



RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2022

Giugno 2023

2.	L'azienda in cifre	2
3.	Pari opportunità e bilancio di genere	12
4.	Articolazione organizzativa	13
5.	La performance aziendale.....	14
5.1.	ANALISI DEL RISULTATI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ANNO 2022	15
5.2.	I RISULTATI DEI BERSAGLI DEGLI STABILIMENTI	18
5.3.	I RISULTATI DEI BERSAGLI DELLE ZONE DISTRETTO	19
5.4.	RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	19
6.	Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture.....	20
6.1.	L'ALBERO DELLE PERFORMANCE	20
6.2.	LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2022: DAGLI INDIRIZZI REGIONALI E DI AREA VASTA AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI.....	20
6.3.	INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	35
6.4.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DI STRUTTURA	35
6.5.	LA PERFORMANCE DI STRUTTURA – RISULTATI RAGGIUNTI NELL' AZIENDA TOSCANA SUD EST	36
7.	Obiettivi Individuali	36
7.1.	LA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	36
7.2.	ITER DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	37
7.3.	RISULTATI DELLA VALUTAZIONE	40

1. Introduzione

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

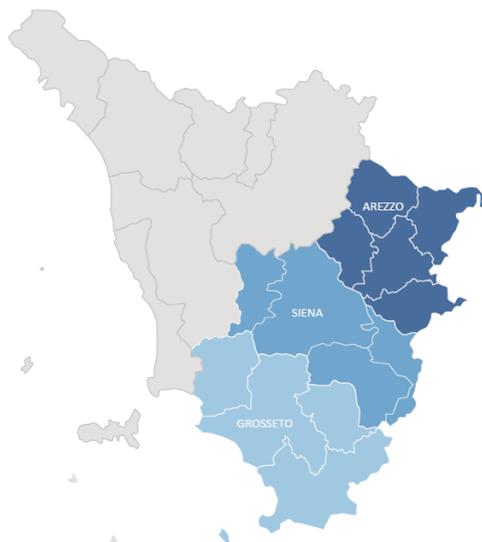
Trattasi di uno strumento di “trasparenza” dell'ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità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

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

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

2. 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

Gli aggiornamenti ISTAT della **popolazione al 01/01/2023** (sebbene ancora provvisori) confermano per la AUSL Toscana Sud Est un saldo totale (misura che tiene conto di tutti i movimenti in entrata, nascite ed immigrazioni, e in uscita, decessi ed emigrazioni) ormai dal 2013 di segno negativo (-5 per 1.000 residenti) che determina una progressiva diminuzione del numero di residenti che al 01/01/2023 ammontano a **809.121** unità (dal 2013 è come se nella AUSL Toscana sud est, nonostante i movimenti migratori si fosse completamente spopolato un comune di 34.795 abitanti).

Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2023- Fonte ISTAT – dati provvisori

ZONA	2023		
	Femmina	Maschio	TOTALE
Zona Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	86.116	81.547	167.663
Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	38.329	36.217	74.546
Zona Aretina	65.326	61.815	127.141
Zona del Casentino	16.804	16.818	33.622
Zona dell'Alta Val d'Elsa	31.520	30.379	61.899
Zona della Val di Chiana Aretina	25.576	24.308	49.884
Zona della Val Tiberina	14.584	14.096	28.680

ZONA	2023		
	Femmina	Maschio	TOTALE
Zona delle Colline dell'Albegna	24.902	23.408	48.310
Zona del Valdarno	47.815	46.148	93.963
Zona Senese	64.054	59.359	123.413
Somma:	415.026	394.095	809.121

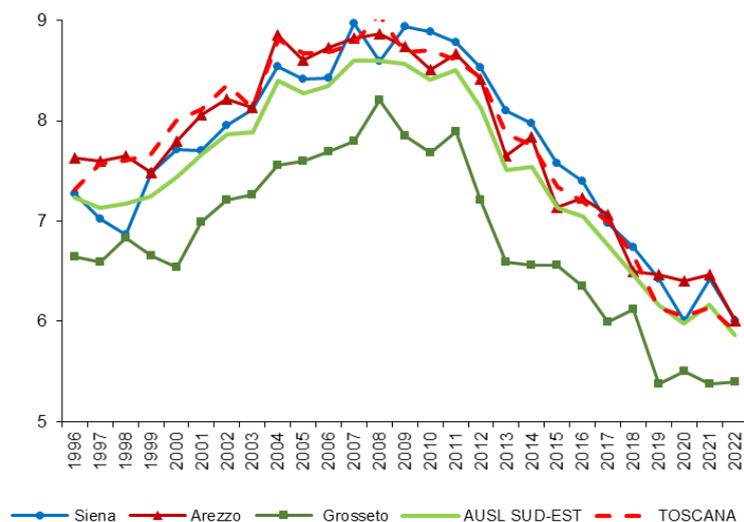
La AUSL Toscana sud est è caratterizzata da un territorio molto vasto (la cui superficie in Km² è pari a circa il 50% dell'intera superficie regionale) caratterizzato da aree scarsamente abitate e frazionato in 99 comuni molti dei quali di dimensioni molto ridotte: ben 52 comuni contano meno di 5000 abitanti mentre solo i tre comuni capoluogo superano i 50.000. 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).

La considerazione di questi elementi (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.

Infatti, se la Toscana è tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per una quota di residenti di età maggiore a 64 anni, superiore alla media regionale: oltre una persona su quattro (27%) ha più di sessantacinque anni e il 5% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre). All'interno della AUSL Toscana sud est, le Zone dove la proporzione di popolazione anziana è maggiore (circa 30%) sono le Colline dell'Albegna, l'Amiata Senese e Val d'Orcia, l'Amiata Grossetana, le Colline Metallifere e la Val Tiberina.

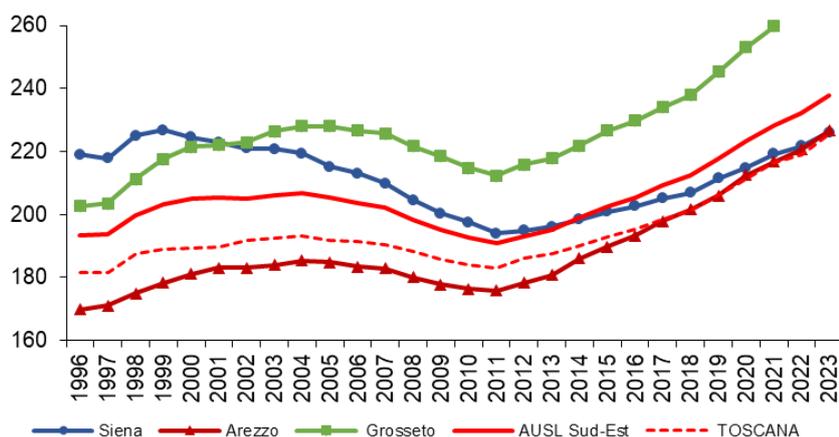
Molto marcato in questa AUSL, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità (figura1) legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2022 il tasso di natalità, dopo una lieve aumento nel 2021, si mantiene molto basso (5,9 nati per 1.000 abitanti); valori particolarmente bassi si osservano nelle zone della provincia grossetana dove si scende a 5,4 nati per 1.000 abitanti e in particolare nelle Colline dell'Albegna (appena 4,7 nati per 1.000 abitanti).

Figura 1- Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2022



Nell'ultimo decennio quote sempre maggiori di anziani e contrazione delle nascite, si traducono con un innalzamento notevole dell'indice di vecchiaia (numero di anziani oltre i 65 anni ogni 100 giovani tra 0 e 14 anni), evidente in tutte le province della AUSL Toscana sud est (figura 2) ma particolarmente accentuato nella provincia di Grosseto.

Figura 2 - Trend indice di vecchiaia (pop. 65+/pop. 0-14) per residenza. Anni 1996-2023



Nella AUSL Toscana sud est il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante: al 01/01/2023 i residenti di cittadinanza estera sono il 10,5% della popolazione, e il 2% in meno rispetto al 2019 anno a partire dal quale il numero di stranieri residenti è in lieve calo.

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).

Un importante indicatore di sintesi dello stato di salute è la speranza di vita alla nascita (figura 3) il cui trend costantemente in crescita ha subito una diminuzione, evidente soprattutto a livello nazionale, nel 2020 a seguito della pandemia da Covid-19, nei due anni successivi si registra un aumento anche se non si raggiungono ancora i valori pre-pandemia. Nella AUSL Toscana sud est tale diminuzione si è concentrata in particolare nella provincia di Arezzo che nel 2022 si riallinea ai valori medi toscani. Rispetto agli anni precedenti si sono ulteriormente ridotte le differenze che ponevano Grosseto in posizione svantaggiata.

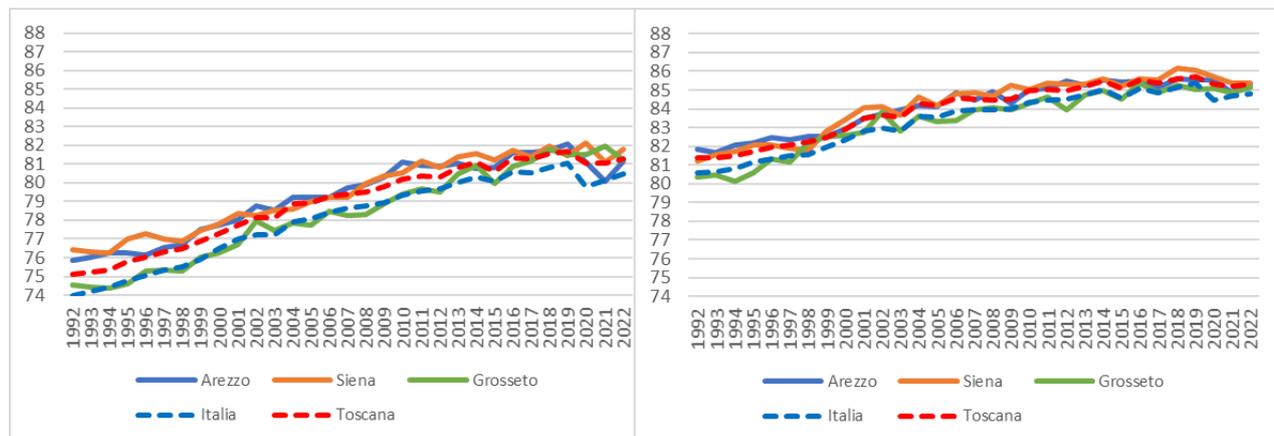
Tuttavia, gli abitanti della provincia di Grosseto soffrono ancora, in generale, di uno stato di salute meno buono e, anche se negli ultimi anni il *gap* si sta lentamente appianando, restano delle importanti differenze con le altre province dell'AUSL, ma anche con la Toscana. Da segnalare, per esempio, il dato della mortalità prematura, della mortalità per tumori e per malattie dell'apparato digerente per incidenti da trasporto: tutti i più elevati dell'Azienda ma anche superiori al dato medio regionale.

Permane anche l'eccesso storico di mortalità per malattie cerebrovascolari e per tumore dello stomaco della provincia di Arezzo.

Anche a livello di Zone distretto ci sono delle peculiarità, si registrano valori più elevati rispetto alla media regionale e di AUSL per la mortalità prematura nelle Colline dell'Albegna e nell'Amiata senese e Val d'Orcia, per le malattie del sistema circolatorio nelle Colline Metallifere, per malattie dell'apparato respiratorio nella zona Aretina, tumori dell'intestino nell'Amiata grossetana. Oltre alla mortalità esistono una serie di altri indicatori che vengono utilizzati per definire lo stato di salute di una popolazione, anche se, basandosi su dati di attività sanitarie varie, essi possono essere influenzati anche da disomogeneità nell'offerta di servizi oltre che da un diverso stato di salute, portando per esempio a sottostimare l'incidenza e la prevalenza di alcune patologie con esordio non grave e decorso cronico, in quei territori che godono di una peggiore rete assistenziale territoriale o una peggiore capacità di diagnosi precoce o, viceversa, a sovrastimarle in caso di

un migliore funzionamento di questi servizi. È il caso, per esempio, della prevalenza di malattie croniche il cui dato viene ricavato incrociando vari dati provenienti da diversi flussi sanitari. Secondo questo indicatore, per esempio, troviamo un'alta prevalenza di diabete nella zona del Valdarno, nettamente superiore al territorio confinante ma anche a quello dell'AUSL e della Toscana, un'elevata prevalenza di scompenso cardiaco nelle zone grossetane e di ictus e BPCO nelle aretine.

Figura 3 - Trend speranza di vita alla nascita per residenza e sesso. Anni 1992-2022



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

Posti letto per Ospedale – dati 2022

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

Stabilimento	PL ordinari + dh (incluso nido)
Osp. Bibbiena	59
Osp. Sansepolcro	55
Osp. Arezzo	429
Osp. Montevarchi	163
Osp. Cortona	73
PROV. AREZZO	779
Osp. Massa M.ma	66
Osp. Orbetello	76
Osp. Pitigliano	24
Osp. Casteldelpiano	36
Osp. Grosseto	372
PROV. GROSSETO	574
Spdc C/O A.O. Senese	8
Osp. Abbadia S. S.	33
Osp. Poggibonsi	165
Osp. Montepulciano	160
PROV. SIENA	366
TOTALE POSTI LETTO PUBBLICI (incluso Nido)	1.719

(fonte Modello Ministeriale HSP12 - 2022)

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

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

(fonte HSP12 e 13-2022)

Attività di Ricovero per Ospedale

PO	Stabilimento ospedaliero	2021			2022		
		Totale dimessi (ord+dh)	Ricoveri Ordinari	Degenza Media Ordinaria	Totale dimessi (ord+dh)	Ricoveri Ordinari	Degenza Media Ordinaria
Po Val D'Elsa	Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	6.128	4.791	6,5	6.392	5.166	6,3
Po Amiata Senese, Vald' Orcia E Valdichiana Senese	Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	620	344	9,4	479	342	11,5
	Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	6.006	5.057	7,0	5.548	4.621	6,7
	Spdc C/O A.O. Senese	222	222	10,3	237	237	11,0
Po Valdarno	Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	7.335	6.053	6,3	7.167	5.854	6,5
Po Dell'Aretino, Casentino, Val Tiberina E Valdichiana Aretina	Civile Bibbiena (Ar)	2.493	1.888	6,4	2.165	1.744	6,5
	Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	1.904	1.186	7,0	2.045	1.039	6,2
	Area Aretina Nord Arezzo	19.756	16.635	6,1	19.957	16.914	6,0
	Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	842	681	7,7	1.336	976	7,0
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	2.617	2.093	5,4	2.639	2.132	5,4
	Civile Castel Del Piano (Gr)	519	515	11,3	526	521	11,1
	Misericordia Grosseto	14.507	12.796	6,9	16.444	14.169	6,4
Po Colline Dell'Albegna	S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	2.569	1.932	6,6	2.372	1.884	7,2
	Petruccioli Pitigliano (Gr)	235	235	6,8	128	128	9,4
TOTALE		65.753	54.428	6,6	67.435	55.727	6,4

Fonte DWH-SDO 18/06/2023

L'attività di ricovero nell'anno 2022, pur non essendo tornata ai livelli del 2019, periodo pre-Covid, ha avuto un incremento di circa 3% rispetto a quella dell'anno 2021, ottimizzando la durata dei ricoveri, infatti la degenza media si attesta a 6,4 giorni, il valore più basso registrato negli ultimi 4 anni.

Interventi chirurgici (compreso ambulatoriali) per Ospedale:

Stabilimento ospedaliero	2021	2022
Area Aretina Nord Arezzo	13.569	15.265
Civile Bibbiena (Ar)	3.220	3.203
Civile Castel Del Piano (Gr)	197	247
Misericordia Grosseto	13.176	15.506
Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	1.061	944
Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	2.999	4.425
Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	3.898	4.182
Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	6.286	6.197
Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	3.479	3.453
Petruccioli Pitigliano (Gr)	191	289
S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	2.612	2.357
S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	2.833	2.727
Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	3.046	2.716
Somma:	56.567	61.511

Fonte Registro Operatorio Ormaweb e ROA 18/06/2023

L'attività chirurgica complessiva è aumentata del 9% rispetto all'anno 2021, superando l'erogato dell'anno 2019.

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

Stabilimento ospedaliero	2021	2022
Area Aretina Nord Arezzo	52.505	61.019
Civile Bibbiena (Ar)	11.480	12.811
Civile Castel Del Piano (Gr)	6.371	7.360
Misericordia Grosseto	58.399	67.263
Monte Amiata Abbadia S.Salvatore (Si)	4.788	5.738
Nuovo Ospedale Valdichiana S.Margherita	9.543	11.342
Ospedale Dell'Alta Val D'Elsa Poggibonsi	23.879	26.946
Ospedale Del Valdarno - "S.Maria Della Gruccia"	31.988	36.396
Osp. Riuniti Della Val Di Chiana	20.514	23.448
Petruccioli Pitigliano (Gr)	4.562	4.992
S. Andrea Massa M.Ma (Gr)	12.478	14.564

Stabilimento ospedaliero	2021	2022
S. Giovanni Di Dio Orbetello (Gr)	16.068	18.241
Val Tiberina Sansepolcro (Ar)	10.003	11.575
Somma:	262.578	301.695

Fonte DWH-PS

Anche negli accessi di Pronto Soccorso si rileva un incremento rispetto all'anno 2021 (+15%).

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

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

Ambito	2021	2022
Prov Di Siena	3.331.921	3.235.340
Prov Di Arezzo	5.808.078	5.639.097
Prov Di Grosseto	2.829.693	3.017.504
Totale complessivo	11.969.692	11.891.941

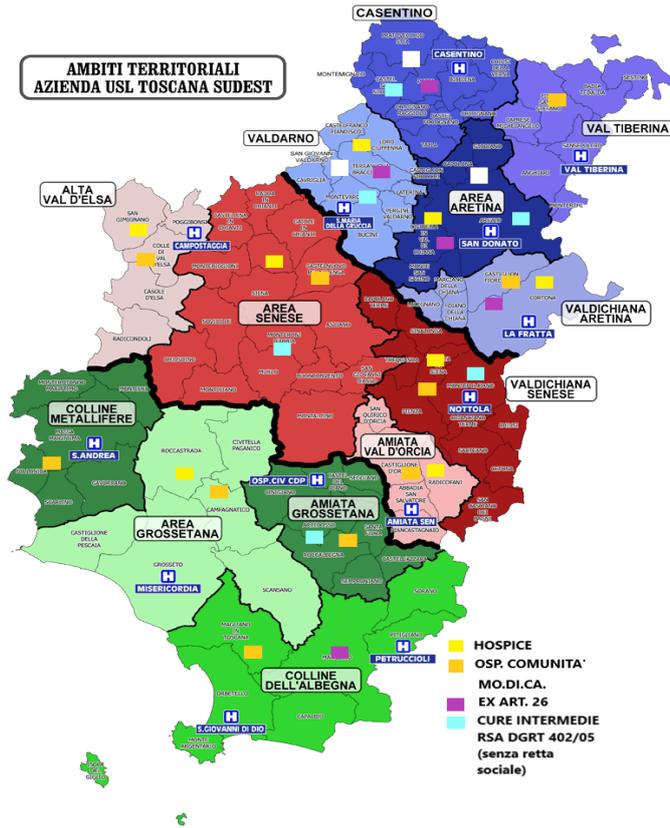
Fonte: DWH flusso SPA 18/06/2023

Come emerge dalle tabelle sopra riportate, nell'anno 2022 abbiamo registrato una stabilità delle prestazioni ambulatoriali per esterni erogate per utenti residenti e non (-0,65%) attestandosi ad un 6,5% in più dell'anno 2019.

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

Fanno parte della rete territoriale aziendale **24 Case della Salute**, luoghi dove i cittadini trovano servizi socio-sanitari di base e ove vi lavora un team multi professionale formato da medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, infermieri, personale sociale e amministrativo e **31 AFT** - Aggregazioni funzionali territoriali di medici di medicina generale, che garantiscono per l'intera giornata l'assistenza ambulatoriale e domiciliare, la Sanità di Iniziativa e la presa in carico del paziente con bisogni complessi, la promozione della salute.

E' attiva anche **1 Centrale della Cronicità e le ACOT** - Agenzia per la Continuità Ospedale Territorio, per garantire una funzionante rete fra ospedale e territorio in aiuto ai cittadini. Tale rete si avvaleva di **172 posti letto di Cure Intermedie**, il setting assistenziale residenziale sanitario "intermedio" fra ospedale e territorio, che sono arrivati a circa 300 nel periodo di maggiore emergenza Covid. L'attivazione incrementale dei posti letto di cure intermedie ha seguito l'andamento epidemiologico dell'epidemia, con particolare riferimento alla conversione di alcuni setting ospedalieri.



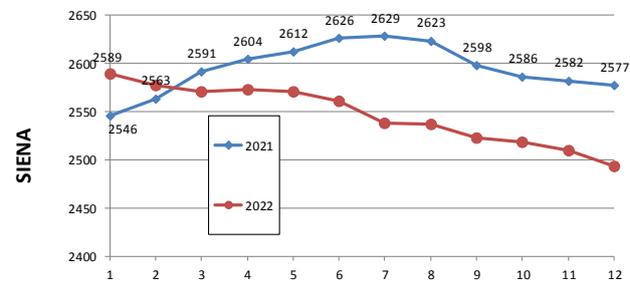
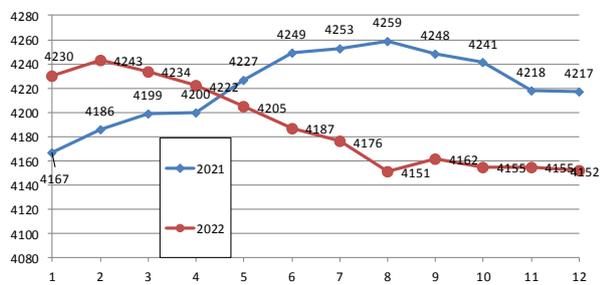
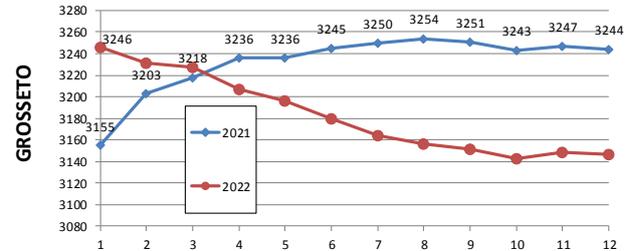
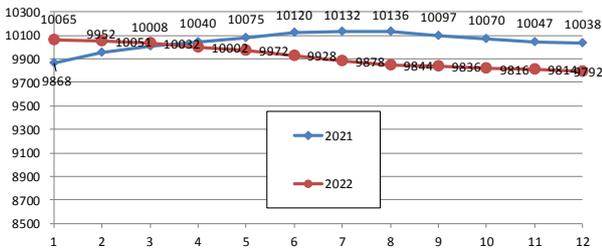
I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM:

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

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

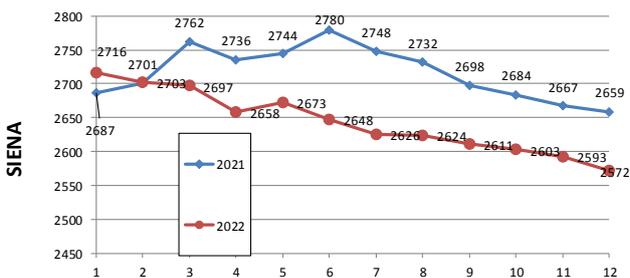
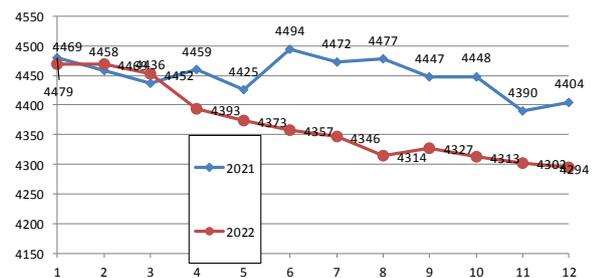
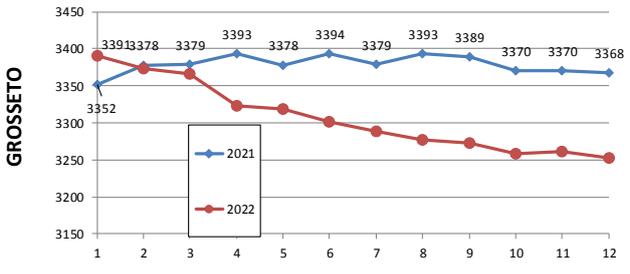
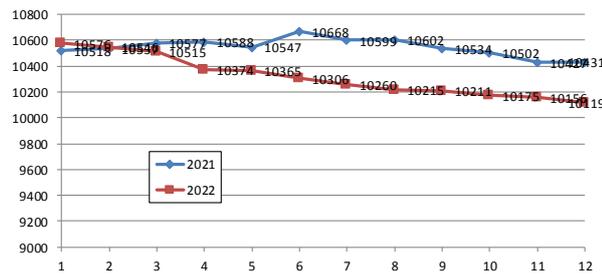
La consistenza del **personale dipendente** dell'Azienda Usl Sud Est, al 31 dicembre 2022 era 9.792 a fronte di 10.038 del 31 dicembre 2021 (-246 unità).

**DIRIGENZA + COMPARTO
(TEMPO INDET. E TEMPO DET.)**



A questi sono da aggiungere gli operatori sanitarie e non con contratti libero professionali o interinali, che insieme agli specialisti ambulatoriali hanno portato il personale dell'azienda a 10.119 unità a fronte di 10.431 del 31 dicembre 2021 (-312 unità), incrementando il delta fra anno 2021 e 2022.

**DIRIGENZA + COMPARTO + INTERINALI + INC. LIBERO PROF. + SPEC AMB
(TEMPO INDET. E TEMPO DET.)**



Oltre al personale sopra descritto nel 2022, hanno operato nell’Azienda oltre 600 medici fra Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

3. 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.

Il CUG ha svolto la sua attività sia attraverso riunioni collegiali periodiche (5 riunioni nel 2022), sia attraverso gruppi tematici che hanno proseguito il loro lavoro di studio e analisi, presidiato e contribuito alle azioni del PAP. I gruppi tematici attivi:

- codice etico;
- maternità;
- lavoro agile;
- bilancio di genere;
- comunicazione

Il lavoro svolto dal CUG durante il 2022, comprensivo delle varie analisi, è inserito nella relazione sulla situazione del personale anno 2022 che è stata trasmessa e pubblicata nel sito Aziendale in data 12/06/2023. Per riportare un dato di sintesi, di seguito si riporta una tabella del personale suddiviso per ruolo professionale e sesso rispetto la Dotazione Organica al 31/12 2021 vs 2022:

Ruolo	2021			2022		
	F	M	Tot	F	M	Tot
101 – DIRIGENZA SANITARIA MEDICA	898	717	1.615	905	708	1.613
102 – DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	125	42	167	131	47	178
103 – SANITARIO COMPARTO	4.206	1.276	5.482	4.095	1.227	5.322
202 – DIRIGENZA PROFESSIONALE	3	18	21	3	17	20
203 – COMPARTO PROFESSIONALE		4	4		3	3
302 – DIRIGENZA TECNICA	4	3	7	4	3	7
303 – TECNICO COMPARTO	1.414	441	1.855	1.378	433	1.811
402 – DIRIGENZA AMMINISTRATIVO	14	14	28	14	14	28
403 – COMPARTO AMMINISTRATIVO	645	255	900	609	239	848
440 – INCARICO DIRETTORE		2	2	2	1	3
Totale	7.309	2.772	10.081	7.141	2.692	9.833

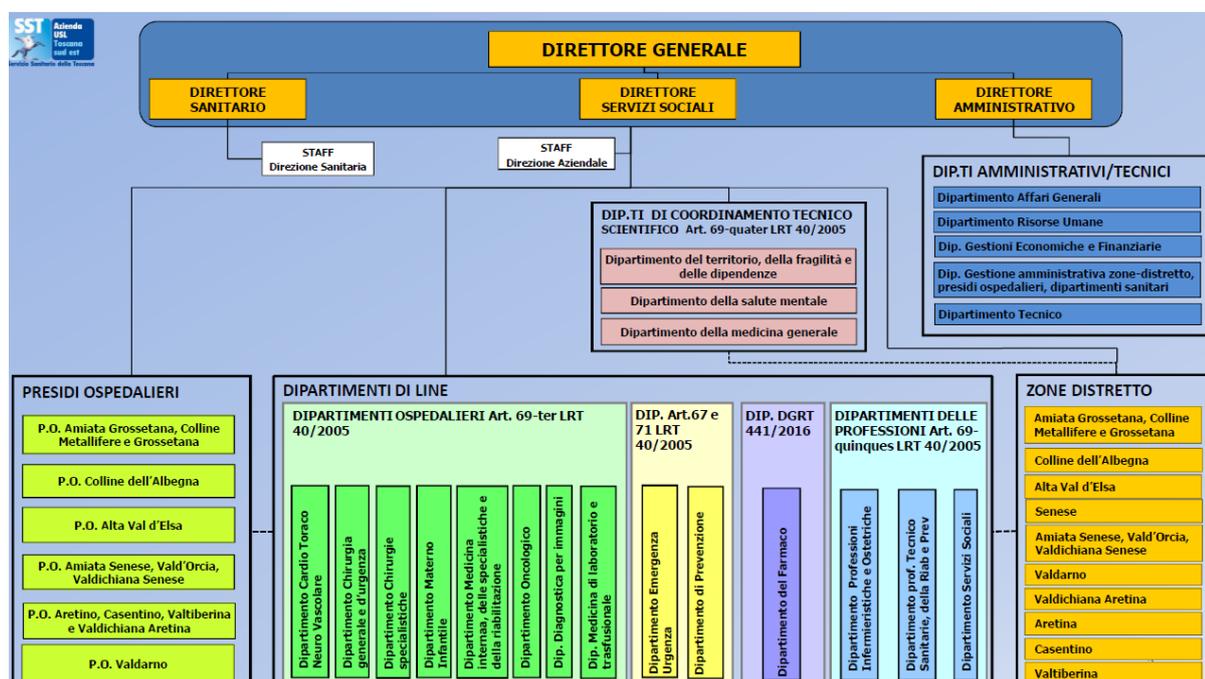
Dai quali si evince una netta presenza del genere femminile, in particolare nel Comparto.

4. Articolazione organizzativa

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

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

Fig. Organizzazione aziendale – Centri di responsabilità

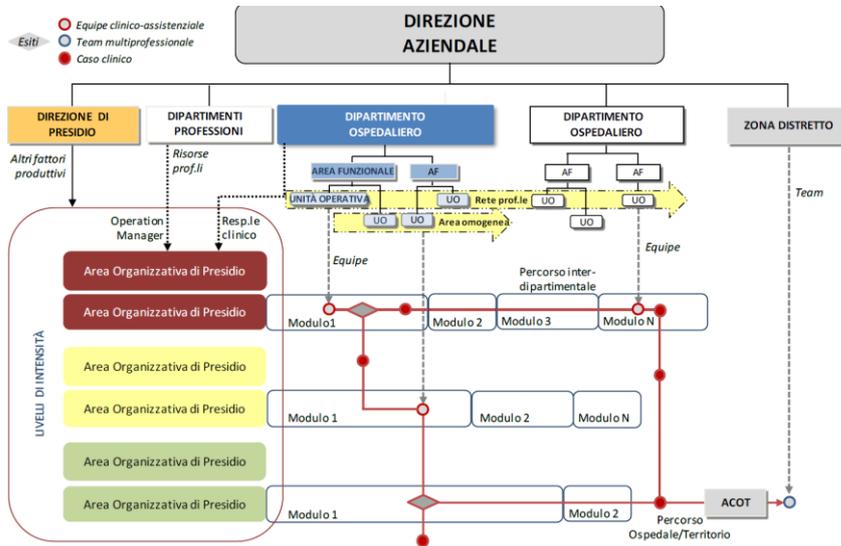


Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività, sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi:

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

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

Le infrastrutture e le risorse dello Stabilimento Ospedaliero sono organizzate in **Are Organizzative di Presidio (AOP)**, che aggregano più Moduli Assistenziali al fine di assicurare una programmazione e gestione condivisa, coordinata e razionale delle risorse. Anche queste strutture organizzative sono gestionali e quindi titolari di scheda budget.



Complessivamente in Azienda nell'anno 2022 ci sono **581 Centri di Responsabilità** ai quali sono stati assegnati i relativi obiettivi mediante scheda budget.

5. La performance aziendale

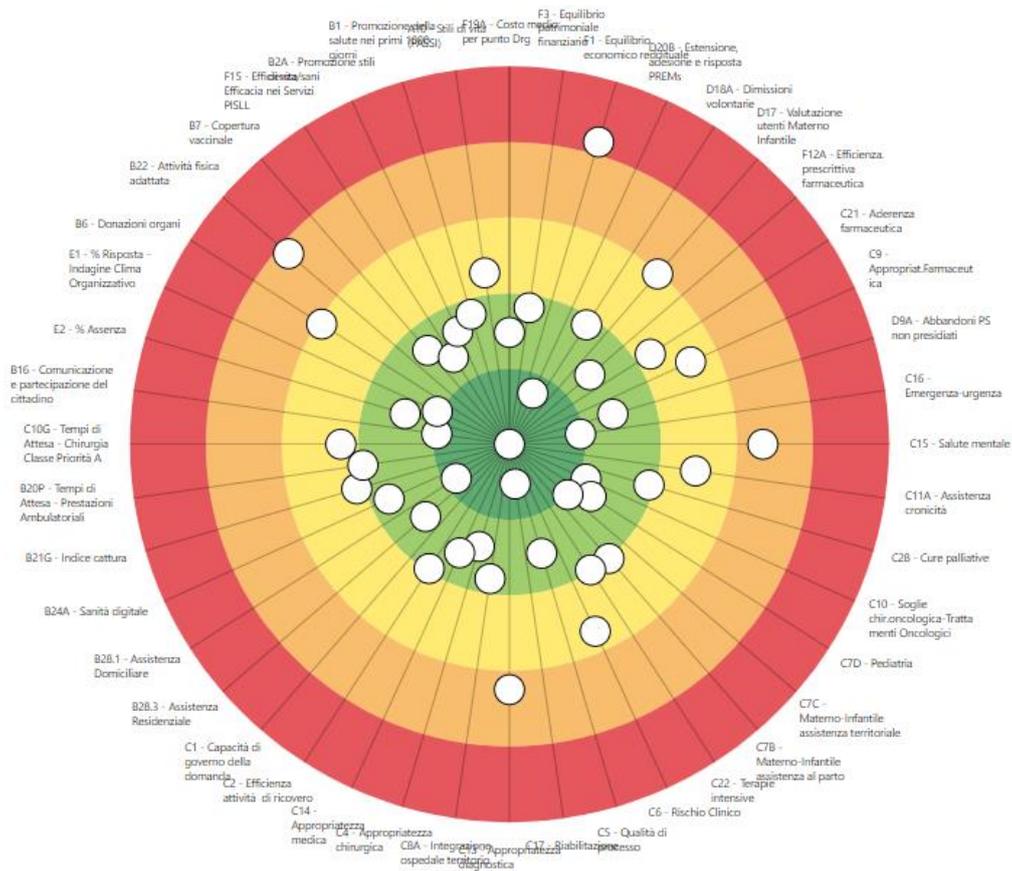
Tutte le Aziende del Sistema sanitario regionale sono soggette a valutazione secondo un sistema condiviso che è stato progettato e realizzato dal Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa, il Sistema a "Bersaglio".

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

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

5.1. Analisi dei risultati Azienda USL Toscana Sud Est Anno 2022

Bersaglio 2022 - Asl Toscana Sud Est



Qui di seguito le valutazioni per gruppi di indicatori del **Bersaglio 2022 ancora non completo**;

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

INDICATORE	VALUTAZIONE ANNO 2022
A10 - Stili di vita (PASSI)	2.71
B1 - Promozione della salute nei primi 1000 giorni	3.208
B16 - Comunicazione e partecipazione del cittadino	4.033
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	3.05
B21G - Indice cattura	2.905
B22 - Attività fisica adattata	1.151
B24A - Sanità digitale	3.257

INDICATORE	VALUTAZIONE ANNO 2022
B28.1 - Assistenza Domiciliare	4.167
B28.3 - Assistenza Residenziale	3.539
B2A - Promozione stili di vita sani	3.36
B6 - Donazioni organi	2.061
B7 - Copertura vaccinale	3.357
C1 - Capacità di governo della domanda	5
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3.891
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	2.78
C11A - Assistenza cronicità	2.524
C13 - Appropriately diagnostica	1.754
C14 - Appropriately medica	3.42
C15 - Salute mentale	1.662
C16 - Emergenza-urgenza	4.054
C17 - Riabilitazione	4.47
C2 - Efficienza attività di ricovero	3.046
C21 - Aderenza farmaceutica	2.795
C22 - Terapie intensive	3.024
C28 - Cure palliative	3.085
C4 - Appropriately chirurgica	3.591
C5 - Qualità di processo	3.496
C6 - Rischio Clinico	2.279
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	2.999
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	3.981
C7D - Pediatria	3.723
C8A - Integrazione ospedale territorio	3.203
C9 - Appropriat.Farmaceutica	2.376
D17 - Valutazione utenti Materno Infantile	2.02
D18A - Dimissioni volontarie	3.123
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	4.259
D9A - Abbandoni PS non presidiati	3.582
E1 - % Risposta - Indagine Clima Organizzativo	3.955
E2 - % Assenza	3.568

INDICATORE	VALUTAZIONE ANNO 2022
F1 - Equilibrio economico reddituale	0.832
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3.6
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3.636
F19A - Costo medio per punto Drg	3.521
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3.176

(fonte Mes estrazione 20/06/2023)

La valutazione media degli indicatori compositi di sintesi del Bersaglio è stata, in base ai dati parziali del momento, superiore a quelle dell'anno 2021.

Valutazione	2021		2022 provv.	
	N°	%	N°	%
Ottima	4	8,00%	6	13,64%
Buona	24	48,00%	24	54,55%
Media	18	36,00%	10	22,73%
Scarsa	4	8,00%	3	6,82%
Pessima		0,00%	1	2,27%
Totale	50	100,00%	44	100,00%
Valutazione media	3,05		3,16	

In particolare i 280 indicatori (padri e figli) ad oggi valutati, hanno evidenziato il seguente andamento

Valutazione	Andamento						N°	%
	Migliorato		Stabile		Peggiorato			
	N°	% sul tot	N°	% sul tot	N°	% sul tot		
Ottima	31	11,07%	15	5,36%	20	7,14%	66	23,57%
Buona	42	15,00%	17	6,07%	23	8,21%	82	29,29%
Media	19	6,79%	17	6,07%	32	11,43%	68	24,29%
Scarsa	12	4,29%	5	1,79%	23	8,21%	40	14,29%
Pessima	11	3,93%	1	0,36%	12	4,29%	24	8,57%
Totale	115	41,07%	55	19,64%	110	39,29%	280	100,00%

Il 53% degli indicatori hanno una valutazione Ottima e Buona. Del 47% che hanno una valutazione fra Media e Pessima il 23,9% sono in Peggioramento, l'8,2% Stabili e il 15% sono in Miglioramento

In particolare si segnalano i seguenti indicatori in peggioramento e con valutazione pessima o scarsa per i quali l'Azienda sta ponendo particolare attenzione, mettendo in atto azioni di miglioramento:

- Percentuale di specialisti prescrittori con almeno una ricetta specialistica elettronica o

dematerializzata

- Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per interventi chirurgici per tumore maligno alla tiroide
- Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per endoarteriectomia carotidea
- Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per colecistectomia laparoscopica
- Copertura per vaccino Papilloma virus (HPV)
- Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per intervento protesi d'anca
- Prestazioni erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A per riparazione ernia inguinale
- Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)
- Contatto entro 7 giorni con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero
- Appropriatelyzza psicoterapeutica
- Tasso di ospedalizzazione con patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni

Da mettere in evidenza le buone performance che si sono registrate nell'anno 2022 nelle seguenti ambiti:

- rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche previste da Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)
- Assistenza sanitaria e socio-sanitaria nei setting domiciliari e residenziali, con particolare riferimento agli anziani
- Percorso emergenza /urgenza
- Appropriatelyzza chirurgica e medica
- Efficienza dell'attività di ricovero
- Cure Palliative
- Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL
- Copertura vaccinale
- Materno infantile assistenza territoriale
- Comunicazione e partecipazione del cittadino

5.2. I risultati dei Bersagli degli Stabilimenti

PO	STABILIMENTI	2019	2020	2021	2022 (provvisorio)
PO RIUNITI AREZZO	Osp. Arezzo	3,0	3,0	3,4	3,3
	Osp. Bibbiena	2,5	2,2	1,2	2,1
	Osp. Sansepolcro	3,2	2,3	2,8	3,5
	Osp. Cortona	3,5	3,3	2,6	3,1
PO VALDARNO	Osp. Montevarchi	2,8	2,5	2,6	2,6
PO AREA GROSSETANA	Osp. Casteldel piano	2,5	2,7	2,4	2,2
	Osp. Grosseto	2,8	2,8	2,9	3,2
	Osp. Massa Marittima	3,1	3,3	3,1	3,4
PO ALBEGNA	Osp. Orbetello	3,0	2,2	2,6	2,9
	Osp. Pitigliano	2,6	3,1	3,1	2,9
PO VALDICHIANA SENESE	Osp. Abbadia SS	2,9	2,3	2,1	2,6
	Osp. Montepulciano	2,7	2,5	2,8	3,2
PO ELSA	Osp. Poggibonsi	2,7	2,8	3,4	3,4

(fonte elaborazione dati Mes estrazione 14/10/2022)

5.3. I risultati dei Bersagli delle Zone Distretto

ZONA DISTRETTO	2019	2020	2021	2022 (provvisorio)
Arezzo – Casentino - Valtiberina	3,2	2,9	2,8	n.d.
Arezzo			n.d	3,0
Casentino			n.d	3,0
Valtiberina			n.d	3,2
Valdarno	3,3	2,9	2,9	3,1
Valdichiana Aretina	3,2	3,0	2,9	3,3
Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana Senese	2,9	2,7	2,8	2,8
Senese	2,6	2,8	2,6	2,9
Alta Val d'Elsa	2,8	3,0	2,9	3,0
Colline dell'Albegna	3,0	2,3	2,7	2,8
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	2,8	2,5	2,6	2,8

(fonte elaborazione dati Mes estrazione 14/10/2022)

5.4. Risorse efficienza ed economicità

Il raggiungimento degli obiettivi economici finalizzati al mantenimento degli equilibri di bilancio ha richiesto all'Azienda un significativo sforzo organizzativo interno e di sistema per poter governare i fenomeni che hanno caratterizzato il 2022, in particolare:

- Incremento dell'attività chirurgica per lo smaltimento delle liste di attesa;
- Aumento dei prezzi causati dalla crisi energetica;
- Attività legata al covid in coesistenza alle attività ordinarie.

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 valutare quelli indotti dalla pandemia.

La Spesa per beni sanitari

Descrizione	Anno 2021	Anno 2022 (provvisorio)
Spesa farmaceutica ospedaliera	168.117.042 (di cui Covid 1.181.899)	173.469.224 (di cui Covid 488.959)
Spesa per dispositivi medici	76.399.154 (di cui Covid 8.653.976)	83.824.724 (di cui Covid 5.022.717)
Spesa farmaceutica Territoriale	104.053.239	105.759.893

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 al netto di IRAP e altri oneri (dipendente, attività aggiuntiva, Specialisti ambulatoriali, interinali, incarichi, collaborazioni, etc.):

	2021	2022 (provvisorio)
Costo personale	568.422.743 (di cui Covid 42.666.355)	560.652.332 (di cui Covid 35.158.363)

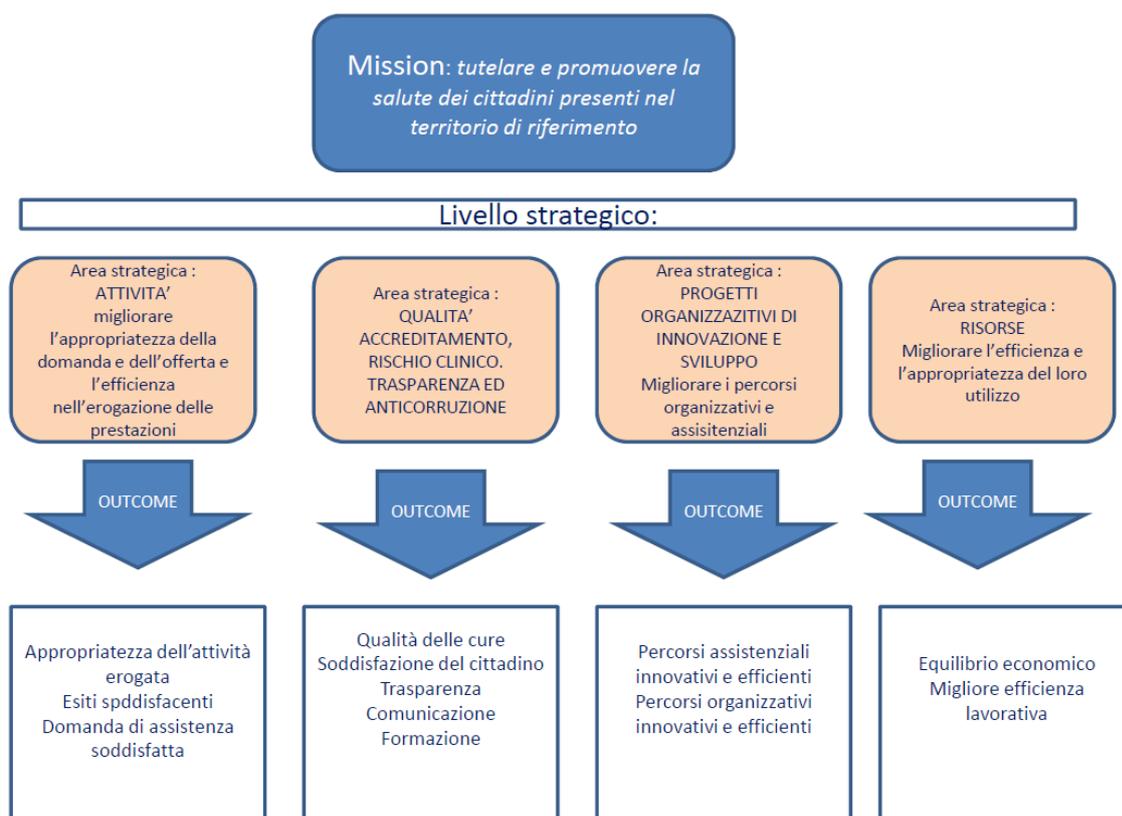
Per il personale, si può vedere, che i maggiori costi sostenuti negli anni 2020 e 2021 con assunzioni finalizzate a far fronte all'emergenza Covid nel 2022 iniziano ad essere riassorbite.

6. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture

6.1. L'albero delle performance

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

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



6.2. La Programmazione Operativa 2022: 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 2022 le varie fasi del percorso di budget si sono svolte nei seguenti periodi:

- Negoziazioni di 1° Livello effettuate tra dicembre 2021 e gennaio 2022
- Le negoziazioni di 2° e 3° effettuato tra gennaio e giugno
- Verifiche intermedia a settembre

Qui di seguito i macro obiettivi trasversali, già individuati nel Piano Integrato di attività e Organizzazione - PIAO 2022-2024 (DELIB 608/2022) che sono stati declinati come obiettivi specifici alle strutture:

- Attività specialistica e tempi di attesa degli interventi chirurgici programmati e prestazioni ambulatoriali
- Il rispetto dei nuovi LEA e NSG (Nuovo Sistema di Garanzia) in ambito ospedaliero, territoriale e della prevenzione
- Lo sguardo alla Qualità, sicurezza e rischio clinico
- La Formazione
- Trasparenza ed anticorruzione
- Sviluppo dell'Integrazione Socio-Sanitaria
- Innovazione tecnologica nei servizi territoriali e ospedalieri
- Miglioramento degli indicatori regionali del Bersaglio MeS in criticità in ambito ospedalieri, territoriale e della prevenzione
- Sviluppo di tutte le misure di prevenzione e igiene ospedaliera incluso le vaccinazioni
- Raggiungimento degli obiettivi del piano regionale della prevenzione
- Attenzione all'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e al governo della spesa per beni sanitari
- Attenzione alle politiche del personale e alle nuove indicazioni del Piano Organizzativo del Lavoro Agile in base alle linee guida ministeriali
- Governo della spesa e equilibrio economico
- Progettazioni legate al PNR

Di seguito la sintesi, per Centri di Responsabilità raggruppati in Amministrativi/Tecnici, Ospedalieri (H), Prevenzione, Staff, Territoriali (T), degli obiettivi sopra esposti espressi in indicatori specifici (oltre 800) indicante anche il peso medio assegnato, mentre la % media di raggiungimento dei vari obiettivi è ancora in fase di valutazione in quanto non tutte le basi dati sono ancora consolidate.

Obietti Regionali, Mes, del Piano Nazionale Esiti e del NSG-LEA:

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

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
B5.1.1 Estensione corretta dello screening	Numero UdB		9,0			

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
mammografico	Punti medi assegnati alla dirigenza		9,7			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
C16.9 Percentuale di ricoveri su Numero accessi al Pronto Soccorso	Numero UdB		15,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,2			
	Punti medi assegnati al comparto		5,0			
	% raggiungimento medio					
C2a.C Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,8			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
C6.2.2 Numero MMR (per struttura)	Numero UdB		264,0			73,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			2,9
	Punti medi assegnati al comparto		4,1			3,8
	% raggiungimento medio		95,6			90,4
D9a Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati	Numero UdB		25,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,2			
	Punti medi assegnati al comparto		5,0			
	% raggiungimento medio					
GLEA_4 Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Numero UdB			11,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			30,8		
	Punti medi assegnati al comparto			24,1		
	% raggiungimento medio					
GLEA_5.1 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza	Numero UdB			15,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			5,0		
	Punti medi assegnati al comparto			5,0		
	% raggiungimento medio			100,0		
GLEA_5.2 MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi	Numero UdB			15,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			5,0		
	Punti medi assegnati al comparto			5,0		
	% raggiungimento medio			100,0		
GLEA_5.3 ANAGRAFI ANIMALI -Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della	Numero UdB			15,0		

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	Punti medi assegnati alla dirigenza			5,0		
	Punti medi assegnati al comparto			5,0		
	% raggiungimento medio			100,0		
NSG_D22Z.CIA1 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					4,1
	Punti medi assegnati al comparto					4,9
	% raggiungimento medio					
NSG_D22Z.CIA2 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					4,1
	Punti medi assegnati al comparto					4,9
	% raggiungimento medio					
NSG_D22Z.CIA3 Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					4,1
	Punti medi assegnati al comparto					4,9
	% raggiungimento medio					
NSG_H17C Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	Numero UdB		3,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,6			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
REG_A8_001 Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance)	Numero UdB	44,0	310,0	41,0	36,0	99,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,1	0,7	0,9	1,2	0,8
	Punti medi assegnati al comparto	1,1	1,0	1,0	1,4	1,0
	% raggiungimento medio					
REG_C1_074a Incremento ricette dematerializzate. % ricette specialistica	Numero UdB		187,0	16,0	2,0	40,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,5	1,8	3,5	1,4
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
REG_C1_074b Incremento ricette dematerializzate. % ricette farmaceutica	Numero UdB		183,0	5,0	2,0	44,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,5	3,2	3,5	1,5
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
C6.2.1 Numero Audit Clinici (per struttura)	Numero UdB		264,0			78,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			2,9
	Punti medi assegnati al comparto		4,2			4,0
	% raggiungimento medio		95,8			85,9
MES_C5.30 Percentuale di fratture operate entro 48 ore	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		11,1			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
B7.2 Copertura per Vaccino Antinfluenzale >= 65 anni	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,4
	Punti medi assegnati al comparto					3,9
	% raggiungimento medio					
MES_D20b.1.1 Indagine PREMs sul ricovero ordinario. % arruolati su dimessi	Numero UdB		110,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,9			
	Punti medi assegnati al comparto		3,0			
	% raggiungimento medio					
B7.4 Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	Numero UdB				2,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				5,0	
	Punti medi assegnati al comparto				5,0	
	% raggiungimento medio					
B5.3.1 Estensione corretta dello screening colorettales	Numero UdB		2,0		1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,6		33,0	
	Punti medi assegnati al comparto				33,0	
	% raggiungimento medio					
REG_C1_074c Monitoraggio utilizzo ricetta dematerializzata. N. report inviati alle strutture.	Numero UdB				1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza					
	Punti medi assegnati al comparto				8,0	
	% raggiungimento medio					
B7.1 Copertura per vaccino MPR	Numero UdB			9,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,8		
	Punti medi assegnati al comparto			2,5		
	% raggiungimento medio					
B7.5 Copertura per vaccino antimeningococcico	Numero UdB			9,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,8		
	Punti medi assegnati al comparto			2,5		
	% raggiungimento medio					
B7.6 Copertura per vaccino antipneumococcico	Numero UdB			9,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,8		
	Punti medi assegnati al comparto			2,5		

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
	comparto					
	% raggiungimento medio					
B7.7 Copertura per vaccino esavalente	Numero UdB			9,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,8		
	Punti medi assegnati al comparto			2,5		
	% raggiungimento medio					
B7.3 Copertura per vaccino HPV	Numero UdB			9,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,8		
	Punti medi assegnati al comparto			2,5		
	% raggiungimento medio					
C7.19.1 SPAZIO GIOVANI - Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,3
	Punti medi assegnati al comparto					4,8
	% raggiungimento medio					100,0
C16.11 Intervallo Allarme - Target Dei Mezzi Di Soccorso. Minuti fra ricezione chiamata e arrivo del mezzo	Numero UdB		2,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		4,2			
	Punti medi assegnati al comparto		5,0			
	% raggiungimento medio					
C22.6 Percentuale di insorgenza di infezioni da MDR in degenza	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		7,7			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
C16.10 % di accessi ripetuti in PS entro 72 ore	Numero UdB		15,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,1			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio		65,8			
NSG_H18C Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con >=1000 parti.	Numero UdB		2,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		1,1			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
B6.2.2 Tasso di donazioni di sangue, plasma e piastrine per mille residenti	Numero UdB		7,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,8			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
B6.2.2.1 Tasso di donazioni di plasma per mille residenti	Numero UdB		7,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,8			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					
B28.1.2 % anziani in Cure Domiciliari con valutazione	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					1,2
	Punti medi assegnati al comparto					1,9

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
	% raggiungimento medio					
C15a.13.2 % di ricoveri ripetuti entro 7 giorni per patologie psichiatriche	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,7
	Punti medi assegnati al comparto					4,3
	% raggiungimento medio					
MES_C15.2 Contatto entro 7 gg con il DSM degli utenti maggiorenni residenti dalla dimissione del ricovero ospedaliero	Numero UdB					1,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,7
	Punti medi assegnati al comparto					2,0
	% raggiungimento medio					

In sintesi

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

Indicatori definiti dall'azienda:

Qui di seguito invece gli indicatori definiti dall'azienda, suddivisi nei seguenti capitoli e sottocapitoli come previsto nel PIAO 2022-2024:

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali	Attività di Governo delle Professioni Tecnico-Sanitarie e Infermieristiche-Ostetriche	Numero UdB		176,0	39,0	27,0	110,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		18,0	22,3	15,8	7,3
		Punti medi assegnati al comparto		12,4	12,9	15,5	11,4
		% raggiungimento medio		100,0	100,0	96,3	100,0
	Attività Ambulatoriale Governo dei tempi di attesa dell'attività ambulatoriale sia in termini di appropriatezza della domanda e che di produzione. Implementazione televisite.	Numero UdB		508,0	5,0	5,0	39,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,4	8,8	12,8	7,4
		Punti medi assegnati al comparto		8,8	12,5	18,1	13,3
		% raggiungimento medio		90,8	100,0	93,7	98,6
	Attività di governo del territorio	Numero UdB				2,0	18,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza				24,6	7,5
		Punti medi assegnati al comparto				24,6	13,3

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
		% raggiungimento medio				100,0	99,3
	Attività di Prevenzione	Numero UdB	2,0	7,0	165,0	2,0	31,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,0	2,9	9,9	5,0	4,6
		Punti medi assegnati al comparto			8,6		11,0
		% raggiungimento medio			99,6		100,0
	Attività di Pronto Soccorso - 118	Numero UdB		23,0		2,0	1,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		8,4		27,5	11,5
		Punti medi assegnati al comparto		16,7		27,5	
		% raggiungimento medio		100,0		100,0	100,0
	Attività di Ricovero Governo dei tempi di attesa dell'attività chirurgica e sia in termini di appropriatezza della domanda e che di produzione. Efficienza e appropriatezza.	Numero UdB		200,0			17,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,1			11,0
		Punti medi assegnati al comparto		4,3			9,9
		% raggiungimento medio		84,5			94,7
	Attività di Sala Operatoria. Rispetto volumi e orari si SO	Numero UdB		123,0		7,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,3		3,0	
		Punti medi assegnati al comparto		3,1		3,0	
		% raggiungimento medio		87,5		90,4	
	Attività Gestionale di Supporto	Numero UdB	97,0	16,0	8,0	53,0	51,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	18,4	10,1	7,7	14,2	4,9
		Punti medi assegnati al comparto	19,1	16,0	17,1	15,3	14,6
		% raggiungimento medio	99,6	93,3	87,5	98,1	100,0
	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	Numero UdB	1,0	3,0	1,0		76,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	14,0	4,5	16,0		14,0
		Punti medi assegnati al comparto	14,0	2,0	23,0		12,3
		% raggiungimento medio	100,0	96,3	100,0		98,5
	Efficacia Assistenziale	Numero UdB		3,0			36,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,9			13,7
		Punti medi assegnati al comparto		35,0			14,6
		% raggiungimento medio		100,0			100,0
	PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	Numero UdB	63,0	52,0	7,0	56,0	21,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	21,8	26,9	32,1	15,4	25,8
		Punti medi assegnati al comparto	3,1	10,5	24,0	11,5	25,2
		% raggiungimento medio					
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE	E Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale	Numero UdB	5,0	19,0	1,0	5,0	26,0
		Punti medi assegnati alla dirigenza	8,6	3,5	5,4	8,2	6,0

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA					
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T	
SVILUPPO		Punti medi assegnati al comparto					20,9	
		% raggiungimento medio	100,0	76,4	75,0	100,0	98,6	
	Processi Aziendali	Numero UdB	281,0	1962,0	268,0	335,0	627,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,4	1,7	2,1	2,8	1,8	
		Punti medi assegnati al comparto	2,4	2,4	2,2	3,1	2,3	
		% raggiungimento medio	100,0	97,1	99,6	99,4	99,9	
	Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative	Numero UdB	47,0	1,0	2,0	14,0	2,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	19,9	11,7	21,0	15,9	12,9	
		Punti medi assegnati al comparto	21,2		21,0	15,1		
		% raggiungimento medio	99,4	100,0	100,0	100,0	100,0	
	Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari Aziendali	Numero UdB	5,0	236,0		16,0	95,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	17,6	5,4		21,0	11,5	
		Punti medi assegnati al comparto	17,6	13,5		25,3	12,7	
		% raggiungimento medio	100,0	97,3		100,0	99,5	
	QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	Formazione	Numero UdB	49,0	311,0	74,0	76,0	96,0
			Punti medi assegnati alla dirigenza	1,5	0,9	2,9	4,2	0,8
Punti medi assegnati al comparto			0,7	0,9	2,6	4,1	0,7	
% raggiungimento medio			80,0	84,5	99,9	100,0	100,0	
Prevenzione e Sicurezza		Numero UdB		1,0	1,0	3,0	3,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		3,6	25,0	20,5	11,4	
		Punti medi assegnati al comparto		#DIV/0!	25,0	20,5	22,7	
		% raggiungimento medio		100,0	100,0	100,0	100,0	
Qualità e Accreditamento		Numero UdB		259,0		14,0	15,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,0		24,5	11,4	
		Punti medi assegnati al comparto		6,1		26,0	21,2	
		% raggiungimento medio		96,2		100,0	100,0	
Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure		Numero UdB		153,0	1,0	3,0	12,0	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		4,3	#DIV/0!	31,2	12,2	
		Punti medi assegnati al comparto		9,4	7,0	37,2	15,5	
		% raggiungimento medio		88,6	100,0	100,0	100,0	
Trasparenza e Anticorruzione	Numero UdB	92,0	563,0	63,0	102,0	185,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,7	0,7	0,8	1,6	0,7		
	Punti medi assegnati al comparto	1,7	1,1	0,8	1,7	0,9		
	% raggiungimento medio	98,9	94,0	100,0	99,0	99,5		

La performance media per area dei suddetti indicatori aziendali è stata la seguente:

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

In particolare qui di seguito si elencano gli obiettivi legati alle **progettazioni previste dal PNRR**:

Descrizione KPI	Dati	AMM/TEC	STAFF	T
Conclusione degli studi di fattibilità del PNRR per dare avvio alle gare di affidamento lavori. % di realizzazione	Numero UdB	1,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	15,0		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio	90,0		
PNRR: disegno dell'offerta territoriale dei servizi secondo le indicazioni del PNRR. % di realizzazione	Numero UdB			2,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza			12,9
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			100,0
PNRR: Preparazione degli spazi negli edifici coinvolti. % di realizzazione	Numero UdB			10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza			2,9
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			100,0
Avvio progettazione Pronto Soccorso secondo il decreto PNRR. % di realizzazione	Numero UdB	5,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	15,6		
	Punti medi assegnati al comparto	16,0		
	% raggiungimento medio	100,0		
Predisposizione studi di fattibilità completi per tutti gli interventi del PNRR (Case della Comunità, Ospedali della Comunità, COT). Messa in atto azioni/attività di competenza della struttura.	Numero UdB	5,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	17,4		
	Punti medi assegnati al comparto	17,4		
	% raggiungimento medio	100,0		
Caricamento delle Schede relative all'intervento PNRR M6C2 1.1.2 "Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero" sul portale AGENAS e messa in atto delle azioni necessarie per la stima degli importi, incluse eventuali opere di installazione	Numero UdB	1,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	23,0		
	Punti medi assegnati al comparto	23,0		
	% raggiungimento medio	100,0		
Supporto alle UOC Lavori Pubblici di riferimento nella elaborazione e gestione degli interventi sui Pronto Soccorso (DL 34/20) e PNRR (CdC, OdC, Cot)	Numero UdB	3,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	17,3		
	Punti medi assegnati al comparto	20,3		
	% raggiungimento medio	100,0		
Predisposizione studi di fattibilità per tutti gli interventi del PNRR da parte di tutte le strutture UOC afferenti il Dipartimento Tecnico % studi di fattibilità predisposti/studi di fattibilità assegnati	Numero UdB	1,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	26,0		
	Punti medi assegnati al comparto	26,0		
	% raggiungimento medio	100,0		
Monitoraggio dello stato di avanzamento degli interventi PNRR riscontrabile da riunioni di struttura. Numero riunioni	Numero UdB	1,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	22,0		
	Punti medi assegnati al comparto	22,0		
	% raggiungimento medio	100,0		
Management Programma PNRR - Identificazione Obiettivi e Gruppi. Redazione di documento. % di realizzazione	Numero UdB		1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		15,0	
	Punti medi assegnati al comparto		15,0	
	% raggiungimento medio		100,0	
Programma PNRR - Sottoprogramma P6 - Attuazione Sperimentazioni Pilota - Progetto Pilota Collaborazione Clinica. Redazione di documento. % di realizzazione	Numero UdB		1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		5,0	
	Punti medi assegnati al comparto		5,0	
	% raggiungimento medio		100,0	
PNRR. Partecipazione alle attività per lo sviluppo di quanto previsto al DM 71: modelli	Numero UdB		1,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		35,0	

Descrizione KPI	Dati	AMM/TEC	STAFF	T
e standard per lo sviluppo dell'assistenza nel territorio. N° report con attività e proposte	Punti medi assegnati al comparto		35,0	
	% raggiungimento medio		100,0	

Obiettivi sulle risorse economiche:

Di seguito vengono esplicitati gli obiettivi relativi alle **risorse economiche** che hanno avuto un diretto riscontro con il Bilancio. Anche in questo ambito si stanno completando le valutazioni dei singoli Centri di Responsabilità.

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato	Numero UdB	24,0	302,0	30,0	15,0	65,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	4,4	16,4	7,1	10,8	14,9
	Punti medi assegnati al comparto	2,5	2,1	2,0	3,4	2,0
	% raggiungimento medio	100,0	97,8	81,3	82,8	96,7
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: importo pro capite	Numero UdB					12,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					7,5
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					94,4
ASSISTENZA PROTESICA: rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,9
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					79,5
Rette RSA per anziani non autosufficienti: rispetto budget assegnato	Numero UdB					15,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,9
	Punti medi assegnati al comparto					10,8
	% raggiungimento medio					99,7
RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERT: rispetto budget assegnato	Numero UdB					17,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,1
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					100,0
Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM: rispetto budget assegnato	Numero UdB					17,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,8
	Punti medi assegnati al comparto					2,0
	% raggiungimento medio					93,6
CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comunità: rispetto budget assegnato	Numero UdB					8,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,8
	Punti medi assegnati al comparto					

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
	% raggiungimento medio					99,6
Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI: rispetto budget assegnato	Numero UdB					15,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,7
	Punti medi assegnati al comparto					5,2
	% raggiungimento medio					98,5
Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM: Rispetto budget assegnato	Numero UdB					7,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					3,9
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					96,2
Costi per ass. domiciliare in convenzione	Numero UdB					6,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,2
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					100,0
Costi per servizi resi da cooperative , contributi e sussidi erogati nell'ambito del FNA - Rispetto budget assegnato	Numero UdB					9,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,6
	Punti medi assegnati al comparto					5,3
	% raggiungimento medio					100,0
Riabilitazione Ex art.26. Rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,7
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					98,6
Monitoraggio budget trasversali secondo la Delibera Aziendale	Numero UdB	4,0			3,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza	18,5			16,8	
	Punti medi assegnati al comparto	20,0				
	% raggiungimento medio	100,0			100,0	
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi stand-by	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,7			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio		100,0			
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi trasporti per emergenza	Numero UdB		1,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		2,7			
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio		73,9			
BENI SANITARI: Monitoraggio del consumo dei Beni Sanitari dell'intero Presidio Ospedaliero	Numero UdB		6,0			
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,0			
	Punti medi assegnati al comparto					

Descrizione KPI	Dati	AREA				
		AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
	% raggiungimento medio		99,9			
Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato	Numero UdB					10,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza					2,9
	Punti medi assegnati al comparto					
	% raggiungimento medio					54,3
BENI NON SANITARI: Rispetto Budget assegnato	Numero UdB	46,0	298,0	30,0	31,0	64,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza	3,9	14,9	7,1	7,8	14,9
	Punti medi assegnati al comparto	3,4	3,1	2,9	4,6	2,8
	% raggiungimento medio	97,6	98,3	91,2	98,9	97,1
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per farmaci	Numero UdB		293,0	10,0	2,0	58,0
	Punti medi assegnati alla dirigenza		16,2	12,9	4,6	17,2
	Punti medi assegnati al comparto		2,1	5,0	2,0	5,1
	% raggiungimento medio		94,1	99,2	91,5	97,8
SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				5,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				16,2	
	Punti medi assegnati al comparto				9,4	
	% raggiungimento medio				95,2	
SPESA FARMACEUTICA CONSUMI INTERNI: Rispetto budget aziendale	Numero UdB				5,0	
	Punti medi assegnati alla dirigenza				16,2	
	Punti medi assegnati al comparto				9,4	
	% raggiungimento medio					
BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per VACCINI	Numero UdB			10,0		
	Punti medi assegnati alla dirigenza			12,9		
	Punti medi assegnati al comparto			2,0		
	% raggiungimento medio			93,5		

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 (dato anche in questo ambito ancora incompleto):

Descrizione KPI	Dati	AREA		
		H	STAFF	T
Contenimento costi per TRASPORTI SANITARI in dimissione. % trasporti su dimessi	Numero UdB	50		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	2,9		
	Punti medi assegnati al comparto			

Descrizione KPI	Dati	AREA		
		H	STAFF	T
	% raggiungimento medio	90,17		
Effettuazione di riunioni per appropriatezza prescrittiva farmaceutica . N° riunioni	Numero UdB		7	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		3,09	
	Punti medi assegnati al comparto		5,88	
	% raggiungimento medio		100	
Monitoraggio spesa farmaceutica per la Direzione Aziendale. N° report prodotti	Numero UdB		1	
	Punti medi assegnati alla dirigenza		8	
	Punti medi assegnati al comparto		8	
	% raggiungimento medio		100	
Richieste da Magazzino. % di richieste urgenti sul totale delle richieste	Numero UdB	166		56
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1,33		1,450
	Punti medi assegnati al comparto			2,1
	% raggiungimento medio	65,16		87,61
Appropriatezza prescrittiva antibiotici reserve. Risparmio atteso	Numero UdB	29		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Immuno-Derma-Reumatologica. Risparmio atteso	Numero UdB	16		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva immunoglobuline. Risparmio atteso	Numero UdB	11		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Oncologica. Risparmio atteso	Numero UdB	20		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci Sclerosi. Risparmio atteso	Numero UdB	5		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		

Descrizione KPI	Dati	AREA		
		H	STAFF	T
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva antimicotici. Risparmio atteso	Numero UdB	22		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Oculistica. Risparmio atteso	Numero UdB	2		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Dermatologica. Risparmio atteso	Numero UdB	5		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza prescrittiva farmaci area Gastroenterologica. Risparmio atteso	Numero UdB	5		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			
Appropriatezza terapeutica con anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale. % di pazienti dimessi con terapia anticoagulante atriale	Numero UdB	1		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	1		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio	100		
Appropriatezza prescrittiva farmaci HIV. Risparmio atteso	Numero UdB	2		
	Punti medi assegnati alla dirigenza	5		
	Punti medi assegnati al comparto			
	% raggiungimento medio			

Complessivamente, sono stati individuati **844 indicatori** che declinano, nelle **schede budget** dei singoli Centri di Responsabilità (**n.581**), le strategie aziendali già esplicitate nel Piano della Performance.

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

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

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

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

- l’inserimento nel sistema di valutazione di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Piano aziendale per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza in quanto la promozione di maggiori livelli di trasparenza e di prevenzione della corruzione costituisce obiettivo strategico dell’Azienda che si traduce in obiettivi specifici declinati nelle Schede Budget dell’anno 2022, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. In particolare si è posta attenzione alla valutazione del rischio di particolari processi individuati dall’RPC e alla sensibilizzazione sul problema del conflitto di interessi all’interno delle strutture;
- l’assegnazione di obiettivi al personale dirigenziale e non con riferimento alla divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento riscontrabile da riunioni di struttura o altre iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori e gli argomenti trattati;
- La Formazione su Anticorruzione obbligatoria.

6.4. 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. 1037/2022 **ADOZIONE SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE- AGGIORNAMENTO ANNO 2022**)

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

Tipologia KPI	Criterio di valutazione
Tipo Autocertificazione	Valutazione effettuata direttamente dal responsabile di struttura che deve comunque allegare la documentazione che dimostri la veridicità di quanto dichiarato
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.
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 valutazione viene poi 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
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
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
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
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

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

La Misurazione e Valutazioni dei singoli Centri di responsabilità è in corso.

7. Obiettivi Individuali

7.1. La Performance individuale

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

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

- per i dipendenti neo assunti nell'anno 2022, quindi non ancora presenti nel database della Valutazione, vengono inizializzati nell'associazione al Valutatore sulla base di un "automatismo associativo" rilevato dal sistema di gestione dell'Angolo del Dipendente, presupponendo che chi autorizza le richieste in quest'ultimo ambiente sia nella maggior parte dei casi anche il superiore gerarchico che opererà la valutazione del dipendente, richiedendo verifica e conferma dell'associazione ipotizzata al relativo Valutatore;
- per i dipendenti presenti, invece, già nel database della Valutazione con mail del 04/04/2022 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
- 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 625 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 2022 che si è svolto senza particolari difficoltà operative anche grazie al fatto che a seguito della riorganizzazione aziendale avviata nel 2020 con la centralizzazione del Coordinamento del Sistema di Valutazione individuale sulla provincia di Arezzo, è stata inserita nella *UOC Gestione Economica del personale dipendente* una unità di personale in più appositamente dedicata al supporto del ciclo di valutazione. Inoltre, grazie all’impegno profuso da tutti gli interessati dal processo, questo ha potuto esplicarsi e concludersi con un ottimo risultato – 94,2% delle schede attese completate e il 5,8% 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 2022 è stato il seguente:

- **Avvio ciclo di valutazione 2022:** dal 04/04/22 con revisione anagrafiche, associazioni ed inizializzazioni dei nuovi valutatori, attività monitorata ed adeguata alle variazioni organizzative via via presentatesi nel corso dell’anno sia richieste che rilevate d’ufficio;
- **Fase di assegnazione** degli obiettivi individuali e dei comportamenti attesi, da effettuarsi nel I quadrimestre dell’anno di valutazione, con avvio dal 15/04/2022 e scadenza al 30/06/2022;
- **Fase Intermedia** monitoraggio sugli obiettivi assegnati da effettuarsi nel periodo di settembre - ottobre con effettuazione di una valutazione intermedia qualora il valutato ne faccia richiesta o il valutatore rilevi delle criticità o scostamenti significativi. Anche in questa annualità al fine di non sovraccaricare le strutture, mantenere in linea i tempi di processo, questa fase è stata resa facoltativa;
- **Fase Finale** di Valutazione complessiva degli obiettivi/comportamenti attesi, da effettuarsi nel primo trimestre dell’anno successivo a quello di valutazione e quindi nel periodo dal 01/01/2023 al 31/03/2023 data quest’ultima di chiusura del Ciclo 2022. Al fine di mantenere congrui tempi di processo e non andare ad influenzare l’avvio del successivo ciclo del 2023, anche per questa annualità si è dato avvio alle valutazioni finali con decorrenza dal 01/12/2022.

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

7.2. Iter del processo di valutazione individuale

Attori Interessati

- a. Dipendenti a tempo determinato e indeterminato e in regime di comando per un totale di n. 10.479 aventi diritto distribuiti per ambito provinciale come riepilogato nello specchio affiancato.

AMBITO	COMPARTO	DIRIGENZA	TOTALE
AREZZO	3630	788	4418
GROSSETO	2701	672	3373
SIENA	2196	492	2688
TOTALE	8527	1952	10479

- 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 621 Valutatori.

C. Titolare di P.O. *“Coordinamento al 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 9,826 su 10.479 schede totali attese. Per coloro che, invece, non hanno maturato il requisito c.d. NV - Non Valutabili – per un totale di 652 su 10.479 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 2022 non è stata aperta, oppure chiusa a zero dal Valutatore, e la loro valutazione finale parificata alla risultanza conseguita dalla struttura di assegnazione.

Per tutti coloro, invece, per i quali è stata aperta e gestita la scheda di valutazione, nel momento in cui viene generata da parte del Valutatore il sistema di gestione informatizzato invia alla casella di posta elettronica aziendale del dipendente la seguente comunicazione: *“nella bacheca elettronica dell’angolo del dipendente è stata pubblicata la Sua scheda di valutazione anno 2022. 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 2022 sono state presentate n. 9 Richieste di *Riesame* della quali tre hanno comportato una rilettura della valutazione finale in incremento. Per tutte le altre 9.817 schede finali non essendo pervenuta documentazione integrativa, decorsi i 10 giorni dalla generazione della scheda finale questa è divenuta accettata. Infine, per questa annualità 2022 è stata presentata all’Ufficio Valutazione Aziendale una sola richiesta di *Verifica all’OIV*, presa in carico dall’Ufficio Valutazione aziendale e su cui l’OIV si è espresso in data 12/04/2023 ritenendole non ammissibili in quanto non sono stati rilevati elementi sufficienti ad avviare l’iter di loro competenza in quanto il percorso aziendale della Valutazione Individuale 2022 in tutte le sue fasi è stato applicato correttamente e svolto secondo regolamenti vigenti.

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

- **Individuazione ed assegnazione** avviata con comunicazione mail del 04/04/2022 a tutti i Valutatori e scadenza al 30/06/2022. Fase sottoposta a monitoraggio interno ed oggetto di rendicontazione al Controllo di Gestione per la verifica degli obiettivi trimestrali trasversali declinati nel Budget – adempimento ottemperato con comunicazione dei dati con mail del 12/07/2022;

- **Valutazione Intermedia** effettuata nel periodo di settembre – ottobre 2022, resa non obbligatoria e comunicato con mail del 08/09/2022, non soggetta a monitoraggio e rendicontazione;
- **Valutazione Finale** dal 01/12/2022 a 28/02/2023 comunicazione a tutti i Valutatori – mail del 01/12/2022. Tenuto conto poi dei 30 giorni massimo per gestire le eventuali richieste di rilettura al proprio Valutatore e di Riesame al Gerarchico Superiore del proprio valutatore, il ciclo si è completato e chiuso in via definitiva il 30/03/2023. Questa fase Finale è oggetto di monitoraggio e rendicontazione al Controllo di Gestione per verifica degli obiettivi trimestrali declinati nel Budget - adempimento ottemperato con comunicazione dei dati con mail del 24/03/2023.

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 sull’apposita sezione del Sito Web Aziendale [Amministrazione Trasparente/Performance/Piano della Performance](#) secondo tempistiche di legge.

Elementi della Valutazione

Sulla base dei Regolamenti vigenti, 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. Per l’assegnazione degli obiettivi individuali/comportamenti attesi si identificano nella scheda due sezioni distinte:

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

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

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

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

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

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

7.3. Risultati della valutazione

Misurazione e Valutazioni in corso