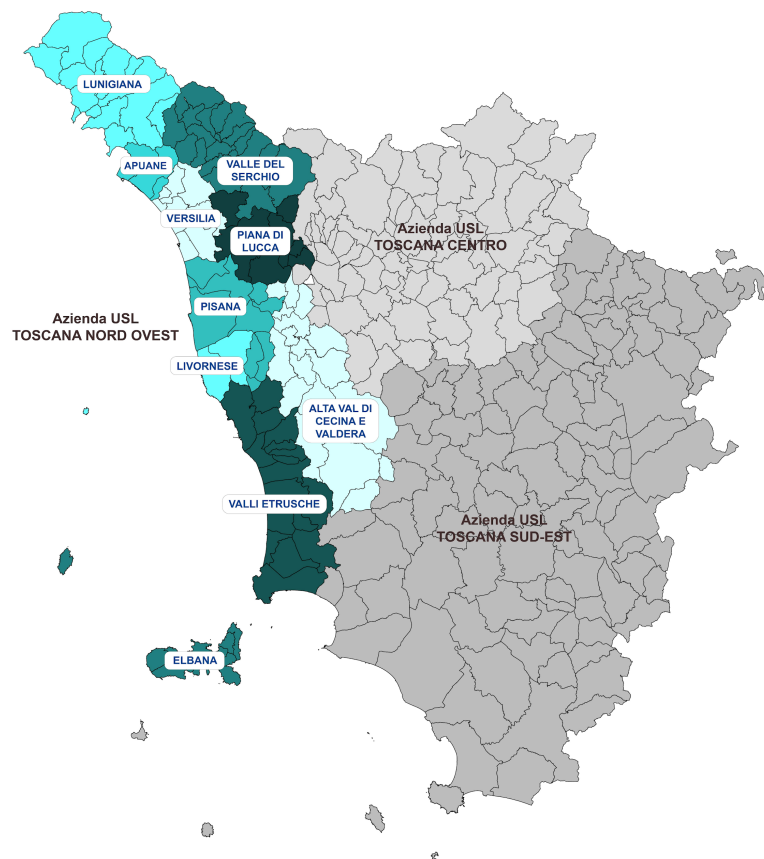


Azienda USL Toscana nord ovest

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2025



Versione Luglio 2026

INDICE

Introduzione.....	2
L'Azienda in sintesi.....	4
I principali dati di attività.....	7
Il quadro delle risorse.....	9
L'assetto organizzativo.....	10
I risultati dell'azienda.....	15
Dagli indirizzi strategici regionali agli obiettivi aziendali: il Budget.....	70
La performance organizzativa.....	71
La performance individuale.....	72
Considerazioni di sintesi.....	76

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 2025, l'Azienda ha operato in un contesto complesso e sfidante, segnato principalmente da alcuni elementi:

- 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 degli Ospedali di Comunità;
- l'esigenza di garantire **sostenibilità economica e continuità dei servizi** in un contesto caratterizzato da vincoli finanziari strutturali e da una crescente difficoltà nell'allineamento tra risorse disponibili e fabbisogni del sistema sanitario.

L'anno 2025 ha confermato la necessità di sviluppare e consolidare modelli di assistenza in rete, in grado di coniugare l'esigenza della prossimità con quella della qualità e sicurezza, sempre più integrati dal punto di vista organizzativo e tecnologico, nell'ambito di uno scenario in continua evoluzione.

Il documento si propone di fornire una lettura sistemica delle performance aziendali, valorizzando le aree di eccellenza, ma anche evidenziando gli ambiti e le leve su cui agire per orientare e sostenere un percorso 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 1.244.707 (pop. al 1 gennaio 2025, 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**

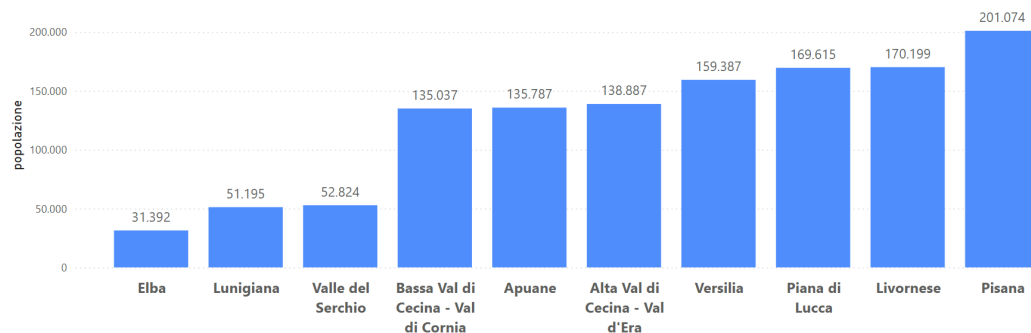
Per offrire un quadro sintetico ma rappresentativo della complessità e della capillarità dei servizi erogati, si riportano alcuni dati significativi relativi all'**attività media giornaliera** dell'Azienda:

3.000 pazienti assistiti nei presidi ospedalieri	300 interventi chirurgici eseguiti
400 ricoveri ospedalieri effettuati	20 nascite nei punti nascita aziendali
1.500 accessi al pronto soccorso	2.000 esami radiologici erogati
65.000 esami di laboratorio processati	6.000 persone ricevute in ambulatorio
1,5 mln € valore dei beni sanitari consumati	27.000 € in ausili sanitari forniti (carrozze, deambulatori, ecc.)

Questi numeri danno un'idea 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).

popolazione per zone



Sono presenti 779 medici di medicina generale (MMG) e 126 pediatri di libera scelta convenzionati con l'azienda. I MMG sono organizzati in **39 AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali (dati anno 2025). I Pediatri di famiglia dal 2025 sono anch'essi in 8 AFT. Gli Specialisti Ambulatoriali convenzionati con l'Azienda sono 340 e sono costituiti in 11 AFT.

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 2025.

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

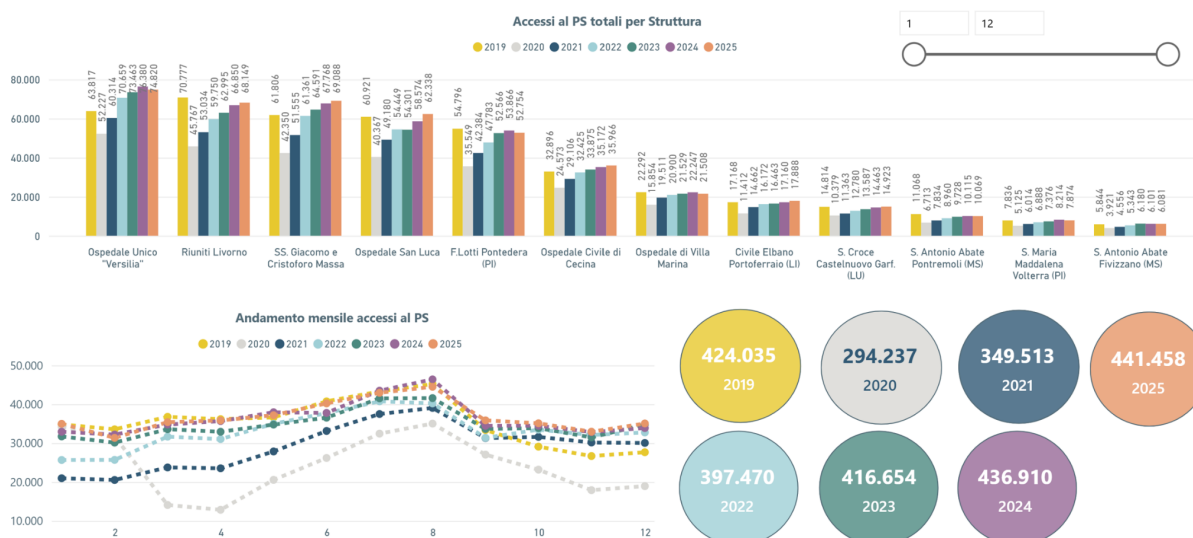
☐ PUBBLICO	2.213	184	132	2.529
☐ OSPEDALE LIVORNO	377	28	23	428
☐ OSPEDALE VERSILIA	365	40	18	423
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA	329	38	18	385
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE	315	27	20	362
OSPEDALE APUANE	315	27	20	362
☐ OSP. ZONA B.VAL DI CECINA VAL DI CORNIA	241	18	16	275
OSPEDALE CIVILE DI CECINA	134	11	7	152
OSPEDALE DI VILLAMARINA	107	7	9	123
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI"	252	4	15	271
P.O. F. LOTTI STABILIMENTO DI PONTEDERA	238	4	15	257
SPDC AZIENDALE ASL5	14	0	0	14
☐ 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
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO LUNIGIANA	92	3	5	100
OSP. S.ANTONIO PONTREMOLI (MS)	51	1	3	55
OSP. S. ANTONIO ABATE FIVIZZANO (MS)	41	2	2	45
☐ OSPEDALE DI PORTOFERRAIO	60	11	5	76
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO "S.MARIA MADDALENA"	47	3	7	57
☐ PRIVATO ACCREDITATO	292	41	75	408
☐ CASA DI CURA S.CAMILLO	69	31	38	138
☐ C. DI CURA M.D. BARBANTINI SANTA CHIARA	45	5	15	65
☐ CASA DI CURA S.ZITA	52	2	6	60
☐ CEN. S.MARIA ALLA PINETA F.DON GNOCCHI	45	0	0	45
☐ CASA DI CURA VILLE DI NOZZANO	37	3	0	40
☐ CASA DI CURA BARBANTINI	32	0	0	32
☐ CASA DI CURA VILLA TIRRENA	12	0	8	20
☐ CASA DI CURA SUORE DELL'ADDOLORATA	0	0	8	8
☐ MISTO PUBBLICO-PRIVATO	84	2	0	86
☐ AUXILIUM VITAE VOLTERRA SPA	84	2	0	86
Totale	2.589	227	207	3.023

I principali dati di attività

I grafici successivi rappresentano i principali dati di attività nel 2025 e negli anni precedenti.

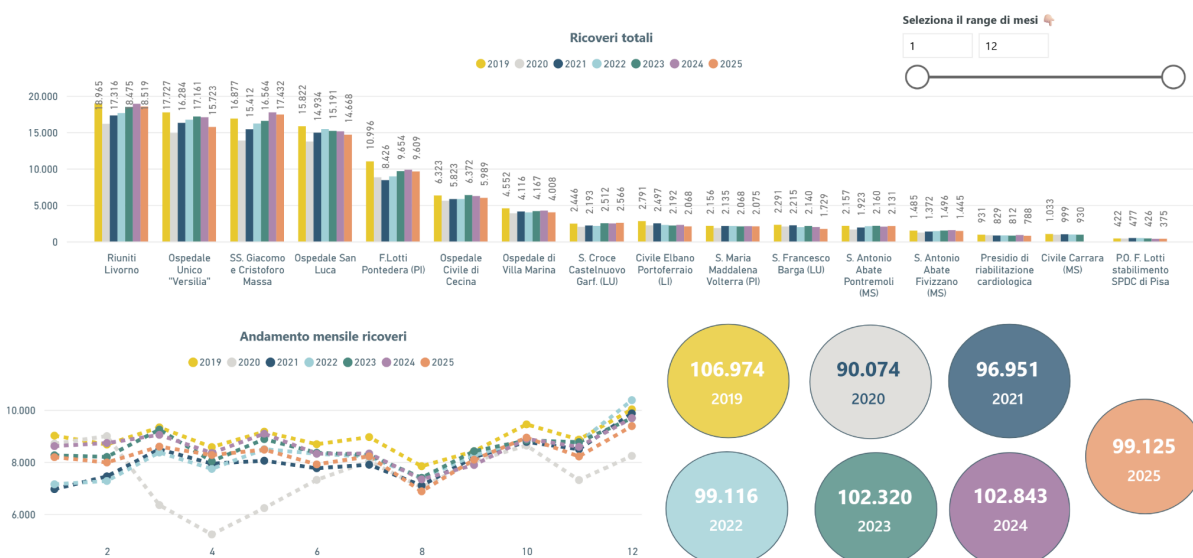
Gli accessi al Pronto Soccorso

Il grafico mostra l'andamento degli accessi al Pronto soccorso tra il 2019 e il 2025, che fanno osservare un aumento (+1%) rispetto all'anno precedente superando i livelli del 2019.



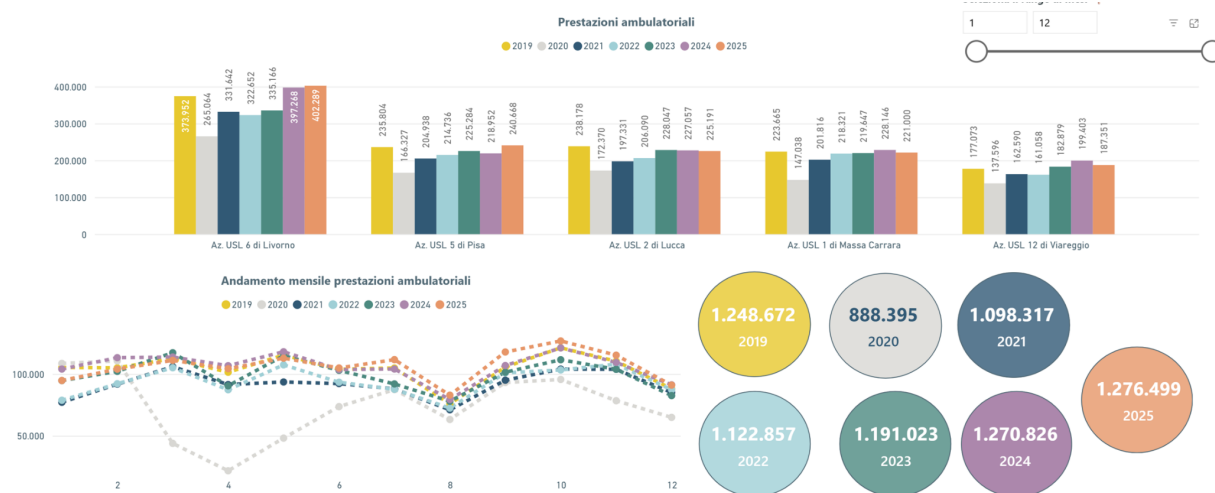
I ricoveri

Il numero complessivo dei ricoveri nel 2025, pari a 99.125, registra una lieve flessione sul 2024.



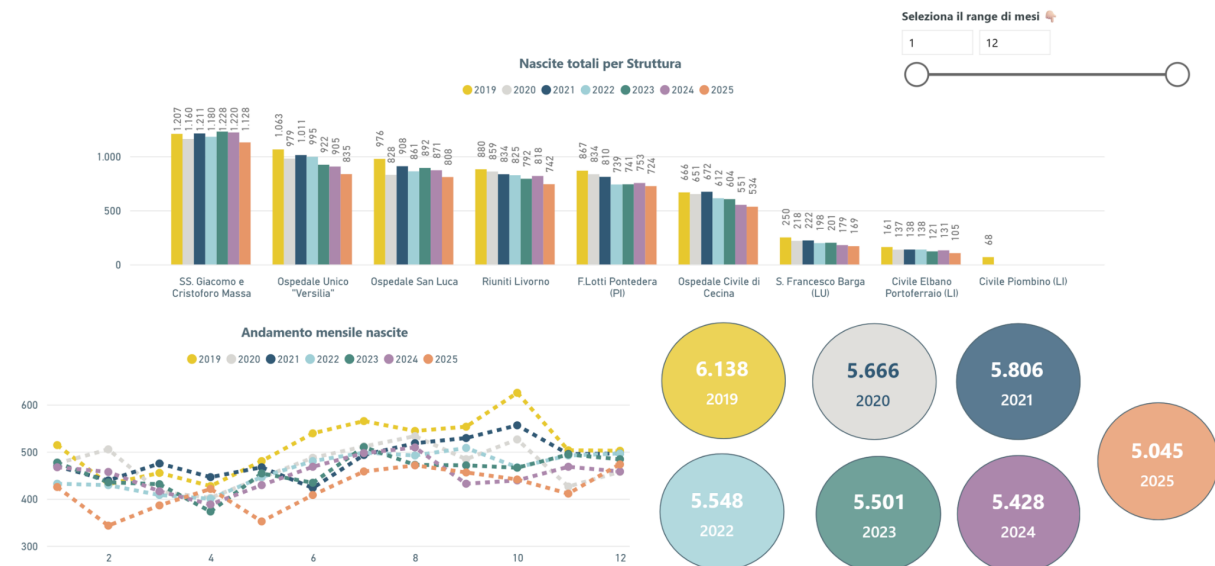
L'attività ambulatoriale

Il grafico mostra l'andamento per le visite ambulatoriali e prestazioni diagnostiche erogate, oggetto di monitoraggio del Piano Regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA),



Le nascite

Si osserva nel 2025 un calo delle nascite, sia rispetto al 2019 sia rispetto all'anno precedente



Per ulteriori approfondimenti e dettagli su dati e attività svolta si rimanda alla relazione sanitaria, disponibile al seguente link: <https://www.uslnordovest.toscana.it/azienda/96-relazione-sanitaria>

Il quadro delle risorse

La situazione generale a livello mondiale mantiene da tempo un carattere di forte incertezza e di sostenute tensioni che hanno inevitabilmente importanti ricadute, sotto differenti profili, sui vari Paesi. Gli scenari di breve, medio e lungo termine appaiono, anche per l'Italia, estremamente complessi e pervasi da indeterminatezza e tutto ciò influenza gli indicatori macroeconomici, che rilevano nuove tensioni che si sono affiancate a pregresse criticità strutturali.

Il contesto nazionale è sinteticamente ben rappresentato nelle Linee Guida al Bilancio di Previsione 2026, dove si dà uno spaccato delle risorse finanziarie destinate al S.S.N. negli ultimi anni e si tratteggiano le criticità di tale Sistema Sanitario, in particolare in relazione al finanziamento complessivo e alle risorse umane. Da non dimenticare il COVID-19, ormai sfocato nella memoria generale, ma che ha profondamente segnato il S.S.N. in termini di organizzazione.

Un ulteriore elemento rilevante, già evidenziato nel precedente esercizio, riguarda l'attuazione del PNRR, caratterizzata da un percorso complesso verso la piena realizzazione e da una copertura finanziaria non ancora completa. La sua implementazione richiede infatti ulteriori risorse da parte di Regioni e Aziende, oltre a porre il tema dei costi necessari per garantire il funzionamento delle strutture attualmente in fase avanzata di realizzazione.

Il Sistema Sanitario Nazionale continua a risentire in misura significativa dei fenomeni sopra richiamati, i quali si innestano su criticità di carattere strutturale e su un progressivo sottofinanziamento evidenziato da alcuni.

Le sfide che interessano il SSN richiedono interventi di natura organizzativa e gestionale di particolare rilievo, con conseguenti effetti sugli equilibri economico-finanziari e sulle dinamiche patrimoniali delle aziende sanitarie.

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* 2025 e nel *bilancio d'esercizio* 2025:

- 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 2025 (Totale)	BP 2025 (Totale)	Differenza BE 2025-BP 2025	% BE 2025- BP 2025
	A) Valore della produzione				
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.722.407.910	2.599.900.492	122.507.418	5%
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 16.146.100	-	16.146.100	
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	31.121.178	-	31.121.178	
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	101.881.600	79.759.295	22.122.305	28%
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	76.185.071	149.711.085	- 73.526.014	-49%
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	32.801.053	32.215.388	585.664	2%
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	44.277.821	37.186.035	7.091.787	19%
AA1050	A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	2.117	-	2.117	
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	19.946.924	10.837.873	9.109.050	84%
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	3.012.477.573	2.909.610.168	102.867.404	4%
	B) Costi della produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	515.875.411	501.708.654	14.166.758	3%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	511.860.012	497.219.382	14.640.630	3%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	4.015.400	4.489.272	- 473.872	-11%
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	1.480.371.172	1.383.465.346	96.905.827	7%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	1.274.737.323	1.191.965.811	82.771.512	7%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	205.633.850	191.499.535	14.134.315	7%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria externalizzata)	49.366.666	48.015.311	1.351.355	3%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	27.312.686	26.561.173	751.514	3%
BA2080	Totale Costo del personale	779.268.635	761.562.878	17.705.757	2%
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	631.882.351	617.806.584	14.075.767	2%
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	3.179.525	2.990.768	188.757	6%
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	99.811.569	97.473.655	2.337.914	2%
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	44.395.190	43.291.871	1.103.319	3%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	28.116.531	17.820.374	10.296.157	58%
BA2560	Totale Ammortamenti	71.807.092	67.373.983	4.433.109	7%
BA2570	B.10) Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	720.570	399.185	321.385	81%
BA2580	B.11) Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	71.086.522	66.974.799	4.111.723	6%
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	405.918	300.000	105.918	35%
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	- 985.167	-	985.167	
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	94.194.471	42.184.522	52.009.949	123%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	3.045.733.415	2.848.992.239	196.741.175	7%
	C) Proventi e oneri finanziari				
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 5.994.564	- 5.627.666	- 366.898	7%
	D) Rettifiche di valore di attività finanziarie				
DZ9999	D) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-	
	E) Proventi e oneri straordinari				
EA0010	E.1) Proventi straordinari	32.654.198	-	32.654.198	
EA0260	E.2) Oneri straordinari	33.569.877	-	33.569.877	
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	- 915.679	-	915.679	
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	- 40.166.085	54.990.263	- 95.156.348	-173%
	Y) Imposte e tasse				
YA0010	Y.1) IRAP	55.765.252	53.513.773	2.251.479	4%
YA0060	Y.2) IRES	1.475.910	1.476.490	- 580	0%
YZ9999	Totale imposte e tasse	57.241.162	54.990.263	2.250.899	4%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	- 97.407.247	0	- 97.407.247	

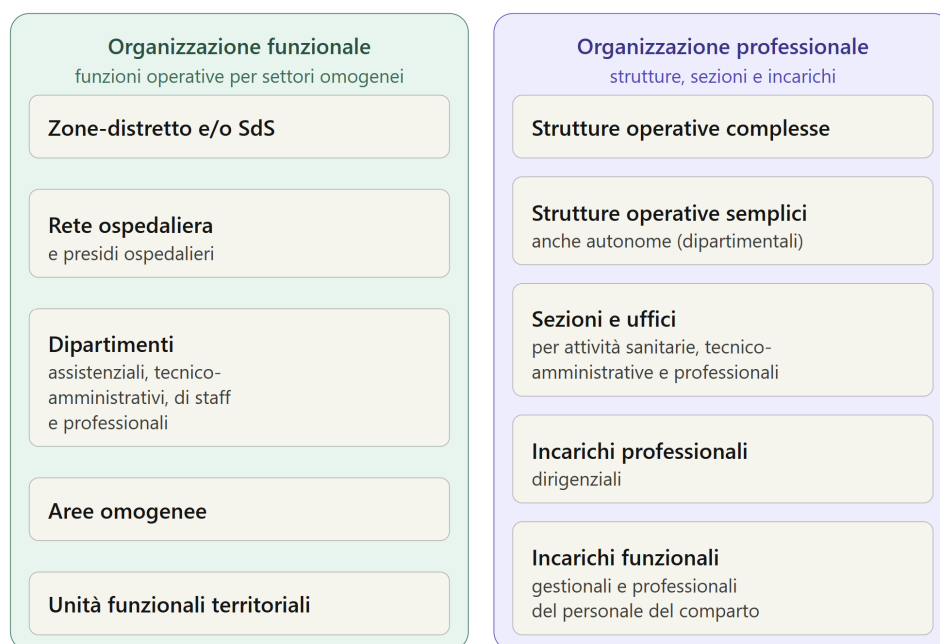
L'assetto organizzativo

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.

Articolazione funzionale e professionale — Azienda USL Toscana nord ovest



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

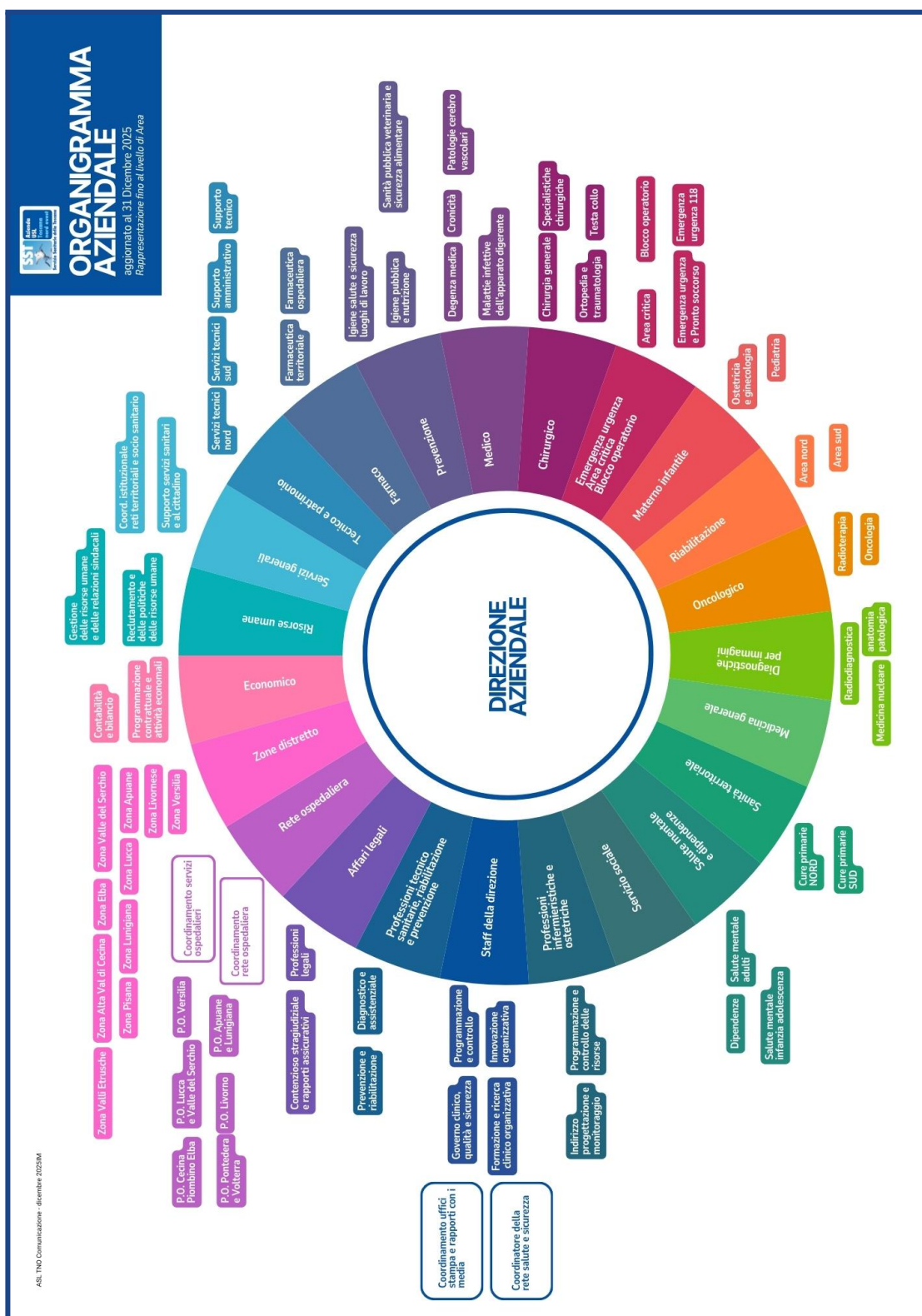
L'organizzazione professionale è articolata in:

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.

Di seguito è rappresentato l'organigramma dell'Azienda USL Toscana nord ovest.

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 2025 in corso la Regione ha formalmente assegnato gli obiettivi alle aziende con la **DGR 473/2025** "Individuazione ed assegnazione degli obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività relativa all'anno 2025". 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 473/2025

ALLEGATO A Aree obiettivo		
AREE	Descrizione	AUSL
PERFORMANCE		21
NSG CORE	Valutazione indicatori Core NSG 2024, inclusi gli indicatori in discussione per la loro introduzione nel 2024	8
ESITI	Valutazione della performance e della riduzione della variabilità degli esiti da PNE/PROSE e dal sistema di valutazione del laboratorio MeS	5
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	8
SOSTENIBILITA' DEL SISTEMA SANITARIO		40
FARMACEUTICA e DISPOSITIVI MEDICI	Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dal settore regionale	15
MONITORAGGIO PERSONALE	Valutazione del raggiungimento di specifici indicatori individuati dal settore regionale	5
GESTIONE DEL MAGAZZINO	Rispetto delle soglie indicate per la gestione dei magazzini centrali e periferici (Estar e aziende)	
AZIONI DI EFFICIENTAMENTO ECONOMICO	Valutazione del raggiungimento dei piani di efficientamento del SST e degli obiettivi di efficientamento energetico	20
INVESTIMENTI E INTERVENTI STRUTTURALI		25
IMPLEMENTAZIONE PNRR e SANITA' DIGITALE	Rispetto dei piani sottoscritti per il PNRR e indicatori specifici settori regionali competenti	20
MONITORAGGIO COMPLETEZZA E QUALITA' FLUSSI INFORMATIVI	Valutazione di indicatori di qualità e completezza	5
PROGRAMMI STRATEGICI		14
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
ANZIANI	Valutazione di specifici indicatori relativi all'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari per gli anziani	2
CURE PALLIATIVE	Valutazione di specifici indicatori relativi alla fase del fine vita oncologico	2

Le aree tematiche, a cui è stata assegnata una pesatura specifica, per il 2025 sono così articolate: **performance (21 punti)**, **sostenibilità del sistema sanitario (40 punti)**, **investimenti e interventi strutturali (25 punti)**, **programmi strategici (14 punti)**. Il quadro completo di obiettivi ed indicatori afferenti alle aree di cui sopra, è dettagliato negli allegati della delibera.

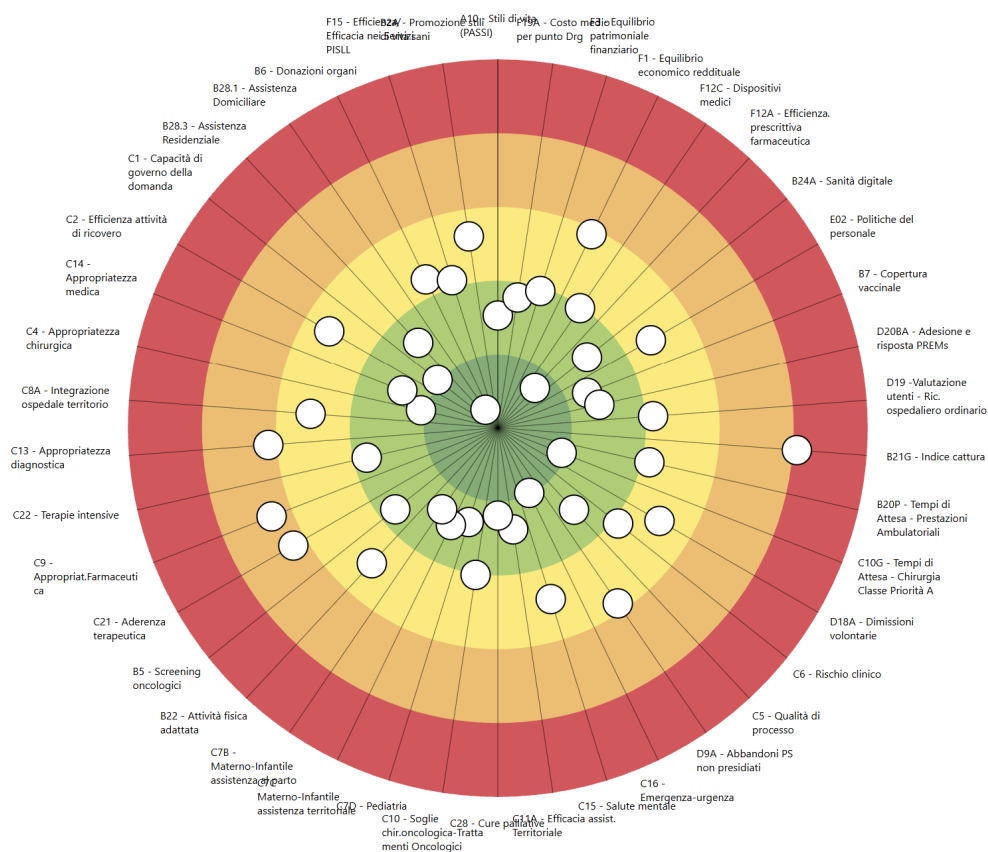
A livello aziendale tali obiettivi sono stati integrati anche con quelli più specifici individuati dalla Direzione Aziendale.

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 2025 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 2025 - Asl Toscana Nord Ovest

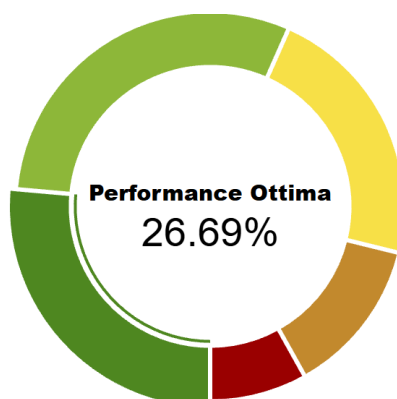


. Per l'anno 2025 il bersaglio evidenzia nel complesso **una buona tenuta per l'azienda**, con la maggior parte degli indicatori concentrati nelle fasce centrali. Di seguito è rappresentato il quadro **degli indicatori di sintesi con le relative valutazioni**.

indicatore	descrizione	ATNO
A10	Stili di vita (PASSI)	3,47
B20P	Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	2,90
B21G	Indice di cattura (Catchment index)	0,95
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	2,50
B24A	Sanità digitale	3,46
B28.1	Assistenza Domiciliare	4,70
B28.3	Assistenza Residenziale	3,42
B2A	Promozione stili di vita sani	2,37
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	3,23
B6	Donazioni organi e tessuti	2,76
B7	Copertura vaccinale	3,70
C1	Capacità di governo della domanda	3,96
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	2,99
C10G	Monitoraggio dei Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4,07
C11A	Efficacia assistenziale territoriale	3,61
C13	Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica	1,89
C14	Appropriatezza medica	3,61
C15	Salute mentale	2,57
C16	Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza	4,02
C2	Efficienza attività di ricovero	2,37
C21	Aderenza terapeutica	1,81
C22	Terapie Intensive	3,18
C28	Cure Palliative	3,81
C4	Appropriatezza chirurgica	3,94
C5	Qualità clinica/Qualità di processo	3,49
C6	Rischio clinico	2,92
C7B	Materno-Infantile assistenza al parto	3,66
C7C	Materno-Infantile assistenza territoriale	3,54
C7D	Pediatria	3,66
C8A	Integrazione ospedale territorio	2,46
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	1,72
D18A	Dimissioni volontarie	2,48
D19	Valutazione degli utenti del Ricovero ospedaliero ordinario	2,90
D20BA	Adesione e risposta PREMs	3,59
D9A	Percentuale di abbandoni dal Pronto Soccorso non presidiati	2,12
E02	Politiche del personale	2,61
F1	Equilibrio economico reddituale	2,08
F12A	Efficienza prescrittiva farmaceutica	4,26
F12C	Dispositivi Medici	3,03
F15	Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	2,90
F19A	Costo medio per punto Drg	3,21
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario	3,05

Rispetto a 251 indicatori di dettaglio presenti ad oggi sul Sistema di Valutazione si rileva che nel 57% circa dei casi i risultati sono ottimi o buoni, nel 22% medi, nel 13% scarsi e nel 8% pessimi.

Asl Toscana Nord Ovest: gli indicatori del sistema di valutazione 2025 _ fonte MeS



Performance Pessima	Performance Scarsa	Performance media	Performance buona	Performance Ottima	Totale	ASL
19 (7.57%)	32 (12.75%)	56 (22.31%)	77 (30.68%)	67 (26.69%)	251	Nord ovest

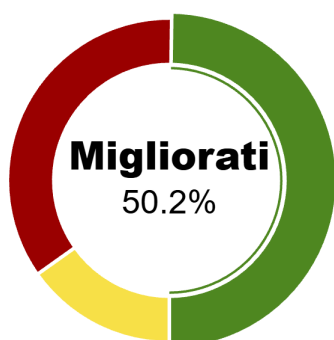
Pur registrando globalmente buoni risultati, è opportuno segnalare che esistono fenomeni di **variabilità interna** tra le diverse zone e stabilimenti di area vasta. La variabilità "evitabile", ossia quella che non rispecchia una reale differenza nel bisogno della popolazione ma è espressione di fenomeni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

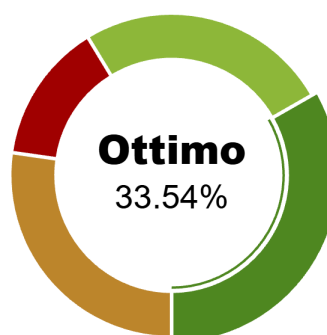
Asl Toscana nord ovest: capacità di miglioramento e gestione della variabilità

2025-2024 _ 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 **50%** gli indicatori che sono migliorati complessivamente a livello aziendale.

Nel **34%** 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 mostrato 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) 2025-2027**, 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. **Sviluppare la rete sociosanitaria territoriale** e l'integrazione ospedale - territorio.
3. Sviluppare le **reti** come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure
4. Proseguire con le azioni per il **governo dell'appropriatezza**
5. Promuovere la **sanità digitale**, secondo gli indirizzi del PNRR, potenziando i servizi ai cittadini, anche tramite la progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi
6. Consolidare la **rete ospedaliera e le 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. Sviluppare il **capitale umano, dell'organizzazione e dell'innovazione**

Tali indirizzi sono stati declinati all'interno del PIAO 2025-2027 nei seguenti paragrafi specifici, che vengono ripresi nella relazione:

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

- Sostenere il riorientamento del sistema della prevenzione e promozione della salute

2. Sviluppare la rete sociosanitaria territoriale e l'integrazione ospedale - territorio.

- Sviluppare il nuovo modello di assistenza intorno alla Centrale Operativa Territoriale
- Sviluppare la rete delle case di comunità
- Potenziare gli Ospedali di Comunità e l'assistenza domiciliare
- Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità
- Estendere il nuovo modello di emergenza urgenza territoriale
- Estendere il nuovo modello della continuità assistenziale
- Consolidare e sviluppare la rete consultoriale
- Consolidare e sviluppare la rete della salute mentale e dipendenze
- Consolidare e sviluppare la rete delle cure palliative
- Consolidare e sviluppare la rete dell'integrazione socio sanitaria

3. Sviluppare le reti come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure

- Strategie per lo sviluppo di modelli organizzativi flessibili, orientati anche alla valorizzazione delle aree interne e degli ospedali di prossimità
- Sviluppo della rete della chirurgia robotica
- Prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali
- Progetto Proximity Care

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

- Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche
- Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi

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

- Sviluppo della telemedicina
- Promuovere e potenziare i Servizi al Cittadino
- Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali
- Procedure da semplificare

6. Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere

- Nuovo ospedale di Livorno
- Presidio Cecina-Piombino: ridisegno della rete a seguito dell'unificazione e riqualificazione edilizia degli ospedali
- Riqualificazione e sviluppo dell'Ospedale di Volterra
- Efficientamento energetico

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

- Governare i requisiti e gli standard di qualità
- Gestire il rischio clinico e governare gli standard inerenti la sicurezza dei pazienti e degli operatori nei percorsi assistenziali
- Garantire la trasparenza dei percorsi e la tutela dei pazienti e favorire la partecipazione dei cittadini e delle Comunità
- Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione

8. Lo sviluppo del capitale umano, dell'organizzazione e innovazione

- Nuove competenze, formazione
- Modelli innovativi di organizzazione del lavoro
- Pari opportunità ed equilibrio di genere
- Promuovere la salute, la sicurezza ed il benessere del personale

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

La **Rete aziendale della Prevenzione e Promozione della salute** mira a superare le frammentazioni tra i diversi livelli organizzativi, favorire la multidisciplinarietà e orientare l'intero sistema al raggiungimento di obiettivi di salute pubblica.

In tale contesto, è stato consolidato il modello organizzativo in rete con il territorio, che prevede 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, gli altri attori territoriali, con il coinvolgimento del terzo settore, gli enti locali le associazioni e la comunità.

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.

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 valori buoni. Da migliorare la copertura per vaccino antinfluenzale
- **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. Sullo screening mammografico l'azienda raggiunge e supera gli obiettivi fissati a livello nazionale, registrando il dato più alto a livello regionale. Molto positivi anche i risultati sulla cervice uterina. In linea con i risultati regionali e da migliorare ulteriormente invece la copertura per il colon retto: il prossimo anno l'ingresso delle farmacie nel percorso, sia per il ritiro della provetta sia per la riconsegna del campione, dovrebbe rendere più semplice l'iter per i cittadini.
- **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 (38.678 studenti raggiunti nell'anno scolastico 2024/2025), ambienti di lavoro e comunità locali. Le iniziative hanno contribuito a diffondere una maggiore consapevolezza sui fattori di rischio e sui comportamenti salutari. Positivi gli indicatori sugli stili di vita, sebbene si registri un lieve aumento sulla percentuale di sedentari e un calo nella promozione dell'attività fisica.
- **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. 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 negli ultimi anni vanno nella direzione di un modello di prevenzione orientato alla comunità, che, pur con spazi di ulteriore sviluppo, evidenzia un trend in miglioramento.

Di seguito si rappresentano i valori degli indicatori sul Bersaglio 2025

indicatore	descrizione	ATNO	RT
A10	Stili di vita (PASSI)	3,47	3,22
B22	Attività Fisica Adattata (AFA)	2,50	2,71
B2A	Promozione stili di vita sani	2,37	2,46
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	3,23	3,14
B7	Copertura vaccinale	3,70	3,88

Indicatore	Num Azienda 2025	Den Azienda 2025	Azienda 2025	Azienda 2024	Regione 2025
A10					
A10.1.1 Percentuale di sedentari	989	3.230	30,03	28,57	30,28
A10.2.1 Percentuale di persone obese o sovrappeso	1.155	3.297	35,11	37,00	36,31
A10.3.1 Percentuale di binge e fuori pasto	380	3.111	12,04	13,17	15,91
A10.4.1 Percentuale di fumatori	637	3.312	17,59	19,43	19,29
B22					
B22.1 Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni	565	320.580	1,76	1,33	2,01
B22.2 Corsi AFA ad alta disabilità per 15.000 residenti => 65 anni	66	320.580	3,09	1,64	2,90
B2A					
B2.1.2 Percentuale di persone intervistate consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	740	2.718	27,69	27,66	30,52
B2.2.2 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di perdere o mantenere peso	406	1.007	40,27	40,78	41,00
B2.2.3 Percentuale di persone sovrappeso e obese consigliate dal medico o altro operatore sanitario di fare attività fisica	351	989	32,55	40,78	37,30
B2.3.2 Percentuale di bevitori a maggior rischio consigliati dal medico o altro operatore sanitario di bere meno	26	299	8,88	7,97	7,31
B2.4.2 Percentuale di fumatori consigliati dal medico o altro operatore sanitario di smettere di fumare	292	544	53,92	52,48	52,94
B5					
B5.2.5 Estensione e adesione dello screening della cervice uterina (NSG P15CA)	68.071	108.167	62,93	65,80	63,64
P15CB Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	68.701	97.965	70,13	65,06	64,48
P15CC Proporzioni di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	0	0	41,50	39,51	41,30
B7					
B7.1 Copertura per vaccino MPR	6.483	6.733	96,29		96,42
B7.2 Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	199.436	372.080	53,60	51,92	59,11
B7.3 Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	8.187	11.064	73,94		75,70
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	4.650	17.697	26,28		31,95
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	6.262	6.755	92,70	92,20	93,34
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	6.354	6.761	93,98	93,52	93,74
B7.7 Copertura per vaccino esavalente	6.840	6.609	96,62	97,37	96,41
B7.8 Copertura vaccinale varicella	6.840	6.515	95,25	96,51	95,20

2. **Sviluppare la rete socio sanitaria territoriale e integrazione ospedale-territorio**

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

Dopo l'avvio nel giugno 2024, nel corso del 2025 si è progressivamente sviluppata e consolidata la funzionalità delle **Centrali Operative Territoriali (COT)**, contribuendo in modo sostanziale alla riorganizzazione dell'assistenza e al miglioramento del raccordo tra i diversi livelli organizzativi

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, come previsto nel DM 77/2022, che definisce modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale, è uno strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza, anche con il SEUS (Servizio Emergenza Urgenza Sociale).

La COT nasce, in linea a quanto previsto dal PNRR, come **elemento cardine della riorganizzazione territoriale**. Rappresenta un centro operativo di coordinamento che garantisce a tutto lo staff ospedaliero e territoriale le informazioni relative ai bisogni clinici e assistenziali, necessarie per l'assistenza territoriale ai pazienti, dettagliate e in tempo reale e coordina le risorse per il raggiungimento dei risultati.

La COT è lo strumento aziendale di raccolta e classificazione del bisogno espresso, attivazione delle risorse più appropriate, programmazione e pianificazione degli interventi, coinvolgendo i soggetti della rete assistenziale, tutelando le "transizioni" da un luogo di cura all'altro (esclusi i trasferimenti tra ospedali) o da un livello clinico/assistenziale all'altro.

In questo modello organizzativo innovativo, la COT svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza.

In attuazione del DM77/22 e sulla base delle indicazioni della DGRT 1508/22 e della più recente 495/24, in ATNO, dal 01 Giugno 2024, sono attive: - **12 COT Zonali** - **1 COT Aziendale**.

Le COT Zonali svolgono la loro funzione all'interno della Zona Distretto di afferenza, assorbendo i compiti delle ex-Agenzie di Continuità Ospedale Territorio ed estendendo la competenza anche sulle transizioni di tipo territorio-territorio e territorio-ospedale.

La COT Aziendale dialoga con la rete delle COT Zonali ed ha una gestione centralizzata delle risorse sanitarie, per i casi che non trovano una risposta appropriata nei territori di competenza; oltre a ciò svolge una funzione di monitoraggio delle attività delle COT Zonali.

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

Rispetto al SEUS, attivo in 5 zone, è prevista la diffusione a tutto il territorio entro il 2026. È Inoltre attiva l'integrazione tra SEUS e COT, con la finalità di dare risposta all'emergenza urgenza. Anche le

valutazioni multidisciplinari del paziente complesso (UVM Unità di Valutazione multidimensionale e UVMMD (Unità di Valutazione multidimensionale Disabilità), con l'obiettivo di semplificare i percorsi per i cittadini, vengono effettuate direttamente nella COT.

Nel 2025 si sono registrate complessivamente 19.555 segnalazioni alle COT, di cui 17.556 dall'ospedale e 1.999 da territorio. L'avvio e il progressivo aumento delle segnalazioni dal territorio rappresenta un primo importante risultato.

Sviluppo della rete delle Case della Comunità

Nel corso dell'anno sono continuate le tutte le varie attività finalizzate allo 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 regionale e aziendale prevede l'apertura di 53 strutture, di cui 25 finanziate da PNRR, come sviluppo delle attuali Case della Salute oppure come strutture aperte ex novo. Alcune Case della Comunità sono di nuova realizzazione, altre vengono realizzate come evoluzione di Case della Salute. A dicembre 2025, rispetto alle 53 strutture programmate, 27 risultano in possesso della maggior parte degli standard previsti dal DM 77 e quindi validate con validazione regionale.

Le **Case della Comunità** si configurano come nodi centrali del modello organizzativo dell'assistenza territoriale, in cui 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. Sono articolate in una rete di livello zonale, secondo il modello Hub e Spoke. Ogni Spoke è collegato funzionalmente al proprio Hub di riferimento e la presa in carico del paziente avviene in maniera multiprofessionale da parte dell'équipe assistenziale della CdC più prossima, sfruttando ove necessario tutte le risorse della rete delle CdC e tra CdC e le altre strutture della rete di prossimità prevista dal DM77/22: COT, Ospedali di Comunità, servizi residenziali e domiciliari. Ogni CdC viene dotata di una specialistica per la presa in carico della cronicità e di strumentazione diagnostica di primo livello funzionale a fornire una prima risposta di prossimità.

Durante l'anno sono proseguite 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. Di particolare rilevanza è la presenza in ogni CdC di un **Punto Unico di Accoglienza (PUA)**, la porta del cittadino verso il SSR. Il PUA è una piastra di accoglienza qualificata e orientamento per tutti i bisogni, siano essi sanitari, sociosanitari o sociali. Nel corso del 2025 è stata sviluppata e condivisa fra le strutture aziendali coinvolte una procedura operativa volta a definire il modello organizzativo del PUA, che comprende un front office di prima accoglienza ed orientamento ed un back office professionale, cui partecipano le professionalità della CdC. Durante l'anno stata dedicata particolare attenzione all'integrazione sociosanitaria e all'organizzazione delle attività all'interno delle CdC secondo il modello previsto, promuovendo il coordinamento con i medici di medicina generale, gli infermieri di famiglia e comunità, gli assistenti sociali e gli altri attori della rete territoriale.

E' stato attivato un coordinamento aziendale finalizzato alla attivazione delle CdC PNRR, che ha previsto anche specifici gruppi di lavoro per una omogenea gestione di elementi di tipo trasversale (quali ad esempio la cartellonistica, gli arredi, POCT, diagnostica di primo livello).

Potenziamento degli Ospedali di Comunità e dell'assistenza domiciliare

Nel corso dell'anno è proseguito anche 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 altro 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 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**.

La programmazione regionale prevede l'apertura di 13 OdC, di cui 7 finanziati dal PNRR. Nel corso del 2025 sono 6 gli OdC che hanno ottenuto la validazione regionale.

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'**11,2% della popolazione con più di 65 anni**. Nel 2025 sono stati **presi in carico 41.581 pazienti over 65**, pari all'**12,17%**, superando l'obiettivo fissato di **37.748 pazienti**.

Di seguito il dato del 2025. PNRR - SIAD05 Anziani 65+ trattati in Assistenza domiciliare (valori assoluti e percentuale, differenza con target PNRR), - tipo percorso UVM, AD sanitaria, ADP, ADI, Cure palliative

ASL	N. anziani 65+	N. PIC	Target Asl 2025	Diff Asl	Totale Residenti	SIAD05 65+
ATNO	41.581	61.395	37.748	3.833	341.626	12,17%
Regione	112.834	161.672	108.254	4.580	978.574	11,50%

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.

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.

Riguardo agli indicatori core del **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, l'assistenza domiciliare risulta ad un livello ottimale rispetto alle fasce di intensità assistenziale, con i seguenti risultati nel 2025:

- D22Za Tasso di pazienti in ADI CIA 1: 6.75 per mille (obiettivo >4)
- D22Zb Tasso di pazienti in ADI CIA 2: 5.39 per mille (obiettivo >2.5)
- D22Zc Tasso di pazienti in ADI CIA 3: 9,97 per mille (obiettivo >2)

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 2025 la copertura territoriale è passata dal 36,4% al 100% 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 2025 sono state le seguenti:

- **Presa in carico proattiva**, a livello domiciliare e ambulatoriale, con monitoraggio costante degli indicatori di attività. Nel 2025 sono stati assistiti circa 28.100 utenti, con 569.000 accessi domiciliari
- **Integrazione con le COT** nella gestione delle casistiche H-T e T-T, garantendo continuità e tempestività nella presa in carico.
- **attivazione e consolidamento di 54 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 2025 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**.

Nel 2025 in ottemperanza rispetto a quanto pianificato si è registrata l'apertura di due ambulanze infermieristiche H12 nelle Valli Etrusche.

Numero Europeo Armonizzato 116117

Attivo dal **18 novembre 2024** nella Azienda USL Toscana Nordovest. Con l'avvio 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

Il **DM 77/2022** ha declinato i nuovi modelli organizzativi e gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale individuando i Consultori quale struttura aziendale, a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita, minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento, sottolineandone il carattere di prossimità. La Regione Toscana, con la **DGRT 1508/22** e in particolare con la **DGR 674/2023**, ha ulteriormente declinato il ruolo dei Consultori dando indirizzi tesi a 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 per migliorare 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 su diversi ambiti operativi, avviando il processo di attuazione nel 2024 e proseguendolo nel 2025. Il percorso di lavoro nel è stato strutturato sui seguenti punti:

1. prosecuzione dell'estensione del **modello organizzativo hub & spoke**, per una maggiore integrazione e accessibilità dell'offerta sul territorio: la rete consultoriale è stata portata da 45 a 50 consultori, articolati in principali, secondari, attività in proiezione, secondo gli standard della DGR 674/23. Ove possibile, secondo la programmazione zonale, è stata pianificata la loro presenza all'interno delle Case di Comunità. Da sviluppare il consolidamento dei consultori principali.
2. **consolidamento delle équipe multiprofessionali**, relativamente alle competenze e alla capacità di presa in carico integrata ottenuto attraverso la formazione, non solo specifica per profilo professionale, ma anche multiprofessionale, trasversale per tutti gli Operatori che lavorano in questo ambito (nel 2025 il focus è stato posto sul percorso delle donne in età post-fertile). C'è anche stato un lieve incremento di risorse, in particolare per gli psicologi, per proseguire il percorso di avvicinamento agli standard.
3. **adeguamento strutturale/infrastrutturale/tecnologico** dei Consultori, in particolare quelli principali, secondo i nuovi standard previsti a livello regionale: è proseguito il potenziamento delle attrezzature con lettini ginecologici elettrici (5) ed ecografi (6).
4. **uniformità dei percorsi assistenziali** erogati dai Consultori: il 2025 ha visto un lavoro coordinato di tutta la rete relativamente azioni e strategie sui primi 1000 giorni di vita del bambino prendendo come riferimento il relativo documento ministeriale (*"Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita"*). Sono stati quindi predisposti piani d'intervento e attuate azioni sulle diverse aree tematiche (conoscenze e competenze genitoriali, alimentazione e nutrizione, altri stili di vita, farmaci, patologie e screening/esami, malattie genetiche, salute mentale, infezioni e vaccinazioni, ruolo e salute del padre, fattori ambientali, fattori sociali e accesso ai servizi)
5. **comunicazione, anche mirata per target di popolazione**, al fine di migliorare la conoscenza e l'accessibilità ai servizi: è stata data ampia visibilità alle iniziative svolte dai Consultori sia a livello aziendale che a quello zonale a mezzo stampa, social, sito esterno, eventi. Sono stati poi effettuati localmente interventi di comunicazione mirata in particolare con i giovani e le comunità straniere.
6. **attivazione del nuovo flusso informativo regionale consultoriale**, per un monitoraggio più puntuale dell'attività e dei bisogni: nel 2025 c'è stato il secondo step di questo percorso con la transizione sull'applicativo Astercloud dei Consultori delle Zone Livornese, Valli Etrusche ed Elba. Restano da transitare i Consultori delle Zone Pisana e Val d'Era-Alta Val di Cecina.

Consolidamento e sviluppo della rete della salute mentale e delle dipendenze

Il **Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze** 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

Negli ultimi anni 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 individuato i **referenti forensi aziendali**, figure appositamente formate e incaricate di collaborare con i **Tribunali**, i **periti**, 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**. Durante l'anno un **gruppo di lavoro aziendale** di specialisti della Salute Mentale e del SerD ha analizzato la prevalenza, le caratteristiche e le criticità dei pazienti autori di reato e dei relativi percorsi, gettando le basi delle modalità operative da adottare e da condividere con la magistratura.

Equipe per i disturbi dello spettro autistico

Sono formalmente costituite le **équipe 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 équipe 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**. Sono inoltre formalmente definiti i coordinatori aziendali dei gruppi operativi per le persone con disturbi dello spettro autistico per la Salute Mentale Adulti e per la Salute Mentale Infanzia e Adolescenza.

Sicurezza nei setting di cura

È stato realizzato un modello formativo standardizzato per trasmettere le tecniche di de-escalation al personale che opera sui setting della Salute Mentale. Le tecniche di de-escalation sono infatti tecniche non coercitive efficaci in molti casi e applicabili in svariati setting (emergenze territoriali, setting di pronto soccorso e di degenza). Gli eventi sono stati organizzati e ripetuti in più edizioni nelle diverse zone, in base alle specifiche necessità. I risultati attesi comprendono un aumento della sicurezza del paziente, degli operatori e delle altre persone presenti, una migliore presa in carico dell'utenza e la riduzione del ricorso a interventi coercitivi. Per il 2026 è prevista la prosecuzione dell'evento formativo con le stesse modalità organizzative.

Partecipazione e ascolto: Consulta dipartimentale [IM1]

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

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze ha individuato la necessità di adottare modalità operative uniformi e condivise riguardo agli aspetti diagnostici, di gestione e terapeutici dei pazienti affetti da **Disturbo da Deficit di Attenzione e Iperattività (ADHD)** sui setting SerD e Salute Mentale. In collaborazione con l'Università di Pisa è stato effettuato un progetto formativo dedicato a medici e psicologi della Salute Mentale e del SerD; i partecipanti sono stati selezionati in ogni servizio al fine di garantire **uniformità nelle modalità operative** e migliorare **appropriatezza e qualità dell'assistenza** nei contesti SerD e Salute Mentale. Il percorso formativo dedicato alla gestione dell'ADHD proseguirà nel 2026.

Apertura SPDC di Piombino

Nel 2025 si sono conclusi i lavori propedeutici all'attivazione del nuovo **Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)** presso l'Ospedale Villamarina di Piombino, inaugurato ad aprile 2026. La struttura offre **9 posti letto** (4 camere doppie e 1 singola), ed è punto di riferimento per la Zone Valli Etrusche ed Elba. L'attivazione del SPDC rappresenta un passaggio significativo nel rafforzamento della rete dei servizi, con un impatto diretto sulla qualità e sull'efficacia dei percorsi della salute mentale, garantendo una risposta tempestiva e appropriata ai bisogni assistenziali. Il SPDC opera in stretta sinergia con i Centri di Salute Mentale e con le realtà del territorio, contribuendo alla costruzione di percorsi di cura condivisi e personalizzati. Dal punto di vista organizzativo, il nuovo servizio permette inoltre una distribuzione più equilibrata dei carichi assistenziali all'interno della rete aziendale. Il personale individuato ha svolto **percorsi formativi e di affiancamento** dedicati per garantire l'avvio con standard operativi adeguati.

Azioni sviluppate nell'Area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

Gestione dei pazienti affetti da Disturbo da deficit dell'attenzione e iperattività (ADHD)

È stato avviato, in collaborazione con l'Area Pediatrica, un percorso che permette di somministrare la prima dose del metilfenidato sotto controllo medico nei reparti di Pediatria della Azienda. Tale percorso era finora possibile solo in alcuni Ospedali (nella nostra Regione al Meyer, all'IRCCS "Stella Maris" e all'Azienda Ospedaliera Senese). Questa opportunità permette di sottoporre a terapia farmacologica appropriata i minori affetti da disturbo da deficit d'attenzione e iperattività (ADHD) in tempi molto più brevi, con importanti ricadute sulla sintomatologia attuale e sulla prognosi a lungo termine.

Emergenze-urgenze in Salute Mentale Infanzia e Adolescenza

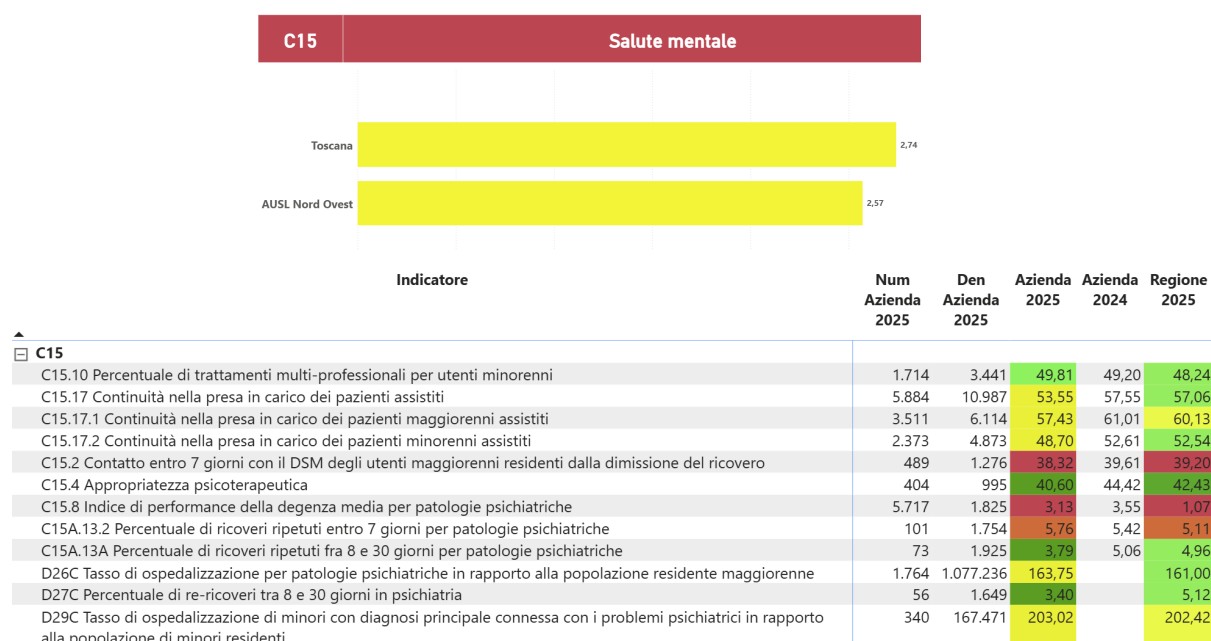
In collaborazione con la Salute Mentale Adulti, con l'Area Pediatrica e con altre strutture della Azienda, è stato avviato un percorso per la definizione di un protocollo per l'accoglienza nei nostri Ospedali delle acuzie psichiatriche in età evolutiva. Queste situazioni, sempre più frequenti negli ultimi anni, creano spesso grosse difficoltà. In particolare, si stanno elaborando procedure appropriate per la prima accoglienza nel Pronto Soccorso, per gli eventuali ricoveri in Pediatria o negli SPDC e per la regolamentazione delle consulenze dei neuropsichiatri infantili delle locali UFSMIA.

Progetto sperimentale per comunità residenziali per minori a integrazione socio-sanitaria

Al momento attuale i minori affetti da disturbi del comportamento non riescono a trovare nell'ambito Regionale un'ideale collocazione né nella comunità a carattere educativo né in quelle terapeutiche, tantoché molto frequentemente vengono inviati fuori Toscana. Per questo motivo è stato avviato un percorso per proporre alla Regione un progetto sperimentale per la creazione di una prima struttura residenziale per minori ad integrazione socio-sanitaria, specificamente deputata all'accoglienza di questo tipo di problematiche e al momento inesistente in Toscana.

Unità Locali Tutela Minorile (ULTM)

La creazione delle Unità Locali Tutela Minorile (ULTM), recentemente costituite e nate dalla collaborazione fra il Servizio Sociale, i Consultori, la Salute Mentale Adulti, l'Area Dipendenze e l'Area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza, ha consentito, in molte delle Zone-Distretto dell' Azienda, un approccio più organico e più efficiente alle tante problematiche di tutela minorile. In particolare, la prima analisi del caso da parte delle Unità di Base, localizzate nei Consultori, ha permesso di affrontare in modo più efficace queste situazioni, richiedendo solo quando necessario l'intervento degli specialisti (dell'UFSMIA, dell'UFSMA e del Ser.D) e invece evitando un'inappropriata "medicalizzazione" a tanti minori. Nel prossimo futuro ci proponiamo di estendere questa modalità di approccio anche alle tante richieste che ci pervengono dai Tribunali, sia Ordinari che dei Minorenni. A quest'ultimo proposito è stato avviato un primo dialogo con il Tribunale Ordinario di Pisa.



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): è 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**.

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**, reparti di cure intermedie e Ospedali di comunità, attraverso le stesse équipe.
- **Sviluppo 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. In particolare è stato raggiunto l'obiettivo di avere almeno 1 PL hospice in ogni zona dell'ATNO.
- **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.
- **Ampliamento delle équipe** con assunzione di medici, psicologi e tramite gli ETS di assistenti spirituali.
- Implementazione delle iniziative volte alla diffusione della cultura delle cure palliative.
- **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 all'**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 le **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**. In particolare è stata implementata la collaborazione con ETS qualificati tramite convenzioni.

L'indicatore D30Z, monitorato dal Nuovo Sistema di Garanzia mostra un risultato positivo per l'azienda, superando la soglia massima fissata a livello nazionale ($\geq 55\%$)

Zona / ASL	2024			2025		
	Num.	Den.	Valore	Num.	Den.	Valore
Regione Toscana	6.185	11.327	54,61	6.058	11.327	53,48
AUSL Nord-Ovest	2.355	4.085	57,65	2.394	4.085	58,60
Lunigiana	106	214	49,61	108	214	50,55
Apuane	236	450	52,44	213	450	47,33
Valle del Serchio	131	205	64,01	127	205	62,05
Piana di Lucca	286	498	57,39	298	498	59,80
Pisana	453	631	71,75	438	631	69,38
Elba	34	110	31,00	38	110	34,65
Versilia	290	557	52,10	361	557	64,85
Livornese	403	586	68,81	424	586	72,40
Alta Val di Cecina - Val d'Era	172	390	44,14	170	390	43,63
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	244	445	54,79	217	445	48,73

Sviluppo della rete dell'integrazione socio sanitaria

Nel corso del 2025 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 dal 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 effetto positivo in termini di contenimento del tasso di ricovero e di presa in carico integrata nella tutela dei minori
- **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 potenziamento 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	2024			2025		
Regione	Numeratore	Denominatore	Valore	Numeratore	Denominatore	Valore
Regione Toscana	20.182	528.157	38,21	21.739	535.428	40,60
AUSL Centro	8.472	225.878	37,51	9.763	228.764	42,68
AUSL Nord-Ovest	6.519	182.860	35,65	6.821	185.477	36,78
AUSL Sud-Est	5.191	119.419	43,47	5.155	121.187	42,54

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 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

L'UOC 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 (attraverso i Medici di Assistenza Penitenziaria – MAP), gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica e fornitura di farmaci e presidi. Sono altresì assicurate le seguenti prestazioni specialistiche:

-psichiatra, psicologo, SerD, odontoiatra, infettivologo, cardiologo, specialisti obbligatoriamente presenti all'interno degli Istituti secondo Conferenza Unificata Stato Regioni 2015 e DGRT 873/2015;

-altri specialisti quali dermatologo, chirurgo, radiologo/ecografista, ortopedico, otorinolaringoiatra, oculista, ecc...,

nonché prestazioni diagnostico-terapeutiche che variano a seconda dell'intensità assistenziale di ciascun Presidio Sanitario (ECG, ecografie, OPT, Rx, riabilitazione motoria, chirurgia ambulatoriale, endoscopie, ecc...).

L'UOC ricomprende 9 Presidi Sanitari all'interno degli Istituti che insistono sul territorio della Azienda USL Toscana Nord Ovest. In ciascun Presidio Sanitario presta la propria attività lavorativa il personale descritto a fianco di ciascun Presidio per la popolazione detenuta indicata:

Presidio Sanitario	Detenuti	Medici di Assistenza Penitenziaria (MAP)[1]	Psicologi	Infermieri	Altro Personale
CR Massa	294	9	1	10	4
IPM Pontremoli	13	1	0	2	0
CC Lucca	92	7	1	8	0
CC Pisa	272	21	0	23	0
CR Volterra	173	6	1	4	0
CC Livorno	220	12	1	17	0
CR Gorgona[2]	92	7	0	4	0
CR Porto Azzurro	353	1	1	5	0
Pianosa[3]	53	1	0	1	0
Totali	1.562	65	5	74	4

[1] Dal computo sono esclusi i medici specialisti.

[2] Sezione distaccata della CC Livorno.

[3] Sezione distaccata della CR Porto Azzurro.

Da sottolineare che l'istituto Penitenziario Don Bosco di Pisa ha al suo interno un SAI (Servizio Assistenziale Intensivo – ex Centro Cinico o Centro Diagnostico Terapeutico) per l'assistenza intensiva ed estensiva extraospedaliera con 42 posti letto complessivi (33 posti letto uomini e 9 posti letto donne), mentre l'istituto penitenziario di Massa ha 6 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.

Per tutta la popolazione detenuta sono effettuati accertamenti di primo ingresso, comprendenti visita medica, esami ematochimici e screening infettivologici. Sono periodicamente effettuate attività di screening per infezione da HCV. Sono assicurate le attività di screening oncologico secondo indicazioni regionali. Le vaccinazioni sono regolarmente effettuate come da piano vaccinale. Di particolare rilievo la gestione del rischio suicidario nei vari Istituti.

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.

Strategie per lo sviluppo di modelli organizzativi flessibili, orientati anche alla valorizzazione delle aree interne e degli ospedali di prossimità

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.

% di parti cesarei primari — Strutture con meno di 1.000 parti/anno

Struttura	2024			2025		
	Num.	Den.	Valore	Num.	Den.	Valore
Regione Toscana	1.368	7.745	17,66	1.414	8.233	17,17
AUSL Nord-Ovest	662	3.744	17,68	612	3.547	17,25
Ospedale Unico "Versilia"	174	812	21,43	144	761	18,92
Ospedale San Luca	149	770	19,35	168	721	23,30
S. Francesco Barga (LU)	22	154	14,29	27	153	17,65
F. Lotti Pontedera (PI)	76	673	11,29	55	658	8,36
Riuniti Livorno	147	745	19,73	122	666	18,32
Ospedale Civile di Cecina	75	477	15,72	80	490	16,33
Civile Elbano Portoferraio (LI)	19	113	16,81	16	97	16,49

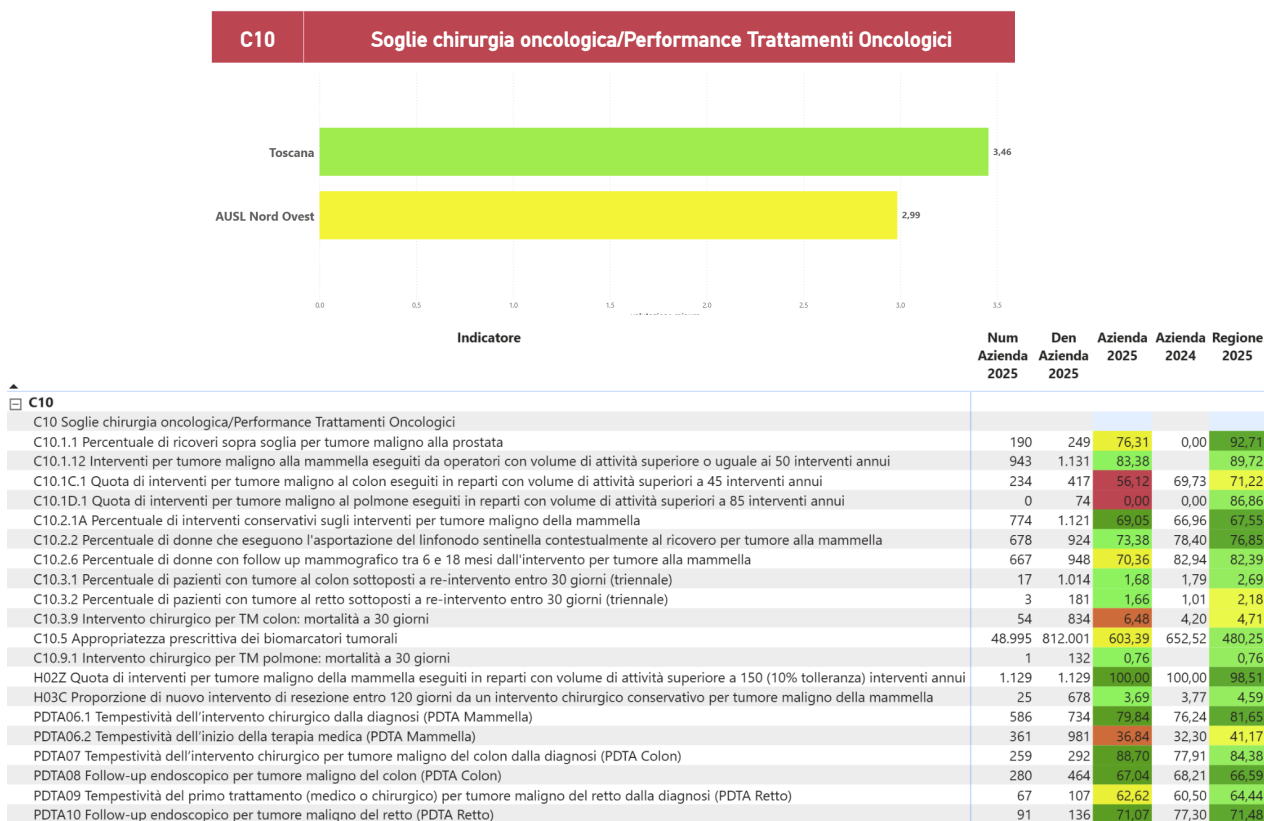
% di parti cesarei primari — Strutture con oltre 1.000 parti/anno

Struttura	2024			2025		
	Num.	Den.	Valore	Num.	Den.	Valore
Regione Toscana	2.028	11.036	18,38	1.697	9.824	17,27
Ospedale Apuane	173	1.091	15,86	168	995	16,88

Rete oncologica

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

Sulla chirurgia oncologica, di pari passo con i tempi di attesa, è importante leggere l'andamento **dei volumi per questi interventi**: l'indicatore H02Z misura il **rispetto dei volumi soglia** individuati a livello nazionale e regionale. Ad esempio, nel caso della mammella il DM 70 2015 stabilisce che gli interventi debbano essere effettuati in strutture che ne eseguono almeno 150 all'anno. L'azienda mostra complessivamente un risultato positivo, presentando anche un miglioramento relativo all'indicatore sul rispetto dei volumi per TM prostata, grazie al potenziamento della chirurgia robotica, come meglio descritto al paragrafo successivo. 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.



Rete per la chirurgia robotica

L'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha notevolmente potenziato **la rete della chirurgia robotica**, confermando in maniera importante il proprio impegno nell'innovazione tecnologica e nell'ottimizzazione dei percorsi assistenziali.

Attività 2025: risultati per piattaforma

Da Vinci Xi — Ospedale Versilia

Nel corso del 2025 la piattaforma Da Vinci Xi ha raggiunto risultati significativi in termini di volumi, saturazione degli spazi e ampliamento delle specialità coinvolte.

Volumi di attività

Nel 2025 sono stati eseguiti complessivamente **476 interventi**, prevalentemente oncologici, così suddivisi per specialità:

Specialità	N° interventi
Urologia	373
Chirurgia Generale	70
Ginecologia	33
Totale	476

Posizionamento nazionale

L'Ospedale Versilia si colloca al **14° posto** tra i centri robotici Da Vinci a singola piattaforma in Italia per volumi di produzione chirurgica, confermando un posizionamento di assoluto rilievo a livello nazionale.

Tasso di utilizzo della piattaforma

Il tasso annuale di utilizzo della piattaforma nel 2025 è stato pari all'**83%**, in linea con i valori ottimali di riferimento.

Potenziamento degli spazi operatori

Gli spazi chirurgici dedicati alla robotica sono stati progressivamente incrementati nel corso dell'anno:

- **2024:** 5 sedute/settimana (solo sedute mattutine)
- **Ottobre 2025:** 9 sedute/settimana, con l'introduzione di sedute pomeridiane in aggiunta alle mattutine

Potenziamento dei volumi mensili

Il numero di interventi mensili è cresciuto in modo costante:

- **2024:** media di circa 35 interventi/mese
- **2025:** media di 45–50 interventi/mese

Ampliamento delle Unità Operative coinvolte

L'accesso alla piattaforma robotica è stato progressivamente esteso a nuove UU.OO., secondo il seguente cronoprogramma:

Periodo	UU.OO. attivate
2024	Urologie di Lucca, Versilia, Apuane, Livorno
gennaio-25	Chirurgie Generali di Versilia e Lucca
maggio-25	Ginecologia di Lucca
novembre-25	Ginecologia di Versilia

Prospettive 2026

È previsto un ulteriore ampliamento degli spazi chirurgici dedicati, con l'obiettivo di raggiungere **10 sedute/settimana**, corrispondenti a 2 sedute giornaliere (mattina e pomeriggio) dal lunedì al venerdì.

Versius CMR — Ospedale di Livorno

La piattaforma Versius CMR ha avviato l'attività operativa effettiva a **luglio 2025** (a giugno 2025 è stato eseguito un solo intervento a titolo di avvio). Nel periodo luglio–dicembre 2025 sono stati eseguiti complessivamente **61 interventi**, prevalentemente oncologici, così distribuiti:

Specialità	N° interventi
Urologia	51
Chirurgia Generale	10
Totale	61

Il dato conferma un avvio di attività solido e in progressiva crescita, con margini significativi di sviluppo nel 2026 con l'estensione ad ulteriori specialità (Chirurgia Toracica, Ginecologia) e all'espertizzazione delle UU.OO. degli altri ospedali della rete aziendale.

Mako Medtronic — Ospedale di Lucca

Nel 2025 il numero di interventi eseguiti con la piattaforma Mako si è mantenuto **in linea con i valori 2024**, consolidando il trend di crescita degli ultimi anni:

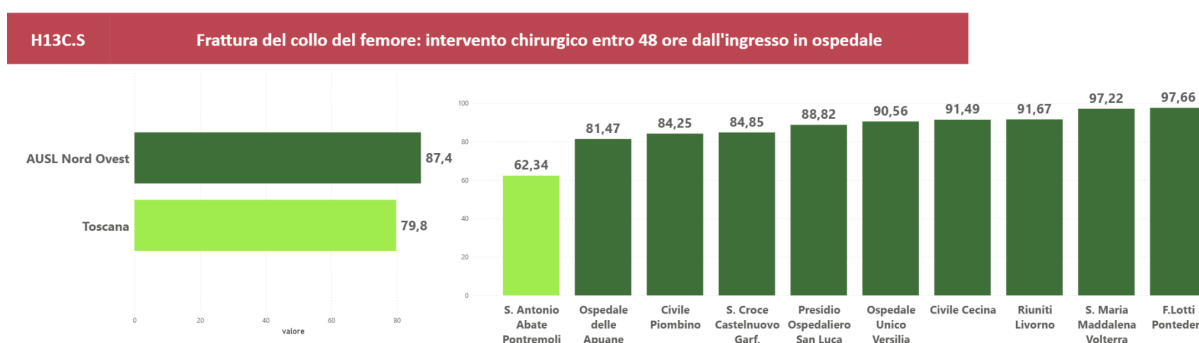
Anno	N° interventi
2023	~60
2024	~80
2025	~80

I dati confermano il consolidamento del ruolo dell'Ospedale di Lucca come polo di riferimento aziendale per la chirurgia protesica ortopedica robot-assistita.

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%



Prevenire e gestire i fenomeni di overcrowding e boarding negli ospedali (sovraffollamento): Attuazione della DGR 532/2023:

La **Delibera Regionale 532/2023** 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 sono finalizzate 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 **74,6% di ricoveri entro 8 ore**, superando la media regionale (62,6%), 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**, ossia il percorso di invio diretto del paziente dal triage del PS allo specialista, con presa in carico totale del caso e possibilità di dimissione, passati dal **13,2% nel 2023 al 15,4% nel 2025** rispetto agli accessi in PS.
- **Sviluppo del See and Treat**, ovvero un modello di risposta assistenziale alle urgenze minori gestito dall'infermiere di PS, sviluppato con protocolli medico-infermieristici condivisi, incrementati dal **1,7% al 2,6%** rispetto agli accessi in PS.
- **Riduzione degli abbandoni in PS**, scesi dal **3,97% al 3,36%**
- **Appropriatezza della degenza media in area medica** 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 progressivamente più capillare e tempestivo

Innovazione e prossimità: Progetto Proximity Care

Il progetto Proximity Care, coordinato dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Lucca (con un investimento pari a 5 milioni di euro tra 2022 e 2026), prevede il coinvolgimento dell'Azienda Toscana Nord Ovest, della Regione Toscana e della Fondazione Toscana Gabriele Monasterio.

L'obiettivo è quello di favorire il miglioramento dei servizi sanitari, sociali e socio-sanitari nelle "aree interne" della provincia di Lucca. Il progetto, in linea con quanto previsto dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) mira a sviluppare "una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunità". Alla base dell'idea progettuale vi è il concetto chiave di "**prossimità al cittadino**", ossia la capacità di garantire in ogni parte del territorio, e quindi anche nelle zone maggiormente remote e lontane dai centri di assistenza, la possibilità di usufruire di servizi di eccellenza che sono normalmente propri dei grandi centri di ricerca e assistenza sanitaria.

Proximity Care deve essere in grado di offrire risposte, intese come best practices, misurabili in termini di efficacia, efficienza, sostenibilità e replicabilità anche in altri territori, che riguardano l'innovazione metodologica e tecnologica, l'attenzione alla centralità del paziente e la multidisciplinarietà nell'approccio. L'ambito di intervento concerne il diritto alla salute, da intendersi nella sua più ampia accezione anche di benessere sociale, con riguardo all'assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria, così da rendere l'area lucchese un modello di riferimento nel panorama regionale e nazionale. Aspetto importante del progetto è il coinvolgimento delle realtà del Terzo settore. È chiaro, infatti, l'obiettivo di creare una rete in grado di coinvolgere tutti gli attori del territorio per migliorare le condizioni di vita di aree ormai cadute nel circolo vizioso dello spopolamento per carenza di servizi.

Il modello di intervento in area interna è stato oggetto di estensione anche nel territorio dell'Isola d'Elba grazie all'infrastruttura Tuscany Health Ecosystem, Spoke 10 - Population Health, finanziata tramite PNRR (M4.C2 Investimento 1.5: CREAZIONE E RAFFORZAMENTO DI "ECOSISTEMI DELL'INNOVAZIONE PER LA SOSTENIBILITÀ"). Gli interventi messi in campo sono volti a rispondere agli specifici bisogni del territorio elbano, con lo stesso principio di prossimità al cittadino e di innovazione tecnica e organizzativa dei servizi sociosanitari territoriali.

Le attività del 2025 hanno riguardato il consolidamento delle sperimentazioni di Proximity care e l'avvio delle ultime attività previste in vista del periodo di conclusione del progetto. La collaborazione tra Azienda, Università, Fondazione CaRi Lucca e Terzo Settore ha reso possibile la costruzione di una rete di lavoro sui territori, che ha coinvolto la popolazione e le istituzioni locali in attività di prevenzione e promozione della salute, nonché di digitalizzazione dei servizi e disseminazione dei primi risultati delle sperimentazioni. Il territorio elbano ha visto la conclusione delle attività sperimentali previste dal lavoro dell'infrastruttura Tuscany Health Ecosystem, Spoke 10 - Population Health, con risultati importanti in merito ai modelli di telemedicina sperimentati e di organizzazione dei servizi di prossimità.

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"

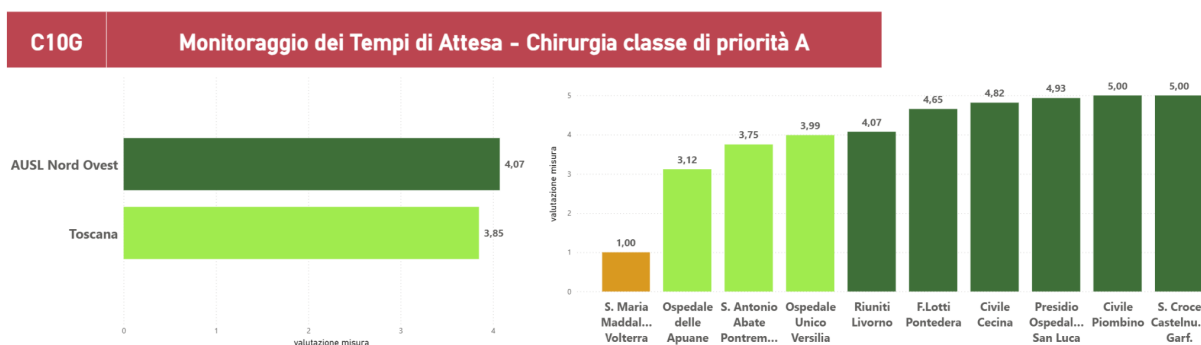
Il governo dell'offerta: Per il governo dell'offerta le tematiche affrontate a livello aziendale e di area vasta sono:

- 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

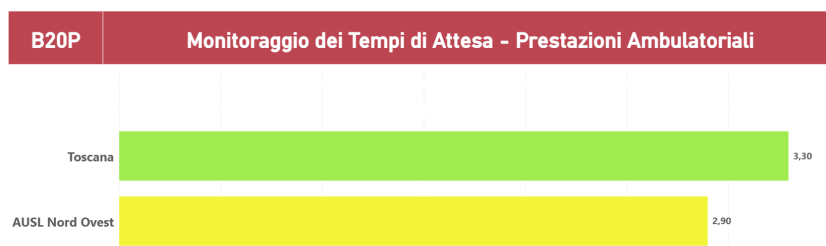
In coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Gestione Liste d' Attesa (PNGLA), l'indicatore C10G misura il numero di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale a 30 giorni per diverse patologie oncologiche e non oncologiche. I dati mostrano nel complesso l'efficacia delle azioni intraprese. L'indicatore esprime una valutazione di sintesi positiva, che tiene conto del rispetto dei tempi di attesa per i diversi interventi.



Indicatore	Num Azienda 2025	Den Azienda 2025	Azienda 2025	Regione 2025
C10G				
C10.4.10A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al retto - Regime Istituzionale	81	83	97,59	96,15
C10.4.11A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al polmone - Regime Istituzionale	61	71	85,92	88,42
C10.4.12A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore all'utero - Regime Istituzionale	107	110	97,27	94,69
C10.4.13A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per melanoma - Regime Istituzionale	26	52	50,00	94,10
C10.4.14A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide - Regime Istituzionale	108	117	92,31	92,58
C10.4.16A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per angioplastica Coronarica (PTCA) - Regime Istituzionale	103	114	90,35	93,67
C10.4.17A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per endoarteriectomia carotidea - Regime Istituzionale	67	69	97,10	87,68
C10.4.18A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per intervento protesi d'anca - Regime Istituzionale	294	305	96,39	87,34
C10.4.19A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per colecistectomia laparoscopica - Regime Istituzionale	220	227	96,92	86,32
C10.4.20A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per coronarografia - Regime Istituzionale	255	277	92,06	88,65
C10.4.21A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per biopsia percutanea del fegato - Regime Istituzionale	52	52	100,00	97,74
C10.4.22A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per emorroidectomia - Regime Istituzionale	37	41	90,24	94,66
C10.4.23A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per riparazione ernia inguinale - Regime Istituzionale	226	238	94,96	74,31
C10.4.7A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla mammella - Regime Istituzionale	1.045	1.099	95,09	93,07
C10.4.8A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore alla prostata - Regime Istituzionale	152	256	59,38	65,02
C10.4.9A Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore al colon - Regime Istituzionale	245	249	98,39	97,55

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 (B20P) e tenuto conto dei codici di priorità (D10-D11)



Indicatore	Num Azienda 2025	Den Azienda 2025	Azienda 2025	Azienda 2024	Regione 2025
▼ B20P					
D11Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe priorità D)	66.599	86.616	76,89	68,19	80,43
D10Z Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi (classe di priorità B)	21.633	24.946	86,72	85,49	84,99
B20G.2 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Diagnostica)	203.211	239.525	84,84		88,79
B20G.1 Percentuale di prestazioni ambulatoriali garantite entro i tempi del PRGLA (Prime Visite)	238.826	384.828	62,06		71,96

I dati evidenziano una performance intermedia con margini di miglioramento; le azioni messe in atto sono relative al potenziamento dell'offerta tramite ricorso al Piano di miglioramento delle liste di attesa e alla definizione di percorsi strutturati. Mentre per la Diagnostica grazie anche al ricorso dell'offerta del privato accreditato i tempi di attesa sono più vicini al target prefissato, sulle visite specialistiche la distanza dal target è importante ma tuttavia legata alla difficoltà cronica del 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 2025	Den Azienda 2025	Azienda 2025	Azienda 2024	Regione 2025
▲ B21G					
B21G.1 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)	539.699	977.951	55,19	58,07	58,06
B21G.2 Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Diagnostica)	451.919	776.059	58,23	62,44	62,26

Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi

Nel 2025 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).

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

indicatore	descrizione	ATNO	RT
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	1,72	1,97
F12A	Efficienza prescrittiva farmaceutica	3,53	3,64
F12C	Dispositivi Medici	3,03	2,44

Indicatore	Num Azienda 2025	Den Azienda 2025	Azienda 2025	Azienda 2024	Regione 2025
C9					
C6.8.1 Dispensazione concomitante di 5-9 farmaci (polypharmacy)	144.912	341.626	42,42	42,56	40,94
C6.8.2 Dispensazione concomitante >= 10 farmaci (polypharmacy)	29.202	341.626	8,55	8,68	7,71
C6.8.3 Uso concomitante di corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di chinoloni	1.914	8.503	22,51		23,51
C6.8.4 Uso concomitante di corticosteroidi per uso sistemico tra gli utilizzatori di FANS o ASA	13.151	74.807	17,58		18,16
C6.8.6 Percentuale di utilizzo di amoxicillina su amoxicillina e amoxicillina/acido clavulanico in età pediatrica	76.700	415.651	18,45	15,46	33,33
C6.8.7 Percentuale di pazienti a rischio di sanguinamento	27.006	144.912	18,64		17,85
C6.8.8 Percentuale di pazienti a rischio di danno renale o iperkaliemia	5.336	145.725	3,66		3,31
C9.1 Consumo di inibitori di pompa protonica	32.345.588	1.311.172	24,67	25,14	23,09
C9.12 Consumo di antibiotici nei reparti	470.310	638.477	73,66	70,74	78,56
C9.12A Consumo di fluorochinoloni nei reparti	22.397	638.477	3,51		2,82
C9.12B Consumo di carbapenemi nei reparti	20.638	638.477	3,23		3,42
C9.19.1 Consumo delle associazioni a base di beta agonisti e cortisonici sul totale	6.300.738	9.837.502	64,05	63,09	63,27
C9.22 Pazienti trattati con eparine a basso peso molecolare ogni 100 residenti	72.236	1.311.172	5,51	5,67	5,02
C9.5.3 Consumo di antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni	753.241	28.968	71,24	65,02	64,00
C9.5.4 Consumo di antidepressivi nei minori	176.911	167.471	2,89		2,88
C9.6.1.5 Consumo pro-capite di farmaci sentinella/traccianti: statine (NSG D18C)	34.598.988	1.311.172	26.387,82		27.246,28
C9.8.1.1 Consumo di antibiotici negli adulti	5.940.250	1.123.077	14,49	15,37	13,46
C9.8.1.1.1 Consumo di antibiotici in età pediatrica	102.623	44.394.950	2,31	3,13	1,94
C9.8.1.2 Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	124.810	6.589.919	1,89	1,98	1,81
C9.8.1.8 Consumo di fosfomicina orale	80.572	1.311.172	6,15	6,45	6,11
C9.8.2 Rapporto tra antibiotici ad ampio spettro e antibiotici a spettro ristretto	5.218.094	516.403	10,11		4,49
C9.8.3 Rapporto tra antibiotici ad ampio spettro e antibiotici a spettro ristretto nei bambini	562.272	76.761	7,33		3,08
D14C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	6.586.667	1.244.707	5.291,74		4.879,97
D15C Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi.	32.272.759	1.244.707	25.928,00	25.268,81	26.033,71
F12A.21.2 Consumo di colecalciferolo	27.438.181	855.814	87,84		70,72
F12A					
F12A.14 Percentuale di molecole prescritte presenti in lista di trasparenza	17.961.019	21.066.702	85,26	85,46	86,41
F12C					
F10.3.1.1 Spesa ospedaliera per dispositivi di consumo	1.737.836	620.106	2,80		3,37
F12C.3.2B Spesa per siringhe per giornata di degenza	283.080	620.106	0,46	0,38	0,80
F12C.4.1B Spesa per guanti per giornata di degenza	821.269	620.106	1,32	1,48	1,64

Nel 2025 i dati mostrano un trend positivo in aree quali l'utilizzo degli inibitori di pompa, oppioidi e consumo di antibiotici sul territorio.

Alcune criticità, spesso presenti anche a livello regionale, si rilevano nei consumi di alcuni tipi di antibiotici, nei farmaci antidepressivi sia in generale che nella sottopopolazione dei giovani tra 18 e 25 anni, nella polypharmacy. Persistono aree critiche in alcune classi terapeutiche (Omega-3, FANS ed Eparine a Basso Peso Molecolare).

Rispetto agli antibiotici, i dati del monitoraggio del Nuovo Sistema di Garanzia confermano come sia calato fra 2024 e 2025 il consumo di questi farmaci presso tutte le Zone Distretto dell'Azienda UsI Toscana Nord Ovest, con conseguente calo della pressione selettiva sullo sviluppo delle resistenze batteriche.

Anno	2024			2025		
Regione	Numeratore	Popolazione	Valore	Numeratore	Popolazione	Valore
AUSL Nord-Ovest	7.198.821	1.245.397	5.780,34	6.568.998	1.244.707	5.277,55
Lunigiana	265.581	51.195	5.187,64	246.719	51.236	4.815,34
Apuane	703.670	135.787	5.182,16	665.261	135.547	4.907,97
Valle del Serchio	341.136	52.824	6.457,97	328.122	52.732	6.222,45
Piana di Lucca	1.027.564	169.615	6.058,21	916.141	169.720	5.397,96
Pisana	1.158.907	201.074	5.763,58	1.091.440	201.396	5.419,37
Elba	176.274	31.392	5.615,25	166.936	31.403	5.315,93
Versilia	810.839	159.387	5.087,23	728.138	158.938	4.581,27
Livornese	1.101.111	170.199	6.469,55	974.669	169.930	5.735,71
Alta Val di Cecina - Val d'Era	790.038	138.887	5.688,35	719.541	139.023	5.175,70
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	823.701	135.037	6.099,82	732.031	134.782	5.431,22

Indicatore Nuovo Sistema di Garanzia D14C – Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici. Anni 2024 e 2025.

In ambito ospedaliero permangono aree di miglioramento 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 2025 sulle categorie OMS Aware (Access – Watch – Reserve) e sugli anti-infettivi individuati come Innovativi da parte di AIFA.

L'area specialistica ATNO persegue d'altro canto performance molto positive in molti ambiti quali l'onco-ematologia, immuno-derma-reumatologico, neurologico (sclerosi multipla ad esempio), per quanto attiene ai mezzi di contrasto, farmaci intravitreali, ecc... rispetto ai quali i dati confermano un profilo prescrittivo costantemente in linea rispetto agli obiettivi delineati dal Settore Regionale e performance tra le migliori nel contesto regionale.

Le attività specialistiche si sono contraddistinte nel 2025 per una interlocuzione personalizzata fino al singolo specialista in talune aree con alto valore economico ed elevato tasso di innovatività, quali ad esempio l'ambito dermatologico e l'ambito ematologico; in contemporanea si è proceduto a confronti multipli per conseguire la maggiore omogeneità possibile nei pattern prescrittivi in essere in diversi contesti specialistici, quali ad esempio cardiologia e neurologia.

Dispositivi Medici

Il Settore Dispositivi Medici nell'ambito dell'Azienda Toscana Nord Ovest viene governato e monitorato attraverso un'organizzazione strutturata di Professionisti operanti all'interno del Dipartimento Farmaceutico.

Per ogni Presidio Ospedaliero, nel rispetto degli indirizzi regionali, è stato individuato un Referente per la gestione dei DM e congiuntamente è stato nominato un Referente Aziendale, che si interfaccia con l'ambito regionale.

Il Dipartimento Farmaceutico ATNO recepisce annualmente gli obiettivi strategici regionali sui dispositivi medici e li cala di concerto con la Direzione Aziendale nelle schede budget dei singoli Dipartimenti. Il Gruppo Operativo con il supporto del Controllo di Gestione monitora costantemente l'andamento dei suddetti obiettivi.

I devices impiegati nelle attività cliniche sono stati acquisiti sostanzialmente dalle aggiudicazioni di gara ESTAR; le acquisizioni "extra gara" sono generalmente limitate a casistiche altamente peculiari, per le quali non è presente una valida alternativa in aggiudicazione di gara.

Tutti gli acquisti effettuati in economia hanno rigorosamente seguito un percorso blindato che prevede una analisi del device ed una valutazione sia interna aziendale sulla reale indispensabilità del prodotto, sia una analisi effettuata dal Gruppo regionale HTA. Questo ha permesso di limitare e circoscrivere acquisti in economia.

Il Dipartimento Farmaceutico congiuntamente al Controllo di Gestione ha sviluppato report di monitoraggio dedicati ai dispositivi medici per intervenire puntualmente su branche specifiche di attività.

Sono stati effettuati incontri nei singoli PP.OO. con la compartecipazione delle Direzioni Mediche e programmate manovre di riallineamento su devices attenzionati dall'ambito regionale o soggetti ad incrementi di spesa superiori ai trend degli anni precedenti.

Il Dipartimento Farmaceutico con i propri Professionisti ha partecipato ai Collegi Tecnici di gara ed ha contribuito alla stesura dei capitolati fruibili per l'acquisizione dei prodotti.

La materia è in forte evoluzione e visto il crescente impatto economico sarà una delle sfide importanti con cui l'azienda si confronterà nei prossimi anni.

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**

Nel corso dell'anno è proseguito il percorso di innovazione tecnologica, con l'obiettivo di migliorare l'efficacia organizzativa e la qualità dei servizi offerti ai cittadini. In questa direzione, sono state sviluppate nuove piattaforme digitali, pensate per facilitare l'accesso ai servizi e rendere più semplice e immediata la comunicazione con l'ASL.

Parallelamente, l'introduzione di nuove tecnologie ha contribuito ad aumentare l'efficienza complessiva dei servizi sanitari. Un ruolo fondamentale è stato svolto dalla formazione del personale, che è stata costantemente aggiornata per garantire un utilizzo efficace degli strumenti digitali e, di conseguenza, una migliore esperienza per i cittadini.

In questo contesto si inserisce anche l'organizzazione del VI Congresso per la Transizione al Digitale a settembre 2025, tenutosi all'Isola d'Elba, durante il quale sono stati presentati casi d'uso innovativi, tra cui l'impiego dei droni nella provincia di Livorno. Nel corso dell'evento sono state inoltre illustrate la piattaforma di tele visita e telerefertazione in collegamento live con Capraia, nonché le soluzioni più avanzate di telemedicina adottate dall'Azienda.

Le attività di innovazione tecnologica hanno prodotto risultati significativi. In primo luogo, si è registrato un miglioramento della qualità dei servizi erogati, grazie all'adozione di strumenti che hanno aumentato l'accuratezza delle diagnosi e la tempestività degli interventi. Allo stesso tempo, è cresciuto il livello di soddisfazione dei cittadini, favorito dalla semplificazione delle procedure e da una maggiore accessibilità ai servizi.

In questa ottica, è stato anche rinnovato il sito web aziendale, sia dal punto di vista grafico sia in termini di accessibilità, in conformità con le linee guida di design della Pubblica Amministrazione. Sono state inoltre completate le attività, a cura del Responsabile per la Transizione al Digitale, relative alla pubblicazione degli obiettivi e alla dichiarazione di accessibilità.

Considerata l'efficacia dell'approccio adottato, è stato confermato il modello organizzativo basato sulle sei cabine di regia aziendali, dedicate agli ambiti strategici e prioritari per la digitalizzazione. In particolare, le attività si sono concentrate sulla diffusione della cartella clinica elettronica ospedaliera e della cartella socio-sanitaria territoriale, sul potenziamento dei servizi al cittadino, sullo sviluppo della telemedicina, sugli ordinativi elettronici e sull'introduzione di soluzioni di intelligenza artificiale.

È stata quasi completata la diffusione della cartella clinica informatizzata ospedaliera in ambito ambulatoriale, che ad oggi copre il 90% degli ambulatori. Per quanto riguarda la cartella socio-sanitaria territoriale (Aster Cloud), abbiamo raggiunto circa il 60% di completamento del progetto, dispiegando i seguenti moduli: assistenza domiciliare, Rsa e semiresidenze, Punto Insieme, Dimissioni ospedaliere (COT), Protesica, Salute Mentale, Contributi, Consultori, Riabilitazione.

Tra le innovazioni introdotte, è stato ulteriormente migliorato anche il servizio "WhatsASL", l'assistente virtuale su WhatsApp che permette ai cittadini di navigare tra i servizi aziendali, ricercare informazioni e ottenere supporto. In questo ambito è stata avviata una sperimentazione di chatbot basati su intelligenza artificiale, che consente agli utenti di interagire in modo naturale, con modalità simili a quelle di una conversazione.

A luglio 2025 è stata collaudata la piattaforma regionale di Telemedicina (IRT) e sono iniziate le sessioni di formazione propedeutiche all'utilizzo del sistema a partire da Settembre 2025 per i due

moduli *televisita* e *teleconsulto*; i restanti due moduli *telemonitoraggio* e *telecontrollo* saranno implementati tra fine 2025 ed inizio 2026.

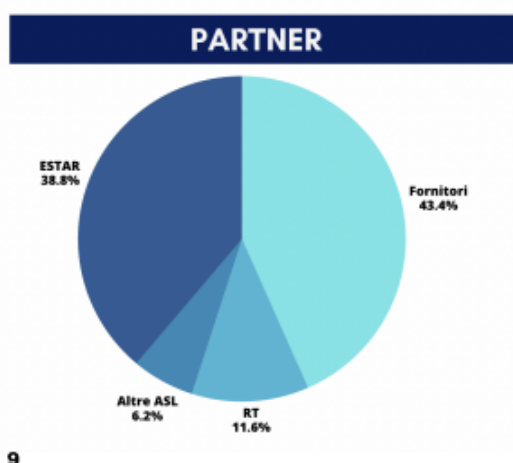
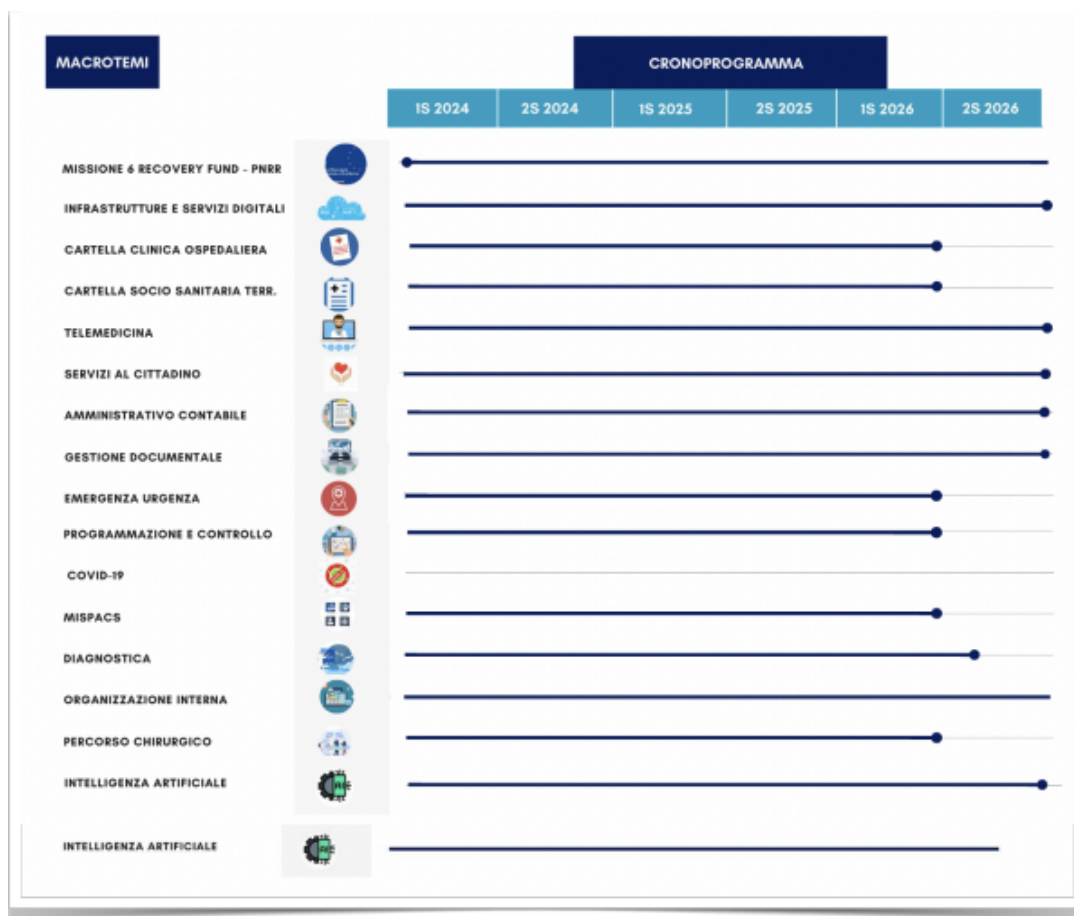
In ambito all’aggiornamento tecnologico della Piattaforma di Laboratorio e di richiesta esami, nel 2025 sono stati completati tre (Livorno, Pisa e Viareggio) dei cinque ambiti aziendali, mentre gli ultimi due (Lucca e Massa) saranno effettuati nel 2026.

Rispetto all’aggiornamento tecnologico della Piattaforma del CUP accettatore, nel 2025 sono stati completati due (Viareggio e Massa) dei cinque ambiti aziendali, mentre gli ultimi tre (Pisa, Lucca e Livorno) saranno effettuati nel 2026.

Sinottico progetti aggiornato a dicembre 2025



Cronoprogramma dei progetti ICT



Per ulteriori approfondimenti si rimanda al Piano per la Transizione al Digitale, aggiornato a dicembre 2025 e giunto alla sua tredicesima versione, disponibile al seguente link:

<https://www.uslnordovest.toscana.it/attachments/article/6583/Piano%20per%20la%20Transizione%20al%20Digitale%20v13%20del%2030.12.2025.pdf>

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. A dicembre 2025 è in fase di completamento la progettazione definitiva, che porterà ad una definizione accurata dei relativi costi di costruzione. Sono altresì in corso le procedure per la realizzazione 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

Anche nel 2025 è proseguito il ridisegno della rete ospedaliera della zona Valli Etrusche, che ha il suo fulcro nel Presidio Ospedaliero di Zona Bassa Val di Cecina – Val di Cornia, nato dall'unificazione organizzativa degli ospedali di Cecina e Piombino.

Nell'ottica di una maggiore sinergia tra i due ospedali, con l'obiettivo di creare uno sviluppo armonico ed efficiente delle attività sanitarie, così da favorire lo sviluppo integrato dei servizi sanitari, sia ospedalieri sia territoriali, sono stati portati avanti i seguenti ambiti:

- a) Sono state implementate e attivate le sezioni Cecina Piombino di diabetologia e di pneumologia come articolazioni interne alla relativa struttura complessa di Livorno;
- b) È stato completato il primo step del progetto di ampliamento del Pronto soccorso di Cecina, con ristrutturazione di spazi e riorganizzazione funzionale. Il progetto di un ulteriore

ampliamento di oltre 350 mq è stato approvato ed è in corso il percorso di attivazione ex art. 20;

- c) È stato completato l'iter con 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.
- d) Sono stati attivati 2 posti letto di patologia neonatale con completamento dei requisiti del punto nascita di zona

Nell'ottica dell'integrazione con la sanità territoriale, si è proceduto alla progettazione e affidamento lavori del reparto di degenza territoriale SPDC di zona e 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 nel corso degli anni. Il 2025 ha visto ormai dare stabilità ai volumi del 2023 e del 2024. Nel 2025 si è assistito ad uno sviluppo della chirurgia ambulatoriale complessa in particolar modo per la ginecologia che è passata da 11 interventi nel 2024 ai 67 del 2025.

Da un lato, l'area di degenza ordinaria chirurgica ha permesso l'ottimizzazione dei letti e personale, dall'altro, l'area di alta intensità di livello 2a ha permesso di ampliare la casistica a pazienti a maggiore complessità anestesiology e post operatoria. I posti letto ad alta intensità di cura, cosiddetti di livello 2a, per la cura di pazienti a complessità intermedia tra la normale degenza e l'area critica (sub intensiva e intensiva), consentono di gestire pazienti con necessità di ventilazione non invasiva, pazienti nella fase post – operatoria, avendo così la possibilità di ampliare al casistica chirurgica a pazienti più complessi.

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.

Efficientamento energetico

La transizione ecologica è una direttrice imprescindibile dello sviluppo futuro anche per le Aziende Sanitarie che sono aziende energivore specialmente per quanto riguarda i presidi ospedalieri. Questa importante sfida può essere portata avanti agendo su diverse leve, da un lato, **sensibilizzando il personale** in termini di cultura dell'eco-sostenibilità, dall'altro mettendo in atto **strategie integrate per migliorare la produzione energetica e ridurre i consumi**.

Sul versante della produzione e dei consumi l'azienda ha proseguito nel 2025 il percorso di miglioramento intrapreso. In particolare le principali attività si sono focalizzate sui seguenti punti:

- attivazione delle gare per la sostituzione degli infissi presso gli stabilimenti ospedalieri di Castelnuovo di Garfagnana, Barga e Volterra;
- attivazione di alcuni ulteriori piccoli impianti fotovoltaici installati in nuove strutture aziendali (opera PNRR Cot Isola D'Elba- Portoferraio con potenza nominale pari a circa 8,4 kW—opera PNRR-Casa della salute di Torcigliano-Pescaglia con potenza nominale pari a circa 7,2 kW, opera PNRR-Casa della Salute di Via Fleming-Pontedera-con potenza nominale pari a circa 50 kW, opera PNRR Cot-Volterra con potenza nominale pari a circa 15 kW.
- attivazione di gara specifica per la manutenzione degli impianti fotovoltaici ancora sotto il controllo diretto dell'Azienda ed incentivati dal GSE in Conto Energia;
- proseguimento del percorso di revamping degli impianti fotovoltaici esistenti incentivati dal GSE in Conto Energia (sostituzione inverter, quadri elettrici di campo FV) compatibilmente con le risorse disponibili;
- interventi di piccole dimensioni per aumentare l'efficienza energetica sugli immobili oggetto di nuova costruzione e riqualificazione opere PNRR (come ad esempio sostituzione e/o installazione di infissi a taglio termico, pompe di calore, caldaie a condensazione, luci a led, riscaldamenti a pavimento, isolamento termico degli edifici, tutti interventi rivolti a contenere i consumi dei vettori energetici ed a ottenere un più basso impatto ambientale in termini di emissioni atmosferiche CO₂).

Nel 2025 il recupero sui consumi è stato di 5.357.492 kWh, raggiungendo l'obiettivo previsto di 5.241.127 kWh.

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 proseguito lo sviluppo del **sistema 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, attraverso un approccio multiprofessionale e multidisciplinare integrato fra tutti gli attori del sistema sanitario, sociale, socio-sanitario pubblici e privati.

A tal fine è stato messo a regime il sistema di censimento e monitoraggio continuo delle strutture sanitarie aziendali e del privato accreditato afferenti alle principali **reti cliniche-assistenziali integrate**, con l'obiettivo di valutare la rispondenza agli standard di qualità e sicurezza previsti dalla normativa di riferimento delle strutture "aziendali" e la corretta autorizzazione e accreditamento di quelle "private accreditate", **considerando così in modo integrato tutti i setting attraversati dal paziente nel percorso di cura**.

L'approccio di sistema adottato ha previsto l'utilizzo, coerentemente a quanto previsto a livello istituzionale in Regione Toscana (LR51/2009 e s.m.i), di due strumenti e percorsi complementari, quello autorizzativo e quello di accreditamento.

Governance dei requisiti di esercizio

Strutture sanitarie aziendali

Nel 2025 è stato completato il censimento di tutte le attività che vengono erogate all'interno nei presidi aziendali autorizzati, suddivisi per macrolivello, dopo aver preso in carico e risolto tutte le criticità correlate a variazioni intercorse nel corso degli anni (*aperture, chiusure, trasferimenti, trasformazioni, adeguamento ai nuovi requisiti previsti dai regolamenti di attuazione della LR51/2009 e s.m.i., ecc..*). Un lungo percorso volto ad assicurare che tutte le attività sanitarie erogate nelle nostre strutture siano state preventivamente autorizzate. Questo non va considerato un punto di arrivo ma un punto di partenza, in quanto un sistema di qualità e sicurezza efficace richiede per evolversi un monitoraggio continuo delle strutture con l'aggiornamento periodico del database WEB Regionale e una "governance" dei piani di intervento con particolare attenzione alla predisposizione dei piani di minimizzazione dei rischi per le strutture per le quali sono necessari in conformità all'art. 16 della LR51/2009 e s.m.i.

Strutture sanitarie private "convenzionate"

Il Sistema Qualità Aziendale:

1. coordina la verifica di compatibilità e funzionalità delle strutture sanitarie private ai fini della programmazione delle attività sanitarie nell'ambito dell'Area Vasta Nord Ovest attraverso una procedura standardizzata (PRO.AZ.287 SAT rev.0)
2. supporta il dipartimento amministrativo nel percorso integrato finalizzato al monitoraggio e controllo delle strutture private accreditate a contratto con ATNO. Per ciascuna struttura sanitaria privata accreditata viene monitorata la congruità tra le attività autorizzate, accreditate e oggetto di contratto identificando di concerto con la direzione aziendale le eventuali azioni da intraprendere.

Governance dei requisiti di accreditamento

Dopo aver aggiornato i questionari, è stato completato il processo di autovalutazione e i risultati sono stati oggetto di riesame effettuato nel corso di riunioni, alle quali hanno preso parte tutti i responsabili delle strutture organizzative che concorrono alla erogazione dei processi/sottoprocessi accreditati. Ciò ha consentito di monitorare l'applicazione degli standard di qualità e sicurezza nei setting aziendali afferenti a ciascuna rete e di conseguire il rinnovo dell'accREDITAMENTO istituzionale per la nostra azienda (Decreto n. 8368 del 23/04/2025). Nel corso dei riesami dei processi, alla luce dell'analisi e rivalutazione dei dati relativi ai singoli indicatori/standard, sono state condivise le azioni di miglioramento da realizzare secondo tempistiche condivise e predefinite.

Per l'assistenza sanitaria territoriale, di concerto con i Direttori di Zona Distretto e delle strutture organizzative coinvolte, il lavoro è stato pianificato in modo da armonizzare i requisiti di esercizio e di accreditamento al nuovo modello organizzativo previsto dal DM77/2022 e dalle normative nazionali e regionali conseguenti. Con questa ottica sono stati individuati i sotto-processi relativi all'assistenza primaria ai fini di una appropriata Governance delle Cure Primarie (*Rete Case della Comunità, Rete Ospedali di Comunità, Rete Cure Palliative, Rete strutture Sanitarie Penitenziarie, rete Cure Domiciliari*)

Attività a supporto delle Commissioni di valutazione delle strutture private accreditate ai fini della stipula degli accordi contrattuali: coerentemente al principio di Governance integrata delle reti cliniche, il Sistema Qualità è stato coinvolto anche nelle Commissioni di valutazione delle strutture private accreditate ai fini della stipula degli accordi contrattuali. Tramite le attività sopra descritte vengono presidiate tutte le fasi del sistema delle 3A previsto dalla vigente normativa (D.Lgs229/99 e s.m.i.): Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie, Accreditamento (iscrizione albo fornitori), Accordi (attività sanitarie a carico del SSN)



Gestione dei documenti del Sistema Qualità: In una realtà complessa e articolata come la nostra, la gestione efficace della documentazione della qualità, rappresenta uno strumento di governo clinico e di gestione del rischio. La gestione della documentazione della qualità e sicurezza passa attraverso il rispetto rigoroso di un processo ben definito, che va dalla redazione condivisa (che tenga conto delle migliori evidenze scientifiche, di modelli di buona pratica clinica ed organizzativa), alla verifica (Formale/metodologica e tecnico/professionale), approvazione, diffusione tra gli operatori, monitoraggio dei risultati. Rappresenta uno strumento idoneo alla prevenzione degli errori dovuti a difetti di pianificazione e/o alla interpretazione soggettiva nella esecuzione delle attività, per l'assenza di informazioni formalizzate, condivise ed autorizzate. In un'ottica di sistema, si può intendere come uno degli strumenti per migliorare le performance dell'azienda sanitaria, attraverso la standardizzazione di processi e attività, prestazioni, interventi secondo criteri dettati da linee guida, evidenze scientifiche: le attività e relative responsabilità devono essere ben definite da documenti sistematicamente organizzati e aggiornati per favorire il miglioramento continuo dei

processi sanitari-tecnico/amministrativi. Garantisce altresì la costanza dei risultati, rende possibile la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza dei processi nonché la individuazione di criticità e di scostamenti dalla "buona pratica" individuata dalla procedura/istruzione.

Nel corso del 2025, in questo specifico ambito, è stato completato:

-l'impianto dei manuali della qualità in ottica di organizzazione dei servizi in rete (Cure Palliative, UFA, nefro-dialisi, servizi della Salute Mentale e Dipendenze, CdC e OdC);

-è stato riavviato il tavolo di lavoro aziendale per la definizione del Manuale della Qualità dell'UFA ed è stato garantito un supporto continuo a tutte le strutture aziendali nella redazione di Manuali di Qualità finalizzati al rinnovo dell'accreditamento (UOD Formazione per rinnovo accreditamento dell'ATNO quale provider ECM) e/o alla messa in sicurezza di attività e percorsi rilevanti, quali:

- i trasporti dei pazienti psichiatrici fra Ospedali diversi, in collaborazione fra i Dipartimenti di Salute Mentale con il Dip Emergenza Urgenza e Dip. Infermieristico/tecnici della Riabilitazione;
- la gestione dei pazienti psichiatrici in SPDC e/o in Strutture residenziali psichiatriche e la gestione della contenzione;
- la prevenzione delle aggressioni a danno degli operatori e la messa a terra a livello aziendale dei primi due PDTA regionali (relativamente alla sarcoidosi e malattie neurodegenerative) sulle Malattie Rare;

Relativamente all'assetto documentale a supporto dei progetti PNRR, la UOS Gestione Documentale e sviluppo accreditamento ha partecipato alla stesura dei Regolamenti aziendali CdC e OdC, che hanno visto il coinvolgimento attivo di tutti i settori aziendali e dei direttori delle ZD interessati.

Nei rapporti con Area Vasta (AOUP in particolare) il 2025 ha visto concludere la revisione del PDTA ictus e ha preso avvio il 2 tavolo di lavoro di interfaccia ATNO-AOUP sulla riorganizzazione dei rapporti di continuità H-T-H in materia di assistenza alla gravidanza.

A fine 2025 l'azienda è stata impegnata nella definizione della documentazione inerente la verifica e certificazione UNICEF 2 passo H Versilia e ha partecipato al tavolo di lavoro per il recepimento del Codice Internazionale del latte per la redazione del regolamento aziendale in materia. **Una adeguata gestione del sistema documentale** non solo garantisce la **conformità ai requisiti** – regolamentari e tecnici – applicabili, ma diventa strumento per **tracciare, verificare e migliorare** costantemente i processi aziendali, con i quali realizzare i principi del "ciclo del miglioramento continuo della qualità" e della gestione del rischio clinico.

Nel 2025 si è proceduto ad una revisione della procedura aziendale per la gestione dei documenti del Sistema Qualità e Sicurezza, alla luce delle modifiche organizzative aziendali intercorse dalla data della precedente e della sempre maggiore informatizzazione del sistema di gestione della documentazione sanitaria e amministrativa.

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

Nel corso del 2025, il personale dell'azienda USL Toscana nord ovest ha segnalato 2681 incidenti o problemi per la sicurezza dei pazienti, che hanno dato luogo a 995 analisi mediante audit su evento significativo (SEA) ed a 1932 revisioni di mortalità e morbidità (M&M), registrati e visibili sulla dashboard dell'applicativo regionale SiGRC. A seguito degli audit sono state definite ed avviate 945 azioni di miglioramento, con un tasso di realizzazione del 69% per le azioni previste, da completare e monitorate nel corso del 2025. Gli eventi sentinella sono stati 29, tutti gestiti secondo i requisiti previsti dal protocollo SIMES, con un indice di tempestività del 75%. Sono state inoltre segnalate 1101 cadute dei pazienti, con un indice di presa in carico per analisi e prevenzione del 85%.

Nella valutazione della performance 2025 del Laboratorio MeS, l'azienda conferma ottimi risultati negli indicatori relativi alle attività per la sicurezza delle cure; in miglioramento anche gli indici relativi alle richieste di risarcimento ed all'andamento dei sinistri, su cui storicamente l'area vasta Nord Ovest soffre di una maggiore attitudine alla litigiosità nel confronto regionale.

indicatore descrizione		ATNO	RT
C6	Rischio clinico	2,92	2,98

Indicatore	Num Azienda 2025	Den Azienda 2025	Azienda 2025	Azienda 2024	Regione 2025
C6					
C6 Rischio clinico					
C6.1.7 Indice annuale richieste di risarcimento - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	251	106.807	23,50	18,41	17,79
C6.1.8 Indice triennale di sinistrosità - eventi in strutture ospedaliere e territoriali	188	106.807	17,60	18,41	13,11
C6.2.1A Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	258	441	1,71	1,64	1,02
C6.2.1B Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC	302	441	68,48	72,41	71,90
C6.2.1C Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC completate nel biennio	562	894	62,86	65,74	62,35
C6.2.2A Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere	184	1.268	6,89	7,08	4,68
C6.2.2B Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali	74	656	8,87	8,39	4,20

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 è in corso un approfondimento il dato superiore alla media regionale in merito alla mortalità nei pazienti chirurgici con complicanze severe trattabili.

Nel corso del 2025 il trend delle richieste di risarcimento è stabile rispetto all'anno precedente, con un totale di 289 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. Nel 2025 è tornata ad aumentare la proporzione dei casi gestiti in via stragiudiziale, con un 85% rispetto al 67% dell'anno precedente. Il costo medio del sinistro liquidato si conferma inoltre sensibilmente inferiore al benchmark nazionale e le riserve contenute, grazie alla tempestività nella gestione della casistica.

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, con la possibilità di aggiornare i dati relativi alle autovalutazioni condotte l'anno precedente. La mappatura delle strutture è stata anch'essa riallineata all'organigramma aziendale con la collaborazione delle unità operative sistema qualità, controllo di gestione e gestione del personale. L'adesione si è confermata al 94% (N=327), con 31 strutture che non hanno aggiornato i dati 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 e delle

PSP si conferma superiore al 90% nel dato medio aziendale, con alcune criticità da superare in particolare nel dipartimento di diagnostica per immagini e del farmaco, su cui sono state avviate iniziative specifiche.

Sono stati organizzati e condotti 14 Giri per la Sicurezza dei Pazienti (GSP), 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. 11 GSP sono stati organizzati e condotti con il coinvolgimento di rappresentanti delle associazioni dei cittadini e dei pazienti che aderiscono ai Comitati di Partecipazione locali. Questi hanno riguardato tutte le strutture di nefrologia e dialisi, area selezionata per verificare l'impatto della recente riorganizzazione di questi servizi, che sono state in grado di valorizzare il lavoro in rete e la cooperazione medico-infermieristica per far fronte alla carenza di specialisti, continuando a garantire elevati livelli di qualità e sicurezza.

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, il personale della UOC sicurezza del paziente ha contribuito alla formazione aziendale per la prevenzione delle aggressioni, alle attività di analisi e prevenzione dei rischi comuni per pazienti e lavoratori. Sono stati condotti debriefing a supporto del personale coinvolto in eventi sentinella particolarmente traumatici, con successiva attivazione del supporto psicologico individuale e di gruppo, con previsione di definire una linea di attività per la prevenzione e gestione della sindrome della seconda vittima.

Nel corso del 2025 è proseguita ed è stata confermata ed aggiornata l'offerta di 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'adesione consapevole alle cure, 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, 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, supporto alla revisione di numerose funzioni e dell'interfaccia.

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 Simulazione Integrata nel Risk Management (SIRMA), è stata messa a punto una nuova buona pratica con i relativi strumenti operativi per la progettazione, conduzione ed analisi delle simulazioni, che è in corso di pubblicazione nella collana dei Quaderni delle buone pratiche del Centro GRC e della rete dei risk manager della Regione Toscana

Governo delle relazioni con il pubblico, partecipazione e accoglienza

PROMOZIONE DELLA RELAZIONE CENTRATA SULLA PERSONA L'attività di promozione della comunicazione centrata sulla persona, iniziata nel 2024, è rimasta al centro dell'attenzione anche nel 2025. Nel 2025 il corso di formazione di base, intitolato "Le abilità di base della comunicazione centrata sulla persona", è stato realizzato per un totale di 156 dipendenti. È stato introdotto un nuovo target di personale formato, rappresentato dagli operatori amministrativi. In totale sono stati formati 51 operatori, ognuno dei quali ha potuto esercitare le proprie abilità comunicative attraverso una simulazione individuale e ha ricevuto un feedback individuale. I sanitari che hanno seguito la formazione di base sono stati 105. Il 36% di questo campione era rappresentato da medici. Gli altri partecipanti appartenevano alle professioni di fisioterapista, infermiere, ostetrica e tecnico sanitario di radiologia medica. Nel 2025 a questi professionisti si sono aggiunte le dietiste.

E' proseguita la formazione sulla comunicazione dell'evento avverso, quale livello di formazione avanzato riservato ai sanitari che negli anni precedenti avevano partecipato al corso di formazione di base. Nell'anno sono stati inoltre formati 10 nuovi docenti junior, che hanno portato il gruppo di formazione a 31 docenti formati, i quali contribuiranno alla formazione e alla realizzazione delle simulazioni negli anni futuri.

PARTECIPAZIONE

L'anno 2025 è stato per il sistema di partecipazione aziendale un anno di trasformazione.

Il nuovo assetto della rete URP si è tradotto, come elemento significativo, nell'ingresso del sistema di partecipazione aziendale nel calendario delle *webconference* tematiche dedicate a temi strategici del Servizio Sanitario regionale e nazionale (*es. medicina di genere; comunicazione empatica; disposizioni anticipate di trattamento, ecc*).

Particolare importanza ha assunto in questo percorso l'incontro svoltosi il 30 giugno 2025, dedicato alle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), analizzate sotto diversi profili (giuridico, clinico e organizzativo), messo in atto insieme al Comitato aziendale di partecipazione, che ha visto gli interventi di medici legali, anestesisti, medici di medicina generale, palliativisti.

La Rete URP ha poi provveduto a organizzare sul territorio eventi in presenza sulle DAT che, ispirandosi alla formula della *webconference*, si sono rivolti direttamente alla cittadinanza.

Si sono svolti incontri in spazi pubblici con la collaborazione delle amministrazioni locali.

Questo ciclo di incontri è stato riconosciuto dalla Regione Toscana come buona pratica ed **ha vinto il primo premio** nell'ambito della Giornata Regionale della Partecipazione in Sanità (5 dicembre 2025).

La collaborazione del Comitato Aziendale di partecipazione con la UO Sicurezza del paziente ha condotto al coinvolgimento di rappresentanti del Comitato nella formazione del paziente esperto o standard. Infine, i comitati di Zona o di SdS sono stati coinvolti nei Giri della Sicurezza all'interno di quasi tutti gli ospedali aziendali.

Il Sistema di partecipazione è stato poi coinvolto nel nuovo ciclo di programmazione aperto dalla approvazione nel luglio 2025 del Piano sanitario e sociale integrato regionale (PSSIR) 2024-2026 e i comitati zonal sono stati coinvolti dai direttori di Zona e/o di SdS nella illustrazione dei nuovi Piani Integrati di Salute e dei Programmi Operativi Annuali.

Infine nell'anno 2025 è stata stilata la procedura per la gestione del Sistema di Partecipazione Aziendale, che ha lo scopo di descrivere i passaggi che regolano il rapporto tra le strutture aziendali e il terzo settore secondo quanto stabilito dalla normativa nazionale e regionale in materia di diritti degli utenti e di partecipazione degli stessi alla governance del Servizio Sanitario a tutti i suoi livelli.

TUTELA.

L'andamento dei reclami per l'anno 2025 è rimasto quantitativamente quasi immutato rispetto all'anno precedente, contando in tutto 417 reclami pervenuti (12 in più rispetto al 2024); relativamente ai reclami pervenuti sono state attivate dai servizi direttamente coinvolti, 36 azioni di miglioramento; dei 417 reclami, 9 sono stati discussi in seconda istanza in Commissione Mista Conciliativa;

In aumento l'attività legata alle prese in carico quotidiane gestite dall'Urp attraverso mail, contatti con il pubblico "one to one" e servizio telefonico del Numero Unico: se nel 2024 le prese in carico erano state circa 7.800, nel 2025 sono arrivate a 29.416.

Prosegue invece una lieve diminuzione relativa alle segnalazioni che passano da 727 nel 2024 a 608 nel 2025, confermando le difficoltà di accesso a prestazioni e servizi da parte dell'utenza.

Importante sottolineare il ricevimento di 154 Elogi che rappresentano una bella pagina di Sanità pubblica per ciò che di positivo viene recepito dall'utenza.

Ogni anno l'Urp lavora al Sistema Carta dei servizi compilando anche l'Osservatorio dati regionale e anche per il 2025 è stata trasmessa copia del questionario riguardante l'Azienda USL Toscana Nord Ovest; l'Osservatorio Carta dei Servizi 2025 verrà pubblicato per il 2026 con i dati forniti dall'URP.

Di pari passo si è provveduto alla redazione e all'aggiornamento della Carta dei servizi edizione 2025/2026, tramite un percorso di coinvolgimento con tutti i settori aziendali e la collaborazione con il Comitato di partecipazione aziendale, attraverso incontri di confronto e recepimento di proposte sugli impegni aziendali contenuti nella Carta stessa, validata dal Comitato di partecipazione aziendale e deliberata con Delibera aziendale n.854 del 6/8/2025.

Durante l'anno 2025, il terzo anno dall'avvio del numero unico Urp, le chiamate sono state 30.250 e gli operatori Urp hanno risposto a 18.855 utenti con una percentuale di risposta del 62,3%.

Sempre sul versante della tutela, nel 2025 la Commissione Mista Conciliativa ha proseguito nella sua attività organizzando 8 sedute e diverse audizioni con Commissione ristretta.

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) dei vari ambiti territoriali alla relativa Cabina di Regia sui Servizi al cittadino (SaL), 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 e 94 nel 2025.

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 ascolto 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.

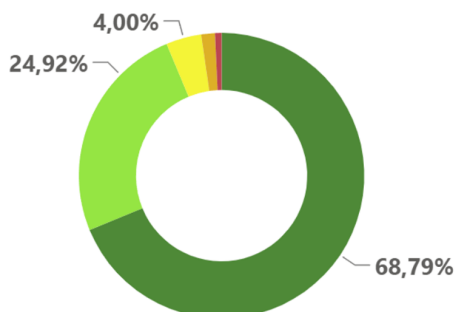


Visualizza qui l'opinione dei pazienti che hanno già risposto

Le informazioni raccolte sono fonte preziosa di indicazioni per l'azienda, sia in termini di miglioramento della 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, dal 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 2025 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 2025
92,5%

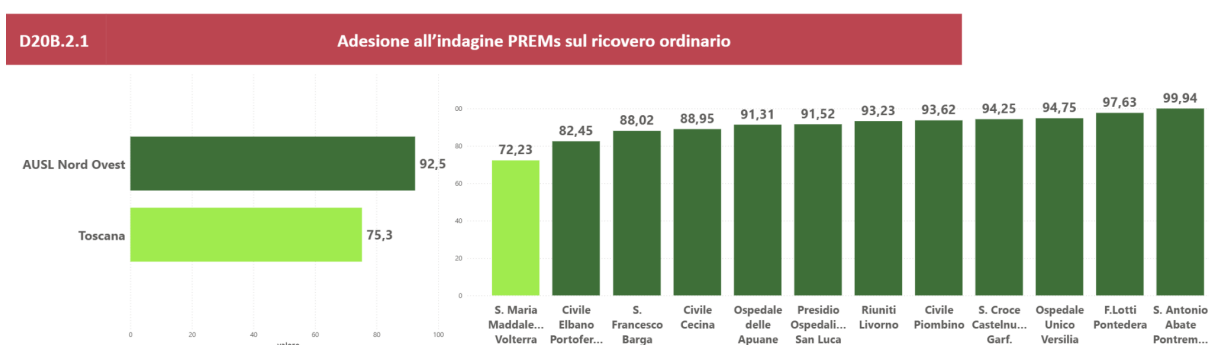


Risultati ATNO 2025
93,7%
Totalmente e molto soddisfatti



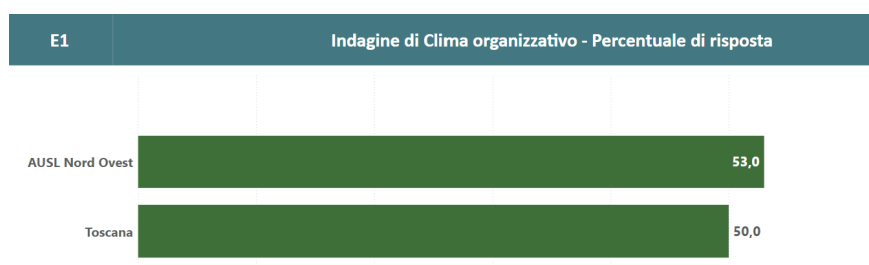
risultati ATNO gen-dic 2025
visibili e aggiornati sul sito aziendale
Scelta di trasparenza

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 2025 oltre 92% dei pazienti ha ricevuto l'invito a partecipare al questionario e si è collocata al più alto valore a livello regionale.



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

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 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. E' in corso la nuova edizione dell'indagine di clima interno.



8. Lo sviluppo del capitale umano, dell'innovazione e dell'organizzazione

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 2025 è stato deliberato il 27/02/2025 (Det. DG n. 237/2025) 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 programmazione è stato pienamente rispettato, avendo realizzato globalmente 513 Eventi, ovvero il 94% degli Eventi previsti e con un numero di eventi extra PAF (21) non significativo. E' importante sottolineare come il PAF 2025 sia stato improntato già nella fase di programmazione, per specifiche indicazioni regionali, ad un dimensionamento in linea con l'annualità precedente, volta a 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) è cresciuto in modo molto significativo, sia per i Dipendenti (90%, nel 2024 era del 75%) che per i Convenzionati (71%, nel 2024 era del 41%), 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 complessive 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 da parte dei discenti. Nel 2025 sono state inoltre autorizzate n. 314 partecipazioni a formazione individuale obbligatoria - mostrando un trend anche qui in crescita (n. 251 nell'anno precedente) - e n. 1.099 sponsorizzazioni individuali (erano 809 nell'anno precedente).

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 è stato 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.

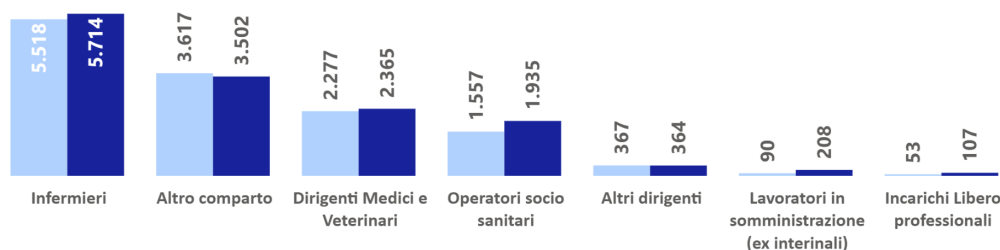
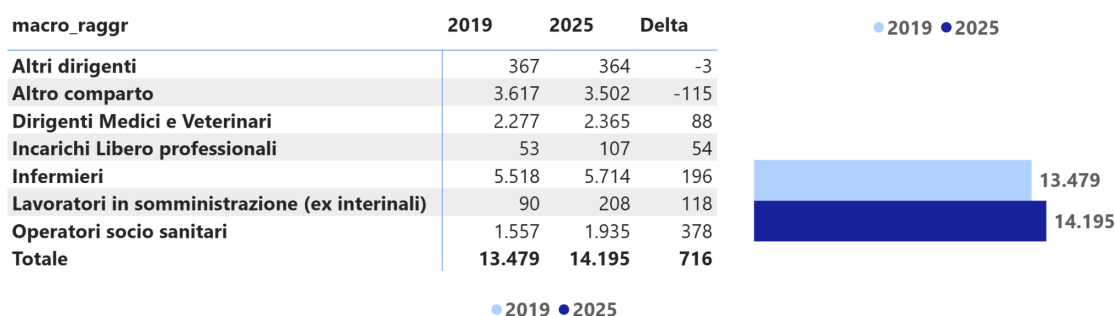
Nel 2024 sono stati attivati bandi annuali di smart working onde consentire una rotazione del personale beneficiario di questa forma di lavoro, volto a coniugare, in un'ottica di equilibrio, le ragioni tecnico organizzative e quelle legate al miglioramento delle condizioni di lavoro, nel rispetto delle 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.

Oggi ad esito di un confronto con le Organizzazioni sindacali e alla luce del nuovo CCNL 2022-2024 del personale del comparto, è stata adottata una nuova regolamentazione, che prevede che i dipendenti assegnati ad attività smartizzabili abbiano 1 giorno a settimana a rotazione e i dipendenti che rientrano in particolari categorie (lavoratori fragili, titolari ex legge 104 e lavoratrici in gravidanza), hanno la possibilità di usufruire fino a 4 giorni di smart working o in alternativa del telelavoro.

Anche per la dirigenza PTA dal 2025 è possibile usufruire di nr. 24 giorni di lavoro a distanza per garantire la conciliazione tra tempi di vita e tempi di lavoro.

CONSISTENZA DEL PERSONALE Di seguito è riportata la dotazione del personale a dicembre 2025 rispetto a quella del 2019, raggruppata per profilo professionale. Il grafico mostra un aumento aumentato complessivo di 716 unità, passando da 13.479 a 14.195.



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 2025, si precisa che il Comitato nel corso dell'anno ha dato seguito alle azioni previste, alcune di queste contenute nelle aree di programmazione del piano di uguaglianza di Genere (Gender Equality Plan, GEP), 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 2025 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. Tra le principali direttrici, la formazione ha rappresentato un settore dove sono stati inseriti ambiti di sviluppo delle risorse umane riguardanti Pari Opportunità e differenze di genere, che ha trovato realizzazione di eventi formativi anche sulla medicina di genere.

In linea con il Piano di uguaglianza di Genere, il Piano delle azioni positive (PAP) richiamato nel PIAO ha previsto strategie interne integrate sempre orientate al benessere totale, operativo ed organizzativo, ambientale e sociale, ecosostenibile 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. A seguito del Regolamento per l'attivazione e la gestione della Carriera Alias è stata diffusa la conoscenza dello strumento 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.

Partendo dai vertici aziendali, la diffusione della cultura organizzativa orientata a valorizzare la differenza di genere ha costituito il principale obiettivo del percorso seminariale sull' Empowerment & Leadership di Genere realizzato nel 2024. I risultati sono stati una maggior conoscenza dei vantaggi derivanti dall'inclusione nel Management delle Skills e della Leadership di genere femminile e delle criticità da affrontare per raggiungere gli obiettivi Direzionali, oltre ad una consapevolezza condivisa di azioni di miglioramento da mettere in atto a fronte di criticità organizzative. In continuità all'azione di creazione di conoscenza e cultura organizzativa, nel 2025 il CUG è stato coinvolto nella Giornata della Trasparenza con relazioni riguardanti la Medicina di Genere, la Certificazione della Parità di Genere, la Salute Organizzativa. All'evento hanno partecipato numerosi operatori (oltre 1000). L'evento ha rappresentato un risultato ottenuto nel corso del 2025 derivato dalla 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.

Riguardo alla collaborazione con la Consiglieria di fiducia è stato un anno di azioni, incontri e corsi contro molestie, mobbing e discriminazioni. della parità di genere in ambito aziendale.

In merito all'analisi dei dati sul personale si riporta la tabella con la distribuzione del personale per ruolo e genere al 31 dicembre 2025, da cui emerge che il genere femminile è meno rappresentato nei ruoli apicali.

TABELLA 1.1. - RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER GENERE ED ETA' NEI LIVELLI DI INQUADRAMENTO Situazione al 31.12.2025

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	1	1
DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA	0	0	7	14	63	0	0	1	8	14
DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	11	32	59	0	0	21	37	36
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	2	203	165	132	228	2	285	413	238	198
DIR. MEDICO (ART. 15 SEPTIES DLGS. 502/92)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	0	2	0	0	1	1	4
VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	4	4	5	8	0	6	13	5	5
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	1	2	0	0	0	2	1
FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	4	4	3	3	0	11	19	19	3
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	1	0	0	0	0	0	2
BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	1	2	2	1	0	7	6	24	9
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	0	1	1	0	0	2	3	0
FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	0	1	2	2	0	1	1	5	3
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	2	0	1
PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	0	1	4	4	5	0	6	39	24	8
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	0	0	0	3	6	0	0	0	7	3
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	0	0	0	5	4	0	0	0	15	21
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER.	47	243	171	378	146	250	850	638	2011	820
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - OSTETRICA	1	0	0	1	0	38	129	92	35	26
ALTRI PROFILI SANITARI SENIOR AD ESAURIMENTO	0	0	0	22	53	0	0	0	12	52
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC.	8	66	68	50	30	17	91	89	147	56
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	2	12	22	31	37	5	25	13	27	12
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL.	2	17	17	29	12	5	62	104	137	56
RUOLO SANITARIO AREA ASSISTENTI AD ESAURIMENTO	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	0	6	2	0	0	1	0	0
INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0
INGEGNERE DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	1	1	7	1	0	1	1	1	0
ASSISTENTE RELIGIOSO	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0
SPECIALISTA RAPPORTI MEDIA -GIORNALISTA	0	0	1	0	0	0	0	1	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	0	1	0	0	0	0	0
SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	1	1	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	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE	0	4	2	2	1	3	44	53	58	21
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE SENIOR	0	0	0	1	2	0	0	1	2	2
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE	0	7	4	21	11	0	10	4	5	2
ASSISTENTE TECNICO	0	1	6	14	12	0	0	0	2	1
ASSISTENTE INFORMATICO	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
RUOLO TECNICO AREA ASSISTENTI AD ESAURIMENTO	0	0	1	13	9	0	0	0	3	0
RUOLO SOCIO SANITARIO ASSISTENTI AD ESAURIMENTO	0	0	3	2	0	0	0	6	14	7
OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO	0	1	2	22	20	0	0	4	5	12
OPERATORE SOCIO SANITARIO	1	36	81	75	55	7	123	371	647	457
OPERATORE TECNICO	2	2	22	35	24	1	11	23	45	33
PROFILI AREA PERSONALE SUPPORTO AD ESAURIMENTO	0	0	1	16	14	0	0	0	18	36
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	6	10	0	0	0	6	11
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
DIRIGENTE AMM.VO CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0	0	0	1	0	0	0	2	2
DIRIGENTE AMM.VO 15 SEPTIES	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE SENIOR	0	0	0	0	9	0	0	0	1	15
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE	0	4	7	33	26	1	9	24	135	87
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	1	10	22	34	19	3	36	39	77	97
COADIUTORE AMM.VO SENIOR	1	9	3	5	7	3	22	18	28	31
COADIUTORE AMM.VO	3	10	11	15	14	4	17	30	27	28
TOTALE PERSONALE	70	638	648	1036	911	339	1746	2033	3841	2187
% sul personale complessivo	0,52	4,74	4,82	7,70	6,77	2,52	12,98	15,12	28,56	16,26
Personale a Tempo Determinato unità rapportate ad anno										
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI	2,66	15,70	0,3	0,00	0,00	5,187	21,06	5,15	0,24	0
DIRIGENTI FARMACISTI CON ALTRI INCARICHI PROFESSIONALI	0,00	0,00	0,1	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0
DIRIGENTI PROFESSIONALI CON ALTRI INCAR.PROF.LI	0	0	0,67	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0
DIRIGENTI RUOLO TECNICO CON ALTRI INCARICHI	0	0	0	0	0	0	0,00	1,00	0,00	0
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E FUNZIONARI	11,89	6,20	4,55	2,38	0	43,12	15,69	12,04	7,32	0,00
ASSISTENTI	0,76	1,00	1,00	0,00	0,00	1,18	2,00	1,00	1,06	1,00
OPERATORI	0,00	0,02	0,37	0,71	0	0,86	4,08	6,42	4,596	0,633
PERSONALE DI SUPPORTO	2,73	0,62	1,33	0,11	0,00	6,44	8,25	5,00	5,73	0,34
TOTALE PERSONALE	18,04	23,54	8,32	3,20	0,00	56,78	51,08	30,62	18,95	1,98
% sul personale complessivo	8,39	10,95	3,87	1,49	0,00	26,42	23,76	14,25	8,82	0,92

Percentuale Uomini 24,56%
Donne 75,44%

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, 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

In corso di elaborazione

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.

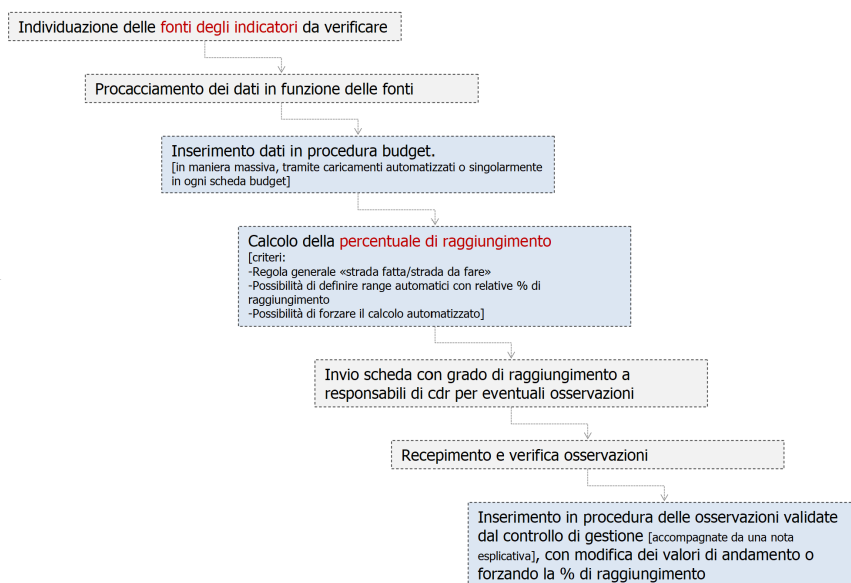
Nel caso di obiettivi per i quali non è possibile valutare il miglioramento, è stata adottata una valutazione per fasce, che premia in modo decrescente fino a scostamenti minori del 10%.

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 2025 il processo di budget è stato portato avanti utilizzando il software aziendale introdotto ormai anni fa: l'assegnazione degli obiettivi, la generazione delle schede, il calcolo dei risultati raggiunti, è stato gestito tramite il 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'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), ad oggi confluito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione. 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.

A livello aziendale il collegamento tra ciclo della performance e misure di trasparenza e prevenzione della corruzione 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, la verifica della sussistenza di conflitti di interesse nell'esercizio delle funzioni ed anche una costante formazione aziendale per l'affermazione di corretti modelli di comportamento e di integrità. Nell'anno 2025, una particolare attenzione è stata dedicata ai seguenti ambiti di attività:

- approfondimento dell'analisi della mappatura dei processi a rischio e di modelli omogenei di lavoro per l'emersione del rischio anticorruzione nei vari ambiti aziendali;
- monitoraggio tempi procedimentali, con tabelle comparative di analisi;
- approfondimento in materia di pubblicazioni su Gare e Contratti per l'aggiornamento del portale;
- modalità di verifica delle dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità, con predisposizione dei modelli da utilizzare in Azienda;
- modalità di applicazione degli schemi allegati alla Delibera ANAC 495/2024;
- approfondimento delle modalità di attuazione delle norme in materia di violazione dell'art. 16-ter del Dlg. 165/2001 (cd. Pantouflage);
- formazione aziendale per i dipendenti;
- predisposizione delle attività necessarie per l'avvio e il funzionamento della piattaforma aziendale per la segnalazione illeciti.

E' 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.

Rimane costante, poi, l'importanza attribuita alla valorizzazione dei punti di integrazione e contatto con la Consigliera di Fiducia ed il Comitato Unico di Garanzia aziendale, che si è realizzata 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

In corso di elaborazione

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 2025

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

In corso di elaborazione

Personale del comparto con incarico di funzione

In corso di elaborazione

Personale dirigente

In corso di elaborazione

DIFFERENZIALE DELLA VALUTAZIONE (O PREMIO ECCELLENZA) I CCNL del Comparto e della Dirigenza sanitaria e PTA 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 dal 2022. 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 dall'anno 2024 di dedicare circa 85.000 euro per la dirigenza sanitaria e circa 9 mila euro per la dirigenza PTA al differenziale di valutazione individuando complessivamente circa 130 dirigenti sanitari e 5 dirigenti PTA 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 la necessità 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 l'importanza di consolidare 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.

Nel 2025 è proseguito l'impegno mirato a rendere l'organizzazione più resiliente, accessibile e orientata al miglioramento continuo. Queste direttrici sono state recepite nel nuovo **Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2026–2028**, che prosegue e conferma le linee strategiche già definite negli anni precedenti:

- **Consolidare le strategie di prevenzione e promozione della salute** nell'ambito della sanità territoriale
- **Sviluppare la rete sociosanitaria territoriale** e l'integrazione ospedale - territorio.
- **Sviluppare le reti** come sistema di equilibrio tra specializzazione e prossimità delle cure
- Proseguire nelle azioni di **governo della domanda, dell'offerta e dell'appropriatezza**
- **Promuovere la sanità digitale**, in coerenza con gli indirizzi del PNRR, potenziando servizi, accessibilità per i cittadini e semplificando i processi interni.
- **Consolidare la rete ospedaliera** e sviluppare le nuove opere infrastrutturali necessarie a garantire qualità, sicurezza e continuità dei servizi.
- **Promuovere qualità, sicurezza e trasparenza dei percorsi assistenziali**, valorizzando partecipazione, ascolto e coinvolgimento delle comunità.
- **Sviluppare il capitale umano, l'organizzazione e l'innovazione**, riconoscendo le persone come risorsa strategica per il cambiamento.

A questo 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, l'azienda conferma anche quest'anno l'impegno nella **riduzione dei tempi** di chiusura del processo, 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 anni è stato ampliato il paragrafo dedicato alla valutazione della performance, arricchendolo con approfondimenti e commenti per facilitare l'interpretazione dei dati.