



RELAZIONE ALLA PERFORMANCE 2021

Giugno 2022
con aggiornamento Ottobre 2022

2.	L'azienda in cifre	2
3.	La gestione dell'emergenza Covid	11
4.	Pari opportunità e bilancio di genere	13
5.	Articolazione organizzativa	14
6.	La performance aziendale.....	16
6.1.	ANALISI DEL RISULTATI AZIENDA USL TOSCANA SUD EST ANNO 2021	17
6.2.	I RISULTATI DEI BERSAGLI DEGLI STABILIMENTI	20
6.3.	I RISULTATI DEI BERSAGLI DELLE ZONE DISTRETTO	21
6.4.	RISORSE EFFICIENZA ED ECONOMICITÀ	21
7.	Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture.....	22
7.1.	L'ALBERO DELLE PERFORMANCE	22
7.2.	LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA 2021: DAGLI INDIRIZZI REGIONALI E DI AREA VASTA AGLI OBIETTIVI OPERATIVI AZIENDALI.....	22
7.3.	INTEGRAZIONE CON IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	30
7.4.	IL PROCESSO DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DI STRUTTURA	31
7.5.	LA PERFORMANCE DI STRUTTURA – RISULTATI RAGGIUNTI NELL' AZIENDA TOSCANA SUD EST	32
8.	Obiettivi Individuali	32
8.1.	LA PERFORMANCE INDIVIDUALE.....	32
8.2.	ITER DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE INDIVIDUALE	33
8.3.	RISULTATI DELLA VALUTAZIONE	36
9.	Allegati.....	37

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.

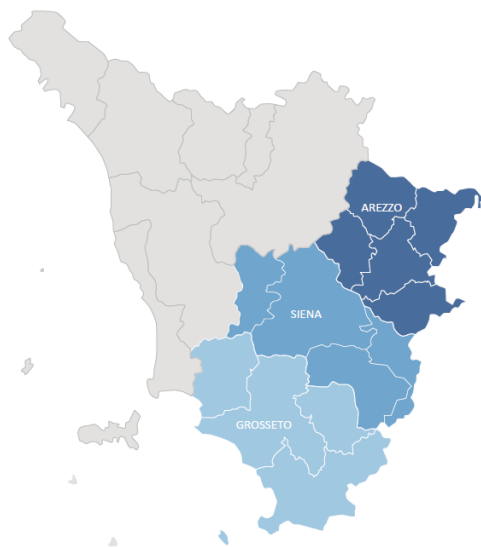
Trattasi di uno strumento di “trasparenza” dell’ente nei confronti dei portatori di interesse a tutti i livelli istituzionali, in grado di esplicitare le strategie aziendali, gli obiettivi del sistema e la capacità di raggiungere i traguardi prefissati, evidenziando punti di forza e punti di criticità 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 UsL Toscana Sud Est è nata a partire dal 01/01/2016 dalla fusione di 3 Asl della Toscana, ovvero quelle di Arezzo, Siena e Grosseto, come previsto dalla Legge Regionale n 84 del 28 dicembre 2015 “*Riordino dell’assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40 /2005*”.



Il vasto territorio aziendale è suddiviso in **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

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 01/01/2022** (sebbene ancora provvisori) confermano per la AUSL Toscana Sud Est, per il decimo anno consecutivo, un saldo totale (misura che tiene conto di tutti i movimenti in entrata, nascite ed immigrazioni, e in uscita, decessi ed emigrazioni) di segno negativo (-4,5 per 1.000 residenti) che determina una progressiva diminuzione del numero di residenti che al 01/01/2022 ammontano a **813.669** unità (dal 2013 è come se nella AUSL Toscana sud est, nonostante i movimenti migratori si fosse completamente popolato un comune di 31.260 abitanti).

Popolazione ISTAT post-censuaria al 01/01/2022- Fonte ISTAT – dati provvisori

Zone	Maschi	Femmine	Totale
Provincia di Siena	126.617	135.429	262.046
Alta Val d'Elsa	30.607	31.890	62.497
Zona Amiata senese e Val d'Orcia- Valdichiana senese	36.188	38.722	74.910
Senese	59.822	64.817	124.639
Provincia di Arezzo	163.524	171.110	334.634
Casentino	16.732	16.907	33.639
Val Tiberina	14.161	14.730	28.891
Val di Chiana Aretina	24.447	25.788	50.235
Aretina	61.913	65.759	127.672
Valdarno	46.271	47.926	94.197
Provincia di Grosseto	105.318	111.671	216.989
Colline dell'Albegna	23.541	25.154	48.695
Amiata Grossetana - Colline Metallifere - Grossetana	81.777	86.517	168.294
Azienda USL Toscana sud est	395.459	418.210	813.669

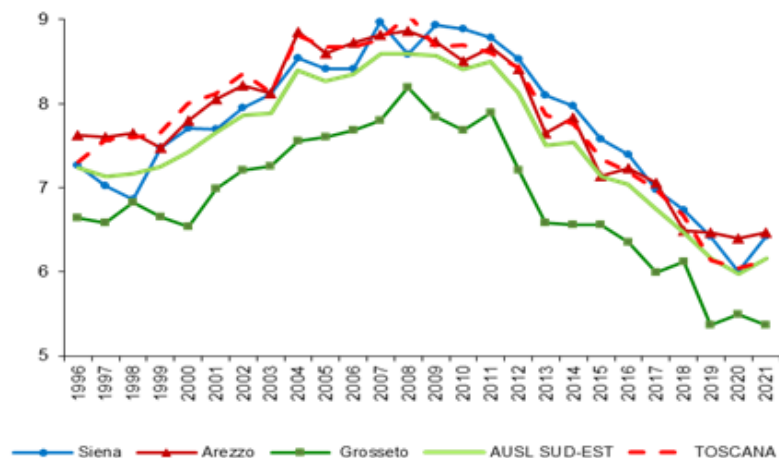
La AUSL Toscana sud est è caratterizzata da un territorio molto vasto (la cui superficie in Km² è pari a circa il 50% dell'intera superficie regionale) caratterizzato da aree scarsamente abitate e frazionato in 99 comuni molti dei quali di dimensioni molto ridotte: ben 52 comuni contano meno di 5000 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 l'Amiata Grossetana, l'Amiata Senese e Val d'Orcia, la Valdichiana senese, le Colline Metallifere, le Colline dell'Albegna e la Val Tiberina.

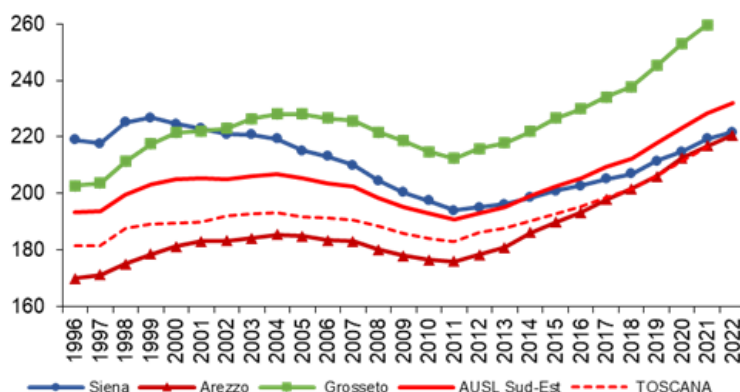
Molto marcato in questa AUSL, come nel resto della regione, a partire dal 2008, è stato anche il calo della natalità (figura1) legato agli effetti della crisi economica ed alla riduzione del numero di donne in età fertile; nel 2021 il tasso di natalità si mantiene molto basso (6,2 nati per 1.000 abitanti); valori particolarmente bassi si osservano nelle zone della provincia grossetana dove si scende a 5,4 nati per 1.000 abitanti.

Figura 1- Trend tasso di natalità (nati/pop. totale per 1.000) per residenza. Anni 1996-2021



Quote sempre maggiori di anziani e contrazione delle nascite, ormai continua negli ultimi 10 anni, 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 1997-2022



Nella AUSL Toscana sud est il crollo della natalità sarebbe stato ben più drammatico senza il contributo della popolazione migrante: al 01/01/2022 i residenti di cittadinanza estera sono il 10,5% della popolazione, dato per il terzo anno consecutivo in diminuzione (-1,3%) rispetto all'anno precedente.

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, negli ultimi due anni a causa della pandemia da Covid-19; nella AUSL Toscana sud est tale diminuzione si è concentrata maggiormente nelle province di Siena e Arezzo, motivo per cui rispetto agli anni precedenti si sono ulteriormente ridotte le differenze che ponevano Grosseto in posizione svantaggiata.

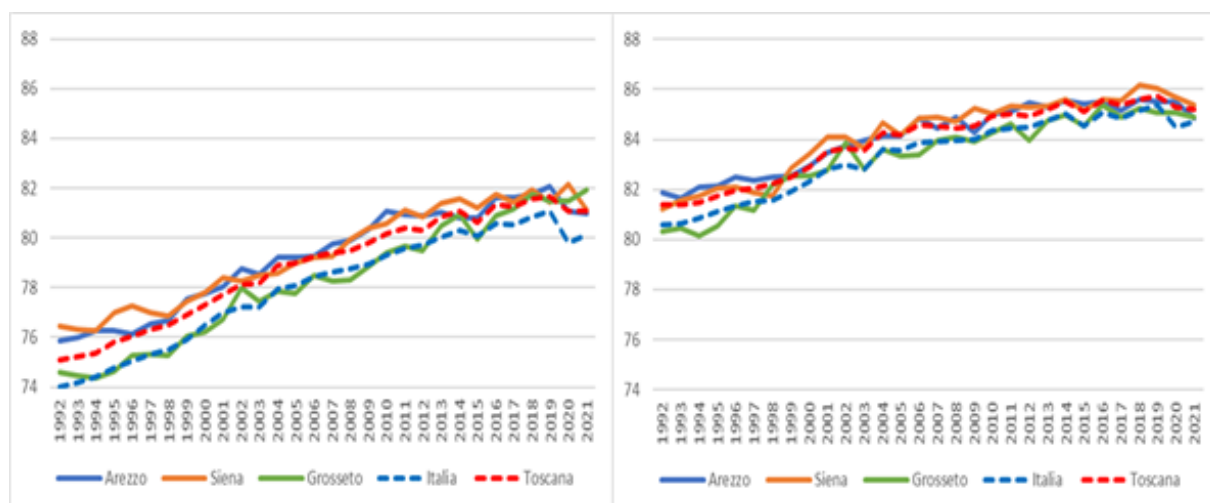
Tuttavia, gli abitanti della provincia di Grosseto soffrono ancora, in generale, di uno stato di salute meno buono e, anche se negli ultimi anni il *gap* si sta lentamente appianando, restano delle importanti differenze con le altre province dell'AUSL, ma anche con la Toscana. Da segnalare, per esempio, il dato della mortalità generale, prematura, della mortalità per tumori e 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, come quella che riguarda la mortalità generale e prematura particolarmente elevate nelle Colline Metallifere e nell'Amiata senese e Val d'Orcia, o per malattie dell'apparato digerente dell'Amiata, sia senese che Grossetana. La zona delle Colline Metallifere è la peggiore per tutta una serie di altri indicatori di mortalità, per cui meriterebbe un'attenzione particolare.

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. Sempre con le stese premesse è da considerare il dato della provincia di Siena che vede un tasso, anche se grezzo, nettamente superiore a quello toscano ma anche a quello aziendale di malformazioni congenite diagnosticate in nati vivi o in IVG.

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



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

Posti letto per Ospedale – dati 2021

I posti letto dell'Azienda, al netto delle variazioni dovute all'emergenza Covid-19 sono stati

Stabilimento	PL ordinari + dh (incluso nido)
Osp. Bibbiena	59
Osp. Sansepolcro	55
Osp. Arezzo	416
Osp. Montevarchi	163
Osp. Cortona	73
PROV. AREZZO	766
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)	1.706

(fonte Modello Ministeriale HSP12 01.01.2022)

Il Tasso di Occupazione dei ricoveri ordinari è stato del 69% superiore a quello registrato nell'anno 2020 (62%)

Ospedale	PL Effettivi Ordinari	% Tasso di Occupazione Ordinaria
Osp. Abbadia S. Salvatore	12,5	90,3%
Osp. Arezzo	376	77,7%
Osp. Bibbiena	54	64,2%
Osp. Casteldelpiano	31	60,1%
Osp. Cortona	36	40,6%
Osp. Grosseto	381	63,7%
Osp. Massa M.ma	52	60,1%
Osp. Montepulciano	128	83,2%
Osp. Montevarchi	144	73,4%
Osp. Orbetello	47	74,1%
Osp. Pitigliano	18	44,3%
Osp. Poggibonsi	117	74,7%
Osp. Sansepolcro	45	50,2%
Spdc C/O A.O. Senese	8	-

Nell'Area di competenza della Ausl sono presenti anche **3** Case di Cura Private accreditate e convenzionate per un totale di 263 ppil, più una struttura sede di un centro riabilitativo in partnership con 60 ppil (*fonte HSP12 e 13-2022*)

Attività di Ricovero per Ospedale

		2019			2020			2021		
PO	STABILIMENTO OSPEDALIERO	Totale dimessi (ord+dh)	Ricoveri Ordinari	Degenza Media Ordinaria	Totale dimessi (ord+dh)	Ricoveri Ordinari	Degenza Media Ordinaria	Totale dimessi (ord+dh)	Ricoveri Ordinari	Degenza Media Ordinaria
Po Amiata Senese, Vald'Orcia E Valdichiana Senese	Osp. Abbadia SS	1.064	699	8,5	643	428	11,0	620	344	9,4
	Osp. Montepulciano	6.710	5.526	6,6	5.604	4.715	6,6	6.006	5.057	7,0
Po Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	7.188	5.285	6,6	5.691	4.337	6,5	6.128	4.791	6,5
Po Dell'Aretino, Casentino, Valtiberina E Valdichiana Aretina	Osp. Bibbiena	2.684	2.178	7,0	2.187	1.700	6,6	2.493	1.888	6,4
	Osp. Sansepolcro	2.033	1.253	6,7	1.579	1.043	7,0	1.904	1.186	7,0
	Osp. Arezzo	21.482	17.506	6,2	17.890	14.966	6,2	19.756	16.635	6,1
	Osp. Cortona	2.155	1.714	6,4	1.466	1.137	6,7	842	681	7,7
Po Valdarno	Osp. Montevarchi	8.139	6.525	6,4	6.703	5.599	6,5	7.335	6.053	6,3
Po Colline Dell'Albegna	Osp. Orbetello	2.578	1.953	6,3	2.160	1.731	6,6	2.569	1.932	6,6
	Osp. Pitigliano	476	462	5,7	281	276	5,8	235	235	6,8
Po Area Grossetana, Colline Metallifere Ed Amiata Grossetana	Osp. Massa Marittima	2.673	2.195	6,0	2.224	1.781	5,7	2.617	2.093	5,4
	Osp. Casteldelpiano	618	592	10,7	505	495	11,0	519	515	11,3
	Osp. Grosseto	16.967	14.203	6,6	13.590	11.561	7,2	14.507	12.796	6,9
	Spdc C/O A.O. Senese	243	243	9,1	201	201	10,7	222	222	10,3
Totale		75.010	60.334	6,5	60.724	49.970	6,7	65.753	54.428	6,6

Fonte DWH-SDO

L'attività di ricovero nell'anno 2021, pur non essendo tornata ai livelli del 2019, periodo pre-Covid, ha avuto un incremento di oltre l'8% rispetto a quella dell'anno 2020.

Interventi chirurgici (compreso ambulatoriali) per Ospedale:

Presidio	stabilimento	2019	2020	2021
	Osp. Cortona	2.276	1.952	1.300
	Osp. Bibbiena	1.982	1.845	1.944
	Osp. Sansepolcro	1.615	1.517	1.559
	Osp. Arezzo	14.735	8.629	11.576
PO dell'Aretino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina		20.608	13.943	16.379
PO Valdarno	Osp. Montevarchi	6.466	4.989	6.070
PO dell'Alta Val d'Elsa	Osp. Poggibonsi	3.643	2.906	3.934
	Osp. Abbadia SS	1.127	809	1073
	Osp. Montepulciano	3.399	2.644	3.574
PO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese		4.526	3.453	4.647
	Osp. Orbetello	2.482	2.235	2.844
	Osp. Pitigliano	209	108	193
PO delle Colline dell'Albegna,		2.691	2.343	3.037
	Osp. Casteldelpiano	99	46	197
	Osp. Grosseto	13.638	9.390	13.269
	Osp. Massa Marittima	2.125	1.836	2.615
PO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana		15.862	11.272	16.081
Totale complessivo		53.796	38.906	50.148

Fonte Registro Operatorio Ormaweb

L'attività chirurgica complessiva è aumentata del 28% rispetto all'anno 2020 pur essendo ancora inferiore a quella erogata nell'anno 2019.

Accessi di Pronto Soccorso per Ospedale

Presidio Ospedaliero	Stabilimento	2019	2020	2021
	Osp. Arezzo	76.837	47.644	52.505
	Osp. Bibbiena	15.123	10.106	11.480
	Osp. Cortona	13.154	9.010	9.543
	Osp. Sansepolcro	14.265	9.169	10.003
PO dell'Aretino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina		119.379	75.929	83.531
PO Valdarno	Osp. Montevarchi	37.552	25.473	31.988
PO Val D'Elsa	Osp. Poggibonsi	30.688	20.928	23.879
	Osp. Abbadia SS	6.575	4.621	4.788
	Osp. Montepulciano	26.977	17.546	20.514
PO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese		33.552	22.167	25.302
	Osp. Orbetello	24.935	15.321	16.068
	Osp. Pitigliano	5.816	3.956	4.562
PO delle Colline dell'Albegna		30.751	19.277	20.630
	Osp. Casteldelpiano	8.284	5.807	6.371
	Osp. Grosseto	71.930	48.449	58.399
	Osp. Massa Marittima	14.955	10.916	12.478
PO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana		95.169	65.172	77.248
Totale complessivo		347.091	228.946	262.578

Fonte DWH-PS

Anche negli accessi di Pronto Soccorso si rileva un incremento rispetto all'anno 2020 (+15%), rimanendo ben lontani dai numeri dell'anno pre Covid.

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

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

	2019	2020	2021
Provincia Arezzo	5.360.345	4.441.042	5.807.997
Provincia di Grosseto	2.825.706	2.288.637	2.828.518
Provincia Siena	2.975.598	2.634.240	3.331.014
Totale Complessivo	11.161.649	9.363.919	11.967.529

Fonte: DWH flusso SPA

Come emerge dalle tabelle sopra riportate, nell'anno 2021 abbiamo registrato una evidente recupero delle prestazioni sanitarie erogate rispetto all'anno precedente, periodo nel quale l'Azienda aveva dovuto ridurre molte offerte di attività sanitarie programmate per far fronte all'emergenza sanitaria scaturita dal virus Covid-19.

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** (divenuta dal 2020 centrale Covid) e **13 ACOT** - Agenzia per la continuità Ospedale Territorio, per garantire una funzionante rete fra ospedale e territorio in aiuto ai cittadini. Tale rete si avvaleva di **169 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.

In ottemperanza all'Articolo 8 del Decreto-Legge 9 Marzo 2020 n.14, in merito all'istituzione delle **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.)**, volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19 nell'ambito dell'assistenza territoriale, anche l'Azienda ASL Toscana Sud Est ha istituite le USCA in tutte le Zone Distretto; si tratta di team di medici e infermieri che si occupano di seguire i pazienti Covid nei propri domicili ma anche negli alberghi sanitari, nei posti letto di cure intermedie e presso le RSA.

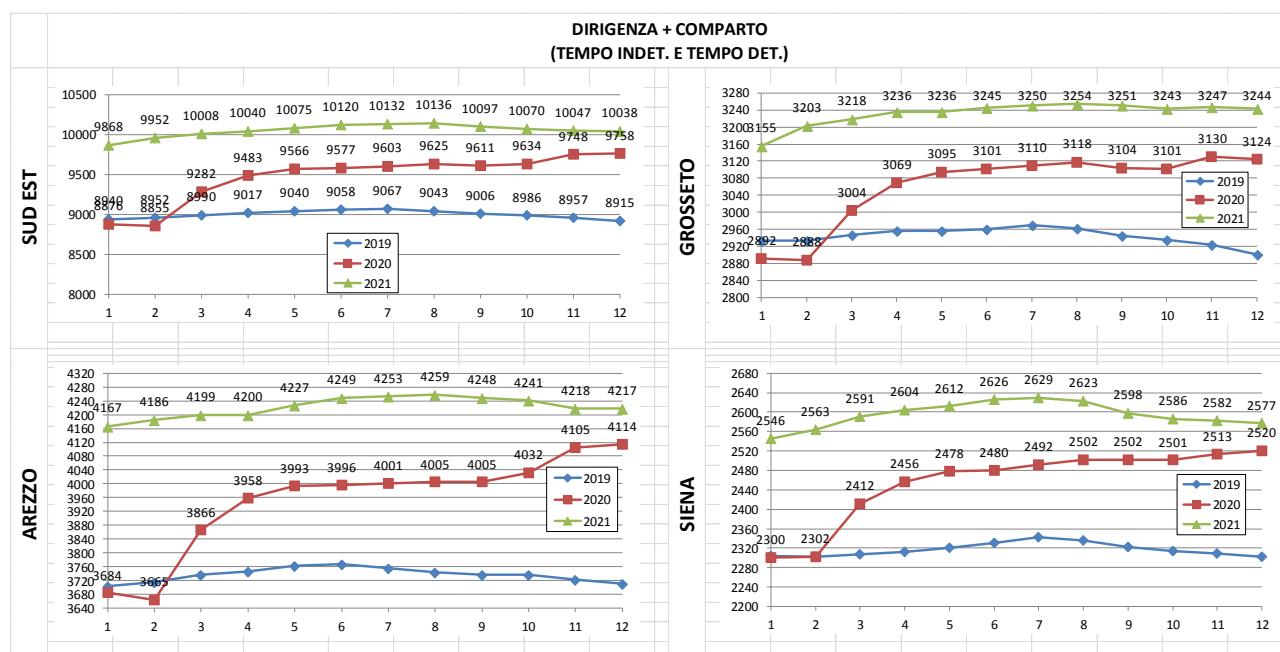
Nelle Zone Distretto sono garantiti inoltre tutti i servizi Consultoriali, per la Salute Mentale Adulti e Infanzia nonché per i problemi legati alle Dipendenze.



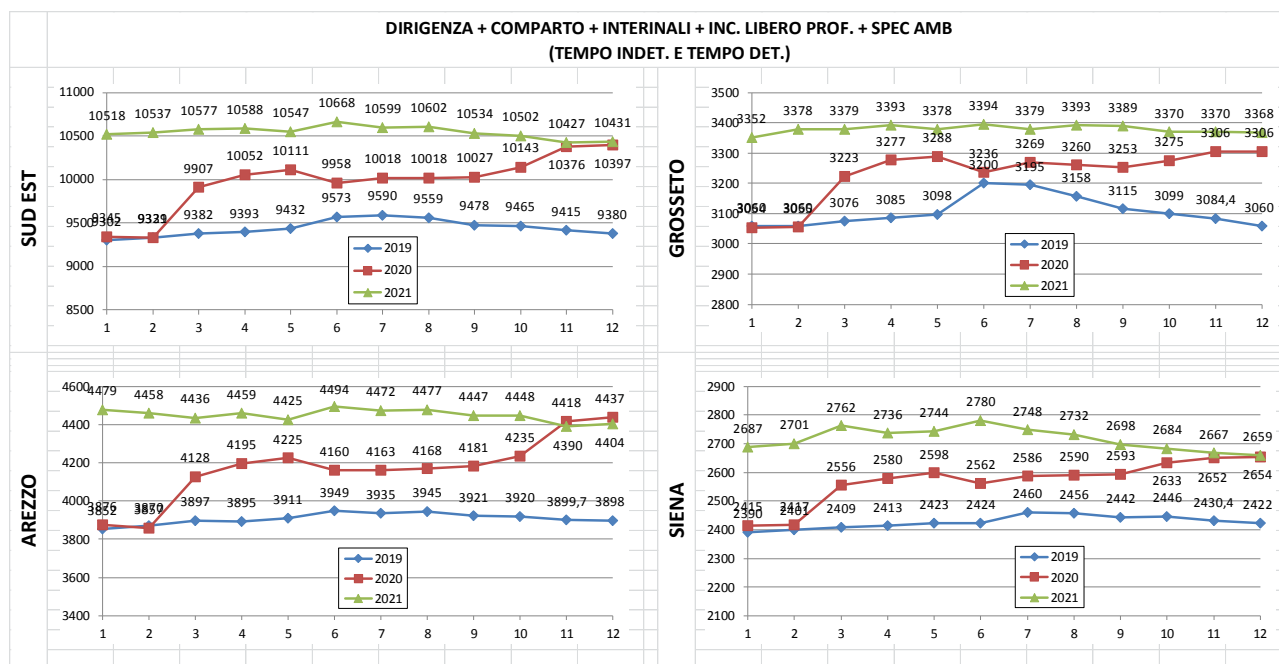
I SETTING ORGANIZZATIVI FRUIBILI DAI TEAM

10	Distretti Zona/Società della Salute
13	Stabilimenti Ospedalieri accorpati in 6 Presidi
31	Aft
605	Mmg
97	Pls
24	Case della Salute
40	pl Mo.di.ca
169	pl Ospedale di Comunità
29	pl Hospice
117	pl Riab ex art.26
90	Rsa
2453	titoli di acquisto MODULO BASE
12	moduli MOTORIO
106	moduli COGNITIVO
23	moduli STATO VEGETATIVO

La consistenza del **personale dipendente** dell'Azienda UsI Sud Est, al 31 dicembre 2021 era 10.038 così ripartito per provincia:



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 10.431 unità.



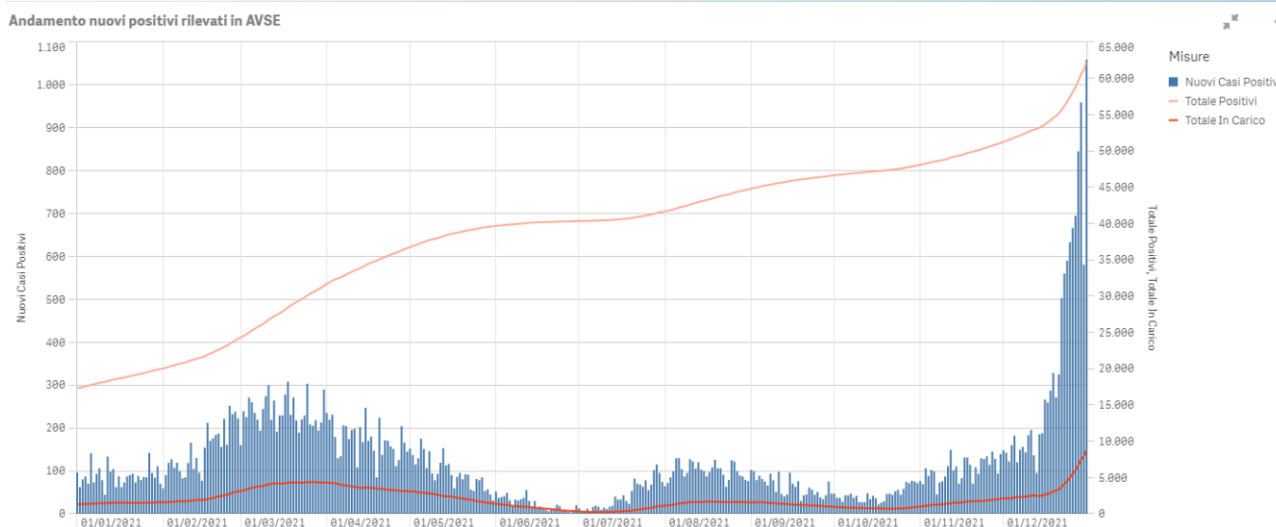
Rispetto al 2019 si nota un incremento di personale legato al potenziamento che è stato necessario per far fronte all'emergenza relativa alla pandemia Covid-19.

Oltre al personale sopra descritto nel 2021, hanno operato nell'Azienda oltre 700 medici fra Medicina Generale e Pediatri di libera scelta.

3. La gestione dell'emergenza Covid

In questa relazione ci sembra opportuno aggiungere un apposito capitolo relativo alla gestione dell'emergenza sanitaria mondiale scaturita per il virus COVID-19 che nel 2021 ha visto l'Azienda Sanitaria impegnata a contrastarla e contestualmente garantire tutti gli altri servizi sanitari

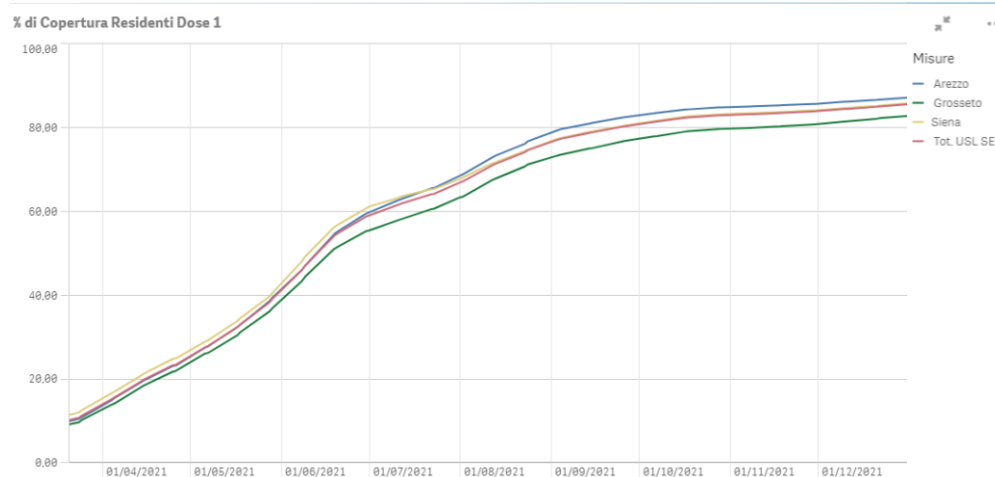
Il grafico sotto riportato mostra l'andamento dei contagi nel nostro territorio nel 2021.



Mentre la tabella seguente mostra i principali numeri relativi alla gestione del Covid.

dal 01/01/2021 al 31/12/2021	Valore
Tamponi Effettuati nel periodo	923.175
Tamponi x 1000 abitanti	999,85
Tamponi Medi Giornalieri	2.529
% Tamponi Positivi (molecolari+antigenici)	5,19%
Test Rapidi Effettuati nel periodo	1.034.092
Test Rapidi x 1000 abitanti	1.220,47
Test Rapidi Medi Giornalieri	2.833
% Nuovi Tamponi Positivi/Tamponi Prime diagnosi e Antigenici	3,5%
Casi	44.999
Età Media Casi	42
Casi x 1000 abitanti	56,42
Casi over 80	2.844
Guariti	36.289
% Guariti	97,22%
Deceduti	748
Letalità	1,66
Età Media Deceduti	83
Personale ASL Contagiato	493
Casi POSITIVI in RSA	563
Numero Contatti	171.339
Contatti medi per Caso	3,81
Casi in carico al: 31/12/2021	8.737
% Ancora in carico su Totale Casi	19,42%

Nel 2021, una delle principali attività nella lotta al Covid è stata sicuramente la campagna vaccinale. Nel grafico seguente si può vedere l'andamento della copertura vaccinale con almeno una dose nelle tre province della nostra Azienda.



La tabella seguente riporta il numero di ricoveri COVID confrontando dicembre 2020 con dicembre 2021. Dalla tabella si può notare come nel 2021 ci siano stati meno ricoveri sicuramente frutto anche della campagna vaccinale.

www.uslsudest.toscana.it
#salutetoscanasudest

Andamento COVID Dicembre 2020 vs 2021
RICOVERI

	dicembre 2020			dicembre 2021		
	AR	GR	SI	AR	GR	SI
C.I.	72	54	32	47	66	20
N.I.	246	112	0	69	119	0
T.I.	45	28	4	9	17	0
TOT	363	194	36	125	202	20
	593			347		

4. Pari opportunità e bilancio di genere

Il protrarsi della pandemia da SARS CoV2 anche nel 2021 ha continuato ad incidere nella vita lavorativa del personale delle aziende sanitarie e sulla organizzazione del lavoro, sono state pertanto necessarie profonde modifiche, al fine di poter garantire l'assistenza, la salvaguardia della salute e la sicurezza degli utenti e del personale, sottoponendo tutto il sistema ad uno sforzo straordinario per contrastare l'epidemia.

Il CUG ha svolto la sua attività sia attraverso riunioni collegiali periodiche, sia attraverso gruppi tematici.

I gruppi tematici attivi:

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

Particolare attenzione è stata data all'analisi del benessere del personale in particolar modo allo Stress lavoro Correlato (SLC). Dalle informazioni raccolte presso il Servizio Prevenzione e Protezione (SPP) e il servizio di sorveglianza sanitaria (medico competente), nel 2021 è continuato il percorso per l'aggiornamento del DVR nella parte relativa allo SLC, così come previsto dalle Linee guida nazionali. E' iniziato nelle aree individuate come critiche, quali i Pronti Soccorso anche a seguito del monitoraggio di alcuni eventi sentinella, valutando il rischio e i suoi determinanti e proponendo gli opportuni interventi correttivi.

Per prevenire le situazioni di disagio lavorativo in azienda sono stati mantenuti degli "sportelli di ascolto" con personale dedicato (psicologi/he) che oltre a prendere in carico i soggetti che si sono rivolti agli sportelli, operano, insieme ai medici competenti, nella gestione dei casi per l'individuazione di soluzioni attraverso l'utilizzo di diversi strumenti:

- Assistenza diretta e presa in carico della persona
- Focus groups
- Riunioni con i gruppi di lavoro
- Incontri
- Adozione di piani personalizzati di lavoro.

Sono stati infine elaborati i dati raccolti da tale lavoro ed è emerso:

- un forte incremento delle richieste: per un totale utenti n°217;
- la componente che si è rivolta agli sportelli è prevalentemente di genere femminile 85%;
- proviene equamente da strutture sia territoriali che ospedaliere senza una prevalenza di ambito lavorativo (ospedale/territorio; lavoro a turni ecc.);

- si rivolgono agli sportelli su invio dei Medici competenti, del CUG o spontaneamente e/o inviati da altre figure;

Sono stati inoltre raccolti i dati relativi alle aggressioni al personale, anche esse sono in prevalenza presentate da lavoratrici (87% delle segnalazioni). Il numero nel 2021 è notevolmente aumentato n.98 (+72 rispetto al 2020) avendo fortemente risentito dalla ripresa degli accessi alle strutture.

Nel corso del 2021 gli "sportelli di ascolto" hanno implementato ed esteso le loro azioni con specifici progetti rivolti a personale, anche per affrontare l'importante impatto psicologico che il COVID ha avuto sulla vita delle persone.

Di seguito si riportano i dati, per ruolo professionale, della Dotazione Organica al 31/12 2020 vs 2021, suddivisi per sesso:

Ruolo	2020			2021		
	F	M	Tot	F	M	Tot
101 – DIRIGENZA SANITARIA MEDICA	837	706	1.543	898	717	1.615
102 – DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	111	38	149	125	42	167
103 – SANITARIO COMPARTO	4.165	1.256	5.421	4.206	1.276	5.482
202 – DIRIGENZA PROFESSIONALE	2	15	17	3	18	21
203 – COMPARTO PROFESSIONALE		5	5		4	4
302 – DIRIGENZA TECNICA	4	2	6	4	3	7
303 – TECNICO COMPARTO	1.359	426	1.785	1.414	441	1.855
402 – DIRIGENZA AMMINISTRATIVO	14	14	28	14	14	28
403 – COMPARTO AMMINISTRATIVO	619	240	859	645	255	900
440 – INCARICO DIRETTORE	1	2	3		2	2
Totale	7.112	2.704	9.816	7.309	2.772	10.081

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

Lo "Studio/ricerca sul bilancio di genere per la dirigenza medica e sanitaria del SSR" promosso da ANAAO Toscana in collaborazione con il Laboratorio di Management sanitario-MeS, della Scuola Sant'Anna di Pisa, a cui il CUG ha dato il suo contributo, è stato concluso e i risultati sono stati resi pubblici in una iniziativa a cui sono state invitate tutte le aziende sanitarie e ospedaliere, che si è tenuta a marzo 2021.

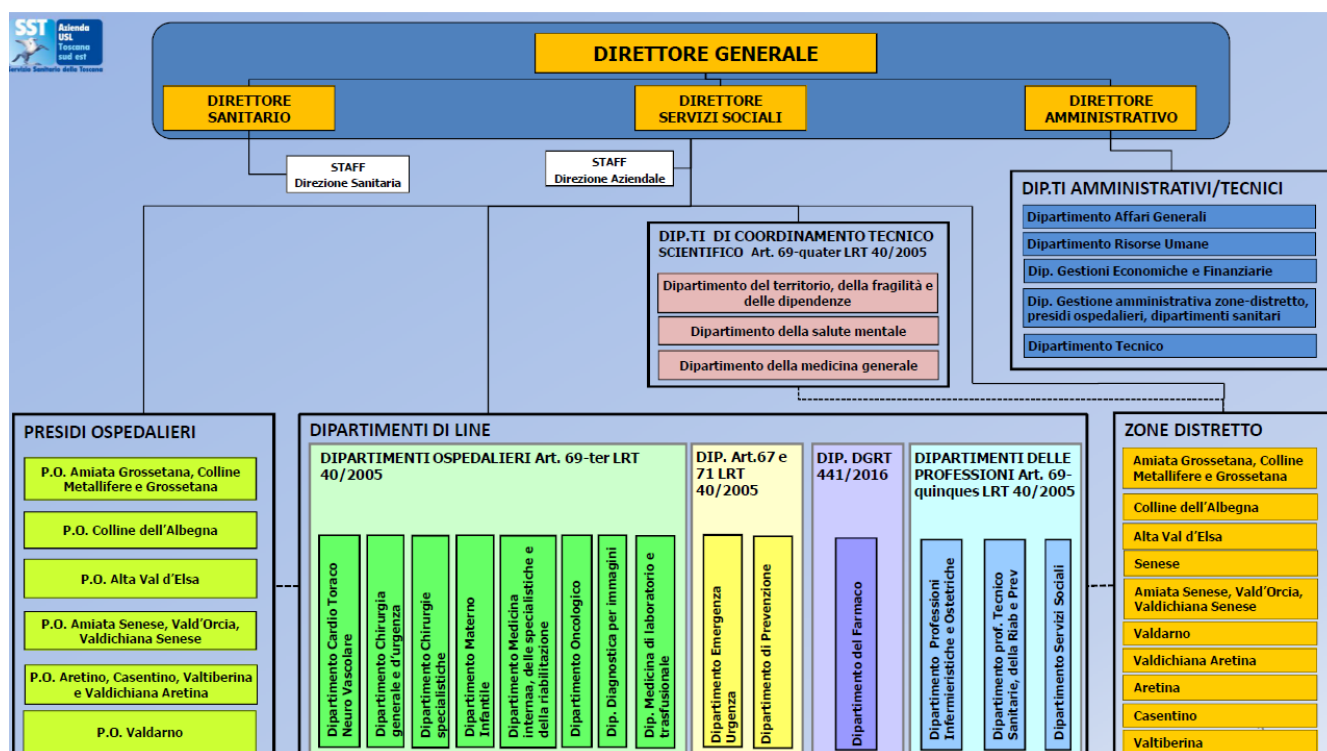
Il lavoro di ricerca ha evidenziato numerose criticità della vita lavorativa delle donne della dirigenza medica e non delle aziende della regione, confermando alcuni dati (diverse opportunità di carriera e fruizione dei permessi 104 e maternità), verificati anche della ns. azienda.

5. 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

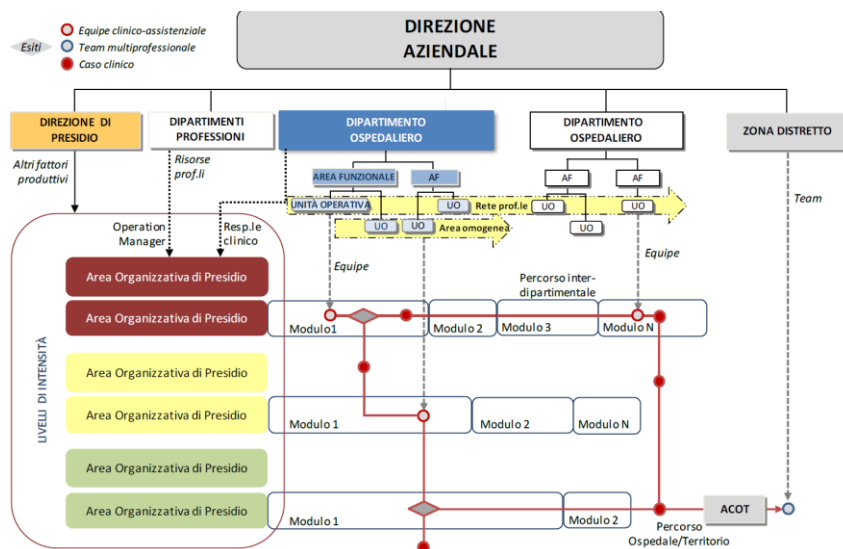


Le strutture organizzative funzionali sono l'insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività, sono strutture multi professionali che aggregano il personale secondo criteri orientati alla produzione di servizi:

- 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^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, coordinata e razionale delle risorse. Anche queste strutture organizzative sono gestionali e quindi titolari di scheda budget.



Complessivamente in Azienda nell'anno 2021 ci sono **561 Centri di Responsabilità** ai quali sono stati assegnati i relativi obiettivi mediante scheda budget.

6. La performance aziendale

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

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

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

Indicatore	anno 2021
B6B Sistema trasfusionale	3,176
B7 Copertura vaccinale	3,115
B7R - Vaccinazioni Covid-19	3,493
C10 Soglie chir.oncologica-Performance Tratt. Oncologici	3,459
C10D Rispetto Tempi Max Attesa chir. oncologica	2,532
C11A Assistenza cronicità	2,824
C13 Appropri. diagnostica	1,573
C15 Salute mentale	2,454
C16 Emergenza-urgenza	3,337
C16C Sistema 118	2
C17 Riabilitazione	4,751
C2 Efficienza attività di ricovero	3,092
C21 Aderenza farmaceutica	3,249
C22 Terapie intensive	3,297
C28 Cure palliative	2,939
C5 Qualità di processo	2,812
C5E Ricoveri ripetuti	3,391
C7B Materno-Infantile assistenza al parto	2,757
C7C Materno-Infantile assistenza territoriale	2,418
C9 Appropriat.Farmaceutica	2,397
D17 Valutazione utenti Materno Infantile	2,036
D18A Dimissioni volontarie	2,963
D19 Osservatorio PREMs	2,671
D20 Osservatorio PROMs	2,33
D20B Estensione/adesione PREMS	3,168
E2 % Assenza	3,593
F12A Efficienza. prescr. farmac.	3,955
F15 Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	4,43
F17 Costo sanitario	1,822
RESILIENZA - Appropriat. farmaceutica	2,435
RESILIENZA - Materno-Infantile assistenza al parto	3,934
RESILIENZA - Oncologia	4,356
RESILIENZA - Reti tempo dipendenti	3,286

Indicatore	anno 2021
RESILIENZA - RSA	3,334
RESILIENZA - Screening oncologici	1,549
RESILIENZA - Telemedicina	2,898
RESILIENZA - Visite e Follow-up	3,441

(fonte Mes estrazione 14/10/2022)

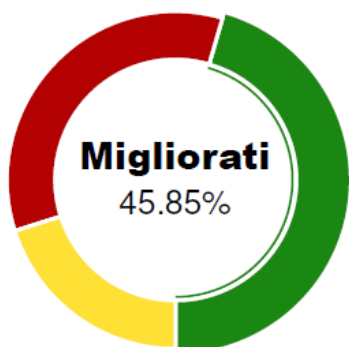
La valutazione media degli indicatori compositi di sintesi del Bersaglio è stata 3,03 superiore a quelle dell'anno 2020 (2,97).

In sintesi:

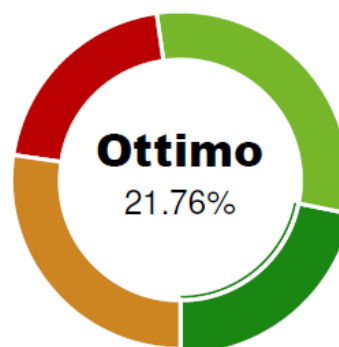
valutazione	Anno 2019 (44 indicatori di sintesi)	Anno 2020 (52 indicatori di sintesi)	Anno 2021 (49 indicatori di sintesi)
ottima	7%	17%	8%
buona	45%	29%	47%
media	39%	46%	37%
scarsa	5%	8%	8%
molto scarsa	5%	0%	0%

Dalla seguente torta della variabilità dell'anno 2021, che combina l'andamento temporale del valore degli indicatori con la loro variabilità in azienda, si evince che gli indicatori migliorati sono stati ad oggi, 116 (45,85%) quelli peggiorati 87 (34,39%) e quelli stabili 50 (19,76%).

Capacità di miglioramento



Gestione della variabilità



Migliorati (Delta >= +1%)		Peggiorati (Delta <= -1%)		Stabili (-1% < Delta < +1%)		Ottimo		Buona strada		Attenzione		Criticità	
116	45.85%	87	34.39%	50	19.76%	42	21.76%	59	30.57%	53	27.46%	39	20.21%

(Fonte Mes estrazione 21-10-2022)

Il 21,76% degli indicatori hanno avuto una variabilità Ottima cioè performance migliorata e variabilità ridotta (verde scuro). È la situazione ideale, perché il miglioramento è stato ottenuto riuscendo anche a ridurre le differenze fra zone-distretto o stabilimenti. Per il 30,57% siamo sulla buona strada la performance è migliorata ma la variabilità aumentata (verde), ancora nel 27,46% dobbiamo fare attenzione perché la performance è peggiorata e la variabilità aumentata (arancione). Nel 20,21% gli indicatori sono critici con Performance peggiorata e variabilità ridotta (rosso).

E' soprattutto agli indicatori la cui performance è peggiorata e tale peggioramento li ha portati ad avere una valutazione inferiore al 3 che l'Azienda pone particolare attenzione per mettere in atto azioni di miglioramento. In particolare dal migliorare la percentuale di fratture collo del femore operate entro 2 giorni, così come la percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche, Il ricorso ai tagli cesarei, la percentuale di donatori di tessuti, le cure palliative, l'attività fisica adattata, l'aderenza a particolari trattamenti farmacologici nonché alcuni indicatori relativi all'emergenza.

Da mettere in evidenza comunque le buone performance che si sono registrate nell'anno 2021 nel:

- rispetto dei tempi di attesa delle prestazioni specialistiche previste da Piano Regionale Governo Liste di Attesa (PRGLA)
- Resilienza Oncologica intesa come mantenimento dei volumi di attività chirurgica per tumore
- Resilienza Attività ambulatoriale di Prime Visite specialistiche e di specifiche visite di controllo anche tramite il ricorso alla tele visita.
- Assistenza sanitaria e socio-sanitaria nei setting domiciliari e residenziali, con particolare riferimento agli anziani
- Appropriatezza e efficienza dei percorsi riabilitativi in regime di ricovero
- Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL
- Sanità digitale, la gestione dell'emergenza pandemica ha accresciuto l'attenzione sulle potenzialità della sanità digitale, migliora la quota di ricette dematerializzate di prescrizioni farmaceutiche e specialistiche nonché l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico
- Comunicazione e partecipazione del cittadino

Risultati questi che assumono ancora maggior valore se inseriti nel contesto pandemico che ha visto la ripresa delle normalità attività con il persistere delle problematiche legate al Covid e alla consistente compagna vaccinale messa in atto.

6.2. I risultati dei Bersagli degli Stabilimenti

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

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

6.3. I risultati dei Bersagli delle Zone Distretto

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

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

6.4. 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 visti anche i maggiori costi sostenuti nell'anno per poter far fronte alla pandemia relativa al Covid-19 e contestualmente garantire tutti gli altri servizi sanitari.

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 2020	Anno 2021
Spesa farmaceutica ospedaliera	167.557.598 (di cui Covid 2.061.413)	168.117.042 (di cui Covid 1.181.899)
Spesa per dispositivi medici	76.409.897 (di cui Covid 9.000.000)	76.399.154 (di cui Covid 8.653.976)
Spesa farmaceutica Territoriale	100.583.305	104.053.239

Come evidenziato, i maggiori costi sono legati alla pandemia e si sono registrati soprattutto nei dispositivi nel capitolo di spesa "diagnostici di laboratorio" per tutta l'attività di esecuzione tamponi e test sierologici (attività di screening e tracciamento).

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, Specialisti ambulatoriali, interinali, incarichi, collaborazioni, etc.):

	2020	2021
Costo personale	535.778.308 (di cui Covid 35.975.647)	556.013.115 (di cui Covid 42.666.355)

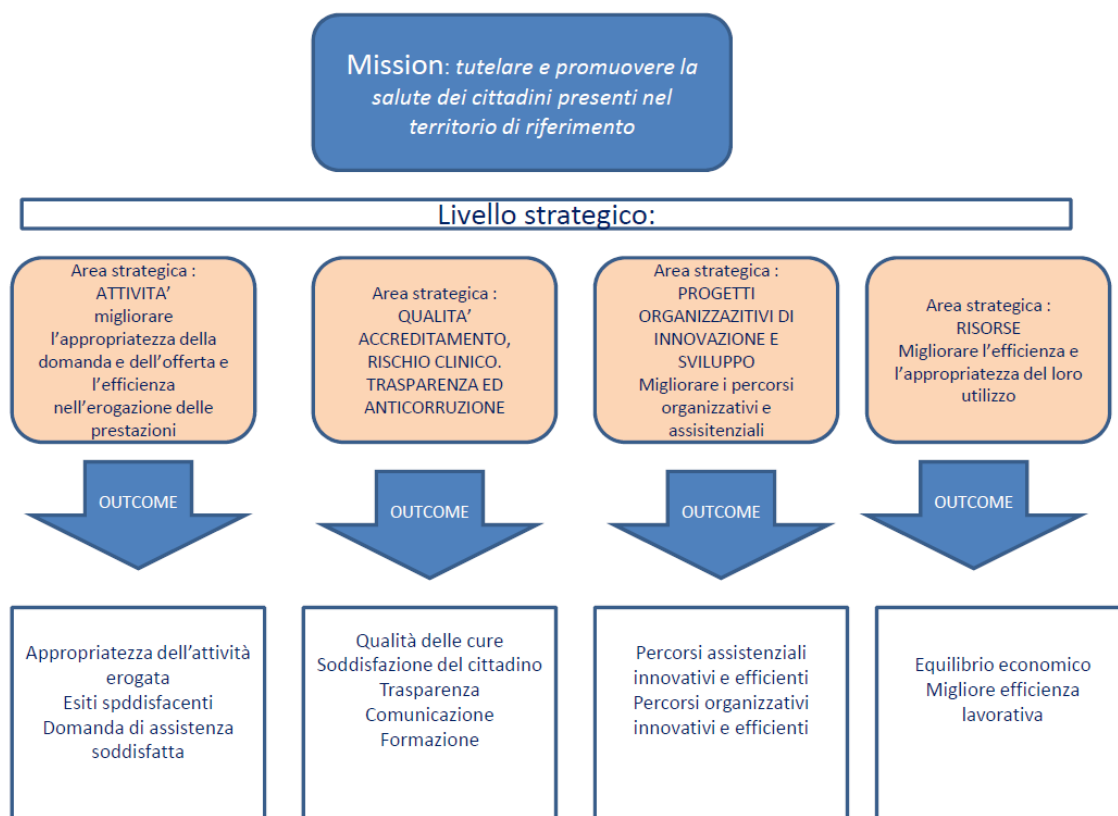
Anche per il personale, si può vedere, che i maggiori costi sono dovuti alle assunzioni per far fronte all'emergenza Covid.

7. Dagli obiettivi aziendali agli obiettivi delle strutture

7.1. 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:



7.2. La Programmazione Operativa 2021: 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 2021 le varie fasi del percorso di budget si sono svolte nei seguenti periodi:

- Negoziazioni di 1° Livello effettuate tra febbraio e marzo

- Le negoziazioni di 2° e 3° effettuato tra aprile e maggio
- Verifiche intermedia a settembre

Qui di seguito i macro obiettivi trasversali, già individuati nel PdP 2021-2023, 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 e territoriale
- Lo sguardo alla Qualità, sicurezza e rischio clinico
- La Formazione
- Trasparenza ed anticorruzione
- Miglioramento degli indicatori del Bersaglio MeS in criticità
- 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

Ma in particolare nell'anno 2021, l'Azienda si è vista fortemente impegnata in obiettivi specifici finalizzati a far fronte all'emergenza sanitaria dovuta all'epidemia da COVID-19 e alle riorganizzazioni che si sono rese necessarie per mantenere/riprendere tutte le altre attività socio-sanitarie nonché alla campagna vaccinale che ha dato ottimi risultati portando ad una copertura vaccinale (con almeno una dose) pari all'84,88%.

Il mutato quadro epidemico durante il 2021 rispetto alla fase iniziale, ha comportato necessariamente modifiche di impianto organizzativo. Da gennaio 2021 è iniziata la distribuzione dei vaccini e questo ha comportato l'implementazione di nuove strutture su tutti i fronti con allestimento di Hub/sedi vaccinali di prossimità su tutto il territorio aziendale, e vaccinazioni sui camper dedicati. Contestualmente nel corso dell'anno sono state potenziate le attività di contact tracing con relativa acquisizione di personale dedicato.

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 e la % media di raggiungimento dei vari obiettivi.

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

In sintesi le percentuali di raggiungimento degli obietti Regionali, Mes, del Piano Nazionale Esiti e del NSG-LEA, per area di assegnazione, sono stati buoni con qualche criticità nell'area territoriale (in particolare nei settori delle cure palliative, ricette dematerializzate, copertura vaccinale):

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	99,8	92,3	97,7	97,0	85,0

Tali indicatori rappresentano l'**11%** dei punti assegnati alla Dirigenza sul totale dei punti assegnati e il **7%** per il comparto.

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):

			AREA				
COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
B5.1.1	Estensione corretta dello screening mammografico	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		9 23,9 92,7			
C16.9	Percentuale di ricoveri su Numero accessi al Pronto Soccorso	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		15 5,0 2,0 99,9			
C2a.C	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		1 3 100			
C6.2.2	Numero MMR (per struttura)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		260 3,1 3,2 94,9			19 3,5 3,9 84,2
D9a	Percentuale di abbandoni al Pronto Soccorso non presidiati	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		25 2,9 2 100			
GLEA_4	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			9 27,9 22 100		
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 Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			12 2,2 2 100		
GLEA_5.2	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO -Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. OM 28 maggio 2015 - percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi infor	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			12 2,2 2 100		

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
GLEA_5.3	ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			12 2,17 2 100		
MES_B6.1.1a	Segnalazioni di morti encefaliche in rapporto ai decessi per cerebrolesione acuta in ospedale o in PS. N. di accertamenti di morte encefalica (CAM)/ N. di decessi con lesioni cerebrali acute in ospedale o in PS *100	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		7 3,1 70,8			
MES_B6.1.6	Segnalazioni di morti encefaliche in relazione al numero di posti letto (eleggibili per le donazioni) in TI. Numero di Accertamenti di Morte Encefalica/ Numero di posti letto in UTI	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		6 3,2 100			
NSG_D22Z.CIA1	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 3,6 3 100
NSG_D22Z.CIA2	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 2)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 3,6 3 100
NSG_D22Z.CIA3	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 3)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 3,6 3 100
NSG_D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 9,8 12,3 71,4
NSG_H17C	Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1000 parti	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		3 8,3 94,8			
REG_A8_001	Partecipazione al raggiungimento degli obiettivi del Sistema di Valutazione della Performance della Sanità Toscana. (valore medio performance)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio	43 1,1 1,0 100	308 1,0 1,0 100	41 1,0 1,0 100	35 1,1 1,0 100	85 1,0 1,0 100
REG_C1_074a	Incremento ricette dematerializzate. % ricette specialistica	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		190 2,5 94,2	16 2,2 94,2	1 4,0 100,0	31 2,0 67,0
REG_C1_074b	Incremento ricette dematerializzate. % ricette farmaceutica	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		188 2,6 90,5	3 2,0 95,2	1 4,0 100,0	34 2,1 54,5
REG_D1_003a	Personale: Produttività aggiuntiva annuale. Rispetto limiti come da programmazione annuale. % rispetto del programma	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		33 3,9 2,0 69,7	3 10,0 100,0	2 6,5 50,0	11 4,5 81,8

			AREA				
COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
C6.2.1	Numero Audit Clinici (per struttura)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		260 3,1 3,2 96,3			19 3,5 3,9 84,2
REG_D1_005	Personale: Gestione Turnover. N. teste totali al 31/12/ anno precedente / N. teste totali al 31/12/ anno corrente	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio	5 3,4 98,0	34 5,4 92,6	4 9,0 87,5	3 3,7 96,7	11 6,5 89,1
MES_C5.30	Percentuale di fratture operate entro 48 ore	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		1 16 100			
B7.2	Copertura per Vaccino Antinfluenzale >= 65 anni	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 1,9 2,0 79,4
C22.8	Mediana della durata della terapia antibiotica in profilassi	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		1 6 100			
C13A.2.2.1	Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 1 96,2
MES_D20b.1.1	Indagine PREMs sul ricovero ordinario. % arruolati su dimessi	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		107 3,0 3,0 60,1			
MES_D20.1.1	Percentuale pazienti arruolati nel percorso della chirurgia robotica	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		3 3 51,55			
C22.7	Mediana della durata della terapia antibiotica empirica	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		1 6 100			
B7.4	Copertura per vaccino antinfluenzale operatori sanitari	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio				2 4 1 99,48	
B5.3.1	Estensione corretta dello screening coloretale	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		4 2,8 84,4		1 2,0 2,0 98,1	
REG_C1_074c	Monitoraggio utilizzo ricetta dematerializzata. N. report inviati alle strutture.	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio				1 8 75	
B7.1	Copertura per vaccino MPR	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			13 1 1 99,5		
B7.5	Copertura per vaccino antimeningococcico	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			13 1 1 95,7		
B7.6	Copertura per vaccino antipneumococcico	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			13 1 1 97,3		
B7.7	Copertura per vaccino esavalente	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			13 1 1 100,0		
B7.3	Copertura per vaccino HPV	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			13 1 7,5 87,7		

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
C7.19.1	SPAZIO GIOVANI - Tasso di accesso al consultorio giovani area contraccezione	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 4,1 4,1 94,3
NSG_D32Z	Numero di ricoveri in Hospice di malati con patologia oncologica, provenienti da ricovero ospedaliero o da domicilio NON assistito nei quali il periodo di ricovero in Hospice è inferiore o uguale a 7 giorni sul numero di ricoveri in Hospice di malati	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					7 10,3 10,1 79,1

Indicatori definiti dall'azienda:

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

	AREA				
	AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
% raggiungimento medio	96,6	92,8	95,4	97,0	95,9

Gli obiettivi definiti dall'azienda rappresentano l'**89%** dei punti assegnati alla Dirigenza sul totale dei punti assegnati e il **93%** per il comparto.

Qui di seguito invece il dettaglio degli indicatori definiti dall'azienda, suddivisi nei seguenti capitoli e sottocapitoli come previsto nella programmazione operativa:

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 Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		178 7,9 9,9 99,8	25 16,6 100,0		63 4,7 11,3 100,0
	Attività Ambulatoriale	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		565 7,6 9,5 92,9	4 13,3 16,3 100,0	4 4,3 5,0 92,7	53 11,3 11,8 97,1
	Attività di governo del territorio	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					72 3,8 3,3 96,8
	Attività di Prevenzione	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio	39 5,0 5,0 100	317 5,6 5,1 99,8	142 12,0 6,5 97,9	36 5,3 5,6 99,9	112 6,1 6,5 99,6
	Attività di Pronto Soccorso - 118	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		48 8,3 12,6 96,6		1 10,0 10,0 100,0	
	Attività di Ricovero	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		201 5,5 5,4 89,0			17 18,5 15,1 99,7
	Attività di Sala Operatoria	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		128 5,3 3,9 89,5			
	Attività Gestionale di Supporto	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio	197 12,4 12,6 98,0	417 4,0 7,7 99,5	81 3,5 4,9 98,8	89 11,7 12,3 99,9	128 3,0 4,2 99,2

			AREA				
Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AMM / TEC	H	PREV	STAFF	T
	Attività Socio-Sanitaria Territoriale	Numero UdB			1		51
		Punti medi assegnati alla dirigenza			24,0		13,5
		Punti medi assegnati al comparto			24,0		15,5
		% raggiungimento medio			100,0		99,9
	Efficacia Assistenziale	Numero UdB		3			33
		Punti medi assegnati alla dirigenza		17,5			19,7
		Punti medi assegnati al comparto		26,0			16,7
		% raggiungimento medio		100,0			100,0
	PERFORMANCE COMPLESSIVA SISTEMA DI VALUTAZIONE	Numero UdB	58	73	4	43	13
Punti medi assegnati alla dirigenza		18,9	31,8	34,5	16,0	18,4	
Punti medi assegnati al comparto		2,3	11,2		2,0	2,0	
% raggiungimento medio		95,9	98,0	99,4	95,5	99,4	
ATTIVITA' E PERFORMANCE: Perseguimento Strategie Regionali e Aziendali Numero UdB		Numero UdB	294	1930	257	173	542
		Punti medi assegnati alla dirigenza	12,7	7,1	9,7	11,3	7,8
		Punti medi assegnati al comparto	9,9	8,2	7,5	8,7	8,5
		% raggiungimento medio	97,8	95,8	98,4	98,6	99,0
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO	Omogeneizzazione e Sviluppo della Rete Ospedaliera e Territoriale	Numero UdB	1	41	15	1	33
		Punti medi assegnati alla dirigenza	5,0	8,1	6,5	8,0	13,8
		Punti medi assegnati al comparto	5,0	5,9	5,0		16,7
		% raggiungimento medio	100,0	98,8	42,7	100,0	100,0
	Processi Aziendali	Numero UdB	234	1769	222	187	446
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
		Punti medi assegnati al comparto	2,7	2,7	2,7	2,7	2,7
		% raggiungimento medio	100,0	95,9	98,2	99,9	99,3
	Revisione Regolamenti, Procedure e Attività Tecnico-Amministrative	Numero UdB	26	2	16	5	
		Punti medi assegnati alla dirigenza	14,3	9,0	6,0	22,8	
		Punti medi assegnati al comparto	14,6	13,5	10,9	22,8	
		% raggiungimento medio	100,0	97,5	97,5	100,0	
	Revisione Regolamenti, Procedure e Percorsi Sanitari Aziendali	Numero UdB	9	310	2	27	46
		Punti medi assegnati alla dirigenza	15,0	8,0	17,5	23,6	15,8
		Punti medi assegnati al comparto	15,7	11,4	35,0	24,6	13,2
		% raggiungimento medio	95,6	97,3	100,0	99,6	99,0
OBIETTIVI ORGANIZZATIVI, INNOVAZIONE E SVILUPPO		Numero UdB	270	2122	255	220	525
		Punti medi assegnati alla dirigenza	4,2	3,6	3,1	5,7	4,5
		Punti medi assegnati al comparto	4,0	3,8	3,6	5,8	3,9
		% raggiungimento medio	99,8	96,1	94,9	99,9	99,3
QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO	Formazione	Numero UdB	20	64	13	9	3
		Punti medi assegnati alla dirigenza	7,2	5,5	5,0	16,9	11,0
		Punti medi assegnati al comparto	6,4	6,6	5,0	22,0	5,0
		% raggiungimento medio	90,9	97,9	100,0	97,8	88,5
	Prevenzione e Sicurezza	Numero UdB		1	8	6	
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,0	10,0	20,0	
		Punti medi assegnati al comparto		13,0	10,0	20,0	
		% raggiungimento medio		100,0	100,0	100,0	
	Qualità e Accreditamento	Numero UdB		143		8	16
		Punti medi assegnati alla dirigenza		6,8		25,8	15,5
		Punti medi assegnati al comparto		15,2		23,7	17,2
		% raggiungimento medio		93,5		100,0	100,0
	Rischio Clinico e Sicurezza delle Cure	Numero UdB		63		5	5
		Punti medi assegnati alla dirigenza		10,6		15,8	23,0
		Punti medi assegnati al comparto		13,4		30,0	12,0
		% raggiungimento medio		100,0		100,0	100,0
	Trasparenza e Anticorruzione	Numero UdB	79	592	56	64	150
		Punti medi assegnati alla dirigenza	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0
		Punti medi assegnati al comparto	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0
		% raggiungimento medio	82,3	75,2	80,4	82,0	72,0
QUALITA', ACCREDITAMENTO E RISCHIO CLINICO		Numero UdB	99	863	77	92	174
		Punti medi assegnati alla dirigenza	2,4	2,8	2,6	6,8	2,2
		Punti medi assegnati al comparto	2,2	4,8	2,3	6,1	3,0
		% raggiungimento medio	84,0	81,7	85,7	87,3	75,7

Obiettivi sulle risorse economiche:

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

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
AZ_D1_001	BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		300 7,8 2,0 94,1	30 4,1 1,4 96,4	5 5,6 2,0 91,4	69 6,8 1,9 93,2
AZ_D1_001a	BENI SANITARI: Rispetto budget assegnato per farmaci innovativi	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		14 4 100			
AZ_D1_009	SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA: importo pro capite	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					9 3,1 95,8
AZ_D1_010	ASSISTENZA PROTESICA: rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 3,9 99,8
AZ_D1_012b	Distribuzione Diretta: % pazienti con distribuzione diretta rispetto il totale dei pazienti trattati (in regime di ricovero o ambulatoriale)	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		116 2,0 80,9			
AZ_D1_015	Rette RSA per anziani non autosufficienti: rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					14 4,1 5,0 100,0
AZ_D1_016	RETTE IN COMUNITA' e INSERIMENTI LAVORATIVI per utenti SERT: rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					16 4,5 100,0
AZ_D1_019	Assistenza residenziale / semiresidenziale e inserimenti lavorativi per utenti DSM: rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					16 4,8 99,1
AZ_D1_020	CURE INTERMEDIE - rette per utenti anziani in moduli di cure intermedie e ospedale di comun ità: rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					10 4,4 100,0
AZ_D1_030	Assistenza residenziale e semiresidenziale DISABILI: rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					16 4,4 5,0 97,1
AZ_D1_031	Assistenza residenziale/semiresidenziale per utenti DSM: Rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					7 5,0 79,6
AZ_D1_037	Rispetto importo assegnato per il rinnovo e lo sviluppo di Apparecchiture di Medio e Bassa Tecnologia	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio			3 5 100		
AZ_D1_040	Costi per ass. domiciliare in convenzione	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					6 4 100
AZ_D1_041	Costi per servizi resi da cooperative , contributi e sussidi erogati nell'ambito del FNA - Rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 4,5 5 100
AZ_D1_042	Riabilitazione Ex art.26. Rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 4,4 100,0
AZ_D1_043	Monitoraggio budget trasversali secondo la Delibera Aziendale	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio	5 17 13 100			3 10,3 100	
AZ_D1_048	Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi stand-by	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		1 5 100			

COD.KPI	Descrizione KPI	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
AZ_D1_049	Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato per costi trasporti per emergenza	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		1 5 86,81			
AZ_D1_001b	BENI SANITARI: Monitoraggio del consumo dei Beni Sanitari dell'intero Presidio Ospedaliero	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		6 3 98,1			
AZ_D1_047	Trasporti Sanitari: Rispetto budget assegnato	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio					8 4 81,0
AZ_D1_046a	Monitoraggio Budget trasversali. Redazione di almeno N° report periodici	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio	1 6 6 100				
AZ_D1_051	Garantire il personale adeguato per le priorità aziendali legate all'emergenza COVID. % di realizzazione	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		1 8 100			
BUON USO DELLE RISORSE		Numero UdB	6	439	33	8	195
		Punti medi assegnati alla dirigenza	15,2	5,7	4,2	7,4	5,2
		Punti medi assegnati al comparto	10,7	2,0	1,4	2,0	2,7
		% raggiungimento medio	100,0	90,9	96,7	94,6	95,6

Obiettivi economici legati all'appropriatezza:

Ed ancora obiettivi economici legati all'appropriatezza dell'uso dei farmaci, delle richieste di trasporto sanitari e sulla gestione del personale:

Descrizione Capitolo	Descrizione Sottocapitolo	Dati	AREA				
			AMM/TEC	H	PREV	STAFF	T
D2	Azioni di Appropriatezza	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio		302 2,1 5,0 84,6			8 2 100
D3	Costi del personale	Numero UdB Punti medi assegnati alla dirigenza Punti medi assegnati al comparto % raggiungimento medio	5 3,4 98	76 4,7 2,0 83,6	11 7,8 95,5	6 4,7 81,7	31 4,5 89,7

Complessivamente, sono stati individuati **845 indicatori** che declinano, nelle **schede budget** dei singoli Centri di Responsabilità (**n.561**), le strategie aziendali già esplicitate nel Piano della Performance.

Per ulteriori dettagli sui vari indicatori si rimanda all'allegato 2 del presente documento.

7.3. 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 2021, nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione;
- l'assegnazione di obiettivi al personale dirigenziale e non con riferimento alla divulgazione del Piano Triennale Anticorruzione e del nuovo Codice di Comportamento riscontrabile da riunioni di struttura o altre iniziative dove risulti il livello di partecipazione degli operatori e gli argomenti trattati;
- l'assegnazione a tutte le strutture (Dirigenza e Comparto) di un obiettivo sulla mappatura dei processi (attività) attinenti le proprie funzioni e contestualmente rientranti nelle aree a rischio indicate da Anac o in alternativa mappatura di processi (attività) attinenti le proprie funzioni come da Regolamento aziendale o altri atti formalizzati.

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

Il processo di valutazione di struttura è normato da apposito regolamento opportunamente deliberato (delib.DG n. 275/2021)

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

Tipologia KPI	Criterio di valutazione
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

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

La situazione complessiva della performance delle strutture dell'azienda 2021, dopo aver verificato gli obiettivi assegnati ai Centri di Responsabilità con i dati consuntivi, aver valutato anche le eventuali controdeduzioni dei responsabili delle strutture organizzative, è la seguente:

Classe di risultato della scheda budget	DIRIGENZA		COMPARTO	
	Numero valutazioni	Distribuzione %	Numero valutazioni	Distribuzione %
>= 90	418	88,75%	269	99,63%
80 - 89	34	7,22%	1	0,37%
70 - 79	12	2,55%	0	0,00%
60 - 69	4	0,85%	0	0,00%
50 - 59	3	0,64%	0	0,00%
< 50	0	0,00%	0	0,00%
Totale	471	100,00%	270	100,00%

Nella tabella seguente ripartiamo i **risultati medi** della scheda budget ottenuti dalla dirigenza e dal comparto suddivisi per area confrontando il valore dell'ultimo triennio:

Area	Dirigenza			Comparto		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
H	92,9	93,6	93,6	98,0	98,2	98,7
T	96,1	96,7	96,7	98,0	98,2	98,0
PREV	99,6	99,0	96,9	99,7	99,5	98,8
AMM/TEC	99,2	96,5	98,4	99,1	95,9	98,2
STAFF	99,4	98,9	99,2	99,3	98,8	99,2
Azienda	95,7	95,6	95,4	98,6	98,1	98,5

8. Obiettivi Individuali

8.1. 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 2021, 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;
2. per i dipendenti presenti, invece, già nel database della Valutazione con mail del 01/04/2021 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 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 2021 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 – 94,9% delle schede attese completate e il 5,1% 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 2021 è stato il seguente:

- **Avvio ciclo di valutazione 2021:** dal 01/04/21 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 15/04/2021 e scadenza al 30/06/2021;
- **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 01/01/2022 al 31/03/2022 data quest'ultima di chiusura del Ciclo 2021. Al fine di mantenere congrui tempi di processo e non andare ad influenzare l'avvio del successivo ciclo del 2022, anche per questa annualità si è dato avvio alle valutazioni finali con decorrenza dal 01/12/2021.

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.

8.2. 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. 10.858 aventi diritto distribuiti per ambito provinciale come riepilogato nello specchietto affiancato.

AMBITO	COMPARTO	DIRIGENZA	TOTALE
AREZZO	3.749	804	4.553
GROSSETO	2.798	679	3.477
SIENA	2.319	509	2.828
TOTALE	8.866	1.992	10.858

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 625 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 10.299 su 10.858 schede totali attese, di cui 6 sono state chiuse d’ufficio per impossibilità del loro completamento per il Valutatore per motivi legati ad aspetti tecnici del gestionale. Per coloro che, invece, non hanno maturato il requisito c.d. NV - Non Valutabili – per un totale di 559 su 10.858 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 2021 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 2021. 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 2021 sono state presentate n. 7 Richieste di *Riesame* della quali una sola ha comportato una rilettura della valutazione finale in incremento. Per tutte le altre 10.293 schede finali non essendo pervenuta documentazione integrativa, decorsi i 10 giorni dalla generazione della scheda finale questa è divenuta accettata. Infine, per questa annualità 2021 sono state presentate all’Ufficio Valutazione Aziendale tre richieste di *Verifica all’OIV*, prese in carico dall’Ufficio Valutazione aziendale e su cui l’OIV si è espresso in data 04/04/2022 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 2021 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 01/04/2021 a tutti i Valutatori e scadenza al 30/06/2021. 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 2/07/2021;
- **Valutazione Intermedia** effettuata nel periodo di settembre – ottobre 2021, resa non obbligatoria e comunicato con mail del 22/07/2021, non soggetta a monitoraggio e rendicontazione;
- **Valutazione Finale** dal 01/12/2021 a 28/02/2022 comunicazione a tutti i Valutatori – mail del 01/12/2021. 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 30/03/2022. 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 24/03/2021.

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

8.3. Risultati della valutazione

Individuazione ed assegnazione obiettivi individuali: la fase di assegnazione per il personale sia del Comparto che della Dirigenza vede al 30/06/2021 n. 10.524 schede attese di cui: n. 630 schede –NV– Non Valutabili perché il dipendente si trova in lunga assenza annuale o perché nell’anno di valutazione non ha effettuato almeno 30 giorni di effettivo servizio (ossia di presenza giornaliera timbrata), n. 9.742 schede assegnate e n. 170 schede in bozza in attesa di verifica da parte dell’ufficio valutazione. Si ottiene quindi il 98% di schede assegnate nei tempi richiesti.

Valutazione Intermedia: per l’annualità 2021 evento facoltativo e n. 614 schede gestite la maggior parte relative al personale assunto dopo la chiusura della fase di assegnazione o per il quale è stato necessario la riapertura della scheda per modificata l’assegnazione e/o il valutatore .

Valutazione Finale: La valutazione finale anno 2021 sia per il personale del Comparto che della Dirigenza è completa con la ricezione pressoché totale delle relative schede attese, pari a 10.858. Di queste n. 10.293 sono state chiuse in valutazione finale, n. 565 sono risultate non valutabili ed ad esse viene assegnato d’ufficio la valutazione conseguita dalla struttura di afferenza, tra queste vanno ricomprese quelle relative al personale oltre che in lunga assenza, quello dimesso nel primo trimestre e quello neo-assunto nell’ultimo trimestre dell’anno, o a personale trasferito c/o altra struttura oppure dimesso prima che fosse nominato il nuovo responsabile e quindi di fatto il valutatore si è trovato nell’impossibilità di procedere per la mancanza della diretta conoscenza del valutato; infine n. 74 schede sono state aperte dal relativo Valutatore, ma chiuse senza punteggio e per le quali è stato assegnato d’ufficio la valutazione conseguita dalla struttura di afferenza. Infine delle 9.843 schede totali chiuse 5 sono state gestite in modalità cartacea in quanto relative a personale presente in azienda in regime di comando in entrata e non a ruolo sanitario regionale e quindi nominativi non gestibili nel database della Valutazione.

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

Nell'anno 2021 le risultanze della Valutazione Individuale conseguite si sono distribuite secondo range di raggruppamento come riportato nella tabella sottostante:

Tab. 1a Valutazione Individuale anno 2021 per classi di risultato – Comparto

	AMBITO PROVINCIALE				
CLASSE DI RISULTATO	AREZZO	SIENA	GROSSETO	Totale	%
90%-100%	3643	2259	2644	8546	96,39%
75%-89%	80	47	123	250	2,82%
60%-74%	17	11	22	50	0,56%
50%-59%	6	2	6	14	0,16%
<50%	3		3	6	0,07%
Totale	3749	2319	2798	8866	

Tab. 1b Valutazione Individuale anno 2021 per classi di risultato – Dirigenza

	AMBITO PROVINCIALE				
CLASSE DI RISULTATO	AREZZO	SIENA	GROSSETO	Totale	%
90%-100%	695	460	597	1752	87,95%
75%-89%	98	41	70	209	10,49%
60%-74%	10	6	12	28	1,41%
50%-59%	1	2		3	0,15%
<50%					
Totale	804	509	679	1992	

9. Allegati

- Allegato 1: dettaglio risultati valutazione per UdB
- Allegato 2: dettaglio elenco KPI per UdB
- Allegato 3: Risultanze individuali area Comparto – elencate per UdB
- Allegato 4: Risultanze individuali area Dirigenza – elencate per UdB
- Allegato 5: Determinazione della Valutazione Complessiva Collettiva ed Individuale
- Allegato 6: Processo negoziazione budget