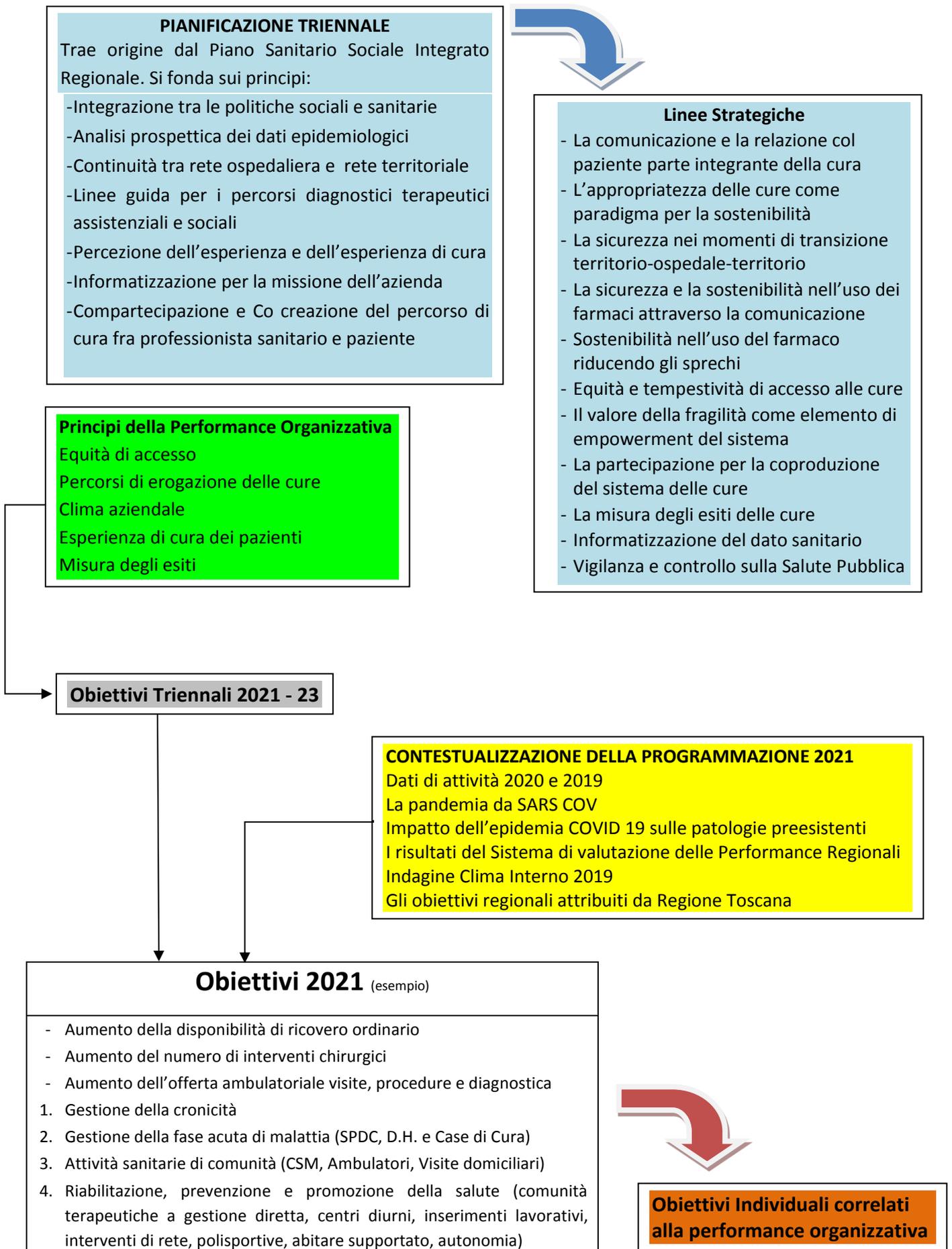


PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE 2021-2023



Schema logico del Piano delle performance 2021



Sommario

Schema logico del Piano delle performance 2021	2
Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle performance	4
MISSION	7
ORGANIZZAZIONE	8
PRINCIPALI ATTIVITA'	11
PERSONALE	20
INDIRIZZI REGIONALI E PROGRAMMAZIONE ECONOMICA.....	21
LA PIANIFICAZIONE TRIENNALE.....	23
Linee Strategiche.....	23
<i>La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura</i>	23
<i>L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità</i>	23
<i>La sicurezza e la sostenibilità nell'uso dei farmaci nei momenti di transizione territorio – ospedale – territorio</i>	23
<i>La sicurezza e la sostenibilità nell'uso dei farmaci attraverso la comunicazione.....</i>	23
<i>Sostenibilità nell'uso del farmaco riducendo gli sprechi</i>	24
<i>Equità e tempestività di accesso alle cure</i>	24
<i>Il valore della fragilità come elemento di empowerment del sistema.....</i>	24
<i>La partecipazione per la coproduzione del sistema delle cure.....</i>	25
<i>La misura degli esiti delle cure.....</i>	25
<i>Informatizzazione del dato sanitario</i>	25
<i>Vigilanza e controllo sulla Salute Pubblica.....</i>	25
La performance organizzativa	27
Lo sviluppo degli obiettivi triennali della performance organizzativa	29
CONTESTUALIZZAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE	30
Identificazione delle aree di intervento prioritarie da dati di attività 2020 e 2019	30
<i>La pandemia da SARS COV 2.....</i>	30
<i>Impatto dell'epidemia COVID 19 sulle patologie preesistenti.....</i>	31
<i>I risultati del Sistema di valutazione delle Performance Regionali 2019</i>	32
<i>Indagine Clima Interno 2019.....</i>	33
<i>Gli obiettivi regionali attribuiti alle Aziende nel 2021</i>	34
OBIETTIVI 2021.....	35
<i>Spostamento virtuoso offerta della salute mentale dalla cronicizzazione e gestione acuzie verso la riabilitazione.</i>	40
<i>Sviluppo di un processo di integrazione tra Consultorio e Dipartimento Materno Infantile</i>	41
<i>Creare un sistema di continuità ed integrazione delle cure tra Consultori e il Dipartimento Materno Infantile centrato sugli operatori e che ha come scopo la presa in carico della donna in particolare nelle condizioni di fragilità.</i>	41
<i>Qualità e Sicurezza delle cure e dell'assistenza e revisione dei PDTAS, anche attraverso interventi specifici sulla gestione del clima e relativi all'esperienza dei pazienti - PREMS</i>	42
<i>Cure domiciliari</i>	43
<i>Assistenza residenziale</i>	43
<i>Cure palliative</i>	44
<i>Appropriatezza della prescrizione di farmaci e di utilizzo dei dispositivi</i>	44
<i>Strategie per la logistica del farmaco e dispositivo-appropriatezza.....</i>	46
<i>Prevenzione.....</i>	47
La performance organizzativa alla performance individuale.....	52

Azioni per il miglioramento del Ciclo di Gestione delle performance

La pianificazione del miglioramento, per ottenere il massimo valore aggiunto, è necessario che sia considerata come un'attività strutturata, cioè sviluppata secondo progetti ed obiettivi definiti, sistematica, guidata dai responsabili e sottoposta a revisione durante la sua realizzazione. È un vero e proprio processo nell'ambito del quale vengono definite le relative fasi, individuati vincoli, tempi, responsabilità, risorse, indicatori e relativi obiettivi.



Le fasi principali del processo di impostazione e sviluppo del miglioramento come proseguimento logico dell'autovalutazione dell'azienda si articola in quattro fasi distinte, sia per i contenuti sia per i protagonisti coinvolti.

- Analisi e aggregazione dei dati derivanti dalla valutazione, effettuata dal Comitato di Valutazione (di seguito Gruppo per la Programmazione)
- Definizione delle priorità, predisposta dal Gruppo per la programmazione, valutata, revisionata e validata dalla Direzione.
- Identificazione delle risorse e dei tempi associati al miglioramento delle aree prioritarie
- Scelta delle priorità di intervento da parte della Direzione
- Sviluppo di un sistema di valutazione che inserisca sistemi di gradualità nella valutazione attraverso un sistema di benchmark interno all'azienda

Le azioni adottate dall'Azienda nel 2020 per il miglioramento del Ciclo della Performance sono:

- Redazione di prima release entro il 31 gennaio 2021 del Piano della Performance con individuazione di obiettivi organizzativi ed individuali, con seguenti attualizzazioni
- Rilascio della relazione sulle performance 2020 in forma sintetica e di immediata comprensione anche per gli stakeholders, pubblicazione sul sito web aziendale entro il 30 giugno 2021 e revisione definitiva, qualora necessario, entro il 30 Novembre 2021
- Proseguimento nell'Informatizzazione degli strumenti di negoziazione, sottoscrizione, monitoraggio e valutazione della programmazione annuale
- Revisione del processo di budget con particolare attenzione al rispetto delle tempistiche, per evitare la sovrapposizione tra i diversi cicli della programmazione annuale.

Le azioni adottate dall'Azienda nel 2020 per il miglioramento del Ciclo della Performance sono:

- Orientamento ad obiettivi di tipo quantitativo
- Inserimento di sistemi di misurazione delle performance a maggiore granularità per evidenziare e valorizzare le differenze

In quest'anno peculiare sarà definito un sistema di misurazione interno all'azienda, dove tra attività e discipline omogenee sarà identificata la miglior performance a cui sarà attribuito il 100% di raggiungimento per quel determinato obiettivo.

Gli scostamenti rispetto al gold standard, sempre misurati in centili, rappresenteranno il livello di attribuzione di quell'obiettivo.

Ad esempio se la SOC1 in un obiettivo che per ipotesi ha la miglior performance con un valore di 8, la struttura n con valore 7.2 avrà raggiunto l'obiettivo al 90% e quindi gli verrà attribuito il 90% del peso di quell'obiettivo.

Nel caso questa procedura non sia applicabile verrà negoziato e definito a priori il risultato atteso

INTRODUZIONE

L'Azienda Usl Toscana Centro, azienda pubblica di carattere sanitario e socio-sanitario, ha funzione di garantire la tutela della salute e la presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini, espressi in forma individuale e/o collettiva. Tale obiettivo viene perseguito attraverso la promozione della salute, interventi appropriati di prevenzione, cura e riabilitazione garantendo i livelli essenziali di assistenza e consolidando l'integrazione socio-sanitaria. Le strategie aziendali tengono conto delle esigenze specifiche legate alla distribuzione e variabilità dei territori che compongono l'Azienda USL Toscana Centro e riguardano la sostenibilità economica, l'accessibilità ai servizi, la qualità e la sicurezza delle cure. Il piano si propone di creare valore supportando i processi decisionali attraverso la verifica di coerenza tra risorse e obiettivi, di migliorare la consapevolezza del personale rispetto agli obiettivi dell'azienda, orientando i percorsi realizzativi e i comportamenti dei singoli, infine di comunicare all'esterno (accountability) ai propri portatori di interesse (stakeholder) priorità e risultati attesi. Con il Piano della Performance si esplicitano, per il triennio 2021-2023, nelle more della realizzazione della pianificazione strategica dell'azienda attraverso il Piano Attuativo Locale (PAL), gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi della Azienda USL Toscana Centro. Sono descritti anche gli indicatori per la misurazione e la valutazione della Performance dell'azienda, 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). I documenti di riferimento per la redazione del piano sono:

Delibera 897 del 30/07/2020 Approvazione del piano aziendale "potenziamento e nuovi modelli organizzativi sperimentali per la fase II dell'emergenza COVID 2019".

Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2018-2020 (PSSIR);

Legge regionale 84/2015 che ha portato alla fusione delle 12 aziende in 3, una per Area Vasta, a decorrere dal 01/01/2016;

Delibera del Direttore Generale n. 1720 del 24.11.2016 "Approvazione dello Statuto aziendale dell'Azienda USL Toscana Centro"

Piano Operativo di Area Vasta Centro (DGRT n.1047 del 25/10/2016);

Programma Regionale di Sviluppo 2016 – 2020 approvato con risoluzione n. 47 del Consiglio Regionale in data 15 marzo 2017;

Programma Operativo Attuativo Annuale (POAA) della USL Toscana Centro (Delibera del Direttore Generale n.515/2017);

Delibere delle Società della Salute/Zone Distretto approvazione Programma Operativo Annuale (POA) aggiornamento POA 2020-21

Delibera GRT N° 1479 del 21-12-2018 "Individuazione ed assegnazione obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività svolta nell'anno 2019".

Delibera GRT N 1547 del 09-12-2019 "Programmazione multilivello: strumenti di governo e nuovo ciclo di programmazione a seguito del PSSIR 2018-2020".

Sistema Valutazione Performance Sanità Toscana 2019. Scuola Superiore Sant'Anna Pisa

<https://performance.santannapisa.it/pes/start/indicatori.php?sistema=TOSCANA&anno=2019>

Sistema di osservazione degli esiti 2019 PrOsE e di osservazione dei LEA PROLEA di Agenzia Regionale di sanità Toscana

<https://esiti.ars.toscana.it/><https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintprolea-prolea-programma-regionale-osservazione-dei-livelli-essenziali-assistenza>

Si è, altresì, tenuto conto delle condizioni di mutamento del contesto sanitario e sociale occorso nel periodo precedente la stesura del piano che ha naturalmente una ricaduta più evidente sulla programmazione annuale.

Con la Programmazione triennale l'azienda definisce gli obiettivi strategici che si prefigge di raggiungere nel medio periodo ed i relativi risultati attesi. Il Piano è stato predisposto in coerenza con la metodologia ed i contenuti richiesti dalle Linee Guida Ministeriali contestualizzate in ambito Socio – Sanitario, tenendo conto della situazione pandemica che ha completamente sovvertito l'offerta e modificato la presa in carico per le patologie non COVID.

IL TERRITORIO DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

L'AUSL Toscana Centro 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 69 nella città metropolitana di Firenze, Prato e Pistoia e 4 nella Provincia di Pisa.



La densità di popolazione varia notevolmente fra le otto zone socio-sanitarie. È massima nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, e minima in Mugello e, in parte, contribuisce alle differenze territoriali in termini di stili di vita, esposizioni ambientali, profili economici e sociali. L'Area Territoriale (AT) Pistoiese coincide con quello della provincia di Pistoia e comprende nove comuni della zona socio sanitaria Pistoiese e undici di quella della Valdinievole. Nella zona Pistoiese circa la metà della popolazione vive nel Comune di Pistoia e vi sono rappresentate le caratteristiche aree montane dei comuni, mentre i comuni della Piana pistoiese sono in continuità dell'asse metropolitano fiorentino e pratese.

L'AT Pratese coincide con la zona Pratese e con la provincia di Prato, dove si registra la più alta densità abitativa fra le province toscane e tra le più elevate in Italia. L'AT Fiorentina coincide con il territorio della Provincia di Firenze con esclusione degli undici comuni del comprensorio Empolese Valdelsa ed include quattro zone distrette: 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). Mugello geograficamente costituito 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 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.

MISSION

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Toscana Centro (AUTC) 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. Vengono garantiti i livelli essenziali di assistenza anche consolidando l'integrazione socio-sanitaria 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, 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' AUTC 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:

- 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 il 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'AUTC 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 dei Comitati Aziendali per le Pari Opportunità.

L' AUTC ha individuato come elementi cardine di governo il Dipartimento e le Zone Distretto.

ORGANIZZAZIONE

L'AUTC 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 nuova dimensione organizzativa. L'AUTC 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. La sfida è la dimensione territoriale di Area Vasta Centro, comprendente gli ambiti delle città di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli, con 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. Il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo ordinario di gestione, garante della funzione di governo clinico dei percorsi assistenziali e della tutela della salute collettiva. Le Zone Distretto realizzano nuove forme di governo nei rispettivi territori, quali ambiti ottimali di valutazione dei bisogni sanitari e sociali della comunità, e di erogazione e organizzazione dei servizi inerenti alle reti territoriali sanitarie, socio-sanitarie e sociali integrate. 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 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, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa finanziaria e di governo clinico. Esso deve presentare 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 costituite da più Strutture Organizzative omogenee, con particolare riferimento all'affinità di patologie, di

casistiche o di attività, alla specialità dell'organo, apparato o distretto anatomico o ancora il criterio dell'intensità o della rapidità della cura o per specifici ambiti di responsabilità legata a complessità e innovazione tecnologica. Analogamente all'incarico di Direzione di Dipartimento gli incarichi interni di Direttore di Area sono stati conferiti con Delibera del Direttore Generale nel rispetto delle procedure previste dall'art. 17 bis del D.Lgs. 502/1992. Nella consapevolezza che qualunque organizzazione dipartimentale non è sempre in grado di rispondere a tutte le esigenze funzionali delle organizzazioni sanitarie e dei processi assistenziali, è stata prevista la possibilità di creare un coordinamento organizzativo interdipartimentale, interaziendale e/o di integrazione ospedale territorio, secondo logiche di particolare specificità e rilevanza. Queste articolazioni organizzative definite "Programmi" sono coordinate da un Responsabile di Struttura facente parte del percorso o da un dirigente sanitario con specifiche competenze e alto livello professionale, cui assegnare la funzione di leader di processo. Non devono necessariamente essere identificati con appositi centri di responsabilità/costo. Sono individuati e costituiti dalla Direzione Aziendale. Pertanto, per specifici percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, caratterizzati da elevato bisogno di multidisciplinarietà e integrazione professionale, possono essere costituiti centri di coordinamento e direzione funzionale (denominati Programmi).

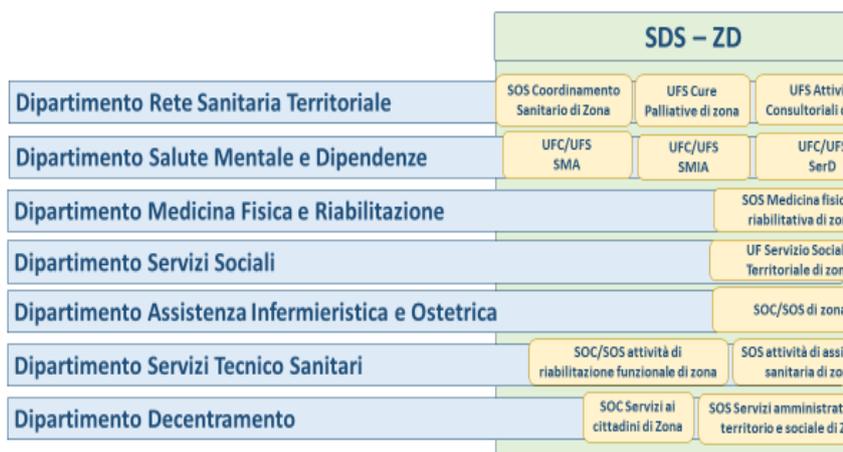
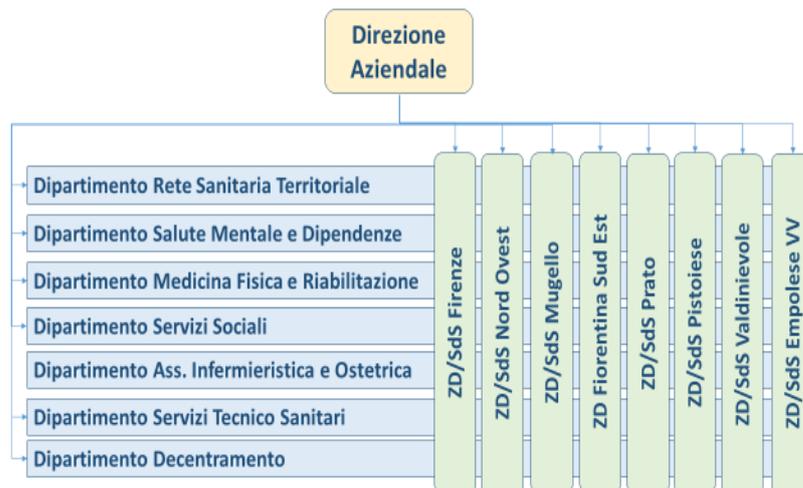
La struttura organizzativa rappresenta infine un'articolazione dell'AUTC che aggrega risorse e competenze professionali al fine di assicurare definite funzioni che possono essere di diversa natura: produzione di prestazioni sanitarie assistenziali, amministrative, di programmazione, di controllo.

	Complesse	Semplici	Semplici Dipartimentali	Totale
Strutture Sanitarie	226	237	71	534
Strutture Tecnico Amministrative	35	13	5	53
Totale	261	250	76	587

Le 587 strutture organizzative possono essere di diversa complessità riguardo alle funzioni da svolgere, all'entità delle risorse assegnate, alle dimensioni e costi di produzione, alla valenza strategica ed autonomia. In ogni caso devono essere osservate le soglie operative previste dalla normativa regionale vigente. Tutte le strutture organizzative richiedono l'individuazione di una posizione di responsabilità al loro vertice. Sono state previste Strutture Semplici a valenza dipartimentale a garanzia di trasversalità e/o specificità della funzione ed obiettivi assegnati. La normativa regionale definisce la zona – distretto come 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. Nell'ambito territoriale della zona-distretto l'integrazione socio-sanitaria viene realizzata attraverso la Società della Salute oppure mediante la convenzione socio-sanitaria come da previsione normativa, il Direttore SdS coincide con il Direttore di Zona, con funzioni parzialmente diverse: sanità territoriale come direttore ZD, servizi sociosanitari e socio assistenziali come direttore SdS. Le funzioni SdS – ZD in ambito sociosanitario tendono a sovrapporsi. Con la delibera n. 1635 del 28/11/2019 è stato modificato e rafforzato il gruppo di lavoro "Ufficio di piano aziendale", costituito dall'azienda sanitaria per supportare gli uffici di piano delle SdS - Zone Distretto della Toscana Centro nella predisposizione dei Piani Integrati di salute (PIS) e dei Piani Operativi Annuali (POA), con particolare riferimento agli ambiti di programmazione per i quali è necessario

rapportarsi con i Dipartimenti aziendali. LR 40/2005 ss.mm.ii. art. 71 bis, comma 4, stabilisce che “fatto salvo quanto previsto al comma 3, lett c), la gestione dei servizi di assistenza sanitaria territoriale è esercitata dall’azienda sanitaria tramite le proprie strutture organizzative, in attuazione della programmazione operativa e attuativa annuale delle attività”.

Le strutture operative dell’Azienda per la gestione di queste attività sono, ovviamente, le zone distretto. La Zona Distretto - SdS opera attraverso un’organizzazione matriciale con i dipartimenti aziendali territoriali che garantiscono unitarietà e coerenza sul territorio della toscana centro attraverso le strutture organizzative di zona.



In particolare, con riferimento alla sanità territoriale e a parte dei servizi socio-sanitari, la Società della salute/Zona Distretto si articola nelle seguenti strutture organizzative zonali frutto dell’incrocio matriciale tra Dipartimenti e Zone Distretto.

PRINCIPALI ATTIVITA'

Cure Primarie

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.

A questo proposito si è previsto un nuovo assetto di cure primarie attraverso la costituzione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) aggregazioni mono professionali di medici di medicina generale, e le UCCP (Unità complesse di cure primarie) nuovi luoghi di cura ed assistenza a carattere multi professionale, poliambulatori 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), che coincidono nella nostra realtà regionale con i modelli più evoluti di Case della Salute.

Assistenza sanitaria di base	Sud Est	Firenze	Nord Ovest	Mugello	Pratese	Valdinievole	Pistoiese	EVV
MMG	129	321	179	50	190	80	119	160
Pediatri di Famiglia	20	46	28	7	30	16	19	29
AFT	5	8	5	2	7	3	5	7
Medici Continuità Assistenziale	22	45	28	20	19	12	27	32
Sedi di Continuità Assistenziale	7	10	7	6	5	4	7	7
Sedi di Assistenza Turistica	3				1		1	

Casa della Salute - Presidi territoriali - Piano regolatore del territorio

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 all'interno della propria sede con lo scopo ultimo di garantire ai cittadini prossimità ed equità di accesso alle cure.

Sanità d'iniziativa, modello assistenziale dell'assistenza primaria di gestione delle malattie croniche, si interviene prima che le patologie manifestino i sintomi o si aggravino, quindi non si attende il cittadino, ma lo si va proattivamente a coinvolgere.

Integrazione ospedale – territorio **L'Agenzia di Continuità Ospedale - Territorio (ACOT)**. Il principale compito delle ACOT è quello di individuare le risposte e i setting più appropriati alla dimissione. I servizi di continuità disposizione dell'ACOT, vanno dalla semplice fornitura di ausili assistenziali, all'attivazione dei più complessi percorsi residenziali e domiciliari riabilitativi per arrivare ai percorsi residenziali per Stati Vegetativi.

Integrazione ospedale – territorio **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 – come si dice nella delibera – tre 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).

Per tutte e tre le tipologie, la durata massima della degenza è di 20 giorni. Dopodiché il paziente potrà tornare al proprio domicilio, seguito comunque dal proprio medico di famiglia o essere orientato verso altri servizi dopo una valutazione multidimensionale.

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

GIROT Il gruppo di intervento rapido ospedale territorio, 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.

USCA Le unità speciali per la continuità assistenziali 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. Attivi sulla presa in carico dei pazienti cronici complessi.

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 nuovi LEA costituiscono la risposta ai bisogni delle persone non autosufficienti in condizione di vulnerabilità e fragilità.

La **persona anziana non autosufficiente** e la **persona con disabilità** costituiscono il corpus centrale dei due percorsi che coinvolgono dipartimenti aziendali, le Società della Salute/Zone Distretto e, in alcuni casi, gli enti locali quali

Comuni e Unioni dei Comuni. Tali percorsi, coordinati e finanziati a livello zonale, si realizzano in modo coordinato e complesso secondo una relazione a matrice con i dipartimenti aziendali interessati.

Assistenza alle persone non autosufficienti, persona anziana o disabile, si sviluppa attraverso la Società della Salute/ZD attraverso il “Progetto per l’assistenza continua della persona non autosufficiente”, gestito a livello zonale con una forte integrazione con l’Azienda UsI Toscana Centro.

L’accesso alle attività si innesca attraverso:

- I Punti insieme, per accoglienza, informazione e orientamento alle diverse tipologie di assistenza;
- Le Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM), équipe multi professionale deputata alla valutazione del bisogno della persona non autosufficiente;
- Il Piano personalizzato di assistenza (PAP), nel quale sono individuati gli obiettivi, prestazioni e gli esiti attesi;

Il pannello degli interventi, personalizzati sul bisogno della persona della sua famiglia si articolano per un gradiente di intensità socio-assistenziale.

- Interventi per l’area della domiciliarità
- Centro diurno
- Inserimenti in RSA

Interventi per l’area della domiciliarità, i livelli essenziali di assistenza (LEA), prevedono prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e socio-assistenziali prestate a casa del paziente per evitare il ricovero in ospedale o la sua collocazione in una struttura residenziale, e prevedono due tipologie di interventi di sostegno

- interventi di sostegno alle funzioni assistenziali della famiglia che si assume in proprio il carico verso la persona non autosufficiente;
- sostegno alla persona e alla famiglia e la qualificazione del lavoro dell’assistente familiare e infine interventi domiciliari sociali e sanitari forniti dal servizio pubblico.

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.

Il Centro Diurno per persone anziane >65 anni non autosufficienti, opera a sostegno dell'azione della famiglia in particolare per le situazioni caratterizzate da elevata intensità assistenziale, per le quali sia possibile definire un programma di "cura" con l'obiettivo del miglioramento delle condizioni di vita dell'assistito e dei suoi familiari.

L'**inserimento della persona in RSA** avviene nell'ambito del percorso assistenziale, quale scelta tra le varie opzioni possibili, sulla base della valutazione multidimensionale e della definizione conseguente del Piano di Assistenza Personalizzato (PAP).

L'inserimento può essere temporaneo, finalizzato ad offrire alla persona assistita un inserimento residenziale programmato, in presenza di inadeguatezza ambientale transitoria o impossibilità temporanea della famiglia o del caregiver a garantire adeguata assistenza.

Può essere di sollievo, finalizzato ad offrire alla famiglia l'opportunità di alleggerire per un periodo lo stress e l'impegno di cura. Vi è anche la modalità permanente, subordinato alla definizione di un PAP di tipo residenziale, a seguito dell'accertamento di una condizione di elevato bisogno assistenziale e di inadeguatezza ambientale e della rete assistenziale che rende impossibile in via permanente un piano assistenziale domiciliare.

Il "sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" prevede la declinazione dell'offerta in RSA nei seguenti moduli:

- Modulo base residenziale. La combinazione media intensità assistenziale/media complessità organizzativa, corrisponde a strutture organizzate con modulo per la non autosufficienza stabilizzata. Durata in base al piano di assistenza.
- Modulo base residenziale semi- residenziale. Il "Centro Diurno" è una struttura che si propone come intervento alternativo al ricovero e come supporto ai nuclei familiari che si occupano quotidianamente della persona non autosufficiente stabilizzata.
- Modulo BIA. La combinazione bassa intensità assistenziale/bassa complessità organizzativa corrisponde a strutture organizzate con modulo BIA (Bassa Intensità Assistenziale), un modulo di residenza assistenziale per anziani destinato a rispondere al bisogno di assistenza meno complesso.
- Moduli specialistici.

I moduli specialistici corrispondono a strutture organizzate attraverso la combinazioni di alta intensità assistenziale e alta complessità organizzativa.

Moduli specialistici

- disabilità di prevalente natura motoria per persone che, in fase post-acuta e post ospedaliera necessitano di interventi finalizzati al recupero funzionale (ictus, Parkinson, fratture);
- disabilità cognitivo comportamentale residenziale per persone con demenza e con gravi disturbi del comportamento in fase acuta (agitazione psicomotoria, aggressività etero diretta e insonnia). La durata è quella prevista dal piano assistenziale individuale, in cui devono essere indicate obbligatoriamente le valutazioni periodiche da effettuarsi sugli obiettivi posti dal piano stesso;
- disabilità cognitivo comportamentale semiresidenziale Il Centro Diurno assolve una duplice finalità: quella di presa in carico di anziani con disturbi cognitivi e del comportamento, sulla base dei potenziali residui espressi e quella di accoglienza temporanea e di sollievo per la famiglia.
- stati vegetativi permanenti stabilizzati-terminali per persone completamente dipendenti anche per l'alimentazione, spesso nutrite in modo artificiale, con grave e persistente compromissione dello stato di coscienza, autonome nella funzione respiratoria.

Sistema dei **servizi integrati per la persona con disabilità**, un ruolo centrale per la presa in carico della persona disabile viene rivestito dalle Unità di Valutazione Multidisciplinare Disabilità (UVMD) zonale, deputata alla valutazione ed alla predisposizione del Progetto di vita della persona disabile.

I principali progetti strutturali e regionali sviluppati sul territorio e dedicati alle persone disabili sono:

- Non Autosufficienza < 65 anni, il Progetto Vita Indipendente (regionale e ministeriale)
- Gravissime Disabilità, il FNA dedicato alla SLA, Dopo di Noi (legge 112/2016)
- FSE Inclusione (occupazione disabili e SMA), l'Assistenza Domiciliare Integrata
- Inserimento in struttura semiresidenziale o residenziale e l'integrazione scolastica.

Le attività dell'**Unità di crisi servizio sociale** sono di sostenere e gestire le principali criticità in regime di emergenza e urgenza con i seguenti obiettivi:

- Monitorare le criticità operative, organizzative e gestionali relative agli interventi di servizio sociale professionale di competenza dipartimentale
- Definire e aggiornare periodicamente le priorità in termini di attività del Dipartimento e, in caso di criticità territoriali, ipotizzare cambiamenti nell'organizzazione del personale per garantire le priorità;
- Verificare situazioni di emergenza su cui prontamente intervenire attivando SEUS
- Svolgere compiti di supporto, interlocuzione e di raccordo operativo con servizi sociali territoriali e con le strutture.

Il **Servizio Emergenza Urgenza Sociale** (SEUS) è un sistema che prevede la gestione degli interventi di emergenza urgenza sociale con la strutturazione di un servizio sociale dedicato e specializzato per tali interventi, attivo 24 ore su 24 e 365 giorni su 365. Si tratta di un servizio attivabile attraverso un numero verde gratuito solo da parte di determinati soggetti istituzionali, come amministrazioni comunali, servizi sociali, forze dell'ordine, pronto soccorso, e non direttamente dai cittadini.

L'emergenza urgenza nel 2019 ha garantito 365.898 chiamate per soccorso che sono pervenute alle due Centrali

Operative 118 dell'AUTC (258.756 alla Centrale Operativa di Firenze - Prato e 107.142 alla Centrale operativa di Pistoia - Empoli. Sulle oltre 365.000 chiamate, sono partite 270.000 missioni con mezzi di soccorso, con interventi eseguiti in oltre $\frac{3}{4}$ dei casi entro 14 minuti. Nel 2019 gli accessi ai PS dei residenti dell'AUTC sono stati quasi 560.000, di cui 440.549 negli ospedali della nostra azienda, il 90% dei casi con codici di modesta e bassa gravità

Accessi PS 2019	N°
Nuovo Ospedale di Prato Santo Stefano	101647
Ospedale Lorenzo Pacini - San Marcello	4710
Ospedale San Giovanni di Dio Torregalli	50819
Ospedale San Giuseppe - Empoli	70919
Ospedale San Jacopo - Pistoia	58312
Ospedale Santa Maria Annunziata	40372
Ospedale Serristori	14889
Ospedale della Valdinievole - Pescia PT	37922
Ospedale di Borgo San Lorenzo	21548
Santa Maria Nuova	39411
Totale	440549

Assistenza ospedaliera: 151.000 persone sui 1,7 milioni residenti hanno usufruito di ricovero in ospedale. 128.826 ricoveri sono stati garantiti dagli ospedali della AUTC. Il 37.5 % ha previsto procedure di tipo chirurgico.

L'attività di ricovero ordinario o in regime giornaliero si articola su 13 ospedali a gestione diretta: San Jacopo, SS. Cosma e Damiano, Santo Stefano, San Giuseppe, San Piero Igneo, Degli Infermi, Borgo San Lorenzo, Santa Maria Annunziata, Serristori, Santa Maria Nuova, Istituto Ortopedico Toscano, San Giovanni di Dio, Le Oblate dove hanno sede un Hospice e un Servizio Psichiatrico di diagnosi e cura. Inoltre è presente il Presidio Integrato Ospedale Territorio (P.I.O.T.) a San Marcello Pistoiese. Vengono garantiti i percorsi per diagnosi e cura delle patologie oncologiche, per le patologie tempo dipendenti, la traumatologia e l'intero percorso nascita. Sono previsti con l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi i percorsi per la neurochirurgia e cardiocirurgia. I percorsi pediatrici ad alta intensità e/o complessità prevedono sinergie con l'ospedale Meyer.

Descrizione stabilimento	ORD	DH	Totale	DRG medici	DRG Chirurgici
Riuniti Pistoia	16616	2989	19605	12399	7206
L.PaciniS.Marcello P.se (PT)	938	9	947	927	20
SS. Cosimo e Damiano Pescia (PT)	8980	1421	10401	7419	2982
Nuovo Ospedale di Prato S.Stefano	24424	5152	29576	19402	10174
Nuovo Ospedale Borgo S.Lorenzo (FI)	4436	792	5228	3307	1921
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli	12442	1744	14186	8191	5995
Serristori Figline V.A. (FI)	2769	919	3688	2446	1242
S. Maria Nuova Firenze	5210	804	6014	3476	2538
Presidio Palagi		3029	3029	743	2286
S.Giovanni Di Dio-Torregalli (FI)	12965	2387	15352	9619	5733
Spdc C/O A.O. Careggi	540	5	545	545	
Ospedale S. Giuseppe	15626	3430	19056	11490	7566
Ospedale San Pietro Igneo	746	1	747	31	716
Ospedale Degli Infermi	535	17	552	536	16
Totale	106.227	22.699	128.926	80.531	48.395

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 motoria, rieducazione del linguaggio, rieducazione cardiorespiratoria, ecc.

Per l'anno 2019 i dati relativi all'attività specialistica ambulatoriale erogata dall'Azienda, quale SSN, sono rappresentati nella tabella sotto riportata.

Prestazioni ambulatoriali per Settore			
nd	8.739		
Clinica	2.133.851	<i>Suddivise</i>	
Diagnostica Immagini	1.046.513		Terapia 146.488
Diagnostica Laboratorio	16.199.345		Valutazioni 130.541
Diagnostica Strumentale	663.587		Visite 1.856.822
Procedure	512.863		Totale Clinica 2.133.851
Totale complessivo	20.564.898	Di cui 12.284 prestazioni eseguibili in Chirurgia Ambulatoriale Complessa (DGR n.932/2017), come da Decreto n.13220 del 12/09/2017. In tabella i dati di attività.	

Cure palliative. Le consulenze sono **erogate** principalmente ai reparti ospedalieri, al domicilio e in RSA. Le cure simultanee sono erogate in collaborazione con i MMG e gli specialisti oncologi. L'assistenza al domicilio viene garantita attraverso Unità di cure palliative domiciliari. L'Hospice è un'articolazione residenziale della Rete assistenziale, definibile come struttura specialistica di ricovero, che può accogliere temporaneamente o stabilmente i pazienti con gravi malattie e con sofferenze correlate alla condizione.

Le attività consultoriali prevedono la gestione ed organizzazione di programmi correlati alla salute di genere e del bambino. Procreazione responsabile prevede l'educazione alla salute sessuale e riproduttiva e l'accesso alla contraccezione gratuita. Diagnosi prenatale offre screening prenatali e test combinato. Percorso nascita - Presa in carico dalla consegna del libretto di gravidanza fino al primo anno di vita del bambino. Percorso specifico per la depressione post partum. Gravidanza fisiologica, presa in carico delle gravidanze valutate a basso rischio e seguite per tutto il percorso dalle ostetriche territoriali. Attività e prestazioni dedicate all'interruzione volontaria della gravidanza e sua prevenzione attraverso la somministrazione di contraccettivi sicuri. Ambulatorio specifico per la presa in carico della menopausa. Specifici percorsi rivolti alle comunità straniere presenti. Ambulatorio specifico dedicato a donne vulnerabili vittime di tratta e tortura (Progetto Persefone). Prevenzione dell'abbandono alla nascita e sostegno alle gestanti e alle madri.

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. Il servizio di riabilitazione ambulatoriale garantisce interventi appropriati per la patologia e la condizione funzionale dell'utente, tali prestazioni sono erogate sia da servizi riabilitativi territoriali aziendali, che dai servizi riabilitativi territoriali gestiti in convenzione con privati accreditati. L'intervento riabilitativo domiciliare è destinato a pazienti con prognosi funzionale modificabile che risultano intrasportabili per motivi clinici o per barriere architettoniche non superabili con i normali mezzi.

L'inserimento in strutture semiresidenziali e residenziali avviene sulla base del progetto riabilitativo individuale predisposto dai medici fisiatristi del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione.

L'attività fisica adattata (AFA) consiste in corsi indicati per patologie a carattere cronico promossi sul territorio della Società della Salute/Zone Distretto, in cui si eseguono specifici programmi di esercizi elaborati e verificati dall'azienda sanitaria stessa. Ambulatorio per l'erogazione dei presidi e gli ausili utili per correggere o compensare menomazioni e disabilità funzionali causate da malattie o lesioni. Consulenze per la prescrizione ausili per la comunicazione e per la strutturazione di postazioni dedicate alle persone disabili in ambito lavorativo scolastico e domotiche (sia hardware che software). L'inserimento nelle strutture riabilitative residenziali estensive (2° livello) o intensivi (1° livello) e semiresidenziali estensive, è disposto dalle UVMD nell'ambito del progetto riabilitativo personalizzato (PRTI).

Le attività della Salute Mentale, il Centro di Salute Mentale (CSM) è la sede in cui si opera attraverso la progettazione, l'attuazione e la verifica degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale. Gli operatori (medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, tecnici della riabilitazione psichiatrica, OSS) svolgono attività di accoglienza e di presa in carico diagnostica e terapeutica dell'utenza e di definizione e attuazione dei programmi terapeutici e riabilitativi, oltre a fornire la opportuna consulenza ai gruppi di lavoro multidisciplinari di valutazione e presa in carico della disabilità e dell'autismo adulti. I servizi semiresidenziali sono i luoghi deputati a svolgere attività riabilitativa intensiva con lo scopo di promuovere l'autonomia del paziente e la sua piena integrazione sociale. I servizi residenziali sono strutture che forniscono interventi riabilitativi in regime di residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza. Il progetto "Abitare Supportato" è finalizzato a permettere a persone con problemi di salute mentale di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza. Viene anche promossa e sostenuta l'autonomia abitativa degli utenti in carico fornendo supporto assistenziale al loro domicilio. Si promuovono progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia. Il Servizio Salute Mentale Adulti assicura la gestione dell'assistenza delle persone detenute con problemi di salute mentale. Si occupa della diagnosi e della cura avendo come obiettivo la realizzazione di un progetto esterno seguendo sempre un approccio multi professionale.

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è il servizio ospedaliero 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.

La presa in carico dei disturbi neuropsichici in età evolutiva, sia psichiatrici, sia neurologici, sia neuropsicologici rappresentano il perimetro di intervento della Salute Mentale Infanzia e Adolescenza (SMIA). I presidi distrettuali della SMIA rappresentano i punti di accesso. In queste sedi i Neuropsichiatri Infantili e gli Psicologi effettuano le prime visite e colloqui psicologici, che seguono poi i percorsi di approfondimento, anche in integrazione con le altre

professionalità. La presa in carico per percorsi per età e tipologia patologica prevede un primo livello di accoglienza della domanda, mono professionale, e un successivo livello di approfondimento multi - professionale. Le disabilità complesse geneticamente determinate, i Disturbi neuromotori, I Disturbi del linguaggio, I Disturbi dell'apprendimento e la psicopatologia dell'adolescenza prevedono la Valutazione multidimensionale e multi professionale per la predisposizione di Progetti Terapeutici Riabilitativi Individualizzati.

Valutazione, consulenza e intervento diretto per le istituzioni scolastiche di tutti gli ordini e gradi, attraverso la predisposizione dei profili funzionali e l'attività di consulenza per la redazione dei PEI e per le azioni per l'inclusione nella scuola. Interventi riabilitativi in regime di semi-residenzialità e residenzialità e che sono rivolte a pazienti con patologie impegnative il cui progetto individualizzato preveda l'allontanamento temporaneo dal contesto familiare e/o sociale di appartenenza.

Valutazione e nella presa in carico dei minori con disabilità all'interno delle unità di valutazione multidimensionale della disabilità UVMD zonali. Partecipazione alle Unità di Valutazione Multidimensionale Tutela UVMT per la definizione del progetto di intervento rivolto a famiglie in condizioni di vulnerabilità, fragilità o difficoltà.

Percorsi di prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare. dove vengono erogate attività terapeutiche di prevenzione e sensibilizzazione delle problematiche alimentari, procedure di screening diagnostico preliminare con somministrazione di test psicometrici, interventi psicofarmacologici e psicoterapeutici individuali, riabilitazione nutrizionale, gruppi terapeutici con orientamento cognitivo - comportamentale, gruppi di sostegno e psico-educazionale per familiari. Vengono anche organizzati incontri con i singoli familiari e gruppi riabilitativi.

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) e per le nuove forme di dipendenze comportamentali. Sono assicurati percorsi assistenziali differenziati per dipendenze da sostanze legali e illegali attraverso interventi medico-farmacologici, psicologici/psicoterapici, socio-riabilitativi e di prevenzione individuale. Programmi di prevenzione in collaborazione con le istituzioni pubbliche e private (scuola, cooperative sociali, volontariato, gruppi di auto-mutuo aiuto). Oltre a promuovere l'autonomia abitativa, il Servizio per le Dipendenze realizza progetti di inserimento terapeutico lavorativo, di accompagnamento al lavoro e di promozione dell'autonomia. Il progetto "Abitare Supportato" è finalizzato a permettere a persone con problemi di dipendenza di acquisire ed esercitare in normali appartamenti condominiali le necessarie abilità della vita quotidiana e di convivenza.

Prevenzione sanitaria: Screening oncologici, campagne vaccinali (trasversali ai Dipartimenti) e vaccinazioni in gravidanza (Consultori). 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.

PERSONALE

I dipendenti al 31 dicembre 2019 sono 14.503 le strutture semplici dipartimentali sono 39 e le complesse 191.

Professioni al 31/12/2019	Unità	Struttura Semplice Dipartimentale	Struttura Complessa
Architetto	2		
Dirigente Assistente Sociale	3		
Avvocato	2		1
Biologo	45		2
Chimico	9		
Dir.Prof.San.Infermieristiche, Ostetrica, Tecnici Riabilitazione e Prevenzione	29		15
Dirigente Amministrativo	44	1	22
Farmacista	73	4	2
Fisico	15		1
Ingegnere	34		14
Medico	2.422	33	126
Odontoiatra	7		
Psicologo	114		3
Sociologo	2		
Statistico	1		1
Veterinario	62	1	4
Assistente Religioso	1		
Assistente Sanitario	73		
Assistente Sociale	180		
Audiometrista	6		
Dietista	33		
Educatore Professionale	158		
Fisioterapista	258		
Igienista Dentale	2		
Infermiere	5.533		
Logopedista	62		
Operatore Socio Sanitario e Operatore Tecnico Addetto all'assistenza	1.683		
Odontotecnico	4		
Operatore Tecnico	551		
Ortottista Assistente Oftalmologia e Ottico	16		
Ostetrica	395		
Personale Ruolo Amministrativo	1.284		
Personale Ruolo Sanitario – Altro	70		
Personale Ruolo Tecnico	230		
Podologo	6		
Tecnico Audiometrista	2		
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	13		
Tecnico neuro fisiopatologia	27		
Tecnico Ortopedico	2		
Tecnico prevenzione Ambiente e Luoghi di lavoro	374		
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico	334		
Tecnico Sanitario di Radiologia Medica	328		
Tecnico delle neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva	12		
Terapista Occupazionale	2		
Totale	14.503	39	191

INDIRIZZI REGIONALI E PROGRAMMAZIONE ECONOMICA

Il Bilancio Preventivo Economico annuale o Bilancio di Previsione, per le aziende sanitarie pubbliche è da intendersi come 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.24 del 18/01/2021 ha provveduto all'assegnazione del Fondo Sanitario Indistinto alle Aziende Sanitarie per il 2021 rimandando l'emanazione delle linee di guida necessarie alla redazione del bilancio preventivo 2021, 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 (centrate su costo del personale, spesa farmaceutica convenzionata, acquisti diretti di beni, sanitari e non sanitari così come altri costi di funzionamento) 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 generali 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 2020, 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", che usufruisce dei seguenti strumenti:

- reportistica per prescrittore (territoriale, mmg, medico specialista ospedaliero);
- il monitoraggio delle azioni complessive da parte del Controllo di Gestione;
- 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 Sanitario Sociale Integrato Regionale. Si fonda su alcuni 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 creare una stabile continuità tra la parte della rete ospedaliera con quella della rete territoriale, includendo la tematica della prevenzione in tutti gli obiettivi di piano. Le linee guida, adeguatamente verificate monitorate 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 risultanti 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 l'informatizzazione deve divenire strutturale ed in funzione della missione dell'azienda: la salute. La relazione fra professionista sanitario e paziente sarà focalizzata sull'intervento di cura ed entrambi saranno soggetti attivi e cooperativi per scegliere sempre gli esami diagnostici, i trattamenti e le procedure secondo le conoscenze scientifiche disponibili.

Linee Strategiche

La comunicazione e la relazione col paziente come parte integrante e irrinunciabile della cura

Promozione di una nuova alleanza tra medico e paziente, liberata da un'informazione talvolta distorta e non sufficientemente libera dai conflitti di interesse e dai possibili condizionamenti legati alla medicina difensiva.

L'appropriatezza delle cure come paradigma per la sostenibilità

Più della metà delle prestazioni radiologiche ambulatoriali eseguite nel nostro paese è inappropriato, e potevano 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, è una vera e propria priorità di sanità pubblica.

La sicurezza e la sostenibilità nell'uso dei farmaci nei momenti di transizione territorio – ospedale – territorio

Nei momenti di transizione di cura, il momento del ricovero o il passaggio dal ricovero in ospedale alla dimissione, si generano anomalie della terapia (poli terapia, interazioni tra farmaci, sovra utilizzo e sotto utilizzo dei farmaci stessi), si rende quindi necessaria un'azione coordinata orientata a ridurre al minimo tali anomalie.

La sicurezza e la sostenibilità nell'uso dei farmaci attraverso la comunicazione

Farmacista aziendale, Infermiere di famiglia e Medico di Medicina Generale

Secondo dati AIFA il pericolo di effetti collaterali da farmaci triplica dopo i 65 anni e quadruplica dopo i 75 per la parcellizzazione di una regia terapeutica che indichi priorità di trattamento e riconsideri periodicamente gli schemi farmacologici. Una parte dei ricoveri e degli accessi al Pronto soccorso vedono come causa terapie non monitorate. È necessario che i farmacisti, gli infermieri di famiglia e i medici di medicina generale siano alleati nella gestione del miglioramento dell'aderenza alla terapia. La via per la sostenibilità può essere cambiare il modello organizzativo che affronta la cronicità. Il lavoro integrato può portare al controllo del dato relativo al numero dei ricoveri evitabili. Appare inoltre inevitabile elaborare delle analisi di farmaco prevalenza per identificare possibili principi attivi e aree di prescrizione inusuali.

Sostenibilità nell'uso del farmaco riducendo gli sprechi

Un valore etico e sociale è il recupero e reimpiego o la donazione ai fini del riutilizzo di medicinali in corso di validità. Lo smaltimento di questi farmaci rappresenta un costo sociale aggiunto al costo economico, se si considera che buona parte dei farmaci conferiti sono farmaci mai aperti, oppure utilizzati solo parzialmente per cambio di terapia e comunque erogati a carico del SSN. La legge 244 del 24 dicembre 2007 dispone che le confezioni di medicinali in corso di validità, ancora integre e correttamente conservate, in possesso di ospiti delle RSA o di famiglie che hanno ricevuto assistenza domiciliare, potessero essere riutilizzate nell'ambito della stessa RSA o della stessa ASL. Tale contributo alla riduzione dello spreco di medicinali non più utilizzati può venire da una maggiore consapevolezza da parte dei cittadini del valore non solo individuale ma anche sociale del bene farmaco.

Equità e tempestività di accesso alle cure

Il problema delle liste d'attesa. La tempestività e le pari opportunità per l'accesso alle cure, oltre che essere garantito dovrà essere monitorato e laddove non sia ancora applicabile il monitoraggio prevedere delle proxy per la sua effettuazione. Il campo di applicazione riguarda l'attività programmata chirurgica, le procedure diagnostiche e terapeutiche.

Il valore della fragilità come elemento di empowerment del sistema

La realizzazione di valore e irrobustimento del sistema si esprime attraverso la rete di servizi sociali con capacità di intervenire prontamente sui bisogni sempre più espressi in "acuto". Gli interventi dovranno essere tempestivi, in modo da garantire la presa in carico per ogni progetto di aiuto.

Patologie Croniche

Riconoscere, valutare e stratificare le persone che hanno livelli o fasce di complessità e rischio progressivamente crescenti perché al crescere del rischio e della complessità corrispondono bisogni crescenti e modalità di gestione più intense. In questo modo garantire un'offerta proattiva e continua nel tempo degli interventi adeguati ai bisogni di ogni sottogruppo di pazienti e che preveda interventi proattivi. Il modello consolidato utilizzato per la stratificazione (Piramide di Kaiser) punta a individuare: i pazienti con rischi più bassi, come quelli legati agli stili di vita, verso i quali mettere in atto azioni di prevenzione primaria e secondaria, quelli affetti da patologia conclamata ma di complessità medio bassa intervenendo con approccio Chronic Disease Management e infine i malati più complessi, che hanno bisogno di una presa in carico clinica esociosanitaria, tipica dell'approccio Chronic Case Management.

Cure Palliative

Garantire la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) e l'attivazione di percorsi di cure palliative precoci nel fine vita e nella cura delle persone affette da patologie croniche.

Salute Mentale

I progetti obiettivo nazionali sulla salute mentale e della regione ci suggeriscono che non è sufficiente saper curare la fase acuta di malattia e gestire al meglio la cronicità, i servizi devono essere capaci di lavorare sulla riabilitazione, la prevenzione secondaria e primaria fino alla promozione della salute. Un percorso di cura virtuoso deve categorizzare gli interventi attraverso un sistema valoriale che privilegi le risposte sociosanitarie orientate verso l'autonomia della persona, senza però trascurare gli interventi più sanitari fondamentali nelle acuzie o nelle situazioni molto gravi.

1. Riabilitazione, prevenzione e promozione della salute (comunità terapeutiche a gestione diretta, centri diurni, inserimenti lavorativi, interventi di rete, polisportive, abitare supportato, autonomia) STS 24 e consuntivo inserimenti lavorativi
2. Attività sanitarie di comunità (CSM, Ambulatori, Visite domiciliari) – flusso SPA -
3. Gestione della fase acuta di malattia (SPDC, D.H. e Case di Cura)
4. Gestione della cronicità (rette per strutture, lungodegenti)

La partecipazione per la coproduzione del sistema delle cure

La promozione di team multidisciplinari integrati tra sociale e sanitario e tra ospedale e territorio sarà in grado di corrispondere agli obiettivi di presa in carico ed erogazione coordinata delle prestazioni e dei servizi. La creazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziale e sociali (PDTAS) prevederà il monitoraggio dei progetti personalizzati e delle prestazioni, valutandone i risultati in termine di sviluppo della relazione con il cittadino.

La misura degli esiti delle cure

Relativamente a questo aspetto 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” e 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.

Informatizzazione del dato sanitario

L’uso delle innovazioni tecnologiche nella gestione dei pazienti è un’opportunità per migliorare l’efficienza e la sostenibilità della continuità di cura. La possibilità di accedere a dati completi e aggiornati sullo status istantaneo di ogni singolo paziente in qualsiasi fase del suo percorso di gestione sanitaria ne consente un’ottimizzazione della gestione e facilita anche un suo ruolo maggiormente attivo ed autonomo.

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 contribuirà inoltre ad alimentare una base dati per la costruzione di una serie di indicatori di output e outcomes.

Fruibilità dei dati

La definizione degli obiettivi triennali è improntata sulla semplificazione dei processi e dalla reattività dell’azienda a rispondere a bisogni emergenti. La presenza, la condivisione e la fruibilità del patrimonio informativo rappresentano l’elemento oggettivo che consente l’adattamento “*equo ed etico*” del nostro modello organizzativi a fattori perturbanti esterni al sistema.

Vigilanza e controllo sulla Salute Pubblica

Oltre alle vaccinazioni e alla sorveglianza epidemiologica, in quest’anno 2020 e per buona parte del 2021 attività principale del Dipartimento, garantisce 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. Presidia la sicurezza 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.

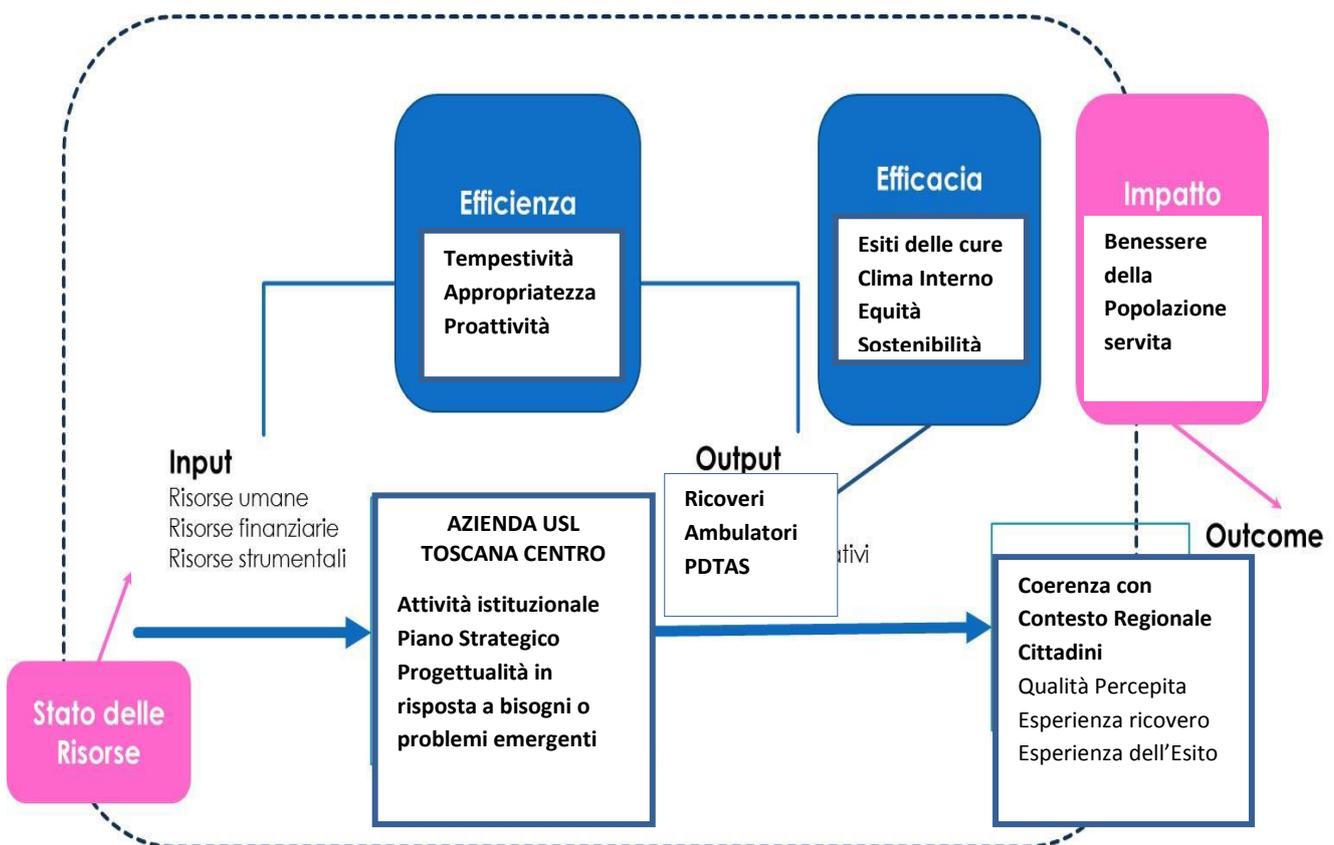
Per concludere gli **obiettivi generali** aziendali triennali si riferiscono particolarmente alla verifica e revisione dei nostri modelli organizzativi traendo spunto dagli insegnamenti acquisiti e che acquisiremo durante la pandemia.

- 1. Patologie non Covid-19: recupero tempestivo dei casi occorsi in periodo pandemico non ancora gestiti e risposta ai nuovi casi incidenti**
- 2. Rimodulazione della Prevenzione alla luce di quanto appreso durante l'epidemia Covid-19**
- 3. Realizzazione centrale operativa infermieristica per le cure domiciliari**
- 4. Integrazione della Gestione Operativa nei processi di supporto alla produzione**
- 5. Revisione dei PDTAS valorizzando quanto appreso dall'epidemia**
- 6. Spostamento *virtuoso* dell'offerta della salute mentale dalla cronicizzazione e gestione acuzie verso la riabilitazione.**
- 7. Sviluppo progettualità a sostegno dell'abitare supportato in salute mentale e dipendenze patologiche**
- 8. Sviluppo di un processo di integrazione tra Consultorio e Dipartimento Materno Infantile**
- 9. Sviluppo dell'Information Technology a supporto della Centralità del sistema informativo e fruibilità delle informazioni**
- 10. Qualità e Sicurezza delle cure e dell'assistenza e revisione dei PDTAS, anche attraverso interventi specifici sulla gestione del clima e relativi all'esperienza dei pazienti - PREMS**
- 11. Sviluppo di progetti integrati con altri partner ai fini della salute e dell'inclusione sociale e dell'integrazione socio-sanitaria**
- 12. Potenziamento dell'integrazione ospedale/territorio per la fragilità e le cure palliative**
- 13. Sviluppo politiche del personale e pari opportunità**
- 14. Appropriatezza della prescrizione di farmaci e di utilizzo dei dispositivi**
- 15. Sostenibilità ed efficienza operative**

La performance organizzativa

La performance organizzativa riguarda i risultati attesi delle attività dell'azienda che possono essere ricondotte alle seguenti tipologie:

- **soddisfare i bisogni dell'utenza:** con particolare attenzione alle fragilità nell'accessibilità, tempestività, informazione, qualità e continuità delle cure, oltre che qualità della relazione cittadino-operatore;
- **promuovere finalità di interesse pubblico:** corretto uso nell'utilizzo del sistema sanitario, qualità dell'ambiente fisico e relazionale, sicurezza e benessere dei luoghi di lavoro, sicurezza degli alimenti, degli esercizi ad uso pubblico e delle addizioni
- **garantire le funzioni di regolazione:** rispetto di normative e standard, accreditamento sicurezza delle cure e redazione metodologicamente rigoroso, ma che nel contempo contenga elementi di flessibilità, nella realizzazione dei percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali PDTAS
- **facilitare e supportare** tecnicamente ed amministrativamente il funzionamento delle strutture e dei servizi sanitari
- aggiornare i sistemi di **erogazione dei servizi** alle contingenze emergenti



Oltre a garantire l'attività istituzionale, si svilupperanno – modelli predittivi per identificare precocemente i determinanti di salute ancora non noti per attuare azioni sia di prevenzione che di cura.

L'equità e l'accessibilità, oltre che attraverso percorsi stratificati per le fasce di popolazioni più disagiate, dovrà essere garantita da un approccio basato sull'appropriatezza della diagnosi, della terapia e dall'utilizzo dei servizi a supporto, non solo sanitari.

In ultima analisi attraverso un saggio utilizzo delle risorse basato su prove di efficacia clinica ed organizzativa, unico modo per perseguire la sostenibilità.

La performance organizzativa non può non tenere conto del quadro pandemico che ha visto una modifica sostanziale dell'offerta e che determinerà ricadute presumibilmente per i prossimi 18-24 mesi, pur mantenendo i suoi principi generali che permettono il governo dell'azienda e consistono nello sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance.

Garanzia della buona gestione è la costante rendicontazione ai cittadini delle attività aziendali, iniziando dalla partecipazione nella fase di programmazione, monitoraggio e comunicazione dei risultati. La tempestività delle cure, spesso modificatore di esito, e sempre motivo di sofferenza per chi attende una diagnosi od una terapia, trae giovamento da un approccio semplificato e presidiato del percorso di cura. L'integrazione sociosanitaria prende forza dai recenti modelli organizzativi attuati, dove la programmazione Dipartimentale e quella Zonale diventano congiunte attraverso una metodologia di programmazione a matrice con un concorso di interessi esplicito. Analogamente la necessità di integrazione organizzativa tra le componenti assistenziali ospedaliere e quelle territoriali potrà essere superata utilizzando i percorsi di cura (PDTAS), soprattutto per le fragilità e le cronicità, utilizzando una metodologia di programmazione analoga a quella a matrice applicata nell'integrazione sociosanitaria.

In sintesi la performance organizzativa, in coerenza con gli obiettivi triennali, mantiene come suoi principi cardine la rilevanza e pertinenza rispetto ai bisogni attuali della collettività, la capacità di produrre miglioramento della qualità dei servizi erogati e introduce il concetto di specificità e misurabilità.

Tali principi nell'evoluzione della performance saranno progressivamente applicati alla valutazione della riduzione della variabilità tra le diverse articolazioni territoriali nelle dimensioni identificate come più importanti:

Principi della Performance Organizzativa:

- **equità di accesso**
- **percorsi di erogazione delle cure**
- **clima aziendale**
- **esperienza di cura dei pazienti**
- **misura degli esiti**

Lo sviluppo degli obiettivi triennali della performance organizzativa

Gli obiettivi strutturali e le azioni previste dalla mission dell'azienda saranno realizzati ad integrazione degli obiettivi sotto elencati che vanno ad identificare delle aree di sviluppo strategico in risposta ai bisogni emergenti ed alla necessità di creare le condizioni di ripartenza dell'azienda in un contesto meno turbolento orientata alla pro attività anziché alla reattività.

	Obiettivi pluriennali	2021	2022	2023
1	Patologie non Covid-19: recupero tempestivo dei casi occorsi in periodo pandemico e non ancora gestiti e risposta ai nuovi casi incidenti			
2	Rimodulazione della Prevenzione alla luce di quanto appreso durante l'epidemia Covid-19			
3	Realizzazione centrale operativa infermieristica per le cure domiciliari			
4	Integrazione della Gestione Operativa nei processi di supporto alla produzione			
5	Revisione dei PDTAS valorizzando quanto appreso dall'epidemia			
6	Spostamento virtuoso dell'offerta della salute mentale dalla cronicizzazione e gestione acuzie verso la riabilitazione			
7	Sviluppo progettualità a sostegno dell'abitare supportato in Salute Mentale e Dipendenze patologiche			
8	Sviluppo di un processo di integrazione tra Consultorio con Dipartimento Materno Infantile			
9	Sviluppo dell'Information Technology a supporto della Centralità del sistema informativo e fruibilità delle informazioni			
10	Qualità e Sicurezza delle cure e dell'assistenza e revisione dei PDTAS, anche attraverso interventi specifici sulla gestione del clima e relativi all'esperienza dei pazienti - PREMS			
11	Sviluppo di progetti integrati con altri partner ai fini della salute e dell'inclusione sociale e nell'integrazione socio-sanitaria			
12	Potenziamento dell'integrazione ospedale/territorio per la fragilità e le cure palliative			
13	Sviluppo delle politiche del personale e pari opportunità			
14	Appropriatezza della prescrizione di farmaci e di utilizzo dei dispositivi medici			
15	Sostenibilità ed efficienza operative			

Con questo schema si vanno a declinare gli obiettivi generali nell'arco temporale del triennio, per il 2021, ancora in una prospettiva decontestualizzata si sono evidenziati per il 2021 8 aree generali di intervento, di questi 3 avranno una estensione temporale del triennio.

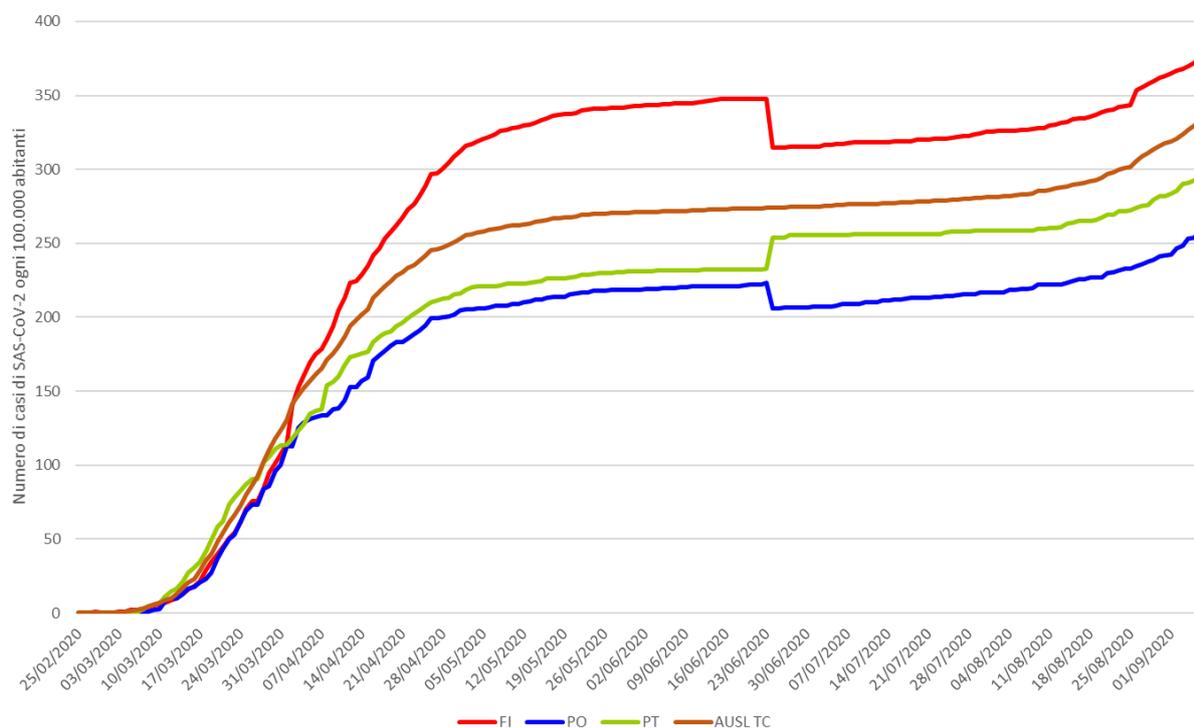
CONTESTUALIZZAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

Identificazione delle aree di intervento prioritarie da dati di attività 2020 e 2019

La pandemia da SARS COV 2

Rispetto alle regioni del nord Italia dove si sono avuti i primi contagi, Lombardia, Piemonte ed Emilia Romagna, fino al 7 settembre 2020 l'impatto dell'epidemia da COVID-19 in Toscana è stato relativamente più contenuto, con numeri più importanti nell'AUSL Nord Ovest, intermedi nella Centro e bassi nella Sud Est. Anche nell'AUSL TC l'andamento dell'epidemia non è stato uniforme nel territorio. Con i dati della Protezione Civile, si mostra la progressione dei casi cumulati nelle tre province di Firenze, Prato e Pistoia dell'AUSL TC in rapporto alla popolazione residente.

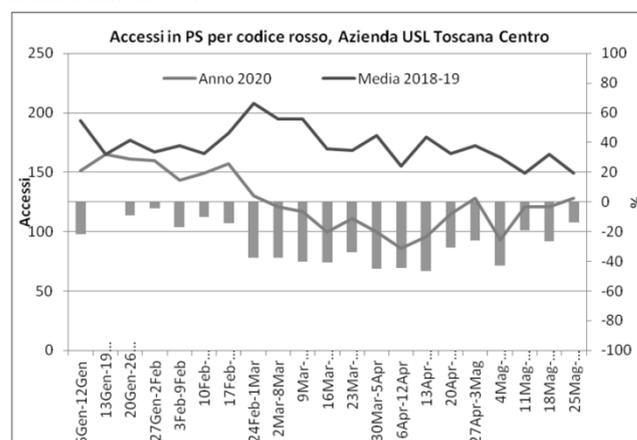
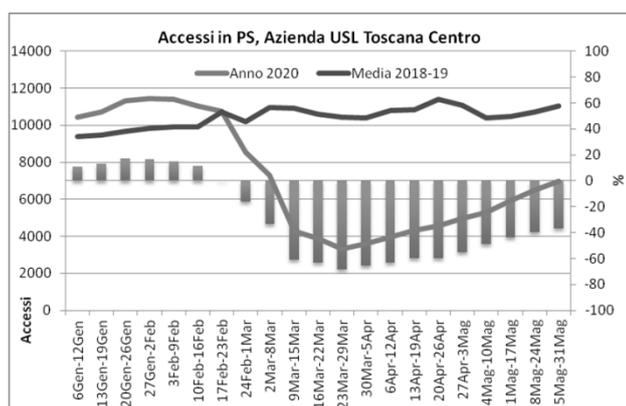
N° casi di SARS-CoV-2 / 100.000 abitanti nelle province dell'AUSL TC e in Toscana al 7 settembre 2020. Fonte: Protezione Civile.



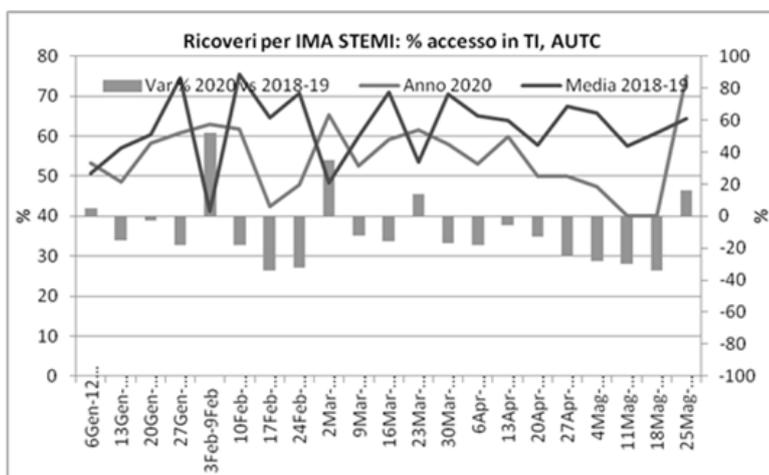
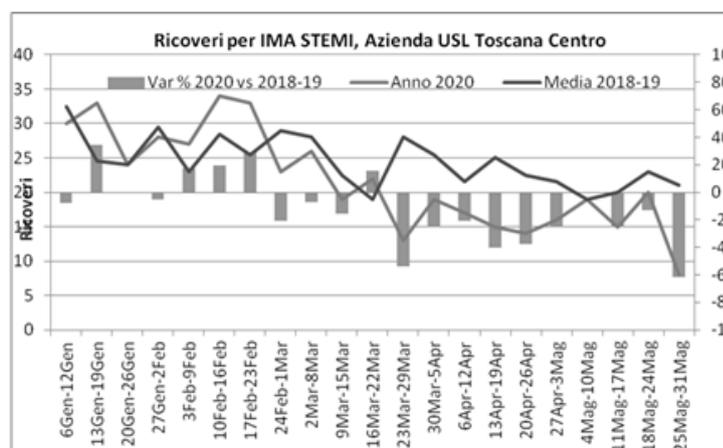
Fino alla fine di marzo i tassi di notifica delle Province di Firenze, Prato e Pistoia si equivalevano. A partire dal mese di aprile la crescita dei casi nella provincia di Firenze l'ha portata al tasso più elevato (377,0 per 100.000 al 7 settembre), mentre quella di Prato è al valore più basso (260,4 per 100.000) e la Provincia di Pistoia è in posizione intermedia (295,8 per 100.000 abitanti). Alla data del 7 settembre i valori delle Province di Pistoia e Prato sono inferiori sia rispetto a quello della AUSL TC (328,4 per 100.000 abitanti), che a quello regionale (335,1). È plausibile che i tassi più elevati nella provincia di Firenze siano da imputarsi alla maggiore mobilità e densità abitativa che ha favorito la trasmissione dei contagi e alla maggiore presenza di posti letto nelle residenze per anziani e di operatori sanitari, comunità che sono state particolarmente colpite dall'epidemia e che i servizi territoriali sottopongono a screening accurato. Dopo il confinamento, rispetto a una media di 125 nuovi casi a settimana identificati nel mese di maggio, nell'AUSL TC, a giugno i casi sono scesi a 17 per settimana (- 87%) e a luglio a 25 per settimana. Ad agosto, in particolare nella seconda metà del mese, i casi sono risaliti a 110 a settimana (+ 331% rispetto a luglio), in conseguenza dei rientri da vacanze trascorse in Paesi dove il virus aveva una circolazione sostenuta o in seguito ad eventi ricreativi e assembramenti senza distanziamento e uso di mascherine. Nei presidi ospedalieri dell'AUSL TC, come in tutta la Toscana, la disponibilità di posti letto dell'area medica e dell'area intensiva è sempre stata superiore ai posti letto occupati da degenti con COVID-19, anche grazie alla tempestività del confinamento rispetto allo stadio di diffusione dell'epidemia.

Impatto dell'epidemia COVID 19 sulle patologie preesistenti

La riorganizzazione dei percorsi di cura legate alla pandemia da COVID-19 ha sostanzialmente modificato l'offerta sanitaria e la possibilità di accesso alle cure per i pazienti senza la patologia da coronavirus. La AUSL TC, come tutti i sistemi regionali, ha reagito alla pandemia limitando l'offerta ordinaria, rinviando gli interventi programmati differibili e scoraggiando la domanda non urgente. In effetti si è osservata una consistente riduzione anche degli accessi urgenti come visibile dal grafico sotto riportato. La riduzione del ricorso al PS ha riguardato prevalentemente i codici a bassa priorità, con un ipotetico miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso ai servizi di emergenza. Viceversa la riduzione degli accessi con codice ad alta priorità, seppure non così marcata come la riduzione con codici a bassa priorità potrebbe essere indicativa di un bisogno insoddisfatto.

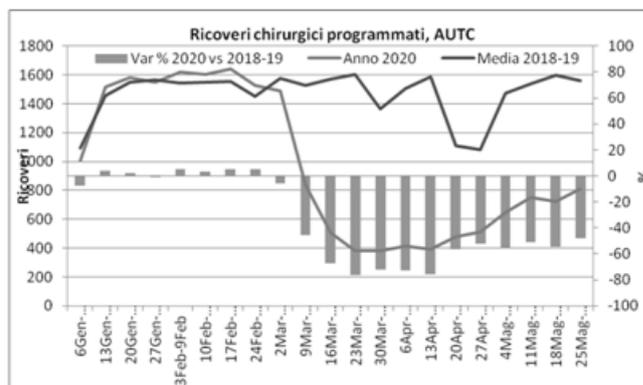


Gli accessi in PS per sindrome coronarica acuta sono diminuiti in media nel mese di marzo di più del 50% e potrebbe suggerire una perdita di opportunità di cura per questa tipologia di pazienti. Se osserviamo però i dati dei ricoveri, questa ipotesi non sembra essere sostenibile in modo inequivocabile. Infatti l'andamento dei ricoveri per infarto miocardico acuto (IMA STEMI), pur con elementi di variabilità legati ai piccoli numeri, non sembra delineare una



divaricazione univoca fra le diverse settimane di osservazione. Il numero di pazienti trattati in UTIC o in terapia Intensiva non sembra differire in modo significativo e questo ci suggerisce che le trasformazioni di organizzazione ospedaliera legate alla pandemia non sembrano aver compromesso la capacità di risposta rapida a situazioni cliniche che richiedono tempestività di intervento.

È diminuita in modo consistente la quota di interventi di chirurgia elettiva, ma, assumendo come traccianti di sistema gli interventi per le neoplasie dell'apparato gastrointestinale e della mammella, sembra parzialmente conservata l'offerta di questi interventi non differibili in ambito oncologico. Una volta ripresa la domanda, la traslazione delle prestazioni comporterà un allungamento delle liste di attesa, e sarà complessa la loro riprogrammazione secondo criteri legati a priorità ed equità di accesso.



L'evoluzione dei prossimi 12 mesi appare piuttosto incerta. È presumibile che il sistema sarà perturbato ancora per diversi mesi dalla situazione pandemica che, verosimilmente, grazie agli interventi sui comportamenti e soprattutto dalla campagna vaccinale dovrebbe vedere una sua deflessione nel secondo semestre dell'anno, per dare modo a i professionisti di smaltire il carico lavorativo e psicologico della pandemia, gli obiettivi che saranno attribuiti nel 2021 avranno come periodo di misurazione il secondo semestre del 2021.

I risultati del Sistema di valutazione delle Performance Regionali 2019

Sono rappresentati essenzialmente da indicatori di processo o proxy di processo.

Il bersaglio rappresenta la composizione di indicatori analitici, qui sotto il risultato cumulativo dei 259 indicatori "analitici" di valutazione per il 2019

Performance	Molto critica	critica	media	buona	ottima	Totale
n° indicatori	26	35	76	66	56	259
%	10.0 %	13.5%	29.4%	25.5%	21.6%	100%

Gli indicatori sintetici, il core business dell'azienda, cioè gli indicatori che presidiano la nostra capacità di cura hanno un trend positivo. La capacità di miglioramento espressa come numero di indicatori migliorati rispetto all'anno precedente evidenzia il trend positivo per la nostra azienda.

Capacità di miglioramento				Totale
n° indicatori	74	41	99	214
%	34.6 %	19.1%	46.3%	100%

Gli indicatori di sintesi di attività sanitaria che compongono il bersaglio della ATC con performance scarsa sono 4, tale risultato viene in parte determinato dagli indicatori analitici non ottimali sotto riportati:

Pronto Soccorso

C16.10	% di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore
C16.4	% di accessi al PS inviati al ricovero con tempo di permanenza entro 8 ore
C16.4.1	% di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore

Salute mentale

C15.10	% di trattamenti multi-professionali
C15.2	Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero
C15A.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche
C15A.13A	% di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

Rischio Clinico

C6.2.1A	Indice di diffusione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC
C6.2.1B	Indice di realizzazione delle azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC
C6.2.2A	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture ospedaliere
C6.2.2B	Indice di diffusione delle rassegne di M&M in strutture territoriali

Ricoveri Ripetuti

C5.1E	% riammissioni non pianificate entro 30 giorni dalla dimissione per qualsiasi causa
C5.2E	% riammissioni non pianificate entro 30 giorni per qualsiasi causa per ricoveri programmati

Indagine Clima Interno 2019

L'AUSL TC, rispetto all'analoga indagine del 2017 ha evidenziato un incremento della percentuale di compilazione del questionario del 15 %, raggiungendo così quasi il 40%, "bassi livelli di partecipazione possono essere il segnale di uno scarso interesse dei dipendenti a contribuire al miglioramento della gestione aziendale", quindi già l'incremento significativo del tasso di partecipazione va considerato come un elemento di robustezza nel processo di crescita dell'azienda. Permane altresì una notevole variabilità tra i diversi dipartimenti, il 50% dei dipendenti è orgoglioso di lavorare nel SSR e meno di 1/5 non ne è orgoglioso. In generale le situazioni meno favorevoli sono presenti nei collaboratori non sanitari, ma la scarsa aderenza al questionario rende poco robuste le considerazioni che si possono fare. I partecipanti ritengono rilevanti la Semplificazione dei processi amministrativi e la valorizzazione del merito.

IL MIO LAVORO: 80% del personale si percepisce competente rispetto al proprio lavoro, meno competenza viene riconosciuta ai colleghi con cui collaborano. La metà di coloro che hanno compilato il questionario si sentono soddisfatti del proprio lavoro. Il 41,8% dei collaboratori non ha percezione di opportunità di crescita.

LE CONDIZIONI LAVORATIVE: La percezione della sicurezza è positiva nella maggior parte dei collaboratori, ma con 1/4 di questi che non prende posizione. Il 64,8% percepisce favorevolmente le azioni per garantire la sicurezza e solo il 13% le ritiene non buone. Ambienti di lavoro adeguati sono percepiti in 1/3 dei dipendenti.

IL MANAGEMENT: Per 1/3 dei collaboratori il lavoro è ben pianificato, 1/3 dei collaboratori si sente sostenuto e valorizzato. La maggior parte dei collaboratori è soddisfatto del ruolo svolto dal diretto superiore, è soddisfatto di lavorare nella propria struttura e la consiglierebbe.

COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE: Il sistema di comunicazione professionale appare ben percepito nella stragrande maggioranza dei collaboratori, viene letto meno positivamente lo scambio delle informazioni tra ospedale e territorio. Poco più di 1/5 dei collaboratori conosce gli obiettivi dell'azienda ed i risultati conseguiti

LA FORMAZIONE: la metà dei partecipanti all'indagine ritiene che l'Azienda abbia identificato la formazione come strumento di sviluppo delle competenze, 1/5 dei partecipanti alle iniziative formative le ha ritenute inutili

IL SISTEMA DI BUDGET: 1/3 dei collaboratori conosce gli obiettivi ed i risultati attesi a livello aziendale, meno del 20% è consapevole dell'esistenza di un sistema di controllo di gestione. Poco conosciuti PNE e sistema di valutazione del MES. Quasi la metà dei dipendenti ritiene che il sistema di Audit e MortalityMorbidity Review sia utile a migliorare la sicurezza delle cure.

L'AZIENDA: 1/3 è orgoglioso di lavorare e di sentirsi parte dell'azienda. Il 25% dei partecipanti all'indagine apprezza la gestione dell'azienda, il 40% suggerirebbe di lavorarci e solo il 25% la sconsiglierebbe. Circa il 40% dei partecipanti delle strutture sanitarie pensa che i pazienti siano adeguatamente trattati. Solo 1/5 dei collaboratori si sente motivato e valorizzato.

Gli obiettivi regionali attribuiti alle Aziende nel 2021

La struttura Regionale competente ha inviato le prime indicazioni sugli obiettivi 2021, qui di seguito una sintesi suddivisa per obiettivi Covid e Non Covid.

COVID

Vaccinazioni

- Copertura vaccinale operatori
- Copertura vaccinale operatori RSA
- Copertura vaccinale popolazione
- Copertura vaccinale ospiti RSA

NON COVID

Vaccinazioni

- Vaccinazioni pediatriche (MPR, anti pneumococcico, antimeningococcico, esavalente)
- Vaccinazioni antinfluenzale anziani (con dettaglio per RSA)
- Vaccinazioni antinfluenzale operatori sanitari (con dettaglio per RSA)

Screening Oncologici

- Estensione
- Adesione

Rispetto dei tempi di attesa

- Visite specialistiche
- Prestazioni diagnostiche
- Interventi chirurgici in classe di priorità A

Volumi

- Intervento di chirurgia oncologica classe di priorità A

Esiti delle Cure

- Indicatori di mortalità monitorati dal PNE (programma nazionale esiti di AGENAS) e Piano regionale osservazione esiti PROSE
- Indicatori per le reti tempo dipendenti

Infezioni Correlate all'Assistenza

- Consumo degli antibiotici
- Appropriatelyzza d'uso dei farmaci antibiotici nei reparti
- Riduzione del contenzioso relativo alle infezioni correlate all'Assistenza ICA

Appropriatezza d'uso dei farmaci

- AMOXICILLINA (J01CA04)/AMOXICILLINA + AC.CLAVULANICO (J01CR03) RA 40/60
- EROGAZIONE FARMACI IN FASCHIA H INIETTABILI NEL TERRITORIO
 - J01DH (Meropenem, Imipenem, Ertapenem)
 - J01XA (Vancomicina, Teicoplanina)
 - J01XX (Fosfomicina, Daptomicina)
- FLUOROCHINOLONI (J01MA) ospedale e Territorio
 - - 10 % (DDD/1000 ab-die) Anno 2021 rispetto 2020 se valore Anno 2019 > media regionale
 - - 5 % (DDD/100 gg ab-die) Anno 2021 rispetto 2020 se valore Anno 2019 ≤ media regionale

- CARBAPENEMI (J01DH) in Ospedale
 - - 10 % (DDD/100 gg degenza) Anno 2021-2020se valore Anno 2019 > media regionale
 - - 5 % (DDD/100 gg degenza) Anno 2021-2020se valore Anno 2019 ≤ media regionale
- Cefalosporine non evidenze di continuare profilassi
- Consumo morfina sul territorio RA > anno precedente

Sanità digitale

- Visite follow up in telemedicina
- % Dematerializzata ed eprescription
- % Alimentazione del flusso referti FSE
- Consolidamento cloud regionale DGR 1031 27-07-20
- Adozione dello strumento unico SAP Hana
- Migrazione alla piattaforma CUP2.0 e Pubblicazione integrale dell'offerta aziendale
- Incremento dell'adesione e attivazione RSA sicura delle RSA presenti sul territorio
- Attivazione dei moduli aster cloud

OBIETTIVI 2021

Sintesi degli elementi caratterizzanti e la programmazione annuale

Per l'anno 2021 la performance organizzativa non può non tenere conto di tutti gli elementi di contesto sopra riportati e del quadro pandemico che ha visto una modifica sostanziale dell'offerta e che si protrarrà nella sua imponenza fino a metà dell'anno 2021 e determinerà ricadute presumibilmente per i prossimi 18 -24 mesi. L'attuale contingenza ha indotto la Direzione Strategica ad individuare e limitare le linee di indirizzo al bisogno emergente, pur mantenendo i seguenti criteri:

- Orientamento alla convergenza di interessi
- Equità ed equilibrio di accesso alle cure
- Sviluppo delle competenze relazionali e tecnico professionali
- Allineamento dell'IT all'evoluzione dei bisogni sanitari
- Fruibilità delle informazioni e delle banche dati

A parte alcune indicazioni di carattere generale e ad eccezione del piano vaccinale per Covid, NON saranno inserite nel piano azioni riguardanti la gestione della pandemia da SARS COV2 per evitare di creare multiple linee di indirizzo che sono già governate e poste sotto controllo dalla *Task Force Aziendale*, in stretto collegamento con quella regionale ed a sua volta con quella nazionale. La volontà di non creare duplicazioni e doppie linee di comando comunque non ci esime dal modificare le azioni negoziate intraprese qualora possano, anche solo ipoteticamente, interferire con il piano di azione, e con gli aggiornamenti definiti dalla *Task Force Aziendale*.

La programmazione annuale, rientrerà nelle linee di sviluppo disegnate, nel momento in cui si ridurrà l'impatto dell'emergenza sulle attività ordinarie e che richiedono un livello di flessibilità e reattività del sistema che in questo momento ha come driver principale la pandemia da SARS COV 2.

Gli obiettivi che verranno sviluppati in questo lasso temporale triennale sono:

	Obiettivi pluriennali	Obiettivi 2021
1	1. Patologie non Covid-19: recupero tempestivo dei casi occorsi in periodo pandemico non ancora gestiti e risposta ai nuovi casi incidenti	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento della disponibilità di ricovero ordinario - Aumento del numero di interventi chirurgici - Aumento dell'offerta ambulatoriale visite, procedure e diagnostica
2	5. Spostamento <i>virtuoso</i> offerta della salute mentale dalla cronicizzazione e gestione acuzie verso la riabilitazione.	<ul style="list-style-type: none"> 5. gestione della cronicità 6. gestione della fase acuta di malattia (SPDC, D.H. e Case di Cura) 7. attività sanitarie di comunità (CSM, Ambulatori, Visite domiciliari) 8. riabilitazione, prevenzione e promozione della salute (comunità terapeutiche a gestione diretta, centri diurni, inserimenti lavorativi, interventi di rete, polisportive, abitare supportato, autonomia)
3	7. Sviluppo di un processo di integrazione tra Consultorio e Dipartimento Materno Infantile	<ul style="list-style-type: none"> - Equità di accesso ed appropriatezza dei controlli nelle donne straniere - Prevenzione IVG, in particolare nelle donne straniere - Aderenza al percorso nascita in particolare per le fasce più disagiate - Accesso al consultorio per area contraccezione giovani e nel post-partum
4	9. Sviluppo dell'Information Technology a supporto del Centralità del sistema informativo e fruibilità delle informazioni	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento visite follow up in telemedicina - Sviluppo dematerializzata ed eprescription - Incremento alimentazione del flusso referti FSE
5	10. Qualità e Sicurezza delle cure e dell'assistenza e revisione dei PDTAS,anche attraverso interventi specifici sulla gestione del clima e relativi all'esperienza dei pazienti - PREMS	<ul style="list-style-type: none"> - Azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC e rassegne di M&M - Revisione metodologica per la realizzazione e per la riformulazione dei PDTAS - Predisposizione per monitoraggio buone pratiche PSP - Monitoraggio e minimizzazione ICA - Sviluppo delle strategie di riesame della Direzione - Sviluppare degli interventi specifici utilizzando il sistema di diagnostica e di intervento prevista nell'indagine di Clima del laboratorio MES - Integrare le analisi e gli interventi con i risultati dell'indagine PREMS e PROMS
6	12. Potenziamento dell'integrazione ospedale/territorio per la fragilità e le cure palliative	<ul style="list-style-type: none"> - Cure domiciliari - Assistenza residenziale - Cure palliative
7	14. Appropriatezza della prescrizione di farmaci e di utilizzo dei dispositivi	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione tra prescrizione di principi attivi biologici originator e biosimilari - Relazione tra prescrizione di principi attivi a brevetto scaduto e brand - Fenomeno dello SWAP: passaggio da Originator ad altro originator in presenza di biosimilare - Fenomeno dello SWITCH: passaggio da Originator a Biosimilare - Fenomeno dello BACK- SWITCH: passaggio da Biosimilare a Originator - Attuazione di misurazione in bench marking sull'utilizzo di dispositivi per procedure omogenee - Prevenzione delle ICA Azioni appropriatezza per consumo Antibiotici
8	15. Sostenibilità ed efficienza	<p>Si riferisce in particolare a quella quota di consumabili che rappresentano la quota marginabile su cui è possibile agire in invarianza degli esiti.</p> <p>Si tratta essenzialmente di obiettivi sul farmaco e dispositivi che hanno un impatto diretto sul flusso di risorse</p>
Un ultimo obiettivo inserito prendendo spunto da quelli assegnati alle aziende da Regio		
9	RT. Prevenzione	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione campagne vaccinali COVID e non COVID - Applicazione screening oncologici

Vista la differente esposizione all'emergenza pandemica delle diverse aree geografiche regionali, sarà difficile definire degli standard extra aziendali. Per tale ragione utilizzeremo degli standard interni all'azienda considerando, ove applicabile, la migliore performance all'interno della nostra azienda tra discipline omogenee. Le altre valutazioni saranno graduate rispetto allo scostamento dallo standard interno.

Patologie non Covid-19: recupero tempestivo dei casi occorsi in periodo pandemico non ancora gestiti e risposta ai nuovi casi incidenti

Le azioni da perseguire saranno legate essenzialmente alla situazione di riduzione dell'offerta occorsa a causa della contingenza epidemica e dall'allineamento dell'offerta alla domanda incidente.

- Aumento della disponibilità di ricovero ordinario
- Aumento del numero di interventi chirurgici
- Aumento dell'offerta ambulatoriale sia come visite, procedure e diagnostica

Per realizzare tali azioni è necessario agire sull'efficienza nel rispetto delle qualità delle prestazioni erogate. Il primo punto di equilibrio per coniugare l'efficienza all'efficacia è l'equilibrio tra produzione e numero di risorse mediche impegnate. Egualmente diviene necessario garantire l'Appropriatezza delle cure erogate attraverso:

- Corrette indicazioni al ricovero DRG LEA medici
- Corretta applicazione dei setting di ricovero DRG LEA Chirurgici
- Deospedalizzazione per le patologie sensibili alle cure ambulatoriali

Rispetto all'obiettivo di aumento della disponibilità di ricovero ordinario il sistema di indicatori per perseguire tale obiettivo è articolato su un sistema di pesi e contrappesi che mirano all'efficienza del processo del ricovero, nel totale rispetto della qualità delle cure, sicurezza ed equità del lavoro.

Il primo gruppo di indicatori riguarda l'efficienza del ricovero e viene attribuito a tutte le articolazioni organizzative che svolgono attività di degenza

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
Attività media svolta dal personale medico: ricovero	N° Ricoveri (dimissioni)	N° unità mediche presenti	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Carico medio clinico di ogni operatore per punto DRG	Σ peso DRG	N° unità mediche presenti	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione del processo di ricovero: degenza media	Σ giornate ricovero maturate	N° ricoveri	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione del processo di ricovero: degenza media trim10	Σ giornate ricovero maturate trim 10gg	N° ricoveri trim 10gg	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione del processo di ricovero: degenza media trim15	Σ giornate ricovero maturate trim 15gg	N° ricoveri trim 15gg	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione del carico del processo di ricovero	Σ peso DRG	Σ giornate ricovero maturate	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

L'allineamento alla migliore performance aziendale avverrà con la seguente metodologia

In quest'anno peculiare sarà definito un sistema di misurazione interno all'azienda, dove tra attività e discipline omogenee sarà identificata la miglior performance a cui sarà attribuito il 100% di raggiungimento per quel determinato obiettivo. Gli scostamenti rispetto al gold standard, sempre misurati in centili, rappresenteranno il livello di attribuzione di quell'obiettivo.

Ad esempio se la SOC1 in un obiettivo che per ipotesi ha la miglior performance con un valore di 8, la struttura n con valore 7.2 avrà raggiunto l'obiettivo al 90% e quindi gli verrà attribuito il 90% del peso di quell'obiettivo.

Sempre rimanendo nel contesto del ricovero per garantirne l'appropriatezza si è scelto un elenco di indicatori che ne presidiano tale aspetto.

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
% ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	% ospedalizzazione per patologie sensibili alle cure ambulatoriali	N. ricoveri	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
DRG LEA Medici: presidiano il regime in cui è stata erogata la prestazione	Vedi scheda indicatore	Vedi scheda indicatore	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Drg LEA Chirurgici: presidiano l'adeguatezza del setting dell'intervento prescelto	Vedi scheda indicatore	Vedi scheda indicatore	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

I seguenti indicatori presidiano alcuni aspetti della qualità intrinseca e relazionale del ricovero

Processo di ricovero e dimissione. % ricoveri ripetuti entro 30gg	N° Re ricoveri entro 30 gg dalle dimissioni	N° ricoveri effettuati	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Indice di case mix, descrive la complessità della casistica trattata	Σ peso DRG/n° dimissioni	Peso medio aziendale DRG medici	≥ 1	Allineamento alla miglior performance aziendale
Processo di ricovero e dimissione. % dimissioni volontarie	N° Dimissioni volontarie	N° Dimissioni Totali	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Indicatore che si propone di presidiare la qualità di processo del ricovero

Mortalità intraospedaliera nei dimessi con DRG a bassa mortalità	N. deceduti con DRG a bassa mortalità x 1.000	N. dimessi con DRG a bassa mortalità	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
--	---	--------------------------------------	-------------	---

In particolare per l'attività di chirurgia in regime di ricovero si presidiano le seguenti attività che rappresentano elementi di qualità del percorso chirurgico o sue proxy

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
% fratture femore operate entro 2 gg	N° interventi fratture femore entro 2gg	N° di diagnosi di fratture del femore	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Attesa media pre-operatoria per fratture diverse dal femore – accessi in PS e ricoveri programmati	Numero giorni precedenti l'intervento chirurgico	N° dimessi sottoposti a intervento chirurgico	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

% interventi di prostatectomia transuretrale	N° di interventi prostatectomia transuretrale	N° interventi di prostatectomia	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% resezioni programmate al colon in laparoscopia	N° interventi programmati al colon in laparoscopia	N° interventi programmati al colon	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% Interventi chirurgici tumore maligno Mammella con attesa < 30gg	N° interventi con attesa < 30gg	N° totale interventi	crescente	≥ 90%
Interventi chirurgici tumore maligno colon con attesa < 30gg	N° interventi con attesa < 30gg	N° totale interventi	crescente	≥ 90%
Interventi chirurgici tumore maligno retto con attesa < 30gg	N° interventi con attesa < 30gg	N° totale interventi	crescente	≥ 90%
Interventi chirurgici melanoma con attesa < 30gg	N° interventi con attesa < 30gg	N° totale interventi	crescente	≥ 90%
% Interventi chirurgici tumore maligno Utero con attesa < 30gg	N° interventi con attesa < 30gg	N° totale interventi	crescente	≥ 90%
Numero di interventi di isterectomia per via laparoscopica (sia patologia benigna che maligna)	N° interventi di isterectomia per via laparoscopica per qualsiasi diagnosi	N° interventi di isterectomia	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Sepsi post-operatoria per chirurgia di elezione	N° sepsi in diagnosi secondaria x 1.000	N° interventi chirurgici in elezione		<i>Da definire</i>

Per quanto riguarda l'aumento dell'offerta ambulatoriale sia come visite, procedure e diagnostica il sistema di indicatori di riferimento è il seguente

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
Indicatore di efficienza. Esprime l'attività svolta dal personale medico	N° visite specialistiche	N° unità mediche presenti in t _n	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Tempi di attesa: % di visite di priorità U entro 72 ore	N° visite specialistiche entro 72 h	N° visite specialistiche	crescente	100%
Tempi di attesa: % di visite di priorità B entro 10 giorni	N° visite specialistiche entro 10gg	N° visite specialistiche	crescente	100%
Tempi di attesa: % di visite di priorità D entro 30 giorni	N° visite specialistiche entro 30gg	N° visite specialistiche	crescente	95%
Tempi di attesa: % di visite di priorità P entro 120 giorni	N° visite specialistiche entro 120gg	N° visite specialistiche	crescente	NA
Prima visita cardiologia, pneumologia, endocrinologica, gastroenterologia, neurologica, dermatologica.				
% di visite di priorità D entro 15 giorni	N° visite specialistiche entro 15gg	N° visite specialistiche	crescente	95%
Chirurgia Vascolare, urologica, oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica e Ginecologica per la classe D				

Spostamento virtuoso offerta della salute mentale dalla cronicizzazione e gestione acuzie verso la riabilitazione.

Gli abituali indicatori, quali “contatto entro 7 gg con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero, % di ricoveri ripetuti entro 7 gg per patologie psichiatriche e % di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 gg per patologie psichiatriche” verranno rivalutati attraverso un nuovo bundle di indicatori. Infatti, un particolare focus si è attuato sugli indicatori di salute mentale, area identificata di miglioramento nel bersaglio del Sistema di valutazione Regionale delle Performance e di non univoca interpretazione secondo la famiglia professionale degli psichiatri. Infatti nella logica degli indicatori in tabella non è facilmente rilevabile la sequenza logica che a partendo dalle risorse impiegate per la realizzazione dei processi, misura anche gli esiti degli interventi. La salute mentale non produce prestazioni, ma possibilità evolutive per i pazienti che si manifestano in miglioramento della qualità della vita della persona e dei suoi familiari con evidenti ricadute sulla sostenibilità. Si individua come virtuoso un circuito che sposta l’attività prevalente dalla attività 1 verso l’attività 4 direzione 1 > 4, in altri termini passare da una logica di cronicizzazione e gestione delle acuzie verso percorsi riabilitativi.

1. gestione della cronicità
2. gestione della fase acuta di malattia (SPDC, D.H. e Case di Cura)
3. attività sanitarie di comunità (CSM, Ambulatori, Visite domiciliari)
4. riabilitazione, prevenzione e promozione della salute (comunità terapeutiche a gestione diretta, centri diurni, inserimenti lavorativi, interventi di rete, polisportive, abitare supportato, autonomia)

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
Gestione cronicità fase - 1- Cronicità	N° Utenti in strutture residenziali	Popolazione residente	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione cronicità fase - 1- Cronicità	N° Nuovi Utenti in strutture residenziali	Popolazione residente	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione fase acuta fase -2 - Acuzie	N° ricoveri in SPDC	Popolazione residente	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione fase acuta fase -2 - Acuzie	N° ricoveri in Casa di Cura	Popolazione residente	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione fase acuta fase -2 - Acuzie	N° arrivi in DEA con 118 e Diagnosi psichiatrica	Popolazione residente	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Attività di comunità fase - 3 -	N° pazienti in carico anno in corso	N° pazienti anno precedente	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Attività di riabilitazione fase - 4 -	N° utenti coinvolti in inserimenti lavorativi	Popolazione residente	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Attività di riabilitazione fase - 4 -	N° utenti coinvolti in inserimenti lavorativi	N° utenti in carico al servizio	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Sviluppo di un processo di integrazione tra Consultorio e Dipartimento Materno Infantile

Creare un sistema di continuità ed integrazione delle cure tra Consultori e il Dipartimento Materno Infantile centrato sugli operatori e che ha come scopo la presa in carico della donna in particolare nelle condizioni di fragilità.

- Equità di accesso ed appropriatezza dei controlli nelle donne straniere
- Prevenzione IVG, in particolare nelle donne straniere
- Aderenza al percorso nascita in particolare per le fasce più disagiate
- Accesso al consultorio per area contraccezione giovani e nel post-partum

Il collegamento per l'integrazione verrà attuato attraverso la confluenza di interessi tra il Dipartimento ed il consultorio attribuendo ad entrambe le strutture gli stessi obiettivi.

Gli obiettivi per il Dipartimento Materno Infantile sono quindi ribaltati sui consultori

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
% donne straniere che effettuano la prima visita tardiva	N° donne straniere con prima visita tardiva (> 12 ^a settimana)	N° di parti di donne straniere	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% donne straniere che effettuano un numero di visite in gravidanza <4	N° donne con numero di visite in gravidanza <4	N° di parti di donne straniere	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Accesso area maternità del consultorio di donne straniere	N° di donne straniere partorienti con almeno 4 accessi all'area maternità nei consultori (PFPM 14-49 anni)	N° straniere partorienti (PFPM 14-49 anni)	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti	N° di IVG di donne straniere	N° residenti straniere	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% primipare residenti con almeno tre presenze al Corso di Accompagnamento alla Nascita	N° primipare residenti (14-49 anni) con almeno tre presenze al CAN	N° primipare residenti (14-49)	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Accesso al CAN per le primipare residenti per titolo di studio	% donne primipare residenti con titolo di studio basso con almeno 3 presenze al CAN	% primipare residenti con titolo di studio alto con almeno 3 presenze al CAN	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% donne residenti con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	N° donne residenti (14-49 anni) con almeno un accesso al consultorio nel post-partum	N° partorienti residenti i (14-49)	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Tasso di IVG 1.000 residenti	Numero IVG (donne 12-49 anni)	Popolazione residente (donne 12-49)	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	N° di giovani residenti con almeno un accesso al consultorio area contraccezione (14-24 anni) x 1.000	N° di giovani residenti (14-24)	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
H17C % parti cesarei primari in maternità di I livello o con <1.000 parti	Numero di parti cesarei primari x100	N° parti con nessun pregresso cesareo	<15% decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

H18C% parti cesarei primari in maternità di II livello o con >=1.000 parti	Numero di parti cesarei primari x100	N° parti con nessun pregresso cesareo	<25% decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
C7.26 % di parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza TIN	N. parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN x 100	N. parti fortemente pre-termine	<15% decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Gestione del dolore in travaglio e parto % di Partanalgesie effettuate	N° partanalgesie	N° totale di parti	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% di parti spontanei dopo pregresso taglio cesareo	N° parti spontanei in donne che nei 5 anni precedenti sono state sottoposte a taglio cesareo	N° donne che nei 5 anni precedenti sono state sottoposte a taglio cesareo	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% di interventi per gravidanza extrauterina effettuate con approccio laparoscopico	N° interventi per gravidanze ectopiche per via laparoscopica	N° interventi per gravidanze ectopiche	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

- 9 - Sviluppo dell'Information Technology a supporto del Centralità del sistema informativo e fruibilità delle informazioni

- Incremento visitati di follow up in telemedicina
- Sviluppo di materializzata ed e-prescription
- Incremento alimentazione del flusso referti FSE
- *I risultati attesi e le modalità di misurazione sono in corso di elaborazione da RT*

Qualità e Sicurezza delle cure e dell'assistenza e revisione dei PDTAS, anche attraverso interventi specifici sulla gestione del clima e relativi all'esperienza dei pazienti - PREMS

Un punto di equilibrio per coniugare l'efficienza all'efficacia è la sicurezza delle cure che verrà perseguita attraverso azioni reattive e proattive.

- Azioni di miglioramento a seguito di Audit GRC
 - Rassegne di M&M in strutture ospedaliere
 - Rassegne di M&M in strutture territoriali
 - Revisione della metodologia di realizzazione per la riformulazione dei PDTAS
 - Predisposizione per monitoraggio buone pratiche PSP
 - Monitoraggio e minimizzazione ICA
 - Sviluppo delle strategie di riesame della Direzione
 - Mettere a sistema i processi per la progettazione, realizzazione e valutazione dei piani di miglioramento
- I risultati attesi e le modalità di misurazione sono in corso di elaborazione dall'area governo clinico*

Cure domiciliari

Le cure territoriali che, a seguito del fenomeno pandemia, elemento di perturbazione del sistema, richiedono una loro lettura integrata degli indicatori traccianti il sistema delle cure territoriali.

- Presa in carico domiciliare attraverso la valutazione della tempestività dell'accesso domiciliare dopo la dimissione dall'ospedale a domicilio
- Valutazione dell'intensità dell'Assistenza Domiciliare (numero di giornate di assistenza erogate a domicilio rispetto al periodo). Un CIA di 0,13 equivale quindi a 4 accessi domiciliari in 30 giorni.
- Valutazione dell'efficacia cure domiciliari integrate attraverso numero accessi in PS e ricoveri in ospedale

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
% dimissioni da ospedale a domicilio di ultra 75enni con almeno un accesso domiciliare entro 2 giorni dalla dimissione	Dimissioni ospedaliere a domicilio di persone con età ≥ 75 anni con almeno un accesso domiciliare entro 2 gg dalla dimissione	Dimissioni ospedaliere a domicilio di persone con età ≥ 75 anni	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Percentuale di prese in carico con CIA > 0.13 per ≥ 65 in Cure Domiciliari	Prese in Carico con CIA > 0.13 (≥ 65)	Prese in Carico per persone ≥ 65	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% di assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri durante la presa in carico domiciliare, ≥ 65 anni	Assistiti in ADI con almeno 2 ricoveri ospedalieri (ordinari, di tipo medico) durante la Presa in Carico domiciliare, ≥ 65 anni	Assistiti in ADI ≥ 65 anni	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% di assistiti in ADI con accessi al PS durante la Presa in Carico domiciliare, ≥ 65 anni	Assistiti in ADI con almeno un accesso al PS per assistiti ADI ≥ 65 anni	Assistiti in ADI ≥ 65 anni	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Assistenza residenziale

- Tempestività di approvazione del Progetto Assistenziale Personalizzato (PAP) in base alla quale l'Unità di Valutazione Multidisciplinare (UVM) deve concordare il PAP entro 30 giorni dalla data di segnalazione.
- Qualità dell'assistenza residenziale, in quanto una buona presa in carico residenziale consente di stabilizzare il paziente, evitando il ricorso al setting ospedaliero e gli accessi in PS

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
% di presa in carico avvenuta entro 30 giorni dalla segnalazione	N° totale di prese in carico avvenute entro 30 gg dalla segnalazione x100	N° totale di Prese in Carico	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% di assistiti in RSA con almeno un ricovero ospedaliero (≥ 65 anni)	Assistiti ammessi in RSA con almeno un ricovero ospedaliero ≥ 65 anni	Assistiti ≥ 65 ammessi in struttura residenziale	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Percentuale di assistiti in RSA con almeno un accesso al PS ≥ 65 anni	Assistiti ammessi in RSA con almeno un accesso al Pronto Soccorso (non seguito da ricovero) ≥ 65 anni	Assistiti ≥ 65 ammessi in struttura residenziale	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Cure palliative

- Valutazione presa in carico dei pazienti oncologici terminali a livello territoriale dalla rete delle Cure Palliative (a domicilio e/o in Hospice).
- Tempestività presa in carico in Hospice dei pazienti oncologici terminali.
- Rispetto standard nazionale riducendo il numero dei ricoveri di durata superiore ai 30 giorni.
- Quota di ricoveri brevi (<7 gg) di pazienti non presi in carico appropriatamente dalla Rete cure palliative.

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
N° deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Assistiti in hospice con assistenza conclusa con decesso	Media dei dati ISTAT di mortalità per causa tumore degli ultimi 3 anni disponibili	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni	N° di ricoveri di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione del caso e ricovero in Hospice <= a 3 giorni	N° di ricoveri di malati con patologia oncologica con assistenza conclusa	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
% di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg	N° di ricoveri di malati con patologia oncologica nei quali il periodo di ricovero in Hospice >= a 30 giorni	N° di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
N° di ricoveri in Hospice di pazienti oncologici provenienti dall'ospedale o da domicilio NON assistito con periodo di ricovero <= 7gg	N° di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica con ricovero <=7gg	N° di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica con assistenza conclusa	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Appropriatezza della prescrizione di farmaci e di utilizzo dei dispositivi

Migliorare la sostenibilità del sistema attraverso il paradigma dell'appropriatezza nelle nicchie marginali realmente governabili quali appropriatezza della prescrizione di farmaci e di utilizzo dei dispositivi.

Utilizzo a parità di efficacia di principi attivi a minor assorbimento di risorse, pur tenendo sempre presente la stratificazione per patologie ed il precipuo vantaggio per il paziente

- Volumi e numero di pazienti a cui è stato prescritto il un determinato principio attivo
- Fenomeno dello SWAP: passaggio da Originator ad altro originator in presenza di biosimilare
- Fenomeno dello SWITCH: passaggio da Originator a Biosimilare
- Fenomeno dello BACK- SWITCH: passaggio da Biosimilare a Originator
- Attuazione di misurazione in benchmarking sull'utilizzo di dispositivi per procedure omogenee
- Azioni appropriatezza per consumo di SSRI e altri antidepressivi sul territorio
- Applicazione di percorsi PDTA cost saving per patologie specifiche a parità di efficacia
- Ossigeno terapia domiciliare
- Appropriata gestione del paziente oncologico in fine vita
- Razionalizzazione ed appropriatezza della poli terapia nell'anziano e interazioni

Tali attività sono sviluppate in sinergia con il progetto del IRCSS istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri per l'attivazione di interventi mirati a promuovere l'appropriatezza ed il contenimento della spesa farmaceutica

Gli altri obiettivi specifici di appropriatezza sono valutati principalmente con indicatori di natura economica, restano sulla parte di attività quelli principalmente legati ad attività ad alta ricaduta clinico-assistenziale.

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
D14 C - Prevenzione delle Infezione correlata all'assistenza attraverso l'appropriato uso degli antibiotici	N. DDD antibiotici (x1000); ATC: J01	N. Residenti	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
C9.8.1.3 - Prevenzione delle Infezione correlata all'assistenza attraverso l'appropriato uso degli antibiotici	DDD di amoxicillina (ATC J01CA04) x 100 T	totale DDD di amoxicillina (ATC J01CA04) e amoxicillinaac.clavulnico (ATC J01CR02)	Crescente 40/60	Allineamento alla miglior performance aziendale
C9.8.1.A- Prevenzione delle Infezione correlata all'assistenza attraverso l'appropriato uso degli antibiotici	DDD fluorochinoloni (x1000) T	Popolazione residente al 1° Gennaio (x 365)	Decrescente <5%	Allineamento alla miglior performance aziendale
C9.8.1.B- Prevenzione delle Infezione correlata all'assistenza attraverso l'appropriato uso degli antibiotici	DDD fluorochinoloni (x1000) in H	Numero giornate di degenza	Decrescente <5%	Allineamento alla miglior performance aziendale
C9.8.1.5 - Prevenzione delle Infezione correlata all'assistenza attraverso l'appropriato uso degli antibiotici	DDD di macrolidi (ATC J01FA) (x100)	% delle DDD di macrolidi (ATC J01FA) sul totale DDD della categoria J0	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
C9.8.1.6 - Prevenzione delle Infezione correlata all'assistenza attraverso l'appropriato uso degli antibiotici	DDD di cefalosporine di III generazione (ATC J01DD) x 100	DDD totali della categoria J01 erogate dell'anno	decrescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
CARBAPENEMI J 01DH Prevenzione delle Infezione correlata all'assistenza attraverso l'appropriato uso antibiotici	DDD di Carbapenemi) x 100	Numero giornate di degenza	Decrescente <5%	Allineamento alla miglior performance aziendale

Applicazione del piano terapeutico nazionale per la colite ulcerosa cge prevede trattamento con STELARA dopo terapia convenzionale o biologica	N° piani che rispettano la sequenza prevista piano nazionale	N° totale di piani	crescente ≥95%	Allineamento alla miglior performance aziendale
Applicazione del piano terapeutico nazionale per la colite ulcerosa cge prevede trattamento con ENTIVIO dopo terapia convenzionale o biologica	N° piani che rispettano la sequenza prevista piano nazionale	N° totale di piani	crescente ≥95%	Allineamento alla miglior performance aziendale

Realizzazione di consensus aziendale con Dipartimento Specialistiche Mediche, Dipartimento Specialistiche chirurgiche con definizione di linee di indirizzo sulle	N° di EBPM utilizzato nel rispetto della procedura Per	N° totale di EBMP utilizzate	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
---	--	------------------------------	-----------	---

indicazioni di prima scelta per le Eparine a basso peso molecolare e attivazione di monitoraggio	profilassi e trattamento TVP stratificate per patologie sottostanti. Nell'IMA e nell'angina instabile ed in emodialisi			
--	--	--	--	--

Strategie per la logistica del farmaco e dispositivo-appropriatezza

- Riequilibrio delle linee distributive in particolare sviluppo di strategie sulla diretta come ai sensi della legge art 8 legge 405.
- Identificazione delle molecole savecosting secondo le diverse linee distributive
- Per le interleuchine Ankinra, Canakinumab, Tocilizumab, mantenendo prioritariamente il vantaggio per il paziente e l'autonomia prescrittiva del curante, predisporre procedura per la relazione clinica da parte del medico prescrittore, validata scientificamente dal Direttore di struttura e dall'appropriatezza del farmaco ed approvata dal Direttore di Dipartimento su delega del Direttore sanitario ed inviata per conoscenza alle politiche del farmaco regionale per tutti i pazienti candidabili con queste terapie.. Si sottolinea che nella relazione dovranno essere specificate le motivazioni per cui non possono essere prese in considerazione le terapie farmacologiche con rapporto costo efficacia più favorevoli.
- Riduzione degli acquisti in economia rispetto ai trend per prodotti omogenei

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
% di completezza della registrazione dei farmaci erogati ambulatorialmente	\sum dato di scarico in EDF	\sum dato scarico Coan	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Incremento della esaustività dei registri AIFA	LA DIFFERENZA TRA CONFEZIONI INSERITE ALL'INTERNO DEI REGISTRI AIFA E FLUSSO FARMACEUTICA FES NON DEVE DIFFERIRE PIÙ DEL 10% PER SPECIFICO REGISTRO		decescente	<10%
	80 % SCHEDA DI FINE TRATTAMENTO INSERITA PER TARAPEIE SENZA DISPENSAZIONE DA PIÙ DI 90 GIORNI (ESCLUSI REGISTRI PER MALATTIE CON PROGNOSE > 90 GIORNI)		crescente	≥80%
	REVISIONE CENTRI REGISTRI AIFA: CHIUSURA CENTRI «QUIESCENTI» ABILITATI ALLA PRESCRIZIONE ALL'INTERNO DEL REGISTRO			
Esaustività del SISTEMA DI PRESCRIZIONE WEB-BASED FARMACI H ESITABILE E A (PHT)	95% DELLE PRESCRIZIONI DI FARMACI CON PIANO TERAPEUTICO DEVONO ESSERE FATTE TRAMITE LA PIATTAFORMA WEB-BASED. (OBIETTIVO VALIDO DALL'ENTRATA IN FUNZIONE DELLA NUOVA PIATTAFORMA REGIONALE)			
COMPILAZIONE CAMPO CODICE FISCALE DEL MEDICO PRESCRITTORE NEL FLUSSO FED NEL 95% DEI RECORD INVIATI	N° record con flusso CF nel FED	N° record del flusso FEDinviati	Crescente	≥95%

ATTIVAZIONE PERCORSO DI CONSEGNA DELLE PROVETTA AGLI UTENTI CHE SI PRESENTANO CON LA LETTERA DI INVITO ISPRO PRESSO TUTTI I PUNTI DI EROGAZIONE DIRETTA FARMACI E INTEGRATIVA	N° punti di distribuzione attivati	N° punti di distribuzione eleggibil	Crescente	≥95%
Copertura flusso FED e FES: FARMACI ATC L01: IL 95% DELLE SOMMINISTRAZIONI DEI FARMACI CON ATC L01 DEVONO ESSERE INSERITI ALL'INTERNO DEL FLUSSO REGIONALE FED - (DELIBERA_N.947_DEL_27-09-2016)	N° record FED	N° record FED + FES od analoghi sistemi di misura	Crescente	≥95%
Rispetto dei lotti di gara per i dispositivi medici	N° dispositivi con reperimento in economia	N° dispositivi totali	Crescente	≥95%

Prevenzione

- Realizzazione campagne vaccinali covid e non covid
- Applicazione screening oncologici

Obiettivo e Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
Garantire adeguata protezione da malattia da SARS COV2 attraverso Copertura vaccinale operatori	Numero vaccinazioni eseguite sugli operatori	N° totale operatori	crescente	90%
Garantire adeguata protezione da malattia da SARS COV2 attraverso Copertura vaccinale operatori RSA	Numero vaccinazioni eseguite sugli operatori RSA	N° totale operatori RSA	crescente	90%
Garantire adeguata protezione da malattia da SARS COV2 attraverso Copertura vaccinale popolazione	Numero vaccinazioni eseguite sulla popolazione	Popolazione residente	crescente	90%
Garantire adeguata protezione da malattia da SARS COV2 attraverso Copertura vaccinale popolazione i RSA	Numero vaccinazioni eseguite sulla popolazione degli ospiti RSA	N° ospiti RSA	crescente	90%

Obiettivo e razionale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
Copertura per vaccino MPR	Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)	N° bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione residenti nel territorio di competenza	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Copertura per vaccino antinfluenzale (>= 65 anni)	Soggetti vaccinati di età >= a 65 anni	Popolazione di età >= a 65 anni	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)	Cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione per le	N° bambine vaccinabili nell'anno di rilevazione, che hanno compiuto il	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

	bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età (es. della coorte 2004 nel 2016) residenti nel territorio di competenza	dodicesimo anno di età (es. della coorte 2001 nel 2013) residenti nel territorio di competenza		
Copertura per vaccino antimeningococcico	Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococci ca C	N°bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Copertura per vaccino antipneumococcico	N° cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per anti pneumococcica	N° bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Copertura per vaccino esavalente	Cicli vaccinali per Esavalente HIB completati nei bambini residenti entro il 24 mese di vita al 31 dicembre dell'anno di rilevazione. Ciclo base 3 dosi	N° bambini residenti nel territorio di competenza con età < a 24 mesi al 31 dicembre	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Obiettivo e rationale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
Estensione dello screening mammografico	(N. Donne invitate nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x) + (N. Donne invitate nell'anno x-1 - N. Inviti inesitati nell'anno x-1)*	(Popolazione bersagli nell' anno x – N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x) + (Popolazione bersaglio anno x-1 - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-1)*	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Adesione allo screening mammografico	N°donne che hanno partecipato allo screening mammografico a seguito di un invito effettuato nell'anno precedente all'oggetto di rilevazione	(N°donne invitate allo screening mammografico nell'anno oggetto della rilevazione – N°inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N°Donne escluse dopo l'invito) *	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Estensione dello screening coloretale	$(N^{\circ} \text{invitati nell'anno } x - N^{\circ} \text{Inviti inesitati nell'anno } x) + (N^{\circ} \text{invitati nell'anno } x-1 - N^{\circ} \text{Inviti inesitati nell'anno } x-1)^*$	$(\text{Popolazione bersaglio nell'anno } x - N^{\circ} \text{persone escluse prima dell'invito nell'anno } x) + (\text{Popolazione bersaglio nell'anno } x-1 - N^{\circ} \text{persone escluse prima dell'invito nell'anno } x-1)^*$	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale
Adesione allo screening colon rettale	N°persone che hanno partecipato allo screening coloretale	N°invitati allo screening coloretale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto	crescente	Allineamento alla miglior performance aziendale

Sostenibilità ed efficienza operativa farmaco

Si riferisce in particolare a quella quota di consumabili che rappresentano la quota marginabile su cui è possibile agire in invarianza degli esiti e preservando la libertà di scelta del professionista. Si tratta essenzialmente di obiettivi sul farmaco e dispositivi che hanno un impatto diretto sul flusso di risorse.

Obiettivo e rationale Indicatore	numeratore	denominatore	direzione	Risultato atteso
Erogazione farmaci in fascia H iniettabili nel territorio per garantire le cure di prossimità e collateralmente migliora l'utilizzo delle risorse. C9.8.1.1e N. Utenti con erogazione farmaci in fascia H iniettabili sul territorio	Meropenem, Imipenem, Ertapenem, Teicoplanina, Fosfomicinaev, Daptomicina, somministrati sul territorio	J01DH (Meropenem, Imipenem, Ertapenem) J01XA (Teicoplanina) J01XX (Fosfomicinaev, Daptomicina) somministrati sul territorio. Totali	crescente	≥80%
Appropriato utilizzo Biosimilari Anti TNF alfa mantenendo prioritariamente il vantaggio per il paziente e l'autonomia prescrittiva del Curane	N° Biosimilari INFLIXI MAB	N° Biosimilari + Originator	Bench Mark	Allineamento alla miglior performance aziendale/Regionale
Appropriato utilizzo Biosimilari Anti TNF alfa mantenendo prioritariamente il vantaggio per il paziente e l'autonomia prescrittiva del Curane	N° Biosimilari ETANERCEPT	N° Biosimilari + Originator	Bench Mark	Allineamento alla miglior performance aziendale/Regionale
Appropriato utilizzo Biosimilari Anti TNF alfa mantenendo prioritariamente il vantaggio per il paziente e l'autonomia prescrittiva del Curane	N° Biosimilari ADALIMUMAB (N° Biosimilari + Originator	Bench Mark	Allineamento alla miglior performance aziendale/Regionale
Garantire l'omogeneità e l'accesso alle cure attraverso il rispetto linee di	ABATACEPT APREMILASTETANERC EPT INFLIXIMAB ADALIMUMAB	% di rispetto della linea di trattamento in benchmark tra	Bench Mark	Allineamento alla miglior performance aziendale/Regionale

trattamento degli immunomodulatori mantenendo prioritariamente il vantaggio per il paziente e l'autonomia prescrittiva del Curane	CERTOLIZUMAB PEGOLGOLIMUMAB ANAKINRA TOCILIZUMAB USTEKINUMAB SECUKINUMAB IXEKIZUMAB GUSELKUMAB SARILUMAB	le strutture omogenee Reumatologia -Dermatologia - Immunologia		Rispetto linea trattamento 95%
Appropriato utilizzo farmaci immuno reumatologici a brevetto scaduto, mantenendo prioritariamente il vantaggio per il paziente e l'autonomia prescrittiva del Curane	ETANERCEPT INFLIXIMAB ADALIMUMAB CERTOLIZUMAB GOLIMUMAB	% di rispetto della linea di trattamento in benchmark tra le strutture omogenee Reumatologia -Dermatologia - Immunologia	Bench Mark	Allineamento alla miglior performance aziendale/Regionale 95% UP a brevetto scaduto
Rispetto delle gare regionali: PRESCRIZIONE DI GENERICO O VINCITORE DI GARA	Anastrazolo Bicalutamide Ciclosporina Exemestane Leviracetam Micofenolato Tacrolimus	% di rispetto della linea di trattamento	≥80%	Allineamento alla miglior performance aziendale/Regionale
Sviluppare iniziative di sensibilizzazione sulle molecole a brevetto scaduto, mantenendo il vantaggio per il paziente e l'autonomia prescrittiva del Curane	Molecole strategiche a brevetto scaduto	Totale molecole strategiche definite	≥95%	Allineamento alla miglior performance aziendale/Regionale

- 15.2- Efficienza Operativa

Si riferisce in particolare a quella quota di attività non assistenziali, ma di natura tecnico logistico amministrativa essenziali per il mantenimento delle funzioni di erogazione sanitaria

Obiettivo e razionale Indicatore	Risultato atteso
Elenco delle almeno 10 principali attività svolte dal settore, da presentare al DA entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi annuali	Documento
Allineamento alle attività di erogazione dei servizi core dell'azienda attraverso l'invio di report bimestrali sullo stato di avanzamento lavori sulle specifiche attività prioritarie definite dal documento	4 Report
Elenco dei progetti in essere nell'Area Tecnica, da presentare al Direttore Amministrativo entro 30 giorni dalla sottoscrizione degli obiettivi annuali	Documento
Costruzione di un modello di reportistica direzionale periodico sintetico tecnica	Documento
Reportistica mensile con stato avanzamento lavori dell'area tecnico SAL	Report
Allineamento tra i vari componenti che alimentano i flussi amministrativi Numero fatture armonizzazione dei processi amministrativi	Piano di azione
Allineamento tra i vari componenti che alimentano i flussi amministrativi Numero fatture armonizzazione dei processi amministrativi	SAL progetto
Piano generale per la manutenzione programmata e correttiva, riferito alle opere civili ed impiantistiche, con individuazione del responsabile degli interventi.	Redazione piano
Aggiornamento della mappatura dei processi identificati ad alto rischio per la corruzione	Documento
Piano di mitigazione dei rischi di corruzione dei processi identificati come sensibili	Documento
Aggiornamento elenco strutture con la realizzazione di elenco telefonico e relativa pubblicazione	Documento
Sviluppo di modello per la valutazione della necessità di risorse umane	Documento

Predisposizione attuazione POLA attraverso la realizzazione di gruppi di lavoro, fase esplorativa laddove già adottato e formazione	Documento
Analisi ed adozione di un piano di miglioramento (e sua attuazione) sul sistema di rendicontazione delle Donazioni (Art 90)	Documento
Rispetto agli investimenti ed alle donazioni ricevute inerenti al COVID sviluppo di un sistema di reportistica periodica che descriva tutte le fasi del processo. Programmazione, stato di avanzamento della realizzazione e rendicontazione	Report
Coerenza delle attività manutentive perviste nel piano e di esecuzione degli investimenti. Rispetto la programmazione aziendale. Reportistica con monitoraggio periodico del SAL stato di avanzamento lavori (in particolare per la fase di affidamento).	Report
Attuazione di piani e programmi del bilancio, contabilità analitica e controllo di gestione, ovvero la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti, degli standard qualitativi e quantitativi definiti, del livello previsto di assorbimento delle risorse	Reportistica SAL
Ogni struttura dovrà prevedere un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione dei destinatari delle attività e dei servizi anche attraverso modalità interattive	Indicatori di efficacia qualitativa
Aggiornamento mappatura dei centri di costo censiti	File - Documento
Aggiornamento della codifica dei prodotti della farmaceutica	File - Documento
Aggiornamento della codifica dei cespiti immobili ed immobili	File - Documento
Attraverso l'analisi dei determinanti del clima organizzativo 2019 sviluppare, a livello Dipartimentale, strategie miglioramento qualitativo dell'organizzazione	Miglioramento indagine di Clima
Ogni direttore di struttura prevederà il miglioramento delle abilità dei propri collaboratori in ambito di competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi	Piano di formazione
Sviluppo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione	Piano di azione
Efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi. Ogni struttura mapperà almeno 6 procedimenti evidenziandone le fasi ed i tempi	Mappatura con valutazione di fasi e tempi
Definizione di piano e raggiungimento degli obiettivi di promozione delle pari opportunità	Reportistica
Allineare i flussi farmaceutici FES FED con i rispettivi conti economici	Attuazione piano
Sviluppo di reportistiche sui flussi correnti utilizzando la piattaforma aziendale WAB	Attuazione piano
Supporto tecnologico per la registrazione delle Visite follow up in telemedicina	Attuazione piano
Incremento prescrizioni dematerializzate e prescrizione elettronica -eprescription	monitoraggio
Incremento dell'alimentazione del flusso referti FSE – Fascicolo sanitario Elettronico	monitoraggio
Partecipazione al Consolidamento cloud regionale DGR 1031 27-07-20	Adesione piano di RT
Sviluppo e supporto per l'adozione dello strumento unico SAP Hana	Adesione piano di RT
Incremento dell'adesione e attivazione RSA sicura delle RSA presenti sul territorio	Adesione piano di RT
Partecipazione all'attivazione dei moduli aster cloud	Adesione piano di RT
Migrazione alla piattaforma CUP2.0 e Pubblicazione integrale dell'offerta aziendale	Completamento piano

La performance organizzativa alla performance individuale

Collegamento tra performance organizzativa ed individuale

Gli obiettivi di performance individuale, collegati alla performance organizzativa, sono declinati in loro prima applicazione 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 proponendoci di assicurare 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. A questo proposito per orientare il sistema verso questa direzione per il primo anno si prevederà 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 2021 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 problem solving. 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.

