



# RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2023

Giugno 2024

## INDICE

Introduzione .....	2
1. L'azienda in cifre .....	2
2. Pari opportunità e bilancio di genere .....	13
3. Articolazione organizzativa .....	14
4. La performance aziendale .....	15
4.1. ANALISI DEL RISULTATI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ANNO 2023 .....	16
4.2. I RISULTATI DEI BERSAGLI DEGLI STABILIMENTI .....	19
4.3. I RISULTATI DEI BERSAGLI DELLE ZONE DISTRETTO .....	20
4.4. LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA .....	20
4.5. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ .....	21
5. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture.....	22
5.1. L'ALBERO DELLE PERFORMANCE .....	22
5.2. LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2023: DAGLI INDIRIZZI REGIONALI E DI AREA VASTA AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI.....	23
5.3. INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA .....	40
5.4. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DI STRUTTURA .....	40
5.5. LA PERFORMANCE DI STRUTTURA – RISULTATI RAGGIUNTI NELL'AZIENDA TOSCANA SUD EST .....	42
6. Obiettivi Individuali.....	42
6.1. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	42
6.2. ITER DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE .....	43
6.3. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE .....	46

## Introduzione

La Relazione sulla performance è un documento che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati, ai sensi dell'art.10 del D.Lgs n.150/2009 e ss.mm.ii.

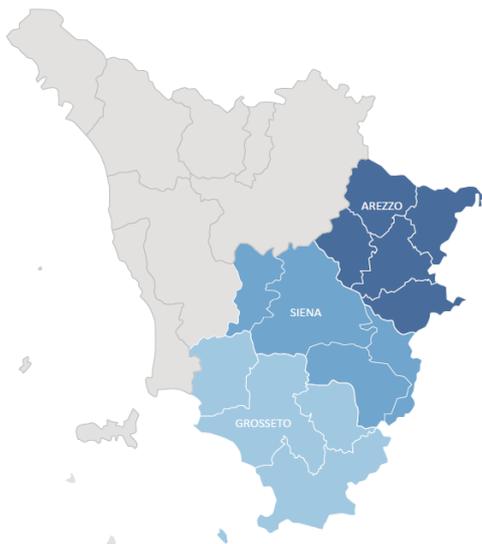
Trattasi di uno strumento di “trasparenza” dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità previsti nel percorso.

Questa relazione alla performance costituisce un momento di analisi sull'operato aziendale e rappresenta un'occasione per leggere i risultati effettivi e concreti conseguiti nell'anno 2021 in una logica di miglioramento e di innovazione:

- **performance complessiva dell'Azienda** sulla base degli obiettivi annualmente definiti dalla Regione Toscana e monitorati attraverso il Sistema di valutazione del MeS
- **performance dei Centri di Responsabilità** in cui è strutturata l'Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget
- **performance individuale del personale dipendente**

### 1. L'azienda in cifre

L'Azienda UsI Toscana Sud Est è nata a partire dal 01/01/2016 dalla fusione di 3 Asl della Toscana, ovvero quelle di Arezzo, Siena e Grosseto, come previsto dalla Legge Regionale n 84 del 28 dicembre 2015 “*Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40 /2005*”.



Il vasto territorio aziendale è suddiviso in **10 Zone Distretto con 13 Stabilimenti ospedalieri** accorpati in **6 Presidi Ospedalieri**:

**PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Aretino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina,**  
articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Arezzo
- S.O. Bibbiena
- S.O. San Sepolcro
- S.O. Cortona

**PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese,**

- S.O. Montepulciano
- S.O. Abbadia San Salvatore

#### **PRESIDIO OSPEDALIERO del Valdarno**

- S.O. Montevarchi

#### **PRESIDIO OSPEDALIERO delle Colline dell'Albegna,**

- S.O. Orbetello
- S.O. Pitigliano

#### **PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana,**

- S.O. Castel del Piano
- S.O. Grosseto
- S.O. Massa Marittima

#### **PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Alta Val d'Elsa**

- S.O. Poggibonsi

#### **Le 10 Zone Distretto sono:**

- Zona-Distretto Aretina
- Zona-Distretto Casentino
- Zona-Distretto Valtiberina
- Zona-Distretto Valdarno
- Zona-Distretto Valdichiana Aretina
- Zona-Distretto Alta Valdelsa
- Zona-Distretto Amiata Senese, Vald'Orcia, Valdichiana Senese
- Zona-Distretto Senese
- Zona-Distretto Amiata Grossetana, Grossetana, Colline Metallifere
- Zona-Distretto Colline dell'Albegna

I dati relativi alla popolazione vengono aggiornati con quelli che vengono diffusi da ISTAT come definitivi e che sono ottenuti grazie all'integrazione dei dati provenienti dai Censimenti permanenti della popolazione con quelli di fonte amministrativa provenienti dall'anagrafe nazionale centralizzata. Al momento delle elaborazioni i dati definitivi di popolazione sono aggiornati al 01/01/2023 mentre il dato definitivo al 01/01/2024 sarà disponibile a fine 2024.

La popolazione residente nel territorio dell'AUSL Toscana sud est al 01/01/2023 è pari a **811.242** abitanti distribuiti in 99 comuni, che contano una popolazione che va da un minimo di 518 abitanti (Montemignaiolo) a un massimo di 96.535 (Arezzo), raggruppati in tre province: Arezzo 41% della popolazione totale della AUSL, Siena 32% e Grosseto 27%. Da notare che oltre la metà dei comuni dell'AUSL Toscana sud est (52 su 99) hanno una popolazione inferiore a 5.000 abitanti, solo nei tre capoluoghi di provincia si superano i 50.000 abitanti, in 15 comuni la popolazione è compresa tra 10.000 e 30.000 abitanti, mentre nei rimanenti 29 comuni è compresa tra 5.000 e 9.999. La Toscana sud est è inoltre la AUSL con la più elevata quota di popolazione che risiede in comuni montani (17,1% vs 11,3% della media regionale) e la più bassa proporzione di residenti in comuni urbani (17,6% vs 58,8% della media regionale).

Complessivamente la densità di popolazione è molto bassa, circa 70 abitanti per Km<sup>2</sup>, pari a meno della metà rispetto al valore medio regionale (160ab/ Km<sup>2</sup>).

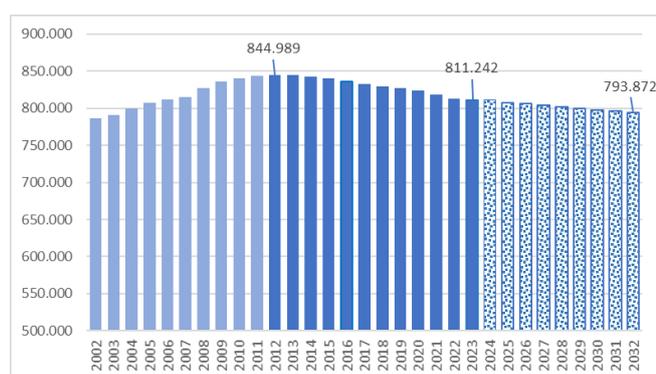
Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2023 - Fonte ISTAT

	2023		
	Femmina	Maschio	Somma:
Zona Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	86.410	81.851	<b>168.261</b>
Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	38.422	36.267	<b>74.689</b>
Zona Aretina	65.589	61.924	<b>127.513</b>
Zona del Casentino	16.840	16.842	<b>33.682</b>
Zona dell'Alta Val d'Elsa	31.656	30.500	<b>62.156</b>
Zona della Val di Chiana Aretina	25.630	24.381	<b>50.011</b>
Zona della Val Tiberina	14.626	14.111	<b>28.737</b>
Zona delle Colline dell'Albegna	24.951	23.421	<b>48.372</b>
Zona del Valdarno	47.910	46.199	<b>94.109</b>
Zona Senese	64.225	59.487	<b>123.712</b>
<b>Somma:</b>	<b>416.259</b>	<b>394.983</b>	<b>811.242</b>

La tabella seguente mostra come la popolazione della AUSL Toscana Sud Est sia andata progressivamente diminuendo nell'ultimo decennio e le stime ISTAT mostrano che tale andamento sarà confermato anche nei prossimi anni.

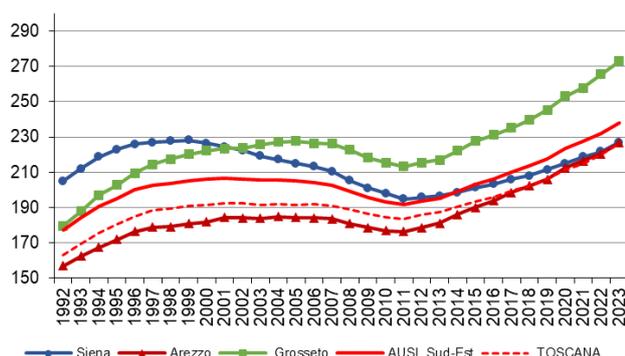
Oltre che in contrazione la popolazione è sempre più sbilanciata sulle età anziane: gli ultra 65enni sono ormai il 27% del totale dei residenti mentre ammontano al 5% i così detti grandi vecchi (coloro che hanno superato gli 85 anni); per contro i giovani tra 0 e 14 anni scendono all'11%.

Popolazione residente al 01/01 di ogni anno nella AUSL Toscana sud est. Dati definitivi dal 2002 al 2023, e stime dal 2024 al 2032  
Fonte ISTAT



L'indice di vecchiaia è un indicatore molto importante in grado di sintetizzare due tendenze: l'aumento della popolazione anziana e la riduzione di quella molto giovane. La presenza di anziani nel nostro territorio è oltre che doppia rispetto a quella dei giovani (si contano 237,7 anziani ogni 100 giovani) e superiore ai valori medi regionali, tale fenomeno è molto accentuato nella provincia di Grosseto; i dati in tabella mostrano che in tutte le zone di questa provincia l'indice di vecchiaia è ampiamente superiore al valore medio aziendale. L'andamento dell'indice di vecchiaia, evidenzia il notevole incremento negli ultimi anni (+25% dal 2011 al 2023). Nella seguente oltre all'indice di vecchiaia è riportato anche l'indice di dipendenza anziani (anziani 65+/popolazione 15-64); nella AUSL Toscana sud est al 01/01/2023 si contano 44 anziani ogni 100 residenti tra 15 e 64 anni (rispetto ai 42 della media regionale) con un incremento del 13% negli ultimi 10 anni.

Trend indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Popolazione al 01/01. Anni 1996-2023 Fonte ISTAT



Residenti ultra65enni, indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) e indice di dipendenza anziani (pop. 65+/pop. 15-64). Popolazione al 01/01/2023 - Fonte ISTAT

RESIDENZA	Residenti 65+	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani
<b>Provincia di Siena</b>	<b>69.331</b>	<b>226,9</b>	<b>43,2</b>
Alta Val d'Elsa	15.270	201,3	38,9
Val di Chiana senese	17.161	263,9	48,5
Amiata senese e Val d'Orcia	4.724	288,8	50,8
Senese	32.176	216,9	41,9
<b>Provincia di Arezzo</b>	<b>87.819</b>	<b>226,6</b>	<b>42,3</b>
Casentino	9.530	264,7	46,4
Val Tiberina	8.552	277,5	50,0
Val di Chiana aretina	13.165	224,5	42,5
Aretina	32.996	223,5	41,4
Valdarno	23.576	206,0	39,9
<b>Provincia di Grosseto</b>	<b>62.246</b>	<b>272,9</b>	<b>47,3</b>
Colline dell'Albegna	14.996	325,6	52,1
Amiata grossetana	5.411	293,8	50,2
Grossetana	28.912	243,6	43,6
Colline metallifere	12.927	288,0	50,3
<b>AUSL Toscana sud est</b>	<b>219.396</b>	<b>238,2</b>	<b>43,9</b>
<b>Toscana</b>	<b>959.361</b>	<b>226,1</b>	<b>42,1</b>

Il tasso di fecondità totale (numero medio di figli per donna in età fertile 15-49), dopo una lieve tendenza alla ripresa, che aveva caratterizzato il primo decennio del 2000, dal 2012 è in costante riduzione. Nel 2022, nelle tre province dell'AUSL Toscana Sud est si registrano appena 1,2 nati per donna, valore ben al di sotto del valore soglia (2,1) che garantisce il ricambio generazionale in quanto, sotto a tale livello, la popolazione, in assenza di flussi migratori, tende al declino.

Da rilevare come la natalità sia molto bassa nonostante il contributo della popolazione migrante; tra i residenti nel territorio dell'AUSL Toscana sud est il 17,5% dei nati ha entrambi i genitori di cittadinanza estera e, in zone a bassissima natalità come l'Amiata Grossetana, i nati di cittadinanza estera sono il 27% del totale dei nati, percentuale in netto calo rispetto all'anno precedente quando erano il 35,7%.

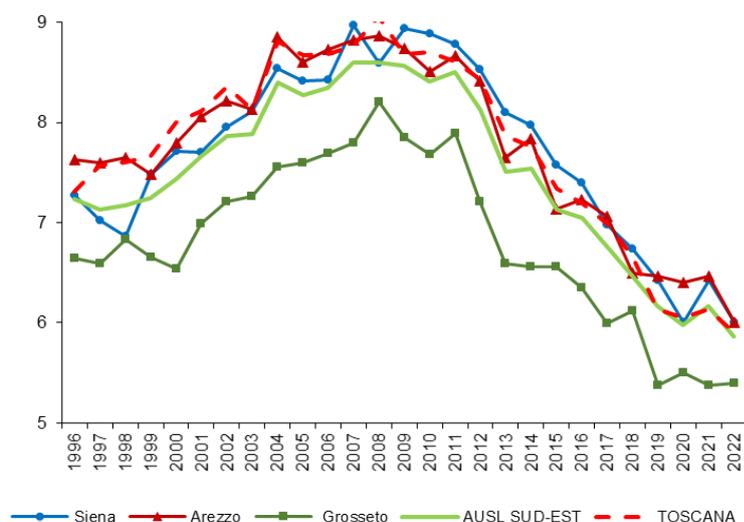
Numero di nati, tassi di natalità (nati per 1.000 residenti) e percentuale di nati di cittadinanza estera per residenza Anno 2022. Fonte ISTAT

Residenza	Nati 2022	Tasso di natalità	Percentuale nati di cittadinanza non italiana
<b>Provincia di Siena</b>	<b>1.574</b>	<b>6,0</b>	<b>17,0%</b>
Alta Val d'Elsa	368	5,9	15,5%
Val di Chiana senese	330	5,6	16,7%
Amiata senese e Val d'Orcia	80	5,1	23,8%
Senese	796	6,4	17,1%
<b>Provincia di Arezzo</b>	<b>2.003</b>	<b>6,0</b>	<b>17,2%</b>
Casentino	201	6,0	20,9%
Val Tiberina	163	5,7	13,5%
Val di Chiana aretina	297	5,9	13,8%
Aretina	751	5,9	18,1%
Valdarno	591	6,3	17,4%
<b>Provincia di Grosseto</b>	<b>1.175</b>	<b>5,4</b>	<b>18,6%</b>
Colline dell'Albegna	229	4,7	13,1%
Amiata grossetana	100	5,5	27,0%
Grossetana	631	5,9	18,9%
Colline metallifere	215	5,0	20,0%
<b>AUSI Toscana sud est</b>	<b>4.752</b>	<b>5,9</b>	<b>17,5%</b>
<b>Toscana</b>	<b>21.610</b>	<b>5,9</b>	<b>17,3%</b>

Il tasso di natalità continua a diminuire mantenendosi su valori molto bassi; Grosseto si conferma, negli anni, la provincia a minore natalità. Nel 2022 nella AUSL toscana sud est si sono registrati appena 5,9 nati ogni 1.000 abitanti; la natalità più bassa si registra nelle Colline dell'Albegna.

Il preoccupante crollo della natalità è da attribuirsi sia ad un effetto strutturale di coorte, sono ormai uscite dall'età fertile le coorti più numerose in quanto nate negli anni del baby boom, sia all'effettiva tendenza a rinviare la maternità, subordinando spesso le scelte riproduttive alla stabilità economica.

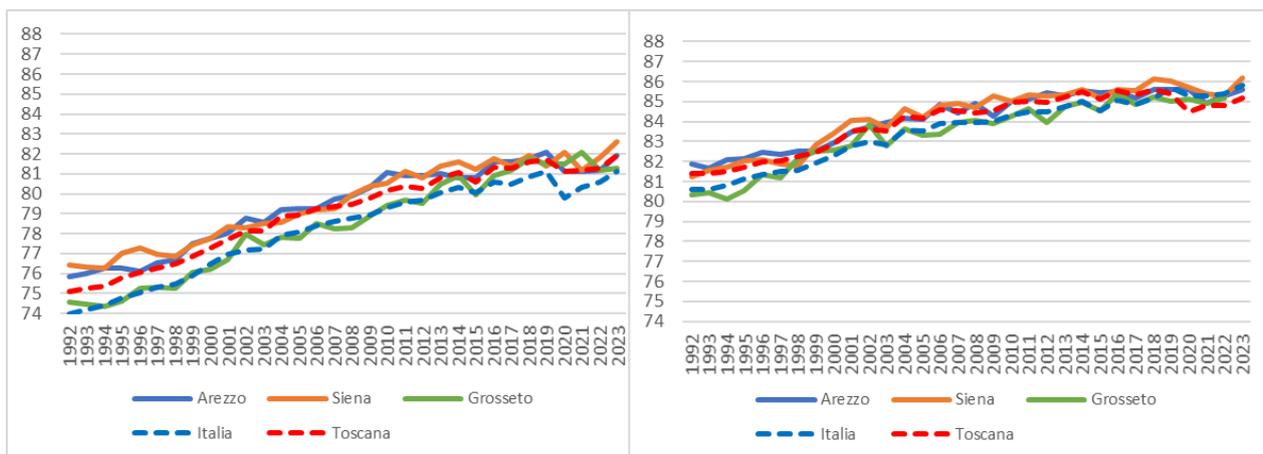
Trend indice di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2022 Fonte ISTAT



Per i principali indicatori dello stato di salute disponibili, in particolare la speranza di vita alla nascita, la mortalità generale, la mortalità prematura (prima dei 65 anni) e gli anni potenziali di vita persi, la AUSL Toscana sud est, si allinea ai valori medi regionali (peraltro molto buoni rispetto alla media nazionale).

L'andamento della speranza di vita alla nascita dal 1992 al 2023 nelle province dell'AUSL Toscana sud est mostra nei maschi un incremento nelle province di Arezzo, Siena e Grosseto rispettivamente di 6,0 6,2 e 6,7 anni, lievemente inferiori i rispettivi incrementi tra le femmine (3,7 5,0 e 5,2). Negli anni si sono dunque ridotte le differenze tra le province della AUSL Toscana sud est. Stante il trend di lungo termine in tendenziale crescita, negli anni pandemici 2020 e 2021 si è assistito ad una flessione della speranza di vita alla nascita che nel 2023 si riallinea all'anno 2019 (pre-pandemico).

Trend speranza di vita alla nascita per sesso - Anni 1992-2022- Fonte ISTAT, 2023 dati provvisori



Speranza di vita alla nascita per residenza e genere - Anni 2019-2023 e differenze assolute 2023 vs 2019 - Fonte ISTAT, 2023 dati stimati

Residenza	Maschi						Femmine					
	2019	2020	2021	2022	2023	Diff.2023 vs 2019	2019	2020	2021	2022	2023	Diff.2023 vs 2020
Provincia di Arezzo	82,1	81,1	81,1	81,2	81,9	-0,2	85,6	85,6	84,9	85,3	85,6	=
Provincia di Siena	81,4	82,1	81,2	81,8	82,6	+1,2	86,0	85,7	85,4	85,3	86,2	+0,2
Provincia di Grosseto	81,5	81,5	82,1	81,2	81,3	-0,2	85,0	85,1	84,9	85,2	85,5	+0,5
<b>Toscana</b>	<b>81,7</b>	<b>81,1</b>	<b>81,2</b>	<b>81,3</b>	<b>81,9</b>	<b>+0,2</b>	<b>85,7</b>	<b>85,3</b>	<b>85,3</b>	<b>85,4</b>	<b>85,8</b>	<b>+0,1</b>
<b>Italia</b>	<b>81,1</b>	<b>79,8</b>	<b>80,3</b>	<b>80,6</b>	<b>81,1</b>	<b>=</b>	<b>85,4</b>	<b>84,5</b>	<b>84,8</b>	<b>84,8</b>	<b>85,2</b>	<b>-0,2</b>

La considerazione degli elementi sopra descritti (territorio vasto frazionato in piccoli centri scarsamente abitati) unitamente al progressivo invecchiamento della popolazione assume un carattere di assoluto rilievo quando si devono organizzare, e misurare in termini di performance, i servizi sanitari sul territorio.

Di seguito si riportano alcune **dati caratterizzanti l'attività dell'Azienda**:

### Posti letto per Ospedale – dati 2023

L'Azienda ha i seguenti posti letto esistenti ed utilizzabili:

<b>Stabilimento</b>	<b>ord</b>	<b>dh</b>	<b>Totale</b>
Osp. Bibbiena	48	5	53
Osp. Sansepolcro	42	7	49
Osp. Arezzo	408	55	463
Osp. Montevarchi	147	18	165
Osp. Cortona	34	18	52
<b>PROV. AREZZO</b>	<b>679</b>	<b>103</b>	<b>782</b>
Osp. Massa M.ma	52	14	66
Osp. Orbetello	50	16	66
Osp. Pitigliano	18	6	24
Osp. Casteldelpiano	32	4	36
Osp. Grosseto	364	34	398
<b>PROV. GROSSETO</b>	<b>516</b>	<b>74</b>	<b>590</b>
Spdc C/0 A.O. Senese	8		8
Osp. Abbadia S. S.	22	9	31
Osp. Poggibonsi	138	28	166
Osp. Montepulciano	141	22	163
<b>PROV. SIENA</b>	<b>309</b>	<b>59</b>	<b>368</b>
<b>TOTALE POSTI LETTO PUBBLICI (incluso Nido)</b>	<b>1.504</b>	<b>236</b>	<b>1.740</b>

(fonte Modello Ministeriale HSP12 - 2023)

Nell'Area di competenza della Ausl sono presenti anche **3** Case di Cura Private accreditate e convenzionate per un totale di 263 ppII, più la struttura sede di un centro riabilitativo in partnership con 64 ppII.

<b>Stabilimento</b>	<b>PL ordinari + dh</b>
Centro Chirurgico Toscano Srl	95
Casa di Cura San Giuseppe	88
Casa di Cura Rugani	80
Centro Riabilitazione Terranuova B. Spa	64
<b>PROV. AREZZO</b>	<b>327</b>

(fonte HSP12 e 13-2023)

## Attività di Ricovero per Ospedale

PO	Stabilimento ospedaliero	2022			2023		
		Totale dimessi (ord+dh)	Ricoveri Ordinari	Degenza Media Ordinaria	Totale dimessi (ord+dh)	Ricoveri Ordinari	Degenza Media Ordinaria
Po Val D'Elsa	Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	6.392	5.166	6,3	6.713	5.436	6,2
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	479	342	11,5	775	531	9,3
	Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	5.548	4.621	6,7	5.647	4.519	6,8
	Spdc C/O A.O. Senese	237	237	11,0	245	245	11,1
Po Valdarno	Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	7.167	5.854	6,5	7.221	5.779	6,2
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Civile Bibbiena (Ar)	2.165	1.744	6,5	2.229	1.836	6,3
	Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	2.045	1.039	6,2	2.183	1.112	5,7
	Area Aretina Nord Arezzo	19.957	16.914	6,0	19.721	16.755	5,9
	Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	1.336	976	7,0	1.639	1.204	6,7
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	2.639	2.132	5,4	2.833	2.270	5,7
	Civile Castel Del Piano (Gr)	526	521	11,1	537	533	11,0
	Misericordia Grosseto	16.444	14.169	6,4	16.819	14.248	6,3
Po Colline Dell'Albegna	S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	2.372	1.884	7,2	2.438	1.815	6,6
	Petruccioli Pitigliano (Gr)	128	128	9,4	331	331	10,5
<b>TOTALE</b>		<b>67.435</b>	<b>55.727</b>	<b>6,4</b>	<b>69.331</b>	<b>56.614</b>	<b>6,3</b>

Fonte DWH-SDO 12/06/2024

L'attività di ricovero nell'anno 2023, pur non essendo tornata ai livelli del 2019, periodo pre-Covid, continua il trend di incremento (circa il + 3% rispetto all'anno 2022), ottimizzando nel contempo la durata dei ricoveri, infatti la degenza media si attesta a 6,3 giorni, il valore più basso registrato negli ultimi 4 anni.

### Interventi chirurgici (compreso ambulatoriali) per Ospedale:

	2022	2023
Area Aretina Nord Arezzo	15.254	15.025
Civile Bibbiena (Ar)	3.189	3.478
Civile Castel Del Piano (Gr)	247	270
Misericordia Grosseto	15.496	17.937
Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	944	1.183
Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	4.422	5.265
Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	4.182	4.854
Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	6.196	6.472
Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	3.453	3.754
Petruccioli Pitigliano (Gr)	289	225
S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	2.357	2.589
S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	2.727	3.351
Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	2.649	3.227
<b>Somma:</b>	<b>61.405</b>	<b>67.630</b>

Fonte Registro Operatorio Ormaweb e ROA 12/06/2024

L'attività chirurgica complessiva è aumentata del 10% rispetto all'anno 2022, superando l'erogato dell'anno 2019 (56.091 interventi complessivi).

### Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

	2022	2023
Ps Area Aretina Nord Arezzo	61.021	63.959
Ps Civile Bibbiena (Ar)	12.811	12.356
Ps Civile Castel Del Piano (Gr)	7.360	8.292
Ps Misericordia Grosseto	67.277	73.332
Ps Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	5.738	6.417
Ps Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	11.342	11.827
Ps Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	26.947	27.686
Ps Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	36.395	36.066
Ps Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	23.459	24.227
Ps Petruccioli Pitigliano (Gr)	4.992	5.313
Ps S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	14.564	15.487
Ps S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	18.241	19.069
Ps Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	11.575	11.949
<b>Somma:</b>	<b>301.722</b>	<b>315.980</b>

Fonte DWH-PS 12/06/2024

Anche negli accessi di Pronto Soccorso si rileva un incremento rispetto all'anno 2022 (+5%), se pur siamo ancora lontani dai dati degli accessi del periodo Pre-Covid.

### Prestazioni ambulatoriali per esterni, specialità ospedaliere, erogate nei 3 ambiti territoriali per anno:

Ambito	2022	2023
Prov Di Siena	3.227.436	3.425.073
Prov Di Arezzo	5.627.588	5.793.198
Prov Di Grosseto	3.012.276	3.233.092
<b>Totale complessivo</b>	<b>11.867.300</b>	<b>12.451.363</b>

(escluso attività di PS, consulenze per interni, attività in Libera Professione)

Fonte: DWH flusso SPA 12/06/2024

Come emerge dalle tabelle sopra riportate, nell'anno 2023 abbiamo registrato un incremento ed il 5% anche nelle prestazioni ambulatoriali per esterni erogate per utenti residenti e non, attestandosi ad un 12% in più dell'anno 2019.

Per quanto riguarda la **rete socio sanitaria Territoriale** punto di riferimento per oltre 800.000 abitanti, nell'Azienda come abbiamo detto sopra, sono presenti **10 Zone Distretto di cui 4 Società della Salute** che in base alla LR 40/2005 sono soggetti pubblici senza scopo di lucro, costituiti per adesione volontaria dei Comuni e dell'Azienda USL, per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio sanitarie e sociali integrate.

Fanno parte della rete territoriale aziendale 27 Case della Salute, luoghi dove i cittadini trovano servizi socio-sanitari di base e ove vi lavora un team multi professionale formato da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, personale sociale e amministrativo e 31 AFT - Aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale, che garantiscono per l'intera giornata l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, la Sanità di Iniziativa e la presa in carico del paziente con bisogni complessi, la promozione della salute.

Nel corso dell'anno si sono avviati le nuove progettualità delle **Casa della Comunità**, e delle **COT** e nuovi modelli sanità territoriale (PNRR Missione 6).

Lo sviluppo delle Case della Comunità si pone in linea di continuità rispetto alla sperimentazione e successiva implementazione del modello delle Case della Salute già realizzate sul territorio toscano. Nel DM 77/2022 la Casa di Comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria ed è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nel 2023, sono stati redati i primi atti di indirizzo del Regolamento delle Centrali Operative Territoriali (COT) che consentiranno di effettuare la transizione della Centrale della Cronicità in COT Aziendale e delle ACOT in COT zionali, secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale n. 77/2022 e dalla Delibera della Giunta Regionale Toscana n. 1508/2022 avente ad oggetto "La programmazione dell'assistenza territoriale in Toscana in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 23 Maggio 2022, n. 77".

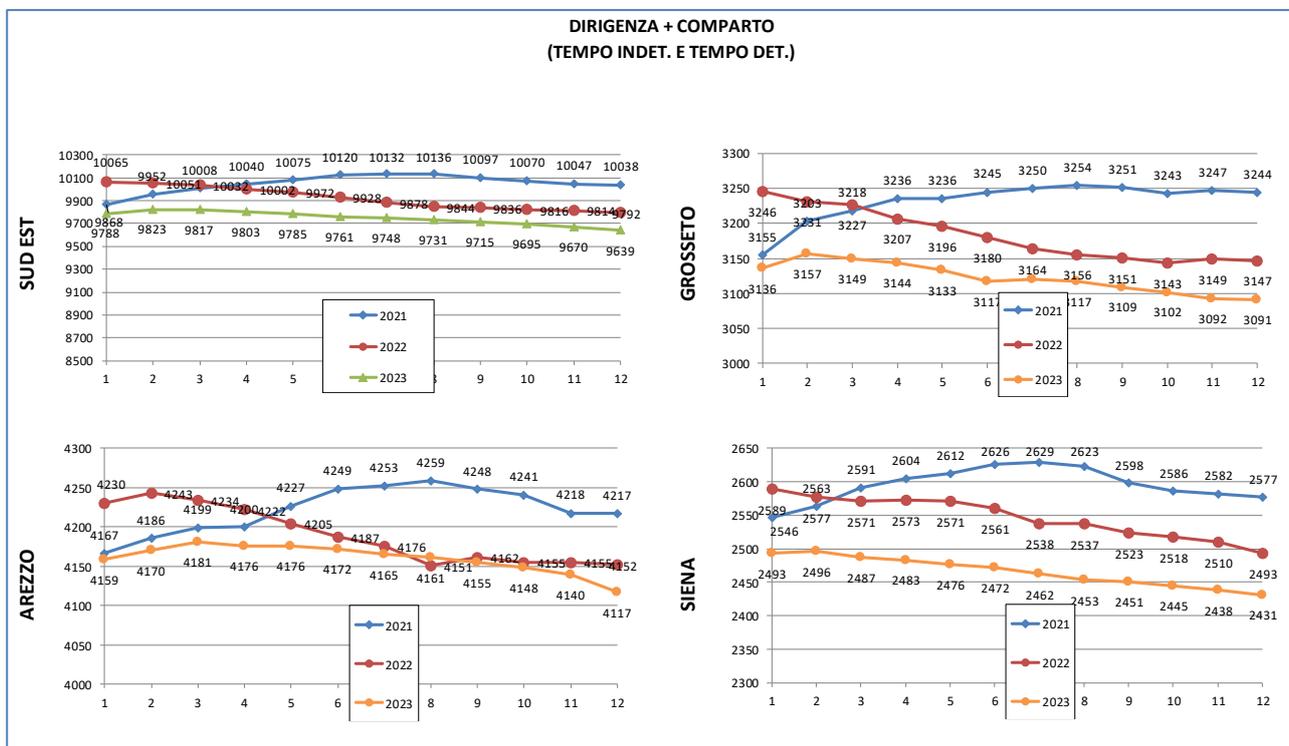


#### I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM:

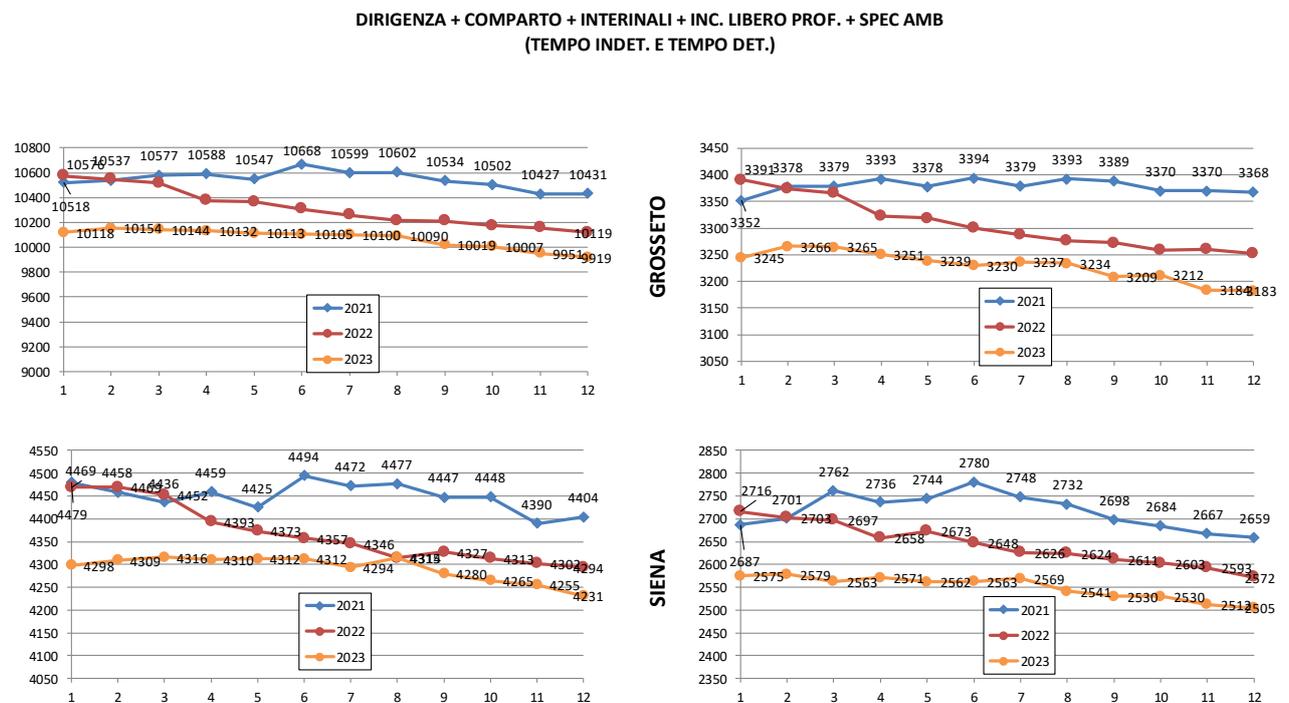
10	Distretti/Zona/Società della Salute
13	Stabilimenti Ospedalieri accorpati in 6 Presidi
31	Aft
513	Mmg
86	Pls
27	Case della Salute
172	pl Ospedale di Comunità/Modica
39	pl Hospice
117	pl Riab ex art.26
96	Rsa
2.672	titoli di acquisto MODULO BASE
15	moduli MOTORIO
113	moduli COGNITIVO
30	moduli STATO VEGETATIVO

Nelle Zone Distretto sono garantiti inoltre tutti i servizi Consultoriali, per la Salute Mentale Adulti e Infanzia nonché per gli aspetti legati alle Dipendenze e all'Assistenza Sociale.

La consistenza del **personale dipendente** dell'Azienda UsI Sud Est, al 31 dicembre 2023 è 9.639 a fronte di 9.792 al 31 dicembre 2022.



A questi sono da aggiungere gli operatori sanitarie e non con contratti libero professionali o interinali, che insieme agli specialisti ambulatoriali hanno portato il personale dell'azienda a 9.919 unità a fronte di 10.119 del 31 dicembre 2022, con delta quindi sempre negativo rispetto agli anni precedenti.



Oltre al personale sopra descritto nel 2023, hanno operato nell’Azienda oltre 600 medici fra Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

## 2. Pari opportunità e bilancio di genere

La Asl Toscana Sud Est ha una particolare attenzione alla promozione delle pari opportunità, l’organizzazione del lavoro, la conciliazione lavoro-famiglia, la distribuzione dei carichi assistenziali, il mobbing, la discriminazione, tutto questo, valutato e considerato dal punto di vista delle donne e uomini che lavorano in Sanità. L’Azienda dedica risorse e tempo alla questione del “genere”, attraverso alcuni strumenti come il CUG (Comitato Unico di Garanzia), la struttura di “Promozione ed etica della salute”, che spazia dal Codice Rosa all’educazione alla salute, dalla Medicina di genere alla cooperazione internazionale, fino alla salute dei migranti e all’empowerment per le cronicità.

Per riportare un dato di sintesi, di seguito si riporta una tabella del personale suddiviso per ruolo professionale e sesso rispetto la Dotazione Organica al 31/12/2022 vs 2023:

Ruolo	2022			2022		
	F	M	Tot	F	M	Tot
101 – DIRIGENZA SANITARIA MEDICA	905	708	1.613	895	676	<b>1.571</b>
102 – DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	131	47	178	123	43	<b>166</b>
103 – SANITARIO COMPARTO	4.095	1.227	5.322	4.013	1.202	<b>5.215</b>
202 – DIRIGENZA PROFESSIONALE	3	17	20	1.187	214	<b>1.401</b>
203 – COMPARTO PROFESSIONALE		3	3	3	13	<b>16</b>
302 – DIRIGENZA TECNICA	4	3	7		3	<b>3</b>
303 – TECNICO COMPARTO	1.378	433	1.811	2	4	<b>6</b>
402 – DIRIGENZA AMMINISTRATIVO	14	14	28	163	209	<b>372</b>
403 – COMPARTO AMMINISTRATIVO	609	239	848	15	13	<b>28</b>
440 – INCARICO DIRETTORE	2	1	3	613	248	<b>861</b>
<b>Totale</b>	<b>7.141</b>	<b>2.692</b>	<b>9.833</b>	<b>7.014</b>	<b>2.625</b>	<b>9.639</b>

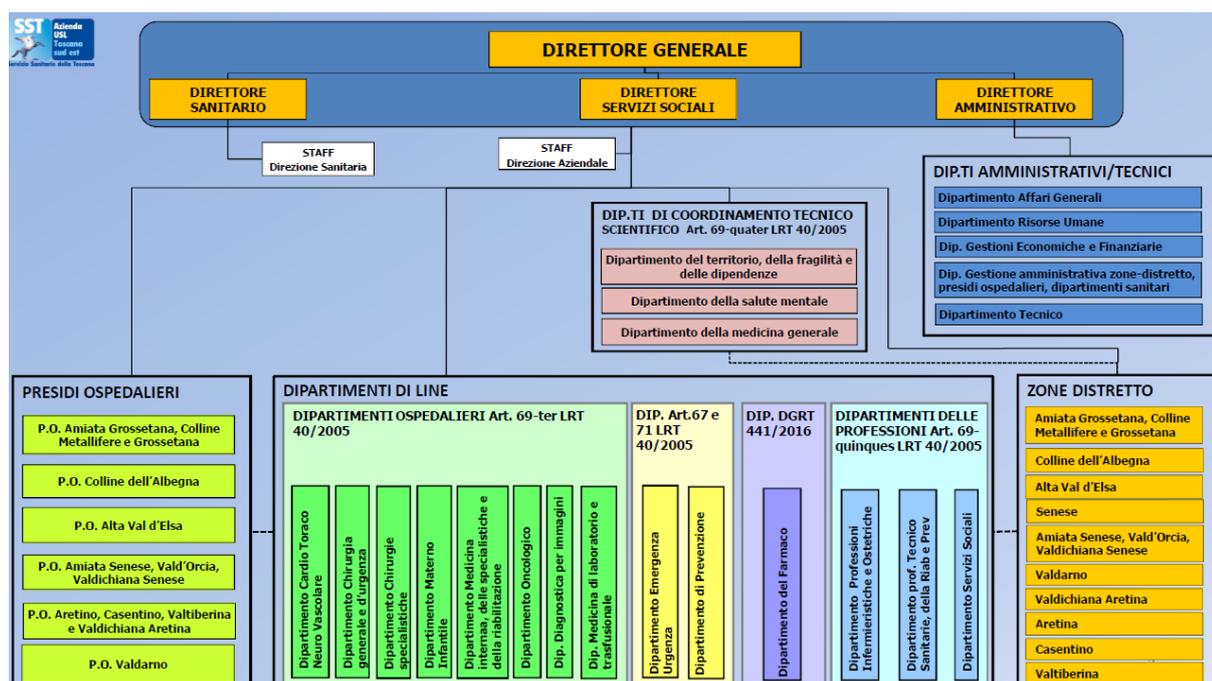
Dai quali si evince una netta presenza del genere femminile, in particolare nel Comparto.

### 3. Articolazione organizzativa

L'Azienda USL Toscana Sud Est garantisce lo svolgimento dei suoi compiti istituzionali attraverso strutture organizzative professionali e funzionali individuate tenendo presente le norme generali di organizzazione e del necessario collegamento tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra assistenza sanitaria e sociale.

L'articolazione aziendale che ha preso avvio nell'anno 2020 con Delibera N°794 del 20/07/2020 Attivazione nuova organizzazione dei Dipartimenti Amministrativi e Tecnici e dello Staff della Direzione Aziendale e Delibera N° 1014 del 15/09/2020 Completamento attivazione nuova organizzazione di parte sanitaria e successive integrazioni, è la seguente:

Fig. Organizzazione aziendale – Centri di responsabilità



Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività, sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi:

- Zone Distretto
- Presidi Ospedalieri
- Staff della Direzione Aziendale e Sanitaria
- Dipartimenti ospedalieri
- Dipartimenti delle professioni
- Dipartimento della Prevenzione
- Dipartimento del farmaco
- Dipartimento dell'Emergenza Urgenza
- Dipartimenti amministrativi e tecnico

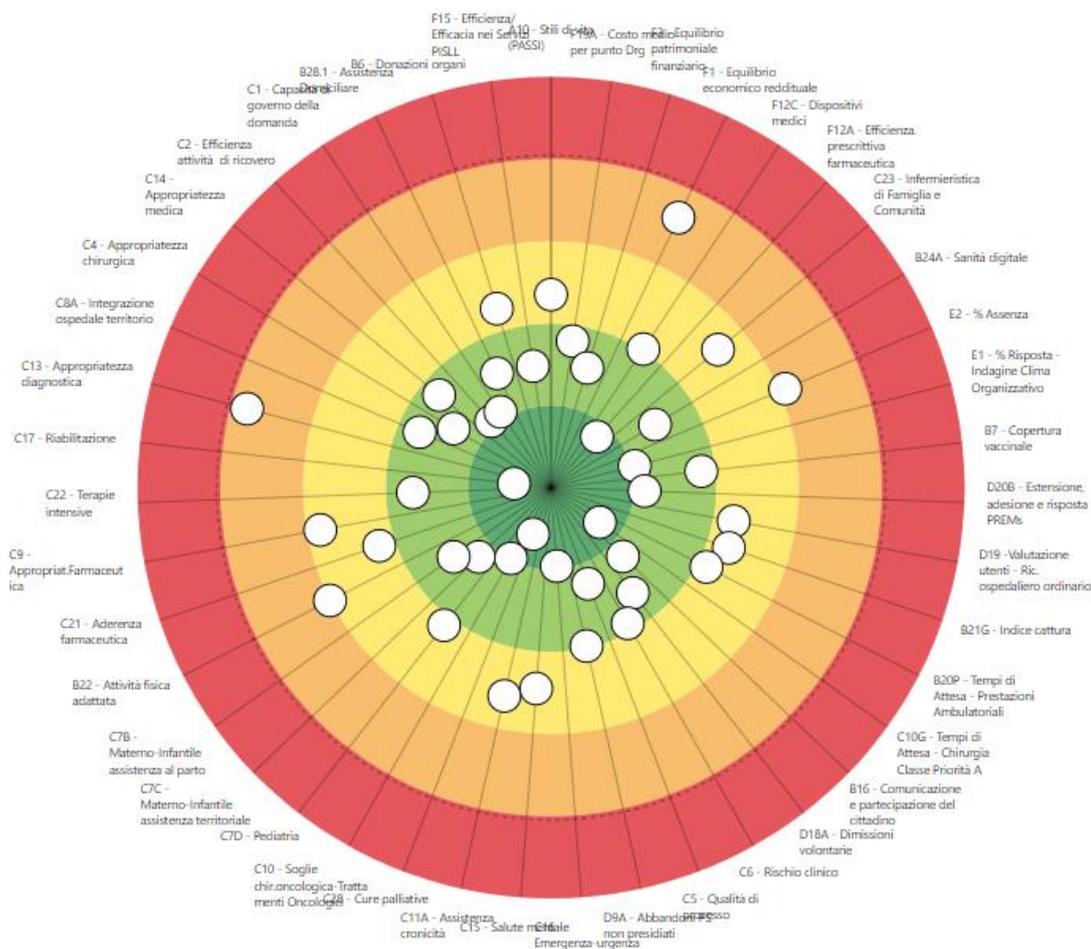
Queste strutture sono definite come **Centri di Responsabilità (CdR) di 1<sup>a</sup> livello** e sono organizzate al loro interno in **Aree Dipartimentali (Cdr di 2<sup>a</sup> livello)**, **Unità Operative** e **Unità Funzionali**, definiti **Centri di Responsabilità di 3<sup>a</sup> livello**.

Le infrastrutture e le risorse dello Stabilimento Ospedaliero sono organizzate in **Aree Organizzative di Presidio (AOP)**, che aggregano più Moduli Assistenziali al fine di assicurare una programmazione e gestione condivisa,



#### 4.1. Analisi dei risultati Azienda USL Toscana Sud Est Anno 2023

### Bersaglio 2023 - Asl Toscana Sud Est



Qui di seguito le valutazioni per gruppi di indicatori del **Bersaglio 2023** ancora provvisorio (83% circa di completezza).

il colore indica la performance media raggiunta dagli indicatori "radice" disponibili, e sintetizza il risultato dei singoli indicatori che li compongono e sui quali è valutata l'Azienda:

INDICATORE	Valutazione
A10 - Stili di vita (PASSI)	2,65
B16 - Comunicazione e partecipazione del cittadino	3,79
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	2,89
B21G - Indice cattura	2,73
B22 - Attività fisica adattata	2,00
B24A - Sanità digitale	3,53

INDICATORE	Valutazione
B28,1 - Assistenza Domiciliare	3,46
B6 - Donazioni organi	2,73
B7 - Copertura vaccinale	3,17
C1 - Capacità di governo della domanda	3,89
C10 - Soglie chir, oncologica-Trattamenti Oncologici	4,01
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4,28
C11A - Assistenza cronicità	2,40
C13 - Appropriately diagnostica	1,20
C14 - Appropriately medica	3,24
C15 - Salute mentale	2,55
C16 - Emergenza-urgenza	4,04
C17 - Riabilitazione	4,55
C2 - Efficienza attività di ricovero	3,92
C21 - Aderenza farmaceutica	2,81
C22 - Terapie intensive	3,33
C23 - Infermieristica di Famiglia e Comunità	2,38
C28 - Cure palliative	4,39
C4 - Appropriately chirurgica	3,62
C5 - Qualità di processo	3,75
C6 - Rischio clinico	3,11
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3,55
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	3,79
C7D - Pediatria	2,88
C8A - Integrazione ospedale territorio	3,27
C9 - Appropriat, Farmaceutica	2,16
D18A - Dimissioni volontarie	3,38
D19 - Valutazione utenti - Ric, ospedaliero ordinario	2,76
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	3,87
D9A - Abbandoni PS non presidiati	3,03
E1 - % Risposta - Indagine Clima Organizzativo	3,96
E2 - % Assenza	1,93
F1 - Equilibrio economico reddituale	1,37
F12A - Efficienza, prescrittiva farmaceutica	4,17
F12C - Dispositivi medici	2,98
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3,50
F19A - Costo medio per punto Drg	3,20
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3,48

(fonte Laboratorio MeS Sant'Anna Pisa estrazione 13/06/2024)

Pertanto vista la non completezza del Bersaglio 2023 rimandiamo il confronto con l'anno 2022 all'aggiornamento di questo documento una volta disponibili tutti i risultati delle valutazioni.

Valutazione	2022		2023	
	N°	%	N°	%
Ottima	7	15,6%	IN ELABORAZIONE	
Buona	24	53,3%		
Media	10	22,2%		
Scarsa	3	6,7%		
Pessima	1	2,2%		
<b>Totale</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>		
<b>Valutazione media</b>	<b>3,20</b>			

Entrando comunque nel dettaglio dei singoli indicatori attualmente valutati per l'anno 2023, il risultato è il seguente:

Performance Pessima	Performance Scarsa	Performance media	Performance buona	Performance Ottima
17 (5.36%)	46 (14.51%)	86 (27.13%)	91 (28.71%)	77 (24.29%)

(fonte Laboratorio MeS Sant'Anna Pisa estrazione 13/06/2024)

In particolare si segnala l'ottima Performance nel:

- Rispetto dei tempi di attesa chirurgia oncologica previste da Piano Regionale Governo Liste di Attesa
- Percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni
- Percentuale parti cesarei primari in maternita' di II livello o comunque con piu' di 1.000 parti
- Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con tempo massimo di attesa fra Segnalazione e ricovero in Hospice <= 3 giorni
- Percentuale di ricoveri Hospice di malati con patologia oncologica con periodo di ricovero >= 30 gg
- Tasso di IVG 1.000 residenti
- Estensione dell'indagine PREMs sul ricovero ordinario
- Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato in rapporto alla popolazione residente
- Efficienza prescrittiva farmaceutica
- Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 4 visitati entro 120 minuti
- Percentuale accessi in Pronto Soccorso con codice priorità 5 visitati entro 240 minuti
- Percentuale di ricoveri ordinari in cod.56 non preceduti da una dimissione nello stesso giorno
- Percentuale ricette farmaceutiche e specialistiche dematerializzate su prescritto elettronico per i medici convenzionati

Performance buone in:

- Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012)
- Indice di performance degenza media: ricoveri programmati
- DRG LEA Medici: Percentuale di standard regionali raggiunti (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014)

- Percentuale donatori di tessuti effettivi
- Drg LEA Chirurgici: percentuale di ricoveri in Day-Surgery
- Rapporto tra i volumi di prestazioni ambulatoriali prenotate su quelle prescritte nello stesso periodo (Prime visite)
- Copertura vaccinale esavalente e MPR
- Tasso IVG per straniere per 1.000 residenti
- Adesione all'indagine PREMs sul ricovero ordinario
- Consumo di antibiotici sul territorio
- Percentuale di parti cesarei depurati (NTSV)
- Percentuale di pazienti che si dimettono volontariamente da ricovero ospedaliero
- Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta dematerializzata

In criticità:

- Corsi AFA a bassa disabilità per 1.000 residenti => 65 anni
- Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi
- Percentuale ricoveri sopra soglia per parti
- Proporzioni di televisite di controllo su visite di controllo (oncologica, ematologica, psichiatrica, neurologica)
- Tasso di accesso al PS dei residenti con Diabete e BPCO
- Tasso di accesso al Pronto Soccorso per 1000 residenti, standardizzato per età e sesso

#### 4.2. I risultati dei Bersagli degli Stabilimenti

PO	STABILIMENTI	2019	2020	2021	2022	2023
PO RIUNITI AREZZO	Osp. Arezzo	3	3	3,4	3,3	in elaborazione
	Osp. Bibbiena	2,5	2,2	1,2	2,1	
	Osp. Sansepolcro	3,2	2,3	2,8	3,5	
	Osp. Cortona	3,5	3,3	2,6	3,5	
PO VALDARNO	Osp. Montevarchi	2,8	2,5	2,6	2,5	
PO AREA GROSSETANA	Osp. Casteldelpiano	2,5	2,7	2,4	2,3	
	Osp. Grosseto	2,8	2,8	2,9	3,1	
	Osp. Massa Marittima	3,1	3,3	3,1	3,1	
PO ALBEGNA	Osp. Orbetello	3	2,2	2,6	2,8	
	Osp. Pitigliano	2,6	3,1	3,1	2,9	
PO VALDICHIANA SENESE	Osp. Abbadia SS	2,9	2,3	2,1	2,5	
	Osp. Montepulciano	2,7	2,5	2,8	3,2	
PO ELSA	Osp. Poggibonsi	2,7	2,8	3,4	3	

Stante la non completezza dei risultati Mes, si rimanda il confronto del trend temporale alla disponibilità dei dati completi e consolidati.

#### 4.3. I risultati dei Bersagli delle Zone Distretto

ZONA DISTRETTO	2019	2020	2021	2022	2023
Arezzo – Casentino - Valtiberina	3,2	2,9	2,8	-	in elaborazione
Arezzo			n.d	3	
Casentino			n.d	3,1	
Valtiberina			n.d	3,2	
Valdarno	3,3	2,9	2,9	3,1	
Valdichiana Aretina	3,2	3	2,9	3,1	
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana Senese	2,9	2,7	2,8	2,8	
Senese	2,6	2,8	2,6	2,8	
Alta Val d'Elsa	2,8	3	2,9	2,9	
Colline dell'Albegna	3	2,3	2,7	2,8	
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	2,8	2,5	2,6	2,8	

Stante la non completezza dei risultati Mes, si rimanda il confronto del trend temporale alla disponibilità dei dati completi e consolidati.

#### 4.4. La valutazione partecipativa

Per l'anno 2023 è proseguita l'indagine di soddisfazione dell'utenza nella valutazione del ricovero ospedaliero (Indagine Prens del MeS) che è stato anche oggetto di specifico obiettivo di budget. La percentuale di coloro che hanno dato la disponibilità di essere contattati per l'indagine è stata del 84,4%, molto superiore a quello dello scorso anno, ma con sensibile differenza fra gli stabilimenti ospedalieri.

Degli utenti contattati hanno risposto al questionario somministrato il 23,5%, dato abbastanza vicino ai tassi di adesione medi tipici di questi studi.

Ospedale	Tasso di adesione	Tasso di partecipazione
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	92,6%	24,2%
OSPEDALE DI ORBETELLO	91,7%	19,9%
OSPEDALE CIVILE DI CASTEL DEL PIANO	91,4%	17,6%
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	90,1%	19,2%
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	88,2%	24,7%
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	87,6%	30,2%
NUOVO OSPEDALE VAL DI CHIANA S.MARGHERITA	86,0%	18,1%
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	84,6%	24,5%
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	83,8%	20,4%
OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	83,1%	24,8%
OSPEDALE DEL CASENTINO	81,5%	17,0%
OSPEDALE S.ANDREA MASSA MARITTIMA	80,9%	26,7%
OSPEDALE DI PITIGLIANO	78,7%	10,1%

<b>totale</b>	<b>84,4%</b>	<b>23,5%</b>
---------------	--------------	--------------

Per dare una visione sintetica delle valutazioni ricevute, qui di seguito riportiamo i risultati della domanda “valutazione complessiva dell'assistenza ricevuta in reparto”:

Ospedale	Ottima	Buona	Suffic.	Scarsa	Pessima	Totale
NUOVO OSPEDALE VAL DI CHIANA S.MARGHERITA	67%	22%	5%	3%	3%	100%
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	67%	27%	3%	1%	1%	100%
OSPEDALE CIVILE DI CASTEL DEL PIANO	63%	32%	2%	2%	2%	100%
OSPEDALE DEL CASENTINO	60%	32%	4%	2%	2%	100%
OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	73%	22%	3%	1%	1%	100%
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	69%	28%	3%	0%	0%	100%
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	68%	24%	5%	2%	1%	100%
OSPEDALE DI ORBETELLO	69%	25%	2%	2%	2%	100%
OSPEDALE DI PITIGLIANO	69%	31%	0%	0%	0%	100%
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	61%	29%	7%	2%	1%	100%
OSPEDALE S.ANDREA MASSA MARITTIMA	71%	22%	4%	2%	1%	100%
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	71%	22%	3%	2%	1%	100%
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	64%	32%	2%	0%	2%	100%
<b>Totale complessivo</b>	<b>69%</b>	<b>25%</b>	<b>4%</b>	<b>2%</b>	<b>1%</b>	<b>100%</b>

Da questi dati emerge che il 94% dei rispondenti ha espresso una valutazione ottima e buona e solo il 3% scarsa e pessima.

#### 4.5. Risorse efficienza ed economicità

Il raggiungimento degli obiettivi economici finalizzati al mantenimento degli equilibri di bilancio ha richiesto all'Azienda un significativo sforzo organizzativo interno e di sistema per poter governare i fenomeni che hanno caratterizzato il 2023, in particolare:

- Incremento dell'attività chirurgica per lo smaltimento delle liste di attesa;
- Aumento dei prezzi causati dalla crisi energetica.

A tale riguardo la Regione Toscana ha effettuato incontri con le aziende per il monitoraggio di cui all'art. 121 bis della L.R. 40/2015, degli equilibri di bilancio e degli obiettivi economici e gestionali assegnati. In questo anno è stato ancora più importante monitorare i costi soprattutto per rendere sostenibile il sistema a fronte del forte aumento dei prezzi causati dalla crisi energetica.

#### La Spesa per beni sanitari

Descrizione	Anno 2022	Anno 2023 (provvisorio)
Spesa farmaceutica ospedaliera	170.999.224	190.898.203
Spesa per dispositivi medici	86.294.998	80.817.545
Spesa farmaceutica Territoriale	105.759.893	105.026.712

I maggiori costi sostenuti sui beni sanitari sono stati comunque concordati e approvati dalla Regione in quanto in linea con il bilancio Regionale e in linea con le attività richieste.

## Spesa per il personale

Si riporta di seguito l'andamento della spesa per tutto il personale compreso IRAP e altri oneri (dipendente, attività aggiuntiva, Specialisti ambulatoriali, interinali, incarichi, collaborazioni, etc.):

	2022	2023 (provvisorio)
Costo personale	611.161.581	616.205.388

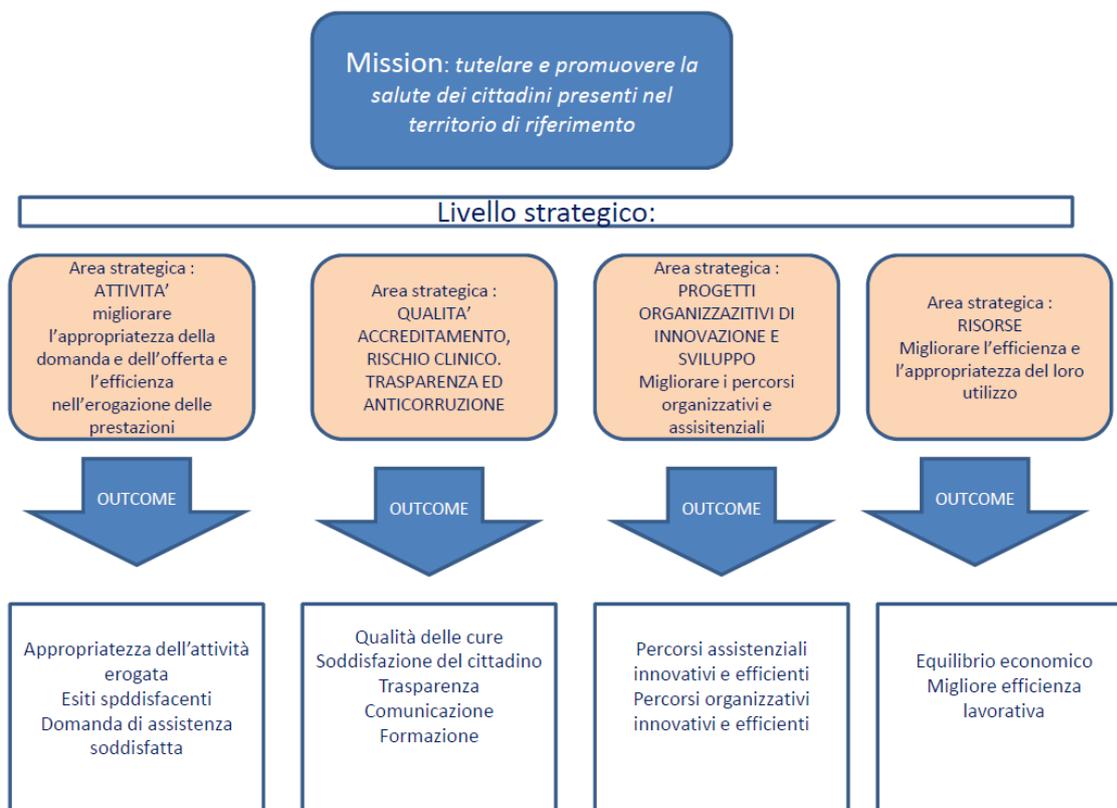
Per il personale, nonostante il numero di teste sia diminuito, si sono registrati maggiori costi dovuti all'aumento contrattuale e all'emulmento una-tantum c.330 L n.197/2022.

## 5. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture

### 5.1. L'albero delle performance

L'albero della performance è una mappa logica che rappresenta i legami fra mandato istituzionale, *missione*, aree strategiche e obiettivi strategici nell'ottica della trasversalità delle funzioni. Fornisce una rappresentazione articolata, completa, sintetica ed integrata della performance aziendale. Le aree strategiche forniscono una rappresentazione degli *outcome* perseguiti dall'azienda, che spesso si rivelano trasversali rispetto alle articolazioni organizzative.

Le funzioni fondamentali svolte da ASL Toscana Sud Est si articolano in 4 Aree Strategiche di intervento che costituiscono la base sulla quale poggia la performance aziendale:



## 5.2. La Programmazione Operativa 2023: dagli indirizzi regionali e di Area Vasta agli obiettivi operativi aziendali

Attraverso la declinazione delle linee strategiche in obiettivi ed indicatori, assegnati nel budget annuale ai Centri di Responsabilità (CdR), l'azienda ha puntato a realizzare gli Output individuati nell'arco dell'anno di riferimento.

Gli obiettivi aziendali sono ripresi dagli obiettivi nazionali, regionali, da quelli di Area Vasta e da tutti gli obiettivi degli altri atti di programmazione, declinandoli all'interno del sistema di budget per Centro di Responsabilità attraverso le Schede Budget.

Nell'anno 2023 le varie fasi del percorso di budget si sono svolte nei seguenti periodi:

- Negoziazioni di 1° Livello effettuate tra gennaio e marzo 2023
- Le negoziazioni di 2° e 3° effettuato tra febbraio e giugno 2023
- Verifiche intermedie e revisione budget a settembre

Qui di seguito i macro obiettivi trasversali, già individuati nel Piano Integrato di attività e Organizzazione -PIAO 2023-2025 (DELIB 75/2023) che sono stati declinati come obiettivi specifici alle strutture:

### ATTIVITA' E PERFORMANCE:

#### **Consolidare i livelli di erogazione delle prestazioni proseguendo con le azioni per il governo dell'appropriatezza e con le azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio**

- ✓ Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche
- ✓ Miglioramento degli indicatori regionali del Bersaglio MeS in criticità in ambito ospedalieri, territoriale e della prevenzione
- ✓ Attenzione agli indicatori NSG e PNE
- ✓ Sviluppo del nuovo modello dell'assistenza territoriale
- ✓ Progettazione e implementazione delle Case della Comunità
- ✓ Potenziamento delle cure intermedie
- ✓ Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità
- ✓ Implementazione delle Centrali Operative territoriali -COT
- ✓ Implementazione delle azioni di prevenzione del disagio e analisi delle migliori strategie per rispondere all'aumento delle problematiche psichiche evidenziate nel periodo pandemico

### QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

Promuovere la qualità, la sicurezza e la trasparenza dei percorsi assistenziali nonché la formazione degli operatori

- ✓ Certificazione di qualità dei processi amministrativi
- ✓ Rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alle gestione dei fondi da PNRR
- ✓ Attenzione alla qualità percepita
- ✓ Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento, pari opportunità ed equilibrio di genere
- ✓ Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione
- ✓ Monitoraggio ed eventuale revisione dei regolamenti interni con particolare riferimento al Codice di Comportamento ed alla Gestione del Conflitto di Interessi

### PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

### Implementare nuovi progetti organizzativi, di innovazione e sviluppo e sanità digitale

- ✓ Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS
- ✓ Proseguimento azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali
- ✓ Prosecuzione nel processo di informatizzazione: sviluppo della telemedicina, cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio
- ✓ Sviluppo di nuovi modelli organizzativi sia in ambito medico che chirurgico sostenibili, innovativi, flessibili (Lean Project)
- ✓ Sviluppo di progetto di efficientamento energetico
- ✓ Sviluppo progetti PNRR

### BUON USO DELLE RISORSE

#### Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa

- ✓ Governo dell'appropriatezza farmaceutica e dispositivi
- ✓ Potenziamento della distribuzione diretta
- ✓ Efficientamento di tutti i servizi Core e No Core

Di seguito la sintesi, per Centri di Responsabilità raggruppati in Amministrativi/Tecnici, Ospedalieri (H), Prevenzione (PREV), Staff (STAFF) e Territoriali (T), degli obiettivi sopra esposti accorpate in categorie di indicatori specifici (KPI), con il numero di strutture (UdB) coinvolte, il peso medio assegnato in sede di negoziazione di budget e la % media di raggiungimento che ad oggi è provvisoria in quanto non tutte le basi dati sono ancora disponibili o consolidate.

- **Obiotti Regionali, Bersaglio (MeS), Piano Nazionale Esiti e NSG-LEA:**

La tabella seguente raggruppa tali indicatori, assegnati alle aree interessate (i numeri riportati indicano i Centri di Responsabilità o Unità di Budget -UdB coinvolti nell'obiettivo, i punti medi assegnati alla dirigenza e/o comparto, nonché la percentuale media raggiunta; quest'ultimo dato non è ancora completo perché non tutti i risultati MeS o Nsg sono disponibili o consolidati.

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
C6.2.2	Numero MMR (per struttura)	Numero UdB		292,0			73,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,2			3,0
		Punti medi assegnati al comparto		1,2			3,0
		% raggiungimento medio		92,8			88,1
D9a	Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati	Numero UdB		18,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,9			
		Punti medi assegnati al comparto		0,6			
		% raggiungimento medio		86,2			
GLEA_4	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Numero UdB			13,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			31,5		
		Punti medi assegnati al comparto			23,1		

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
NSG_D22Z.CIA1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	% raggiungimento medio			100,0		
		Numero UdB		1,0			25,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			3,4
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			1,9
		% raggiungimento medio		100,0			100,0
NSG_D22Z.CIA2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	Numero UdB		1,0			25,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,0			4,4
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			2,8
		% raggiungimento medio		100,0			100,0
		Numero UdB		1,0			25,0
NSG_D22Z.CIA3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	Punti medi assegnati alla dirigenza		8,0			5,5
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			3,5
		% raggiungimento medio		100,0			100,0
		Numero UdB		7,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,9			
NSG_H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio		99,2			
		Numero UdB	49,0	315,0	51,0	56,0	115,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0	0,8	1,0	0,9	0,9
		Punti medi assegnati al comparto	0,9	0,3	0,7	0,9	0,8
REG_A8_001	Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance)	% raggiungimento medio					
		Numero UdB					
		Punti medi assegnati alla dirigenza					
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
C16.10	% di accessi ripetuti in PS entro 72 ore	Numero UdB		18,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			
		Punti medi assegnati al comparto		0,6			
		% raggiungimento medio		97,4			
		Numero UdB		5,0			
NSG_H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti.	Punti medi assegnati alla dirigenza		7,0			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio		94,5			
		Numero UdB					12,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza					8,9
B28.1.2	% anziani in Cure Domiciliari con valutazione	Punti medi assegnati al comparto					7,9

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
		% raggiungimento medio					
NSG_H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	Numero UdB		3,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,1			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio		100,0			
NSG_H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Numero UdB		17,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,9			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio		98,1			
NSG_H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Numero UdB		39,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		10,0	
		Punti medi assegnati al comparto		0,9		0,0	
		% raggiungimento medio		93,8		98,4	
NSG_D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Minuti	Numero UdB		3,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		8,3			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio		100,0			
NSG_P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Numero UdB		1,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		3,0	
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		0,0	
		% raggiungimento medio					
NSG_P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Numero UdB		1,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0		3,0	
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		0,0	
		% raggiungimento medio					
NSG_P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Numero UdB				1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza				3,0	

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati al comparto				0,0	
		% raggiungimento medio					
NSG_D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Numero UdB				4,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza				8,8	
		Punti medi assegnati al comparto				5,0	
		% raggiungimento medio				97,6	
NSG_P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero UdB			12,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			6,4		
		Punti medi assegnati al comparto			5,0		
		% raggiungimento medio			99,9		
NSG_P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Numero UdB			12,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			6,4		
		Punti medi assegnati al comparto			5,0		
		% raggiungimento medio			98,7		
NSG_P10C	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Numero UdB			18,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			9,7		
		Punti medi assegnati al comparto			1,1		
		% raggiungimento medio			90,5		
NSG_P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e	Numero UdB			18,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			9,4		
		Punti medi assegnati al comparto			8,3		
		% raggiungimento medio					
NSG_P14C	Indicatore composito sugli stili di vita	Numero UdB			14,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			8,2		
		Punti medi assegnati al comparto			4,3		
		% raggiungimento medio					

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
NSG_D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Numero UdB		1,0			24,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,0			8,0
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			5,2
		% raggiungimento medio		79,2			86,3
NSG_D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con	Numero UdB		1,0			11,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		7,0			6,9
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			4,0
		% raggiungimento medio		41,3			69,9
NSG_D33Z	Numero di anziani non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale in rapporto alla popolazione residente, per tipologia di trattamento (intensità di cura).	Numero UdB					20,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza					1,0
		Punti medi assegnati al comparto					5,6
		% raggiungimento medio					91,2
NSG_D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Numero UdB					20,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza					2,7
		Punti medi assegnati al comparto					0,5
		% raggiungimento medio					72,2
NSG_H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Numero UdB		6,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,1			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio					
C13.R3	RESILIENZA - Telemedicina: % televisite di controllo sul totale delle visite di controllo.	Numero UdB		48,0			5,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,9			4,5
		Punti medi assegnati al comparto		0,1			0,0
		% raggiungimento medio		56,3			36,9
C16.4.1	Percentuale di dimessi con permanenza in Pronto Soccorso <= 6 ore	Numero UdB		18,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0			

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati al comparto		0,6			
		% raggiungimento medio		96,0			

Causa la mancanza di risultato in molti indicatori, si rimanda all'aggiornamento di questo documento, la sintesi della % di raggiungimento medio per area degli indicatori del Bersaglio (MeS), del Piano Nazionale Esiti e del NSG-LEA:

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	Non disponibile				

- **Indicatori definiti dall'azienda:**

Qui di seguito invece sono sintetizzati gli indicatori definiti dall'azienda , suddivisi nei seguenti capitoli e sottocapitoli come previsto nel PIAO 2023-2025:

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali	Attività di Ricovero	Numero UdB		147,0		2,0	10,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,6		5,0	18,3
		Punti medi assegnati al comparto		0,1		5,0	13,5
		% media di raggiungimento		93,2		100,0	99,6
	Attività di governo del territorio	Numero UdB		1,0		1,0	10,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		15,0		10,0	20,0
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		0,0	8,1
		% media di raggiungimento		100,0		0,0	70,0
	Attività Ambulatoriale	Numero UdB		305,0	3,0	3,0	27,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		7,4	10,0	8,3	10,5
		Punti medi assegnati al comparto		2,0	16,0	3,3	5,0
		% media di raggiungimento		85,7	100,0	92,6	85,5
	Attività di Pronto Soccorso - 118	Numero UdB		36,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,9			
		Punti medi assegnati al comparto		6,9			
		% media di raggiungimento		80,6			
	Attività di Sala Operatoria	Numero UdB		15,0			

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,9			
		Punti medi assegnati al comparto		4,7			
		% media di raggiungimento		64,9			
	Attività Gestionale di Supporto	Numero UdB	136,0	42,0	7,0	55,0	67,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	14,4	7,9	13,4	15,3	13,2
		Punti medi assegnati al comparto	14,0	3,7	12,0	16,5	4,5
		% media di raggiungimento	66,1	83,3	100,0	96,4	38,8
	Attività di Governo delle Professioni Tecnico-Sanitarie e Infermieristiche-Ostetriche	Numero UdB		221,0	8,0	38,0	122,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		0,5	1,9	8,2	1,5
		Punti medi assegnati al comparto		11,6	4,3	9,9	5,8
		% media di raggiungimento		99,5	100,0	100,0	100,0
	Attività di Prevenzione	Numero UdB		11,0	150,0	2,0	8,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,5	10,7	35,0	13,5
		Punti medi assegnati al comparto		8,4	7,0	35,0	13,3
		% media di raggiungimento		100,0	75,9	100,0	100,0
	PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	Numero UdB	71,0	49,0	8,0	59,0	21,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	26,3	44,0	44,0	13,8	26,4
		Punti medi assegnati al comparto	1,5	0,9	9,6	4,3	2,4
		% media di raggiungimento					
	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	Numero UdB	4,0	4,0	1,0		97,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	5,0	7,9	20,0		8,0
		Punti medi assegnati al comparto	1,3	2,3	30,0		10,6
		% media di raggiungimento	100,0	75,0	100,0		93,8
	Efficacia Assistenziale	Numero UdB		3,0		1,0	41,0
Punti medi assegnati alla dirigenza			11,7		6,0	15,2	
Punti medi assegnati al comparto			7,3		6,0	13,0	
% media di raggiungimento			100,0		100,0	97,8	
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari Aziendali	Numero UdB	18,0	231,0		10,0	84,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	16,5	6,0		22,6	12,4
		Punti medi assegnati al comparto	16,1	4,0		23,9	8,7
		% media di raggiungimento	100,0	77,7		100,0	90,4
	Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale	Numero UdB		5,0		2,0	15,0

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati alla dirigenza		12,3		13,0	6,4
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		13,0	13,4
		% media di raggiungimento		100,0		100,0	96,7
	Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative	Numero UdB	32,0			15,0	9,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	13,5			20,2	2,1
		Punti medi assegnati al comparto	13,6			20,0	0,0
		% media di raggiungimento	100,0			98,7	100,0
	Processi Aziendali	Numero UdB	308,0	2126,0	264,0	354,0	650,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,3	1,6	2,3	2,5	2,0
		Punti medi assegnati al comparto	2,3	0,8	1,7	2,7	2,1
		% media di raggiungimento	99,3	96,8	97,7	100,0	98,4
	QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	Qualità e Accreditamento	Numero UdB	42,0	410,0		52,0
Punti medi assegnati alla dirigenza			8,2	5,0		12,8	10,5
Punti medi assegnati al comparto			8,5	2,2		12,3	11,3
% media di raggiungimento			99,8	93,7		99,6	95,2
Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure		Numero UdB		325,0		5,0	15,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0		18,8	5,2
		Punti medi assegnati al comparto		1,6		8,4	6,2
		% media di raggiungimento		98,4		100,0	100,0
Formazione		Numero UdB	4,0	68,0	64,0	15,0	49,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	5,0	5,5	3,5	12,9	0,9
		Punti medi assegnati al comparto	1,3	6,5	4,8	10,1	7,6
		% media di raggiungimento	100,0	100,0	100,0	86,7	100,0
Trasparenza e Anticorruzione		Numero UdB	98,0	604,0	76,0	96,0	192,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,0	1,7	2,0	1,9	1,8
		Punti medi assegnati al comparto	2,0	0,7	1,5	2,0	1,8
		% media di raggiungimento	100,0	95,4	97,4	97,9	96,9
Prevenzione e Sicurezza		Numero UdB	1,0			5,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	8,0			27,4	
		Punti medi assegnati al comparto	8,0			25,4	
		% media di raggiungimento	100,0			100,0	

Causa la mancanza o non completezza dei risultati di alcuni indicatori anche per tale categoria, si rimanda all'aggiornamento di questo documento, la sintesi della % di raggiungimento medio per area degli indicatori aziendali

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	In elaborazione				

- Obiettivi legati alle progettazioni previste dal PNRR:

Descrizione KPI	Dati	AREA			
		AMM/TEC	H	STAFF	T
Rispetto cronoprogramma PNRR siglato con la Regione Toscana. % di raggiungimento	Numero UdB	7,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza	11,7			
	Punti medi assegnati al comparto	10,3			
	% media di raggiungimento	100,0			
Rispetto tempi di messa a disposizione dei locali per il PNRR. % di realizzazione	Numero UdB		7,0		11,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,1		8,2
	Punti medi assegnati al comparto		0,0		0,0
	% media di raggiungimento		100,0		100,0
Implementazione procedure per l'acquisizione da portale MePA delle apparecchiature elettromedicali di cui alla missione M6C2 1.1.2. del PNRR. N° procedure implementate / N° di accordi quadro di interesse attivati su MePA (relativamente alle apparecchiature)	Numero UdB	1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza	30,0			
	Punti medi assegnati al comparto	30,0			
	% media di raggiungimento	100,0			
Predisposizione e invio di tutta la documentazione necessaria per la rimodulazione dei progetti relativi al PNRR M6 C2 I 1.1.2. % di realizzazione.	Numero UdB	1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza	10,0			
	Punti medi assegnati al comparto	10,0			
	% media di raggiungimento	100,0			
Affidamento interventi PNRR (CdC, OdC, COT) e PNC. N° di affidamenti / N°affidamenti previsti.	Numero UdB	3,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza	29,3			

Descrizione KPI	Dati	AREA			
		AMM/TEC	H	STAFF	T
	Punti medi assegnati al comparto	29,3			
	% media di raggiungimento	100,0			
Supporto alle UOC Lavori Pubblici di riferimento nella gestione degli interventi PNRR (CdC, OdC, Cot) e PNC. N° procedimenti presi in carico / N°procedimenti richiesti da UOC LLPP	Numero UdB	3,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza	21,7			
	Punti medi assegnati al comparto	21,7			
	% media di raggiungimento	100,0			
Programma Aziendale PNRR/DM77 - Sottoprogramma ST4. - Adeguamenti alle Piattaforme Applicative - Realizzare lo sviluppo della Cartella Infermieristica Digitalizzata per la componente territoriale dedicata all'Infermiere di Comunità e di Famiglia. Stesura	Numero UdB			1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza			15,0	
	Punti medi assegnati al comparto			15,0	
	% media di raggiungimento			100,0	
Programma Aziendale PNRR/DM77 - Sottoprogramma COM - Comunicazione e Disseminazione del Programma - Realizzare lo sviluppo di una Piattaforma Digitale per la Comunicazione e Disseminazione dei Progetti Aziendali PNRR/DM77, rivolta ai diversi Stakeholder.	Numero UdB			1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza			15,0	
	Punti medi assegnati al comparto			15,0	
	% media di raggiungimento			100,0	
Gestione delle pratiche di radioprotezione nuovi linac PNRR. Richiesta di Nulla Osta categoria B per almeno un nuovo Linac. Produzione della documentazione prevista dal Dlgs 101/20 necessaria per la modifica del Nulla Ostaper la sostituzione di almeno un	Numero UdB			1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza			67,0	
	Punti medi assegnati al comparto			67,0	
	% media di raggiungimento			100,0	

- **Obiettivi sulle risorse economiche:**

Di seguito vengono esplicitati gli obiettivi relativi alle **risorse economiche** che hanno avuto un diretto riscontro con il Bilancio.

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato	Numero UdB	20,0	301,0	27,0	16,0	81,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	8,2	5,0	5,9	5,6	5,2
	Punti medi assegnati al comparto	1,6	0,7	1,3	2,5	2,2
	% raggiungimento medio	94,9	97,0	96,4	97,2	98,5
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: importo pro capite	Numero UdB					21,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					15,2
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					92,1
ASSISTENZA PROTESICA: rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,1
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					99,0
Distribuzione Diretta: % pazienti con distribuzione diretta rispetto il totale dei pazienti trattati (in regime di ricovero o ambulatoriale )	Numero UdB		119,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,6			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio		57,5			
Rette RSA per anziani non autosufficienti: rispetto budget assegnato	Numero UdB					18,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					1,4
	Punti medi assegnati al comparto					2,3
	% raggiungimento medio					98,2
RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERT: rispetto budget assegnato	Numero UdB					20,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,2
	Punti medi assegnati al comparto					0,1
	% raggiungimento medio					97,8
Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM: rispetto budget assegnato	Numero UdB					20,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,0
	Punti medi assegnati al comparto					0,2
	% raggiungimento medio					99,0
CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comun ita': rispetto budget assegnato	Numero UdB					4,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,1
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					97,4
Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI: rispetto budget assegnato	Numero UdB					18,0

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
	Punti medi assegnati alla dirigenza					1,4
	Punti medi assegnati al comparto					2,1
	% raggiungimento medio					99,3
Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM: Rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					5,2
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					97,5
Costi per ass. domiciliare in convenzione	Numero UdB					3,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,2
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					66,7
Costi per servizi resi da cooperative , contributi e sussidi erogati nell'ambito del FNA - Rispetto budget assegnato	Numero UdB					12,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					1,3
	Punti medi assegnati al comparto					2,1
	% raggiungimento medio					100,0
Riabilitazione Ex art.26. Rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,2
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					94,5
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi stand-by	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio		81,3			
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi trasporti per emergenza	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio		87,9			
BENI SANITARI: Monitoraggio del consumo dei Beni Sanitari dell'intero Presidio Ospedaliero	Numero UdB		6,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		5,3			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio					
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,1
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					100,0
BENI NON SANITARI: Rispetto Budget assegnato	Numero UdB	56,0	296,0	28,0	42,0	86,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	3,6	2,6	3,2	3,7	3,2

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
	Punti medi assegnati al comparto	2,2	0,7	2,0	3,1	2,5
	% raggiungimento medio	95,9	95,3	97,1	95,6	91,6
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per farmaci	Numero UdB		295,0	9,0	3,0	67,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		4,7	6,2	8,3	5,9
	Punti medi assegnati al comparto		0,7	1,6	1,7	2,1
	% raggiungimento medio		89,9	99,2	93,4	97,9
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				5,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				11,8	
	Punti medi assegnati al comparto				8,8	
	% raggiungimento medio				0,0	
SPESA FARMACEUTICA CONSUMI INTERNI: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				5,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				9,4	
	Punti medi assegnati al comparto				6,4	
	% raggiungimento medio					
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per VACCINI	Numero UdB			9,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,1		
	Punti medi assegnati al comparto			1,6		
	% raggiungimento medio			100,0		
Monitoraggio e gestione budget trasversali. Valutazione accuratezza previsioni: differenza tra previsione e spesa effettiva.	Numero UdB	23,0			2,0	1,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	9,7			12,5	10,0
	Punti medi assegnati al comparto	6,2			0,0	0,0
	% raggiungimento medio					
Redazione di un progetto di razionalizzazione costi. % di realizzazione	Numero UdB	4,0			1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	13,8			15,0	
	Punti medi assegnati al comparto	1,3			0,0	
	% raggiungimento medio	100,0			100,0	
Relazioni monitoraggio budget trasversali e CE. N° relazioni annue documentabili	Numero UdB	1,0				
	Punti medi assegnati alla dirigenza	25,0				
	Punti medi assegnati al comparto	0,0				
	% raggiungimento medio	100,0				
Prescrizione di Fonti di ossigeno per ossigenoterapia a lungo termine (OTLT): concentratori di ossigeno fissi e trasportabili, bombole criogeniche. Rapporto tra numero di concentratori prescritti e totale delle prescrizioni (concentratori e bombole criog)	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		22,6			
	Punti medi assegnati al comparto		22,0			
	% raggiungimento medio		100,0			
Adeguamento annuale Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale. Atti di implementazione piano triennale fabbisogni personale	Numero UdB	1,0				

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
	Punti medi assegnati alla dirigenza	15,0				
	Punti medi assegnati al comparto	15,0				
	% raggiungimento medio	100,0				

Causa la mancanza o non completezza dei risultati di alcuni indicatori , si rimanda all'aggiornamento di questo documento, la sintesi delle % di raggiungimento medio:

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	In elaborazione				

#### Obiettivi economici legati all'appropriatezza:

Ed ancora obiettivi economici legati all'appropriatezza dell'uso dei farmaci, delle richieste di trasporto sanitari con il punteggio medio assegnato e quello raggiunto ove disponibile:

Descrizione KPI	Dati	AREA	
		H	T
Contenimento costi per TRASPORTI SANITARI in dimissione. % trasporti su dimessi	Numero UdB	49,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,6	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio	96,4	
Richieste da Magazzino. % di richieste urgenti sul totale delle richieste	Numero UdB	168,0	76,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	2,3	1,9
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	2,2
	% raggiungimento medio	63,0	85,8
Appropriatezza prescrittiva antibiotici reserve. Risparmio atteso	Numero UdB	36,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,0	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Immuno-Derma-Reumatologica. Risparmio atteso	Numero UdB	24,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,5	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva immunoglobuline. Risparmio atteso	Numero UdB	10,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,7	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	

Descrizione KPI	Dati	AREA	
		H	T
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci Sclerosi. Risparmio atteso	Numero UdB	10,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,1	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva antimicotici. Risparmio atteso	Numero UdB	26,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,7	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Dermatologica. Risparmio atteso	Numero UdB	14,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,2	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Gastroenterologica. Risparmio atteso	Numero UdB	10,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,0	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci HIV. Risparmio atteso	Numero UdB	2,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	3,2	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area CDK 4/6. Risparmio atteso	Numero UdB	7,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,8	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area antidoti NAO. Risparmio atteso	Numero UdB	10,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,5	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area inibitori PD-1/PDL-1. Risparmio atteso	Numero UdB	9,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,9	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area intravitreali. Risparmio atteso	Numero UdB	3,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,3	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area somatropina-. Risparmio atteso	Numero UdB	3,0	

Descrizione KPI	Dati	AREA	
		H	T
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,3	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area PARP-Inibitori. Risparmio atteso	Numero UdB	6,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,7	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Regorafenib Trifluridina/Tipiracil. Risparmio atteso	Numero UdB	5,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,9	
	Punti medi assegnati al comparto	0,0	
	% raggiungimento medio		

Causa la mancanza o non completezza dei risultati di alcuni indicatori , si rimanda all'aggiornamento di questo documento, la sintesi delle % di raggiungimento medio:

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	In elaborazione				

Complessivamente, sono stati individuati **927 indicatori** che declinano, nelle **schede budget** dei singoli Centri di Responsabilità (**n.645**), le strategie aziendali già esplicitate nel PIAO.

La tabella seguente unisce le valutazioni Aziendali degli ultimi anni dei Bersagli MeS, con i risultati medi delle Unità di Budget Aziendali; il dato 2023 non è ancora disponibile e verrà aggiornato successivamente al termine delle valutazioni, che sono attualmente in corso:

Valutazioni	2021	2022	2023
Valutazione Aziendale da Bersaglio Regionale (Fonte Laboratorio MeS Sant'Anna Pisa)	3,05	3,2	In elaborazione
% raggiungimento medio tutte le UdB	93,63	94,64	In elaborazione
% raggiungimento medio Area AMM/TEC	96,8	99,2	
% raggiungimento medio Area H	92,7	93	
% raggiungimento medio Area PREV	95,9	98,4	
% raggiungimento medio Area STAFF	97	98,5	
% raggiungimento medio Area T	94,1	95,5	

### 5.3. Integrazione con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza

Il D. Lgs. n.150/2009 individua fra gli strumenti per attuare il ciclo di gestione della performance, il Piano e la Relazione sulla Performance ma anche il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (Ptpct), ora inserito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO)

Il Piano nazionale anticorruzione, prescrive alle amministrazioni di procedere alla costruzione di un ciclo delle performance “integrato” che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità ed alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione.

In particolare il collegamento tra ciclo della performance e Ptpct si è realizzato mediante:

- l’inserimento nel sistema di valutazione di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza in quanto la promozione di maggiori livelli di trasparenza e di prevenzione della corruzione costituisce obiettivo strategico dell’Azienda che si traduce in obiettivi specifici declinati nelle Schede Budget dell’anno 2023, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. In particolare si è posta attenzione alla valutazione del rischio di particolari processi individuati dall’RPC e alla sensibilizzazione sul problema del conflitto di interessi all’interno delle strutture;
- l’assegnazione di obiettivi al personale dirigenziale e non con riferimento alla divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento riscontrabile da riunioni di struttura o altre iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori e gli argomenti trattati;
- La Formazione su Anticorruzione obbligatoria.

### 5.4. Il processo di misurazione e valutazione di struttura

La rendicontazione puntuale relativa ai singoli obiettivi avviene acquisendo i dati dalle fonti ufficiali aziendali o regionali, recuperando la documentazione e le relazioni dalle strutture relativamente al conseguimento degli obiettivi qualitativi ed organizzativi (definizione di linee guida, aggiornamento e predisposizione di protocolli clinico/assistenziali, ecc.). In modo che tale valutazione sia supportata da elementi oggettivi.

In particolare i singoli indicatori (KPI) sono classificati in base alla loro fonte:

- da flussi (Fonte: MeS, ARS, NSG, LEA, DWH Aziendale, altri DataBase o applicativi aziendali), il cui risultato deriva dalla fonte stessa,
- obiettivi documentali, trasversali a più strutture o relativi alla singola struttura, per i quali sarà valutata la documentazione prodotta

Per la valutazione degli obiettivi quantitativi il punteggio conseguito è proporzionale alla % di raggiungimento dell’obiettivo, mentre gli obiettivi qualitativi si considerano raggiunti solo se materialmente realizzati e il raggiungimento, espresso in %, è totale, parziale, o nullo, in base a criteri esplicitati all’atto della negoziazione.

Nel caso in cui un obiettivo non sia stato raggiunto per cause non imputabili direttamente alla struttura, e documentabile con relazione della struttura sovrastante o di altra struttura afferente alla Direzione, l’obiettivo è sterilizzato e il rispettivo peso è annullato; la valutazione complessiva della scheda risulta dalla proporzione dei punti conseguiti rispetto ai punti totali residui.

Il processo di valutazione di struttura è normato da apposito documento opportunamente deliberato (delib.DG n. 844/2023 ADOZIONE SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE-AGGIORNAMENTO ANNO 2023)

Nella tabella seguente si declina i criteri di valutazione utilizzati in base alla tipologia di obiettivo previsti.

Tipologia KPI	Criterio di valutazione	Soggetti valutatori/validatori
Tipo Autocertificazione	Valutazione effettuata direttamente dal responsabile di struttura che deve comunque allegare la documentazione che dimostri la veridicità di quanto dichiarato	Valutatore: Responsabile Struttura. Validatore: il Controllo di Gestione controlla e valida i documenti forniti confermando o meno il risultato inserito su Metrica (SW per la gestione delle schede budget)
Tipo Software Interno Struttura	Valutazione effettuata direttamente dal responsabile di struttura avvalendosi del SW gestionale in uso. E' richiesto comunque di allegare la documentazione riportante i dati estratti a supporto della valutazione.	Valutatore: Responsabile Struttura. Validatore: il Controllo di Gestione controlla e valida i documenti forniti confermando o meno il risultato inserito su Metrica
Tipo Documentale	I documenti sono rendicontati su apposito SW che permette di verificare lo stato di elaborazione del documento e di allegare il documento stesso.	La rendicontazione è effettuata dal referente del Documento per tutte le UdB che hanno l'obiettivo. La valutazione viene effettuata dal Controllo di Gestione attribuendo una % di realizzazione del documento in base alla completezza e attinenza del materiale allegato e descritto nel form di rendicontazione.
Tipo Flussi e Software	Valutazione basata sui risultati direttamente calcolati dal sistema informativo Aziendale o Regionale	Il Controllo di Gestione predispone i report per il calcolo degli indicatori, controlla e valida i risultati e infine rendiconta su Metrica riportando i risultati ottenuti.
Tipo Referente Unico Aziendale con Software	Valutazione effettuata dal Referente Aziendale dell'obiettivo avvalendosi del SW che contiene i dati utili alla valutazione dell'obiettivo. In questi casi il SW utilizzato è un gestionale specifico dell'attività per il quale il Controllo di Gestione non ha accesso e quindi si deve avvalere di un Referente.	Valutatore: Referente dell'obiettivo. Validatore: il Controllo di Gestione verifica la coerenza dei dati forniti rendicontando l'obiettivo su Metrica
Tipo Referente Unico Aziendale senza Software	Valutazione effettuata dal Referente Aziendale dell'obiettivo avvalendosi delle informazioni, documenti, dati in suo possesso utili alla valutazione dell'obiettivo	Valutatore: Referente dell'obiettivo. Validatore: il Controllo di Gestione verifica la coerenza dei dati forniti rendicontando l'obiettivo su Metrica
Tipo Referente Unico per strutture di competenza con Software	Valutazione effettuata dal Referente per le strutture di competenza (es. I Direttori di Dipartimento per le UUOO a lui afferenti) avvalendosi del SW che contiene i dati utili alla valutazione dell'obiettivo. In questi casi il SW utilizzato è un gestionale specifico dell'attività per il quale il Controllo di Gestione non ha accesso e quindi si deve avvalere di un Referente.	Valutatore: Referente dell'obiettivo. Validatore: il Controllo di Gestione verifica la coerenza dei dati forniti rendicontando l'obiettivo su Metrica
Tipo Referente Unico per strutture di competenza senza Software	Valutazione effettuata dal Referente per le strutture di competenza (es. I Direttori di Dipartimento per le UUOO a lui afferenti) avvalendosi delle informazioni, documenti, dati in suo possesso utili alla valutazione dell'obiettivo	Valutatore: Referente dell'obiettivo. Validatore: il Controllo di Gestione verifica la coerenza dei dati forniti rendicontando l'obiettivo su Metrica

La distribuzione percentuale dei KPI per tipologia nell'anno 2023 è stata la seguente:

Raggruppamento KPI	Tipologia referente KPI	num	%	%
Documentati dalle strutture	Tipo Autocertificazione	294	31,7%	35,3%

	Tipo Referente Unico Aziendale senza Software	27	2,9%	
	Tipo Referente Unico per strutture di competenza senza Software	6	0,6%	
Documentali	Tipo Documentale	225	24,3%	24,3%
Provenienti da flussi	Tipo Flussi e Software	123	13,3%	40,5%
	Tipo Referente Unico Aziendale con Software	91	9,8%	
	Tipo Referente Unico per strutture di competenza con Software	0	0,0%	
	Tipo Software Interno Struttura	161	17,4%	

## 5.5. La Performance di struttura – Risultati raggiunti nell’Azienda Toscana Sud Est

### Misurazione e Valutazioni in corso

## 6. Obiettivi Individuali

### 6.1. La Performance individuale

Il Sistema di Valutazione Individuale dell’Azienda Usl Toscana Sudest a partire dall’annualità 2019 ha la gestione delle schede individuali informatizzata sulla piattaforma: SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE–SIGMA (S.V.I.) al cui portale si accede dal link <https://valutazione.sigmamapaghe.com>

Con questo sistema informatizzato sono preliminari ad ogni avvio del ciclo di valutazione una serie di azioni volte alla corretta identificazione delle associazioni Valutatore – Valutati:

- per i dipendenti neo assunti nell’anno 2023, quindi non ancora presenti nel database della Valutazione, vengono inizializzati nell’associazione al Valutatore sulla base di un “automatismo associativo” rilevato dal sistema di gestione dell’Angolo del Dipendente, presupponendo che chi autorizza le richieste in quest’ultimo ambiente sia nella maggior parte dei casi anche il superiore gerarchico che opererà la valutazione del dipendente, richiedendo verifica e conferma dell’associazione ipotizzata al relativo Valutatore;
- per i dipendenti presenti, invece, già nel database della Valutazione con mail del **04/04/2023** è stato richiesto ad ogni Valutatore di verificare i nominativi associati al proprio profilo e di comunicare le variazioni/integrazioni da effettuare su casella mail dedicata: [valutazioneindividuale@uslsudest.toscana.it](mailto:valutazioneindividuale@uslsudest.toscana.it)
- per quanto riguarda il database dei Valutatori in fase di avvio ciclo viene effettuata la revisione anche di questi nominativi ed inizializzati/confermati nel gestionale Schede di Valutazione Individuale – Sigma (S.V.I.) quali Valutatori tutti i titolari di Scheda Budget ed i relativi coordinatori referenti per un totale di 640 unità. I Valutatori accedono al Gestionale della Valutazione con le stesse credenziali da loro utilizzate per entrare nel proprio “Angolo del Dipendente”.

Effettuato questo primo step di verifiche interne sulle relative anagrafiche ed associazioni si è dato avvio all’annualità di valutazione 2023 che si è svolto senza particolari difficoltà operative fatto salvo il periodo intorno alla data di scadenza delle assegnazioni per un problema tecnico del gestionale che ha comportato un bocco del sistema ed uno slittamento di 15 giorni della scadenza prevista. Ciononostante e grazie all’impegno profuso da tutti gli interessati dal processo, questo ha potuto esplicarsi e concludersi comunque con un ottimo

risultato – 94,8% delle schede attese completate e il 5,2% gestite d’ufficio perché personale Non Valutabile (NV) per lunga assenza annuale o per numero giorni insufficienti in quanto dimesso prima del 31/03 o assunto dopo il 31/10.

Tenuto conto di quanto in sintesi sopra evidenziato, il calendario eventi anno 2023 è stato il seguente:

- **Avvio ciclo di valutazione 2023:** dal 04/04/23 con revisione anagrafiche, associazioni ed inizializzazioni dei nuovi valutatori, attività monitorata ed adeguata alle variazioni organizzative via via presentatesi nel corso dell’anno sia richieste che rilevate d’ufficio;
- **Fase di assegnazione** degli obiettivi individuali e dei comportamenti attesi, da effettuarsi nel I quadrimestre dell’anno di valutazione, con avvio dal 15/04/2023 e scadenza al 30/06/2022, prorogata al 15/07/2023 causa blocco del sistema e comunicata con mail del 29/06/2023;
- **Fase Intermedia** monitoraggio sugli obiettivi assegnati da effettuarsi nel periodo di settembre - ottobre con effettuazione di una valutazione intermedia qualora il valutato ne faccia richiesta o il valutatore rilevi delle criticità o scostamenti significativi. Anche in questa annualità al fine di non sovraccaricare le strutture, mantenere in linea i tempi di processo, questa fase è stata resa facoltativa;
- **Fase Finale** di Valutazione complessiva degli obiettivi/comportamenti attesi, da effettuarsi nel primo trimestre dell’anno successivo a quello di valutazione e quindi nel periodo dal 01/01/2024 al 31/03/2024 data quest’ultima di chiusura del Ciclo 2023. Al fine di mantenere congrui tempi di processo e non andare ad influenzare l’avvio del successivo ciclo del 2024, anche per questa annualità si è dato avvio alle valutazioni finali con decorrenza dal 01/12/2023.

Tutto quanto premesso di seguito le fasi del processo nei loro dettagli ed i risultati conseguiti dal personale del Comparto e della Dirigenza dell’Ausl Sudest.

## 6.2. Iter del processo di valutazione individuale

### Attori Interessati

a. Dipendenti a tempo determinato e indeterminato e in regime di comando per un totale di n. 10.478 aventi diritto distribuiti per ambito provinciale come riepilogato nel seguente specchio:

AMBITO	COMPARTO	DIRIGENZA	TOTALE
AREZZO	3.533	803	4.336
GROSSETO	2.633	657	3.290
SIENA	2.100	493	2.593
<b>TOTALE</b>	<b>8.266</b>	<b>1.953</b>	<b>10.219</b>

b. Referenti alla Distribuzione Figure individuate al fine di agevolare la diffusione del materiale e delle note informative utili allo svolgimento del processo: Responsabili di Macrostruttura, Direttori di I e II Livello, responsabili di AFD/UOC/UOSD/UF/SETTING e RELATIVI COORDINATORI, per un totale di 640 Valutatori.

c. Titolare di I.F.O. “*Coordinamento Sistema di Valutazione Individuale*” responsabile del procedimento e della stesura della presente relazione oltre al Direttore dell’*UOC Gestione Economica del personale dipendente*, in cui è confluita l’attività della valutazione a seguito della riorganizzazione aziendale dettata dalla Delibera D.G. 794/2020 e successive integrazioni.

### Fasi del Processo

La valutazione viene effettuata dal soggetto sovraordinato, Valutatore, per tutti i Valutati che hanno effettuato almeno 30 giorni di servizio effettivo, per un totale di 9.683 su 10.219 schede totali attese. Per coloro che, invece, non hanno maturato il requisito c.d. NV - Non Valutabili – per un totale di 536 su 10.219 e cioè i dimessi nel primo trimestre e gli assunti a fine anno di valutazione ed i dipendenti in lunga assenza annuale, la scheda

di valutazione 2023 non è stata aperta, oppure chiusa a zero dal Valutatore, e la loro valutazione finale parificata alla risultanza conseguita dalla struttura di assegnazione.

Per tutti coloro, invece, per i quali è stata aperta e gestita la scheda di valutazione, nel momento in cui viene generata da parte del Valutatore il sistema di gestione informatizzato invia alla casella di posta elettronica aziendale del dipendente la seguente comunicazione: *“nella bacheca elettronica dell'angolo del dipendente è stata pubblicata la Sua scheda di valutazione anno 2023. Eventuali osservazioni dovranno essere presentate al Valutatore entro 10 giorni dalla data di ricezione decorsi i quali la scheda diviene accettata.”*

Durante i 10 gg lavorativi dalla ricezione della scheda il Valutato che voglia presentare osservazioni alla scheda ricevuta invia mail al proprio Valutatore motivando nell'oggetto e quest'ultimo entro 10 gg dalla ricezione della richiesta del valutato, se ritiene ammissibili le osservazioni ricevute, convoca il Valutato per un colloquio integrativo a conclusione del quale modifica la scheda sul SW gestionale e la reinvia al Valutato; se, invece, non le ritiene ammissibili il Valutatore comunica, sempre per mail, al Valutato il diniego motivandolo nei contenuti e non andando a modificare la scheda. In quest'ultimo caso, e solo durante la fase della Valutazione Finale, il Valutato entro 10 gg dalla ricezione della comunicazione del diniego può presentare istanza di *Richiesta di Riesame* della scheda finale di valutazione al superiore gerarchico del proprio Valutatore, sempre con comunicazione mail motivandone i contenuti. Il Superiore Gerarchico, presa visione della documentazione può eventualmente sentire entrambe le parti, anche con l'effettuazione di un colloquio, richiedere ulteriore documentazione ed entro 10 gg dal ricevimento della Richiesta di Riesame comunica agli interessati la propria rilettura che potrà riguardare uno o più item sia della sezione B1 che B2, motivando singolarmente ogni variazione di valutazione apportata. A conclusione del Riesame il Gerarchico Superiore trasmette tutta la documentazione cartacea della rilettura ai diretti interessati ed all'ufficio Valutazione Aziendale che ne valida la conformità.

In questa annualità 2023 sono state presentate n. 7 Richieste di *Riesame* della quali tre hanno comportato una rilettura della valutazione finale in incremento. Per tutte le altre 9.676 schede finali non essendo pervenuta documentazione integrativa, decorsi i 10 giorni dalla generazione della scheda finale questa è divenuta accettata. Infine, per questa annualità 2023 non sono state presentata all'Ufficio Valutazione Aziendale nessuna richiesta di *Verifica all'OIV*.

Le fasi del processo si sono svolte con le tempistiche sotto riportate:

- **Individuazione ed assegnazione** avviata con comunicazione mail del 17/04/2023 a tutti i Valutatori e scadenza al 30/06/2023, prorogata al 15/07/2023 poiché per un malfunzionamento presentatosi nell'ultima settimana di giugno la ditta GPI ha dovuto sospendere il gestionale dal 30/03/2023 al 02/07/2023. Fase sottoposta a monitoraggio interno ed oggetto di rendicontazione al Controllo di Gestione per la verifica degli obiettivi trimestrali trasversali declinati nel Budget – adempimento ottemperato con comunicazione dei dati con mail del 21/07/2023;
- **Valutazione Intermedia** effettuata nel periodo di settembre – ottobre 2023, resa non obbligatoria e comunicato con mail del 01/09/2023, non soggetta a monitoraggio e rendicontazione;
- **Valutazione Finale** dal 01/12/2023 a 28/02/2024 comunicazione a tutti i Valutatori – mail del 01/12/2023. Tenuto conto poi dei 30 giorni massimo per gestire le eventuali richieste di rilettura al proprio Valutatore e di Riesame al Gerarchico Superiore del proprio valutatore, il ciclo si è completato e chiuso in via definitiva il 30/03/2024. Questa fase Finale è oggetto di monitoraggio e rendicontazione al Controllo di Gestione per verifica degli obiettivi trimestrali declinati nel Budget - adempimento ottemperato con comunicazione dei dati con mail del 18/03/2024.

Si evidenzia che durante la fase della Valutazione Finale, oltre a fornire il supporto necessario a coloro che ne facevano richiesta, in parallelo si è proceduto nella verifica delle schede finali che via via venivano generate effettuando dei controlli interni sul database, con estrazione ed elaborazione di dati ad hoc, per rilevare le non conformità delle schede, contattare i singoli Valutatori e far effettuare loro la correzione/completamento della scheda finale. Tra le principali cause di non conformità si evidenzia l'omissione della risultanza finale in uno o più item della scheda o l'inserimento di risultanze con formato errato che di fatto andavano a chiudere la scheda con una risultanza non conforme ed in alcuni casi tale da non far completare il processo informatico di creazione e salvataggio della scheda andando così di fatto a bloccare l'utente Valutatore; oppure l'aver effettuato più volte il "salva ed invia" della scheda andando così a creare più di una scheda finale e, quindi, c'è stata la necessità di avere conferma su quale fosse la corretta scheda finale.

Per ogni step del processo la documentazione relativa è stata resa disponibile tramite [l'intranet aziendale](#) e tutti gli utenti avvisati con comunicazione su posta elettronica aziendale e rispettati i doveri di trasparenza con pubblicazione secondo tempistiche di legge sull'apposita sezione del Sito Web Aziendale:

[Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance](#)

Inoltre, nell'anno 2023 si è proceduto anche alla redazione e pubblicazione della procedura aziendale **PA-GEPD-001** "Sistema di Valutazione Individuale del personale del Personale Dipendente dipendente dell' Azienda UsI Toscana Sudest" pubblicata nell'apposita sezione dell'Intranet aziendale il 21/12/2023.

## Elementi della Valutazione

Sulla base dei Regolamenti vigenti, in considerazione dell'attività svolta in funzione della struttura di appartenenza e l'apporto individuale, si ha una diversa pesatura della Valutazione tra Collettiva e Individuale distinta in funzione dell'Area di appartenenza come meglio evidenziato nel prospetto

Valutazione	Comparto	Dirigenza
Individuale	20%	40%
Collettiva	80%	60%

Per l'assegnazione degli obiettivi individuali/comportamenti attesi si identificano nella scheda due sezioni distinte:

**B1 - Misurazione e valutazione della prestazione individuale:** grado di raggiungimento degli obiettivi individuali e quindi, obiettivi area professionale di riferimento (in coerenza agli obiettivi della struttura di riferimento e in relazione al livello di responsabilità),

**B2 - Misurazione e valutazione del comportamento e delle competenze organizzative,** per la quale viene affiancata una tabella di indicatori su cui basarsi per delineare quelli più consoni, ma al tempo stesso dare omogeneità alla tipologia di valutazione da esprimere.

Infine, per la definizione dei format di scheda da utilizzare, viene tenuto conto delle attività, degli incarichi professionali e gestionali attribuiti, delle diverse competenze e dei livelli di responsabilità, in modo che il peso degli aspetti gestionali-organizzativi, a fronte di quelli più strettamente tecnico professionali, sia proporzionalmente collegato al ruolo effettivamente svolto, secondo quanto riportato nei prospetti seguenti:

Tipologia di Incarico	Obiettivi Individuali (B1)	Comportamenti Competenze organizzative (B2)
Scheda Dirigente Neo-Assunto (<5 anni)	50	50
Scheda Dir senza Budget >5 anni	60	40
Scheda Dir con Budget	70	30

Categoria/livello	Obiettivi individuali (B1)	Comportamenti Competenze Organizzative (B2)
Posizioni Organizzative /Coordinamenti	70	30
D-Ds	60	40
C	50	50
A-B-Bs	40	60

### 6.3. Risultati della valutazione

#### Misurazione e Valutazioni in corso

ANTONIO D'URSO  
 Regione  
 Toscana/01386030488  
 26.06.2024 21:16:49  
 GMT+00:00

