

**AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA
CAREGGI**

**RELAZIONE
SULLA
PERFORMANCE
2025**



...i nostri numeri

Dati consolidati 2025

Capitale Umano e Struttura


Oltre 50 edifici, 84 ettari di superficie, circa 20.000 ambienti
52 sale operatorie

7.700+
Professionisti
Quota femminile 67%



5.320 dipendenti ospedalieri,
212 universitari, 264 altre
collaborazioni e oltre 2.000
specializzandi


46
Scuole di
Specializzazione
accreditate
80% posti coperti

1.151
Posti letto totali



Circa 400.000 giornate di
degenza

Circa 800 Meuro
risorse gestite



Performance e Volumi Operativi

59.798

Accessi in Sala Operatoria



107.009

Accessi al Pronto Soccorso



Oltre 2.000 interventi di robotica

4 Milioni di prestazioni
ambulatoriali per esterni



3.000 Neonati



60.172 Ricoveri
Peso Medio R.O. 1,3
Alta Complessità R.O. 20%
Attrazione extraregione R.O. 10%



...la nostra identità

una piccola città al servizio del cittadino

Ogni giorno:



> 1.000
Pazienti
ricoverati



17.000
Prestazioni di
laboratorio



1.700
Visite
specialistiche



290
Accessi al
Pronto Soccorso



200
Accessi in sala
operatoria



1.700
Prestazioni
diagnostica per
immagini



8
Parti



1. PREMESSA	4
2. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA.....	6
3. PERFORMANCE ORGANIZZATIVA DELLE STRUTTURE AZIENDALI	9
4. PERFORMANCE INDIVIDUALE	15
ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET PER STRUTTURA	22

1. Premessa

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, in coerenza con gli strumenti istituzionali di programmazione, adotta annualmente il **Piano della Performance**, documento programmatico a valenza pluriennale e di collegamento tra pianificazione strategica e programmazione operativa che 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 ai diversi portatori di interesse, primi tra tutti i cittadini.

La presente **Relazione sulla Performance** vuole illustrare i risultati raggiunti dall'AOU Careggi nel corso dell'anno 2025 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.

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 inoltre 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 pertanto 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.

In estrema sintesi il processo virtuoso che si intende attivare può essere sintetizzato come segue:



Il Servizio Sanitario Nazionale, superata la gestione dell'emergenza pandemica, sta vivendo una fase di profonda trasformazione guidata anche dagli investimenti del PNRR e dalla riforma dell'assistenza territoriale prevista dal DM 77/2022. In questo scenario, il 2025 ha visto l'AOU Careggi consolidare il proprio percorso di riorganizzazione, fortemente orientato all'innovazione, all'abbattimento strutturale delle liste d'attesa e all'integrazione continua dei percorsi di cura. Questo processo di rinnovamento è stato formalizzato e supportato dall'adozione del nuovo Statuto Aziendale (Prov. n. 690 del 18/10/2024), che ha ridefinito l'assetto organizzativo per renderlo più aderente alle attuali sfide gestionali e cliniche.

Nel 2025, l'attività clinico-assistenziale dell'Azienda, in piena continuità con il percorso di consolidamento e recupero postpandemico, ha confermato l'evoluzione già avviata verso modelli più appropriati e sostenibili. Dal punto di vista della produzione, i ricoveri sono rimasti sostanzialmente stabili sui volumi 2024, con 45.166 ricoveri ordinari (+0,4%). Riguardo al percorso chirurgico, gli interventi complessivi annui si sono nuovamente attestati sul valore 2024, condizionati nei primi due mesi dell'anno dalla mancata copertura dei turni di sala (-4,5%), non completamente compensata dai trend positivi degli ultimi mesi (+2,7%). Su questo quadro complessivo si sono evidenziate tuttavia variazioni molto significative in ambiti ad alta complessità: la chirurgia robotica è cresciuta del +4%, la neurochirurgia del +8%, la chirurgia vascolare del +9%.

Nel confronto con il 2019 gli accessi in sala hanno mantenuto il distacco positivo del +10%, mentre rimangono stabilmente più bassi i volumi di ricovero ordinario (-5%). A tale riduzione volumetrica si accompagna una casistica di maggiore complessità e, al tempo stesso, il progressivo spostamento di procedure meno complesse (come alcune chirurgie oculistiche o della mano) dal regime di Day-Hospital a quello puramente ambulatoriale, testimonia il successo del riposizionamento dei percorsi.

Questa logica di appropriatezza del setting assistenziale risponde pienamente alle direttive di integrazione ospedale-territorio promosse dal DM 77/22 e declinate dalla DGR 1508/22, consentendo all'Azienda di focalizzare le proprie dotazioni strutturali sulla presa in carico ad alta intensità. La ridefinizione organizzativa interna avviata anche in termini di processi e percorsi non può che orientarsi sull'integrazione con le risorse del territorio, che, in questa fase storica di riposizionamento dei confini secondo una logica di rete, si possono offrire a sinergie estremamente funzionali per costruire un modello di servizio affidabile, sostenibile e, quindi, credibile. La sfida è ormai diventata quella della definizione e formalizzazione di questi modelli di collaborazione fra azienda ospedaliera ed azienda territoriale all'interno della cornice del documento di programmazione unico ed integrato a livello di Area Vasta Centro. L'impianto del documento, costruito attraverso la cooperazione fra le due aziende, ha già ispirato nuovi orientamenti ed assetti e ha dato avvio a tavoli di confronto necessari per ripensare a standard formativi e di processo omogenei, a modelli agevoli di collaborazione ed a protocolli di servizio che, nel rispetto delle reciproche prerogative, garantiscano integrazione professionale e disciplinare nel confezionamento di una risposta che, se efficace, diventa anche efficiente per il sistema nel suo complesso.

Il ciclo di programmazione e controllo dell'AOU Careggi è strutturato per superare il mero adempimento formale, orientando le azioni e gli obiettivi verso la reale generazione di Valore Pubblico, inteso come misurabile miglioramento della salute e del benessere dei cittadini. Pertanto, le performance organizzative e individuali descritte in questa relazione non devono essere lette come entità isolate, ma vanno valutate per il loro contributo tangibile all'efficacia clinica, all'efficienza economico-produttiva e all'equità nell'accesso alle cure. Tali traguardi sono stati supportati trasversalmente da obiettivi strategici quali la semplificazione e la digitalizzazione dei processi, l'integrazione nei percorsi di cura, l'innovazione tecnologica e l'appropriatezza e sostenibilità aziendale.

Sono infatti 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 sono ormai diffusi 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, al **Programma Nazionale Esiti** (PNE) di AGENAS, ed al **Nuovo Sistema di Garanzia** (NSG) che definiscono indicatori e standard di riferimento con i quali potersi confrontare. Gli indicatori MES, in un'ottica multidimensionale, abbracciano diversi aspetti: clinici, economici, di capacità di perseguimento delle strategie regionali, di valutazione interna ed esterna; gli indicatori PNE sono principalmente indicatori di volume e di esito delle cure; gli indicatori NSG mirano ad assicurare a tutti i cittadini italiani che l'erogazione dei LEA avvenga in condizioni di qualità, appropriatezza ed uniformità. Gli obiettivi di budget dell'azienda per l'anno 2025 si collocano all'interno delle seguenti linee strategiche:



Per una piena comprensione delle **linee di indirizzo strategiche e degli obiettivi** da essi derivanti per l'anno 2025 può essere consultato il Piano della Performance pubblicato nel sito aziendale all'interno del **PIAO 2025-2027**.

La presente Relazione descrive i risultati raggiunti su tre livelli di performance:

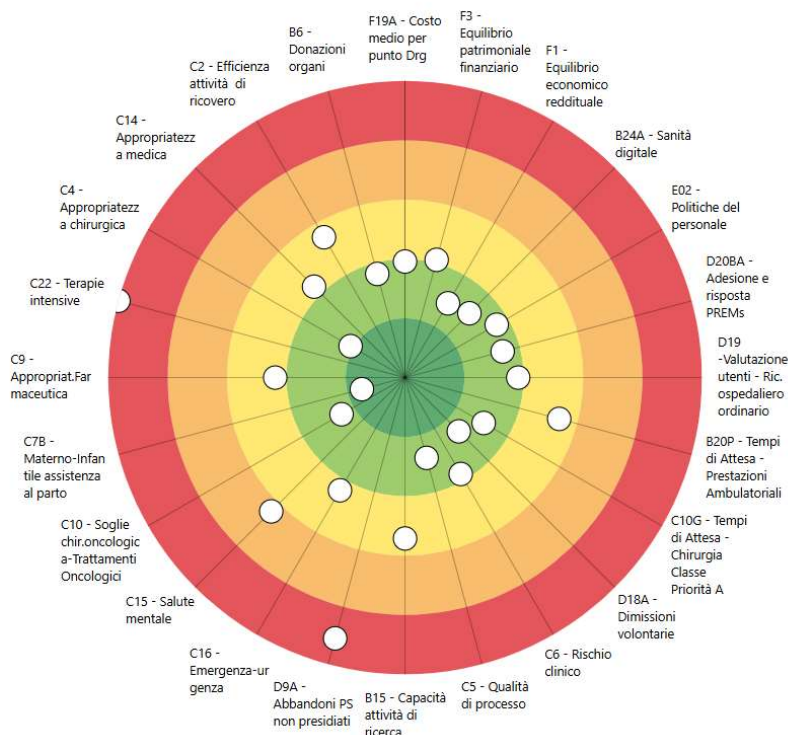
A	Performance organizzativa dell'Azienda rispetto alla valutazione annuale del MES attraverso il Bersaglio, ai risultati del Piano Nazionale Esiti e ai risultati del Nuovo Sistema di Garanzia .
B	Performance organizzativa delle strutture aziendali rispetto agli obiettivi annualmente assegnati mediante il percorso di budget .
C	Performance individuale del personale dipendente dell'Azienda.

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. 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.

Si riporta di seguito la valutazione dell'AOU Careggi per l'anno 2025 fatta dal MES tramite gli indicatori del Bersaglio.

Bersaglio 2025 - AOU Careggi

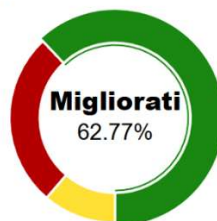
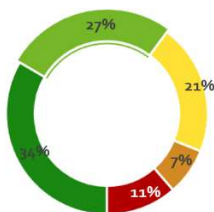


Dall'analisi del Bersaglio si evidenzia come l'azienda sia riuscita a perseguire nell'anno 2025 dei buoni risultati complessivi, con alcuni ambiti di miglioramento: il 61% degli indicatori si colloca infatti nella fascia buona/ottima, il 21% in quella media, il 18% sono da migliorare; nel corso dell'anno ben il 63% degli indicatori sono migliorati, il 26,60% ha presentato un peggioramento ed il 10,64% è rimasto stabile.

Si evidenziano in particolare i buoni risultati sull'appropriatezza chirurgica, il percorso materno infantile, le soglie ed i trattamenti oncologici, la qualità di processo, i tempi di attesa per gli interventi chirurgici di classe A, il tasso di adesione e di risposta e la valutazione degli utenti nell'indagine PREMs, oltre alle performance su politiche del personale, donazione organi, sanità digitale, e indicatori economici. Sono solo 3 gli ambiti con performance da attenzionare: gli abbandoni dal PS, migliorato nel corso dell'anno e comunque inquadrato nel percorso emergenza-urgenza che mostra un netto miglioramento complessivo e la migliore performance regionale sulla percentuale di accessi ripetuti in Pronto Soccorso entro 72 ore; l'indicatore delle Terapie intensive, risultante nella fascia rossa solo a causa del mancato invio in modalità ancora manuale dei dati di partecipazione ai sistemi di rilevazione e benchmarking delle terapie intensive; quello infine della Salute mentale che riguarda in realtà una casistica del tutto residuale (poco più di 100 casi su oltre 60.000) e non correlata a ricoveri psichiatrici ma geriatrici e internistici con forme di demenza e declino cognitivo.

AOU Careggi: sintesi 2025

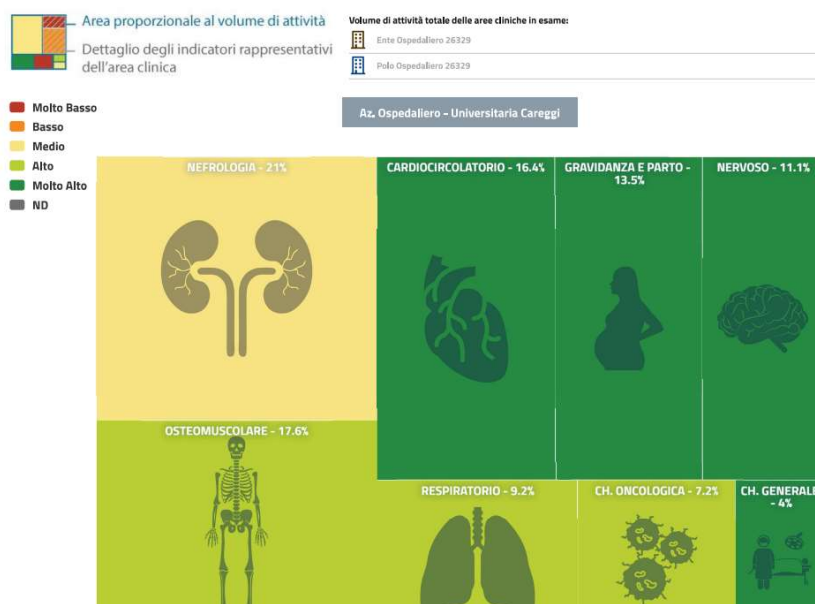
Capacità di miglioramento



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 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. La pubblicazione dei dati di esito e l'utilizzo di queste misure rappresenta infatti un valido strumento di governo del sistema e porta ad un miglioramento della qualità stessa delle cure.

Gli ultimi dati ad oggi disponibili sono quelli del PNE 2025, riferiti all'attività 2024, rappresentati in modo sintetico dalla Tree Map sottoportata che evidenzia gli ottimi risultati ottenuti. La metà delle aree persegue infatti una performance ottima, quella dell'area cardiocircolatorio, della gravidanza e parto, del nervoso e della chirurgia generale; tre aree perseguono una buona performance, quella del respiratorio, dell'osteomuscolare e della chirurgia oncologica, solo un'area raggiunge una performance media, quella della nefrologia, contenute tra l'altro un solo indicatore, quello della mortalità a 30 giorni per insufficienza renale, mentre non è presente nessuna area con performance scarsa o molto scarsa.

TREEMAP PNE 2025 (dati 2024)



Per quanto riguarda gli indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia, l'azienda nel 2025 si è mantenuta in linea con le attese su tutti gli indicatori, migliorando notevolmente sui 2 critici dell'anno precedente, quello degli reinterventi a 120 gg per tumore mammella e quello delle fratture di femore operate entro 48 ore; grazie alle azioni correttive introdotte nel corso del 2025, tutti gli indicatori raggiungono pertanto una buona performance.



Indicatori NSG - Sintesi per Azienda



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA CAREGGI

Setting	2022	2023	2024	2025
OSPEDALIERA				
H02Z - Tumore alla mammella (volumi)	100,00	100,00	100,00	100,00
H03Z - Reinterventi a 120gg per tumore alla mammella	8,31	8,30	10,06	3,43
H04Z - DRG a rischio inapproprietezza	0,10	0,12	0,12	0,13
H05Z - Colecistectomie laparoscopiche	87,09	92,28	91,39	91,21
H13C - Fratture di femore (<48h)	58,66	71,19	73,11	83,98
H13Cps - Fratture di femore (<48h da accesso PS)		54,93	57,35	68,58
H18C - Parti cesarei (>1000 parti)	20,08	20,35	18,78	16,25
H23C - Mortalità ictus ischemico	10,12	9,54	7,09	14,94

3. Performance organizzativa delle strutture aziendali

La valutazione della performance delle strutture aziendali avviene con il percorso di budget: ciascun anno vengono negoziati gli obiettivi da raggiungere con tutte le strutture, nel corso dell'anno vengono effettuati numerosi monitoraggi per verificarne l'andamento ed il processo si conclude con la verifica finale del grado di raggiungimento degli obiettivi contenuti nelle schede budget di ciascuna struttura. Tale fase inizia l'anno successivo a quello di riferimento ed in particolare quando sono disponibili i dati consolidati; vengono calcolati tutti gli indicatori contenuti nelle schede budget, caricati nelle singole schede di ciascuna struttura, calcolato lo scostamento dal valore atteso. Per ciascun indicatore sono definite delle fasce di valutazione che prevedono, a seconda dello scostamento dal valore atteso, delle percentuali di raggiungimento. Nel 2025 sono stati assegnati anche dei punti bonus, che sono andati ad incrementare la percentuale di raggiungimento finale di alcune strutture, secondo un algoritmo che mira a premiare quelle con un più alto numero di obiettivi e quindi con maggiore difficoltà a raggiungerli tutti, sulla base della % di obiettivi effettivamente raggiunti.

Le schede di budget sono presenti in una piattaforma web aziendale e possono essere consultate da parte di ciascun professionista in ogni momento; 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. 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. Durante l'anno sono comunque previsti numerosi monitoraggi infrannuali sull'andamento degli indicatori ed alcuni incontri con la direzione generale, per analizzare insieme l'andamento e se sono presenti delle criticità trovare delle azioni correttive da implementare.

Una parte degli **obiettivi di budget** sono specifici aziendali, una parte derivano dal Bersaglio MES, dal Programma Nazionale Esiti (PNE), dal Piano Nazionale Governo Liste Attesa (PNGLA), dal Nuovo Sistema di Garanzia (NSG). Gli obiettivi annuali si collocano nelle seguenti aree strategiche: la qualità clinica e di processo, gli esiti delle cure, l'efficienza organizzativa, l'efficienza assistenziale, l'integrazione ospedale territorio, lo sviluppo della telemedicina, la digitalizzazione, l'appropriatezza del percorso, l'appropriatezza del consumo dei farmaci e dispositivi medici, la qualità percepita attraverso l'esperienza vissuta dal paziente.

In tal modo la performance assistenziale viene valutata non solo per quello che l'Azienda realizza, ma anche per il modo in cui la realizza, ovvero come rispetta gli standard di qualità clinica e di processo, quali esiti delle cure raggiunge, come organizza i percorsi, con quale appropriatezza utilizza le risorse, ed alla fine se e come genera valore pubblico. Tutto ciò dovrebbe rendere più comprensibile per tutti i cittadini lo sforzo che ogni anno viene fatto da tutto il personale che vi lavora per raggiungere gli obiettivi prefissati al fine ultimo di garantire risposte assistenziali efficaci ed efficienti e riuscendo a coniugare la propria funzione di azienda ospedaliero universitaria di secondo livello con le molteplici funzioni più territoriali che ogni anno l'azienda è chiamata comunque a svolgere.

Nel complesso, la performance dell'AOU Careggi nel 2025 conferma un profilo di solidità sia clinica che gestionale, con azioni mirate già in atto per affrontare le aree nelle quali esistono margini di miglioramento; i principali obiettivi di budget sono stati infatti raggiunti come di seguito riportato.

Il rispetto degli **standard sui tempi chirurgici previsti dal PNGLA**, (ovvero gli interventi di classe A individuati dal Piano Nazionale del Governo delle Liste di Attesa da eseguire entro 30 giorni), è migliorato per alcune tipologie di intervento anche se non tutte raggiungono ancora i valori attesi. In particolare, si sono avuti miglioramenti per la prostata, per il colon, il retto, l'utero, le colecistectomie laparoscopiche e le protesi d'anca, mentre rimangono ancora margini di miglioramento per la vescica, il rene, il pancreas, l'ernia; il fatto che per alcune casistiche non siano ancora rispettati i 30 giorni di attesa è sotto osservazione da parte della Direzione al fine di introdurre azioni correttive e garantire tali tempistiche per tutte le tipologie di intervento. Tutte le altre tipologie di intervento non citate e contenute nel PNGLA, sia oncologiche che non oncologiche, raggiungono il 90% degli interventi eseguiti entro 30 giorni.

Obiettivo strategico ormai da diversi anni, è la realizzazione dell'**efficienza di sala**, al fine di consentire di incrementare il numero di interventi chirurgici programmati e quindi ridurre le liste di attesa; al fine di misurarla e quindi migliorarla, i primi anni sono stati introdotti per le chirurgie, per le anestesie e per le piattaforme dei comparti operatori, degli obiettivi sull'orario di ingresso nella sala del primo paziente, sull'orario della prima incisione e sull'ultima sutura nonché sui tempi di cambio. Per il 2025 è stato deciso di

utilizzare un unico indicatore, quello generale dell'occupazione di sala, chiedendone un incremento e lasciando la possibilità ai singoli professionisti di agire sui tempi di inizio e fine intervento e/o sui tempi di cambio. Nell'arco dell'anno, nella maggior parte delle sale, si è avuto un incremento dell'occupazione, anche se non sempre rilevante ed anche se rimangono in alcune sale ancora margini per ulteriori miglioramenti. Sono inoltre stati raggiunti dalla gran parte delle strutture gli obiettivi sulla corretta programmazione delle sale.

La maggior parte degli **obiettivi MES** contenuti nel Bersaglio, come già evidenziato in precedenza, hanno raggiunto una buona o ottima performance, collocandosi nelle fasce centrali del Bersaglio, rimanendo margini di miglioramento per qualche indicatore.

Tutti gli **indicatori PNE**, come già descritto, rappresentati dai tassi di mortalità, sono da sempre tutti in linea con i valori attesi, e raggiungono una performance buona o ottima anche nell'anno 2025, nella maggior parte attestandosi su valori migliori della media nazionale.

Sull'**efficienza assistenziale** si è registrata la riduzione della degenza media, incrementata nel periodo post-covid senza riuscire a calare negli anni successivi, sia per la casistica medica che chirurgica, anche se tale riduzione al momento risulta ancora minore di quanto atteso; è inoltre migliorata la disponibilità dei posti letto dedicati dalle medicine al pronto soccorso, rendendo più agevole il ricovero dei pazienti da trattenere in ospedale. Sono stati infine pienamente realizzati gli obiettivi sul contenimento dei tempi di risposta delle prestazioni diagnostiche sia per i pazienti ricoverati che per quelli del PS, al fine di consentire di ridurre la degenza media dei pazienti.

Anche gli obiettivi **sull'integrazione ospedale-territorio** hanno trovato il raggiungimento da parte di quasi tutte le strutture: sono stati infatti segnalati ai MMG circa l'80% dei pazienti ricoverati nei reparti di degenza e dei pazienti visitati in ambulatorio, segnalazione necessaria per avviare una continuità di cura tra ospedale e territorio. La quasi totalità delle strutture ha inoltre dedicato slot settimanali per i MMG per effettuare il teleconsulto, sempre nell'ambito di apertura al dialogo col territorio, e sono stati redatti progetti specifici per attivare il teleconsulto anche con gli specialisti ASL. In questo modo si vorrebbe contribuire a sviluppare una maggiore comunicazione e scambio di informazioni tra medici ospedalieri e medici di medicina generale e medici del territorio per assicurare la continuità delle cure e dunque una presa in carico appropriata ed efficace nel passaggio da ospedale a territorio e viceversa.

Dopo il ricorso alla **telemedicina** avviato nel 2020 con l'emergenza covid, l'azienda aveva registrato un calo in molte discipline. Con le diverse strutture coinvolte si è cercato pertanto di definire un volume di prestazioni per le quali è possibile effettuare televisite di controllo, cercando di rendere questo nuovo strumento che si era sviluppato in situazione di emergenza uno strumento ordinario, non tanto per sostituire la visita in presenza, ma, dove possibile, per arricchire e diversificare le modalità di controllo anche a distanza. Nel 2025 è incrementato come auspicato l'utilizzo delle televisite di controllo da parte di molte strutture, rimanendo un obiettivo strategico anche in vista dell'implementazione della nuova piattaforma regionale di telemedicina, che prevederà la possibilità di effettuare non solo i teleconsulti, sia con i MMG che con gli altri professionisti sanitari, ma anche le televisite, la teleassistenza e il telemonitoraggio.

Il ricorso alla **chirurgia ambulatoriale** è incrementato nel corso dell'anno, anche se per alcune tipologie di intervento individuate a livello regionale (D.RT. 20196/2021) la soglia eseguita in regime ambulatoriale è ancora sotto quella individuata come ottimale ed è necessario, pertanto, spingere ancora sull'appropriatezza di setting in questo ambito.

Per quanto riguarda la **digitalizzazione** della documentazione sanitaria, si sono ottenuti dei buoni risultati con un incremento della firma digitale sia delle cartelle cliniche che dei referti ambulatoriali ed altre tipologie di referti.

Sulla **corretta igiene delle mani**, legata al controllo delle infezioni correlate all'assistenza, sono state adottate ulteriori misure ed è prevista ulteriore formazione al personale sia medico che infermieristico ed azioni correttive per poter ottenere ulteriori miglioramenti.

Da qualche anno sono stati introdotti anche obiettivi sulla **qualità percepita**, sia da parte dei pazienti ricoverati che da tutti i dipendenti dell'azienda. Questo attraverso due questionari: l'indagine PREMs che raccoglie l'esperienza dei pazienti sul ricovero ospedaliero e il questionario di valutazione dei servizi offerti dalle strutture centrali che raccoglie le valutazioni di tutti i dipendenti. 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. Così come attraverso l'indagine PREMs i pazienti valutano la qualità dei servizi offerti dalle strutture di degenza, allo stesso modo 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, a partire dal 2023, 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 le criticità, o comunque gli ambiti da poter migliorare ed i punti di forza da poter prendere come riferimento.

Sugli obiettivi di **appropriatezza del consumo dei farmaci** sono stati raggiunti i risultati attesi nei diversi ambiti da parte di quasi tutte le strutture. Più nello specifico sono stati raggiunti ottimi risultati sull'incremento dell'utilizzo dei farmaci biosimilari, sull'appropriatezza prescrittiva, sul consumo dei farmaci off label, sulla corretta compilazione delle schede/ registri AIFA, sul nuovo obiettivo della consegna diretta dei farmaci ai pazienti in dimissione. L'**appropriatezza del consumo dei dispositivi medici**, che ha recepito le nuove indicazioni regionali per la riduzione della spesa in specifici ambiti, non ha invece ottenuto nel corso dell'anno le riduzioni attese, in quanto la spesa dei DM a livello aziendale è incrementata. In linea gli obiettivi relativi alle segnalazioni di farmacovigilanza e dispositiovigilanza.

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.

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUN- GIMENTO
CONTENIMENTO TEMPI DI ATTESA INTERVENTI CHIRURGICI CLASSE A	RISPETTO STANDARD SUI TEMPI INTERVENTI CHIRURGICI PREVISTI NEL PIANO NAZIONALE DEL GOVERNO DELLE LISTE ATTESA (PNGLA)	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. ONCOLOGICI DEL PNGLA ENTRO 30GG	60%	= 100%	75%		75
		PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO ATTESA MEDIA PER INTERVENTI CHIR. NON ONCOLOGICI DEL PNGLA ENTRO 30GG	80%	= 100%	87.5%		87
EFFICIENZA ORGANIZZATIVA	MIGLIORAMENTO EFFICIENZA SALA OPERATORIA	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI INCREMENTO OCCUPAZIONE SALA	%	= 100%	72.2%		72
		PERC. ULTIME SUTURE PRIMA DELLE 19,30	%	> 95%	88.2%	75	80
	CORRETTA PROGRAMMAZIONE SALE OPERATORIE	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SULLA CORRETTA PROGRAMMAZIONE SALE	%	= 100%	75.2%		75
INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO	SEGNALAZIONE PAZIENTI AI MMG	PERC. PZ RICOVERATI SEGNALATI AL MMG/ PZ. DIMESSI	80.23%	> 95%	77.87%		80
		PERC. ACCESSI AMBULATORIALI SEGNALATI AL MMG/ PZ. VISITATI	80.92%	> 95%	83.32%		90
	SVILUPPO TELECONSULTO CON MMG	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI DEDICARE SLOT PER TELECONSULTO CON MMG	83%	= 100%	82.5%		82
		N. TELECONSULTI EFFETTUATI/ N. TELECONSULTI RICHIESTI DA MMG	%	= 100%	57.14%		60
SVILUPPO TELEMEDICINA	SVILUPPO TELEVISITE DI CONTROLLO	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO TELEVISITE DI CONTROLLO	86%	= 100%	75%		75

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGI- MTO
QUALITA' CLINICA/ DI PROCESSO	RISPETTO STANDARD PREVISTI DA MES/ PNE: MATERNO INFANTILE	PNE: PERC. PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO	19.18%	< 20%	17.22%	35	100
		PNE: PERC. PARTI VAGINALI IN DONNE CON PREGRESSO TAGLIO CESAREO	21.19%	> 40%	19.77%	5	60
		PNE: PERC. EPISIOTOMIE IN PARTI VAGINALI	2.23%	< 5%	1.5%	20	100
	RISPETTO STANDARD PREVISTI DA MES/ PNE: ORTEPEDIA	PNE: PERC. FRATTURE FEMORE ENTRO 48 ORE	70.3%	> 70%	74.23%	30	100
		PNE: PERC. RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG PER INTERVENTO DI PROTESI DI ANCA	2.65%	< 3%	.71%	9	100
		PNE: PERC. RIAMMISSIONI ENTRO 30 GG PER INTERVENTO DI PROTESI DI GINOCCHIO	1.05%	< 3%	.74%	9	100
	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES/ PNE: CHIRURGIA GENERALE	PNE: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE CON DEGENZA POST OPERATORIA <3 GG	91.05%	> 80%	91.03%	50	100
		PNE: PERC. NUOVI INTERVENTI RESEZIONE ENTRO 120 GG DA INTERVENTO CHIR. CONSERVATIVO PER TUMORE MALIGNO MAMMELLA	8.18%	< 5%	3.83%	18	100
		MES: PERC. COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE IN DS / TOTALE COLECISTECTOMIE LAPAROSCOPICHE	88.47%	> 75%	87.2%	15	100
		MES: PERC. PROSTATECTOMIE TRANSURETRALI	99.46%	> 95%	99.47%	65	100
		MES: PERC. INTERVENTI PROGRAMMATI AL COLON IN LAPAROSCOPIA	83.05%	> 60%	81.65%	15	100
		MES: PERC. PZ CON TUMORE COLON SOTTOPOSTI A REINTERVENTO ENTRO 30 GG	4.84%	< 1.04%	3.87%	8,1	60
		MES: PERC. PZ CON TUMORE RETTO SOTTOPOSTI A REINTERVENTO ENTRO 30 GG	2.88%	< .6%	1.83%	5,64	80
		MES: PERC. INTERVENTI RIPARAZIONE VALVOLA MITRALE	70.46%	> 70%	74.71%	40	100
	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: CARDIOLOGIA	MES: PERC. PZ DIMESSI A DOMICILIO CON PERMANENZA IN PS < 8 ORE	81.23%	> 95%	83.07%	80	30
	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL MES: PRONTO SOCCORSO	MES: PERC. ACCESSI RIPETUTI IN PS ENTRO 72 ORE	4.18%	< 5.3%	4.15%	13	100
		MES: PERC. ABBANDONI DAL PS	6.23%	< 1.25%	5.57%	5	0

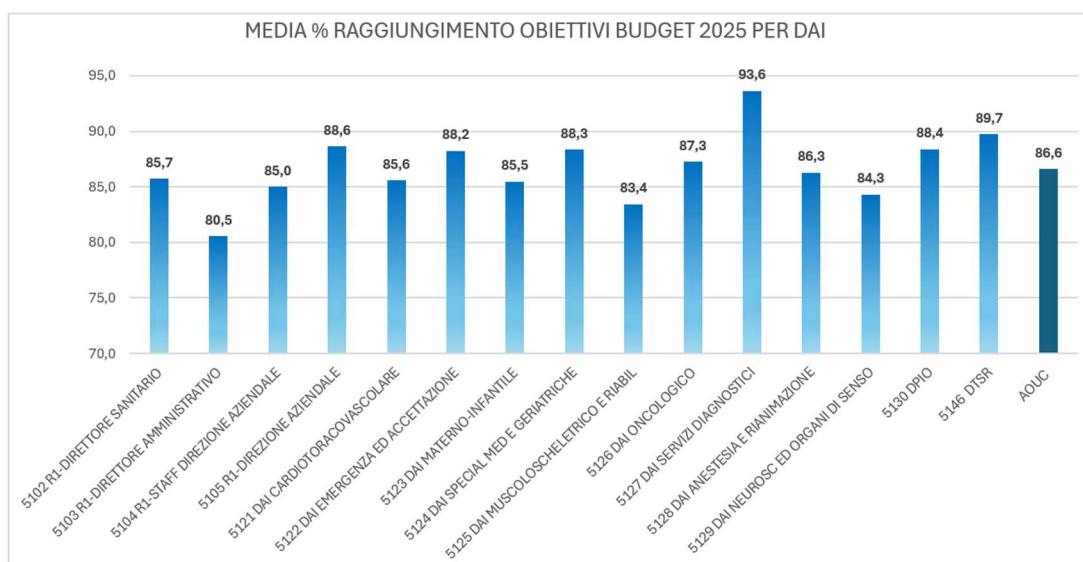
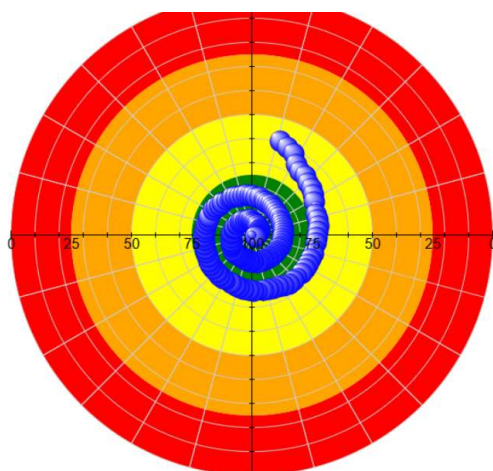
OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGI- MTO
ESITO DELLE CURE	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: CARDIOLOGIA	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BY-PASS AORTOCORONARICO	.64%	< 1.5%	1.32%	4	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO	4.23%	< 6%	4.16%	18	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER VALVULOPLASTICA O SOSTITUZIONE DI VALVOLE CARDIACHE	1.28%	< 1.5%	1.46%	4	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA INFARTO MIOCARDICO ACUTO	6.85%	< 6%	5.6%	14	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA IMA STEMI	7.33%	< 8%	6.64%	16	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER RIPARAZIONE DI ANEURISMA NON ROTTO ALL'AORTA ADDOMINALE	0%	< 1%	0%	3	100
	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: CHIR. ONCOLOGICA	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM STOMACO	2.34%	< 2%	1.72%	10	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM COLON	2.75%	< 1%	3.51%	8	60
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM POLMONE	.7%	< .5%	.54%	3	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO CHIRURGICO PER TM RETTO	0%	< 1%	0%	8	100
	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: NERVOSO	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER ICTUS ISCHEMICO	%	< 8%	5.7%	16	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER INTERVENTO DI CRANIOTOMIA PER TUMORI CEREBRALI	1.56%	< 1.5%	1.47%	5	100
	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: RESPIRATORIO	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER BPCO	3.52%	< 5%	4.26%	16	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER POLMONITI	6.38%	< 9%	4.97%	16	100
		PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER EDEMA POLMONARE E INSUFFICIENZA RESPIRATORIA	5.96%	< 5%	5.1%	16	80
	RISPETTO STANDARDS PREVISTI DAL PNE: OSTEOMUSCOLARE	PNE: MORTALITA' INTRAOSPEDALIERA PER FRATTURA DEL COLLO DEL FEMORE	2.51%	< 3%	3.04%	11	100

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGI- MTO
EFFICIENZA ASSISTENZIALE	CONTENIMENTO DEGENZA MEDIA	MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG CHIRURGICI	.07	-2	0	0,4	60
		MES: INDICE DI PERFORMANCE DEGENZA MEDIA - DRG MEDICI	.37	-7	.12	0,4	30
	DISPONIBILITA' POSTI LETTO PER PS	PERC. SOD CHE RISPETTANO OBIETTIVO SUI POSTI LETTO MEDI GIORNALIERI DA DEDICARE AL PS DAL LUNEDI AL SABATO	100%	= 100%	100%		100
		PERC. SOD CHE RISPETTANO OBIETTIVO SUI POSTI LETTO DA DEDICARE AL PS LA DOMENICA	91%	= 100%	100%		100
	RIDUZIONE TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICA NON D'EMERGENZA PER PZ RICOVERATI, PER PZ PS, PER PZ ESTERNI	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO SU CONTENIMENTO TEMPI DI RISPOSTA PRESTAZIONI DIAGNOSTICA NON D'EMERGENZA	91%	= 100%	95.8%		95
	MIGLIORAMENTO TEMPI DI ATTESA CONSULENZE PER PZ RICOVERATI	PERC. CONSULENZE EFFETTUATE ENTRO LE ORE 24	86.66%	> 80%	86.06%	50	100
	INCREMENTO INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE SECONDO INDICAZIONI REGIONALI (D.R.T. 20196/2021)	PERC. INTERVENTI CHIR. AMBULATORIALE NEL RISPETTO DELLE SOGLIE/ TOT. INTERVENTI DA EROGARE IN REGIME AMBULATORIALE	50.36%	= 100%	51.53%		51
DIGITALIZZAZIONE	DIGITALIZZAZIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA	PERC. CARTELLE CLINICHE ARCHIMED FIRMATE DIGITALMENTE/ TOT. CARTELLE	83.27%	= 100%	91.7%		90
		PERC. REFERTI AMBULATORIALI FIRMATI DIGITALMENTE/ TOT. REFERTI AMB.	88.07%	= 100%	90.13%		90
APPROPRIATEZZA DI PERCORSO	PUNTUALE CHIUSURA NEI TEMPI DELLE SDO/CARTELLE	PERC. SDO CHIUSE ENTRO 3 GG	63.9%	= 100%	62.26%		60
	SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA DISPOSITIVO/VIGILANZA	N. SEGNALAZIONI FARMACOVIGILANZA TOTALI	569	> 941	1013		100
		N. SEGNALAZIONI DISPOSITIVO/VIGILANZA TOTALI	488	> 331	433		100
QUALITA' PERCEPITA	ADESIONE INDAGINE PREMS SU RICOVERO ORDINARIO	TASSO RISPOSTA INDAGINE PREMS	%	> 25%	31.69%		100
	VALUTAZIONE PAZIENTI DELL'ESPERIENZA DI OSPEDALIZZAZIONE	PERC. INDICATORI CON VALUTAZIONE BUONA-OTTIMA QUESTIONARIO PREMS / TOT INDICATORI	86.9%	= 100%	88.59%		88
	VALUTAZIONI DIPENDENTI/ DIREZIONE DEL SUPPORTO DELLE STRUTTURE CENTRALI	PERC. INDICATORI CON VALUTAZIONE BUONA- OTTIMA QUESTIONARIO TECNOSTRUTTURE / TOT INDICATORI	%	= 100%	93%		93

OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	VALORE PREC	VALORE ATTESO	VALORE RILEVATO	VMA	% RAGGIUNGI- MTO
GOVERNO RISORSE	APPROPRIATEZZA UTILIZZO DISPOSITIVI MEDICI	PERC. SOD CHE RISPETTANO OBIETTIVO RIDUZIONE SPESA DM	%	= 100%	53.8%		53
APPROPRIATEZZA CONSUMO DISPOSITIVI	CONTENIMENTO RICHIESTE DISPOSITIVI NON DELIBERATI ESTAR	PERC. SOD CHE RISPETTANO AGGIUDICAZIONI ESTAR PER ACQUISTO DM	100%	= 100%	100%		100
APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	UTILIZZO FARMACI BIOSIMILARI/EQUIVALENTI AGGIUDICATARI DI GARA	PERC. SOD CHE RISPETTANO PERCENTUALE STABILITA DI UTILIZZO DI FARMACI BIOSIMILARI/ EQUIVALENTI	94%	= 100%	100%		100
	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA FARMACI	PERC. SOD CHE RISPETTANO L'APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA DEI FARMACI	%	= 100%	74%		74
		PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO CONSEGNA DIRETTA FARMACI IN REPARTO	%	= 100%	82.8%		82
	APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO SU APPROPRIATEZZA CONSUMO FARMACI	%	= 100%	76.2%		76
	CORRETTO INSERIMENTO FARMACI NEL REGISTRO AIFA	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SU CORRETTA COMPILAZIONE SCHEDE E REGISTRO AIFA	100%	= 100%	85.7%		85
	CORRETTA RICHIESTA E CONSUMO FARMACI OFF LABEL	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVI SUI FARMACI OFF LABEL	90%	= 100%	100%		100
CONTROLLO INFEZIONI CORRELATE ALL'ASSISTENZA	CORRETTA IGIENE DELLE MANI	PERC. SOD CHE RAGGIUNGONO OBIETTIVO DI CORRETTO LAVAGGIO MANI	%	= 100%	49.2%		49
	APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA ANTIBIOTICI	SCOST. PERC. DDD ANTIBIOTICI TERRITORIALI (DIMISSIONE E AMBULATORIO)	%	-10%	-22%		100
		SCOST. PERC. DDD AMOXICILLINA/ AMOXICILLINA + ACIDO CLAVULANICO PRESRITTI (DIMISSIONE E AMBULATORIO)	%	+ 10%	11%		100

Di seguito si riportano i risultati di sintesi per Azienda e Dipartimento della verifica di budget 2025: la media dei raggiungimenti finali di tutte le strutture è stata pari all' 86,6%; la mediana pari a 87,3%; nessuna struttura ha raggiunto una performance scarsa; il 5% ha raggiunto una performance media, il 20% una performance discreta, il 58% una performance buona, il 18% una performance ottima. Nel complesso, pertanto, la maggior parte delle strutture ha raggiunto buoni/ ottimi risultati, in considerazione del fatto che ormai da anni le schede budget della maggior parte delle strutture contengono un elevato numero di obiettivi strategici molto sfidanti.

Nei grafici sottostanti sono riportati i risultati a livello di azienda e di Dipartimento, quelli di struttura sono riportati nell'allegato A del documento.



4. La valutazione della performance individuale

Il Sistema di valutazione della performance individuale dell'anno 2025 ha sottoposto a valutazione tutto il personale dirigente e il personale del comparto, in relazione alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali ed organizzativi espressi, come indicato nella tabella seguente.

Tab. — Ambiti di valutazione, pesi e soggetti valutatori per tipologia di personale

VALUTATO	AMBITI DI VALUTAZIONE (peso)	VALUTATORE
Direttore di Dipartimento/Staff/Area e Direttore di Struttura complessa o semplice dipartimentale	Performance struttura gestita (60) · Obiettivi individuali e/o di équipe (20) · Competenze manageriali (10) · Capacità di valorizzazione del capitale umano (10)	Direttore Generale/Sanitario/Amministrativo o Direttore di Dipartimento/Staff/Area secondo competenza
Dirigenti e personale con Incarichi di Funzione	Performance struttura di appartenenza (60) · Obiettivi individuali e/o di équipe (20) · Comportamenti e competenze (20)	Direttore di Struttura o Incaricato di Funzione di afferenza
Personale dell'Area dei Professionisti della salute, dei Funzionari, degli Assistenti, degli Operatori e di supporto	Performance struttura di appartenenza (60) · Obiettivi individuali e/o di équipe (20) · Comportamenti e competenze (20)	Superiore gerarchico / struttura deputata

I risultati della performance complessiva rappresentano la somma del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget della struttura di appartenenza (peso 60/100) e del risultato della valutazione individuale (peso 40/100). Ai fini del sistema premiante, il raggiungimento di un indice di performance complessiva pari almeno 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 quello che nel corso dell'anno 2025 non è stato presente al lavoro (aspettativa, comandi, lunghe assenze) o ha avuto una ridotta presenza in servizio. Il personale «Solo organizzativa» è valutato unicamente sulla componente organizzativa, in quanto a tempo determinato, neoassunto dopo il 30/09/2025, interinale o esente.

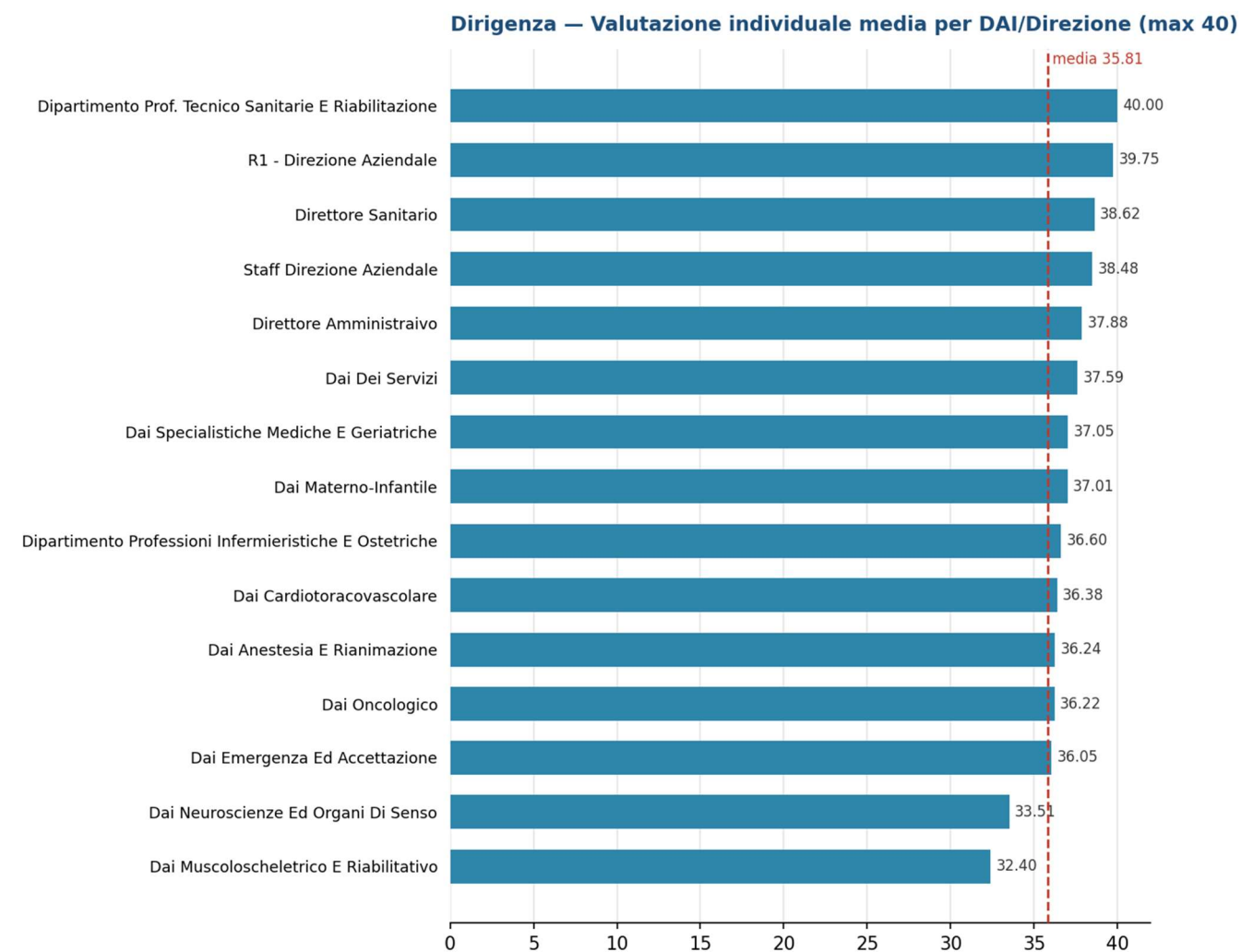
Personale dirigente

Il personale dirigente valutato è pari a n. 1.353; risultano non valutabili n. 38. La valutazione individuale massima conseguibile corrisponde a 40 punti.

Tab. — Dirigenza: distribuzione per fasce di punteggio della performance individuale (2025)

FASCE DI PUNTEGGIO PERFORMANCE INDIVIDUALE	N. DIRIGENTI VALUTATI	% SUL TOTALE
NON VALUTABILI	38	=
fino a 19,99	33	2,43 %
20,00-30	206	15,23 %
30,01-40	1114	82,34 %
TOTALE VALUTATI	1353	100,00 %

Graf. — Dirigenza: valutazione individuale media per DAI/Direzione



La performance complessiva, che integra l'esito di budget di struttura, è riportata per ruolo e fascia di premialità.

Tab. — Dirigenza: performance complessiva per ruolo e fasce di premialità (2025)

Fasce di valutazione	MEDICI		SANITARI NON MEDICI		PROFESSIONI SANITARIE		PTA		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	28		6		0		4		38	
< 50	0	0,09 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %
50 - 59,99	10	0,94 %	0	0,00 %	0	0,00 %	0	0,00 %	10	0,74 %
60 - 74,99	108	9,24 %	3	2,08 %	0	0,00 %	0	0,00 %	111	8,20 %
75 - 89,99	498	42,60 %	23	15,97 %	5	50,00 %	16	50,00 %	542	40,07 %
90 - 100	551	47,13 %	118	81,94 %	5	50,00 %	16	50,00 %	690	50,99 %
Totale	1169	100	144	100	10	100	32	100	1353	100

Graf. — Dirigenza: performance complessiva media per DAI/Direzione



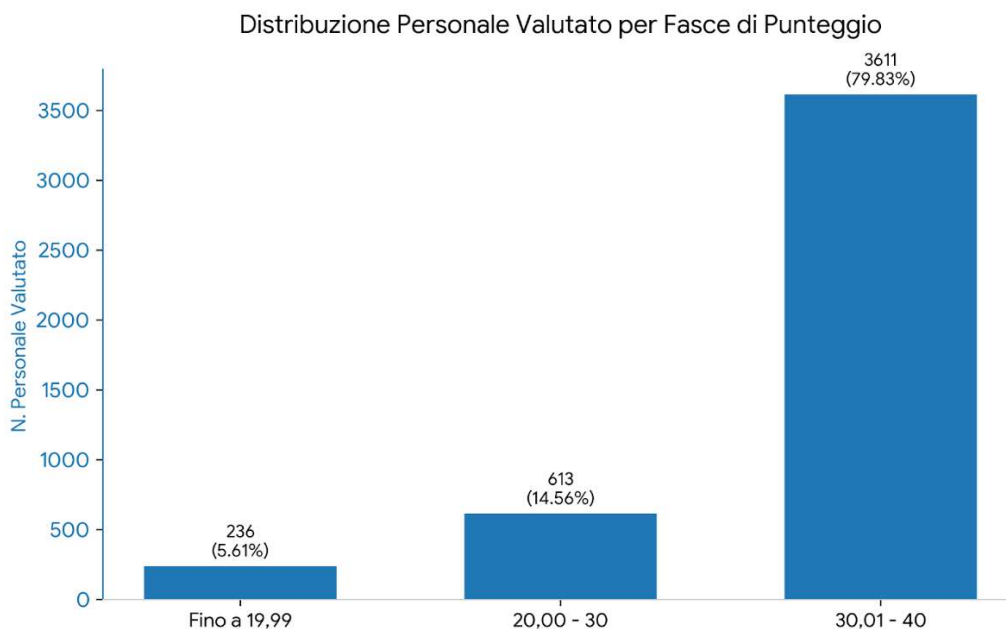
Personale del comparto

Il personale del comparto valutato è pari a n. 4.707 — di cui 497 valutati sulla sola componente organizzativa e 4.210 anche sulla componente individuale — oltre a n. 68 non valutabili.

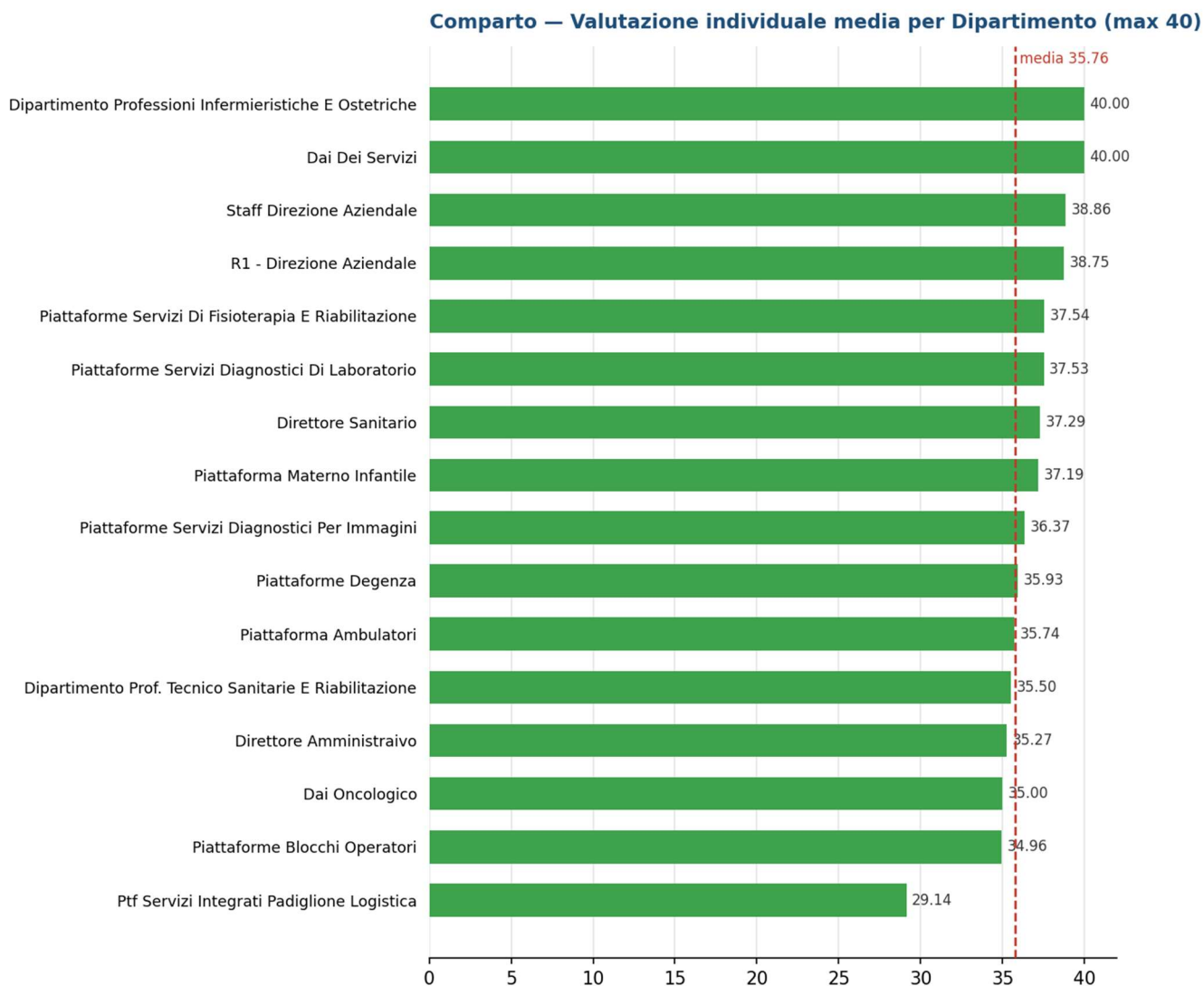
Tab. — Comparto: distribuzione per fasce di punteggio della performance individuale (2025)

FASCE DI PUNTEGGIO PERFORMANCE INDIVIDUALE	N. PERSONALE COMPARTO VALUTATI	% SUL TOTALE
NON VALUTABILI	68	=
SOLO ORGANIZZATIVA	497	=
fino a 19,99	236	5,61 %
20,00 - 30	613	14,56 %
30,01 - 40	3361	79,83 %
TOTALE VALUTATI	4210	100,00 %

Graf. — Comparto: distribuzione del punteggio di performance individuale



Graf. — Comparto: valutazione individuale media per Dipartimento/Direzione

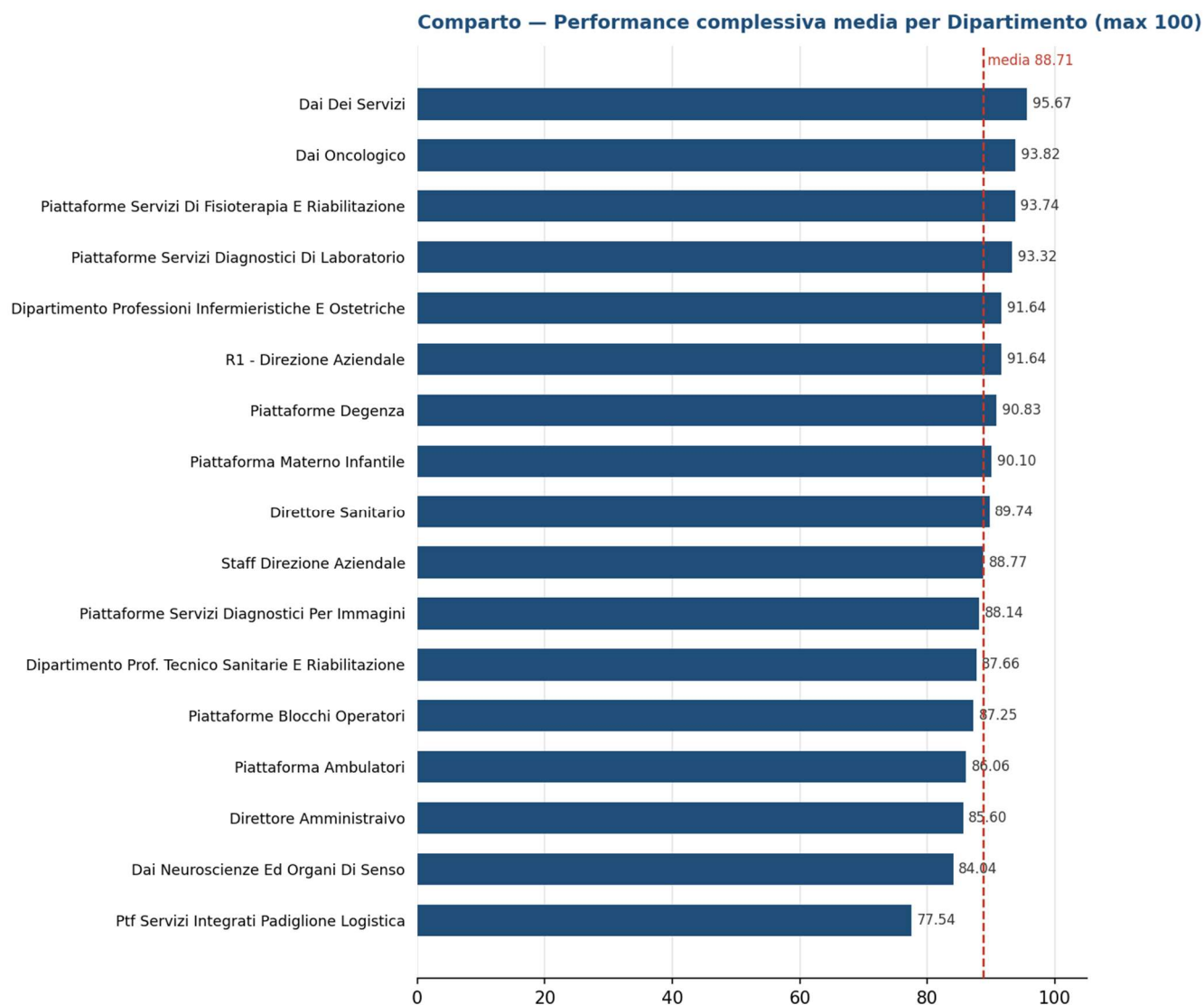


La performance complessiva per ruolo e fascia di premialità è riportata nella tabella seguente.

Tab. — Comparto: performance complessiva per ruolo e fasce di premialità (2025)

Fasce di valutazione	SANITARIO		SOCIO SANITARIO		TECNICO		AMM.VO		TOTALE	
	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	N.	%
Non valutabile	43		10		7		6		68	
< 50	7	0,23 %	7	0,69 %	33	8,92 %	3	1,03 %	50	1,06 %
50 - 59,99	67	2,21 %	44	4,35 %	16	4,32 %	7	2,41 %	134	2,85 %
60 - 74,99	160	5,27 %	95	9,39 %	37	10,00 %	12	4,14 %	304	6,46 %
75 - 89,99	424	13,97 %	209	20,65 %	179	48,38 %	108	37,24 %	920	19,55 %
90 - 100	2377	78,32 %	657	64,92 %	105	28,38 %	160	55,17 %	3299	70,09 %
Totale	3035	100	1012	100	370	100	290	100	4707	100

Graf. — Comparto: performance complessiva media per Dipartimento/Direzione



Valori di tendenza centrale

Tab. — Dirigenza: valori di tendenza centrale (2025)

VALUTAZIONE INDIVIDUALE — ANNO 2025		VALUTAZIONE COMPLESSIVA — ANNO 2025	
Minimo conseguito	17	Minimo conseguito	62,89
Massimo conseguito	40	Massimo conseguito	100
Media	35,81	Media	88,30
Moda	40	Moda	93,80

Mediana	40	Mediana	90,28
---------	----	---------	-------

Tab. — Comparto: valori di tendenza centrale (2025)

VALUTAZIONE INDIVIDUALE — ANNO 2025		VALUTAZIONE COMPLESSIVA — ANNO 2025	
Minimo conseguito	0	Minimo conseguito	46,87
Massimo conseguito	40	Massimo conseguito	96,21
Media	35,76	Media	88,71
Moda	40	Moda	94,82
Mediana	40	Mediana	92,30

ALLEGATO A. RISULTATI VERIFICA BUDGET 2025 PER STRUTTURA

VERIFICA BUDGET 2025 - RISULTATI PER STRUTTURA

5102 R1-DIRETTORE SANITARIO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3064	PROGRAMMAZIONE OPERATIVA	88
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3065	GOVERNO DEI PERCORSI AMBULATORIALI	91
5202 AREA MANAGEMENT ATTIVITA' SANITARIE	3101	INTEGRAZIONE ED INNOVAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	80
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1123	PSICHIATRIA FORENSE E CRIMINOLOGIA CLINICA	88
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1131	MEDICINA DEL LAVORO	76
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1412	FISICA SANITARIA	90
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1440	MEDICINA LEGALE	93
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1441	TOSSICOLOGIA FORENSE	92
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	1522	IGIENE ED ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	90
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3027	CRAOT	88
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3031	ACCREDITAMENTO, QUALITA' E RISK MANAGEMENT	79
5203 AREA IGIENE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA	3102	CRITERI AUTORIZZATIVI E SUPPORTO GESTIONE SERVIZI OSPEDALIERI	77
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI	1357	FARMACOLOGIA	89
5204 AREA POLITICHE DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI	1521	FARMACIA OSPEDALIERA	90
5281 AREA SUPPORTO ALLA RICERCA	3062	RICERCA E SVILUPPO DELLA CLINICAL PRACTICE	80
5281 AREA SUPPORTO ALLA RICERCA	3119	MALATTIE RARE	91
5281 AREA SUPPORTO ALLA RICERCA	3129	GOVERNO DELLA RICERCA	76
MEDIA DAI			86

5103 R1-DIRETTORE AMMINISTRATIVO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5206 AREA TECNICA	3013	PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONI	73
5206 AREA TECNICA	3105	MOBILITA' E SICUREZZA DI SITO OSPEDALIERO	65
5206 AREA TECNICA	3106	GESTIONE IMMOBILI E ADEGUAMENTI DI SICUREZZA	67
5206 AREA TECNICA	3107	ENERGIA E MANUTENZIONI ORDINARIE	78
5206 AREA TECNICA	3118	PROGRAMMAZIONE E MONITORAGGIO INVESTIMENTI	85
5207 AREA AMMINISTRATIVA	1523	ATTIVITA' AMMINISTRATIVA A SUPPORTO delle ATTIVITA' SANITARIE	88
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3006	AFFARI GENERALI	84
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3009	CONTABILITA' GENERALE E FINANZA	87
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3045	GESTIONE DEL PERSONALE	85
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3094	CONTROLLI INTERNI INTEGRATI E GESTIONE SINISTRI E RAPPORTI ASSICURATIVI	90
5207 AREA AMMINISTRATIVA	3097	PATRIMONIO E GARE A GESTIONE AZIENDALE	83
MEDIA DAI			81

5104 R1-STAFF DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5269 AREA INNOVAZIONE E CONTROLLO	3021	SVILUPPO E GESTIONE TECNOLOGIE INNOVATIVE	81
5269 AREA INNOVAZIONE E CONTROLLO	3028	CONTROLLO DIREZIONALE	96
5269 AREA INNOVAZIONE E CONTROLLO	3044	INNOVAZIONE TECNOLOGICA NELLE ATTIVITA' CLINICO ASSISTENZIALI	87
5269 AREA INNOVAZIONE E CONTROLLO	3049	SERVIZI ESTERNALIZZATI	72
5269 AREA INNOVAZIONE E CONTROLLO	3099	INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI SANITARI	82
5269 AREA INNOVAZIONE E CONTROLLO	3109	INVESTIMENTI TECNOLOGICI	90
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3017	POLITICHE E FORMAZIONE DEL PERSONALE E RELAZIONI SINDACALI	81
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3035	GESTIONE ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	91
5270 AREA RELAZIONI DI LAVORO E COMUNICAZIONE	3110	UO COMUNICAZIONE	88
5271 R2-STAFF DIREZIONE AZIENDALE	3026	CLINICA DELLE ORGANIZZAZIONI CRCR	82
MEDIA DAI			85

5105 R1-DIREZIONE AZIENDALE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3015	SPP	83
5212 R2-DIREZIONE AZIENDALE	3029	AFFARI LEGALI	94

MEDIA DAI			89
-----------	--	--	----

5121 DAI CARDIOTORACOVASCOLARE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1166	CARDIOCHIRURGIA	74
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1174	CHIRURGIA VASCOLARE	84
5321 AREA CHIRURGICA E INTERVENTISTICA- DAI 21	1212	CARDIOLOGIA INTERVENTISTICA D'URGENZA	82
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1134	MALATTIE EMORRAGICHE E DELLA COAGULAZIONE	90
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1144	MEDICINA INTERNA AD INDIRIZZO CARDIOVASCOLARE E PERIOPERATORIO	99
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1404	MALATTIE ATERTOTROMBOTICHE	89
5421 AREA CLINICA-DAI 21	1428	DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE	82
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1135	PNEUMOLOGIA INTERVENTISTICA	87
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1165	CHIRURGIA TORACO POLMONARE	93
5521 AREA TORACICA-DAI 21	1431	PNEUMOLOGIA E FISIOPATOLOGIA TORACOPOLMONARE	94
5621 AREA CARDIOLOGICA INTERVENTISTICA	1151	CARDIOLOGIA GENERALE	83
5621 AREA CARDIOLOGICA INTERVENTISTICA	1163	INTERVENTISTICA CARDIOLOGICA STRUTTURALE	75
5621 AREA CARDIOLOGICA INTERVENTISTICA	1282	ARITMOLOGIA	80
MEDIA DAI			86

5122 DAI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5322 AREA MEDICO CHIRURGICA	1161	CHIRURGIA GENERALE	82
5322 AREA MEDICO CHIRURGICA	1162	CHIRURGIA D'URGENZA	85
5322 AREA MEDICO CHIRURGICA	1272	GASTROENTEROLOGIA	88
5322 AREA MEDICO CHIRURGICA	1321	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	78
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1142	MEDICINA INTERNA 1	98
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1146	MEDICINA INTERNA 3	83
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1154	MEDICINA INTERNA 4	93
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1187	MEDICINA INTERNA AD ALTA INTENSITA	91
5422 AREA MEDICA-DAI 22	1209	MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	84
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1140	MEDICINA E CHIRURGIA D'URGENZA E ACCETTAZIONE	88
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1147	OSSERVAZIONE AD ALTA INTENSITA"	86
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1201	CURE INTENSIVE EMERGENZA E TRAUMA	97
5522 AREA EMERGENZA URGENZA TRAUMA CENTER	1264	TOSSICOLOGIA MEDICA E CENTRO ANTIVELENI	96
MEDIA DAI			88

5123 DAI MATERNO-INFANTILE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1158	PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA	77
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1191	OSTETRICA E GINECOLOGIA	75
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1192	GINECOLOGIA CHIRURGICA ONCOLOGICA	86
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1194	MEDICINA MATERNO FETALE	90
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1305	GINECOLOGIA DELL'INFANZIA E ADOLESCENZA	94
5923 AREA OSTETRICO GINECOLOGICA	1353	ANDROLOGIA ED ENDOCRINOLOGIA DI GENERE	85
6023 AREA DI DIAGNOSTICA PRENATALE E NEONATOLOGIA	1190	MEDICINA E DIAGNOSI FETALE	81
6023 AREA DI DIAGNOSTICA PRENATALE E NEONATOLOGIA	1218	NEONATOLOGIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	95
6023 AREA DI DIAGNOSTICA PRENATALE E NEONATOLOGIA	1268	GENETICA MEDICA	91
MEDIA DAI			86

5124 DAI SPECIALISTICHE MEDICHE E GERIATRICHE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1153	IMMUNOLOGIA E TERAPIE CELLULARI	87
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1156	REUMATOLOGIA	86
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1169	ALCOLOGIA	76
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1210	NEFROLOGIA, DIALISI E TRAPIANTO	80
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1266	ENDOCRINOLOGIA	94
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1270	IMMUNOALLERGOLOGIA	77
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1292	MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO	93

5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1308	DIABETOLOGIA E MALATTIE METABOLICHE	88
5424 AREA SPECIALISTICHE MEDICHE	1309	NUTRIZIONE	98
5624 AREA GERIATRICA	1148	INQUADRAMENTO PAZIENTI IN DIMISSIONE PER LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE	96
5624 AREA GERIATRICA	1196	GERIATRIA PER L' ALTA INTENSITA' E CARDIOLOGIA GERIATRICA	86
5624 AREA GERIATRICA	1225	GERIATRIA PER LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE	100
5624 AREA GERIATRICA	1302	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICO GERIATRICA	88
MEDIA DAI			88

5125 DAI MUSCOLOSCHELETRICO E RIABILITATIVO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1112	ORTOPEDIA ONCOLOGICA E RICOSTRUTTIVA	87
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1116	CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E MICROCHIRURGIA	78
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1117	CHIRURGIA E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA DELLA MANO	87
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1119	TRAUMATOLOGIA E ORTOPIEDIA GENERALE	66
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1122	ORTOPEDIA	89
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1188	CHIRURGIA DELLA SPALLA E ARTO SUPERIORE	84
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1189	CHIRURGIA DELLA COLONNA	76
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1297	NEUROUROLOGIA	89
5325 AREA CHIRURGICA-DAI 25	1325	CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	75
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1114	UNITA SPINALE	89
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1276	RIABILITAZIONE	98
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1300	MALATTIE DEL METABOLISMO MINERALE E OSSEO	89
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1364	MEDICINA INTERNA E SPECIALISTICA	74
5425 AREA MEDICA-DAI 25	1365	MEDICINA INTERNA INTERDISCIPLINARE	87
MEDIA DAI			83

5126 DAI ONCOLOGICO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1171	CHIRURGIA DELLA MAMMELLA	85
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1178	CHIRURGIA EPATO-BILIO-PANCREATICA	87
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1200	AUDIOLOGIA E OTORINOLARINGOIATRIA	76
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1248	UROLOGIA E ANDROLOGIA	69
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1249	UROLOGIA E TRAPIANTI RENALI	70
5326 AREA CHIRURGICA-DAI 26	1322	CHIRURGIA DELL"APPARATO DIGERENTE	95
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1145	CORD	87
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1152	MEDICINA INTERNA ED EPATOLOGIA	83
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1175	ONCOLOGIA DELLA MAMMELLA	97
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1176	TERAPIE CELLULARI E MEDICINA TRASFUSIONALE	92
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1193	ONCOLOGIA MEDICA GINECOLOGICA	96
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1204	EMATOLOGIA	96
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1207	ONCOLOGIA	100
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1274	RADIOTERAPIA	76
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1315	PSICONCOLOGIA	92
5426 AREA ONCOEMATOLOGICA	1411	FISICA MEDICA	97
MEDIA DAI			87

5127 DAI SERVIZI DIAGNOSTICI

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1170	LABORATORIO BIOCHIMICA CLINICA E MOLECOLARE	96
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1312	DIAGNOSTICA CITOFLUORIMETRICA ED IMMUNOLOGICA	98
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1401	LABORATORIO GENERALE	98
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1402	MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	93
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1416	DIAGNOSTICA GENETICA	98
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1422	ISTOLOGIA PATOLOGICA E DIAGNOSTICA MOLECOLARE	95
5727 AREA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO-DAI 27	1481	SICUREZZA E QUALITA	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1195	RADIODIAGNOSTICA DI EMERGENZA-URGENZA	96
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1198	RADIOLOGIA VASCOLARE ED INTERVENTISTICA	72
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1284	INTERVENTISTICA NEUROVASCOLARE	87
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1414	MEDICINA NUCLEARE	97

5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1451	DIAGNOSTICA SENOLOGICA	95
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1452	RADIOLOGICA SPECIALISTICA	98
5827 AREA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI-DAI 27	1460	NEURORADIOLOGIA	95
MEDIA DAI			94

5128 DAI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5728 AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1157	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	80
5728 AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1180	NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE	88
5728 AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1185	ANESTESIA E RIANIMAZIONE IN ORTOPEDIA	77
5728 AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1202	CARDIORIANIMAZIONE	73
5728 AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1205	ANESTESIA DI AREA OSTETRICO E GINECOLOGICA	89
5728 AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1236	ANESTESIA ORGANI DI SENSO	94
5728 AREA ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1237	ANESTESIA ONCOLOGICA E TERAPIA INTENSIVA	83
5828 AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	1360	TERAPIA DEL DOLORE	86
5828 AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	1361	CENTRO CEFALEE E FARMACOLOGIA CLINICA	96
5828 AREA CURE PALLIATIVE E TERAPIA DEL DOLORE	1363	CURE PALLIATIVE	98
MEDIA DAI			86

5129 DAI NEUROSCIENZE ED ORGANI DI SENSO

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5329 AREA ORGANI DI SENSO	1234	OCULISTICA	93
5329 AREA ORGANI DI SENSO	1238	OTTICA FISIOPATOLOGICA	86
5329 AREA ORGANI DI SENSO	1239	ODONTOSTOMATOLOGIA	92
5329 AREA ORGANI DI SENSO	1242	OTORINOLARINGOIATRIA	77
5329 AREA ORGANI DI SENSO	1306	ODONTOIATRIA SPECIALE	83
5429 AREA NEUROLOGICA	1127	NEUROCHIRURGIA	72
5429 AREA NEUROLOGICA	1199	NEUROLOGIA	82
5429 AREA NEUROLOGICA	1253	NEUROLOGIA D'URGENZA	84
5429 AREA NEUROLOGICA	1254	STROKE UNIT	92
5429 AREA NEUROLOGICA	1256	PSICHIATRIA	93
5429 AREA NEUROLOGICA	1433	NEUROFISIOPATOLOGIA	74
MEDIA DAI			84

5130 DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	1126	GRAVID. FISIOLÓGICA E CENTRO NASCITA MARGHERITA	100
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3054	PIATTAFORMA BLOCCHI OPERATORI	87
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3055	PIATTAFORMA DEGENZE	91
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3057	PIATTAFORMA AMBULATORI	84
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3061	PROGRAMMAZIONE, GOVERNO E MONITORAGGIO PROCESSI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA E OSTETRICA	88
5280 R1-DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE E OSTETRICHE	3085	UO SERVIZI INTEGRATI DI PADIGLIONE E LOGISTICA SANITARIA	80
MEDIA DAI			88

5146 DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE

AREA	SOD	DESCRIZIONE SOD/UO	% RAGG.
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3112	PROGRAMMAZIONE GOVERNO E MONITORAGGIO PROCESSI TECNICO SANITARI E DELLA RIABILITAZIONE	85
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3113	SERVIZI DIAGNOSTICI PER IMMAGINE	87
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3114	SERVIZI DIAGNOSTICI DI LABORATORIO	93
5278 R1-DIPARTIMENTO PROFESSIONI TECNICO SANITARIE E DELLA RIABILITAZIONE	3115	SERVIZI DI FISIOTERAPIA E RIABILITAZIONE	94
MEDIA DAI			90