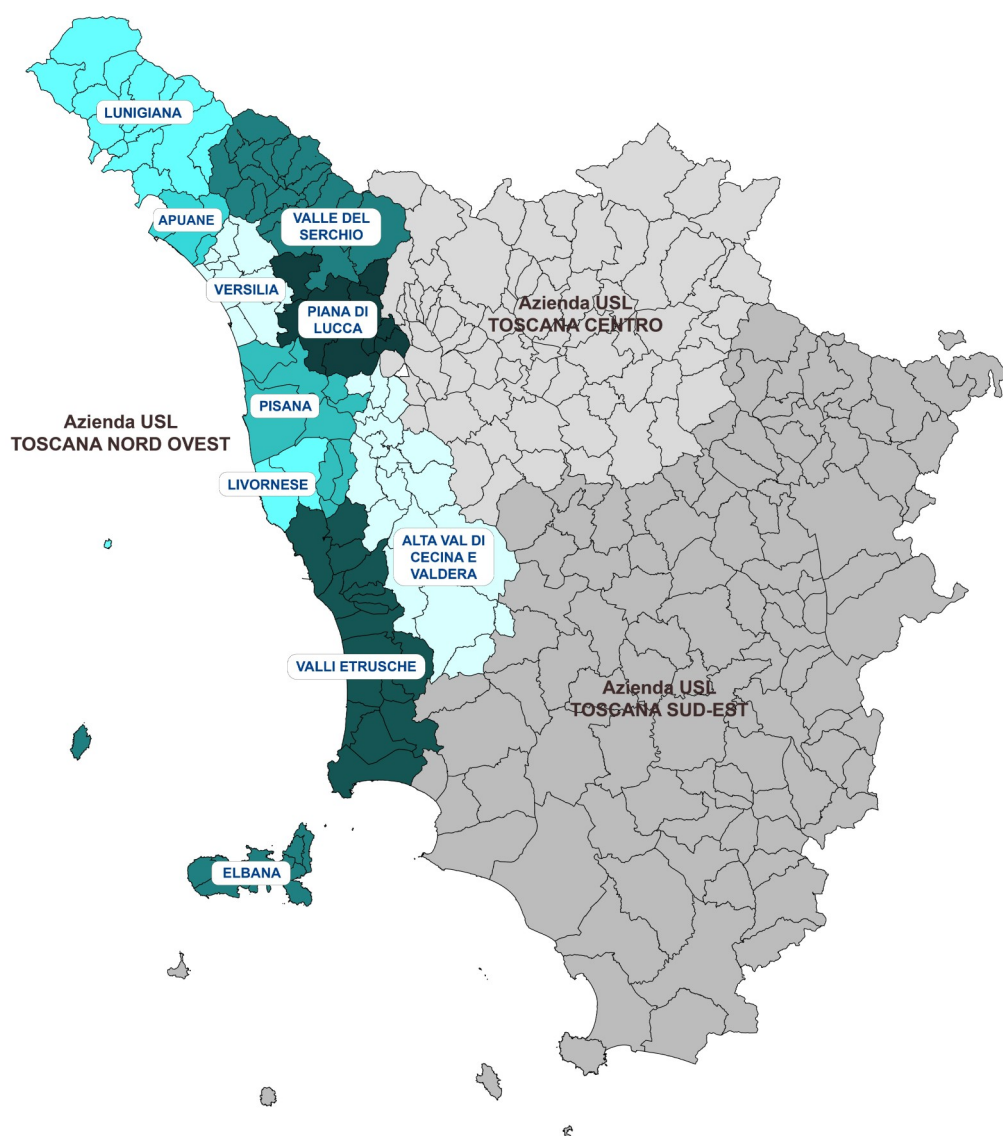


Azienda USL Toscana nord ovest

RELAZIONE SULLA PERFORMANCE

ANNO 2021



dicembre 2022

INDICE

INTRODUZIONE.....	4
L'AZIENDA IN SINTESI.....	5
I PRINCIPALI DATI DI ATTIVITÀ.....	8
IL QUADRO DELLE RISORSE.....	11
L'ASSETTO ORGANIZZATIVO.....	13
GLI INDIRIZZI STRATEGICI REGIONALI.....	15
I RISULTATI DELL'AZIENDA NEL SISTEMA DI VALUTAZIONE REGIONALE.....	17
DAGLI INDIRIZZI STRATEGICI REGIONALI AGLI OBIETTIVI AZIENDALI: IL BUDGET.....	47
LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	48
LA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	52
Considerazioni di sintesi.....	55

Introduzione

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

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

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

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

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

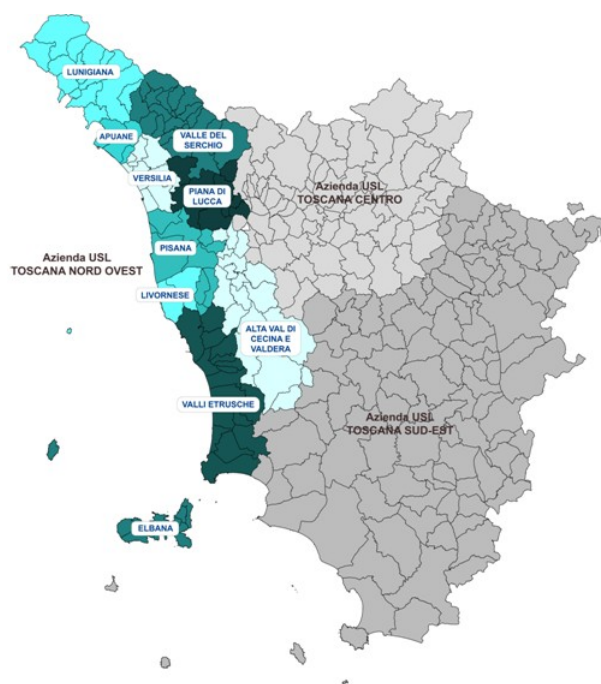
Il documento mostra **il grado di raggiungimento dei principali obiettivi**, rispetto ai seguenti ambiti:

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

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

L'Azienda in sintesi

La Azienda USL Toscana Nord Ovest è stata costituita il 01/01/2016 dalla fusione delle 5 Asl della costa nord ovest della Toscana, ovvero quelle di Livorno, Pisa, Viareggio, Lucca e Massa e opera su un vasto territorio che conta una popolazione residente di 1.253.959 (pop. al 1 gen 2021, fonte ARS Toscana).



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

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

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

popolazione per zone



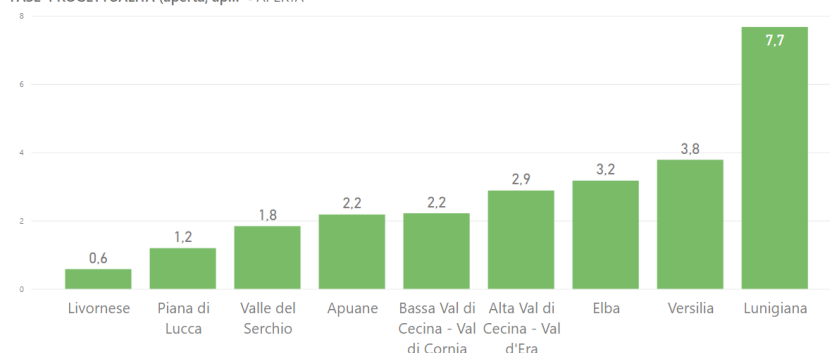
Sul territorio aziendale sono presenti 25 Case della Salute, così distribuite nelle varie zone:

DISTRIBUZIONE Case della Salute

Zona	CdS-num	popolazione al 1/1/2021	CdS per 100.000 ab.
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4	138.846	2,88
Apuane	3	137.707	2,18
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3	135.419	2,22
Elba	1	31.540	3,17
Livornese	1	172.804	0,58
Lunigiana	4	52.134	7,67
Piana di Lucca	2	167.631	1,19
Pisana		201.025	
Valle del Serchio	1	54.408	1,84
Versilia	6	158.637	3,78
Totale	25	1.250.151	2,00

CdS per 100.000 ab. per Zona

FASE PROGETTUALITA (aperta, ap... ● APERTA



Zona	CdS-num
Versilia	6
CdS TORRE DEL LAGO	1
CdS TABARRACCI	1
CdS SERAVEZZA	1
CdS QUERCETA	1
CdS PIETRASANTA	1
CdS FORTE DEI MARMI	1
Valle del Serchio	1
CdS PIAZZA AL SERCHIO	1
Piana di Lucca	2
CdS SAN LEONARDO IN TREPONZIO	1
CdS MARLIA	1
Lunigiana	4
CdS di VILLAFRANCA	1
CdS DI PONTREMOLI	1
CdS DI BAGNONE	1
CdS di AULLA	1
Livornese	1
CdS STAGNO	1
Elba	1
CdS RIO MARINA	1
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	3
CdS SAN VINCENZO	1
CdS GUARDISTALLO	1
CdS DONORATICO	1
Apuane	3
CdS MASSA	1
CdS CARRARA	1
CdS MONTIGNOSO	1
Alta Val di Cecina - Val d'Era	4
CdS VOLTERRA	1
CdS PONTEDERA	1
CdS POMARANCO CST VDC	1
CdS LA ROSA	1
Totale	25

Sul territorio sono presenti 378 posti letto di cure **intermedie** per un tasso di circa 0,30 per 1000 abitanti (dato a marzo 2022). Le cure intermedie sono un setting di posti letto territoriali destinati al paziente che è in situazione di malattia, non tanto grave da avere necessità di essere ricoverato in ospedale e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio. Relativamente alla medicina generale, l'Azienda opera mediante **861 medici di base e 132 pediatri**.

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

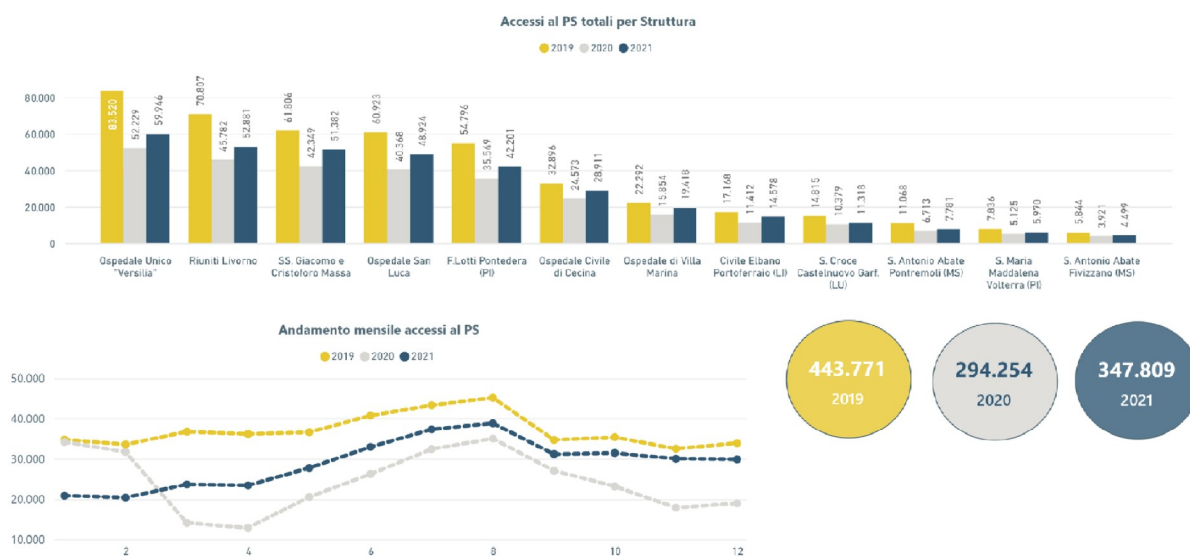
tipologia	P.L. ORD	P.L. DH	P.L. DS	tot ppll
☐ PUBBLICO	2171	174	125	2470
☒ PRESIDIO OSPEDALIERO LIVORNO	361	24	31	416
☒ PRESIDIO OSPEDALIERO VERSILIA	358	40	13	411
☒ PRESIDIO OSPEDALIERO SAN LUCA	315	37	18	370
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO APUANE	308	22	18	348
OSPEDALE APUANE	308	10	17	335
STABILIMENTO CARRARA	0	12	1	13
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO B.VAL DI CECINA VAL DI CORNIA	241	20	13	274
OSPEDALE CIVILE DI CECINA	129	11	6	146
OSPEDALE DI VILLAMARINA	112	9	7	128
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO "FELICE LOTTI"	244	5	16	265
OSPEDALE DI PONTEDERA	232	5	16	253
SPDC AZIENDALE ASL5	12	0	0	12
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO VALLE DEL SERCHIO	131	12	5	148
OSPEDALE SAN FRANCESCO	77	4	1	82
OSPEDALE SANTA CROCE	54	8	4	66
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO LUNIGIANA	102	3	4	109
OSPEDALE S. ANTONIO ABATE FIVIZZANO (MS)	54	2	2	58
OSPEDALE S.ANTONIO PONTREMOLI (MS)	48	1	2	51
☐ PRESIDIO OSPEDALIERO DI PORTOFERRAIO	60	7	3	70
OSPEDALE PORTOFERRAIO	60	7	3	70
☒ PRESIDIO OSPEDALIERO "S.MARIA MADDALENA"	51	4	4	59
☐ PRIVATO ACCREDITATO	341	45	75	461
☒ CASA DI CURA S.CAMILLO	70	31	38	139
☒ CASA DI CURA S.ZITA	56	4	6	66
☒ C. DI CURA M.D. BARBANTINI SANTA CHIARA	45	5	15	65
☒ CASA DI CURA PRIVATA DELLA MISERICORDIA	44	2	0	46
☒ 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	2596	221	200	3017

I principali dati di attività

Nell'anno 2021, grazie anche agli effetti della campagna vaccinale per far fronte alla pandemia, pur non avendo ancora superato il periodo di emergenza sanitaria per contrastare il covid, emerge una sostanziale ripresa delle prestazioni sanitarie erogate rispetto all'anno precedente, periodo nel quale l'Azienda era stata costretta a ridurre l'attività programmata.

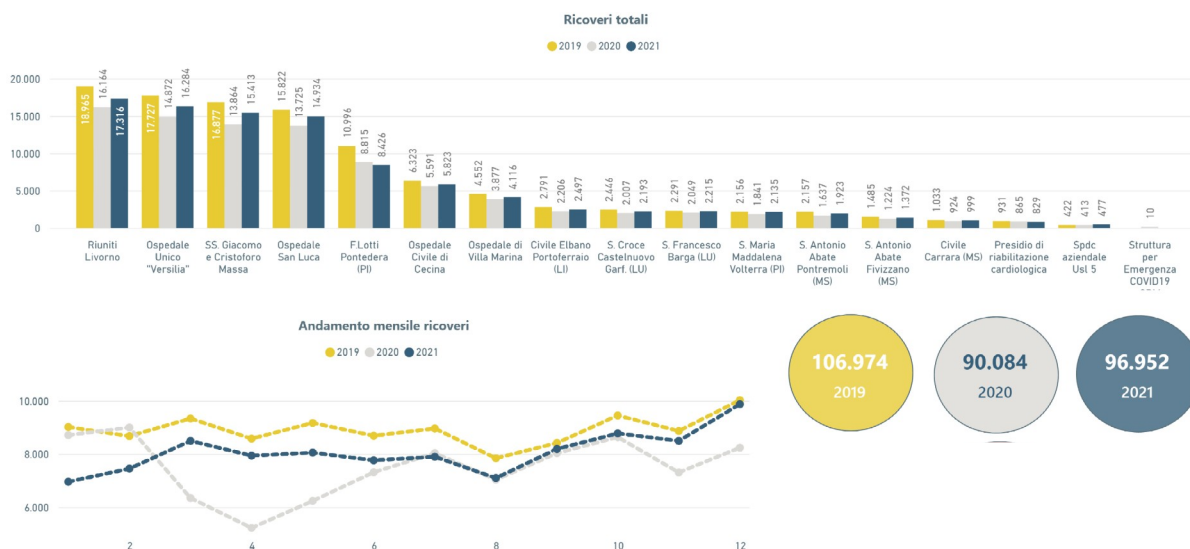
Gli accessi al Pronto Soccorso

Il grafico mostra l'andamento degli accessi al Pronto soccorso tra il 2019 e il 2021, che fanno osservare un aumento (+18%) rispetto all'anno precedente, pur restando ancora inferiori ai livelli pre covid del 2019.



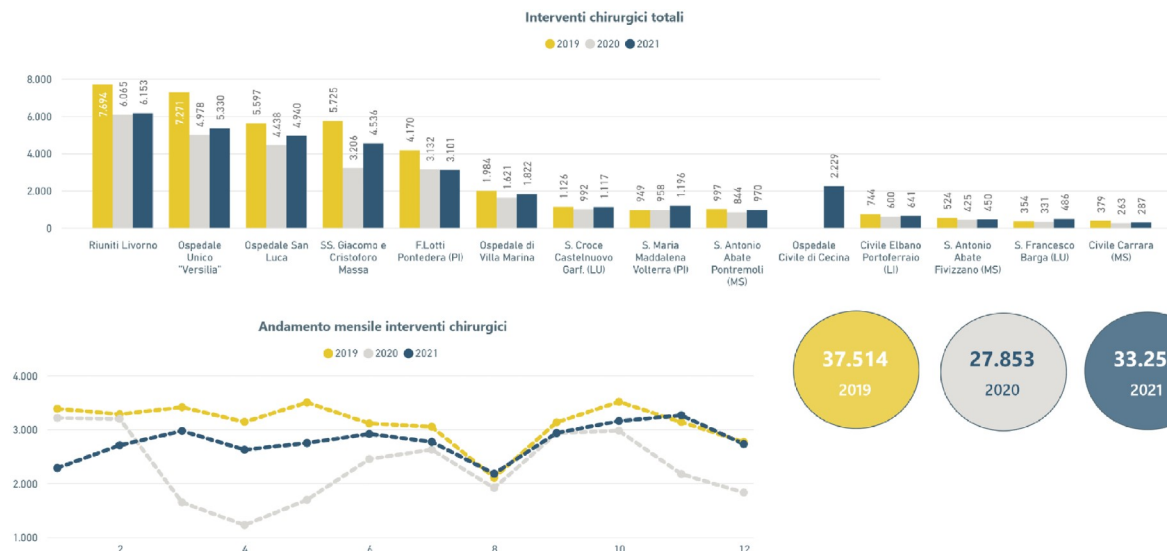
I ricoveri

Anche il numero complessivo dei ricoveri, che nel 2021 è pari a 96.952, mostra una riduzione sul 2019 e un aumento rispetto allo scorso anno (+7,6%).



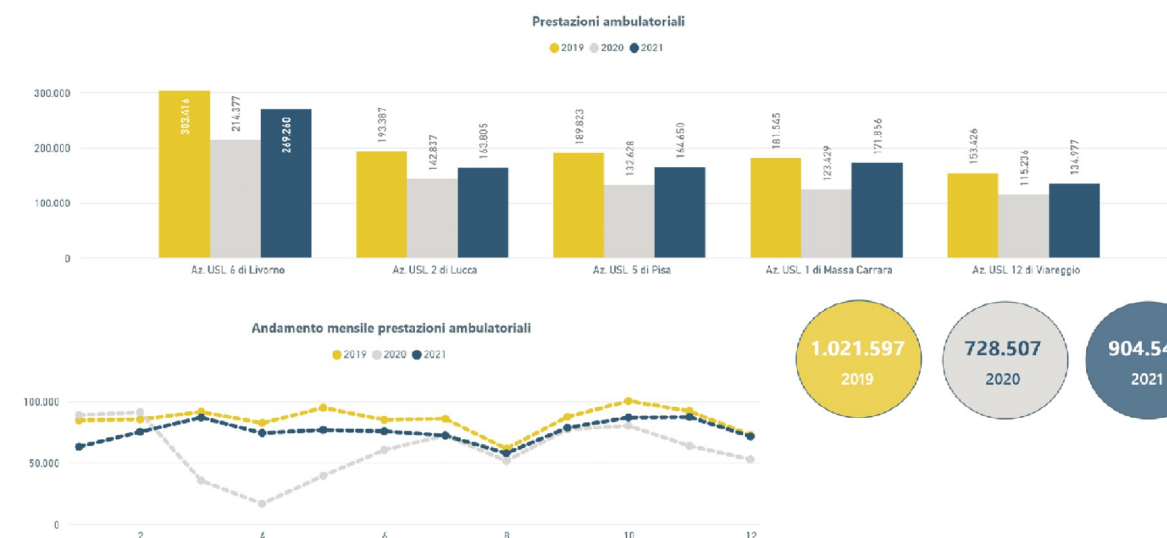
Gli interventi chirurgici

La stessa tendenza si osserva anche per gli interventi chirurgici in regime di ricovero ordinario e day hospital, pari a 33.258 nel 2021, con un aumento del 19% sul 2020.



L'attività ambulatoriale

Andamento analogo si riscontra anche per le visite ambulatoriali e prestazioni diagnostiche erogate oggetto di monitoraggio del Piano regionale di Governo delle liste di attesa (PRGLA).



Anche quest'anno si ritiene opportuno riportare in estrema sintesi alcuni dei principali numeri relativi alla gestione dell'emergenza covid nel 2021.

Principali numeri relativi alla gestione del Covid ATNO	2021	2020
Tamponi Effettuati	776.770	475.642
Test Rapidi Effettuati	107.996	25.760
Casi	92.557	47.081
Guariti	58.385	36.299
Deceduti	1.097	1.335
N ricoveri covid	5.047	4.535
n ricoveri in terapia intensiva	535	843

Nel 2021 (dato al 10 gennaio 2022) sono state inoltre somministrate 2.383.269 dosi di vaccini covid, di cui 1.007.225 prime dosi, 974.916 seconde dosi e 468.497 terze dosi, che hanno permesso di raggiungere una copertura della popolazione dell' 82%

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

Il quadro delle risorse

Il propagarsi del COVID-19 ha profondamente segnato anche l'anno 2021 a livello mondiale. A differenza dell'anno precedente, l'introduzione dei vaccini ha indotto comportamenti parzialmente diversi che hanno permesso una sorta di "convivenza" con il virus stesso, convivenza alla quale dovremo abituarci.

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato investito in pieno dagli effetti del virus, dovendone arginare la diffusione, curare le persone contagiate, somministrare i vaccini nelle diverse dosi richieste.

Gli effetti di questo poderoso sforzo organizzativo hanno profondamente inciso sugli andamenti economici e sui risvolti patrimoniali e finanziari ed il bilancio d'esercizio è il documento dove tali effetti sono facilmente rinvenibili.

Come osservato lo scorso anno, anche se probabilmente sul 2021 con impatto meno rilevante, nel confronto tra i due esercizi, la differenza nell'articolazione e nell'importo dei vari fattori produttivi può sostanzialmente essere attribuita agli effetti della pandemia.

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 2021* e nel *preconsuntivo 2021*; il bilancio preventivo rappresenta infatti il quadro delle risorse che l'Azienda prevede di acquisire e di impiegare nel periodo di riferimento, mentre Il preconsuntivo mostra l'effettivo risultato economico alla chiusura dell'esercizio finanziario di riferimento¹.

¹ Si fa presente che il confronto viene effettuato tra *bilancio di previsione* e *preconsuntivo*, vale a dire con un documento che ha valori quasi del tutto definitivi, ma che possono variare in sede di formale chiusura dell'esercizio e dell'adozione del bilancio d'esercizio.

Cod. CE	Voce 'Modello CE 2019'	BE 2021 (Totale)	BP 2021 (Totale)	Differenza BE 2021-BP 2021	% BE 2021- BP 2021
	A) Valore della produzione				
AA0010	A.1) Contributi in c/esercizio	2.513.991.516	2.429.672.683	84.318.833	3%
AA0240	A.2) Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 693.348	- 12.030.000	11.336.652	-94%
AA0270	A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	28.741.191	-	28.741.191	
AA0320	A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	84.200.045	93.679.351	- 9.479.306	-10%
AA0750	A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	68.901.501	70.156.316	- 1.254.814	-2%
AA0940	A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	23.113.418	18.944.474	4.168.944	22%
AA0980	A.7) Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	31.429.640	28.581.321	2.848.319	10%
AA1060	A.9) Altri ricavi e proventi	21.943.800	6.962.779	14.981.020	215%
AZ9999	Totale valore della produzione (A)	2.771.627.763	2.635.966.924	135.660.839	5%
	B) Costi della produzione				
BA0010	B.1) Acquisti di beni	422.147.178	400.136.542	22.010.636	6%
BA0020	B.1.A) Acquisti di beni sanitari	416.327.079	394.640.380	21.686.699	5%
BA0310	B.1.B) Acquisti di beni non sanitari	5.820.099	5.496.162	323.937	6%
BA0390	B.2) Acquisti di servizi	1.305.858.471	1.247.087.355	58.771.117	5%
BA0400	B.2.A) Acquisti servizi sanitari	1.127.158.939	1.115.561.981	11.596.958	1%
BA1560	B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	178.699.532	131.525.374	47.174.159	36%
BA1910	B.3) Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	55.117.370	54.309.867	807.503	1%
BA1990	B.4) Godimento di beni di terzi	21.457.388	52.911.481	- 31.454.093	-59%
BA2080	Totale Costo del personale	746.950.090	727.447.819	19.502.271	3%
BA2090	B.5) Personale del ruolo sanitario	607.828.330	603.986.841	3.841.489	1%
BA2230	B.6) Personale del ruolo professionale	3.579.052	3.015.035	564.016	19%
BA2320	B.7) Personale del ruolo tecnico	92.341.271	78.960.277	13.380.994	17%
BA2410	B.8) Personale del ruolo amministrativo	43.201.438	41.485.666	1.715.772	4%
BA2500	B.9) Oneri diversi di gestione	18.083.596	15.820.207	2.263.389	14%
BA2560	Totale Ammortamenti	62.946.575	61.814.540	1.132.035	2%
BA2590	B.11.A) Ammortamento dei fabbricati	44.838.530	39.085.635	5.752.895	15%
BA2630	B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	396.340	1.050.000	- 653.660	-62%
BA2660	B.13) Variazione delle rimanenze	9.174.017	-	9.174.017	
BA2690	B.14) Accantonamenti dell'esercizio	65.409.386	15.868.134	49.541.252	312%
BZ9999	Totale costi della produzione (B)	2.707.540.412	2.576.445.946	131.094.466	5%
	C) Proventi e oneri finanziari				
CZ9999	Totale proventi e oneri finanziari (C)	- 9.350.776	- 6.547.356	- 2.803.420	43%
DZ9999	D) Totale rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-	
	E) Proventi e oneri straordinari				
EA0010	E.1) Proventi straordinari	27.039.368	-	27.039.368	
EA0260	E.2) Oneri straordinari	30.068.012	-	30.068.012	
EZ9999	Totale proventi e oneri straordinari (E)	- 3.028.644	-	- 3.028.644	
XA0000	Risultato prima delle imposte (A - B +/- C +/- D +/- E)	51.707.931	52.973.622	- 1.265.691	-2%
	Y) Imposte e tasse				
YA0010	Y.1) IRAP	51.527.938	51.407.155	120.783	0%
YA0060	Y.2) IRES	1.388.198	1.566.467	- 178.269	-11%
YZ9999	Totale imposte e tasse	52.916.136	52.973.622	- 57.486	0%
ZZ9999	RISULTATO DI ESERCIZIO	- 1.208.205	0	- 1.208.205	

L'assetto organizzativo

Di seguito è rappresentata la dimensione dell'**assetto organizzativo** aziendale, descritto dall'organigramma, cioè l'individuazione dei centri di responsabilità a cui attribuire e declinare gli obiettivi per l'attuazione degli indirizzi strategici individuati nel triennio di riferimento.

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

L'organizzazione funzionale è articolata in:

Zone-distretto e/o SdS

Rete ospedaliera e presidi ospedalieri

Dipartimenti assistenziali, tecnico amministrativi, di staff e professionali

Aree omogenee

Unità funzionali territoriali

L'organizzazione professionale è articolata in:

Strutture Operative Complesse

Strutture Operative Semplici, anche autonome (dipartimentali)

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

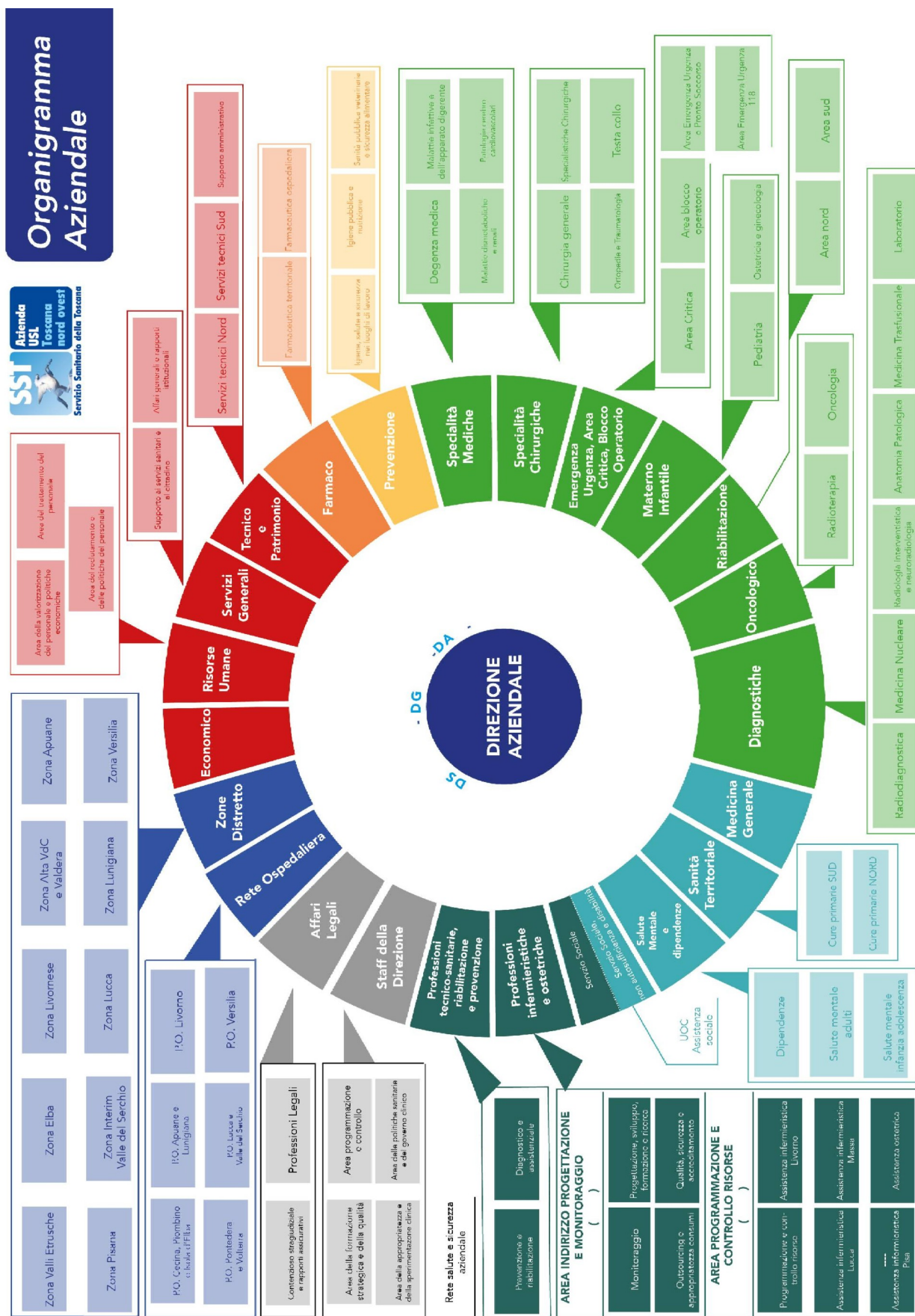
- Incarichi professionali dirigenziali

Incarichi funzionali gestionali e professionali del personale del comparto

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

A seguire si rappresenta schematicamente l'organigramma aziendale.

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



Gli indirizzi strategici regionali

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

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

1. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG):

è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA.
<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5238&area=Lea&menu=monitoraggioLea>

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

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

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

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

La Regione Toscana inoltre assegna annualmente con apposito atto gli obiettivi specifici alle Aziende Sanitarie, selezionando e integrando gli obiettivi provenienti da questi sistemi e facendoli convergere in modo organico in una **delibera**. Tale delibera, che per il 2021 era la n. 117, è strutturata in aree di intervento, che contengono indicatori specifici e i target di riferimento, come mostra la tabella di seguito:

Ambiti e pesature degli obiettivi regionali 2021 (DGR 117-2021)

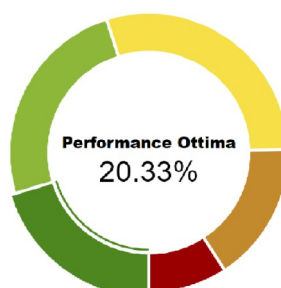
Area	AUSL
Valutazione complessiva Bersaglio (posizionamento)	12
Esiti	5
Nuove diagnosi	5
Percorso oncologico	10
Monitoraggio Farmaceutica	10
Vaccinazioni Covid	15
Tracciamento Covid	5
Vaccinazioni Non Covid	10
Sanità digitale	10
Tempi di attesa	13
Infezioni Correlate all'Assistenza	5
Coordinamento rete pediatrica	
Coordinamento rete oncologica	
Totale peso	100

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

Descrizione	Valutazione
A10 Stili di vita (PASSI)	2.8
B1 Promozione della salute nei primi 1000 giorni	3.221
B16 Comunicazione e partecipazione del cittadino	2.88
B2 Promozione stili di vita sani (PASSI)	2.035
B20G Monitoraggio Tempi Attesa	3.814
B21G Indice cattura	1.147
B22 Attività fisica adattata	0
B24A Sanità digitale	3.008
B26 Sanità di Iniziativa	2.629
B28 Assistenza domiciliare e residenziale	3.288
B5 Screening oncologici	2.582
B6 Donazioni organi	2.759
B6B Sistema trasfusionale	2.5
B7 Copertura vaccinale	3.06
B7R - Vaccinazioni Covid-19	2.977
C10 Soglie chir.oncologica-Performance Tratt. Oncologici	2.468
C10D Rispetto Tempi Max Attesa chir. oncologica	3.595
C11A Assistenza cronicità	2.607
C13 Appopr. diagnostica	2.357
C15 Salute mentale	2.195
C16 Emergenza-urgenza	2.686
C16C Sistema 118	3.017
C17 Riabilitazione	4.273
C2 Efficienza attività di ricovero	2.194
C21 Aderenza farmaceutica	2.663
C22 Terapie intensive	3.041
C28 Cure palliative	2.973
C5 Qualità di processo	3.518
C5E Ricoveri ripetuti	3662
C7B Materno-Infantile assistenza al parto	2.712
C7C Materno-Infantile assistenza territoriale	3.053
C9 Appropriat.Farmaceutica	2.39
D17 Valutazione utenti Materno Infantile	2.05
D18A Dimissioni volontarie	1.754
D19 Osservatorio PREMs	2505
D20 Osservatorio PROMs	2.148
D20B Estensione/adesione PREMS	4.464
E2 % Assenza	1.931
F12A Efficienza. prescr. farmac.	3.838
F15 Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3306
F17 Costo sanitario	2312
RESILIENZA - Appropriat. farmaceutica	3.123
RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto	2.936
RESILIENZA - Oncologia	2.473
RESILIENZA - Reti tempo dipendenti	2.892
RESILIENZA - RSA	3637
RESILIENZA - Screening oncologici	2857
RESILIENZA - Telemedicina	2351
RESILIENZA - Visite e Follow-up	4126

Rispetto ai 300 indicatori di dettaglio presenti sul Sistema di Valutazione si rileva che nel 45% circa dei casi i risultati sono ottimi o buoni, nel 30% medi, nel 16% scarsi e nel 9% pessimi.

Asl Toscana Nord Ovest: gli indicatori del sistema di valutazione 2021_fonte MeS



Performance Pessima	Performance Scarsa	Performance media	Performance buona	Performance Ottima	Totale	ASL
26 (8.67%)	48 (16.00%)	90 (30.00%)	75 (25.00%)	61 (20.33%)	300	nordovest

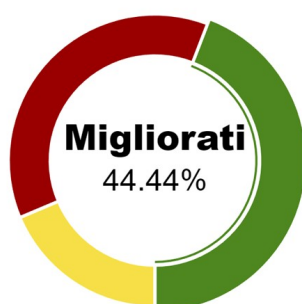
Pur registrando globalmente buoni risultati, è opportuno segnalare che esistono fenomeni di **variabilità interna** tra le diverse zone e stabilimenti di area vasta. La variabilità "evitabile", ossia quella che non rispecchia una reale differenza nel bisogno della popolazione ma è espressione di fenomeni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

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

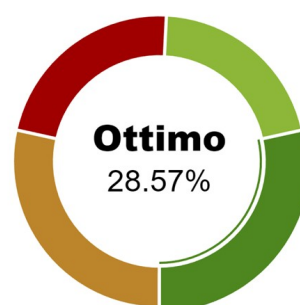
Asl Toscana nord ovest: capacità di miglioramento e gestione della variabilità

2021-2020_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**, ossia essere in grado di garantire parità di risposta a parità di bisogni in qualsiasi contesto geografico della Regione.

Sono il **49%** gli indicatori che sono migliorati complessivamente a livello aziendale, con un **29%** circa di casi in cui si riduce anche la variabilità interna, evidenziando la presenza di una maggiore diffusione di comportamenti omogenei nei diversi ambiti territoriali.

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 della 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 fra 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). Questo è una situazione da approfondire, poiché il peggioramento sembra essere avvenuto in modo diffuso fra tutte le zone o stabilimenti della azienda.

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

Focus sulla performance di alcuni ambiti strategici

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

Come già anticipato, i risultati anche quest'anno sono da interpretare alla luce del perdurare dell'emergenza covid, sia in positivo che in negativo, in quanto i miglioramenti o peggioramenti sono spesso condizionati all'andamento della pandemia, in particolare nei primi mesi dell'anno. I risultati sono inoltre influenzati anche dalla diversa incidenza del virus sui singoli territori o dalla maggiore o minore possibilità di utilizzare le strutture private accreditate.

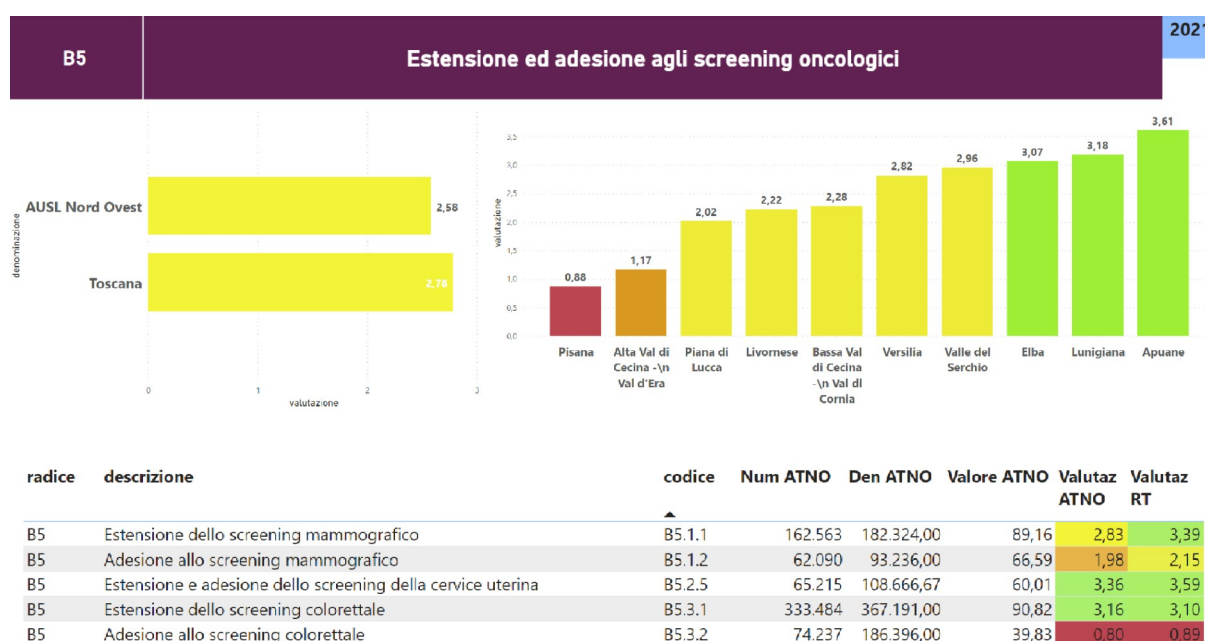
Per quanto riguarda gli obiettivi strategici perseguiti dall'Azienda, con riferimento al piano della performance 2021-2023, poi confluito nel nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2022-2024, si riepilogano in sintesi i risultati raggiunti sulle principali azioni messe in atto.

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

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

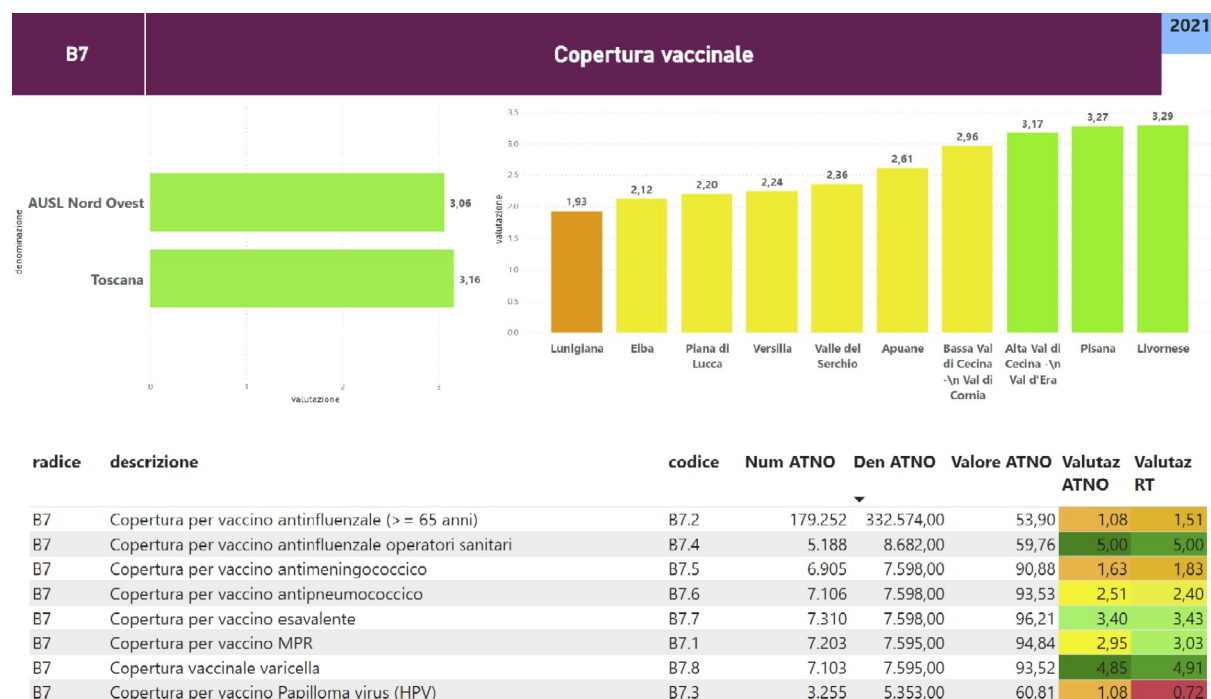
Screening oncologici

L'**estensione** misura quante persone sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel periodo di riferimento. L'**adesione** invece misura quante persone hanno partecipato allo screening rispetto alla popolazione invitata. L'obiettivo regionale di estensione è del 100%. Per lo screening mammografico e cervice l'obiettivo regionale di adesione è almeno 80% mentre per il colon retto è pari al 70%. I dati sono in linea con il valore regionale ed mostrano margini di miglioramento in alcune zone.



Coperture vaccinali

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



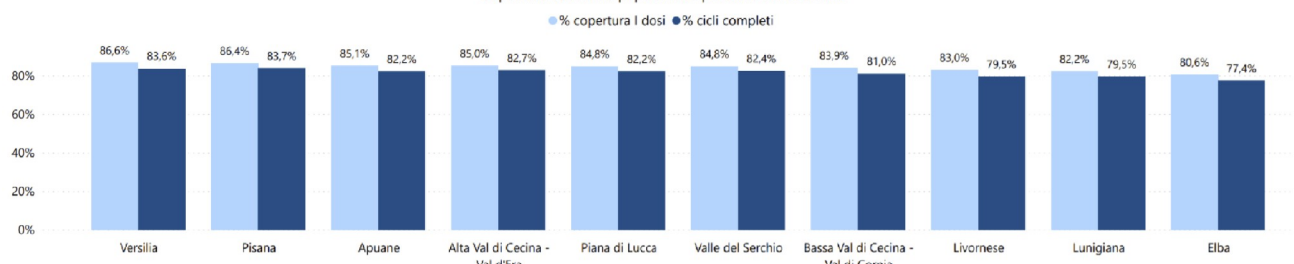
L'Azienda inoltre nel 2021 è stata fortemente impegnata nella campagna vaccinale per contrastare il covid. Nella seguente rappresentazione si riporta il dato complessivo e per zona, che mostra una copertura vaccinale dell'82% circa sul territorio aziendale (dati al 10 gennaio 2022).



Copertura vaccinale popolazione residente per zona

Persone che hanno ricevuto almeno una dose per fascia di età											% copertura vaccinale popolazione residente per fascia di età (*)										
Zona residenza	05-11	12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-over	Totale	Zona residenza	05-11	12-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-over	Totale
Alta Val di Cecina - Val d'Era	11,3%	91,7%	88,8%	85,5%	88,0%	90,5%	92,0%	93,0%	95,1%	85,0%	Alta Val di Cecina - Val d'Era	1,7%	86,5%	86,9%	83,2%	85,6%	89,1%	91,1%	92,2%	94,9%	82,7%
Apuane	16,5%	88,5%	87,9%	82,9%	86,1%	89,2%	91,4%	93,5%	93,4%	85,1%	Apuane	1,1%	82,4%	85,2%	80,6%	83,2%	87,2%	90,2%	92,7%	93,3%	82,2%
Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	17,2%	87,8%	84,6%	81,5%	83,7%	88,6%	90,5%	91,6%	93,3%	83,9%	Bassa Val di Cecina - Val di Cornia	1,5%	81,9%	82,0%	78,8%	80,7%	86,2%	89,3%	90,5%	93,2%	81,0%
Elba	13,1%	84,6%	83,6%	77,4%	82,8%	85,6%	87,3%	85,7%	88,4%	80,6%	Elba	0,2%	76,4%	80,6%	74,1%	79,2%	83,3%	85,9%	84,6%	87,7%	77,4%
Livornese	15,2%	87,0%	85,9%	81,7%	83,5%	87,5%	90,4%	91,2%	92,3%	83,0%	Livornese	1,3%	80,9%	83,0%	78,8%	78,5%	83,5%	89,4%	90,4%	92,3%	79,5%
Lunigiana	13,4%	84,0%	82,2%	77,9%	80,2%	84,7%	89,3%	90,6%	95,6%	82,2%	Lunigiana	0,2%	76,6%	79,4%	75,2%	77,7%	83,0%	88,1%	89,7%	95,2%	79,5%
Piana di Lucca	12,2%	89,7%	88,6%	85,6%	86,5%	89,6%	91,8%	93,5%	93,6%	84,8%	Piana di Lucca	1,2%	83,6%	86,2%	83,3%	84,2%	88,1%	90,7%	92,5%	93,3%	82,2%
Pisana	15,8%	92,4%	89,9%	86,2%	88,3%	91,7%	92,8%	93,9%	94,5%	86,4%	Pisana	1,2%	87,3%	87,0%	83,7%	85,5%	90,3%	91,7%	93,1%	94,5%	83,7%
Valle del Serchio	11,0%	88,5%	88,2%	84,3%	85,5%	88,7%	90,4%	93,1%	92,9%	84,8%	Valle del Serchio	0,3%	82,6%	86,3%	82,2%	83,0%	86,7%	89,1%	92,0%	92,8%	82,4%
Versilia	16,4%	89,8%	88,1%	87,2%	86,4%	90,9%	93,0%	94,5%	95,4%	86,6%	Versilia	1,9%	83,2%	85,3%	84,1%	83,5%	89,0%	91,7%	93,3%	95,3%	83,6%
Totale	14,6%	89,3%	87,5%	84,1%	85,8%	89,4%	91,5%	92,7%	93,8%	84,8%	Totale	1,3%	83,3%	84,9%	81,5%	82,8%	87,3%	90,3%	91,8%	93,7%	81,9%

Copertura vaccinale popolazione per zona di residenza

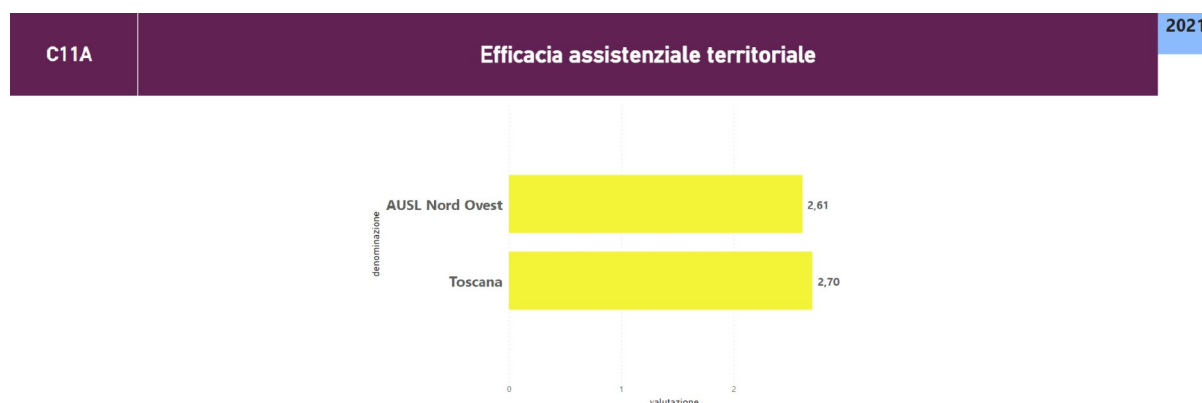


(*) Nota bene: le dosi uniche di Janssen sono state considerate come seconde dosi in quanto conclusive del ciclo vaccinale

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

Efficacia assistenziale territoriale

Il dato esprime una valutazione di sintesi su un set di indicatori che monitora alcuni aspetti dell'efficacia della presa in carico dei pazienti con diabete, scompenso o pregresso ictus. Il risultato rientra nella fascia gialla intermedia, con valutazioni positive a livello aziendale sul tasso di amputazioni maggiori per diabete e sulla terapia antitrombotica per ictus. La percentuale di pazienti diabetici che effettuano visite oculistiche ogni 2 anni, è pari al 26% circa e costituisce un aspetto da presidiare maggiormente sia a livello aziendale che regionale.



radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
C11A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di creatinina	C11A.1.2A	18.059	27.391,00	66,21	2,85	2,92
C11A	Residenti con Scompenso Cardiaco con almeno una misurazione di sodio e potassio	C11A.1.2B	14.536	27.391,00	53,12	2,59	2,60
C11A	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con ACE inibitori-sartani	C11A.1.3	15.190	27.391,00	56,21	1,18	1,27
C11A	Residenti con Scompenso Cardiaco in terapia con beta-bloccante	C11A.1.4	17.550	27.391,00	64,64	2,72	2,52
C11A	Residenti con Diabete con almeno una misurazione della Emoglobina Glicata	C11A.2.2	48.718	88.990,00	54,68	1,89	2,20
C11A	Residenti con Diabete con almeno una visita oculistica negli ultimi due anni	C11A.2.3	23.803	88.990,00	26,85	0,77	0,80
C11A	Tasso di amputazioni maggiori per Diabete per milione di residenti (triennale)	C11A.2.4	87	3.781.182,00	23,01	3,17	3,69
C11A	Residenti con Ictus in terapia antitrombotica	C11A.5.1	15.661	21.641,00	70,82	3,54	3,54

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

La **Centrale Operativa Territoriale (COT)**, come previsto nel DM 77/2022, che definisce gli standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, è uno strumento organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza. Ad oggi a livello aziendale è presente in tutte le zone l'ACOT (Agenzia di continuità ospedale territorio), che coordina la presa in carico del paziente che ha bisogno delle cure intermedie o di assistenza domiciliare). Le cure intermedie sono un setting di assistenza territoriale destinato a chi è in situazione di malattia, non tanto grave da avere necessità di essere ricoverato in ospedale e ancora non è sufficientemente stabilizzato per vivere al proprio domicilio. La COT può essere rappresentata come una evoluzione dell'ACOT. E' in corso di definizione il disegno complessivo del modello di funzionamento della centrale e l'analisi della necessità delle infrastrutture tecnologiche, in coerenza con gli indirizzi regionali. Nel corso del 2021 sono stati definiti in base agli indirizzi regionali gli interventi nelle singole zone distretto nell'ambito del PNRR, per avere le COT attive entro il 2024.

Sviluppo delle case di comunità

Al 31 dic 2021 le Case della salute sul territorio aziendale sono 25, con una distribuzione non omogenea tra le zone. Nel corso del 2021 sono stati definiti gli interventi previsti, secondo le indicazioni regionali, nelle singole zone distretto nell'ambito del PNRR o con altri fondi. Per gli interventi inseriti nel PNRR le strutture dovranno essere aperte entro il 2026.

Potenziamento delle cure intermedie e assistenza domiciliare

Sul territorio a marzo 2022 sono presenti 379 posti letto a livello aziendale, per un tasso di 0,3 posti letto per 1000 abitanti. Le necessità di aperture e chiusure dei posti letto di cure intermedie sono andate di pari passo con le esigenze legate l'andamento dell'emergenza covid, per "decongestionare" l'ospedale, offrendo un setting appropriato a soggetti che non avevano raggiunto la stabilità clinica che consente il rientro e/o il mantenimento a domicilio. Nel corso del 2021 sono stati individuati gli otto interventi per l'apertura degli ospedali di comunità inseriti nel PNRR.

L'assistenza domiciliare e residenziale

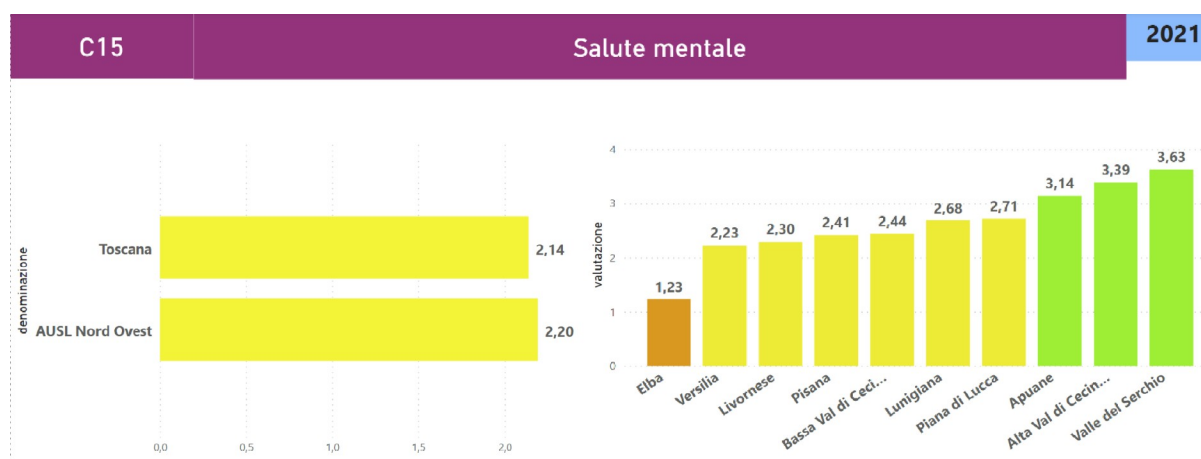
Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare e residenziale, si riporta l'indicatore di sintesi, articolato in indicatori di dettaglio che valutano diversi aspetti della presa in carico dei pazienti. Il risultato nel complesso è buono. Alcuni dati di attività potrebbero essere sottostimati per problemi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

B28		Assistenza Domiciliare e Residenziale					2021
							
radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
B28	Percentuale di anziani in Cure Domiciliari con valutazione	B28.1.2	29.353	331.248,00	8,86	3,28	4,39
B28	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	B28.1.5	75.277	611.870,00	12,30	3,15	3,81
B28	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	B28.2.11	1.252	35.918,00	3,49	3,76	3,89
B28	Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni	B28.2.12	7.260	35.918,00	20,21	3,42	3,85
B28	Tasso di assistiti con almeno 8 accessi al mese per 1.000 residenti	B28.2.2	7.565	1.253.959,00	6,03	2,02	3,23
B28	Percentuale di dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	B28.2.5	2.451	31.511,00	7,78	2,64	3,94
B28	Tasso di prese in carico con CIA >0,13 per over 65 in Cure Domiciliari	B28.2.9A	11.318	331.248,00	34,17	2,28	2,93
B28	Percentuale di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	B28.3.1	2.764	3.186,00	86,76	4,34	3,75
B28	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (over 65 anni)	B28.3.11	271	1.398,00	19,39	2,23	2,91
B28	Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS over 65 anni	B28.3.12	341	1.398,00	24,39	1,95	2,57
B28	Percentuale di copertura della Mappatura delle RSA	B28.3.19	99	107,00	92,52	3,25	2,72
B28	Percentuale di ammissioni in RSA avvenute entro 30 giorni dalla presa in carico	B28.3.3	356	532,00	66,92	3,35	2,81
B28	Tasso segnalazioni su popolazione >= 65 anni	B28.4	30.502	331.248,00	92,08	2,10	3,82
B28	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1)	D22Z.1	6.354	1.253.959,00	5,07	3,38	5,00
B28	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 2)	D22Z.2	4.067	1.253.959,00	3,24	3,24	5,00
B28	Tasso di pazienti trattati in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 3)	D22Z.3	2.664	1.253.959,00	2,12	2,12	4,74

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

La salute mentale

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

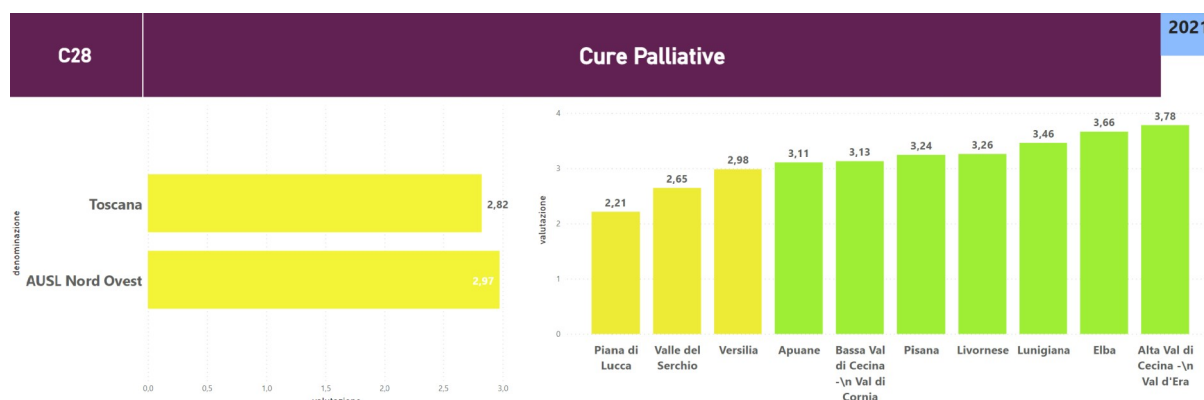


La performance dell'azienda sugli indicatori misurati registra un risultato di sintesi medio e mette in luce punti di debolezza sulla tempestività della presa in carico dopo la dimissione (C15.2) e l'elevata percentuale di ricoveri ripetuti entro 7 giorni.

radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
C15	% di trattamenti multi-professionali	C15.10	2.096	5.200,00	40,31	2,74	2,51
C15	Continuità nella presa in carico dei pazienti assistiti	C15.17	5.798	10.718,00	54,10	2,86	2,96
C15	Continuità nella presa in carico dei pazienti maggiorenni assistiti	C15.17.1	3.300	6.043,00	54,61	2,02	2,39
C15	Continuità nella presa in carico dei pazienti minorenni assistiti	C15.17.2	2.498	4.675,00	53,43	3,29	2,91
C15	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	C15.2	561	1.536,00	36,52	0,50	0,91
C15	Appropriatezza psicoterapeutica	C15.4	275	677,00	40,62	4,48	3,42
C15	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	C15A.13.2	141	2.043,00	6,90	0,40	0,91
C15	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche	C15A.13A	112	2.171,00	5,16	3,43	2,87

Le Cure palliative

L'indicatore, che nel 2021 riporta una performance intermedia, con la maggior parte delle zone in fascia verde, raggruppa i sotto indicatori che misurano alcuni elementi caratterizzanti la fase del fine vita oncologico, quali la tempestività di ricovero e la durata della degenza in Hospice, che mostra un punto di debolezza.



radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
C28	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	C28.2B	419	435,00	96,32	4,39	3,80
C28	Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	C28.3	56	435,00	12,87	3,43	3,82
C28	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	D30Z	1.387	4.120,67	33,66	2,87	2,84
C28	N. di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	D32Z	104	378,00	27,51	1,50	0,77

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

Estensione del modello dell'infermiere di famiglia e comunità

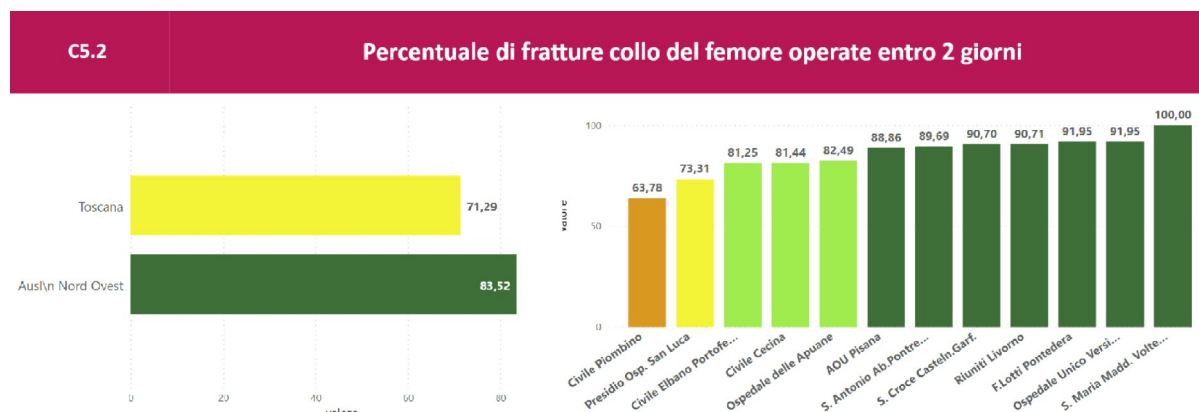
L'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti, ponendo al centro la persona. La copertura sul territorio nel 2021, misurata mediante la percentuale di popolazione che può fare riferimento all'IFeC, è pari al 36,4% e l'obiettivo è quello di estendere progressivamente. L'obiettivo per il 2021, che prevedeva l'avvio in tutte le zone, è stato raggiunto.

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

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

Rete emergenza urgenza: frattura del femore

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



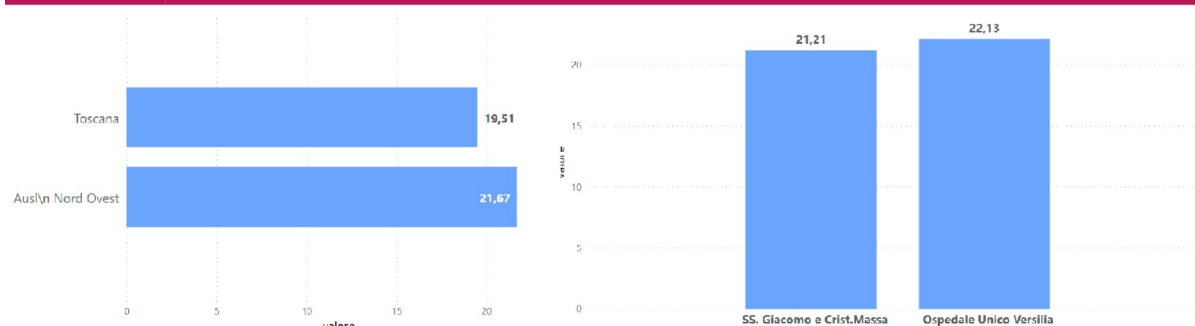
Area Materno Infantile: la rete dei punti nascita

Per l'area materno infantile, uno degli indicatori traccianti monitorati anche dal Nuovo Sistema di garanzia è la percentuale dei parti cesarei. L'obiettivo per i punti nascita di I livello o con meno di 1000 parti è di 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.

H17C Percentuale parti cesarei primari in maternita' di I livello o comunque con meno di 1.000 parti



H18C Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti



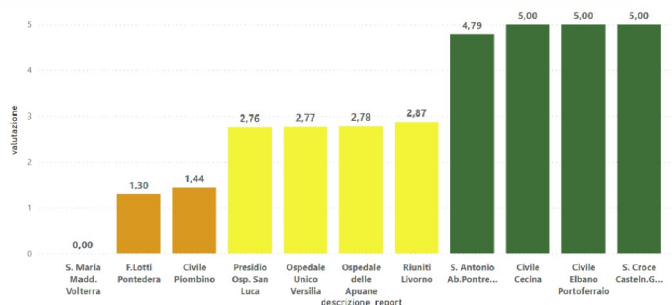
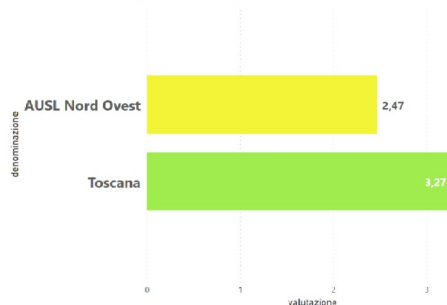
Rete oncologica

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 chemioterapia 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 (135, considerando un margine di tolleranza del 10%).

L'azienda mostra complessivamente un risultato positivo, presentando un punto di debolezza sul rispetto dei volumi per TM prostata. Su questo aspetto è comunque da segnalare che gli interventi eseguiti con il Robot presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) da parte dei professionisti aziendali, sono rilevati nell'ambito dell'attività svolta da AOUP.

C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	2021
-----	--	------



radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
C10	Percentuale di ricoveri sopra soglia per tumore maligno alla prostata	C10.1.1	0	28,00	0,00	0,00	3,01
C10	Indice di dispersione della casistica in reparti sotto soglia per interventi chirurgici per tumore maligno alla prostata	C10.1.2	254	2,65	96,04	0,08	3,46
C10	Percentuale di interventi conservativi o nipple/skin sparing sugli interventi per tumore maligno della mammella	C10.2.1	832	975,00	85,33	4,53	4,69
C10	Percentuale di donne che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella contestualmente al ricovero per tumore alla mammella	C10.2.2	620	821,00	75,52	4,08	4,22
C10	Percentuale di donne sottoposte a re-intervento entro 120 giorni dall'intervento conservativo (triennale)	C10.2.3	31	1.485,00	2,09	2,59	2,36
C10	Percentuale di donne con follow up mammografico tra 6 e 18 mesi dall'intervento per tumore alla mammella	C10.2.6	528	712,00	74,16	2,53	2,60
C10	Percentuale di pazienti con tumore al colon sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	C10.3.1	16	949,00	1,69	3,73	3,12
C10	Percentuale di pazienti con tumore al retto sottoposti a re-intervento entro 30 giorni (triennale)	C10.3.2	4	175,00	2,29	2,80	1,97
C10	Pazienti oncologici ospedalizzati nell'ultimo mese di vita	C10.8.1	1.237	4.496,00	27,51	1,98	2,57
C10	Pazienti oncologici deceduti in ospedale per patologia oncologica	C10.8.1.1	476	4.496,00	10,59	1,97	2,38
C10	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	H02Z	839	966,00	86,85	3,69	4,05

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 ha messo in campo diverse strategie con l'obiettivo di allineare la domanda e l'offerta, con una logica di appropriatezza nei diversi percorsi. Sono proseguite le azioni finalizzate al miglioramento delle liste di attesa. Sulla specialistica ambulatoriale sono state realizzate le seguenti azioni, che prevedono da un lato l'incremento dell'offerta e dall'altro azioni sull'organizzazione e governo dell'appropriatezza della domanda.

Incremento offerta:

- Attività aggiuntiva ex Art 115
- Integrazione dell'offerta con strutture Private accreditate

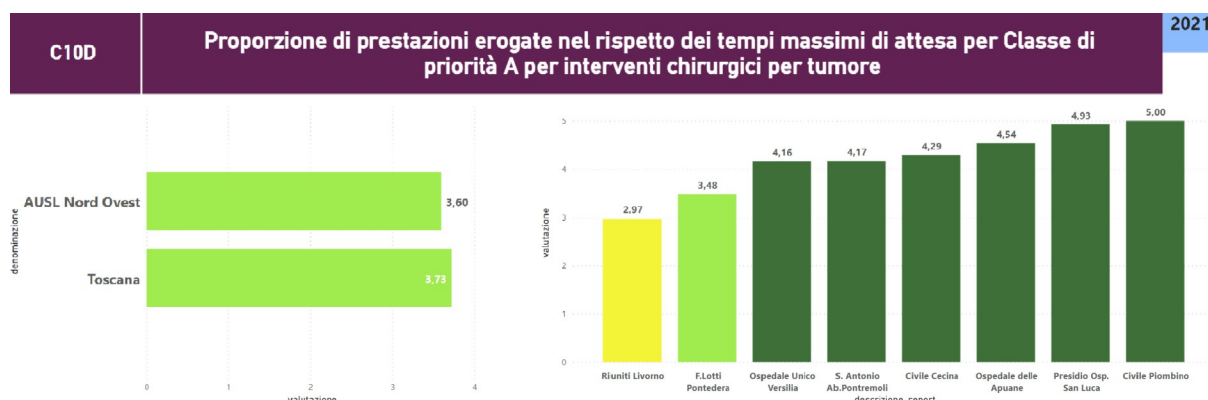
Azioni sull'organizzazione e governo della appropriatezza

- Riorganizzazione delle agende
- Tavolo di programmazione di area vasta con incontri settimanali e monitoraggi periodici
- Gruppi di area vasta sulle specialistiche ambulatoriali che coinvolgono tutti gli attori del percorso con incontri e monitoraggi mensili.

Governo delle liste di attesa chirurgiche

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

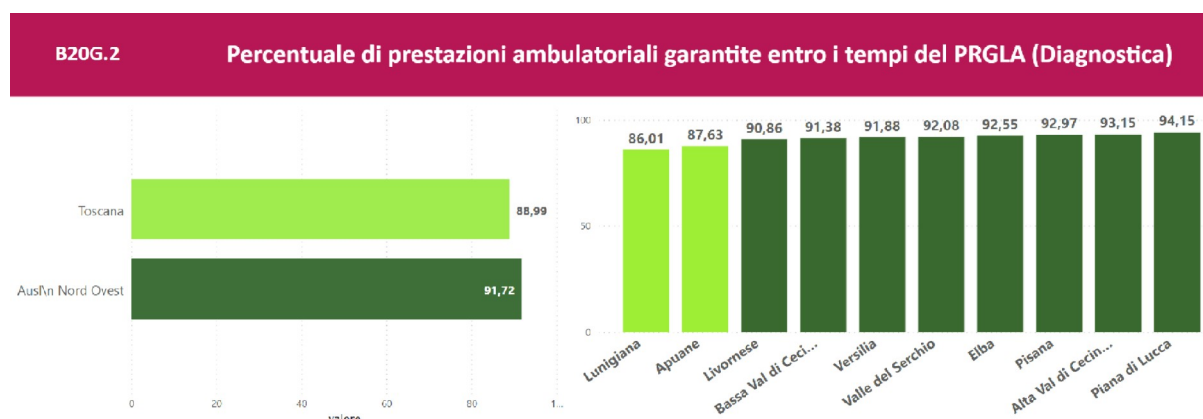
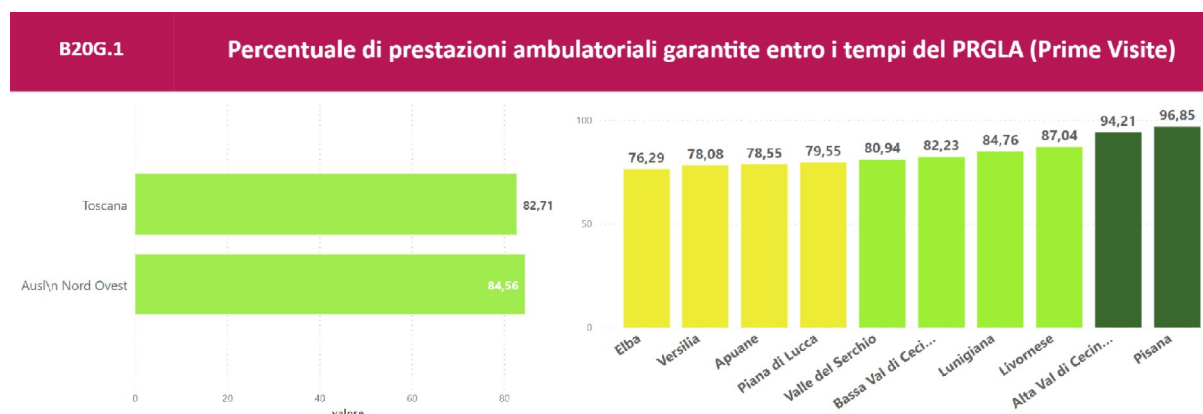
In coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Gestione Liste d'Attesa (PNGLA), l'indicatore C10D misura il numero di ricoveri (priorità A) con tempo di attesa inferiore o uguale a 30 giorni per diverse patologie (mammella, retto, colon, polmone, melanoma, prostata). I dati mostrano che, pur in situazione di difficoltà, l'azienda ha continuato a portare avanti le azioni per il monitoraggio e la riduzione delle attese, con risultati positivi. L'indicatore esprime una valutazione di sintesi che tiene conto dei tempi di attesa nei diversi interventi.



Governo delle liste di attesa ambulatoriali

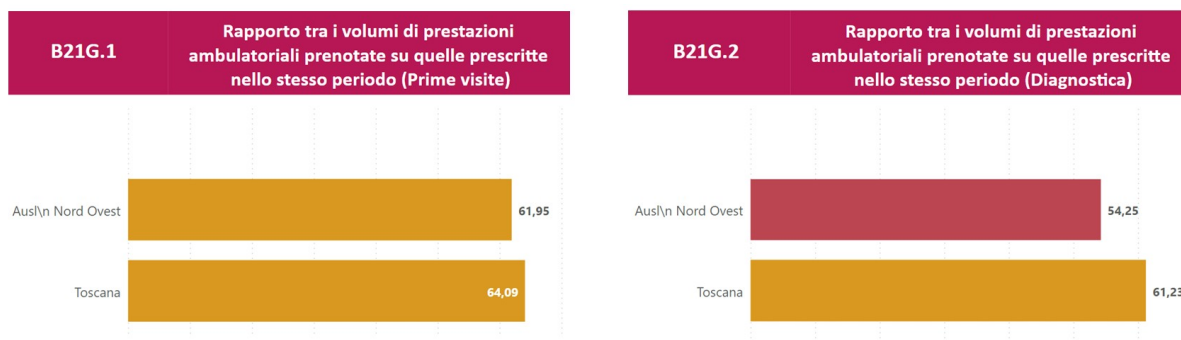
Le azioni per il governo delle liste di attesa, finalizzate al rispetto delle soglie previste nel Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa (PNGLA) costituiscono una priorità per l'azienda, che ha messo in campo diverse strategie con l'obiettivo di allineare la domanda e l'offerta, con una logica di appropriatezza nei diversi percorsi: a questo proposito già negli anni scorsi erano state avviate diverse azioni, tra cui:

- la separazione dei percorsi dei pazienti di primo accesso rispetto alle visite di controllo
- le collaborazioni con AOUP e FTGM e le strutture private accreditate
- attivazione/proroga progetti di attività aggiuntiva finalizzati allo smaltimento delle liste di attesa



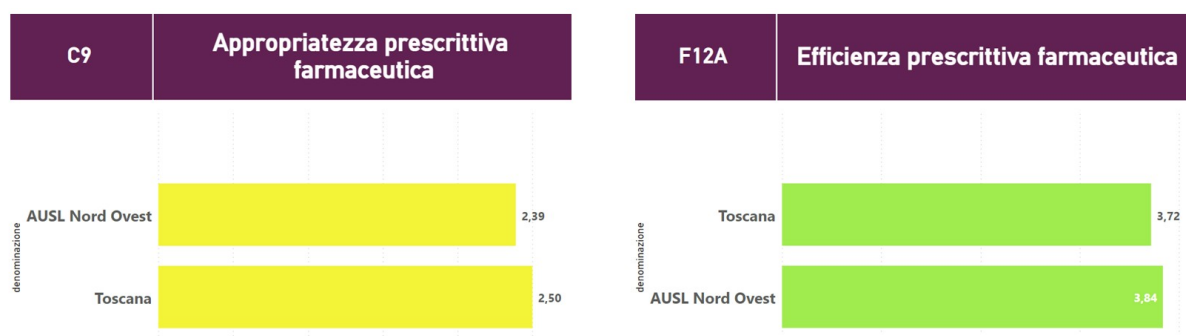
I dati mostrano un quadro positivo, è tuttavia da considerare della difficoltà cronica legata al reperimento degli specialisti. Il dato positivo sulle attese è "mitigato" dal risultato di un altro

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 indicatore che misura la capacità dell'azienda di intercettare la domanda dei cittadini, su cui rileva un punto di debolezza.



Governo dell'appropriatezza farmaceutica

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



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

radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
C9	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	B4.1.1	1.068.695	1.325.083,91	2,21	2,27	1,95
C9	Consumo di oppioidi sul territorio	B4.1.1A	2.339.413	1.325.083,91	4,84	2,55	2,15
C9	Consumo territoriale di morfina	B4.1.3	6.961.148	1.325.083,91	5,25	2,84	1,39
C9	Incidenza della morfina sul territorio	B4.1.5	72.181	1.068.541,68	6,76	1,69	1,30
C9	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali è stata prescritta una terapia con beta-bloccanti alla dimissione	C21.2.1	797	1.081,00	73,73	2,75	2,63
C9	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti ACE inibitori o Sartani alla dimissione	C21.2.2	642	1.076,00	59,67	1,97	2,70
C9	Percentuale di pazienti dimessi per IMA ai quali sono stati prescritti contestualmente antiaggreganti e statine alla dimissione	C21.2.3	828	1.093,00	75,76	3,28	3,43
C9	Consumo di inibitori di pompa protonica (Antiacidi) sul territorio	C9.1	35.361.535	1.325.083,91	26,69	2,58	2,61
C9	Polypharmacy sul territorio	C9.10.1	24.795	127.146,00	19,50	2,60	3,37
C9	Incidenza degli antibiotici iniettabili nei reparti	C9.13	328.526	459.983,71	71,42	1,84	2,17
C9	Consumo di Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie	C9.19.1	6.751.920	9.548.761,97	70,71	0,00	0,00
C9	Iperprescrizione di statine	C9.6.1.1	3.071	134.274,00	2,29	4,71	4,57
C9	Percentuale pazienti aderenti alla terapia con statine sul territorio	C9.6.1.2	68.354	133.920,00	51,04	2,10	2,11
C9	Consumo di antibiotici sul territorio	C9.8.1.1	5.201.644	1.325.083,91	10,76	5,00	5,00
C9	Consumo di antibiotici in età pediatrica	C9.8.1.1.1	350.817	135.422,00	7,10	5,00	5,00
C9	Consumo di cefalosporine in età pediatrica	C9.8.1.1.2	68.303	135.422,00	1,38	3,56	3,90
C9	Consumo di fluorochinoloni sul territorio (sorveglianza antimicrobico-resistenza)	C9.8.1.1A	580.575	1.325.083,91	1,20	3,60	3,99
C9	Incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio	C9.8.1.2	110.282	5.201.644,12	2,12	1,36	1,66

radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
F12A	Percentuale di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	F12A.14	17.297.611	20.989.344,00	82,41	3,24	3,36
F12A	% Rituximab biosimilare o vincitore di gara	F20.10	806.098	807.398,00	99,84	4,98	3,90
F12A	% Trastuzumab biosimilare o vincitore di gara	F20.11	811.981	849.912,59	95,54	4,11	3,98
F12A	% Adalimumab biosimilare o vincitore di gara	F20.12	18.905	20.269,00	93,27	4,39	4,49
F12A	% Follitropina biosimilare o vincitore di gara	F20.13	3.809	4.485,00	84,93	4,25	4,32
F12A	% Enoxaparina biosimilare o vincitore di gara	F20.14	2.294.093	2.531.902,00	90,61	3,32	2,77
F12A	% Somatropina biosimilare o vincitore di gara	F20.15	13.417	21.618,00	62,06	4,37	4,20
F12A	% Epoietina biosimilare o vincitore di gara	F20.16	122.628	131.745,10	93,08	4,23	4,40
F12A	% Fattori di crescita delle colonie biosimilari o vincitori di gara	F20.17	21.610	21.688,00	99,64	4,82	4,49
F12A	% Insulina glargine biosimilare o vincitore di gara	F20.18	230.799	230.799,00	100,00	5,00	5,00
F12A	% Insulina lispro biosimilare o vincitore di gara	F20.19	180.463	247.715,00	72,85	4,66	4,69
F12A	% Teriparatide biosimilare o vincitore di gara	F20.20	1.658	3.976,00	41,70	2,11	2,96
F12A	% Imatinib equivalente	F20.7	162.420	170.100,00	95,49	4,70	4,13
F12A	% Etanercept biosimilare o vincitore di gara	F20.8	21.340	22.968,00	92,91	4,29	4,43
F12A	% Infliximab biosimilare o vincitore di gara	F20.9	1.281	1.356,10	94,44	4,07	1,63

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

La transizione al digitale è il presupposto indispensabile per garantire servizi innovativi. L'obiettivo è rendere i servizi sempre più a misura di utente, facilitare il lavoro degli operatori e rendere tutto questo più semplice da gestire, informatizzando i processi e digitalizzando i percorsi. Con questi presupposti, già dall'anno 2020, l'Azienda si è pertanto dotata di un **Piano specifico per la Transizione al digitale**.

Proprio nell'ottica della digitalizzazione della Sanità, l'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha deciso di mettere in campo le proprie competenze e le proprie soluzioni per consentire di accelerare sulla modernizzazione del sistema sanitario partendo dal Piano per la Transizione al Digitale, documento cardine per governare la trasformazione digitale e la costituzione di apposite **Cabine di Regia (CdR)**. Il piano per la Transizione al Digitale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest ha permesso di suddividere e contenere i progetti all'interno di quindici macro-temi. Il piano per la transizione al digitale 2021 - 2023 descrive il percorso verso la trasformazione digitale dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest in risposta ad un contesto esterno che sta cambiando rapidamente e che pone l'Azienda di fronte a nuove sfide e importanti opportunità. In questo momento storico, non si può prescindere dal menzionare il PNRR, che racchiude e collega molti ambiti tra loro. Il PNRR fa parte del programma europeo noto come Next Generation EU (NGEU), che intende promuovere una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere. Al centro della Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza ci sono il potenziamento e la diffusione di sistemi di telemedicina per rafforzare il servizio di assistenza territoriale fondato sulla digitalizzazione.

La strutturazione degli aspetti organizzativi si è sintetizzata con la funzione della **Cabina di Regia Transizione al Digitale**, che si è concentrata sulla definizione della strategia integrata e coordinata con i principali indirizzi di programmazione aziendali, con la progettazione funzionale dei sistemi e il governo della transizione al digitale, in garanzia della continuità e qualità dei servizi, della sicurezza dei pazienti, della protezione e la conservazione dei dati personali. Sono state, quindi, istituite, al fine di focalizzare azioni ed energie, ulteriori cinque CdR tematiche: Cartella Clinica Elettronica Ospedaliera, Cartella Socio-Sanitaria Territoriale, Servizi al Cittadino, Telemedicina e Ordini e fatture elettronici. In questo documento è riportato una estrema sintesi dei progetti maggiori.

Sviluppo della telemedicina

A livello aziendale è stato costituito un GdL per quanto riguarda lo sviluppo della telemedicina in carcere: l'applicazione, quindi, della teleradiologia in ambito della sanità penitenziaria e la definizione dell'approccio in ambito telemedicina sulla base dei fondi ministeriali effettivamente utilizzabili. L'obiettivo è implementare soluzioni di teleradiologia e progettazione di televisita, teleconsulto, telemonitoraggio per i pazienti dei penitenziari. Il GdL aziendale si è concentrato nella prima fase sull'isola di Gorgona e sulla Casa di Reclusione di Porto Azzurro.

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

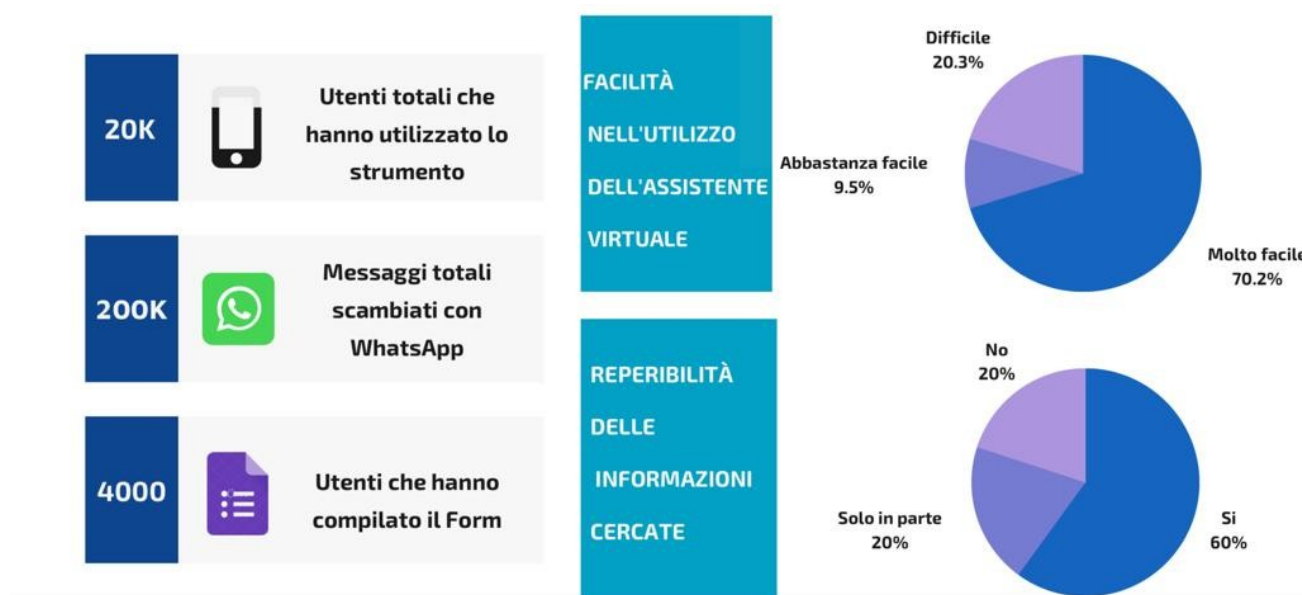
Promuovere e potenziare i Servizi al Cittadino

Un percorso già iniziato in questi anni per migliorare i servizi agli operatori ed ai cittadini è l'Assistente virtuale WhatsApp dell'Azienda UsI Toscana Nord Ovest. Si tratta di uno strumento di chat con cui è possibile ottenere informazioni legate al COVID-19, alle vaccinazioni e non solo. Tale strumento è di facile utilizzo e fornisce, 24 ore su 24, le risposte alle domande più frequenti sull'emergenza Coronavirus e i relativi vaccini nonché i link diretti alle pagine utili per inoltrare specifiche richieste online. Alla conversazione con l'assistente virtuale si può accedere tramite cellulare o tramite PC: i cittadini hanno così l'opportunità di ricevere un primo livello di informazioni in tempo reale, senza dover telefonare o scrivere e-mail. Se le indicazioni ottenute non sono ritenute soddisfacenti, è possibile inoltre chattare con un operatore umano che fornirà ulteriori chiarimenti. Si tratta della prima esperienza in Italia nell'ambito delle Aziende sanitarie locali.

Un modo di sperimentare la tecnologia in maniera intelligente, senza sostituire il contatto umano. In questo periodo particolare, la necessità di accesso a canali per la distribuzione di informazioni chiare ed immediate, ha assunto un'importanza primaria.

Nel 2021 sono stati istituiti diversi gruppi di lavoro aziendali per implementare nuovi servizi all'interno del chatbot. Parallelamente, per gestire la piattaforma in autonomia il GdL ha espresso la necessità di una formazione ad hoc per inserire contenuti e strutturare lo strumento in maniera dinamica in modo che sia sempre più aggiornato e ricco di contenuti.

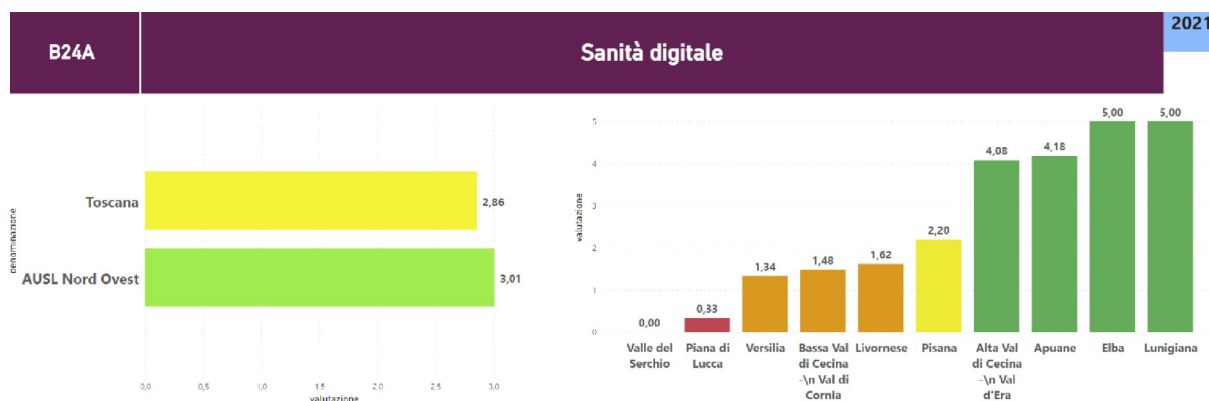
Di seguito alcuni numeri sull'utilizzo del servizio:



Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali

Rispetto al completamento dell'estensione della Cartella clinica elettronica ospedaliera (C7), a gennaio 2022 è pari all'83%. Per quanto riguarda invece la diffusione della Cartella socio sanitaria elettronica territoriale (aster cloud), nel 2021 risulta completato per l'80% (è rimasto da terminare il trasferimento di parte della salute mentale e dei consultori nei territori di Livorno e Pisa).

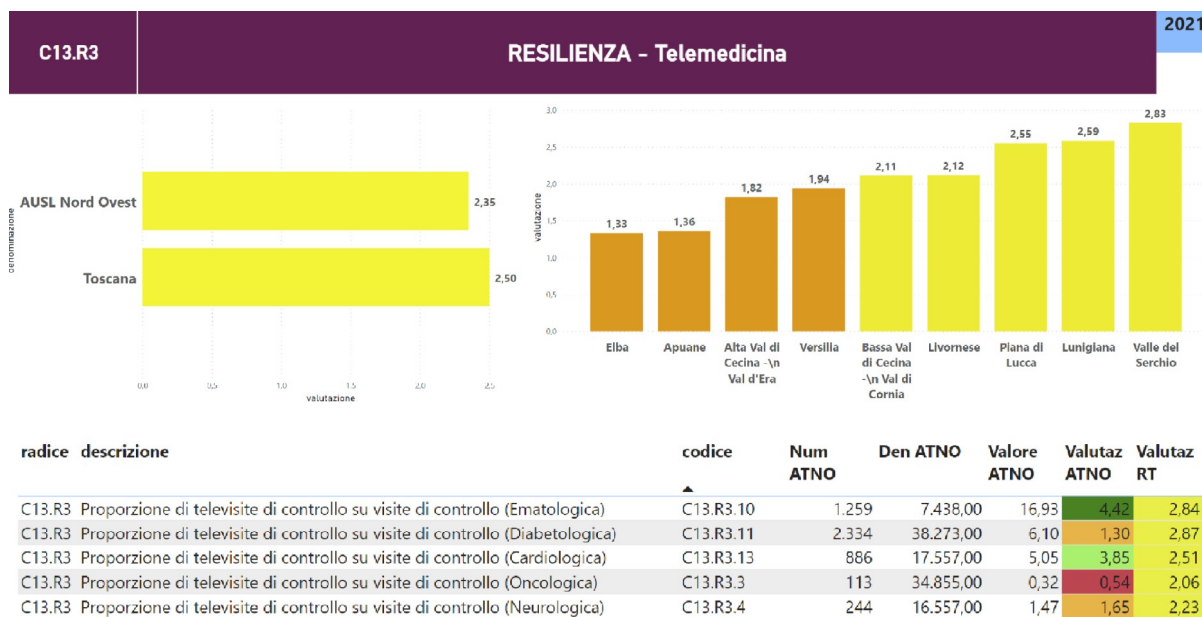
Si presentano infine i seguenti indicatori utili a rappresentare la capacità dell'azienda di innovare sia dal punto di vista tecnologico che dei processi organizzativi. I risultati di sintesi sono positivi, con ampia variabilità interna. Emergono dagli indicatori di dettaglio alcune criticità sulla percentuale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



radice	descrizione	codice	Num ATNO	Den ATNO	Valore ATNO	Valutaz ATNO	Valutaz RT
B24A	Percentuale ricette farmaceutiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	B24B.1.1	11.756.125	12.483.713,00	94,17	5,00	5,00
B24A	Percentuale ricette specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati	B24B.1.2	4.135.083	4.669.560,00	88,55	5,00	5,00
B24A	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata	B24B.3.1	871	1.685,00	51,69	0,67	1,23
B24A	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata	B24B.3.2	1.012	1.685,00	60,06	1,04	2,55
B24A	Diffusione libretto di gravidanza digitale	B24B.5	777	8.007,00	9,70	2,24	1,29
B24A	Cittadini che hanno utilizzato il FSE negli ultimi 90 giorni	B24C.2C.1					1,39
B24A	Operatori sanitari abilitati al FSE	B24C.2C.2.1	10.923	10.923,00	100,00	5,00	5,00
B24A	Aziende sanitarie che alimentano il FSE	B24C.2C.2.2	10.834.716	10.880.314,00	99,58	4,98	4,99
B24A	Medici abilitati che hanno utilizzato il FSE	B24C.2C.3.1	287	981,00	29,26	1,46	1,72

Telemedicina

La telemedicina si sta rivelando una fondamentale opportunità per permettere a categorie sempre più ampie di pazienti di accedere ad assistenza medica facendo ricorso a modalità di erogazione alternative alla presenza in ambulatorio. La Regione Toscana ha adottato la delibera DGRT n. 464 del 6 aprile 2020 sulla telemedicina nel primo periodo di emergenza epidemica da Covid-19, con la finalità di potenziare i meccanismi di continuità assistenziale dei pazienti cronici e di limitare il contagio. Con essa, la Regione, ha fornito alle aziende sanitarie indicazioni omogenee sulle modalità di prescrizione, accesso, erogazione, registrazione e individuazione della spesa per le attività di Televisita e teleconsulto relative a 83 prestazioni sanitarie. L'indicatore C13.R3 _Resilienza telemedicina_esprime una valutazione sulla proporzione di visite di controllo erogate in modalità televisita, rispetto alle visite di controllo complessivamente erogate cinque visite. Il risultato si posiziona in globalmente fascia media, con percentuali più elevate per l'ematologia e la cardiologia



Il Piano completo per la Transizione al digitale è scaricabile dal sito aziendale al seguente link o inquadrando il codice QR.

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



6. Il consolidamento della rete ospedaliera e nuove opere

Nuovo ospedale di Livorno. Nel dicembre 2019 Regione, ASL e Comune hanno firmato un Accordo preliminare che poi si è tradotto nell'Accordo di programma del 10/6/2020, in cui ha preso forma l'idea progettuale attuale, che prevede la realizzazione di un nuovo ospedale, a monoblocco, su una superficie limitrofa all'attuale plesso. Il monoblocco prevede un piano seminterrato e quattro piani fuori terra. Costo stimato di quadro economico (QE): € 190.750.000 per la realizzazione della struttura e €54.250.000 per la messa in esercizio del nuovo ospedale, attraverso la dotazione di arredi e attrezzature sanitarie. Tempi di realizzazione ipotizzati: 2029 (esclusi collaudi, attivazione, demolizioni edifici e realizzazione del parco). A dicembre 2021 è stato indetto il Bando per la Gara del Concorso di Progettazione.

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

Riqualificazione e sviluppo dell'ospedale di Volterra. L'organizzazione dell'ospedale per intensità di cura, ha consentito di incrementare l'attività chirurgica d'elezione: nell'anno 2021 sono aumentati gli interventi del 37% rispetto al 2019 (passando da 727 a 996): da un lato, l'area di degenza ordinaria chirurgica ha permesso l'ottimizzazione dei letti e personale, dall'altro, l'area di alta intensità di livello 2a ha permesso di ampliare la casistica a pazienti a maggiore complessità anestesiologia e post operatoria. I posti letto ad alta intensità di cura, cosiddetti di livello 2a, per la cura di pazienti a complessità intermedia tra la normale degenza e l'area critica (sub intensiva e intensiva), consentono di gestire pazienti con necessità di ventilazione non invasiva, pazienti nella fase post – operatoria, avendo così la possibilità di ampliare al casistica chirurgica a pazienti più complessi.

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

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

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

Partecipazione

Il 2021 è l'anno in cui le associazioni hanno fatto i conti con le conseguenze del lockdown sulle proprie attività, soprattutto quelle interne ai presidi ospedalieri ancora soggetti a misure restrittive e di controllo degli accessi. Gli incontri del sistema di partecipazione, a livello aziendale e zonale, si sono svolti in videoconferenza consentendo una costante informazione e monitoraggio sullo sviluppo della pandemia e della campagna vaccinale, grazie anche alla collaborazione di numerosi professionisti aziendali. Nonostante il quadro generale, sono state messe in campo alcune sperimentazioni con l'adesione al progetto Cantieri della Salute promosso da Regione Toscana e Federsanità ANCI vd. <https://cantieridellasalute.it/partecipazione-sanita/>

Avviato nel 2020 nelle Società della Salute (SdS) Lunigiana e SdS Alta Val di Cecina-Valdera, nel 2021 sono stati i comitati della Zona Livornese e di quella Pisana a mettersi in gioco. I Cantieri della Salute sono nati da bandi aperti ai comitati di partecipazione e alle consulte del volontariato e vedono la presenza di cittadini formati come attivatori di comunità. I lavori prevedono una progettazione partecipata di esperienze concrete (es. analisi dei servizi territoriali dislocati nel presidio ospedaliero di Livorno con successiva elaborazione di segnaletica specifica; elaborazione di una APP in grado di rafforzare la rete del terzo settore nella zona AVC - VDE; progetto di ricerca azione sulle disuguaglianze di genere nei percorsi di cura nella Zona Pisana).

Alcune esperienze maturate a livello zonale hanno poi partecipato al bando per le Buone Pratiche promosso dalla Regione Toscana: si tratta del progetto presentato dal Comitato Valli Etrusche, dedicato alla formazione dei Caregivers, e di quello nato dalla collaborazione dei comitati aziendali della ASL TNO, della AOUP e della Fondazione Monasterio, dedicato all'uso dei social e delle piattaforme digitali per la promozione delle attività del volontariato.

Partecipazione e tutela

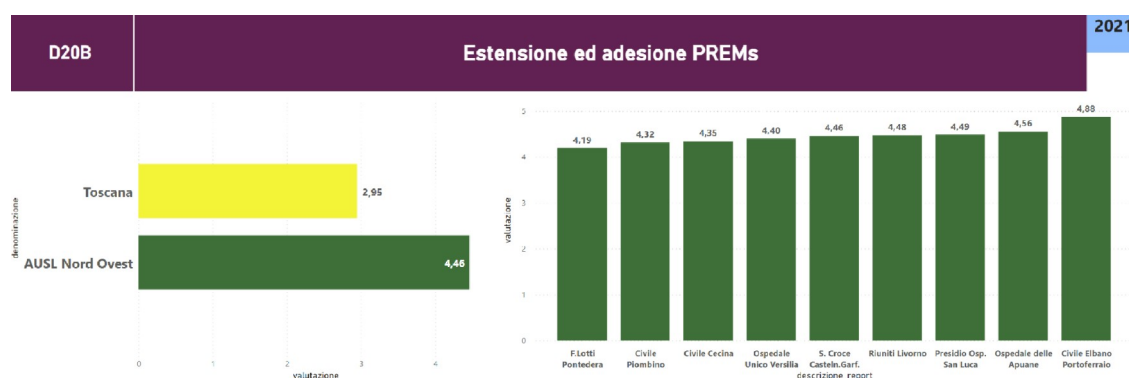
Il comitato aziendale di partecipazione ha anche eletto un rappresentante dei cittadini nel Comitato etico aziendale e nominato propri rappresentanti nella CMC Commissione Mista Conciliativa, organismo di tutela di secondo livello composto da professionisti della azienda e rappresentanti delle associazioni di volontariato e tutela. La CMC nello svolgere la propria funzione di riesame dei reclami, attraverso l'ascolto di utenti e professionisti, ha contribuito ad alimentare una visione integrata del servizio sanitario per la difesa della sua universalità, equità e accessibilità.

Il punto di vista degli utenti e il clima organizzativo interno

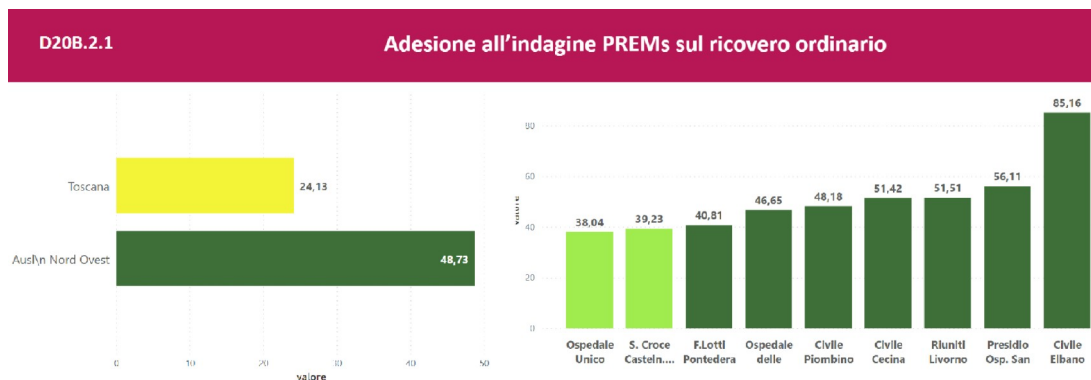
OSSERVATORIO PREMS. L'azienda pone grande attenzione al coinvolgimento dei cittadini nella valutazione dei servizi che offre, con l'obiettivo di affrontare la grande sfida della pubblica amministrazione, che consiste nel mettere realmente al centro i bisogni del cittadino e **superare l'autoreferenzialità**.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

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

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



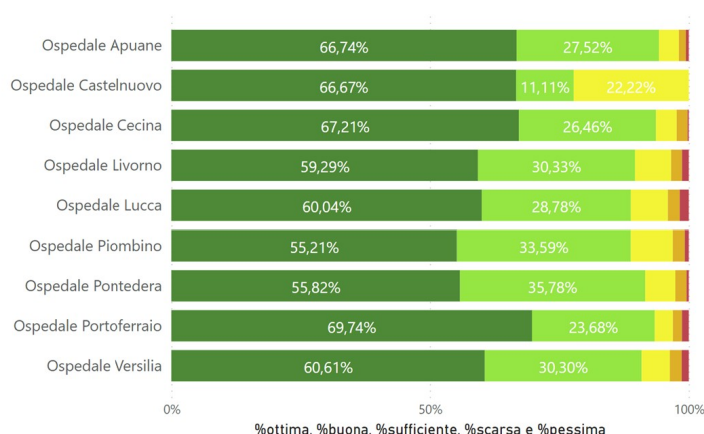
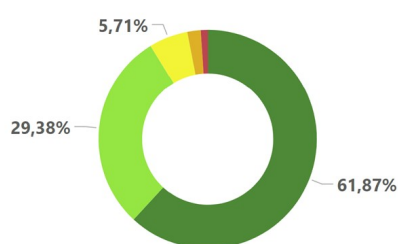
L'adesione, che misura quanti pazienti hanno lasciato i propri recapiti (cell o mail) rispetto a quanti sono stati ricoverati (ricovero ordinario) nel 2021 ha superato il 48%, si è collocata tra più elevati valori a livello regionale.



Il questionario prevede una serie di domande a risposta chiusa, che ripercorrono il percorso del ricovero, dall'accoglienza alla dimissione, analizzando varie dimensioni legate al comfort, al rapporto con il personale, alla gestione del dolore etc. Alcune considerazioni possono essere inoltre inserite in appositi campi aperti che permettono di scrivere un testo libero; i commenti sono nel complesso ampiamente positivi e riguardano soprattutto i professionisti coinvolti; il fattore umano è sicuramente uno dei fattori più rilevanti nel benessere di questo tipo di esperienza. Non mancano comunque gli spunti di riflessione per migliorare, suggerimenti che riguardano in parte il momento legato all'emergenza.

Le valutazioni dei pazienti sono nel complesso molto positive: Alla domanda *“Come valuta complessivamente l'assistenza ricevuta in reparto?”* nel 2021 **circa il 92% dei pazienti ha dato un giudizio assai positivo, in particolare circa il 29% ha attribuito una valutazione buona e 62% ottima.**

Come valuta l'assistenza complessivamente ricevuta in reparto?



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 è possibile visualizzare i risultati aziendali aggiornati in continuo



Visualizza qui l'opinione dei
pazienti che hanno già risposto

CLIMA ORGANIZZATIVO Oltre agli strumenti che rilevano la valutazione ed il punto di vista dei pazienti, **l'azienda ha sempre promosso attivamente la partecipazione alla rilevazione del clima organizzativo interno, in quanto la soddisfazione del personale è un importante indicatore di performance delle aziende sanitarie.** Negli anni l'azienda è sempre stata tra quelle che riescono a raggiungere un elevato livello di partecipazione dei propri dipendenti (52% la percentuale di partecipazione a livello aziendale). Lo studio del clima organizzativo risponde infatti all'esigenza di valutare l'impatto delle azioni organizzative sui processi di lavoro quotidiani ed è un modo per misurare lo stato di salute di un'organizzazione. I dati si riferiscono al 2019, ultimo anno in cui è stata effettuata. La nuova rilevazione è prevista alla fine del 2022.

8. Lo sviluppo del capitale umano

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

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

Nel biennio 2020-2021 la modalità abituale di pianificazione e realizzazione della Formazione Aziendale è stata profondamente modificata dalla Pandemia da Covid-19 e da tutte le sue implicazioni. In particolare nel mix di metodologie formative hanno assunto rilevanza tutti gli strumenti legati alla formazione a distanza, sincrona ed asincrona, tramite piattaforme digitali. Al tempo stesso si è capito più profondamente quanto per alcuni obiettivi formativi sia irrinunciabile la parte "in presenza", con un forte investimento in corso sulla metodica della "Formazione in Simulazione"; inoltre il biennio della emergenza Covid ha certamente modificato la cultura organizzativa aziendale verso una maggiore consapevolezza di quanto sia importante la multiprofessionalità e la multidisciplinarietà per fornire un'assistenza di qualità.

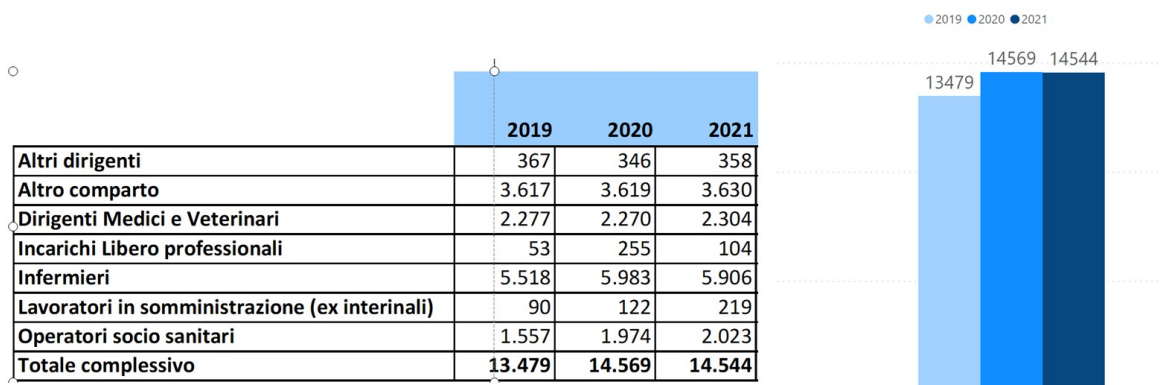
Nel primo semestre del 2021, complici le diverse ondate epidemiche e lo sforzo aziendale particolarmente concentrato sulla campagna vaccinale, è stata realizzata solo una piccola parte del programmato (circa il 20%). Durante l'estate è stata quindi fatta una analisi puntuale delle difficoltà attraverso il monitoraggio degli Eventi e la sensibilizzazione dei Dipartimenti in merito agli obiettivi formativi prioritari. E' stata quindi condivisa, approvata dal CSF (il 10.9.2021) e divulgata subito agli ADF e sulla intranet aziendale una Revisione del PAF 2021 (poi oggetto di recepimento con la Delibera n. 1075 del 20.12.2021) che vedeva una leggera riduzione del numero di Eventi ma soprattutto una maggiore focalizzazione sulle esigenze specifiche che erano nel frattempo in parte mutate (ad esempio abbiamo dovuto ridimensionare le aspirazioni a fare molta attività formativa in presenza). Tale focalizzazione e sensibilizzazione ha portato a recuperare una buona performance di eventi realizzati nel secondo semestre, con la realizzazione su base annuale di 559 Eventi di Formazione Collettiva (75% dei 749 previsti), che hanno rilasciato attestato e crediti a 10.898 professionisti tra dipendenti e convenzionati per una media di 22,4 crediti ecm per ciascun professionista sanitario. L'86% degli eventi realizzati è multiprofessionale, ed il gradimento medio degli Eventi è di 4,11 punti su una scala da 1 a 5. (Dati dalla Relazione Annuale del Provider ECM).

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

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

Essendo nel frattempo stato sottoscritto il CCNL 2019/2021 per il personale del comparto che ha disciplinato il lavoro agile, è 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, entro breve si concluderà il percorso di confronto e verranno attivati i percorsi di smart working per circa 200 operatori della nostra Azienda. A seguito della procedura di attivazione, verrà organizzato un percorso formativo ad hoc incentrato sul "lavorare per obiettivi" e uno sportello di ascolto psicologico dedicato

CONSISTENZA DEL PERSONALE Il grafico sotto mostra l'andamento del personale, che tra il 2019 e il 2021 è aumentato di 1.065 unità, passando da 13.479 a 14.544.



Pari opportunità e bilancio di genere

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

In azienda è stato costituito con deliberazione 892/2017 e successive integrazioni ed è stato ricostituito alla fine del 2021 (Del. 1173/2021). Il CUG anche nel 2021 ha proseguito il percorso di integrazione, nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze, 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 nel suo complesso, anche contro il fenomeno delle aggressioni nei confronti degli operatori in sanità. In particolare nel corso dell'anno 2021 l'attività si è sviluppata sui seguenti ambiti: Significativi sono stati i momenti di confronto al tavolo regionale della Consigliera della pari opportunità da cui è scaturita la proposta di un osservatorio sul genere regionale e l'avvio di un monitoraggio/indagine statistica sulla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro durante la pandemia a livello regionale e per tutte le aziende sanitarie. Con quest'ultime iniziative è stato così avviato un percorso preparatorio alla certificazione di qualità come prevista all'articolo 46 bis del codice delle pari opportunità.

Durante l'anno si è inoltre **rafforzata la collaborazione tra CUG e i Responsabili Anticorruzione Trasparenza**, attraverso una integrazione del codice etico e di condotta, per garantire la tutela della dignità del personale. Tra i principi cardine previsti nello stesso vi è proprio la promozione da parte dell'Azienda, in collaborazione anche con il Comitato Unico di Garanzia Aziendale di una politica di attenzione alla persona, con l'intento di realizzare al proprio interno le migliori condizioni di benessere nel lavoro, all'interno di un ambiente favorevole improntato alle relazioni interpersonali rispettose e proficue; attuando una politica di "parità di genere" attraverso una concreta parità di trattamento tra uomini e donne e, al contempo a prevenire qualsiasi forma di discriminazione.

Riguardo alla figura della **Consigliera di fiducia** nel corso del 2021 è stata riscontrata l'importanza della sua nomina per l'azienda, proficua si è rilevata la sua attività oltre che determinante per l'orientamento programmatico dello stesso Comitato come espresso nel nuovo piano triennale.

Richiamando il **piano triennale delle azioni positive** 2019/2021, in sintesi si rileva che la situazione di emergenza sanitaria che ha contraddistinto l'ultimo biennio ha impedito la realizzazione delle più generali iniziative di formazione previste nel piano aziendale e mirate a far conoscere il Comitato a livello aziendale ed alla diffusione di una cultura di genere. Non ha impedito invece la diffusione della conoscenza del Cug nelle singole iniziative formative aziendali, collegate alle tematiche della discriminazioni di genere e di ogni altra. Si ricorda la presentazione del comitato e delle azioni proposte in occasione della Giornata contro la violenza e femminicidio e nelle Giornate aziendali organizzate dal responsabile della trasparenza e la partecipazione alle giornate aziendali della trasparenza.

E' stata inoltre conclusa la **preparazione del corso FAD** quale obiettivo formativo nella prima fase per l'alta dirigenza aziendale, (direzione, staff, dipartimenti, aree) e successivamente per strutture e posizioni organizzative. A conclusione dell'anno è stata infine deliberata la nuova composizione del comitato e riconfermata la nomina del presidente oltre il recepimento del nuovo piano della azioni positive per il prossimo triennio 2022/2024. In merito all'analisi dei dati sul personale si riportano le tabelle fornite al Comitato dal Dipartimento delle Risorse Umane sul bilancio di genere. In tabella è rappresentata la distribuzione del personale per ruolo e genere, da cui emerge che il genere femminile è meno rappresentato nei ruoli apicali

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

Classi età / Inquadramento	UOMINI					DONNE				
	<30	31/40	41/50	51/60	>60	<30	31/40	41/50	51/60	>60
DIRETTORI AZIENDALI				2					2	
DIR. MEDICO CON INC. STRUTTURA COMPLESSA			1	27	75			1	5	10
DIR. MEDICO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE			9	34	60			10	26	33
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		107	158	269	271		234	376	269	182
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA				1						2
VETERINARI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE				1	4				3	1
VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI				7	14			2	8	4
ODONTOIATRI CON ALTRI INCAR. PROF.LI									1	
FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA				1	1				1	2
FARMACISTI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE			1	1	1			1	1	
FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		3	1	4	2		6	24	10	6
FARMACISTI A T. DETERMINATO (ART. 15-SEPTIES D.LGS. 502/92)								1		
BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA					1			1		
BIOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE										5
BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		1	2	2			3	15	11	12
CHIMICI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE					2					1
CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI			2		2			1		1
FISICI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA					2				1	
FISICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		1	1	4			1	4	3	
PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA COMPLESSA					1					
PSICOLOGI CON INC. DI STRUTTURA SEMPLICE								2		2
PSICOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI			6	8	3		6	19	17	11
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE			1	7	2			2	5	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. SENIOR - DS			1	12	5			6	51	25
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER. - D	115	186	188	398	71	423	630	1149	2313	447
OPER.RE PROF.LE DI II CAT.PERS. INFERM. SENIOR-C										2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. SENIOR - DS				17	21				32	21
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC. - D	18	53	46	50	15	19	92	104	130	22
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. SENIOR - DS				51	30			1	11	8
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV. - D		20	14	56	17	7	20	13	29	8
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. SENIOR - DS				2	7				21	24
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL. - D		3	22	28	12	11	59	107	122	30
OPER.RE PROF.LE DI II CAT. CON FUNZ. DI RIABIL. SENIOR - C				1	1				3	1
DIRIG. PROFESSIONALE CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA				1						1
DIRIG. PROFESSIONALE A T. DET (ART. 15-SEPTIES DLGS. 502/92)				1						1
INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA			2	4	2					
INGEGNERE DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE			1					1		
INGEGNERE DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI			1	5	3			1		
INGEGNERE DIR. A T. DETERMINATO(ART.15-SEPTIES DLGS. 502/92)					1		1			
ARCHITETTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA					1					
ASSISTENTE RELIGIOSO - D				2	1					
SPECIALISTA RAPPORTI MEDIA -GIORNALISTA D			1							
ANALISTI DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA			1							
ANALISTI DIRIG. CON ALTRI INCARICHI PROF.LI				1						
STATISTICO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA									1	
SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA			2							1
SOCIOLOGO DIRIG. CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE					1					
SOCIOLOGO DIRIG. CON ALTRI INCAR.PROF.LI				1						1
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE SENIOR - DS				1	1				5	19
COLLAB.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE - D				3	1		8	35	41	24
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE SENIOR - DS				3	1				3	
COLLAB.RE TEC. - PROF.LE - D	1	3	4	14	6		4	5	5	
ASSISTENTE TECNICO - C		3	14	26	2			3	0	2
PROGRAM.RE - C			1					1		
OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO SENIOR - C			7	21	11				3	
OPERATORE TECNICO SPECIAL.TO - BS			9	35	23			3	5	11
OPERATORE SOCIO SANITARIO - BS	15	45	75	91	36	25	159	449	728	283
OPERATORE TECNICO - B		6	29	40	27		7	22	51	28
OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL ASSISTENZA - B				4	1				15	12
AUSILIARIO SPECIALIZZATO - A		1	6	18	9			2	32	22
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA COMPLESSA			1	12	2				10	5
DIRIGENTE AMM.VO CON INCARICO DI STRUTTURA SEMPLICE			1	3				1	3	2
DIRIGENTE AMM.VO CON ALTRI INCAR.PROF.LI									6	1
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE SENIOR - DS				12	9				18	6
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROF.LE - D		1	14	37	13		6	52	148	49
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO - C	2	12	28	39	14	1	23	70	140	57
COADIUTORE AMM.VO SENIOR - BS		1	3	11	2		4	7	37	15
COADIUTORE AMM.VO - B	1	3	16	31	8	3	8	19	40	14
COMMESSO - A			4	3	1			1	3	4
TOTALE PERSONALE	152	449	673	1401	797	489	1271	2511	4369	1420
Personale a Tempo Determinato unità rapportate ad anno										
DIRIGENTI MEDICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		15,83	4,3	0,67			32,53	9,62	2,84	
DIRIGENTI VETERINARI CON ALTRI INCAR. PROF.LI				0,33	1,87		0,44	6,34		
DIRIGENTI FARMACISTI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		0,56	1,49				0,88	3,79	0,575	
DIRIGENTI PSICOLOGI CON ALTRI INCAR.PROF.LI							1,00	1,00		
DIRIGENTI CHIMICI CON ALTRI INCAR. PROF.LI			1,67							
DIRIGENTI BIOLOGI CON ALTRI INCAR. PROF.LI		1,00					0,337	1,64	0,605	
DIRIGENTI AMMINISTRATIVO			1	0,499				1,00		
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFER.	5,73	27,45	5,08	4,025		27,52	79,69	17,89	4,88	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIABIL.	3,84	2,17		0,99		4,01	10,45	1,87	2,46	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. TEC.	5,07	3,97				13,89	9,11	2,33	0,545	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.		2,54					0,54			
PROFILI RUOLO PROFESSIONALE					0,085					
PROFILI RUOLO TECNICO	3,97	5,24	6,30	4,26		12,29	34,09	52,47	36,47	2,85
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	3,00	11,70	1,92			2,51	20,454	6,36	2,89	
TOTALE PERSONALE	21,61	70,46	21,73	10,77	1,96	60,22	189,50	104,31	51,26	2,85

Dagli indirizzi strategici regionali agli obiettivi aziendali: il Budget

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

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

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

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

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

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

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

La performance organizzativa

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

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

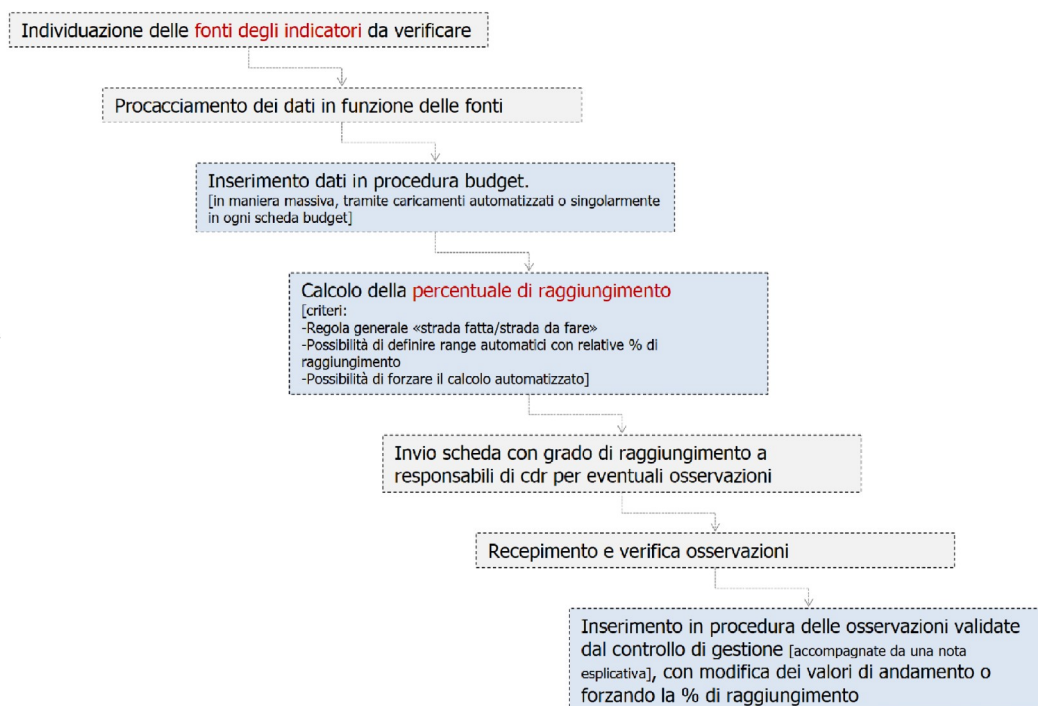
Per l'obiettivo economico è stata adottata una valutazione per fasce, che premia in modo decrescente fino a scostamenti minori del 10%.

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

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

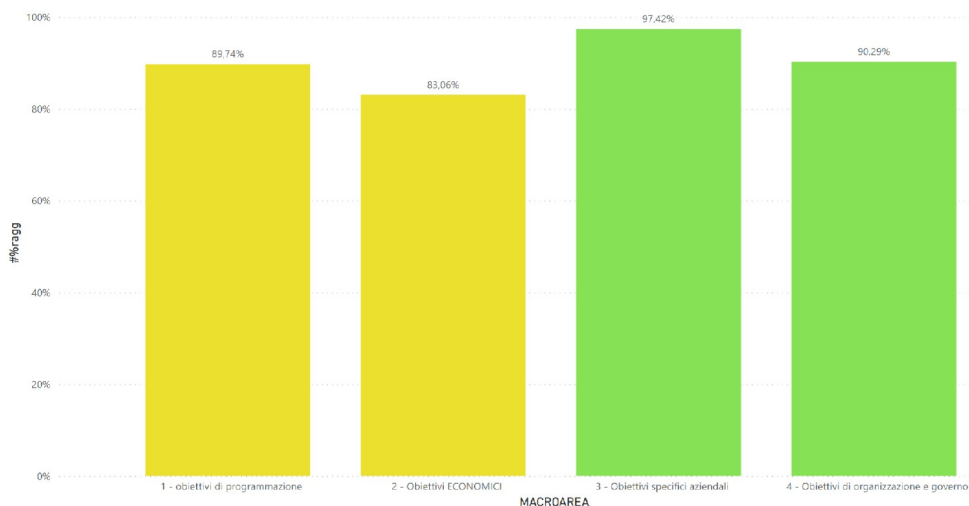
Quest'anno, per la prima volta, il processo di budget è stato portato avanti utilizzando il **nuovo software aziendale**: l'assegnazione degli obiettivi, la generazione delle schede, il calcolo dei risultati raggiunti, è stato gestito tramite il nuovo gestionale, che ha consentito una maggiore semplificazione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

Le fasi del processo di verifica sono schematizzate di seguito:

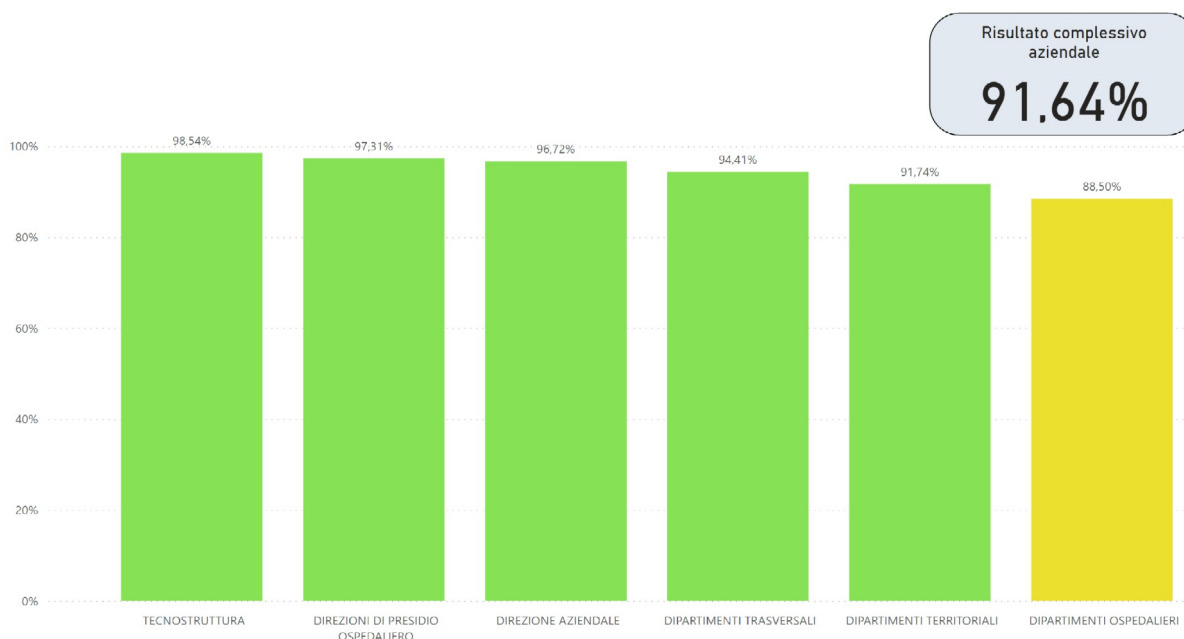


l'Azienda nel suo complesso ha raggiunto gli obiettivi al 91,64%, che risulta sostanzialmente in linea con il 2019, in cui il risultato raggiunto era di circa il 90%. Si fa riferimento al 2019 in quanto lo scorso anno il budget è stato interrotto a causa della pandemia e risultati sono stati valutati sulle azioni legate all'emergenza

Rispetto alle 4 macroaree strategiche, gli obiettivi economici sono quelli raggiunti in proporzione minore (83%).



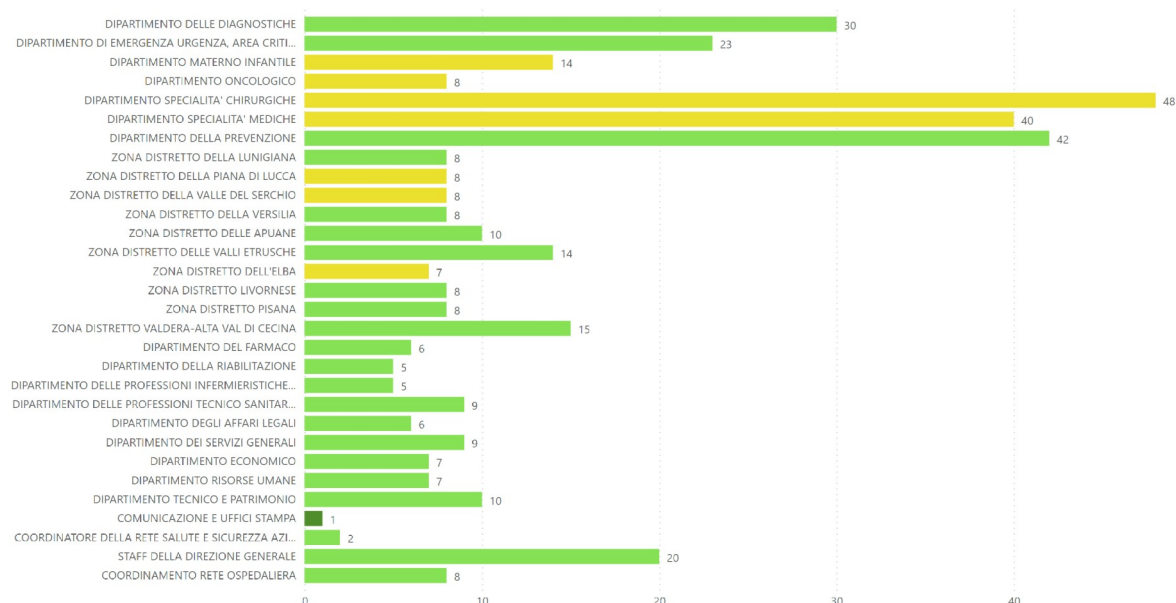
La sintesi della performance organizzativa per tipologia di dipartimento varia tra il 98,54% della tecnostruttura e l'80,50 dei dipartimenti ospedalieri, sui cui incide il minore raggiungimento dell'area economica



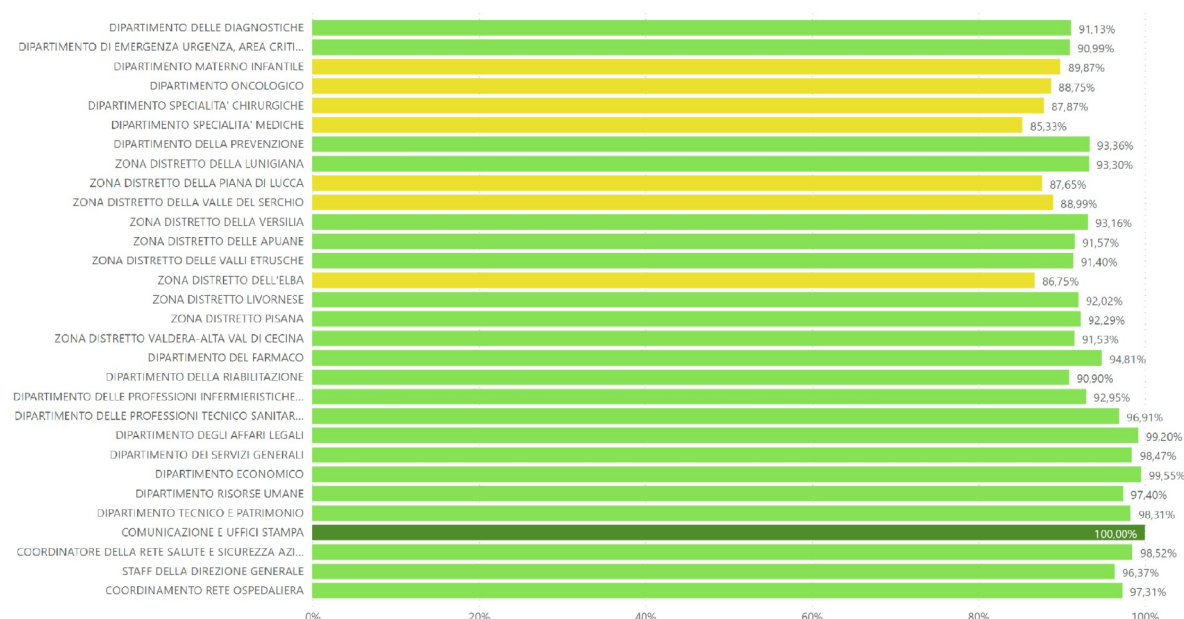
macroliv. org.tivo

	1 - obiettivi di programmazione	2 - Obiettivi ECONOMICI	3 - Obiettivi specifici aziendali	4 - Obiettivi di organizzazione e governo	Totale
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI	90,36%	79,62%	97,48%	81,84%	88,50%
DIPARTIMENTI TERRITORIALI	88,45%	88,03%	96,34%	92,64%	91,74%
DIPARTIMENTI TRASVERSALI	89,21%	88,57%	99,13%	95,21%	94,41%
DIREZIONE AZIENDALE	93,21%	100,00%	96,75%	98,10%	96,72%
DIREZIONI DI PRESIDIO OSPEDALIERO	94,31%	88,53%	100,00%	99,26%	97,31%
TECNOSTRUTTURA	95,56%	97,92%	98,53%	99,25%	98,54%
Totale	89,74%	83,06%	97,42%	90,29%	91,64%

La distribuzione delle strutture nei diversi dipartimenti è raffigurata sotto. Il Dipartimento con il maggior numero di strutture è quello chirurgico.



La figura sotto rappresenta invece Il dettaglio dei risultati dei singoli dipartimenti (tra 100% e 85%)



La variabilità delle valutazioni nelle singole strutture naturalmente aumenta e si colloca tra 100% e 70%.

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

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

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

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

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

La performance individuale

Costituisce principio generale dell'organizzazione ATNO 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 SVOD, (sistema di valutazione e gestione obiettivi dipendenti) 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**.

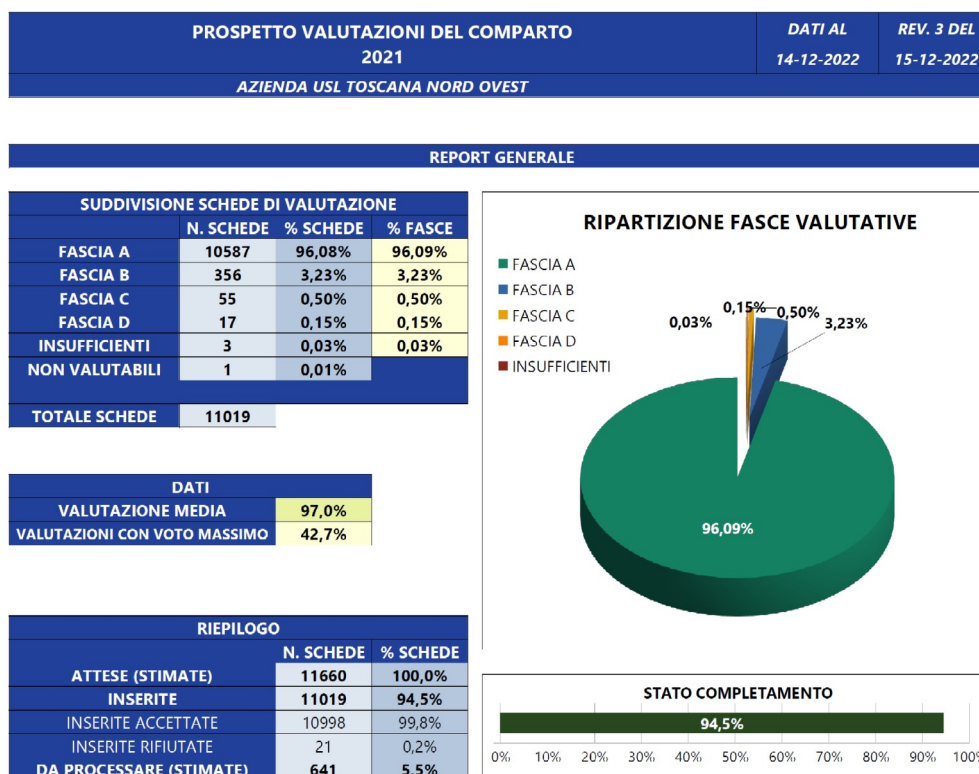
Aspetto fondamentale da evidenziare è che il diretto gestore delle risorse (dirigente, coordinatore, titolare dell'ufficio) attraverso il sistema di valutazione determina direttamente una componente del salario variabile del dipendente, stabilendo pertanto un legame diretto tra la valutazione individuale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

ANNO 2021

Per l'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.

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

Personale del comparto



Personale del comparto con incarico di funzione

PROSPETTO VALUTAZIONI DEL COMPARTO CON INCARICHI DI FUNZIONE 2021	DATI AL 14-12-2022	REV. 3 DEL 15-12-2022
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

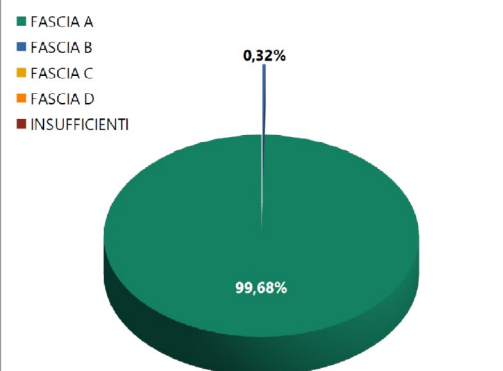
REPORT GENERALE

SUDDIVISIONE SCHEDE DI VALUTAZIONE			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% FASCE
FASCIA A	627	99,68%	99,68%
FASCIA B	2	0,32%	0,32%
FASCIA C	0	0,00%	0,00%
FASCIA D	0	0,00%	0,00%
INSUFFICIENTI	0	0,00%	0,00%
NON VALUTABILI	0	0,00%	0,00%
TOTALE SCHEDE	629		

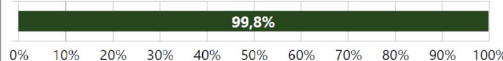
DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	98,6%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	46,7%

RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	630	100,0%
INSERITE	629	99,8%
INSERITE ACCETTATE	629	100,0%
INSERITE RIFIUTATE	0	0,0%
DA PROCESSARE (STIMATE)	1	0,2%

RIPARTIZIONE FASCE VALUTATIVE



STATO COMPLETAMENTO



Personale dirigente

PROSPETTO VALUTAZIONI DELLA DIRIGENZA 2021	DATI AL 14-12-2022	REV. 3 DEL 15-12-2022
AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST		

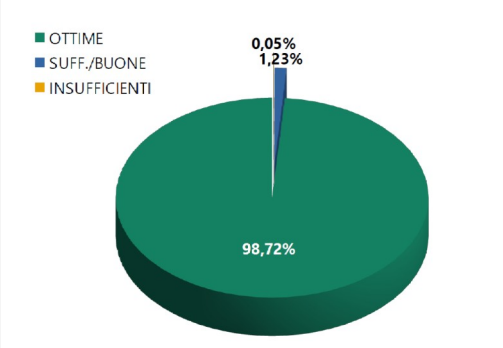
REPORT GENERALE

SUDDIVISIONE DELLE VALUTAZIONI			
	N. SCHEDE	% SCHEDE	% VALUT.
OTTIME	1847	84,15%	98,72%
SUFF./BUONE	23	1,05%	1,23%
INSUFFICIENTI	1	0,05%	0,05%
NON VALUTABILI	0	0,00%	
PARZIALI	324	14,76%	
TOTALE SCHEDE	2195		

DATI	
VALUTAZIONE MEDIA	96,2%
VALUTAZIONI CON VOTO MASSIMO	47,0%

RIEPILOGO		
	N. SCHEDE	% SCHEDE
ATTESE (STIMATE)	2900	100,0%
INSERITE	2195	75,7%
INSERITE ACCETTATE	1853	84,4%
INSERITE RIFIUTATE	18	0,8%
DA PROCESSARE (STIMATE)	705	24,3%

RIPARTIZIONE VALUTAZIONI



STATO COMPLETAMENTO



Considerazioni di sintesi

La pandemia anche quest'anno ha continuato ad avere un impatto sul Sistema Sanitario ed ha reso ancora più evidente l'opportunità di mettere in atto strategie nuove, con una prospettiva non solo di reagire alla sfida assistenziale aggiuntiva posta dal COVID 19, ma anche di superare elementi di debolezza che erano già presenti prima dell'impatto pandemico. Si conferma quindi l'esigenza di intervenire con azioni di rafforzamento sia del sistema e in particolare, della **rete dell'assistenza territoriale e dell'integrazione ospedale-territorio**, dando impulso all'**innovazione digitale**, che riveste un ruolo cruciale e trasversale anche a livello nazionale negli indirizzi del PNRR. A maggior ragione per i prossimi anni saranno decisive le seguenti priorità per l'organizzazione, che verranno riprese nell'aggiornamento del nuovo Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025.

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

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

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

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

Relativamente alla prima criticità, nonostante il massimo impegno da parte dell'azienda nel rispetto delle scadenze previste, si sono registrati ritardi nella chiusura del processo e una dilatazione dei tempi, in parte legati alla situazione pandemica, in parte dovuti al passaggio ai nuovi sistemi gestionali, sia per la valutazione della performance organizzativa, sia per la valutazione della performance individuale. L'azienda per il prossimo anno rinnova e rafforza il proprio impegno, con l'obiettivo di ridurre i tempi, mettendo in atto le azioni utili allo scopo, fra le quali alcune discusse anche con l'OIV. In particolare, rispetto alla valutazione della performance organizzativa, si è riscontrata l'utilità degli incontri periodici con l'OIV, nei quali è stato esaminato di volta in volta lo stato di avanzamento dei lavori. Per ridurre i tempi sarebbe opportuna inoltre una più restrittiva selezione del numero di indicatori da inserire nelle schede budget, in particolare di quelli che non provengono da flussi informativi certificati, che si prestano maggiormente ad una valutazione soggettiva e generalmente richiedono tempi più lunghi per la verifica. Sarebbero in questo senso da privilegiare meno indicatori ma più orientati al risultato. Altro elemento fondamentale, funzionale al rispetto dei tempi, è quello di anticipare tutto il processo, inclusa la verifica della performance individuale. Sul secondo punto, in base ai suggerimenti dell'OIV, è stato migliorato il documento sia nella grafica che nei contenuti, con un approccio maggiormente orientato ad mettere al centro chi legge. È stato inoltre ampliato il paragrafo dedicato alla valutazione della performance, con

l'introduzione di alcuni commenti per facilitare l'analisi e la lettura degli indicatori. Sono stati infine migliorati i grafici, sempre in ottica di agevolare la lettura dei dati.