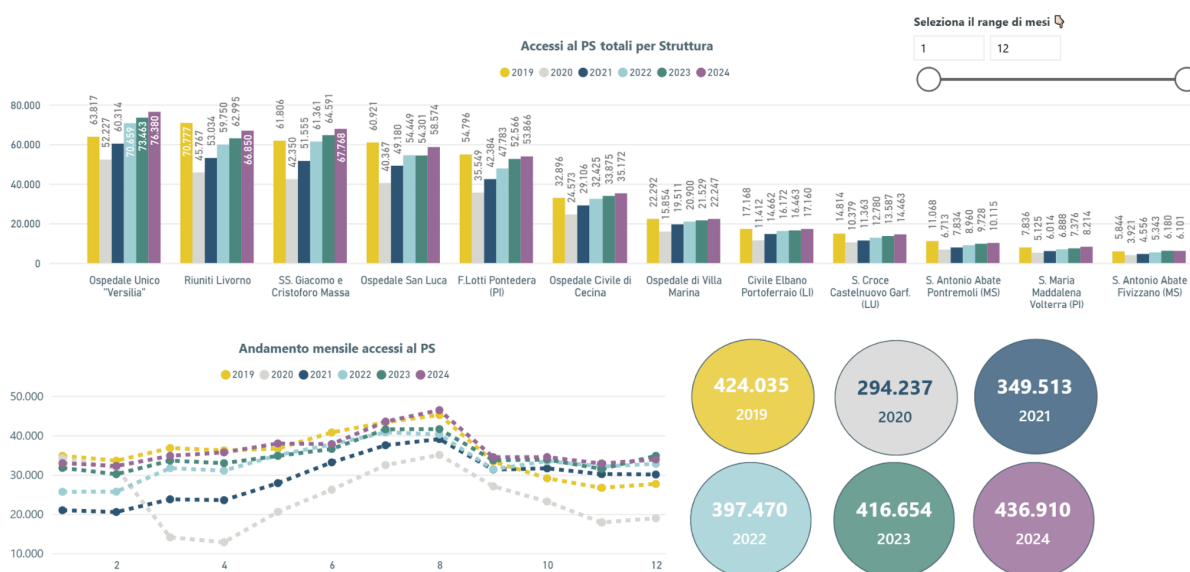
tipologia	P.L. ORD	P.L. DH	P.L. DS	tot ppll
<input type="checkbox"/> PUBBLICO	2.243	163	156	2.562
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE LIVORNO	378	27	33	438
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE VERSILIA	372	40	19	431
<input checked="" type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA	332	38	23	393
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE	307	10	26	343
OSPEDALE APUANE	307	10	26	343
<input type="checkbox"/> OSP. ZONA B.VAL DI CECINA VAL DI CORNIA	243	19	19	281
OSPEDALE CIVILE DI CECINA	135	11	9	155
OSPEDALE DI VILLAMARINA	108	8	10	126
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI"	257	4	15	276
P.O. F. LOTTI STABILIMENTO DI PONTEDERA	243	4	15	262
SPDC AZIENDALE ASL5	14	0	0	14
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO VALLE DEL SERCHIO	135	12	5	152
STABILIMENTO OSPEDALIERO SAN FRANCESCO	77	4	1	82
STABILIMENTO OSPEDALIERO SANTA CROCE	58	8	4	70
<input type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO LUNIGIANA	105	3	5	113
OSP. S. ANTONIO ABATE FIVIZZANO (MS)	54	2	2	58
OSP. S.ANTONIO PONTREMOLI (MS)	51	1	3	55
<input checked="" type="checkbox"/> OSPEDALE DI PORTOFERRAIO	61	7	4	72
<input checked="" type="checkbox"/> PRESIDIO OSPEDALIERO "S.MARIA MADDALENA"	53	3	7	63
<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
Totale	2.619	206	231	3.056

I principali dati di attività

Di seguito si rappresentano i principali dati di attività, nel complesso ormai riallineati con i volumi pre pandemici del 2019.

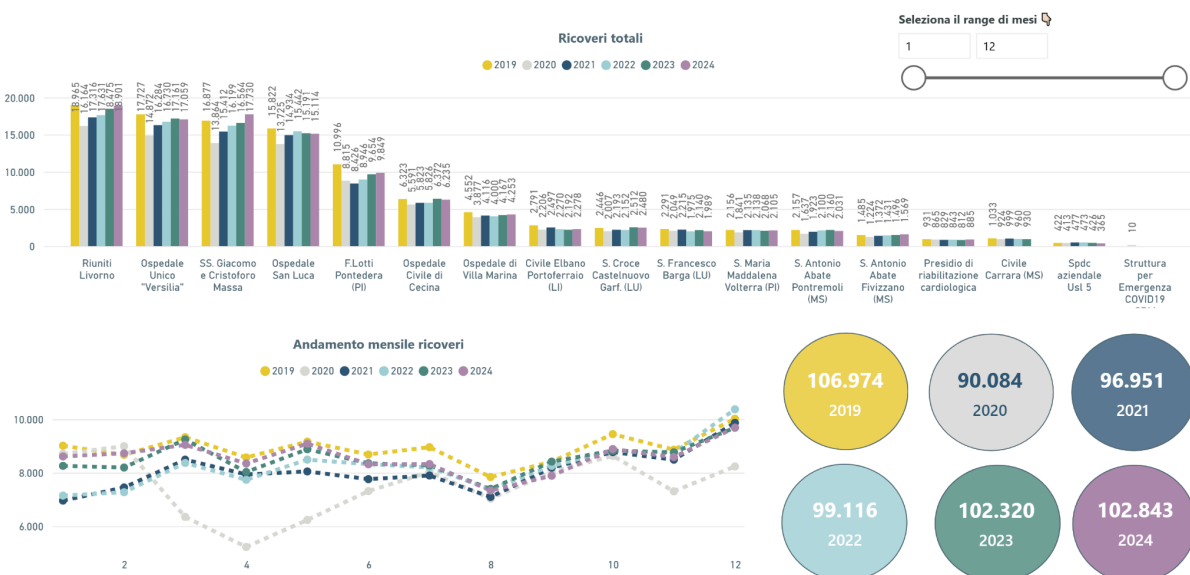
Gli accessi al Pronto Soccorso

Il grafico mostra l'andamento degli accessi al Pronto soccorso tra il 2019 e il 2024, che fanno osservare un aumento (+5%) rispetto all'anno precedente superando i livelli del 2019.



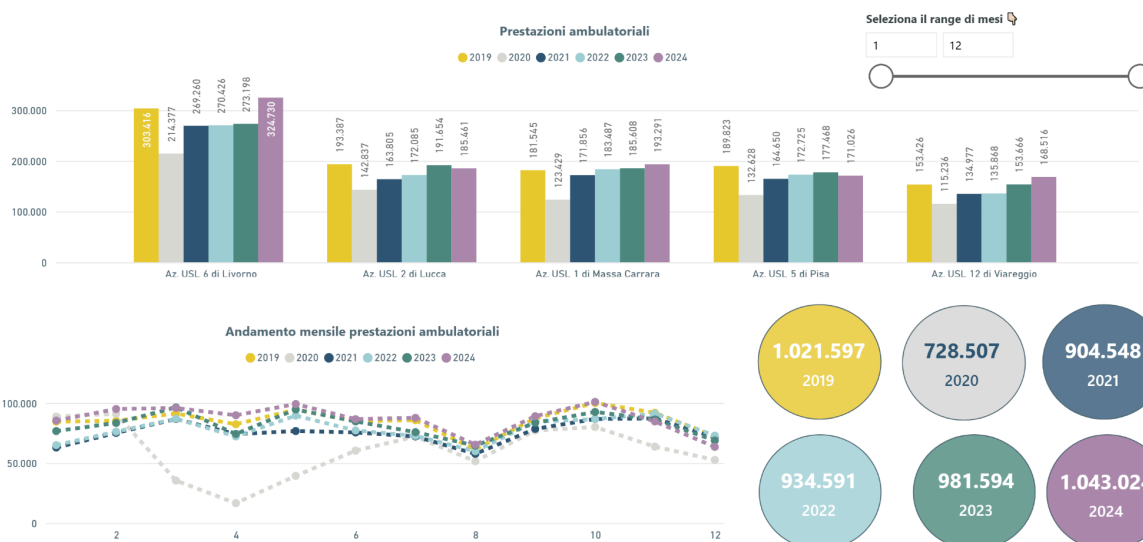
I ricoveri

Il numero complessivo dei ricoveri nel 2024, pari a 102.843, mostra una riduzione sul 2019 e un sostanziale allineamento rispetto allo scorso anno



L'attività ambulatoriale

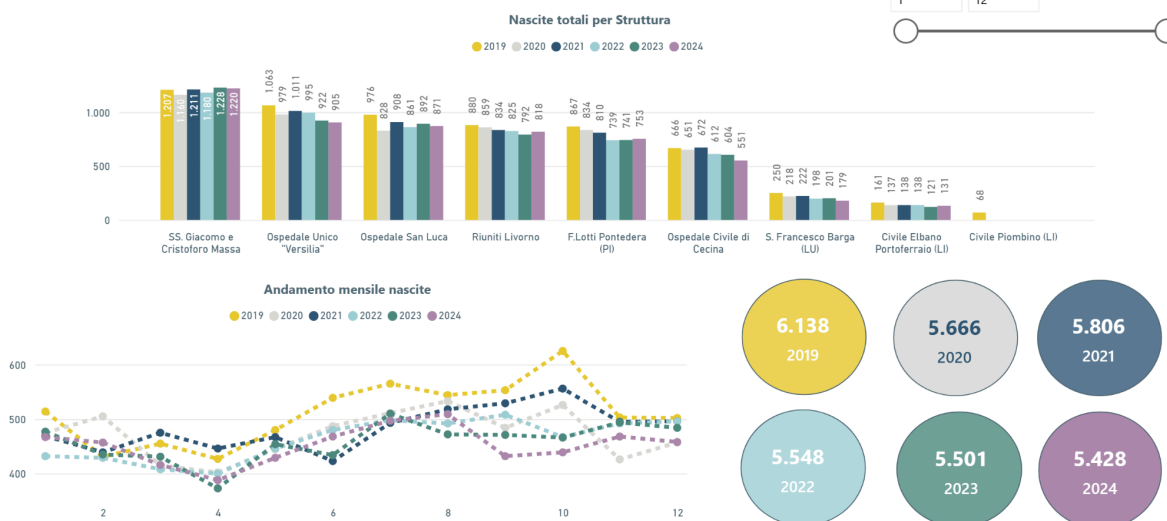
Di seguito è riportato l'andamento per le visite ambulatoriali e prestazioni diagnostiche erogate, oggetto di monitoraggio del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA), come mostra il grafico sottostante



Le nascite

Si registra nel 2024 un calo delle nascite, sia rispetto al 2019 sia rispetto all'anno precedente: il numero di parti risulta in diminuzione

Produzione



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

La situazione mondiale non è sostanzialmente mutata rispetto al recente passato, con il persistere di conflitti militari in territori limitrofi ai paesi europei. Ciò, oltre ad essere molto preoccupante, causa prolungate tensioni finanziarie e di mercato che hanno risvolti economici rilevanti.

Altro elemento importante già evidenziato lo scorso esercizio, è l'iter del PNRR, molto complesso nella sua compiuta realizzazione, ma non completamente finanziato. In effetti, la sua realizzazione 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 continua ad essere sensibilmente influenzato 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 2024* e nel *bilancio d'esercizio 2024*:

- **il bilancio preventivo** rappresenta infatti il quadro delle risorse che l'Azienda prevede di acquisire e di impiegare nel periodo di riferimento.
- **Il bilancio d'esercizio** mostra l'effettivo risultato economico alla chiusura dell'esercizio di riferimento.

Cod. CE	Voce 'Modello CE 2019'	BE 2024 (Totale)	BP 2024 (Totale)	Differenza BE 2024-BP 2024	% BE 2024- BP 2024
	A) Valore della produzione				
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.663.317.513	2.540.797.487	122.520.025	5%
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 16.752.366	-	16.752.366	
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	21.418.741	-	21.418.741	
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	93.460.630	82.543.375	10.917.255	13%
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	67.134.877	102.992.086	- 35.857.210	-35%
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	32.222.553	29.056.996	3.165.558	11%
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	40.244.584	33.422.565	6.822.019	20%
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	652.980	-	652.980	
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	14.204.391	9.190.911	5.013.480	55%
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.915.903.903	2.798.003.421	117.900.482	4%
	B) Costi della produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	493.121.619	449.118.271	44.003.348	10%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	488.819.749	444.385.250	44.434.499	10%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.301.870	4.733.021	- 431.151	-9%
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	1.416.357.912	1.327.988.816	88.369.095	7%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	1.216.524.720	1.144.718.441	71.806.279	6%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	199.833.191	183.270.375	16.562.816	9%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	46.669.974	67.342.062	- 20.672.088	-31%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	26.776.917	25.155.131	1.621.786	6%
BA2080	Totale Costo del personale	763.842.593	764.337.436	- 494.843	0%
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	619.799.307	619.644.702	154.605	0%
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	3.090.552	2.917.082	173.469	6%
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	97.534.439	97.988.854	- 454.415	0%
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	43.418.295	43.786.798	- 368.503	-1%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	17.074.329	17.266.616	- 192.287	-1%
BA2560	Totale Ammortamenti	67.179.503	64.815.319	2.364.184	4%
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	535.036	426.839	108.197	25%
BA2590	B.11.A) Ammortamento dei fabbricati	49.666.929	46.930.474	2.736.455	6%
BA2620	B.11.B) Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	16.977.537	17.458.006	- 480.469	-3%
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	280.156	300.000	- 19.844	-7%
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	- 618.528	-	618.528	
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	80.073.808	15.091.555	64.982.253	431%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.910.758.283	2.731.415.207	179.343.076	7%
	C) Proventi e oneri finanziari				
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 6.242.273	- 9.916.414	3.674.141	-37%
DZ9999	D) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-	
	E) Proventi e oneri straordinari				
EA0010	E.1) Proventi straordinari	32.810.255	-	32.810.255	
EA0260	E.2) Oneri straordinari	24.466.718	-	24.466.718	
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	8.343.536	-	8.343.536	
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	7.246.884	56.671.800	- 49.424.916	-87%
	Y) Imposte e tasse				
YA0010	Y.1) IRAP	55.963.571	55.263.545	700.026	1%
YA0060	Y.2) IRES	1.452.977	1.408.255	44.722	3%
YZ9999	Totale imposte e tasse	57.416.548	56.671.800	744.748	1%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	- 50.169.664	- 0	- 50.169.664	

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)

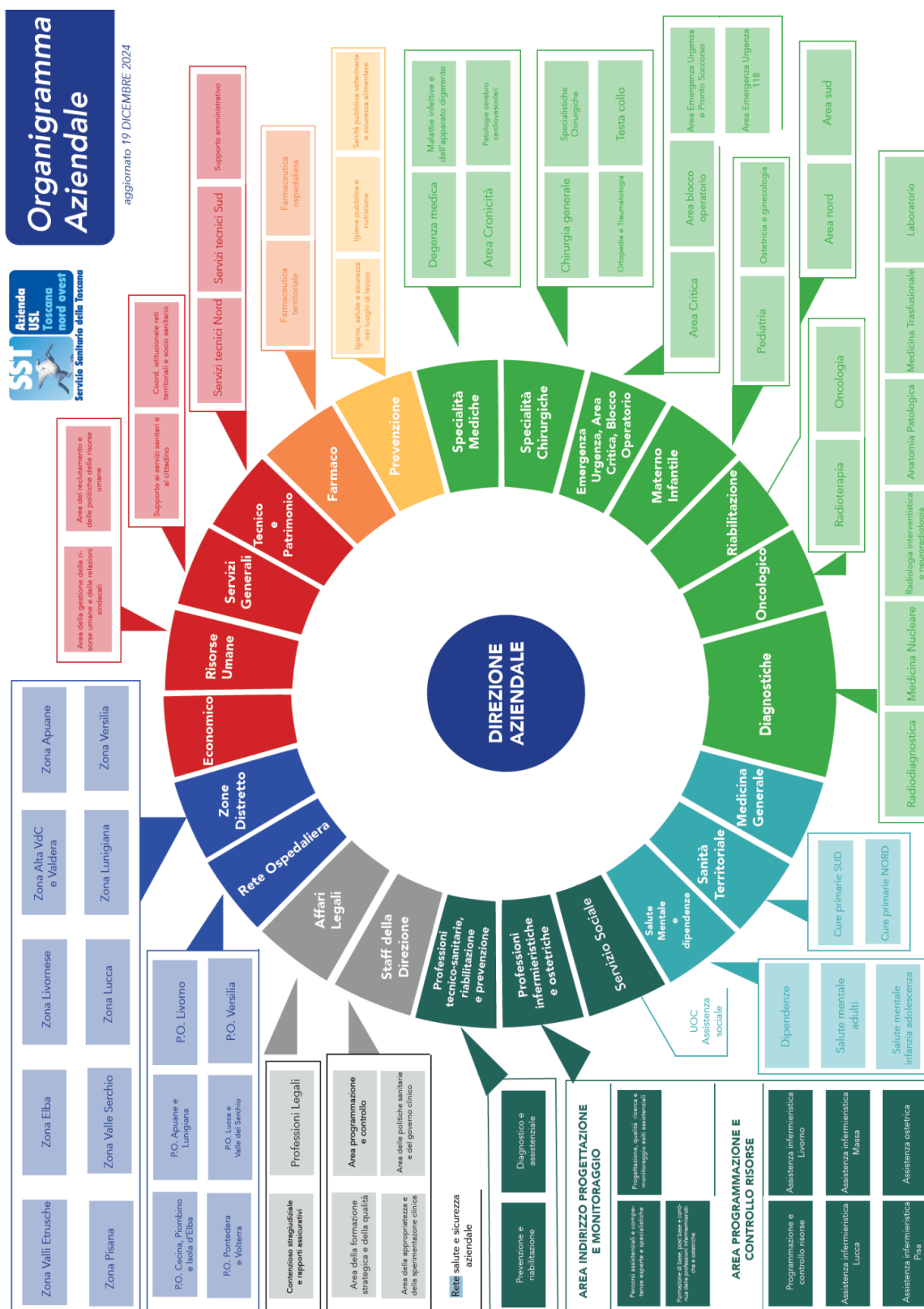
Sezioni ed Uffici, per le attività sanitarie e per quelle tecnico amministrative e professionali

- 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 **2 dipartimenti delle professioni** (*infermieristiche ostetriche; tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione, del servizio sociale territoriale*). 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 ciò si aggiunge la Rete della sicurezza aziendale per le funzioni di responsabile del servizio di prevenzione e sicurezza e medico competente.

A livello aziendale sono presenti totalmente 271 strutture complesse, 54 strutture semplici dipartimentali e 264 strutture semplici. L'organigramma completo e sempre aggiornato è disponibile e consultabile al seguente indirizzo <https://staffno.uslnordovest.toscana.it/organigramma/>



Gli indirizzi strategici regionali

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

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

1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

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

Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA.

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

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

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

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

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

Per il 2024 in corso la Regione ha formalmente assegnato gli obiettivi alle aziende con la **DGR 192/2024** "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività relativa all'anno 2024". I target sono strutturati in aree di intervento, che contengono indicatori e valori di riferimento, come mostra la tabella di seguito.

Aree e pesi degli obiettivi regionali DGR 192/2024

AREE	Descrizione	AUSL
PERFORMANCE		20
NSG CORE	Valutazione indicatori Core NSG 2024, inclusi gli indicatori in discussione per la loro introduzione nel 2024	7
ESITI	Valutazione della performance e della riduzione della variabilità degli esiti da PNE/PROSE e dal sistema di valutazione del laboratorio MeS	6
RICERCA (SOLO AOU-ISPRO e FM)	Indicatori di produttività scientifica inclusi nel sistema di valutazione del laboratorio MeS e indicatori specifici previsti dal settore regionale	
PERFORMANCE E RIDUZIONE DELLA VARIABILITA'	Valutazione della performance e del miglioramento, congiuntamente alla riduzione della variabilità (misurata tramite il coefficiente di variazione) degli indicatori del sistema di valutazione del laboratorio MeS diversi da quelli già presenti nelle sezioni precedenti	7
CONTROLLO DEI COSTI		35
FARMACEUTICA e DISPOSITIVI MEDICI	Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dal settore regionale	18
MONITORAGGIO PERSONALE	Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dal settore regionale	10
ALTRI INTERVENTI DI RAZIONALIZZAZIONE	Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dalla direzione generale del SST	7
INVESTIMENTI E INTERVENTI STRUTTURALI		35
IMPLEMENTAZIONE PNRR e SANITA' DIGITALE	Rispetto dei piani sottoscritti per il PNRR e indicatori specifici settori regionali competenti	30
INTERVENTI STRUTTURALI	Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dalla direzione generale del SST	5
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

Le aree tematiche, a cui è stata assegnata una pesatura specifica, per il 2024 sono così articolate: **performance (20 punti), controllo dei costi (35 punti), investimenti e interventi strutturali (35 punti), responsiveness nell'ambulatoriale e tempestività per gli interventi chirurgici prioritari (10 punti)**. Il quadro completo di obiettivi ed indicatori afferenti alle aree di cui sopra, è dettagliato negli allegati della delibera.

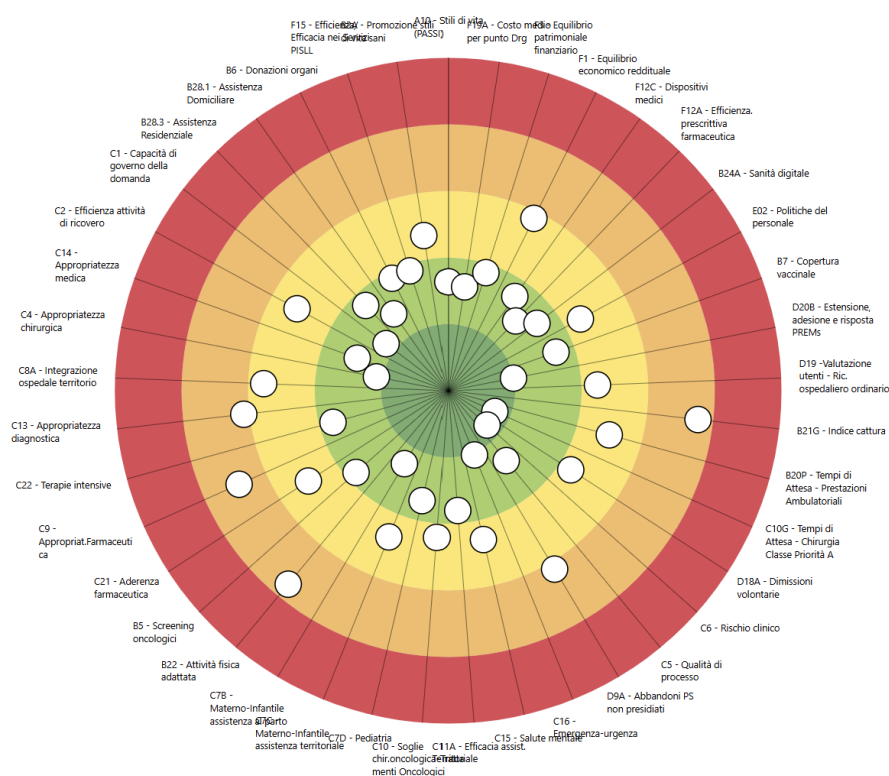
A livello aziendale tali obiettivi sono stati integrati anche con quelli più generali relativi alla sostenibilità economica, definiti nelle linee guida al bilancio, e con quelli più specifici individuati dalla Direzione Aziendale.

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 600 indicatori a livello regionale ed aziendale.

La figura rappresenta il **Bersaglio dell'anno 2024 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 2024 - Asl Toscana Nord Ovest

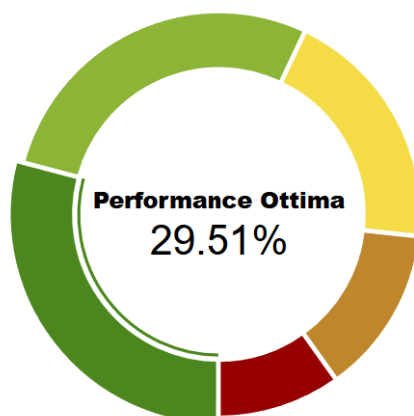


Per l'anno 2024 il bersaglio evidenzia nel complesso **una buona tenuta per l'azienda**, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce centrali. Di seguito è rappresentato il quadro **degli indicatori di sintesi con le relative valutazioni**.

Descrizione	Valutazione	
A10 - Stili di vita (PASSI)	3.365	
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	2.496	
B21G - Indice cattura	1.228	
B22 - Attività fisica adattata	1.234	
B24A - Sanità digitale	3.331	
B28.1 - Assistenza Domiciliare	3.588	
B28.3 - Assistenza Residenziale	3.223	
B2A - Promozione stili di vita sani	2.641	
B5 - Screening oncologici	3.155	
B6 - Donazioni organi	3.116	
B7 - Copertura vaccinale	3.286	
C1 - Capacità di governo della domanda	3.835	
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	2.791	
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4.237	
C11A - Efficacia assist. Territoriale	3.195	
C13 - Appropriatelyzza diagnostica	1.915	
C14 - Appropriatelyzza medica	3.555	
C15 - Salute mentale	2.704	
C16 - Emergenza-urgenza	3.96	
C2 - Efficienza attività di ricovero	2.423	
C21 - Aderenza farmaceutica	2.506	
C22 - Terapie intensive	3.212	
C4 - Appropriatelyzza chirurgica	3.908	
C5 - Qualità di processo	3.638	
C6 - Rischio clinico	4.226	
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3.725	
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	2.632	
C7D - Pediatria	3.305	
C8A - Integrazione ospedale territorio	2.232	
C9 - Appropriat.Farmaceutica	1.566	
D18A - Dimissioni volontarie	2.814	
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	2.761	
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	4.006	
D9A - Abbandoni PS non presidiati	1.883	
E02 - Politiche del personale	2.745	
F1 - Equilibrio economico reddituale	2.11	
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3.546	
F12C - Dispositivi medici	3.27	
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3.111	
F19A - Costo medio per punto Drg	3.421	
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3.14	

Rispetto a 244 indicatori di dettaglio presenti ad oggi sul Sistema di Valutazione si rileva che nel 58% circa dei casi i risultati sono ottimi o buoni, nel 20% medi, nel 13% scarsi e nel 9% pessimi.

Asl Toscana Nord Ovest: gli indicatori del sistema di valutazione 2024 _ fonte MeS



Performance Pessima	Performance Scarsa	Performance media	Performance buona	Performance Ottima	Totale	ASL
23 (9.43%)	32 (13.11%)	48 (19.67%)	69 (28.28%)	72 (29.51%)	244	Nord ovest

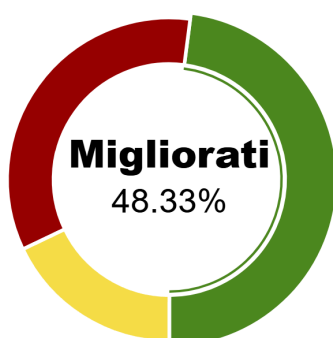
Pur registrando globalmente buoni risultati, è opportuno segnalare che esistono fenomeni di **variabilità interna** tra le diverse zone e stabilimenti di area vasta. La variabilità "evitabile", ossia quella che non rispecchia una reale differenza nel bisogno della popolazione ma è espressione di fenomeni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

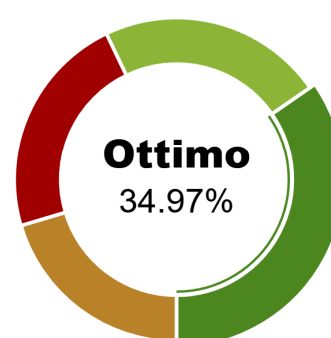
Asl Toscana nord ovest: capacità di miglioramento e gestione della variabilità

2024-2023 _ 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 **48%** gli indicatori che sono migliorati complessivamente a livello aziendale.

Nel **35%** 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 alcune tematiche 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) 2024-2026**, 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, sviluppando gli strumenti di partecipazione e coinvolgimento dei cittadini e delle comunità
8. Lo sviluppo del **capitale umano, dell'organizzazione e dell'innovazione**

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 e promozione della salute nell'ambito della sanità territoriale

Nel corso dell'anno, le attività sono state indirizzate prevalentemente all'attuazione degli obiettivi previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia e dal Piano Regionale della Prevenzione. In tale contesto, è stato perseguito un rafforzamento dell'organizzazione della prevenzione in un'ottica di rete, sempre più integrata con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari.

L'integrazione del Dipartimento di Prevenzione con le Zone Distretto, le Società della Salute, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, la rete ospedaliera e gli altri attori territoriali si è dimostrata essenziale, in particolare alla luce delle criticità evidenziate durante l'emergenza sanitaria. L'Azienda ha promosso tale integrazione attraverso azioni mirate, volte a superare le frammentazioni tra i diversi livelli organizzativi, assicurare la multidisciplinarietà e orientare l'intero sistema al raggiungimento di obiettivi di salute pubblica.

Nel dettaglio, i principali ambiti di intervento sono stati i seguenti:

- **Aumento della copertura vaccinale:** sono state attuate azioni mirate per incrementare i livelli di adesione, in linea con gli obiettivi regionali e nazionali. I dati rilevati a fine anno mostrano coperture vaccinali complessivamente positive.
- **Prevenzione oncologica (screening):** in coerenza con quanto previsto dalla DGR n. 1257 del 30 ottobre 2023, l'Azienda ha adottato strategie finalizzate ad ampliare la copertura della popolazione target nei programmi di screening. Le attività svolte hanno consentito di consolidare la partecipazione ai programmi.
- **Promozione della salute e dei corretti stili di vita:** sono stati realizzati interventi informativi, educativi e promozionali rivolti alla popolazione generale e a gruppi specifici, con particolare attenzione a scuole, ambienti di lavoro e comunità locali. Le iniziative hanno contribuito a diffondere una maggiore consapevolezza sui fattori di rischio e sui comportamenti salutari.
- **Rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) della Prevenzione Collettiva:** sono state garantite le attività essenziali di vigilanza, controllo e prevenzione, con particolare attenzione agli obiettivi di copertura del territorio. L'azione di presidio ha mantenuto alti standard qualitativi e quantitativi, coerenti con gli indicatori previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia.

L'area della prevenzione ha rappresentato uno dei fronti prioritari di intervento. Grazie all'approccio integrato del Dipartimento di Prevenzione con le Zone Distretto e i diversi professionisti che operano sul territorio, si è rafforzata la rete territoriale di prevenzione e promozione della salute. In particolare, si segnala il miglioramento negli ultimi anni della copertura vaccinale e della partecipazione agli screening oncologici, anche grazie a campagne informative e momenti di sensibilizzazione diretta alla popolazione.

L'azienda ha puntato su un ampliamento dei percorsi di promozione degli stili di vita salutari. Nell'ambito dello sviluppo della Rete del Movimento, è proseguita la ripresa dei corsi di Attività Fisica Adattata (AFA) e sono stati valorizzati strumenti innovativi come i gruppi di cammino, che offrono un'alternativa accessibile e socialmente integrata per l'attività fisica e il benessere. Le azioni attivate hanno rafforzato un modello di prevenzione orientato alla comunità, che, pur con spazi di ulteriore sviluppo, evidenzia un trend in miglioramento.

indicatore	descrizione	ATNO	RT
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	1,23	2,03
B2A	Promozione stili di vita sani	2,64	2,50
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	3,16	3,16
B7	Copertura vaccinale	3,29	3,34

Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
<div> <div></div> <div>B22</div> </div> <div>B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni</div> <div>B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni</div>	427	320.580	1,33	1,14	1,70
	35	320.580	1,64	1,99	2,30
<div> <div></div> <div>B2A</div> </div> <div>B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso</div> <div>B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica</div> <div>B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno</div> <div>B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare</div>	309	760	40,78	38,95	40,95
	309	760	40,78	31,22	38,31
	18	226	7,97	7,21	7,56
	209	399	52,48	56,51	51,89
<div> <div></div> <div>B5</div> </div> <div>B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)</div> <div>P15CB Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella</div> <div>P15CC Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto</div>	71.777	109.083	65,80	67,18	63,31
	61.359	94.312	65,06		64,91
	75.793	191.822	39,51		42,30
<div> <div></div> <div>B7</div> </div> <div>B7.1 Copertura per vaccino MPR</div> <div>B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)</div> <div>B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)</div> <div>B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari</div> <div>B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico</div> <div>B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico</div> <div>B7.7 Copertura per vaccino esavalente</div> <div>B7.8 Copertura vaccinale varicella</div>	6.771	6.966	97,20	96,71	97,24
	181.635	349.852	51,92	52,50	57,95
	4.471	5.494	81,38	75,20	80,16
	4.540	6.000	75,67	43,19	59,32
	6.489	7.038	92,20	92,09	91,69
	6.582	7.038	93,52	93,90	92,94
	6.786	6.969	97,37	97,29	97,89
	6.723	6.966	96,51	95,78	96,43

Di seguito si riportano inoltre i dati delle attività di controllo 2024 dell'area Pisll (LEA copertura del territorio):

unità locali controllate: 5261 (assegnate 4642) 113%, di cui aziende agricole controllate 289 (assegnate 240) 120%

cantieri controllati: 1606 (assegnati 1443) 111%

copertura del territorio: (aziende controllate/PAT INAIL) 8,4%; obiettivo Regionale 7,5%

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

Sviluppo del modello di assistenza territoriale integrata attraverso le Centrali Operative Territoriali (COT)

ATNO ha proseguito l'attuazione del **DM 77/2022**, completando l'avvio della **Centrale Operativa Territoriale (COT) aziendale e delle 12 COT zonali**, che oggi rappresentano il perno organizzativo della presa in carico integrata del paziente. Le COT svolgono un ruolo di coordinamento dei percorsi complessi, garantendo continuità tra ospedale e territorio e attivando risposte appropriate e tempestive, in coerenza con quanto previsto dal DM 77/2022 e dalle successive indicazioni regionali (DGRT n. 1508/2022 e n. 495/2024).

Le COT si configurano come strumenti organizzativi centrali per il coordinamento della presa in carico della persona, favorendo il raccordo operativo tra i diversi servizi e professionisti dei setting assistenziali (sanitari, sociosanitari, territoriali e ospedalieri) e il collegamento con la rete dell'emergenza-urgenza, compreso il SEUS (Servizio Emergenza Urgenza Sociale).

A partire dal **1° giugno 2024**, nell'ambito dell'Azienda Toscana Nord Ovest (ATNO), sono operative:

- **12 COT Zonali**, attive nelle rispettive Zone Distretto, che hanno assorbito ed ampliato le funzioni delle ex-Agenzie di Continuità Ospedale-Territorio. Esse gestiscono anche le transizioni **territorio-territorio** e **territorio-ospedale**, garantendo il raccordo tra i nodi della rete locale;
- **1 COT Aziendale**, con funzione di coordinamento e supporto per i casi non gestibili a livello zonale. La COT aziendale assicura inoltre il **monitoraggio centralizzato** delle attività svolte dalle COT Zonali e coordina la gestione centralizzata delle risorse sanitarie.

Anche la **valutazione multidimensionale dei pazienti** (UVM e UVMD) è stata effettuata, sempre più frequentemente, direttamente presso le COT, contribuendo alla semplificazione dei percorsi per i cittadini e all'efficientamento dell'organizzazione.

Relativamente al **Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)**, al termine dell'anno risulta attivo in **3 Zone**, con un piano di estensione all'intero territorio aziendale entro il 2025. È in corso l'implementazione dei rapporti operativi tra SEUS e COT, al fine di garantire una presa in carico tempestiva e integrata anche nelle situazioni di emergenza sociale.

Nel complesso, l'avvio e il consolidamento delle COT ha rappresentato uno dei risultati più rilevanti dell'anno, contribuendo in modo sostanziale alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale e al miglioramento del raccordo tra i diversi livelli del sistema sanitario.

Sviluppo della rete delle Case della Comunità

Nel corso dell'anno è proseguito lo sviluppo della rete delle **Case della Comunità (CdC)**, in attuazione di quanto previsto dal **DM 77/2022**, dalla **DGRT 1508/2022** e dal più recente **Piano regionale approvato con DGRT 631/2024**. La programmazione prevede l'attivazione di **53 strutture**, realizzate sia attraverso la riconversione delle attuali Case della Salute, sia mediante l'apertura di nuove sedi. Al 31 dicembre 2024 10 tra queste 53 strutture sono attive come Case di Comunità sul portale Agenas.

Nel periodo di riferimento, sono state avviate le azioni necessarie per l'adeguamento delle strutture esistenti agli **standard strutturali e funzionali** previsti dalla normativa nazionale e declinati a livello regionale. Questi standard sono finalizzati a garantire la piena operatività delle CdC come presidi territoriali di prossimità, facilmente accessibili ai cittadini e in grado di rispondere ai bisogni sanitari, sociosanitari e assistenziali della popolazione.

Le **Case della Comunità** si configurano come nodi centrali del modello organizzativo dell'assistenza territoriale, nei quali operano in modo integrato e multidisciplinare i diversi professionisti sanitari e sociali. Tali équipe progettano ed erogano interventi congiunti, orientati alla presa in carico globale della persona, alla continuità dell'assistenza e all'integrazione dei servizi.

Durante l'anno è stata data particolare attenzione al rafforzamento dell'integrazione sociosanitaria e all'organizzazione delle attività all'interno delle CdC secondo il modello previsto, promuovendo il coordinamento con i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli infermieri di famiglia e comunità, gli assistenti sociali e gli altri attori della rete territoriale.

Le azioni realizzate hanno consentito di consolidare il percorso di trasformazione delle Case della Salute in Case della Comunità, assicurando un progressivo allineamento al nuovo assetto territoriale delineato dal PNRR e dai provvedimenti attuativi nazionali e regionali.

Potenziamento degli Ospedali di Comunità e dell'assistenza domiciliare

Nel corso dell'anno è proseguito il potenziamento degli **Ospedali di Comunità (OdC)** e dell'**assistenza domiciliare**, in linea con gli indirizzi nazionali e regionali per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

Gli **Ospedali di Comunità**, come previsto dal **DM 77/2022**, sono un elemento strategico della rete di offerta territoriale, con funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero. Tali strutture si sono confermate fondamentali nella gestione dei pazienti fragili, anziani e con cronicità, contribuendo alla **riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri** nei casi in cui il rientro al domicilio non fosse possibile.

Gli OdC hanno garantito **dimissioni protette** e percorsi assistenziali finalizzati alla **stabilizzazione clinica**, al **recupero funzionale** e al mantenimento dell'autonomia, rappresentando un'alternativa temporanea alle cure domiciliari.

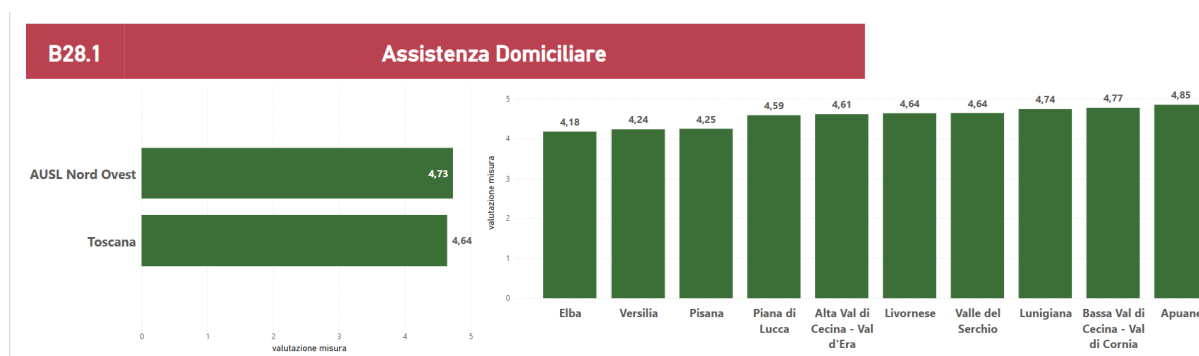
Con la recente approvazione della **DGR 1534/2024**, l'offerta regionale degli OdC è stata ulteriormente articolata attraverso la distinzione tra:

- **Ospedali di Comunità ad alta complessità assistenziale**, corrispondenti alle precedenti **cure intermedie Low Care (setting 1)**;

- **Ospedali di Comunità a medio-bassa complessità assistenziale**, corrispondenti alla precedente **residenzialità sanitaria intermedia (setting 2)**.

In attuazione della **programmazione regionale**, è stato perseguito l'obiettivo di attivare **almeno un OdC per ciascuna Zona-Distretto/SdS**, con un riferimento standard di **20 posti letto ogni 100.000 abitanti**, come indicato nella **DGRT 1508/2022**.

Per quanto riguarda l'**assistenza domiciliare**, l'Azienda ha raggiunto e superato il target previsto dal **DM 77/2022**, che stabilisce una copertura minima pari all'**11,1% della popolazione con più di 65 anni**. Nel 2024 sono stati **presi in carico 40.202 pazienti over 65**, pari all'**11,95%**, superando l'obiettivo fissato di **37.082 pazienti**.



Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
B28.1					
B28.1.1 Percentuale di anziani con almeno un accesso per Cure domiciliari	27.570	337.626	16,33	11,41	15,53
B28.1.2 Percentuale di anziani con valutazione per Cure Domiciliari	27.766	337.626	16,45	11,43	15,57
B28.1.5 Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	189.825	1.409.666	13,47	14,14	13,00
B28.2.11 Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	1.356	37.465	3,62	3,37	3,94
B28.2.2 Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	12.495	1.245.397	20,07	13,05	18,26
D22Z.1 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	3.523	1.245.397	5,66	4,38	5,91
D22Z.2 Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	3.376	1.245.397	5,42	3,51	4,28

Anche in relazione agli **indicatori core del Nuovo Sistema di Garanzia** (indicatori D22Z), l'assistenza domiciliare ha fatto registrare performance superiori agli standard attesi. I risultati confermano infatti un **ottimo livello di copertura** nei diversi livelli di intensità della domiciliarità, consolidando il ruolo dell'assistenza territoriale come pilastro del sistema sanitario.

Gli indicatori D22Z 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 2024 è connesso al rafforzamento della cartella territoriale Aster cloud e alla conseguente implementazione di utilizzo da parte degli operatori.

Estensione del modello dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC)

L'**Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)** rappresenta una figura cardine nella rete territoriale dell'assistenza, con l'obiettivo di garantire la **prossimità, la continuità e l'integrazione delle cure** nei diversi contesti della comunità. L'IFeC assicura l'assistenza infermieristica nei molteplici livelli di complessità clinico-assistenziale, collaborando con i professionisti sanitari, sociosanitari e sociali presenti nel territorio, ponendo **la persona e i suoi bisogni al centro** dei percorsi di cura.

Dal 2021 al 2024 la copertura territoriale è passata dal 36,4% al 98% della popolazione, consolidando così un modello diffuso, capillare e organizzato per rispondere in modo proattivo alla domanda di salute della comunità.

L'IFeC opera in sinergia con la **Medicina Generale**, con le **Centrali Operative Territoriali (COT)** e con la **rete dei servizi locali**, rappresentando un attore strategico nella transizione del paziente da un setting all'altro. Particolare attenzione è stata attribuita al **rafforzamento delle competenze specialistiche**, in particolare per le **Cure Palliative**, ambito in cui si sta consolidando un **modello integrato** al fine di garantire continuità e supporto alla persona e al care giver.

L'estensione del modello sul territorio aziendale, secondo una **logica di assegnazione differenziata**, in base a criteri di **densità abitativa, morfologia territoriale, percorrenze e caratteristiche demografiche**, ha consentito l'attivazione del modello e di **ambulatori di prossimità**, oltre agli interventi domiciliari e di comunità, in linea con le indicazioni nazionali (Agenas).

Le principali linee di attività attivate nel 2024 sono state le seguenti:

- **Presa in carico proattiva**, a livello domiciliare e ambulatoriale, con monitoraggio costante degli indicatori di attività. Nel 2024 sono stati assistiti circa 27.000 utenti, con 560.000 accessi domiciliari
- **Integrazione con le COT** nella gestione delle casistiche H-T e T-T, garantendo continuità e tempestività nella presa in carico.
- **Avvio di 42 ambulatori di prossimità**, per attività di **educazione sanitaria, promozione della salute e prevenzione**, attività assistenziali, con focus sul **coinvolgimento attivo della persona e della comunità (empowerment)**.
- **Collaborazione con i team di Cure Palliative specialistiche**, in un'ottica di **presa in carico integrata**.

Estensione del nuovo modello di emergenza-urgenza territoriale

Nel 2024 è proseguita l'attuazione del **nuovo modello di emergenza-urgenza territoriale**, delineato dalla DGRT 1424/2022, con l'obiettivo di garantire **equità di accesso, appropriatezza degli interventi e omogeneità organizzativa** su tutto il territorio regionale, valorizzando la capillarità della rete esistente e integrando i diversi livelli di soccorso (BLSD, mezzi infermieristici, medicalizzati, automediche).

Il modello si basa su una **rete integrata e multilivello**, in grado di rispondere con tempestività alle patologie del *First Hour Quintet*, con particolare attenzione all'utilizzo appropriato delle risorse professionali e tecnologiche (es. defibrillazione precoce, telemedicina, massaggiatori automatici).

Le proposte tecniche sono state condivise con gli stakeholder locali, primi fra tutti i rappresentanti delle Associazioni di Volontariato/CRI coinvolte nei tavoli aziendali. Sulle proposte tecniche è stato avviato il confronto con gli altri organi previsti: Conferenza aziendale dei Sindaci, Istituzioni locali, Comitati aziendali di partecipazione dei cittadini, Organizzazioni sindacali, Ordini professionali.

Nel 2024 si è dato seguito alla programmazione con le seguenti azioni:

- l'attivazione di una **automedica h24 a Livorno**;
- l'estensione a h24 della **ambulanza infermieristica a Collesalveti**;
- l'apertura di una **automedica h24 e un'ambulanza infermieristica h24 a Pisa**.

Attuazione della riforma della continuità assistenziale

Nel 2024 è proseguita l'attuazione della **riforma della continuità assistenziale** (DGRT 1425/2022), in coerenza con il nuovo modello di assistenza territoriale previsto dal DM 77/2022 e dalla DGRT 1508/2022. L'obiettivo è integrare pienamente l'attività dei Medici di Medicina Generale con quella dei Medici di Continuità Assistenziale, in una rete più efficiente e capillare, in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute della popolazione, in particolare nelle ore notturne e nei giorni festivi. Il nuovo modello prevede:

- la **rimodulazione delle sedi di continuità assistenziale**, suddivise tra attività h24 e h16 (termine alle ore 24:00 anziché alle 08:00);
- la **razionalizzazione delle risorse** con reinvestimento delle ore recuperate in attività assistenziali diurne rivolte a soggetti fragili, cronici e in fase terminale;
- il **coordinamento regionale delle chiamate** attraverso il **Numero Europeo Armonizzato 116117**, attivo dal **18 novembre 2024**.

Con l'attivazione del **NEA 116117**, la Regione Toscana ha uniformato il sistema di accesso alla continuità assistenziale su tutto il territorio, superando l'eterogeneità organizzativa tra le Aziende. Il nuovo servizio ha un alto livello tecnologico ed utilizza sistemi già in uso al 112: oltre alla telemedicina, la geolocalizzazione della chiamata, app dedicate, il trasferimento di tutti i dati al medico di continuità assistenziale.

Il cittadino può contattare il 116117 per richieste non urgenti, ricevendo un orientamento appropriato (emergenza, sede di CA, altri servizi). In prospettiva, il sistema fornirà supporto anche per pazienti cronici e fragili a domicilio.

La riorganizzazione è stata attuata con il coinvolgimento degli attori territoriali: Conferenze dei Sindaci, Comitati aziendali di partecipazione, Ordini professionali e Comitato aziendale per la medicina generale, come previsto dalla normativa.

Consolidamento e sviluppo della rete consultoriale

Nel 2024 è stato avviato il processo di attuazione dei nuovi **indirizzi regionali per i Consultori** (DGR 674/2023), con l'obiettivo di rendere la rete consultoriale sempre più coerente con l'evoluzione dei bisogni sanitari e sociali della popolazione. I principi cardine – accoglienza, accesso libero e universalistico, multidisciplinarietà, lavoro di équipe e in rete – sono stati rinnovati in chiave moderna per rafforzare qualità e capacità di risposta del servizio.

A livello aziendale, la **Delibera n. 1167/2023** ha approvato il **Piano di adeguamento della rete consultoriale**, articolato in diversi ambiti operativi. Nel corso dell'anno l'Azienda ha promosso la diffusione della delibera a livello zonale, coinvolgendo le AFT, gli altri servizi territoriali e i Comitati di Partecipazione. Parallelamente, ha avviato un percorso di lavoro strutturato sui seguenti ambiti:

- avvio del **modello organizzativo hub & spoke**, per una maggiore integrazione e accessibilità dell'offerta sul territorio;
- **consolidamento delle équipe multiprofessionali**, con rafforzamento delle competenze e della capacità di presa in carico integrata;
- **adeguamento strutturale** dei Consultori principali, secondo i nuovi standard previsti a livello regionale;
- **uniformità e potenziamento dei percorsi assistenziali** erogati dai Consultori;
- avvio di una **comunicazione mirata per target di popolazione**, al fine di migliorare la conoscenza e l'accessibilità ai servizi;
- **attivazione del nuovo flusso informativo regionale consultoriale**, per un monitoraggio più puntuale dell'attività e dei bisogni.

Consolidamento e sviluppo della rete della salute mentale e delle dipendenze

Nel corso dell'anno, il **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (DSMD)** ha contribuito in modo attivo allo sviluppo del nuovo modello di **assistenza territoriale** centrato sulla **Centrale Operativa Territoriale (COT)**. Per ciascuna COT sono stati designati **referenti dedicati per la Salute Mentale e per il SerD**, con funzioni di supporto consulenziale nella definizione multidisciplinare dei **Piani Assistenziali Individualizzati (PAI)**.

Percorsi per pazienti autori di reato

Si è assistito a un progressivo aumento delle misure di sicurezza rivolte a cittadini autori di reato riconosciuti come infermi o parzialmente infermi di mente. Il Dipartimento ha formalizzato la presenza di **referenti forensi aziendali**, figure appositamente formate e incaricate di collaborare con i **Tribunali**, i **CTU**, il **Punto Unico Regionale (PUR)** e i servizi coinvolti (Salute Mentale e SerD), per garantire l'**appropriatezza degli interventi**, una maggiore tempestività e la continuità nei percorsi **terapeutico-riabilitativi**.

Per la gestione dei pazienti in misura di sicurezza detentiva (in REMS o in lista d'attesa), è stato adottato il sistema informativo **SMOP** (Sistema di Monitoraggio del superamento degli OPG), che consente un **monitoraggio puntuale** dei casi e una migliore interazione con le autorità giudiziarie. È prevista l'estensione del sistema anche ai pazienti con misura **non detentiva** (libertà vigilata). Inoltre, è in fase di costituzione un **gruppo di lavoro aziendale** finalizzato a definire **procedure condivise** per la presa in carico e la gestione omogenea dei pazienti autori di reato.

Equipe per i disturbi dello spettro autistico

Sono state formalmente costituite le **equipe dedicate alla presa in carico dei pazienti con disturbo dello spettro autistico**, sia nell'ambito della Salute Mentale Adulti che della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza. Le equipe multiprofessionali saranno impegnate nella **costruzione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali (PTRI)** orientati a sostenere il **progetto di vita** della persona, con particolare attenzione alla **transizione verso l'età adulta**.

Sicurezza nei setting di cura

È stato avviato un **modello formativo standardizzato sulle tecniche di de-escalation**, rivolto agli operatori dei servizi di Salute Mentale. Gli eventi formativi, organizzati nelle diverse zone dell'Azienda, sono finalizzati ad aumentare la **sicurezza dei pazienti e degli operatori**, migliorare la gestione delle crisi e **limitare il ricorso a interventi coercitivi**, specialmente nei contesti di emergenza, pronto soccorso e degenza.

Partecipazione e ascolto: Consulta dipartimentale

Nel 2024 è stata formalmente istituita la **Consulta dipartimentale della Salute Mentale e delle Dipendenze** dell'Azienda USL Toscana nord ovest. Composta da rappresentanti delle associazioni di utenti, familiari e volontariato, la Consulta – presieduta dal Direttore del Dipartimento – rappresenta un **organo permanente di ascolto e partecipazione**. Le sue attività consentiranno un rilevamento sistematico dei bisogni dell'utenza e dei familiari, contribuendo al **miglioramento dei percorsi assistenziali**.

Sviluppo del capitale umano

In collaborazione con l'**Università di Pisa**, è stato attivato un progetto formativo mirato allo sviluppo delle competenze cliniche e organizzative degli operatori, con particolare attenzione alla **diagnosi e gestione del Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)**. L'obiettivo è garantire **uniformità nelle modalità operative** e migliorare **appropriatezza e qualità dell'assistenza** nei contesti SerD e Salute Mentale.

Apertura dello SPDC di Piombino

Nel 2025 è prevista l'attivazione di un nuovo **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)** presso l'Ospedale Villamarina di Piombino. La struttura, che offrirà **9 posti letto** (4 camere doppie e 1 singola), sarà riferimento per le zone Bassa Val di Cecina, Val di Cornia ed Elba. Il personale sarà coinvolto in **percorsi formativi e di affiancamento** presso gli altri SPDC aziendali, per garantire l'avvio con standard operativi adeguati.

Azioni sviluppate nell'area delle Dipendenze

Piano aziendale per la prevenzione del Fentanyl e oppioidi sintetici

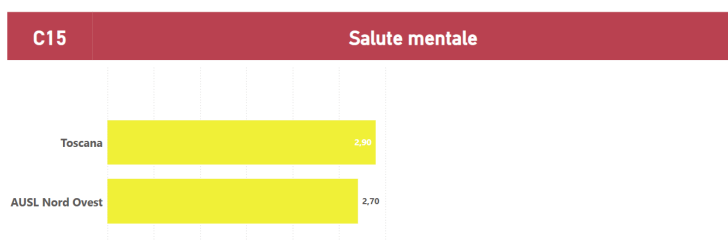
In coerenza con il **Piano Nazionale di Prevenzione** promosso dal Dipartimento delle Politiche Antidroga (marzo 2024), è stato elaborato e diffuso un **piano aziendale di contrasto all'uso improprio del Fentanyl e di altri oppioidi sintetici**. Il piano prevede il coinvolgimento attivo di tutti i servizi aziendali e dei soggetti esterni interessati, con specifiche azioni di **prevenzione, monitoraggio e formazione**.

Progetto "Slow Life 2.0" – prevenzione dell'azzardopatia (2025–2026)

E' proseguito il percorso già avviato con il progetto "Slow Life" (2022–2024) per la **prevenzione del gioco d'azzardo patologico**. Il nuovo ciclo progettuale, "Slow Life 2.0", promuove una **cultura del gioco sano e responsabile**, valorizzando il gioco di abilità, le relazioni sociali e le tradizioni locali. Il progetto ha contribuito anche alla **modifica del lessico ufficiale**, favorendo l'adozione del termine corretto "azzardopatia" al posto di "ludopatia", come riconosciuto dall'enciclopedia Treccani.

Rinnovo della Convenzione Quadro con CEART e Regione Toscana

È stata rinnovata la **Convenzione Quadro** tra Regione Toscana, Aziende USL e **CEART**, per la gestione dei **percorsi residenziali e diurni** rivolti a persone con **disturbi da uso di sostanze o da gioco d'azzardo**. L'accordo consolida la **collaborazione tra pubblico e privato sociale**, garantendo l'appropriatezza degli interventi di **cura, riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo**, attraverso **tavoli periodici di confronto**.



Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
C15					
C15.10 Percentuale di trattamenti multi-professionali per utenti minorenni	1.868	3.797	49,20	49,23	49,54
C15.17 Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti	7.369	12.804	57,55	63,67	63,43
C15.17.1 Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	3.461	5.673	61,01	67,53	66,12
C15.17.2 Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	2.080	3.954	52,61	58,26	57,91
C15.2 Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	564	1.424	39,61	36,83	40,84
C15.4 Appropriata psicoterapeutica	338	761	44,42	34,94	43,11
C15.8 Indice di performance della degenza media per patologie psichiatriche	7.074	1.993	3,55	2,52	1,43
C15A.13.2 Percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	103	1.901	5,42	5,48	5,87
C15A.13A Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	106	2.095	5,06	6,88	5,33
C15A.7 Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni (NSG D29C)	379	171.066	221,55	189,03	196,90
D26C Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	2.240	1.074.331	208,50	233,24	231,47
D27C Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	78	1.759	4,43	3,59	5,24

Consolidamento e sviluppo della rete delle cure palliative

Con la **Delibera Regionale n. 960**, è stato approvato il **Piano Regionale per le Cure Palliative 2023–2026**, che rappresenta il riferimento strategico per il consolidamento e lo sviluppo di una rete integrata, capillare ed equa su tutto il territorio toscano. A partire dagli indirizzi regionali, la **programmazione aziendale** si è orientata verso i seguenti obiettivi prioritari:

- **Consolidamento dell'assistenza domiciliare**, con il potenziamento delle attività delle **Unità di Cure Palliative domiciliari (UCP-dom)**. L'estensione progressiva della presa in carico riguarda pazienti in condizioni di **cronicità complessa ed evolutiva**, nonché l'inclusione degli interventi palliativi anche all'interno delle **RSA**, attraverso le stesse équipe.
- **Rafforzamento dell'offerta residenziale**, tramite il completamento del piano di **ampliamento e riequilibrio degli hospice territoriali**, al fine di garantire la presenza omogenea a livello zonale e provinciale, in risposta alla domanda crescente di assistenza in fase avanzata e terminale.
- **Integrazione delle cure palliative in ambito ospedaliero**, mediante attività di **consulenza specialistica**, ambulatori dedicati e un **governo appropriato degli accessi in Pronto Soccorso**, con l'obiettivo di assicurare **continuità assistenziale** e ridurre la frammentazione nei percorsi di cura.

- **Sviluppo delle cure palliative precoci**, intese come **cure simultanee** erogate parallelamente alle terapie attive oncologiche e non oncologiche, sia in ambito **territoriale** che **ospedaliero**, per migliorare la **qualità della vita** e sostenere la persona e la famiglia durante tutto il decorso della malattia.
- **Potenziamento della governance** a livello aziendale per garantire **omogeneità nella programmazione**, monitoraggio degli standard e supporto ai percorsi formativi e organizzativi.
- Revisione della delibera aziendale di funzionamento del coordinamento aziendale di cure palliative
- **Allineamento della rete territoriale ai nuovi assetti previsti dal DM 77/2022**, con particolare riferimento al rafforzamento delle **forme di integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari**, a garanzia della presa in carico globale e tempestiva.
- **Sviluppo delle cure palliative pediatriche**, con l'obiettivo di assicurare l'erogazione uniforme su tutto il territorio regionale, attraverso la costituzione e il rafforzamento delle **reti locali dedicate**.
- **Valorizzazione del ruolo del Terzo Settore e del Volontariato di Settore**, attraverso il **coinvolgimento delle organizzazioni non profit** nella rete locale di supporto e accompagnamento, nell'ottica di una **prossimità solidale e comunitaria**.

L'indicatore D30Z, monitorato dal Nuovo Sistema di Garanzia mostra un risultato positivo per l'azienda, superando la soglia massima fissata a livello nazionale

Anno	2023			2024		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
Regione Toscana	5.905	11.327	52,13	6.185	11.327	54,61
AUSL Centro	2.402	4.724	50,84	2.456	4.724	51,99
AUSL Nord-Ovest	2.236	4.085	54,74	2.355	4.085	57,65
AUSL Sud-Est	1.267	2.517	50,33	1.374	2.517	54,58

Sviluppo della rete dell'integrazione socio sanitaria

Nel corso del 2024 l'Azienda ha proseguito nel consolidamento della rete socio-sanitaria integrata, con l'obiettivo di rafforzare il governo delle strutture residenziali e semiresidenziali (RSA, RSD, Centri diurni, strutture per la salute mentale, dipendenze, minori ecc.), sia a livello aziendale che zonale/SdS.

L'azione è stata orientata alla omogeneizzazione delle buone pratiche e delle procedure assistenziali, alla promozione dell'innovazione organizzativa e alla capacità di risposta ai bisogni complessi della popolazione, con particolare attenzione ai soggetti più fragili.

In particolare, sono stati presidiati e sviluppati i seguenti ambiti:

- **Monitoraggio delle Unità Locali di Tutela Minori (ULTM)**, istituite nel 2024 in tutte le zone, con l'obiettivo di favorire la presa in carico integrata delle famiglie fragili e prevenire l'istituzionalizzazione dei minori. Si registra un primo effetto positivo in termini di contenimento del tasso di ricovero.
- **Semplificazione degli accessi per i cittadini**, attraverso l'avvio del processo di unificazione tra Punto Insieme e Segretariato Sociale. Il nuovo **Punto Unico di Accesso (PUA)** – previsto nelle Case della Comunità – è stato attivato in via sperimentale in alcune sedi e sarà progressivamente esteso con azioni di ricognizioni del personale e formazione
- **Omogeneizzazione delle prestazioni domiciliari**, delle risorse e dei modelli organizzativi. È stato avviato il monitoraggio e la rivalutazione dei **Piani Terapeutici Riabilitativi Individualizzati (PTRI)** nelle strutture residenziali.
- **Monitoraggio e armonizzazione dei fondi:**
 - per **anziani non autosufficienti e disabilità**, con l'obiettivo di uniformare criteri e prestazioni e ridurre le liste d'attesa, in applicazione del DPCM del 2017;
 - per **salute mentale**, con la finalità di omogeneizzare gli interventi, garantire equità di accesso e corretta imputazione delle spese (Fondo Sanitario Indistinto / Bilancio Sociale).
- **Monitoraggio e rafforzamento dell'attuazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali (LEPS)**, in raccordo con gli enti locali e le Zone/SdS, per garantire standard minimi omogenei e rafforzare l'integrazione sociosanitaria a livello territoriale.
- **Verifica del rispetto degli standard previsti dal Nuovo Sistema di Garanzia**, con riferimento al numero di anziani non autosufficienti under 75 in trattamento residenziale (indicatore D33Z), in un'ottica di sostenibilità e appropriatezza.

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

Anno	2023			2024		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
Regione Toscana	20.279	517.527	39,18	20.182	528.157	38,21
AUSL Centro	8.789	221.401	39,70	8.472	225.878	37,51
AUSL Nord-Ovest	6.382	179.287	35,60	6.519	182.860	35,65
AUSL Sud-Est	5.108	116.839	43,72	5.191	119.419	43,47

Nella lettura del dato risultato è da considerare il numero di “quote sanitarie”, ossia la cifra economica erogata dal sistema sanitario regionale per gli inserimenti in RSA, che a livello aziendale sono rimaste invariate e inferiori alle altre due aziende territoriali. Di conseguenza si genera una problematica di ricezione di nuovi inserimenti da parte delle strutture residenziali. Per mitigare l'impatto dell'indice di pressione dei grandi anziani sui caregiver, è fondamentale promuovere 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..

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.

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 con fondi del Fondo Sociale Europeo e del PNRR (missione 5) tendenti al rafforzamento degli interventi domiciliari e progettazione di nuove forme di residenzialità, tipo co-housing per anziani. Tali azioni intendono offrire servizi di sollievo e anche innovativi, 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).

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	262	8	1	12	3
Pontremoli	21	2	1	1	0
Lucca	81	7	1	7	0
Pisa	261	24	1	22	0
Volterra	179	4	1	4	0
Livorno	238	8	1	16	0
Gorgona	79	4	0	3	0
Porto Azzurro	325	6	1	8	0
Pianosa	18	1			
Totali	1.464	64	7	73	3

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 con servizi ancora da attivare.

Grande importanza ha avuto la prevenzione del Rischio Suicidario, per il quale viene effettuata attività di formazione del personale. Sono stati aggiornati tutti i piani locali di prevenzione delle condotte suicide con 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.

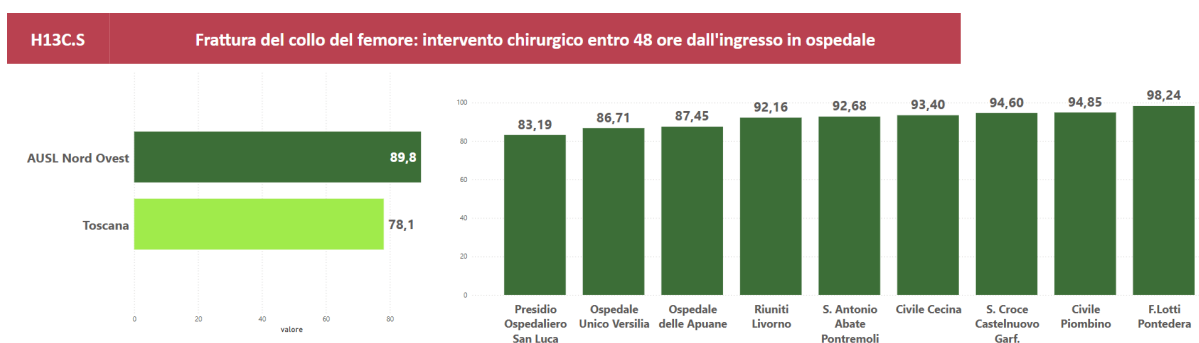
Per tutta la popolazione detenuta sono state periodicamente effettuate attività di screening e successiva presa in carico per infezione da HIV e HCV. Le vaccinazioni sono state regolarmente effettuate sia per l'influenza, per la polmonite e per il Covid tramite apposite procedure. Alla popolazione detenuta 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

Nell'ambito della rete dell'emergenza-urgenza, si evidenziano performance molto positive in relazione alla **tempestività dell'intervento chirurgico per frattura del femore**, parametro riconosciuto come indicatore chiave di efficienza e qualità del sistema. Il risultato ottenuto è il frutto di una pianificazione accurata, di un'efficace integrazione tra ospedale e territorio, e di una capacità organizzativa che ha permesso di garantire un accesso rapido e appropriato ai percorsi chirurgici, anche per pazienti fragili e complessi. Considerando che in alcuni casi specifici il paziente necessita di essere stabilizzato prima di procedere all'operazione, l'obiettivo a livello regionale è posto all'80%



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 al di sotto del 15%. Per i punti nascita con più di 1000 parti o di II livello la soglia è invece del 20%. L'azienda registra una percentuale leggermente superiore rispetto ai target previsti, con variabilità interna tra gli ospedali.

Anno	2023			2024		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
Regione Toscana	1.306	7.671	17,03	1.368	7.745	17,66
AUSL Centro	256	1.777	14,41	309	1.962	15,75
AUSL Nord-Ovest	683	3.832	17,82	662	3.744	17,68
AUSL Sud-Est	169	1.287	13,13	202	1.226	16,48
AUSL Nord-Ovest	683	3.832	17,82	662	3.744	17,68
S. Francesco Barga (LU)	40	184	21,74	22	154	14,29
Ospedale San Luca	155	800	19,38	149	770	19,35
F.Lotti Pontedera (PI)	82	659	12,44	76	673	11,29
Riuniti Livorno	126	706	17,85	147	745	19,73
Ospedale Civile di Cecina	80	543	14,73	75	477	15,72
Civile Elbano Portoferraio (LI)	14	110	12,73	19	113	16,81
Ospedale Unico "Versilia"	186	830	22,41	174	812	21,43
SS. Giacomo e Cristoforo Massa	247	1.110	22,25	173	1.091	15,86

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



Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
C10					
C10.1.1 Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	0	93	0,00	0,00	94,09
C10.1C.1 Quota di interventi per tumore maligno al colon eseguiti in reparti con volume di attività superiori a 45 interventi annui	236	357	66,11		58,09
C10.1D.1 Quota di interventi per tumore maligno al polmone eseguiti in reparti con volume di attività superiori a 85 interventi annui	0	46	0,00		88,55
C10.2.1A Percentuale di interventi conservativi sugli interventi per tumore maligno della mammella	767	1.117	68,67		66,62
C10.2.2 Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	737	940	78,40	75,88	81,56
C10.2.6 Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	729	879	82,94	80,94	86,78
C10.3.1 Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	18	1.006	1,79	1,81	2,54
C10.3.2 Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	2	199	1,01	1,36	1,50
C10.3.9 Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	35	833	4,20		3,72
C10.5 Appropriata prescrizione dei biomarcatori tumorali	52.917	810.959	652,52	643,67	516,20
C10.9.1 Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni	1	98	1,02		0,78
H02Z Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	1.107	1.107	100,00	100,00	98,14
H03C Proporzioni di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	25	642	3,89	5,44	5,67
PDTA06.1 Tempestività dell'intervento chirurgico dalla diagnosi (PDTA Mammella)	491	644	76,24	72,62	69,47
PDTA06.2 Tempestività dell'inizio della terapia medica (PDTA Mammella)	327	1.014	32,30	36,16	34,73
PDTA07 Tempestività dell'intervento chirurgico per tumore maligno del colon dalla diagnosi (PDTA Colon)	194	249	77,91	82,26	78,61
PDTA08 Follow-up endoscopico per tumore maligno del colon (PDTA Colon)	248	408	60,50	65,85	64,83
PDTA09 Tempestività del primo trattamento (medico o chirurgico) per tumore maligno del retto dalla diagnosi (PDTA Retto)	72	119	60,50	73,20	57,34
PDTA10 Follow-up endoscopico per tumore maligno del retto (PDTA Retto)	105	146	77,30	75,09	72,43

Rete per la chirurgia robotica

Nel corso del 2024, l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha potenziato **la rete della chirurgia robotica**, confermando il proprio impegno nell'innovazione tecnologica e nell'ottimizzazione dei percorsi assistenziali.

Accanto alla consolidata integrazione a livello di area vasta – che prevede l'accesso dei professionisti dell'Azienda territoriale alle piattaforme robotiche dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana – da **settembre 2024** è entrato in funzione presso l'Ospedale Versilia il robot **Da Vinci Xi**. Nella fase iniziale di utilizzo, la piattaforma è stata impiegata principalmente in ambito urologico, con un focus sugli interventi per **tumore della prostata**. Complessivamente, **sono stati eseguiti 166 interventi di chirurgia urologica robot-assistita** da settembre a dicembre 2024.

Sono attualmente in fase di avvio anche gli interventi in altre specialità chirurgiche, tra cui **chirurgia generale** e **ginecologia**. Il modello organizzativo adottato consente ai pazienti di essere seguiti fin dalla fase di presa in carico nel proprio ambito territoriale di residenza e di essere successivamente operati presso il presidio di Versilia dalla stessa équipe chirurgica, garantendo **continuità e omogeneità del percorso di cura**.

Anche il robot **MAKO**, già operativo da diversi anni presso l'Ospedale San Luca di Lucca e riferimento aziendale per la **chirurgia ortopedica protesica**, ha registrato un aumento delle attività nel 2024 rispetto all'anno precedente. La piattaforma viene utilizzata prevalentemente per interventi di **protesi d'anca e di ginocchio**.

Attuazione della DGR 532/2022: Prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali (sovraffollamento)

La **Delibera Regionale 532/2022** fornisce gli indirizzi operativi per prevenire e gestire le situazioni di **sovraffollamento** e **boarding** negli ospedali della Toscana, che richiedono un approccio e una **risposta di sistema**. Le misure previste mirano a rendere più rapide ed efficienti le fasi del percorso di emergenza-urgenza, migliorando la presa in carico dei pazienti.

L'Azienda si è strutturata con un **assetto a rete**, che prevede un gruppo di coordinamento a livello aziendale e **reti locali** con il coinvolgimento di tutte le funzioni cliniche, organizzative e gestionali.

Le principali azioni messe in atto sono state:

- **Riduzione dei tempi di permanenza in PS per i pazienti da ricoverare (indicatore C16.4):**
L'Azienda ha raggiunto il **73% di ricoveri entro 8 ore**, superando la media regionale (61%), anche grazie all'attivazione di **Posti letto di Admission Room** e di **Strutture di presa in carico precoce (PICU)** e una maggiore integrazione con la COT
- **Potenziamento dei percorsi Fast Track** passati dal **14,2% nel 2023** al **15,6% nel 2024** rispetto agli accessi in PS.
- **Sviluppo del See and Treat** incrementati dal **1,7% al 2,1%** rispetto agli accessi in PS.
- **Riduzione degli abbandoni in PS**, scesi dal **3,97% al 3,64%**
- **Riduzione della degenza media in area medica** (medicine interne), che è passata da **10,4 a 10,1 giornate**, grazie alla migliore programmazione del percorso e all'integrazione ospedale-territorio.
- **Potenziamento delle funzioni di sistema di Flussista e Bed Management**
- **Sviluppo della rete geriatrica** per migliorare la presa in carico del paziente anziano
- **Sviluppo del sistema di Monitoraggio:** il sistema di rilevazione dei dati è stato reso più capillare e tempestivo

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 stati 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"

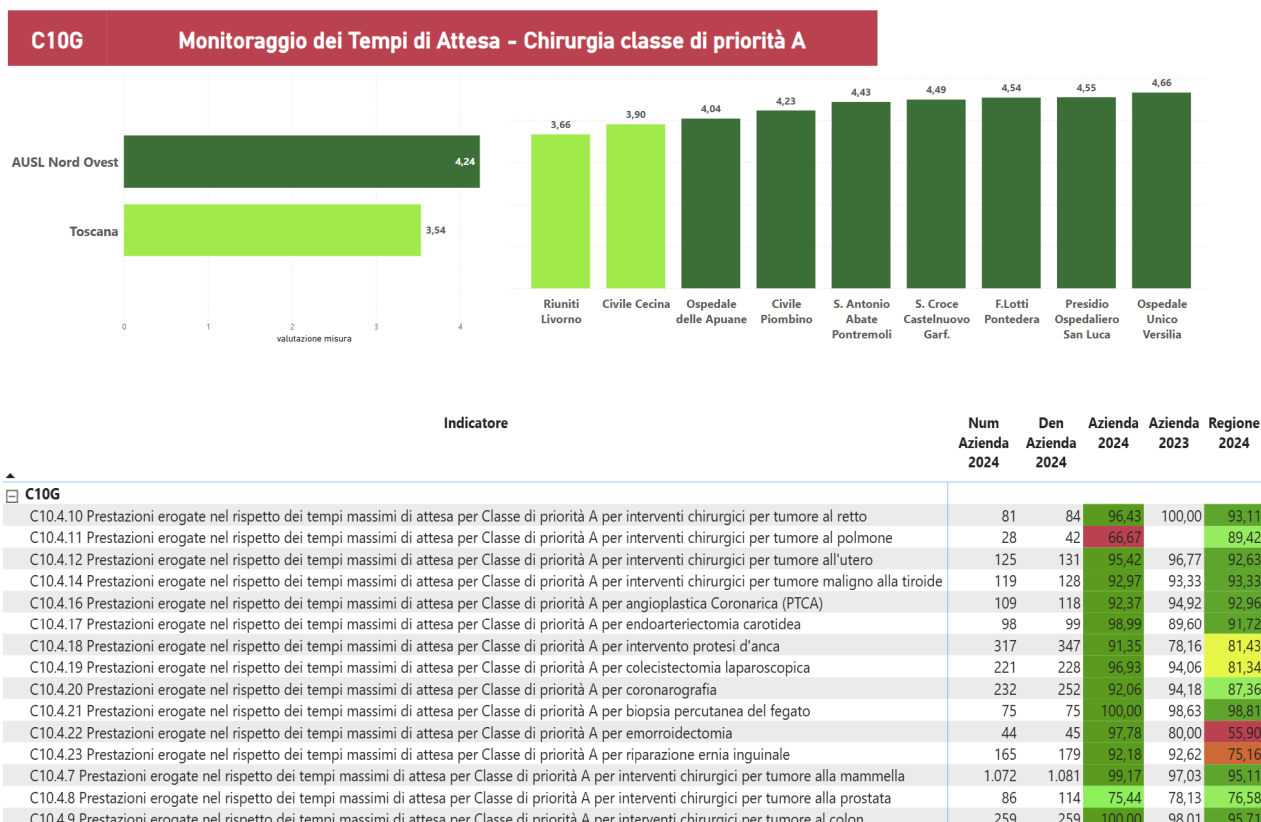
Il governo dell'offerta: Per il governo dell'offerta le tematiche affrontate a livello aziendale e di area vasta sono:

- 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.

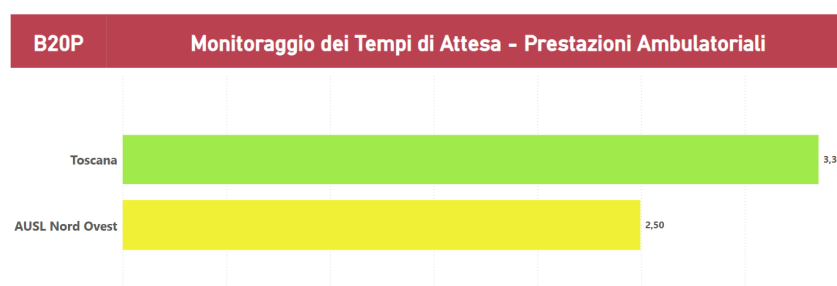
Governo delle liste di attesa chirurgiche

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 nel complesso l'efficacia delle azioni intraprese. 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)



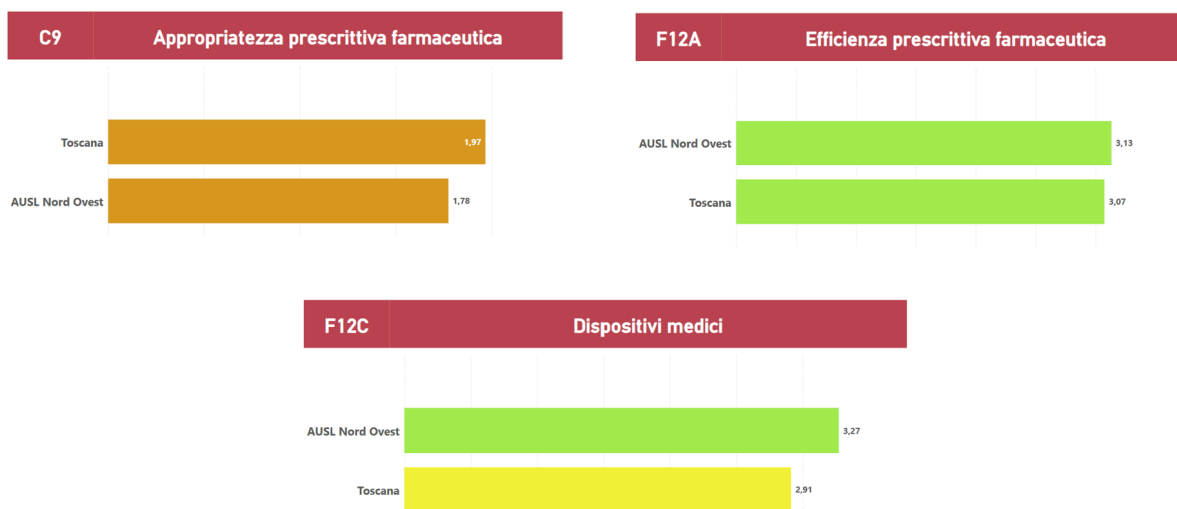
Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
B20P					
D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	56.450	80.426	70,19	71,10	80,51
D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	21.123	24.973	84,58	85,29	87,14
B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)	252.606	322.914	78,23	79,17	88,50
B20G.1 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)	251.246	405.808	61,91	58,69	75,68

I dati evidenziano una performance intermedia con 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 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
B21G					
B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)	682.470	1.093.094	62,44	59,36	64,42
B21G.1 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)	580.838	1.000.206	58,07	60,01	59,88

Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi

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.

Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
C9					
B4.1.1 Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	1.164.125	1.313.421	2,43	2,34	2,13
B4.1.1A Consumo di oppioidi sul territorio	2.298.244	1.313.421	4,79	4,73	4,23
B4.1.3 Consumo territoriale di morfina	7.712.110	1.313.421	5,87	5,54	3,22
B4.1.5 Incidenza della morfina sul territorio	79.260	1.164.125	6,81	6,63	5,04
C21.2.4 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti farmaci ipolipemizzanti alla dimissione	596	1.121	53,17	63,06	55,48
C21.2.5 Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti antiaggreganti alla dimissione	817	987	82,78	79,39	83,83
C6.8.1 Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)	143.690	337.626	42,56	41,82	41,26
C6.8.2 Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)	29.303	337.626	8,68	8,34	7,87
C6.8.6 Percentuale di utilizzo di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina/acido clavulanico in età pediatrica	88.008	569.403	15,46		28,77
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica	33.024.276	1.313.421	25,14	26,04	23,72
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	464.378	656.492	70,74	68,54	78,12
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti	24.066	656.492	36,66	40,57	28,06
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti	21.981	656.492	33,48	29,95	32,95
C9.19.1 Consumo delle associazioni a base di beta agonisti e cortisonici sul totale	6.379.140	10.111.156	63,09	65,77	62,28
C9.22 Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare ogni 100 residenti	74.524	1.313.421	5,67		5,16
C9.5.3 Consumo di Antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni	677.198	28.534	65,02		59,92
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici negli adulti	6.282.592	1.120.193	15,37		14,44
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	142.916	125.204	3,13		2,76
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	142.660	7.210.216	1,98	2,10	1,79
C9.8.1.3 Percentuale di utilizzo di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina/acido clavulanico negli adulti	505.182	3.294.824	15,33	13,21	29,34
D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	31.469.697	1.245.397	25.268,81	24.520,44	25.452,50
F12A.21.2 Consumo di colecalciferolo	24.533.893	1.313.421	51,18		44,14

Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
F12A					
F12A.14 Percentuale di molecole prescritte presenti in lista di trasparenza	18.038.391	21.107.416	85,46	86,82	86,54
F12A.14A Incidenza dei farmaci equivalenti sul totale a brevetto scaduto	259.314.050	453.325.572	57,20		57,55
F12C					
F10.3.1 Spesa per dispositivi di consumo (ospedaliera) per punto DRG	1.812.023	94.868	19,10	21,94	19,98
F12C.3.2B Spesa per siringhe per giornata di degenza	241.940	635.124	0,38	0,36	0,69
F12C.4.1B Spesa per guanti per giornata di degenza	942.138	635.124	1,48	1,86	1,95

Nel 2024, l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha proseguito le attività finalizzate al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva, in linea con gli indirizzi regionali e nazionali. L'azione si è concentrata sull'uso più consapevole e appropriato delle risorse diagnostiche, terapeutiche e farmacologiche, attraverso:

- l'analisi periodica dei dati prescrittivi a livello territoriale e di singola struttura;
- la promozione di audit clinici e momenti formativi rivolti ai professionisti;
- lo sviluppo di cruscotti interattivi per il monitoraggio delle principali classi di farmaci ad alta variabilità prescrittiva (antibiotici, inibitori di pompa protonica, farmaci biologici).
- il monitoraggio di indicatori chiave (es. aderenza alle linee guida, prescrizioni non appropriate, consumo di antibiotici).

I dati rilevati nel 2024 evidenziano un trend positivo in aree quali l'utilizzo degli inibitori di pompa, oppioidi ed utilizzo antibiotici iniettabili sul territorio. Persistono aree critiche in alcune classi terapeutiche (polypharmacy, antidepressivi)

In ambito ospedaliero permangono criticità rispetto all'impiego di antibiotici, correlate sia all'entità complessiva del loro utilizzo che alla scelta differenziale rispetto a talune classi di farmaci; sono state intraprese a questo riguardo numerose iniziative informative, formative e in termini di incontri e audit singoli, con un focus particolare nel 2024 sulla corretta profilassi antibiotica peri-operatoria. L'area specialistica ATNO persegue d'altro canto performance molto positive in molti ambiti quali l'onco-ematologico, immuno-derma-reumatologico, neurologico, per quanto attiene ai mezzi di contrasto, oculistica, ecc... rispetto ai quali i dati confermano un profilo prescrittivo costantemente ottimale rispetto agli obiettivi delineati dal Settore Regionale.

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 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 nel 2025 nell'isola di Pianosa.

Nel 2024 è stato potenziato lo sviluppo dei servizi di Televisita, Teleconsulto e Telerefertazione, aumentando da 250 a 350 i pazienti in carico con questi strumenti; in particolare, in ambito pneumologico, dermatologico e di medicina interna, le installazioni sono state effettuate nelle province di Lucca e Livorno. Anche il processo di Emergenza-Urgenza ha visto il dispiegamento della piattaforma di Telemedicina, con l'utilizzo delle consulenze tra Pronto Soccorso e Specialisti dei vari ambiti.

Nel 2024 si è conclusa la gara nazionale per l'affidamento dello sviluppo della Piattaforma di Telemedicina progettata da AGENAS ed è previsto entro il primo semestre del 2025 l'avvio dell'utilizzo della stessa in ASL Toscana Nord Ovest.

➤ 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 2024.



Nel 2024 si è conclusa l'analisi per l'affidamento dello sviluppo del modulo di WhatsASL dotato di Intelligenza Artificiale ed entro il primo semestre del 2025 è previsto l'avvio della sperimentazione della stesso per quanto riguarda la sezione *Come fare per* destinato ai cittadini.

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

- Avendo completato nel 2023 il dispiegamento della **Cartella clinica elettronica ospedaliera di ricovero**, nel 2024 è stato avviato il dispiegamento del modulo ambulatoriale che ad oggi ha raggiunto una percentuale di circa 60% degli ambiti da ricoprire. Nel 2025 è previsto di raggiungere il 100% dell'informatizzazione del percorso dei pazienti in regime ambulatoriale.
- Per quanto riguarda la **Cartella socio sanitaria elettronica territoriale (aster cloud)** nel 2024 sono state effettuate le seguenti azioni:
 - completamento dell'implementazione del modulo software relativo alla protesica;
 - completamento dell'implementazione del modulo software relativo alle cure palliative;
 - completamento dell'implementazione del modulo software relativo alle COT (Centrali Operative territoriali);
 - completamento dell'implementazione del modulo di integrazione con la Cartella Clinica C7.

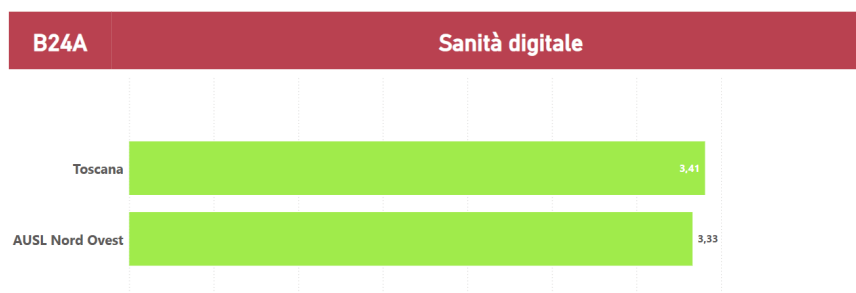
Per il 2025 sono previsti gli avvisi dei moduli software dei Consultori e dell'Hospice, sono quindi in corso le attività di analisi e pianificazione relative.

- Rispetto all'unificazione degli applicativi sono in corso i dispiegamenti per:
 - Applicativo ADT per ricoveri ospedalieri, da concludere entro Giugno '25;
 - Laboratorio analisi (LIS) e integrazione con C7-CUP-PS, da concludere entro Febbraio '26, compreso del modulo applicativo dei centri trasfusionali integrazione con C7, CUP e PS (SIT);
 - CUP Accettatore unico, da concludere entro Giugno '26;
 - Aggiornamento del CUP2.0 al CUP3.0 entro Giugno '25.

➤ **Progetti Innovativi**

- **Sperimentazione trasporto sangue mediante Droni:** nel 2024 è stata effettuata presso l'Ospedale di Livorno la sperimentazione riguardante il trasporto di provette ed emoderivati utilizzando i droni a pilotaggio remoto. Nel 2025 è prevista un'analoga sperimentazione per la tratta Piombino-Portoferraio.
- **Analisi di processo dei percorsi dei pazienti nei distretti socio-sanitari:** al fine migliorare e potenziare il servizio ai cittadini, sono state effettuate analisi sul campo in diversi distretti dell'Azienda, con l'obiettivo di promuovere azioni di miglioramento, anche con l'implementazione di nuovi percorsi informativi per gli utenti e formativi per gli operatori.

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



Indicatore	Num Azienda 2024	Den Azienda 2024	Azienda 2024	Azienda 2023	Regione 2024
B24A					
B24B.1.1 Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	12.989.734	13.300.819	97,66	97,56	97,85
B24B.1.2 Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	4.547.596	4.666.966	97,44	96,86	97,54
B24B.4.1 Percentuale di specialisti prescrittori con incarico attivo con almeno una ricetta farmaceutica dematerializzata	1.673	2.732	61,24		62,02
B24B.4.2 Percentuale di specialisti prescrittori con incarico attivo con almeno una ricetta specialistica dematerializzata	1.951	2.732	71,41		70,69
B24B.5 Diffusione libretto di gravidanza digitale	4.243	7.302	58,11	56,60	65,93
C13.R3.10 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Ematologica)	1.706	19.923	8,56	8,98	6,09
C13.R3.11 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Diabetologica)	3.160	50.839	6,22	6,29	13,93
C13.R3.13 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Cardiologica)	1.585	44.032	3,60	1,37	3,34
C13.R3.2 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Psichiatrica)	3.217	42.649	7,54	5,93	3,57
C13.R3.3 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Oncologica)	2.362	68.787	3,43	3,72	3,06
C13.R3.4 Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (Neurologica)	427	29.164	1,46	1,92	2,67

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.

Alcuni numeri:

- area da destinare alla nuova opera: circa 32.000 mq
- superficie complessiva del nuovo ospedale : circa 65.000 mq
- posti letto: dagli attuali 432 p.l., si passa a circa 508 p.l. con potenziamento di quelli dedicati alle cure intermedie, sulla scorta dell'esperienza della pandemia.

Architettura della proposta progettuale: monoblocco che si sviluppa con un piano seminterrato dedicato a servizi tecnico/logistici, bunker di radioterapia e centrali tecnologiche; 4 piani fuori terra. L'unico collegamento con il vecchio ospedale è a livello dell'8° padiglione, ora materno infantile, dove verranno realizzati il Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC) e posti per la riabilitazione cod. 56 (12 PL), oltre a trovare collocazione altre funzioni/servizi in corso di studio. Verranno abbattuti i padiglioni 9°, 11°, 14°, 15° e 16° oltre alle strutture ospedaliere di supporto come quella farmaceutica e di laboratorio a confine con l'area individuata per la realizzazione del monoblocco.

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. E' in corso di sviluppo la progettazione definitiva, che porterà ad una definizione accurata dei relativi costi di costruzione. Sono altresì in corso le procedure per verificare la fattibilità ed i tempi dell'intervento da parte di Inail, che ha inserito il nuovo ospedale di Livorno nei propri piani di investimento (decreto interministeriale del 5 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 2024:

Pronto Soccorso Cecina: è stato dato seguito al primo step del progetto di ampliamento del Pronto Soccorso di Cecina, completando la progettazione per la ristrutturazione di spazi (ulteriore ampliamento di circa 250 mq) accompagnata da una riorganizzazione organizzativa del nuovo Pronto Soccorso.

Pronto Soccorso di Piombino: completato e avviato l'iter di affidamento lavori per il nuovo 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.

Punto Nascita: Condivisione di un protocollo operativo e definizione del personale necessario per l'attivazione di 2 posti letto di patologia neonatale. Installazione di Nuovo ecografo a Piombino al fine di poter collegare tramite strumenti di telemedicina, teleconsulto e telerefertazione l'ambulatorio ginecologico di Piombino con il Punto Nascita di Cecina.

Blocco Operatorio: per il blocco operatorio di Piombino, composto da 5 sale, e per quello di Cecina, che ne comprende 4, la riorganizzazione tecnologica ha consentito un miglioramento dell'efficienza e un aumento della sicurezza sia per gli operatori che per i pazienti.

Nell'ottica dell'integrazione con la sanità territoriale, si è proceduto come da PNRR, all'interno degli ospedali di Cecina e di Piombino, alla progettazione esecutiva degli ospedali di comunità e degli Hospice 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, che ha sensibilmente aumentato la sua attività: +140% nel 2024 rispetto al 2019, quando erano stati effettuati 527 interventi (tra elezione e urgenza). Nel 2023 si è arrivati a 1.211 e nel 2024, con ulteriore incremento rispetto anche all'anno precedente, si è chiuso con 1.263 interventi. Da un lato, l'area di degenza ordinaria chirurgica ha permesso l'ottimizzazione dei letti e personale, dall'altro, l'area di alta intensità di livello 2a ha permesso di ampliare la casistica a pazienti a maggiore complessità anestesiologia e post operatoria. I posti letto ad alta intensità di cura, cosiddetti di livello 2a, per la cura di pazienti a complessità intermedia tra la normale degenza e l'area critica (sub intensiva e intensiva), consentono di gestire pazienti con necessità di ventilazione non invasiva, pazienti nella fase post – operatoria, avendo così la possibilità di ampliare al casistica chirurgica a pazienti più complessi.

Relativamente alle patologie tempo dipendenti, in ambito neurologico già dal 2023 viene effettuata la fibrinolisi. Un intervento salvavita reso possibile dall'azione tempestiva ed efficace dello "stroke team", un gruppo multidisciplinare di professionisti coinvolti nel percorso ospedaliero del paziente con ictus, specificatamente formato per praticare la trombolisi endovenosa.

Il completamento della Casa della Comunità permetterà di ampliare ulteriormente l'offerta, anche grazie all'impulso dei fondi PNRR, che prevedono interventi strutturali e tecnologici per la medicina di prossimità.

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)

In continuità con le attività svolte negli anni precedenti è ulteriormente proceduto a sviluppare il **sistema di qualità aziendale**, caratterizzato da un approccio proattivo finalizzato alla governance della qualità e sicurezza delle cure in un'ottica di rete, in grado altresì di supportare la riorganizzazione aziendale dei servizi sanitari e socio-sanitari in atto come previsto dal PNRR (*mission 5 e 6*) e dal DM77/22.

Se infatti a livello istituzionale la garanzia per i cittadini toscani di usufruire di processi di cura sicuri in strutture sanitarie adeguate è attuata mediante due strumenti e percorsi distinti e complementari, quello autorizzativo e quello di accreditamento, allora i requisiti (le regole) di questo sistema devono guidare la riorganizzazione e non seguirla a ruota.

A tal fine è proseguito il censimento e il monitoraggio continuo delle strutture sanitarie aziendali e del privato accreditato afferenti alle principali **reti cliniche-assistenziali integrate**. L'obiettivo è quello di valutare se le strutture "aziendali" e "private accreditate" afferenti alle reti sono rispondenti agli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa di riferimento, **considerando così in modo integrato tutti i setting attraversati dal paziente nel percorso di cura**.

Coerentemente al principio di Governance integrata delle reti cliniche, dopo aver messo a regime il nuovo percorso aziendale per la verifica di compatibilità e funzionalità delle strutture sanitarie private ai fini della programmazione delle attività sanitarie nell'ambito dell'Area Vasta Nord Ovest, il Sistema Qualità è stato coinvolto anche nelle Commissioni di valutazione delle strutture private accreditate ai fini della stipula degli accordi contrattuali. In tal modo l'Azienda garantisce un uniforme e omogeneo governo dei requisiti e degli standard di qualità in tutte le fasi del sistema previsto dalla vigente normativa.

Nel 2024 con il superamento di tutte le verifiche esterne regionali sui servizi trasfusionali (5 Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale, 8 Servizi Trasfusionali e una Unità di Raccolta) l'Azienda ha potuto dimostrare che il **"Sistema di Assicurazione della Qualità"** adottato è in grado di garantire la sicurezza e l'efficacia di ogni singola fase del processo trasfusionale (convalida dei processi) e la qualifica di ogni componente del sistema (personale, locali, apparecchiature, materiali, etc.) ovvero che è in grado di fornire sempre prestazioni conformi agli standard predefiniti (evidenze oggettive e sostanziali).

Oltre l'attività routinaria programmata per la corretta autorizzazione delle strutture sanitarie e l'accREDITamento dei processi sanitari in essi erogati, nel 2024 è proseguita l'attività "straordinaria" richiesta per la gestione dei processi di riorganizzazione legati al PIOT di Carrara e all'Ospedale di Livorno, in attesa del completamento degli adeguamenti strutturali e impiantistici previsti (Piano di adeguamento PIOT e nuovo Ospedale).

Anche nel 2024 sono continuate le azioni di supporto alle funzioni aziendali e 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 (COT, Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Hospice, cure domiciliari).

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

Nel corso del 2024, il personale dell'azienda USL Toscana nord ovest ha segnalato 2661 incidenti o problemi per la sicurezza dei pazienti, che hanno dato luogo a 703 analisi mediante audit su evento significativo (SEA) ed a 1720 revisioni di mortalità e morbidità (M&M), registrati sull'applicativo regionale SiGRC. A seguito degli audit sono state definite ed avviate 887 azioni di miglioramento, con un tasso di realizzazione del 77% per le azioni previste, da completare e monitorate nel corso del 2024. Gli eventi sentinella sono stati 32, tutti gestiti secondo i requisiti previsti dal protocollo SIMES, con un indice di tempestività del 90%. Sono state inoltre segnalate 1175 cadute dei pazienti, con un indice di presa in carico per analisi e prevenzione del 88%.

Nella valutazione della performance 2024 del Laboratorio MeS, l'azienda è risultata la prima in Toscana nell'indice relativo alla sicurezza delle cure. Le attività di revisione della casistica sono risultate particolarmente diffuse in ambito territoriale. Per gli indicatori di sicurezza dei pazienti in osservazione, si rilevano risultati favorevoli in merito alla incidenza della sepsi, degli eventi tromboembolici post-operatori e della mortalità intra-ospedaliera nei DRG a bassa mortalità, mentre richiede un approfondimento il dato superiore alla media regionale in merito alla mortalità nei pazienti chirurgici con complicanze severe trattabili.

Nel corso del 2024 il trend delle richieste di risarcimento è in lieve aumento rispetto all'anno precedente, con un totale di 288 sinistri registrati su SiGRC, 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 delle unità operative sistema qualità, controllo di gestione e gestione del personale. Ogni struttura o servizio ha potuto pertanto compilare il questionario solo per le RM e PSP pertinenti al proprio contesto operativo. L'adesione si è confermata al 97% (N=364), con sole 11 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, con un miglioramento di adesione dal 71% all'87% anche per quella relativa alla manipolazione delle forme farmaceutiche solide, grazie al rafforzamento della procedura aziendale e delle dotazioni di strumenti per la sicurezza delle terapie. Per quanto riguarda le PSP, l'adesione è migliorata rispetto alla rilevazione precedente a seguito di iniziative mirate per la prevenzione della TVP (da 53% a 67%), del rischio nutrizionale (da 65% a 82%), del PDTA sepsi (da 76% a 89%) e del Delirium (da 77% a 90%).

È invece in corso di approfondimento l'applicazione della PSP per la prevenzione della VAP la cui adesione è scesa al 46% a seguito dell'estensione della pertinenza. Sono stati organizzati e condotti 21 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 ed il Direttore della Rete Ospedaliera, il Giro per la Sicurezza ha accompagnato il progetto di miglioramento per promuovere la buona pratica a mani nude e pulite, rivolto alle strutture di medicina interna di 7 ospedali.

Nel corso del 2024 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 particolare, grazie anche al finanziamento dedicato della Regione Toscana, sono state organizzate 3 edizioni del corso di formazione per l'uso consapevole del corpo nella prevenzione delle aggressioni, rivolto al personale che aveva già completato i primi 2 livelli di corso aziendale. 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. Su questo argomento sono stati realizzati due incontri di laboratorio con gruppi di facilitatori qualità e sicurezza per elaborare una politica aziendale volta alla prevenzione e gestione del rischio di sindrome della seconda vittima.

Nel corso del 2024 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.

Per la sicurezza nella transizione al digitale, sono stati integrati nella cartella clinica elettronica gli strumenti operativi per la valutazione e prevenzione del rischio di caduta, per la prevenzione e gestione dei rischi nella contenzione dei pazienti; è stato inoltre elaborato un intervento per migliorare l'appropriatezza e la sicurezza della terapia antibiotica rilasciato in via sperimentale ad inizio 2025. Inoltre, è stato seguito da vicino lo sviluppo ed il dispiegamento della nuova versione della cartella clinica elettronica CR1, a partire dal modulo per le terapie intensive, per il quale è stata condotta analisi ergonomica e coordinato il collaudo.

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. A seguito del progetto sostenuto dal programma Mattone Sanitario Internazionale per la comunicazione dei rischi e l'adesione consapevole alle cure, è stata messa a punto una nuova procedura aziendale con i relativi strumenti operativi per la stesura di informative di consenso leggibili ed usabili, insieme alla formazione basata su simulazione del colloquio clinico, poi inserita nel Piano di formazione aziendale 2025.

Governo delle relazioni con il pubblico, partecipazione e accoglienza

Il 2024 si è contraddistinto per tutta una serie di attività prevalentemente rivolte all'esterno, come da pianificazione dell'anno precedente. I cambiamenti nella relazione con gli utenti hanno rappresentato anche per il 2024 una sfida che ha segnato l'inizio di un parallelo cambiamento da parte del servizio, che nella situazione di crisi per carenza di personale nondimeno sta cercando di crescere ed evolversi, anche ridisegnando nuove modalità di rapporti e di strumenti, di cui la transizione al digitale e la formazione rappresentano i fondamenti.

Ogni anno l'Urp lavora al Sistema Carta dei servizi, compilando anche l'Osservatorio dati regionale e anche per il 2024 è stata trasmessa copia del questionario riguardante l'Azienda USL Toscana Nord Ovest. L'Osservatorio Carta dei Servizi 2024 verrà pubblicato per il 2025 con i dati forniti dall'URP.

L'URP prende in carico la risoluzione delle segnalazioni contenenti tematiche trasversali in materia di servizi digitali al cittadino e, nello specifico, il **Sistema Zerocode**, per tutta l'ASL TNO. Partecipa inoltre, insieme agli Amministratori di Sistema (AdS), responsabili dei vari ambiti, alla relativa Cabina di Regia

sui Servizi al cittadino, per adottare soluzioni organizzative trasversali, che garantiscano a tutti gli utenti certezza di prenotazione e uniformità di cura su tutto il territorio aziendale. L'URP ha evaso su zerocode 43 segnalazioni nel 2023 e 83 segnalazioni nel 2024.

PROMOZIONE DELLA RELAZIONE CENTRATA SULLA PERSONA Nel 2024, alle consuete attività, si è aggiunta la promozione della relazione tra sanitario e paziente, che ha visto l'UOC coinvolta nella realizzazione dei corsi di formazione di base, che utilizzano il Kalamazoo Consensus Statement, e nella pianificazione, per l'anno 2025, dei corsi di formazione destinati ai docenti junior sulla comunicazione. La formazione ispirata al Kalamazoo Consensus Statement prevede un corso centrato sulla comunicazione orientata alla persona, che è stato erogato, nel corso del 2024, a medici, infermieri, tecnici sanitari di radiologia medica, fisioterapisti e ostetriche. È stato progettato un corso destinato alla formazione di dieci nuovi docenti junior, da inserire nel pool dei formatori coinvolti sia nel corso di base sia negli altri percorsi formativi ed è stato formalizzato nel PAF 2025. L'UOC ha inoltre contribuito alla formazione di livello avanzato realizzata dall'UOC Sicurezza del Paziente.

PARTECIPAZIONE. Per quanto relativo alla partecipazione, il Comitato aziendale si è insediato il 16 febbraio a seguito del rinnovo per scadenza dei cinque anni dei comitati partecipativi, riconfermando il proprio coordinatore ed eleggendo il vice-coordinatore. Il comitato aziendale ha organizzato cinque sedute nell'anno. Le tematiche principali trattate con i professionisti aziendali sono state relative al governo liste di attesa, la transizione del digitale, le disabilità, l'attivazione per una ricognizione delle azioni dei comitati zonali. Oltre ai cinque incontri dobbiamo sottolineare i due incontri del comitato aziendale con la presenza dei comitati zonali, tenuti entrambi in novembre (4 e 28/11) in cui sono stati presentati il numero unico 116117 ed il progetto PASS. Componenti del sistema partecipativo sono stati coinvolti in eventi aziendali: il progetto Promis, l'iniziativa Coltivare il rispetto e la Giornata dedicata all'Igiene delle mani. Oltre a ciò si ricorda la presenza di componenti nel Comitato Etico, nella CMC, nel Consiglio dei Cittadini ed in Tavoli regionali OTGC (vd. Odontoiatria). Nel 2024 si sono tenute tre agorà della salute (Comitato SdS Valdera Alta Val di Cecina, Comitato Zona di Lucca e Comitato Zona Livornese). In tutte le zone i comitati sono stati coinvolti nei processi di programmazione sanitaria e sociosanitaria attraverso l'illustrazione e il monitoraggio dei POA. Infine, in relazione alla riforma delle cure territoriali prevista dal DM 77/022 e dalla DGRT 1508 2022, è stato elaborato un piano formativo per la promozione della partecipazione dei cittadini e dei comitati di partecipazione nelle case di comunità.

TUTELA. A fronte di un aumento nei reclami (405, + 14.1% rispetto all'anno precedente) continua anche nel 2024 la tendenza da parte dei cittadini alla richiesta di risoluzione immediata di problematiche *hic et nunc*. Aumenta perciò in maniera esponenziale il volume delle prese in carico che sono stimate in 7800, con un aumento del 52.2%. Questo dato è al netto delle prese in carico affrontate nel servizio telefonico del numero unico. Le istanze con netta flessione sono relative alle segnalazioni (che passano da 1540 a 727 nell'ultimo anno), fenomeno che potrebbe derivare 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.

Durante l'anno 2024 l'URP ha revisionato e pubblicato la procedura aziendale AZ 14 Sistema di Tutela – Gestione reclami, segnalazioni ed elogi e la procedura aziendale AZ 039 Azioni di miglioramento conseguenti ai reclami e segnalazioni. La procedura è stata presentata agli operatori per omogeneizzare i comportamenti anche relativamente all'inserimento dei dati nel sistema Project. Nel 2024 si è raggiunta l'omogeneità per tutte le zone nell'inserimento dei dati nel sistema.

Il Numero Unico Urp

Durante l'anno 2024, il terzo anno dall'avvio del numero unico Urp, le chiamate sono state 22.255 e gli operatori Urp hanno risposto a 15.602 utenti (con un aumento del 6.5% delle chiamate gestite rispetto all'anno precedente, per un tempo medio a chiamata di oltre 9 minuti).

Sempre sul versante della tutela, nel 2024 la Commissione Mista Conciliativa ha proseguito nella sua attività organizzando 7 sedute tutte gestite in modalità videoconferenza. La CMC ha trattato nell'anno 11 casi. Le problematiche maggiormente affrontate sono state quelle relative alla continuità assistenziale, alla diagnostica di laboratorio, in specie nella comunicazione con gli utenti, ai tempi di attesa. Le azioni promosse dalla CMC, attraverso l'audizione di utenti, professionisti coinvolti nei reclami e relativi responsabili, sono state quelle del monitoraggio del fenomeno della ricusazione di utenti da parte dei MMG, l'approvazione del regolamento CMC, la proposizione di corsi di formazione su competenze comunicative e cura della relazione anche verso i medici di continuità assistenziale, la proposizione di un focus su sepsi e antibioticoresistenza e quella per una campagna di comunicazione sul sistema delle cure territoriali.

Il punto di vista degli utenti e il clima organizzativo interno

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 definitivamente l'autoreferenzialità. Aderisce infatti all'Osservatorio **PREMS (Patient Reported Experience Measures)**, cioè la 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.

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.



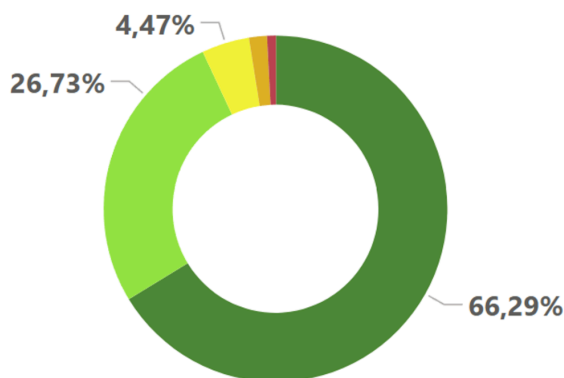
Visualizza qui l'opinione dei
pazienti che hanno già risposto

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. Fino al 2023 erano coinvolti i seguenti 9 ospedali: Apuane, Lucca, Pontedera, Viareggio, Livorno, Cecina, Piombino, Portoferraio e Castelnuovo. Grazie alla diffusione della cartella clinica informatizzata, nel 2024 è stato possibile estendere questo fondamentale strumento anche a Barga, Fivizzano, Pontremoli e Volterra, **completando così tutti gli ospedali**.

Le valutazioni dei pazienti sono molto buone: alla domanda "Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta in reparto?", nel 2024 circa il 92% dei pazienti ha infatti dato un giudizio assai positivo, in

particolare circa il 27% ha attribuito una valutazione buona e circa il 66% ottima. Altro elemento che preme evidenziare è il **progressivo aumento del livello di soddisfazione** registrato negli ultimi anni.

Come valuta l'assistenza complessivamente ricevuta in reparto?



RISPOSTE ATNO

Adesione ATNO 2024
Circa 81%

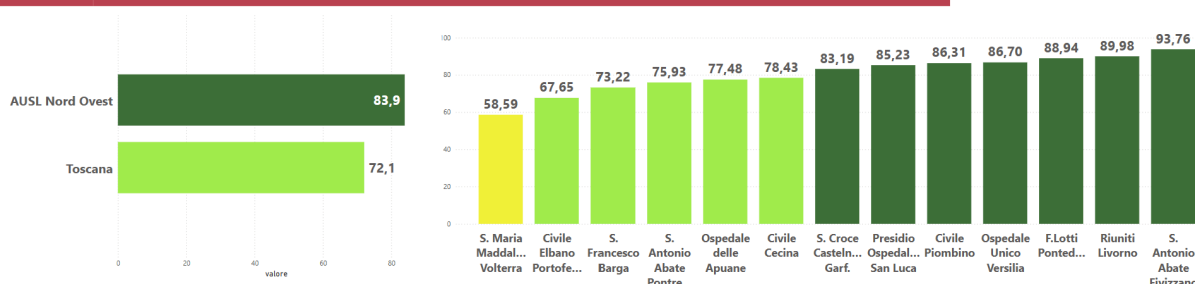
Risultati ATNO 2024
Circa 92%
Totalmente
e molto soddisfatti

risultati ATNO gen-dic 2024
Scelta di trasparenza
visibili e aggiornati sul sito aziendale

L'**adesione** alla rilevazione 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. 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 2024 oltre 80% dei pazienti ha ricevuto l'invito a partecipare al questionario e si è collocata tra i più elevati valori a livello regionale.

D20B.2.1

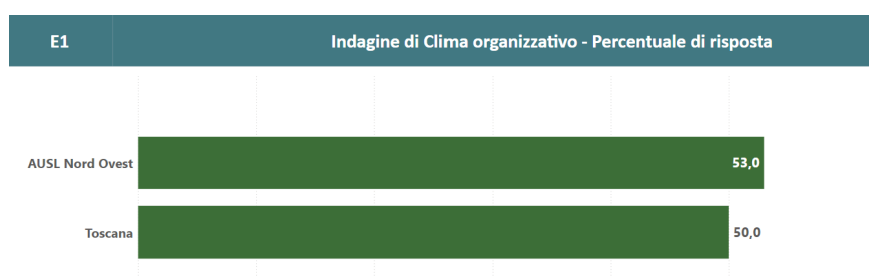
Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario



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 Prem sono sempre accessibili ai professionisti e sono stati oggetto di diversi momenti di condivisione nel corso dell'anno.

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, PIAO) sia un elenco di macro obiettivi formativi ricorrenti.

Il PAF 2024 è stato deliberato il 29.12.2023 (Det.DG n. 1181) 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 una revisione del PAF 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. 49 eventi e ad aggiungere n. 78 nuovi eventi). Il processo di programmazione è stato pienamente rispettato, avendo realizzato globalmente 507 Eventi, ovvero il 93% degli Eventi previsti (e l'80% delle Edizioni previste) e con un numero di eventi extra PAF (18) non significativo. E' importante sottolineare come il PAF 2024 sia stato improntato già nella fase di programmazione, per specifiche indicazioni regionali, ad un contenimento significativo degli Eventi rispetto allo storico, per consentire il pieno dispiegamento dei Corsi Regionali legati al PNRR e degli elevati target di partecipazioni ad essi associati (che sono stati raggiunti dall'Azienda USL Toscana nord ovest così come dalla altre aziende sanitarie di Regione Toscana).

Il tasso di partecipazione complessivo (in termini di personale che ha ottenuto almeno 1 Attestato) si è mantenuto alto ed in crescita per i Dipendenti (75%, + 4% rispetto all'anno precedente e + 6% rispetto al 2022), e questo grazie ad un'opera sempre più accurata di reclutamento da parte dei Dipartimenti. In termini di analisi qualitativa degli Eventi, l'indicatore soglia del PAF riguardante la multiprofessionalità è pienamente rispettato. Il trend degli ultimi anni mostra un peso crescente della formazione residenziale, questo è spiegato anche dalla incidenza e dal consolidamento dei corsi con Simulazione: nonostante il calo di attività complessivo rimane circa un migliaio il numero di operatori che hanno svolto un corso con Simulazione (non includendovi il corso BLS). Continuiamo ad avere ottime valutazioni (ed in crescita) da parte dei discenti. Nel 2024 sono state autorizzate n. 251 partecipazioni a formazione individuale obbligatoria mostrando un trend stabile (n. 247 nell'anno precedente). Nel corso del 2024, infine, grazie all'investimento nella digitalizzazione del percorso (adozione da Gennaio 2024 di un software sviluppato internamente, denominato SIGEIS, che gestisce

on line l'iter autorizzativo) si è assistito ad un grande incremento della formazione residenziale effettuata con il contributo degli sponsor.

MODELLI INNOVATIVI DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO

L'applicazione dello smart working è diventata 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.

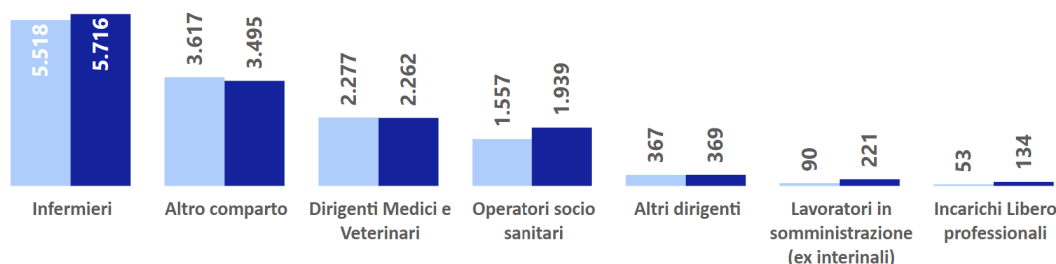
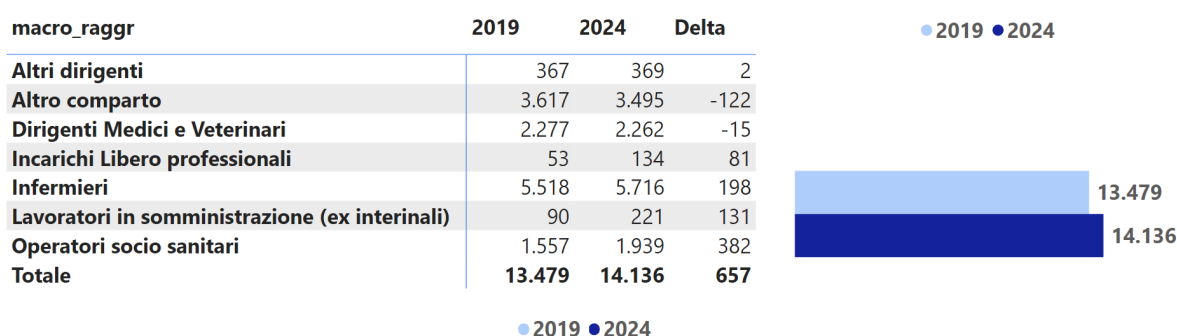
Partendo dalle iniziative intraprese durante lo stato di emergenza con riferimento al lavoro agile, in un'ottica di programma di sviluppo organizzativo, è stato dapprima avviato un questionario per la rilevazione dei bisogni e delle esperienze maturate dal personale durante lo smart working di emergenza 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.

Nel 2024 sono stati attivati bandi annuali di smart working onde consentire una rotazione del personale beneficiario di questa forma di lavoro, volto a coniugare, in un'ottica di equilibrio, le ragioni tecnico organizzative e quelle legate al miglioramento delle condizioni di lavoro, nel rispetto delle singole esigenze individuali e familiari. Lo smart working quindi è diventata una modalità ordinaria e alternativa in un sistema di politiche del personale orientato alla responsabilizzazione del singolo nel

raggiungimento degli obiettivi. Oggi è anche utilizzato quale strumento di tutela per i dipendenti che si trovano in situazioni di fragilità anche momentanea. E' stato poi implementato lo smart working spot, cioè uno smart working non strutturato nell'anno ma solo per certi periodi e legato alle condizioni delle strutture che sono in fase di ristrutturazione edilizia o che sono soggette ad interventi manutentivi importanti. Lo smart working annuale interessa circa 300 operatori del comparto, per la maggior parte impegnato in attività di tipo amministrativo, che, sulla base di uno specifico accordo individuale che contiene il progetto di smart working (gli obiettivi annuali attesi, le modalità di svolgimento della prestazione, le fasce di contattabilità concordate), hanno accesso a questa forma di lavoro agile. Limitati ad un numero esiguo di personale, invece, i casi di telelavoro che sono attivati in Azienda su richiesta del Direttore di Unità operativa per la tutela dei soggetti più fragili, per i quali la condizione fisica rende particolarmente difficile lo svolgimento in sede aziendale delle attività. Tratto comune, sia allo smart working sia al telelavoro, è l'attenzione continua a evitare situazioni di eccessivo allontanamento dal setting operativo, attraverso riunioni periodiche di Unità operativa in presenza e attraverso la corretta alternanza di giornate in presenza e giornate in smart working.

CONSISTENZA DEL PERSONALE Di seguito è riportata la dotazione del personale a dicembre 2024 rispetto a quella del 2019, raggruppata per profilo professionale. Il grafico mostra un aumento aumentato complessivo di 657 unità, passando da 13.479 a 14.136.



Pari opportunità e bilancio di genere

Richiamati gli indirizzi di programmazione espressi nel piano triennale confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) approvato nel 2024, si precisa che il Comitato Unico di Garanzia nel corso dell'anno ha dato seguito alle azioni previste, alcune di queste contenute nelle aree di programmazione del piano di uguaglianza, continuando il percorso di integrazione con il dipartimento delle risorse umane, l'organismo indipendente di valutazione (OIV) e altri settori aziendali/ gruppi di lavoro istituiti per assicurare la tutela degli operatori contro il fenomeno delle aggressioni degli operatori in sanità.

Le azioni attuate dal CUG nel 2024 sono parte integrante dell'insieme di azioni strategiche inserite in una visione aziendale complessiva di sviluppo dell'organizzazione e dirette a garantire l'efficacia e l'efficienza dell'azione amministrativa, anche alla luce delle nuove prospettive comunque emerse per il progressivo aumento della presenza femminile in sanità.

La diffusione della cultura organizzativa, partendo proprio dai vertici aziendali, orientata a valorizzare la differenza di genere, ha costituito il principale obiettivo del percorso seminariale sull'Empowerment & Leadership di Genere voluto dalla Direzione e tenutosi durante l'anno. Il corso è stato rivolto proprio ai professionisti che ricoprono incarichi ai vertici dell'azienda: direttori dei dipartimenti sanitari unitamente ai direttori di strutture complesse strategiche nell'organizzazione dei percorsi sanitari quali l'oncologia ricostruttiva della mammella, l'immunologia e medicina trasfusionale, la medicina e chirurgia di accettazione e urgenza, le analisi clinico chimiche, la medicina generale.

Il corso ha rappresentato anche un'azione specifica contenuta nel piano delle azioni di uguaglianza di genere proposto dal Comitato unico di garanzia e adottato dall'Azienda quale strumento strategico all'interno della organizzazione.

In linea con il Piano di uguaglianza di Genere (Gender Equality Plan, GEP) il PAP richiamato nel PIAO ha previsto strategie interne positive ed integrate sempre orientate al benessere totale, operativo ed organizzativo, ambientale e sociale, eco-sostenibile e sanitario. Nel corso dell'anno sono state consolidate tutte le forme contrattualmente possibili per consentire agli operatori strumenti di conciliazione vita – lavoro ed in primis lo smart working.

Il CUG ha poi proposto ed elaborato un Regolamento riguardante le "Carriere Alias" utile a promuovere e aumentare la sensibilità della Comunità Aziendale sul tema dell'identità di genere. Il dispositivo della "Carriera Alias", cioè di un'identità alternativa temporanea, che permette di sostituire il nome anagrafico con quello adottato, fino alla rettifica anagrafica ufficiale, si colloca nell'ambito della tutela dei diritti fondamentali e incontra il bisogno di garantire condizioni in cui il riconoscimento dell'identità di genere è fattore dirimente rispetto al benessere e alla qualità di studio e di lavoro. Tale strumento è finalizzato a garantire ambienti inclusivi e rispettosi delle differenze, anche in tema di identità di genere, al fine di promuovere il benessere fisico, psicologico e relazionale delle persone che studiano e lavorano.

Con deliberazione n.292 del 27/03/24 sono stati recepiti e adottati sia il nuovo Regolamento del Comitato Unico Garanzia (C.U.G.) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ed il Regolamento per l'attivazione e la gestione della Carriera Alias.

Riguardo alla collaborazione con la Consigliera di fiducia è stato un anno di azioni, incontri e corsi contro molestie, mobbing e discriminazioni. Si è quindi rafforzato il ruolo della consigliera di fiducia 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. Altro risultato ottenuto nel corso del 2024 è stata la costante 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 alle tematiche della parità di genere in ambito aziendale. In tale contesto il CUG può assumere un ruolo nel complesso sistema del contrasto alla corruzione all'interno delle Amministrazioni pubbliche e nei rapporti che queste instaurano con l'esterno, siano esse altre amministrazioni pubbliche, aziende private e utenza. Infatti, il CUG proprio in quanto soggetto promotore di un'efficace cultura dell'etica, della trasparenza, della valorizzazione del merito, del contrasto alle discriminazioni, può (e deve) avere un ruolo nella prevenzione della corruzione.

Costante è stata 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. Un'altra e importante azione avviata nel 2024 è stata la stretta collaborazione con la struttura del Benessere Organizzativo Aziendale ed il Gruppo permanente per la lotta alle aggressioni in sanità che sfocerà nell'organizzazione di un corso aziendale rivolto ai vari operatori mirato a rappresentare le varie forme di tutela contro le aggressioni sotto tutti profili quali la sicurezza, la segnalazione interna, la segnalazione esterna, l'inquadramento giuridico, l'ascolto, la comunicazione ed il ruolo della consigliera.

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 2024, da cui emerge che il genere femminile è meno rappresentato nei ruoli apicali.

TABELLA 1.1. - RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETÀ' 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-SEPTIES 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
TOTALE PERSONALE	162	623	663	1353	682	549	1712	2291	4328	1402

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.

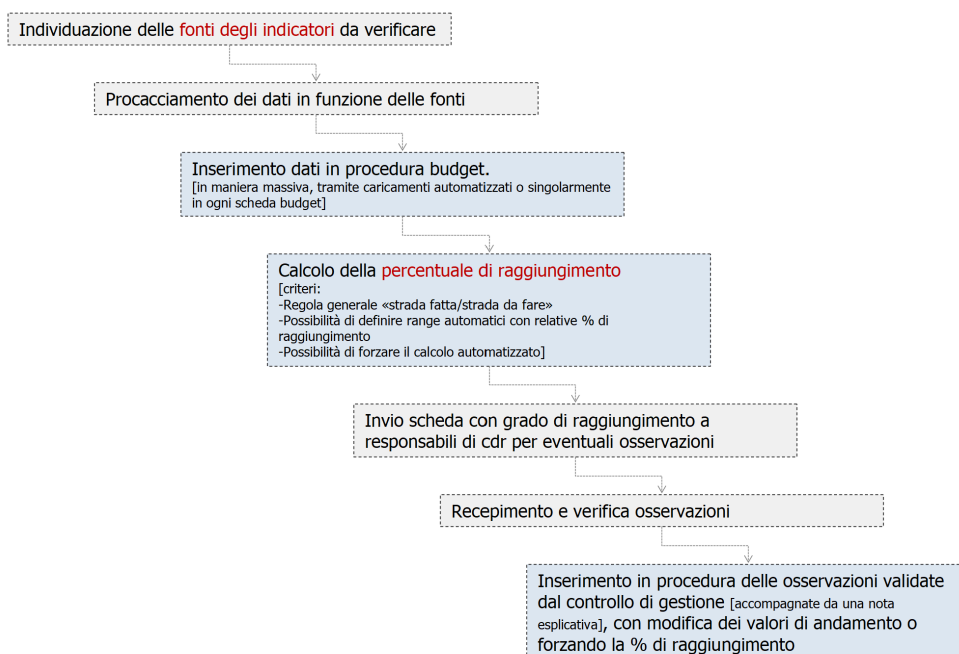
Per l'obiettivo economico è stata adottata una valutazione per fasce, che premia in modo decrescente fino a scostamenti minori del 10%.

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 2024 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:

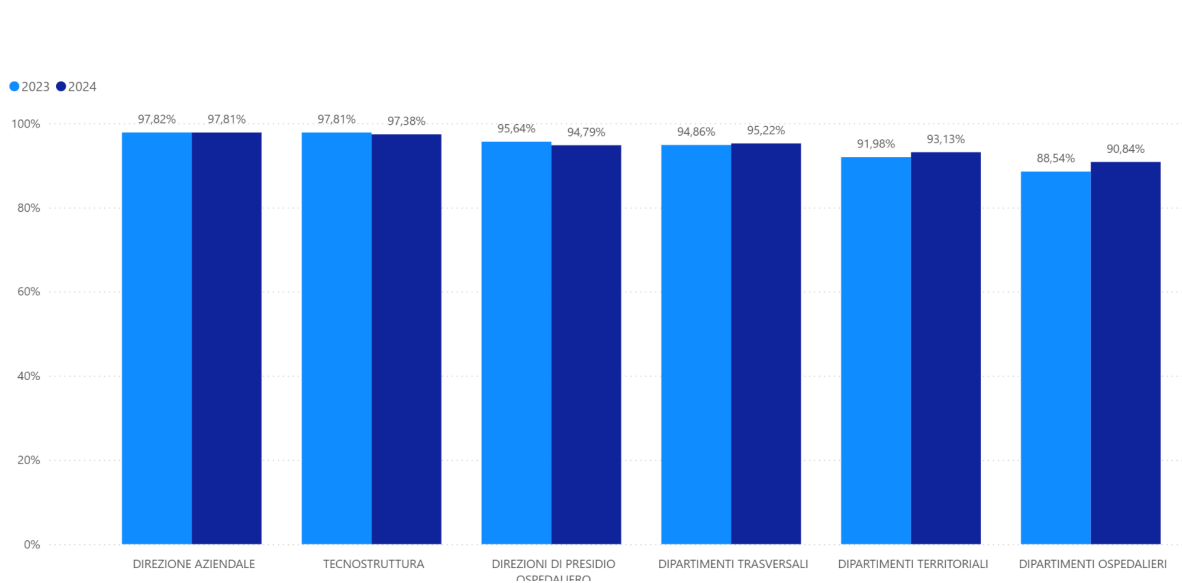


L'Azienda nel suo complesso ha raggiunto gli obiettivi al 93%, che risulta sostanzialmente in linea con il 2023. La tabella di seguito mostra il grado di raggiungimento rispetto alle quattro macro aree strategiche.

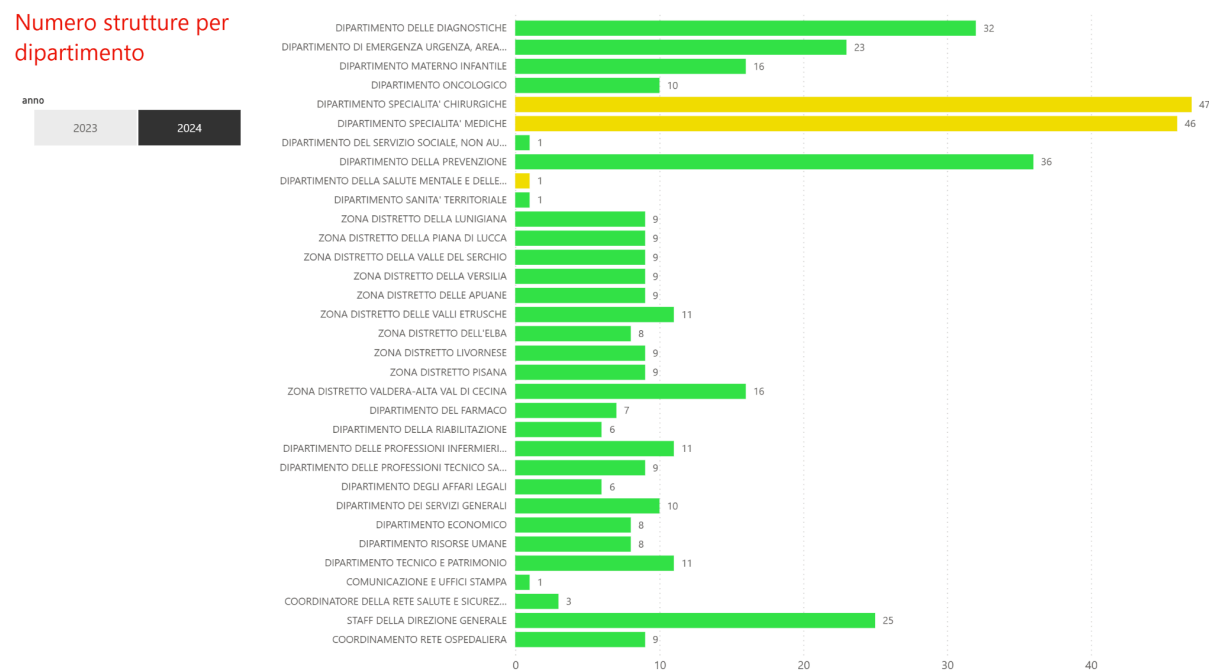
macroliv. org.tivo	1 - obiettivi di programmazione	2 - Obiettivi ECONOMICI	3 - Obiettivi specifici aziendali	4 - Obiettivi di organizzazione e governo	Totale
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	86,70%	93,30%	93,34%	90,00%	90,84%
DIPARTIMENTI TERRITORIALI	90,19%	83,75%	96,84%	97,30%	93,13%
DIPARTIMENTI TRASVERSALI	95,83%	89,83%	98,70%	98,87%	95,22%
DIREZIONE AZIENDALE	88,85%	96,46%	99,13%	96,15%	97,81%
DIREZIONI DI PRESIDIO OSPEDALIERO	94,31%	89,97%	97,39%	96,58%	94,79%
Totale	88,79%	91,08%	96,78%	94,33%	93,14%

La sintesi della performance organizzativa per tipologia di dipartimento nel 2024 varia tra il 97,8 delle strutture afferenti alla Direzione aziendale e il 90,8% dei dipartimenti ospedalieri. Si riporta anche il confronto con il grado di raggiungimento dell'anno precedente.

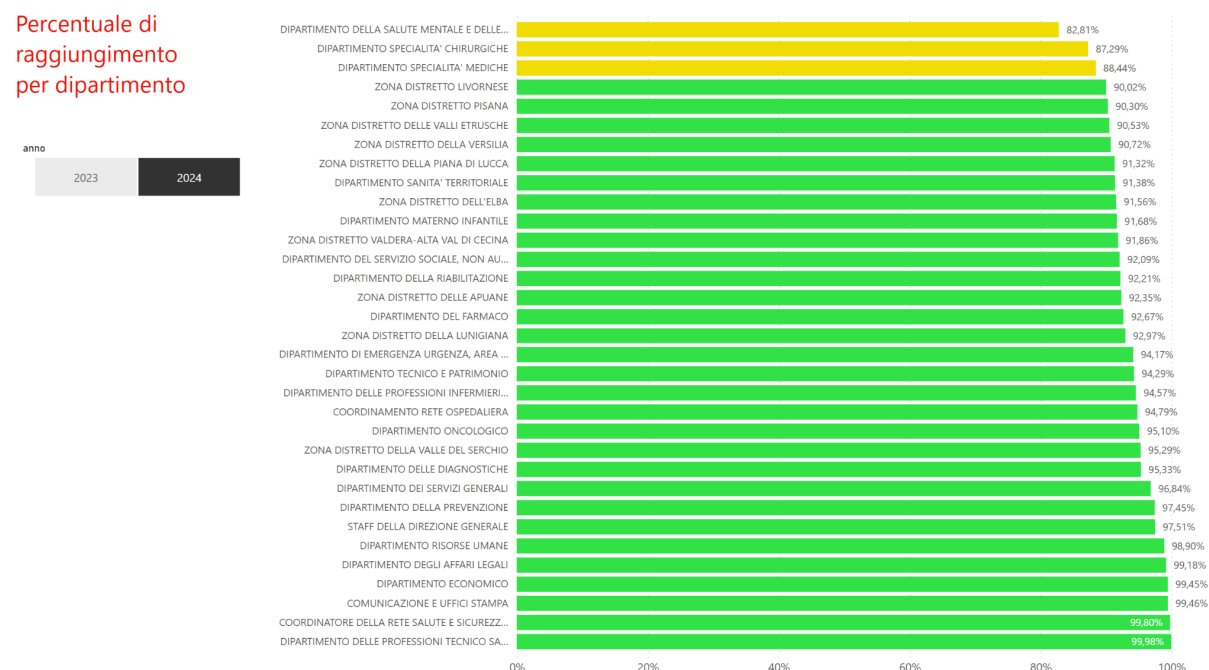
Percentuale di raggiungimento per macrolivello organizzativo - confronto tra anni



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 nei singoli dipartimenti



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 Consiglieria 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 2024

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

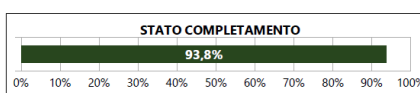
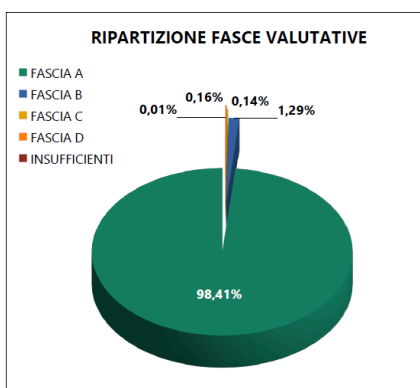
PROSPETTO VALUTAZIONI PERSONALE DEL COMPARTO SENZA INC. DI FUNZIONE	DATI AL	REV. 3 DEL
2024	03-10-2025	06-10-2025
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

REPORT GENERALE

SUDDIVISIONE FASCE DI VALUTAZIONE			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% FASCE
FASCIA A	10.150	98,41%	98,41%
FASCIA B	133	1,29%	1,29%
FASCIA C	14	0,14%	0,14%
FASCIA D	16	0,16%	0,16%
INSUFFICIENTI	1	0,01%	0,01%
NON VALUTABILI	0	0,00%	
TOTALE SCHEDE	10.314		

DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	98,3%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	51,8%

RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	11.000	100,0%
INSERITE	10.314	93,8%
INSERITE ACCETTATE	10.308	99,9%
INSERITE RIFIUTATE	6	0,1%
DA PROCESSARE (STIMATE)	686	6,2%



Personale del comparto con incarico di funzione

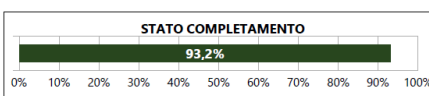
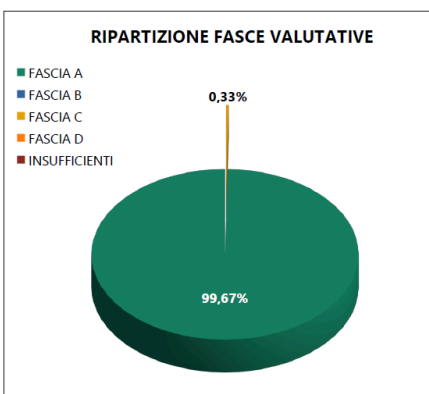
PROSPETTO VALUTAZIONI PERSONALE DEL COMPARTO CON INC. DI FUNZIONE 2024	DATI AL 03-10-2025	REV. 3 DEL 06-10-2025
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

REPORT GENERALE

SUDDIVISIONE FASCE DI VALUTAZIONE			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% FASCE
FASCIA A	613	99,67%	99,67%
FASCIA B	0	0,00%	0,00%
FASCIA C	2	0,33%	0,33%
FASCIA D	0	0,00%	0,00%
INSUFFICIENTI	0	0,00%	0,00%
NON VALUTABILI	0	0,00%	0,00%
TOTALE SCHEDE	615		

DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	99,1%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	59,0%

RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	660	100,0%
INSERITE	615	93,2%
INSERITE ACCETTATE	614	99,8%
INSERITE RIFIUTATE	1	0,2%
DA PROCESSARE (STIMATE)	45	6,8%



Personale dirigente

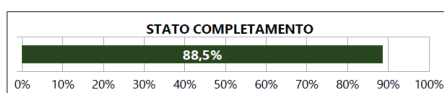
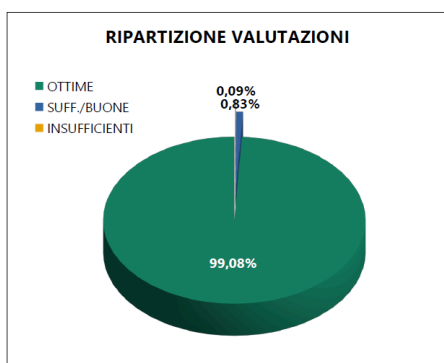
PROSPETTO VALUTAZIONI PERSONALE DELLA DIRIGENZA M.V.S. E P.T.A. 2024	DATI AL 03-10-2025	REV. 3 DEL 06-10-2025
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

REPORT GENERALE

SUDDIVISIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% VALUT.
OTTIME	2.158	92,34%	99,08%
SUFF./BUONE	18	0,77%	0,83%
INSUFFICIENTI	2	0,09%	0,09%
NON VALUTABILI	0	0,00%	
PARZIALI	159	6,80%	
TOTALE SCHEDE	2.337		

DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	97,1%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	44,6%

RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	2.640	100,0%
INSERITE	2.337	88,5%
INSERITE ACCETTATE	2.173	93,0%
INSERITE RIFIUTATE	5	0,2%
DA PROCESSARE (STIMATE)	303	11,5%



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 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 ed è stato stabilito nel contratto integrativo aziendale nell'anno 2024 di dedicare circa 85.000 euro al differenziale di valutazione individuando complessivamente circa 130 dirigenti che in possesso delle valutazioni più elevate e seguendo un principio di rotazione, saranno destinatari di una quota aggiuntiva di retribuzione di risultato, realizzando così il differenziale legato alla valutazione individuale voluto dal CCNL.

Considerazioni di sintesi

L'impatto della pandemia ha reso ancora più evidente l'urgenza di innovare l'organizzazione dei servizi sanitari, non solo come risposta alle sfide assistenziali poste dal COVID-19, ma anche per superare criticità strutturali preesistenti. In tale contesto, si conferma la necessità di consolidare e rafforzare la rete dell'assistenza territoriale e l'integrazione tra ospedale e territorio, con particolare attenzione allo sviluppo della sanità digitale, in coerenza con gli indirizzi strategici nazionali (PNRR) e regionali.

Il 2024 ha rappresentato un anno di consolidamento e rilancio, con un impegno mirato a rendere l'organizzazione più resiliente, accessibile e orientata al miglioramento continuo. Queste direttrici sono state recepite e rilanciate nel nuovo **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2025–2027**, che individua le seguenti **priorità strategiche**:

- Rafforzare la rete della prevenzione e la promozione della salute come fondamento della sanità territoriale;
- Potenziare la rete socio-sanitaria territoriale e l'integrazione ospedale-territorio;
- Sviluppare reti cliniche funzionali, in grado di coniugare specializzazione e prossimità;
- Consolidare le azioni per il governo dell'appropriatezza;
- Accelerare lo sviluppo della sanità digitale, semplificando i processi e migliorando l'accessibilità dei servizi;
- Potenziare la rete ospedaliera e realizzare nuove opere strategiche;
- Promuovere qualità, sicurezza e trasparenza dei percorsi assistenziali, valorizzando la partecipazione attiva di cittadini e comunità;
- Investire sul capitale umano e sull'innovazione organizzativa.

A queste priorità si affianca il proseguimento delle azioni per il **miglioramento continuo della qualità dell'assistenza**, attraverso la declinazione delle linee strategiche aziendali in coerenza con le indicazioni nazionali e regionali, tra cui il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, il **Programma Nazionale Esiti (PNE e ARS)** e il **Sistema di Valutazione della Performance regionale**.

In merito al **miglioramento del ciclo di gestione della performance**, si evidenzia l'attenzione dedicata dall'Azienda ai rilievi formulati dall'OIV, in particolare su due aspetti:

1. **Rispetto delle tempistiche:** l'OIV ha sottolineato l'importanza, anche sostanziale, di completare l'intero ciclo di valutazione entro il 30 giugno dell'anno successivo. A tal proposito, nel 2024 si è registrata una significativa **riduzione dei tempi** di chiusura del processo. L'Azienda rinnova il proprio impegno, anche attraverso:
 - incontri periodici di confronto con l'OIV sullo stato di avanzamento,
 - anticipazione delle verifiche (inclusa la valutazione individuale),
 - razionalizzazione degli indicatori presenti nelle schede budget, privilegiando quelli orientati al risultato e fondati su flussi informativi certificati, riducendo quelli soggetti a valutazione discrezionale o a verifica più lunga.
2. **Accessibilità e chiarezza della relazione:** è stato migliorato il documento nella struttura grafica e nei contenuti, per renderlo più leggibile e comprensibile ai cittadini. In particolare, negli ultimi due anni è stato ampliato il paragrafo dedicato alla valutazione della performance, arricchendolo con approfondimenti e commenti esplicativi per facilitare l'interpretazione dei dati.

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: 13/10/2025 19:04:44

IMPRONTA: 37386434346634333964653938306466336336396361383963383339666337333236313461373562