



RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2024

Giugno 2025

INDICE

Introduzione	2
1. L'azienda in cifre	2
2. Pari opportunità e bilancio di genere	15
3. Articolazione organizzativa	19
4. La performance aziendale	20
4.1. ANALISI DEL RISULTATI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ANNO 2024	21
4.2. I RISULTATI DEI BERSAGLI DEGLI STABILIMENTI	24
4.3. I RISULTATI DEI BERSAGLI DELLE ZONE DISTRETTO	24
4.4. LA VALUTAZIONE PARTECIPATIVA	25
4.5. RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	26
5. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture – La performance organizzativa	28
5.1. L'ALBERO DELLE PERFORMANCE	28
5.2. LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2024: DAGLI INDIRIZZI REGIONALI E DI AREA VASTA AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI	29
5.3. INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	45
5.4. IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DI STRUTTURA	46
5.5. LA PERFORMANCE DI STRUTTURA – RISULTATI RAGGIUNTI NELL'AZIENDA TOSCANA SUD EST	48
6. La performance individuale	49
6.1. LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	49
6.2. ITER DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	50
6.3. RISULTATI DELLA VALUTAZIONE	53

Introduzione

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

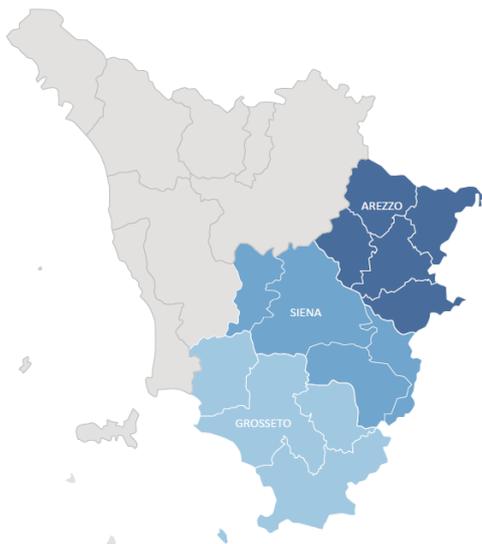
Trattasi di uno strumento di "trasparenza" dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità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

Questa relazione alla performance costituisce un momento di analisi sull'operato aziendale e rappresenta un'occasione per leggere i risultati effettivi e concreti conseguiti nell'anno 2024 in una logica di miglioramento e di innovazione:

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

1. L'azienda in cifre

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



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

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

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

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

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

PRESIDIO OSPEDALIERO del Valdarno

- S.O. Montevarchi

PRESIDIO OSPEDALIERO delle Colline dell'Albegna,

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

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

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

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Alta Val d'Elsa

- S.O. Poggibonsi

Le 10 Zone Distretto sono:

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

La popolazione residente nel territorio dell'AUSL Toscana sud est al 01/01/2024 è pari a **809.138** abitanti (oltre 1.000 unità in meno rispetto all'anno 2023); 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).

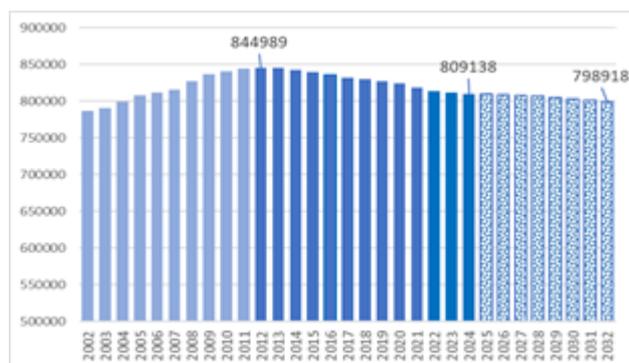
Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2024 - Fonte ISTAT

Residenza	Femmine	Maschi	Totale
Zona Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	86.125	81.826	167.951
Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	38.149	36.467	74.616
Zona Aretina	65.269	62.007	127.276
Zona del Casentino	16.705	16.797	33.502
Zona dell'Alta Val d'Elsa	31.395	30.458	61.853
Zona della Val di Chiana Aretina	25.465	24.308	49.773
Zona della Val Tiberina	14.561	14.107	28.668
Zona delle Colline dell'Albegna	24.696	23.155	47.851
Zona del Valdarno	47.855	46.270	94.125
Zona Senese	64.028	59.495	123.523
AUSL Toscana sud est	414.248	394.890	809.138

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.

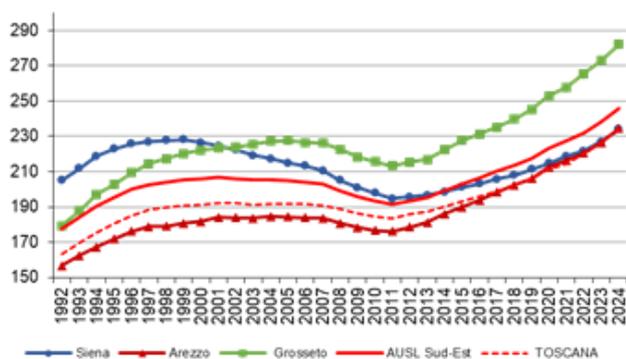
Oltre che in contrazione la popolazione è sempre più sbilanciata sulle età anziane: gli ultra 65enni sono ormai il 27% del totale dei residenti mentre ammontano al 5% i così detti grandi vecchi (coloro che hanno superato gli 85 anni); per contro i giovani tra 0 e 14 anni scendono all'11%.

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



L'indice di vecchiaia è un indicatore molto importante in grado di sintetizzare due tendenze: l'aumento della popolazione anziana e la riduzione di quella molto giovane. La presenza di anziani nel nostro territorio è oltre che doppia rispetto a quella dei giovani (si contano 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 2024). Nella tabella che segue oltre all'indice di vecchiaia è riportato anche l'indice di dipendenza anziani (anziani 65+/popolazione 15-64); nella AUSL Toscana sud est al 01/01/2024 si contano 44 anziani ogni 100 residenti tra 15 e 64 anni (rispetto ai 42 della media regionale) con un incremento del 13% negli ultimi 10 anni.

Andamento indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Popolazione al 01/01. Anni 1992-2024
Fonte ISTAT



Residenti ultra65enni, indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) e indice di dipendenza anziani (pop. 65+/pop. 15-64). Popolazione al 01/01/2024 - Fonte ISTAT

RESIDENZA	Residenti 65+	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza anziani
Provincia di Siena	69.827	233,8	43,6
Alta Val d'Elsa	15.403	208,5	39,4
Val di Chiana Senese	17.224	271,1	48,8
Amiata Senese e Val d'Orcia	4.779	294,8	51,1
Senese	32.421	223,6	42,3
Provincia di Arezzo	88.623	234,5	42,8
Casentino	9.579	277,1	46,8
Valtiberina	8.664	288,2	51,0
Val di Chiana Aretina	13.263	232,5	43,1
Aretina	33.320	230,1	41,9
Valdarno	23.797	213,5	40,2
Provincia di Grosseto	62.652	282,1	47,8
Colline dell'Albegna	15.149	343,2	53,6
Amiata Grossetana	5.434	298,7	50,1
Grossetana	29.115	251,6	44,0
Colline Metallifere	12.954	294,3	50,6
AUSL Toscana sud est	221.102	246,0	44,4
REGIONE TOSCANA	968.246	234,0	42,5

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

Da rilevare come la natalità sia molto bassa nonostante il contributo della popolazione migrante; tra i residenti nel territorio dell'AUSL Toscana sud est il 17,7% dei nati ha entrambi i genitori di cittadinanza estera e, in zone a bassissima natalità come l'Amiata Grossetana, i nati di cittadinanza estera sono il 33,7% del totale dei nati.

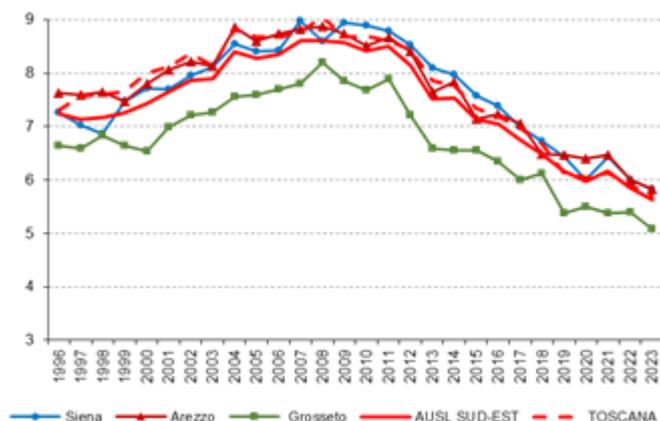
Numero di nati, tassi di natalità (nati per 1.000 residenti) e percentuale di nati di cittadinanza estera per residenza Anno 2023. Fonte ISTAT

Residenza	Nati 2023	Tasso di natalità	Percentuale nati di cittadinanza non italiana
Provincia di Siena	1.517	5,8	16,9%
Alta Val d'Elsa	392	6,3	15,1%
Val di Chiana senese	303	5,1	20,1%
Amiata senese e Val d'Orcia	90	5,7	15,6%
Senese	732	5,9	16,8%
Provincia di Arezzo	1.940	5,8	18,8%
Casentino	156	4,7	17,3%
Val Tiberina	144	5,0	16,7%
Val di Chiana aretina	262	5,3	13,7%
Aretina	809	6,4	21,0%
Valdarno	569	6,0	18,8%
Provincia di Grosseto	1.099	5,1	17,0%
Colline dell'Albegna	215	4,5	12,1%
Amiata grossetana	86	4,8	33,7%
Grossetana	561	5,2	15,3%
Colline metallifere	237	5,5	19,4%
AUSI Toscana sud est	4.556	5,6	17,7%
REGIONE TOSCANA	20.875	5,7	18,1%

Il tasso di natalità continua a diminuire mantenendosi su valori molto bassi; Grosseto si conferma negli anni come la provincia a minore natalità. Nel 2023 nella AUSL toscana sud est si sono registrati appena 5,6 nati ogni 1.000 abitanti; le zone a più bassa natalità si confermano le colline dell'Albegna, il Casentino e l'Amiata grossetana.

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

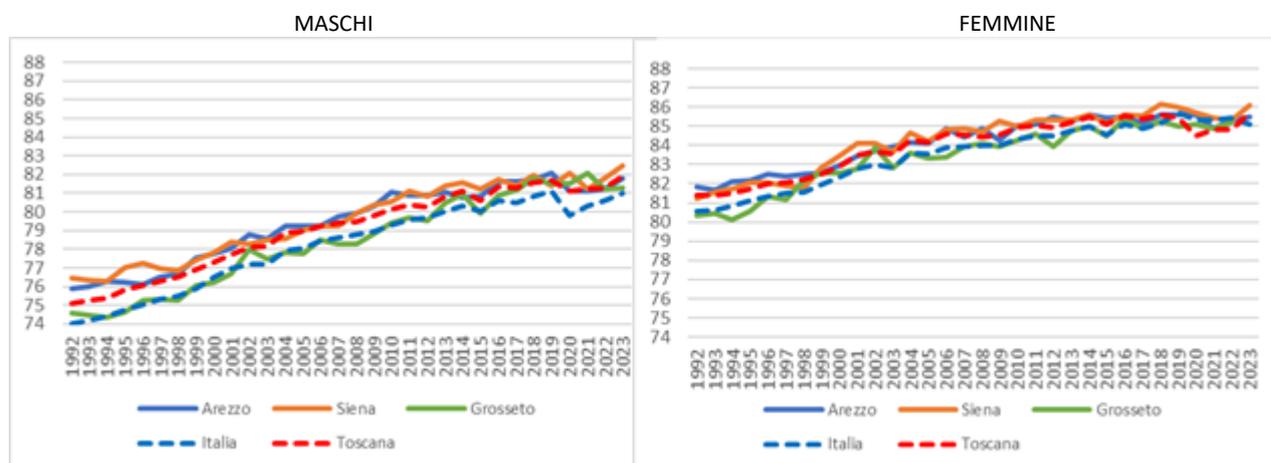
Trend indice di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2023 Fonte ISTAT



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 2023 nelle province dell'AUSL Toscana sud est mostra nei maschi un incremento nelle province di Arezzo, Siena e Grosseto rispettivamente di 5,9 6,1 e 6,7 anni, lievemente inferiori i rispettivi incrementi tra le femmine (3,6 4,9 e 5,1). Negli anni si sono dunque ridotte in entrambi i generi le differenze tra le province della AUSL Toscana sud est. Stante il trend di lungo termine in tendenziale crescita, la tabella che segue mostra come negli anni pandemici 2020 e 2021 si sia assistito ad una flessione della speranza di vita alla nascita che nel 2023 si riallinea all'anno 2019 (pre-pandemico).

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



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

Residenza	Maschi						Femmine					
	2019	2020	2021	2022	2023	Diff.2023 vs 2019	2019	2020	2021	2022	2023	Diff.2023 vs 2020
Provincia di Arezzo	82,1	81,1	81,1	81,2	81,8	-0,3	85,6	85,6	84,9	85,3	85,5	-0,1
Provincia di Siena	81,4	82,1	81,2	81,8	82,5	+1,1	86,0	85,7	85,4	85,3	86,1	+0,21
Provincia di Grosseto	81,5	81,5	82,1	81,2	81,3	-0,2	85,0	85,1	84,9	85,2	85,4	+0,4
Toscana	81,7	81,1	81,2	81,3	81,9	+0,2	85,7	85,3	85,3	85,4	85,7	=
Italia	81,1	79,8	80,3	80,6	81,0	-0,1	85,4	84,5	84,8	84,8	85,1	-0,3

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

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

Posti letto per Ospedale – dati 2024

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

PO	Stabilimento	ord	dh	Totale
Po Dell'Aretino, Casentino,Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	50	5	55
	Osp. Sansepolcro	35	7	42
	Osp. Arezzo	413	55	468
	Osp. Cortona	36	19	55
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	153	18	171
	PROV. AREZZO	687	104	791
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	56	16	72
	Osp. Pitigliano	19	6	25
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa M.ma	56	12	68
	Osp. Casteldelpiano	34	4	38
	Osp. Grosseto	390	34	424
	PROV. GROSSETO	555	72	627
	Spdc C/0 A.O. Senese	8	0	8
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	143	28	171
Po Amiata Senese,Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbazia S. S.	24	9	33
	Osp. Montepulciano	142	21	163
	PROV. SIENA	317	58	375
	TOTALE POSTI LETTO PUBBLICI (incluso Nido e OBI)	1.559	234	1.793

più 72 posti letto nella struttura Clinica di Riabilitazione Toscana Spa (CRT), sede di un centro riabilitativo in partnership con l'azienda.

(fonte Modello Ministeriale HSP12 – 2024)

Nell'Area di competenza della Ausl sono presenti anche **3** Case di Cura Private accreditate e convenzionate per un totale di **263** ppil,

Stabilimento	2024		
	PL totali	di cui ord	di cui DH/DS
CENTRO CHIRURGICO TOSCANO SRL	95	95	0
CASA DI CURA SAN GIUSEPPE	88	78	10
CASA DI CURA RUGANI	80	74	6
Totale	263	247	16

(fonte HSP13-2024)

Attività di Ricovero per Ospedale

		2023			2024		
		Totale dimessi (ord+dh)	Degenza Media Ordinaria	Peso Medio DRG	Totale dimessi (ord+dh)	Degenza Media Ordinaria	Peso Medio DRG
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Civile Bibbiena (Ar)	2.229	6,3	0,72	2.225	6,3	0,68
	Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	2.183	5,7	0,66	2.300	5,7	0,68
	Area Aretina Nord Arezzo	19.720	5,9	0,90	19.647	5,9	0,90
	Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	1.639	6,7	0,77	1.907	6,9	0,81
Po Colline Dell'Albegna	S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	2.438	6,6	0,76	2.596	6,8	0,74
	Petruccioli Pitigliano (Gr)	331	10,5	0,72	316	8,9	0,85
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	2.833	5,7	0,80	2.924	5,6	0,75
	Civile Castel Del Piano (Gr)	537	11,0	0,76	575	11,6	0,82
	Misericordia Grosseto	16.819	6,3	0,90	17.388	6,3	0,91
Po Valdarno	Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	7.221	6,2	0,85	7.578	6,1	0,84
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Monte Amiata Abbazia S.Salvatore (Si)	775	9,3	0,58	785	11,3	0,59
	Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	5.647	6,8	0,73	5.786	6,7	0,73
Po Val D'Elsa	Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	6.713	6,2	0,73	6.393	6,4	0,72
	Spdc C/O A.O. Senese	245	11,06	0,64	235	10,2	0,64
TOTALE		69.330	6,3	0,83	70.655	6,3	0,83

Fonte DWH-SDO 26/05/2025

L'attività di ricovero nell'anno 2024, pur non essendo tornata ai livelli del 2019, periodo pre-Covid, continua con un trend di incremento (circa il + 2% rispetto all'anno 2023), ottimizzando nel contempo la durata dei ricoveri, infatti la degenza media si attesta a 6,3 giorni, come nel 2023 ma è il valore più basso registrato negli ultimi 5 anni. Inoltre si evidenzia che la degenza media dell'Asl Toscana Sud Est è anche inferiore alla degenza media per acuti in regime ordinario a livello nazionale che nel 2023 (ultimo dato disponibile) è stata di 7,1 giorni.

Interventi chirurgici (compreso ambulatoriali) per Ospedale:

PO	stabilimento	2023	2024
Po Val D'Elsa	Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	4.854	4.766
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	3.754	3.608
	Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	1.183	1.311
Po Valdarno	Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	6.472	6.963
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Area Aretina Nord Arezzo	15.025	15.189
	Civile Bibbiena (Ar)	3.478	3.659
	Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	5.265	6.069
	Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	3.227	3.658
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Civile Castel Del Piano (Gr)	270	400
	Misericordia Grosseto	17.934	18.906
	S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	2.589	2.434
Po Colline Dell'Albegna	Petruccioli Pitigliano (Gr)	225	242
	S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	3.351	3.495
Somma:		67.627	70.700

Fonte Registro Operatorio Ormaweb e ROA 16/06/2025

L'attività chirurgica complessiva è aumentata del 4,5% rispetto all'anno 2023, confermando il trend in continua crescita degli ultimi anni. Tale trend in crescita si rileva sia nei ricoveri in regime di ricovero ordinario e day hospital, che ambulatoriali.

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

PO	STABILIMENTO	2023	2024
Po Val D'Elsa	Ps Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	27.686	27.783
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Ps Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	6.417	6.644
	Ps Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	24.227	25.441
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Ps Area Aretina Nord Arezzo	63.957	64.482
	Ps Civile Bibbiena (Ar)	12.356	13.020
	Ps Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	11.827	12.301
	Ps Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	11.950	12.507
Po Valdarno	Ps Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	36.066	35.489
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Ps Civile Castel Del Piano (Gr)	8.292	9.011
	Ps Misericordia Grosseto	73.332	77.567
	Ps S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	15.487	15.585

PO	STABILIMENTO	2023	2024
Po Colline Dell'Albegna	Ps Petruccioli Pitigliano (Gr)	5.313	5.376
	Ps S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	19.069	19.886
	Somma:	315.979	325.092

Fonte DWH-PS 16/06/2025

Anche negli accessi di Pronto Soccorso si rileva un incremento rispetto all'anno 2023 (+3%), il trend è in continua crescita ma ancora inferiori al periodo Pre-Covid (347.091)

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

Ambito	2022	2023
Prov Di Siena	3.425.134	3.550.438
Prov Di Arezzo	5.793.219	6.109.439
Prov Di Grosseto	3.233.091	3.523.847
Totale complessivo	12.451.444	13.183.724

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

Fonte: DWH flusso SPA 16/06/2025

Come emerge dalla tabella sopra riportata, nell'anno 2024 abbiamo registrato un incremento di circa il 6% anche nelle prestazioni ospedaliere ambulatoriali per esterni, erogate per utenti residenti e non, attestandosi ad un 18% in più dell'anno 2019, con un trend sostanzialmente sempre in crescita se si esclude l'anno 2020, causa le restrizione del periodo pandemico.

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

Fanno parte della rete territoriale aziendale le Case della Salute / Case della Comunità

Zona	Case della Salute / Case della Comunità
Aretina	CASA DELLA SALUTE Civitella Valdichiana - Badia al Pino
	CASA DELLA COMUNITA' Subbiano
	CASA DELLA SALUTE Arezzo
Casentino	CASA DELLA SALUTE Castel Focognano - Rassina
	CASA DELLA COMUNITA' Pratovecchio - Stia
	CASA DELLA COMUNITA' Poppi
Valtiberina	CASA DELLA SALUTE Anghiari
	CASA DELLA SALUTE Caprese Michelangelo - Pieve Santo Stefano
	CASA DELLA SALUTE Sansepolcro "Borgo"
Valdarno	CASA DELLA SALUTE Bucine
	CASA DELLA SALUTE Terranuova Bracciolini
	CASA DELLA SALUTE San Giovanni Valdarno

Zona	Case della Salute / Case della Comunità
	CASA DELLA SALUTE Castelfranco Piandiscò
Val di Chiana Aretina	CASA DELLA COMUNITA' Valdichiana Aretina - Castiglion Fiorentino
	CASA DELLA COMUNITA' Cortona Camucia
	CASA DELLA COMUNITA' - Foiano della Chiana
Amiata senese e Val d'Orcia-Valdichiana senese	CASA DELLA COMUNITA' Abbadia San Salvatore
	CASA DELLA SALUTE Chiusi
	CASA DELLA SALUTE Montepulciano
	CASA DELLA COMUNITA' Sinalunga
Alta Val d'Elsa	CASA DELLA SALUTE Alta val del Elsa Poggibonsi
Senese	CASA DELLA SALUTE Senese
	CASA DELLA SALUTE Montalcino
Colline dell'Albegna	CASA DELLA SALUTE Pitigliano
	CASA DELLA COMUNITA' Manciano
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	CASA DELLA SALUTE Follonica
	CASA DELLA COMUNITA' Castel del Piano

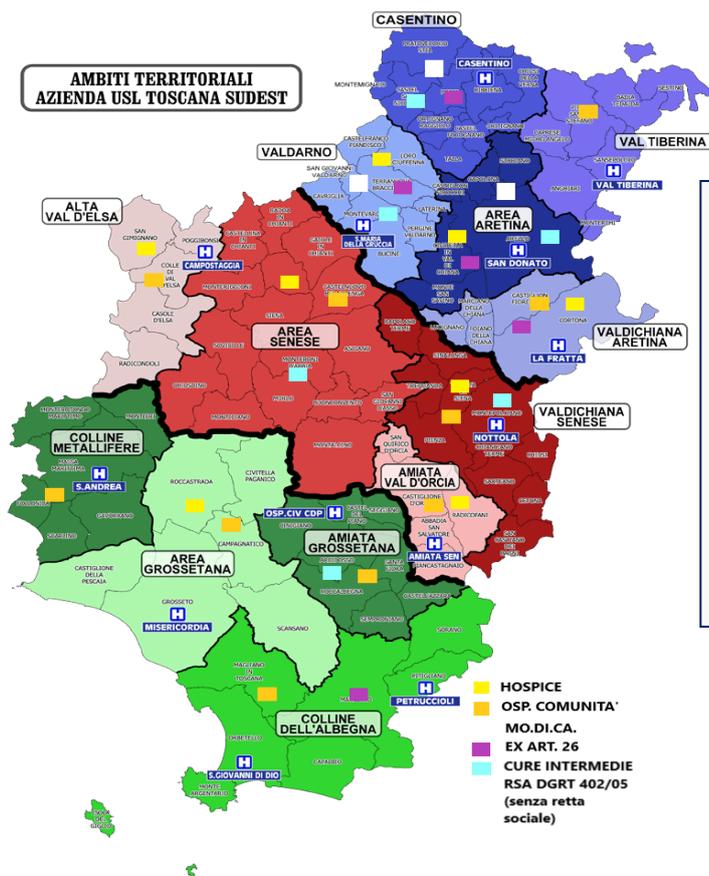
Lo sviluppo delle Case della Comunità si pone in linea di continuità rispetto alla sperimentazione e successiva implementazione del modello delle Case della Salute già realizzate sul territorio toscano. Nel DM 77/2022 la Casa di Comunità è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini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

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.



- I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM:**
- Distretti Zona/Società della Salute
 - Stabilimenti Ospedalieri accorpati in Presidi Ospedalieri
 - Aft
 - Case della Salute /Case della Comunità
 - Posti letto Ospedale di Comunità/Modulo di Continuità Assistenziale (MODICA)
 - Posti Letto Hospice
 - Posti Letto Riab ex art.26
 - Rsa con moduli Base, Motorio Cognitivo, Stato Vegetativo

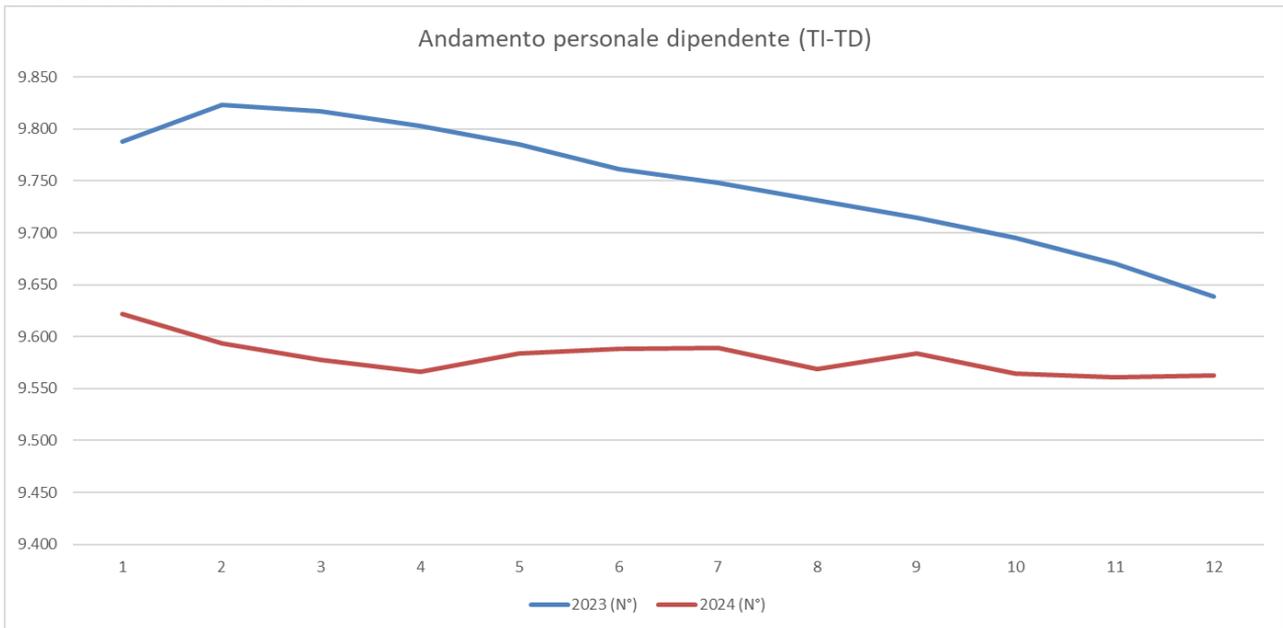
Rilevante è stata anche la messa a regime delle Centrali Operative Territoriali (COT) con funzioni di organizzare e coordinare la transizione delle persone residenti nella zona-distretto tra i diversi setting assistenziali e i diversi livelli organizzativi del sistema sanitario, sociosanitario e socioassistenziale,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

Sono state gestite su tutto il territorio aziendale 12.559 segnalazioni in netto aumento rispetto al 2023, anno in cui il numero di segnalazioni era stato di 10.094.

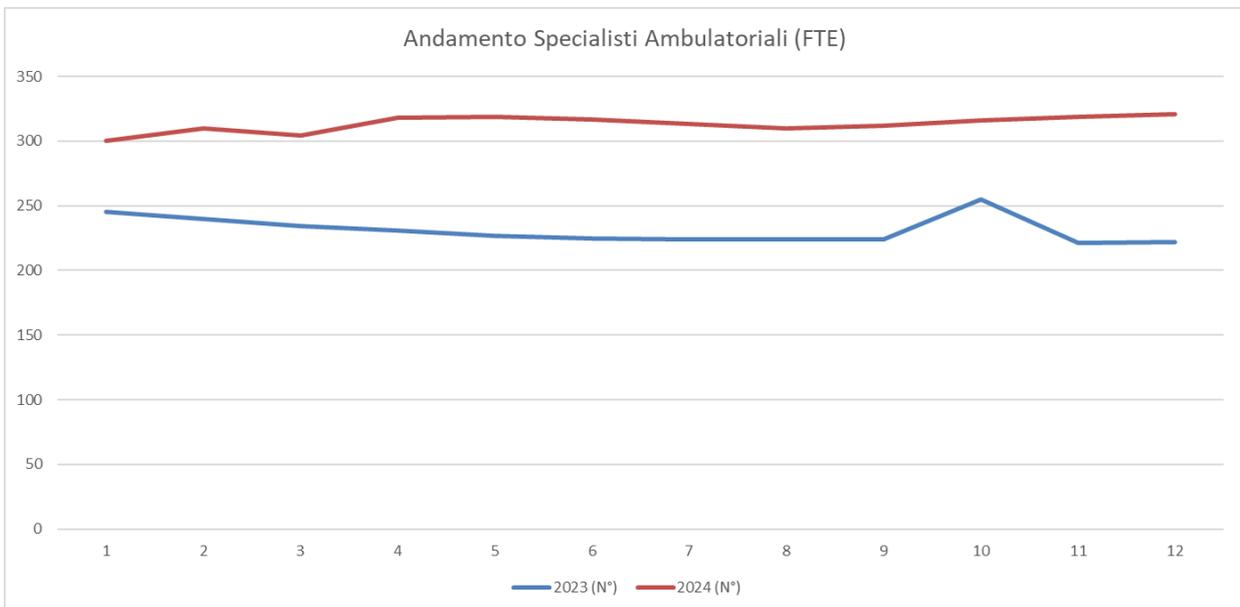
Il numero di Anziani over 65 trattati in Assistenza Domiciliare risulta essere stato del 12,20%, ciò conferma l'ottimo lavoro effettuato dalle COT nell'attivazione e la presa in carico domiciliare dei pazienti fragili.

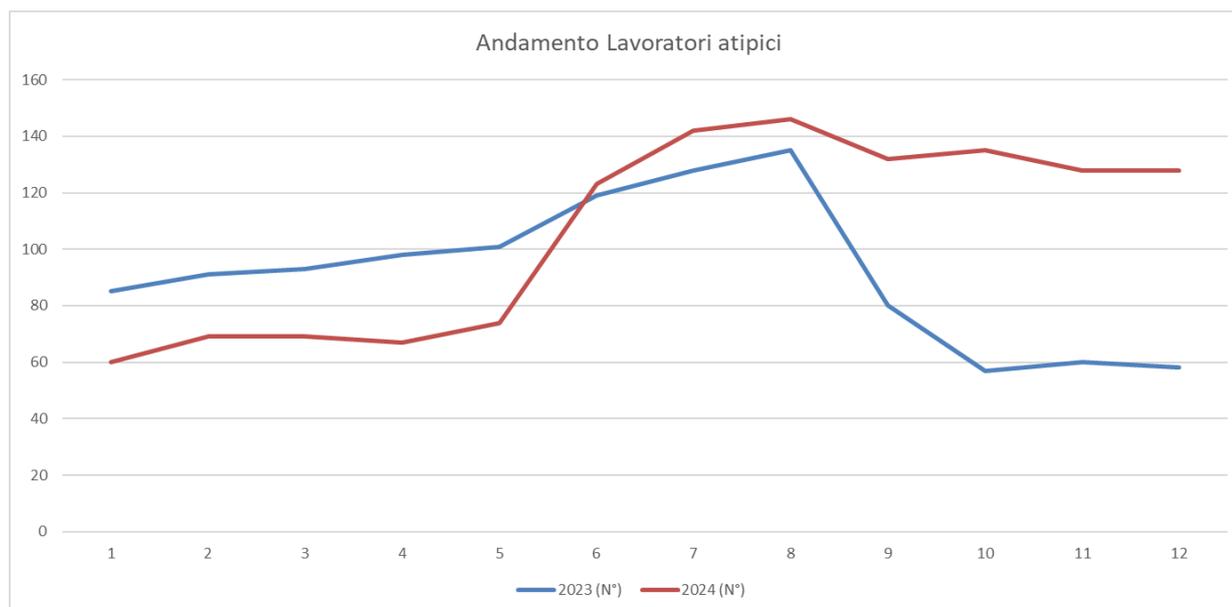
Nelle Zone Distretto sono garantiti inoltre tutti i servizi Consultoriali, per la Salute Mentale Adulti e Infanzia nonché per gli aspetti legati alle Dipendenze, alla Riabilitazione e all'Assistenza Sociale.

La consistenza del **personale dipendente** dell’Azienda Usl Sud Est, al 31 dicembre 2024 è 9.563 a fronte di 9.639 al 31 dicembre 2023.



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 10.012 unità a fronte di 9.919 del 31 dicembre 2023. 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 2024, hanno operato nell’Azienda oltre 600 medici fra Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

2. Pari opportunità e bilancio di genere

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

Con le Deliberazioni DG n.1618 del 21/12/2022, n. 856 dell’01/08/2023 e n. 6 dell’08/01/2024 l’Azienda ha rinnovato il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG) che è l’organo che esercita compiti propositivi, consultivi e di verifica, e si afferma come soggetto, attraverso il quale il legislatore, tenendo conto delle criticità esistenti, intende raggiungere i seguenti obiettivi:

- a. Assicurare, nell'ambito del lavoro pubblico, parità e pari opportunità di genere, rafforzando la tutela dei lavoratori e delle lavoratrici e garantendo l'assenza di qualunque forma di violenza morale o psicologica e di discriminazione diretta e indiretta, relativa al genere, all'età all'orientamento sessuale, alla razza, all'origine etnica, alla disabilità, alla religione e alla lingua, senza diminuire l'attenzione nei confronti delle discriminazioni di genere l’ampliamento ad una tutela espressa nei confronti di ulteriori fattori di rischio.
- b. Favorire l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l’efficienza delle prestazioni lavorative anche attraverso la realizzazione di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e di contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica nei confronti dei lavoratori e delle lavoratrici.

Il Comitato Unico di Garanzia, redige il Piano triennale di Azioni Positive (PAP), documento mirato ad introdurre azioni positive all’interno del contesto di lavoro e approvato con delibera DG 706 del 21/06/2023 con oggetto: “Piano di azioni positive 2023-2025 (pap) – determinazioni”.

Sono proseguite nel 2024 le seguenti azioni:

- formazione del personale in particolare sulle tematiche di benessere organizzativo e pari opportunità,
- fare rete con altre strutture aziendali, ed in particolare l'“UOSD Benessere Organizzativo e Clima Interno”, dotata di risorse e professionalità adeguate, con gli Sportelli di Ascolto Psicologico e l'implementazione di nuovi ambiti di intervento sul benessere organizzativo;
- fare rete con omologhi organismi regionali e nazionali. Importante passo è stato l'adesione alla “Rete Nazionale dei CUG” con la Delibera DG n. 1224 del 28 Novembre 2023 avente ad oggetto "Adesione del comitato unico di garanzia dell'Azienda USL Toscana Sud Est alla rete nazionale dei comitati unici di garanzia";
- contrasto ad azioni di straining e mobbing, lotta alle molestie e alle discriminazioni, miglioramento del benessere organizzativo in collaborazione con la R.S.P.P., i Medici Competenti, le strutture aziendali come il Dipartimento Risorse Umane, l'Agenzia della Formazione, i R.L.S., per affrontare in maniera coordinata tutta la materia del benessere organizzativo e dell'impatto che su di esso può esercitare anche lo stress lavoro-correlato che sono indispensabile per progettare in maniera unitaria la rilevazione dei disagi e quella dei bisogni per i dipendenti e le dipendenti della nostra azienda;
- valorizzazione dei percorsi interni per la risoluzione dei conflitti: “sportelli di ascolto” dedicati, diffusi sul territorio con definizione del loro mandato e del loro rapporto con le altre strutture;
- leggere i bilanci degli enti pubblici in chiave di genere come importante strumento di mainstreaming (integrazione) che consente di analizzare e contribuire a ridurre le disuguaglianze di genere attraverso un esercizio di trasparenza, equità e rendicontazione della gestione e distribuzione delle risorse impiegate;
- Lavoro agile e conciliazione vita-lavoro. In particolare, per il Lavoro Agile il CUG si impegna perché sia garantita l'effettiva possibilità per ciascun lavoratore/lavoratrice, compatibilmente con il proprio profilo professionale, di usufruire di tutti i giorni di lavoro agile consentiti dalla normativa; del rispetto di fatto del diritto alla disconnessione; invita l'Amministrazione a effettuare investimenti in strumenti tecnologici (pc, tablet ed accessori);
- Telelavoro: verificando la garanzia della effettiva possibilità, per il personale che ne ha diritto come da normativa vigente, di poter usufruire il più possibile del Telelavoro; verifica del rispetto di fatto del diritto alle pause di lavoro al di fuori della dovuta reperibilità; verifica che la strumentazione messa a disposizione sia effettivamente adeguata alle esigenze lavorative e ben funzionante.
- Maternità e lavoro: Conciliare lavoro e famiglia è una sfida quotidiana che le imprese possono sostenere con politiche di welfare aziendale, le pubbliche amministrazioni sulla base di studi degli ultimi anni hanno dimostrato l'utilità, di adottare politiche favorevoli alle famiglie (family friendly). Per questo ambito il CUG ritiene utile promuovere un'indagine interna che definisca:
 - il livello di percezione dei/le dipendenti di come l'azienda si pone nell'affrontare il tema maternità e lavoro;
 - l'esame degli atti e regolamenti a carattere interno, degli ultimi anni (dal 2016 anno di costituzione Azienda UTSE) dell'azienda nei confronti del Family Friendly.
 - Invecchiare bene al lavoro “Age Diversity Management” / Prevenzione in un'ottica di genere/WHP -Work Health Promotion.

Tali buone pratiche (part-time, mentoring, valutazioni, ipersuscettibilità, ecc.) vogliono rappresentare una implementazione delle misure di prevenzione e promozione della salute basate sull'età anagrafica dei/le lavoratori/trici (age management) e più in generale ai diversi bisogni che gli/le stessi/e presentano correlati alle ridotte capacità lavorative (diversity management).

Il CUG ha proposto:

- di monitorare la loro applicazione per affrontare con un approccio strategico globale e proattivo al problema della demografia aziendale ed affrontarla con interventi che valorizzino le caratteristiche delle persone in età avanzata o con fragilità di salute e/o ridotte capacità lavorativa
- di contribuire con idee ed azioni attraverso i gruppi di lavoro appositamente istituiti per il progetto regionale “WHP- Work Health Promotion, luoghi di lavoro che promuovono la salute” a promuovere azioni tese a stimolare la partecipazione attiva delle persone nell'adozione di stili di vita sani per la riduzione dei fattori di rischio socioeconomici e ambientali che agiscono come determinanti nel miglioramento della salute e del benessere del personale dipendente.

Nell'ambito della lotta alle disuguaglianze l'AUSL Toscana Sud Est ha inoltre avviato un processo di "Diversity, Equity and Inclusion Strategy" ai cui principi si ispira l'azione di valorizzazione ed inclusione delle diversità, non solo di genere, che l'Azienda intende sviluppare nel contesto lavorativo aziendale.

A tal proposito con la Deliberazione n. 696 del 13/06/2023 è stata approvata la progettualità relativa alla "strategia di diversità, equità ed inclusione" (DE&I Strategy), è stato nominato il DE&I manager ed è stato costituito un "gruppo di riflessione" (DE&I Think Tank) con il compito di perseguire una strategia di più ampia portata che elabori un percorso teso a realizzare in Azienda la "strategia di diversità, equità ed inclusione" (DE&I Strategy).

Nell'ambito della suddetta Delibera, inoltre, è stato definito il gruppo di lavoro per la stesura del Gender Equality Plan aziendale che è stato poi approvato e adottato con la Deliberazione DG n. 1054 del 17/10/2023.

Nel 2024 i temi dell'inclusione, dell'equità e della valorizzazione delle diversità sono continuati ad essere al centro delle politiche aziendali. Le iniziative concrete, attuate, si inseriscono nella strategia aziendale di Diversity, Equity & Inclusion, con l'obiettivo di consolidare politiche mirate alla parità di genere e alla valorizzazione delle risorse umane, pilastro delle politiche aziendali, per promuovere un processo di confronto e condivisione e favorire un ambiente di lavoro sempre più inclusivo.

Il 2024 ha visto la formalizzazione di importanti collaborazioni e l'adozione di strumenti normativi interni fondamentali:

- È stato stipulato un **Accordo Quadro di Collaborazione Scientifica tra l'Università degli Studi di Siena e l'Azienda USL Toscana sud est (Delibera D.G. n.121/2024)**. Questo accordo mira alla realizzazione di attività congiunte di ricerca, studio, formazione e sensibilizzazione nel campo della lotta alla discriminazione e del Diversity Management, consolidando il legame tra mondo accademico e sanitario su queste tematiche cruciali.
- Sono state approvate le **Direttive per il Linguaggio di Genere (Delibera D.G. n.140/2024)**, un passo essenziale per promuovere una comunicazione interna ed esterna inclusiva e rispettosa delle differenze di genere, contribuendo a superare stereotipi e pregiudizi.
- È stato approvato il **Codice di Condotta per la Lotta Contro le Molestie Sessuali (Delibera D.G. n. 321/2024)** ed è stata incaricata la Consigliera di Fiducia con l'obiettivo di prevenire, e contrastare ogni forma di discriminazione, abuso e molestia nei luoghi di lavoro. Questa iniziativa rafforza il sistema di tutela e supporto per il personale, creando un canale sicuro per la segnalazione e gestione di situazioni critiche e affermando una tolleranza zero verso ogni forma di abuso e discriminazione.

L'Azienda ha investito nel rafforzamento delle proprie strutture interne, ha puntato sulla formazione e ha ottenuto importanti riconoscimenti esterni che ne attestano l'eccellenza:

- È stato **nominato il Disability Tutor Aziendale (Delibera D.G. n. 561/2024)**, figura strategica dedicata a promuovere l'inclusione delle persone con disabilità e a garantire percorsi di supporto e autonomia all'interno dell'organizzazione.
- Un ulteriore e prestigioso riconoscimento del lavoro svolto è stato il **Premio Donne Protagoniste in Sanità – nell'ambito della 4° Convention Donne Protagoniste in Sanità Roma - 10 e 11 Luglio 2024**. Un attestato che sottolinea l'impegno dell'Azienda nel valorizzare il ruolo femminile e nel promuovere un ambiente lavorativo equo e stimolante per tutte le professioniste del settore.
- Sono state adottate le **Politiche di Genere per la Certificazione di Genere ai sensi della UNI/PdR 125:2022 (Delibera D.G. n. 930/2024)**. Questo impegno ha portato l'Azienda a essere **certificata e riconosciuta conforme alla Prassi di Riferimento UNI/PdR 125:2022**, attestando formalmente l'adozione di un sistema di gestione per la parità di genere che copre tutti gli aspetti dell'organizzazione aziendale, dal reclutamento alla carriera, dalla retribuzione alla genitorialità.

- Sono stati organizzati **tre eventi formativi di importante partecipazione sui temi della Diversity, Equity & Inclusion, Think Tank, Gender Equality Plan Team e Comitato Unico di Garanzia**. Queste iniziative hanno coinvolto un'ampia platea di dipendenti, favorendo la conoscenza, il dibattito e la diffusione di una cultura organizzativa sempre più inclusiva e consapevole.
- Infine, è stato **inserito come obiettivo di budget rivolto a oltre 500 strutture aziendali la diffusione e la conoscenza del "Gender Equality Plan"**. Questa misura strategica garantisce che i principi e gli obiettivi del Piano per la Parità di Genere vengano capillarmente diffusi e assimilati a ogni livello dell'organizzazione, trasformando gli impegni in azioni quotidiane e misurabili.

Le azioni realizzate nel 2024 rappresentano un fondamento solido per continuare il percorso verso un'Azienda sempre più equa, inclusiva e attenta al benessere di tutte le sue componenti, in linea con i più alti standard nazionali e internazionali in materia di diritti e pari opportunità.

Di seguito si riporta una tabella del personale dipendente suddiviso per ruolo professionale e sesso negli anni 2023 e 2024 evidenziando che nel 2024 è stato cambiato l'applicativo del personale e quindi non c'è una perfetta corrispondenza tra i ruoli del 2023 vs 2024:

Ruolo		2023			2024		
		F	M	Tot	F	M	Tot
DIRIGENZA AREA SANITA' SSN	SANITARIO	1.020	720	1.740	1.019	695	1.713
DIRIGENZA P.T.A. SSN	AMMINISTRATIVO	15	13	28	17	14	31
DIRIGENZA P.T.A. SSN	PROFESSIONALE	3	14	17	4	18	22
DIRIGENZA P.T.A. SSN	SOCIO SANITARIO				2	1	3
DIRIGENZA P.T.A. SSN	TECNICO	3	4	7	2	4	6
COMPARTO SSN	AMMINISTRATIVO	613	248	861	628	245	873
COMPARTO SSN	PROFESSIONALE		4	4		4	4
COMPARTO SSN	SANITARIO	4.023	1.210	5.233	3.960	1.190	5.149
COMPARTO SSN	SOCIO SANITARIO	1.187	214	1.401	1.168	205	1.373
COMPARTO SSN	TECNICO	163	209	372	154	219	373
INCARICHI ORGANI ISTITUZIONALI					5	2	7
PERSONALE RELIGIOSO	GENERICO				7		7
Totale		7.027	2.636	9.663	6.966	2.597	9.563

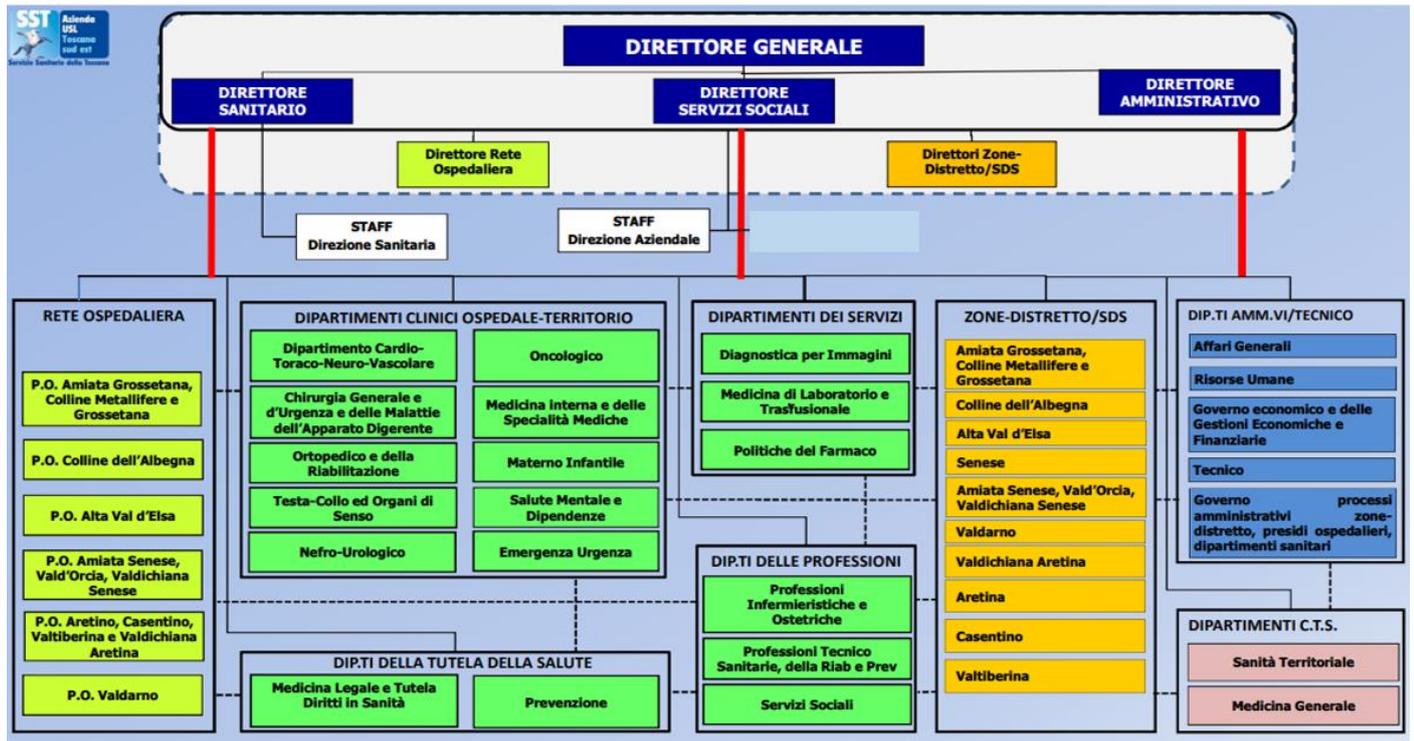
Dai quali si evince una netta presenza del genere femminile, in particolare nel Comparto.

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 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**, definiti **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,

Indicatore	2024
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4,457
B28.1 - Assistenza Domiciliare	4,386
C16 - Emergenza-urgenza	3,905
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	3,869
C1 - Capacità di governo della domanda	3,771
B28.3 - Assistenza Residenziale	3,707
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	3,689
B6 - Donazioni organi	3,658
B24A - Sanità digitale	3,594
C2 - Efficienza attività di ricovero	3,574
C4 - Appropriatelyzza chirurgica	3,573
D18A - Dimissioni volontarie	3,540
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3,510
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3,497
C22 - Terapie intensive	3,484
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3,409
C5 - Qualità di processo	3,406
C14 - Appropriatelyzza medica	3,392
C6 - Rischio clinico	3,391
F19A - Costo medio per punto Drg	3,261
E02 - Politiche del personale	3,161
B7 - Copertura vaccinale	3,160
B21G - Indice cattura	3,150
F12C - Dispositivi medici	3,147
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3,138
C11A - Efficacia assist. Territoriale	3,056
C21 - Aderenza farmaceutica	3,042
D9A - Abbandoni PS non presidiati	2,976
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	2,939
C15 - Salute mentale	2,932
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	2,880
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	2,842
B22 - Attività fisica adattata	2,636

Indicatore	2024
C7D - Pediatria	2,551
C8A - Integrazione ospedale territorio	2,235
C9 - Appropriat.Farmaceutica	2,001
F1 - Equilibrio economico reddituale	1,050
C13 - Appropriatezza diagnostica	0,054

(fonte Laboratorio MeS Sant'Anna Pisa estrazione 21/05/2025)

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

Performance buone:

- Nella qualità di processo in particolare nella percentuale di colecistectomie laparoscopiche in DS, nei ricoveri da PS in reparti chirurgici con DRG C, nelle fratture del collo del femore operate entro 48 ore dall'ingresso in ospedale
- Nei tempi di Pronto Soccorso, in miglioramento nei diversi codici di priorità
- Nella Copertura vaccinale
- Nell'area Materno Infantile se pur si è registrato un moderato aumento nella percentuale di cesarei

Ampi margini di miglioramento invece

- In ambito Salute Mentale, in particolare nell'area ospedaliera nella percentuale di ricoveri entro 7 giorni dalla dimissione
- Nell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica

In criticità l'appropriatezza diagnostica:

- Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni)
- Percentuale di pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Per il confronto con l'anno precedente si attende la valutazione definitiva di tutti gli indicatori del bersaglio MeS 2024:

Valutazione	2023		2024	
	N°	%	N°	%
Ottima	4	8,9%		
Buona	25	55,6%		
Media	12	26,7%		
Scarsa	4	8,9%		
Pessima	0	0,0%		
Totale	45	100%		

	2023		2024	
Valutazione	N°	%	N°	%
Valutazione media	3,19		Dato incompleto (valutazione regionale in corso)	

Anche per rappresentare la distribuzione nel dettaglio dei singoli indicatori valutati per l'anno 2024 attendiamo la conclusione delle valutazioni dal parte del Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa

Performance Pessima	Performance Scarsa	Performance media	Performance buona	Performance Ottima	Totale
					Dato incompleto (valutazione regionale in corso)

4.2. I risultati dei Bersagli degli Stabilimenti

Segue la rappresentazione delle performance per Stabilimento Ospedaliero ma per il confronto con l'anno precedente si attende la valutazione regionale definita dell'anno 2024:

PO	STABILIMENTI	2023	2024
PO RIUNITI AREZZO	Osp. Arezzo	3,6	
	Osp. Bibbiena	2,8	
	Osp. Sansepolcro	3,9	
	Osp. Cortona	3,6	
PO VALDARNO	Osp. Montevarchi	3,0	
PO AREA GROSSETANA	Osp. Casteldelpiano	2,6	
	Osp. Grosseto	3,3	
	Osp. Massa Marittima	3,9	
PO ALBEGNA	Osp. Orbetello	3,0	
	Osp. Pitigliano	2,0	
PO VALDICHIANA SENESE	Osp. Abbadia SS	3,1	
	Osp. Montepulciano	2,8	
PO ELSA	Osp. Poggibonsi	3,4	

Fonte Mes

4.3. I risultati dei Bersagli delle Zone Distretto

Per il confronto con l'anno precedente si attende la valutazione regionale definitiva di tutti gli indicatori di valutazione 2024:

ZONA DISTRETTO	2023	2024
Arezzo	3,0	
Casentino	2,8	
Valtiberina	3,0	
Valdarno	3,0	
Valdichiana Aretina	3,0	

ZONA DISTRETTO	2023	2024
Amiata senese e Val d'Orcia-Valdichiana Senese	2,7	
Senese	2,6	
Alta Val d'Elsa	2,9	
Colline dell'Albegna	2,8	
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	2,8	

Fonte Mes

4.4. La valutazione partecipativa

Per l'anno 2024 è proseguita l'indagine di soddisfazione dell'utenza nella valutazione del ricovero ospedaliero (Indagine Prems 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 86,1%, in linea con quello dello scorso anno, permane una sensibile differenza fra gli stabilimenti ospedalieri.

Degli utenti contattati hanno risposto al questionario somministrato il 22,5%, appena al di sotto del dato 2023 ma abbastanza vicino ai tassi di adesione medi tipici di questi studi.

Ospedale	tasso di adesione	tasso di partecipazione
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	93,7%	17,9%
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	93,6%	22,8%
OSPEDALE DI ORBETELLO	92,9%	19,3%
NUOVO OSPEDALE VAL DI CHIANA S.MARGHERITA	92,3%	14,8%
OSPEDALE DI PITIGLIANO	91,0%	14,9%
OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	86,2%	23,0%
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	86,0%	24,5%
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	85,6%	18,9%
OSPEDALE S.ANDREA MASSA MARITTIMA	84,1%	22,6%
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	84,0%	23,2%
OSPEDALE CIVILE DI CASTEL DEL PIANO	81,5%	18,4%
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	80,7%	26,8%
OSPEDALE DEL CASENTINO	64,0%	21,2%
totale	86,1%	22,5%

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	58%	35%	5%	2%	1%	100%
OSPEDALE AREA ARETINA NORD	70%	24%	4%	1%	1%	100%
OSPEDALE CIVILE DI CASTEL DEL PIANO	65%	31%	4%	0%	0%	100%
OSPEDALE DEL CASENTINO	67%	27%	2%	1%	2%	100%
OSPEDALE DELLA MISERICORDIA	71%	23%	3%	1%	1%	100%
OSPEDALE DELLA VALTIBERINA	68%	28%	2%	0%	0%	100%
OSPEDALE DELL'ALTA VAL D'ELSA	71%	24%	3%	1%	1%	100%
OSPEDALE DI ORBETELLO	70%	22%	5%	2%	1%	100%

Ospedale	Ottima	Buona	Suffic.	Scarsa	Pessima	Totale
OSPEDALE DI PITIGLIANO	51%	37%	9%	3%	0%	100%
OSPEDALE NUOVO VALDARNO	61%	30%	5%	3%	1%	100%
OSPEDALE S.ANDREA MASSA MARITTIMA	66%	26%	4%	2%	2%	100%
OSPEDALI RIUNITI DELLA VAL DI CHIANA	68%	24%	5%	2%	1%	100%
PRESIDIO OSPEDALIERO AMIATA SENESE	75%	23%	2%	0%	0%	100%
Totale	69%	25%	4%	1%	1%	100%

Da questi dati emerge che il 94% 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 2024, in particolare:

- Incremento dell'attività chirurgica per lo smaltimento delle liste di attesa;
- 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 forte aumento della spesa farmaceutica che a livello nazionale ha registrato un +10,6%.

La Spesa per beni sanitari

Descrizione	Anno 2023	Anno 2024 provv.
Spesa farmaceutica consumi interni	190.898.203	213.646.337
Spesa per dispositivi medici	80.817.545	83.923.903
Spesa farmaceutica Convenzionata	105.026.712	109.125.648

Per la spesa farmaceutica, nel 2024 si è registrato un incremento di circa +22,7mln€ rispetto il 2023. Tale incremento in parte è dovuto a:

- un incremento di pazienti oncologici, neurologici, dermatologici e reumatologici e aumento dei costi di acquisto di alcuni medicinali tra cui in particolare per il trattamento della sclerosi multipla, immuno-oncologici, antivirali antiCovid19, immunizzazione contro il VRS (+813.395mln€);
- incremento della distribuzione diretta per prescrizioni provenienti da altre Aziende Sanitarie (+7,3mln), di cui la maggior parte per malattie rare (+6,7mln€) e distribuzione per conto (+2,7mln);
- aumento della produzione (+2,9% di accessi al PS; +1,2% di ricoveri).

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 2024 si è registrato un consumo di circa +3,1mln€ rispetto il 2023.

L'aumento è stato determinato principalmente da:

- l'incremento dell'attività chirurgica e interventistica, in particolare nei setting ad alta complessità (cardiochirurgia, neuroradiologia interventistica, chirurgia robotica). Tale incremento è in linea con l'aumento dell'attività chirurgica richiesta per lo smaltimento delle liste di attesa (+4,6%);
- 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.

Per la spesa farmaceutica convenzionata l'aumento registrato è stato il risultato delle seguenti dinamiche registrate nel 2024:

- dal 1° Marzo 2024 è entrato in vigore il nuovo sistema di remunerazione delle farmacie convenzionate, come disposto dalla Legge di bilancio 2024 per un incremento di spesa stimato in circa 4,48mln€;
- dal 1° giugno per disposto della Det AIFA 3/2024 è stata effettuata una revisione dei medicinali del PHT (prontuario della continuità assistenziale ospedale territorio) che ha determinato una riclassificazione di parte dei farmaci, in particolare le gliptine per il trattamento del diabete tipo 2 in esso contenuta in fascia A, con conseguente maggior utilizzo del canale convenzionato rispetto al canale della DPC, con aumento stimato per la convenzionata per di circa 1,2mln€;
- l'azienda è intrapreso azioni di miglioramento e di appropriatezza al fine di ottenere ulteriori margini di risparmio che nel 2024 ammontano a circa 700.000€ e che hanno permesso di contenere gli aumenti sopradetti.

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.):

	2023	2024
Costo personale	615.832.376	649.750.334

Per il personale, nonostante il numero di teste sia diminuito, si sono registrati maggiori costi dovuti all'aumento contrattuale, dei fondi e dell'indennità di vacanza contrattuale.

Per quanto riguarda il personale dipendente a tempo indeterminato nel 2024 c'è stata una riduzione complessiva di 133 unità di personale, di cui 37 della dirigenza e 96 del comparto, per una riduzione dei costi del personale a tempo indeterminato pari a 7.973.000 euro (al netto degli incrementi contrattuali, dei fondi e dell'indennità di vacanza contrattuale); analogamente sono calate la presenza media del personale a tempo determinato con una riduzione di costi pari 1.900.000, e di personale in somministrazione, con una riduzione di costi pari a 330.000 euro, partendo da valori già molto ridotti negli anni precedenti, portando ad un costo complessivo per il 2024 di 6.600.000 euro, equamente ripartiti tra le due voci. È da notare una fluttuazione relativamente alta, rispetto al numero di dipendenti di interesse, del numero di contratti a tempo determinato per la dirigenza medica, dovuta alle assunzioni di specializzandi ex Decreto Calabria, il cui rapporto di lavoro viene convertito automaticamente in tempo indeterminato al momento della specializzazione.

La riduzione del personale della dirigenza sanitaria, dovuto per alcune discipline (in particolare per medicina d'urgenza, anestesia e rianimazione, ortopedia e radiodiagnostica) non ad una scelta aziendale ma alla mancanza di graduatorie capienti per l'assunzione, ha influito negativamente sulle voci di costo del personale riferite a procedure straordinarie impiegate per garantire la continuità dei servizi sanitari, attraverso il conferimento di incarichi libero professionali, il cui valore è salito dai 580.000 euro del 2023 ad 1.118.000 euro nel 2024 e di specialistica ambulatoriale, i cui costi hanno visto un incremento di 1.200.000, affidati a

professionisti esterni ed alla richiesta di prestazioni aggiuntive ai propri dipendenti, i cui costi sono incrementati di 5.485.000 euro anche in conseguenza di un incremento contrattuale delle tariffe orarie applicate a partire da giugno 2024.

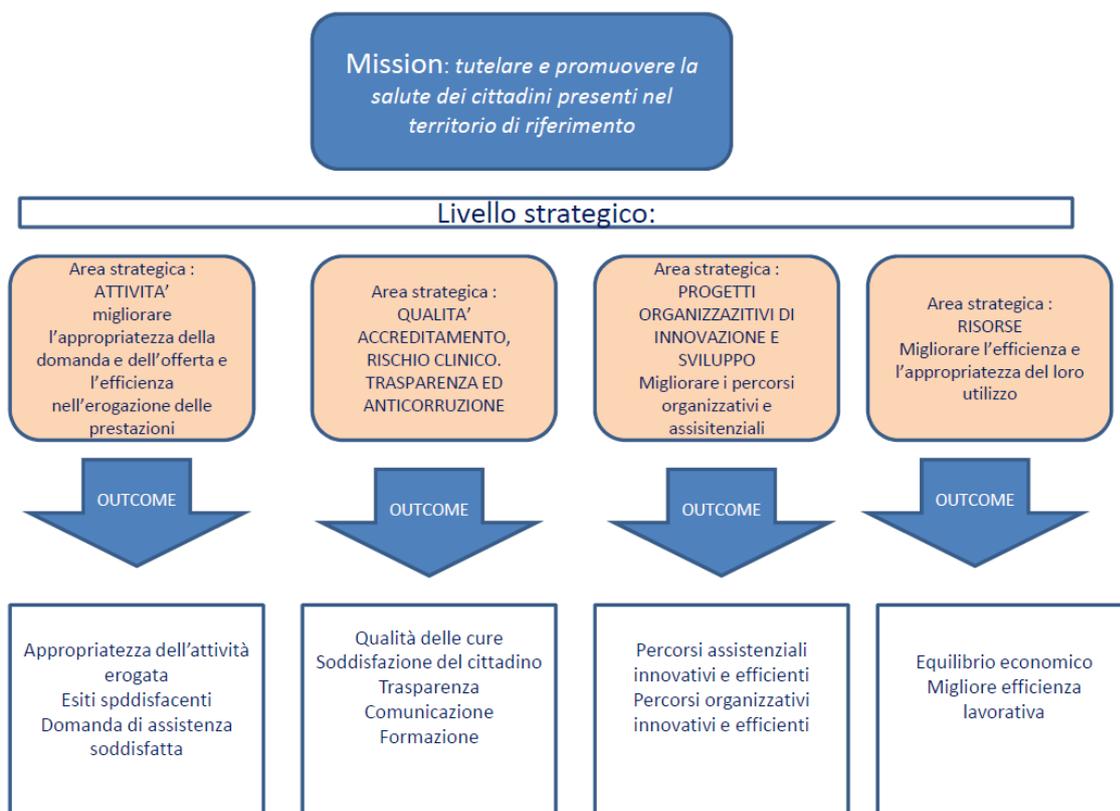
Pertanto, pur in un contesto caratterizzato dall'impossibilità di utilizzare tutte le leve possibili per la riduzione complessiva dei costi, dovuta alla progressiva indisponibilità di graduatorie per l'assunzione di personale dipendente a tempo determinato e indeterminato (che costituisce la formula con il minor costo complessivo per la copertura delle carenze di personale), l'Azienda ha raggiunto gli obiettivi fissati da Regione Toscana in tema di controllo di costi del personale al netto degli incrementi contrattuali, dei fondi e dell'indennità di vacanza contrattuale.

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 2024: dagli indirizzi regionali e di Area Vasta agli obiettivi operativi aziendali

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

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

Nell'anno 2024 le fasi del percorso di budget si sono svolte nella seguente tempistica:

- Dicembre 2023: Definizione delle Linee di indirizzo per il budget 2024 da parte della Direzione Aziendale
- Da Gennaio 2024 a Marzo 2024: si sono svolte le negoziazioni di budget di 1° Livello
- Da Febbraio a Giugno 2024: si sono svolte le negoziazioni di budget di 2° e 3° Livello
- 24/06/2024: Delibera DG 684/2024 Programmazione operativa anno 2024 - approvazione schede budget 2024
- Da Settembre a Ottobre 2024: revisione schede budget

Qui di seguito i macro obiettivi trasversali, già individuati nel Piano Integrato di attività e Organizzazione -**PIAO 2024-2024** (DELIB. 93 del 29.01.2024) che sono stati declinati come obiettivi specifici alle strutture.

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

- **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 i **seguenti obiettivi suddivisi nelle seguenti linee di indirizzo per le 4 aree strategiche:**

ATTIVITA' E PERFORMANCE:

Consolidare i livelli di erogazione delle prestazioni

- ✓ Mantenimento /incremento dei livelli di erogazione delle prestazioni erogate

Proseguire con le azioni per il governo dell'appropriatezza

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

Incrementare le misure di prevenzione e sicurezza delle cure

- ✓ Sviluppare di tutte le misure di prevenzione e di igiene ospedaliera incluse le vaccinazioni
- ✓ Mantenere i risultati sugli screening oncologici e degli screening HCV

Intervenire con azioni di rafforzamento della rete ospedale-territorio

- ✓ Sviluppare il nuovo modello dell'assistenza territoriale
- ✓ Progettazione e implementazione delle Case della Comunità
- ✓ Potenziare le cure intermedie
- ✓ Estendere il modello dell'infermiere di famiglia e comunità
- ✓ Implementazione Centrali Operative Territoriali -COT

- ✓ Implementazione le azioni di prevenzione del disagio e analisi delle migliori strategie per rispondere all'aumento delle problematiche psichiche evidenziate nel periodo post pandemico

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

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

- ✓ Prosecuzione del percorso della Certificazione di qualità delle strutture tecnico amministrative
- ✓ Rafforzare l'analisi dei rischi e delle misure di prevenzione con riguardo alle gestione dei fondi da PNRR
- ✓ Attenzione alla qualità percepita dall'utente
- ✓ Attenzione alle politiche del personale: formazione, valorizzazione del personale, coinvolgimento delle multiprofessionalità nelle decisioni e nel confronto volto al miglioramento, pari opportunità ed equilibrio di genere
- ✓ Promuovere le strategie di contrasto della corruzione e di maggiore trasparenza dell'organizzazione
- ✓ Promuovere la formazione sui temi della Salute e Medicina di Genere, Identità di Genere, Linguaggio di Genere, Violenza e Discriminazioni.

3.PROGETTI ORGANIZZATIVI DI INNOVAZIONE E SVILUPPO

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

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

4. BUON USO DELLE RISORSE

Attenzione all'appropriatezza farmaceutica e al governo della spesa

- ✓ Governo dell'appropriatezza farmaceutica e governo della spesa
- ✓ Attenzione all'appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di visita e diagnostica
- ✓ Miglioramento e/o mantenimento della distribuzione diretta con particolare riferimento al potenziamento della distribuzione diretta in reparto.
- ✓ Sviluppo progetti di efficientamento incluso quelli dei servizi Core e No Core

Complessivamente, sono stati individuati **852 indicatori** che declinano, nelle **schede budget** dei singoli Centri di Responsabilità (**n. 653**), 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%	37%
Qualità accreditamento e rischio clinico, trasparenza ed anticorruzione	21%	25%
Progetti organizzativi di innovazione e sviluppo	22%	25%
Buon uso delle risorse	18%	12%

e la sintesi, per Centri di Responsabilità raggruppati in Amministrativi/Tecnici, Ospedalieri (H), Prevenzione (PREV), Staff (STAFF) e Territoriali (T), degli obiettivi sopra esposti accorpati in categorie di indicatori specifici (KPI), con il **numero di strutture** (UdB) coinvolte, il **peso medio assegnato** in sede di negoziazione di budget, **la % media di raggiungimento** degli obiettivi;

in questo documento tale valutazione è da intendersi come parziale e provvisoria non essendosi ancora concluse tutte le operazioni di misurazione e valutazione.

- Obiettivi 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		291,0			70,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,5			3,8
		Punti medi assegnati al comparto		1,1			3,6
		% raggiungimento medio					
D9a	Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati	Numero UdB		18,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		1,5			
		Punti medi assegnati al comparto		0,6			
		% raggiungimento medio					
GLEA_4	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Numero UdB			13,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			29,8		
		Punti medi assegnati al comparto			13,6		
		% raggiungimento medio			100,0		
NSG_D22Z.C IA1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	Numero UdB		1,0			26,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,4			3,2
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			2,0
		% raggiungimento medio					
NSG_D22Z.C IA2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	Numero UdB		1,0			26,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		8,8			4,4

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			2,8
		% raggiungimento medio					
NSG_D22Z.C IA3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	Numero UdB		1,0			26,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		11,7			5,5
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			3,5
		% raggiungimento medio					
NSG_H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	Numero UdB		7,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% 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	315,0	50,0	51,0	115,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0	0,7	1,0	1,0	0,9
		Punti medi assegnati al comparto	0,9	0,3	0,7	0,8	0,7
		% raggiungimento medio					
C6.2.1	Numero Audit Clinici (per struttura)	Numero UdB		291,0			70,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,1			2,8
		Punti medi assegnati al comparto		1,2			2,6
		% raggiungimento medio					
MES_D20b.1.1	Indagine PREMs sul ricovero ordinario. % arruolati su dimessi	Numero UdB		109,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,3		5,0	
		Punti medi assegnati al comparto		0,8		5,0	
		% raggiungimento medio		98,4		100,0	
C16.10	% di accessi ripetuti in PS entro 72 ore	Numero UdB		18,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		1,4			
		Punti medi assegnati al comparto		0,6			
		% raggiungimento medio					
NSG_H18C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti.	Numero UdB		5,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,6			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio					
NSG_H02Z	Quota di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 150 (10% tolleranza) interventi annui	Numero UdB		3,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,7			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio					
NSG_H05Z	Proporzione di colecistomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Numero UdB		18,0			

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,8			
		Punti medi assegnati al comparto		0,1			
		% raggiungimento medio					
NSG_H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giorni in regime ordinario	Numero UdB		35,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		1,8		10,0	
		Punti medi assegnati al comparto		1,1		0,0	
		% raggiungimento medio					
NSG_D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso. Minuti	Numero UdB		3,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		18,0			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio					
NSG_P15Ca	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Numero UdB		1,0		1,0	10,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		1,0		3,0	4,7
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		0,0	4,3
		% raggiungimento medio					
NSG_P15Cb	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Numero UdB		1,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0		3,0	
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		0,0	
		% raggiungimento medio					
NSG_P15Cc	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Numero UdB				1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza				3,0	
		Punti medi assegnati al comparto				0,0	
		% raggiungimento medio					
NSG_D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	Numero UdB				6,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza				7,5	
		Punti medi assegnati al comparto				5,0	
		% 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			7,0		
		Punti medi assegnati al comparto			3,9		
		% 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			7,0		
		Punti medi assegnati al comparto			3,9		

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		% raggiungimento medio					
NSG_P10C	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	Numero UdB			17,0		
		Punti medi assegnati alla dirigenza			9,7		
		Punti medi assegnati al comparto			1,2		
		% 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		1,0			25,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		14,6			9,7
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			4,2
		% raggiungimento medio					
NSG_D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati con	Numero UdB		1,0			14,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		11,7			9,0
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			4,1
		% 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					1,0
		Punti medi assegnati al comparto					6,4
		% 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					0,0
		% raggiungimento medio					
NSG_H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inapproprietezza (Allegato B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inapproprietezza in regime ordinario	Numero UdB		6,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,0			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% 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					9,1
		Punti medi assegnati al comparto					5,4
		% 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			

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati alla dirigenza		9,0			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% 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		13,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,8			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% 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		13,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,5			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% 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		13,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,5			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio					
C16.4	Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore	Numero UdB		13,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,4			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio					
C16.4.1.N	Percentuale di dimessi a domicilio con permanenza in Pronto Soccorso <= 8 ore	Numero UdB		18,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		1,4			
		Punti medi assegnati al comparto		0,6			
		% 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		13,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,9			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% raggiungimento medio					
GLEA_8	Percentuale di anziani >=65 anni trattati in Assistenza Domiciliare (SIAD05)	Numero UdB				1,0	29,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza				5,0	6,3
		Punti medi assegnati al comparto				0,0	2,1
		% raggiungimento medio					

La sintesi della % di raggiungimento medio per area degli indicatori del Bersaglio (MeS), NSG-LEA 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					

- **Indicatori definiti dall'azienda:**

Qui di seguito invece sono sintetizzati gli indicatori definiti dall'azienda, suddivisi nei seguenti capitoli e sottocapitoli come previsto nel PIAO 2024-2026 e la % media di raggiungimento che anche qui è incompleta e provvisoria (non sono stati riportati i singoli indicatori, oltre 700 KPI, per necessità di sintesi):

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		147,0		2,0	6,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,4		5,0	12,3
		Punti medi assegnati al comparto		0,3		5,0	7,7
		% media di raggiungimento		77,2		100,0	91,3
	Attività di governo del territorio	Numero UdB * KPI		3,0		2,0	10,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		19,0		12,0	7,4
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		8,0	2,1
		% media di raggiungimento		66,7		100,0	30,0
	Attività Ambulatoriale	Numero UdB * KPI		430,0	3,0	4,0	38,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,8	10,0	14,1	7,8
		Punti medi assegnati al comparto		0,9	15,0	9,1	4,1
		% media di raggiungimento		87,4	100,0	96,6	65,2
	Attività di Pronto Soccorso - 118	Numero UdB * KPI	1,0	26,0		1,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	16,0	7,2		15,0	
		Punti medi assegnati al comparto	16,0	1,7		15,0	
		% media di raggiungimento	100,0	57,7		0,0	
	Attività di Sala Operatoria	Numero UdB * KPI		5,0			
		Punti medi assegnati alla dirigenza		11,4			
		Punti medi assegnati al comparto		0,0			
		% media di raggiungimento		60,0			
	Attività Gestionale di Supporto	Numero UdB * KPI	125,0	64,0	29,0	26,0	60,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	14,5	5,4	3,1	15,0	8,5
		Punti medi assegnati al comparto	14,3	4,6	4,6	13,7	5,1
		% media di raggiungimento	64,8	57,8	90,5	53,8	81,6
	Attività di Governo delle Professioni Tecnico- Sanitarie e Infermieristiche-Ostetriche	Numero UdB * KPI		185,0	9,0	33,0	161,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		0,8	11,0	12,3	1,4

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati al comparto		8,7	12,1	12,3	7,6
		% media di raggiungimento		22,2	77,8	12,1	32,9
	Attività di Prevenzione	Numero UdB * KPI		12,0	184,0	3,0	6,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,9	8,0	18,7	13,2
		Punti medi assegnati al comparto		9,2	7,8	18,7	4,2
		% media di raggiungimento		91,7	93,9	0,0	16,7
	PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	Numero UdB * KPI	88,0	50,0	8,0	60,0	21,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	25,7	44,0	38,1	18,1	27,2
		Punti medi assegnati al comparto	1,5	0,7	4,9	6,4	2,1
		% media di raggiungimento	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	Numero UdB * KPI		8,0			57,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		2,5			9,3
		Punti medi assegnati al comparto		8,5			9,7
		% media di raggiungimento		50,0			71,9
	Efficacia Assistenziale	Numero UdB * KPI		29,0		8,0	61,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		0,7		13,1	12,8
		Punti medi assegnati al comparto		10,6		11,3	8,1
		% media di raggiungimento		20,7		0,0	34,4
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari Aziendali	Numero UdB * KPI	4,0	261,0		23,0	63,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	10,0	7,6		16,1	10,8
		Punti medi assegnati al comparto	10,0	3,3		14,7	6,3
		% media di raggiungimento	100,0	55,6		73,5	48,0
	Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale	Numero UdB * KPI		5,0		1,0	18,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		9,0		19,0	8,1
		Punti medi assegnati al comparto		0,0		19,0	13,4
		% media di raggiungimento		80,0		100,0	94,4
	Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative	Numero UdB * KPI	66,0			12,0	4,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	11,5			8,4	8,0
		Punti medi assegnati al comparto	10,6			8,3	8,8
		% media di raggiungimento	48,5			58,3	50,0
	Processi Aziendali	Numero UdB * KPI	401,0	2157,0	369,0	305,0	736,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,4	1,6	2,7	2,3	2,1
		Punti medi assegnati al comparto	2,4	0,8	2,0	2,2	1,9
		% media di raggiungimento	99,7	97,0	99,7	99,7	97,3
QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	Qualità e Accreditamento	Numero UdB * KPI	67,0	563,0	13,0	53,0	85,0

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
		Punti medi assegnati alla dirigenza	7,7	2,9	13,2	9,0	2,4
		Punti medi assegnati al comparto	7,4	2,3	5,3	7,9	1,7
		% media di raggiungimento	19,4	87,5	100,0	73,5	92,3
	Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	Numero UdB * KPI	3,0	88,0		1,0	10,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	10,0	4,9		36,0	11,3
		Punti medi assegnati al comparto	11,0	6,0		0,0	7,7
		% media di raggiungimento	100,0	55,7		100,0	40,0
	Formazione	Numero UdB * KPI	158,0	697,0	146,0	123,0	239,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	3,6	2,4	3,7	4,3	2,8
		Punti medi assegnati al comparto	3,2	1,1	2,5	3,6	2,2
		% media di raggiungimento	35,4	35,4	29,5	35,0	39,3
	Trasparenza e Anticorruzione	Numero UdB * KPI	151,0	606,0	92,0	91,0	208,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,5	1,3	2,0	2,0	1,8
		Punti medi assegnati al comparto	2,2	0,7	1,6	1,9	1,7
		% media di raggiungimento	91,8	91,2	98,9	93,4	95,5
	Prevenzione e Sicurezza	Numero UdB * KPI	1,0			7,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	18,0			17,6	
		Punti medi assegnati al comparto	18,0			16,3	
		% media di raggiungimento				42,9	

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

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio					

- Obiettivi legati alle **proiezioni previste dal PNRR**:

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
Rispetto cronoprogramma PNRR siglato con la Regione Toscana. % di raggiungimento	Numero UdB	1,0				
	Punti medi assegnati alla dirigenza	15,0				
	Punti medi assegnati al comparto	0,0				
	% media di raggiungimento	100,0				
Predisposizione e invio di tutta la documentazione necessaria per la	Numero UdB	1,0				

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
rimodulazione dei progetti relativi al PNRR M6 C2 I 1.1.2. % di realizzazione.						
	Punti medi assegnati alla dirigenza	25,0				
	Punti medi assegnati al comparto	25,0				
	% media di raggiungimento	100,0				
Supporto alle UOC Lavori Pubblici di riferimento nella gestione degli interventi PNRR (CdC, OdC, Cot) e PNC. N° procedimenti presi in carico / N°procedimenti richiesti da UOC LLPP	Numero UdB	3,0				
	Punti medi assegnati alla dirigenza	20,0				
	Punti medi assegnati al comparto	20,0				
	% media di raggiungimento	66,7				
Formazione in ottemperanza alle direttive PNRR. % di personale formato nel rispetto delle quote individuate per ambito di competenza.	Numero UdB	60,0	318,0	48,0	48,0	115,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,1	3,9	5,1	4,9	4,5
	Punti medi assegnati al comparto	4,8	1,9	3,5	4,3	3,7
	% media di raggiungimento					
Apertura cantieri PNRR (CdC,OdC) e PNC . N° Cantieri aperti /N° Cantieri previsti	Numero UdB	3,0				
	Punti medi assegnati alla dirigenza	40,0				
	Punti medi assegnati al comparto	40,0				
	% media di raggiungimento	100,0				
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	10,0				
	Punti medi assegnati al comparto	10,0				
	% media di raggiungimento					

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					

- **Obiettivi sulle risorse economiche:**

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

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato	Numero UdB	18,0	333,0	33,0	22,0	84,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	3,9	5,6	4,8	5,0	4,8
	Punti medi assegnati al comparto	2,0	1,6	3,8	3,2	4,2
	% raggiungimento medio	100,0	97,2	94,1	99,1	97,4
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: importo pro capite	Numero UdB					25,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					13,3
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					92,2
ASSISTENZA PROTESICA: rispetto budget assegnato	Numero UdB		5,0			10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0			3,1
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			0,0
	% 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		0,0			
	% raggiungimento medio		0,0			
Rette RSA per anziani non autosufficienti: rispetto budget assegnato	Numero UdB					19,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					1,4
	Punti medi assegnati al comparto					2,3
	% raggiungimento medio					
RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERD: rispetto budget assegnato	Numero UdB					21,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,6
	Punti medi assegnati al comparto					0,1
	% raggiungimento medio					
Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM: rispetto budget assegnato	Numero UdB					21,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,0
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					
CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comunità: rispetto budget assegnato	Numero UdB					6,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,5
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					
Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI: rispetto budget assegnato	Numero UdB					17,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					1,3
	Punti medi assegnati al comparto					2,3
	% raggiungimento medio					
Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM: Rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	Punti medi assegnati alla dirigenza					5,4
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					
Costi per ass. domiciliare in convenzione	Numero UdB					2,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,0
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% 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					0,8
	Punti medi assegnati al comparto					0,9
	% raggiungimento medio					
Riabilitazione Ex art.26. Rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,5
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi stand-by	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio					
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi trasporti per emergenza	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio					
BENI SANITARI: Monitoraggio del consumo dei Beni Sanitari dell'intero Presidio Ospedaliero	Numero UdB		6,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio		0			
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato	Numero UdB					11,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,0
	Punti medi assegnati al comparto					0,0
	% raggiungimento medio					
BENI NON SANITARI: Rispetto Budget assegnato	Numero UdB	68,0	327,0	37,0	40,0	92,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,0	3,4	5,2	5,1	4,6
	Punti medi assegnati al comparto	3,1	1,6	3,9	3,8	4,2
	% raggiungimento medio	93,7	83,9	96,0	92,4	90,4
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per farmaci	Numero UdB		330,0	12,0	4,0	71,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		4,1	5,8	8,8	5,1
	Punti medi assegnati al comparto		1,0	2,5	0,8	2,6

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	% raggiungimento medio		90,7	42,2	100,0	97,3
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				6,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				11,5	
	Punti medi assegnati al comparto				4,0	
	% raggiungimento medio				0,0	
SPESA FARMACEUTICA CONSUMI INTERNI: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				6,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				11,5	
	Punti medi assegnati al comparto				4,0	
	% 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			1,7		
	% raggiungimento medio			99,8		
Monitoraggio e gestione budget trasversali. Valutazione accuratezza previsioni: differenza tra previsione e spesa effettiva.	Numero UdB	57,0			12,0	54,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	8,4			6,8	3,5
	Punti medi assegnati al comparto	5,0			3,3	3,4
	% 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		20,0			
	Punti medi assegnati al comparto		20,0			
	% raggiungimento medio		100,0			
Importo delle richieste dei dispositivi medici non contrattualizzati di classe 2B/3 che necessitano della valutazione Regionale	Numero UdB		4,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		4,0			
	Punti medi assegnati al comparto		0,0			
	% raggiungimento medio		100,0			
Rispetto del budget anno in corso per gli acquisti di prodotti farmaceutici non contrattualizzati (farmaci, DM ed IVD)	Numero UdB				9,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				8,7	
	Punti medi assegnati al comparto				6,7	
	% raggiungimento medio				100,0	

La sintesi della % di raggiungimento medio 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					
------------------------	--	--	--	--	--

Obiettivi economici legati all'appropriatezza:

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

Descrizione KPI	Dati	AREA		
		H	STAFF	T
Contenimento costi per TRASPORTI SANITARI in dimissione. % trasporti su dimessi	Numero UdB	50,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	47,7		
Richieste da Magazzino. % di richieste urgenti sul totale delle richieste	Numero UdB	168,0		81,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	2,2		1,8
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		2,0
	% raggiungimento medio	76,5		91,9
Appropriatezza prescrittiva antibiotici reserve. Risparmio atteso	Numero UdB	22,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,5		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	62,2		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Immuno-Derma-Reumatologica. Risparmio atteso	Numero UdB	10,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,4		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	53,4		
Appropriatezza prescrittiva immunoglobuline. Risparmio atteso	Numero UdB	2,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci Sclerosi. Risparmio atteso	Numero UdB	3,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,3		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva antimicotici. Risparmio atteso	Numero UdB	8,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Dermatologica. Risparmio atteso	Numero UdB	10,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,3		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	37,3		

Descrizione KPI	Dati	AREA		
		H	STAFF	T
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Gastroenterologica. Risparmio atteso	Numero UdB	3,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	2,3		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	66,7		
Appropriatezza prescrittiva farmaci HIV. Risparmio atteso	Numero UdB	2,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	92,7		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area CDK 4/6. Risparmio atteso	Numero UdB	5,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,2		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	11,0		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area antidoti NAO. Risparmio atteso	Numero UdB	1,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	100,0		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area inibitori PD-1/PDL-1. Risparmio atteso	Numero UdB	7,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	24,9		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area intravitreali. Risparmio atteso	Numero UdB	2,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	2,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	49,8		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area somatropina-. Risparmio atteso	Numero UdB	1,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	100,0		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area PARP-Inibitori. Risparmio atteso	Numero UdB	5,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	78,2		
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Regorafenib Trifluridina/Tipiracil. Risparmio atteso	Numero UdB	4,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,0		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	28,9		
Appropriatezza prescrittiva Antibiotici Watch. Risparmio atteso	Numero UdB	39,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,2		

Descrizione KPI	Dati	AREA		
		H	STAFF	T
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	77,4		
Appropriatezza prescrittiva Antibiotici Access. Risparmio atteso	Numero UdB	18,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,3		
	Punti medi assegnati al comparto	0,0		
	% raggiungimento medio	87,6		
Strutturazione cruscotto per il monitoraggio degli indicatori di spesa e costo medio dei dispositivi medici di cui alla DGRT 192/2024 Allegato F. % di realizzazione	Numero UdB		1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		8,0	
	Punti medi assegnati al comparto		8,0	
	% raggiungimento medio		100,0	

La sintesi delle % di raggiungimento medio degli indicatori di appropriatezza non è riportata perché è al momento parziale e incompleta:

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio					

La tabella seguente unisce le valutazioni Aziendali degli ultimi anni dei Bersagli MeS, con i risultati medi delle Unità di Budget Aziendali (per l'anno 2024 la valutazione definitiva non è ancora disponibile):

Valutazioni	2023	2024
Valutazione Aziendale da Bersaglio Regionale (Fonte Laboratorio MeS Sant'Anna Pisa)	3,19	
% raggiungimento medio dei KPI valutati:	95,6	
% raggiungimento medio Area AMM/TEC	98,8	
% raggiungimento medio Area H	94,3	
% raggiungimento medio Area PREV	98,3	
% raggiungimento medio Area STAFF	99,3	
% raggiungimento medio Area T	96,3	

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:

- l’inserimento nel sistema di valutazione di obiettivi, attribuiti a strutture preventivamente individuate, direttamente correlati all’applicazione delle misure “specifiche” previste per ciascun processo mappato dalle medesime strutture, contenute nella-sottosezione “Rischi corruttivi e trasparenza” .
- 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.

Ad alcune strutture specifiche sono stati assegnati anche obiettivi relativi alla mappatura dei procedimenti amministrativi:

- Mappatura procedimenti amministrativi pubblicati su Amministrazione Trasparente: aggiornamento e omogeneizzazione.
- Mappatura dei procedimenti amministrativi attraverso gestionale specifici

Particolare attenzione è stata data alla Formazione sull’Anticorruzione, inserita anche come elemento di valutazione nelle Schede di Valutazione Individuale.

Di seguito la sintesi delle Unità di Budget alle quali sono stati assegnati gli obiettivi sopra menzionati. **La valutazione degli obiettivi è in corso.**

Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
		AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
Trasparenza e Anticorruzione	Numero UdB	64	305	46	45	104
	% media di raggiungimento					

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. 633/2024 ADOZIONE SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE-AGGIORNAMENTO ANNO 2024)

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

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

Tipologia KPI	Criterio di valutazione	Soggetti valutatori/validatori
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 2024, è stata la seguente:

Raggruppamento KPI	Tipologia referente KPI	num	%	%
Documentati dalle strutture	Tipo Autocertificazione	258	30,3%	33,9%
	Tipo Referente Unico Aziendale senza Software	30	3,5%	
	Tipo Referente Unico per strutture di competenza senza Software	1	0,1%	
Documentali	Tipo Documentale	180	21,1%	21,1%
Provenienti da flussi	Tipo Flussi e Software	130	15,3%	45,0%
	Tipo Referente Unico Aziendale con Software	92	10,8%	
	Tipo Software Interno Struttura	161	18,9%	

Rispetto all'anno 2023 è aumentata la percentuale di indicatori provenienti da flussi e da software passando da 40,5% a 45%.

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

Valutazione dei singoli Centri di Responsabilità /Unità di Budget ancora in corso:

Classe di risultato della scheda budget	DIRIGENZA		COMPARTO	
	Numero valutazioni	Distribuzione %	Numero valutazioni	Distribuzione %
>= 90				
80 - 89				
70 - 79				
60 - 69				
50 - 59				
< 50				
Totale				

Nella tabella seguente ripartiamo i **risultati medi** della scheda budget ottenuti dalla dirigenza e dal comparto suddivisi per area confrontando il valore degli ultimi 5 anni, il **dato 2024 non è ancora disponibile**:

Area	Dirigenza					Comparto				
	2020	2021	2022	2023	2024	2020	2021	2022	2023	2024
H	93,6	93,6	93,8	93,5		98,2	98,7	99,2	98,8	
T	96,7	96,7	97	96,9		98,2	98	98,6	97,6	
PREV	99	96,9	98,1	98,8		99,5	98,8	99,3	99,6	
AMM/TEC	96,5	98,4	99,6	99,3		95,9	98,2	99,6	99	
STAFF	98,9	99,2	98,2	99,4		98,8	99,2	98,2	99,5	
Azienda	95,6	95,4	95,9	96,1		98,1	98,5	99,1	98,7	

In sintesi il trend delle distribuzioni delle valutazioni di struttura può essere descritto dai seguenti valori statistici (**anno 2024 valutazione in corso**):

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
2023	96,10	98,52	6,21	98,71	99,59	2,27
2024						

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 sulla piattaforma: SCHEDE DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE–SIGMA (S.V.I.) al cui portale si accede dal link <https://valutazione.sigmagpaghe.com>

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

1. per i dipendenti neo assunti nell'anno 2024, non ancora presenti nel database della Valutazione, vengono inizializzati nell'associazione al Valutatore sulla base di un "automatismo associativo" rilevato dal sistema di gestione dell'Angolo del Dipendente, presupponendo che chi autorizza le richieste in quest'ultimo ambiente sia il superiore gerarchico che opererà la valutazione del dipendente, richiedendo verifica e conferma dell'associazione ipotizzata al relativo Valutatore;
2. per i dipendenti già presenti nel 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 Schede di Valutazione Individuale – Sigma (S.V.I.) quali Valutatori tutti i titolari di Scheda Budget ed i relativi coordinatori referenti per un totale di 640 unità. I Valutatori accedono al Gestionale della Valutazione con le stesse credenziali da loro utilizzate per entrare nel proprio “Angolo del Dipendente”.

Effettuato questo primo step di verifiche interne sulle relative anagrafiche ed associazioni si è dato avvio all’annualità di valutazione 2024 che si è svolto senza particolari difficoltà operative, fatto salvo un problema tecnico del gestionale che ha comportato un blocco del sistema ed uno slittamento di 15 giorni della scadenza prevista per le assegnazioni. Grazie all’impegno profuso da tutti gli interessati dal processo, questo si è concluso con un ottimo risultato: 93,9% delle schede attese completate e 6,1% gestite d’ufficio perché personale Non Valutabile (NV) per lunga assenza annuale o per numero giorni insufficienti in quanto dimesso prima del 31/03 o assunto dopo il 31/10.

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

- **Avvio ciclo di valutazione 2024:** dal 01/04/24 con revisione anagrafiche, associazioni ed inizializzazioni dei nuovi valutatori, attività monitorata ed adeguata alle variazioni organizzative via via presentatesi nel corso dell’anno sia richieste che rilevate d’ufficio;
- **Fase di assegnazione** degli obiettivi individuali e dei comportamenti attesi, da effettuarsi nel I quadrimestre dell’anno di valutazione, con avvio dal 15/05/2024 e scadenza al 30/06/2024, prorogata al 15/07/2024 causa blocco del sistema;
- **Fase Intermedia** monitoraggio sugli obiettivi assegnati da effettuarsi nel periodo di settembre - ottobre con effettuazione di una valutazione intermedia qualora il valutato ne faccia richiesta o il valutatore rilevi delle criticità o scostamenti significativi. In questa questa fase è stata annullata per anticipare la chiusura delle schede 2024 per passaggio al nuovo gestionale delle risorse umane WHR-Time.
- **Fase Finale** di Valutazione complessiva degli obiettivi/comportamenti attesi evento anticipato di un mese, ossia dal 01/11/2024 al 31/12/2024, per poter effettuare la chiusura delle schede 2024 con il gestionale GPI – Schede di Valutazione prima del passaggio al nuovo gestionale WHR-Time ed all’applicativo integrato “area Valutazione”

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. 10.207 aventi diritto distribuiti per ambito provinciale come riepilogato nel seguente specchio:

AMBITO	COMPARTO	DIRIGENZA	TOTALE
AREZZO	3.537	797	4.334
GROSSETO	2.558	624	3.182
SIENA	2.027	467	2.494
TOTALE	8.122	1.888	10.010

- 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 9.398 su 10.010 schede totali attese. Per coloro che, invece, non hanno maturato il requisito c.d. NV- Non Valutabili – per un totale di 612 su 10.010 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 2024 non è stata aperta, 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: *“nella bacheca elettronica dell'angolo del dipendente è stata pubblicata la Sua scheda di valutazione anno 2024. Eventuali osservazioni dovranno essere presentate al Valutatore entro 10 giorni dalla data di ricezione decorsi i quali la scheda diviene accettata.”*

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

A conclusione del Riesame il Gerarchico Superiore trasmette tutta la documentazione cartacea della rilettura ai diretti interessati ed all'ufficio Valutazione Aziendale che ne valida la conformità.

In questa annualità 2024 sono state presentate n. 9 Richieste di *Riesame* delle quali 8 hanno comportato una rilettura della valutazione finale in incremento. Per tutte le altre 9.389 schede finali non essendo pervenuta documentazione integrativa, decorsi i 10 giorni dalla generazione della scheda finale questa è divenuta accettata. Infine, per questa annualità 2024 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 08/05/2024 a tutti i Valutatori e scadenza al 30/06/2024, prorogata al 15/07/2024 poiché per un problema tecnico la ditta GPI ha inizializzato l'annualità 2024 in ritardo.
- **Valutazione Intermedia** da effettuarsi nel periodo di settembre – ottobre 2024, fase annullata e comunicato con mail del 04/09/2024;

- **Valutazione Finale** dal 01/11/2024 a 31/12/2024 comunicazione a tutti i Valutatori – mail del 04/09/2024. 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 31/01/2025. Si evidenzia che durante la fase della Valutazione Finale, oltre a fornire il supporto necessario a coloro che ne facevano richiesta, in parallelo si è proceduto nella verifica delle schede finali che via via venivano generate effettuando dei controlli interni sul database, con estrazione ed elaborazione di dati ad hoc, per rilevare le non conformità delle schede, contattare i singoli Valutatori e far effettuare loro la correzione/completamento della scheda finale. Tra le principali cause di non conformità si evidenzia l’omissione della risultanza finale in uno o più item della scheda o l’inserimento di risultanze con formato errato che di fatto andavano a chiudere la scheda con una risultanza non conforme ed in alcuni casi tale da non far completare il processo informatico di creazione e salvataggio della scheda andando così di fatto a bloccare l’utente Valutatore; oppure l’aver effettuato più volte il “salva ed invia” della scheda andando così a creare più di una scheda finale e, quindi, c’è stata la necessità di avere conferma su quale fosse la corretta scheda finale.

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

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

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:

Tipologia di Incarico	Obiettivi Individuali (B1)	Comportamenti Competenze organizzative (B2)	Categoria/livello	Obiettivi individuali (B1)	Comportamenti Competenze Organizzative (B2)
Scheda Dirigente Neo-Assunto (<5 anni)	50	50	Posizioni Organizzative /Coordinamenti	70	30
Scheda Dir senza Budget >5 anni	60	40	D-Ds	60	40
Scheda Dir con Budget	70	30	C	50	50
			A-B-Bs	40	60

6.3. Risultati della valutazione

Valutazione ancora in corso

APPROVATO DAL DIRETTORE GENERALE

Dr. Marco Torre