



RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2025

Giugno 2026

INDICE

Introduzione	2
1. L'azienda in cifre	2
2. Pari opportunità e bilancio di genere	14
3. Articolazione organizzativa	17
4. La performance aziendale	18
4.1. ANALISI DEL RISULTATI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ANNO 2025	19
4.2. I RISULTATI DEI BERSAGLI DEGLI STABILIMENTI	21
4.3. I RISULTATI DEI BERSAGLI DELLE ZONE DISTRETTO	22
4.4. LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	22
4.5. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	23
5. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture – La performance organizzativa	26
5.1. L'ALBERO DELLE PERFORMANCE	26
5.2. LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2025: DAGLI INDIRIZZI REGIONALI E DI AREA VASTA AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI	26
5.3. INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	47
5.4. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DI STRUTTURA	48
5.5. LA PERFORMANCE DI STRUTTURA – RISULTATI RAGGIUNTI NELL'AZIENDA TOSCANA SUD EST	50
6. La performance individuale	51
6.1. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	51
6.2. ITER DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	52
6.3. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE	54

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., da pubblicare nel sito aziendale entro il 30 giugno di ogni anno.

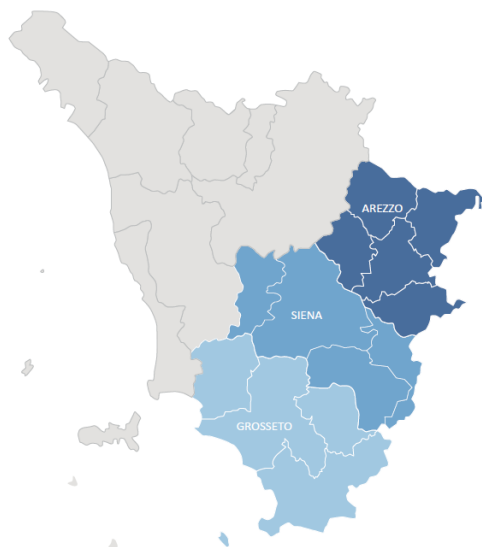
Trattasi di uno strumento di “trasparenza” dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità 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 2025 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** accorpate 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, Val d'Orcia, Valdichiana Senese
- Zona-Distretto Senese
- Zona-Distretto Amiata Grossetana, Grossetana, Colline Metallifere
- Zona-Distretto Colline dell'Albegna

La popolazione residente nel territorio dell'AUSL Toscana sud est al 01/01/2025 è pari a **807.705** abitanti (oltre 1.000 unità in meno rispetto all'anno 2024); gli abitanti sono distribuiti in 99 comuni, che contano una popolazione che va da un minimo di 509 abitanti (Montemignaio) a un massimo di 96.330 (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 14 comuni la popolazione è compresa tra 10.000 e 30.000 abitanti, mentre nei rimanenti 30 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 Km², pari a meno della metà rispetto al valore medio regionale (160ab/Km²).

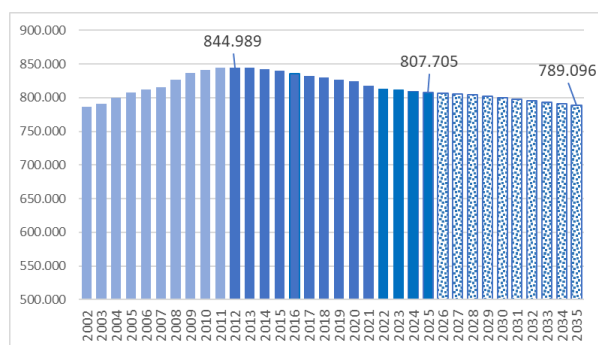
Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2025 - Fonte ISTAT

Zone/province di residenza	Femmine	Maschi	Totale
Alta Val d'Elsa	31.303	30.441	61.744
Senese	63.937	59.451	123.388
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	37.821	36.507	74.328
Provincia di Siena	133.061	126.399	259.460

Zone/provincie di residenza	Femmine	Maschi	Totale
Casentino	16.641	16.850	33.491
Val Tiberina	14.567	14.168	28.735
Val di Chiana Aretina	25.381	24.187	49.568
Aretina	65.020	62.386	127.406
Valdarno	47.759	46.281	94.040
Provincia di Arezzo	169.368	163.872	333.240
Colline dell'Albegna	24.461	22.959	47.420
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	85.665	81920	167.585
Provincia di Grosseto	110.126	104.879	215.005
Azienda USL Toscana sud est	412.555	395.150	807.705

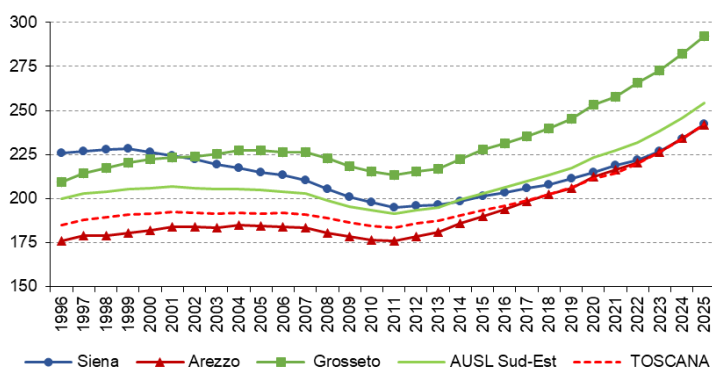
La figura seguente mostra come la popolazione della AUSL Toscana Sud Est sia andata progressivamente diminuendo nell'ultimo decennio e le stime ISTAT mostrano che tale andamento sarà confermato anche nei prossimi anni.

Popolazione residente al 01/01 di ogni anno nella Azienda USL Toscana sud est. Dati definitivi dal 2002 al 2025, e stime dal 2026 al 2035 - Fonte ISTAT



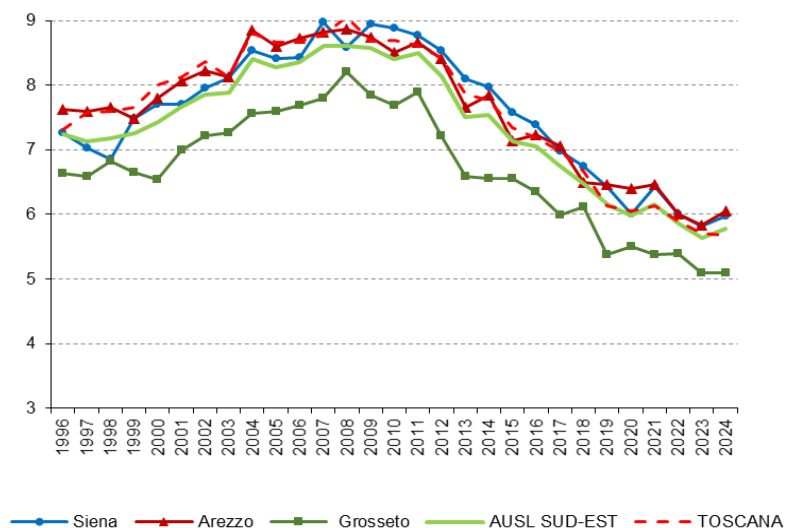
L'indice di vecchiaia è un indicatore molto importante in grado di sintetizzare due tendenze: l'aumento della popolazione anziana e la riduzione di quella molto giovane. La presenza di anziani nel nostro territorio è oltre che doppia rispetto a quella dei giovani (si contano 246 anziani ogni 100 giovani) e superiore ai valori medi regionali, tale fenomeno è molto accentuato nella provincia di Grosseto, dove il rapporto anziani ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni sale a 282; i dati nella tabella che segue 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 come dal 2011 questo indicatore sia in netto aumento (+29% dal 2011 al 2025).

Andamento indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Popolazione al 01/01. Anni 1992-2025 fonte ISTAT



Molto marcato in questa Azienda, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione della coorte di donne in età fertile; nel 2024 il tasso di natalità si mantiene a livelli molto bassi (5,8 nati per 1.000 abitanti); tutte le zone presentano bassi livelli di natalità, la denatalità più marcata si osserva nella provincia grossetana (5,1 nati per 1.000 abitanti) e in particolare nella zona delle Colline dell'Albegna (4,3 nati per 1.000 abitanti).

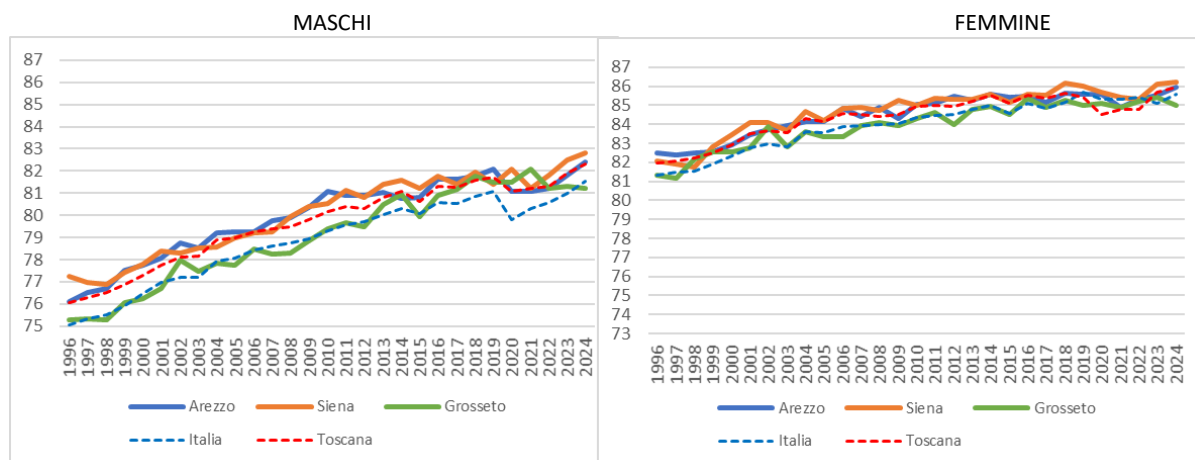
Trend indice di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2024 Fonte ISTAT



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).

In particolare l'andamento della speranza di vita alla nascita dal 1992 al 2024 nelle province dell'AUSL Toscana sud est mostra nei maschi un incremento nelle province di Arezzo, Siena. Negli anni si sono dunque ridotte in entrambi i generi le differenze tra le province della AUSL Toscana sud est.

Trend speranza di vita alla nascita per sesso - Anni 1992-2024- Fonte ISTAT



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:**

Le **dotazioni dei posti letto** per stabilimento ospedaliero pubblico ed equiparato (incluso NIDO e posti letto di Osservazione Breve Intensiva-OBI), suddivisi tra ordinario e day hospital/day surgery:

		Anno 2025		
Presidio Ospedaliero	Stabilimenti ospedalieri pubblici	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA (Nottola – Montepulciano)	166	145	21
	PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE (Abbadia San Salvatore)	33	24	9
Po Val D'Elsa	OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA (Campostaggia – Poggibonsi)	171	143	28
	SERVIZIO PSICHIATRICO DIAGNOSI E CURA (SPDC c/o AOUS)	8	8	0
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	OSPEDALE DEL CASENTINO (Bibbiena)	55	50	5
	OSPEDALE DELLA VALTIBERINA (Sansepolcro)	42	35	7
	OSPEDALE AREA ARETINA NORD (San Donato Arezzo)	468	415	53
	NUOVO OSPEDALE VALDICHIANA S. MARGHERITA (La Fratta – Cortona)	55	36	19
Po Valdarno	OSPEDALE NUOVO VALDARNO (Montevarchi)	171	153	18
CRT	CENTRO RIABILITAZIONE TERRANUOVA B. SPA	72	72	0
Po Colline Dell'Albegna	OSPEDALE DI ORBETELLO	70	56	14
	OSPEDALE DI PITIGLIANO	25	19	6
Po Area Grossetana, Colline Metallifere ed Amiata Grossetana	OSPEDALE S. ANDREA MASSA MARITTIMA	70	58	12
	OSPEDALE CIVILE DI CASTELDELPANO	37	34	3
	OSPEDALE DELLA MISERICORDIA (Grosseto)	419	384	35
Totale azienda		1.862	1.632	230

(fonte Modello Ministeriale HSP12 – 2025)

Nel totale sono compresi 124 posti letto di Osservazione Breve Intensiva (OBI) e 72 di Nido e **72** posti letto nella struttura Clinica di Riabilitazione Toscana Spa (CRT), sede di un centro riabilitativo in partnership con l'azienda.

Sono inoltre presenti nel territorio aziendale **3** Case di Cura Private accreditate e convenzionate per un totale di **263** ppll:

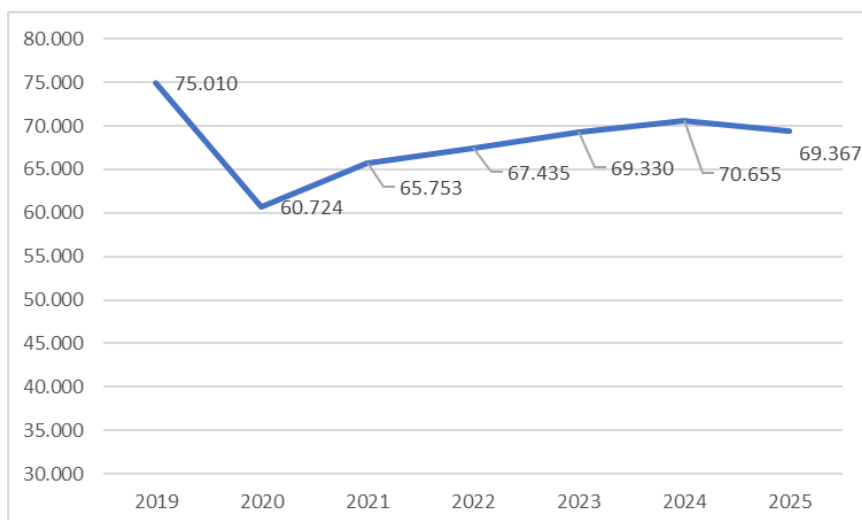
	Anno 2025		
Stabilimenti privato accreditato	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL (Arezzo)	95	90	5
CASA DI CURA SAN GIUSEPPE (Arezzo)	88	78	10
CASA DI CURA RUGANI (Siena)	80	73	7
Totale	263	241	22

(fonte HSP13-2025)

Attività di Ricovero per Ospedale

		2024	2025
	Spdc C/O A.O. Senese	235	251
Po Dell'aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Area Aretina Nord Arezzo	19.647	19.276
	Civile Bibbiena (Ar)	2.225	2.095
	Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	1.907	1.769
	Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	2.300	2.085
Po Colline Dell'Albegna	Petruccioli Pitigliano (Gr)	316	272
	S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	2.596	2.544
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Civile Castel Del Piano (Gr)	575	668
	Misericordia Grosseto	17.388	17.122
	S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	2.924	3.008
Po Valdarno	Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	7.578	7.497
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	785	840
	Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	5.786	5.790
203-Po Val D'Elsa	Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	6.393	6.150
	TOTALE AZIENDA	70.655	69.367

Fonte DWH-SDO 22/06/2026



L'attività di ricovero nell'anno 2025 è diminuita del 2% rispetto all'anno 2024, in controtendenza rispetto agli ultimi anni post Covid nei quali era sempre in progressivo incremento. Andamento questo, in linea con quello della Regione Toscana (-1,2%)

Il peso medio DRG aziendale è passato da 0,83 a 0,84 con variabilità fra i vari stabilimenti ospedalieri.

La durata media dei ricoveri nel loro complesso è di 6,39 giorni, sostanzialmente stabile negli anni e resta inferiore alla degenza media per acuti in regime ordinario a livello nazionale che nel 2023 è stata di 7,1 giorni. Da evidenziare anche che l'Indice di Performance Degenza Media (IPDM) in area medica si posiziona nella media regionale, quello per DRG Chirurgici invece è pari a -1,14 giorni rispetto alla media regionale stessa, risultando la migliore rilevazione del sistema; questo significa che i pazienti chirurgici restano in ospedale mediamente un giorno in meno rispetto ai riferimenti regionali.

Interventi chirurgici (compreso ambulatoriali) per Ospedale:

PO	stabilimento	2024	2025
Po Val D'Elsa	Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	4633	4717
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	3484	3578
	Monte Amiata Abbazia S. Salvatore (Si)	1311	1201
Po Valdarno	Ospedale Del Valdarno - "S. Maria Della Gruccia"	6232	6376
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Area Aretina Nord Arezzo	13042	12895
	Civile Bibbiena (Ar)	3254	3141
	Nuovo Ospedale Valdichiana S. Margherita	5775	5598
	Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	3644	3045
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Civile Castel Del Piano (Gr)	400	376
	Misericordia Grosseto	16531	16926
	S. Andrea Massa M. Ma (Gr)	2115	2262
Po Colline Dell'Albegna	Petruccioli Pitigliano (Gr)	242	310
	S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	3482	3464
	Somma:	64.145	63.889

NB: Interventi da Ormaweb ROA ROI escluso interventi con specialità 049 - 008 - 069
Fonte DWH SOP 22/06/2026

Gli interventi complessivi sono rimasti praticamente stazionari ma in progressivo aumento gli interventi in regime ambulatoriale che nel 2025 sono stati 35.042.

Fra gli interventi in regime di ricovero il 74,9% sono programmati, % in lieve calo (76,4% anno 2024) in favore degli interventi in urgenza/emergenza

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Anno 2024	Anno 2025
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	6.644	6.434
	Osp. Montepulciano	25.441	24.640
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	27.784	27.997
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	13.019	13.163
	Osp. Sansepolcro	12.507	12.547
	Osp. Arezzo	64.480	64.124
	Osp. Cortona	12.301	12.236
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	35.489	35.071
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	19.886	19.119
	Osp. Pitigliano	5.377	5.111
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	15.585	16.268
	Osp. Casteldelpiano	9.011	9.137
	Osp. Grosseto	77.624	77.356
	Totale	325.148	323.203

Fonte DWH-PS 22/06/2026

Anche negli accessi di Pronto Soccorso, si rileva una diminuzione rispetto al trend dei precedenti anni che era sempre in incremento. Dato questo in controtendenza rispetto al dato regionale che nell'anno 2025 ha visto un + 6% rispetto all'anno 2024.

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

	2024	2025
Prov.di Siena	3.551.122	3.451.874
Prov. di Arezzo	6.109.716	6.040.463
Prov. di Grosseto	3.524.967	3.385.528
	13.185.805	12.877.865

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

Fonte: DWH flusso SPA 22/06/2026

Come emerge dalla tabella sopra riportata, nell'anno 2025 abbiamo registrato un diminuzione di circa il 2% anche nelle prestazioni ambulatoriali per esterni, erogate per utenti residenti e non.

L'80% delle prestazioni si riferiscono a Diagnostica di Laboratorio, 8% clinica (visite), 5% Diagnostica per immagini, il restante a Diagnostica Strumentale e Procedure.

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.

Sul territorio aziendale sono presenti le **Case della Salute e/o Case della Comunità (CdC)**, il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria ed è il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento

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 con un'evoluzione orientata ad assicurare prossimità, continuità ed efficacia di presa in carico attraverso la semplificazione dell'accesso, l'integrazione tra i servizi di assistenza primaria e specialistica per le patologie a più elevata prevalenza, lo sviluppo della diagnostica di I livello e dei servizi di telemedicina.

La programmazione dell'Azienda USL Toscana sud est prevede la realizzazione di 42 Case della Comunità, di cui 18 finanziate dal PNRR

Zona Distretto	Nome Struttura
Aretina	CDC AREZZO BALDACCIO
	CDC AREZZO VIA GUADAGNOLI
	CDC CIVITELLA VALDICHIANA MONTE S.SAVINO
	CDC SUBBIANO CAPOLONA CASTIGLIONFIBOCCHI
Casentino	CDC HUB DI BIBBIENA
	CDC MEDIO CASENTINO (POPPI)
	CDC ALTO CASENTINO (PRATOVECCHIO STIA)
Valdarno	CDC SAN GIOVANNI VALDARNO
	CDC TERRANUOVA BRACCIOLINI
	CDC BUCINE
	CDC CASTELFRANCO DI SOPRA
	CDC MONTEVARCHI
Valdichiana Aretina	CDC CASTIGLION FIORENTINO
	CDC CORTONA
	CDC FOIANO DELLA CHIANA
Valtiberina	CDC SANSEPOLCRO C/O LO SO DELLA VALTIBERINA
	CDC ANGIARI MONTERCHI
	CDC PIEVE S.STEFANO CAPRESE MICHELANGELO
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	CDC GROSSETO C/O VILLA PIZZETTI
	CDC DI GROSSETO VIA DON MINZONI
	CDC COLLINE METALLIFERE FOLLONICA
	CDC MASSA MARITTIMA
	CDC CASTEL DEL PIANO
	CDC SCANSANO
	CDC RIBOLLA
	CDC SANTA FIORA
Colline dell'Albegna	CDCPORTO SANTO STEFANO
	CDC ORBETELLO
	CDC PITIGLIANO
	CDC MANCIANO
Alta Val d'Elsa	CDC HUB COLLE VAL D'ELSA
	CDC HUB DI POGGIBONSI
	CDC SAN GIMIGNANO
Siena	CDC HUB DI MONTALCINO
	CDC SIENA VIALE SARDEGNA

Zona Distretto	Nome Struttura
	CDC HUB Pian d'Ovile
	CDC HUB RAPOLANO TERME
	CDC MONTERONI
	CDC ROSIA
Amiata senese e val d'Orcia-Valdichiana Senese	CDC ABBADIA SAN SALVATORE
	CDC HUB DI CHIUSI
	CDC SINALUNGA

Al 31/12/2025 risultano attivate 18 Case della Comunità:

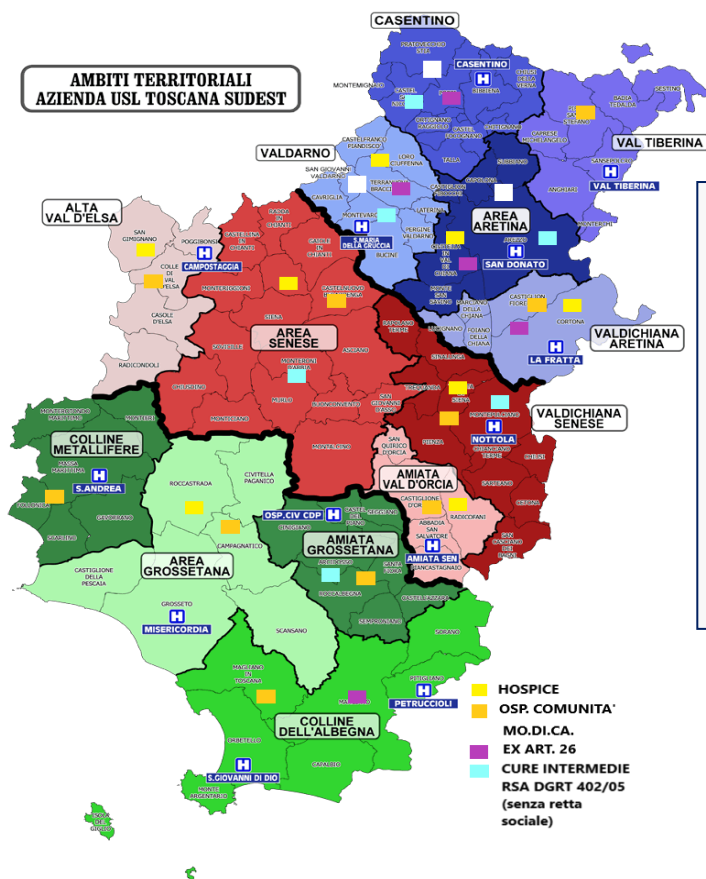
ZONA	NOME STRUTTURA
Aretina	CDC CIVITELLA VALDICHIANA MONTE S.SAVINO
	CDC SUBBIANO CAPOLONA
Casentino	CDC MEDIO CASENTINO (POPPI)
	CDC ALTO CASENTINO (PRATOVECCHIO STIA)
Valdarno	CDC BUCINE
	CDC CASTELFRANCO DI SOPRA
	CDC MONTEVARCHI
	CDC SAN GIOVANNI VALDARNO
	CDC TERRANUOVA BRACCIOLINI
Valdichiana Aretina	CDC CASTIGLION FIORENTINO
	CDC CORTONA
	CDC FOIANO DELLA CHIANA
Valtiberina	CDC ANGHIARI MONTERCHI
	CDC PIEVE S.STEFANO
Amiata Grossetana-Colline Metallifere-Grossetana	CDC CASTEL DEL PIANO
Colline dell'Albegna	CDC MANCIANO
Amiata senese e val d'Orcia-Valdichiana Senese	CDC ABBADIA SAN SALVATORE
	CDC SINALUNGA

Fanno parte della rete territoriale aziendale anche 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.

Sono attivi sul territorio anche **Ospedali di Comunità**, cioè strutture sanitarie di ricovero della rete assistenziale territoriale che svolgono una funzione intermedia tra domicilio e ricovero ospedaliero e gli **Hospice**, strutture di ricovero per le persone che hanno bisogno di cure palliative.

E' stata avviata una rimodulazione dei PL di cure intermedie in linea con quanto previsto dalle ultime indicazioni ministeriali per garantire i PL di ospedale di comunità/cure intermedie in tutte le zone.

A tutto questo si associano i posti letto nelle Residenze Sanitari Assistenziali (RSA) con diversi livelli di ricovero e di trattamento offerti in base alle necessità dei pazienti.



Rilevante è stata anche la messa a regime delle Centrali Operative Territoriali (COT) con funzioni di organizzare e coordinare la transizione delle persone residenti nella zona-distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema sanitario, sociosanitario e socioassistenziale, gestendo i movimenti di ingresso e uscita Territorio-Ospedale, Ospedale- Territorio, Territorio-Territorio.

Nel corso del 2025 si è rafforzato l'intero ambito relativo alla Assistenza Domiciliare con il passaggio a nuovo software di gestione informatizzata dei assistenza territoriale e l'alimentazione dello specifico sistema informativo.

La rete territoriale si è inoltre consolidata attraverso la realizzazione del collegamento informatico tra la centrale NEA e la COT Aziendale, la strutturazione del servizio infermieristico h12 7 giorni su 7 ad attivazione anche per bisogni sanitari non differibili . Si ritiene che queste azioni possano aver contribuito all'efficacia delle risposte in ambito territoriale riducendo gli accessi impropri ai PPSS.

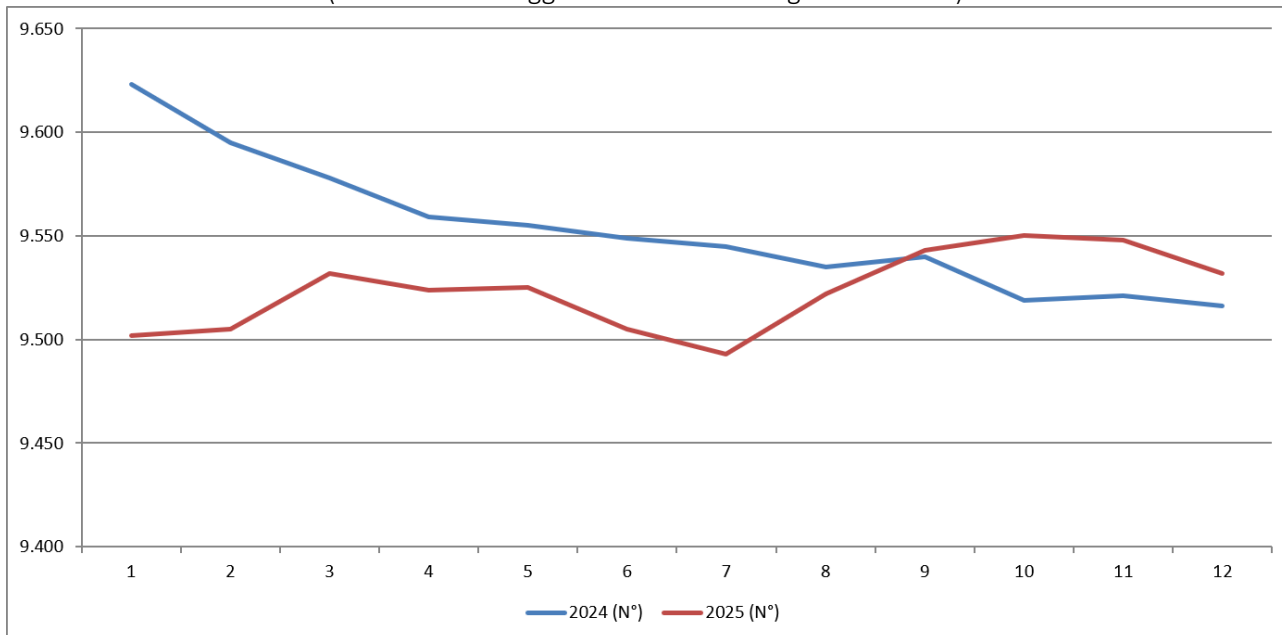
Le innovazioni tecnico-organizzative con le annesse necessità di allineamento, hanno stimolato l'intensificazione di momenti di condivisione e confronto sui processi con tutti gli attori impegnati nella presa in carico e nella continuità dell'assistenza, con impatto significativo sui livelli di sensibilizzazione miglioramento dell'uniformità di approccio e accuratezza nella registrazione dei dati di attività.

L'apporto multiprofessionale e multidisciplinare ed il lavoro di rete, hanno costituito elementi determinanti per il miglioramento complessivo delle performance.

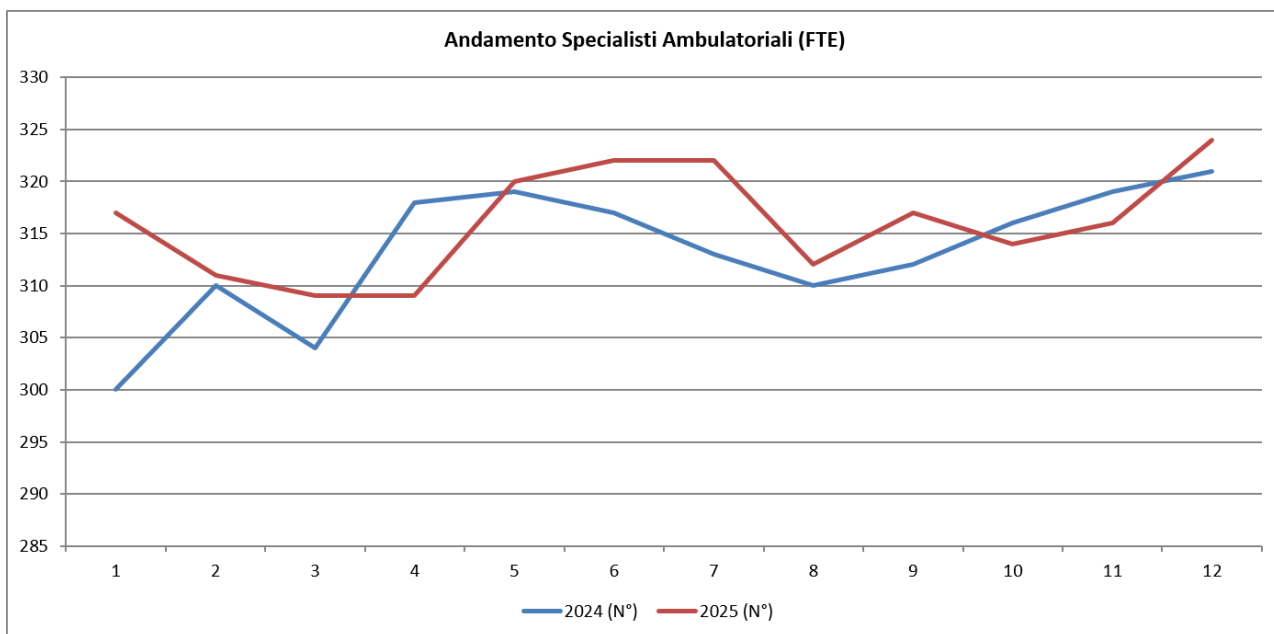
Il numero di Anziani over 65 trattati in Assistenza Domiciliare è stato di 25.267 (11,32%) rispetto al target da raggiungere di 24.720 e ciò conferma l'ottimo lavoro effettuato dalle COT nell'attivazione e la presa in carico domiciliare dei pazienti fragili.

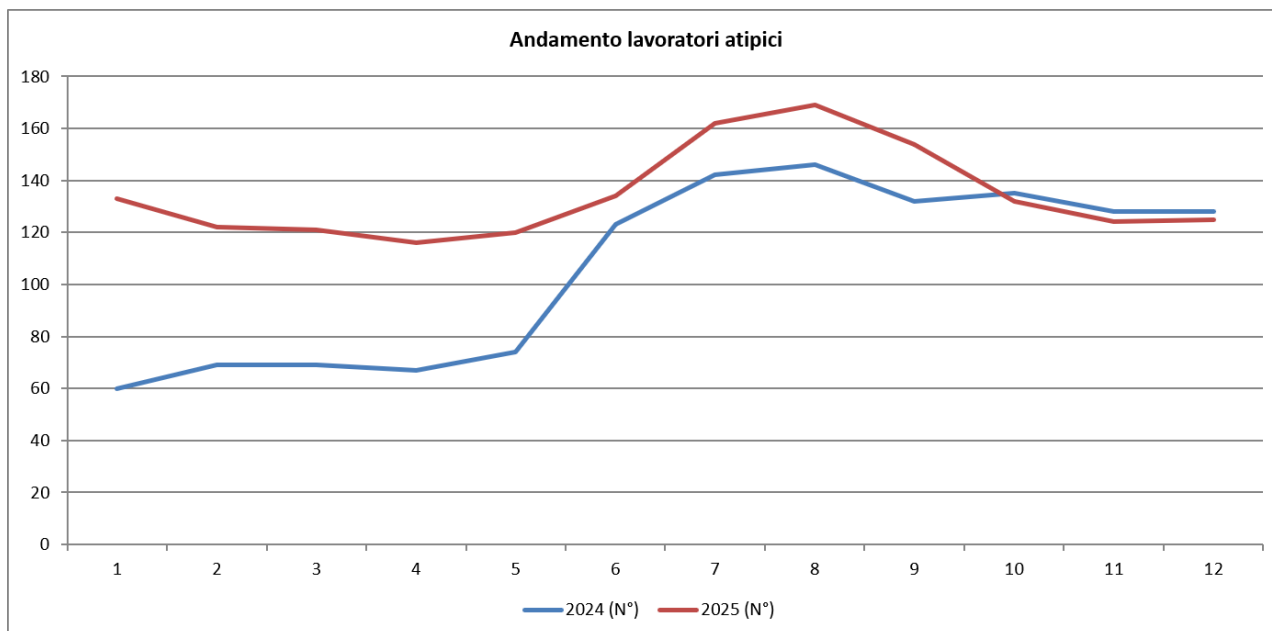
Nelle Zone Distretto sono garantiti inoltre tutti i servizi Consultoriali, per la Salute Mentale Adulti e Infanzia nonché per gli aspetti legati alle Dipendenze, alla Riabilitazione e all'Assistenza Sociale.

La consistenza del **personale dipendente** dell’Azienda Usl Sud Est, al 31 dicembre 2025 è 9.532 a fronte di 9.516 al 31 dicembre 2024 (Fonte: monitoraggi mensili inviati a Regione Toscana).



A questi sono da aggiungere gli operatori sanitari e non con contratti libero professionali o interinali, che insieme agli specialisti ambulatoriali hanno portato il personale dell’azienda a 9.981 unità a fronte di 9.965 del 31 dicembre 2024. Di seguito si riportano gli andamenti mensili degli Specialisti ambulatoriali e dei contratti di lavoro atipici (contratti libero professionali, CoCoCo, Interinali, etc.).





Oltre al personale sopra descritto nel 2025, hanno operato nell’Azienda oltre 600 medici fra Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

2. Pari opportunità e bilancio di genere

L’Azienda USL conferma il proprio impegno prioritario nella promozione delle pari opportunità e del benessere organizzativo, ponendo particolare attenzione alla conciliazione vita-lavoro, all’inclusività e al contrasto di ogni forma di discriminazione.

In questo contesto si inserisce anche il Comitato Unico di Garanzia (CUG), quale organo con funzioni propositive, consultive e di verifica. Il CUG agisce come interlocutore fondamentale per tradurre gli indirizzi legislativi in risposte concrete alle criticità esistenti.

Nel corso del 2025, il Comitato Unico di Garanzia ha elaborato le istanze programmatiche destinate al **Piano delle Azioni Positive per il triennio 2026-2028**, che si sostanziano nelle seguenti linee di intervento:

- 1) ***Favorire l’equilibrio tra vita professionale e privata (Work-Life Balance)***, per creare un ambiente lavorativo che valorizzi la persona nella sua interezza, favorendo motivazione e partecipazione attiva;
- 2) ***Promozione della diversità e inclusione superando le discriminazioni legate all’età (Age Diversity Management)***, per la valorizzazione delle competenze di tutte le fasce d’età, che rappresenta una risorsa preziosa per l’Azienda;
- 3) ***Contrasto al gap salariale***, finalizzato a garantire equità e inclusione;
- 4) ***Adozione di modelli di leadership inclusiva, adattiva e diffusa***, poiché i modelli tradizionali di leadership gerarchica non sono più sufficienti per rispondere alle esigenze di un ambiente complesso e in continuo cambiamento;
- 5) ***Rafforzamento della comunicazione interna***, per diffondere le azioni positive e sensibilizzare tutto il personale sulle tematiche di equità, inclusione e sicurezza;
- 6) ***Formazione specifica***, poiché la formazione rappresenta uno strumento chiave per contrastare stereotipi, prevenire conflitti e promuovere il rispetto delle differenze di genere e di ruolo;
- 7) ***Promozione della salute e benessere sul luogo di lavoro (WHP -Workplace Health Promotion)***, poiché la promozione della salute sul luogo di lavoro non riguarda solo la prevenzione dei rischi, ma anche la valorizzazione del benessere globale dei lavoratori.

Parallelamente al rafforzamento degli organismi istituzionali come il CUG, l'Azienda ha intrapreso un ulteriore salto di qualità gestionale attraverso l'istituzione della funzione DE&I (Diversity, Equity & Inclusion). Tale scelta nasce dalla volontà di strutturare in modo permanente e trasversale le politiche di inclusione, trasformando l'impegno per le pari opportunità in una vera e propria leva di innovazione organizzativa.

Nell'anno 2025, in stretta continuità con gli anni precedenti, sono state realizzate le seguenti attività che dovranno vedere il loro seguito nel prossimo triennio:

- **Rete Nazionale CUG:** partecipato ai lavori della Rete, a cui abbiamo aderito nel 2023 (Riferimento Delibera Direttore Generale n.1224 del 28/11/2023 avente oggetto: Adesione del Comitato Unico di Garanzia dell'Azienda USL Toscana sud est alla rete nazionale dei comitati unici di garanzia)
- **CUG UNISI:** collaborazione per la realizzazione di eventi formativi congiunti (Delibera Direttore Generale n. 121 del 7 febbraio 2024, avente ad oggetto: "Accordo quadro di collaborazione scientifica tra l'Università degli Studi di Siena e l'Azienda USL Toscana sud est per la realizzazione di attività di ricerca, studio, formazione e sensibilizzazione nel campo della lotta alla discriminazione e de&i management")
- **Linguaggio di Genere:** come previsto nel Gender Equality Plan, Scheda n. 10 - Macro Area n. 1, con Delibera del Direttore Generale n. 140 del 12 febbraio 2024 è stato approvato il Documento "DIRETTIVE PER IL LINGUAGGIO DI GENERE"
- **Certificazione di Genere:** Kiwa Cermet italia SPA in data 21.10.2024 ha rilasciato all'Azienda USL Toscana sud est il certificato di conformità alla prassi di riferimento UNI/Pdr 125:2022 volta ad assicurare una politica di gender equality e la creazione di un ambiente lavorativo più inclusivo e meno discriminatorio. Kiwa Cermet italia SPA dal 30 marzo 2023 è stata inserita nell'Elenco pubblicato, sul sito del Ministero delle Pari Opportunità, come Organismo di Certificazione accreditato riconosciuto ai fini dell'erogazione della Certificazione secondo la Parità di Genere UNI/PdR 125:2022. Kiwa Cermet italia SPA ha verificato che l'Azienda adotta misure per garantire la parità di genere nel contesto lavorativo nell'ambito dei processi di progettazione, erogazione e gestione di servizi sanitari e socio-sanitari e della ricerca scientifica, riferimento Delibera Direttore Generale n. 930 del 19/09/2024 avente ad oggetto "POLITICHE DI GENERE: VERSO LA CERTIFICAZIONE DI GENERE". Inoltre nel mese di ottobre 2025, a seguito dell'audit annuale di sorveglianza, la società Kiwa Cermet italia ha confermato che l'Azienda USL Toscana sud est ha mantenuto il possesso dei requisiti previsti dalla UNI/PdR 125:2022, ed ha rinnovato la certificazione per la Parità di Genere.
- **Disability Tutor** (Delibera DG n. 929 del 22 settembre 2025 avente ad oggetto "Variazione nominativo del dirigente di inclusione sociale e disability tutor aziendale")
Dall'istituzione della figura del Disability tutor avvenuta con la Delibera DG n. 561 del 29 maggio 2024 avente ad oggetto "Nomina del dirigente di inclusione sociale e disability tutor aziendale" e poi con il successivo atto di variazione, si riscontra una costante attività di reportistica e monitoraggio della casistica trattata.
- **Comitato Guida** (Delibera DG n. 295 del 28 marzo 2025 avente ad oggetto "Aggiornamento composizione comitato guida per le politiche di parità di genere ai sensi della norma UNI/PdR 125:2022 ed approvazione regolamento e Delibera DG n. 956 del 30 settembre 2025 avente ad oggetto "Aggiornamento composizione comitato guida per le politiche di parità di genere ai sensi della norma UNI/PdR 125:2022 ed approvazione aggiornamento regolamento)
Il Comitato Guida per le politiche di parità di genere è stato fondamentale per la produzione dei seguenti documenti: "La politica di parità di genere aziendale", il "Piano strategico" ed il "Manuale della prassi di riferimento UNI/PdR 125:2022" approvati con deliberazione n. 930 del 19 settembre 2024, poi aggiornati nel mese di settembre e ottobre 2025 e presentati in occasione dell'audit annuale di sorveglianza del mese di ottobre 2025
Realizzazione dei seguenti eventi e percorsi formativi in collaborazione con il CUG UNISI e la Rete Nazionale dei CUG:

- DE&I-THINK TANK – CUG GEP TEAM - Azienda USL Toscana sud est: nuovi percorsi nel segno di empowerment, benessere organizzativo, diritti e pari opportunità – Grosseto – 26 marzo 2025;
- 10 settembre 2025 partecipazione dell’Azienda UsI Toscana sud est alla 5° Convention “Donne protagoniste in sanità” e riconoscimento del Premio Protagoniste in sanità 2025 per la certificazione di parità di genere e il Gender equality plan;
- DE&I E CUG- DUE ANNI DI NOI! - presso Università degli Studi di Siena_Presidio Via Mattioli, Siena – 23 ottobre 2025

Ruolo		2024			2025		
		F	M	Tot	F	M	Tot
DIRIGENZA AREA SANITA' SSN	SANITARIO	1.014	692	1.706	1.054	681	1.735
DIRIGENZA P.T.A. SSN	AMMINISTRATIVO	17	14	31	22	13	35
DIRIGENZA P.T.A. SSN	PROFESSIONALE	4	18	22	5	19	24
DIRIGENZA P.T.A. SSN	SOCIO SANITARIO	2	1	3	2	1	3
DIRIGENZA P.T.A. SSN	TECNICO	2	4	6	1	3	4
COMPARTO SSN	AMMINISTRATIVO	625	244	869	609	243	852
COMPARTO SSN	PROFESSIONALE	0	4	4	0	4	4
COMPARTO SSN	SANITARIO	3.940	1.184	5.124	3.947	1.204	5.151
COMPARTO SSN	SOCIO SANITARIO	1.162	204	1.366	1.156	198	1.354
COMPARTO SSN	TECNICO	153	218	371	145	212	357
INCARICHI ORGANI ISTITUZIONALI		5	2	7	6	3	9
PERSONALE RELIGIOSO	GENERICO	7	0	7	4	0	4
Totale		6.931	2.585	9.516	6.951	2.581	9.532

(Fonte: WHR)

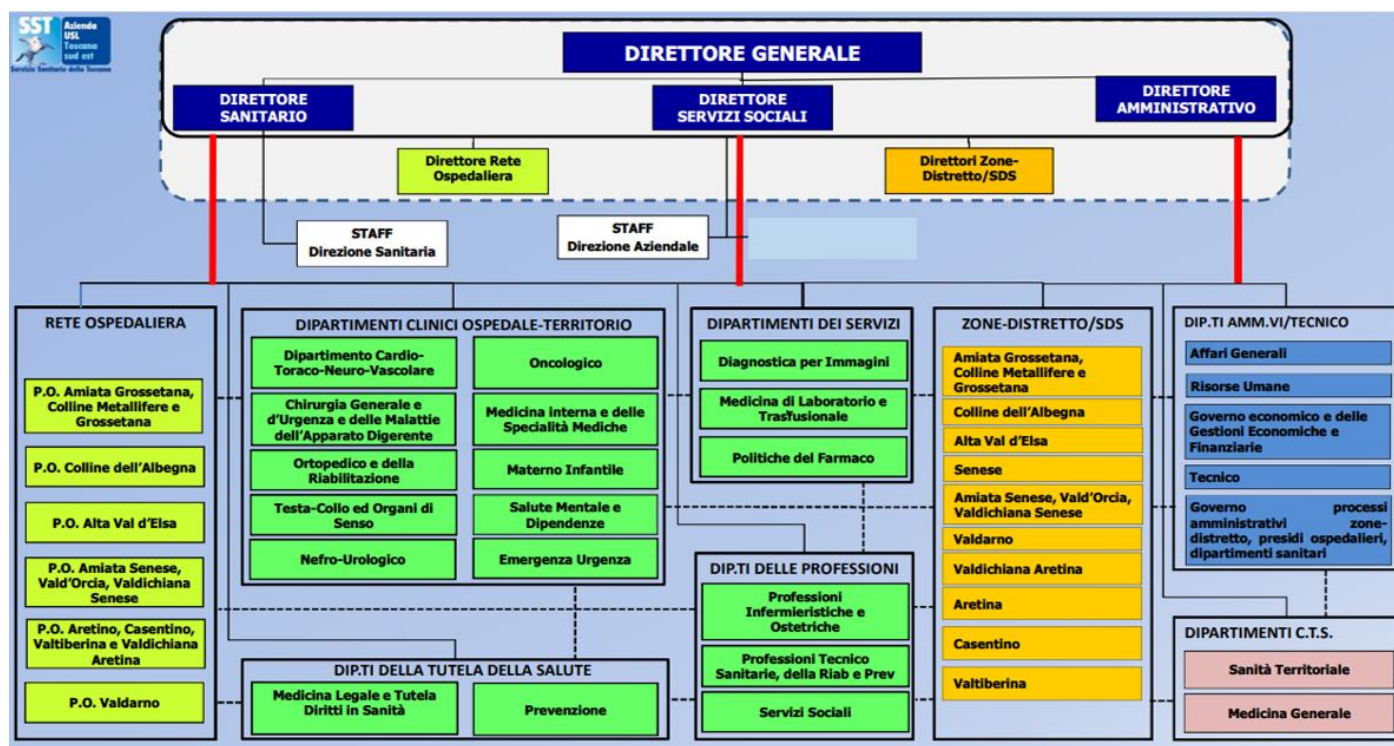
Dai quali si evince una netta presenza del genere femminile, in particolare nel Comparto.

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 vigente nell'anno 2025 ha preso avvio con Delibera N°506 del 15/05/2024 ISTITUZIONE NUOVO REPERTORIO DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE che va a sostituire quella precedentemente in vigore dal 2020:

Fig. Organizzazione aziendale – Centri di responsabilità

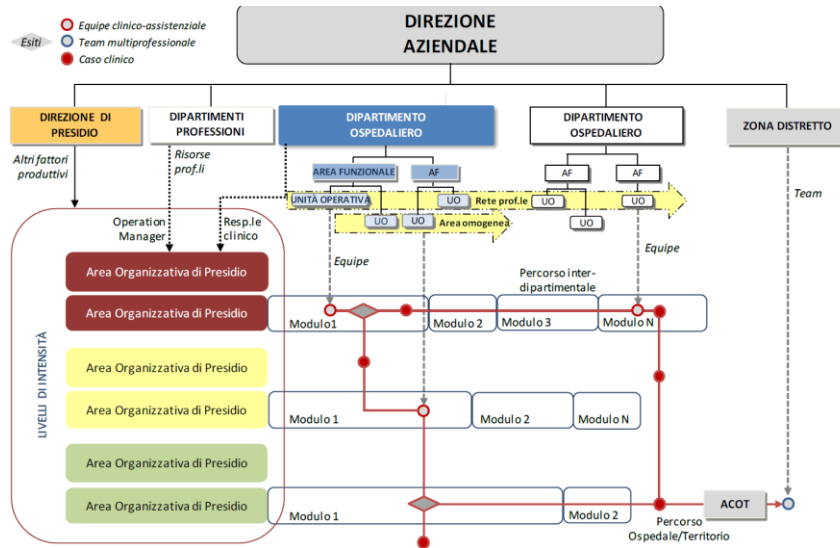


Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività, sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi:

- 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^a livello** e sono organizzate al loro interno in **Aree Dipartimentali (Cdr di 2^a livello)**, **Unità Operative** e **Unità Funzionali (Centri di Responsabilità di 3^a 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, coordinata e razionale delle risorse. Anche queste strutture organizzative sono gestionali e quindi titolari di scheda budget.



Complessivamente in Azienda nell'anno 2025, in base all'organizzazione vigente, ci sono 660 **Centri di Responsabilità** ai quali sono stati assegnati i relativi obiettivi mediante scheda budget.

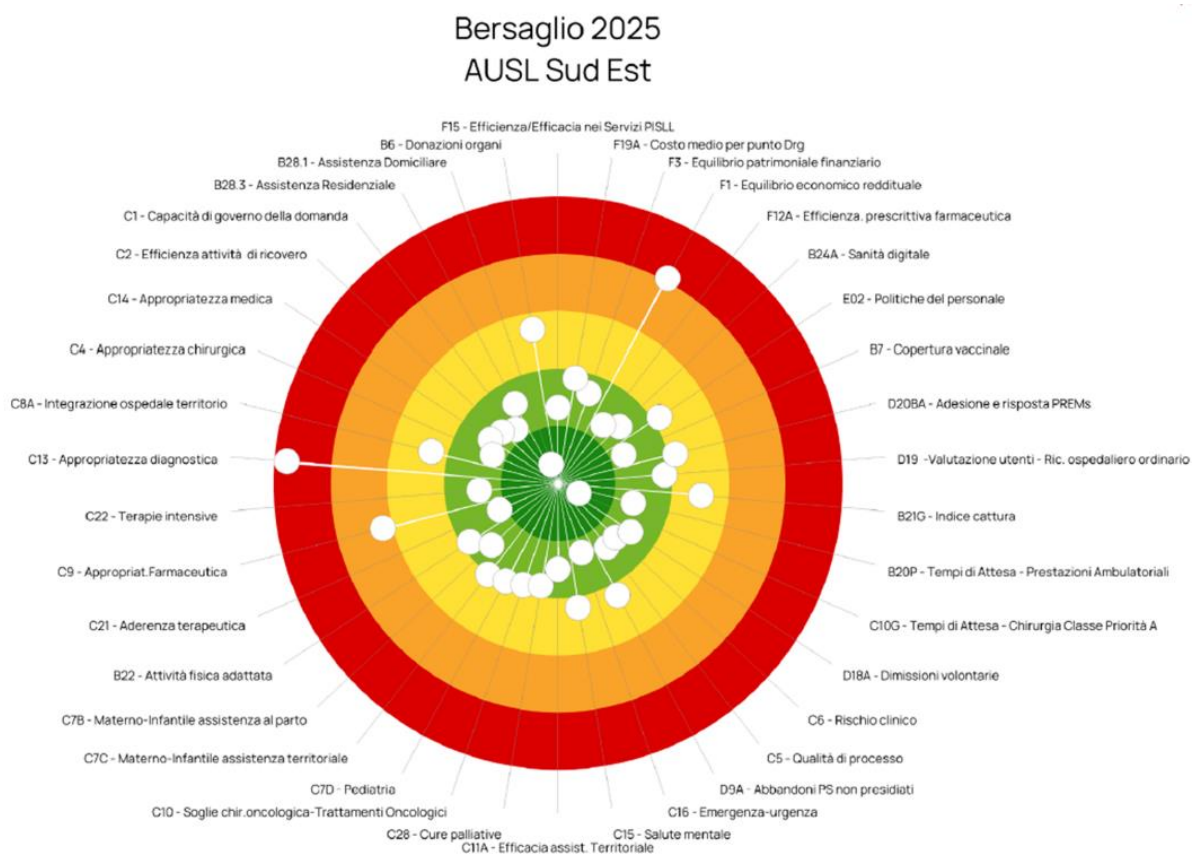
4. La performance aziendale

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 molta 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)

4.1. Analisi dei risultati Azienda USL Toscana Sud Est Anno 2025



Qui di seguito le valutazioni per gruppi di indicatori del **Bersaglio 2025 provvisorio** (fonte <https://performance.santannapisa.it/pes/start/bersagli.php> estrazione 17/06/2026)

Il bersaglio riportato sintetizza la performance della AUSL Sud Est, riferita ai dati del 2025 provvisori in quanto **basata sull'85% di indicatori di valutazione attualmente disponibili**.

Il colore indica la performance media raggiunta da ogni indicatore "radice" che sintetizza il risultato dei singoli indicatori che li compongono e sui quali è valutata l'Azienda.

Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde, fascia più centrale al bersaglio, corrispondente ad una performance ottima. In una scala di valutazione a cinque fasce, il punteggio sintetico si posiziona tra il 4 e il 5;
- fascia verde chiaro, quando la performance è buona e la valutazione sintetica oscilla tra il 3 e il 4;
- fascia gialla, quando la valutazione è tra il 2 e il 3 e la performance non è negativa ma certamente presenta ampi spazi di miglioramento;
- fascia arancione, quando la valutazione è tra l'1 e il 2 e presenta una situazione preoccupante. La performance può essere, anzi deve essere migliorata;
- fascia rossa, quando la performance è sotto l'unità.

**VALUTAZIONE
2025 provv.**

INDICATORE	2025 provv.
B28.1 - Assistenza Domiciliare	4,64
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4,60
C21 - Aderenza terapeutica	3,88
C1 - Capacità di governo della domanda	3,79
C4 - Appropriatazza chirurgica	3,74
B7 - Copertura vaccinale	3,74
C16 - Emergenza-urgenza	3,73
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3,70
C2 - Efficienza attività di ricovero	3,67
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3,66
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	3,63
C6 - Rischio clinico	3,62
C22 - Terapie intensive	3,61
C5 - Qualità di processo	3,59
C14 - Appropriatazza medica	3,58
B24A - Sanità digitale	3,52
C11A - Efficacia assist. Territoriale	3,51
D18A - Dimissioni volontarie	3,47
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3,41
B28.3 - Assistenza Residenziale	3,41
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3,33
C28 - Cure palliative	3,20
B22 - Attività fisica adattata	3,15
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3,13
F19A - Costo medio per punto Drg	3,13
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	3,11
C7D - Pediatria	3,06
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	2,99
D20BA - Adesione e risposta PREMs	2,87
E02 - Politiche del personale	2,87
C15 - Salute mentale	2,81
D9A - Abbandoni PS non presidiati	2,79
C8A - Integrazione ospedale territorio	2,70
B21G - Indice cattura	2,47
B6 - Donazioni organi	2,29
C9 - Appropriat.Farmaceutica	1,88
F1 - Equilibrio economico reddituale	0,94
C13 - Appropriatazza diagnostica	0,22

(fonte Laboratorio MeS Sant'Anna Pisa estrazione del 17/06/2026)

In particolare si segnala l'ottima Performance nel:

- Rispetto dei tempi di attesa interventi di chirurgia oncologica e non, previsti dal Piano Regionale Governo Liste di Attesa
- Assistenza domiciliare in particola citiamo la riduzione della Percentuale di assistiti in ADI con almeno un accesso al PS durante la Presa in Carico domiciliare, over 65 anni e la Percentuale di Prese in Carico avvenute entro 30 giorni dalla segnalazione

Performance buone:

- Appropriatazza medica e chirurgica, in particolare per l'area medica si segnala i buon risultato nel Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico che ha registrato un netto miglioramento e nella Percentuale di ricoveri medici oltresoglia per pazienti >=65 anni (Patto per la salute 2010-2012). Per l'area chirurgica si segnala la performance ottima della percentuale di interventi di colecistomie eseguiti in laparoscopia con degenza inferiore a 3 giorni e la Percentuale di standard raggiunti per % DS (Patto per la Salute 2010 / Delibera GRT 1140/2014). Da segnalare anche la riduzione della degenza media sia per DRG Medici che Chirurgici; l'Indice di Performance Degenza Media area medica si

posizione nella media regionale quello per DRG Chirurgici è pari a -1,14 giorni rispetto alla media regionale.

- Coperture vaccinali ad eccezione della Copertura per vaccino antinfluenzale sopra 65 anni
- Percorso materno infantile, appropriatezza dei parti con riduzione del ricorso ai parti cesarei e operativi
- Emergenza urgenza con miglioramento delle già buone performance dei tempi di attesa per pazienti visitati con codice priorità 2 e 3
- Attività fisica adattata (AFA) in miglioramento sia per la bassa che alta disabilità

Ampi margini di miglioramento

- Nella Salute Mentale in particolare in ambito ospedaliero nella percentuale di ricoveri entro 7 giorni dalla dimissione che è comunque diminuita rispetto all'anno 2024
- Nell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica anche se si rileva la riduzione nel consumo di antibiotici negli adulti e nei bambini.

In criticità:

- Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni) in lieve miglioramento
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi già critico e in peggioramento
- In aumento il consumo di antibiotici nei reparti e il consumo di antidepressivi nei giovani tra i 18 e 25 anni: stabile ma con performance critica l'incidenza degli antibiotici iniettabili sul territorio

Per il confronto con l'anno precedente si attende la valutazione regionale definitiva di tutti gli indicatori di valutazione 2025:

Valutazione	2024		2025	
	N°	%	N°	%
Ottima	2	5%		
Buona	29	69%		
Media	7	17%		
Scarsa	3	7%		
Pessima	1	2%		
Totale	42	100%		
Valutazione media	3,16 (42 indicatori di sintesi)		Dato non disponibile	

4.2. I risultati dei Bersagli degli Stabilimenti

Per il confronto delle performance a livello di stabilimento ospedaliero con l'anno precedente, si attendono i risultati regionali definitivi e completi di tutti gli indicatori di valutazione 2025:

PO	STABILIMENTI	2024	2025 Dati provvisori
PO RIUNITI AREZZO	Osp. Arezzo	3,3	
	Osp. Bibbiena	3,1	
	Osp. Sansepolcro	3,8	
	Osp. Cortona	3,4	
PO VALDARNO	Osp. Montevarchi	2,9	
PO AREA GROSSETANA	Osp. Casteldelpiano	2,5	

PO	STABILIMENTI	2024	2025 Dati provvisori
	Osp. Grosseto	3,1	
	Osp. Massa Marittima	3,4	
PO ALBEGNA	Osp. Orbetello	2,7	
	Osp. Pitigliano	2,7	
PO VALDICHIANA SENESE	Osp. Abbazia SS	2,9	
	Osp. Montepulciano	2,9	
PO ELSA	Osp. Poggibonsi	3,4	

Fonte elaborazione dati Mes estrazione 15/10/2025

4.3. I risultati dei Bersagli delle Zone Distretto

Anche per il confronto delle performance a livello di Zona Distretto, si attendono i risultati regionali definitiva di tutti gli indicatori di valutazione 2025:

ZONA DISTRETTO	2024	2025 Dati provvisori
Arezzo	3,1	
Casentino	3,0	
Valtiberina	3,1	
Valdarno	3,1	
Valdichiana Aretina	3,2	
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana Senese	2,9	
Senese	2,9	
Alta Val d'Elsa	3,0	
Colline dell'Albegna	3,0	
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	2,9	

Fonte elaborazione dati Mes estrazione 15/10/2025

4.4. La valutazione partecipativa

Per l'anno 2025 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 **86,0%**, in linea con quello dello scorso anno, se pur resta una differenza fra gli stabilimenti ospedalieri risulta ridotta rispetto agli anni precedenti.

Degli utenti contattati hanno risposto al questionario somministrato il **22,7%**, appena al di sopra del dato 2024 ma abbastanza vicino ai tassi di adesione medi tipici di questi studi.

Ospedale	tasso di adesione	tasso di partecipazione
NUOVO OSPEDALE VAL DI CHIANA S.MARGHERITA	82,68%	16,16%
OSPEDALE ARETINO	84,20%	24,39%

Ospedale	tasso di adesione	tasso di partecipazione
OSPEDALE DEL CASENTINO	90,29%	21,45%
OSPEDALE DEL VALDARNO S.MARIA DELLA GRUCCIA	89,89%	21,38%
OSPEDALE DELLA VAL DI CHIANA SENESE	89,91%	20,58%
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	85,36%	25,83%
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	86,92%	23,21%
OSPEDALE DELL'AMIATA GROSSETANA	93,12%	14,97%
OSPEDALE DELL'AMIATA SENESE	86,50%	18,28%
OSPEDALE DELLE COLLINE DELL'ALBEGNA - ORBETELLO	86,60%	19,67%
OSPEDALE DELLE COLLINE DELL'ALBEGNA - PITIGLIANO	88,66%	15,88%
OSPEDALE DELLE COLLINE METALLIFERE	77,48%	19,75%
OSPEDALE GROSSETANO	83,54%	23,77%
totale	85,52%	22,68%

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	64%	29%	4%	3%	1%	100%
OSPEDALE DEL CASENTINO	71%	22%	4%	2%	0%	100%
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	75%	19%	3%	1%	1%	100%
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	64%	28%	5%	2%	1%	100%
OSPEDALE ARETINO	72%	23%	3%	1%	1%	100%
OSPEDALE DELLE COLLINE METALLIFERE	72%	23%	4%	2%	0%	100%
OSPEDALE DELLE COLLINE DELL'ALBEGNA - ORBETELLO	74%	19%	4%	2%	1%	100%
OSPEDALE DELLE COLLINE DELL'ALBEGNA - PITIGLIANO	58%	31%	6%	3%	3%	100%
OSPEDALE DELL'AMIATA GROSSETANA	59%	37%	0%	0%	4%	100%
OSPEDALE GROSSETANO	75%	21%	2%	1%	0%	100%
OSPEDALE DELL'AMIATA SENESE	75%	21%	4%	0%	0%	100%
OSPEDALE DELLA VAL DI CHIANA SENESE	68%	26%	3%	1%	2%	100%
OSPEDALE DEL VALDARNO S.MARIA DELLA GRUCCIA	67%	28%	4%	1%	1%	100%
Totale	71%	24%	3%	1%	1%	100%

Da questi dati emerge che il 95% dei rispondenti ha espresso una valutazione ottima e buona e solo il 2% 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 2025, in particolare:

- mantenimento delle attività;
- gestione di tutti i costi indotti dai lavori finanziati dal PNRR;
- prosecuzione dell'aumento dei prezzi causati dall'instabilità politica globale.

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 continuo aumento della spesa farmaceutica (consumi interni e convenzionata) che a livello nazionale ha registrato un +5,7% (fonte: Monitoraggio AIFA). Da notare che l'incremento registrato a livello aziendale, grazie a tutte le azioni di contenimento, è stato del 5,2%.

La Spesa per beni sanitari

Descrizione	Anno 2024	Anno 2025
Spesa farmaceutica consumi interni	213.646.337	227.016.055
Spesa per dispositivi medici	83.923.903	87.833.204
Spesa farmaceutica Convenzionata	109.125.648	112.563.071

Per la spesa farmaceutica consumi interni, nel 2025 si è registrato un incremento di circa +13,4mln€ rispetto il 2024 (+6,3% rispetto il +6,2% registrato a livello nazionale). Tale incremento in parte è dovuto a:

- Aumento della casistica trattata in distribuzione diretta (DD) e distribuzione per conto (DPC) (+5.926 pz trattati) in quota parte con farmaci appartenenti alle Aree Terapeutiche oggetto di monitoraggio ai sensi della DGRT 473/2025 +14,3mln;
- Aumento della spesa per il trattamento malattie rare (+12,4mln) in quanto i Centri di Riferimento regionali ed extra-regionale per effetto della TUL indirizzano alla ASL di residenza l'erogazione del medicinale (oltre alla somministrazione, ove necessario);
- l'ampliamento delle indicazioni terapeutiche e dei criteri di prescrizione per patologie croniche ad alta prevalenza con l'immissione in commercio di nuovi farmaci ad alto costo (anticorpi monoclonali) per il trattamento quali diabete, dislipidemie, asma grave e BPCO, psoriasi ed artrite reumatoide, nonché aumento delle casistiche;
- aumento della distribuzione diretta indotta da specialisti AOU Senese (+15,0mln/+53,5%), altre Aziende Regione Toscana (+4,9mln/+15,4%) e altra Azienda extra Regione (+4,1mln/+162,9%).

A fronte di tale crescita, l'Azienda ha comunque mantenuto attivo un sistema di **sorveglianza e controllo della spesa**, intervenendo attraverso:

- il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva in collaborazione con i servizi clinici;
- la promozione dell'uso di farmaci equivalenti/biotecnologici laddove possibile;
- l'adesione a procedure di gara centralizzate per la fornitura di farmaci con miglior rapporto costo-efficacia.

Nonostante le misure intraprese, l'incremento di spesa ha superato le previsioni iniziali, evidenziando la necessità di rafforzare ulteriormente le strategie di governo clinico della farmaceutica.

Per i consumi dei dispositivi medici nel 2025 si è registrato un consumo di circa +3,9mln€ rispetto il 2024.

L'aumento è stato determinato principalmente da:

- la necessità di approvvigionamento di dispositivi specialistici a più alto costo unitario;
- l'aggiornamento tecnologico di alcune linee di prodotti, con investimenti orientati alla sicurezza e qualità delle cure;
- la richiesta di revisione dei prezzi da parte dei fornitori per adeguamento ISTAT.

Anche per la spesa dei dispositivi medici l'Azienda ha mantenuto attivo un sistema di sorveglianza e controllo, che consente di calmierare gli aumenti incompressibili, intervenendo attraverso azioni di recupero appropriatezza dispositivi medici e altri beni di consumo.

Per la spesa farmaceutica convenzionata l'aumento registrato di +3,4mln (+3,1% rispetto il +4,8% registrato a livello nazionale) è stato il risultato delle seguenti dinamiche registrate nel 2025:

- dal 1° marzo 2024 è entrato in vigore il nuovo sistema di remunerazione delle farmacie convenzionate, introdotto dalla Legge di Bilancio 2024 per cui la nuova remunerazione per i mesi di gennaio e febbraio 2025 è maggiorata vs gennaio e febbraio 2024;
- dal 1° gennaio 2025: la Legge di bilancio 2025 ha previsto un'ulteriore rimodulazione del nuovo sistema di remunerazione per cui la quota fissa aggiuntiva pari a 0,10 euro per ogni confezione di farmaco appartenente alle liste di trasparenza (legge bilancio 2024) viene stabilita in 0,115 euro (0,015 euro in più a confezione generico);
- dal 1° giugno 2024, la Determina AIFA 3/2024 ha avviato una riclassificazione di alcuni farmaci del Prontuario della Continuità Assistenziale Ospedale-Territorio (PHT), tra cui le gliptine per il diabete di tipo 2, con conseguente trasferimento dal canale della Distribuzione Per Conto (DPC) al canale convenzionato (+2,2mln);
- dal 19 luglio 2025 con Determina AIFA n. 926/2025 le glifozine sono state riclassificate con passaggio dal canale della Distribuzione Per Conto (+3,93mln);
- il Dipartimento Farmaceutico prosegue le riunioni con tutte le AFT per attuare azioni di miglioramento e di appropriatezza al fine di ottenere ulteriori margini di risparmio per permettere di contenere gli aumenti sopradetti incomprimibili in quanto tali.

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.):

	2024	2025
Costo personale	649.750.334	663.577.959

Rispetto alla dotazione di personale dipendente a dicembre 2024, a dicembre 2025 è stato registrato un incremento di complessivo 16 unità di personale, primo anno in crescita dal 2022. Questo incremento è il risultato di una crescita della componente dirigenziale sanitaria e un decremento del personale del comparto, con un impatto in leggerissimo incremento sui costi, tenuto conto anche delle dinamiche dei mesi precedenti.

Relativamente al personale in somministrazione, si confermano le unità medie presenti nel corso dell'anno 2025 rispetto alle unità medie dell'anno 2024 che ha comportato un leggero incremento della spesa dovuto al rinnovo contrattuale.

Per effetto di quanto sopra rappresentato si è mantenuto il trend di crescita del valore delle prestazioni aggiuntive del personale, necessario per compensare le carenze di organico e garantire i tempi di attesa, il cui valore, proiettato nell'anno, vede un incremento di circa 2.000.000 €, determinato in gran parte dal ricorso stagionale nel periodo estivo. Anche le previsioni di costi per il conferimento degli incarichi libero professionali registrano un incremento di circa 1.500.000 € rispetto ai valori registrati nell'anno 2024 in conseguenza delle oggettive difficoltà nel reclutare personale medico in talune discipline, soprattutto nella prima parte dell'anno (medicina d'urgenza, chirurgia, ginecologia e ostetricia, pediatria etc.). Il costo relativo agli specialisti e professionisti convenzionati nel corso dell'anno 2025 si assesta sugli stessi valori registrati nell'anno 2024.

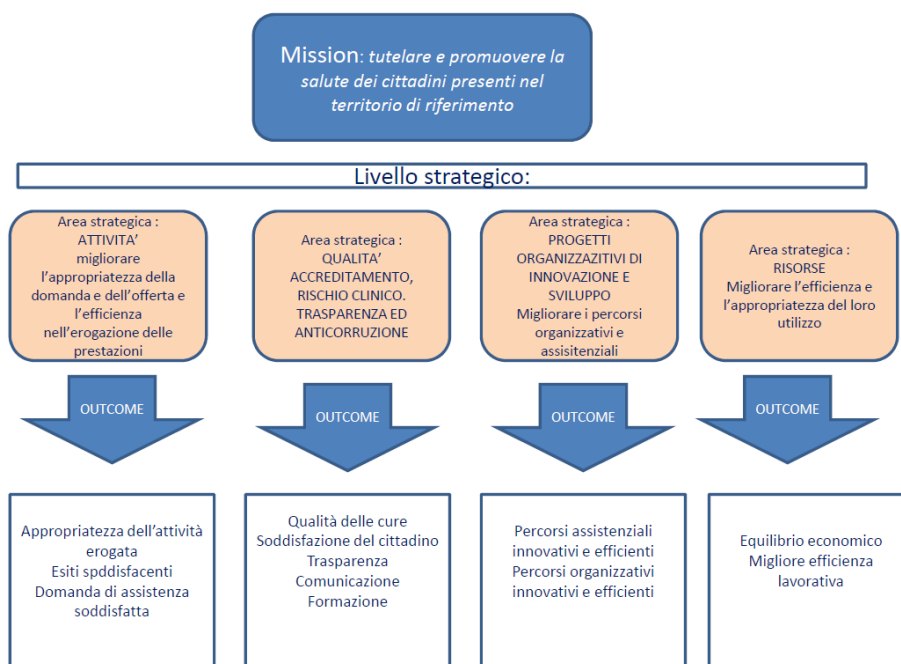
Si conferma che per la previsione dei costi 2025 i suddetti dati vanno interpretati alla luce delle strategie di reperimento delle risorse umane per il 2025, mirata a modificare il mix iniziale, soprattutto per effetto dell'attuale disponibilità di graduatorie concorsuali per molti profili di interesse, in modo da poter procedere nella parte finale dell'anno alla riduzione dell'utilizzo degli interinali, del ricorso alle prestazioni aggiuntive e agli incarichi libero professionali.

5. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture – La performance organizzativa

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 2025: 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 inseriti negli altri atti di programmazione, declinandoli all'interno del sistema di budget per Centro di Responsabilità attraverso le Schede Budget.

Nell'anno 2025 **le fasi del percorso di budget** si sono svolte nella seguente tempistica:

- **Dicembre 2024:** Definizione delle Linee di indirizzo per il budget 2025 da parte della Direzione Aziendale
- **Da Gennaio 2025 a Marzo 2025:** si sono svolte le negoziazioni di budget di 1° Livello (Dipartimenti, Rete / Presidio Ospedaliero, Zona-Distretto, Staff,)
- **Da Febbraio a Giugno 2025:** si sono svolte le negoziazioni di budget di 2° e 3° Livello (Aree dipartimentali , Aree Organizzative di Presidio, Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici Dipartimentali , Unità Funzionali)

- 20/05/2025: Delibera DG 451/2025 Programmazione operativa anno 2025 - approvazione schede budget 2025
- **Da Settembre a Ottobre 2025:** revisione schede budget

Qui di seguito i macro obiettivi trasversali, già individuati nel Piano Integrato di attività e Organizzazione - **PIAO 2025-2027** (DELIB. 65 del 24.01.2025) che sono stati declinati come obiettivi specifici alle strutture aziendali.

L'Azienda aveva stabilito come **obiettivi strategici**, tenendo conto delle indicazioni nazionali e regionali, quelli inerenti a:

- Indicatori core Nuovo Sistema di Garanzia (NSG);
- Indicatori del sistema di valutazione della performance regionale del Laboratorio MeS;
- Indicatori definiti dalle Direzioni Regionali competenti

Inoltre per proseguire la propria missione, in continuità con quanto già avviato in precedenza e per migliorare sempre i servizi offerti ai propri cittadini, l'Azienda aveva individuato e perseguito **i seguenti obiettivi suddivisi nelle 4 aree strategiche:**

1. ATTIVITA' E PERFORMANCE:

Proseguito con le azioni per il governo dell'appropriatezza

- ✓ Governo delle liste di attesa ambulatoriali e chirurgiche
- ✓ Governo dell'appropriatezza dell'attività di ricovero

Intervenuto con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio

- ✓ Progettazione e implementazione delle Case della Comunità

Mantenute le misure di prevenzione e sicurezza delle cure

- ✓ Attenzione alle misure di prevenzione e di igiene ospedaliera incluse le vaccinazioni
- ✓ Mantenuti i risultati sulle attività screening

2. QUALITA' ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO, TRASPARENZA ED ANTICORRUZIONE

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

- ✓ Prosecuzione nello sviluppo delle azioni per il miglioramento della sicurezza nelle cure
- ✓ Proseguite le attività relative alla certificazione di qualità dei processi amministrativi ed alla certificazione per la parità di genere come strumenti di semplificazione dei processi e di miglioramento della qualità del lavoro e dello sviluppo professionale
- ✓ Attenzione alla qualità percepita dall'utente (indagini PREMs e PaRIS)
- ✓ Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento
- ✓ Formazione in ambito PNRR (competenze digitali, infezioni ospedaliere e fascicolo sanitario)
- ✓ Promosse le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione
- ✓ Promosse le azioni di inclusione sociale e di accessibilità delle persone con disabilità

3. PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

- ✓ Potenziamento rete ospedaliera in sinergia con AOUS

- ✓ Proseguito con azioni per unificazione e sviluppo degli applicativi aziendali
- ✓ Continuato con le attività di telemedicina (televisita, teleconsulto, teleassistenza e telemonitoraggio) in coerenza con le indicazioni regionali per l'avvio della piattaforma di telemedicina regionale.
- ✓ Portato avanti il processo di informatizzazione: cartella clinica informatizzata, Sistema Informativo Territoriale Regionale (AsterCloud) e integrazione sistemi informativi intra ospedalieri e tra ospedale e territorio
- ✓ Lavorato sullo sviluppo di nuovi modelli organizzativi sia in ambito medico che chirurgico sostenibili, innovativi, flessibili (Lean Project)
- ✓ Mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi
- ✓ Valutazione della congruenza del parco tecnologico e informatico in termini di adeguatezza, efficienza e sostenibilità
- ✓ Promozione delle politiche di sviluppo e gestione dell'innovazione digitale, accessibilità digitale e accessibilità fisica
- ✓ Sviluppo progetti PNRR: progettazione e implementazione Case della Comunità, Ospedali di comunità
- ✓ Mantenimento o miglioramento della prescrizione elettronica e miglioramento sul numero di prescrittori con più di una prescrizione elettronica
- ✓ Mantenimento e miglioramento di strumenti e metodologie di analisi, controllo e monitoraggio dei costi aziendali rispetto alle risorse disponibili per i vari fattori produttivi
- ✓ Completamento implementazione nuovo SW Gestionale del Personale dipendente e non e individuazione "standard" di fabbisogni per struttura

4. BUON USO DELLE RISORSE

- ✓ Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e all'utilizzo dei dispositivi medici con relativo governo della spesa
- ✓ Attenzione all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di visita e diagnostica
- ✓ Miglioramento e/o mantenimento della distribuzione diretta
- ✓ Miglioramento nella gestione dei beni sanitari e non sanitari

Complessivamente, sono stati individuati **905 indicatori di valutazione (KPI)**, che declinano, nelle **schede budget** dei **660 Centri di Responsabilità (CdR)**, le strategie aziendali già esplicitate nel PIAO.

Di seguito la tabella con la distribuzione in % dei punti assegnati agli indicatori specifici (KPI) declinati nei 4 capitoli della scheda budget:

Capitoli scheda budget	Distribuzione media % pesi Dirigenza	Distribuzione media % pesi Comparto
Attività e performance	39%	44%
Qualità accreditamento e rischio clinico, trasparenza ed anticorruzione	19%	14%
Progetti organizzativi di innovazione e sviluppo	20%	20%
Buon uso delle risorse	22%	22%

(Sono escluse le Aree Dipartimentali la cui scheda budget ha per lo più indicatori di sintesi e non contiene tutti i capitoli).

In aumentato il peso degli indicatori relativi ad Attività e Performance (33% dirigenza e 38% comparto nell'anno 2024) e al Buon Uso delle Risorse (18% dirigenza e 13% comparto nell'anno 2024), in linea con le indicazioni aziendali.

L'analisi qui di seguito, prosegue con la sintesi dei KPI per Centri di Responsabilità o Unità di Budget, raggruppati nelle seguenti 5 Aree Aziendali:

CdR Amministrativi/Tecnici, CdR Ospedalieri (H), CdR Prevenzione (PREV), CdR Territoriali (T) e Staff (STAFF) inteso come l'insieme delle CdR/UdB dei Dipartimenti delle Professioni, del Dipartimento del Farmaco nonché dello Staff della Direzione Generale e Sanitaria.

Nelle tabelle seguenti, si presentano per tipologia di obiettivo, gli indicatori specifici, riportando il **numero di strutture** coinvolte per Area, il **peso medio assegnato** in sede di negoziazione di budget, la **% media di raggiungimento** che non è ancora completa in quanto la rendicontazione e valutazione degli obiettivi MeS. NSG-Lea 2025 non è terminata per indisponibilità della totalità delle basi dati definitive.

- **Obietti Regionali, Bersaglio (MeS) e NSG-LEA:**

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
C6.2.2	Numero MMR (per struttura)	Numero UdB		292,0			71,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,6			4,0
		Punti medi assegnati al comparto		3,7			3,8
		% raggiungimento medio					
D9a	Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati	Numero UdB		26,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,2			
		Punti medi assegnati al comparto		2,4			
		% raggiungimento medio					
GLEA_4	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Numero UdB			13,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			25,8		
		Punti medi assegnati al comparto			20,4		
		% raggiungimento medio			100,0		
NSG_D22Z. CIA1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	Numero UdB		1,0			26,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,0			3,5
		Punti medi assegnati al comparto					4,2
		% raggiungimento medio					
NSG_D22Z. CIA2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	Numero UdB		1,0			26,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		8,0			4,4
		Punti medi assegnati al comparto					5,7
		% raggiungimento medio					
NSG_D22Z. CIA3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	Numero UdB		1,0			26,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,0			5,3
		Punti medi assegnati al comparto					7,6
		% raggiungimento medio					

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
NSG_H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	Numero UdB		10,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0			
		Punti medi assegnati al comparto		5,7			
		% raggiungimento medio					
REG_A8_001	Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance)	Numero UdB	60,0	316,0	50,0	53,0	117,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
		Punti medi assegnati al comparto	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
		% raggiungimento medio					
C6.2.1	Numero Audit Clinici (per struttura)	Numero UdB		292,0			71,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,6			4,0
		Punti medi assegnati al comparto		3,8			3,8
		% raggiungimento medio					
MES_D20b.1.1	Indagine PREMs sul ricovero ordinario. % arruolati su dimessi	Numero UdB		110,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,8		3,0	
		Punti medi assegnati al comparto		3,7		3,0	
		% raggiungimento medio					
NSG_H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti.	Numero UdB		7,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0			
		Punti medi assegnati al comparto		6,5			
		% 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		5,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0			
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
NSG_H05Z	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Numero UdB		37,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,4			
		Punti medi assegnati al comparto		2,2			
		% raggiungimento medio					
NSG_D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Minuti	Numero UdB		3,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		13,7			
		Punti medi assegnati al comparto					

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		% raggiungimento medio					
NSG_P15C a	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	10,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		1,0		3,0	5,0
		Punti medi assegnati al comparto					5,0
		% raggiungimento medio					
NSG_P15C b	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					
		% raggiungimento medio					
NSG_P15C c	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	
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
NSG_D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Numero UdB				7,0	1,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza				5,0	10,0
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
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			9,6		
		Punti medi assegnati al comparto			5,0		
		% raggiungimento medio					
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			9,6		
		Punti medi assegnati al comparto			5,0		
		% raggiungimento medio					
NSG_D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Numero UdB		9,0			25,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,1			9,0
		Punti medi assegnati al comparto					7,8
		% raggiungimento medio					
NSG_D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o	Numero UdB		1,0			15,0

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	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						
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,0			10,5
		Punti medi assegnati al comparto					7,1
		% raggiungimento medio					
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					22,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza					2,1
		Punti medi assegnati al comparto					9,7
		% raggiungimento medio					
NSG_D27C	Percentuale di re-ricoveri tra 8 e 30 giorni in psichiatria	Numero UdB					21,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza					2,4
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
NSG_H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatazza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatazza in regime ordinario	Numero UdB		6,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		2,0	
		Punti medi assegnati al comparto				2,0	
		% raggiungimento medio					
C15.2	Contatto con il DSM entro 7 giorni dalla dimissione degli utenti residenti maggiorenni: % utenti con contatto entro 7 gg	Numero UdB					11,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza					10,0
		Punti medi assegnati al comparto					5,9
		% raggiungimento medio					
NSG_H03C	Proporzione di nuovo intervento di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Numero UdB		3,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		8,3			
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
C16.1.NA	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 2, equivalente ad una priorità di urgenza, che attendono un tempo massimo di 15 minuti.	Numero UdB		26,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,5			
		Punti medi assegnati al comparto		4,9			

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		% raggiungimento medio					
C16.2.N	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 3, equivalente ad una priorità di urgenza differibile, che attendono un tempo massimo di 60 minuti.	Numero UdB		26,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,7			
		Punti medi assegnati al comparto		4,9			
		% raggiungimento medio					
C16.3.NA	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 4, equivalente ad una priorità di urgenza minore, che attendono un tempo massimo di 120 minuti.	Numero UdB		26,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,7			
		Punti medi assegnati al comparto		4,9			
		% raggiungimento medio					
C16.4	Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	Numero UdB		26,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,4			
		Punti medi assegnati al comparto		5,0			
		% raggiungimento medio					
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	Numero UdB		26,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,3			
		Punti medi assegnati al comparto		3,5			
		% raggiungimento medio					
C16.4.NA	Percentuale di pazienti a cui è assegnato al triage un codice di priorità 5, equivalente ad una priorità di non urgenza, che attendono un tempo massimo di 240 minuti.	Numero UdB		26,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,5			
		Punti medi assegnati al comparto		4,9			
		% raggiungimento medio					
GLEA_8	Percentuale di anziani >=65 anni trattati in Assistenza Domiciliare (SIAD05)	Numero UdB		1,0		1,0	28,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		8,0		10,0	6,6
		Punti medi assegnati al comparto					3,9
		% raggiungimento medio					
NSG_H13C ps	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 48 ore dall'accesso in struttura	Numero UdB		68,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,3		10,0	
		Punti medi assegnati al comparto		2,6			
		% raggiungimento medio					

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
NSG_P10Z	Copertura delle attività di controllo ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare	Numero UdB			17,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			9,5		
		Punti medi assegnati al comparto			2,0		
		% raggiungimento medio					
B24B.3.1	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta farmaceutica elettronica o dematerializzata.	Numero UdB		9,0			11,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0			2,1
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
MES_D20b.3.1	Risposta all'indagine PREMs sul ricovero ordinario.	Numero UdB		110,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,6		3,0	
		Punti medi assegnati al comparto		3,1		3,0	
		% raggiungimento medio					
H09Za	Donatori di organi in morte encefalica	Numero UdB		14,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,3			
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
B24B.3.2	Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o dematerializzata.	Numero UdB		9,0			2,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0			1,5
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
ARS_PROSE1	Infarto Miocardico Acuto, rischio di morte a 30 giorni	Numero UdB		1,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0			
		Punti medi assegnati al comparto					
		% raggiungimento medio					
C15a.13.2	% di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Numero UdB					11,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza					2,3
		Punti medi assegnati al comparto					2,0
		% raggiungimento medio					

La % di raggiungimento medio per area, degli indicatori del Bersaglio (MeS), NSG-LEA declinati nelle schede budget e quindi non tutti quelli presenti nel bersaglio e nell'elenco degli NSG core, non è ancora riportata in attesa del completamento della valutazione di tutti gli indicatori, come già descritto sopra :

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

- **Indicatori definiti dall'azienda:**

Qui di seguito invece, sono sintetizzati gli indicatori definiti dall'azienda, suddivisi nei capitoli e sottocapitoli come previsto nel PIAO 2025-2027 e la % media di raggiungimento ancora provvisoria in quanto le valutazioni sono attualmente in corso (per necessità di sintesi non sono stati riportati i singoli indicatori):

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*KPI		221,0		2,0	8,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,3		5,0	11,6
		Punti medi assegnati al comparto		2,1		5,0	5,8
		% media di raggiungimento		98,4		100,0	100,0
	Attività di governo del territorio	Numero UdB*KPI		2,0		3,0	20,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,0		17,7	9,1
		Punti medi assegnati al comparto				17,7	14,8
		% media di raggiungimento		75,0		100,0	93,8
	Attività Ambulatoriale	Numero UdB*KPI		495,0	3,0	10,0	38,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,7	9,0	14,5	11,3
		Punti medi assegnati al comparto		5,8	9,0	15,7	13,7
		% media di raggiungimento		96,7	100,0	100,0	100,0
	Attività di Pronto Soccorso - 118	Numero UdB*KPI	2,0	31,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza	12,0	13,7			
		Punti medi assegnati al comparto	12,0	8,3			
		% media di raggiungimento	100,0	92,1			
	Attività di Sala Operatoria	Numero UdB*KPI		4,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		16,0			
		Punti medi assegnati al comparto		9,3			
		% media di raggiungimento		100,0			
	Attività Gestionale di Supporto	Numero UdB*KPI	230,0	419,0	64,0	92,0	155,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	9,7	4,0	3,1	7,1	3,4
		Punti medi assegnati al comparto	9,7	6,6	4,2	7,6	3,8
		% media di raggiungimento	99,1	99,9	100,0	99,9	99,6
	Attività di Governo delle Professioni Tecnico-Sanitarie e Infermieristiche-Ostetriche	Numero UdB*KPI		103,0	6,0	29,0	97,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,0		13,1	14,5
		Punti medi assegnati al comparto		8,6	3,2	12,9	8,5

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		% media di raggiungimento		98,2		100,0	100,0
	Attività di Prevenzione	Numero UdB*KPI		14,0	171,0	3,0	13,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		11,1	17,1	25,0	13,0
		Punti medi assegnati al comparto		4,4	12,2	20,0	10,7
		% media di raggiungimento		100,0	99,1	100,0	100,0
	PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	Numero UdB*KPI	89,0	52,0	8,0	61,0	29,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	20,3	46,1	39,9	12,8	25,1
		Punti medi assegnati al comparto	2,0	30,3	26,3	7,4	10,5
		% media di raggiungimento					
	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	Numero UdB*KPI		55,0		1,0	112,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0		9,0	7,6
		Punti medi assegnati al comparto		13,3		9,0	8,7
		% media di raggiungimento		100,0		91,8	100,0
	Efficacia Assistenziale	Numero UdB*KPI	2,0	89,0	10,0	16,0	108,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	8,0	11,3	24,0	15,3	13,8
		Punti medi assegnati al comparto	8,0	6,6	6,0	15,1	7,6
		% media di raggiungimento	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari Aziendali	Numero UdB*KPI	22,0	204,0	31,0	33,0	79,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	13,0	11,1	3,1	12,6	11,5
		Punti medi assegnati al comparto	12,9	11,5	5,5	17,4	10,7
		% media di raggiungimento	100,0	98,0	100,0	100,0	99,6
	Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale	Numero UdB*KPI		9,0			17,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,7			7,2
		Punti medi assegnati al comparto					20,2
		% media di raggiungimento		100,0			100,0
	Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative	Numero UdB*KPI	32,0			30,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	17,0			12,0	
		Punti medi assegnati al comparto	17,7			15,4	
		% media di raggiungimento	100,0			100,0	
	Processi Aziendali	Numero UdB*KPI	335,0	1856,0	276,0	270,0	631,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,0	2,1	2,0	2,0	2,0
		Punti medi assegnati al comparto	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
		% media di raggiungimento	100,0	99,7	100,0	100,0	99,8
	Qualità e Accreditamento	Numero UdB*KPI	67,0	572,0	1,0	40,0	77,0

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO		Punti medi assegnati alla dirigenza	7,2	4,0	9,0	8,5	1,8
		Punti medi assegnati al comparto	7,1	8,3		6,2	1,6
		% media di raggiungimento	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	Numero UdB*KPI	2,0	63,0		4,0	2,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	13,0	10,6		16,8	12,0
		Punti medi assegnati al comparto	13,0	17,0		14,0	15,5
		% media di raggiungimento		98,6		100,0	100,0
	Formazione	Numero UdB*KPI	144,0	689,0	142,0	123,0	231,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	5,1	3,6	3,8	3,9	3,6
		Punti medi assegnati al comparto	4,7	3,6	3,6	3,6	3,2
		% media di raggiungimento	100,0	100,0	99,8	99,8	100,0
	Trasparenza e Anticorruzione	Numero UdB*KPI	56,0	304,0	46,0	46,0	105,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,0	2,0	2,0	2,4	2,0
		Punti medi assegnati al comparto	2,0	2,0	2,0	2,5	2,0
		% media di raggiungimento	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Prevenzione e Sicurezza	Numero UdB*KPI	4,0	13,0	1,0	4,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	10,0	13,3	10,0	18,8	
		Punti medi assegnati al comparto		6,7		18,8	
		% media di raggiungimento	100,0	100,0	100,0	100,0	

La sintesi della % di raggiungimento medio per area degli indicatori aziendali non è al momento riportata in quanto **la valutazione è in corso** e il dato sarebbe incompleto:

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

- Di seguito un focus sugli Obiettivi legati alle **progettazioni previste dal PNRR**:

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
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	20,0				
	Punti medi assegnati al comparto	20,0				

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	% media di raggiungimento	100,0				
Formazione in ottemperanza alle direttive PNRR. % di personale formato nel rispetto delle quote individuate per ambito di competenza.	Numero UdB	60,0	319,0	48,0	53,0	117,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,1	5,1	5,0	5,0	4,9
	Punti medi assegnati al comparto	5,1	5,0	5,0	5,0	4,9
	% media di raggiungimento					
Supporto alla gestione dei RUP per i progetti e gli interventi del PNRR (Case della Comunità, Ospedali della Comunità, COT e interventi ICT DEA) per quanto di competenza. N°interventi supportati / N° interventi di competenza	Numero UdB	1,0				
	Punti medi assegnati alla dirigenza	9,0				
	Punti medi assegnati al comparto	10,0				
	% media di raggiungimento	100,0				
Monitoraggio, verifica e supporto ai progetti PNRR con Estar. Stesura relazione. % di realizzazione	Numero UdB				1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				10,0	
	Punti medi assegnati al comparto				12,0	
	% media di raggiungimento					
Cantieri interventi PNRR (Case della Comunità e Ospedali di Comunità) in linea con i cronoprogrammi approvati. N° cantieri in linea con i cronoprogrammi approvati / N° Cantieri previsti	Numero UdB	3,0				
	Punti medi assegnati alla dirigenza	25,0				
	Punti medi assegnati al comparto	25,0				
	% media di raggiungimento	100,0				

La sintesi della % di raggiungimento medio per gli obiettivi legati al PNRR non è riportata in quanto le valutazioni sono in fase di completamento

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

- Obiettivi sulle risorse economiche:

Nella tabella seguente 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	21,0	337,0	33,0	21,0	88,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,5	5,2	4,8	3,2	5,0

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	Punti medi assegnati al comparto	4,5	5,0	5,0	5,0	4,8
	% raggiungimento medio	100,0	97,3	98,6	91,7	97,6
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: importo pro capite	Numero UdB		1,0			27,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		7,0			10,9
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
ASSISTENZA PROTESICA: rispetto budget assegnato	Numero UdB		4,0			10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		4,8			3,1
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
Distribuzione Diretta: % pazienti con distribuzione diretta rispetto il totale dei pazienti trattati (in regime di ricovero o ambulatoriale)	Numero UdB		120,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,4			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio		80,3			
Rette RSA per anziani non autosufficienti: rispetto budget assegnato	Numero UdB					19,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,1
	Punti medi assegnati al comparto					5,0
	% raggiungimento medio					
RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERD: rispetto budget assegnato	Numero UdB					21,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					4,1
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM: rispetto budget assegnato	Numero UdB					21,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,3
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comun ita': rispetto budget assegnato	Numero UdB					14,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,2
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI: rispetto budget assegnato	Numero UdB					17,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,1

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	Punti medi assegnati al comparto					5,0
	% raggiungimento medio					
Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM: Rispetto budget assegnato	Numero UdB					8,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					6,0
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
Costi per ass. domiciliare in convenzione	Numero UdB					6,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					1,5
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
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					2,8
	Punti medi assegnati al comparto					5,0
	% raggiungimento medio					
Riabilitazione Ex art.26. Rispetto budget assegnato	Numero UdB					8,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,8
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
BENI SANITARI: Monitoraggio del consumo dei Beni Sanitari dell'intero Presidio Ospedaliero	Numero UdB		6,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		4,5			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
BENI NON SANITARI: Rispetto Budget assegnato	Numero UdB	74,0	334,0	38,0	41,0	94,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,9	4,4	4,7	5,2	4,8
	Punti medi assegnati al comparto	4,9	4,9	5,0	4,6	5,0
	% raggiungimento medio	99,3	98,7	97,7	99,1	96,5
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per farmaci	Numero UdB		335,0	24,0	4,0	78,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		5,2	3,2	4,5	4,8
	Punti medi assegnati al comparto		3,0	2,9	3,0	3,1
	% raggiungimento medio		93,4	85,2	100,0	96,3
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				6,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				13,0	
	Punti medi assegnati al comparto					

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	% raggiungimento medio					
SPESA FARMACEUTICA CONSUMI INTERNI: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				7,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				13,3	
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per VACCINI	Numero UdB			12,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,0		
	Punti medi assegnati al comparto			2,0		
	% raggiungimento medio					
Monitoraggio e gestione budget trasversali. Valutazione accuratezza previsioni: % scostamento medio della previsione dal valore effettivo a consuntivo	Numero UdB	58,0			12,0	56,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	8,1			5,9	7,0
	Punti medi assegnati al comparto	6,7			5,0	7,2
	% raggiungimento medio					
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		12,0			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio		100,0			
Rispetto del budget anno in corso per gli acquisti di prodotti farmaceutici non contrattualizzati (farmaci, DM ed IVD)	Numero UdB		11,0		7,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		5,5		7,7	
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio		100,0		100,0	
Governo ed efficientamento costi relativamente ad i budget trasversali assegnati	Numero UdB	59,0			13,0	46,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	7,2			5,9	4,4
	Punti medi assegnati al comparto	5,9			5,6	4,1
	% raggiungimento medio					

La sintesi della % di raggiungimento medio degli obiettivi relativi al buon uso delle risorse (sottocapitolo D1- Costi della Scheda Budget) NON è al momento riportata in quanto la **valutazione è in corso** quindi il dato sarebbe incompleto:

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

Obiettivi economici legati all'appropriatezza:

La sintesi degli obiettivi economici legati all'appropriatezza includono l'appropriatezza nell'uso di particolari farmaci, nelle richieste di trasporto sanitari, nelle richieste urgenti di magazzino; si riporta sempre il punteggio medio assegnato e quello raggiunto:

Descrizione KPI	Dati	AREA			
		AMM/TE C	H	STAFF	T
Contenimento costi per TRASPORTI SANITARI in dimissione. % trasporti su dimessi	Numero UdB		50,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		4,8		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Richieste da Magazzino. % di richieste urgenti sul totale delle richieste	Numero UdB		169,0		82,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,2		2,3
	Punti medi assegnati al comparto		2,0		2,1
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva antibiotici reserve. Risparmio atteso	Numero UdB		23,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Immuno-Derma-Reumatologica. Risparmio atteso	Numero UdB		15,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,1		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva immunoglobuline. Risparmio atteso	Numero UdB		6,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,7		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva farmaci Sclerosi. Risparmio atteso	Numero UdB		4,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva antimicotici. Risparmio atteso	Numero UdB		7,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		
	Punti medi assegnati al comparto				

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

Descrizione KPI	Dati	AREA			
		AMM/TE C	H	STAFF	T
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva farmaci area PARP-Inibitori. Risparmio atteso	Numero UdB		5,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,6		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Regorafenib Trifluridina/Tipiracil. Risparmio atteso	Numero UdB		5,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,4		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva Antibiotici Watch. Risparmio atteso	Numero UdB		37,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva Antibiotici Access. Risparmio atteso	Numero UdB		14,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,9		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva di visite specialistiche e diagnostiche attraverso incontri specifici con MMG. Produzione di un documento con linee di indirizzo. % di realizzazione	Numero UdB		11,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		6,0		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio		100,0		
Riunioni con referenti delle principali specialità critiche per la spesa farmaceutica e dei dispositivi. N° riunioni da verbalizzare	Numero UdB			1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,0	
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio			100,0	
Predisposizione linee di indirizzo per appropriatezza impianti di protesi. % di realizzazione	Numero UdB		1,0	1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0	2,0	
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio		100,0	100,0	

Descrizione KPI	Dati	AREA			
		AMM/TE C	H	STAFF	T
Definizione progetto distribuzione farmaci ai pazienti in RSA - ADI. % di realizzazione	Numero UdB			1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,0	
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio			100,0	
Appropriatezza prescrittiva Farmaci K Prostata. Risparmio atteso,	Numero UdB		8,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,6		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva farmaci per asma grave. Risparmio atteso	Numero UdB		9,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Spesa per Assistenza Integrativa. % della spesa dell'erogato in convenzionata su tutta l'assistenza integrativa erogata tramite le farmacie convenzionate	Numero UdB			2,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza			10,0	
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio			100,0	
N. riunioni con MMG su appropriatezza prescrittiva.	Numero UdB		6,0		1,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		13,8		8,0
	Punti medi assegnati al comparto				7,0
	% raggiungimento medio		100,0		100,0
Appropriatezza prescrittiva, farmaci antidiabetici. Risparmio atteso	Numero UdB		10,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				
Appropriatezza prescrittiva: analisi e confronto dell'utilizzazione di terapie sostitutive e sintomatiche e loro riconciliazione ai sensi dell'appropriatezza prescrittiva. Analisi della spesa per farmaco con riconciliazione a casistiche nelle UOC Medicina	Numero UdB				3,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza				17,7
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				100,0

Descrizione KPI	Dati	AREA			
		AMM/TE C	H	STAFF	T
N. incontri multidisciplinari con i Medici di Medicina Generale per appropriatezza prescrittiva di esami RM e management dal territorio di percorsi stroke/neurologici.	Numero UdB		1,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza		16,0		
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio		100,0		
Incontri tra AFT- Professioni Sanitarie per la gestione di casi complessi e/o appropriatezza prescrittiva. N. incontri con verbale.	Numero UdB				2,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza				
	Punti medi assegnati al comparto				6,0
	% raggiungimento medio				100,0
Definizione metodologia di analisi delle dotazioni organiche del personale dipendente e non. Produzione del documento. % di realizzazione	Numero UdB	1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza	10,0			
	Punti medi assegnati al comparto				
	% raggiungimento medio				

La sintesi delle % di raggiungimento medio degli indicatori di appropriatezza (sottocapitolo D2 delle Schede Budget) non è riportata perché è al **momento parziale e incompleta**:

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

La tabella seguente unisce le valutazioni Aziendali dei Bersagli MeS, con i risultati medi di tutti i KPI Aziendali declinati nelle schede budget:

Valutazioni	2024	2025 Non disponibile
Valutazione Aziendale da Bersaglio Regionale (valore medio)	3,16 <i>(42 indicatori di sintesi)</i>	
% raggiungimento medio dei KPI valutati in azienda:	95,86	
% raggiungimento medio Area AMM/TEC	98,59	
% raggiungimento medio Area H	94,46	
% raggiungimento medio Area PREV	99,23	
% raggiungimento medio Area STAFF	99,12	
% raggiungimento medio Area T	96,29	

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 di Prevenzione della Corruzione, adempimento ora assorbito nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) in cui la Sezione “Valore Pubblico, Performance e Anticorruzione” comprende la specifica sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza”.

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

La promozione di maggiori livelli di trasparenza e di prevenzione della corruzione costituisce obiettivo strategico dell’Azienda che si traduce in obiettivi specifici declinati nelle Schede Budget dell’anno 2024, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione.

In particolare il collegamento tra ciclo della performance e sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” si è realizzato mediante:

- Divulgazione del Codice di Comportamento e P.I.A.O. riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori, nell’ottica di favorire la costante diffusione del Codice di Comportamento aziendale, misura di carattere “generale” del sistema di prevenzione della corruzione, rispetto alla quale assicurare un aggiornamento costante, come previsto dalla normativa vigente.
- Divulgazione del Regolamento sul Conflitto di Interessi riscontrabile da riunione di struttura o da altre iniziative ove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Anche il conflitto di interessi costituisce una misura di carattere “generale” del sistema di prevenzione della corruzione, rispetto al quale risultano determinanti continue azioni di sensibilizzazioni tra il personale.

Inoltre Per l’anno 2025, per garantire e monitorare l’adeguata formazione a tutto il personale in tendenziale coerenza con le indicazioni ministeriali su argomenti tipo antincendio, sicurezza, privacy, anticorruzione sono stati organizzati vari eventi formativi specifici :

- “Buona amministrazione e deviazione dall’interesse pubblico: è possibile misurare la corruzione?”, n. 4 edizioni, di 5 ore ciascuna, in presenza
- Corso FAD Regionale "Formazione per RPCT Aziendali e strutture di supporto"
- Corso FAD Regionale "Anticorruzione e Trasparenza (il corso FORMAS è stato costruito con i contributi delle strutture di supporto di tutti gli RPC Regionali)

Di seguito il focus sugli obiettivi specifici riportati nelle schede budget:

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
Garantire e monitorare l'adeguata formazione a tutto il personale in tendenziale coerenza con le indicazioni ministeriali (compreso Antincendio, sicurezza, privacy, anticorruzione). Stesura di documentazione e relazione da allegare e inviare al responsabile di Area.	Numero UdB				16	
	% media di raggiungimento				99	
Verifica formazione effettuata in coerenza con le indicazioni ministeriali, comprensiva di formazione obbligatoria aziendale (Antincendio, sicurezza, privacy, anticorruzione) da parte delle Unità Operative dell'Area, da da documentare tramite relazione	Numero UdB			1	4	1
	% media di raggiungimento			90	100	100
Divulgazione del Codice di Comportamento e del Regolamento sul Conflitto di Interessi riscontrabile da riunione di struttura ove risulti il livello di partecipazione degli operatori. Numero riunioni di struttura verbalizzate, da effettuare e rendicontare	Numero UdB	56	304	46	45	105
	% media di raggiungimento	100	100	100	100	100

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. 379/2025 ADOZIONE SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE-AGGIORNAMENTO ANNO 2025)

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)

Tipologia KPI	Criterio di valutazione	Soggetti valutatori/validatori
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 2025, è stata la seguente:

Raggruppamento KPI	Tipologia referente KPI	num	%	%
Documentati dalle strutture	Tipo Autocertificazione	303	33,5%	36,6%
	Tipo Referente Unico Aziendale senza Software	27	3,0%	
	Tipo Referente Unico per strutture di competenza senza Software	1	0,1%	
Documentali	Tipo Documentale	210	23,2%	23,2%
Provenienti da flussi	Tipo Flussi e Software	114	12,6%	40,2%
	Tipo Referente Unico Aziendale con Software	104	11,5%	
	Tipo Referente Unico per strutture di competenza con Software	0	0,0%	
	Tipo Software Interno Struttura	146	16,1%	

Rispetto all'anno 2024 è aumentata la percentuale di indicatori documentali passando dal 21,2% a 23,2% e quelli documentati dalle strutture (da 34,2% a 36,6%)

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

Elaborazioni in corso

Nella tabella seguente ripartiamo i **risultati medi** delle scheda budget suddivisi fra dirigenza e comparto e ripartiti nelle aree precedentemente definite. Il dato 2025 sarà inserito al termine delle valutazioni.

Area	Dirigenza				Comparto			
	2022	2023	2024	2025	2022	2023	2024	2025
H	93,8	93,5	93,8		99,2	98,8	98,3	
T	97	96,9	95,5		98,6	97,6	97,7	
PREV	98,1	98,8	99,3		99,3	99,6	99,3	
AMM/TEC	99,6	99,3	98,9		99,6	99	99	
STAFF	98,2	99,4	99,4		98,2	99,5	99,3	
Azienda	95,9	96,1	96,04	n.d.	99,1	98,7	98,5	n.d.

In sintesi il trend delle distribuzioni delle valutazioni di struttura può essere descritto dai seguenti valori statistici:

Anno	DIRIGENZA			COMPARTO		
	MEDIA	MEDIANA	DEVIAZIONE STANDARD	MEDIA	MEDIANA	DEVIAZIONE STANDARD
2021	95,41	97,59	6,47	98,54	99,21	2,11
2022	95,95	97,86	5,61	99,06	99,86	1,84

Anno	DIRIGENZA			COMPARTO		
	MEDIA	MEDIANA	DEVIAZIONE STANDARD	MEDIA	MEDIANA	DEVIAZIONE STANDARD
2023	96,10	98,52	6,21	98,71	99,59	2,27
2024	96,04	98,05	5,75	98,49	99,33	2,01
2025	In fase di valutazione	In fase di valutazione	In fase di valutazione	In fase di valutazione	In fase di valutazione	In fase di valutazione

6. La performance individuale

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 e dal 2025 si è passati al nuovo applicativo “*SW Gestionale Unificato regionale WHR – Time*” a cui i dipendenti accedono con credenziali unificate tramite il PORTALE DEL DIPENDENTE sezione AREA VALUTAZIONE.

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:

1. per i dipendenti neo assunti nell’anno 2025, non ancora presenti nel database della Valutazione, vengono inizializzati nell’associazione al Valutatore sulla base di un “automatismo associativo” rilevato dal sistema di gestione del Portale del Dipendente, presupponendo che chi autorizza le richieste in quest’ultimo ambiente sia il superiore gerarchico che opererà la valutazione del dipendente, richiedendo verifica e conferma dell’associazione ipotizzata al relativo Valutatore;
2. per i dipendenti caricati nel nuovo database della Valutazione 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
3. 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 WHR-Time quali Valutatori tutti i titolari di Scheda Budget ed i relativi coordinatori referenti per un totale di 615 unità. I Valutatori accedono al Gestionale della Valutazione con le stesse credenziali da loro utilizzate per entrare nel proprio “Portale del Dipendente”.

Effettuato questo primo step di verifiche interne sulle relative anagrafiche ed associazioni si è dato avvio all’annualità di valutazione 2025 che si è svolto senza particolari difficoltà operative, fatto salvo un problema tecnico legato alla prima implementazione del nuovo sistema gestionale WHR-Time da parte della Ditta che ha comportato un tardivo avvio della fase di assegnazione. Grazie all’impegno profuso da tutti gli interessati dal processo, questo si è concluso con ottimi risultati: 94,5% delle schede attese assegnate, il 93,7% delle schede finali chiuse e il 6% circa 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, e che nel periodo da 01/01/2025 - 30/06/2025 si sono svolti incontri in presenza ed in remoto con sviluppatori del gestionale WHR-Time per l’implementazione del nuovo sistema per la gestione delle schede individuali e che il periodo è andato oltre le richieste ed aspettative aziendali per problemi organizzativi avuti dalla Ditta, il calendario eventi anno 2025 è stato il seguente:

- **Avvio ciclo di valutazione 2025:** dal 01/07/25 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 con avvio dal 15/08/2025 e scadenza al 30/09/2025, prorogata al 13/10/2025 per problemi tecnici legati all'accesso al gestionale;
- **Fase Intermedia** monitoraggio sugli obiettivi assegnati da svolgersi, di norma, nel periodo di settembre - ottobre con effettuazione di una valutazione intermedia che è stata effettuata nel periodo 01/11/2025 – 31/12/2025 e si è resa necessaria per tutti per completamento visualizzazione scheda con anche comportamenti attesi; per allineamento della struttura della scheda di valutazione con impostazione dei calcoli per la valutazione finale del nuovo gestionale delle risorse umane WHR-Time.
- **Fase Finale** di Valutazione complessiva degli obiettivi/comportamenti attesi, ossia dal 01/01/2026 al 31/03/2026, completamento della messa in impianto del nuovo sistema.

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. 10.015 aventi diritto distribuiti per area comparto e dirigenza come riepilogato nel seguente specchietto:

AMBITO	COMPARTO	DIRIGENZA	TOTALE
TOTALE	8.113	1.902	10.015

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 618 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 9.381 su 10.015 schede totali attese. Per coloro che, invece, non hanno maturato il requisito c.d. NV- Non Valutabili – per un totale di 634 su 10.015 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 2025 non è stata aperta o annullata d'ufficio a seguito di comunicazione, oppure chiusa a zero dal Valutatore. Per questo gruppo di Non Valutabili la “valutazione finale” viene parificata alla risultanza conseguita dalla struttura di assegnazione al solo fine dell'applicazione del sistema premiante e alla determinazione della quota di produttività/retribuzione di risultato qualora comunque spettante.

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: *“Nel portale del dipendente è stata pubblicata la Sua scheda di valutazione Finale 2025. Eventuali osservazioni dovranno essere presentate al Valutatore entro 15 giorni di calendario dalla data di ricezione decorsi i quali la scheda diviene accettata”*

Durante i 10 gg lavorativi/15 gg di calendario dalla ricezione della scheda il Valutato che voglia presentare osservazioni alla scheda ricevuta invia mail al proprio Valutatore di richiesta di RILETTURA inserendo le motivazioni direttamente nella scheda nell'apposito campo “Osservazioni del Valutato”. Se il Valutatore ritiene

ammissibili le osservazioni ricevute, inoltra richiesta di riapertura scheda alla struttura aziendale preposta e procede con le modifiche/integrazioni rinviando la scheda finale modificata; 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 sempre nella 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 2025 sono state presentate n. 4 Richieste di *Riesame* che hanno confermato tutte la valutazione finale data dal Valutatore. Per tutte le altre 9.377 schede finali non essendo pervenuta documentazione integrativa, decorsi i 10 giorni dalla generazione della scheda finale questa è divenuta accettata. Infine, per questa annualità 2025 non sono state presentate all'Ufficio Valutazione Aziendale richieste di *Verifica all'OIV* di corretta applicazione dell'iter di processo.

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

- **Individuazione ed assegnazione** avviata con comunicazione mail del 01/08/2025 a tutti i Valutatori e scadenza al 30/09/2025, prorogata al 13/10/2025 poiché per un problema tecnico la ditta ha inizializzato l'annualità 2025 in ritardo.
- **Valutazione Intermedia:** effettuata dal 01/11/2025 al 31/12/2025 con completamento visualizzazione scheda anche con comportamenti attesi; allineamento della struttura della scheda di valutazione con impostazione dei calcoli per la valutazione finale;
- **Valutazione Finale** dal 01/01/2026 a 31/03/2026 comunicazione a tutti i Valutatori. 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 30/04/2026. 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.

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](#)

Elementi della Valutazione

Sulla base dei Regolamenti vigenti, 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:

AREA DIRIGENZA	Sez. B1 Obiettivi	Sez. B2 Comportamenti
Dirigente con anzianità < 5anni – neo assunto	50	50
Dirigente con anzianità > 5 anni	60	40
Dirigente con Budget (*)	70	30
(*) Per la scheda Dirigente con Budget NON vi è assegnazione di obiettivi individuali della sez. B1. I 70 punti saranno conseguiti in misura proporzionale alla risultanza della scheda di struttura.		

AREA COMPARTO	Sez. B1 Obiettivi	Sez. B2 Comportamenti
Area Supporto e Coadiutori	40	60
Area Assistenti	50	50
Area Professionisti salute e funzionari incarico Base	60	40
Area Professionisti salute e funzionari - incarico Medio, Elevato e Professionale	70	30

6.3. Risultati della valutazione

Elaborazioni in corso

APPROVATO DAL DIRETTORE GENERALE

Dr. Marco Torre