

Azienda USL Toscana Centro

Piano Triennale della Performance

2022-2024

Versione aggiornata al 28/02/2022



Indice

Il territorio dell’Azienda USL Toscana Centro	5
Mission	7
Organizzazione	9
Principali Attività e Servizi	12
Cure Primarie e Case della Salute.....	12
L’integrazione ospedale-territorio e le cure intermedie	13
L’assistenza domiciliare	14
La non-autosufficienza	15
La disabilità.....	16
Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS).....	16
L’emergenza-urgenza sanitaria	17
Assistenza ospedaliera	17
Assistenza specialistica ambulatoriale	18
Cure palliative	19
Attività consultoriali	20
Riabilitazione	20
Salute Mentale	21
Servizi per le Dipendenze	22
Prevenzione.....	22
Personale.....	23
Indirizzi Regionali e Programmazione Economica	24
La Pianificazione Triennale	26
Linee Strategiche.....	26
1. La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona.	26
2. La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità	27
3. Equità e tempestività di accesso alle cure	27
4. L’appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità	27
5. La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura	28
6. La misura degli esiti delle cure	28
7. Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse	28
8. La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione	28
9. La tutela e salvaguardia della salute pubblica	29
10. La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile	29
Obiettivi 2022 di performance organizzativa	30
1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità, l’infermiere di famiglia e comunità e il fisioterapista di comunità.....	30
2. L’Ospedale di Comunità (OsCO)	32
3. Le Unità di Continuità Assistenziale	32
4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, “116117” e centrale infermieristica	33
5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR	33
6. Un ospedale sicuro e sostenibile.....	34
7. L’accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate	35
8. Lo sviluppo della Telemedicina e della Teleassistenza	35
9. La semplificazione e la digitalizzazione.....	35
10. L’appropriatezza prescrittiva	36
11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità	36
12. La prevenzione e promozione della salute	36
Collegamento tra linee strategiche triennali e obiettivi di performance organizzativa 2022	37
La valutazione e la misurazione dei risultati di performance organizzativa	38
Dalla performance organizzativa alla performance individuale	42

Introduzione

Con il Piano della Performance si esplicitano, per il triennio 2022-2024, gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della Performance dell'Azienda Usl Toscana Centro, in coerenza a quanto previsto dal D.lgs. 150/2009, dal DPR 105/2016 e dal D.lgs. 74/2017, tenuto conto delle specifiche Linee Guida emanate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento Funzione Pubblica (Giugno 2017 e Dicembre 2017).

Il Piano ha valenza triennale, viene adottato annualmente e può essere aggiornato anche nel corso dell'anno in relazione a variazioni intervenute nella programmazione nazionale e regionale o a modifiche verificatesi nel contesto interno ed esterno.

Nella redazione del presente Piano si è tenuto in particolar conto:

- delle previsioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR);
- della decisione n.36 del 20/12/2021 della Giunta regionale toscana con oggetto “PNRR – Missione 6 Salute – Componente 1 “Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale” - esiti lavoro di programmazione”
- della DGRT 1166 del 08/11/2021 “Indirizzi per la programmazione operativa annuale zonale (POA) per l’anno 2022 e tempistiche di approvazione”.
- della DGRT 843 del 02/08/2021 “Percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente”
- della DGRT 760 del 30/07/2021 “Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - componente 2 - misura 1.2 «Verso un ospedale sicuro e sostenibile»: individuazione del piano dei fabbisogni per interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico”
- del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, coordinato con la legge di conversione 6 agosto 2021, n. 113, recante: «Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia.», con particolare riferimento all’Art. 6. “Piano integrato di attività e organizzazione”;
- degli sviluppi organizzativi conseguenti a quanto riportato nel Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR);
- delle previsioni del documento di Agenas “Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”;
- del Programma Operativo Attuativo Annuale (POAA) della USL Toscana Centro (Delibera del Direttore Generale n.515/2017).

Nella fattispecie del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sono stati considerati i punti contenenti specifiche e innovative politiche dedicate alla sanità, ai servizi sociali e sociosanitari:

Missione 5, Componente 2 – Infrastrutture sociali, famiglie, comunità e terzo settore:

1. Rafforzare il ruolo dei servizi sociali territoriali come strumento di resilienza, mirando alla definizione di modelli personalizzati per la cura delle famiglie, delle persone di minore età, degli adolescenti e degli anziani, così come delle persone con disabilità

Missione 5, Componente 3 – Interventi speciali per la coesione territoriale:

1. Rafforzamento della Strategia nazionale per le aree interne, attraverso misure a supporto del miglioramento dei livelli e della qualità dei servizi scolastici, sanitari e sociali

Missione 6 Componente 1 – Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale:

1. Potenziare il SSN, allineando i servizi ai bisogni delle comunità e dei pazienti, anche alla luce delle criticità emerse durante l'emergenza pandemica.
2. Rafforzare le strutture e i servizi sanitari di prossimità e i servizi domiciliari
3. Sviluppare la telemedicina e a superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi sanitari offerti sul territorio
4. Sviluppare soluzioni di telemedicina avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare

Missione 6 Componente 2 – Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale:

1. Sviluppare una sanità pubblica che valorizzi gli investimenti nel sistema salute in termini di risorse umane, digitali, strutturali, strumentali e tecnologici
2. Rafforzare la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario
3. Potenziare e innovare la struttura tecnologica e digitale del SSN a livello Centrale e Regionale, al fine di garantire un'evoluzione significativa delle modalità di assistenza sanitaria, migliorando la qualità e la tempestività delle cure; valorizzando il ruolo del paziente come parte attiva del processo clinico-assistenziale; e garantendo una maggiore capacità di governance e programmazione sanitaria guidata dalla analisi dei dati, nel pieno rispetto della sicurezza e della tutela dei dati e delle informazioni

Il territorio dell’Azienda USL Toscana Centro

L’AUSL Toscana Centro (AUSL TC) è l’Azienda con la più alta densità abitativa, oltre 1,6 milioni di cittadini in 5.000 Km²; la maggioranza della popolazione vive in comuni urbani, in particolare quelli dell’asse residenziale di Firenze, Prato e Pistoia. I comuni dell’AUTC sono 73, ovvero tutti i comuni della città metropolitana di Firenze, delle provincie di Prato e Pistoia oltre a 4 comuni della Provincia di Pisa. Il territorio è suddiviso in 4 otto Zone-Distretto (figura 1) ed informalmente in 4 Aree o Ambiti Territoriali (AT), coincidenti con i territori delle 4 ex ASL dalla cui unione è sorta l’AUSL TC.

Figura 1. Le otto zone-distretto



La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto Zone-Distretto. È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima nel Mugello e; tale gradiente, in parte, contribuisce alle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili economici e sociali. L’Area Territoriale Pistoiese coincide con la provincia di Pistoia e comprende nove comuni della Zona-Distretto Pistoiese e undici di quella della Valdinievole. Nella zona-distretto Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia; i comuni della Piana pistoiese, a sud, sono in continuità dell’asse metropolitano fiorentino e pratese, mentre a nord vi sono i Comuni con le caratteristiche delle aree montane.

L’AT Pratese coincide con la Zona-Distretto Pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la densità abitativa più alta della Toscana e tra le più elevate in Italia. L’AT Fiorentino coincide con il territorio della Provincia di Firenze con esclusione degli undici comuni del comprensorio Empolese Valdelsa ed include quattro Zone-Distretto: Fiorentina, con il solo Comune capoluogo, Fiorentina Nord Ovest, con i 7 comuni della cintura metropolitana, con esclusione di Vaglia, tutti i comuni sono collocati nella piana fiorentina, Fiorentina Sud Est con prevalente carattere collinare, comprende il comune collinare di Fiesole, i comuni di Greve in Chianti, Impruneta e quelli della Val di Pesa, San Casciano, Tavarnelle e Barberino Val d’Elsa ed i comuni del Valdarno superiore (Figline e Incisa, Reggello e Rignano sull’Arno). La Zona-Distretto Mugello è geograficamente costituita da una larga conca circondata da colline e aree montuose appenniniche, con oltre il 70% di territorio boschivo, ha la più bassa densità abitativa dell’AUSL TC e tutti i suoi otto Comuni sono classificati come totalmente montani. L’AT Empolese, coincidente con la Zona-Distretto Empolese comprende undici comuni della Provincia di Firenze e quattro comuni pisani.

La complessità e la dimensione territoriale di Area Vasta Centro rafforzano la necessità di perseguire l'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità e alle problematiche locali.

Tabella 1. Caratteristiche del Territorio e Reddito delle zone socio-distretto dell'AUSL TC. Fonte: ISTAT Popolazione Residente e Ministero dell'Economia e delle Finanze anno 2019.

Zona sociosanitaria o Società della Salute e AUSL	Superficie (Km ²)	Densità popolazione (Ab/Km ²)	Popolazione in comuni montani (%)	Reddito € imponibile medio 2019
Pistoiese	699	247	8,4	20.176
Val di Nievole	265	453	0,0	18.992
Pratese	365	706	3,6	20.657
Empolese Valdelsa Valdarno	933	260	0,0	20.840
Fiorentina	102	3.636	0,0	25.734
Fiorentina Nordovest	333	630	2,5	21.946
Fiorentina Sudest	1.212	152	5,5	22.754
Mugello	1.131	56	100,0	20.437
AUSL Toscana Centro	5.041	322	6,4	22.078
AUSL Nord Ovest	6.389	199	14,2	21.100
AUSL Sud Est	11.557	72	17,2	20.341
<i>Regione Toscana</i>	<i>22.987</i>	<i>162</i>	<i>11,4</i>	<i>21.357</i>

Mission

L'Azienda USL Toscana Centro è una azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, senza finalità di lucro la cui funzione è garantire la tutela della salute come diritto di cittadinanza e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale o collettiva, attraverso promozione della salute, interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione. Eredita e sviluppa la positiva esperienza delle Aziende di Empoli, Firenze, Pistoia e Prato, al servizio di tutte le persone e a tutela della loro salute, impegnandosi con passione e responsabilità per assicurare e migliorare la qualità di vita e il benessere individuale dei suoi assistiti, mediante un'offerta assistenziale globale, personalizzata, sicura e basata sulle evidenze. Ha, come costituente essenziale, le qualità umane, morali e tecniche dei suoi professionisti, con una costante tensione verso la valorizzazione delle eccellenze già sviluppate all'interno delle singole preesistenti Aziende Sanitarie e ricondotte, come standard, nella sua dimensione organizzativa.

Vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza anche consolidando l'integrazione fra assistenza territoriale e specialistica in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse. Attraverso la partecipazione degli Enti locali, delle forme sociali impegnate nel campo dell'assistenza (terzo settore), delle Associazioni degli utenti e delle Organizzazioni Sindacali dei lavoratori, persegue e vuole favorire lo sviluppo omogeneo e sostenibile del sistema sanitario. In particolare sostiene il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e dei loro familiari nelle decisioni sulla salute sia a livello individuale sia collettivo. L'AUSL TC individua negli operatori e nel loro patrimonio professionale la principale risorsa su cui basare l'eticità, l'accoglienza, l'umanizzazione ed un approccio olistico alla cura. I principi fondanti sono:

- centralità del cittadino-utente come riferimento su cui orientare le scelte e la definizione delle priorità di intervento;
- tutela delle fragilità e rispetto delle diversità attraverso la costante lettura delle necessità e specificità dell'individuo da parte di chi opera in Azienda;
- importanza del patrimonio professionale come elemento di crescita culturale e professionale a garanzia dei percorsi assistenziali realizzati con l'apporto fondamentale delle Associazioni del Volontariato;
- confronto con la comunità e le istituzioni per la ricerca di soluzioni per una sanità condivisa e responsabile;
- innovazione come sviluppo professionale, gestionale e tecnologico per sostenere i mutamenti di contesto;
- formazione e informazione come elemento di progresso professionale e culturale per assicurare l'empowerment del paziente per il miglioramento dell'attività clinico – assistenziale;

- qualità, rischio clinico e della sicurezza dell'ambiente di lavoro nel rispetto della normativa vigente come impegno attivo attraverso l'analisi delle condizioni organizzative;
- rispetto dell'ambiente per migliorare i livelli di salute attraverso l'eliminazione e/o riduzione dell'impatto ambientale che le attività dell'Azienda e delle ditte che hanno rapporti con essa possono generare.

L'AUSL TC garantisce le pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso agli impieghi, alle posizioni organizzative e per il trattamento economico. A tal fine favorisce l'attivazione di strumenti atti a verificare, monitorare e risolvere le problematiche connesse alla corretta realizzazione delle pari opportunità aziendali, tramite l'istituzione del Comitato Unico di Garanzia aziendale (CUG). Il CUG contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Il Comitato promuove la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo, attraverso l'esercizio di compiti propositivi, consultivi e di verifica nell'ambito delle competenze che la legge, i contratti collettivi e le altre disposizioni, stabiliscono.

Organizzazione

L'Azienda Usl Toscana centro nasce dall'unificazione delle Aziende Sanitarie Locali 3 di Pistoia, 4 di Prato, 10 di Firenze e 11 di Empoli e si propone di realizzare e gestire una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare. In considerazione della molto ampia dimensione territoriale dell'Azienda, la sfida principale è rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, mantenendo alta l'attenzione alle peculiarità e alle problematiche locali.

Le funzioni operative svolte all'interno dell'Azienda USL Toscana Centro sono state attribuite alle strutture organizzative, secondo le loro assegnazioni all'interno delle aggregazioni dipartimentali, cui sono assegnate le risorse e sono gestite sulla base della programmazione aziendale. L'organizzazione interna è stata articolata in: Dipartimenti, Strutture Operative Complesse e semplici (anche a valenza dipartimentale), Sezioni ed Uffici (per attività sanitarie e tecnico-amministrative rispettivamente), Programmi e Incarichi Professionali.

Il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo ordinario di gestione, garante della funzione di governo clinico dei percorsi assistenziali e della tutela della salute collettiva. Il Dipartimento è un'articolazione organizzativa di coordinamento a valenza aziendale, sovra ordinata rispetto alle Strutture Organizzative ed è costituito da Strutture omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità, tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo agli aspetti clinico assistenziali e/o di supporto ai tali percorsi. Aggrega una pluralità di risorse professionali ed articolazioni funzionali integrate, a garanzia della gestione unitaria ed orientata ai processi ed all'integrazione delle competenze coinvolte. Promuove lo sviluppo delle strategie di governo ad ogni livello organizzativo e professionale attraverso un ampio coinvolgimento ed un'esplicita responsabilizzazione di tutti gli operatori, finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi e del rendimento delle risorse disponibili. È il modulo ordinario di gestione operativa di tutte le attività aziendali, sia di tipo tecnico amministrativo sia di tipo professionale sanitario e sociosanitario, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa finanziaria e di governo clinico. Esso presenta una dimensione minima di almeno tre strutture organizzative complesse. I Dipartimenti agiscono in accordo e sinergia su mandato della Direzione, occupandosi di indirizzare le attività delle strutture afferenti, orientandole verso il raggiungimento degli obiettivi concordati, hanno quindi carattere tecnico-professionale e responsabilità gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione ed utilizzo delle risorse assegnate.

La complessità dei Dipartimenti in termini di trasversalità delle funzioni, ambiti di responsabilità, numero di strutture, risorse gestite e volumi di attività, ha comportato la necessità di istituire Aree funzionali omogenee, finalizzate alla migliore organizzazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali. Le Aree dipartimentali sono pertanto costituite da più Strutture Organizzative omogenee, raggruppate con particolare riferimento all'affinità di patologie, di casistiche o di attività, alla specialità dell'organo, apparato o distretto anatomico ovvero raggruppate per il criterio dell'intensità o della rapidità della cura o per specifici ambiti di responsabilità legata a complessità e innovazione tecnologica.

La Struttura Organizzativa rappresenta infine un'articolazione dell'AUTC che aggrega risorse e competenze professionali al fine di assicurare definite funzioni che possono essere di diversa natura: produzione di prestazioni sanitarie assistenziali, amministrative, di programmazione, di controllo.

La Zona Distretto è l'ambito territoriale ottimale di valutazione dei bisogni sanitari e sociali delle comunità, nonché di organizzazione ed erogazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate (art. 64, comma 1 L.R. 40/2005 e ss.mm.ii.).

Tutte le Zone Distretto dell'Azienda UsI Toscana Centro hanno costituito la Società della Salute (SdS) ai sensi degli artt. 71 bis e seguenti della L.R.40/2005 e ss.mm.ii. Istituite in Toscana nel 2008, le SdS sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni di una stessa zona-distretto e dell'Azienda USL territorialmente competente, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate. Le Società della salute, integrando i servizi e le attività di Comuni e Aziende sanitarie, lavorano per offrire alle persone risposte unitarie ai bisogni sociosanitari e sociali e diventano l'interlocutore privilegiato e la porta di accesso ai servizi territoriali. Il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona.

L'erogazione dei servizi sanitari territoriali di Zona Distretto avviene attraverso le Unità Funzionali (UF), che operano secondo il criterio dell'integrazione degli interventi, per dare una risposta globale alle situazioni di bisogno. Nelle SdS il Direttore assicura il coordinamento fra le UF dell'Azienda UsI e quelle istituite nelle SdS (art. 66 comma 4 bis), evitando comunque duplicazioni.

Dal punto di vista organizzativo le Zone Distretto/Società della Salute, in una logica matriciale, rappresentano il punto di intersezione tra i Dipartimenti Aziendali, attraverso l'ufficio di direzione zonale, le unità funzionali, e il territorio, e garantiscono il coordinamento con gli enti locali e l'integrazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Nell'anno 2022 è previsto l'avvio della "gestione diretta" da parte delle SdS secondo quanto stabilito dalla L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. e dal PSSIR 2018-2020.

Tutte le SdS sono tenute ad approvare i Piano Operativi Annuali per l'anno 2022 (POA 2022) entro il 28/02/2022, secondo le procedure e le modalità previste dalla L.R. 40/2005 e ss.mm.ii. e dalle DGR sopra citate. L'Azienda UsI Toscana Centro, che nella sua organizzazione incrocia in una logica a matrice i Dipartimenti, professionali e gestionali, e le otto Società della Salute, ha elaborato un modello di lavoro innovativo con la costituzione di un gruppo di lavoro, denominato "Ufficio di piano Aziendale" (Deliberazioni aziendali 1575/2018 e 1635/2019) al fine di supportare gli Uffici di Piano delle SdS nella predisposizione dei PIS e dei POA con riferimento agli ambiti di programmazione "comuni" a tutti gli ambiti territoriali della Toscana Centro, per i quali è necessario rapportarsi con i numerosi Dipartimenti aziendali coinvolti dalla programmazione territoriale.

Il Piano della Performance dell'Azienda USL Toscana Centro è strettamente legato alla programmazione territoriale: in base alla normativa regionale, infatti, i PIS e i POA zonalì vanno a costituire la programmazione aziendale con riferimento ai servizi territoriali, sanitari, socio-sanitari e sociali integrati (art. 22 comma 5, LR 40/2005 e ss.mm.ii.)

Principali Attività e Servizi

Cure Primarie e Case della Salute

L'assistenza primaria si configura come quell'insieme dei servizi sanitari erogati dai Medici di Medicina Generale (MMG) e dai Pediatri di Famiglia (PdF), e costituisce la prima porta di ingresso dei cittadini al Servizio Sanitario. L'attuale assetto delle cure primarie prevede le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), aggregazioni mono professionali di medici di medicina generale, e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) luoghi di cura ed assistenza a carattere multi professionale, presidi territoriali nei quali convergono le competenze di più figure professionali operanti nel servizio sanitario (medici specialisti, infermieri, ostetriche, professionisti della riabilitazione, assistenti sociali, MMG e PdF). Nella nostra realtà regionale le UCCP coincidono con il modello più evoluto di "Casa della Salute".

La Casa della Salute rappresenta un modello di Sanità territoriale mediante il quale i cittadini hanno a disposizione, nell'ambito della propria Zona distretto / SdS, una struttura polivalente in grado di rispondere ai principali bisogni di salute della popolazione attraverso una molteplicità di figure professionali (MMG, Pediatri di famiglia, medici specialisti, medici della continuità assistenziale, infermieri, assistenti sociali e personale amministrativo) che costituiscono il cardine della SdS stessa. La Casa della Salute ha anche funzioni di orientamento ed accoglienza della popolazione favorendo l'accessibilità e la continuità dell'assistenza nell'arco della giornata, oltre a promuovere la conoscenza e l'accesso ai percorsi sanitari e sociosanitari territoriali attivi all'interno della propria sede, con lo scopo ultimo di garantire ai cittadini prossimità ed equità di accesso alle cure.

L'organizzazione a matrice multiprofessionale dei servizi territoriali è orientata alla sanità di iniziativa. Per sanità d'iniziativa si intende un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche che non aspetta il cittadino in ospedale (sanità di attesa), ma gli "va incontro" prima che le patologie insorgano o si aggravino, garantendo quindi al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, puntando primariamente sulla prevenzione e sull'educazione. La sanità d'iniziativa costituisce uno dei nuovi modelli assistenziali della sanità toscana: il riferimento è l'*Expanded Chronic Care Model*¹, che si basa sull'interazione proficua tra il paziente (reso più informato con opportuni interventi di formazione e addestramento) ed i medici, infermieri e operatori sociosanitari.

¹ Barr VJ, et al. Hosp Q. 2003. PMID: 14674182

L'integrazione ospedale-territorio e le cure intermedie

L'Agenzia di Continuità Ospedale - Territorio (ACOT), costituita in base alla DGRT n.679 del 12-07-2016, garantisce la continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione dall'ospedale, individuando le risposte e i setting più appropriati alla dimissione ospedaliera, coadiuvando la funzione ospedaliera di Discharge Planning, sulla base di un protocollo valutativo dei bisogni unico a livello regionale e la definizione di un progetto individuale. I servizi di continuità a disposizione dell'ACOT vanno dalla semplice fornitura di ausili assistenziali, all'attivazione dei più complessi percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi, fino ad arrivare ai percorsi residenziali per Stati Vegetativi (SUAP). A completare questo quadro di offerta ci sono i classici strumenti dell'Assistenza Domiciliare Integrata, gli inserimenti temporanei in strutture sociosanitarie (RSA), i percorsi residenziali di Cure Intermedie (Low Care e Strutture sanitarie Intermedie) e le Case di Cura. L'ACOT si avvale di un'équipe multi professionale presente in ciascuna Zone Distretto / Società della Salute, composta da Medico di comunità, Infermiere, Assistente sociale e Fisioterapista, con la consulenza strutturata di specialisti Fisiatri e Geriatri, che agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zonal di riferimento.

Le cure intermedie sono definite come "una gamma di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione. L'assistenza prestata nella fase delle cure intermedie ha la finalità di consolidare le condizioni fisiche, continuare il processo di recupero funzionale, accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero. L'obiettivo è quello di garantire appropriatezza, continuità e omogeneità dell'assistenza, individuando tre tipologie di assistenza, o setting di cure intermedie residenziali, il cui costo è a totale carico del SSN:

- Setting 1 - low care (alta intensità): strutture residenziali destinate ad accogliere pazienti nella fase post acuta alla dimissione ospedaliera (riferimenti normativi nella sezione D.6 dell'allegato A del "Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" DPRG 79/R del 2016).
- Setting 2 - residenzialità sanitaria intermedia (media intensità): strutture residenziali extra ospedaliere a bassa complessità assistenziale (riferimenti normativi nella sezione D.7 dell'allegato A del "Regolamento in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie" DPRG 79/R del 2016).
- Setting 3 - residenzialità assistenziale intermedia (bassa intensità): attivato nelle RSA (DGRT 909/2017; DGRT 1596/2019).

Nella fase emergenziale pandemica sono state realizzate altre modalità per l'integrazione e continuità delle cure:

- Il Gruppo di intervento rapido ospedale territorio (GIROT), composta da un team multi professionale che parte dall'ospedale. Agisce sul territorio in situazioni complesse a più alto impatto interprofessionale per la definizione di un percorso di cura e assistenza. Vi sono anche i GIROT specialistici dove è presente lo specialista coinvolto sulla base dello specifico bisogno. Operativi durante l'emergenza COVID 19, ma con potenzialità anche in fase post epidemica e per la gestione di casi complessi non sostenuti da SARS COV 2.
- Le unità speciali per la continuità assistenziali (USCA) rafforzano l'organizzazione e i servizi territoriali con la finalità di gestire al domicilio casi legati all'evento pandemico. Collaborano con i GIROT e mantengono una relazione professionale con i medici di medicina generale. Sono composte da personale medico e operano in stretta relazione con gli infermieri di famiglia e di comunità.

L'assistenza domiciliare

L'assistenza domiciliare (AD) è quell'insieme di attività sanitarie o socio-sanitarie o sociali fornite alla persona al proprio domicilio. Le Cure Domiciliari, secondo i LEA costituiscono la risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti in condizione di vulnerabilità e fragilità.

Le modalità di realizzazione delle cure domiciliari sono così articolate:

- Assistenza Domiciliare Tutelare: assistenza rivolta a persone parzialmente non auto-sufficienti o a rischio di emarginazione, che richiedono interventi di sostegno psico-sociale e di cura della persona (fornitura dei pasti, pulizia della casa, lavaggio della biancheria, igiene personale, aiuto per pagare le bollette).
- Assistenza Domiciliare per interventi di natura sanitaria (AD solo sanitaria), dedicata a persone non autosufficienti o dimesse di recente dall'ospedale, che richiedono prestazioni infermieristiche, riabilitative, mediche o specialistiche.
- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): riguarda le situazioni più complesse, si definisce "integrata" poiché il servizio di assistenza medica è coordinato con quello socio-assistenziale, e consiste in un insieme di servizi e interventi socio sanitari erogati al paziente all'interno della sua abitazione. Avviene attraverso prestazioni fornite da diversi professionisti (medici, infermieri, operatori socio sanitari (OSS), fisioterapisti, farmacisti, psicologi, ecc.).
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP): prevede la presenza periodica (settimanale, quindicinale, mensile) del medico di medicina generale al domicilio dell'assistito non deambulante.

La non-autosufficienza

La Legge Regionale n.66/2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza" e la DGRT 370/2010 "Approvazione progetto regionale per l'assistenza continua alla persona non autosufficiente" dettano le linee guida per l'assistenza alle persone non autosufficienti, prevedendo:

- Punti insieme, presenti su tutto il territorio, finalizzati ad accesso, accoglienza, informazione e orientamento alle diverse tipologie di assistenza.
- Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) in ogni ambito zonale. Si tratta di équipe multi professionali, composte da personale medico, infermieristico, di servizio sociale e amministrativo, deputate alla valutazione del bisogno della persona non autosufficiente, attraverso strumenti di valutazione multidimensionale delle condizioni della persona, sia dal punto di vista sanitario che sociale.
- Piano personalizzato di assistenza (PAP), nel quale sono individuati gli obiettivi, prestazioni e gli esiti attesi in termini di mantenimento o miglioramento delle condizioni di salute della persona non autosufficiente, disabile e anziana e le prestazioni sociosanitarie da erogare, in condivisione con la persona e la famiglia.

Ogni Società della Salute /ZD ha approvato il proprio "Progetto per l'assistenza continua della persona non autosufficiente" in coerenza con la LR 66/2008, gestito direttamente dalle SdS, che prevede una gamma di servizi riconducibili a tre aree di intervento:

- l'Area della Domiciliarità con contributi per il care giver, contributi per l'assistente familiare, interventi domiciliari sociali e sanitari forniti dal servizio pubblico in forma diretta;
- l'Area della semi residenzialità con inserimento in un centro diurno anziani;
- l'Area della residenzialità, con l'inserimento in RSA, che può essere: temporaneo, di sollievo o permanente, subordinato alla definizione di un PAP di tipo residenziale.

L'assistenza alla persona anziana non autosufficiente prevede, oltre a quanto sopra descritto, ulteriori progettualità, azioni e prestazioni, gestite e organizzate dalle Società della Salute, come ad esempio il Progetto Home Care Premium, Progetto regionale gravissime disabilità, Progetti Demenze/Alzheimer, Centro di riferimento per i Disturbi Cognitivi e le Demenze, Pronto Badante ecc..

La disabilità

Le DGRT 1449/2017, 1642/2019 e 1055/2021 sanciscono la riorganizzazione del sistema dei servizi integrati per la persona con disabilità e, anticipando di fatto le previsioni poi confluite nel PNRR, prevedono un ridisegno complessivo della presa in carico integrata della persona con disabilità sotto molteplici aspetti (sistema di accesso e presa in carico, unità di valutazione multidisciplinare, Progetto di vita, budget di salute, Case manager, continuità del progetto nelle diverse fasi di vita, sistema informativo) . Come poi confermato dal PNRR, il ruolo centrale per la presa in carico della persona disabile viene rivestito dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD) zonali, deputate alla valutazione ed alla predisposizione del Profilo di Funzionamento e del Progetto di vita della persona disabile. L'Azienda Usl Toscana Centro ha dato avvio a questo percorso di riorganizzazione con la costituzione di un gruppo di lavoro interdipartimentale e interzonale che ha portato alla costituzione delle otto UVMD zonali e alla elaborazione di linee guida condivise a livello di Toscana Centro (deliberazioni aziendale n. 1644 del 06/12/2019 e n. 1492/2021).

I principali progetti strutturali e regionali sviluppati ad oggi sul territorio e dedicati alle persone disabili sono: il Progetto Non Autosufficienza < 65 anni, il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale), il Progetto Gravissime Disabilità, il Fondo Non Autosufficienza dedicato alla SLA, il Dopo di Noi (legge 112/2016), l'Assistenza Domiciliare Integrata, l'inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale, il percorso di Inclusione scolastica.

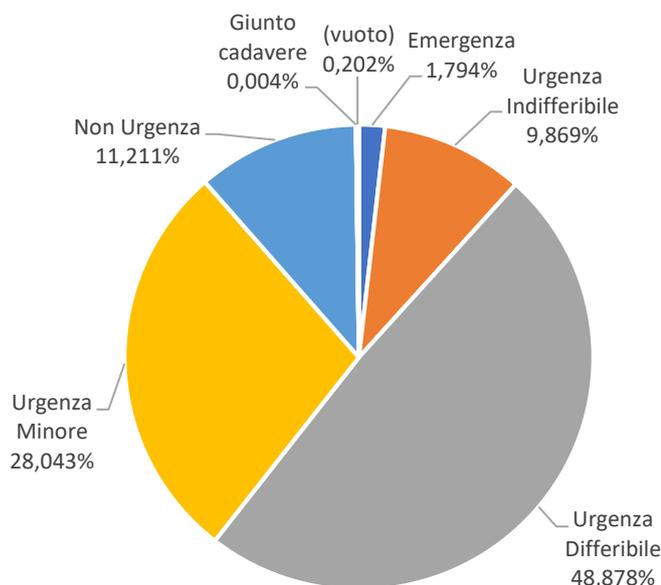
Il Servizio Emergenza Urgenza Sociale (SEUS)

Il SEUS è un sistema che dà attuazione al Livello Essenziale delle Prestazioni Sociali "Pronto Intervento Sociale", in base a quanto previsto dal Piano Nazionale degli Interventi e dei Servizi Sociali 2021-2023 per la gestione appropriata degli interventi di emergenza urgenza sociale, attraverso la costituzione di un servizio sociale dedicato e specializzato per tali interventi, attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365. Si può considerare a tutti gli effetti il "pronto soccorso" del servizio sociale, a favore di coloro che vengono a trovarsi in situazioni di emergenza sociale (L. 328/2000 art. 22, comma 4). Il SEUS è un progetto di respiro regionale con capofila l'Azienda USL Toscana Centro che per prima ne ha sperimentato l'attuazione insieme alle SdS del suo territorio.

L'emergenza-urgenza sanitaria

Il sistema dell'emergenza-urgenza nel 2020 ha gestito 209.747 chiamate per soccorso che sono pervenute alle due Centrali Operative 118 dell'AUTC (139.099 alla Centrale Operativa di Firenze - Prato e 70.648 alla Centrale operativa di Pistoia – Empoli). Circa il 90% delle richieste di soccorso ha esitato in missioni con mezzi di soccorso, con interventi eseguiti in oltre $\frac{3}{4}$ dei casi entro 16 minuti. Nel 2020 gli accessi ai PS dei residenti dell'AUTC sono stati 282.500: si può osservare una netta e generale riduzione degli accessi in tutti i Pronto Soccorso rispetto ai due anni precedenti, verosimilmente a causa della pandemia da SARS-COV2. Nel 2021 gli accessi hanno mostrato invece un recupero, attestandosi a 320.767. La distribuzione per codice colore del 2021 è rappresentata nella figura 2.

Figura 2. Distribuzione per codice colore degli accessi al Pronto Soccorso nel 2021



Assistenza ospedaliera

Nel corso del 2021 i ricoveri nelle strutture della ASL TC sono stati 103.155, in ulteriore calo rispetto al 2019 e 2020 a causa del perdurare dell'emergenza sanitaria che ha portato ad una riduzione dell'offerta. La maggior riduzione nel 2021 riguarda i DRG medici (-6,8 rispetto al 2020) e solo in misura minore riguarda i DRG chirurgici che invece erano crollati nel 2020. Questi dati prospettano uno scenario di notevole arretrato di ricoveri programmati, il cui recupero è comunque già avviato per gli interventi chirurgici. Le tabelle 2 e 3 riportano il numero di dimissioni negli anni 2019, 2020 e 2021 suddivise ambito territoriale, regime e tipo DRG.

Tabella 2. Attività di ricovero della ASL Toscana centro (numero dimessi) per anno per DRG Medici.

Ex ASL	Regime	Dimessi 2019	Dimessi 2020	Dimessi 2021
Empoli	Ordinario	11.172	10.245	9.900
Empoli	Day Hospital	884	882	730
Firenze	Ordinario	24.607	22.660	22.207
Firenze	Day Hospital	3.695	2894	2202
Pistoia	Ordinario	19.110	16.463	15.735
Pistoia	Day Hospital	1.634	1311	873
Prato	Ordinario	17.385	15.825	14.776
Prato	Day Hospital	2.015	1986	904
Totale	Ordinario	72.274	65.193	62.618
Totale	Day Hospital	8.228	7.073	4.709
Totale	DRG Medici	80.502	72.266	67.327

Tabella 3. Attività di ricovero della ASL Toscana centro (numero dimessi) per anno per DRG Chirurgici.

Ex ASL	Regime	Dimessi 2019	Dimessi 2020	Dimessi 2021
Empoli	Ordinario	5.734	3.999	4.069
Empoli	Day Hospital	2.564	1.424	1.140
Firenze	Ordinario	13.738	11.457	11.708
Firenze	Day Hospital	5.977	4.211	4.858
Pistoia	Ordinario	7.423	5.705	5.166
Pistoia	Day Hospital	2.785	1.603	1.467
Prato	Ordinario	7.038	5.949	5.613
Prato	Day Hospital	3.136	2.162	1.807
Totale	Ordinario	33.933	27.110	26.556
Totale	Day Hospital	14.462	9.400	9.272
Totale	DRG Chirurgici	48.395	36.510	35.828

Assistenza specialistica ambulatoriale

L'assistenza specialistica ambulatoriale è costituita dall'insieme delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai medici specialisti negli ambulatori e nei laboratori territoriali o ospedalieri dell'Azienda o all'interno di strutture private accreditate, autorizzate e convenzionate con AUTC.

Attività diagnostica:

- strumentale: effettuata attraverso apparecchiature, con o senza uso di radiazioni (RX, TAC, RM, scintigrafia, ecografia, ECG, EEG, gastroscopia, colonscopia, artroscopia, audiometria, ecc.)
- di laboratorio: Chimica clinica; Microbiologia; Virologia; Anatomia e istologia patologica; Genetica; Immunoematologia

Attività clinica:

- visite specialistiche: prima visita, visita a completamento della prima, visita di controllo, visita multidisciplinare
- attività terapeutica: radioterapia, medicazione, sutura, iniezione, infiltrazione, incisione, attività chirurgica, dialisi, trattamento odontoiatrico, applicazione apparecchio gessato, psicoterapia, ecc.
- riabilitazione: terapia educativa, training disturbi cognitivi, rieducazione moto-ria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.

Per l'anno 2021 i dati (seppur ancora provvisori) relativi all'attività specialistica ambulatoriale erogata dall'Azienda, quale SSN, sono rappresentati nella tabella 4 sotto riportata: sul totale si evidenzia un incremento di circa il 14% rispetto all'anno precedente.

Tabella 4. Prestazioni ambulatoriali erogate per settore dalla Azienda USL TC

Clinica	2.115.722
Diagnostica Immagini	892.818
Diagnostica Laboratorio	16.172.773
Diagnostica Strumentale	543.790
Procedure	404.510
Non classificato	104.146
Totale complessivo	20.233.759

Cure palliative

L'organizzazione aziendale garantisce l'erogazione delle cure palliative in regime di consulenza, ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

Le consulenze sono erogate principalmente ai reparti ospedalieri, ma anche al domicilio e in RSA e sono organizzati ambulatori dedicati a pazienti ancora autosufficienti, per il controllo dei sintomi e la definizione del piano assistenziale. Le Cure Palliative Precoci e Simultanee vengono erogate in collaborazione con i MMG e gli specialisti. Le Unità di cure palliative domiciliari garantiscono sia gli interventi di base, coordinati dal medico di medicina generale, sia interventi di equipe specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità che aumenta con l'avvicinarsi della fine della vita, nonché la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care giver. L'Hospice è un'articolazione residenziale della rete assistenziale, definibile come una struttura specialistica di ricovero che può accogliere temporaneamente o stabilmente i pazienti. Costituisce un'alternativa alla casa quando questa non è, temporaneamente o definitivamente, idonea ad accogliere il malato.

Attività consultoriali

I Consultori sono presidi territoriali orientati principalmente alla tutela della salute della donna di ogni età, e in particolare durante la gravidanza e i primi mesi di maternità, alla tutela della salute e della qualità della vita del bambino, allo sviluppo di scelte consapevoli e responsabili riguardo alla procreazione e alla genitorialità. Si tratta di un ambito complesso, multi professionale (ginecologia, ostetricia, assistenza sociale, mediazione culturale ecc.) che, seppur in un'ottica principalmente territoriale, mantiene forti collegamenti con il corrispondente ambito ospedaliero. I principali percorsi organizzati e gestiti tramite i consultori territoriali sono: Procreazione responsabile (DGRT 1251/2018); Diagnosi prenatale (DGRT 1371/2018); Percorso nascita; Percorso Depressione post partum; Percorso Gravidanza fisiologica; Vaccinazioni in gravidanza (attuazione delle linee ministeriali sulla vaccinazione in gravidanza); Percorso IVG ; Percorso Menopausa (Ambulatorio specifico); Prevenzione Oncologica; Interventi mirati per la multiculturalità; Progetto Persefone (Ambulatorio specifico di livello aziendale dedicato a donne vulnerabili vittime di tratta e tortura); Progetto Mamma Segreta. Nell'ambito della continuità Territorio Ospedale Territorio è inserita la Rete del Codice Rosa coordinata dal dirigente medico responsabile delle attività consultoriali dell'Azienda UsI Toscana Centro. Il Codice Rosa è un percorso riservato a tutte le vittime di violenza, in particolare donne, bambini e persone discriminate.

Riabilitazione

La riabilitazione è un processo nel corso del quale si permette a una persona con disabilità di raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione. Le attività sanitarie di riabilitazione: comprendono gli interventi valutativi, diagnostici, terapeutici e le altre procedure finalizzate a superare, contenere o minimizzare la disabilità e la limitazione delle attività (muoversi, camminare, parlare, vestirsi, mangiare, comunicare, lavorare, etc.). I percorsi riabilitativi territoriali, semplici o complessi ed integrati, sono erogati sia in forma ambulatoriale che domiciliare in ogni Zona Distretto dalle strutture organizzative del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione (medici fisiatristi) e del Dipartimento dei Servizi Tecnico Sanitari (professionisti della riabilitazione: fisioterapisti, logopedisti, educatori ecc.), con la collaborazione degli altri professionisti che possono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo. Tali prestazioni sono LEA da ottemperare secondo quanto previsto dal DPCM 12/01/17 ed in Regione Toscana dalla DGR 595/05. I corsi di attività fisica adattata (AFA), indicati per patologie a carattere cronico e fortemente penalizzati dall'emergenza sanitaria Covid-19, sono mirati alla prevenzione della disabilità e si ripercuotono in modo positivo sulla domanda dei percorsi a bassa intensità riabilitativa ambulatoriali.

Salute Mentale

La mission del servizio della Salute Mentale Adulti è quella di attuare interventi mirati alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei disturbi psichici in età adulta, sensibilmente aumentati per effetto della pandemia. La presa in carico della persona si basa sulla valutazione multidimensionale e multi professionale (psichiatra, psicologo, infermiere, educatore, assistente sociale, OSS), con particolare attenzione al coinvolgimento attivo della persona, la condivisione con la famiglia, la predisposizione di interventi personalizzati centrati sui contesti di vita. Il progetto personalizzato può prevedere interventi presso il Centro di Salute Mentale (CSM) e l'erogazione di servizi semiresidenziali (deputati a svolgere attività riabilitativa intensiva con lo scopo di promuovere l'autonomia del paziente e la sua piena integrazione sociale) e di servizi residenziali in strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di residenzialità e che sono rivolti a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza. Elemento fondamentale del progetto individuale è la promozione dell'autonomia, sia abitativa che lavorativa, attraverso gli inserimenti terapeutici lavorativi e progetti di abitare supportato.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il servizio deputato al trattamento delle emergenze psicopatologiche in regime di ricovero, sia volontario che in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO). Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, è collocato all'interno dei presidi ospedalieri. Il ricovero rappresenta solo un momento dell'intervento complessivo di presa in carico ed è attuato in modo da garantire al paziente la continuità terapeutica con tutti gli altri luoghi di cura.

L'Area Salute Mentale Infanzia e Adolescenza si articola in Unità Funzionali territoriali, strutture organizzative caratterizzata dalla presenza di professionisti esperti dello sviluppo del bambino e dell'adolescente, e si occupa della "neurodiversità nell'età evolutiva", cioè di bambini con disturbi della coordinazione motoria, del neurosviluppo, della comunicazione, del linguaggio e dell'apprendimento, disabilità intellettive, autismo e disturbi neuropsichici in età evolutiva. Si occupa di prevenzione, diagnosi, cura, abilitazione e riabilitazione attraverso la valutazione multidimensionale e la predisposizione del piano terapeutico riabilitativo personalizzato. I percorsi specifici sono i seguenti: Autismo, Disabilità complesse geneticamente determinate, Disturbi neuromotori, Disturbi del linguaggio e dell'apprendimento, Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, Epilessia, disturbi neurosensoriali, Emergenze urgenze psicopatologiche nell'infanzia e nell'adolescenza, continuità Ospedale Territorio. La Salute Mentale Infanzia e Adolescenza è coinvolta nel percorso di inclusione scolastica dei minori con certificazione L. 104, nella predisposizione del Profilo di Funzionamento e nel supporto alla redazione del Piano Educativo Individualizzato (PEI) della scuola.

Con riferimento ai Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione l'Azienda USI Toscana Centro ha costituito, la "UFS Disturbi dell'alimentazione" di valenza dipartimentale (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze), deputata all'attuazione dei percorsi di prevenzione e cura dei disturbi dell'alimentazione e della nutrizione. Il Servizio è rivolto a pazienti sia minorenni che maggiorenni con disturbi dell'alimentazione, che rispondano ai criteri diagnostici di Anoressia Nervosa, Bulimia Nervosa, Disturbo dell'Alimentazione Incontrollato, ARFID e Disturbi Alimentari NAS.

Servizi per le Dipendenze

Le attività dei Servizi per le Dipendenze (SerD) rispondono ai bisogni di quelle fasce di popolazione, sia giovanile che adulta, che presentano disturbi da uso di sostanze stupefacenti e psicotrope legali (alcol, tabacco e farmaci), illegali (eroina, cocaina, cannabinoidi, sostanze sintetiche) o che presentano nuove forme di dipendenze comportamentali.

I servizi per le dipendenze (Ser.D) assicurano interventi e prestazioni nei singoli ambiti territoriali con accesso diretto alle cure e garanzia dell'anonimato, in un'ottica di integrazione multidisciplinare, attraverso équipe multiprofessionali composte da psichiatri, tossicologi, psicologi, educatori, infermieri, personale di riabilitazione, operatori socio sanitari, assistenti sociali ed altri operatori dell'area socio-sanitaria. Sono assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali attraverso interventi medico-farmacologici, psicologici/psicoterapici, socio-riabilitativi e di prevenzione individuale. Elemento fondamentale del progetto individuale è la promozione dell'autonomia, sia abitativa che lavorativa, attraverso gli inserimenti terapeutici lavorativi e progetti di abitare supportato.

Il Servizio Dipendenze promuove, altresì, programmi di prevenzione in collaborazione con le istituzioni pubbliche e private (scuola, cooperative sociali, volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto).

Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione svolge un'attività di vigilanza e controllo. Oltre alle vaccinazioni e alla sorveglianza epidemiologica, effettua campionamenti e monitoraggi delle acque potabili, controlli a strutture recettive, scuole, piscine, istituti penitenziari, rivendite di fitosanitari, ed estetisti tatuatori. Effettua controlli nei cantieri edili, nelle unità locali produttive, in aziende agricole, valutazioni piani di lavoro amianto e istruttorie per infortuni e malattie professionali. Assicura la qualità dei cibi, ispezioni in esercizi pubblici e allevamenti, campionamenti di alimenti, bevande o matrici direttamente su animali in allevamento. Garantisce l'attività per la valutazione dell'idoneità medico sportiva. Rientrano nella prevenzione anche attività trasversali ai dipartimenti come gli screening oncologici, le campagne vaccinali e le vaccinazioni in gravidanza.

Personale

I dipendenti al 31 dicembre 2021 sono 15.458, di cui 164 responsabili di struttura semplice, 44 responsabili di struttura semplice dipartimentale e 204 responsabili di strutture complesse (Tabella 5).

Tabella 5. Il personale dipendente della Azienda ULS Toscana Centro al 31/12/2021.

Personale al 31/12/2021	Unità	Di cui resp. di struttura semplice	Di cui resp. di Struttura Semplice Dipartimentale	Di cui resp. di Struttura Complessa
Infermiere	5.912	-	-	-
Medico	2.550	130	37	144
Operatore Socio Sanitario e Operatore Tecnico Addetto all'assistenza	1.909	-	-	-
Personale Ruolo Amministrativo	1.360	-	-	-
Operatore Tecnico	527	-	-	-
Ostetrica	390	-	-	-
Tecnico prevenzione Ambiente e Luoghi di lavoro	372	-	-	-
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	362	-	-	-
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	356	-	-	-
Personale Ruolo Tecnico	278	-	-	-
Fisioterapista	263	-	-	-
Assistente Sociale	201	-	-	-
Educatore Professionale	167	-	-	-
Assistente Sanitario	115	-	-	-
Psicologo	112	6	-	2
Farmacista	72	10	3	3
Logopedista	72	-	-	-
Veterinario	59	-	-	5
Personale Ruolo Sanitario – Altro	57	-	-	-
Biologo	51	6	1	1
Dietista	38	-	-	-
Dir. Prof. San. Infermieristiche, Ostetrica, Tecnici Riabilitazione e Prevenzione	34	3	-	12
Ingegnere	34	2	-	14
Dirigente Amministrativo	32	3	3	19
Tecnico neuro fisiopatologia	29	-	-	-
Tecnico delle neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	19	-	-	-
Fisico	18	-	-	2
Ortottista Assistente Oftalmologia e Ottico	15	-	-	-
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	15	-	-	-
Chimico	8	1	-	-
Tecnico Audiometrista	7	-	-	-
Podologo	6	-	-	-
Odontoiatra	4	1	-	-
Odontotecnico	3	-	-	-
Architetto	2	-	-	-
Dirigente Assistente Sociale	2	2	-	-
Avvocato	2	-	-	1
Tecnico Ortopedico	2	-	-	-
Sociologo	1	-	-	-
Statistico	1	-	-	1
Terapista Occupazionale	1	-	-	-
Totale	15.458	164	44	204

Indirizzi Regionali e Programmazione Economica

Il Bilancio Preventivo Economico annuale o Bilancio di Previsione, per le aziende sanitarie pubbliche è un documento programmatico di natura non autorizzativa utile a definire gli obiettivi in termini economici, patrimoniali e i relativi aspetti finanziari dell'Azienda, nell'esercizio futuro. Per la predisposizione di tale documento l'Azienda si rifà alla normativa nazionale (Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e Decreto Legislativo 23 giugno 2011, n. 118 e ss.mm.ii) e regionale vigente (Legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 ss.mm.ii) e alle linee guida che la Regione Toscana invia con cadenza annuale, seppur non sempre la stessa. La documentazione di dettaglio relativa ai Bilanci preventivi e consuntivi è consultabile nell'apposita sezione sul sito web aziendale all'indirizzo: <https://www.uslcentro.toscana.it/index.php/amministrazione-trasparente-2/bilanci>

La Regione Toscana con Delibera di Giunta n.6 del 10-01-2022 ha provveduto all'assegnazione del Fondo Sanitario Indistinto alle Aziende Sanitarie per il 2022 rimandando l'emanazione delle linee di guida necessarie alla redazione del bilancio preventivo 2022, che sarà in seguito adottato non appena saranno noti gli indirizzi regionali. Per tale ragione, allo stato attuale, al fine di garantire la coerenza del ciclo della performance e il rispetto del sistema complessivo aziendale, sono state individuate nelle linee guida regionali degli anni precedenti gli item su cui impostare la pianificazione strategica e operativa dell'Azienda nel breve e medio termine.

Gli obiettivi economici individuati nella programmazione regionale sono poi declinati in obiettivi di budget ai centri di responsabilità aziendali (CdR in seguito), governati ciascuno da un dirigente responsabile. Tale processo denominato: " budgeting", favorisce il livello di integrazione necessario tra programmazione regionale e programmazione aziendale fornendo anche un utile strumento di controllo in corso d'anno e di valutazione della performance a consuntivo. L'output del processo di budgeting è il documento di budget, formalizzato per CdR.

Il suddetto processo s'identifica su più fasi tra cui la declinazione degli obiettivi economici da proporre a ogni singola struttura aziendale (CdR), una successiva fase di negoziazione del budget proposto per ogni CdR, una eventuale rettifica e una conseguente ratifica degli impegni presi attraverso la formalizzazione di apposite schede di budget di dettaglio, che raccolgono gli impegni presi utili al raggiungimento della performance di struttura e complessivamente poi di tutta l'azienda rispetto agli obiettivi di programmazione regionale.

Il budget è poi analizzato in corso d'anno attraverso momenti di monitoraggio indispensabili per l'individuazione di possibili azioni correttive utili al raggiungimento dell'obiettivo oppure per la ridefinizione di quegli obiettivi diventati irraggiungibili. L'azienda così è in grado di indirizzare la propria attività,

monitorare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi a livello globale, di dipartimento, di struttura organizzativa complessa e semplice e potenzialmente dei singoli dipendenti, in un'ottica di miglioramento continuo della qualità dei servizi diretti e indiretti offerti al cittadino.

Per quanto riguarda gli altri obiettivi (organizzativi, gestionali, di performance, etc.) che la Regione assegna annualmente alle Aziende Sanitarie con Decreto del Presidente della Giunta Regionale, ad oggi non ancora formalizzati, l'Azienda si muove in continuità con l'anno 2021, garantendo rilievo ed attenzione primaria a:

- Governo della spesa farmaceutica per acquisti diretti e convenzionata;
- Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa 2019-2021 (DGRT 604/2019) che stabilisce i tempi massimi di attesa per gli interventi oncologici, per una selezione di interventi non oncologici, per 17 visite ambulatoriali e 47 prestazioni strumentali di diagnostica;
- Governo della spesa del personale.

Prendendo in esame il governo della spesa farmaceutica, questo è realizzato in Azienda tramite un processo continuo di misurazione e valutazione di specifiche azioni di appropriatezza farmaceutica, definite a tutti i livelli di erogazione della molecola (territoriale e ospedaliera) e declinate sui diversi CdR interessati (territoriali, inclusi la Medicina Generale, e ospedalieri). Quest'attività è svolta da una struttura organizzativa dedicata: la SOC "Governance Farmaceutica e appropriatezza prescrittiva", usufruendo dei seguenti strumenti:

- reportistica per prescrittore (territoriale, MMG, medico specialista ospedaliero);
- responsabilizzazione dei sanitari alla autovalutazione tramite strumenti informatici di supporto;
- il monitoraggio delle azioni complessive da parte della SOC Controlling;
- gli audit, affinché gli obiettivi economici fissati dalla Regione si traducano in prescrizioni appropriate ed economiche.

Per il governo della spesa farmaceutica parte dalla consapevolezza è cruciale il concetto di appropriatezza prescrittiva e dal continuo miglioramento del rapporto costo/beneficio.

La Pianificazione Triennale

La pianificazione che guiderà l'azienda nel prossimo triennio trae origine dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Piano Sanitario Sociale Integrato Regionale e tiene conto degli obiettivi di performance assegnati dalla Regione tramite il Laboratorio Management e sanità della Scuola Sant'Anna di Pisa.

Il processo di pianificazione si fonda su principi che si propongono di rendere l'integrazione tra le politiche sociali e le politiche sanitarie ancora più forte e ancora più operativa. Attraverso l'analisi prospettica dei dati epidemiologici si intende creare una stabile continuità tra la parte della rete ospedaliera e quella della rete territoriale, includendo la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano. Le linee guida, adeguatamente verificate da un punto di vista metodologico, saranno trasformate in percorsi diagnostici terapeutici assistenziali e sociali (PDTAS), non essendo più sostenibile la divergenza degli interventi sanitari da quelli sociali. Alla luce delle evidenze, degli aspetti normativi, del PSSIR e dalle risultanze delle indagini di percezione dell'esperienza e dalla percezione e degli esiti delle cure, l'Azienda si propone di tutelare il tempo disponibile per la professione rispetto a quello per le esigenze amministrative, così come la digitalizzazione deve divenire strutturale ed in funzione alla salute, la cui salvaguardia è missione dell'azienda. La relazione fra professionista sanitario e paziente sarà focalizzata sull'intervento di cura ed entrambi saranno soggetti attivi e cooperativi nello scegliere sempre gli esami diagnostici, i trattamenti e gli interventi secondo le conoscenze scientifiche disponibili.

L'azienda persegue l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico con l'obiettivo di migliorare l'efficienza delle prestazioni garantendo, nel contempo, un ambiente di lavoro caratterizzato da rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica.

Linee Strategiche

- 1. La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona.** Le traiettorie internazionali sono tutte indirizzate a rafforzare i sistemi sanitari centrati sulle persone, responsabilizzare i cittadini, investire su professionisti e operatori, rafforzare il rapporto con le Comunità. La prospettiva è dunque la collaborazione tra istituzioni, professionisti sanitari e sociali con le persone assistite, le loro famiglie, i care giver, i cittadini e le loro associazioni per la presa in carico adeguata delle persone assistite e per aumentare la qualità delle prestazioni degli ospedali e dei servizi sanitari, a partire dalla conoscenza dei bisogni e delle capacità dei pazienti (comunicazione, responsabilizzazione dei professionisti e degli operatori, delle persone assistite, delle famiglie, delle comunità, condivisione dei progetti di salute e di cura), fino alla riorganizzazione dei servizi sanitari e

socio-sanitari e a un nuovo disegno di politiche sanitarie con il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori sanitari e delle associazioni dei malati. Questa linea strategica è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 e la Missione 5 componente 2 del PNRR.

- 2. La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità.** La digitalizzazione dei processi è l'occasione per dar vita a un sistema sociosanitario più agile ed efficiente e soprattutto maggiormente focalizzato sulle esigenze del paziente. Il digitale gioca un ruolo chiave con quattro asset. In primo luogo la telemedicina, introdotta durante la crisi sanitaria, ha poi dimostrato potenzialità tali da richiedere la messa a regime in modo controllato. La telemedicina può essere di supporto nelle diverse fasi di gestione della salute (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) favorendo la circolazione delle informazioni tra i diversi operatori sanitari e team di cura e contribuire inoltre ad alimentare una base dati per la costruzione di una serie di indicatori di output e outcomes. Il secondo ambito riguarda la centralità e la valorizzazione della fruibilità dei dati. La presenza, la condivisione e la fruibilità del patrimonio informativo rappresentano l'elemento oggettivo che consente l'adattamento equo ed etico del nostro modello organizzativo e che pone la sfida di lavorare sulla governance, vale a dire superare le frammentazioni esistenti e valorizzare il patrimonio di dati di cui i diversi soggetti, nazionali, regionali, locali, dispongono, grazie anche a Big Data Analytics, Intelligenza Artificiale e Machine Learning. Terzo pilastro è il Fascicolo Sanitario Elettronico, che richiede di potenziarne la diffusione e l'accessibilità, grazie all'integrazione di tutti i documenti e dati sanitari, all'interoperabilità tra i sistemi regionali e all'integrazione tra la sanità pubblica e privata. Ultimo asset ma non meno importanti sono le competenze digitali degli operatori, requisito culturale essenziale a supporto della trasformazione digitale del sistema nel suo complesso. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.
- 3. Equità e tempestività di accesso alle cure.** Mai come in questo periodo emergenziale è concreto il rischio che il sistema sanitario sotto la pressione dei malati di COVID non riesca a fornire risposte tempestive a tutti i cittadini. Prioritario è il recupero dell'attività arretrata; la tempestività e le pari opportunità per l'accesso alle cure, oltre che essere garantite dovranno essere monitorate. Il campo di applicazione riguarda l'attività programmata chirurgica, le procedure diagnostiche e terapeutiche.
- 4. L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità.** Una medicina che è stata definita "parsimoniosa" non limita le cure efficaci ma, al contrario, restringe l'uso di interventi non necessari e potenzialmente pericolosi. Secondo la Rand Corporation una procedura è appropriata se il beneficio atteso (per esempio aumento dell'aspettativa di vita, sollievo dal dolore, riduzione dell'ansia, miglioramento della capacità funzionale) supera le eventuali conseguenze negative (mortalità, morbosità, ansia, dolore, tempo lavorativo perso) con un margine sufficientemente ampio, tale da

ritenere che valga la pena effettuarla². Più della metà delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, e avrebbero potuto essere evitate senza alcuna conseguenza per i pazienti, ma anzi hanno costituito un inutile radio esposizione, così come l'utilizzo di tecnologie complesse in cardiologia. Il consumo pro capite di antibiotici in Italia è uno dei più alti tra i paesi OCSE, con un serio rischio per la salute della popolazione, considerando che causa l'incremento delle resistenze; l'appropriatezza di utilizzo degli antibiotici è una vera e propria priorità di sanità pubblica.

5. **La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura.** È necessario promuovere una nuova alleanza tra medico e paziente, liberata da un'informazione talvolta distorta e non sufficientemente libera dai conflitti di interesse dai possibili condizionamenti legati alla medicina difensiva.
6. **La misura degli esiti delle cure.** Il Piano Nazionale Cronicità sollecita la revisione del paradigma di fondo relativo al concetto di "esito" concettualmente legato ad una visione della medicina caratterizzata da eventi piuttosto che da percorsi. Si propone oggi di considerare gli esiti come un "insieme di risultati intermedi" non solo finali, non solo clinici ma anche connessi alla disabilità e alla qualità di vita, dislocandoli lungo tutto l'iter dell'assistenza erogata e misurandoli attraverso indicatori multidimensionali meglio rivolti alla dimensione stato di salute piuttosto che di malattia. Tra gli esiti, sempre maggiore considerazione ricevono quelli direttamente riportati dai pazienti, sia che riguardino aspetti tangibili delle cure sia che abbiano a che vedere con l'esperienza che ogni singolo paziente sperimenta. Ciò è realizzabile introducendo tecniche e strumenti efficienti per misurare il benessere auto-percepito dal paziente, la qualità della vita, l'impatto della condizione cronica sulla vita quotidiana.
7. **Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse.** Semplificare significa tagliare passaggi procedurali, controlli, adempimenti inutili, eliminare ridondanze: vuol dire quindi eliminare tutto quello che è superfluo o addirittura dannoso per un buon funzionamento dell'Azienda Sanitaria. Il problema è che spesso non si può tagliare, perché certi passaggi o adempimenti non si possono eliminare senza provocare danni maggiori dei vantaggi dell'eventuale semplificazione; in questi casi semplificare significa allora reingegnerizzare, ovvero saper trovare modi diversi, più semplici, rapidi ed economici per ottenere lo stesso risultato. L'azienda USL intende perseguire la semplificazione delle procedure e dei processi attraverso la loro reingegnerizzazione, anche avvalendosi di strumenti tecnologici e innovativi.
8. **La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione.** La trasformazione digitale dei processi aziendali è il punto di sintesi tra semplificazione, tracciabilità, trasparenza e valore informativo. L'azienda USL Toscana centro sostiene e promuove il passaggio dal cartaceo al digitale in ogni possibile procedura al fine di velocizzare la circolazione dei documenti, la loro archiviazione e

² Fitch K, Bernstein FJ, Aguilar MD, Burnand B, Lacalle JR, Lazaro P. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. RAND Corporation, Sept. 2000

l'estrazione, la valorizzazione di informazioni utili alla costruzione di indicatori di processo e di esito calcolabili in modo standardizzato ed automatizzato. Questa linea è ampiamente in coerenza con la missione 6, componente 1 del PNRR.

- 9. La tutela e salvaguardia della salute pubblica.** Le attività si declinano nella contingenza in azioni atte a contrastare la pandemia: organizzazione della campagna vaccinale anti-COVID e tutte le altre azioni collegate all'emergenza sanitaria (tamponi oro faringei, indagini epidemiologiche, gestione pratiche di contact-tracing e screening della popolazione). Oltre a ciò, è garantita l'attività ordinaria di vaccinazione e l'attività di vigilanza e controllo sulla Salute Pubblica. Viene garantita la sicurezza delle acque potabili, la salubrità ed il rispetto della normativa sulle strutture recettive, scuole, piscine, istituti penitenziari, rivendite di fitosanitari, ed estetisti tatuatori. Si presidia la sicurezza nei cantieri edili, nelle unità locali produttive, in aziende agricole; si effettuano valutazioni piani di lavoro amianto e istruttorie per infortuni e malattie professionali. Si assicura la qualità dei cibi con ispezioni in esercizi pubblici e allevamenti, campionamenti di alimenti, bevande o matrici direttamente su animali in allevamento. Si garantisce l'attività per la valutazione dell'idoneità medico sportiva.
- 10. La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile.** L'OMS e le Nazioni Unite ritengono che la salute sia un investimento per il futuro ed hanno elencato nel 2019 tredici sfide di sostenibilità da portare avanti in questo decennio, nell'ambito della più ampia strategia Agenda 2030. Ciascun attore singolo, locale, nazione o globale che condivide la visione dell'OMS è tenuto ad impegnarsi in queste sfide. L'Azienda USL Toscana Centro intende, nell'ambito del suo mandato, impegnarsi per supportare il raggiungimento degli obiettivi dell'Agenda 2030.

Obiettivi 2022 di performance organizzativa

La proposta di obiettivi 2022 della Regione Toscana, al momento della stesura del documento ancora in fase di finalizzazione, riguarda obiettivi nelle seguenti categorie:

- Area economica, con particolare attenzione alla spesa farmaceutica
- Cronicità, con focus su aderenza a PDTAS, presa in carico del paziente, domiciliarità, residenzialità
- Esiti e Qualità, con focus su appropriatezza, mortalità post trattamento, lotta alle infezioni correlate all'assistenza
- Farmaceutica, con focus sul rispetto delle indicazioni di settore, consumo farmaci traccianti, distribuzione diretta
- Oncologia e fine vita, con focus su screening oncologici, rispetto dei tempi di attesa, rapporto volumi-esiti, sistema delle cure palliative.
- Personale, con attenzione su alcuni processi di gestione del personale
- PNRR relativamente alla implementazione di quanto previsto nel settore
- Ricerca, con attenzione all'utilizzo della piattaforma regionale, ai tempi di autorizzazione uso dei fondi vincolati
- Sanità digitale, relativamente a ricetta dematerializzata, fascicolo sanitario, telemedicina, libretto di gravidanza digitale
- Tempi di attesa, su garanzia dei tempi del piano regionale
- Vaccinazioni, su rispetto delle coperture previste dal piano nazionale e regionale.

Considerati gli obiettivi della Regione, il contesto generale e locale e le linee strategiche pluriennali, si declinano quindi gli obiettivi per l'anno in corso. Per ciascun obiettivo vengono indicate la/le linee strategiche di riferimento:

1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità, l'infermiere di famiglia e comunità e il fisioterapista di comunità.

Il PNRR prevede il potenziamento dei servizi domiciliari attraverso due obiettivi: l'identificazione di un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (telemedicina, domotica, digitalizzazione) e l'aumento del volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10% della popolazione di età superiore ai 65 anni, con particolare riferimento alle persone con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti. Nel 2022 è prevista la realizzazione del piano per il potenziamento delle cure domiciliari

erogate sul territorio, secondo modalità coordinate con le altre tipologie di assistenza domiciliare territoriale (progetto non autosufficienza, Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta) in modo da evitare duplicazioni e massimizzare l'efficacia, la qualità e l'efficienza degli interventi. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento dei Servizi Sociali, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica e del Dipartimento delle Specialistiche mediche, del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie.

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. La CdC promuove un modello organizzativo di approccio integrato e multidisciplinare attraverso équipe territoriali. Costituisce la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale. Vi operano medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialisti, infermieri di comunità, assistenti sociali, professionisti delle professioni tecnico sanitarie, specialisti ambulatoriali, amministrativi ed è garantita la presenza del Punto Unico di Accesso per le valutazioni multidimensionali. Il modello "Casa della Salute" in fase avanzata di implementazione in Toscana, dovrà evolvere nel modello di Casa della Comunità previsto dal PNRR come driver fondamentale dell'integrazione sociale e sanitaria, della medicina per la gestione del paziente cronico, della prevenzione sociale e sanitaria, valorizzando il ruolo dei Medici di Medicina Generale, dei Pediatri di Famiglia e delle professioni sanitarie e sociali, sollecitando un ruolo proattivo dell'utenza e della società civile. Nel 2022 si prevede la pianificazione del modello "Casa della Comunità" in base ai parametri previsti dal PNRR sul territorio; pianificazione per la realizzazione di CdC "Hub" e CdC "Spoke"; definizione dei servizi e delle attività svolte all'interno delle CdC in ottemperanza a quanto previsto dal PNRR. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento dei Servizi Sociali, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, del Dipartimento delle Specialistiche mediche e del Dipartimento del Decentramento.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. Nel 2022 si procederà a promuovere la diffusione e l'implementazione del progetto Infermiere di Famiglia e di Comunità a sostegno dell'assistenza domiciliare Infermieristica, ADI, Percorsi domiciliari di presa in carico dei pazienti cronici/complessi (INR, gestione stomie, nutrizione artificiale a domicilio, ventilazione meccanica ecc.). Sarà effettuato il monitoraggio progetto Infermiere di

Famiglia nelle otto Zone Distretto. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale e del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica.

L'avvio del progetto del Fisioterapista di comunità, ha come obiettivi la promozione di corretti stili di vita e sostegno alla partecipazione alla vita sociale, all'individuazione di percorsi riabilitativi appropriati, fino agli interventi sull'ambiente domestico o proposte di ausili per l'autonomia. E' un servizio di consulenza ad accesso diretto, rivolto a pazienti adulti/anziani in condizioni di cronicità o fragilità, nei quali si evidenzia una riduzione significativa delle autonomie funzionali, un aumento del carico assistenziale o la necessità di addestramento per il caregiver. Inoltre, potrebbero beneficiare di tale consulenza anche i pazienti per i quali sia stato rilevato dal MMG un rischio di cadute (in particolare in presenza di storia di cadute con o senza esiti) e quelli per i quali sia necessaria una valutazione funzionale per proposta di ausili/ortesi o una valutazione dell'ambiente domestico. Nel 2022 il progetto verrà ulteriormente diffuso e implementato in tutte le zone.

2. L'Ospedale di Comunità (OsCO)

Struttura sanitaria a media/bassa intensità clinica dedicata a degenze di breve durata, con un massimo di 40 posti letto, a gestione prevalentemente infermieristica. La finalità perseguita è quella di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso e facilitare la dimissione ospedaliera. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni previste nelle indicazioni del PNRR e Agenas. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica e del Dipartimento delle Specialistiche mediche.

3. Le Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità Speciale di Continuità Assistenziale è un'équipe mobile distrettuale per la gestione di situazioni condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico sia a carico di individui che a carico di comunità. Le USCSA sono state previste dalla normativa di gestione dell'emergenza sanitaria di cui se ne prevede la conferma come attività ordinaria (Unità di Continuità Assistenziale - UCA) con una profonda riconfigurazione del servizio. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni previste nelle indicazioni di Agenas e al coordinamento con le attività dei Gruppi di Intervento Rapido Ospedale Territorio (GIROT). Tali azioni implicano il coinvolgimento della Rete Sanitaria Territoriale, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica e del Dipartimento delle Specialistiche mediche.

4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, “116117” e centrale infermieristica

Il PNRR prevede l'attivazione di Centrali Operative Territoriali (COT) in ogni Zona Distretto con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza, procedure condivise con la centrale del 116117 e con il servizio di Emergenza Urgenza Territoriale (118). Nel 2022 è prevista la progettazione delle COT e definizione rapporti e competenze; definizioni relazioni con l'Agencia di Continuità Ospedale-Territorio e con le Unità di Valutazione Multidimensionale e le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale; definizione modalità coordinate con le altre tipologie di assistenza domiciliare territoriale (progetto non autosufficienza, Servizio di Assistenza domiciliare in forma diretta) in modo da evitare duplicazioni e massimizzare l'efficacia, la qualità e l'efficienza degli interventi. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento dei Servizi Sociali, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie, del Dipartimento delle Specialistiche mediche e del Dip.to Emergenza-Urgenza.

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni previste nelle indicazioni del PNRR e Agenas e realizzazione di procedure condivise con il servizio di Emergenza Urgenza Territoriale (118), con le COT e con la Centrale Operativa Infermieristica. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Rete Sanitaria Territoriale, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, del Dipartimento dell'Emergenza Urgenza e delle Società della salute.

Nella Azienda UsI Toscana Centro si prevede inoltre l'attivazione di una Centrale Operativa Infermieristica per le urgenze infermieristiche. La centrale permetterà di prendere in carico a domicilio le urgenze infermieristiche che rappresentano accessi inappropriati nelle strutture dell'emergenza territoriale nei Pronto Soccorso. Nel 2022 si procederà ad effettuare uno studio di fattibilità e pianificazione delle azioni conseguenti. Tali azioni implicano il coinvolgimento della Direzione Sanitaria Aziendale, della Rete Sanitaria Territoriale e del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica.

5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR

Il PNRR, Missione 5 “Inclusione e coesione sociale” non si limita a prevedere interventi specifici a vantaggio degli anziani fragili e non autosufficienti e delle persone disabili, ma anche vere e proprie riforme che vanno a rafforzare ed implementare i percorsi già in essere nei nostri territori.

Con riferimento agli Anziani il PNRR prevede l'elaborazione normativa riguardante il "sistema degli interventi in favore degli anziani non autosufficienti", da adottare entro la primavera del 2023, finalizzata alla individuazione di livelli essenziali delle prestazioni e sono previste linee di investimento dedicate per "la prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti" (0,5 miliardi) e per la riconversione delle RSA e delle case di riposo per gli anziani in gruppi di appartamenti autonomi (oltre 300 milioni).

Con riferimento alle persone Disabili il PNRR prevede l'elaborazione della Legge quadro per le disabilità entro il 2021, che risponde ai principi della Convenzione ONU e alla Strategia per i diritti delle persone con disabilità che "semplificherà l'accesso ai servizi, i meccanismi di accertamento della disabilità e potenzierà gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di intervento individualizzato". Vengono altresì stanziati 0,5 miliardi per "percorsi di autonomia per persone con disabilità, interventi pensati per favorire la socializzazione, sostenere percorsi di vita indipendente, anche con la ristrutturazione di alloggi che sfruttino le tecnologie innovative per superare le barriere fisiche, sensoriali e cognitive che sono di impedimento allo svolgimento autonomo degli atti della vita quotidiana".

Ne consegue che nel 2022 si prevede un impegno importante da parte delle Società della Salute e dell'Azienda UsI Toscana Centro, attraverso i dipartimenti territoriali coinvolti, nella implementazione dei due PDTAS "Non Autosufficienza" e "Disabilità" oltre che per l'attuazione delle azioni e delle linee di investimento della Missione 5 del PNRR:

- Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini
- Autonomia degli anziani non autosufficienti
- Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità
- Percorsi di autonomia per persone con disabilità
- Housing first e Stazioni di posta

6. Un ospedale sicuro e sostenibile

Il PNRR mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica. L'esigenza nasce non solo dalla necessità di assicurare la conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 ("Primi elementi riguardanti criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e norme tecniche per la costruzione in aree sismiche"), che ha rivoluzionato il quadro normativo preesistente, ma, soprattutto, dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro. L'azienda USL Toscana Centro nel 2022 intende avviare il processo di progettazione degli interventi individuati dalla a DGRT 760 del 30/07/2021 "Piano Nazionale

Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6 - componente 2 - misura 1.2 «Verso un ospedale sicuro e sostenibile»: individuazione del piano dei fabbisogni per interventi di edilizia sanitaria di adeguamento sismico”.

7. L'accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate

Nel 2022 si intende garantire il rispetto dei tempi di attesa previsti dal piano gestione liste d'attesa sia per gli interventi chirurgici prioritari sia per le prestazioni diagnostiche che specialistiche, intervenendo anche sull'offerta. Si intende inoltre recuperare gli interventi chirurgici non effettuati per emergenza COVID-19: si prevede di recuperare gli interventi rimandati appena la situazione epidemiologica e la conseguente pressione sulle strutture ospedaliere diminuirà (utilizzando le risorse aziendali ed eventualmente anche contratti in service con le case di cura private, come già fatto in occasione delle precedenti ondate).

8. Lo sviluppo della Telemedicina e della Teleassistenza

I servizi di telemedicina rappresentano un mezzo per contribuire a ridurre i divari territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia. La telemedicina, se correttamente implementata è in grado di garantire una migliore esperienza di cura per gli assistiti e migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. Si intende sviluppare la telemedicina, attraverso le modalità della tele-assistenza, tele-consulto, tele-monitoraggio e tele-refertazione e sviluppare soluzioni avanzate a sostegno dell'assistenza domiciliare. Nel 2022 si procederà alla pianificazione delle azioni secondo le indicazioni del PNRR e Agenas per l'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con malattie croniche e per implementare le cure domiciliari. Tali azioni implicano il coinvolgimento dello Staff della Direzione Generale (SOC Organizzazione e Progetti tecnologici), della Rete Sanitaria Territoriale, delle Società della Salute, del Dipartimento di Medicina Generale, del Dipartimento assistenza Ostetrica ed Infermieristica, del Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie e del Dipartimento delle Specialistiche mediche e dei Dipartimenti che erogano prestazioni in telemedicina (es. Dipartimento Oncologico).

9. La semplificazione e la digitalizzazione

La Azienda USL sostiene la semplificazione dei processi la digitalizzazione come volano di accessibilità ed efficienza. Nel 2022 l'Azienda UsI Toscana Centro intende mappare le procedure amministrative da semplificare e reingegnerizzare e dare quindi avvio al processo di semplificazione; intende inoltre incrementare la digitalizzazione sia dei documenti sanitari che amministrativi: ulteriori integrazioni della cartella clinica con gli altri applicativi, ulteriore estensione del Fascicolo sanitario elettronico in accordo con

gli obiettivi previsti dal PNRR, digitalizzazione del libretto di gravidanza, pieno utilizzo delle potenzialità del CUP 2.0. Si intende inoltre facilitare l'accesso al dato come patrimonio aziendale, supportare lo sviluppo di cruscotti direzionali e promuovere la cultura digitale tra gli operatori.

Per quanto riguarda la prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza, nel 2022 l'Azienda USL Toscana Centro intende incrementare l'efficienza della mappatura dei processi aziendali e la valutazione dei rischi presenti e promuovere maggiori livelli di trasparenza.

10. L'appropriatezza prescrittiva

L'azienda intende proseguire nell'azione di orientamento e controllo, volta al rigoroso rispetto degli indirizzi regionali e nazionali, attraverso gli strumenti di governo e sensibilizzazione dei prescrittori:

- reportistica per prescrittore (territoriale, MMG, medico specialista ospedaliero);
- responsabilizzazione dei sanitari all'autovalutazione tramite strumenti informatici di supporto;
- monitoraggio delle azioni complessive da parte del Controllo di Gestione;
- gli audit, affinché gli obiettivi economici fissati dalla Regione si traducano in prescrizioni appropriate e sostenibili

11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità

Nel 2022 l'azienda USL Toscana Centro intende proseguire con la misurazione e valutazione degli esiti con focus su esiti tempo dipendenti, mortalità post trattamento, lotta alle infezioni correlate all'assistenza, al fine di sviluppare e adottare interventi di miglioramento tramite audit clinici e organizzativi e al fine di promuovere la cultura della qualità. In termini più generale l'analisi degli esiti permette lo studio della variabilità dei processi tra soggetti erogatori; l'analisi dell'ospedalizzazione evitabile e dell'ospedalizzazione ad alto rischio di inappropriatezza (clinica e organizzativa); il monitoraggio dei trend temporali; l'analisi dell'equità nell'assistenza sanitaria, con particolare riferimento alla presenza di disuguaglianze su base socioeconomica, etnica e di genere.

12. La prevenzione e promozione della salute

In considerazione della situazione emergenziale l'obiettivo principale è la prevenzione e profilassi delle malattie infettive e diffuse della collettività con particolare attenzione, oltre che al COVID, anche al mantenimento delle coperture vaccinali per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate dell'infanzia e per le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per le categorie a rischio. Si intende anche recuperare l'attività di prevenzione e promozione della salute rimasta indietro a causa dell'emergenza COVID-19, nonché il

potenziamento delle azioni di vigilanza rivolte in particolar modo alle scuole di ogni ordine e grado, ai centri di accoglienza per migranti e alle attività produttive a maggior rischio infettivo. Resta invariata l'attenzione alle azioni di tutela, sorveglianza, controllo e vigilanza nonché alle funzioni di analisi e descrizione epidemiologica dei fattori di rischio.

Collegamento tra linee strategiche triennali e obiettivi di performance organizzativa 2022

Gli obiettivi di performance organizzativa attuano una o più linee strategiche triennali secondo lo schema logico di collegamento indicato nella tabella 6. Alcuni obiettivi sono trasversali a più linee strategiche.

Tabella 6. Linee strategiche triennali e Obiettivi di Performance organizzativa 2022.

Linee strategiche di riferimento	Obiettivo di Performance organizzativa 2022
1. La prossimità fisica e digitale come valore di sistema rivolto alla centralità della persona	1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità, l'infermiere di famiglia e comunità e il fisioterapista di comunità. 2. L'Ospedale di Comunità 3. Le Unità di Continuità Assistenziale 4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, "116117" e centrale infermieristica 5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR
2. La sanità digitale come volano di semplificazione, accessibilità e sostenibilità	8. Lo sviluppo della Telemedicina 9. La semplificazione e la digitalizzazione
3. Equità e tempestività di accesso alle cure	7. L'accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate
4. L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità	10. L'appropriatezza prescrittiva
5. La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura	4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, "116117" e centrale infermieristica 5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR
6. La misura degli esiti delle cure	5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR 11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità
7. Semplificazione dei processi per crescere e liberare risorse	9. La semplificazione e la digitalizzazione
8. La dematerializzazione dei processi come elemento generativo di informazione	9. La semplificazione e la digitalizzazione
9. La tutela e salvaguardia della salute pubblica	12. La prevenzione e promozione della salute
10. La sanità che promuove lo sviluppo sostenibile	6. Un ospedale sicuro e sostenibile

La valutazione e la misurazione dei risultati di performance organizzativa

Al fine di rendere il processo di programmazione più flessibile gli indicatori per la misurazione dei risultati del budget di attività sono stati raccolti in un documento separato disponibile pubblicamente all'indirizzo: https://www.uslcentro.toscana.it/images/amministrazione_trasparente/performance/relazione_sulla_performance/Repertorio_indicatori_2021_2023.pdf

In tale documento è presente una lista di 403 indicatori di cui 250 quantitativi e 149 qualitativi che costituisce la base da cui ogni anno nel triennio 2021-2023 sono estratti gli indicatori da includere nelle schede B di budget di attività. Il risultato atteso verrà declinato anno per anno; è inoltre possibile che gli indicatori siano adattati al contesto nel momento in cui sono inclusi in schede di budget. Alcuni indicatori potranno essere inoltre personalizzati a seconda delle esigenze. La lista sarà aggiornata su base annuale.

Nella fattispecie degli obiettivi di performance organizzativa 2022, gli indicatori chiave per la misurazione dei risultati sono indicati nelle tabelle a seguire. Ove possibile, oltre al target 2022 è stato indicato anche il valore di baseline, riferito all'ultimo dato disponibile (anno 2020, se non altrimenti specificato).

1. Le cure di prossimità: servizi domiciliari, le Case di Comunità l'infermiere di famiglia e comunità.

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-01	Realizzazione di un piano di potenziamento dei servizi territoriali in conformità con la Decisione 36 del 20/12/2021 della Giunta Regionale Toscana	NA	Produzione di documenti e report
B26.1	Percentuale popolazione > 16 anni assistita da MMG aderenti ai moduli della Sanità di Iniziativa	49,8	Miglioramento
B28.1.5	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	11,5	Miglioramento
B28.2.11	Percentuale di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, over 65 anni	4,8	Miglioramento

2. L'Ospedale di Comunità (OsCo)

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-02	Pianificazione delle indicazioni del PNRR su OsCo	NA	Produzione di documenti e report

3. Le Unità di Continuità Assistenziale

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-03	Transizione dal modello emergenziale al modello ordinario attraverso la pianificazione delle Azioni previste da Agenas	NA	Produzione di documenti e report

4. Le Centrali Operative Territoriali: COT, "116117" e centrale infermieristica

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-04	Progettazione e definizione rapporti e competenze delle Centrali Territoriali e realizzazione di studi di fattibilità	NA	Produzione di documenti e report

5. I PDTAS Non Autosufficienza e Disabilità e le linee di intervento della Missione 5 del PNRR

Codice	Indicatore	Baseline	Target 2022
PP2022-05	Progettazione Missione 5 PNRR: Linee di investimento 1) Sostegno alle capacità genitoriali e prevenzione della vulnerabilità delle famiglie e dei bambini; 2) Autonomia degli anziani non autosufficienti; 3) Rafforzamento dei servizi sociali a sostegno della domiciliarità; 4) Percorsi di autonomia per persone con disabilità; 5) Housing first e Stazioni di posta	NA	Bandi a valere su misura 5: presentazione progetti da parte delle SdS Toscana Centro e attuazione
ARS-01	Percentuale di anziani presi in carico dai servizi territoriali per la non autosufficienza entro 30 giorni da segnalazione del bisogno	72,88	85
D33Za_2	Anziani non autosufficienti (tasso grezzo x 100) in trattamento socio-sanitario residenziale R2	6,26	12
D22Z	Pazienti trattati in ADI per intensità di cura (CIA 1, CIA2, CIA3)	29	Miglioramento
10.1.1	Numero di posti equivalenti per assistenza agli anziani in strutture residenziali ogni 1.000 anziani residenti (indicatore griglia LEA RFC 118)	In corso di verifica	>9.1
PP2022-06	Numero progetti di vita (DGRT 1449/2017, 1642/2019, 1055/2021) elaborati dalle UVMD zonali	Numero progetti 2021	Incremento
PP2022-07	Progettazione sperimentale "Presenza in carico persone disabili e autistiche adulte" (obiettivo POA trasversale 2022)	NA	Produzione di documenti e report

6. Un ospedale sicuro e sostenibile

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-08	Progettazione degli interventi di manutenzione straordinaria previsti dalla Delibera della GRT 760 del 30/07/2021	NA	Produzione di documenti e report

7. L'accesso ai servizi ed il recupero delle prestazioni arretrate

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-09	Volumi interventi di chirurgia oncologica priorità A	2000	Mantenimento volumi 2019
PP2022-10	Nuovi pazienti (incidenti) per patologie croniche ed oncologiche	In corso di verifica	Mantenimento volumi 2019
S.M12.R	Variazione nei volumi per ricoveri per IMA STEMI	-7,1	Miglioramento

8. Lo sviluppo della Telemedicina

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-11	Pianificazione delle azioni previste dal PNRR e Agenas sulla Telemedicina	NA	Produzione di documenti e report
C13.R3	Percentuale televisite in follow-up (MES)	2,9	Miglioramento
PP2022-12	Implementazione del teleconsulto	NA	Miglioramento

9. La semplificazione e la digitalizzazione

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-13	Indentificare le procedure da semplificare in termini di riduzione di passaggi e/o operatori coinvolti ed attuare la semplificazione	NA	Almeno una procedura per Dipartimento Amministrativo
PP2022-14	Per i processi/procedure Aziendali predisporre una modulistica standardizzata in formato digitale al fine di poter poi produrre indicatori in modo automatizzato (esempio richiesta in economia di dispositivi; inventari)	NA	Almeno una procedura per Dipartimento
MI22-01	Diffusione del libretto digitale di gravidanza	5%	30%
B24B.1	Percentuale dematerializzata ed e-prescription	88%	Mantenimento risultati 2020
SD3	Percentuale alimentazione del flusso referti FSE	In corso di verifica	Incremento rispetto al 2020 e 2019

10. L'appropriatezza prescrittiva

Codice	Indicatore	Baseline	Target
FR2022-02	Partecipazione di almeno un rappresentante della Struttura Clinica agli incontri (in presenza o in modalità web) organizzati dalla SOC Governance Farmaceutica e Appropriately prescrittiva per l'uso appropriato dei farmaci sia in ambito ospedaliero che all'atto della dimissione.	NA	Partecipare almeno al 90% degli incontri
FR2022-03	Approfondimento sull'uso appropriato degli antibiotici anche sulla base delle indicazioni della <i>stewardship</i> aziendale. Uniformare il consumo degli antibiotici delle Strutture	In corso di verifica	Riduzione della variabilità tra strutture

11. Gli esiti delle cure come elemento di qualità

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-15	Infarto Miocardico Acuto, rischio di morte a 30 giorni	11,7	Miglioramento
PP2022-16	Infarto Miocardico Acuto, rischio di riammissione a 30 giorni	8,8	Miglioramento
PP2022-17	Ictus ischemico, rischio di morte a 30 giorni	6,6	Miglioramento
PP2022-18	Ictus ischemico, rischio di riammissione a 30 giorni	7,1	Miglioramento
C5.2	Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni (Patto per la salute)	68,1	Miglioramento
C5.18.2	Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore - accessi in PS e ricoveri programmati	9,2	Miglioramento
RT03	Riduzione delle ICA in ambito ospedaliero	In corso di verifica	Riduzione rispetto al 2020

12. La prevenzione e promozione della salute

Codice	Indicatore	Baseline	Target
PP2022-19	Copertura vaccinale per vaccinazioni dell'infanzia	93%	95%
B7.2t	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale in anziani	69%	75%
PP2022-20	Copertura vaccinale Covid	80%	90%
VCC5	Percentuale delle dosi di vaccino Covid consumate sulle dosi consegnate	98%	100%
PP2022-21	Adesione corretta dei programmi di screening cervicale	58%	60%
PP2022-22	Adesione corretta dei programmi di screening mammografico	66%	80%
PP2022-23	Adesione corretta dei programmi di screening coloretale	42%	70%

Oltre a tali indicatori chiave, ne potranno essere aggiunti altri, complementari, durante il processo di negoziazione di budget. Al termine del processo di negoziazione di budget il repertorio degli indicatori sarà aggiornato.

Dalla performance organizzativa alla performance individuale

Gli obiettivi di performance individuale, collegati alla performance organizzativa, sono declinati a partire dalle attività e dai progetti definiti in sede di programmazione annuale. Lo scopo a cui tendiamo nei prossimi tre anni è di integrare la performance organizzativa all'interno del sistema di valutazione individuale. In altri termini assicurandoci che la performance individuale venga valutata sulla base di elementi sui quali il valutato ha effettivamente la possibilità di intervenire direttamente evitando, quindi, di collegare tale valutazione ad elementi al di fuori del controllo del valutato o di tipo eccessivamente discrezionali.

Si prevede l'assegnazione degli obiettivi individuali a tutti i dirigenti attraverso la loro attribuzione da parte dei Direttori di struttura. Tale modalità di delega per l'assegnazione degli obiettivi sarà inserita nella serie degli obiettivi di Budget 2022 e potrà prevedere elementi di integrazione con la valutazione individuale.

La scheda "C" di valutazione della performance individuale incide prevalentemente sul risultato della dirigenza Professionale, Tecnica ed Amministrativa (oltre il 70%), mentre per la Dirigenza Medico Veterinaria e Sanitaria non medica pesa per un 20%. La scheda C è formata da 20 item per ognuno dei quali è previsto un massimo di 5 punti. Per la costruzione degli item sono state considerate tre dimensioni:

- Realizzativa: livello di capacità di iniziativa, sensibilità economica, organizzazione e controllo.
- Manageriale: capacità concettuali e tecniche, abilità gestionali anche in contesti di complessità organizzativo funzionale e abilità nella gestione delle relazioni umane.
- Competenze: capacità di raggiungimento degli obiettivi programmati, di gestione in un contesto di cambiamento e di problemsolving.

Il processo di valutazione è gestito e garantito dalla linea gerarchica attraverso i criteri previsti nel verbale di concertazione con le Organizzazioni sindacali siglato il 27 febbraio 2019. Il sistema di valutazione individuale, data la complessità e numerosità dell'Azienda è implementato in un sistema informatizzato a supporto di tutto il processo. Il processo di valutazione di sostanza in 4 fasi temporali:

1. la compilazione della scheda di valutazione da parte del valutatore di 1° istanza
2. la presa visione da parte del valutato e quindi manifestazione dell'accettazione o contestazione
3. la eventuale valutazione d'intesa in caso di contestazione
4. elaborazione complessiva delle fasce di merito e liquidazione economica.