

Organismo Indipendente di Valutazione Azienda Usl Toscana Sudest

Verbale del 04/01/2021

Il giorno lunedì 4 Gennaio 2021, alle ore 14.00 si è riunito, in modalità telematica, l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della Azienda Usl Toscana Sudest.

Sono presenti: il Presidente Dr. Caridi Franco, il componente Dr.ssa Trisolini Adriana ed il componente Dr. Lorusso Stefano.

Segretario verbalizzante: Dr.ssa Valentina Galeotti

VISTA la Relazione alla Performance anno 2019 trasmessa a questo OIV tramite email in data 17.12.2020;

VISTE le risultanze della IV verifica intermedia 2020, trasmesse a questo OIV tramite mail in data 18.12.2020;

PRESO ATTO di tutta la documentazione richiesta e trasmessa, nonché delle considerazioni esposte e raccolte di cui ai precedenti verbali VII/2020 e VIII/2020;

CONSIDERATO che la Relazione Performance 2019 evidenzia con sufficiente chiarezza i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, contiene il bilancio di genere ed è redatta in forma sintetica e sufficientemente chiara ai fini della comprensione da parte di cittadini e utenti finali,

L'OIV dell'Azienda Sanitaria Toscana Sud Est VALIDA

- la Relazione alla Performance anno 2019, allegata al presente verbale, ratificando sia i risultati di struttura, sia i risultati di valutazione individuale Area Comparto e Area Dirigenza con le seguenti indicazioni per l'Azienda:
 - 1) Migliorare l'adeguamento della tempistica delle varie fasi del ciclo della performance a quella prevista dalla normativa vigente e dai regolamenti aziendali;
 - 2) Rafforzare il collegamento tra gli obiettivi organizzativi e gli obiettivi individuali;
 - 3) Integrare le risultanze delle eventuali rinegoziazioni degli obiettivi con le motivazioni che ne hanno determinato la rivisitazione;
 - 4) Garantire, nelle schede individuali, l'evidenza dei risultati raggiunti rispetto ai risultati auspicati al fine motivare il valore della valutazione ottenuta;
 - 5) Migliorare il Sistema al fine di garantire una maggiore differenziazione dei giudizi evitando l'appiattimento verso la valutazione massima.
- fatto salvo gli esiti a conclusione della procedura di validazione della relazione sulla performance, le risultanze della IV verifica intermedia 2020, allegate al presente verbale con le seguenti indicazioni per l'Azienda:

OIV auspica, oltre alla misurazione degli obiettivi di processo, anche l'individuazione di indicatori di contesto trimestrale.

OIV, infine, ritiene utile, per approfondire la propria conoscenza del contesto, un incontro informativo con il responsabile delle Relazioni Sindacali, soprattutto in merito agli accordi vigenti in materia di produttività.

TRASMETTE il presente Verbale all'Azienda al fine di consentire i successivi adempimenti.

La seduta viene tolta alle ore 14,30.

Dr. Franco Caridi

Dr.ssa Adriana Trisolini

Dr. Lorusso Stefano

F.to Segretario Verbalizzante: Galeotti Valentina

04/01/2021



RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2019

Rev. 17 Dicembre 2020

AREZZO
Via Curtatone 54, 52100
Centralino 0575 2551

SIENA
Piazza Rosselli 26, 53100
Centralino 0577 535111

GROSSETO
Via Cimabue 109, 50100
Centralino 0564 485111

INDICE

1. Introduzione	2
2. L'azienda in cifre	2
3. Pari opportunità e bilancio di genere	10
4. Articolazione organizzativa	11
5. La performance aziendale.....	12
5.1. ANALISI DEL RISULTATI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ANNO 2019	13
5.2. I RISULTATI DEI BERSAGLI DEGLI STABILIMENTI	15
5.3. I RISULTATI DEI BERSAGLI DELLE ZONE DISTRETTO.....	16
5.4. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ.....	16
6. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture.....	17
6.1. L'ALBERO DELLE PERFORMANCE	17
6.2. LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2019 : DAGLI INDIRIZZI REGIONALI E DI AREA VASTA AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI.....	18
6.3. INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA.....	27
6.4. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE	27
6.5. LA PERFORMANCE DI STRUTTURA – RISULTATI RAGGIUNTI NELL'AZIENDA TOSCANA SUD EST	28
7. Obiettivi individuali	28
7.1. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	28
7.2. ITER DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	30
7.3. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE.....	31
8. Allegati.....	34

1. 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.

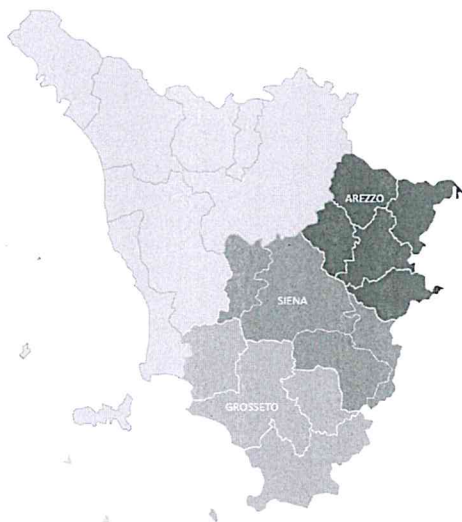
Trattasi di uno strumento di “trasparenza” dell’ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità 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 2019 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 **[dati non ancora disponibili]**
- **performance dei Centri di Responsabilità** in cui è strutturata l’Azienda, rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il budget **[verifica budget 2019 in corso]**
- **performance individuale del personale dipendente** **[valutazioni schede individuali 2019 in corso]**

2. L’azienda in cifre

L’Azienda Usl 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 **Zone Distretto con 13 Stabilimenti ospedalieri** accorpate in 6 **Presidi Ospedalieri**:

- Presidio Ospedaliero “Ospedali riuniti dell’Aretino”: Ospedale San Donato (Area Aretina Nord Arezzo) – Arezzo; Ospedale Civile del Casentino – Bibbiena; Ospedale Val Tiberina - Sansepolcro
- Presidio Ospedaliero “Valdarno”: Ospedale del Valdarno “S. Maria della Gruccia” – Montevarchi

- Presidio Ospedaliero "Valdichiana ed Amiata Senese": Ospedale Riuniti della Valdichiana Senese (Nottola) – Montepulciano; Nuovo Ospedale Ospedale Valdichiana S. Margherita (La Fratta) – Cortona; Ospedale Amiata Senese – Abbadia San Salvatore
- Presidio Ospedaliero "Colline dell'Albegna": Ospedale S. Giovanni di Dio – Orbetello; Ospedale Petruccioli - Pitigliano
- Presidio Ospedaliero "Area Grossetana, Colline Metallifere ed Amiata Grossetana": Ospedale Civile - Castel del Piano; Ospedale Misericordia – Grosseto; Ospedale S. Andrea - Massa Marittima
- Presidio Ospedaliero "Val d'Elsa": Ospedale Alta Val d'Elsa (Campostaggia) – Poggibonsi

La popolazione residente al 01/01/2019, fonte Istat, è 831.480 unità, così ripartita:

Ambito Res	Zona Res	Femmina	Maschio	Totale complessivo
Prov. Siena	090203A - Zona dell'Alta Val d'Elsa	32.320	30.876	63.196
	090203D - Zona Senese	65.946	60.451	126.397
	090203P - Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	40.328	37.276	77.604
Prov. Siena Totale		138.594	128.603	267.197
Prov. Arezzo	090203G - Zona della Val di Chiana Aretina	26.492	25.120	51.612
	090203I - Zona del Valdarno	48.936	46.632	95.568
	090203Q - Zona Aretina - Casentino - Valtiberina	100.273	95.201	195.474
Prov. Arezzo Totale		175.701	166.953	342.654
Prov. Grosseto	090203L - Zona delle Colline dell'Albegna	26.041	24.262	50.303
	090203R - Zona Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	88.595	82.731	171.326
Prov. Grosseto Totale		114.636	106.993	221.629
Totale complessivo		428.931	402.549	831.480

La densità abitativa dell'Area è molto inferiore alla media regionale: 72 abitanti per Km² rispetto ai 163 del valore medio regionale.

Se la Toscana è tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per una quota di residenti di età superiore a 64 anni, superiore alla media regionale: una persona su quattro ha più di sessantacinque anni e il 4% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre). All'interno della USL Sud Est, le Zone dove la proporzione di popolazione anziana è maggiore sono l'Amiata Grossetana (30%), l'Amiata Senese e Val d'Orcia, le Colline Metallifere, le Colline dell'Albegna e la Val Tiberina (28%)

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

Posti letto per Ospedale

Stabilimento	Al 31/12/2019
OSPEDALE VALDICHIANA S.MARGHERITA	73
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	421
OSPEDALE DEL CASENTINO	61
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	160
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	55
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	165
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	160
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	32
SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA c/o AO Siena	8
OSPEDALE MASSA MARITTIMA	64
OSPEDALE ORBETELLO	66
OSPEDALE PITIGLIANO	24
OSPEDALE CASTEL DEL PIANO	36
OSPEDALE GROSSETO	374
TOTALE POSTI LETTO PUBBLICI (incluso Nido)	1.699

Fonte HSP12 2019

Attività di Ricovero per Ospedale

PO	Stabilimento	2018	2019
PO RIUNITI AREZZO	Osp. Arezzo	21.329	21.482
	Osp. Bibbiena	2.751	2.684
	Osp. Sansepolcro	2.164	2.033
PO VALDARNO	Osp. Montevarchi	8.384	8.139
PO AREA GROS	Osp. Casteldelpiano	748	618
	Osp. Grosseto	17.562	16.967
	Osp. Massa Marittima	2.640	2.673
PO ALBEGNA	Osp. Orbetello	2.570	2.578
	Osp. Pitigliano	443	476
PO VALDIC.SENESE	Osp. Abbazia SS	972	1.064
	Osp. Montepulciano	6.863	6.710
	Osp. Cortona	2.649	2.155
AO SIENA	Spdc C/O A.O. Senese	213	239
PO ELSA	Osp. Poggibonsi	7.064	7.188
	Totale	76.352	75.006

Fonte SDO

**Attività Ospedaliera per i ricoveri ordinari: Posti Letto e Indicatori di flusso
(escluso NIDO)**

	2019					
	Num Ricoveri	gg Degenza	Num Presenze	Degenza Media	Posti Letto Medi (HSP22)	TO Posti Letto
Osp. Abbadia SS	699	5.909	6.001	8,5	24	68,99%
Osp. Arezzo	16.236	104.642	103.983	6,4	352	81,16%
Osp. Bibbiena	2.178	15.240	15.237	7,0	53	79,14%
Osp. Castel del Piano	592	6.361	6.281	10,7	27	62,86%
Osp. Cortona	1.714	10.976	11.012	6,4	56	54,38%
Osp. Grosseto	13.241	90.119	89.782	6,8	325	78,03%
Osp. Massa Marittima	2.195	13.246	13.136	6,0	52	69,21%
Osp. Montepulciano	5.123	35.533	35.384	6,9	124	78,18%
Osp. Montevarchi	6.055	40.562	40.640	6,7	133	84,28%
Osp. Orbetello	1.953	12.293	12.339	6,3	52	66,60%
Osp. Pitigliano	462	2.621	2.588	5,7	11	64,91%
Osp. Poggibonsi	4.831	33.341	32.997	6,9	120	75,34%
Osp. Sansepolcro	1.253	8.453	8.421	6,7	46	51,36%
Spdc C/O A.O. Senese	243	2.223	2.224	9,1	8	76,16%
Totale	56.775	381.519	380.025	6,7	1383	76,09%

Fonte SDO

Interventi chirurgici (compreso ambulatoriali) per Ospedale:

PO	STABILIMENTI	2018	2019
PO RIUNITI AREZZO	Osp. Arezzo	14.600	14.735
	Osp. Bibbiena	2.192	1.982
	Osp. Sansepolcro	1.943	1.915
PO VALDARNO	Osp. Montevarchi	6.471	6.466
PO AREA GROS	Osp. Casteldel piano	185	99
	Osp. Grosseto	13.753	13.642
	Osp. Massa Marittima	2.151	2.125
PO ALBEGNA	Osp. Orbetello	2.255	2.482
	Osp. Pitigliano	205	209
PO VALDICHIANE	Osp. Abbadia SS	1.133	1.130
	Osp. Montepulciano	3.173	3.440
	Osp. Cortona	2.703	2.276
PO ELSA	Osp. Poggibonsi	3.419	3.648
	Totale	54.183	54.149

Fonte Registro Operatorio

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

Stabilimento	2018	2019
Osp. Arezzo	75.234	76.837
Osp. Bibbiena	14.837	15.123
Osp. Castel Del Piano	8.404	8.284
Osp. Grosseto	69.640	71.930
Osp. Abbadia S. Salvatore	6.614	6.575
Osp. Cortona	13.079	13.154
Osp. Poggibonsi	30.769	30.688
Osp. Montevarchi	38.223	37.552
Osp. Montepulciano	28.013	26.977
Osp. Pitigliano	5.956	5.816
Osp. Massa Marittima	14.440	14.955
Osp. Orbetello	24.556	24.935
Osp. Sansepolcro	14.851	14.265
Totale Accessi	344.616	347.091

Fonte PS

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

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

Ambito	Specialità Erogazione	2018	2019
Prov. Di Siena	005 - Angiologia	2.759	2.879
	008 - Cardiologia	39.659	50.673
	009 - Chirurgia Generale	24.301	19.795
	012 - Chirurgia Plastica	2.280	2.026
	014 - Chirurgia Vascolare	1.269	964
	019 - Malattie Endocrine, Del Ricambio E Della Nutrizione	269	221
	021 - Geriatria	4.111	4.450
	024 - Malattie Infettive E Tropicali	4.824	6.631
	026 - Medicina Generale	8.943	10.301
	027 - Medicina Legale	549	206
	029 - Nefrologia	25.539	24.896
	032 - Neurologia	29.309	27.931
	033 - Neuropsichiatria Infantile	3.994	4.011
	034 - Oculistica	36.807	38.851
	036 - Ortopedia E Traumatologia	25.509	24.751
	037 - Ostetricia E Ginecologia	40.070	29.309
	038 - Otorinolaringoiatria	17.216	21.979
	039 - Pediatria	5.211	4.677
	043 - Urologia	7.842	7.740

Ambito	Specialita Erogazione	2018	2019
	049 - Terapia Intensiva	13	22
	052 - Dermatologia	14.798	15.588
	056 - Recupero E Riabilitazione Funzionale	9.873	42.025
	057 - Fisiopatologia Della Riproduzione Umana	254	310
	058 - Gastroenterologia	15.341	14.711
	064 - Oncologia	8.853	11.810
	068 - Pneumologia	5.393	5.186
	069 - Radiologia	107.507	104.428
	071 - Reumatologia	1.771	1.744
	075 - Neuro-Riabilitazione	24	8
	505 - Diabetologia	1.514	1.890
	507 - Dietetica Medica	678	666
	515 - Psicologia	7.953	9.195
	519 - Analisi Chimico Cliniche	2.289.677	2.324.213
	522 - Medicina E Chirurgia Di Accettazione E D'Urgenza	950	706
	526 - Anestesia	6.518	5.640
Prov. Di Siena Totale		2.751.578	2.820.433
Prov. Di Arezzo	003 - Anatomia Ed Istologia Patologica	32.360	22.597
	005 - Angiologia		74
	008 - Cardiologia	98.423	100.900
	009 - Chirurgia Generale	28.764	27.147
	014 - Chirurgia Vascolare	5.559	6.357
	018 - Ematologia	298.956	58.305
	019 - Malattie Endocrine, Del Ricambio E Della Nutrizione	64.187	57.363
	021 - Geriatria	615	686
	024 - Malattie Infettive E Tropicali	11.793	11.630
	026 - Medicina Generale	21.320	24.396
	027 - Medicina Legale	3.096	3.239
	029 - Nefrologia	39.551	38.657
	032 - Neurologia	48.814	56.987
	033 - Neuropsichiatria Infantile	316	738
	034 - Oculistica	72.515	75.535
	036 - Ortopedia E Traumatologia	37.319	38.012
	037 - Ostetricia E Ginecologia	28.869	37.567
	038 - Otorinolaringoiatria	22.304	24.815
	039 - Pediatria	13.005	12.525
	043 - Urologia	14.021	15.971
	049 - Terapia Intensiva	8.785	7.985
	051 - Astanteria	2.771	2.709
	052 - Dermatologia	34.907	43.172
	054 - Emodialisi	23.422	27.378
	056 - Recupero E Riabilitazione Funzionale	13.550	241.591
	058 - Gastroenterologia	84.328	78.469
	061 - Medicina Nucleare	8.715	8.376
	064 - Oncologia	66.174	64.967
	068 - Pneumologia	24.331	24.689
	069 - Radiologia	244.848	227.556
	070 - Radioterapia	36.402	32.873
	504 - Citogenetica	763	896
	507 - Dietetica Medica	771	669
	514 - Neuroradiologia	2.101	2.049
	515 - Psicologia	107	69
	519 - Analisi Chimico Cliniche	2.588.246	2.608.941

Ambito	Specialita Erogazione	2018	2019
	520 - Biochimica Clinica	914.672	931.157
	526 - Anestesia	12.078	11.454
Prov. Di Arezzo Totale		4.908.758	4.928.501
Prov. Di Grosseto	001 - Allergologia	43	55
	003 - Anatomia Ed Istologia Patologica	12.953	12.008
	005 - Angiologia	1.145	2.245
	008 - Cardiologia	55.739	59.915
	009 - Chirurgia Generale	15.234	14.536
	013 - Chirurgia Toracica	112	121
	014 - Chirurgia Vascolare	2.559	3.219
	018 - Ematologia	1.370	1.243
	019 - Malattie Endocrine, Del Ricambio E Della Nutrizione	3.797	4.951
	020 - Immunologia	8.834	10.414
	021 - Geriatria	3.193	3.460
	024 - Malattie Infettive E Tropicali	8.072	9.197
	026 - Medicina Generale	15.031	19.672
	027 - Medicina Legale	1.839	1.950
	029 - Nefrologia	34.575	36.094
	030 - Neurochirurgia	1.088	1.139
	032 - Neurologia	32.743	34.223
	033 - Neuropsichiatria Infantile	5.267	4.641
	034 - Oculistica	38.384	38.437
	036 - Ortopedia E Traumatologia	22.605	27.678
	037 - Ostetricia E Ginecologia	21.299	19.920
	038 - Otorinolaringoiatria	31.560	31.464
	039 - Pediatria	2.327	3.307
	043 - Urologia	11.484	10.813
	051 - Astanteria	13.452	12.349
	052 - Dermatologia	28.347	27.606
	054 - Emodialisi	4.777	4.353
	056 - Recupero E Riabilitazione Funzionale	3.576	23.559
	057 - Fisiopatologia Della Riproduzione Umana		1
	058 - Gastroenterologia	10.360	10.703
	061 - Medicina Nucleare	3.588	4.336
	064 - Oncologia	14.451	16.632
	068 - Pneumologia	20.118	22.330
	069 - Radiologia	117.280	122.089
	070 - Radioterapia	14.033	14.692
	071 - Reumatologia	5.317	5.391
	075 - Neuro-Riabilitazione	1.642	1.868
	505 - Diabetologia	30.135	29.091
	507 - Dietetica Medica	406	447
	509 - Genetica Medica	12.743	13.688
	514 - Neuroradiologia	8.648	8.337
	515 - Psicologia	11.540	11.516
	519 - Analisi Chimico Cliniche	2.054.668	1.996.644
	522 - Medicina E Chirurgia Di Accettazione E D'Urgenza	77	272
	526 - Anestesia	4.759	5.905
	527 - Rianimazione	387	413
Prov. Di Grosseto Totale		2.691.557	2.682.924
Totale complessivo		10.351.893	10.431.858

Fonte flusso SPA

Per quanto riguarda la **rete socio sanitaria Territoriale** punto di riferimento per oltre 830.000 abitanti, nell'Azienda sono presenti all'interno delle 8 Zone Distretto, 23 Case della Salute, e 31 AFT - Aggregazioni funzionali territoriali.

E' attiva anche 1 Centrale della Cronicità e 13 ACOT -Agenzia per la continuità Ospedale Territorio, per garantire una funzionante rete fra ospedale e territorio in aiuto ai cittadini.

Tale rete si avvale anche di 163 posti letto di Ospedale di Comunità/Mo.di.Ca, di 35 di Hospice e 60 di riabilitazione territoriale ex art.26 più 29 di Cure Intermedie presso RSA.

Zone	Hospice	Ospedale di Comunità	Mo.Di.CA	Ex.art.26	Cure Intermedie in RSA DGRT 402/05	TOT
Arezzo	6	0	18	10	2	36
Valdarno	3	0	18	22	6	49
Casentino	0	0	5	2	8	15
Valtiberina	0	11	0	0	0	11
Valdichiana Ar	2	10	0	5 (1 day h)	0	17
Amiata Val d'Orcia	2	7	0	0	0	9
Alta Val d'Elsa	4	12	0	0	0	16
Senese	6	23 (11Montalcino)	0	0	6	35
Valdichiana Si	4	14	0	0	6	24
Colline Metallifere	0	3	0	0	0	3
Colline dell'Albegna	0	12	0	21	0	33
Amiata Grossetana	0	10	0	0	1	11
Area Grossetana	8 (2 DAY H)	20	0	0	0	28
TOTALE	35	122	41	60	29	287

Sono inoltre presenti nel territorio aziendale 90 RSA con moduli base, motorio, cognitivo e stato vegetativo.

Nell'Azienda operano circa 9.000 dipendenti assegnati a 509 Centri di Responsabilità (Dipartimenti, Zone Distretto, Presidi Ospedalieri, Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali, Unità Funzionali, Setting assistenziali) dislocati nelle aree: Ospedale, Territorio, Prevenzione, Supporto Tecnico Amministrativo, Staff.

Nella tabella seguente si riportano i dati del personale dipendente al 31/12:

Settori	2018	2019
1 - Ospedale	5.041	5.073
2 - Territorio	2.284	2.268
3 - Prevenzione	512	487
5 - Supporto Tecnico Amministrativo e Staff	1.151	1.157
Totale	8.988	8.985

Rispetto al 2018 si nota sostanziale stabilità.

Oltre ai medici dipendenti, nel 2019, hanno operato nell'Azienda:

- 568 medici di medicina generale
- 99 pediatri di libera scelta
- 182 medici titolari per la continuità assistenziale
- 79 medici titolari per l'emergenza sanitaria territoriale
- 375 specialisti ambulatoriali a tempo determinato e indeterminato

3. Pari opportunità e bilancio di genere

L'Azienda USL Toscana Sud Est ha rinnovato il proprio "Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni" (CUG) con Deliberazione n. 275 del 22/03/2018.

Come previsto dalla legge 183/2010 il CUG sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Di seguito si riportano i dati, per ruolo professionale, della Dotazione Organica al 31/12 2018 vs 2019, suddivisi per sesso:

Ruolo	2018			2019		
	F	M	Tot	F	M	Tot
101 - DIRIGENZA SANITARIA MEDICA	790	759	1.549	818	734	1.552
102 - DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	124	41	165	124	39	163
103 - SANITARIO COMPARTO	3.822	1.139	4.961	3.787	1.120	4.907
202 - DIRIGENZA PROFESSIONALE	2	19	21	2	19	21
203 - COMPARTO PROFESSIONALE		7	7		5	5
302 - DIRIGENZA TECNICA	5	4	9	4	4	8
303 - TECNICO COMPARTO	1.068	362	1.430	1.111	366	1.477
402 - DIRIGENZA AMMINISTRATIVO	15	14	29	15	17	32
403 - COMPARTO AMMINISTRATIVO	588	229	817	589	231	820
Totale	6.414	2.574	8.988	6.450	2.535	8.985

Inoltre si evidenzia che all'interno dello Staff della Direzione Sanitaria è presente la UOSD Codice Rosa, Salute e Medicina di Genere che contribuisce alla formazione all'interno dell'azienda e alla sensibilizzazione della comunità che insiste su tutto il territorio, verso una cultura di presa in carico della persona che tenga conto delle differenze di genere, ed alla adozione di azioni che favoriscano non solo la parità di accesso alle cure di donne e uomini, ma anche una sempre maggiore adeguatezza e appropriatezza secondo il genere.

A tale scopo sono state intraprese diverse azioni tra le quali:

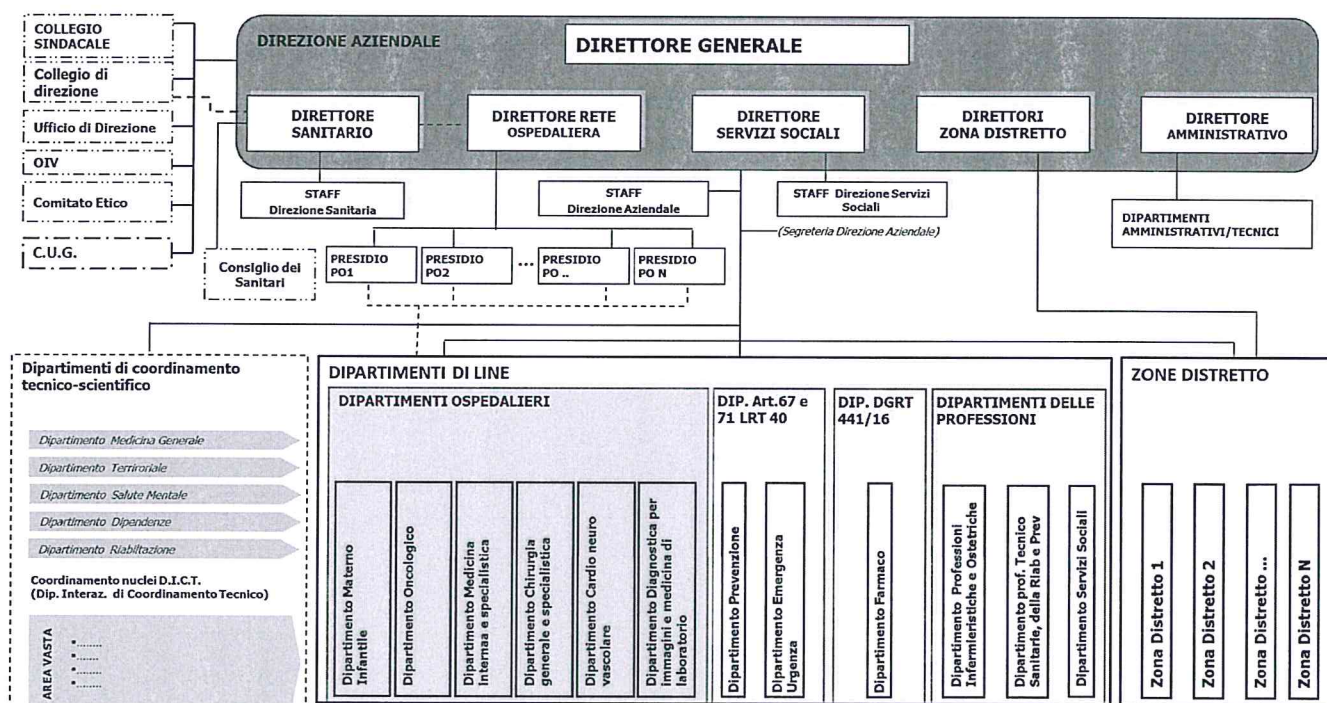
- progettazione organizzazione e realizzazione Ambulatorio di Salute e Medicina di Genere c/o l'Ospedale Misericordia di Grosseto rafforzandone, dopo la prima fase di sperimentazione, le attività e istituzionalizzandone le funzioni, ricevendo una con menzione speciale da O.N.D.A. (Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere);
- partecipazione al progetto O.N.D.A. Bollini Rosa di quattro ospedali: Ospedale della Misericordia di Grosseto; Ospedale Dell'alta Val D'Elsa; Ospedale San Donato; Ospedale Santa Maria alla Gruccia
- partecipazione da diversi anni al 3° concorso Best poster in salute e Medicina di Genere con lavori provenienti da più unità operative aziendali;
- organizzazioni di corsi di formazione e convegni atti a favorire una cultura sanitaria di genere;

- approfondimento dell'approccio di genere nella pratica clinica comporta un miglioramento dell'appropriatezza delle cure in grado di produrre vantaggi per i malati.

4. 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.

Tab. Organizzazione aziendale – Centri di responsabilità



2

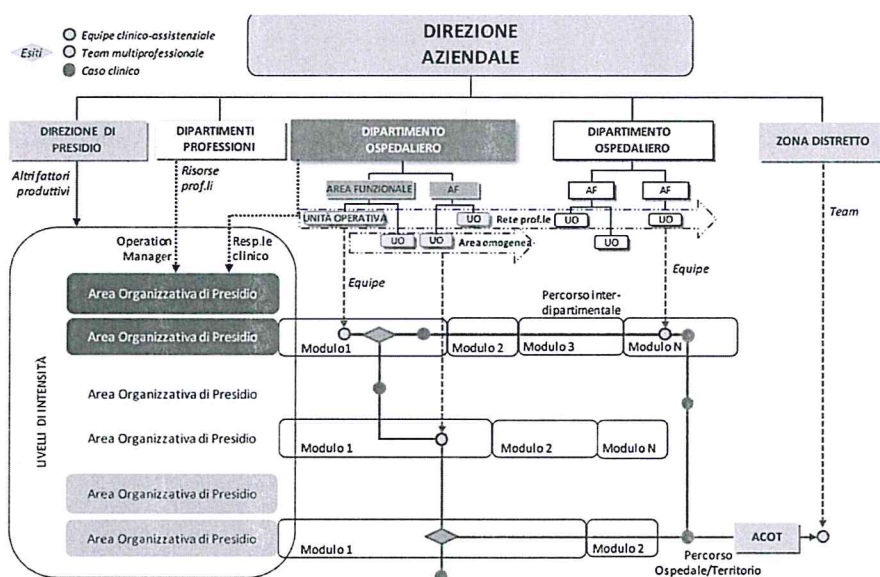
Le strutture organizzative professionali sono strutture monoprofessionali che si identificano nelle Aree Omogenee dipartimentali e nelle Reti professionali che si caratterizzano come strutture di coordinamento tecnico – professionale delle unità organizzative afferenti e nei Dipartimenti di coordinamento tecnico-scientifico.

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. Sono strutture organizzative funzionali:

- Zone Distretto
- Presidi Ospedalieri
- Staff della Direzione Aziendale e Sanitaria
- Aree di Staff
- Dipartimenti ospedalieri
- Dipartimenti delle professioni
- Dipartimento della Prevenzione
- Aree funzionali Dipartimentali
- Unità Funzionali

- Dipartimenti amministrativi e tecnico
- Aree Organizzative di Presidio

Le Aree Organizzative di Presidio (AOP) sono nuove strutture organizzative istituite con Delib. 1209 del 16/11/2018. Sono delle piattaforme logistico-gestionali all'interno dei presidi ospedalieri, che aggregano più moduli assistenziali al fine di ottimizzare i percorsi clinico assistenziali e ottenere un uso più efficace ed efficiente delle risorse. Nelle AOP sono allocate le risorse personale, posti letto, attrezzature ad uso condiviso per tutte le aree di attività.



Tutte queste strutture organizzative sono gestionali e quindi titolari di scheda budget.

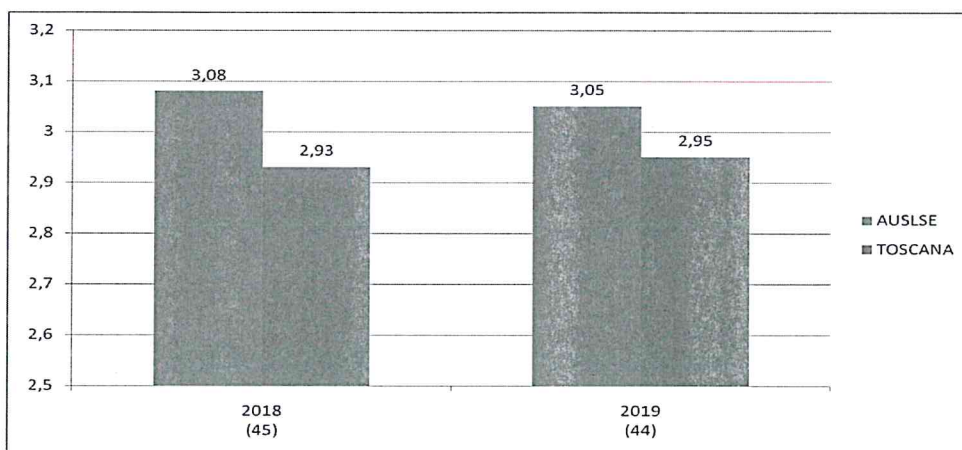
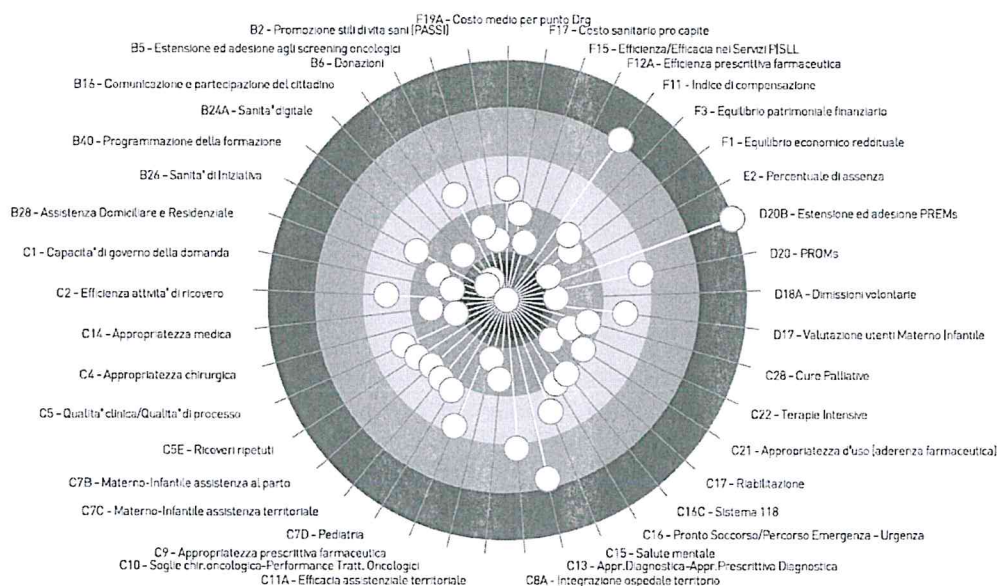
5. La performance aziendale

Tutte le Aziende del Sistema sanitario regionale sono soggette a valutazione secondo un sistema condiviso che è stato progettato e realizzato dal Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, il Sistema a "Bersaglio".

Il Bersaglio si basa su cinque fasce di valutazione che vanno dal verde intenso (Performance ottima) al Rosso (performance molto scarsa), secondo lo specchio seguente:

LE FASCE DI VALUTAZIONE DEL BERSAGLIO MES		
VERDE	4 - 5	Performance Ottima (Punto di Forza)
VERDINO	3 - 4	Performance buona
GIALLO	2 - 3	Performance media
ARANCIONE	1 - 2	Performance scarsa
ROSSO	0 - 1	Performance molto scarsa (Punto di debolezza)

5.1. Analisi dei risultati Azienda USL Toscana Sud Est Anno 2019



La valutazione media in base agli degli indicatori del Bersaglio Mes è stato di 3,05 quindi anche nel 2019 l'Azienda Toscana Sud Est ha ottenuto un'ottima performance, superiore alle altre due Aziende Territoriali Toscane e alla media regionale.

Qui di seguito le valutazioni per gruppi di indicatori del Bersaglio 2019, il colore indica la performance raggiunta:

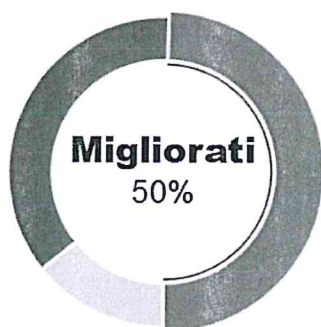
Codice	Indicatore	Valutazione Aziendale
B16	Comunicazione e partecipazione del cittadino	4,48
B2	Promozione stili di vita sani (PASSI)	3,72
B24A	Sanità digitale	3,71
B26	Sanità di Iniziativa	2,87
B28	Assistenza Domiciliare e Residenziale	3,48
B40	Programmazione della formazione	4,50

Codice	Indicatore	Valutazione Aziendale
B5	Estensione ed adesione agli screening oncologici	3,41
B6	Donazioni	2,57
B7	Copertura vaccinale	2,70
C1	Capacità di governo della domanda	3,85
C10	Soglie chirurgia oncologica/Performance Trattamenti Oncologici	3,72
C10C	Tempi di attesa per la chirurgia oncologica	3,75
C11A	Efficacia assistenziale territoriale	3,34
C13	Appropriatezza Diagnostica/Appropriatezza Prescrittiva Diagnostica	1,17
C14	Appropriatezza medica	3,44
C15	Salute mentale	2,50
C16	Pronto Soccorso/Percorso Emergenza - Urgenza	2,98
C16C	Sistema 118	3,00
C17	Riabilitazione	3,74
C2	Efficienza attività di ricovero	2,51
C21	Appropriatezza d'uso (aderenza farmaceutica)	3,09
C22	Terapie Intensive	3,56
C28	Cure Palliative	3,21
C4	Appropriatezza chirurgica	3,93
C5	Qualità clinica/Qualità di processo	2,67
C5E	Ricoveri ripetuti	2,80
C6	Rischio clinico	2,10
C7B	Materno-Infantile assistenza al parto	2,92
C7C	Materno-Infantile assistenza territoriale	2,91
C7D	Pediatria	2,81
C8A	Integrazione ospedale territorio	1,89
C9	Appropriatezza prescrittiva farmaceutica	2,17
D17	Valutazione utenti Materno Infantile	2,51
D18A	Dimissioni volontarie	3,96
D20	PROMs	2,15
D20B	Estensione ed adesione PREMs	0,00
E2	Percentuale di assenza	4,00
F1	Equilibrio economico reddituale	3,34
F11	Indice di compensazione	0,91
F12A	Efficienza prescrittiva farmaceutica	5,00
F15	Efficienza ed Efficacia nei Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza nei Luoghi di Lavoro (PISLL)	3,74
F17	Costo sanitario pro capite	3,42
F19A	Costo medio per punto Drg	2,68
F3	Equilibrio patrimoniale finanziario	3,13

Come si può notare, oltre il 50% degli indicatori aziendali hanno un punteggio elevato (tra 3 e 5) ed in particolare la performance è risultata BUONA (Verde) nel 45,4% e OTTIMA (Verde Scuro) nel 6,8%; è invece risultata MOLTO SCARSA (Rosso) nel 4,5 %, SCARSA (Arancione) nel 4,5%, MEDIA (Giallo) nel 38,6%.

Dalla torta della variabilità, che combina l'andamento temporale del valore degli indicatori con la loro variabilità in azienda, si evince che gli indicatori migliorati sono stati il 50%; quelli peggiorati il 36%; e quelli stabili il 14%.

Capacità di miglioramento



Gestione della variabilità



Migliorati (Delta >= +1%)		Peggiorati (Delta <= -1%)		Stabili (-1% < Delta < +1%)		Ottimo		Buona strada		Attenzione		Criticità	
110	50.00%	80	36.36%	30	13.64%	59	36.88%	33	20.63%	41	25.63%	27	16.88%

Il 37% degli indicatori hanno avuto una variabilità Ottima cioè performance migliorata e variabilità ridotta (verde scuro). È la situazione ideale, perché il miglioramento è stato ottenuto riuscendo anche a ridurre le differenze fra zone-distretto o stabilimenti. Per il 20% siamo sulla buona strada la performance è migliorata ma la variabilità aumentata, nel 25% dobbiamo fare attenzione perché la performance è peggiorata e la variabilità aumentata (arancione). Nel 17% gli indicatori sono risultati critici con Performance peggiorata e variabilità ridotta (rosso); a questi ultimi risultati si deve porre particolare attenzione perché il peggioramento sembra essere avvenuto in modo diffuso fra tutte le zone o stabilimenti della azienda.

Tenendo conto dei risultati degli indicatori Mes, monitorati in corso d'anno, l'Azienda ha proseguito l'impegno di miglioramento in particolari settori come: il contenimento dei Tempi di Attesa delle Attività Specialistiche e Chirurgiche, l'incremento nell'utilizzo delle prescrizioni elettroniche, la prevenzione legata alle vaccinazioni e screening e l'integrazione ospedale-territorio intesa come capacità delle strutture territoriali di prendere in carico l'utente e quindi ridurre ricoveri e accessi di PS impropri.

5.2. I risultati dei Bersagli degli Stabilimenti

PO	STABILIMENTI	2018	2019
PO RIUNITI AREZZO	Osp. Arezzo	2,94	2,98
	Osp. Bibbiena	2,95	2,49
	Osp. Sansepolcro	3,46	3,21
PO VALDARNO	Osp. Montevarchi	2,69	2,76
PO AREA GROSSETANA	Osp. Casteldelpiano	3,10	2,46

	Osp. Grosseto	3,34	2,82
	Osp. Massa Marittima	3,74	3,14
PO ALBEGNA	Osp. Orbetello	3,66	3,00
	Osp. Pitigliano	3,71	2,64
PO VALDICHIANA SENESE	Osp. Abbadia SS	2,79	2,90
	Osp. Montepulciano	2,55	2,65
	Osp. Cortona	3,83	3,54
PO ELSA	Osp. Poggibonsi	2,80	2,71

(valutazione media degli indicatori "radice" del Bersaglio)

La sintesi della performance per stabilimento, basata sui risultati degli indicatori oggetto di valutazione aggregati nel Bersaglio MeS, evidenziano il mantenimento di una buona performance se pur per alcuni stabilimenti il valore è in lieve diminuzione.

5.3. I risultati dei Bersagli delle Zone Distretto

ZONA DISTRETTO	2018	2019
Arezzo – Casentino-Valtiberina	2,98	3,22
Valdarno	2,98	3,33
Valdichiana Aretina	3,16	3,23
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana Senese	2,75	2,86
Senese	2,67	2,61
Alta Val d'Elsa	2,97	2,79
Colline dell'Albegna	2,91	2,99
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	2,76	2,76

(valutazione media degli indicatori "radice" del Bersaglio)

Anche la sintesi della performance delle Zone Distretto, basata sui risultati degli indicatori oggetto di valutazione aggregati nel Bersaglio MeS, evidenziano il mantenimento di una buona performance, per molte zone in incremento.

5.4. 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.

A tale riguardo la Regione Toscana ha effettuato incontri trimestrali 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 particolare, la nostra Azienda ha concordato per il 2019 le seguenti azioni gestionali:

- riduzione spesa farmaceutica;

- mantenimento spesa per dispositivi medici;
- riduzione spesa di personale.

La Spesa per beni sanitari

Descrizione	Anno 2018	Anno 2019
Spesa farmaceutica ospedaliera	148.892.711	158.923.209
Spesa per dispositivi medici	68.735.471	70.374.316
Spesa farmaceutica Territoriale	104.698.403	102.954.666

L'incremento della spesa farmaceutica ospedaliera è dovuto principalmente a:

- all'incremento di alcune attività ad alto costo (per esempio l'attività oncologica);
- aumento della distribuzione per conto (che ha come effetto anche la riduzione dei costi per la farmaceutica territoriale)

L'incremento della spesa per dispositivi medici è legata principalmente all'attività chirurgica relativa per lo smaltimento dei tempi di attesa sull'attività protesica.

Gli sforamenti ottenuti sulla spesa farmaceutica 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 (dipendente, Specialisti ambulatoriali, interinali, etc.):

	2018	2019
Costo personale	486.202.887	498.954.088

I maggiori costi evidenziati sono dovuti principalmente a:

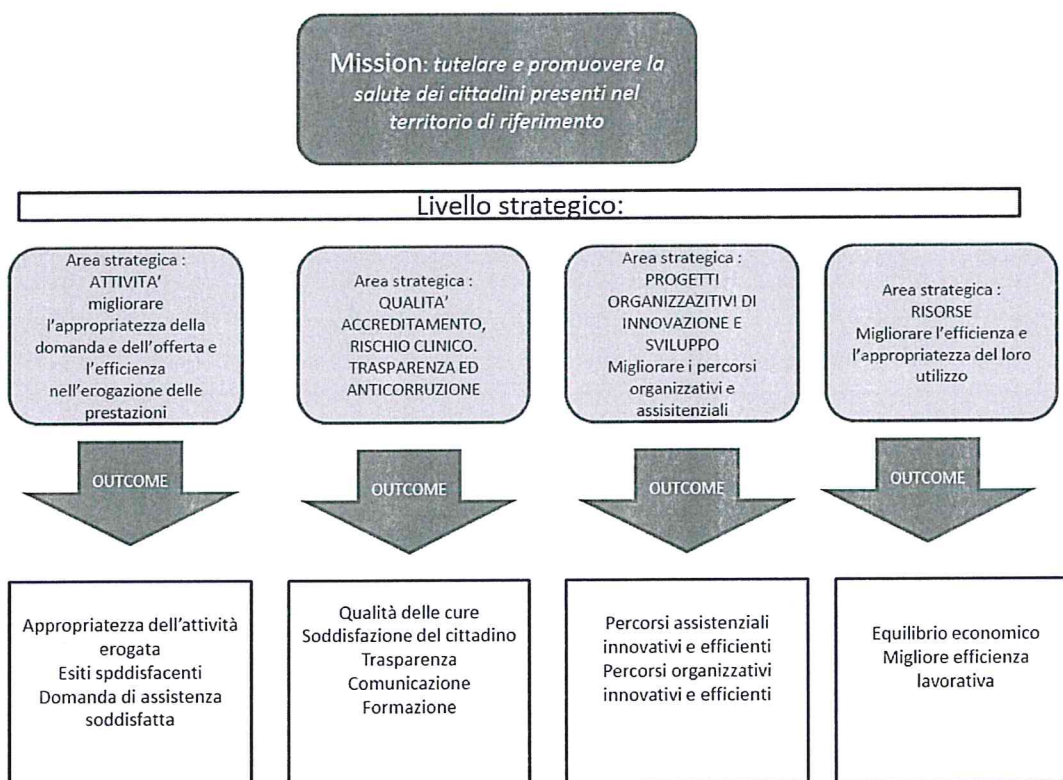
- apertura del nuovo padiglione presso l'ospedale Misericordia di Grosseto;
- acquisizione personale per smaltimento liste di attesa.

6. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture

6.1. 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:



6.2. La Programmazione Operativa 2019 : 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.

Gli obiettivi formalizzati con delib. N. 917 del 07/08/2019 e pubblicati nel sito internet aziendale come previsto dalla normativa sulla Trasparenza, sono stati assegnati ai Centri di Responsabilità previsti dalla Azienda Sud Est nel nuovo assetto organizzativo aziendale ancora in via di consolidamento.

Oltre agli obiettivi regionali (compresi anche gli indicatori di performance del bersaglio MeS), agli obiettivi economici di rispetto dei vincoli di bilancio, sono stati assegnati anche obiettivi riguardanti le azioni di sviluppo e di omogeneizzazione all'interno della azienda.

Gli obiettivi trasversali a più centri di responsabilità, tesi ad uniformare e migliorare l'offerta e i percorsi all'interno dell'Azienda hanno riguardato:

- Attività specialistica e tempi di attesa degli interventi chirurgici programmati e prestazioni ambulatoriali

- Attenzione agli esiti (PNE)
- Il rispetto dei nuovi LEA e NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) in ambito ospedaliero e territoriale
- Costruzione della rete fra gli ospedali
- La rete dell'emergenza urgenza
- La prevenzione e promozione alla salute
- Lo sguardo alla Qualità, sicurezza e rischio clinico
- La Formazione
- Trasparenza ed anticorruzione
- Il nuovo ruolo del Sistema Amministrativo e tecnico

Di seguito si riporta la sintesi, per Centri di Responsabilità raggruppati in Amministrativi/Tecnici, Ospedalieri (H), Prevenzione, Staff, Territoriali (T), degli obiettivi sopra esposti espressi in indicatori specifici indicando anche il peso medio assegnato e la % media di raggiungimento dei vari obiettivi.

La tabella seguente raggruppa gli **indicatori Regionali Mes, del Piano Nazionale Esiti e del NSG** assegnati alle aree interessate (il numero riportato indica i centri di Responsabilità coinvolti nell'obiettivo):

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/TEC	STAFF
B22.1	N. corsi AFA a bassa disabilità sulla popolazione residente (>= 65 anni)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		7 1,0 1,4 98,6			
B22.2	N. corsi AFA ad alta disabilità sulla popolazione residente (>= 65 anni)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		7 2,0 1,4 96,3			
B28.3.2.1	% RSA che ricevono il PAP dalle zone	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		1 10,0 100,0			
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	10 2,3 99,5				1 2,0 2,0 100,0
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					1 2,0 2,0 98,9
B7.3	Copertura per vaccino HPV	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			9 4,9 2,0 87,3		
C15.10	Percentuale di trattamenti multi-professionali dei residenti minorenni	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	1 5,0 5,0 100,0	8 8,8 6,3 100,0			
C15a.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		2 5,0 2,5 100,0			
C16.1	Percentuale di accessi con codice giallo visitati entro 30 min	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp.	13 9,3				

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/TEC	STAFF
		% di raggiungimento media	91,9				
C16.2	Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora.	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	13 9,1 94,6				
C16.4n	Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza oltre le 12 ore	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	38 6,2 1,8 76,0				
C16.7	Percentuale di ricoveri da Pronto Soccorso in reparti chirurgici con DRG chirurgico alla dimissione rispetto ai ricoveri in reparti chirurgici con DRG medico o chirurgico alla dimissione	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	19 5,2 82,9				
C16.9	Percentuale di ricoveri su Numero accessi al Pronto Soccorso	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	13 9,3 98,2				
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	32 2,6 79,8				
C2a.M	Indice di performance degenza media - DRG Medici	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	55 4,3 1,9 71,1				
C6.2.2	Numero MMR (per struttura)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	1 10,0 100,0				
C7.1m	Proporzione di tagli cesarei primari	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	3 2,3 80,6				
D9a	Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	23 8,5 2,2 97,7				
GLEA_11	Posti letto attivi in hospice sul totale dei deceduti per tumore (per 100)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					2 2,0 1,0 100,0
GLEA_13	Numero prestazioni specialistiche ambulatoriali di risonanza magnetica per 100 residenti	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		1 1,0 75,3			
GLEA_14	Numero assistiti presso i Dipartimenti di salute mentale per 1.000 residenti	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		8 4,0 1,0 90,0			
GLEA_4	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			9 11,8 5,0 100,0		
GLEA_5.1	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			14 5,5 3,0 100,0		
GLEA_5.2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi infor	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			14 5,5 3,0 100,0		
GLEA_5.3	ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione	N° CdR Punti medi assegnati Dirig.			14 5,6		

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/TEC	STAFF
	della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			3,0 100,0		
GLEA_8	Percentuale di anziani >=65 anni trattati in ADI	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		8 3,6 2,8 100,0			
LEA_S2.2.1.R1	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura (R1)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					2 2,0 2,0 27,3
LEA_S2.2.1.R2	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura (R2)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					2 2,0 2,0 100,0
LEA_S2.2.1.R2D	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura (R2D)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					2 2,0 2,0 100,0
LEA_S2.2.1.R3	Numero di assistiti residenziali per 1000 abitanti per intensità di cura (R3)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					2 2,0 2,0 100,0
MES_B6.1.1a	Segnalazioni di morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in ospedale o in PS. N. di accertamenti di morte encefalica (CAM)/ N. di decessi con lesioni cerebrali acute in ospedale o in PS *100	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	14 3,1 2,2 51,4				
MES_B6.1.2	Percentuale di donatori organi procurati su Numero di morti encefaliche	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	4 4,0 93,4				
MES_B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche in relazione al numero di posti letto (eleggibili per le donazioni) in TI. Numero di Accertamenti di Morte Encefalica/ Numero di posti letto in UTI	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	8 2,1 68,3				2 2,0 1,0 100,0
MES_C10.2.1	Percentuale di interventi conservativi o nipple e skin sparing sul totale degli interventi per tumore maligno della mammella	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	3 1,0 100,0				
MES_C10.4.1	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore alla mammella	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	3 1,0 91,9				
MES_C10.4.2	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore alla prostata	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	4 3,0 13,1				
MES_C10.4.3	Attesa media prima del ricovero: interventi chirurgici per tumore al colon	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	9 1,0 100,0				
MES_C10.4.4	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore al retto	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	9 1,0 100,0				
MES_C10.4.6	Attesa media prima del ricovero per interventi chirurgici per tumore utero	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	7 4,0 97,3				
MES_C15.2	Contatto entro 7 gg con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		8 6,1 2,6 98,5			

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/TEC	STAFF
MES_C22.4	% di turni con pazienti OT (ordinari) alla fine della degenza	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	10 2,8 1,3 96,8				
MES_C28.2	Percentuale di ricoveri hospice con tempo massimo di attesa tra segnalazione e ricovero in Hospice <= 3gg	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					3 2,0 1,0 99,8
NSG_D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (. 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	1 2,0 99,8				
NSG_D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Minuti	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	5 5,0 2,0 93,3				
NSG_D13C	Consumo pro-capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	9 1,0 69,0				
NSG_D22Z.CIA1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	8 3,4 2,8 100,0				
NSG_D22Z.CIA2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	8 3,4 2,6 100,0				
NSG_D22Z.CIA3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	8 3,1 2,6 100,0				
NSG_D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	8 3,8 1,4 86,5				
NSG_D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					3 1,7 1,0 81,6
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	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					3 1,7 1,0 100,0
NSG_H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	20 1,0 1,9 98,5				
NSG_H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	3 1,7 73,5				
NSG_H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti.	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	2 2,0 69,6				
NSG_H19S	Percentuale di parti fortemente pre-termine (22-31 settimane di gestazione) avvenuti in punti nascita senza UTIN	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	4 3,3 88,8				
NSG_P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			9 5,0 2,0 100,0		
NSG_P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24	N° CdR			9		

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/TEC	STAFF
	mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			5,0 2,0 99,8		
NSG_P03C	Copertura vaccinale anti-pneumococcica	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			9 5,0 2,0 97,0		
NSG_P04C	Copertura vaccinale anti-meningococcica C	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			9 5,0 2,0 95,6		
NSG_P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		8 1,0 1,0 73,3			
NSG_P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	1 4,0 100,0				
NSG_P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	2 5,0 3,0 100,0	13 4,2 3,6 100,0			1 10,0 10,0 100,0
NSG_P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	23 2,9 2,1 92,3				1 10,0 10,0 90,5
NSG_P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	18 3,2 2,2 71,4				1 10,0 10,0 70,1
PNE_14	Scompenso cardiaco congestizio (SCC), rischio di morte a 30 giorni dall'evento per 100	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	1 3,0 100,0				
REG_A8_001	Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	286 1,1 1,0 100,0	61 1,0 1,0 100,0	42 1,0 1,0 100,0	40 1,3 1,1 100,0	55 1,1 1,0 100,0
REG_C1_074a	Incremento ricette dematerializzate. % ricette specialistica	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	152 1,4 53,7				2 2,3 2,3 32,8
REG_C1_074b	Incremento ricette dematerializzate. % ricette farmaceutica	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	152 1,4 33,4				2 2,3 2,3 13,7
REG_C1_075	TEMPI DI ATTESA: Implementazione dell'avvio in produzione del CUP 2.0. % di realizzazione	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media				7 11,0 11,0 100,0	1 25,0 25,0 100,0
REG_D1_003a	Personale: Produttività aggiuntiva annuale. Rispetto limiti come da programmazione annuale. % rispetto del programma	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	44 3,4 2,1 99,4	11 2,8 1,0 99,5	2 6,5 100,0		3 7,7 100,0
Total N° CdR			1.015	175	140	47	89
Total Punti medi assegnati Dirigenza			2,5	2,9	4,4	2,7	2,2
Total Punti medi assegnati Comparto			1,6	2,1	2,2	2,7	1,8
Total % di raggiungimento media			76,8	97,3	98,7	100,0	93,8

- Gli indicatori invece definiti dall'azienda sono suddivisi nei seguenti capitoli e sottocapitoli (il numero riportato indica i centri di Responsabilità coinvolti nell'obiettivo):

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	H	T	PREV	AMM/TEC	STAFF
ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali	Attività di Governo delle Professioni Tecnico- Sanitarie e Infermieristiche-Ostetriche	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	335 6,8 5,5 99,7	100 11,3 7,7 99,2			10 5,8 100,0
	Attività Ambulatoriale	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	292 10,3 7,2 97,0	176 7,3 6,7 88,1	1 10,0 4,0 100,0		18 19,8 23,2 99,7
	Attività di governo del territorio	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		21 14,8 99,9			7 20,1 100,0
	Attività di Prevenzione	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			74 23,2 21,5 99,9		1 10,0 15,0 100,0
	Attività di Pronto Soccorso - 118	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	20 24,9 14,4 100,0			1 15,0 15,0 100,0	2 12,0 12,0 100,0
	Attività di Ricovero	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	147 6,4 3,5 84,3	2 10,0 7,0 100,0			
	Attività di Sala Operatoria	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	144 6,3 3,4 91,4				
	Attività Gestionale di Supporto	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	17 5,3 8,5 100,0	17 8,0 10,8 94,1	28 5,3 10,0 100,0	157 14,5 15,2 99,9	79 10,1 11,2 100,0
	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	4 5,3 7,0 96,4	85 6,6 8,0 93,4			30 15,6 12,0 97,8
	Efficacia Assistenziale	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media					4 23,8 22,5 100,0
	PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	45 32,6 13,8 99,0		4 16,3 2,6 100,0	51 15,5 2,6 97,1	48 13,1 2,0 97,0
BUON USO DELLE RISORSE	Azioni di Appropriatezza	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	283 5,4 5,0 89,3				
	Costi	N° CdR	558	193	33	9	38

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	H	T	PREV	AMM/ TEC	STAFF
		Punti medi assegnati Dirig.	7,3	6,4	8,7	11,7	8,2
		Punti medi assegnati Comp.	2,5	2,4	3,3	14,3	2,9
		% di raggiungimento media	95,9	96,4	98,9	100,0	98,6
		N° CdR	86	16	16		10
	Costi del personale	Punti medi assegnati Dirig.	2,3	1,4	2,0		1,6
		Punti medi assegnati Comp.					
		% di raggiungimento media	99,4	100,0	100,0		99,5
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale	N° CdR	170	35	24		4
		Punti medi assegnati Dirig.	6,6	7,3	0,0		22,0
		Punti medi assegnati Comp.	6,3	9,4	8,6		4,0
		% di raggiungimento media	92,5	93,1	100,0		100,0
	Processi Aziendali	N° CdR	2048	434	334	286	409
		Punti medi assegnati Dirig.	1,9	1,8	2,0	2,0	1,8
		Punti medi assegnati Comp.	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
		% di raggiungimento media	98,4	99,8	99,9	99,9	99,3
	Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico- Amministrative	N° CdR	1			18	7
		Punti medi assegnati Dirig.	5,0			9,2	14,7
		Punti medi assegnati Comp.				10,7	14,9
		% di raggiungimento media	100,0			99,4	100,0
	Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari Aziendali	N° CdR	326	58		1	113
		Punti medi assegnati Dirig.	5,4	12,1		18,0	8,8
		Punti medi assegnati Comp.	6,5	4,4		15,0	8,4
		% di raggiungimento media	91,4	98,0		90,0	99,1
QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	Formazione	N° CdR	322	92	77	46	72
		Punti medi assegnati Dirig.	5,8	5,6	4,9	7,0	6,6
		Punti medi assegnati Comp.	5,7	5,4	5,1	6,8	7,0
		% di raggiungimento media	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Prevenzione e Sicurezza	N° CdR	33				25
		Punti medi assegnati Dirig.	5,8				14,1
		Punti medi assegnati Comp.					14,0
		% di raggiungimento media	100,0				99,8
	Qualità e Accreditamento	N° CdR	240	17	40	9	13
		Punti medi assegnati Dirig.	8,2	12,9	4,5	5,2	12,0
		Punti medi assegnati Comp.	6,1	9,4	9,1	5,7	14,8
		% di raggiungimento media	91,7	94,1	100,0	100,0	100,0
	Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	N° CdR	252	66	26		14
		Punti medi assegnati Dirig.	7,8	11,1	0,0		17,3
		Punti medi assegnati Comp.	8,5	4,2	5,5		5,9
		% di raggiungimento media	99,4	100,0	100,0		100,0
	Trasparenza e Anticorruzione	N° CdR	552	106	54	70	103
		Punti medi assegnati Dirig.	1,4	1,6	1,8	1,1	1,4
		Punti medi assegnati Comp.	1,3	1,4	1,0	1,1	1,4
		% di raggiungimento media	67,3	69,3	99,1	76,4	73,8

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

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/ TEC	STAFF
AZ_D1_001	BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato	N° CdR	271	54	30		30
		Punti medi assegnati Dirig.	9,9	9,7	9,0		8,8
		Punti medi assegnati Comp.	2,1	2,2	3,3		2,9
		% di raggiungimento media	97,7	96,3	98,8		98,2
AZ_D1_001a	BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per farmaci innovativi	N° CdR	30				
		Punti medi assegnati Dirig.	2,7				
		Punti medi assegnati Comp.	1,1				

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/ TEC	STAFF
		% di raggiungimento media	95,4				
AZ_D1_006a	Specialistica ambulatoriale in convenzione. Mantenimento ore anno precedente	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	86 2,3 99,4	16 1,4 100,0	16 2,0 100,0		10 1,6 99,5
AZ_D1_009	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: importo pro capite	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		9 2,3 98,4			
AZ_D1_010	ASSISTENZA PROTESICA: rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		8 4,3 98,6			
AZ_D1_012b	Distribuzione Diretta: % pazienti con distribuzione diretta rispetto il totale dei pazienti trattati (in regime di ricovero o ambulatoriale)	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	145 5,3 2,9 93,5	8 6,5 4,7 97,6			
AZ_D1_015	Rette RSA per anziani non autosufficienti: rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		15 4,3 2,9 100,0			
AZ_D1_016	RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERT: rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		16 5,8 2,0 98,6			
AZ_D1_019	Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM: rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		15 6,8 2,0 99,1			
AZ_D1_020	CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comun ità: rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		10 4,6 98,4			
AZ_D1_030	Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI: rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		15 4,1 3,0 98,8			
AZ_D1_031	Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM: Rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		6 12,8 92,5			
AZ_D1_035	Rispetto del piano triennale del fabbisogno del personale. % rispetto del piano	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	35 4,7 2,4 99,8	9 4,4 100,0	1 6,0 100,0		2 7,0 100,0
AZ_D1_037	Rispetto importo assegnato per il rinnovo e lo sviluppo di Apparecchiture di Medio e Bassa Tecnologia	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media	14 5,1 100,0	8 4,5 100,0	1 5,0 100,0		2 5,0 100,0
AZ_D1_040	Costi per ass. domiciliare in convenzione	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		4 3,8 94,3			
AZ_D1_041	Costi per servizi resi da cooperative , contributi e sussidi erogati nell'ambito del FNA - Rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		9 4,2 2,0 100,0			
AZ_D1_042	Riabilitazione Ex art.26. Rispetto budget assegnato	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media		7 2,0 54,2			
AZ_D1_043	Monitoraggio budget trasversali secondo la Delibera Aziendale	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp. % di raggiungimento media			1 5,0 100,0	8 12,6 100,0	4 5,8 100,0
AZ_D1_046	Monitoraggio Budget trasversali. Redazione di almeno N° report periodici da inviare alla Direzione	N° CdR Punti medi assegnati Dirig. Punti medi assegnati Comp.				1 4,0	

Codice KPI	Descrizione KPI	Dati	H	T	PREV	AMM/ TEC	STAFF
	Aziendale	% di raggiungimento media				100,0	

Complessivamente, sono stati individuati 740 indicatori che declinano nelle schede budget dei singoli Centri di Responsabilità, le strategie aziendali già esplicitate nel Piano della Performance. Per ulteriori dettagli sui vari indicatori si rimanda all'allegato.

6.3. 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).

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 2019, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione;
- 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 pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda.

6.4. Il processo di misurazione e valutazione

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 è 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.

6.5. La Performance di struttura – Risultati raggiunti nell'Azienda Toscana Sud Est

La situazione complessiva della performance delle struttura dell'azienda 2019, validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, dopo aver verificato gli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità con i dati consuntivi, aver valutato anche le eventuali controdeduzioni dei responsabili delle strutture organizzative, è la seguente:

Classe di risultato	DIRIGENZA		COMPARTO	
	Numero Schede	Distribuzione %	Numero Schede	Distribuzione %
>= 90	361	86,57%	257	100%
80 - 89	47	11,27%		
70 - 79	8	1,92%		
60 - 69				
50 - 59				
< 50	1	0,24%		
Totale	417	100%	257	100%

7. Obiettivi individuali

7.1. 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.sigmapaghe.com>

L'avvio di questo nuovo sistema ha comportato tutta una serie di azioni volte alla corretta identificazione delle associazioni Valutatore – Valutati. Innanzitutto, in fase di messa in impianto del sistema si è provveduto ad un "automatismo associativo" rilevato dal sistema di gestione dell'Angolo del Dipendente, presupponendo che chi "autorizza le ferie" sia nella maggior parte dei casi anche il superiore gerarchico che opererà la valutazione del dipendente. In un secondo momento sono stati inizializzati nel gestionale Schede di Valutazione Individuale – Sigma (S.V.I.) in qualità di Valutatori tutti i titolari di Scheda Budget ed i relativi coordinatori referenti, quindi inseriti tutti i Valutatori già noti della precedente annualità di valutazione 2018 per un totale di circa 600 nominativi. Il caricamento massivo dei dati è stato effettuato con il supporto tecnico della ditta Sigma a cui sono stati inoltrati file di dati contenenti le informazioni utili alla creazione dei Valutatori nel gestionale ed alla primaria associazione dei poco più di 9.000 valutati.

I Valutatori sono stati profilati con le stesse credenziali di accesso da loro utilizzate per entrare nel proprio "Angolo del Dipendente" e quindi con mail del 12 giugno 2019 si è dato ufficialmente avvio al nuovo sistema informatizzato di gestione delle schede individuali dell'Azienda Usl Sudest. Da questa data è iniziata per i Valutatori una fase preliminare di revisione delle associazioni per la loro modifica/integrazione sulla base delle richieste inoltrate su apposita casella mail opportunamente aperta: valutazioneindividuale@uslsudest.toscana.it che da questo momento in poi diviene il canale ufficiale di comunicazione inerente la Valutazione Individuale.

Queste operazioni preliminari, la necessità di mantenersi allineati ai tempi del Sistema di Budget, la ulteriore necessità di avviare una formazione aziendale specifica con due incontri tenutisi nei mesi di aprile e maggio 2019, hanno fatto sì che il sistema di valutazione prendesse avvio nella sua: “Fase I – Assegnazione degli obiettivi e comportamenti attesi” da metà giugno 2019.

Si mette in risalto la disponibilità fornita, la forte capacità di adattamento e il buon clima interno mantenuto nonostante momenti di particolare intensità lavorativa dovuti alla necessità nel primo semestre dell’anno di completare le opportune revisioni del materiale documentale cartaceo della valutazione 2018 ed al contempo quelle sopradescritte di messa in impianto del nuovo sistema informatizzato per la gestione della valutazione 2019 e dei relativi corsi di formazione, oltre allo svolgimento delle altre attività inerenti la struttura di afferenza, oggi Programmazione, Reclutamento e Relazioni Sindacali (ex UOC Programmazione, Reclutamento e Valutazione del personale). In merito a quest’ultima c’è da porre in evidenza che le risorse assegnate allo svolgimento dell’attività nell’anno 2019 sono: 1 unità con funzioni di coordinatore e referente per l’ambito provinciale aretino, 1 unità referente per l’ambito provinciale grossetano ma in quota parte in quanto anche a supporto anche dell’attività relativa ai Collegi Tecnici; 1 unità referente per l’ambito provinciale senese in quota parte in quanto anche coordinatore dell’attività relativa ai Collegi Tecnici e 1 unità sempre per ambito senese che dal mese di luglio 2019 viene trasferita presso altra struttura aziendale.

Con quest’ultima le unità che sono state tolte al supporto della valutazione individuale diventano due che nell’arco dell’annualità 2019 non si è potuto procedere nel loro reintegro neanche parziale con grosse difficoltà per mantenere quei tempi che l’attività di per sé richiede e che non sempre si è potuto ottemperare con la qualità che si sarebbe voluto. Ulteriore punto debole sta nell’aver un’unica risorsa dedicata all’estrazione ed elaborazione dei dati dal gestionale S.V.I. ed essendo, oltretutto, le tre unità di personale che ruotano attorno alla valutazione distribuite su tre province diverse, la distanza fisica non permette la formazione di almeno un’altra unità per lo svolgimento di questa parte dell’attività.

L’informatizzazione, la creazione degli archivi associativi e la loro revisione hanno comportato una partenza un po’ tardiva rispetto a quanto previsto dai regolamenti aziendali vigenti, ma con un calendario temporale sufficientemente rispettato. Infatti a causa degli eventi intercorsi all’inizio dell’anno 2020 per il contenimento della pandemia da COVID-19, la fase di valutazione finale si è protratta oltre il primo trimestre dell’anno andando di fatto a chiudersi definitivamente al 30/06/2020, ridefinendosi così il calendario eventi:

- **Fase di assegnazione** degli obiettivi individuali e dei comportamenti attesi - da effettuarsi nel I quadrimestre dell’anno di valutazione, che in questo primo anno del sistema informatizzato ha avuto **scadenza al 31/08/2019** - **AVVIO DEL PROCESSO**;
- **Fase Intermedia** verifica sul perseguimento degli obiettivi/comportamenti attesi – da effettuarsi almeno una volta nell’anno di valutazione nel **periodo settembre – ottobre 2019**. In questo primo anno del sistema informatizzato tale fase è discrezionale o qualora si presenti la necessità di apportare modifiche alla scheda di assegnazione;
- **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 01/01/2020 al 31/03/2020 – CHIUSURA DEL PROCESSO 30/04/2020 – Fase Posticipata al 30/06/2020** causa COVID-19.

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.

7.2. Iter del processo di valutazione individuale

Attori Interessati

- Dipendenti a tempo determinato e indeterminato e in regime di comando per un totale di n. 9571 aventi diritto distribuiti per ambito provinciale come riepilogato nello specchio affiancato:

AMBITO	DIRIGENZA	COMPARTO	TOTALE
AREZZO	767	3173	3940
SIENA	484	1994	2478
GROSSETO	658	2495	3153
TOTALE	1909	7662	9571

- 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, **poco meno di 700 Valutatori**.
- Titolare di P.O. "Coordinamento al Sistema di Valutazione Individuale" responsabile del procedimento e della stesura della presente relazione e i relativi referenti per ambito provinciale per un totale di n. 2 unità oltre al Direttore dell'UOC Programmazione, Reclutamento e Relazioni Sindacali.

Fasi del Processo

- **Individuazione ed assegnazione** avviata con comunicazione a tutti i Valutatori nel mese di giugno 2019 e scadenza al 31/08/2019 – comunicazione mail del 12/6/2019 – 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 27/09/2019;
- **Valutazione Intermedia** discrezionale da applicarsi nel periodo settembre – ottobre soltanto se richiesta dal Valutato o se Valutatore rileva criticità – fase non sottoposta a monitoraggio interno;
- **Valutazione Finale** dal 01/01/2020 a 29/02/2020 comunicazione a tutti i Valutatori – mail del 20/12/2019; con proroga al 06/03/2020 con 30 giorni disponibili per gestire le eventuali richieste di rilettera al gerarchico superiore del proprio valutatore - fase oggetto di monitoraggio e rendicontazione al Controllo di Gestione per verifica degli obiettivi trimestrali declinati nel Budget inviata con mail del 30/03/2020.

In questo primo anno del sistema informatizzato a completamento di questa fase finale si è dovuto intervenire per la verifica della conformità delle schede, diversi valutatori hanno effettuato la fase di chiusura non ponendo attenzione all'evento e di fatto chiudendo la scheda come nuova "assegnazione". Inoltre, la verifica sulle schede non aperte, causa l'emergenza per la gestione della pandemia da COVID-19, è stata oltremodo più lunga e difficoltosa e questo ha comportato un tempo maggiore per il completamento dell'intero processo che si è così chiuso al 30/06/2020.

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 sull'apposita sezione del Sito Web Aziendale Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance secondo tempistiche di legge.

Elementi della Valutazione

Sulla base dei Regolamenti vigenti per l'annualità 2019 in considerazione dell'attività svolta in funzione della struttura di afferenza 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 affiancato.

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

7.3. Risultati della Valutazione

Individuazione ed assegnazione obiettivi individuali: la fase di assegnazione per il personale sia del Comparto che della Dirigenza vede al 31/08/2019 n. 9.381 schede attese di cui: n. 191 schede –NV– Non Valutabili perché il dipendente si trova in lunga assenza annuale o perché nell'anno 2019 non ha effettuato almeno 30

giorni di effettivo servizio (ossia di presenza giornaliera timbrata), n. 8.786 schede assegnate e n. 404 schede in bozza in attesa di verifica da parte dell'ufficio valutazione. Si ottiene quindi il 91,5% di schede assegnate nei tempi richiesti.

Valutazione Intermedia: non rilevabile per tutte le strutture, ma fornito ampio supporto e data massima diffusione dell'informativa tramite pubblicazione di avviso sul nuovo sito intranet aziendale unificato.

Valutazione Finale: La valutazione finale anno 2019 sia per il personale del Comparto che della Dirigenza è completa con la ricezione pressoché totale delle relative schede attese, in incremento rispetto alle 9.381 della fase di assegnazione andando a conteggiare anche i neoassunti del periodo settembre-dicembre 2019 e, quindi, pari ad un totale di n. 9.571 schede. Di queste n. 9.132 sono state chiuse, n. 321 sono risultate non valutabili ed ad esse viene assegnato d'ufficio la valutazione conseguita dalla struttura di afferenza, n. 57 le schede chiuse con evento finale errato ma con punteggio espresso, n. 41 schede aperte ma non chiuse e senza punteggio per le quali è stato assegnato d'ufficio la valutazione conseguita dalla struttura di afferenza e n. 20 quelle per le quali non si è potuto procedere con l'apertura e tantomeno chiusura poiché relative a personale neo-assunto nell'ultimo trimestre dell'anno che non è stato associato, o a personale trasferito c/o altra struttura oppure dimesso prima che fosse nominato il nuovo responsabile e quindi di fatto il valutatore si è trovato nell'impossibilità di procedere per la mancanza della diretta conoscenza del valutato, anche per queste si è proceduto con la chiusura d'ufficio assegnando come risultanza individuale quella conseguita dalla struttura di afferenza.

Tenuto conto del nuovo CCIA adottato con delibera del DG del n. 1084 del 29/12/2017, per il personale del Comparto sono stati definiti dei range di raggruppamento delle risultanze conseguite sia nella valutazione di struttura che in quella individuale e definite relative percentuali di quote di salario di risultato secondo la tabella a fianco riportata.

Range di Raggruppamento Comparto	
risultato conseguito: STRUTTURA e INDIVIDUALE	premio erogato
90%-100%	100%
75%-89%	80%
60%-74%	60%
50%-59%	50%
<50%	0

Nell'anno 2019 le risultanze della Valutazione Individuale conseguite dal personale del Comparto si sono distribuite secondo range di raggruppamento come riportato nella tabella sottostante:

Tab. Valutazione Individuale anno 2019 per classi di risultato – Comparto

CLASSE DI RISULTATO	AMBITO PROVINCIALE			Totale	%
	AREZZO	SIENA	GROSSETO		
90%-100%	3026	1872	2243	7141	93,2%
75%-89%	127	109	224	460	6,0%
60%-74%	16	12	26	54	0,7%
50%-59%	3	1	2	6	0,08%
<50%	1			1	0,01%
Totale	3173	1995	2495	7662	

Per la Dirigenza, invece, non essendo ancora addivenuti ad un nuovo CCIA valgono a fronte della delibera 486/2016 i precedenti accordi integrativi ex asl 7,8,9 fino all'adozione del nuovo unificato. Questo comporta ai fini del raggruppamento per range di risultato modalità diverse per il personale della Dirigenza a seconda dell'area provinciale di afferenza ex asl come già applicato anche per l'annualità 2018, ossia:

DIRIGENZA EX ASL 7 - SIENA	
punteggio conseguito nella scheda INDIVIDUALE	premio erogato in % della quota teorica assegnata
90%-100%	100%
80%-89%	90%
70%-79%	80%
50%-69%	70%
<50%	0

DIRIGENZA EX ASL 7 - SIENA	
punteggio conseguito nella scheda STRUTTURA	premio erogato in % della quota teorica assegnata
90%-100%	100%
80%-89%	90%
70%-79%	80%
60%-69%	70%
<60%	0

DIRIGENZA EX ASL 8 - AREZZO	
punteggio conseguito nella scheda INDIVIDUALE	premio erogato in % della quota teorica assegnata
95%-100%	100%
90%-94%	95%
85%-89%	90%
80%-84%	85%
50%-79%	80%
<50%	50%

DIRIGENZA EX ASL 8 - AREZZO	
punteggio conseguito nella scheda STRUTTURA	premio erogato in % della quota teorica assegnata
Risultanza conseguita	Stessa percentuale

DIRIGENZA EX ASL 9 - GROSSETO	
punteggio conseguito sia nella scheda INDIVIDUALE che di STRUTTURA	premio erogato in % della quota teorica assegnata
90%-100%	100%
75%-89%	80%
60%-74%	60%
50%-59%	50%
<50%	0

Tab. Valutazione Individuale anno 2019 - per Classi di risultato – Dirigenza

Nonostante le tre diverse parametrizzazioni per classi di risultato dalle elaborazioni finali non risultano emergere significative differenze nelle valutazioni finali individuali.

AMBITO PROVINCIALE AREZZO		
CLASSE DI RISULTATO	NUM	%
95%-100%	421	54,89%
90%-94	238	31,03%
85%-89	59	7,69%
80%-84%	30	3,91%
50%-79%	18	2,35%
<50%	1	0,13%
Totale	767	100%

AMBITO PROVINCIALE GROSSETO		
CLASSE DI RISULTATO	NUM	%
90%-100%	553	84,04%
75%-89%	100	15,20%
60%-74%	4	0,61%
50%-59%	1	0,15%
<50%	-	-
Totale	658	100%

AMBITO PROVINCIALE SIENA		
CLASSE DI RISULTATO	NUM	%
90%-100%	427	88,22%
80%-89%	41	8,47%
70%-79%	13	2,69%
50%-69%	3	0,62%
<50%	-	-
Totale	484	100%

8. Allegati

- Allegato 1: dettaglio risultati valutazione per UdB
- Allegato 2: dettaglio elenco KPI per UdB
- Allegato 3: Risultanze individuali area Comparto – elencate per UdB
- Allegato 4: Risultanze individuali area Dirigenza – elencate per UdB
- Allegato 5: Modello schede individuali adottate
- Allegato 6: Processo negoziazione budget

www.uslusted.toscana.it
#salutetoscanaused

Budget 2020 : Valutazioni intermedia 4° trimestre



AREZZO
Via Curtatone 54, 52100
Centralino 0575 2551
P.I.e C.F. 02236310518
SIENA
Piazza Rosselli 26, 53100
Centralino 0577535111
GRDSSETO
Via Cimabue 109, 50100
Centralino 0566485111

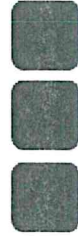


Dicembre 2020

Schede Budget 2020: Valutazione intermedia 4° trimestre 2020

Gli obiettivi coinvolti nella 4^a valutazione intermedia sono i seguenti:

Codice KPI	Descrizione
KPI AZ_VI_014	Assegnazione Obiettivi valutazione individuale anno in corso: % di personale per la quale si è avviata la fase di valutazione. Schede individuali gestite rispetto al totale del personale della struttura. Rendicontazione al 30/11 da ufficio valutazione
KPI AZ_VI_015	Inserimento su piattaforma dedicata per il budget anno successivo, da effettuare nel 4 ^a trimestre, di almeno una proposta di obiettivo (max 3) specifico per la propria struttura o obiettivi trasversali per altre strutture.



Schede Budget 2020: Valutazione intermedia 4° trimestre 2020

Unità di Budget		
Range punteggio ottenuto	Numero Schede	Distribuzione %
>= 90	268	100%
50 - 89		
< 50		
Totale	268	100%

La tabella si riferisce solo alle UdB con assegnato il Comparto in quanto la valutazione intermedia si applica solo a loro per il riconoscimento dell'acconto.

