

# AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

## Relazione sulla performance 2023



1. PREMESSA .....	2
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	3
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI.....	6
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE .....	13
ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2021 PER STRUTTURA .....	14

## 1. Premessa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, in coerenza con gli strumenti istituzionali di programmazione adotta annualmente il Piano della Performance che, quale documento programmatico a valenza pluriennale e di collegamento tra pianificazione strategica e programmazione operativa, consente la coerenza ed integrazione tra indirizzi strategici istituzionali nazionali e regionali ed obiettivi aziendali. Con l'adozione del Piano l'Azienda avvia un percorso di effettivo orientamento ai risultati, per il miglioramento organizzativo e dei servizi erogati, rendendo più trasparente il proprio operato agli stakeholder.

La presente Relazione sulla Performance vuole illustrare i risultati raggiunti dall'AOU Careggi nel corso dell'anno 2023 rispetto agli obiettivi prefissati, derivanti dalle disposizioni nazionali, regionali ed aziendali. Tale Relazione è redatta ai sensi dell'art. 10, comma 1 lettera b) del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, che prevede l'obbligo di predisporre un documento che evidenzi, a consuntivo, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse assegnate nell'anno di riferimento, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

La performance è il contributo che un'azienda apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi prefissati ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'azienda stessa è costituita.

La misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni può consentire un continuo miglioramento dei risultati delle diverse strutture e persone, premiando quelle virtuose e di eccellenza nonché riducendo gli sprechi e le inefficienze. Misurare permette alle persone che lavorano nelle organizzazioni di comprendere i propri punti di forza e di debolezza attivando quindi un processo di cambiamento, riducendo la tendenza ad accontentarsi di risultati soddisfacenti e ricercando continuamente di migliorarsi. Misurare consente di governare al meglio l'azienda e le strutture che la compongono in quanto il solo fatto che i fenomeni siano misurati porta ad individuare le criticità, ad adottare azioni correttive e quindi a migliorare la performance delle strutture stesse. Ogni sistema di misurazione e valutazione della performance nelle pubbliche amministrazioni deve essere orientato principalmente al cittadino, in quanto la sua soddisfazione ed il suo coinvolgimento costituiscono il vero motore dei processi di miglioramento ed innovazione.

La misurazione e valutazione della performance è un processo fondamentale per:

- portare a conoscenza dei portatori di interesse (stakeholder) gli obiettivi strategici, gli obiettivi operativi, le azioni che l'Azienda intende realizzare nonché i risultati conseguiti;
- migliorare il sistema di comunicazione degli obiettivi aziendali;
- porre in essere percorsi di miglioramento continuo della performance;
- guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse che i processi organizzativi;
- motivare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici.

Sono ormai diversi anni che in sanità si sta cercando di passare da sistemi di valutazione dell'economicità e dell'efficienza a sistemi di valutazione dell'efficacia e dell'equità e, più in generale, della performance in ottica multidimensionale. La principale difficoltà sta nel fatto che non sempre esistono standard di riferimento anche se si stanno diffondendo a livello nazionale diversi sistemi di misurazione della performance. Tra questi l'AOU Careggi fa riferimento principalmente al Bersaglio del MES – elaborato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa ed al Programma Nazionale Esiti di AGENAS, che definiscono indicatori e standard di riferimento con i quali potersi confrontare. Sono proprio tali sistemi di indicatori che l'azienda Careggi ha adottato nel proprio percorso di budget, ormai da una decina di anni per gli indicatori MES, dal 2016 per gli indicatori PNE e dal 2017 per gli indicatori CRISP (Centro di Ricerca Interuniversitario per i Servizi di Pubblica utilità di Regione Lombardia che ha elaborato indicatori di outcome che misurano la qualità clinica e di processo con una differenziazione tra le diverse discipline). Gli indicatori MES, in un'ottica multidimensionale, abbracciano diversi aspetti: clinici e sanitari, economici e finanziari, di capacità di perseguimento delle strategie regionali, di valutazione interna ed esterna; gli indicatori PNE sono indicatori di esito delle cure e rappresentano strumenti di supporto per auditing clinici ed organizzativi al fine di migliorare l'efficacia e l'equità delle cure.

La Relazione descrive i risultati raggiunti per ciascuno dei tre livelli:

- a. la *performance organizzativa dell'Azienda* rispetto alla valutazione che fa annualmente il MES attraverso il Bersaglio ed ai risultati del Piano Nazionale Esiti;
- b. la *performance organizzativa delle strutture aziendali* rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il percorso di budget;

c. la performance individuale del personale dipendente dell'Azienda.

Per una piena comprensione delle linee di indirizzo strategiche e degli obiettivi da essi derivanti per l'anno 2023 può essere consultato il Piano della Performance pubblicato nel sito aziendale all'interno del PIAO 2023-2025 (Prov. D.G.228 31/03/2023).

**2. Performance organizzativa dell'Azienda**

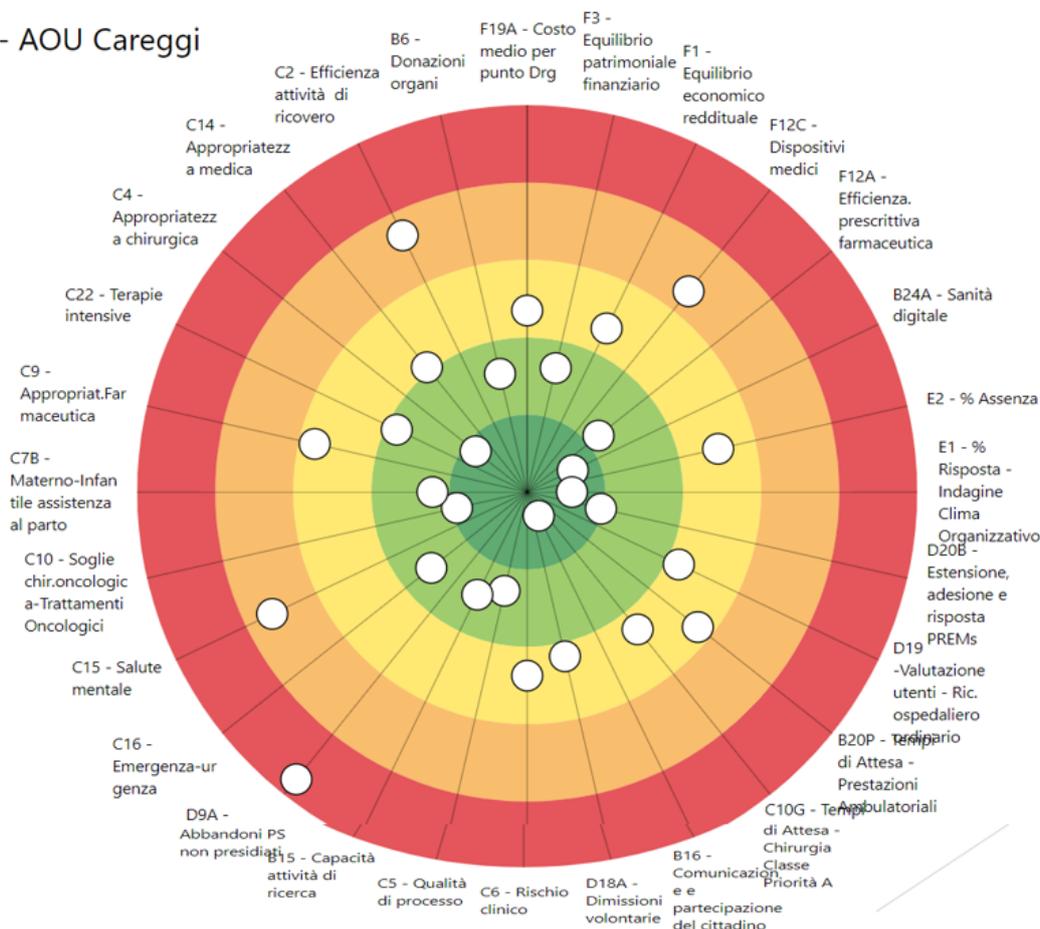
La valutazione della performance dell'azienda è effettuata innanzitutto dal **MES (Laboratorio Management e sanità)** che, su incarico della Regione Toscana, misura annualmente le aziende sanitarie attraverso il **Bersaglio**, un sistema di indicatori raggruppati secondo il modello di balanced scorecard. Tale sistema di valutazione risponde all'obiettivo di fornire a ciascuna Regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle proprie aziende sanitarie a confronto con quella delle altre regioni, nonché a confronto tra loro all'interno della stessa Regione.

All'inizio dell'anno viene definito un valore atteso per ciascun indicatore del Bersaglio che deve durante l'anno avvicinarsi il più possibile a tale valore. Per rappresentare in modo sintetico la performance Aziendale viene utilizzato lo schema del "bersaglio" con cinque diverse fasce di valutazione. L'azienda capace di centrare gli obiettivi e di ottenere una buona performance nelle diverse dimensioni avrà i propri risultati riportati vicino al centro del bersaglio in zona verde, mentre i risultati negativi compariranno nelle fasce via via più lontane dal centro. Le fasce in cui la valutazione è stata espressa sono cinque:

- fascia verde scura, fascia più centrale al bersaglio: performance ottima;
- fascia verde chiaro: performance buona;
- fascia gialla: la performance non è negativa ma può essere migliorata;
- fascia arancione: la performance presenta margini di miglioramento;
- fascia rossa: la performance ha ampi margini di miglioramento.

Si riporta di seguito la valutazione dell'AOU Careggi per l'anno 2023 fatta dal MES tramite gli indicatori del Bersaglio.

**Bersaglio 2023 - AOU Careggi**

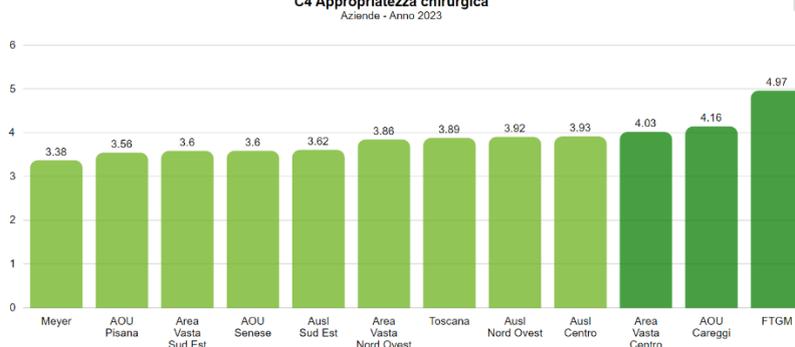


Dall'analisi del Bersaglio si evidenzia come l'azienda sia riuscita a perseguire nell'anno 2023 dei buoni risultati complessivi, anche se rimangono alcuni ambiti di miglioramento. La maggior parte del gruppo di indicatori del Bersaglio valutati, si colloca infatti nelle fasce verdi vicine al centro, mentre risultano pochi gli indicatori posizionati sulle fasce esterne. Più nello specifico, c'è un solo gruppo di indicatori collocato nella fascia rossa, 3 nella fascia arancione, 10 nella fascia gialla, 8 nella fascia verde chiaro e 6 nella fascia verde scuro.

L'azienda raggiunge valutazione ottima nell'appropriatezza chirurgica, nelle soglie della chirurgia oncologica, nella sanità digitale (valutata sulle prescrizioni elettroniche/dematerializzate, sulla telemedicina, sul fascicolo sanitario elettronico), nella risposta all'indagine di clima, nella risposta all'indagine Prems.

Nel tasso di risposta all'indagine di clima organizzativo e nella partecipazione all'indagine PREMs (Patient-Reported Experience Measures) è solo negli ultimi 2 anni che l'azienda è arrivata ad ottenere ottimi risultati, dopo averli introdotti come obiettivi di budget. Si ricorda che l'indagine PREMs mira alla rilevazione sistematica dell'esperienza di ricovero ordinario riportata dai pazienti della sanità toscana e dovrebbe dare in ciascuna azienda un contributo al processo di miglioramento continuo.

**C4 Appropriatazza chirurgica**



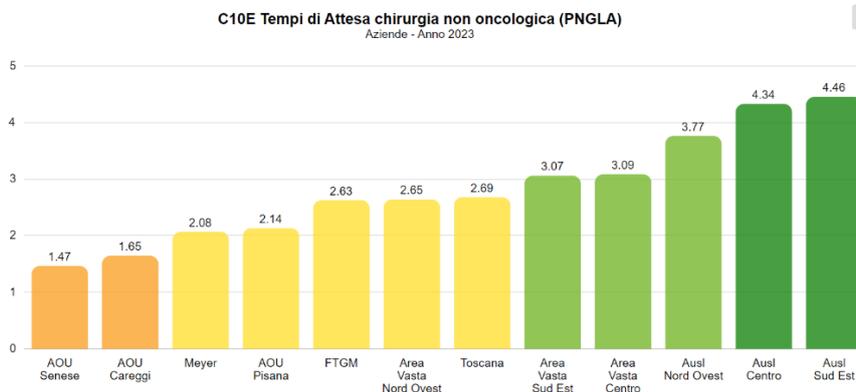
**B24A Sanità digitale**



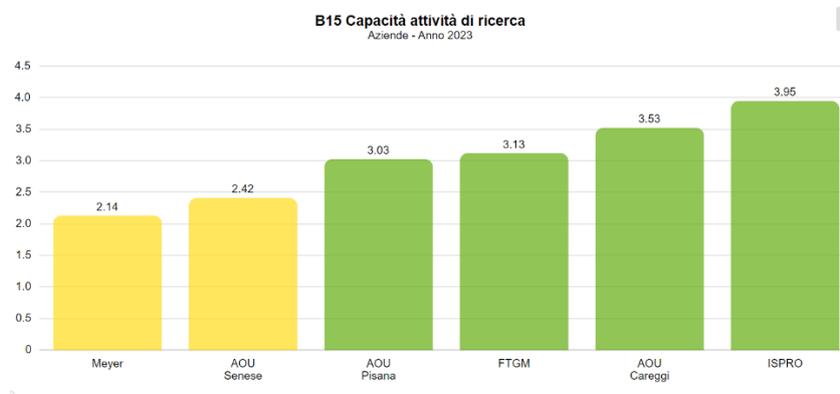
Sul rispetto dei tempi di attesa di 30 gg per gli interventi chirurgici oncologici di classe A, l'azienda mantiene una performance complessiva media, che è in realtà la sintesi di una buona performance, con un notevole miglioramento rispetto all'anno precedente, nell'ambito degli interventi chirurgici oncologici, ed una performance da migliorare per gli interventi chirurgici non oncologici.

**C10D Tempi di Attesa chirurgia oncologica (PNGLA)**





Una valutazione buona, tra le migliori a livello regionale, è quella relativa alla capacità di attività delle ricerca.



Gli altri ambiti più significativi nei quali sussistono ancora margini di miglioramento sono rappresentati dalla spesa per dispositivi medici, dagli abbandoni al pronto soccorso, dall'appropriatezza farmaceutica, dall'efficienza dell'attività di ricovero misurata con gli indici di performance di degenza media. L'incremento dal 2020 in poi della degenza media rispetto alla casistica medica, è un fenomeno non solo dell'azienda Careggi e trova la principale causa nell'aumento, negli anni covid, della complessità generale dei pazienti trattati. E' un fenomeno sotto attenzione da diverso tempo a livello aziendale, al fine di trovare delle azioni correttive che permettano di tornare alla degenza media pre-covid.



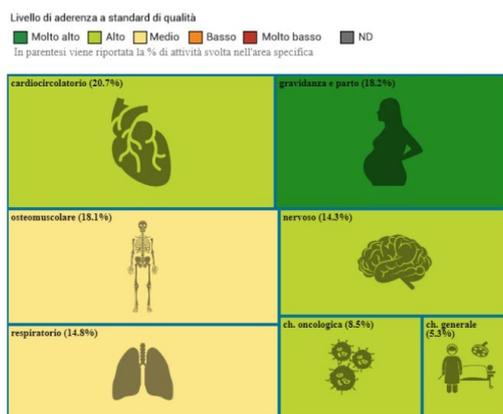
Altro strumento di valutazione della performance organizzativa aziendale è rappresentato dal **Programma Nazionale Esiti (PNE)** sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute. Gli indicatori del PNE sono indicatori di qualità clinica ed esito e rappresentano utili strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo e sono finalizzati al

miglioramento dell'efficacia e dell'equità del SSN. Le evidenze scientifiche e gli stessi dati del PNE dimostrano infatti che la pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresentano un valido strumento di governo del sistema e migliorano la qualità stessa delle cure. Secondo tale sistema di valutazione il valore assunto da ciascun indicatore, calcolato a livello di azienda, viene confrontato con la media nazionale evidenziando se, rispetto a tale valore medio, è migliore, uguale ovvero peggiore.

A partire dal 2016 tutti gli indicatori di esito del PNE sono stati introdotti nelle schede di budget delle strutture interessate: la legge di stabilità 2016 all'art. 30 infatti affermava che le aziende sanitarie sarebbero entrate in piano di rientro non solo se non avessero rispettato l'equilibrio economico ma anche i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure ed è sufficiente che la qualità assistenziale in una sola area sia molto bassa (rossa) o bassa (arancione) e rappresenti almeno il 33% delle dimensioni totali valutate, ovvero che sia molto bassa (rossa) e rappresenti il 15% delle dimensioni totali, a determinare che l'azienda sia collocata in piano di rientro.

Gli ultimi dati disponibili sono quelli del PNE 2022, riferiti all'attività 2021, rappresentati in modo sintetico dalla Tree Map sottoriportata che evidenzia buone ed ottime performance in ciascuna delle 7 aree specifiche; più in particolare l'azienda raggiunge performance ottima (colore verde scuro) nell'area gravidanza e parto; performance buona (colore verde chiaro) nell'area cardiocircolatorio, nervoso, chirurgia oncologica e chirurgia generale; performance media (colore giallo) nel respiratorio e nell'osteomuscolare. Non vi è quindi, come non vi è mai stato negli anni passati, nessuna area con performance scarsa o molto scarsa (colore arancione e rosso).

TREEMAP PNE 2022 (dati 2021)



Infine, è in corso di implementazione nel 2023, un nuovo Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale delle Aziende Ospedaliere, strutturato dall'AGENAS, che si aggiungerà nei prossimi anni ai sistemi di valutazione sopradescritti.

### 3. Performance organizzativa delle strutture aziendali

#### Processo di verifica budget e rappresentazione degli esiti

Il processo di budget si conclude con la verifica del grado di raggiungimento di tutti gli obiettivi contenuti nelle schede budget. Tale fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando sono disponibili i dati consolidati e si provvede ad effettuare la verifica finale dei risultati raggiunti; vengono calcolati tutti gli indicatori con riferimento all'anno in corso, caricati nelle singole schede di budget di ciascuna struttura, calcolato lo scostamento dal valore atteso ed i corrispondenti punti realizzati per ciascun indicatore, nonché il grado per il raggiungimento complessivo di ciascuna struttura.

Per ciascun indicatore sono definite delle fasce di valutazione che prevedono, a seconda dello scostamento dal valore atteso, 7 fasce di valutazione per gli indicatori aziendali, 5 fasce per gli indicatori MES e PNE, corrispondenti a quelle definite dal MES e dall'AGENAS. In caso di non totale raggiungimento il peso corrispondente a ciascun indicatore si riduce proporzionalmente; la sommatoria di tutti pesi così calcolati dà luogo al grado di raggiungimento finale degli obiettivi di budget delle strutture e rappresenta la performance della struttura stessa. Il grado di raggiungimento finale di ciascuna struttura può variare da 0% a 100%.

Le schede di budget possono essere consultate da parte di ciascun professionista in ogni momento su una piattaforma web aziendale; in corrispondenza di ogni indicatore vi è un campo Note che dà la possibilità durante l'anno ai singoli direttori di struttura di scrivere qualsiasi osservazione od annotazione ritengano utile ai fini della valutazione dell'obiettivo stesso. Quando è terminata la verifica finale

viene data comunicazione a tutti i direttori di struttura di consultare ed analizzare la propria scheda budget, lasciando la possibilità a ciascuno di trasmettere alla direzione eventuali controdeduzioni e/o spiegazioni relativamente agli obiettivi non raggiunti o parzialmente raggiunti. Una volta acquisite e valutate tali osservazioni le schede di verifica vengono fatte sottoscrivere da ciascun direttore di struttura e trasmesse all'OIV per l'approvazione finale.

L'anno 2023 è il primo anno che non ha dovuto più affrontare l'emergenza covid, e gli obiettivi budget strategici e trasversali sono stati quasi tutti raggiunti; il raggiungimento finale degli obiettivi della scheda aziendale è pari all'87%.

Il rispetto degli **standard sui tempi chirurgici previsti dal PNGLA**, interventi di classe A individuati dal Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa da eseguire entro 30 giorni, è migliorato per gli interventi **oncologici**, grazie a diverse azioni poste in essere dall'azienda per cercare di rispettare tali tempistiche. In particolare, si sono avuti notevoli miglioramenti per gli interventi al colon ed al polmone, che per oltre il 90% sono stati eseguiti entro 30 giorni, ed alla prostata, che seppur incrementati di oltre 20% non raggiungono ancora completamente i valori attesi, così come rimangono ancora margini di miglioramento per alcune tipologie di intervento **non oncologiche** (ernie, colecistectomie laparoscopiche, protesi anca).

Solo una da una parte delle strutture dell'azienda realizza i risultati attesi sull'**efficienza di sala**. Già a partire dal 2019 sono stati introdotti per tutte le chirurgie, anestesie e piattaforme dei comparti operatori, obiettivi relativi all'orario di ingresso nella sala del primo paziente, all'orario della prima incisione ed all'orario dell'ultima sutura ai quali è stato aggiunto anche un obiettivo sui tempi di cambio, per il 2023 mantenuto come obiettivo di monitoraggio e non di valutazione. Sul rispetto degli orari previsti per la prima incisione e per i tempi di cambio, seppur usciti dall'emergenza covid, non si sono tuttavia ancora realizzati i miglioramenti auspicati. Sono invece stati raggiunti dalla gran parte delle strutture gli obiettivi nuovi sulla corretta programmazione delle sale.

La maggior parte degli **obiettivi MES** contenuti nel Bersaglio, come già descritto in precedenza, hanno raggiunto una buona o ottima performance. Le fratture del femore da operare entro 2 giorni, indicatore che era peggiorato lo scorso anno scendendo al 70%, è ritornato al valore quasi ottimale dell'80%. E' migliorato anche il rispetto dei tempi di 30 giorni per gli interventi oncologici di classe A, che vede il pieno raggiungimento per quasi tutte le tipologie; margini di miglioramento rimangono per gli interventi non oncologici, così come per alcuni indicatori del Pronto Soccorso (abbandoni dal PS, pazienti dimessi al domicilio entro 8 ore, pazienti ricoverati entro 8 ore). Anche la degenza media in alcune medicine, che ha visto un notevole incremento con gli anni covid, non è riuscita ancora a ridursi.

Gli **indicatori PNE**, rappresentati dai tassi di mortalità, sono da sempre in linea con i valori attesi, e si mantengono tali anche nell'anno 2023, attestandosi su valori pari o più bassi rispetto alla media nazionale.

Anche i nuovi obiettivi **sull'integrazione ospedale-territorio**, consistenti nella segnalazione dei pazienti ricoverati al MMG da parte dei medici dei reparti di degenza, e quello dei pazienti ambulatoriali da parte dei medici specialisti, ha visto degli ottimi risultati con l'80% di pazienti ricoverati e quasi il 70% di pazienti ambulatoriali segnalati nel corso dell'intero anno. In tal modo si vorrebbe contribuire a sviluppare una maggiore comunicazione e scambio di informazioni tra medici ospedalieri e medici di medicina generale in modo da assicurare la continuità nelle cure al maggior numero di pazienti.

Dopo il ricorso alla **telemedicina** avviato nel 2020 con l'emergenza covid, l'azienda ha registrato un calo in molte discipline. Con le diverse strutture coinvolte si è cercato di definire un volume di prestazioni per le quali è possibile effettuare televisite di controllo e può comportare benefici per il paziente, cercando pertanto di rendere questo nuovo strumento che si era sviluppato in situazione di emergenza uno strumento ordinario, che non deve sostituire la visita in presenza, ma che si dovrebbe aggiungere laddove possibile. In controtendenza con gli anni passati ed in linea con le attese, nel 2023 è incrementato l'utilizzo delle televisite di controllo da parte di molti professionisti.

Gli obiettivi sul **governo dell'offerta ambulatoriale** relativamente alle prime visite ed alle visite di controllo sono stati raggiunti dalla quasi totalità delle strutture. Da incrementare ancora invece il ricorso alla **chirurgia ambulatoriale** per la casistica individuata a livello regionale (D.RT. 20196/2021): per alcune tipologie di interventi, infatti, la soglia eseguita in regime ambulatoriale è ancora sotto quella individuata come ottimale, pertanto progressivamente dovranno essere realizzate in regime ambulatoriale anche le restanti. Pienamente raggiunti gli obiettivi di **contenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche non d'emergenza** sia per i pazienti ricoverati, sia per i pazienti del Pronto Soccorso che per i pazienti esterni.

L'adesione all'indagine PREMs sulla **qualità percepita** aveva trovato scarsissima partecipazione dell'azienda i primi anni di attivazione. Nel 2022 è stata introdotta per la prima volta come obiettivo di budget e questo ha inciso notevolmente sui risultati di partecipazione. L'adesione è ulteriormente migliorata nel 2023 arrivando ad oltre il 60%. La disponibilità dei pazienti a raccontare la propria esperienza di ricovero ospedaliero è fondamentale per dare un contributo al processo di miglioramento continuo all'interno dell'azienda. Decisivo in questo senso è il ruolo dei professionisti sanitari che devono informare i pazienti favorendo il loro

coinvolgimento e garantendo in tal modo che il flusso di dati sia alimentato in modo continuativo. L'osservatorio PREMs infatti è permanente; le indagini non sono campionarie ma sistematiche e proposte a tutta la popolazione dei pazienti dimessi dal servizio di ricovero ordinario; la somministrazione dei questionari è totalmente digitale ed i risultati dell'indagine sono riportati in una piattaforma web in tempo reale ed in maniera continuativa, e possono essere consultati dai professionisti in ogni momento.

Così come attraverso l'indagine PREMs appena descritta, i pazienti valutano la qualità dei servizi offerti dalle strutture di degenza, allo stesso modo per l'anno 2023 le strutture tecnico-amministrative sono state valutate per i servizi da loro offerti sia alla Direzione Generale che a tutti i dipendenti dell'azienda. Per misurare la qualità dei servizi offerti da tali strutture (staff, area tecnica, area amministrativa, direzione sanitaria) è stato infatti strutturato un questionario specifico al quale hanno risposto sia la Direzione Generale che tutti i professionisti che lavorano nell'azienda, e dal quale sono state evidenziate per ciascuna struttura da una parte le criticità o comunque gli ambiti da poter migliorare, dall'altra le eccellenze e punti di forza da poter prendere come riferimento.

Sugli obiettivi di **appropriatezza del consumo dei farmaci**, secondo le indicazioni regionali, sono stati raggiunti i risultati attesi sia sull'incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari che sul consumo dei farmaci off label; sulla corretta compilazione delle schede AIFA e dei registri AIFA, sul consumo dei farmaci immunoreumatologici, sull'appropriatezza del consumo delle immunoglobuline normali endovena e sull'inserimento dei piani terapeutici nel ptweb. Anche gli obiettivi di **appropriatezza del consumo dei dispositivi medici** sono stati raggiunti dalla quasi totalità delle strutture; sia quelli relativi al rispetto delle aggiudicazioni di gara che al contenimento delle richieste non deliberate Estar. Nel 2023, sono inoltre incrementate le segnalazioni di dispositivi di vigilanza mentre sono calate quelle di farmacovigilanza, mantenendosi comunque in linea con il valore atteso annuale aziendale, anche se con risultati molto differenziati tra le diverse strutture.

Sull' **indagine di clima interno** promossa dal MES, l'azienda aveva richiesto a tutti i dipendenti la massima partecipazione ponendo lo sfidante valore atteso del 70%. E' stato raggiunto un tasso di risposta del 71%; il più alto a livello regionale.

Nella tabella sottostante è riportato l'andamento dei principali indicatori trasversali che hanno coinvolto la maggior parte delle strutture, o degli indicatori specifici che riguardano poche strutture ma che hanno un'importanza strategica per l'azienda, ovvero di tutti gli obiettivi ed indicatori contenuti nella scheda budget aziendale. Si segnala che in alcuni casi il valore finale degli indicatori MES o PNE può discostarsi leggermente da quello degli enti terzi di riferimento che definiscono le schede di calcolo; questo avviene in relazione ad alcune casistiche che, secondo la valutazione dei clinici e della Direzione Sanitaria, sono da escludere per garantire la corretta valutazione del processo a livello di singola struttura.

OBIETTIVO STRATEGICO	PE SO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGIMENTO	trend
RISPETTO PIANO NAZIONALE GOVERNO LISTE DI ATTESA	6	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	IND2576	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. ONCOLOGICI DEL PNGLA ENTRO 30GG	3	66.7%	= 100%	78.6%		78	↑
			IND3648	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. NON ONCOLOGICI DEL PNGLA ENTRO 30GG	3	87.5%	= 100%	69%		69	↓
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	12	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	IND2569	PERC. SOD CHE RISPETTANO ORARIO STABILITO PER PRIMA INCISIONE	2	55.1%	= 100%	62%		62	↑
			IND2571	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ULTIMA SUTURA	2	67.3%	= 100%	85%		85	↑
			IND2877	PERC. SOD CHE RISPETTANO TEMPO DI CAMBIO STABILITO	0	38.3%	= 100%	39%		39	↑
		CORRETTA PROGRAMMAZIONE SALE OPERATORIE	IND3474	PERC. PZ OPERATI PRESENTI IN LISTA OPERATORIA DEL GIORNO PRECEDENTE/ TOT. PZ OPERATI	2	%	> 98%	76.5%		80	
			IND3473	PERC. INTERVENTI CONVALIDATI IL GIORNO DELL'INTERVENTO/ TOT. INTERVENTI	2	%	> 98%	93.28%	78	80	
			IND3475	PERC. PZ OPERATI INFORMATICAMENTE PROVENIENTI DAL LISTA DI ATTESA (C.D. PRONTI DI AMBU) / TOT. PZ OPERATI	2	%	> 98%	69.72%		80	
IND3484	PERC. PZ PROGRAMMATI IN LISTA OPERATORIA NON OPERATI/ TOT. PZ IN LISTA	2	%	< 15%	10.14%	20	100				

OBIETTIVO STRATEGICO	PE SO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGIMENTO	trend		
QUALITÀ CLINICA DI PROCESSO	18	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES. ORTOPEDIA	IND589	MES. PERC. FRATTURE FEMORE OPERATE ENTRO 2 GIORNI	2	69.62%	> 83%	<b>80.91%</b>	62	80	↑		
			IND632	MES. PERC PARTI CESAREI DEPURATI	2	16.89%	< 20%	<b>15.09%</b>	32	100	↑		
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES. MATERNO INFANTILE	IND1965	MES. PERC. PARTI OPERATIVI (USO FORCIPE O VENTOSA)	1	7.56%	< 2.5%	<b>8.75%</b>	10	30	↓		
			IND587	MES. PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	1	83.8%	> 75%	<b>86.85%</b>	15	100	↑		
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES. CHIRURGIA GENERALE	IND1341	MES. PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	1	86.75%	> 95%	<b>98.7%</b>	65	100	↑		
			IND2143	MES. PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	1	78.47%	> 60%	<b>79.95%</b>	15	100	↑		
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES. CARDIOLOGIA	IND2144	MES. PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	1	70.59%	> 70%	<b>71.71%</b>	40	100	↑		
			IND2594	MES. PERC. PZ DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 6/8 ORE	1	%	> 97%	<b>83.45%</b>	84	30			
		RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES. PRONTO SOCCORSO	IND3624	MES. PERC. ACCESSI RIPETUTI IN PS ENTRO 72 ORE	1	%	< 5.3%	<b>5.05%</b>		100			
			IND1317	MES. PERC. ABBANDONI DAL PS	1	6.08%	< 1.17%	<b>5.82%</b>	4,66	0	↑		
		ALLINEAMENTO ALLA MEDIA NAZIONALE: INDICATORI PNE	IND1579	PNE. PERC. RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER BPCO	1	8.43%	< 12.9%	<b>9.13%</b>		100	↓		
			IND1960	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	1	6.67%	< 14.4%	<b>11%</b>		100	↓		
			IND1961	PNE: % RIAMMESSI ENTRO 30 GG PER ICTUS	1	2.79%	< 7.4%	<b>4.88%</b>		100	↓		
		ALLINEAMENTO ALLA MEDIA REGIONALE: INDICATORI CRISP	IND1936	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA TOTALE	1	95.5%	= 100%	<b>91%</b>		91	↓		
			IND1935	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RICOVERI RIPETUTI ENTRO 30 GG	1	100%	= 100%	<b>96%</b>		96	↓		
			IND1937	PERC. SOD CHE RISPETTANO STANDARD CRISP PER RITORNI IN SALA OPERATORIA	1	80%	= 100%	<b>71%</b>		71	↓		
		EFFICIENZA ASSISTENZIALE	4	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	IND1569	MES. INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA -DRG CHIRURGICI	2	.09	< 0	<b>-.04</b>	1	100	↑
					IND1568	MES. INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA -DRG MEDICI	2	-.05	< 0	<b>-.26</b>	1	100	↑

OBIETTIVO STRATEGICO	PE SO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGIMENTO	trend
ESITO DELLE CURE	15	ALLINEAMENTO ALLA MEDIA NAZIONALE: INDICATORI PNE	IND1337	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	1	1.42%	< 1.5%	<b>.41%</b>		100	↑
			IND1221	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	1	4.05%	< 6%	<b>2.68%</b>		100	↑
			IND1338	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	1	1.34%	< 1.5%	<b>1.16%</b>		100	↑
			IND1344	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	1	3.47%	< 6%	<b>5.11%</b>		100	↓
			IND1345	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEM1	1	3.63%	< 8%	<b>4.56%</b>		100	↓
			IND1339	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	1	.8%	< .5%	<b>.99%</b>		60	↓
			IND1223	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	1	1.39%	< 1%	<b>1.16%</b>		80	↑
			IND993	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	1	.34%	< 1%	<b>0%</b>		100	↑
			IND1222	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	1	4.67%	< 2%	<b>4.96%</b>		60	↓
			IND1362	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA DOPO INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER K CEREBRALE	1	2.05%	< 1.5%	<b>2.33%</b>		60	↓
			IND1360	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	1	3.21%	< 3%	<b>2.4%</b>		100	↑
			IND1220	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	1	.61%	< 1%	<b>.58%</b>		100	↑
			IND1578	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	1	2.46%	< 5%	<b>1.52%</b>		100	↑
			IND991	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	1	8.12%	< 9%	<b>4.82%</b>		100	↑
			IND992	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	1	%	< 5%	<b>4.74%</b>		100	

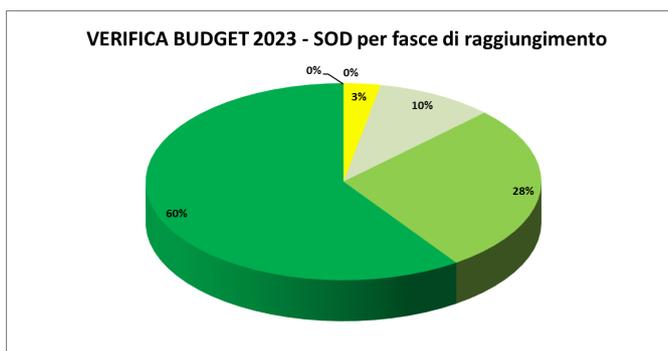
OBIETTIVO STRATEGICO	PE SO	OBIETTIVO OPERATIVO	COD IND	INDICATORE	PE SO	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGIMENTO	trend
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	6	SEGNALAZIONE PAZIENTI AI MMG	IND3132	PERC. PZ RICOVERATI SEGNALATI AL MMG/ PZ. DIMESSI	3	75.7%	= 100%	<b>80.8%</b>		80	↑
			IND3449	PERC. ACCESSI AMBULATORIALI SEGNALATI AL MMG/ PZ. VISITATI	3	%	> 80%	<b>68.49%</b>		90	
SVILUPPO TELEMEDICINA	3	SVILUPPO TELEVISITE DI CONTROLLO	IND3094	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TELEVISITE DI CONTROLLO	3	60.5%	= 100%	<b>81%</b>		81	↑
APPROPRIATEZZA SETTING ASSISTENZIALE	3	INCREMENTO INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE SECONDO INDICAZIONI REGIONALI (D.RT. 20/196/2021) RIDUZIONE RICOVERI ORDINARI A RISCHIO INAPPROPRIATEZZA SECONDO NUOVO SISTEMA DI GARANZIA	IND3174	PERC. INTERVENTI CHIR. AMBULATORIALE NEL RISPETTO DELLE SOGLIE/ TOT. INTERVENTI DA EROGARE IN REGIME AMBULATORIALE	2	61.5%	= 100%	<b>50.03%</b>		50	↓
			IND3630	PERC. INTERVENTI IN DS NEL RISPETTO DELLE SOGLIE / TOT. INTERVENTI DA EROGARE IN DS	1	%	= 100%	<b>90%</b>		90	
GOVERNO DELL'OFFERTA AMBULATORIALE	3	GOVERNO PRIME VISITE E VISITE DI CONTROLLO	IND3657	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI OTTIMIZZAZIONE RAPPORTO PRIME VISITE PER PZ ESTERNI/TOT. VISITE	2	%	= 100%	<b>97%</b>		97	
			IND3668	N. VISITE DI CONTROLLO PRENOTATE/ N. PRESCRITTE	1	%	> 90%	<b>94.15%</b>		100	
CONTENIMENTO TEMPO RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE	4	CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PER PRESTAZIONI NON DEMERGENZA (cod. 3-4) PER PZ INTERNI	IND2881	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TC, ECO, RX PER PZ RICOVERATI ESEGUITE ENTRO LE ORE 24 DEL 2° GG	1	100%	= 100%	<b>83%</b>		83	↓
			IND2882	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TC, ECO, RX PER PZ DEL PS ESEGUITE ENTRO 2 ORE	1	100%	= 100%	<b>83%</b>		83	↓
			IND3598	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI REFERTAZIONE E FIRMA DIGITALE ENTRO 4 GG	2	%	= 100%	<b>100%</b>		100	
QUALITA' PERCEPITA	6	ADESIONE INDAGINE PREMs SU RICOVERO ORDINARIO VALUTAZIONE UTENTI DELL'ESPERIENZA DI OSPEDALIZZAZIONE	IND3129	PERC. DIMESSI CONTATTABILI PER INDAGINE PREMs/ TOT. PZ DIMESSI (TASSO ADESIONE)	3	55.6%	> 70%	<b>61.67%</b>		90	↑
			IND3447	PERC. INDICATORI CON VALUTAZIONE BUONA- OTTIMA QUESTIONARIO PREMs / TOT INDICATORI	3	%	= 100%	<b>87.29%</b>		87	
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	5	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/CARTELLE MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVOVIGILANZA	IND1955	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	1	65.97%	= 100%	<b>64.25%</b>		60	↓
			IND2530	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	2	83.5%	> 80%	<b>85.65%</b>		100	↑
			IND3665	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA TOTALI	1	1337	> 941	<b>932</b>		100	↓
			IND3666	N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVOVIGILANZA TOTALI	1	200	> 331	<b>497</b>		100	↑
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	10	UTILIZZO FARMACI BIOSIMILARI/EQUIVALENTI AGGIUDICATARI DI GARA CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA CORRETTA RICHIESTA E CONSUMO FARMACI OFF LABEL APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLGICI APPROPRIATEZZA CONSUMO IMMUNOLOGLOBULINE (ENDOVENA E SOTTOCUTE) UTILIZZO REGISTRO DI PRESCRIZIONE PTWEB	IND2883	PERC. SOD CHE RISPETTANO PERCENTUALE STABILITA' DI UTILIZZO DI FARMACI BIOSIMILAR/ EQUIVALENTI	3	89.8%	= 100%	<b>97%</b>		97	↑
			IND2893	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU CORRETTA COMPILAZIONE SCHEDE E REGISTRO AIFA	2	%	= 100%	<b>100%</b>		100	
			IND2894	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SUI FARMACI OFF LABEL	2	93.9%	= 100%	<b>100%</b>		100	↑
			IND3052	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO SUL CONSUMO FARMACI IMMUNOREUMATOLGICI	1	100%	= 100%	<b>100%</b>		100	
			IND2935	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU IMMUNOLOGLOBULINE ENDOVENA	1	100%	= 100%	<b>81%</b>		81	↓
			IND3463	PERC. PIANI TERAPEUTICI INSERITI NEL PTWEB PER FARMACI INDICATI DA REGIONE TOSCANAV/ TOT. PIANI TERAPEUTICI	1	%	= 100%	<b>100%</b>		100	
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	2	RISPETTO AGGIUDICAZIONI DISPOSITIVI MEDICI CONTENIMENTO RICHIESTE DISPOSITIVI NON DELIBERATI ESTAR	IND2579	PERC. SOD CHE RISPETTANO % DI GARA PER ACQUISTO DM	1	90.9%	= 100%	<b>94%</b>		94	↑
			IND3051	PERC. SOD CHE RISPETTANO AGGIUDICAZIONI ESTAR PER ACQUISTO DM	1	100%	= 100%	<b>93%</b>		93	↓
CLIMA INTERNO	3	PARTECIPAZIONE INDAGINE CLIMA INTERNO	IND3458	VALUTAZIONE PERC. RISPOSTA INDAGINE CLIMA INTERNO (VALORE ATTESO TASSO RISPOSTA 70%)	3	%	= 100%	<b>100%</b>	40	100	
<b>% RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI BUDGET</b>										<b>87</b>	

Di seguito si riportano i risultati di sintesi per Azienda e Dipartimento della verifica di budget 2023; quelli di struttura sono riportati nell'allegato A del documento.

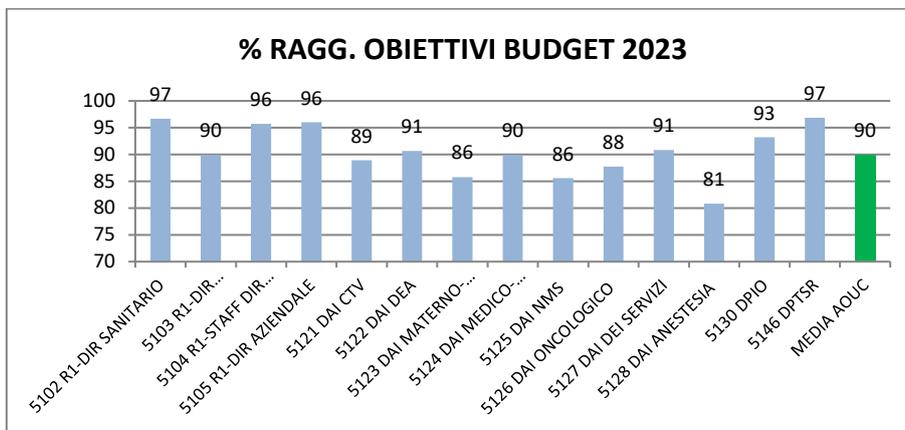
Per la prima volta per la chiusura del 2023, sono stati assegnati dei punti bonus, che sono andati ad incrementare la % di raggiungimento di ciascuna struttura, secondo un algoritmo che premia le strutture con un più alto numero di indicatori contenuti nelle schede budget, sulla base della % degli indicatori raggiunti sul totale degli indicatori.

La media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è stata pari al 90%; la mediana pari a 91%; il raggiungimento minimo è stato 61%, il massimo 100%. La tabella sottostante mostra la collocazione di tutte le strutture nelle diverse fasce di performance: nessuna struttura si colloca nella fascia rossa o arancione con performance scarsa; il 3% nella fascia gialla con performance media, il 10% nella fascia verde chiaro con performance discreta, il 28% in quella verde con performance buona, il 60% in quella verde scuro con performance ottima.

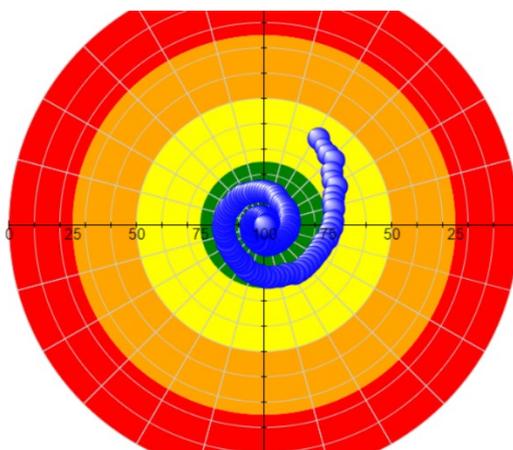
VERIFICA BUDGET 2023 - RISULTATI FINALI		
FASCE RAGGIUNGIMENTO	N. SOD/UO	%
0-49	0	0%
50-59	0	0%
60-69	5	3%
70-79	16	10%
80-89	46	28%
90-100	99	60%



Il grafico seguente mostra la % di raggiungimento media di ciascun Dipartimento, sia esso sanitario o non sanitario.



Di seguito si riporta il posizionamento di tutte le strutture dell'azienda all'interno del Bersaglio aziendale.



#### 4. La valutazione della performance individuale

##### *Processo di valutazione individuale e rappresentazione degli esiti*

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2023 ha sottoposto a valutazione tutto il personale dirigente ed il personale del comparto.

La valutazione individuale di tutto il personale è stata effettuata dai dirigenti responsabili e da altri ruoli di responsabilità. Essa è relativa alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi come indicato nella seguente tabella:

VALUTATO	AMBITI DI VALUTAZIONE				VALUTATORE
	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA <u>Ambito valutato da</u> STRUTTURA DEPUTATA	PERFORMANCE INDIVIDUALE <u>Ambito valutato da</u> SUPERIORE GERARCHICO			
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/DI STAFF O DI AREA NON SUBARTICOLAZIONE DI DIPARTIMENTO	Performance struttura gestita	Obiettivi individuali e/o di équipe	Competenze manageriali	Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE GENERALE O SANITARIO O AMMINISTRATIVO SECONDO COMPETENZA
	60	20	10	10	
DIRETTORE DI AREA SUBARTICOLAZIONE DI DIPARTIMENTO/STAFF	Performance struttura gestita	Obiettivi individuali e/o di équipe	Competenze manageriali	Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/STAFF
	60	20	10	10	
DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA/SEMPLICE DIPARTIMENTALE	Performance struttura gestita	Obiettivi individuali e/o di équipe	Competenze manageriali	Capacità di valorizzazione del capitale umano	DIRETTORE DI DIPARTIMENTO/STAFF/AREA
	60	20	10	10	
DIRIGENTI	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA DI AFFERENZA
	60	20	20		
PERSONALE CON INCARICHI DI FUNZIONE/INCARICHI DI FUNZIONI PER IL COORDINAMENTO DI AAA	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		DIRETTORE DI STRUTTURA O INCARICATI DI FUNZIONE O INCARICATI DI FUNZIONE PER IL COORDINAMENTO DI AFFERENZA
	60	20	20		
PERSONALE DELL'AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		
	60	20	20		
PERSONALE dell'AREA DEGLI ASSISTENTI	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		
	60	20	20		
Personale dell'AREA DEGLI OPERATORI e del PERSONALE DI SUPPORTO	Performance struttura di appartenenza	Obiettivi individuali e/o di équipe	Comportamenti e competenze		
	60	20	20		

A conclusione del processo di verifica di budget, le schede di valutazione individuale, distinte per livello di responsabilità e per tipologia di incarico, sono messe a disposizione dei responsabili unitamente alla reportistica di supporto. I responsabili effettuano la valutazione

tramite colloqui con il personale interessato. Laddove il colloquio non sia stato effettuato in presenza si è ricercata una condivisione della scheda di valutazione a mezzo mail.

Il responsabile ed il collaboratore, una volta concluso il percorso di valutazione, sottoscrivono le schede in tutte le sue parti e annotano eventuali osservazioni. Tali schede sono quindi trasmesse alle strutture competenti.

Per il personale dirigente nel processo di valutazione il valutatore, rispetto ad ogni parametro di valutazione presente nella scheda, esprime un giudizio sintetico valorizzato, espressione dei comportamenti e delle competenze attesi da parte del valutato, secondo una scala di valutazione articolata in 5 gradi: non adeguato, migliorabile, adeguato, buono, eccellente.

Per il personale del comparto, il responsabile riporta nella scheda il grado di raggiungimento dell'/degli obiettivo/i individuale/i e dei comportamenti attesi. I risultati della performance complessiva rappresentano la somma del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza (peso 60) e del risultato della valutazione individuale (peso 40). In occasione del colloquio di valutazione il responsabile illustra al collaboratore il grado di raggiungimento del/degli obiettivo/i e dei comportamenti organizzativi valutabili quantitativamente. Rispetto invece all'area dedicata allo sviluppo delle competenze dei comportamenti organizzativi valutabili qualitativamente, il responsabile esprime una valutazione su quanto agito nel corso dell'anno secondo una scala articolata su 3 gradi: in sviluppo, acquisita e consolidata.

Ai fini della prevista validazione complessiva, le schede di verifica individuale che alimentano il fascicolo personale di ciascun dipendente, come le schede di valutazione della performance organizzativa delle singole strutture, sono tenute agli atti e a disposizione dell'OIV.

In linea con le più recenti indicazioni normative (articolo 7, comma 3, decreto legislativo n. 150/2009 così come modificato dal D.P.R. n. 105/2016 e dal D.lgs. n. 74 del 25/05/2017), sono state definite le procedure di conciliazione attivabili dai singoli nei casi di valutazione inferiore a 60/100.

Per il personale dirigente ha effetti (già dall'anno 2014) sulla retribuzione di risultato complessiva, per il personale del comparto ha effetti (già dall'anno 2016) sul saldo della retribuzione di risultato e dal 2019 su tutto il premio della performance.

Fermo restando il rispetto dei CCNL e degli Accordi integrativi vigenti, ai fini del sistema premiante il raggiungimento di un indice di performance individuale minimo pari al 50% è condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato della dirigenza e del premio della performance del comparto.

Il personale "Non valutabile" è il personale che nel corso dell'anno 2023 non è stato presente al lavoro (aspettativa, comandi, lunghe assenze) o ha avuto una ridotta presenza in servizio.

**Per il personale delle Aree della Dirigenza**, la declinazione degli obiettivi individuali, come già avvenuto a partire dall'anno 2018, produrrà effetti economici sulla retribuzione di risultato relativa all'annualità 2023.

L'indice di performance individuale complessivo risulta dalla sommatoria del grado di raggiungimento della verifica del budget della struttura (peso 60/100) e dal risultato della valutazione individuale (peso 20/100 per il raggiungimento degli obiettivi individuali e 20/100 per la valutazione delle competenze e comportamenti).

Il personale dirigente non valutabile risulta essere 28.

Gli esiti finali della valutazione della Performance individuale per la dirigenza nell'anno 2023 sono quelli illustrati dalle seguenti tabelle, dove la valutazione massima conseguibile corrisponde ad un punteggio pari a 40.

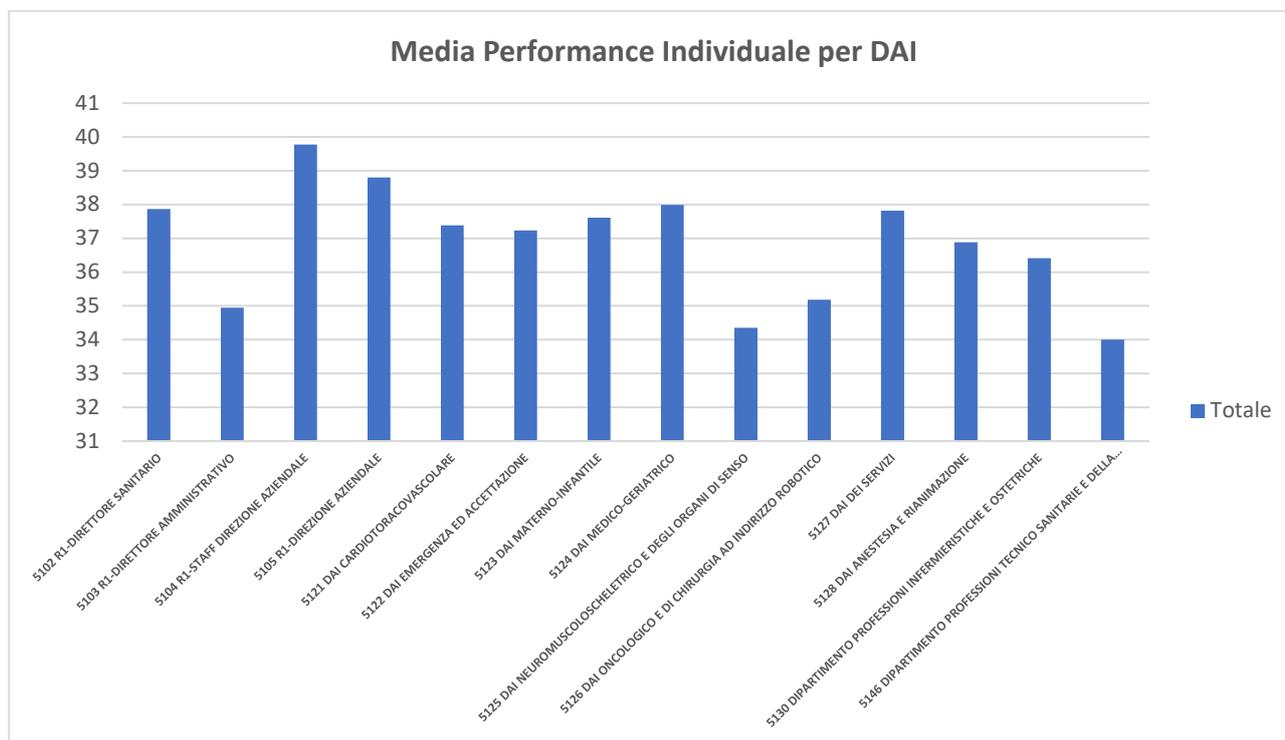
VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE INDIVIDUALE		VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA	
ANNO 2023		ANNO 2023	
Minimo conseguito	10,40	Minimo conseguito	58,56
Massimo conseguito	40,00	Massimo conseguito	100,00
Media	36,65	Media	89,79
Moda	40,00	Moda	99,22
Mediana	39,60	Mediana	91,55

Si riportano nelle tabelle seguenti i risultati della valutazione della performance individuale.

La prima tabella suddivide il personale dirigente valutato per 5 fasce di punteggio conseguito in sede di valutazione individuale e riporta la suddivisione sul totale dei dipendenti soggetti a valutazione.

FASCE DI PUNTEGGIO	NUMERO DIRIGENTI VALUTATI	% SUL TOTALE
<b>NON VALUTABILI</b>	<b>28</b>	<b>=</b>
0-16	12	0,9
16,01-24	55	4,1
24,01-28	43	3,2
28,01-32	113	8,5
32,01-36	173	13,0
36,01-40	933	70,2
<b>TOTALE VALUTATI</b>	<b>1329</b>	<b>100,0</b>

La seconda tabella illustra gli esiti della valutazione individuale della performance della dirigenza per l'anno 2023 riportando la valutazione media conseguita presso ciascun DAI, Direzione.

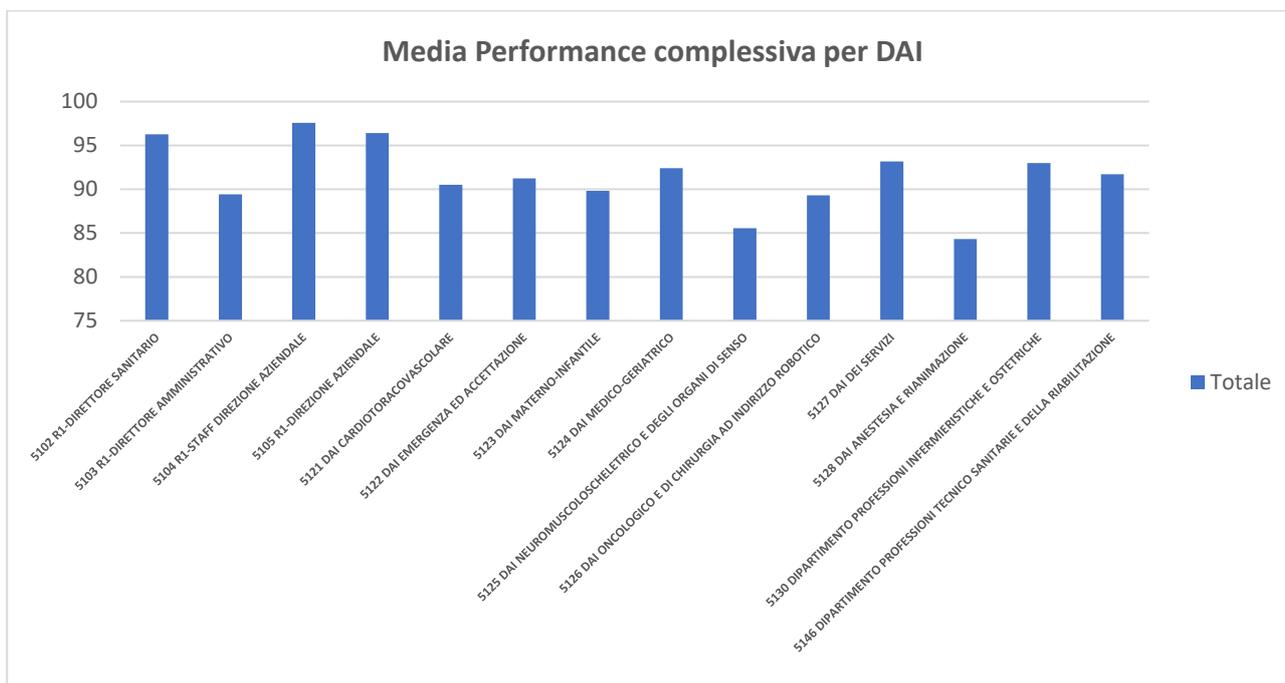


Si riportano nelle tabelle seguenti i risultati della valutazione della performance complessiva risultante dalla sommatoria del grado di raggiungimento della verifica del budget della struttura (peso 60/100) e dal risultato della valutazione individuale (peso 40/100).

La prima tabella suddivide il personale dirigente valutato per 5 fasce di punteggio conseguito in sede di valutazione complessiva, per la performance organizzativa ed individuale, e riporta la suddivisione sul totale dei dipendenti soggetti a valutazione.

RISULTATI PERFORMANCE COMPLESSIVA PERSONALE DIRIGENTE ANNO 2023 SUDDIVISI PER RUOLO E FASCE DI PREMIALITA'										
Fasce di valutazioni	MEDICI		SANITARI NON MEDICI		PROFESSIONI SANITARIE		PTA		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	22	1,66	1	0,08	1	0,08	4	0,30	28	2,11
<50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
50-59,99	5	0,38	0	0,00	0	0,00	0	0,00	5	0,38
60-74,99	84	6,32	1	0,08	0	0,00	2	0,15	87	6,55
75-89,99	423	31,83	17	1,28	4	0,30	3	0,23	447	33,63
90-100	633	47,63	130	9,78	6	0,45	21	1,58	790	59,44
<b>Totale</b>	<b>1145</b>	<b>86,16</b>	<b>148</b>	<b>11,14</b>	<b>10</b>	<b>0,75</b>	<b>26</b>	<b>1,96</b>	<b>1329</b>	<b>100,00</b>

La seconda tabella riassume invece le medie conseguite da ciascun DAI e Direzione rispetto agli indici di performance individuali complessivi risultanti dalla sommatoria del grado di raggiungimento della verifica del budget della struttura (peso 60/100) e dal risultato della valutazione individuale (peso 40/100).



**Per il personale dell'Area del Comparto**, si riporta, nella tabella seguente, la classificazione delle valutazioni individuali del comparto, classificato per i diversi ruoli, per fascia di valutazione con le rispettive percentuali.

Il personale del comparto non valutabile risulta essere 32.

Il personale valutato del comparto è 4.792, di questi 4.364 sono stati valutati per la performance organizzativa ed individuale mentre 428 sono stati valutati solo per la performance organizzativa in quanto personale a tempo determinato e/o personale neoassunto dopo la data del 30/09/2023.

RISULTATI PERFORMANCE COMPLESSIVA PERSONALE DEL COMPARTO ANNO 2023										
SUDDIVISI PER RUOLO E FASCE DI PREMIALITA'										
Fasce di valutazioni	RUOLO SANITARIO		RUOLO SOCIO SANITARIO		RUOLO TECNICO		RUOLO AMM.VO		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	14	0,29	7	0,15	3	0,06	8	0,17	25	0,52
<50	0	0,00	0	0,00	1	0,02	0	0,00	1	0,02
50-59,99	57	1,19	36	0,75	31	0,65	7	0,15	131	2,73
60-74,99	95	1,98	48	1,00	30	0,63	16	0,33	189	3,94
75-89,99	434	9,06	169	3,53	56	1,17	32	0,67	691	14,42
90-100	2493	52,02	768	16,03	245	5,11	274	5,72	3780	78,88
<b>Totale</b>	<b>3079</b>	<b>64,25</b>	<b>1021</b>	<b>21,31</b>	<b>363</b>	<b>7,58</b>	<b>329</b>	<b>6,87</b>	<b>4792</b>	<b>100,00</b>

La tabella seguente illustra i valori di tendenza nella valutazione individuale e complessiva:

VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE INDIVIDUALE		VALORI DI TENDENZA CENTRALE ESITI VALUTAZIONE COMPLESSIVA	
ANNO 2023		ANNO 2023	
Minimo conseguito	0,00	Minimo conseguito	49,53
Massimo conseguito	40,00	Massimo conseguito	100,00
Media	32,87	Media	91,85
Moda	40,00	Moda	95,87
Mediana	40,00	Mediana	95,87

**Allegato A. Risultati verifica budget 2023 per struttura**

**RISULTATI FINALI VERIFICA BUDGET 2023**

**5102 R1-DIRETTORE SANITARIO**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3063	MONITORAGGIO PERFORMANCE SANITARIE	97
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3064	DIREZIONE OPERATIVA	97
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3065	GOVERNO DEI PERCORSI OUTPATIENT	98
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3101	INTEGRAZIONE ED INNOVAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	98
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	96
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	99
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1440	MEDICINA LEGALE	98
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	99
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	97
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3027	CRAOT	98
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3102	MONITORAGGIO APPROPRIATEZZA STANDARD QUALITATIVI IGIENICO SANITARI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED ORG.	96
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1357	FARMACOLOGIA	87
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO	1521	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E POLITICHE DEL FARMACO	98

**5103 R1-DIRETTORE AMMINISTRATIVO**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5206 AREA TECNICA	3012	PROGETTAZIONE	91
5206 AREA TECNICA	3013	REALIZZAZIONI	86
5206 AREA TECNICA	3105	MOBILITA' E SICUREZZA DI SITO OSPEDALIERO	83
5206 AREA TECNICA	3106	GESTIONE, CONDUZIONE E MANUTENZIONE IMMOBILI	72
5206 AREA TECNICA	3107	INNOVAZIONE TECNOLOGICA PER EFFICIENTAMENTO ENERGETICO E SOSTENIBILITA' AMBIENTALE (In.T.E.S.A.)	94
5206 AREA TECNICA	3108	SVILUPPO INVESTIMENTI	85
5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO delle ATTIVITA' SANITARIE	87
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	98
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	97
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE	96
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3049	SERVIZI ESTERNALIZZATI	96
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3097	PATRIMONIO E GARE A GESTIONE AZIENDALE	95

**5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3021	SVILUPPO E GESTIONE TECNOLOGIE INNOVATIVE	92
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3028	CONTROLLO DIREZIONALE	99
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3031	ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISK MANAGEMENT	98
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3044	INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI	97
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3099	INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	86
5269 AREA INNOVAZIONE CONTROLLO E QUALITA'	3109	INVESTIMENTI TECNOLOGICI	97
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3017	POLITICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	95
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E AREA A PAGAMENTO	98
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3110	UO COMUNICAZIONE	98
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3026	CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI CRCR	97

**5105 R1-DIREZIONE AZIENDALE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3015	SPP	91
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	99
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3094	CONTROLLI INTERNI INTEGRATI e GESTIONE SINISTRI e RAPPORTI ASSICURATIVI	98

**5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	86
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1163	INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA STRUTTURALE	92
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1166	CARDIOCHIRURGIA	85
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	85
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	95

5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1282	ARITMOLOGIA	79
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	91
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	90
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1404	MALATTIE ATERTOTROMBOTICHE	88
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1425	CARDIOLOGIA DIAGNOSTICA	91
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	86
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	93
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1165	CHIRURGIA TORACO POLMONARE	96
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	88

**5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1162	CHIRURGIA D'URGENZA	79
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1178	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA	91
5322 AREA CHIRURGICA-DAI 22	1322	CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE	93
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1141	MEDICINA INTERNA 2	100
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1142	MEDICINA INTERNA 1	90
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1146	MEDICINA INTERNA 3	94
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1154	MEDICINA INTERNA 4	90
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1187	MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA	92
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1209	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	93
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1272	GASTROENTEROLOGIA CLINICA	95
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1140	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE INQUADRAMENTO CLINICO INTEGRATO E PERCORSI INTRAOSPEDALIERI DELLE URGENZE	84
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1147	STROKE UNIT	82
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1254	TOSSICOLOGIA MEDICA E CENTRO ANTIVELENI	89
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1264	TOSSICOLOGIA MEDICA E CENTRO ANTIVELENI	97

**5123 DAI MATERNO-INFANTILE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1158	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	84
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1191	OSTETRICA E GINECOLOGIA	85
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	82
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1194	MEDICINA PRENATALE	83
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1268	GENETICA MEDICA	62
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	93
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1353	ANDROLOGIA, ENDOCRINOLOGIA FEMMINILE E INCONGRUENZA DI GENERE	96
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	96
6023 AREA DI NEONATOLOGIA	1218	NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	90

**5124 DAI MEDICO-GERIATRICO**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1153	IMMUNOLOGIA E TERAPIE CELLULARI	95
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1156	REUMATOLOGIA	94
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1169	ALCOLOGIA	99
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1210	NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO	90
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1266	ENDOCRINOLOGIA	92
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1270	IMMUNOALLERGOLOGIA	77
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	80
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1308	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	90
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1309	NUTRIZIONE CLINICA	91
5424 AREA MEDICA-DAI 24	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	76
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1148	AGENZIA DI CONTINUITA OSPEDALE-TERRITORIO	96
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1196	GERIATRIA-UTIG	89
5624 AREA ARGENTO-DAI 24	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	99

**5125 DAI NEUROMUSCOLOSCELETRICO E DEGLI ORGANI DI SENSO**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1117	CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO	89
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1119	TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA GENERALE	75
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1122	ORTOPEDIA	78
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	96
5325 AREA CHIRURGICA ORTOPEDICA-DAI 25	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	80
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1114	UNITA SPINALE UNIPOLORE	95
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1159	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	100
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1199	RIABILITAZIONE NEUROLOGICA	76
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1252	NEUROLOGIA 1	82
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1253	NEUROLOGIA 2	97

5425 AREA MEDICA-DAI 25	1256	PSICHIATRIA	84
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1276	RIABILITAZIONE	95
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1297	NEUROUROLOGIA	96
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	92
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1317	MEDICINA INTERNA E POST CHIRURGICA	72
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	74
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1127	NEUROCHIRURGIA	64
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1201	CURE INTENSIVE DEL TRAUMA E DELLE GRAVI INSUFFICIENZE D'ORGANO	95
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1234	OCULISTICA	97
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	91
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	86
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	79
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	87
5525 AREA TESTA COLLO-DAI 25	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	70

**5126 DAI ONCOLOGICO E DI CHIRURGIA AD INDIRIZZO ROBOTICO**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1112	ORTOPEDIA ONCOLOGICA E RICOSTRUTTIVA	89
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	84
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1161	CHIRURGIA GENERALE	78
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	81
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1179	MEDICINA INTERNA PERIOPERATORIA	77
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1200	AUDIOLOGIA, CHIRURGIA TESTA COLLO ONCOLOGICA E ROBOTICA	84
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1248	UROLOGIA ONCOLOGICA, MININVASIVA, ROBOTICA ED ANDROLOGICA	82
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1249	CHIRURGIA UROLOGICA ROBOTICA, MINIINVASIVA E DEI TRAPIANTI RENALI	83
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA AVANZATA	86
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1145	ONCOLOGIA MEDICA	99
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1152	MEDICINA INTERNA ED EPATOLOGIA	90
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1175	ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA	95
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1193	ONCOLOGIA MEDICA GINECOLOGICA	88
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1207	ONCOLOGIA CLINICA	99
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1274	RADIOTERAPIA	89
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1315	PSICONCOLOGIA	61
5426 AREA MEDICA-DAI 26	1411	FISICA MEDICA	97
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	89
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	97
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1204	EMATOLOGIA	99
5626 AREA EMATOLOGICA-DAI 26	1312	CENTRO DIAGNOSTICO CITOFUORIMETRIA E IMMUNOTERAPIA	95

**5127 DAI DEI SERVIZI**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	89
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1401	LABORATORIO GENERALE	99
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	99
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	97
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1422	ISTOLOGIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE	99
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1481	SICUREZZA E QUALITA	99
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1195	RADIODIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	91
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1198	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	63
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1284	INTERVENTISTICA NEUROVASCOLARE	85
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1414	MEDICINA NUCLEARE	76
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	99
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1452	RADIODIAGNOSTICA SPECIALISTICA	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1455	RADIODIAGNOSTICA 2	90
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1460	NEURORADIOLOGIA	92

**5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1157	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	87
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	81
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPEDIA	83
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIORIANIMAZIONE	66
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1205	ANESTESIA DI AREA OSTETRICO E GINECOLOGICA	84
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1236	ANESTESIA ORGANI DI SENSO	84
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	77
5214 R1-DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1360	CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	85

**5130 DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	1126	GRAVID. FISIOLÓGICA E CENTRO NASCITA MARGHERITA	95
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3054	UO PIATTAFORMA PRODUTTIVA BLOCCHI OPERATORI	91
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3055	UO PIATTAFORMA PRODUTTIVA DEGENZE	93
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3057	UO PIATTAFORMA AMBULATORI	89
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3061	PROGRAMMAZIONE, GOVERNO E MONITORAGGIO PROCESSI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA	96
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3062	UO RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	98
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3085	UO SERVIZI INTEGRATI DI PADIGLIONE E LOGISTICA SANITARI	91

**5146 DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE**

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD	% RAGG.
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3112	PROGRAMMAZIONE GOVERNO E MONITORAGGIO PROCESSI TECNICO SANITARI E DELLA RIABILITAZIONE	95
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3113	SERVIZI DIAGNOSTICI PER IMMAGINE	97
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3114	SERVIZI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO	98
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3115	SERVIZI DI FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE	97