

Azienda USL Toscana Centro

Relazione al Piano delle Performance

2025

Sommario

1 Introduzione 3

2 Performance USL Toscana Centro 5

2.1 Dettaglio Indicatori 5

2.2 Gli esiti letti attraverso il programma regionale PrOsE 7

3 Scheda A – Performance Economica 11

3.1 Schede e strumenti 11

3.2 Risultati scheda budget economica 14

4 Scheda B – Performance Organizzativa Strutture Sanitarie e Sociali 18

4.1 Schede e strumenti 18

4.2 Risultati strutture sanitarie 23

4.3 Risultati Dipartimento del Servizio Sociale 27

5 Scheda B – Performance Organizzativa Strutture Amministrative 28

5.1 Schede e strumenti 28

5.2 Risultati 28

6 Scheda C – Valutazione di performance individuale 30

7 Valutazione performance – Scheda finale 34

8 Bilancio di Genere e Azioni Positive 37

8.1 Dati Bilancio di Genere 2025 37

8.2 Azioni Positive 42

8.3 Considerazioni conclusive 47

1 Introduzione

Il sistema di budget riveste una grande importanza nel governo dell'Azienda, in quanto rappresenta lo strumento attraverso cui vengono individuati, negoziati e assegnati gli obiettivi annuali alle strutture organizzative, correlandoli alle risorse disponibili e al sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa e individuale della dirigenza. Il budget costituisce pertanto non solo un adempimento tecnico-amministrativo, ma un vero e proprio strumento di guida strategica e di responsabilizzazione dei professionisti sugli obiettivi e sulle risorse impiegate.

Il percorso di budget si conferma un processo in continua evoluzione, che negli anni ha visto un progressivo affinamento delle modalità di negoziazione e di condivisione degli obiettivi con le strutture aziendali. Anche per il 2025 il percorso si è sviluppato attraverso una fase di incontri con i Dipartimenti aziendali e Responsabili di Area per poi passare alla trasmissione delle schede alle Strutture Complesse e Semplici aziendali. Tale impostazione ha permesso di garantire una condivisione capillare e progressiva degli obiettivi, dal livello di negoziazione centrale fino alle singole articolazioni organizzative.

In questo percorso assume un ruolo centrale la disponibilità di dati affidabili e tempestivi e la costruzione di una visione organica e integrata delle diverse dimensioni della performance aziendale, anche alla luce dei principali sistemi di valutazione regionale, tra cui il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), il Bersaglio del Sistema di Valutazione della Performance (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna e il sistema PrOSE dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana. Il raccordo tra gli obiettivi di budget e tali strumenti di valutazione regionale consente di orientare le strutture aziendali verso priorità coerenti con il quadro di riferimento del sistema sanitario toscano, favorendo al contempo la comparabilità dei risultati a livello regionale.

Come richiamato dal Regolamento "Sistema di budget, misurazione e valutazione della performance della Azienda USL Toscana Centro", il documento di budget si compone di tre sotto-schede: la scheda A, relativa agli obiettivi di carattere economico-finanziario; la scheda B, relativa agli obiettivi di attività e qualitativo-gestionali; la scheda C, relativa alla valutazione individuale delle competenze trasversali della dirigenza. Le tre sotto-schede concorrono alla valutazione finale con pesature differenti a seconda della tipologia di incarico ricoperto.

In particolare, per i Direttori di Struttura (Complessa, Semplice Dipartimentale e Semplice) la scheda A incide per il 20%, la scheda B per il 60% e la scheda C per il 20% della valutazione complessiva; per i Dirigenti non responsabili di struttura la scheda A incide invece per il 10%, la scheda B per il 70% e la scheda C per il 20%. Tale differenziazione riflette il maggior peso attribuito, per i Direttori di struttura, alla componente economico-finanziaria della gestione, e per i Dirigenti, alla componente relativa agli obiettivi di attività e qualitativo-gestionali, fermo restando

per entrambe le figure il medesimo peso riservato alla valutazione individuale delle competenze trasversali.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance si applica anche al personale del Comparto, con l'obiettivo di valorizzare il merito, promuovere lo sviluppo delle competenze professionali e migliorare la qualità dei servizi. Il sistema esamina tre dimensioni: il contributo alla performance collettiva, riferita al raggiungimento degli obiettivi di struttura; la performance individuale, relativa al conseguimento degli obiettivi assegnati; i comportamenti agiti e le competenze organizzative espresse. La valutazione è effettuata mediante apposite schede: Scheda C per i titolari di incarico di Funzione e Scheda D per il restante personale del Comparto.

Il presente documento descrive il processo di negoziazione e assegnazione degli obiettivi di budget per l'anno 2025, con particolare riferimento alle aree tematiche in cui si articolano le schede di budget assegnate alle strutture aziendali e ai risultati conseguiti in termini di punteggio raggiunto.

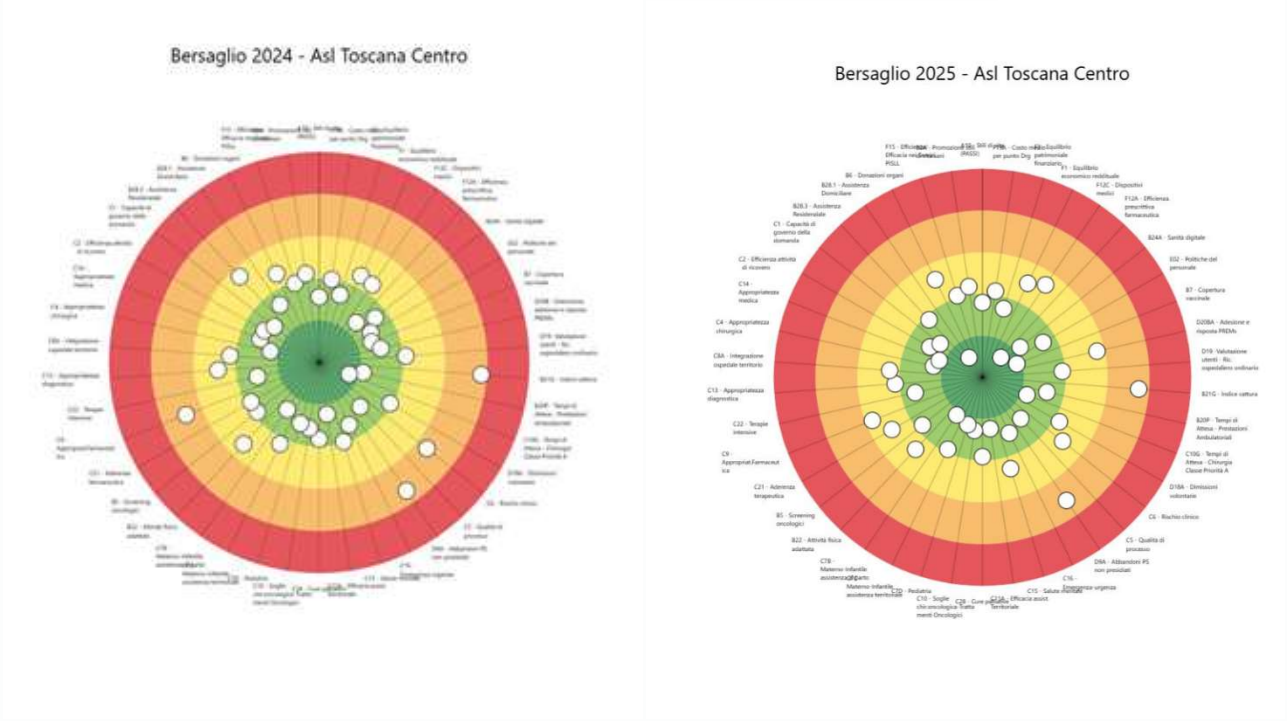
Oltre al dettaglio degli Obiettivi di Budget delle strutture aziendali si riportano i risultati dei principali sistemi di performance disponibili relativi al 2025. Ulteriori dettagli sull'azienda riguardanti specifici aspetti sanitari e economici sono disponibili rispettivamente nella Relazione Sanitaria, approvata con Delibera Direttore Generale n.823 del 10.07.2026 e nella Relazione al Bilancio d'Esercizio, approvato con Delibera Direttore Generale n. 874 del 26.07.2026.

2 Performance USL Toscana Centro

Per rappresentare in modo sintetico la performance aziendale, il sistema di valutazione del MeS utilizza uno schema a "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.

Nella Figura 1 si possono confrontare il bersaglio della AUTC del 2025, con quello dell'anno precedente e con il bersaglio regionale del 2025. La rappresentazione visiva mostra una concentrazione prevalente degli indicatori compositi nelle fasce verdi e gialle del bersaglio, segno di una performance complessivamente positiva, con alcune aree di criticità che richiedono attenzione. Dal confronto tra il 2024 e il 2025, si rileva che il 49,8% degli indicatori mostra un miglioramento, il 14,6% rimane stabile e il 35,6% presenta un peggioramento.

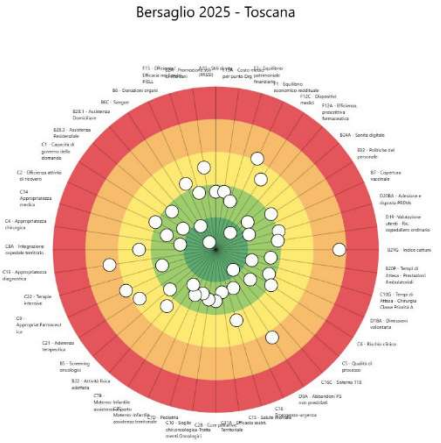
Figura 1. Confronto fra bersaglio MeS AUTC 2024, AUTC 2025 e Regione Toscana 2025



2.1 Dettaglio Indicatori

Nella Tabella 1 sono confrontati uno per uno gli indicatori del bersaglio con quelli regionali:

Inoltre si rileva una sostanziale stabilità della performance aziendale rispetto al 2024, con alcune aree in cui permangono delle criticità (come



l'Indice di cattura e gli abbandoni del PS non presidiati) nonostante un miglioramento rispetto al 2024. In altre aree, invece l'azienda mostra dei miglioramenti, ottenendo dei risultati miglior rispetto alla media regionale in particolare in merito all'efficienza attività di ricovero e all'appropriatezza medica. L'elenco completo degli indicatori è disponibile al portale https://performance.santannapisa.it/

Tabella 1. Confronto performance MeS con media regionale, anno 2024

Indicatore	AUTC 2024	AUTC 2025	RT 2025	Performance AUTC vs RT
D20BA - Adesione e risposta PREMs		2,185	2,988	Peggiore
C6 - Rischio clinico	1,723	2,54	2,98	Peggiore
D20B - Estensione, adesione e risposta PREMs	3,498			Non disponibile
A10 - Stili di vita (PASSI)	3,445	3,21	3,22	Simile al valore RT
F12C - Dispositivi medici	2,762	2,32	2,44	Simile al valore RT
B2A - Promozione stili di vita sani	2,87	2,77	2,65	Simile al valore RT
B5 - Screening oncologici	3,118	3,16	3,14	Simile al valore RT
C7C - Materno-Infantile assistenza territoriale	2,853	3,09	3,47	Simile al valore RT
F19A - Costo medio per punto Drg	3,008	2,909	3,207	Simile al valore RT
F3 - Equilibrio patrimoniale finanziario	3,322	3,278	3,452	Simile al valore RT
F12A - Efficienza. prescrittiva farmaceutica	3,708	4,35	4,32	Simile al valore RT
B24A - Sanità digitale	3,3	3,843	3,709	Simile al valore RT
E02 - Politiche del personale	3,587	3,323	2,985	Simile al valore RT
B7 - Copertura vaccinale	3,666	4,114	3,88	Simile al valore RT
D19 -Valutazione utenti - Ric. ospedaliero ordinario	2,935	3,081	3,078	Simile al valore RT
B21G - Indice cattura	1,137	1,247	1,21	Simile al valore RT
B20P - Tempi di Attesa - Prestazioni Ambulatoriali	3,929	3,416	3,297	Simile al valore RT
C10G - Tempi di Attesa - Chirurgia Classe Priorità A	4,236	3,854	3,848	Simile al valore RT
D18A - Dimissioni volontarie	3,051	2,871	3,206	Simile al valore RT
C5 - Qualità di processo	3,569	3,65	3,6	Simile al valore RT
D9A - Abbandoni PS non presidiati	1,312	1,426	1,801	Simile al valore RT
C16 - Emergenza-urgenza	3,358	3,518	3,705	Simile al valore RT
C15 - Salute mentale	3,031	2,71	2,74	Simile al valore RT
C11A - Efficacia assist. Territoriale	3,757	3,75	3,68	Simile al valore RT
C28 - Cure palliative	3,182	3,1	3,42	Simile al valore RT
C10 - Soglie chir.oncologica-Trattamenti Oncologici	3,423	3,71	3,46	Simile al valore RT
C7D - Pediatria	3,486	3,813	3,599	Simile al valore RT
C7B - Materno-Infantile assistenza al parto	3,648	3,906	3,721	Simile al valore RT
B22 - Attività fisica adattata	2,357	2,645	2,709	Simile al valore RT
C21 - Aderenza terapeutica		2,5	2,22	Simile al valore RT

Indicatore	AUTC	AUTC	RT	Performance
C9 - Appropriat.Farmaceutica	1,599	2,17	1,97	Simile al valore RT
C22 - Terapie intensive	3,494	3,348	3,285	Simile al valore RT
C8A - Integrazione ospedale territorio	2,87	2,769	2,646	Simile al valore RT
C4 - Appropriatezza chirurgica	3,807	3,853	3,896	Simile al valore RT
C1 - Capacità di governo della domanda	3,636	3,706	3,807	Simile al valore RT
B28.3 - Assistenza Residenziale	2,221	3,119	3,218	Simile al valore RT
B28.1 - Assistenza Domiciliare	3,342	4,429	4,699	Simile al valore RT
B6 - Donazioni organi	2,665	2,393	2,78	Simile al valore RT
F15 - Efficienza/Efficacia nei Servizi PISLL	3,036	2,949	3,185	Simile al valore RT
F1 - Equilibrio economico reddituale	2,716	2,499	2,55	Simile al valore RT
C13 - Appropriatezza diagnostica	2,584	2,902	1,706	Migliore
C14 - Appropriatezza medica	3,491	3,83	3,43	Migliore
C2 - Efficienza attività di ricovero	3,488	3,546	2,964	Migliore

2.2 Gli esiti letti attraverso il programma regionale PrOsE

La valutazione della qualità delle cure è stata monitorata e valutata attraverso il Programma di Osservazione degli Esiti (PrOsE) del Sistema sanitario toscano. PrOsE è un'iniziativa scientifica di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate nel contesto ospedaliero e territoriale. Il Programma propone all'attenzione di diversi stakeholder principalmente indicatori di esito quali mortalità, riammissioni e complicanze, con l'obiettivo di promuovere l'apprendimento organizzativo e costituire un momento di valutazione. Gli indicatori si riferiscono ai seguenti ambiti: area medica, reti tempo-dipendenti, chirurgia generale, area oncologica, percorso nascita, ortopedia, chirurgia vascolare e territorio. Quando il pallino blu (Figura 2) è compreso nel rettangolo giallo, il risultato non è differente dalla media regionale. Gli indicatori sono calcolati tenendo conto dei protocolli sviluppati da AGENAS, su mandato del Ministero della Salute, nel Programma Nazionale Esiti. I dati sono rappresentati per erogazione, a prescindere dalla residenza. L'elenco completo è disponibile al portale: https://www.ars.toscana.it/banche-dati/dati-sintesi-sintprosero-aggiornamenti-sugli-indicatori-di-esito-per-ospedale-e-per-residenza-in-toscana-quali-mortalita-riammissioni-e-volumi?provenienza=home_tasti&dettaglio=ric_geo_prosero&par_top_geografia=090

2.2.1 Area Medica

I rischi di morte a 30 giorni dal ricovero dopo ricovero ospedaliero per bronchite cronica e scompenso cardiaco sono sovrapponibili a quelli regionali. Relativamente alla mortalità per insufficienza renale cronica, il valore aziendale è migliore rispetto al valore regionale (6,43% aziendale vs 9,27% regionale) comprendendo valori discretamente variabili tra le strutture (dal 12,5% di Santa Maria Nuova al 2,99% di San Giovanni di Dio-Torregalli).

2.2.2 Reti Tempo Dipendenti

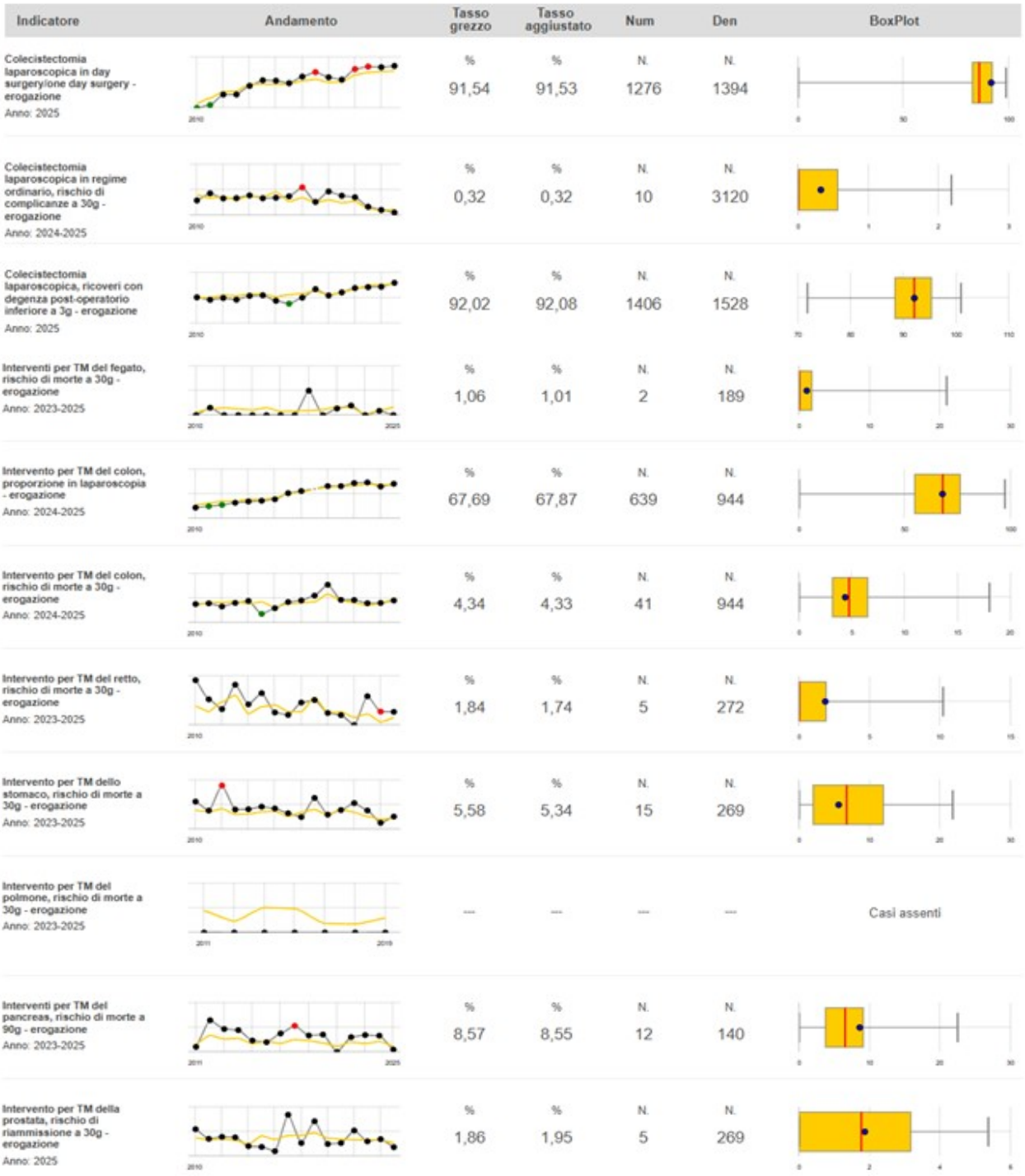
Per le patologie tempo dipendenti Infarto miocardico e ictus si nota una performance a livello della media regionale per ictus ischemico, per infarto miocardico e per percentuali di PTCA eseguite entro 90 minuti. Relativamente a quest'ultimo indicatore, l'ospedale San Jacopo di Pistoia conferma un tasso nettamente migliore della media regionale (75,85% ospedaliero vs 55,6% regionale).

2.2.3 Area Chirurgica

Nella media regionale la mortalità a 30 giorni per gli interventi per le neoplasie di colon, stomaco e polmone, in miglioramento quelle per tumore al retto e al pancreas.

Si confermano i risultati positivi relativamente all'applicazione della tecnica laparoscopica per colecistectomie nei nostri presidi, al rischio di complicanze e alla percentuale di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.

Figura 2. Indicatori PrOsE area chirurgica, AUTC, anno 2025



Indicatore	Andamento	Tasso grezzo	Tasso aggiustato	Num	Den	BoxPlot
Colecistectomia laparoscopica in day surgery/one day surgery - erogazione Anno: 2025		% 91,54	% 91,53	N. 1276	N. 1394	
Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario, rischio di complicanze a 30g - erogazione Anno: 2024-2025		% 0,32	% 0,32	N. 10	N. 3120	
Colecistectomia laparoscopica, ricoveri con degenza post-operatorio inferiore a 3g - erogazione Anno: 2025		% 92,02	% 92,08	N. 1406	N. 1528	
Interventi per TM del fegato, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2023-2025		% 1,06	% 1,01	N. 2	N. 189	
Intervento per TM del colon, proporzione in laparoscopia - erogazione Anno: 2024-2025		% 67,69	% 67,87	N. 639	N. 944	
Intervento per TM del colon, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2024-2025		% 4,34	% 4,33	N. 41	N. 944	
Intervento per TM del retto, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2023-2025		% 1,84	% 1,74	N. 5	N. 272	
Intervento per TM dello stomaco, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2023-2025		% 5,58	% 5,34	N. 15	N. 269	
Intervento per TM del polmone, rischio di morte a 30g - erogazione Anno: 2023-2025		---	---	---	---	Casi assenti
Interventi per TM del pancreas, rischio di morte a 90g - erogazione Anno: 2023-2025		% 8,57	% 8,55	N. 12	N. 140	
Intervento per TM della prostata, rischio di riammissione a 30g - erogazione Anno: 2025		% 1,86	% 1,95	N. 5	N. 269	

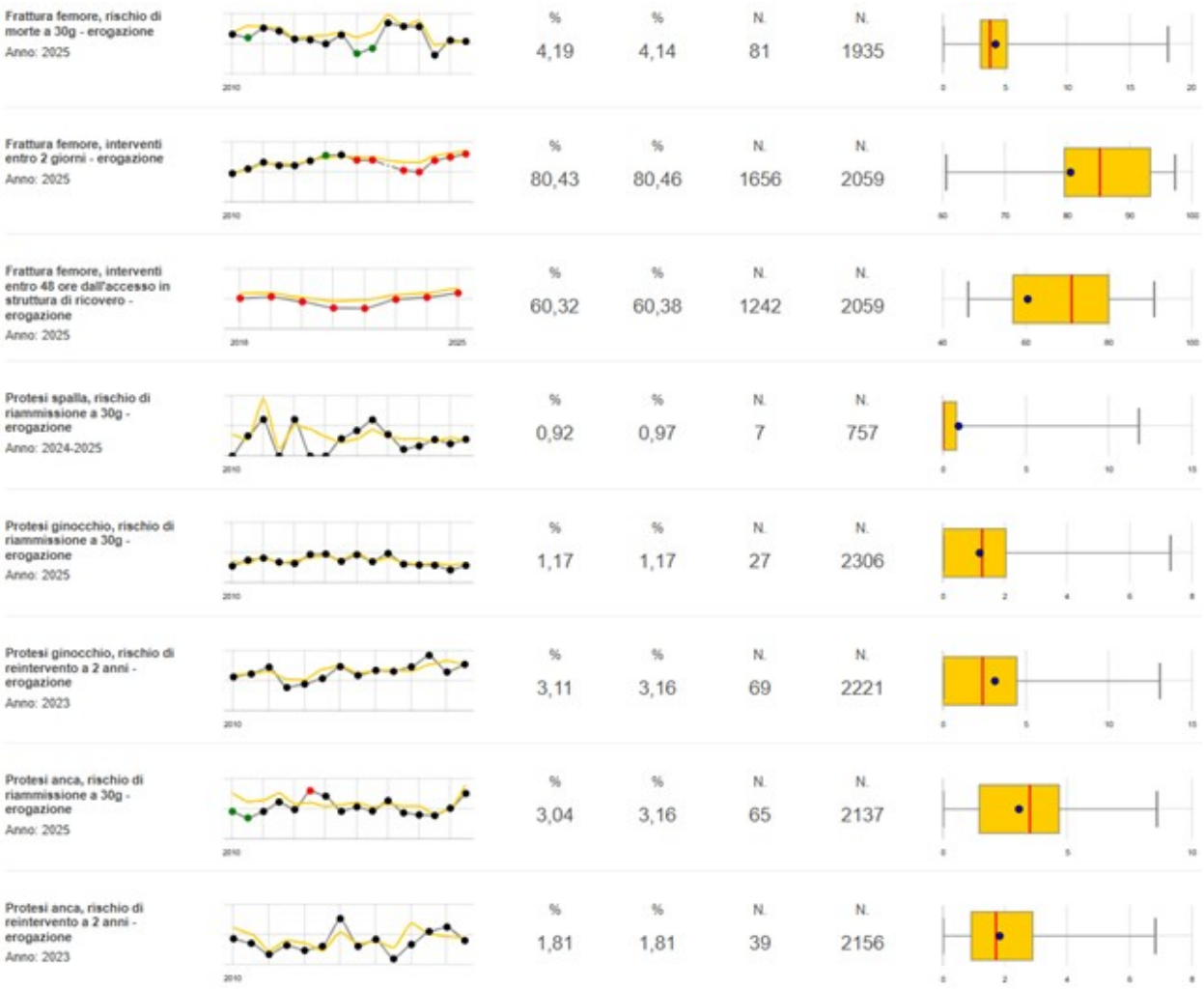
2.2.4 Area Ortopedica

La mortalità a 30 giorni da frattura del collo del femore si mantiene a livello della media regionale.

Relativamente alla tempestività, la proporzione di interventi eseguiti entro 48 ore dal primo accesso in struttura di ricovero, migliora significativamente dal 53,08% del 2024 al 60,32%.

Il rischio di riammissione a 30 giorni dopo protesi di anca e dopo protesi di ginocchio è in linea con la media regionale.

Figura 3. Indicatori PrOsE area ortopedica, AUTC, anno 2025



2.2.5 Area Percorso Nascita

Il percorso nascita è caratterizzato da proporzioni di parti cesarei migliori della media regionale. Si registra un moderato miglioramento, rispetto al 2024, nel tasso di riammissioni ospedaliere a 42 giorni dal ricovero per parto, sia per parti vaginali che con taglio cesareo. Gli indicatori di esito sono compresi nella media regionale.

3 Scheda A – Performance Economica

3.1 Schede e strumenti

Di seguito vengono illustrati gli obiettivi declinati nelle schede economiche di budget (scheda A).

3.1.1 Aree Schede A di Budget

Gli obiettivi economici assegnati alle strutture, sintetizzabili nel rispetto dei tetti di spesa e nel contenimento dei costi, hanno ripreso gli indirizzi della programmazione regionale, con particolare riferimento alle linee guida per la redazione del bilancio preventivo trasmesse dalla Regione Toscana in data 17 febbraio 2025 (Prot. N. AOOGRT_0112692) e alle successive azioni di efficientamento economico contenute nell'allegato F della delibera GRT n. 473 del 15/04/2025 "Individuazione ed assegnazione obiettivi alle aziende e agli enti del sistema sanitario regionale ai fini della valutazione dell'attività relativa all'anno 2025" .

La programmazione economica annuale condotta nel rispetto degli seguenti obiettivi contenuti nelle linee guida al bilancio annuale ha previsto:

a) Costi per le risorse umane: spesa non superiore a quella dell'anno 2024
b) Acquisto di farmaci con AIC e senza AIC: incremento massimo del 3% rispetto al 2024
c) Farmaceutica convenzionata: incremento massimo del 3% rispetto al 2024
d) Dispositivi medici diagnostici in vitro : riduzione del 2% della spesa sostenuta nel 2024
e) Altri dispostivi medici: spesa non superiore al 2024
f) Per tutti gli altri acquisti di beni: spesa non superiore al 2024
g) Acquisto prestazioni da strutture private accreditate (di ricovero, diagnostica, ambulatoriale): rispetto dei tetti stabiliti dalla DGR n° 1339 del 28/11/2022 e relativo allegato
h) Costi per approvvigionamenti energetici: riduzione della spesa del 2% rispetto al 2024
i) Tutti gli altri costi della produzione: mantenimento spesa 2024

Tali obiettivi sono stati declinati ai responsabili delle strutture organizzative sia attraverso la scheda di budget che attraverso il coinvolgimento alla realizzazione delle azioni previste nel piano di efficientamento economico aventi lo scopo di calmierare l'incremento dei costi.

Di seguito si elencano gli obiettivi economici contenuti nelle schede di budget:

a) consumi di beni sanitari per le strutture ospedaliere e territoriali a cui si aggiungono per quest'ultime anche i consumi di beni non sanitari. Sono stati ricondotti alle strutture organizzative i costi derivanti dalle prescrizioni di farmaci erogati in distribuzione diretta, distribuzione per conto e convenzionata effettuate dagli specialisti dell'azienda;

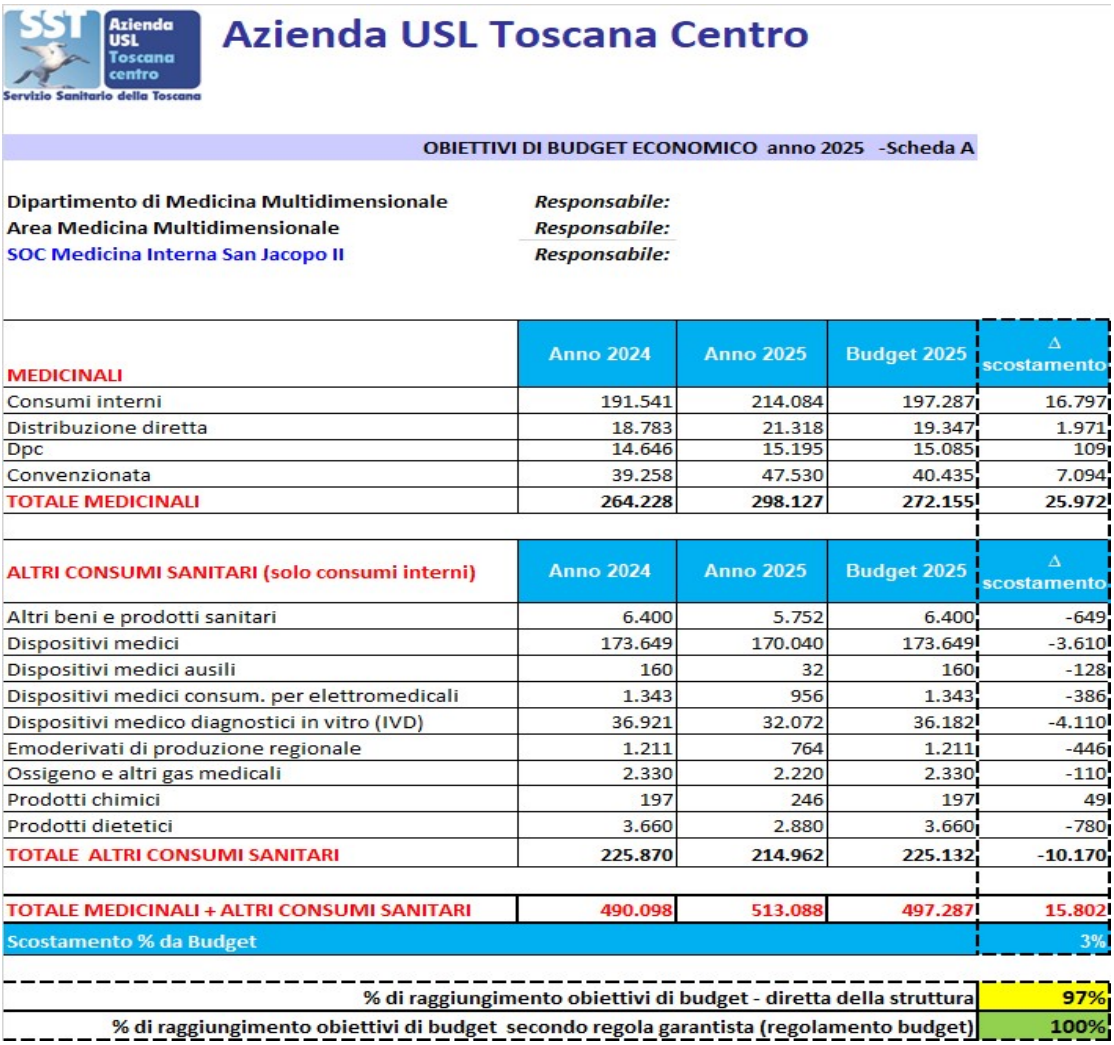
b) ai costi di cui al punto a) si aggiungono i costi per rette e contributi per le strutture del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze; i costi per anziani non autosufficienti e per disabili per il Dipartimento dei Servizi sociali; i costi della farmaceutica convenzionata per il Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale e per le otto zone territoriali di cui è composta l'ASL Toscana Centro i costi della farmaceutica territoriale, disabilità, non autosufficienza, rette e contributi della salute mentale (adulti e infanzia/adolescenza) e dipendenze .

c) Alle strutture di staff e della tecnostruttura coinvolte nel piano di miglioramento economico sono stati declinati gli obiettivi di risparmio previsti nello stesso.

Per le strutture non aventi una vera e propria scheda economica (standard), per lo scarso importo dei consumi di risorse (es.cancelleria) è stato attribuito il consueto obiettivo collegato al rispetto dell'equilibrio economico aziendale o degli accordi economici regionali così come previsto dal Regolamento aziendale (delibera DG 954/2023).

La scheda di budget nell'intestazione riporta gli elementi identificativi della struttura (Dipartimento, Area, SOC, SOS). Il corpo della scheda è organizzato in forma tabellare e prevede una riga per ciascuna tipologia di costo assegnato . In calce è prevista la firma del Direttore/Responsabile della struttura. Di seguito un esempio di scheda di budget in cui nella parte tratteggiata sono riportati i risultati conseguiti con la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo economico a cui è attribuito l'intero punteggio disponibile pari a 100.

Figura 4. Esempio di scheda di budget economica (Scheda A)



Azienda USL Toscana Centro

OBIETTIVI DI BUDGET ECONOMICO anno 2025 -Scheda A

Dipartimento di Medicina Multidimensionale *Responsabile:*
Area Medicina Multidimensionale *Responsabile:*
SOC Medicina Interna San Jacopo II *Responsabile:*

MEDICINALI	Anno 2024	Anno 2025	Budget 2025	Δ scostamento
Consumi interni	191.541	214.084	197.287	16.797
Distribuzione diretta	18.783	21.318	19.347	1.971
Dpc	14.646	15.195	15.085	109
Convenzionata	39.258	47.530	40.435	7.094
TOTALE MEDICINALI	**264.228**	**298.127**	**272.155**	**25.972**

ALTRI CONSUMI SANITARI (solo consumi interni)	Anno 2024	Anno 2025	Budget 2025	Δ scostamento
Altri beni e prodotti sanitari	6.400	5.752	6.400	-649
Dispositivi medici	173.649	170.040	173.649	-3.610
Dispositivi medici ausili	160	32	160	-128
Dispositivi medici consum. per elettromedicali	1.343	956	1.343	-386
Dispositivi medico diagnostici in vitro (IVD)	36.921	32.072	36.182	-4.110
Emoderivati di produzione regionale	1.211	764	1.211	-446
Ossigeno e altri gas medicali	2.330	2.220	2.330	-110
Prodotti chimici	197	246	197	49
Prodotti dietetici	3.660	2.880	3.660	-780
TOTALE ALTRI CONSUMI SANITARI	**225.870**	**214.962**	**225.132**	**-10.170**

TOTALE MEDICINALI + ALTRI CONSUMI SANITARI	490.098	513.088	497.287	15.802
Scostamento % da Budget				3%

% di raggiungimento obiettivi di budget - diretta della struttura	97%
% di raggiungimento obiettivi di budget secondo regola garantista (regolamento budget)	100%

3.1.2 Metodologia di Calcolo

La rilevazione dei risultati economici, come negli anni precedenti, è stata effettuata seguendo le seguenti fasi:

Raccolta dei dati: acquisizione dei dati consuntivi relativi al periodo di analisi.

Sono stati estratti i dati di consuntivo elaborati della Contabilità Analitica (la principale fonte dei dati inseriti nelle schede budget) per struttura organizzativa (SOC, SOSd, SOS, UF, Area, Dipartimento) . Per i consumi di medicinali legati alla distribuzione diretta, DPC e Convenzionata sono stati presi i dati della lettura ottica forniti dalla SOC Governance farmaceutica.

Calcolo degli scostamenti: determinazione della differenza tra valore consuntivo e valore di budget, sia in termini assoluti sia percentuali.

Misurazione della percentuale di raggiungimento degli obiettivi di budget:

tale fase è stata condotta, in conformità a quanto previsto nel regolamento aziendale adottato con delibera DG n. 954 del 27 luglio 2023 che stabilisce che:

a) alle strutture che rispettano l'obiettivo di spesa, è attribuito l'intero punteggio disponibile;
b) alle Strutture che superano il budget il punteggio disponibile è ridotto della % di scostamento dallo stesso. Viene attribuita la percentuale di scostamento realizzata della SOC o dell'Area di appartenenza, se il suo sforamento è maggiore di quello della struttura complessa o dell'Area gerarchicamente sovraordinata; nel caso invece sia inferiore, viene mantenuta la propria percentuale ("regola garantista").

Tale impostazione è in linea con la natura e la finalità stessa dell'Area che rappresenta il livello ottimale di gestione delle risorse economiche, comprendendo strutture organizzative e specialità omogenee al suo interno, tali da giustificare l'eventuale ed auspicabile – in caso di necessità - trasferimento di risorse. Di seguito le tabelle riepilogative dei risultati raggiuti.

3.2 Risultati scheda budget economica

A conclusione del ciclo di budget è stato rilevato il punteggio conseguito per ciascuna struttura organizzativa titolare di budget

I punteggi conseguiti dai dipartimenti e dalle relative aree confermano un livello di raggiungimento degli obiettivi complessivamente molto elevato. La maggior parte consegue punteggi superiori a 95 punti. Valori più contenuti ma sempre positivi si registrano per il Dipartimento della prevenzione (91), per il Dipartimento delle professioni tecnico sanitarie (92%) e per il Dipartimento Medicina di laboratorio (93).

Tabella 2. Punteggio Schede A per Dipartimento e Area

Dipartimento/Area	Punteggio Schede A
Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche	**99%**
Area Chirurgia Generale	99%
Area Ortopedia e Traumatologia	97%
Area Testa e Collo	100%
Area Altre Specialità Chirurgiche	95%
Dipartimento delle Specialistiche Mediche	**96%**
Area Cardio-Toracico	91%
Area delle Neuroscienze	95%
Area Gastro Nefrologica	100%
Dipartimento di Medicina Multidimensionale	**95%**
Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive	93%
Area Diabetologia e Malattie Endocrine	86%
Area di Medicina Multidimensionale	100%
Dipartimento Emergenza e area critica	**98%**
Area Anestesia e rianimazione	97%
Area Medicina durgenza	100%
Area Emergenza territoriale 118	100%
Dipartimento Oncologico	**95%**
Area Diagnostica Morfologica e Caratterizzazione Biomolecolare	94%
Area Oncologia medica e oncoematologia	96%
Area radioterapia	100%
Dipartimento Materno Infantile	**100%**
Area Ostetricia e ginecologia	100%
Area Pediatria e neonatologia	100%
Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione	**99%**
Dipartimento Medicina di Laboratorio	**93%**
Dipartimento Diagnostica per Immagini	**96%**
Area Gestione operativa immagini	96%
Dipartimento Rete Ospedaliera	**99%**
Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica	**100%**
Area Programmazione e controllo risorse	100%
Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie	**92%**
Area Programmazione e controllo di Risorse	92%
Staff Direzione Sanitaria	**100%**
Area Percorsi di cura	100%
Area Programmazione, monitoraggio e valutazione	100%
Area Qualità e sicurezza delle cure	100%
Dipartimento del Farmaco	**98%**
Area Farmacie Ospedaliere	95%

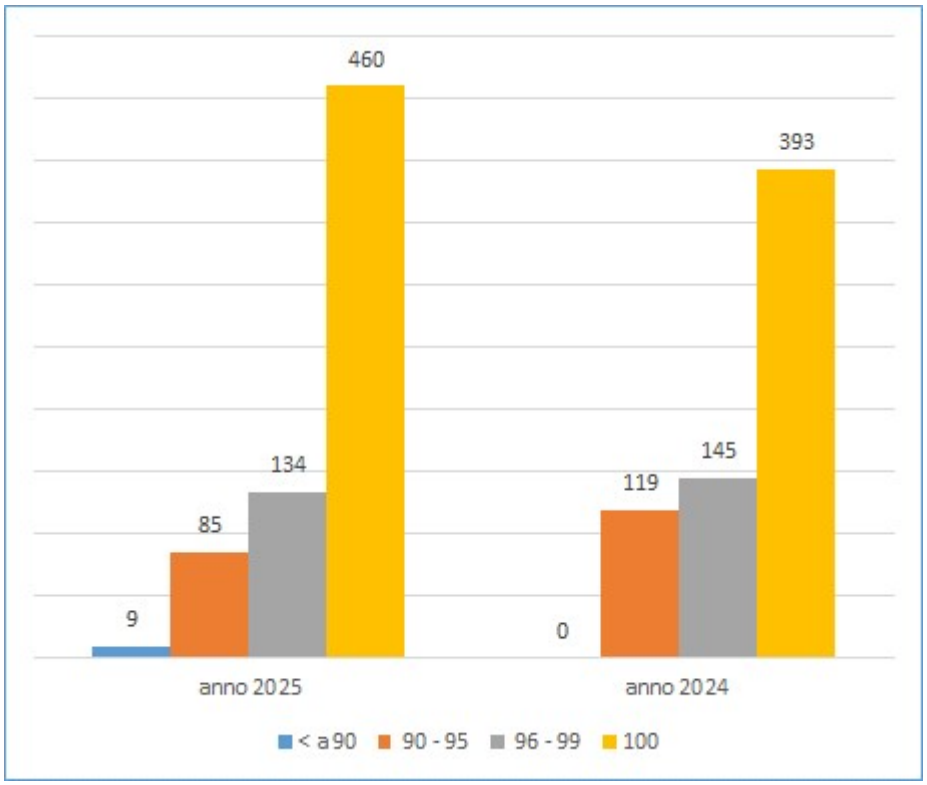
Dipartimento/ Area	Punteggio Schede A
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale	99%
Area assistenza sanitaria territoriale e continuita	100%
ea Governo Servizi Territoriali, Programmazione e percorsi specialistici integ	100%
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	100%
Area Salute mentale adulti	95%
Area Salute mentale infanzia e adolescenza	100%
Area Dipendenze	98%
Dipartimento della Prevenzione	91%
Area Igiene e sanita pubblica e della nutrizione	91%
Area Sanita pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	96%
Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	88%
Dipartimento Approvvigionamento prestazioni beni e servizi	100%
Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	100%
Dipartimento Risorse Umane	100%
Dipartimento Area Tecnica	100%
Area Coordinamento e gestione attività trasversali	100%
Area Manutenzione e gestione investimenti Empoli	100%
Area Manutenzione e gestione investimenti Firenze	100%
Area Manutenzione e gestione investimenti Pistoia	100%
Area Manutenzione e gestione investimenti Prato	100%
Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	100%
Area Amministrazione e finanza	100%
Area Bilancio, pianificazione e controllo	100%
Dipartimento Staff della Direzione Amministrativa	100%
Staff della Direzione Generale	100%
Dipartimento Servizio Sociale	100%

Tabella 3. Distribuzione delle strutture per fascia di punteggio – Scheda A, anni 2024 e 2025

Distribuzione strutture per fascia di punteggio

	anno 2025		anno 2024	
Fascia punteggio	strutture	% su tot	strutture	% su tot
< a 90	9	1%	0	0%
90 - 95	85	12%	119	18%
96 - 99	134	19%	145	22%
100	460	67%	393	60%
Totale strutture	**688**	**100%**	**657**	**100%**

Figura 5. Distribuzione delle strutture per fascia di punteggio – Scheda A, anni 2024 e 2025



Il confronto tra la distribuzione dei punteggi conseguiti dalle strutture organizzative nel 2025 e nel 2024 evidenzia un miglioramento complessivo delle performance. Nel 2025 le strutture con punteggio pieno (100) sono state 460, pari a circa il 67% del totale delle strutture valutate, in aumento rispetto alle 393 del 2024 (pari a circa il 60%). Di contro si rilevano 9 strutture con un punteggio inferiore a 90 punti non presenti nell'anno 2024.

4 Scheda B – Performance Organizzativa Strutture Sanitarie e Sociali

4.1 Schede e strumenti

Di seguito vengono declinate le aree delle schede B di budget, il modello di scheda

4.1.1 Aree Schede B di Budget

La Scheda B raccoglie gli obiettivi attuativi di natura progettuale e di attività assegnati alle strutture aziendali. Gli obiettivi sono organizzati in aree tematiche, ciascuna delle quali può comprendere uno o più indicatori; non tutte le aree sono rappresentate in tutti i Dipartimenti, in relazione alla specificità delle attività svolte da ciascuna struttura. Per l'anno 2025 le aree individuate sono le seguenti: Governo delle liste di attesa, Qualità clinica e di processo, Integrazione ospedale-territorio, Variabilità, Rischio clinico, Qualità percepita, Farmaci e dispositivi, Efficientamento energetico.

L'assegnazione dei pesi ai singoli obiettivi è strettamente correlata al livello di raggiungimento del risultato conseguito nell'anno precedente: agli obiettivi già pienamente raggiunti viene attribuito un peso molto contenuto (0-1), mentre agli obiettivi per i quali il risultato si è mantenuto lontano dal target viene attribuito un peso più elevato. Tale criterio consente di orientare l'attenzione delle strutture verso le aree di maggiore criticità residua, in una logica di miglioramento continuo.

Tabella 4. Pesi delle aree della Scheda B, anno 2025

Area	Peso 2025
Qualità clinica e di processo	30
Governo dei tempi di attesa	10
Farmaci e dispositivi	10
Integrazione ospedale-territorio	20
Qualità percepita	5
Variabilità	10
Efficientamento energetico	5
Rischio clinico	10

4.1.1.1 Governo delle liste di attesa

L'area riguarda il monitoraggio dei tempi di attesa per gli interventi chirurgici e per l'attività specialistica ambulatoriale, sia diagnostica sia relativa alle visite ambulatoriali come previsto dal Piano Regionale del Governo Liste di Attesa.

4.1.1.2 Qualità clinica e di processo

L'area si articola attraverso tre principali fonti informative: gli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG-core), gli indicatori del Programma Nazionale Esiti (PNE, rappresentati tramite treemap) e gli indicatori del sistema di valutazione MeS della Scuola Superiore Sant'Anna.

4.1.1.3 Integrazione ospedale-territorio

L'area comprende lo sviluppo del modello Casa della Comunità, con l'integrazione dei relativi servizi con le altre articolazioni territoriali e ospedaliere, e il completamento della riorganizzazione dei Consultori Territoriali, in coerenza con quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale Toscana n. 674/2023, lo sviluppo e piena attivazione delle Centrali Operative Territoriali e degli Ospedali di Comunità. Viene inclusa in questa area anche l'attività della Telemedicina – racchiudendo pertanto tutti gli elementi presenti nel Piano Nazionale di Resistenza e Resilienza (PNRR).

4.1.1.4 Variabilità

L'area è dedicata al contenimento della variabilità nelle pratiche clinico-assistenziali e organizzative tra le diverse strutture aziendali, attraverso la partecipazione delle discipline interessate a percorsi condivisi di confronto e allineamento secondo best-practice definite a livello internazionale per favorire un confronto tra pari in grado di armonizzare le pratiche.

4.1.1.5 Rischio clinico

Gli indicatori dell'area riguardano le azioni di miglioramento attivate a seguito di eventi avversi, misurate come rapporto tra il numero complessivo di azioni di riduzione del rischio concluse sul portale regionale SIGRC conseguenti ad audit e il numero complessivo di azioni di riduzione del rischio inserite nel biennio 2024-2025 nel sistema SIGRC, e la tempestività di presa in carico delle segnalazioni di eventi avversi, misurata in giorni di latenza tra l'inserimento della pre-analisi e l'inserimento del relativo audit nel sistema SIGRC.

4.1.1.6 Qualità percepita

L'obiettivo dell'area è aumentare il tasso di adesione all'indagine sulla qualità percepita, anche attraverso l'individuazione, per ciascuna struttura, di un referente PREMs.

4.1.1.7 Farmaci e dispositivi

L'area comprende azioni finalizzate al raggiungimento dell'appropriatezza prescrittiva e all'uso appropriato dei dispositivi, tra cui, nell'ambito della gara energy, l'individuazione dei criteri di utilizzo dei dispositivi a radiofrequenza e ad ultrasuoni, nonché il monitoraggio della percentuale di confezioni di amoxicillina sul totale delle confezioni di amoxicillina e amoxicillina/acido clavulanico prescritte e altri obiettivi legati agli obiettivi della farmaceutica a livello regionale.

4.1.1.8 Efficientamento energetico

L'area prevede la redazione del piano attuativo di presidio e l'implementazione di strategie e azioni qualitative per l'ottimizzazione e l'efficientamento energetico del sistema.

4.1.2 Riduzione del numero di obiettivi

Nel passaggio dal 2024 al 2025 si è registrata una significativa riduzione del numero di indicatori

assegnati alle strutture aziendali, in una logica di maggiore selettività e di concentrazione su un numero più contenuto di obiettivi realmente rilevanti e controllabili da parte dei valutati. Il numero complessivo di indicatori assegnati ai Dipartimenti è sceso da 1.380 nel 2024 a 736 nel 2025, con una riduzione di circa il 47%.

Le riduzioni più marcate, in termini assoluti, si registrano per il Dipartimento di Medicina Multidimensionale (da 165 a 38 indicatori), per la Rete Ospedaliera (da 143 a 53), per il Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale (da 141 a 49), per lo Staff della Direzione Sanitaria (da 132 a 60) e per il Dipartimento di Medicina Generale (da 129 a 54). Si segnalano invece alcuni incrementi contenuti, in controtendenza rispetto al dato aziendale complessivo, per il Dipartimento del Farmaco (da 16 a 30 indicatori), per il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze (da 26 a 28), per il Dipartimento Servizio Sociale (da 26 a 29) e per il Dipartimento della Prevenzione (da 33 a 34).

Tabella 5. Numero di indicatori per Dipartimento, anni 2024 e 2025

Dipartimento	N. Indicatori 2024	N. Indicatori 2025
Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche	78	50
Rete Ospedaliera	143	53
Dipartimento delle Specialistiche mediche	97	63
Dipartimento Diagnostica per Immagini	43	30
Dipartimento Emergenza e area critica	45	30
Dipartimento Materno Infantile	44	35
Dipartimento Oncologico	40	27
Dipartimento di Medicina Generale	129	54
Dipartimento di Medicina Multidimensionale	165	38
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	26	28
Dipartimento Servizio Sociale	26	29
Dipartimento della Prevenzione	33	34
Dipartimento Medicina di Laboratorio	16	14
Dipartimento del Farmaco	16	30
Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie	92	54
Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica	92	40
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale	141	49
Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione	22	18
Staff della Direzione Sanitaria	132	60
Totale	1.380	736

4.1.3 Scheda di Budget

La scheda di rendicontazione di budget rappresenta il documento consuntivo attraverso cui si dà conto, a livello di singola struttura, del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati nella scheda B. Nell'intestazione riporta gli elementi identificativi della struttura valutata (Dipartimento, Area, SOC, SOS), la versione del documento, il punteggio complessivo conseguito dalla struttura rispetto al punteggio massimo attribuibile (pari a 100) e lo spazio per la firma del Direttore/Responsabile. Il corpo della scheda è organizzato in forma tabellare, con una riga per ciascun obiettivo assegnato e le seguenti colonne: l'ID Obiettivo, codice identificativo univoco

dell'indicatore; la Fonte, che indica il sistema informativo o informativo-gestionale da cui il dato viene estratto (ad es. REPORT o MES); l'Obiettivo, con la descrizione testuale dell'azione o del risultato atteso; il Target, che esplicita il valore soglia o la condizione di raggiungimento richiesta; il Valore (riferito all'anno di rendicontazione), che riporta il dato numerico effettivamente rilevato; il Risultato, che indica se l'obiettivo è stato raggiunto (ad es. "RICEVUTO"); il Peso, che esprime l'incidenza relativa dell'indicatore sul punteggio complessivo della scheda; il Punteggio Obiettivo, calcolato correlando il peso al grado di raggiungimento del target; e infine una colonna Note, destinata a eventuali precisazioni qualitative o motivazioni relative allo scostamento dal target. La sommatoria dei punteggi dei singoli obiettivi determina il punteggio finale della struttura, riportato nell'intestazione della scheda.

Figura 6. Esempio di scheda di rendicontazione di budget (Scheda B)

SOC Programmazione e Monitoraggio — Rendicontazione Schede B Budget 2025

Dipartiment Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica
Area
SOC
SOS
Versione V1
Punteggio Struttura 98
Punteggio Massimo 100

FIRMA DIRETTORE/RESPONSABILE
_____

ID Ob.	Fonte	Obiettivo	Target	Valore 2025	Risultato	Peso	Punteggio Obiettivo	Note
AS_CP1	REPORT	Rete Codice Rosa. Qualificare i percorsi di presa in carico attraverso la rilevazione del rischio, la procedura minori, il monitoraggio dell'accordo AZ/Zone, mediazione culturale, Formazione, Sensibilizzazione	Report di attività	RICEVUTO	100	3	3	
AZ24-184	REPORT	Sviluppo del modello Casa della Comunità. Integrazione dei servizi della Casa di Comunità con gli altri servizi del territorio e dell'ospedale	Almeno un percorso condiviso con MMG e/o PLS	RICEVUTO	100	2	2	
AZ24-188	REPORT	Potenziamento dei servizi domiciliari - PNRR e DM 77 DGRT1508/22. Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) affinché il servizio di cure domiciliari garantisca la continuità assistenziale H24, 7 giorni su 7.	Progetto esecutivo	RICEVUTO	100	3	3	
AZ24-189	REPORT	Realizzare un progetto esecutivo (e documentazione a supporto) per l'integrazione dell'ospedale di comunità nella rete dei servizi	Attivazione di TUTTI gli ODC	RICEVUTO	100	2	2	
B24B.5	MES	Diffusione libretto di gravidanza digitale	Miglioramento rispetto al 2024	0,7581	100	2	2	
B28.1.5	REPORT	Percentuale di accessi domiciliari effettuati il sabato, la domenica e giorni festivi	Produzione di reportistica trimestrale con azioni di miglioramento	RICEVUTO	100	2	2	
B6.1.4	MES	Percentuale di donatori utilizzati	>90%	90,91	100	2	2	
B6.1.5A	MES	Percentuale donatori di tessuti effettivi	>30%	0,11	30	2	0,7	
CP12	REPORT	Cure Intermedie: Analisi e definizione delle linee di sviluppo in linea con l'attuazione del DM 77 e del DGRT1508/22	Report e Progetto esecutivo	RICEVUTO	100	3	3	

4.1.4 Metodologia di Calcolo

Gli obiettivi assegnati sono di due tipi: quantitativi e qualitativo/ documentali. Gli obiettivi quantitativi sono verificabili attraverso una serie di indicatori numerici e si riferiscono a volumi di attività, misure di processo e di esito; gli obiettivi di natura qualitativa/documentale sono verificati dai direttori di struttura con certificazione di documenti/report e di produzione di allegati. Gli obiettivi qualitativo/documentali spesso sono obiettivi di sviluppo del sistema delle cure che riguardano nuove modalità di erogazione dei servizi o nuovi processi di cura ad alto impatto innovativo anche utilizzando nuove metodiche.

Per gli obiettivi quantitativi sono definite quattro modalità di misurazione:

- Standard interni. Tale approccio è utile a creare un sistema di benchmarking interno ed è poco influenzato da variabili esterne al sistema, infatti tutte le strutture hanno la medesima esposizione agli eventuali elementi di perturbazione. Lo standard di riferimento è la migliore performance all'interno della nostra azienda tra discipline omogenee, che diviene il risultato atteso di riferimento, a cui sarà attribuito il 100% di raggiungimento. Gli scostamenti rispetto allo standard, sempre misurati in centili, rappresenteranno il livello di attribuzione di quell'obiettivo. Ad esempio: se la Struttura A ha un valore 7,2 in un obiettivo con andamento crescente, dove per ipotesi, la miglior performance ha un valore di 8, avrà raggiunto l'obiettivo al 90% e quindi gli verrà attribuito il 90% del peso di quello specifico obiettivo.
- Standard derivanti da sistemi di valutazione esterni. Il sistema di valutazione delle performance regionale, sviluppato dal laboratorio di management e sanità (MeS) dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, ne rappresenta il prototipo. Nelle fattispecie, ove sia applicabile, si procede valutando il target a livello aziendale (o di stabilimento) rispetto al network delle aziende regionali (bersaglio del MeS) e si attribuisce una valorizzazione basata su quella del sistema di valutazione delle performance, mediante un sistema afasce:fasciamigliore, 100%delpeso relativo;a seguire 80%, 60%, 40% e 20% per la fascia peggiore
- Standard di trend: Per obiettivi particolarmente sfidanti che richiedono il coinvolgimento di molte strutture lo standard adottato sarà il trend, ovvero la variazione nel tempo dell'indicatore. A seconda dell'obiettivo tale variazione potrà essere misurata a livello di Azienda, Dipartimento o Struttura. L'obiettivo sarà raggiunto con la variazione dell'indicatore nella direzione desiderata.
- Standard derivanti da normative: dove prevista una soglia definita da una istituzione europea, nazionale, regionale, il raggiungimento dell'obiettivo è valutato rispetto al raggiungimento dello standard. Ad esempio: volumi soglia di interventi per la chirurgia del tumore della mammella chene garantiscano la qualità dell'esito.

Gli obiettivi qualitativo/ documentali sono valutati in base al materiale pervenuto. La valutazione è fatta attribuendo al peso dell'indicatore i coefficienti della Tabella 6.

Tabella 6. Coefficienti di valutazione per obiettivi qualitativi

Caso	Coefficiente
a) La documentazione prodotta testimonia il raggiungimento del target ovvero viene prodotta una giustificazione plausibile,verificabile e non imputabile a struttura giudicata in caso di mancato raggiungimento	**1,0**
b) Target parzialmente raggiunto e/o documentazione prodotta non idone a valutarne il pieno raggiungimento.	**0,50**
c) Documentazione mancante o non idonea alla valutazione e nessuna azione intrapresa nella direzione del raggiungimento del target.	**0**

Il risultato finale della scheda B è dato dalla sommatoria dei singoli punteggi raggiunti per ogni specifico obiettivo, sia quantitativo che qualitativo/ documentale. Il valore massimo per ciascuna scheda è 100.

Il sistema di pianificazione annuale dell'Azienda è stratificato rispetto a Zone Distretto, Dipartimenti, Aree e Strutture complesse e semplici.

In caso di vacanza del responsabile per una struttura, se non è stato individuato un responsabile ad interim o facente funzione che possa sottoscrivere e rendicontare la scheda, la valutazione è fatta con la media delle strutture afferenti ovvero, in assenza di strutture afferenti, attribuendo la valutazione della struttura sovraordinata, sia essa SOC, Area o Dipartimento.

4.2 Risultati strutture sanitarie

A conclusione del ciclo di budget è stato effettuato il monitoraggio dei risultati raggiunti, con la rilevazione del punteggio conseguito da ciascun dipartimento e dalle relative aree, l'analisi della numerosità degli obiettivi assegnati alle singole strutture e il confronto della distribuzione dei punteggi rispetto all'anno precedente.

I punteggi conseguiti dai dipartimenti e dalle relative aree sanitarie confermano un livello di raggiungimento degli obiettivi complessivamente molto elevato, con la maggior parte delle strutture attestata tra 97 e 100 punti. Presentano punteggio pieno (100) i Dipartimenti del Farmaco, della Prevenzione, delle Professioni Tecnico Sanitarie e della Diagnostica per Immagini, oltre a numerose aree afferenti ad altri dipartimenti, tra cui l'Area Farmacie ospedaliere, l'Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, l'Area Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare e l'Area Emergenza territoriale 118.

Il valore più contenuto si registra per il Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche (92), in linea con il punteggio della propria Area Testa e Collo (92); nell'ambito del Dipartimento delle Specialistiche mediche (93), l'Area Cardio-Toracica (91) rappresenta il valore puntuale più basso tra tutte le articolazioni dipartimentali rilevate.

Tabella 7. Punteggio Schede B per Dipartimento e Aree sanitarie

Dipartimento/Area	Punteggio Scheda B
Dipartimento Assistenza infermieristica e ostetrica	98
Area Programmazione e controllo risorse	99
Dipartimento del Farmaco	100
Area Farmacie ospedaliere	100
Dipartimento della Prevenzione	100
Area Igiene esanita' pubblica e della nutrizione	99
Area Prevenzione igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro	100
Area Sanita' pubblica veterinaria e sicurezza alimentare	100
Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie	100
Area Programmazione e controllo risorse	100
Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche	92
Area Altre specialistiche	93
Area Chirurgia Generale	93
Area Ortopedia e Traumatologia	94
Area Testa e Collo	92
Dipartimento delle Specialistiche mediche	93
Area Cardio-Toracica	91
Area delle Neuroscienze	95
Area Gastro-Nefrologica	94
Dipartimento di Medicina Multidimensionale	94
Area di Medicina Multidimensionale	94
Area Diabetologia e Malattie Endocrine	99
Area Immuno Reumatologica e delle Malattie Infettive	98
Dipartimento Diagnostica per Immagini	100
Area Gestione operativa	100
Dipartimento Emergenza e area critica	99
Area Anestesia e rianimazione	97
Area Emergenza territoriale 118	100
Area Medicina d'urgenza	98
Dipartimento Materno Infantile	99
Area Ostetricia e ginecologia	99
Area Pediatria e neonatologia	99
Dipartimento Oncologico	97
Area Diagnostica morfologica e caratterizzazione biomolecolare	100
Area Oncologia medica e oncoematologia	99
Area Radioterapia	99
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale	98
Area assistenza sanitaria territoriale e continuità	98
Area Governo servizi territoriali, programmazione e percorsi specialistici integrati	98
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	97

Dipartimento/Area	Punteggio Scheda B
Area Dipendenze	100
Area Salute mentale adulti	97
Area Salute mentale infanzia e adolescenza	100
Staff della Direzione Sanitaria	99
Area Percorsi di cura	100
Area Qualità e sicurezza delle cure	100
Area Programmazione monitoraggio e valutazione	100

Il dettaglio a livello di singola struttura evidenzia un'ampia variabilità nel numero di obiettivi assegnati nell'ambito dello stesso dipartimento, a fronte di punteggi medi comunque elevati in tutte le articolazioni. Si segnalano situazioni di particolare omogeneità, come il Dipartimento di Medicina Generale e le Zone Distretto, per i quali il numero di obiettivi risulta identico per tutte le strutture (pari a 55), con punteggio medio rispettivamente di 98 e 100.

All'opposto, dipartimenti quali lo Staff della Direzione Sanitaria (da 3 a 62 obiettivi), la Rete Ospedaliera (da 8 a 53) e il Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale (da 6 a 50) presentano una marcata eterogeneità nel numero di obiettivi assegnati alle singole strutture, pur mantenendo punteggi medi elevati, rispettivamente pari a 99, 98 e 98. Il valore minimo puntuale a livello di singola struttura si registra nel Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche, con un punteggio pari a 79, il più basso rilevato tra tutte le strutture aziendali, a fronte comunque di un punteggio medio dipartimentale pari a 96.

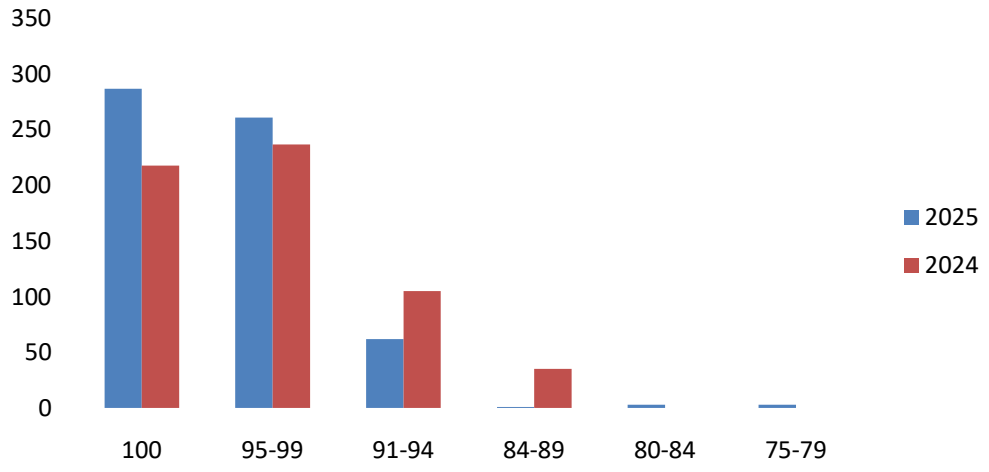
Tabella 8. Numero di obiettivi e punteggio per struttura, per Dipartimento – Scheda B

Dipartimento	Min N Obiettivi Struttura	Max N Obiettivi Struttura	Media N Obiettivi Struttura	Min di Punteg	Max di Punteg	Media di Punteg.
Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica	3	41	26	92	100	99
Dipartimento del Farmaco	6	30	17	96	100	100
Dipartimento della Prevenzione	7	37	15	99	100	100
Dipartimento delle Professioni Tecnico Sanitarie	3	53	28	99	100	100
Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche	10	51	19	79	100	96
Dipartimento delle Specialistiche mediche	6	60	27	90	100	96
Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione	6	18	17	94	100	97
Dipartimento di Medicina Multidimensionale	9	38	21	85	100	97
Dipartimento Diagnostica per Immagini	4	32	24	98	100	99

Dipartimento	Min N Obiettivi Struttura	Max N Obiettivi Struttura	Media N Obiettivi Struttura	Min di Punteg	Max di Punteg	Media di Punteg.
Dipartimento Emergenza e area critica	3	30	16	94	100	98
Dipartimento Materno Infantile	16	35	24	90	100	98
Dipartimento Medicina di Laboratorio	6	12	8	100	100	100
Dipartimento Medicina Generale	55	55	55	98	98	98
Dipartimento Oncologico	4	27	16	97	100	99
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale	6	50	45	94	100	98
Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze	5	28	17	94	100	99
Dipartimento Servizio Sociale	9	29	27	99	100	99
Rete Ospedaliera	8	53	28	93	100	98
Staff della Direzione Sanitaria	3	62	26	95	100	99
Zone distretto	55	55	55	99	100	100

Figura 7. Distribuzione delle strutture sanitarie per fascia di punteggio – Scheda B, anni 2024 e 2025

Punteggio	N strutture Sanitarie 2025	N strutture Sanitarie 2024
100	287	218
95-99	261	237
91-94	62	105
84-89	1	35
80-84	3	0
75-79	3	0



Il confronto tra la distribuzione dei punteggi conseguiti dalle strutture sanitarie nel 2025 e nel 2024 evidenzia un significativo miglioramento complessivo delle performance. Nel 2025 le strutture con punteggio pieno (100) sono state 287, pari a circa il 46% del totale delle strutture valutate, in aumento rispetto alle 218 del 2024 (pari a circa il 37%). Considerando la fascia di eccellenza (punteggio pari o superiore a 95), la quota di strutture coinvolte sale a circa l'89% nel 2025, a fronte di circa il 76% nel 2024.

Si riduce inoltre in maniera sostanziale il numero di strutture collocate nelle fasce di punteggio più basse: le strutture con punteggio compreso tra 84 e 89 passano da 35 nel 2024 a 1 sola nel 2025. Si segnala tuttavia la comparsa, nel 2025, di un numero contenuto di strutture (6 in totale) con punteggio compreso tra 75 e 84, fascia non presente nel 2024, a fronte comunque di un miglioramento netto della distribuzione complessiva. Nel complesso, il confronto conferma un trend positivo nel raggiungimento degli obiettivi di budget, con una progressiva concentrazione delle strutture nelle fasce di punteggio più elevate.

4.3 Risultati Dipartimento del Servizio Sociale

Nel periodo di riferimento il Dipartimento del Servizio Sociale ha consolidato le attività di programmazione, monitoraggio e miglioramento della qualità dei servizi, promuovendo la correttezza dei flussi informativi per il raggiungimento degli obiettivi NSG sulla non autosufficienza, la pianificazione dell'offerta e mantenendo costante la collaborazione con le Società della Salute. Parallelamente, sono state avviate azioni di qualificazione dell'offerta semiresidenziale e residenziale per le persone con disabilità e con cronicità. Importante il lavoro circa la riduzione della variabilità, quale strategia dedicata all'armonizzazione dei processi tecnico professionali in COT e nei Ser.D., (armonizzazione, istruzione operativa, Scheda RSB). Come da obiettivi, sono state promosse azioni di gestione del rischio mediante audit clinico-organizzativi, incontri di Morbidity&Mortality (M&M), monitoraggio delle azioni correttive sulla piattaforma SiGRC e iniziative formative sul Risk Management, contribuendo a consolidare la cultura del miglioramento continuo. Infine, in relazione alla SOSD Servizi sociali territoriali, gli obiettivi hanno portato a importanti azioni e qualità nei percorsi della Rete Codice Rosa, della disabilità (anche alla lune delle riforme normative relative) e dell'implementazione dei servizi previsti dal DM 77/22 e dalla DGRT 1508/.22 (COT, CdC, PUA, Integrazione con i servizi sociali, OdC).

5 Scheda B – Performance Organizzativa Strutture Amministrative

5.1 Schede e strumenti

La Scheda B raccoglie gli obiettivi attuativi di natura progettuale e di attività assegnati alle strutture aziendali. Gli obiettivi sono organizzati in aree tematiche, ciascuna delle quali può comprendere uno o più indicatori; non tutte le aree sono rappresentate in tutti i Dipartimenti, in relazione alla specificità delle attività svolte da ciascuna struttura. Per l'anno 2025 le aree individuate per l'Area Tecnico Amministrativa sono le seguenti:

- Piano di miglioramento organizzativo: revisione in ottica Lean Organization dei processi amministrativi per l'attuazione di azioni di efficientamento.
- Aggiornamento di procedure di impatto aziendale sotto l'aspetto qualitativo, tenuto conto della recente revisione dei ruoli dirigenziali nell'Area Tecnico Amministrativa, alla luce di novità normative e delle indicazioni del Nucleo di Qualità Tecnico Amministrativa.
- Aggiornamento di procedure PAC, in caso di verifica che quelle in uso siano sostanzialmente migliorabili.

Inoltre è stato attribuito trasversalmente ad ogni struttura amministrativa l'obiettivo della corretta applicazione della procedura "Valutazione della performance del comparto" attraverso la verifica della congruità della ripartizione del personale nelle fasce di valutazione in base alla media aziendale.

La scheda B di alcune delle strutture, individuate dalla SOC Controlling e CE, riporta infine uno specifico obiettivo legato all'acquisizione e perfezionamento delle capacità e delle competenze previsionali nel monitoraggio dei dati di bilancio e per il quale quindi il Forecast di un certo periodo dell'anno 2025, diverso a seconda della natura delle funzioni della struttura in questione, e il consuntivo dell'anno 2025 risultino pari a +/- 2,0%.

5.2 Risultati

Ad esclusione dell'obiettivo sulle competenze previsionali, rendicontato dalla SOC Controlling e CE, si tratta nella maggioranza dei casi di obiettivi di tipo qualitativo, il cui grado di raggiungimento viene verificato tramite relazioni ad hoc sullo stato di avanzamento lavori, elaborate da parte dei direttori di struttura e di Dipartimento e corredate da documentazione a supporto ed eventuale reportistica.

L'aggiornamento delle procedure PAC viene certificato dal Coordinatore PAC aziendale.

Il risultato finale della scheda B è dato dalla sommatoria dei singoli punteggi raggiunti per ogni specifico obiettivo, sia quantitativo che qualitativo/ documentale. Il valore massimo per ciascuna scheda è 100.

Anche per l'Area Amministrativa il sistema di pianificazione annuale dell'Azienda è stratificato rispetto a Dipartimenti, Aree e Strutture complesse e semplici.

In caso di vacanza del responsabile per una struttura, se non è stato individuato un responsabile ad interim o facente funzione che possa sottoscrivere e rendicontare la scheda, la valutazione è fatta con la media delle strutture afferenti ovvero, in assenza di strutture afferenti, attribuendo la valutazione della struttura sovraordinata, sia essa SOC, Area o Dipartimento.

A conclusione del ciclo di budget è stato effettuato il monitoraggio dei risultati raggiunti, con la rilevazione del punteggio conseguito da ciascun dipartimento e dalle relative aree, l'analisi della numerosità degli obiettivi assegnati alle singole strutture e il confronto della distribuzione dei punteggi rispetto all'anno precedente.

I punteggi conseguiti dai dipartimenti e dalle relative aree amministrative confermano un livello di raggiungimento degli obiettivi complessivamente molto elevato, con la maggior parte delle strutture attestata tra 99 e 100 punti.

Tabella 9. Punteggio Scheda B per Dipartimento – Strutture amministrative: risultati 2024 e 2025.

Dipartimento	Risultato 2024	Risultato 2025
Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione	100	100
Dipartimento Approvvigionamento prestazioni, beni e servizi	100	99,92
Dipartimento Area Tecnica	95	99,94
Dipartimento Risorse Umane	100	100
Dipartimento Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	100	99,99
Direzione Generale	100	100
Staff Direzione Amministrativa	100	99,99
Staff Direzione Generale	100	100

6 Scheda C – Valutazione di performance individuale

6.1 Schede e strumenti

La valutazione individuale dei dirigenti avviene tramite l'apposita scheda di *"valutazione delle competenze trasversali*" denominata "***scheda C***".

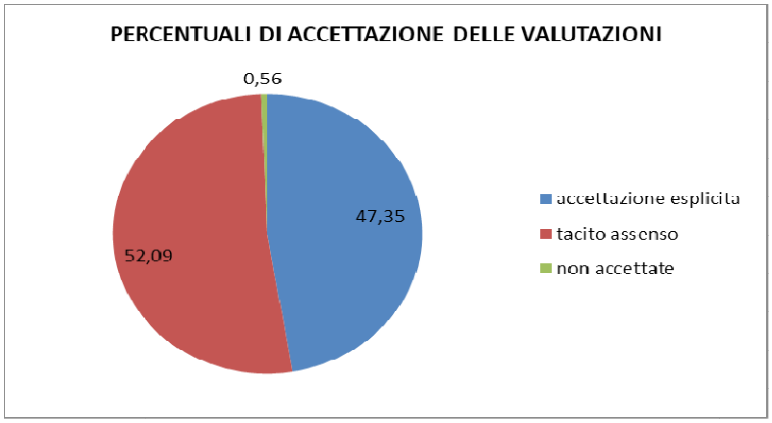
La ***"scheda C",*** attraverso l'espressione di 20 items, prende in esame le seguenti tre dimensioni:
1. **Realizzativa**: livello di capacità di iniziativa, sensibilità economica, organizzazione e controllo.
2. **Manageriale**: capacità concettuali e tecniche, abilità gestionali anche organizzativo funzionale e abilità nella gestione delle relazioni umane.
3. **Competenze**: capacità di raggiungimento degli obiettivi programmati, di gestione in un contesto di cambiamento e di problem solving.

In relazione al dirigente valutato, il valutatore di prima istanza esprime un giudizio ad ognuno dei 20 item della scheda C attraverso un punteggio da 1 a 5, tali punteggi sono raggruppati nelle dimensioni "REALIZZATIVA", "MANAGERIALE" e "COMPETENZE" generando un valore da 1 a 5 per singola dimensione, di conseguenza il punteggio della scheda C potrà avere un punteggio minimo pari a 3 massimo pari a 15.

Il processo di valutazione della Scheda C inizia con la valutazione di prima istanza nella quale il valutatore valuta il proprio collaboratore. Nella seconda fase il valutato prende visione ed accetta o contesta la valutazione; in caso di accettazione il percorso è terminato, altrimenti si attiva la valutazione di intesa che sarà effettuata dal livello superiore del valutatore.

6.2 Risultati

A conclusione della prima fase della valutazione, si rileva che dei complessivi 2.909 dirigenti interessati dalla valutazione: nr 41 sono stati esentati; dei 2.868 dirigenti effettivamente valutati (scheda C compilata), 2.852 hanno accettato la propria valutazione (di cui 1.358 accettazioni esplicite e 1.494 in tacito assenso) mentre 16 dirigenti hanno richiesto una revisione della valutazione attivando pertanto la fase di intesa, come da grafico sotto evidenziato.



A conclusione della procedura di valutazione, risulta che per 9 dirigenti richiedenti l'intesa è stata confermata la valutazione di prima istanza, mentre 7 dirigenti hanno visto aumentato il proprio punteggio.

SCHEDA C

		Numero
Accettate		2.852
	Sub Total	2.852
Non accettate	Aumentate	7
	Diminuite	0
	Confermate	9
	Sub Total	16
Totale		2.868

Relativamente all'anno 2025, nella tabella che segue sono evidenziati distinti per dipartimento:

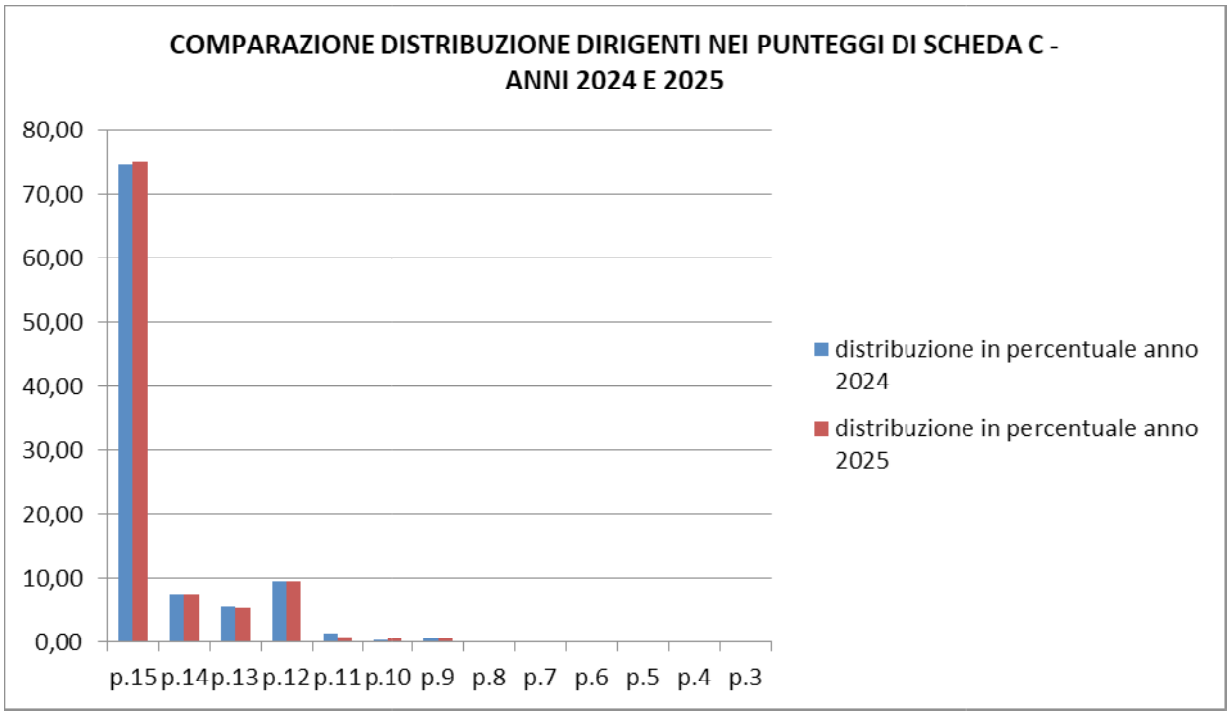
- la distribuzione dei dirigenti effettivamente valutati;
- gli esentati;
- la media dei punteggi attribuiti ai dirigenti afferenti;
- il numero di dirigenti con punteggio massimo di performance individuale (pari a p. 15) con relativa percentuale;
- numero dei richiedenti intesa.

DIPARTIMENTO	DIRIGENTI	VALUTATI	ESENTI	MEDIA_PUNTI	dirig. con p. 15	% dirig con p.15	richied intesa
Amministraz, pianificaz e controllo di gestione	6	6	0	15,00	6	100	0
Approvv Prestazioni, Beni e Servizi	6	6	0	14,83	5	83,33	0
Area Tecnica	28	27	1	14,59	20	74,07	0
Assistenza infermieristica e ostetrica	18	17	1	14,77	15	88,24	0
Farmaco	78	75	3	14,47	52	69,33	0
Prevenzione	146	142	4	14,20	100	70,42	0
Professioni Tecnico Sanitarie	17	17	0	14,00	2	11,76	0
Specialistiche chirurgiche	304	299	5	14,28	207	69,23	1
Specialistiche mediche	312	310	2	14,74	276	89,03	1
Medicina Fisica e Riabilitazione	27	27	0	13,70	14	51,85	0
Medicina multidimensionale	384	382	2	14,65	325	85,08	0
Diagnostica per Immagini	159	159	0	14,56	129	81,13	1
Emergenza e area critica	450	446	4	14,48	351	78,70	1
Materno Infantile	171	171	0	14,20	116	67,84	1
Medicina di Laboratorio	111	109	2	14,50	84	77,06	2
Oncologico	146	146	0	13,37	59	40,41	0
Rete Ospedaliera	60	58	2	14,88	52	89,66	0
Rete Sanitaria Territoriale	80	77	3	13,82	45	58,44	1
Risorse Umane	4	4	0	13,50	1	25,00	0
Salute Mentale e Dipendenze	312	303	9	14,46	236	77,89	7
Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	8	8	0	15,00	8	100,00	0
Servizio Sociale	2	2	0	15,00	2	100,00	0
Direttore Generale	2	2	0	10,00	1	50,00	0
Società della Salute Firenze	1	1	0	15,00	1	100,00	0
Staff della Direzione Amministrativa	9	9	0	14,00	5	55,56	0
Staff della Direzione Generale	8	8	0	14,62	6	75,00	0
Staff Direzione Sanitaria	60	57	3	13,77	36	63,16	1
TOTALE	**2909**	**2868**	**41**	**14,24**	**2154**	**75,10**	**16**

COMPARAZIONE DELLA DISTRIBUZIONE DEI DIRIGENTI SULLA BASE DEL PUNTEGGIO RIPORTATO NELLA SCHEDA C (PERFORMANCE INDIVIDUALE) NEGLI ANNI 2024 E 2025

	ANNO 2024		ANNO 2025	
punteggio di sintesi	distribuzione in valori assoluti	distribuzione in percentuale	distribuzione in valori assoluti	distribuzione in percentuale
p.15	2085	74,68	2154	75,10
p.14	211	7,56	216	7,53
p.13	158	5,66	152	5,30
p.12	266	9,53	276	9,62
p.11	36	1,29	23	0,80
p.10	9	0,32	19	0,66
p.9	18	0,64	13	0,45
p.8	0	0,00	4	0,14
p.7	1	0,04	1	0,03
p.6	5	0,18	7	0,24
p.5	1	0,04	3	0,10
p.4	0	0,00	0	0,00
p.3	2	0,07	0	0,00
TOTALI	**2792**	**100**	**2868**	**100**

RAPPRESENTAZIONE GRAFICA DELLA DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI DIRIGENTI NEGLI ANNI 2024 E 2025



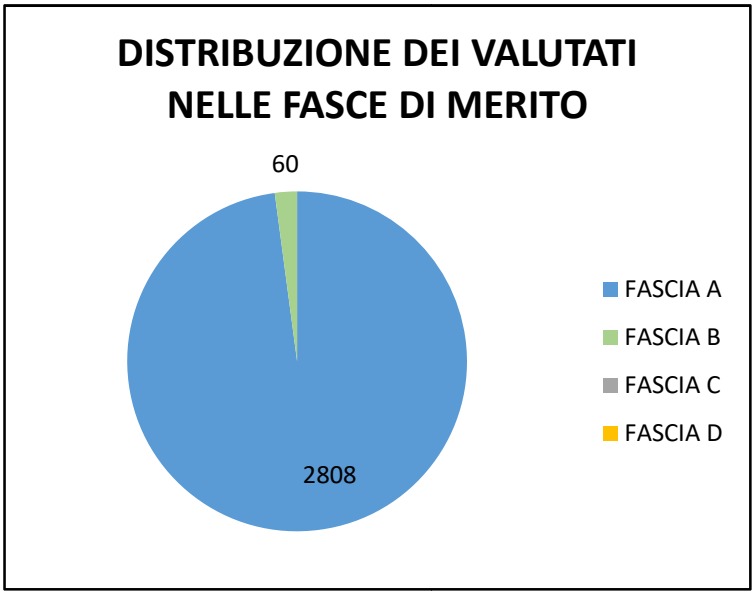
7 Valutazione performance – Scheda finale

La tabella sotto riportata rappresenta la sintesi aziendale per Dipartimento degli esiti finali per la collocazione definitiva del dirigente nella relativa fascia di merito:

DIPARTIMENTO	OPERATORI	VALUTATI	ESENTI	MEDIA_PUNTI_SCHEDA C	FASCIA A	FASCIA B	FASCIA C	FASCIA D	% FASCIA A	% FASCIA B	% FASCIA C	% FASCIA D
Amministraz, pianificaz e controllo di gestione	6	6	0	15,00	6	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Approvv Prestazioni, Beni e Servizi	6	6	0	14,83	6	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Area Tecnica	28	27	1	14,59	27	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Assistenza infermieristica e ostetrica	18	17	1	14,77	17	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Farmaco	78	75	3	14,47	75	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione	146	142	4	14,20	142	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Professioni Tecnico Sanitarie	17	17	0	14,00	17	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Specialistiche chirurgiche	304	299	5	14,28	267	32	0	0	89,30	10,70	0,00	0,00
Specialistiche mediche	312	310	2	14,74	300	10	0	0	96,77	3,23	0,00	0,00
Medicina Fisica e Riabilitazione	27	27	0	13,70	27	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Medicina multidimensionale	384	382	2	14,65	379	3	0	0	99,21	0,79	0,00	0,00
Diagnostica per Immagini	159	159	0	14,56	159	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Emergenza e area critica	450	446	4	14,48	444	2	0	0	99,55	0,45	0,00	0,00
Materno Infantile	171	171	0	14,20	169	2	0	0	98,83	1,17	0,00	0,00
Medicina di Laboratorio	111	109	2	14,50	108	1	0	0	99,08	0,92	0,00	0,00
Oncologico	146	146	0	13,37	145	1	0	0	99,32	0,68	0,00	0,00
Rete Ospedaliera	60	58	2	14,88	58	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Rete Sanitaria Territoriale	80	77	3	13,82	74	3	0	0	96,10	3,90	0,00	0,00
Risorse Umane	4	4	0	13,50	4	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Salute Mentale e Dipendenze	312	303	9	14,46	300	3	0	0	99,01	0,99	0,00	0,00
Servizi Amministrativi Ospedale Territorio	8	8	0	15,00	8	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Servizio Sociale	2	2	0	15,00	2	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Direttore Generale	2	2	0	10,00	1	1	0	0	50,00	50,00	0,00	0,00
Società della Salute Firenze	1	1	0	15,00	1	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Staff della Direzione Amministrativa	9	9	0	14,00	9	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Staff della Direzione Generale	8	8	0	14,62	8	0	0	0	100,00	0,00	0,00	0,00
Staff Direzione Sanitaria	60	57	3	13,77	55	2	0	0	96,49	3,51	0,00	0,00
TOTALE	2909	2868	41	14,24	2808	60	0	0				

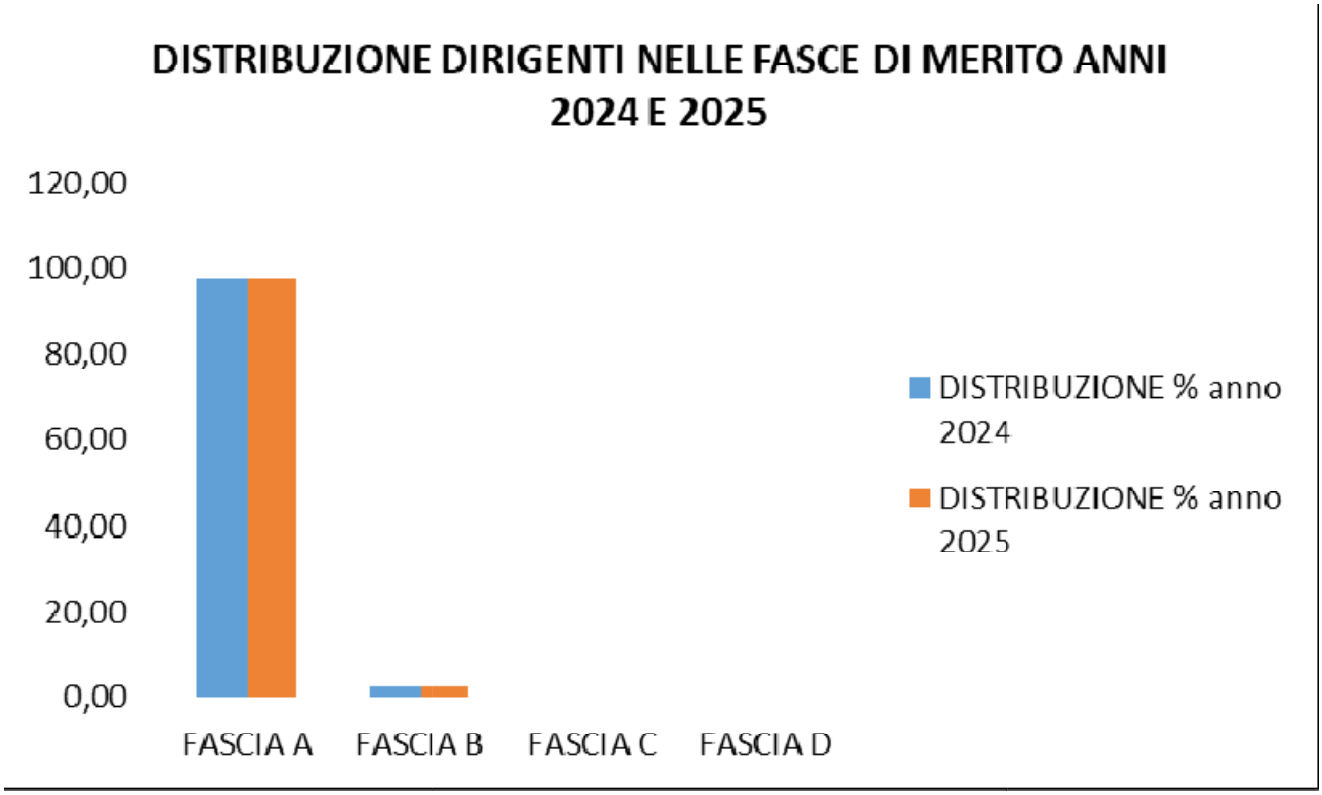
DISTRIBUZIONE DEI DIRIGENTI
IN RELAZIONE ALLA COLLOCAZIONE DEFINITIVA NELLE FASCE DI MERITO

DISTRIBUZIONE FASCE
2808 FASCIA A
60 FASCIA B
0 FASCIA C
0 FASCIA D
41 ESENTI



COMPARAZIONE ANNI 2024 -2025
DELLA DISTRIBUZIONE DEI DIRIGENTI NELLE FASCE DI MERITO

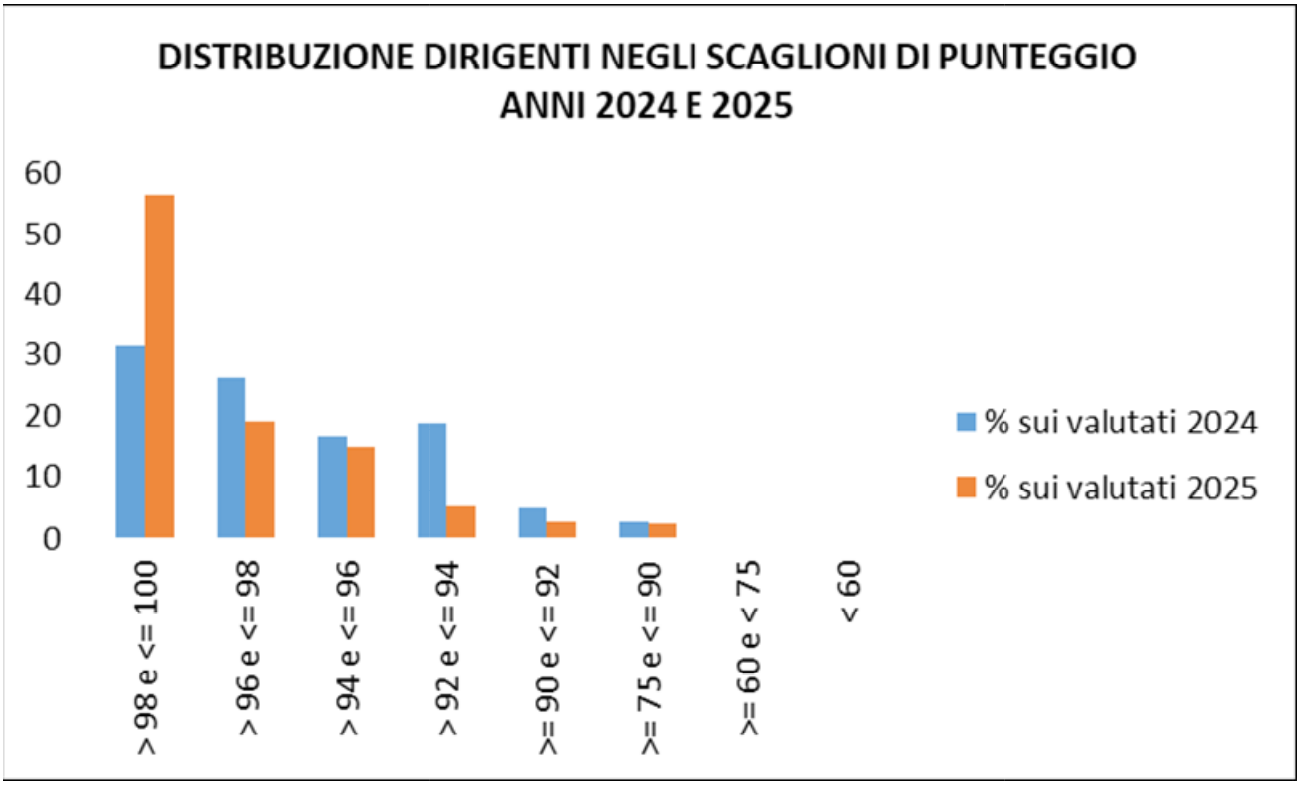
FASCE DI MERITO	ANNO 2024		ANNO 2025	
	DISTRIBUZIONE N. DIRIGENTI	DISTRIBUZIONE %	DISTRIBUZIONE N. DIRIGENTI	DISTRIBUZIONE %
FASCIA A	2723	97,53	2808	97,91
FASCIA B	69	2,47	60	2,09
FASCIA C	0	0,00	0	0,00
FASCIA D	0	0,00	0	0,00



COMPARAZIONE ANNI 2024 – 2025
DELLA DISTRIBUZIONE DEI DIRIGENTI NEGLI SCAGLIONI DI PUNTEGGI FINALI

Fascia di merito	Percentuale di risultato	ANNO 2024 Numero dirigenti 2024	ANNO 2024 % sui valutati 2024	ANNO 2025 Numero dirigenti 2025	ANNO 2025 % sui valutati 2025
Fascia A	Fra 98,01 e 100	880	31,52	1675	58,40
Fascia A	Fra 96,01 e 98	727	26,04	529	18,44
Fascia A	Fra 94,01 e 96	455	16,3	421	14,68
Fascia A	Fra 92,01 e 94	524	18,77	124	4,32
Fascia A	Fra 90 e 92	137	4,91	59	2,06
Fascia B	Fra 75,01 e 89,9	69	2,47	60	2,09
Fascia C	Fra 60,01 e 75	0	0	0	0,00
Fascia D	< 60	0	0	0	0,00
		2792		**2868**	

Il prospetto sopra indicato evidenzia che all'interno della fascia massima di merito "A" sussiste comunque un certo grado di differenziazione nella distribuzione dei dirigenti negli scaglioni di punteggi finali.



8 Bilancio di Genere e Azioni Positive

L'Azienda USL Toscana Centro, anche tramite l'attività del Comitato Unico di Garanzia (CUG) si impegna a favorire il benessere sia organizzativo che dei lavoratori, attraverso la **promozione della cultura delle pari opportunità e del rispetto della dignità** della persona nel contesto lavorativo e a prevenire e contrastare qualsiasi forma di discriminazione sul luogo di lavoro. In questo paragrafo si riportano le principali azioni aziendali in tema di bilancio di genere e azioni positive.

8.1 Dati Bilancio di Genere 2025

Nell'ambito delle attività di monitoraggio delle pari opportunità, la presente Relazione propone una analisi descrittiva, realizzata dal Comitato Unico di Garanazia, dei dati relativi al personale dell'Azienda USL Toscana Centro, disaggregati per genere e riferiti all'anno 2025.

Pur non configurandosi come un Bilancio di Genere strutturato, tale analisi costituisce una base conoscitiva della composizione del personale e della distribuzione di alcune caratteristiche organizzative e professionali, utile a evidenziare eventuali differenze di genere e a orientare successivi approfondimenti.

Dal 2026 sarà possibile, a seguito di approvazione di apposito progetto aziendale, come sotto descritto, una elaborazione maggiormente approfondita e strutturata.

L' Azienda USL Toscana Centro, al 31/12/2025, conta un totale di 15.464 dipendenti, di cui 11.489 dipendenti di genere femminile e 3.975 dipendenti di genere maschile. Come per l'anno 2024, il 74,35 % dei dipendenti risulta quindi afferire al genere femminile.

In questa sezione è presente un'analisi dei dati sulla composizione del personale per genere, fascia di età (es. 21-30 anni, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 71 e oltre), qualifica/profilo, livello, dirigenza e incarichi di direzione **al 31/12/2025.**

Tabella 10. Distribuzione del personale per Comparto SSN, Dirigenza SSN e Dirigenza PTA

Fonte: Rielaborazione su dati Dipartimento delle Risorse Umane AUSL

Area contrattuale	% F	% M
COMPARTO SSN	77,8%	22,2%
DIRIGENZA AREA SANITA' SSN	60,8%	39,2%
DIRIGENZA P.T.A. SSN	40%	60%

Tabella 11. Distribuzione del personale per profili professionali

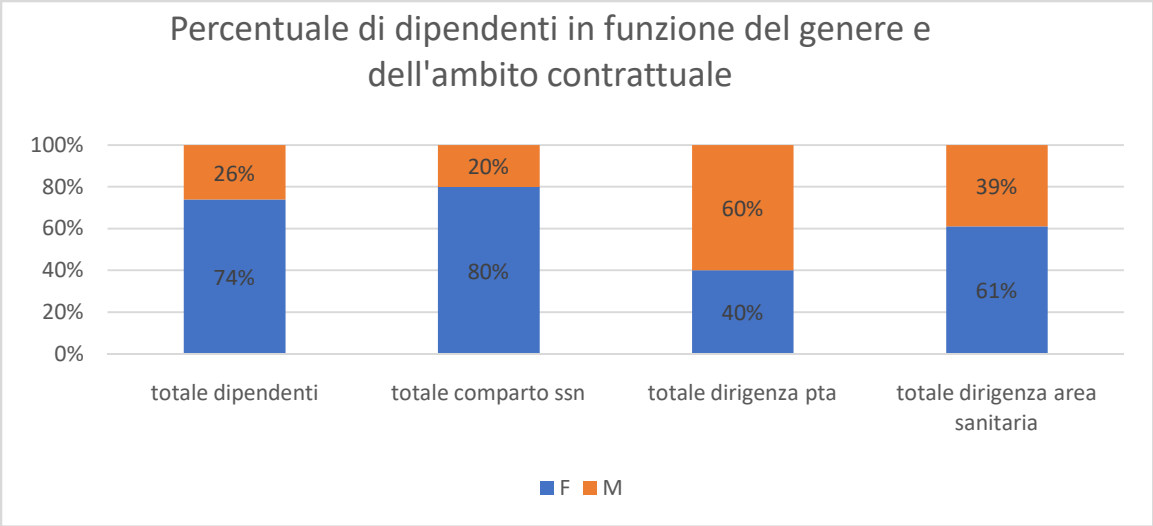
Fonte: Rielaborazione su dati Dipartimento delle Risorse Umane AUSL

Profilo professionale	% F	% M
AREA DEGLI ASSISTENTI	66,3%	33,7%
AREA DEGLI OPERATORI	83,5%	16,5%
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	77,9%	22%
AREA DEL PERSONALE DI SUPPORTO	57%	43%
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	65,1%	14
DIRIGENTE ARCHITETTO	60%	40%
DIRIGENTE ASSISTENTE SOCIALE	100%	0%
DIRIGENTE AVVOCATO	50%	50%
DIRIGENTE BIOLOGO	84,6%	15,4
DIRIGENTE CHIMICO	66,7%	33,3%
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	54%	46%
DIRIGENTE FARMACISTA	78,2%	21,8%
DIRIGENTE FISICO	55%	45%
DIRIGENTE INGEGNERE	14,6%	85,4%
DIRIGENTE MEDICO	59%	41%
DIRIGENTE ODONTOIATRA	0%	100%
DIRIGENTE PSICOLOGO	82,3%	17,7%
DIRIGENTE SOCIOLOGO	0%	100%

Profilo professionale	% F	% M
DIRIGENTE STATISTICO	0%	100%
DIRIGENTE VETERINARIO	51%	49%
MEDICO PENITENZIARIO	0%	100%
Totale complessivo	74,3%	25,7%

Figura 8. Rappresentazione della presenza femminile in Azienda USL Toscana Centro

Fonte: Rielaborazione su dati Dipartimento delle Risorse Umane AUSL



Commento alle Tabelle 10 e 11 e alla Figura 8

L' AUSLTC, al 31/12/2025, conta un totale di **15.464** dipendenti.

Dai dati forniti dagli uffici delle risorse umane risulta un numero di 11.489 dipendenti di genere femminile e 3975 dipendenti di genere maschile.

Come per l'anno 2024, il **74%**dei dipendenti risulta afferire al genere femminile. L'aumento di 80 unità femminili, a fronte di una sola unità maschile, non modifica le percentuali rappresentative di genere in virtù della numerosità del totale del personale in servizio.

Le Tabelle 10 e 11 e la Figura 8 mostrano la prevalenza del genere femminile in particolare nel settore Comparto (Area degli operatori e Area dei professionisti della salute e funzionari: professioni infermieristiche/ostetriche/sanitarie e OSS, nelle professioni sociali e nel ruolo amministrativo).

Il genere femminile risulta sempre prevalente anche nella dirigenza medica e nelle professioni tecnico/sanitarie ma con una differenza minore in termini percentuali rispetto al genere maschile.

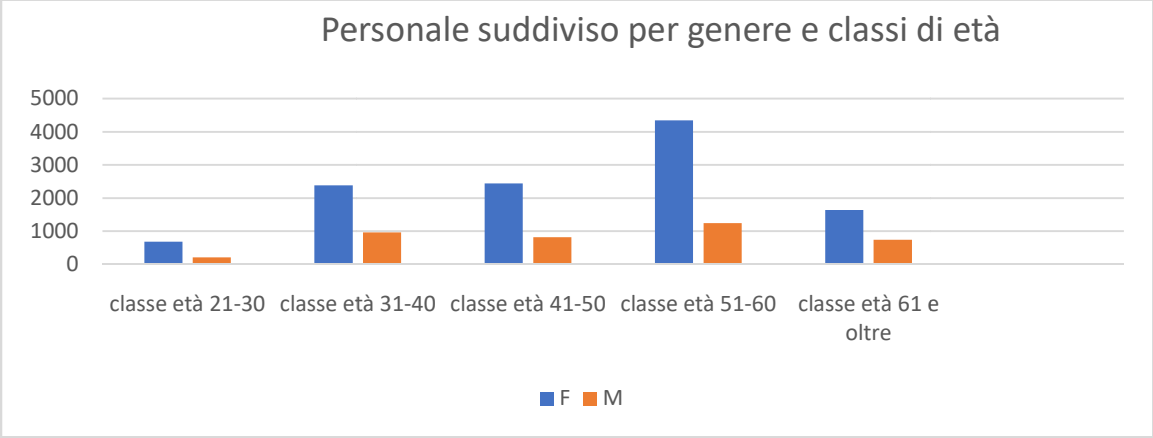
Tali dati andrebbero a confermare la tendenza, registrata sia a livello di sistema sanitario nazionale, che del sistema scolastico /universitario, di una presenza femminile maggiore nelle professioni di

aiuto.

Il genere maschile è prevalente, invece, fra i Dirigenti PTA.

Figura 9. Personale suddiviso per classi di età, Azienda USL Toscana Centro, anno 2025

Fonte: Rielaborazione su dati Dipartimento delle Risorse Umane AUSL TC

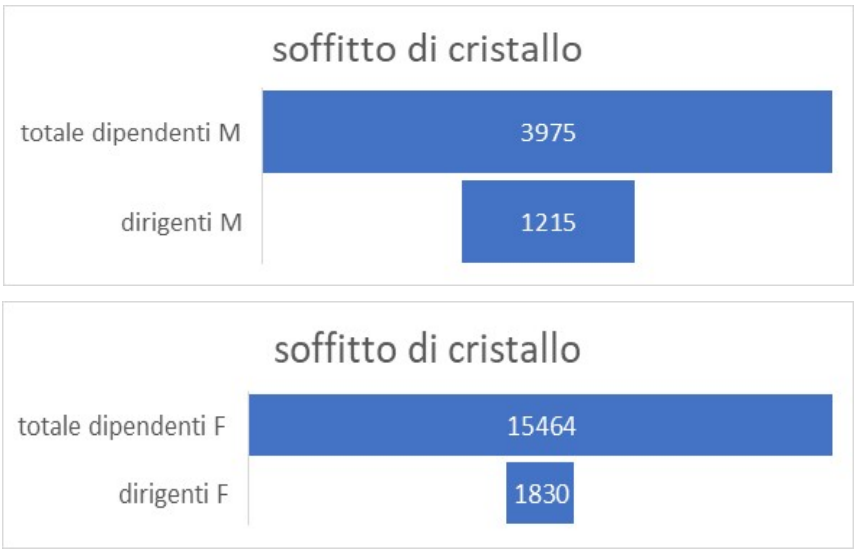


Commento alla Figura 9

La Figura 9 descrive la distribuzione del personale per genere rispetto al totale dei dipendenti ed evidenzia la prevalenza femminile in tutte le classi di età. È, però, da notare come la forbice di genere si riduca nell'ultima classe di età (61 e oltre). Questo potrebbe suggerire che, dai 60 anni in poi, le dipendenti lasciano l'azienda in misura maggiore rispetto agli uomini e ciò potrebbe collegarsi ad un aumentato bisogno di caregiving familiare a carico delle donne.

Figura 10. Soffitto di cristallo

Fonte: Rielaborazione su dati Dipartimento delle Risorse Umane AUSL



Commento alla Figura 10

La Figura 10 mette in evidenza quanto gli uomini accedano con maggiore facilità ai ruoli dirigenziali.

In particolare si evince che circa 1 uomo su 3 accede alla dirigenza, mentre circa 1 donna su 8 ha le stesse possibilità. Questi dati mostrano una maggiore difficoltà delle donne nell'accesso a ruoli dirigenziali aprendo la porta alla necessità di una interpretazione del fenomeno anche attraverso una lente culturale.

Figura 11. Distribuzione per genere dei direttori e delle direttrici di struttura

Fonte: Rielaborazione su dati Dipartimento delle Risorse Umane AUSL

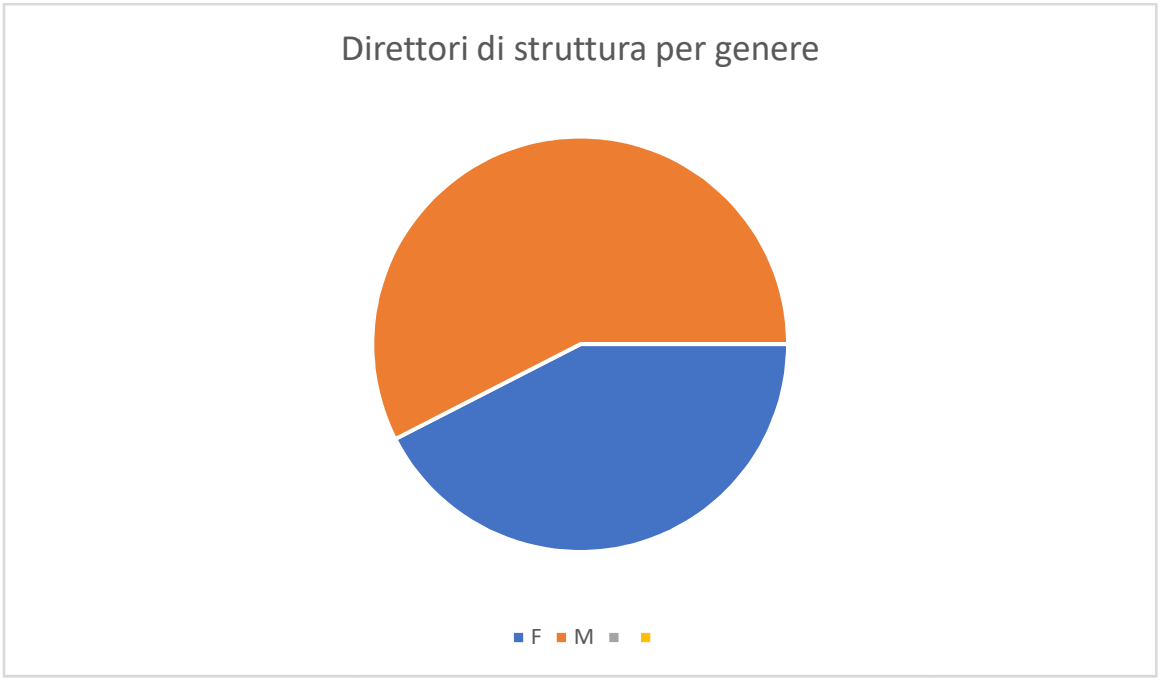
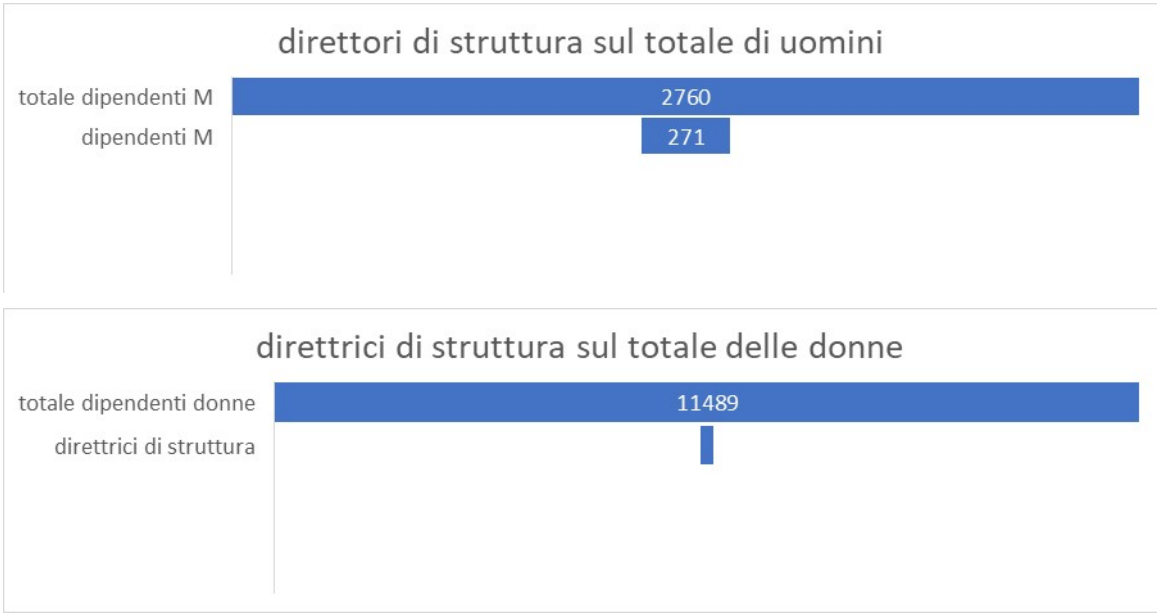


Figura 12. Distribuzione relativa dei direttori e delle direttrici di struttura per genere



Commento alle Figure 11 **e** 12

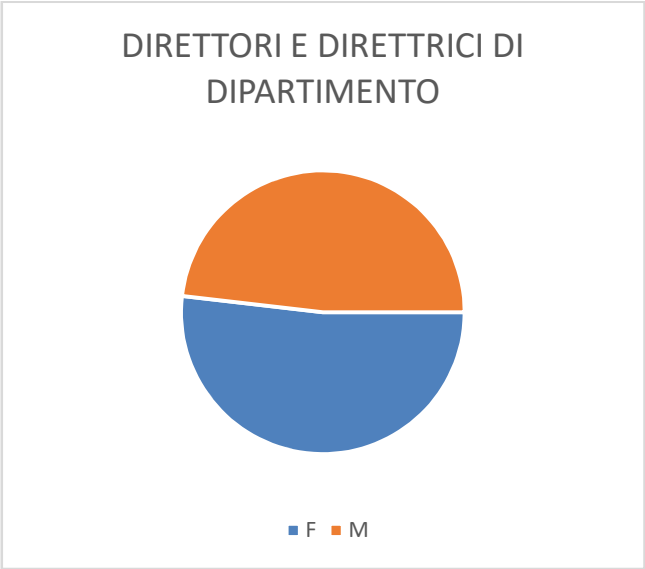
La Figura 11 mostra una maggior rappresentanza assoluta maschile nel ruolo di direttore di struttura.

La Figura 12 descrive il dato relativo alla presenza per genere dei dipendenti nei ruoli di direttori e direttrici di Struttura e fa emergere come il 10% del totale della popolazione dei dipendenti uomini acceda al ruolo di direttore, mentre solo il 2% scarso delle donne ricopra il ruolo di direttrice.

Inoltre, i dati mostrano che 1'appartenenza al genere maschile quintuplica la possibilità di ricoprire il ruolo di direttore di struttura.

Figura 13. Direttori di Dipartimento per genere, valori relativi

Fonte: Rielaborazione su dati Dipartimento delle Risorse Umane AUSL



Uomini: **13 Direttori di Dipartimento su 3975 dipendenti uomini**

Donne: **14 Direttori di Dipartimento Su 11489 dipendenti donne**

Uomini: **1 uomo ogni 300 dipendenti uomini diventa direttore di dipartimento**

Donne: **1 donna ogni 827 dipendenti donna diventa direttrice di dipartimento**

Questo dato indica che l'appartenenza al genere maschile triplica le possibilità di ricoprire il ruolo di Direttore di Dipartimento.

8.2 Azioni Positive

Le azioni positive costituiscono strumenti finalizzati a promuovere le pari opportunità, prevenire e contrastare ogni forma di discriminazione e favorire il benessere organizzativo, contribuendo al miglioramento della qualità dell'ambiente di lavoro e dell'efficacia dell'azione amministrativa.

Il Piano delle Azioni Positive (PAP), previsto nell'ambito della normativa sulle pari opportunità e ricompreso nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), rappresenta uno degli strumenti attraverso i quali l'Azienda programma gli interventi in materia, anche sulla base delle proposte e delle attività di monitoraggio del Comitato Unico di Garanzia (CUG), in coerenza con le indicazioni della Direttiva n. 2/2019.

Nel corso del 2025, l'Azienda USL Toscana Centro, anche attraverso l'attività del CUG, ha promosso e sviluppato iniziative riconducibili ai seguenti ambiti:

1. **Elaborazione del Bilancio di Genere;**
2. **Attuazione e aggiornamento del Gender Equality Plan (GEP);**
3. **Conciliazione tra vita lavorativa e personale;**
4. **Promozione del benessere organizzativo;**
5. **Formazione e sensibilizzazione.**

8.2.1 Bilancio di Genere

Nel corso del 2025, il Gruppo di lavoro "Politiche e Salute di Genere" del CUG ha proposto alla Direzione Aziendale un progetto finalizzato alla predisposizione del **Bilancio di Genere dell'Azienda USL Toscana Centro**, articolato in fasi progressive e avviato a partire dalla ricognizione e dall'analisi dei dati disaggregati per genere disponibili a livello aziendale.

Il Bilancio di Genere costituisce uno strumento di analisi e monitoraggio della realtà organizzativa, volto a rilevare eventuali differenze e squilibri di genere nella composizione del personale, nell'accesso alle opportunità professionali, nella distribuzione delle responsabilità e nell'utilizzo degli strumenti di conciliazione vita-lavoro, al fine di orientare le successive politiche aziendali.

Il progetto ha trovato successiva formalizzazione nella **deliberazione n. 333/2026**, che ha previsto l'individuazione di due dipendenti appartenenti al CUG, incaricate delle attività di studio ed elaborazione dei dati, con un monte orario dedicato. Gli esiti delle attività saranno oggetto di rendicontazione nell'annualità 2026.

La prima fase progettuale prevede l'analisi dei seguenti ambiti:

- **Risorse umane:** composizione del personale per genere riferita al 2025 e analisi comparativa con il 2018, con attenzione alla distribuzione per genere delle posizioni di responsabilità e alla conciliazione vita-lavoro per individuare eventuali tendenze evolutive;
- **Formazione:** offerta formativa e distribuzione per genere delle posizioni di responsabilità;
- **Ricerca:** attività e prodotti della ricerca, con attenzione alle posizioni di responsabilità;
- **Utenza:** caratteristiche generali della popolazione che accede ai servizi aziendali, sulla base dei dati disponibili.

La metodologia proposta prende a riferimento anche gli indicatori (KPI) della prassi UNI/PdR 125:2022, al fine di rendere le analisi maggiormente strutturate e misurabili e di porre le basi per un eventuale futuro percorso di certificazione della parità di genere.

Il Bilancio di Genere potrà inoltre costituire un'importante base conoscitiva per il monitoraggio e

l'aggiornamento del Gender Equality Plan, favorendo una programmazione degli interventi fondata sull'analisi dei dati.

8.2.2 Gender Equality Plan (GEP)

Nel 2025 è proseguita l'attuazione del **Gender Equality Plan 2023-2025**, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 521/2023, quale strumento di programmazione aziendale finalizzato alla promozione della parità di genere, alla prevenzione delle discriminazioni e alla valorizzazione delle differenze nell'ambiente di lavoro.

Il Piano individua specifiche aree di intervento e azioni orientate a favorire la piena partecipazione delle persone alla vita lavorativa, l'equilibrio tra vita professionale e personale, le pari opportunità di crescita e lo sviluppo di una cultura organizzativa inclusiva.

In continuità con il precedente Piano, la Direzione Aziendale ha affidato al CUG l'aggiornamento del GEP per il triennio 2026-2028, successivamente approvato con la citata **deliberazione n. 333/2026**.

Il nuovo Piano rappresenta la prosecuzione del percorso aziendale in materia di parità di genere, attraverso il coinvolgimento della Direzione Aziendale, del Dipartimento Risorse Umane, del CUG e delle altre strutture competenti.

In tale contesto, l'avvio del Bilancio di Genere e l'aggiornamento del GEP costituiscono attività complementari: il primo è finalizzato a fornire elementi conoscitivi e di valutazione, il secondo a tradurre le evidenze emerse in obiettivi e azioni di miglioramento.

Tali iniziative contribuiscono inoltre a creare le condizioni organizzative per un eventuale futuro percorso di Certificazione della parità di genere.

Nel corso del 2025 l'Azienda ha inoltre aderito alla **Carta delle Pari Opportunità**, attraverso la sottoscrizione da parte del CUG su delega aziendale, e ha manifestato l'intenzione di proseguire la collaborazione con la Commissione Pari Opportunità dell'Ordine dei Medici di Firenze.

8.2.3 Conciliazione vita-lavoro

In questa sezione sono descritte le azioni aziendali che riguardano la promozione della conciliazione vita-lavoro.

In Azienda USL Toscana Centro è attivo l'istituto dello smart working, la possibilità di richiedere part-time, congedi parentali, permessi/congedi per disabilità propria o parentale.

Smart working in Azienda USL Toscana Centro:

Tutto il personale dipendente a TI o TD appartenente all'area contrattuale del comparto e della dirigenza, prevalentemente del ruolo amministrativo professionale, anche con contratto part time o

ad impegno ridotto ed il personale comandato in ingresso, può accedere allo smart working compatibilmente con l'attività svolta.

Il lavoro agile si applica nel rispetto del principio di non discriminazione e di pari opportunità, in considerazione e compatibilmente con il profilo professionale ricoperto e l'attività in concreto svolta presso la sede di lavoro dell'Amministrazione.

L'Amministrazione garantisce al personale in lavoro agile le stesse opportunità rispetto alle progressioni di carriera, alle progressioni economiche, all'incentivazione della performance e alle iniziative formative previste per tutti i dipendenti che prestano attività lavorativa in presenza.

Attualmente lo smart working in Azienda USL Toscana Centro è prevalentemente usufruito da personale del comparto appartenente al profilo amministrativo.

In Azienda USL Toscana Centro nell'anno 2025 è vigente il **Gender Equality Plan GEP 2023-2025** (Delibera n. 521/2023). Il GEP prevede alcune azioni di Conciliazione vita/lavoro:

- **implementare e monitorare il lavoro agile**
- Introdurre, prorogare e/o ampliare, compatibilmente con le esigenze organizzative dell'Azienda, misure relative a forme di **flessibilità dell'orario e delle modalità di lavoro**, con particolare riferimento all'articolazione dell'orario di servizio, forme di rapporto di lavoro parziale e **lavoro agile in relazione alle esigenze di conciliazione e equilibrio tra vita e lavoro**, **dando maggior attenzione a chi ha rilevanti carichi di cura.**
- supportare la genitorialità con agevolazioni per fruizione di servizi rivolti alla famiglia

Tali ambiti continuano a rappresentare una componente significativa delle politiche aziendali di pari opportunità e benessere organizzativo.

8.2.4 Promozione del benessere organizzativo

Nel corso del 2025 il CUG ha proseguito le attività di promozione del benessere organizzativo, con particolare attenzione alla prevenzione delle situazioni di disagio lavorativo, delle discriminazioni e dei fattori di rischio psicosociale.

In tale ambito, il Comitato ha operato per favorire lo sviluppo di un percorso condiviso con il Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale, finalizzato a rafforzare l'attenzione verso lo stress lavoro-correlato e le condizioni di benessere e sicurezza nei luoghi di lavoro. A supporto del personale, l'Azienda dispone inoltre di servizi di ascolto e counseling nell'ambito della Psicologia Clinica aziendale, con professionisti formati sulle problematiche connesse allo stress lavoro-correlato e al benessere organizzativo.

È proseguita inoltre l'attività di ascolto, analisi e gestione delle segnalazioni provenienti dal personale, attraverso il canale istituzionale del CUG. Le segnalazioni sono state esaminate nel

rispetto della riservatezza, fornendo informazioni sulle competenze del Comitato e orientando le richieste verso le strutture competenti per la relativa presa in carico.

Parallelamente, il Gruppo di lavoro del CUG dedicato alle segnalazioni ha avviato un'analisi comparativa dei codici di condotta adottati da altre amministrazioni, con particolare riferimento alle esperienze toscane, in vista della possibile elaborazione di un codice aziendale e della successiva istituzione della figura del/della Consigliere/a di fiducia per prevenzione e contrasto discriminazioni, abusi e molestie nei luoghi di lavoro.

Nel 2025 è stata inoltre avviata una collaborazione tra il CUG e la struttura aziendale di Promozione della Salute, nell'ambito del programma **Workplace Health Promotion (WHP)**, con l'obiettivo di favorire iniziative condivise per la salute e il benessere del personale.

Le attività svolte hanno contribuito a rafforzare il ruolo del CUG quale organismo di ascolto, proposta e raccordo con le strutture aziendali competenti in materia di tutela delle persone e miglioramento dell'ambiente lavorativo.

8.2.5 Formazione e sensibilizzazione

Nel corso del 2025 è stato sviluppato un programma di iniziative formative e di sensibilizzazione finalizzate a promuovere una cultura organizzativa attenta alle pari opportunità, al rispetto delle differenze e al benessere del personale.

Tra le principali iniziative si segnalano:

- **Il linguaggio rispettoso delle differenze di genere: perché e come farlo.** Percorso formativo dedicato al rapporto tra lingua e genere, al superamento degli stereotipi e alla promozione di modalità comunicative inclusive e rispettose, con il contributo del prof. Giuseppe Patota, linguista e storico della letteratura. L'iniziativa, rivolta alla dirigenza aziendale, ha previsto una durata di quattro ore.
- **La Mindfulness nelle organizzazioni sanitarie: fondamenti teorici, evidenze scientifiche e ambiti di applicazione.** Iniziativa formativa della durata di tre ore, dedicata alle possibili applicazioni della mindfulness nei contesti sanitari, con particolare attenzione alla gestione dello stress, al benessere organizzativo e alla qualità delle relazioni professionali.
- **CUG Day – "Iniziamo a conoscere il CUG…"**, svoltosi il 14 gennaio 2025. L'evento ha rappresentato un'occasione di presentazione e confronto sulle funzioni e sulle attività del Comitato a supporto della parità e del benessere, con la partecipazione della Direzione Aziendale, dei Direttori di Dipartimento, dei componenti dell'OIV edei Direttori delle strutture aziendali.

Le iniziative hanno contribuito a diffondere la conoscenza del ruolo del CUG e a sensibilizzare il

personale, con particolare attenzione alle figure di responsabilità, sui temi della **parità di genere**, della **prevenzione delle discriminazioni** e del **benessere nei luoghi di lavoro**.

8.3 Considerazioni conclusive

Le attività sviluppate nel 2025 testimoniano la prosecuzione dell'impegno dell'Azienda USL Toscana Centro nella promozione delle pari opportunità, della conciliazione vita-lavoro e del benessere organizzativo, anche attraverso il contributo propositivo e consultivo del CUG.

Accanto al consolidamento degli strumenti e delle iniziative già attivi, particolare rilievo assume l'avvio di un percorso più strutturato di analisi e monitoraggio delle differenze di genere, attraverso il progetto del primo Bilancio di Genere strutturato e l'aggiornamento del GEP per il triennio 2026-2028.

Tali sviluppi rappresentano elementi di continuità e rafforzamento delle politiche aziendali, nella prospettiva di una progressiva integrazione dei principi di pari opportunità e inclusione nei processi organizzativi e gestionali.