

PIAO

PIANO INTEGRATO DI ATTIVITÀ E ORGANIZZAZIONE

ASL FROSINONE

TRIENNIO 2026-2028

UOC CONTROLLO DI GESTIONE

Sommario

1	PREMESSA.....	4
2	SEZIONE A – L’AZIENDA E IL CONTESTO	7
2.1	SCHEDA ANAGRAFICA DELL’AMMINISTRAZIONE	7
2.2	ANALISI DEL CONTESTO TERRITORIALE.....	8
2.3	ANALISI DEMOGRAFICA.....	10
2.4	STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE.....	13
2.5	ANALISI DELLA DOMANDA E DELL’OFFERTA	13
3	SEZIONE B - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE.....	28
3.1	VALORE PUBBLICO	28
3.1.1	ANALISI DELLE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE	28
3.1.2	AMMODERNAMENTO DEL PARCO TECNOLOGICO E DIGITALE OSPEDALIERO.....	30
3.1.3	RIQUALIFICAZIONE ENERGETICA DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE	36
3.1.4	TRASFORMAZIONE DIGITALE	37
3.1.5	PROGETTO AZIENDALE LISTE DI ATTESA	40
3.1.6	AREA PREVENZIONE COLLETTIVA E SANITÀ PUBBLICA.....	44
3.1.7	AREA ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	44
3.1.8	AREA ASSISTENZA TERRITORIALE	46
3.1.9	INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE E DIALOGO CON I CITTADINI	46
3.2	PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE	47
3.2.1	L’ORGANIZZAZIONE AZIENDALE.....	47
3.2.2	LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	49
3.2.3	LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	76
3.2.4	FASI E TEMPI DI GESTIONE DEL PROCESSO	80
3.3	ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA.....	85
3.3.1	PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA - TRIENNIO 2026- 2028.....	86
3.4	PIANI DI MIGLIORAMENTO	87
3.4.1	PIANO DELLE AZIONI POSITIVE.....	87
3.4.2	PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)	91

4	SEZIONE C – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	93
4.1	PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2025-2027	93
4.2	VALORIZZAZIONE	109
4.3	IL COSTO DEL PERSONALE 2024-2026.....	113
4.4	FORMAZIONE DEL PERSONALE	114
4.4.1	ATTIVITÀ ECM	117
4.4.2	EVENTI FORMATIVI AZIENDALI REALIZZATI NEL 2025	119
4.4.3	PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ FORMATIVA.....	125
4.4.4	STRUMENTI E METODOLOGIA	127
4.4.5	FORMAZIONE OBBLIGATORIA	129
4.4.6	LA VALUTAZIONE DELL'OFFERTA FORMATIVA.....	129
4.5	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO AGILE	130
5	SEZIONE D - MONITORAGGIO.....	132
5.1	MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE OPERATIVA	132
5.2	MONITORAGGIO DELLA PERFORMANCE INDIVIDUALE	134

1 PREMESSA

L'articolo 6 del D.L. 9 giugno 2021, n. 80, convertito, con modificazioni, dalla L. 6 agosto 2021, n. 113 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", ha previsto che le pubbliche amministrazioni con più di cinquanta dipendenti, con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e delle istituzioni educative, adottino, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Il Piano ha l'obiettivo di assorbire, razionalizzandone la disciplina in un'ottica di massima semplificazione, molti degli atti di pianificazione cui sono tenute le amministrazioni.

Nato in seno alla riforma della P.A. perseguita dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), il PIAO intende rispondere alle seguenti finalità:

- ridurre la burocrazia a favore della semplificazione per dipendenti, cittadini e imprese;
- aumentare la qualità programmatica (soprattutto con riferimento ad obiettivi e indicatori) e resilienza programmatica (intesa come velocità di aggiornamento della programmazione al modificarsi del contesto di riferimento);
- accrescere l'integrazione programmatica (intesa quale definizione armonica degli obiettivi lungo i diversi livelli temporali e tra le varie prospettive programmatiche);
- sviluppare la finalizzazione programmatica (intesa quale convergenza sinergica delle diverse prospettive programmatiche – performance, anticorruzione e trasparenza, personale, ecc. – verso l'orizzonte comune della generazione di Valore Pubblico, ovvero del miglioramento del benessere di cittadini, imprese e stakeholders vari).

Il presente PIAO si configura, pertanto, quale strumento per programmare in modo semplificato, qualificato e integrato le performance attese e le misure di gestione dei rischi corruttivi, a partire dalla cura della salute organizzativa e professionale dell'ente, in direzione funzionale alla creazione e alla protezione di Valore Pubblico. Con esso si avvia un significativo tentativo di disegno organico del sistema pianificatorio dell'Azienda che ha il merito di aver evidenziato la molteplicità di strumenti di programmazione spesso non dialoganti ed altrettanto spesso, per molti aspetti, sovrapposti. Inoltre, enfatizza il tema della valutazione del valore generato, delle cause e degli effetti che i meccanismi di programmazione e di pianificazione sono in grado di generare delineando, in questo modo, un filo conduttore comune tra i diversi ambiti di programmazione.

L'art. 6 della norma istitutiva identifica i seguenti contenuti:

- gli obiettivi programmatici e strategici della performance secondo i principi e criteri direttivi di cui all'articolo 10 del D.lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, stabilendo il necessario collegamento della performance individuale ai risultati della performance organizzativa;
- la strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi annuali e pluriennali, finalizzati ai processi di pianificazione secondo le logiche del project management, al raggiungimento della completa alfabetizzazione digitale, allo sviluppo delle conoscenze tecniche e delle competenze trasversali e manageriali e all'accrescimento culturale e dei titoli di studio del personale, correlati all'ambito d'impiego e alla progressione di carriera del personale;
- compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale, di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito, assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali;
- gli strumenti e le fasi per raggiungere la piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa e gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo quanto previsto dalla normativa vigente in materia e in conformità agli indirizzi adottati dall'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) con il Piano nazionale anticorruzione;
- le modalità e le azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità;
- le modalità e le azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.

Il PIAO è rivolto a tutti gli stakeholder dell'Azienda, interni ed esterni, e ha valenza triennale con aggiornamenti annuali. In esso prendono infatti vita gli obiettivi di performance organizzativa, che guidano il miglioramento dell'azione amministrativa secondo le linee strategiche aziendali. La performance diventa un concetto guida intorno al quale si collocano le diverse prospettive della trasparenza, intesa anche come mezzo di accountability dell'agire pubblico nei confronti dei propri stakeholders interni e soprattutto esterni (utenti, cittadini, enti e imprese del territorio), e della prevenzione alla corruzione, intesa come attività di contrasto e mitigazione dei rischi derivanti da comportamenti inappropriati ed illegali.

Il presente Piano si articola in varie sezioni, a loro volta articolate in sottosezioni, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali:

- L'Azienda e il contesto

- Valore pubblico
- Performance organizzativa e individuale
- Anticorruzione e Trasparenza
- Piani di miglioramento

- Organizzazione e capitale umano

- Monitoraggio

2 SEZIONE A – L’AZIENDA E IL CONTESTO

2.1 Scheda anagrafica dell’Amministrazione

L’Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ai sensi e per gli effetti dell’art. 3 comma 1-bis del D.Lgs. n. 229 del 19 giugno 1999 “Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale”; è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 5163 del 30 giugno 1994 e ha sede legale a Frosinone con indirizzo in via Armando Fabi, s.n.c. tel. 0775 8821.

L’Azienda ha Codice Fiscale/Partita IVA n°01886690609.

Il logo aziendale è il seguente:



Il patrimonio della ASL di Frosinone è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti dal libro cespiti. L’Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando le disposizioni di cui all’art. 830, comma 2, del Codice civile.

L’indirizzo del sito internet dell’Azienda è il seguente:

www.asl.fr.it

2.2 Analisi del contesto territoriale



L'Azienda Asl di Frosinone coincide con il territorio della Provincia di Frosinone confina a nord con l'Abruzzo (provincia dell'Aquila) (ASL Avezzano Sulmona L'Aquila), a est con il Molise (provincia di Isernia), a sud-est con la Campania (provincia di Caserta), a sud-ovest con la Provincia di Latina (Latina) e a nord-ovest con la città metropolitana di Roma Capitale.

Il territorio della Azienda Sanitaria Locale di Frosinone comprende 91 comuni. La superficie totale è di 3.244 kmq ed il bacino di utenza è di 462.661 abitanti (dato ISTAT al 1° gennaio 2025), distribuiti in 4 Distretti Sanitari.

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti è attualmente articolata in tre Presidi Ospedalieri (Frosinone-Alatri, Sora e Cassino). Sono inoltre presenti, con funzione complementare ed integrativa, le seguenti Strutture private accreditate: Casa di Cura Villa Gioia, Casa di Cura S. Teresa, Casa di Cura S. Anna, Casa di Cura Villa Serena, Casa di Cura San Raffaele Cassino, Casa di Cura Villa Tiberia Hospital. Afferiscono ai Distretti anche strutture residenziali e semiresidenziali, quali le RSA - Residenze Sanitarie Assistite per ricovero temporaneo - e le RP - Residenze Protette per ricoveri socio-assistenziali a lungo termine - nonché i Centri diurni.

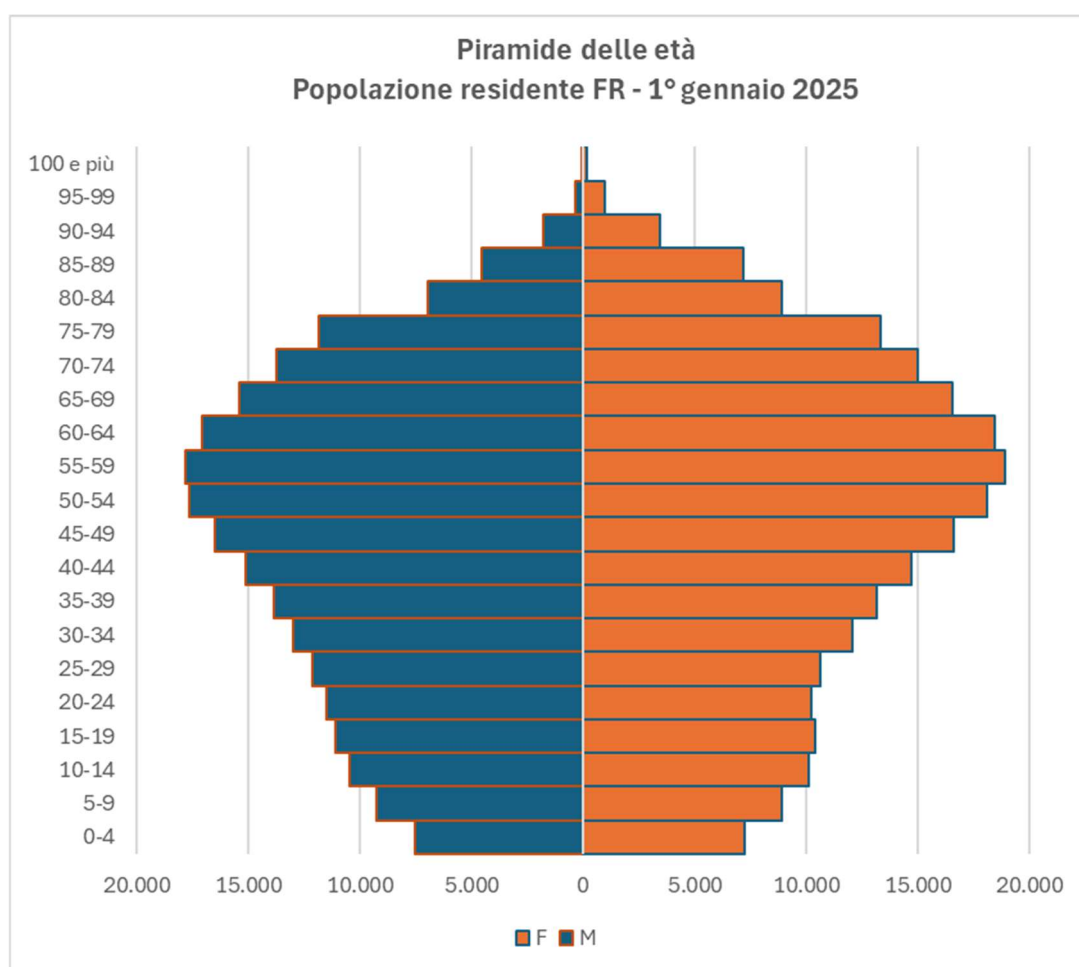


DISTRETTO SANITARIO "A"	DISTRETTO SANITARIO "B"	DISTRETTO SANITARIO "C"	DISTRETTO SANITARIO "D"
ALATRI – ANAGNI	FROSINONE	SORA	CASSINO
Acuto Alatri Anagni Collepardo Filettino Fiuggi Guarcino Paliano Piglio Serrone Sgurgola Torre Cajetani Trevi nel Lazio Trivigliano Vico nel Lazio	Amaseno Arnara Boville Ernica Castro dei Volsci Ceccano Ceprano Falvaterra Ferentino Frosinone Fumone Giuliano di Roma Morolo Pastena Patrica Pofi Rieti San Giovanni Incarico Strangolagalli Supino Torrice Vallecorsa Veroli Villa Santo Stefano	Alvito Arce Arpino Atina Belmonte Castello Broccostella Campoli Appennino Casalattico Casalvieri Castelliri Colfelice Fontana Liri Fontechiari Gallinara Isola del Liri Monte San G. Campano Pescosolido Picinisco Posta Fibreno Rocca D'Arce San Biagio Saracinisco San Donato Valcomino Santopadre Settefrati Sora Vicalvi Villa Latina	Acquafondata Aquino Ausonia Cassino Castelnuovo Parano Castrocielo Cervaro Colle San Magno Coreno Ausonio Esperia Pico Piedimonte San Germano Pignataro Interamna Pontecorvo Roccasecca San Giorgio a Liri San Vittore del Lazio Sant'Ambrogio sul G. Sant'Andrea sul Garigliano Sant'Apollinare Sant'Elia Fiumerapido Terelle Vallemaio Vallerotonda Villa Santa Lucia Viticuso

2.3 Analisi demografica

Negli ultimi 10 anni la popolazione residente ha subito un andamento costantemente decrescente, passando da un picco nel 2011 con una popolazione di quasi 500 mila individui, a poco più di 462 mila individui al 1° gennaio 2025, con una perdita di circa 38.000 unità. Gli stranieri residenti in provincia di Frosinone al 1° gennaio 2025 sono 25.246 e rappresentano il 5,5% della popolazione residente.

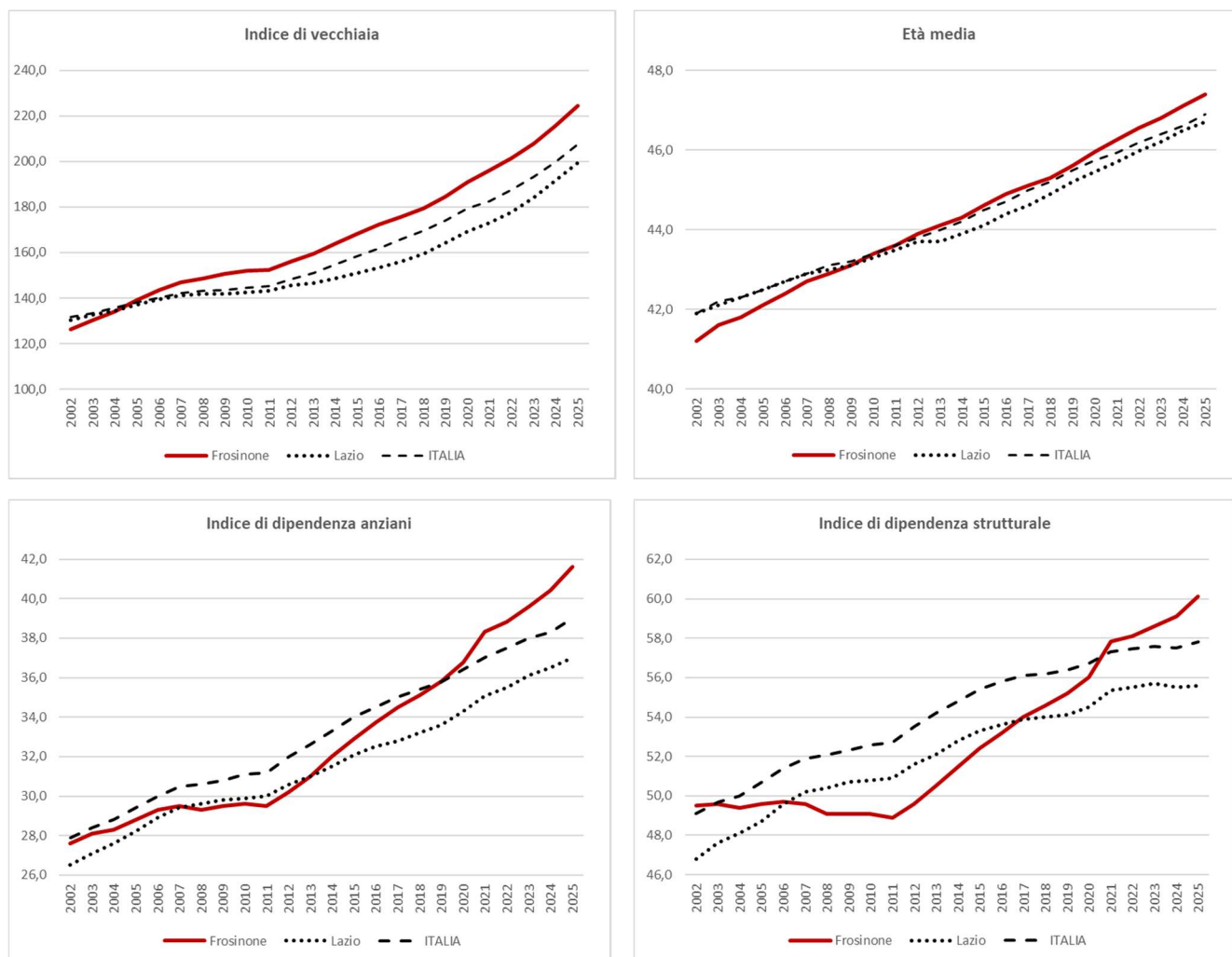
La piramide delle età, che rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Frosinone per età e sesso, evidenzia una struttura per età molto anziana, dove la componente anziana (65 e più) pesa molto di più della componente giovane (meno di 20 anni). Crescente nel tempo anche la speranza di vita alla nascita, che negli ultimi anni ha raggiunto valori di quasi 83 anni (80,8 anni per gli uomini e 85 anni per le donne).



Analizzando gli indicatori demografici riportati nello schema 1, come l'indice di vecchiaia¹, l'età media, l'indice di dipendenza anziani² e l'indice di dipendenza strutturale³, si evidenzia ulteriormente come la popolazione della ASL di Frosinone stia invecchiando velocemente nel tempo, e con livelli più veloci e preoccupanti rispetto alla media regionale e nazionale.

Al 1° gennaio 2025 l'indice di vecchiaia ha raggiunto il valore del 225%, vale a dire che per ogni bambino di 0-14 anni, ci sono più due persone con oltre 65 anni; l'età media è arrivata a 47,4 anni; l'indice di dipendenza strutturale ammonta al 60,1%, vale a dire che ogni 100 persone in età lavorativa (15-64) ce ne sono 60 economicamente dipendenti (bambini e per lo più anziani).

Schema 1



¹ Indice di vecchiaia: rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni * 100

² Indice di dipendenza anziani: rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni) * 100

³ Indice di dipendenza strutturale: rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni) * 100

I trend demografici portano l'Azienda a rafforzare le iniziative per organizzare i servizi sanitari sempre più orientati a dare risposte ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami. Si intende sempre più rafforzare la presa in carico del paziente, letteralmente inteso come il "farsi carico dei problemi dell'altro", al fine di garantire al cittadino affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure e un'assistenza sanitaria continuativa per fornire in questo modo una risposta semplice ad una complessa domanda di cure integrate. Tutta l'organizzazione attraverso il maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale/Pediatrati di Libera Scelta, Medici Specialisti, Strutture Sanitarie e Sociosanitarie pubbliche e private, Farmacie, Infermieri, ecc., mira a realizzare un modello di presa in carico dove il cittadino sceglie il medico al quale affidare la cura della propria patologia, dichiarando la sua formale adesione al nuovo percorso di accompagnamento e stringendo un patto di cura. In seguito, il medico programma annualmente, insieme al paziente, tutti gli interventi sanitari e sociosanitari necessari per un miglior controllo della sua patologia, garantendo così cure più appropriate, controlli puntuali e periodici.

La scelta di tale approccio si rintraccia nella convinzione che il cronico è un paziente che si trova nella condizione di dover convivere nel tempo con una o più patologie che, se ben controllate, permettono una buona qualità della vita. Le malattie croniche ad oggi più diffuse sono quelle cardio-cerebrovascolari, respiratorie, oncologiche, i disturbi neurologici e il diabete. Per una presa in carico efficace queste patologie l'Azienda intende sempre più rafforzare un approccio clinico-assistenziale, basato sull'implementazione di specifici percorsi diagnostici terapeutici.

2.4 Stato di salute della popolazione

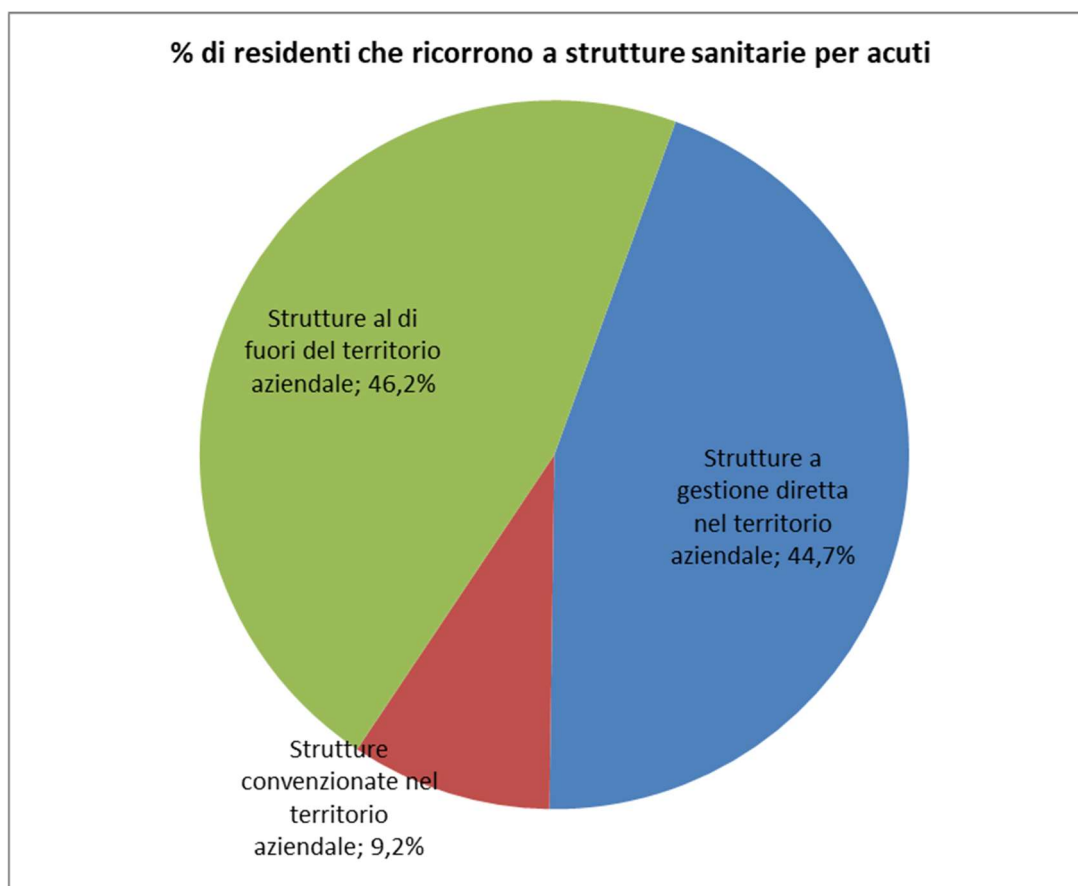
Dati e informazioni sono consultabili al seguente link - <https://www.opensalutelazio.it/salute/>

2.5 Analisi della domanda e dell'offerta

Analisi della domanda

I residenti della ASL di Frosinone, nei primi 9 mesi dell'anno 2025, hanno generato una richiesta di ricoveri in acuzie pari a circa 36.000 ricoveri, di cui il 53,8% soddisfatto da strutture del territorio della ASL di Frosinone (44,7% da strutture pubbliche, 9,2% da strutture private accreditate), e il 46,2% da strutture fuori del territorio aziendale (di cui il 21,2% dal Policlinico Gemelli, il 14,7% dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù e il 7,9% dal Policlinico Umberto I):

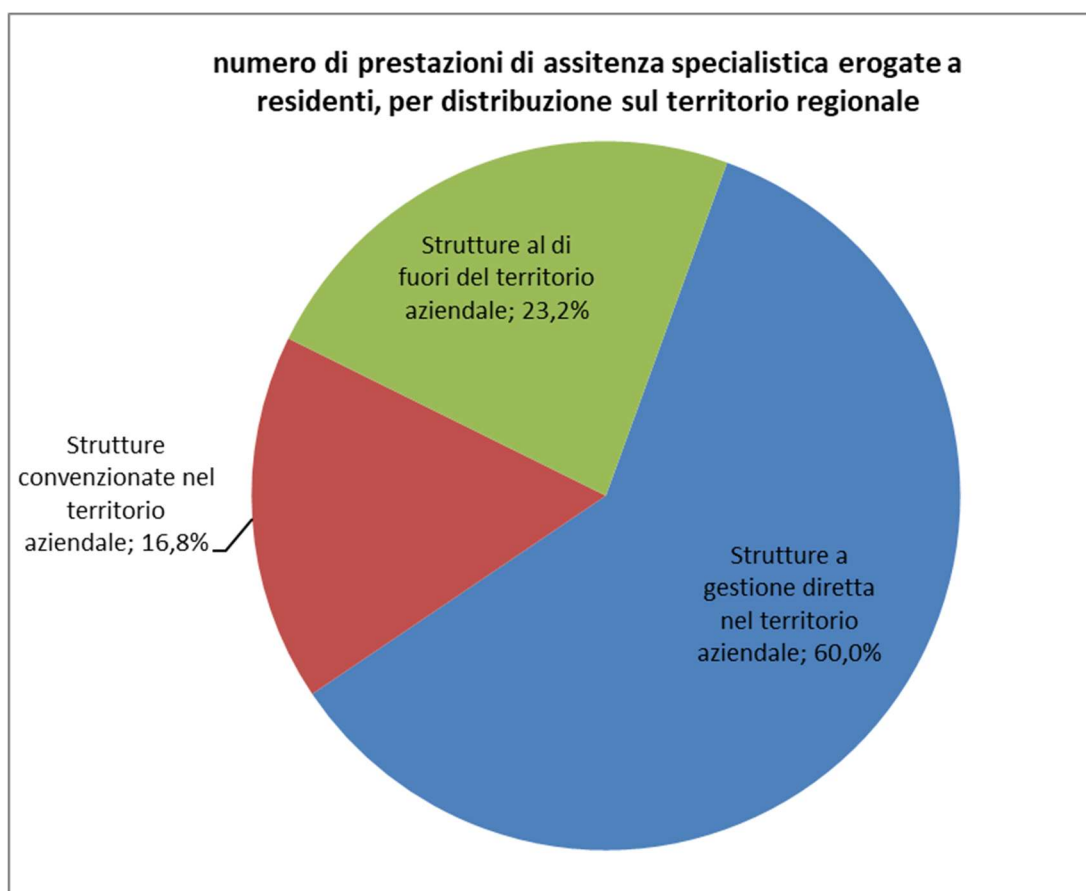
Distribuzione percentuale dei residenti per struttura di ricovero in acuzie, gennaio-settembre 2025



Fonte: archivio SIO, dati provvisori

I residenti della ASL di Frosinone hanno generato una domanda di assistenza specialistica (esclusa la branca 00 di laboratorio analisi), nei primi 9 mesi dell'anno 2025, pari a circa 1 milione di prestazioni, soddisfatta per il 60% dalle strutture a gestione diretta della ASL, per il 16,8% dalle strutture private accreditate del territorio e per il 23,2% da strutture extra territorio aziendale (di cui il 19,5% dal Policlinico Gemelli, il 9,8% dal Policlinico Umberto I e l'8,6% dal Policlinico Tor Vergata):

Distribuzione percentuale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale (esclusa branca 00) erogate a residenti, per distribuzione delle strutture sul territorio, gennaio-settembre 2025



Fonte: archivio Recup-SIAS, dati provvisori

Analisi dell'offerta

Al fine di attuare la mission aziendale di promozione e tutela della salute degli individui e della collettività che risiede nel proprio territorio, l'Azienda assicura l'erogazione delle prestazioni comprese nei tre livelli di assistenza:

- Assistenza Ospedaliera
- Assistenza Territoriale
- Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera per acuti è assicurata dalla presenza sul territorio di tre Presidi Ospedalieri a gestione diretta (Polo Ospedaliero Frosinone-Alatri, Presidio di Sora e Presidio di Cassino) e da 6 strutture private accreditate. Di seguito la produzione delle strutture indicate, nei primi 9 mesi del 2025:

Struttura	regime ordinario			regime DH / DS		
	num. dimessi	degenza media	Peso Medio DRG	num. dimessi	num. medio di accessi	Peso Medio DRG
12021601 Ospedale F. Spaziani Frosinone	5.376	8,7	1,320	1.195	2,6	0,840
12021602 Ospedale San Benedetto Alatri	1.478	8,7	1,370	543	1,8	0,820
12022600 Ospedale Civile S.S.Trinità` N.Sede Sora	3.556	10,2	1,170	527	2,5	0,760
12022800 Ospedale S. Scolastica Cassino	4.526	8,7	1,070	969	1,5	0,780
12023000 Casa Di Cura Priv. S. Anna S.R.L Cassino	628	7,2	1,270	333	1,0	0,810
12023500 Casa Di Cura Priv. Villa Serena Cassino	793	8,2	0,870			
12023600 Casa Di Cura Priv. Santa Teresa Isola L.	833	2,2	1,060	92	1,1	0,970
12028800 Villa Tiberia Hospital	62	2,7	1,280	9	1,0	0,860
12029100 Villa Gioia	782	7,3	0,940			
12045600 San Raffaele Cassino	694	9,9	1,000			

Fonte: archivio SIO, dati provvisori

Come definito nella determinazione G01328 del 10/02/2022 (*Modifica della determinazione n. G07512 del 18 giugno 2021, limitatamente all'allegato tecnico, recante "Adozione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"*), il Presidio Ospedaliero F. Spaziani di Frosinone (Polo Unificato Frosinone Alatri) è DEA I nella rete dell'emergenza, Spoke nella rete emergenza pediatrica, UTN I nella rete dell'ICTUS, CTZ nella rete del trauma ed è snodo anche della rete cardiologica e perinatale. Al Polo afferisce il Presidio Ospedaliero San Benedetto di Alatri che è PS nella rete dell'emergenza.

Il Presidio Ospedaliero S.S. Trinità di Sora è presente nella rete dell'emergenza in qualità di DEA I, è Spoke nella rete dell'emergenza pediatrica, PST nella rete del trauma ed è snodo della rete cardiologica e perinatale.

Il Presidio Ospedaliero S. Scolastica di Cassino è presente nella rete dell'emergenza in qualità di DEA I, è Spoke nella rete dell'emergenza pediatrica, PST nella rete del trauma ed è snodo della rete cardiologica e perinatale.

Gli accessi ai PS/DEA, nei primi 9 mesi del 2025, risultano così distribuiti:

PS Frosinone		ANONIMI		ETA' PEDIATRICA		ETA' ADULTA		TOTALE	
triage	descrizione	num.	%	num.	%	num.	%	num.	%
A	Rosso	6	7,7%	56	0,9%	1.511	6,2%	1.573	5,2%
B	Arancione	11	14,1%	353	5,8%	5.414	22,3%	5.778	19,0%
C	Azzurro	29	37,2%	2.725	45,0%	10.268	42,4%	13.022	42,9%
D	Verde	25	32,1%	2.872	47,4%	6.635	27,4%	9.532	31,4%
E	Bianco	7	9,0%	52	0,9%	417	1,7%	476	1,6%
		78	100,0%	6.058	100,0%	24.245	100,0%	30.381	100,0%

PS Alatri		ANONIMI		ETA' PEDIATRICA		ETA' ADULTA		TOTALE	
triage	descrizione	num.	%	num.	%	num.	%	num.	%
A	Rosso	4	5,0%	9	0,5%	218	1,6%	231	0,8%
B	Arancione	11	13,8%	75	4,4%	2.283	17,0%	2.369	7,8%
C	Azzurro	28	35,0%	665	38,7%	6.283	46,8%	6.976	23,0%
D	Verde	35	43,8%	961	56,0%	4.546	33,9%	5.542	18,2%
E	Bianco	2	2,5%	7	0,4%	85	0,6%	94	0,3%
		80	100,0%	1.717	100,0%	13.415	100,0%	15.212	50,1%

PS Sora		ANONIMI		ETA' PEDIATRICA		ETA' ADULTA		TOTALE	
triage	descrizione	num.	%	num.	%	num.	%	num.	%
A	Rosso	1	5,0%	23	0,7%	431	2,7%	455	1,5%
B	Arancione	1	5,0%	124	4,0%	2.509	15,7%	2.634	8,7%
C	Azzurro	8	40,0%	888	28,4%	7.367	46,0%	8.263	27,2%
D	Verde	8	40,0%	2.073	66,2%	5.534	34,5%	7.615	25,1%
E	Bianco	2	10,0%	23	0,7%	189	1,2%	214	0,7%
		20	100,0%	3.131	100,0%	16.030	100,0%	19.181	63,1%

PS Cassino		ANONIMI		ETA' PEDIATRICA		ETA' ADULTA		TOTALE	
triage	descrizione	num.	%	num.	%	num.	%	num.	%
A	Rosso	3	17,6%	74	1,8%	1.191	5,3%	1.268	4,2%
B	Arancione	3	17,6%	335	8,1%	6.113	27,0%	6.451	21,2%
C	Azzurro	4	23,5%	557	13,5%	6.921	30,6%	7.482	24,6%
D	Verde	6	35,3%	3.111	75,6%	7.945	35,1%	11.062	36,4%
E	Bianco	1	5,9%	39	0,9%	437	1,9%	477	1,6%
		17	100,0%	4.116	100,0%	22.607	100,0%	26.740	88,0%

Fonte: archivio SIES, dati provvisori

Assistenza territoriale

I quattro Distretti dell'Azienda di Frosinone garantiscono, attraverso proprie strutture, la maggior parte delle attività previste dai LEA "Assistenza Distrettuale": dall'assistenza dei medici di medicina generale (380 MMG) e dei pediatri di libera scelta (57 PLS) a quella domiciliare, dall'assistenza specialistica ambulatoriale all'assistenza erogata dai consultori, dall'assistenza riabilitativa all'assistenza protesica, fino all'assistenza a persone con dipendenze patologiche, all'assistenza psichiatrica, e a quella socio- sanitaria.

In merito all'assistenza specialistica ambulatoriale, nei primi 9 mesi del 2025, sono state erogate quasi 650 mila prestazioni (escluso il laboratorio analisi) dalle strutture a gestione diretta e altre 210 mila dalle strutture private accreditate.

Prestazioni di assistenza specialistica EROGATE (escluso laboratorio analisi)
Strutture a gestione diretta e strutture private accreditate - primi 9 mesi 2025

	Num Prestazioni	Num Pazienti
Strutture a gestione diretta	646.826	145.580
Strutture private accreditate	210.244	63.472

Il DM 77 del 2022 è il Decreto del Ministero della Salute che costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) attraverso la Missione 6 intitolata "Salute". La missione mira a rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) potenziando l'assistenza territoriale e la sanità di prossimità, oltre a innovare la digitalizzazione e la ricerca. Si articola in due componenti principali:

1. Reti di prossimità, Strutture e Telemedicina;
2. Innovazione, Ricerca e digitalizzazione.

Si tratta, in pratica, di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza territoriale che introduce nuovi modelli organizzativi e standard per rafforzare la sanità di prossimità, integrando servizi sanitari e sociali, potenziando il ruolo di medici e infermieri e sfruttando la digitalizzazione, per renderla più vicina e continua per i cittadini.

In sintesi, Il DM 77/2022 è il "regolamento" che definisce la nuova sanità territoriale italiana, creando una rete di servizi integrati (sanitari, sociali, digitali) per garantire assistenza continua, personalizzata e a bassa intensità, gestita tramite strutture fisiche (Case, Ospedali di Comunità) e professionisti dedicati (Infermieri di Famiglia e Comunità IFeC), supportando il cittadino nel suo percorso di salute e benessere.

La Componente 1, con le reti di prossimità, strutture e telemedicina si articola con la realizzazione di Case della Comunità e Ospedali di Comunità, il potenziamento dell'assistenza

domiciliare (ADI), lo sviluppo della telemedicina per il supporto a distanza e l'implementazione delle Centrali Operative Territoriali (COT).

La Componente 2, invece, attraverso l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione, prevede l'ammodernamento del parco tecnologico (TAC, Risonanze, ecc.) aziendale, il completamento del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), il miglioramento dei dati, il rafforzamento delle infrastrutture digitali e dei sistemi di analisi dei dati, infine, prevede investimenti in ricerca e trasferimento tecnologico.

Con la Delibera aziendale n° 153 del 28.03.2024, recante ad oggetto “ PNRR M6C1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale Centrali operative territoriali (COT) Intervento di realizzazione di n. 1 Centrale Operativa Aziendale e n. 4 Centrali Operative Territoriali, sono state attivate, nell'Anno 2025, la Centrale Operativa Aziendale e quattro Centrali Operative Territoriali A, B, C e D, composte da 5 Infermieri, 1 Coordinatore Infermieristico e 1 Assistente Sociale.

Entro il 31 Marzo 2026, nella ASL di Frosinone, verranno attivate dodici (12) Case della Comunità, e sei (6) Ospedali di Comunità, nei quattro (4) Distretti Sanitari, come di seguito specificato:

1. Distretto A - Case della Comunità di Fiuggi e Paliano, insieme, all'Ospedale di Comunità di Anagni;
2. Distretto B - Case della Comunità di Ceprano, Ferentino, Frosinone e Veroli, insieme agli Ospedali di Comunità di Ceccano e Frosinone, che verrà aperto ad Alatri;
3. Distretto C - Case della Comunità di Atina, Isola del Liri e Sora, insieme all'Ospedale di Comunità di Isola del Liri;
4. Distretto D – Case della Comunità di Aquino, Cassino e Pontecorvo, insieme agli Ospedali di Comunità di Cassino e Pontecorvo.

Le **Case della Comunità** (CdC) sono strutture sanitarie e socio-sanitarie di prossimità, che avvicinano i servizi ai cittadini, offrendo assistenza primaria, specialistica e sociale in un unico punto di accesso, con l'obiettivo di ridurre accessi inappropriati al pronto soccorso e garantire cure coordinate e continue per tutte le età, integrando medici di base, infermieri, specialisti e servizi sociali in team multidisciplinari. Garantiscono un percorso di cura integrato e coordinato, anche attraverso l'assistenza domiciliare e la telemedicina.

Nelle Case della Comunità opera una equipe multi professionale che include medici di medicina generale, pediatri, infermieri di famiglia e comunità, specialisti ambulatoriali, psicologi, assistenti sociali, ostetriche e personale amministrativo, collaborando per offrire assistenza sociosanitaria integrata, prevenzione e promozione della salute, con una presenza medica e infermieristica costante.

I servizi standard previste per le Case della Comunità dal DM 77/22 sono descritti nella seguente tabella:

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità <i>hub</i>	Casa della Comunità <i>spoke</i>
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità <i>hub</i> di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO

Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Gli **Ospedali di Comunità**, invece, sono strutture sanitarie territoriali intermedie, un ponte tra l'assistenza domiciliare e l'ospedale, dedicate a pazienti che necessitano di cure a media/bassa intensità clinica o sorveglianza infermieristica continua (anche notturna), ma non di ricovero specialistico in un ospedale tradizionale, gestiti principalmente da infermieri con responsabilità clinica affidata a un medico di medicina generale.

La loro funzione si traduce nell'evitare ricoveri inappropriati riducendo il sovraffollamento del Pronto Soccorso e le ospedalizzazioni improprie, supportano le dimissioni protette permettendo dimissioni più sicure da ospedali acuti per pazienti che non possono essere subito assistiti a casa; danno assistenza ai pazienti cronici e fragili offrendo supporto per le possibili riacutizzazioni di patologie croniche o instabilità cliniche, si rivolgono a pazienti che necessitano di assistenza infermieristica h 24, 7 giorni su 7, ma non di cure mediche complesse, a persone con fragilità sociali o familiari che impediscono il rientro a domicilio, a malati cronici che necessitano di un periodo di cura e recupero prima di tornare a casa.

Il loro funzionamento è un elemento chiave della riforma territoriale sanitaria (Missione 6 del PNRR), operando in stretta integrazione con le Case della Comunità e i servizi territoriali (assistenza domiciliare, e specialistica), garantiscono un'assistenza più vicina e accessibile ai cittadini, riducendo il ricorso all'ospedale.

In sintesi, sono presidi territoriali essenziali per garantire la continuità assistenziale e fornire risposte sanitarie qualificate, ma a minore intensità, nel percorso di cura del cittadino.

La telemedicina è l'erogazione di servizi sanitari a distanza, che unisce l'assistenza medica alle tecnologie ICT (Information and Communication Technologies), per visite, monitoraggio e consulenze tramite telefono, internet e videochiamate, migliorando accessibilità, efficienza e qualità delle cure, soprattutto per pazienti cronici o residenti in aree remote, e integrando il rapporto medico-paziente tradizionale con nuove opportunità di cura e collaborazione.

La Telemedicina può prevedere:

1. il Teleconsulto, che consiste nella Consulenza a distanza tra medici o tra medico e paziente (es. videoconferenza), per scambiare pareri o gestire casi clinici;
2. la Televisita, che si concretizza nel Consulto medico completo da remoto, simile a una visita in presenza, che può includere la redazione di referti e prescrizioni;
3. il Telemonitoraggio, che si traduce nel Controllo dei parametri vitali e dello stato di salute del paziente direttamente a casa sua, per patologie croniche o post-dimissione;
4. la Teleassistenza, costituita da Supporto continuativo e supporto alla gestione della terapia, spesso per pazienti che necessitano di assistenza costante;
5. il Telereferto, che consiste nell'invio e nella validazione digitale di referti e immagini mediche, spesso con firma digitale.

La Telemedicina presenta molti vantaggi, quali la migliore accessibilità, poiché, si raggiungono pazienti che vivono in aree isolate o con difficoltà di spostamento, la tempestività, attraverso l'accelerazione della diagnosi e dei trattamenti, riducendo i tempi di attesa e i trasferimenti non necessari, la comodità che permette ai pazienti di gestire la propria salute da casa, migliorando la qualità della vita, l'efficienza, con ottimizzazione delle risorse e la facilitazione, attraverso la collaborazione tra professionisti sanitari, utilizza piattaforme digitali, smartphone, tablet e

computer. Nella ASL di Frosinone, sono già possibili tutte le forme di Telemedicina elencate, ma vanno, assolutamente, implementate.

La Regione Lazio, da ultimo, ha trasmesso alle ASL le istruzioni operative per l'avvio della **Piattaforma Regionale di Telemedicina "TI CURO"** e la ASL di Frosinone nell'anno 2026 adotterà le misure organizzative necessarie per assicurare la piena partecipazione e la corretta erogazione dei servizi in regime di telemedicina in coerenza con la legge 219/2017

Le Centrali Operative Territoriali (COT) rappresentano lo snodo di coordinamento nel Servizio Sanitario Nazionale italiano, punti di raccordo tra ospedale e territorio per garantire la continuità assistenziale, specialmente per pazienti cronici e fragili, coordinando servizi sanitari, socio-sanitari e domiciliari, facilitando i passaggi di cura e utilizzando strumenti digitali come la telemedicina. Funzionano h 12, 7 giorni su 7, integrate con Medici di Medicina Generale, Infermieri di Famiglia (IFeC) e altri professionisti, ottimizzando i percorsi di cura e supportando le dimissioni protette.

Le funzioni principali delle COT sono le seguenti:

1. coordinamento, mettono in rete servizi e professionisti (MMG, Specialisti, Assistenza domiciliare) per una gestione integrata del paziente;
2. continuità assistenziale, assicurano una transizione fluida tra ospedale e territorio, gestendo dimissioni protette e percorsi di cura;
3. presa in carico con la gestione dei pazienti fragili, cronici e con bisogni complessi, coordinando l'assistenza domiciliare;
4. Punto di accesso, funzionano, quindi, come "cabina di regia" e punto di accesso (fisico e digitale) ai servizi sociosanitari territoriali;
5. supporto tecnologico, utilizzano piattaforme digitali e telemedicina per il monitoraggio e la gestione dei pazienti.

Le COT interagiscono con:

1. i cittadini, non direttamente accessibili, ma le segnalazioni possono arrivare tramite Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta o sportelli dedicati (SUAC);
2. la rete sanitaria, collaborando con Ospedali, Case della Comunità (CdC), Infermieri di famiglia (IFeC), Numero Europeo Armonizzato 116-117, Servizi sociali, ecc..

Gli Obiettivi delle COT sono costituiti dal potenziamento dell'assistenza territoriale e domiciliare e il miglioramento dell'efficienza attraverso la riduzione dei tempi di attesa garantendo un'assistenza di qualità e personalizzata.

Per ciò che attiene l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, prevista dalla Missione 6 salute, particolare rilevanza assumono:

1. la digitalizzazione, con il potenziamento delle infrastrutture digitali, incluso il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), per un archivio centrale digitale (repository), unico di dati sanitari;
2. la ricerca, mediante valorizzazione della ricerca biomedica e sanitaria;
3. la formazione, con lo sviluppo di competenze tecniche, digitali e manageriali del personale sanitario.

In conclusione, gli obiettivi generali dell'innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN sono:

1. ridurre le disparità territoriali nell'accesso ai servizi sanitari;
2. migliorare l'integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali;
3. rendere il sistema più moderno, resiliente ed efficiente;
4. migliorare la qualità e tempestività delle cure.

Al termine di questa disamina, possiamo tranquillamente affermare che, l'obiettivo della nuova riorganizzazione dell'assistenza territoriale, da un lato, fortifica le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali, il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. Dall'altro, si punta al rinnovamento e all'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, al completamento e alla diffusione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), nonché a una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi.

Mobilità sanitaria passiva: analisi del fenomeno e indirizzi strategici per la ASL di Frosinone

La mobilità sanitaria rappresenta il fenomeno per cui cittadini residenti in un determinato ambito territoriale usufruiscono di prestazioni sanitarie erogate da strutture appartenenti ad aziende sanitarie o regioni diverse da quella di residenza, con conseguenti meccanismi di compensazione finanziaria tra i diversi sistemi sanitari.

Le stime più recenti indicano un saldo economico negativo di rilevante entità (ordine di grandezza pari a centinaia di milioni di euro annui), riconducibile in larga parte a prestazioni di ricovero e di alta specializzazione erogate fuori Regione.

Secondo il Rapporto Agenas sulla mobilità sanitaria (edizione 2024, basato su dati 2023) la percentuale di ricoveri in mobilità passiva (ricoveri effettuati fuori dalla regione di residenza a carico di quest'ultima) è aumentata consolidandosi intorno all'8,7% del totale dei ricoveri in mobilità sanitaria. La mobilità per specialistica ambulatoriale segue un andamento simile ma con percentuali inferiori rispetto all'ospedaliera. L'aumento deriva da carenze infrastrutturali e organizzative locali, amplificate dal contesto regionale laziale ad alta "fuga" sanitaria (indice 13,8%).

Nel contesto regionale, la ASL di Frosinone evidenzia una significativa propensione alla mobilità passiva, sia intraregionale sia extra-regionale riconducibile a diversi fattori critici:

- **Limitatezza delle Risorse:** La carenza di capitale umano e finanziario, unita ai tetti di spesa sui fattori produttivi, riduce la capacità di offerta interna.
- **Efficienza dei Pronto Soccorso:** L'alto tasso di accessi (oltre 98.000 nei primi mesi del 2024) e i tempi di attesa per i ricoveri (media di 1.530 minuti) favoriscono l'allontanamento dei pazienti verso altre strutture per urgenze e acuzie.
- **Aumento della Popolazione Cronica:** La gestione della cronicità spinge i pazienti verso strutture esterne in cerca di cure continuative non sempre disponibili capillarmente sul territorio.
- **Invecchiamento rapido della popolazione** (indice di dipendenza strutturale 59,1%, superiore alla media regionale) aumenta la domanda di specialistiche complesse non adeguatamente coperte localmente.
- **Efficienza prestazionale** solo al 61% interna per specialistica ambulatoriale, con 25% extra-territorio, riflette squilibri distributivi.
- **Percezione della Qualità:** Esistono disuguaglianze nell'accessibilità e nella qualità percepita dei servizi rispetto ai grandi poli romani o campani

La Mobilità Intra-regionale (verso Roma) è la componente più significativa per l'ASL Frosinone e registra un tasso di circa 13,8 ricoveri per 1.000 abitanti.

Si attiva principalmente verso le grandi aziende ospedaliere e i policlinici universitari di Roma.

- Tra le cause va evidenziata la ricerca di alta specializzazione (DEA di II livello) non presente nei presidi di Frosinone, Sora o Cassino, che operano prevalentemente come DEA di I livello.

La Mobilità Extra-regione (Verso altre Regioni) è storicamente diretta verso le regioni confinanti, in particolare la Campania per le seguenti ragioni:

- **Prossimità Geografica:** i residenti del sud della provincia (area di Cassino) si rivolgono spesso a strutture campane per ragioni di vicinanza logistica.
- **Carenza di Posti Letto:** nonostante il piano 2024-2026 preveda un aumento a 1.479 posti letto totali, la saturazione delle strutture per acuti spinge i pazienti fuori regione.

La mobilità sanitaria passiva rappresenta per la ASL di Frosinone non solo un onere economico, ma un indicatore chiave di:

- efficacia della programmazione;
- qualità percepita dei servizi;
- capacità di risposta ai bisogni della popolazione.

La riduzione della mobilità evitabile e lo sviluppo di forme di attrattività selettiva costituiscono, obiettivi prioritari di governo aziendale, pienamente coerenti con il quadro normativo nazionale e la programmazione regionale.

Un approccio integrato – strutturale, organizzativo e gestionale – consente di trasformare la mobilità da fenomeno passivo da subire a leva strategica di miglioramento del sistema.

Nel biennio 2024-2025 l'ASL Frosinone ha affrontato una fase di transizione significativa, con uno sforzo importante di rafforzamento del personale e rinnovamento infrastrutturale, in linea con le indicazioni regionali del Lazio. Tuttavia, permangono criticità strutturali e organizzative, in particolare sul fronte della sicurezza dei lavoratori e dell'effettiva capacità di risposta ai bisogni sanitari della popolazione. Le soluzioni intraprese tendono a mitigare questi problemi, ma richiedono implementazione continuativa, monitoraggio e condivisione con i professionisti e la comunità locale per risultare pienamente efficaci.

Soluzioni e misure programmate o in corso:

- Governo delle dotazioni organiche (Piano delle assunzioni – Stabilizzazioni)
- Miglioramento della sicurezza

Per affrontare le criticità di sicurezza nei servizi emergenziali, è stata prevista l'introduzione di impianti di videosorveglianza, vigilanza con personale dedicato e pulsanti di emergenza al fine di attivare rapidamente le Forze dell'Ordine in caso di atti aggressivi nei pronto soccorso degli ospedali di Frosinone, Alatri, Cassino e Sora.

Sono stati programmati anche percorsi formativi specifici per il personale di triage, volti a rafforzare capacità di gestione delle situazioni critiche e di comunicazione con l'utenza

- Riqualificazione infrastrutturale e organizzativa

cantieri di riqualificazione per i Pronto Soccorso, come quello dell'Ospedale "Santa Scolastica" di Cassino e di Sora con la possibilità di spazi più funzionali, percorsi differenziati e migliori condizioni operative per ottimizzare i flussi assistenziali.

Il rinnovamento dei PS si inserisce in un più ampio programma volto a ammodernare la rete ospedaliera e territoriale (Case di Comunità, Ospedali di Comunità), con l'obiettivo di ridurre gli accessi impropri ai PS e favorire l'assistenza territoriale integrata

Monitoraggio dei Pronti Soccorsi

- Allineamento organici vs fabbisogni epidemiologici
 - o La pianificazione delle risorse umane deve essere costantemente confrontata con i fabbisogni reali in emergenza-urgenza e non solo con indicatori standardizzati, data la variabilità stagionale e territoriale nei pattern di accesso al PS.
 - o Punti di forza: L'attrattività è legata principalmente a poli specifici come l'Ospedale Fabrizio Spaziani (DEA I), che funge da snodo per reti tempo-dipendenti come l'ICTUS e la rete cardiologica.
 - o Sviluppi 2026: La programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 prevede un incremento a 1.479 posti letto totali in provincia per potenziare l'offerta e ridurre la necessità di spostamenti fuori area.

- Gestione del personale: Nel gennaio 2026, l'azienda ha avviato nuove procedure di mobilità intraaziendale per ottimizzare la distribuzione degli specialisti ambulatoriali e migliorare la risposta territoriale.
- Sviluppo della rete territoriale e servizi di prossimità
 - Incremento degli investimenti regionali per l'assistenza territoriale: la Regione Lazio ha incrementato i fondi per la riabilitazione e l'assistenza di prossimità anche per l'ASL Frosinone, parte di una strategia volta a ridurre le disuguaglianze territoriali e potenziare la rete di servizi locali.
 - Progetti di rafforzamento dei servizi territoriali e nuove figure professionali: nel contesto regionale, si prevede l'attivazione di Centrale Operativa Territoriale (COT), Unità Complesse di Assistenza (UCA), il numero unico 116117 e il ruolo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità, misure in cui è coinvolta anche la ASL di Frosinone.
- Formazione, prevenzione e qualità assistenziale
- Riduzione delle liste di attesa

Le Azioni programmatiche in fase di implementazione:

- Rafforzamento dell'offerta clinica locale;
- Integrazione delle reti cliniche regionali;
- Valorizzazione del capitale umano;
- Miglioramento dell'esperienza del paziente;
- Innovazione digitale e telemedicina

Inoltre, sarà necessario istituire un sistema strutturato di monitoraggio della mobilità sanitaria, basato su indicatori periodici relativi a

- Volumi e costi della mobilità passiva;
- Tipologia di prestazioni;
- Aree cliniche a maggiore impatto economico.

L'obiettivo è la riduzione della mobilità sanitaria passiva evitabile del 10-15% entro il 2027, con:

- Miglioramento dell'equilibrio economico aziendale,
- Aumento della qualità percepita dei servizi;
- Rafforzamento del ruolo della ASL di Frosinone nel sistema sanitario regionale.

Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) è la struttura gestionale di cui l'Azienda si avvale per garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Il Dipartimento di Prevenzione è articolato in macro-aree a cui afferiscono le Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali:

- Sanità Pubblica: UOC Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)
- Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.);
- Sanità Pubblica Veterinaria: UOC Sanità Animale (S.A.); UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.);
- Sicurezza Alimentare: UOC Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto alimenti di origine animale; UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.).
- Prevenzione: UOC Vaccinazioni; UOSD screening

Le Unità Operative Complesse e le Unità Operative Semplici Dipartimentali assicurano la propria attività attraverso punti di erogazione in ognuno dei 4 ambiti distrettuali dell'Azienda.

In dipendenza diretta dalla Direzione del Dipartimento operano:

- servizio ambulatoriale Salute Donna con finalità di agevolare e velocizzare l'iter di diagnosi e trattamento di molte patologie che riguardano le donne dalla pubertà alla post-menopausa
- servizio di Medicina dello Sport con finalità di promuovere l'attività fisica e sportiva e controllare la relativa qualità di tutela della salute in tutta la Provincia

3 SEZIONE B - VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

3.1 VALORE PUBBLICO

3.1.1 Analisi delle risorse economiche e finanziarie

La proiezione a finire 2025 dai dati del CE al Terzo trimestre 2025 è pari a: **1.023.467.982,80**:

VOCI CONTO ECONOMICO CE	2020	2021	2022	2023	2024	Preconsuntio 2025
Contributi in c/esercizio	859.155.320,13	848.095.278,54	889.707.236,93	901.694.794,19	943.697.321,51	943.261.714,13
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-10.927.648,87	-8.886.674,68	-11.609.394,50	-7.399.069,62	-5.666.366,53	-5.556.012,00
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	0,00	3.075.618,90	1.459.271,59	222.937,50	9.022.090,94	6.642.348,35
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	39.853.144,72	43.634.982,65	41.846.390,95	45.894.166,58	44.666.920,00	45.377.493,59
Concorsi, recuperi e rimborsi	12.442.496,41	27.440.691,28	12.793.646,52	15.009.902,07	16.649.198,58	16.583.330,31
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.340.128,89	4.458.998,49	4.799.277,86	5.750.436,41	6.646.765,79	6.800.939,20
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	21.111.895,58	21.773.126,17	26.104.305,53	17.616.903,08	24.214.828,19	17.616.903,08
Altri ricavi e proventi	306.665,22	241.391,39	348.863,16	384.969,79	323.200,63	4.772.730,88
Totale valore della produzione (A)	926.282.002,08	939.833.412,74	965.449.598,04	979.175.040,00	1.039.553.959,11	1.035.499.447,54

I costi di produzione previsti per l'anno 2025 ammontano, al netto delle poste riconducibili agli oneri finanziari, oneri straordinari e imposte e tasse, a circa 1.027 mln. I costi di produzione sono rappresentati per il 15,09% circa per gli acquisti di beni, per il 56,56% circa per gli acquisti di servizi e per il 22,63% circa dal costo del personale.

VOCI CONTO ECONOMICO CE	2020	2021	2022	2023	2024	Preconsuntio 2025
Acquisti di beni	123.685.253,39	119.123.034,09	122.049.746,94	129.717.106,05	141.328.400,87	150.584.215,41
Acquisti di servizi	516.111.816,98	525.437.280,94	543.270.586,66	565.410.950,93	566.925.040,86	586.854.304,41
Manutenzione e riparazione	7.437.313,96	13.682.558,72	14.258.862,37	14.489.288,83	14.149.994,73	14.185.771,00
Godimento di beni di terzi	2.306.200,89	2.045.953,83	1.830.617,72	1.743.199,14	3.070.697,31	3.279.695,23
Costi del personale	208.597.842,19	212.534.769,23	217.105.782,51	234.611.722,83	231.302.533,50	233.572.767,13
Oneri diversi di gestione	2.250.695,56	3.258.999,33	4.632.009,83	3.938.338,65	3.716.775,64	3.908.549,84
Ammortamenti	21.111.895,58	21.773.126,17	26.104.305,53	17.616.903,08	23.930.768,76	17.616.903,08
Variazione delle rimanenze	-3.202.185,19	-440.301,66	-851.412,79	-2.765.354,19	832.826,10	-294.734,38
Accantonamenti	25.752.059,04	27.883.385,66	19.187.656,70	27.476.077,46	31.627.112,78	23.432.062,19
Totale costi della produzione	904.050.892,40	925.298.806,31	947.588.155,47	992.238.232,78	1.016.884.150,55	1.033.139.533,91

TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	2020	2021	2022	2023	2024	Preconsuntio 2025
Acquisti di beni sanitari	122.693.680,42	117.868.495,10	120.694.632,04	127.852.375,92	140.144.054,78	149.336.894,65
Acquisti di beni non sanitari	991.572,97	1.254.538,99	1.355.114,90	1.864.730,13	1.184.346,09	1.247.320,76
ACQUISTI DI BENI	123.685.253,39	119.123.034,09	122.049.746,94	129.717.106,05	141.328.400,87	150.584.215,41
Acquisti di servizi sanitari -	57.390.546,96	57.550.853,59	57.364.474,10	56.815.910,81	56.648.993,83	56.480.119,04
Acquisti di servizi sanitari -	71.945.592,38	71.528.290,64	71.468.212,08	71.628.070,48	72.719.309,42	73.864.215,99
Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica	46.576.352,21	48.729.020,08	51.132.525,57	54.341.452,70	51.010.476,66	53.680.573,76
Acquisti di servizi sanitari per	9.199.798,61	9.187.062,65	10.132.189,30	11.518.921,61	12.135.214,85	13.960.993,73
Acquisti di servizi sanitari per	10.261.293,85	9.966.771,57	11.429.338,48	10.135.876,97	11.158.807,04	11.382.623,98
Acquisti di servizi sanitari per	12.176.669,78	13.507.359,98	13.873.857,90	15.086.337,46	17.087.357,54	18.127.587,77
Acquisti di servizi sanitari per	150.018.717,38	152.378.604,55	150.951.340,02	157.043.916,52	151.638.141,58	152.167.781,95
Acquisti prestazioni di psichiatrica residenziale e	11.042.541,58	10.293.062,17	11.777.602,70	11.798.821,44	12.906.930,24	13.516.617,23
Acquisti prestazioni di	33.147.324,40	34.480.250,63	36.355.176,83	39.812.183,31	44.615.591,15	42.143.864,21
Acquisti prestazioni termali in	549.514,58	601.134,08	1.514.967,36	1.712.460,29	2.320.804,28	2.327.536,61
Acquisti prestazioni di trasporto	3.793.239,08	4.294.774,32	5.491.949,51	4.849.086,05	4.384.672,59	4.942.041,27
Acquisti prestazioni socio-	35.159.829,03	36.961.615,10	37.892.897,69	40.770.950,43	44.127.313,60	50.545.921,65
Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intramoenia)	1.408.509,12	2.051.449,51	2.078.228,83	2.078.228,81	2.121.540,44	1.585.152,22
Rimborsi Assegni e contributi	3.893.868,66	4.709.965,04	7.594.296,65	8.250.960,10	7.707.232,35	7.169.623,34
Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di	10.834.096,80	13.269.094,61	10.721.457,46	11.745.733,94	11.624.314,03	15.296.422,89
Altri servizi sanitari e	1.010.713,70	1.948.073,46	2.420.793,69	4.111.300,26	3.735.525,62	2.232.572,24
Acquisti di servizi non sanitari	57.703.208,86	53.979.898,96	61.071.278,49	63.710.739,75	60.982.815,64	67.430.656,53
ACQUISTI DI SERVIZI	516.111.816,98	525.437.280,94	543.270.586,66	565.410.950,93	566.925.040,86	586.854.304,41

3.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Il piano di ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero ha come obiettivo principale l'adeguamento del parco tecnologico aziendale agli standard di sicurezza e prestazione richiesti, attraverso la graduale sostituzione delle apparecchiature non più conformi o economicamente non sostenibili. Il piano in questione mira a garantire la continuità operativa delle attività sanitarie, a ridurre i rischi legati all'obsolescenza tecnica e a migliorare l'affidabilità complessiva delle dotazioni elettromedicali; esso tiene conto di fattori tecnici, gestionali, clinici e prevede, inoltre, un'adeguata pianificazione finanziaria al fine di garantire il rispetto degli obiettivi di spesa. L'iniziativa si inserisce nel contesto delle politiche aziendali orientate al miglioramento della sicurezza, dell'efficienza e dell'appropriatezza tecnologica delle strutture sanitarie della ASL di Frosinone, in coerenza con la normativa vigente e con l'Atto di autonomia aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone di cui alla Deliberazione n. 678 del 08/08/2025 oltre che in continuità con quanto riportato nel precedente 61 del 23/01/2025.

Concordemente con il Programma triennale 2026/2028 degli investimenti sulle apparecchiature elettromedicali adottato ai sensi dell'art. 37, co.1, D. Lgs. 36/2023 con Deliberazione n. 1015 del 05/12/2025 ed approvato con Deliberazione n. 1108 del 30/12/2025, si riepilogano di seguito le macro-aree che costituiscono la presente sottosezione:

- il piano di rinnovo delle apparecchiature elettromedicali installate
- il piano di potenziamento delle apparecchiature elettromedicali
- il piano dei finanziamenti riconosciuti alla ASL di Frosinone per le strumentazioni biomediche

Piano di rinnovo delle apparecchiature elettromedicali installate

Il parco tecnologico della ASL di Frosinone si compone di n. 12.551 apparecchiature distribuite tra le diverse strutture aziendali. Esso è costantemente monitorato e sottoposto un piano di manutenzione preventiva annuale con l'obiettivo di garantire la sicurezza d'uso, l'affidabilità funzionale e la continuità operativa delle apparecchiature, assicurando nel contempo la tracciabilità documentale e la conformità regolatoria di tutte le attività manutentive.

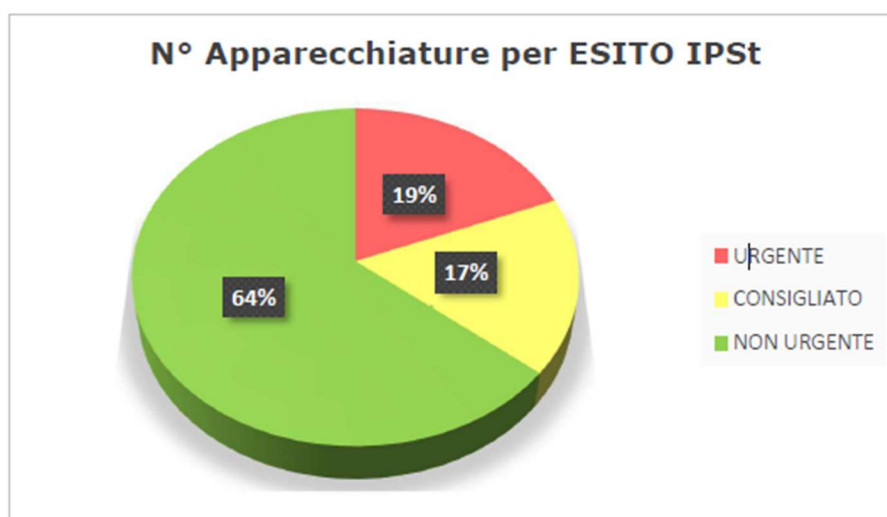
Per la definizione delle priorità di rinnovo è stato adottato un approccio di valutazione multidimensionale, basato su indicatori tecnico-funzionali e gestionali che consentono di stimare il livello di obsolescenza delle apparecchiature. I parametri considerati comprendono i seguenti fattori:

- Fattori tecnici: età, condizioni di manutenzione, prestazioni, stato di conservazione, conformità agli standard di sicurezza;
- Fattori gestionali: utilizzo, costi di gestione, disponibilità di ricambi, disponibilità di apparecchiature alternative all'interno della stessa Unità Operativa;

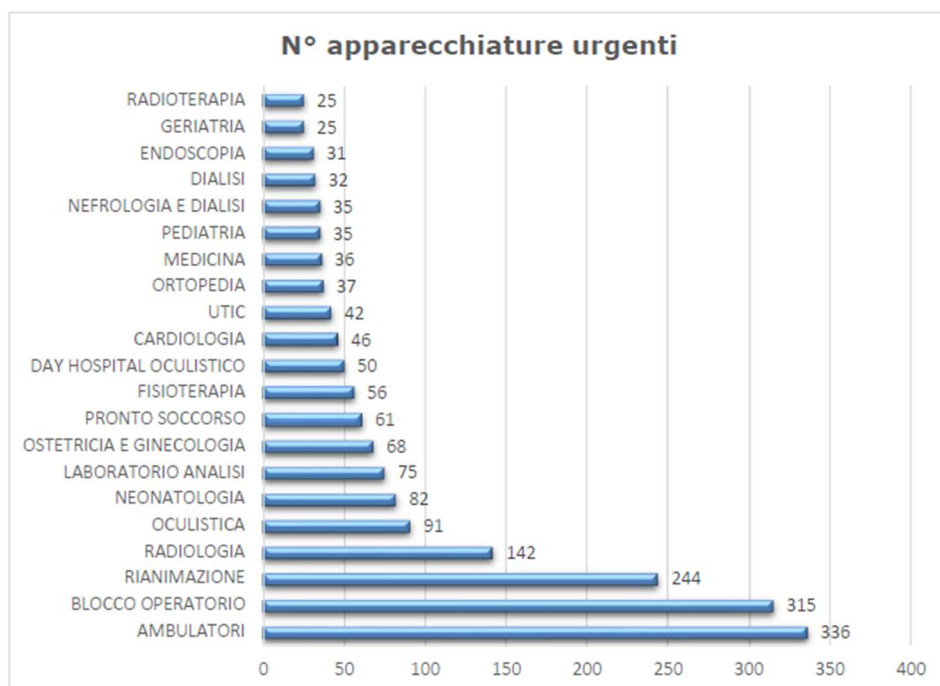
- Fattori clinici: necessità cliniche, efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate.

Dalla combinazione dei suddetti parametri è stato ottenuto un indice di priorità di sostituzione IPSt per ciascuna apparecchiatura. L'indice di priorità è un valore compreso tra 0 e 100, dove 0 indica che l'apparecchiatura non necessita di sostituzione e 100 indica che l'apparecchiatura deve essere sostituita con urgenza. Tale indice sintetico ha consentito di classificare le apparecchiature in tre categorie: urgente, consigliato e non urgente. Questa classificazione rappresenta uno strumento di supporto decisionale utile per orientare la programmazione degli investimenti e garantire un uso efficiente delle risorse economiche disponibili.

Dall'impiego del suddetto approccio sul parco tecnologico della ASL di Frosinone è emerso che una quota significativa di dispositivi presenta livelli di obsolescenza elevati e necessita di sostituzione nel breve periodo. La Figura seguente mostra la distribuzione in percentuale dell'IPSt:



Le apparecchiature con esito “URGENTE” (il 19%) e cioè quelle che hanno valori di IPSt maggiori o uguali a 70, sono 2300 e sono ubicate prevalentemente presso le Unità Operative riepilogate nella seguente figura. In particolare, si evince come circa il 27 % (335 + 315 unità) afferisca sia al Blocco Operatorio che agli Ambulatori, il 10% (142 unità) è attribuibile invece al reparto di Rianimazione.



L'applicazione del suddetto modello garantisce la costante riduzione della percentuale di apparecchiature obsolescenti del parco macchine. Infatti, mettendo a confronto l'IPSt del 2019 con quello del 2025, questo ultimo è passato dal 59% al 18,9 %. Altro dato saliente è il potenziamento del parco elettromedicale: mettendo a confronto il novero dei dispositivi gestiti, passiamo da n. 11.704 unità del 2024 alle suddette n. 12.551 unità nel 2025.

Il piano di rinnovo è stato suddiviso per Poli Ospedalieri e Distretti Sanitari e riporta appunto le diverse tipologie di apparecchiature individuate, il Reparto e l'ubicazione della Struttura di appartenenza, il valore di acquisto attualizzato € (al netto delle imposte), l'IPSt e l'anno di rinnovo.

La spesa totale prevista è stata poi suddivisa in tre annualità, definendo un budget massimo per ciascun anno. I macchinari sono stati assegnati alle annualità rispettando sia l'ordine di priorità sia i limiti di spesa, in modo da garantire un rinnovo equilibrato e sostenibile nel tempo.

Nella tabella seguente si evince come questo approccio consenta di programmare il rinnovo in maniera trasparente, obiettiva e flessibile, garantendo che i macchinari più critici siano sostituiti per primi senza generare picchi di spesa eccessivi.

Anno rinnovo	N. apparecchiature	Importo rivalutato con IVA	IPSt medio 2025
2026	1.552	7.447.623,25 €	78,54
2027	489	7.417.804,17 €	74,43
2028	259	7.488.224,56 €	72,22
Totale	2.300	22.353.651,99 €	76,95

Di seguito la tabella riepilogativa riportante la stima economica (iva inclusa) suddivisa per anno da investire per l'acquisto in sostituzione dei dispositivi obsoleti per ciascun Polo Ospedaliero e Presidio Sanitario.

Piano di potenziamento delle apparecchiature elettromedicali

	Valore di acquisto attualizzato € (iva inclusa)			
Ubicazione	2026	2027	2028	Totale
C01 - Casa della salute Pontecorvo	216.977,76	180.759,78	173.070,73	570.808,26
C02 - Casa della salute Ceccano	114.357,38	122.073,20	129.579,25	366.009,83
C03 - Casa della salute Ceprano	43.910,09	37.071,23	45.411,45	126.392,76
C04 - Casa della salute Atina	37.364,75	15.025,83		52.390,58
C05 - Casa della salute Ferentino	69.694,03	47.978,03		117.672,05
CC1 - Casa di reclusione di Paliano	48.725,28	41.100,28		89.825,55
CC2 - Casa circondariale di Frosinone	15.326,80	97.831,80	38.125,00	151.283,60
CC3 - Casa circondariale di Cassino	28.681,44	32.116,26	38.125,00	98.922,69
D01 - D.S. Cassino Ex Inam (Via De Bosis)	43.964,23	17.157,78		61.122,00
D02 - D.S. Frosinone (Via A. Fabi)	220.981,33	36.734,20	427.587,13	685.302,65
D03 - D.S. Frosinone (Via Mazzini)	187.762,65	153.027,41	117.752,88	458.542,94
D04 - D.S. Anagni	235.180,35	326.057,20	548.626,94	1.109.864,49
D05 - D.S. Isola del Liri Inferiore	4.218,15			4.218,15
D06 - D.S. Isola del Liri Superiore	85.964,76	93.153,10	115.640,75	294.758,61
D07 - D.S. Sora	28.549,53	8.663,53		37.213,05
D08 - D.S. Fiuggi	8.357,00			8.357,00
D09 - D.S. Paliano	36.865,35			36.865,35
D10 - D.S. Veroli	35.854,28	31.843,53		67.697,80
D11 - D.S. Rieti	12.166,45	4.504,85		16.671,30
D12 - D.S. Cassino (Via Degli Eroi)		9.455,00	8.663,53	18.118,53
D13 - D.S. Cassino (Via Casilina Nord)	8.177,05	2.205,15		10.382,20
D14 - D.S. Ausonia	3.754,55	31.503,45		35.258,00
D15 - D.S. Aquino	4.889,15	5.134,68	18.322,88	28.346,70
H01 - P.O. Sora	1.346.150,89	1.458.590,32	1.000.926,89	3.805.668,10
H02 - P.O. Cassino	2.072.291,58	2.354.823,42	1.483.400,18	5.910.515,19
H03 - P.O. FROSINONE "F. Spaziani"	2.087.814,83	1.830.505,34	2.481.737,65	6.400.057,83
H04 - P.O. Alatri	449.643,61	480.488,84	861.254,33	1.791.386,78
Totale	7.447.623,25 €	7.417.804,17 €	7.488.224,56 €	22.353.651,99 €

Oltre al necessario rinnovo delle apparecchiature elettromedicali ormai vetuste o non più rispondenti agli standard prestazionali richiesti di cui al precedente paragrafo, emerge la parallela esigenza di procedere a un potenziamento strutturato del Parco Tecnologico aziendale, calibrato sulle reali necessità cliniche e organizzative dei reparti. Tale processo risponde all'obiettivo strategico di elevare la qualità dell'assistenza erogata, migliorare la continuità operativa dei servizi e contribuire alla riduzione delle liste d'attesa mediante un incremento dell'efficienza e della capacità produttiva delle strutture.

Per guidare in modo consapevole questa programmazione è stato condotto uno studio dei fabbisogni accurato e trasversale, sviluppato attraverso l'analisi dei carichi di lavoro, degli indicatori di performance e dello stato di obsolescenza, rischio e manutenzione delle tecnologie attualmente in uso. La valutazione ha inoltre considerato la coerenza con gli standard previsti dai

Livelli Essenziali di Assistenza e con le più recenti linee guida nazionali e internazionali, tenendo conto delle esigenze espresse dai Direttori di Struttura, dalle figure cliniche apicali e dal personale tecnico-sanitario impegnato quotidianamente nell'utilizzo dei dispositivi.

La definizione del fabbisogno è stata sviluppata in un'ottica di innovazione responsabile, valorizzando le opportunità offerte dall'evoluzione tecnologica contemporanea e nel rispetto dei principi del nuovo Codice dei Contratti Pubblici di cui al D. Lgs. 36/2023, che richiede l'adozione di criteri di selezione tecnici, prestazionali e di sostenibilità gestionale adeguati alla complessità delle apparecchiature sanitarie. L'obiettivo è quello di favorire l'introduzione di tecnologie più affidabili, interoperabili e sicure, capaci di migliorare gli outcome clinici, ottimizzare i percorsi diagnostico-terapeutici e rafforzare la sicurezza del paziente e dell'operatore.

Il presente piano di rinnovo e potenziamento 2026/2028 si configura quindi come uno strumento strategico per l'evoluzione programmata del parco tecnologico aziendale, orientato a garantire un livello di assistenza moderno, efficace e sostenibile, in grado di rispondere in maniera puntuale e tempestiva alle esigenze della popolazione e alle sfide cliniche emergenti. Questo viene redatto in continuità ed aggiornamento del precedente piano 2025/2027 pubblicato con delibera 718 del 05/12/2024.

Si riporta di seguito la tabella riepilogativa riportante la stima economica complessiva da investire, inclusa Iva, per ciascun Polo Ospedaliero e Presidio Sanitario.

Piano dei finanziamenti riconosciuti alla ASL di Frosinone per le strumentazioni biomediche

Ubicazione	Valore acquisti € Iva inclusa
Casa Circondariale Frosinone	65.000,00 €
D.S. Cassino Ex Inam	20.000,00 €
Casa Circondariale Paliano	45.000,00 €
Casa Circondariale Cassino	40.000,00 €
CdS Atina	406.000,00 €
CdS Ceccano	1.051.800,00 €
CdS Ceprano	335.600,00 €
CdS Ferentino	104.000,00 €
CdS Frosinone	30.000,00 €
CdS Pontecorvo	1.642.100,00 €
D.S. Anagni	303.000,00 €
D.S. Aquino	5.000,00 €
D.S. Fabi Frosinone	50.000,00 €
D.S. Isola del Liri Superiore	224.600,00 €
D.S. Mazzini Frosinone	138.500,00 €
D.S. Paliano	21.000,00 €
D.S. Ripi	10.000,00 €
D.S. Veroli	31.000,00 €
P.O. Alatri	3.075.600,00 €
P.O. Cassino	7.877.600,00 €
P.O. Frosinone	21.424.400,00 €
P.O. Frosinone / P.O. Sora	3.994.560,00 €
P.O. Sora	5.299.500,00 €
P.O. Alatri	20.000,00 €
P.O. Cassino	359.600,00 €
Poliambulatori Via A. Fabi	64.000,00 €
Poliambulatorio Cassino	53.500,00 €
Poliambulatorio Isola Liri	123.500,00 €
Totale complessivo	46.814.860,00 €

Attualmente sono stati riconosciuti alla ASL di Frosinone i seguenti finanziamenti in corso di procedimento:

Finanziamento	U.O. e Polo/Presidio di Destinazione	apparecchiatura	importo IVA inclusa
DGR 1026/dicembre 2024 Assegnazione finanziamento Regione Lazio	Radiologia Presidio Sanitario Anagni	sostituzione Telecomandato	347.000,00 €
DGR 1026/ottobre 2025 Assegnazione finanziamento Regione Lazio	Radiologia PO Alatri	sostituzione Mammografo	276.549,92 €
art. 20 Legge n. 67/88	Emodinamica PO Frosinone	sostituzione Angiografo	728.000,00 €
	Radiologia Presidio Sanitario Anagni	sostituzione TAC	630.000,00 €
art. 20 Legge n. 67/88	Medicina Nucleare PO Sora	PET-CT	4.792.513,75 €
		Gamma Camera-CT	
Fondi regionali in conto capitale dagli utili di esercizio	ASL Frosinone (UU.OO. varie)	sostituzioni: ventilatori polmonare letti per terapia intensiva letti degenza apparecchi per anestesia	2.699.708,05 €
	PO Cassino	Angiografo	728.000,00 €
	PO Sora	Angiografo	728.000,00 €
	PO Alatri	TAC	630.000,00 €
	PO Sora	sostituzione TAC	630.000,00 €
	Radiologia Presidio Sanitario Anagni	sostituzione Mammografo	317.000,00 €
	PO Cassino	sostituzione Mammografo	317.000,00 €
	PO Sora	sostituzione Mammografo	317.000,00 €
	PO Frosinone	sostituzione Mammografo	317.000,00 €
Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 Componente 1: Investimento 1.1. 'Case della Comunità e presa in carico della persona' e 1.3 'Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture'	CdC Fiuggi, CdC Anagni, CdC Ferentino, CdC Ceprano, CdC Veroli, CdC Frosinone, CdC Atina, CdC Isola Del Liri, CdC Sora, CdC Pontecorvo, CdC Cassino, CdC Aquino, OdC Frosinone (Alatri), OdC Anagni, OdC Ceccano, OdC Isola Del Liri, OdC Pontecorvo, OdC Cassino	Allestimento Case ed Ospedali di comunità con apparecchiature elettromedicali varie	2.204.817,00 €
Somme finanziate			15.662.588,72 €

3.1.3 Riqualificazione energetica del patrimonio immobiliare

La ASL di Frosinone continua ad investire significativamente, in continuità con gli ultimi anni, per migliorare l'efficientamento energetico delle proprie strutture sanitarie. Con tali interventi si sta perseguendo da tempo un risparmio economico sulla gestione energetica oltre che un miglioramento qualitativo dell'offerta sanitaria in termini di confort che si sta traducendo in un benessere duraturo per la comunità, con l'obiettivo di continuare le azioni già intraprese, mettendo a sistema interventi capillari di ammodernamento. In particolare, la UOC Patrimonio continua a sviluppare il proprio programma triennale di riqualificazione energetica che ha portato e continuerà a portare all'utilizzo di fonti energetiche alternative e/o meno impattanti negli

ospedali, grazie ai lavori di adeguamento energetico degli immobili sia dal punto di vista passivo sia attraverso l'innovazione tecnologica degli impianti, e a tutte le nuove forme di transizione energetica.

Questo programma continua a rappresentare un traguardo importante, dimostrando l'impegno della ASL nel promuovere la sostenibilità e l'efficienza energetica, con benefici tangibili sia per l'ambiente che per i bilanci economici.

PRINCIPALI AZIONI IN PROGRAMMA	STRUTTURE INTERESSATE	INVESTIMENTO IN €
Ristrutturazione con efficientamento energetico	REALIZZAZIONE SERVIZIO PSICHIATRICO - L. 157/2019	870.120,00
Ammodernamento tecnologico e laboratoriale	Adeguamento Centrale Frigo e Climatizzazione Palazzina Q	830.000,00
Ammodernamento tecnologico e laboratoriale	Adeguamento Centrali Tecnologiche	260.000,00
Ristrutturazione	Ristrutturazione facciate esterne, sistemazione terrazzi di copertura, sostituzione infissi esterni palazzine Complesso Polifunzionale Frosinone	4.000.000,00
Ristrutturazione con efficientamento energetico	Riqualificazione e adeguamento energetico del P.O. S.S. Trinità di Sora attraverso realizzazione cappotto esterno e sostituzione infissi	25.000.000,00
TOTALE		30.960.120,00

3.1.4 Trasformazione digitale

L'ASL di Frosinone riconosce nella trasformazione digitale un imperativo categorico per migliorare la qualità dei servizi, l'efficienza delle cure e l'accessibilità per tutti. In accordo con le linee guida AGID per il Piano Triennale della Pubblica Amministrazione, il presente documento illustra una visione strategica ambiziosa, volta a plasmare un'organizzazione sanitaria all'avanguardia, capace di rispondere alle sfide del futuro e di cogliere le opportunità offerte dalle nuove tecnologie.

Il nostro percorso di trasformazione digitale si fonda su pilastri fondamentali e comprende:

- Dematerializzazione totale dei servizi: un obiettivo ambizioso che mira a rendere ogni interazione con l'Azienda - dalla prenotazione di visite ed esami al ritiro di referti, dalla gestione del consenso informato alla comunicazione con il personale sanitario - completamente digitale, semplice e intuitiva anche attraverso l'implementazione di uno "sportello virtuale" per il cittadino tramite il quale poter richiedere documentazione sanitaria.
- Innovazione tecnologica continua: un impegno costante ad adottare e integrare le tecnologie più avanzate, con particolare attenzione all'Intelligenza Artificiale (IA) per migliorare la diagnosi, la cura e la prevenzione delle malattie. L'IA sarà impiegata in ambito clinico e amministrativo, per analizzare grandi quantità di dati, supportare la decisione clinica, personalizzare le terapie e automatizzare processi amministrativi, liberando risorse preziose da dedicare alla cura dei pazienti.
- Inclusione digitale: un'attenzione particolare sarà dedicata alla creazione di una cultura digitale inclusiva, che coinvolga anche le fasce più fragili della popolazione, attraverso programmi di formazione mirati e l'adozione di soluzioni tecnologiche accessibili e user-friendly.
- Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0: il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) sarà il fulcro della nostra strategia digitale, un punto di accesso unico e sicuro per tutte le informazioni sanitarie dei cittadini, costantemente aggiornato e arricchito con nuovi servizi e funzionalità in linea con le indicazioni nazionali e regionali.
- Corretto utilizzo della cartella clinica elettronica: le strategie includono la creazione di linee guida operative e l'implementazione di sistemi che permettano la condivisione di dati e la conservazione digitale a norma, garantendo altresì che il personale sanitario aziendale sia competente e che la tecnologia supporti efficacemente il percorso di cura, rispettando le normative e valorizzando i dati clinici con beneficio per pazienti e operatori.
- Rafforzare l'infrastruttura tecnologica aziendale: in merito all'adeguamento tecnologico e infrastrutturale dell'Azienda, l'Asl sta proseguendo con il cablaggio della rete internet, la fornitura e la configurazione di dispositivi fissi e portatili, per garantire la sicurezza e migliori prestazioni. Nel tempo di vigenza del presente Piano, l'Azienda, pertanto, intende proseguire ad una ricognizione delle esigenze di hardware e software, al fine di potenziare l'operatività delle strutture e efficientare i servizi.
- Sicurezza Informatica: considerata la strategicità del sistema informativo aziendale, risulta fondamentale l'adeguamento alla nuova Direttiva Europea in materia. La sicurezza del sistema verrà perseguita dall'Azienda sia con investimenti legati alla migrazione al cloud, sia con l'acquisizione di nuove tecnologie ma anche investendo nella consapevolezza degli operatori aziendali attraverso la formazione.
- Promozione servizi "Pago PA" per i cittadini: dopo aver aderito - nell'anno 2025 - a tutti i servizi per le aziende sanitarie presenti in piattaforma, nell'anno 2026 verrà promosso l'utilizzo da parte dei cittadini tramite app, portali, etc., utilizzando il codice di pagamento (IUV) fornito dall'Ente. I vantaggi saranno tangibili per i cittadini, pagamenti semplici e tracciabili, mentre per

l'Azienda sarà garantita una gestione centralizzata, riconciliazione automatica dei pagamenti e risparmio sui costi.

- Collaborazione strategica con il Dipartimento della Trasformazione Digitale: l'Azienda si impegna a collaborare attivamente con il Dipartimento della Trasformazione Digitale per garantire la piena interoperabilità dei sistemi, l'adozione di standard nazionali e l'allineamento con le strategie nazionali di digitalizzazione della sanità.

Benefici attesi:

- Miglioramento dell'esperienza del paziente/utente/cittadino: servizi più rapidi, accessibili e personalizzati, con una maggiore partecipazione attiva al proprio percorso di cura.
- Aumento dell'efficienza e della produttività: processi ottimizzati, riduzione degli sprechi e delle inefficienze, liberando risorse da dedicare all'assistenza.
- Miglioramento della qualità delle cure: diagnosi più accurate, terapie più efficaci e personalizzate, grazie all'utilizzo dell'IA e all'analisi dei dati.
- Maggiore sicurezza e privacy dei dati: sistemi di sicurezza all'avanguardia per proteggere le informazioni sensibili dei pazienti.
- Promozione della cultura digitale: diffusione delle competenze digitali tra il personale sanitario e i cittadini, favorendo l'inclusione e l'accesso alle informazioni.

L'Azienda è pronta ad affrontare con determinazione queste sfide, investendo risorse, competenze e passione per realizzare una sanità digitale al servizio del cittadino.

3.1.5 Progetto aziendale Liste di Attesa

La ASL di Frosinone ha rafforzato, a partire dall'anno 2025, il sistema di governo e monitoraggio delle liste di attesa mediante l'istituzione di una Cabina di Regia aziendale dedicata; tale assetto organizzativo quale strumento di integrazione tra programmazione strategica, performance, organizzazione e gestione delle risorse, ed è finalizzato alla creazione di valore pubblico, garantendo tempi di accesso appropriati, equi e trasparenti alle prestazioni sanitarie.

La Cabina di Regia ha definito e avviato l'attuazione di un Piano integrato per la riduzione dei tempi di attesa, articolato su linee di intervento tra loro sinergiche:

- Interventi sul lato dell'offerta, orientati all'incremento e alla riqualificazione dei volumi di prestazioni specialistiche, al fine di rafforzare la capacità produttiva del sistema aziendale;
- Interventi sul lato della domanda e dell'accesso, finalizzati al governo della domanda mediante la razionalizzazione dei percorsi assistenziali e il miglior allineamento tra domanda e offerta;
- Interventi di ottimizzazione e appropriatezza, volti a ridurre le richieste inappropriate e a contrastare il fenomeno dei no-show, con effetti diretti sull'efficienza complessiva del sistema.

Il Piano costituisce uno strumento operativo di governance, funzionale al conseguimento degli obiettivi di performance organizzativa e di qualità

L'istituzione della Cabina di Regia e l'attuazione del Piano integrato consentono di:

- garantire tempi di accesso appropriati ai bisogni clinici;
- assicurare trasparenza e tracciabilità dei percorsi assistenziali;
- promuovere un utilizzo efficiente e responsabile delle risorse;
- favorire il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Per il conseguimento degli obiettivi di valore pubblico e performance, la ASL di Frosinone ha consolidato un assetto organizzativo dedicato, basato su strumenti di governance integrata:

- istituzione della Cabina di Regia aziendale per le liste di attesa;
- definizione di un Piano integrato di interventi su offerta, domanda e appropriatezza;
- attivazione della procedura di riutilizzo degli slot disdetti (Recall e CUD);
- accordo triennale con la specialistica ambulatoriale;
- rimodulazioni organizzative in coerenza con gli indirizzi regionali;
- sviluppo della telemedicina e rafforzamento dell'integrazione pubblico-privato

Per il conseguimento degli obiettivi di valore pubblico e performance, la ASL di Frosinone ha consolidato un **assetto organizzativo dedicato**, basato su strumenti di governance integrata:

- istituzione della **Cabina di Regia aziendale per le liste di attesa**;
- definizione di un Piano integrato di interventi su offerta, domanda e appropriatezza;
- attivazione della procedura di riutilizzo degli slot disdetti (Recall e CUD);
- accordo triennale con la specialistica ambulatoriale;
- rimodulazioni organizzative in coerenza con gli indirizzi regionali;
- sviluppo della telemedicina e rafforzamento dell'integrazione pubblico-privato

Il sistema di governo delle liste di attesa prevede un **monitoraggio strutturato e continuo**, in coerenza con il modello PIAO e con le indicazioni regionali e nazionali, mediante:

- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva (priorità, RAO, PDTA);
- monitoraggio ex post dei volumi e dell'appropriatezza;
- verifica delle sospensioni delle attività;
- controllo dell'inclusione completa delle agende nel CUP;
- monitoraggio dei tempi di attesa per le classi U, B, D

La **Cabina di Regia aziendale per il governo delle liste di attesa** è una struttura trasversale di governance istituita dalla ASL di Frosinone per assicurare un governo unitario, sistematico e continuativo dei tempi di accesso alle prestazioni sanitarie, in coerenza con il **PNGLA 2025–2027**, le indicazioni **AGENAS** e gli indirizzi regionali.

La Cabina di Regia opera in raccordo funzionale con la Direzione Strategica, la Direzione Sanitaria, i Distretti, le Unità Operative specialistiche, il CUP e le strutture convenzionate, senza sostituirsi alle responsabilità gestionali delle singole strutture, ma garantendo il coordinamento delle azioni e l'integrazione tra **programmazione strategica, organizzazione, performance e monitoraggio**, secondo il modello del PIAO.

In particolare, la Cabina di Regia:

- definisce e aggiorna le linee di indirizzo aziendali in materia di liste di attesa;
- coordina gli interventi sul lato dell'offerta, della domanda e dell'appropriatezza prescrittiva;
- monitora sistematicamente i tempi di attesa, l'Indice TDA e gli indicatori di performance;

- analizza le criticità e propone azioni correttive;
- supporta la Direzione Strategica nella definizione e nel monitoraggio degli obiettivi di performance organizzativa.

Attraverso tale assetto, l'Azienda rafforza l'equità di accesso, la trasparenza dei percorsi assistenziali e l'utilizzo efficiente delle risorse, contribuendo alla creazione di valore pubblico.

La **Cabina di Regia aziendale per il governo delle liste di attesa** è composta da:

- **Direzione Sanitaria aziendale**, o suo delegato, con funzioni di coordinamento;
- **Rappresentante della Direzione Strategica**;
- **Responsabili delle Direzioni di Distretto** o loro delegati;
- **Responsabili delle Unità Operative Complesse specialistiche** maggiormente coinvolte nell'erogazione delle prestazioni oggetto di monitoraggio;
- **Responsabile del CUP aziendale**;
- **Rappresentante dei Sistemi Informativi aziendali**;
- **Rappresentante del Controllo di Gestione**.

La Cabina di Regia può avvalersi, in relazione alle tematiche trattate, del contributo di ulteriori figure professionali e tecniche (es. specialisti clinici, referenti PDTA, responsabili della specialistica convenzionata), senza nuovi o maggiori oneri a carico dell'Azienda.

L'istituzione della Cabina di Regia aziendale, con funzioni di coordinamento, monitoraggio e supporto alla programmazione, è **pienamente coerente con il modello AGENAS**, che individua nel **governo centralizzato e trasversale delle liste di attesa** uno strumento essenziale per:

- garantire equità di accesso;
- assicurare il rispetto dei tempi massimi per classe di priorità;
- superare la frammentazione organizzativa;
- integrare dimensione clinica, organizzativa e informativa.

AGENAS raccomanda esplicitamente la presenza di **presìdi aziendali stabili** per il monitoraggio continuo dei tempi di attesa e per l'attuazione delle azioni correttive previste dal PNGLA.

Con la DGR 198 si approva un **piano straordinario per recuperare le liste d'attesa sanitarie**, attuando normative nazionali (D.L. 73/2024) e stanziando fondi dedicati per l'anno 2025, con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa attraverso l'utilizzo prioritario di prestazioni aggiuntive,

intramoenia e, in subordine, del privato accreditato, gestito tramite un Centro Unico di Prenotazione (CUP).

La percentuale di indice dei tempi di attesa per tutto il 2025 pone la ASL di Frosinone tra le prime Aziende della Regione per il recupero delle oltre 23.000 prestazioni.

Nel quadro delle azioni previste inoltre sono state adottate le seguenti strategie:

- è stata definita una **procedura operativa per il riutilizzo degli appuntamenti disdetti**, mediante l'attivazione del **Recall aziendale** e della **Centrale Unica Disdette (CUD)**, che consente la riassegnazione di circa **300 slot mensili**;
- è stato strutturato un **accordo triennale con la specialistica ambulatoriale** per il recupero delle prestazioni fuori soglia, attraverso l'utilizzo del **contenitore di garanzia** e del **PASS di garanzia**.

I risultati conseguiti evidenziano un **miglioramento significativo delle performance aziendali**, coerente con gli obiettivi del PIAO:

- **Anno 2024:** 230.431 prenotazioni, 195.438 prestazioni garantite, **Indice TDA 84,8%**, tempo medio di attesa **32,9 giorni**;
- **Anno 2025:** 169.184 richieste, 163.525 prestazioni garantite, **Indice TDA 96,7%**, tempo medio di attesa **8,9 giorni**;
- **Inizio 2026:** conferma del trend positivo, con **Indice TDA pari al 96%**.

In coerenza con la **Deliberazione n° 1344 della Giunta Regionale del 30 dicembre 2025**, finalizzata alla definizione di procedure ottimali per la gestione del percorso clinico-assistenziale nell'ambito della presa in carico, la Cabina di Regia aziendale, attraverso uno specifico gruppo di lavoro, è impegnata nella definizione delle necessarie rimodulazioni organizzative.

In particolare, sono previste:

- la **specificazione puntuale della prescrizione** per gli accessi successivi al primo, oggetto di monitoraggio sistematico;
- l'adozione di **criteri omogenei per la configurazione delle agende di prenotazione**, coerenti con i fabbisogni assistenziali e le priorità cliniche.

3.1.6 Area Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica

Nel periodo di riferimento del PIAO, la ASL **orienta la propria azione strategica** al rafforzamento delle politiche di prevenzione collettiva e sanità pubblica, quale leva fondamentale per la tutela anticipata della salute della popolazione e per la creazione di valore pubblico sul territorio.

Obiettivi strategici prioritari e relativo impatto:

- **Riduzione dei rischi per la salute nei contesti di vita, di lavoro e nell'ambiente:**

La ASL si propone di rafforzare le attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica finalizzate alla riduzione dei principali fattori di rischio sanitari, ambientali e occupazionali, promuovendo interventi coordinati di tutela della salute nei contesti di vita e di lavoro, di sicurezza alimentare e di sanità pubblica veterinaria. Tale indirizzo strategico è orientato a garantire un elevato livello di protezione sanitaria della popolazione e a consolidare la capacità preventiva del sistema sanitario territoriale.

- **Potenziamento dell'adesione ai programmi di screening oncologici e di vaccinazione:**

la ASL si propone di rafforzare e consolidare i programmi di screening oncologici e di vaccinazione, in coerenza con il Piano Regionale della Prevenzione della Regione Lazio e con i Livelli Essenziali di Assistenza, al fine di incrementare l'adesione della popolazione target e di ridurre le disuguaglianze di accesso agli interventi di prevenzione.

L'obiettivo strategico è orientato a favorire la diagnosi precoce delle patologie oncologiche e a prevenire l'insorgenza e la diffusione delle malattie infettive prevenibili, contribuendo al miglioramento degli esiti di salute della popolazione, alla riduzione della mortalità e della morbosità evitabile e al rafforzamento della tutela della salute pubblica sul territorio regionale.

3.1.7 Area Assistenza Ospedaliera

L'Assistenza Ospedaliera rappresenta uno dei principali ambiti di erogazione dei servizi sanitari della ASL e costituisce un elemento centrale. La programmazione strategica in quest'area è finalizzata a garantire qualità, sicurezza, appropriatezza ed equità delle cure, promuovendo percorsi assistenziali integrati, efficienti e centrati sui bisogni dei cittadini. Gli obiettivi strategici individuati mirano a generare valore pubblico, migliorando gli esiti di salute, la continuità delle cure e l'efficienza complessiva del sistema ospedaliero.

Obiettivi strategici prioritari e relativo impatto:

- **Riduzione della pressione sui Pronto Soccorso e miglioramento della gestione delle urgenze:**

la ASL intende rafforzare e riorganizzare i percorsi di emergenza-urgenza ospedalieri con l'obiettivo di garantire un'assistenza tempestiva, sicura e appropriata a tutti i pazienti. L'azione strategica prevede interventi coordinati di gestione dei flussi, potenziamento delle risorse dedicate, miglioramento dei sistemi di triage e integrazione con la rete territoriale

di primo intervento, al fine di ridurre il sovraffollamento del Pronto Soccorso e migliorare la qualità complessiva dell'assistenza in condizioni di urgenza.

Attraverso queste azioni si produrrà un miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso, riduzione dei tempi di attesa e dei fenomeni di sovraffollamento ospedaliero, con conseguente aumento della soddisfazione dei cittadini, garanzia di una presa in carico appropriata dei casi critici e riduzione dei rischi clinici associati alle urgenze, maggiore efficienza complessiva del sistema ospedaliero, con ottimizzazione delle risorse pubbliche disponibili

- **Sviluppo della continuità assistenziale e appropriatezza delle dimissioni ospedaliere:**

la ASL **si propone di consolidare e sviluppare** modelli organizzativi finalizzati a garantire dimissioni ospedaliere tempestive, sicure e appropriate, rafforzando l'integrazione tra ospedale e territorio. L'azione programmatica comprende la pianificazione dei percorsi di post-acuzie, l'attivazione di protocolli di dimissione protetta, il coordinamento con i servizi sanitari e socio-sanitari territoriali e l'implementazione di sistemi di monitoraggio della continuità delle cure. L'obiettivo è assicurare che ogni paziente dimesso riceva il supporto necessario per proseguire il proprio percorso di cura in sicurezza, riducendo il rischio di complicanze o riammissioni ospedaliere evitabili.

Attraverso queste azioni si produrrà un aumento della qualità complessiva dell'assistenza, garantendo continuità terapeutica e riduzione degli episodi di abbandono o fragilità post-dimissione, riduzione delle riammissioni ospedaliere evitabili, con conseguente minor carico sui servizi e maggiore efficienza del sistema sanitario, maggiore sicurezza per i pazienti, in particolare per le categorie fragili e croniche, grazie a percorsi personalizzati e coordinati, ottimizzazione dell'uso delle risorse pubbliche e incremento della sostenibilità del sistema sanitario regionale.

3.1.8 Area Assistenza Territoriale

L'Assistenza Territoriale costituisce un pilastro fondamentale della rete dei servizi della ASL, con l'obiettivo di garantire cure prossime ai cittadini, continuità assistenziale, prevenzione e presa in carico dei pazienti fragili e cronici. La programmazione strategica in questo ambito è finalizzata a promuovere l'integrazione tra servizi sanitari e sociali, migliorare l'accessibilità e la qualità dei percorsi di cura e generare valore pubblico attraverso interventi mirati sui bisogni reali della popolazione.

Obiettivi strategici prioritari e relativo impatto:

- **Rafforzamento della presa in carico integrata della popolazione fragile e cronica:**

la ASL si propone di potenziare i modelli di assistenza territoriale e domiciliare, con particolare attenzione alle persone anziane, fragili e con patologie croniche. L'azione programmata prevede l'integrazione tra medici di medicina generale, equipe multiprofessionali territoriali, servizi sociali e strutture residenziali e semi-residenziali, al fine di garantire continuità assistenziale, personalizzazione dei percorsi di cura e prevenzione del ricovero ospedaliero non necessario.

Attraverso queste azioni si produrrà un miglioramento della qualità della vita dei pazienti fragili e cronici, maggiore continuità assistenziale e coordinamento tra ospedale e territorio, riduzione dei rischi clinici legati alla gestione domiciliare e alla cronicità, rafforzamento dell'equità e dell'accesso ai servizi sanitari sul territorio

- **Potenziare la prossimità e l'accessibilità dei servizi territoriali:**

la ASL **intende sviluppare e consolidare** la capillarità e l'accessibilità dei servizi territoriali, favorendo l'uso di strumenti innovativi, come la telemedicina, l'assistenza domiciliare avanzata e le piattaforme di gestione integrata dei pazienti cronici. L'obiettivo programmato è assicurare che i cittadini possano accedere facilmente a prestazioni sanitarie e socio-sanitarie vicine al proprio contesto di vita, riducendo barriere geografiche, organizzative o informative.

Attraverso queste azioni si produrrà maggiore accessibilità e prossimità dei servizi sanitari alla popolazione, incremento della partecipazione dei cittadini alle iniziative di cura e prevenzione, miglioramento della continuità e dell'efficacia dell'assistenza territoriale, ottimizzazione delle risorse pubbliche e riduzione dei costi legati a ricoveri e interventi urgenti evitabili

3.1.9 Informazione, comunicazione e dialogo con i cittadini

Con l'istituzione dell'Ufficio Stampa, a partire da aprile 2025, l'Azienda ha riattivato la gestione dei canali social media istituzionali, rafforzando le attività di informazione, comunicazione e dialogo con i cittadini. Attraverso commenti e servizi di messaggistica istantanea, gli utenti possono interagire direttamente con l'Azienda; eventuali reclami, segnalazioni e

suggerimenti vengono tempestivamente presi in carico e, nel rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali, indirizzati alle Direzioni competenti per le opportune valutazioni.

In tale ambito, l'Azienda intende promuovere una maggiore attenzione alle richieste e alle proposte degli utenti, non limitandosi all'analisi delle segnalazioni formali o alle tradizionali indagini di soddisfazione, ma valorizzando anche le informazioni e le criticità emergenti dai canali social media, quali strumenti di ascolto attivo e partecipazione, al fine di migliorare la qualità dei servizi e orientare le azioni di programmazione aziendale.

3.2 PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

3.2.1 L'organizzazione aziendale

La Direzione Strategica aziendale, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, si avvale del Collegio di Direzione ed esercita il governo strategico dell'Azienda.

L'organizzazione aziendale prevede una articolazione in:

- Area di staff della Direzione Strategica;
- Area amministrativa della Direzione Strategica;
- Strutture operative: Distretti, Ospedali e Dipartimenti

L'Azienda è dotata di una struttura che supporti le attività di governo gestionali e di valutazione dell'intero sistema. Tale struttura si articola in due ambiti funzionali, il primo di supporto alla Direzione Strategica, il secondo di supporto al governo e alla gestione tecnico amministrativa dell'Azienda e dei suoi servizi.

L'organizzazione aziendale prevede una ripartizione delle responsabilità in funzione del ruolo rivestito dalle singole strutture organizzative, che possono essere definite in:

- ruolo di garanzia e committenza: la Direzione Generale a livello aziendale, il Presidio Ospedaliero e soprattutto il Distretto a livello locale hanno il compito di definire l'offerta di servizi erogabili, in relazione alla domanda di salute e ai vincoli normativi, economici ed etici;
- ruolo di coordinamento: i Dipartimenti hanno il compito di concordare con la Direzione Strategica Aziendale gli obiettivi di budget e l'offerta di servizi erogabile in funzione delle conoscenze professionali e delle evidenze scientifiche;
- ruolo di erogatori: le singole Unità Operative Complesse, Semplici e Semplici Dipartimentali hanno il compito di erogare prestazioni in relazione alle indicazioni della committenza (Distretto/Ospedale), e delle indicazioni tecnico operative professionali determinate dal

Dipartimento.

La Direzione Generale sovrintende al regolare svolgimento delle rispettive funzioni determinandone le regole, le condizioni ed affidando ai Direttori del Distretto e del Presidio Ospedaliero competenza e poteri. Pertanto, possono essere individuate specifiche responsabilità:

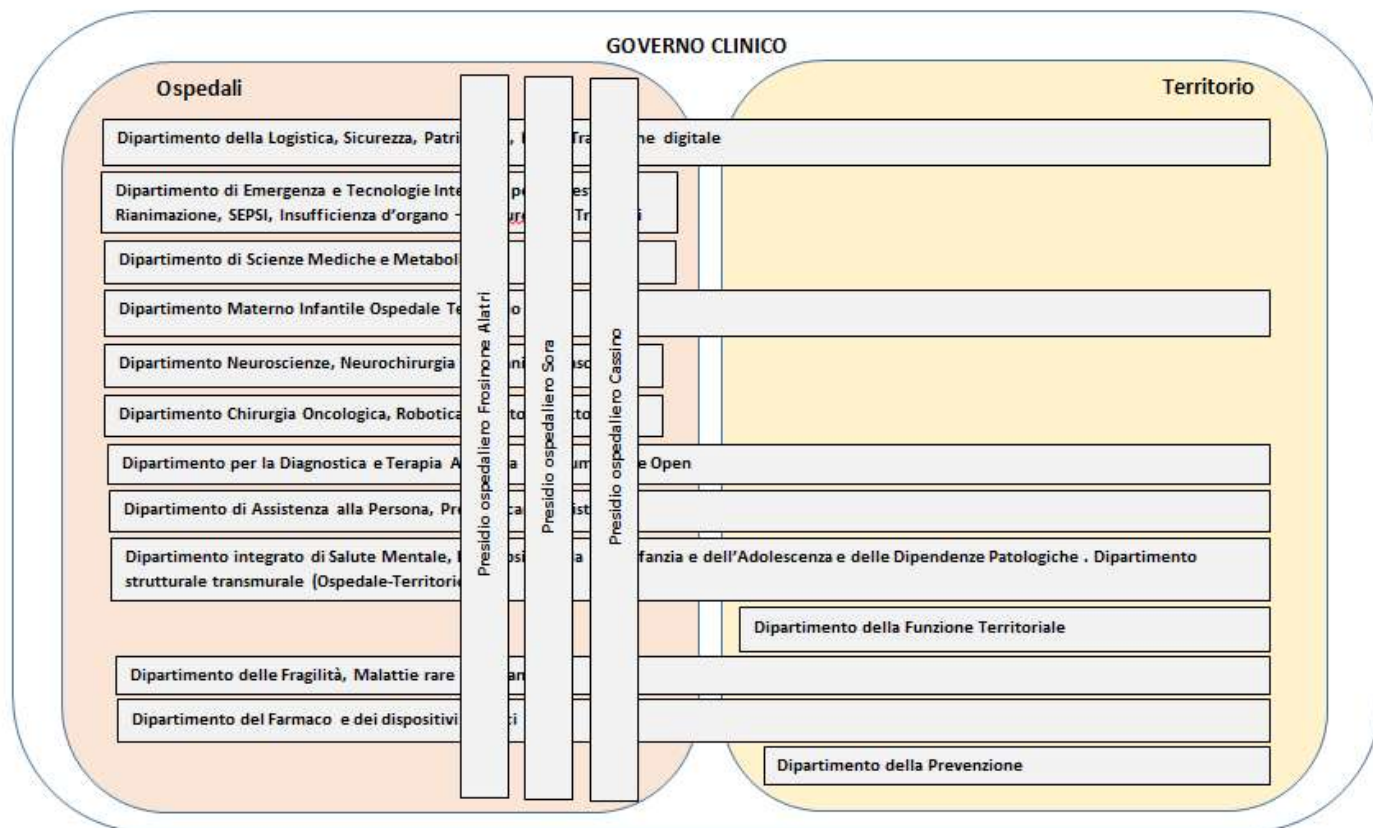
- responsabilità di programmazione, indirizzo e controllo, assegnata alla Direzione Strategica Aziendale;
- responsabilità di gestione complessiva delle risorse umane logistiche, strutturali ed economiche assegnata alla Direzione Distretto e alle Direzioni di Presidio Ospedaliero. Inoltre, tale responsabilità è delegata ai singoli Direttori di Struttura Complessa secondo quanto di volta in volta stabilito negli accordi di budgeting;
- responsabilità gestionale e tecnico-professionale assegnata alla dirigenza.

Atto aziendale 2025

(delibera n. 678 del 08/08/2025 avente ad oggetto: “Deliberazione della Giunta della Regione Lazio del 31/07/2025 n.650 recante “Approvazione dell’Atto di autonomia aziendale dell’Azienda Sanitaria Locale di Frosinone” pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 64 del 05/08/2025)

Organigramma





3.2.2 La Performance Organizzativa

Il contesto in cui opera l'Azienda è caratterizzato da complessità e pluralità di bisogni e da rapidi mutamenti socio-demografici con la necessità di una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze medico-scientifiche, gestionali e degli strumenti di comunicazione.

La Vision Aziendale è la creazione di un Sistema Salute integrato in alleanza e sinergia con il contesto locale e nazionale.

La realizzazione di tale sistema aziendale comporta l'arricchimento del capitale sociale esistente ed il miglioramento dell'offerta dei servizi per la salute nell'ottica dell'ottimizzazione dei risultati; la valorizzazione del capitale umano e strumentale; il potenziamento dell'impegno nel fornire prestazioni standard e di eccellenza a supporto dei valori assunti come fondanti.

La strategia dell'Azienda è orientata a:

- perseguire l'appropriatezza e la tempestività delle cure;
- qualificare l'offerta di azioni sanitarie di prevenzione e clinico-assistenziali, sviluppando la capacità di identificare i bisogni di salute e di valutare gli esiti dell'azione svolta;

- innovare, differenziare e potenziare l'offerta clinico-assistenziale;
- affermare la pratica della continuità clinico-assistenziale;
- perseguire gli orientamenti e le metodologie del governo clinico;
- razionalizzare il sistema dell'offerta per migliorare l'efficienza dei processi produttivi-erogativi e finalizzare l'utilizzo delle risorse disponibili al soddisfacimento dei bisogni di salute;
- allargare e rinforzare le reti di assistenza aziendali, interaziendali e inter-istituzionali, per qualificare ed ampliare ulteriormente l'offerta di servizi al cittadino mirando all'obiettivo di una progressiva riduzione della mobilità sanitaria passiva extra-aziendale;

L'Azienda promuove la salute nel territorio di competenza tenendo conto dei dati epidemiologici rilevati sulla popolazione del territorio attraverso:

- lo sviluppo di attività di educazione sanitaria, igiene e sicurezza negli ambienti di vita e di lavoro, di vigilanza sui cibi destinati all'alimentazione umana e degli animali, di prevenzione della malattia e degli infortuni;
- l'erogazione di prestazioni e servizi sanitari di prevenzione, attivando programmi di screening, diagnosi e cura in regime domiciliare (anche a favore dei pazienti disabili o terminali a domicilio), ambulatoriale, di ricovero ordinario ospedaliero e in emergenza, e di assistenza in ambiente protetto (RSA, Hospice).

Tra le finalità della presente sottosezione vi è la definizione degli obiettivi strategici e la loro declinazione in obiettivi organizzativi ed individuali, assorbendo le finalità del Piano della Performance, previsto dal D. Lgs. 150/2009 e regolamentato dal Decreto Legislativo n. 74/2017 contenente modifiche al D. Lgs. 150/2009, e redatto ai sensi delle Linee Guida per il Piano della Performance n.1 Giungo 2017, emanate dal Dipartimento della Funzione Pubblica, di seguito (DFP), in attuazione di quanto previsto dalla Legge 124/2015 di semplificazione delle norme in materia di valutazione dei dipendenti pubblici, di riconoscimento del merito e della premialità.

Il Piano ha lo scopo di supportare i processi decisionali, attraverso la verifica della coerenza tra risorse e obiettivi, in funzione del miglioramento del benessere dei destinatari diretti, ovvero dei propri utenti, e indiretti ovvero, delle istituzioni di riferimento, nel perseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e di sostenibilità economico-finanziaria ad essa assegnati. Questa sezione del PIAO è dunque, nel contesto interno, un documento programmatico triennale che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi e definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle performance aziendale, organizzativa e individuale. Con la sua adozione, inoltre, l'Azienda vuole orientare e responsabilizzare tutti i componenti dell'organizzazione al fine di ottenere una maggiore integrazione fra le articolazioni aziendali e una maggior attenzione di queste verso obiettivi strategici pluriennali, in un'ottica di rendicontazione e trasparenza e di promozione del merito.

Nel contesto esterno, si presenta come uno strumento di accountability, con il quale si comunica anche all'esterno ai propri portatori di interessi (stakeholder) priorità e risultati attesi, non ultimo evidenzia il contesto nel quale l'Azienda opera.

Il presente documento dell'ASL di Frosinone per gli anni 2026-2028, è redatto in coerenza con:

- la programmazione economico-finanziaria nazionale, Decreto Legge 6 maggio 2021 n.59 e s.m.i. in materia di Misure urgenti relative al fondo complementare Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e altre misure urgenti;
- quanto programmato nel Piano Triennale della Performance vigente;
- quanto definito nel SMVP/Aggiornamento 2025 approvato con deliberazione n. 722 del 09/09/2025 e in fase di revisione per l'anno 2026;
- gli obiettivi aziendali assegnati annualmente al Direttore Generale;
- gli obiettivi indicati dal PNE
- gli obiettivi indicati dal Pre.Va.Le
- il Bilancio Economico di Previsione anno 2026 (BEP) richiesto dalla Programmazione Regionale da parte della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria e dai competenti uffici dell'Area Risorse Finanziarie del Servizio Sanitario Regionale competente in materia;
- il Piano per la Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, anni 2026-2028

La presente programmazione trova ispirazione nei seguenti principi:

- principio di trasparenza: secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 3 del Decreto Legislativo 150/2009 "Le Amministrazioni Pubbliche garantiscono la massima trasparenza in ogni fase del ciclo della performance; a tal fine il Piano, a seguito della sua adozione, viene pubblicato sul sito dell'Azienda in apposita sezione dedicata
<https://www.asl.fr.it/amministrazione-trasparente/performance/piano-integrato-di-attivita-e-organizzazione/>
- principio della verificabilità degli obiettivi. Gli obiettivi che vengono posti con il presente Piano devono essere oggettivamente verificabili e misurabili attraverso una serie di indicatori numerici/economici ed un range di tollerabilità dell'obiettivo;
- principio della intelligibilità, della veridicità e verificabilità. Al fine di garantire la facilità di comprensione degli interlocutori interni ed esterni, il Piano viene redatto secondo una struttura multilivello prevedendo diverse prospettive di lettura, in considerazione degli stakeholders del sistema;
- principio di coerenza interna ed esterna. Al fine di rendere il Piano attuabile, i contenuti dello stesso sono coerenti con il contesto di riferimento e con gli strumenti e le risorse

(umane, strumentali, finanziarie) disponibili;

- principio della partecipazione. Il processo di costruzione della performance consegue ad un percorso di condivisione della visione strategica e degli obiettivi operativi con tutti i professionisti (Dirigenza e Comparto) che operano all'interno dell'Azienda.

Nel documento, dando avvio al Ciclo di Gestione della Performance, viene dichiarata la coerenza tra il Ciclo della Performance, il Ciclo di programmazione economico-finanziaria e la programmazione strategica. A tal fine viene declinata la logica dell'efficientamento dell'Azienda attraverso il miglioramento complessivo dei processi e degli esiti, in termini di obiettivi generali e obiettivi specifici, i primi (generali) determinati da linee di indirizzo nazionali e regionali; i secondi (specifici) definiti dalla Direzione Aziendale, in coerenza con le priorità aziendali espresse e con il quadro di riferimento nel quale l'Azienda è chiamata ad agire nel triennio e nelle annualità successive.

Questa logica, che tende ad ottenere il massimo risultato possibile per ogni quantità di risorse disponibili, presuppone:

- l'individuazione preliminare di aree considerate critiche;
- la definizione di obiettivi generali;
- la definizione di obiettivi specifici;
- la definizione di obiettivi operativi con indicatori che misurino la performance organizzativa delle strutture aziendali, coerenti con l'impianto generale, da concordare con le macrostrutture e con le unità operative aziendali nell'ambito del Ciclo di Gestione della Performance annuale.

Il Piano della Performance aziendale rappresenta uno degli strumenti per migliorare la propria efficienza nell'utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione, in connessione con il bilancio di previsione e con il processo di budgeting.

E' necessaria la definizione e assegnazione degli obiettivi e degli indicatori, con i rispettivi target di risultato attesi, il collegamento tra misurazione e monitoraggio in corso di esercizio con attivazione di eventuali interventi correttivi, la misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale, l'utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito, la rendicontazione dei risultati interna ed esterna all'Azienda; i risultati dell'attività dell'azienda sanitaria, rilevati con modalità multidimensionali, vengono perseguiti attraverso la definizione di obiettivi assegnati alle strutture e ai servizi aziendali.

Il Piano deve essere visto anche come uno strumento di forte orientamento per la guida dell'azienda:

- per operatori interni, al fine di orientare l'attività direzionale, ricostruendone "l'ambizione collettiva" e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche;
- per utenti esterni, al fine di rappresentare ai diversi portatori di interesse, le priorità strategiche e la conseguente assunzione di responsabilità esecutiva e di rendicontazione nei loro confronti.

Il Piano è modificabile con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi strategici ed operativi definiti in sede di programmazione annuale;
- modifiche del contesto interno ed esterno di riferimento;
- modifica della struttura organizzativa e, più in generale, delle modalità di organizzazione e funzionamento dell'Azienda;
- modifiche del Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance.

Il presente Piano ha la finalità di rappresentare e di rendere pubblico l'insieme dei processi e delle azioni (Performance Organizzativa) attraverso cui l'Azienda intende raggiungere gli obiettivi volti alla soddisfazione dei bisogni di salute della collettività.

La programmazione delle attività deve essere effettuata proseguendo e consolidando le iniziative intraprese negli anni precedenti, nonché attivando azioni in linea con la normativa ed i documenti di programmazione nazionale e regionale. Gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi ed i relativi indicatori per la misurazione della Performance Organizzativa trovano il loro focus nell'insieme dei documenti di pianificazione e di programmazione previsti dalla normativa aziendale e regionale e dal ciclo di programmazione aziendale di seguito richiamati.

Passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

Il primo passo della pianificazione aziendale volta alla realizzazione della mission aziendale è l'individuazione delle priorità strategiche.

La struttura generale della mappa strategica prevede che ogni obiettivo strategico sia declinato in uno o più obiettivi specifici (azioni), a cui vengono associati uno o più indicatori di performance riferiti al grado di conseguimento del complessivo obiettivo o di una sua specifica componente logica. Gli obiettivi specifici sono quindi definiti in modo da declinare gli obiettivi strategici in più ambiti. L'Azienda, nel processo di formulazione della mappa strategica, associa ad ogni obiettivo operativo uno o più indicatori e il relativo valore obiettivo (target) utile a misurare

l'effettivo raggiungimento dell'obiettivo stesso in termini strettamente quantitativi individuando in sede previsionale i risultati attesi, i relativi costi/ricavi e le scadenze temporali fissate per il conseguimento degli obiettivi, in coerenza con le risorse attribuite nel bilancio preventivo annuale.

Gli obiettivi operativi specifici a valenza triennale saranno oggetto della negoziazione nel Ciclo di Gestione della Performance con le strutture aziendali per la declinazione degli obiettivi operativi a valenza annuale. In base alle proposte ed alle istanze emergenti dal feedback negoziale, gli obiettivi specifici proposti potranno venire ulteriormente connotati e personalizzati. Tali obiettivi saranno perseguiti da tutte le strutture titolari di budget, ciascuna nel proprio ambito di competenza.

La scheda di performance proposta richiama la correlazione di ciascun obiettivo operativo con la strategia aziendale di riferimento e programma, attraverso una logica di ponderazione dei singoli indicatori di performance, gli specifici obiettivi assegnati al CdR, con dettaglio degli esiti attesi e delle relative tempistiche. Ai fini dell'individuazione dei contenuti operativi correlati alle specifiche strategie direzionali, l'Azienda si orienta individuando un numero limitato di obiettivi adeguatamente sfidanti ed in grado di "tracciare" lo sforzo organizzativo messo annualmente in atto da ciascuna struttura. Inoltre, tiene conto degli obiettivi annualmente assegnati al Direttore Generale a livello regionale.

Il grado di conseguimento di ciascun obiettivo viene quindi misurato corredando ciascuno di questi con opportuni ed oggettivabili indicatori di risultato in termini di sforzo organizzativo, efficacia, efficienza ed economicità degli interventi ed esiti qualitativi/quantitativi degli stessi.

Passaggio da Obiettivi Operativi e Performance individuale

Alla base dell'albero delle performance vengono individuati obiettivi individuali tesi a valutare i singoli apporti. Tale processo, quindi, al di là delle finalità direttamente correlate al calcolo degli incentivi, si traduce in una fondamentale attività di coordinamento ed organizzazione delle prestazioni dei singoli professionisti da parte del relativo Direttore o Responsabile di CdR.

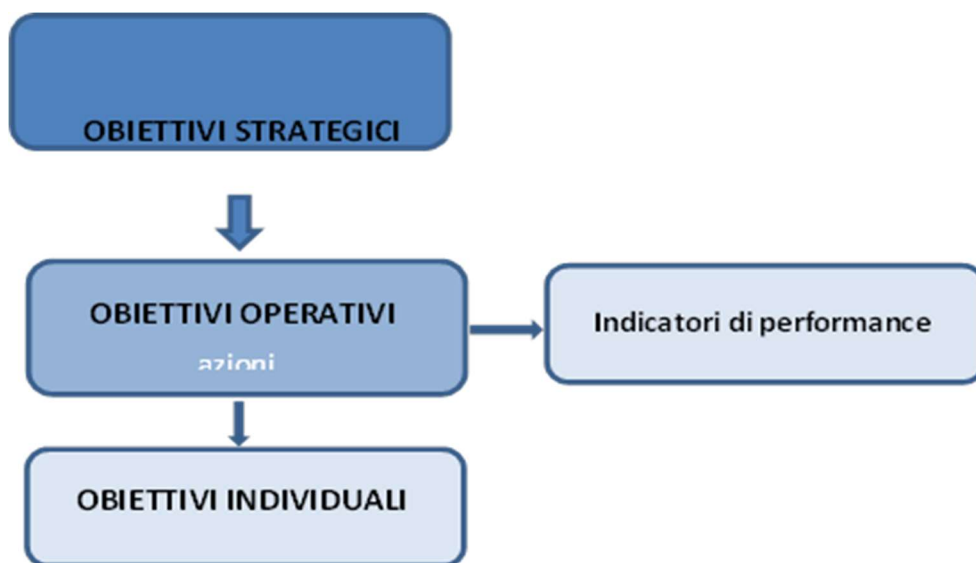
Ciò premesso, ai fini di una partecipata e trasparente programmazione e controllo delle performance individuali, il valorizzatore di ciascun ambito organizzativo è responsabile della preventiva illustrazione dei contenuti oggetto di analisi (criteri e livelli di valorizzazione), procedendo all'individuazione degli apporti individuali programmati da parte di ciascun collaboratore (VALORIZZAZIONE PREVENTIVA); al termine dell'esercizio il valorizzatore, in base ai medesimi criteri e livelli, procederà a rilevare l'apporto annuale effettivamente prestato dai singoli dipendenti (VALORIZZAZIONE FINALE).

I criteri ed i livelli di valorizzazione degli apporti individuali dovranno necessariamente risultare trasparenti ed oggettivabili, potendosi riferire ad ambiti e standard quantitativi, qualitativi, temporali, organizzativi, di processo, ecc.

Ciascun criterio dovrà essere inoltre abbinato ad una delle due seguenti aree di performance, ciascuna caratterizzata, ai fini del calcolo definitivo, da un proprio peso ponderato:

- area della produttività individuale
- area dei comportamenti organizzativi

In sintesi:



La ASL, nel consolidare il proprio sistema di gestione della performance, assume a riferimento normativo e programmatico la **Direttiva** in materia di misurazione e valutazione della performance individuale per l'Area e il Comparto Sanità sottoscritta dai **Ministri per la Pubblica Amministrazione e della Salute il 28 ottobre 2025 (c.d. Direttiva Zangrillo – Schillaci)**, che declina specificamente i criteri e le modalità operative per la misurazione e valutazione della performance nel Servizio Sanitario Nazionale, anche in relazione alla formazione professionale. Tale Direttiva integra le indicazioni della Direttiva del 28 novembre 2023 sulla performance individuale, adattandole alle peculiarità del settore sanitario e indicando l'applicazione coerente dei criteri di valutazione per il personale delle aziende e degli enti del SSN, con particolare attenzione alla specificità delle funzioni e delle esigenze formative di medici, dirigenti sanitari e personale operativo.

L'impatto concreto della Direttiva Zangrillo – Schillaci sul sistema di performance della ASL si articola in una correlazione rafforzata e organica tra performance individuale e performance organizzativa. Il modello di valutazione adottato non si limita alla mera misurazione di risultati individuali, ma è progettato per rendere esplicita la relazione tra i contributi dei singoli e gli esiti complessivi dell'organizzazione: ciò significa che indicatori di performance individuale sono scelti e ponderati non solo in funzione di obiettivi quantitativi, ma anche in relazione alla capacità del

singolo di favorire il raggiungimento degli obiettivi collettivi, la collaborazione tra team e la qualità complessiva dei percorsi assistenziali. Questo approccio risponde alla necessità, sottolineata dalla Direttiva, di tener conto delle specificità del lavoro sanitario e di correlare in modo strutturato la prestazione dei singoli con gli obiettivi strategici aziendali, la soddisfazione degli utenti e l'efficacia organizzativa generale.

In pratica, la misura della performance individuale è direttamente collegata alla performance organizzativa attraverso strumenti valutativi e indicatori condivisi, che consentono di monitorare non solo gli esiti prodotti dal singolo, ma anche il modo in cui tali esiti si connettono ai risultati complessivi dell'azienda sanitaria, promuovendo responsabilità condivisa, cooperazione tra unità operative e orientamento al miglioramento continuo della qualità del servizio. Si enfatizza, altresì, la centralità della formazione continua e dello sviluppo delle competenze professionali e manageriali come elemento integrante del sistema di performance, coerente con le specifiche indicazioni normative sui percorsi formativi del personale sanitario e con gli obiettivi di aggiornamento delle competenze previsti dalla disciplina vigente.

In questo quadro, l'integrazione tra performance e formazione diventa un fattore strategico per la ASL: la partecipazione attiva a percorsi formativi mirati è considerata parte integrante dei criteri di valutazione della performance individuale, rafforzando la capacità dell'organizzazione di raggiungere risultati di salute attesi e generare valore pubblico. Tale correlazione dinamica tra performance individuale e performance complessiva dell'azienda sanitaria favorisce lo sviluppo di una cultura organizzativa orientata alla responsabilità, all'innovazione e alla qualità dei servizi offerti ai cittadini.

OBIETTIVI STRATEGICI

Il raggiungimento della performance complessiva dell'Azienda passa dunque attraverso la realizzazione di una complessa serie di obiettivi integrati tra loro a diversi livelli e tra loro coerenti. La misurazione della performance così declinata rappresenta per la ASL uno strumento di governo essenziale, in cui gli orientamenti strategici di lungo periodo sono monitorati congiuntamente agli obiettivi di medio e breve periodo.

Di seguito si rappresenta attraverso lo schema dell'albero della performance, intesa come una mappa logica dei legami tra mandato istituzionale, missione, aree strategiche, obiettivi strategici, obiettivi operativi, azioni e risorse che si intende adottare. Tale schema mostra come l'Azienda, attraverso la definizione e la somministrazione ai vari livelli degli obiettivi di diversa natura, intende realizzare il disegno strategico complessivo coerente al mandato istituzionale e alla missione.

L'Azienda, tenendo conto del mandato istituzionale, da quanto emerge dall'analisi del contesto esterno ed interno, dagli indirizzi regionali, dalla valutazione dei punti di forza e debolezza, programma le azioni di intervento al fine di realizzare le priorità strategiche di seguito rappresentate:

Area Strategica 1	Area Strategica 2	Area Strategica 3	Area Strategica 4	Area Strategica 5	Area Strategica 6
Garantire i LEA, assicurando universalità, equità di accesso in un'ottica di miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e sicurezza delle cure	Garantire l'integrazione ospedale territorio in una logica di presa in carico del paziente, di medicina personalizzata, preventiva e predittiva	Garantire la sostenibilità economica	Garantire la continua innovazione e digitalizzazione dell'organizzazione	Garantire il continuo miglioramento dei rapporti con gli Stakeholder dell'Azienda	Garantire il rispetto dell'efficienza organizzativa e dei regolamenti aziendali

➤ **Area 1: Garantire i LEA assicurando universalità, equità di accesso in un'ottica di miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e sicurezza delle cure**

❖ **Rafforzare le azioni volte a garantire il miglioramento degli esiti di salute finalizzate a:**

- politiche attuative dell'umanizzazione: garantire un'organizzazione posta al servizio della persona che offra prestazioni sanitarie rispondenti alle esigenze della collettività mediante la creazione di una rete di comunicazione tra utenti e strutture;
- rapporti con gli erogatori pubblici e privati: sicurezza delle cure, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza, implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL, autorizzazione e accreditamento;
- politiche aziendali per assicurare la sicurezza: vigilare sulla sicurezza dei luoghi e sulle condizioni in cui gli addetti sanitari operano ed in cui sono accolti i pazienti ed i loro familiari, in conformità al D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i.;
- favorire l'accesso e la conoscenza del servizio socio-sanitario e indirizzare il cittadino alle strutture più adeguate: garantire il funzionamento del Punto Unico di Accesso, luogo deputato all'ascolto e all'analisi dei bisogni degli utenti e dei loro familiari, all'individuazione e all'accompagnamento verso i percorsi diagnostico-terapeutici più adatti

❖ **Perseguire l'equità nella tutela della salute e nell'accesso alle cure**

❖ **Riequilibrare i livelli assistenziali**

favorendo interventi indirizzati alla prevenzione, garantendo il potenziamento delle politiche di prevenzione, riorganizzando i programmi di screening oncologici e di realizzazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale e nel Piano Regionale della Prevenzione

❖ **Prevenzione - Screening oncologici e vaccini**

Sono state individuate le seguenti priorità:

- incrementare le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile per screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto;
- migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib);
- migliorare la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR);
- migliorare la copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni);
- migliorare la copertura vaccinale contro il virus HPV negli adolescenti tra 11 e 14 anni per ciclo base (2 dosi)

❖ **Prevenzione - Luoghi di lavoro, sanità animale ed alimenti**

Sono state individuate le seguenti attività:

- garantire la tutela della salute dei luoghi di lavoro attraverso le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento di prevenzione;
- garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eradicazione e di profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza della zoonosi, in particolare la peste suina africana, la tubercolosi bovina, la brucellosi ovina e caprina e la blue tongue;
- garantire la sicurezza degli alimenti attraverso l'attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale;
- garantire la realizzazione delle attività di sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche e degli stili di vita della popolazione.

- ❖ **Individuare gli interventi per il contenimento delle liste d'attesa**, con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e alla visibilità e prenotabilità delle agende di tutti i soggetti erogatori.

Piano liste di attesa *recupero e mantenimento dei tempi di attesa entro gli standard del PNGLA 2025–2027 e delle indicazioni AGENAS.*

Il miglioramento della gestione delle liste di attesa si configura nel PIAO come obiettivo strategico di performance organizzativa, misurabile attraverso indicatori di risultato e di impatto.

Il governo delle liste di attesa rappresenta una **priorità strategica** per la ASL di Frosinone, in quanto direttamente connesso alla tutela del diritto alla salute, all'equità di accesso e alla qualità percepita dei servizi.

Si prevede la prosecuzione delle azioni già attivate e l'implementazione di ulteriori interventi, tra cui:

- monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva (priorità, RAO, percorsi diagnostici);
- utilizzo sistematico dei codici traccianti dei PDTA e delle BPCA regionali;
- coinvolgimento degli specialisti nella valutazione dell'appropriatezza della classe di priorità in fase di erogazione;
- istituzione di una **Commissione aziendale per l'Appropriatezza Prescrittiva**;
- monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali in termini di volumi e appropriatezza;
- monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione;
- verifica dell'inclusione di tutte le agende nel sistema CUP;
- riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale per garantire:
 - ≥90% delle prestazioni priorità **U** entro 72 ore;
 - ≥90% delle prestazioni priorità **B** entro 10 giorni;
 - ≥90% delle prestazioni priorità **D** nei tempi PNGLA;
- ricognizione dei fabbisogni e reclutamento di personale specialistico;
- attivazione di un progetto di recupero delle prestazioni non erogate;
- accordi incrementali con il privato accreditato;
- ridefinizione dei percorsi di secondo livello;
- sviluppo della telemedicina (televisita e teleconsulto);

- audit trimestrali con Direttori di Distretto e strutture convenzionate.

Ulteriori obiettivi di performance includono:

- erogazione di almeno il 90% delle prestazioni critiche entro i tempi massimi previsti;
- riduzione strutturale del fenomeno dei no-show;
- miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e della coerenza dei percorsi diagnostico-terapeutici.

❖ **Governo Clinico**

L'azienda imposta le scelte strategiche e le conseguenti azioni operative ponendosi totalmente in linea con il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), quale strumento che consente di garantire, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'azienda tiene in considerazione il Programma Nazionale Esiti (PNE) e il Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari (PReValE) come strumenti di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle varie strutture sanitarie, e da questo trae indicazioni sulle principali azioni da mettere in atto nel triennio 2026-2028.

➤ **Area 2: Garantire l'integrazione ospedale territorio in una logica di presa in carico del paziente, di medicina personalizzata, preventiva e predittiva**

- ❖ **Riordino dell'organizzazione territoriale:** incrementare la capillarizzazione delle cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria per evitare l'inappropriato ricorso all'ospedalizzazione favorito dalla presenza di numerosi presidi sanitari che hanno contribuito a sviluppare una forte frammentazione dell'offerta.
- ❖ **Riequilibrare i livelli assistenziali:** a favore di interventi indirizzati alla presa in carico di gruppi particolarmente fragili.
- ❖ **Offrire adeguati percorsi di cura nel rispetto della persona:** garantire una gestione efficace delle cronicità mediante l'implementazione della medicina di iniziativa con l'apporto dei medici di medicina generale, degli specialisti del territorio ed ospedalieri e delle organizzazioni del terzo settore.
- ❖ **Programmare azioni preventive, multidisciplinari e intersettoriali.**
- ❖ **Incrementare le politiche sanitarie locali per favorire l'empowerment individuale e della collettività** prestando particolare attenzione ai seguenti gruppi di popolazione in ragione della loro vulnerabilità (destinatari delle azioni preventive) e/o della loro fragilità (con possibili quadri di cronicità):
 - la famiglia, con la sua domanda in ambito di salute riproduttiva, di salute dell'età evolutiva e adolescenziale;
 - la popolazione affetta da disturbi psichici e mentali, con la sua domanda di assistenza sia nei momenti di crisi sia di gestione complessiva di percorsi di vita compatibili con la maggiore autonomia raggiungibile da ciascun individuo;
 - la popolazione anziana, con la domanda crescente di assistenza integrata socio-sanitaria, anche in termini di presa in carico della scarsa e diminuyente autonomia personale;
 - la popolazione con disabilità temporanea e/o permanente, che necessita di piani di riabilitazione e di assistenza che tendano a migliorare costantemente il funzionamento globale della persona nel suo sistema di vita;
 - la popolazione con problemi di dipendenza, con una domanda di salute in continua evoluzione, in relazione alle nuove e più invadenti forme di addiction che coinvolgono interi strati di popolazione anche giovanile, con conseguenze di danni individuali e sociali altamente sottovalutati;
 - la popolazione detenuta, con una domanda di salute aspecifica ma particolarmente delicata in relazione alla necessità di salvaguardare il diritto alla salute, sancito dalla

costituzione, ai soggetti reclusi.

- ❖ **Riorganizzare le cure primarie** coinvolgendo nel processo di cura e presa in carico sia i Medici di Medicina Generale che i Pediatri di Libera Scelta, assicurando continuità tra le rispettive attività e quelle degli specialisti convenzionati e ospedalieri coinvolti nel percorso diagnostico e terapeutico.
- ❖ **Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali:** rete emergenza, rete ospedaliera, medicina di laboratorio di base e reti specialistiche, rete Terapia del Dolore, servizi Trasfusionali, rete Malattie Rare.
- ❖ **Promuovere l'integrazione di servizi sanitari e sociali e di continuità** delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti.
- ❖ **Promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali**, privilegiando "modelli di rete" in grado di assicurare la presa in carico.
- ❖ **Ricondurre l'ospedale per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale** prevalentemente indirizzata all'emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità.
- ❖ **Potenziamento Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio –Sanitaria**

Il perno della nuova assistenza territoriale che verrà ridisegnata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è il distretto sanitario che sarà il luogo "privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Asl". Il distretto sarà chiamato a favorire l'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio-sanitarie, nonché dei servizi socio-assistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, "in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta".

Il tutto passa attraverso il potenziamento dell'Assistenza Primaria che rappresenta la prima porta d'accesso al servizio sanitario e la realizzazione delle "Casa della Comunità", luogo fisico di prossimità e di facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Una struttura che offrirà molteplici servizi ai cittadini, tra cui la presenza medica h24 per sette giorni su sette, la presenza infermieristica h12 per sette giorni su sette, punto prelievi, programmi di screening, diagnostica finalizzata al monitoraggio della cronicità anche attraverso strumenti di telemedicina, e cure ambulatoriali specialistiche per le patologie ad elevata prevalenza. Sarà, insomma, la sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale.

Tutti gli sforzi della ASL saranno riservati alla realizzazione delle suddette iniziative, senza trascurare le iniziative già poste in essere, quali:

- il potenziamento dei servizi distrettuali per favorire la riduzione della ospedalizzazione inappropriata;
- il potenziamento delle Cure Domiciliari Integrate di I e II livello a favore degli anziani non autosufficienti di età $\geq$ di 65 anni e le Cure Domiciliari Integrate di III livello e Palliative ai malati terminali;
- il rafforzamento della Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente;
- la riorganizzazione dell'assistenza specialistica;
- potenziamento dell'offerta dei consultori;
- l'implementazione del percorso ospedale e casa di cura circondariale per la gestione ottimale delle persone detenute;
- la promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSM rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSM;
- la definizione/implementazione di modelli organizzativi atti ad assicurare la presa in carico e la gestione attraverso la definizione dei PDTA per i pazienti con determinate patologie cronico-degenerative;

➤ **Area 3: Garantire la sostenibilità economica**

- ❖ **Approvvigionamento Beni e Servizi:** estensione della copertura degli acquisti centralizzati, pianificazione degli acquisti e analisi degli effettivi fabbisogni, monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso.
- ❖ **Realizzare iniziative per la promozione dell'appropriatezza** dell'uso del farmaco e dei dispositivi medici: razionalizzazione della spesa farmaceutica, monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi, appropriatezza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV, razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici.
- ❖ **Migliorare i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica** sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva.
- ❖ **Rafforzare il governo regionale dell'acquisizione di beni e servizi** con un'attenta stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature, anche secondo la metodologia del HTA, e

all'attuazione dei programmi di ammodernamento delle grandi e piccole apparecchiature per tecnologie biomediche destinate ai Presidi ospedalieri e territoriali.

- ❖ **Configurare il percorso dell'accreditamento**, anche nelle strutture pubbliche, come strumento per il raggiungimento di qualità.
- ❖ **Rafforzare i sistemi informativi** come strumenti per la programmazione sanitaria.
- ❖ **Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni**: Sistema informativo amministrativo-contabile unico del SSR, Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende del SSR, sistema regionale di contabilità analitica, riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori.

Ai fini dell'efficientamento della gestione, sono state poste in essere nell'anno 2025 significative azioni nelle seguenti attività:

- Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) dei bilanci e relativi Controlli Interni con Deliberazione n. 774 del 22/09/2025 avente ad oggetto "Adozione del Piano di Audit e Documento di programmazione dell'attività di Audit Annualità 2025-2027 dell'ASL di Frosinone"; e con Deliberazione n. 1106 del 30/12/2025 avente ad oggetto "Approvazione delle Procedure Amministrative Contabili PAC (Piano Attuativo Certificabilità del Bilancio);
 - rispetto dei tempi di pagamento;
 - gestione dei contenziosi;
 - potenziamento delle verifiche e controlli;
 - governo della spesa per servizi, della spesa farmaceutica e della spesa per altri beni;
 - governo della spesa per il personale;
 - rispetto del budget e Monitoraggio degli obiettivi.
- ❖ **Politiche del personale. Valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane**: programmazione triennale del fabbisogno di personale, prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali.

L'Azienda partendo dal presupposto della centralità del capitale umano nella realizzazione della mission strategica, punta fortemente alla crescita delle competenze e delle potenzialità di tutti.

La dirigenza è chiamata ad affinare le abilità manageriali, la capacità di valorizzazione del capitale umano esistente, ad incoraggiare i processi di miglioramento continuo anche attraverso le opportunità che derivano dal cambiamento, a stimolare le motivazioni di tutti i collaboratori e le nuove idee come fonte propulsiva delle azioni.

Rafforzare le competenze e il capitale umano dell'Azienda mediante il potenziamento della formazione del personale, sostenendone lo sviluppo e la crescita personale fino all'affermazione del principio, così come definito nella Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14.01.2025, che individua nella promozione della formazione uno specifico obiettivo di performance di ciascun dirigente che deve assicurare la partecipazione

attiva dei dipendenti alle iniziative formative (Direttiva Ministro per la Pubblica Amministrazione del 28/11/2023), in modo da garantire il conseguimento dell'obiettivo del numero di ore di formazione pro-capite annuo a partire dal 2025 non inferiore a 40.

- formazione su competenze core per la digital transformation, per figure chiave in ambito sanitario e tecnico – amministrativo e formazione sull'utilizzo dei nuovi applicativi introdotti;
- continuare il reclutamento di nuovo personale attraverso il Piano delle assunzioni concordato con la Regione, nonché porre in essere politiche volte a valorizzare le professionalità e il know how del personale già esistente in Azienda.

➤ **Area 4: Garantire la continua innovazione e digitalizzazione dell'organizzazione:**

- ❖ **Patrimonio immobiliare e tecnologico:** ricognizione degli investimenti in conto capitale assegnati, avvio della terza fase dell'art. 20 della L.67/88, manutenzione straordinaria, stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature.
- ❖ **Sistemi Informativi e Informatici:** implementazione del data warehouse aziendale, con la configurazione di cruscotti direzionali e analisi puntuali
- ❖ **La trasformazione digitale e l'organizzazione dell'innovazione**

L'uso della leva digitale per fare innovazione in Sanità è una certezza, non una possibilità. La pianificazione e la progettazione hanno una naturale risposta nel digitale (integrazione ospedale-territorio, logistica del farmaco, telemedicina, ecc.). L'Azienda nel 2026 continuerà a percorrere la strada già intrapresa sulla trasformazione digitale dell'organizzazione. La direzione strategica adotta una visione sistemica per generare valore nel medio-lungo periodo. La strategia digitale, infatti, non si realizza una-tantum ma in modo iterativo e incrementale e questo rende ancora più importante un approccio strutturato. In particolare, la chiave per attuare una trasformazione digitale sistemica è quella di utilizzare in modo sinergico la leva tecnologica, quella gestionale e quella delle persone, ampliando il principio del COME rispetto al COSA fare con la trasformazione digitale.

L'ASL di Frosinone ha in atto un programma di innovazione e trasformazione che prevede alcuni interventi verticali di revisione dei processi in ottica di valorizzazione dei dati disponibili.

Si è partiti dalla valutazione della maturità attuale del portafoglio applicativo e tecnologico, sono stati identificati gli elementi di miglioramento e conseguentemente è stata elaborata una vera e propria strategia di evoluzione sul digitale e la sua implementazione. In termini più specifici, sono state identificate le aree prioritarie di intervento e di innovazione, suddividendo l'Azienda in 5 macro-ambiti di innovazione:

- ambito amministrativo,
- ambito clinico-sanitario,
- relazione con il cittadino,
- integrazione socio-sanitaria con il territorio,
- infrastruttura di comunicazione e collaborazione.

L'Azienda inoltre intende procedere con:

- il potenziamento dei processi per la valutazione multidimensionale delle tecnologie sanitarie in ottica HTA;
- il potenziamento delle azioni volte a migliorare la capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi, strumento utile a quantificare e qualificare l'offerta sanitaria;
- la promozione e il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati, non ultimo promuovere l'adeguamento alle indicazioni normative e tecnico organizzative in materia di sicurezza informatica;
- il percorso volto a completare e diffondere il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE);
- il percorso volto ad attuare la Programmazione regionale per lo sviluppo tecnologico e l'ammodernamento dell'offerta, attraverso un Piano degli investimenti che preveda lavori edili e impiantistici per la messa a norma dei servizi nei Presidi ospedalieri e nei Presidi territoriali;

➤ **Area 5: Garantire il continuo miglioramento dei rapporti con gli Stakeholder dell'Azienda (interni ed esterni):**

- ❖ **Garantire il benessere dell'individuo e della collettività:** incentivare l'integrazione tra tutti gli Enti ed Istituzioni che nel territorio realizzano azioni a favore della popolazione locale, inclusi gli Istituti preposti all'Istruzione e alla Formazione, gli Enti e gli Organismi preposti alle politiche del Lavoro, dell'Ambiente e le Università
- ❖ **Politiche aziendali per il governo delle risorse umane:** definizione annuale del Piano Formativo Aziendale per garantire la valorizzazione e lo sviluppo delle professionalità presenti, mediante la formazione innovativa, la riqualificazione e il costante aggiornamento sulle competenze sia specialistiche che manageriali per realizzare il processo di Miglioramento Continuo della Qualità

- ❖ **Partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini:** garantire il funzionamento delle seguenti articolazioni organizzative dell'azienda in un'ottica di governance condivisa, fondata sulla trasparenza e sulla completa accessibilità alle informazioni:
 - Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
 - Audit Civico;
 - Conferenza dei servizi;
 - Carta dei Servizi Sanitari.
 - ❖ **Valorizzare gli aspetti di coinvolgimento del cittadino** promuovendo la partecipazione dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute
 - ❖ **Rilevare la qualità percepita**, promuovendo la somministrazione verso gli utenti da parte di ogni UO (coordinata dalla "UOC Ufficio Relazioni con il Pubblico") di questionari volti a misurare il livello di soddisfazione e a raccogliere eventuali proposte di miglioramento del servizio stesso.
- **Area 6: Garantire il rispetto dell'efficienza organizzativa e dei regolamenti aziendali**
- ❖ **Garantire il rispetto dei Regolamenti**
 - ❖ **Assicurare la diffusione e l'utilizzo omogeneo dei protocolli organizzativi aziendali**
 - ❖ **Estendere a tutto il territorio aziendale le procedure di organizzazione interna**

Gli indicatori presenti nelle schede di performance organizzativa si ispirano alle 6 aree sopra descritte, agli indicatori PNE e P.Re.Val.E., agli obiettivi del Direttore Generale, di seguito riportati:

Indicatori Ospedalieri di esito - PReVale

INDICATORE
Cardiovascolare
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di accesso)
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di ricovero)
Infarto Miocardico Acuto senza esecuzione di PTCA: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
STEMI: mortalità a 30 giorni (struttura di accesso)
STEMI: mortalità a 30 giorni (struttura di ricovero)
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di ricovero)
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di accesso)
Proporzione di PTCA eseguita per condizione diverse da Infarto Miocardico Acuto sul totale delle PTCA
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni - Analisi con variabili cliniche
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di accesso)
Scompenso cardiaco congestizio: riammissioni ospedaliere a 30gg
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di ricovero)
STEMI: proporzione di PTCA entro 90' sul totale dei trattati con PTCA entro 12h
Arteriopatia III e IV stadio: amputazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero
Arteriopatia III e IV stadio: rivascularizzazione degli arti inferiori entro 6 mesi dal ricovero
Arteriopatia III e IV stadio: mortalità entro 6 mesi dal ricovero
Mortalità a 30 giorni dal ricovero per embolia polmonare
Riammissioni a 30 giorni dalla dimissione dopo un ricovero per embolia polmonare
PTCA: proporzione di PTCA in STEMI
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache eseguiti per via trans catetere: mortalità a 30 giorni
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache eseguiti con tecnica open: mortalità a 30 giorni (analisi con variabili cliniche)
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di ricovero)
Cerebrovascolare
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
Ictus ischemico: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
Ictus ischemico: proporzione di ricoveri seguiti entro 30 giorni da un ricovero in riabilitazione
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di ricovero)
Digerente
Emorragia non varicosa del tratto intestinale superiore: mortalità a 30 giorni
Colecistectomia: proporzione di pazienti con calcolosi semplice senza complicanze
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza 0-1 giorno
Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni
Colecistectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui (reparto di dimissione)
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui (almeno un passaggio)
Muscoloscheletrico
Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso - Analisi con variabili cliniche
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore - Analisi con variabili cliniche (struttura di ricovero)
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore - Analisi con variabili cliniche (struttura di accesso)
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni
Perinatale
Proporzione di parti con taglio cesareo primario
Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo
Parti vaginali: proporzione di episiotomie
Parti: Adverse Index Outcome (AIO)

Indicatori Ospedalieri di esito - PReValE

INDICATORE
Procedure Chirurgiche
By-pass Aortocoronarico: mortalità a 30 giorni - Analisi con variabili cliniche
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni
Colecistectomia: proporzione di pazienti con calcolosi semplice senza complicanze
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni
Proporzione di colecistectomie laparoscopiche con degenza 0-1 giorno
Colecistectomia laparoscopica: complicanze a 30 giorni
Colecistectomia laparoscopica: altro intervento a 30 giorni
Intervento di artroscopia del ginocchio: reintervento entro 6 mesi
Intervento chirurgico per TM cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia
Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni
Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 giorni
Intervento chirurgico per TM fegato: mortalità a 30 giorni
Intervento chirurgico per TM pancreas: mortalità a 30 giorni
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni
Intervento chirurgico per TM retto: mortalità a 30 giorni
Intervento chirurgico per TM rene: mortalità a 30 giorni
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni
Proporzione di prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna sul totale delle prostatectomie
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Proporzione di intervento di ricostruzione o inserzione di espansore nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella
PROPORZIONE DI INTERVENTI CHIRURGICI CONSERVATIVI PER TUMORE MALIGNO DELLA MAMMELLA
Proporzione di pazienti che effettuano un follow-up intensivo nei 12 mesi successivi alla dimissione dopo un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella
Proporzione di pazienti che effettuano una mammografia nei 18 mesi successivi alla dimissione dopo un intervento chirurgico per tumore maligno della mammella
Intervento di protesi di anca: revisione entro 2 anni dall'intervento
Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni
Intervento di protesi di spalla: riammissioni a 30 giorni
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (reparto di dimissione)
Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui (almeno un passaggio)
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui (almeno un passaggio)
Proporzione di colecistectomie eseguite in reparti con volume di attività superiore a 90 interventi annui (reparto di dimissione)
Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni
Intervento di protesi di ginocchio: revisione entro 2 anni dall'intervento
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
Proporzione di intervento di ricostruzione, inserzione di espansore o impianto di protesi nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella
Proporzione di pazienti sottoposte a intervento chirurgico per TM mammella che presentano un interessamento linfonodale
Proporzione di pazienti sottoposte a ricerca del linfonodo sentinella durante un ricovero per intervento chirurgico per TM mammella
Proporzione di pazienti sottoposte a svuotamento ascellare durante un ricovero per intervento chirurgico per TM mammella
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache eseguiti per via trans catetere: mortalità a 30 giorni
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache eseguiti con tecnica open: mortalità a 30 giorni (analisi con variabili cliniche)
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni (con stadiazione condensata)
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni (con stadiazione condensata)
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (con stadiazione condensata)
Proporzione di intervento di ricostruzione, inserzione di espansore o impianto di protesi nel ricovero indice per intervento chirurgico demolitivo per tumore invasivo della mammella
Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 90 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella (con stadiazione condensata)
Respiratorio
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso
BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni
BPCO riacutizzata: mortalità e riammissioni ospedaliere a 30 giorni
Mortalità a 30 giorni dal primo ricovero per polmonite di comunità
Urogenitale
Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero
Proporzione di prostatectomia trans uretrale per iperplasia benigna sul totale delle prostatectomie
Intervento chirurgico per TM prostata: riammissioni a 30 giorni

https://www.agenas.gov.it/images/2025/9_dic_pne/AGENAS_PNE_REPORT_-_2025

Tabella 2 – Indicatori e standard di qualità

Area clinica	Indicatore	Peso					MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO	MOLTO BASSO
		1	2	3	4	5					
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni	30%	≤ 6	6-18	12-14	> 14					
	IMA STEMI: % trattati con PTCa entro 90 minuti	15%	≥ 60	50-60	40-50	< 20					
	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	10%	≤ 6	6-19	9-14	14-18					
	By-pass Aortocoronario: mortalità a 30 giorni	15%	≤ 15	15-14	10-14	> 4					
	By-pass totale: volumi di ricoveri	5%	≥ 200	100-200	100-200	< 100					
NERVOLOGIA	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	15%	≤ 15	15-14	10-14	> 4					
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	10%	≤ 1	1-13	1-13	> 3					
	Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni	75%	≤ 8	8-10	10-14	14-16					
RESPIRATORIO	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità a 30 giorni dall'intervento di craniotomia	25%	≤ 15	15-13.5	3.5-15	> 5					
	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni	100%	≤ 5	5-17	7-12	12-16					
CH. GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: volumi di ricoveri	30%	≥ 100	50-100	50-100	< 50					
	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni	70%	≥ 80	70-80	60-70	50-60					
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da intervento chirurgico conservativo per TM	16%	≤ 5	5-18	8-12	12-18					
CH. ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per TM della mammella: volumi di ricoveri	10%	≥ 150	135-150	100-135	< 100					
	Proporzione di ricostruzione o interruzione di espansione nel ricovero per intervento demolitivo per TM mammella	14%	≥ 72	72-159	59-145	45-26					
	Intervento chirurgico per TM polmonare: volumi di ricoveri	10%	≥ 96	85-96	50-85	21-50					
	Intervento chirurgico per TM polmonare: mortalità a 30 giorni	20%	≤ 0.5	0.5-1.3	0.5-1.3	> 3					
	Intervento chirurgico isolato per TM colon: volumi di ricoveri	10%	≥ 50	45-50	21-45	20					
GRAVIDANZA E PARTO	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni	20%	≤ 1	1-13	3-16	6-18					
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (5005 vol< 1000)	45%	≤ 10	10-120	20-130	30-135					
	Proporzione di parti con taglio cesareo primario (vol< 1000)	25%	≥ 20	20-125	25-130	30-135					
	Parti: volumi di ricoveri	25%	≥ 1000	500-1000	500-1000	< 500					
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso taglio cesareo	15%	> 40	25-140	13-25	5-13					
OSTEOMUSCOLARE	Proporzione di episiotomie in parti vaginali	15%	≤ 5	5-10	10-15	15-20					
	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48h	50%	≥ 70	60-70	40-60	30-40					
	Interventi per frattura del collo del femore: volumi di ricoveri	5%	≥ 75	50-75	50-75	< 50					
	Intervento di protesi di anca: volumi di ricoveri	5%	≥ 100	50-100	50-100	< 50					
	Intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni	15%	≤ 3	3-19	3-19	> 9					
NEFROLOGIA	Intervento per protesi di ginocchio: volumi di ricoveri	10%	≥ 100	50-100	50-100	< 50					
	Intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni	15%	≤ 3	3-19	3-19	> 9					
	Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni del ricovero	100%	≤ 3.3	3.3-17.3	7.3-12.4	12.4-20.5					

Obiettivi del Direttore Generale anno 2025

OBIETTIVI DG 2025	DESCRIZIONE INDICATORE
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi ex ART. 20 L 67/88 e/o altri Fondi in C/Capitale Statali	Invio progetti per gli interventi (dagli studi di fattibilità ai progetti esecutivi)
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.)	Allineamento dati su Regis
Monitoraggio dello stato di attuazione degli interventi PNRR (interventi nativi PNRR, interventi ex art. 20 L 67/88, DL 34/2020 ecc.)	Rendicontazioni su Regis e altra piattaforma regionale
Tempi di pagamento	L'indicatore di ritardo annuale di pagamento ha l'obiettivo di esprimere la capacità dell'Ente del SSR di pagare le fatture scadute nell'anno di riferimento
Concordamento esercizio	Rispetto del concordamento
PAC	Raggiungimento Obiettivi PAC
Emergenza PS/DEA	Tempo medio di attesa in PS in caso di dimissione con esito ricovero (tempo intercorso tra la visita medica e il ricovero in reparto di degenza) con esclusione degli accessi in OBI
Piano nazionale delle liste di attesa - Prestazioni in ricovero ordinario o diurno	Proporzione di prestazioni in ricovero ordinario o diurno erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità A allegato (1)
Piano nazionale delle liste di attesa - Visite specialistiche e prestazioni strumentali	Proporzione di prestazioni specialistiche erogate nel rispetto dei tempi massimi di attesa per Classe di priorità B allegato (2)
Parti con Taglio Cesareo Primario	Proporzione di parti cesarei primari in strutture con più o meno di 1.000 parti. (Protocollo Operativo Piano Nazionale Esiti/Programma Regionale Esiti - PREVALE-PNE) 1) Si applica per ciascuna struttura di ASL 2) Per le Aziende con più stabilimenti l'obiettivo è calcolato proporzionalmente sul numero degli stabilimenti/presidi.
Miglioramento del tempo di attesa dell'esecuzione dell'approfondimento diagnostico "screening mammografico"	Tempo di attesa tra la data esecuzione della mammografia di screening e la data di esecuzione dell'approfondimento diagnostico. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato 2025 rispetto all'anno 2024
Miglioramento del tempo di attesa per l'esecuzione della prima colonscopia di approfondimento diagnostico "screening colon retto"	Tempo di attesa tra la data di refertazione "test sangue occulto fecale" e la data di esecuzione della prima colonscopia. All'indicatore è applicato un fattore di correzione in base all'incremento percentuale del dato 2025 rispetto all'anno 2024
Miglioramento delle coperture del di screening oncologici del colon retto	Proporzione di soggetti target che ha effettuato il test di screening di primo livello in un programma organizzato del colon retto
Adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP) per l'anno 2025	Adozione con delibera aziendale entro il 30/06/2025, del PAP aggiornato al 2025 in coerenza con il PNP e il PRP
PNRR - Corso Infezioni correlate all'assistenza (ICA)	% degli operatori da formare che hanno completato il percorso formativo dei moduli A e B, alla data del 31/12/2025
PANFLU - Piano di approvvigionamento e di gestione locale delle scorte	Adozione del piano di approvvigionamento e di gestione locale delle scorte di cui alla Determinazione G17515 del 19/12/2024 (BURL n. 2 del 07/01/2025)
Aumento della copertura in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Dati flusso SIAT
Attivazione delle Centrali Operative Territoriali	Invio reportistica
Attuazione della programmazione Area Salute Adulti e Minori	Stesura piano attività - Invio Delibera Aziendale

**Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (Decreto
interministeriale 12 marzo 2019)**

Elenco degli indicatori di cui all'articolo 2, comma 1 (allegato 1)

COD	INDICATORE	AREA	TIPO
D03C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e scompenso cardiaco	DISTR	CORE
D04C	Tasso di ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per asma e gastroenterite	DISTR	CORE
D09Z	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso	DISTR	CORE
D10Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità B in rapporto al totale di prestazioni di classe B	DISTR	CORE
D14C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antibiotici	DISTR	CORE
D22Z	Tasso di pazienti trattati in ADI (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	DISTR	CORE
D27C	Percentuale di ricoveri ripetuti in psichiatria sul totale dei ricoveri per patologie psichiatriche	DISTR	CORE
D30Z	Numero deceduti per causa di tumore assistiti dalla Rete di cure palliative sul numero deceduti per causa di tumore	DISTR	CORE
D33Z	Numero di anziani con età ≥ 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario residenziale R1, R2, R3 in rapporto alla popolazione residente per 1000 abitanti.	DISTR	CORE
H01Z	Tasso di ospedalizzazione (ordinario e diurno) standardizzato per 1000 residenti	OSP	CORE
H02Z	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in reparti con volume di attività superiore a 135 interventi annui	OSP	CORE
H04Z	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	OSP	CORE
H05Z	Proporzione colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni	OSP	CORE
H13C	Percentuale di pazienti (età 65+) con diagnosi di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	OSP	CORE
H17C	% di Parti cesarei primari in strutture con meno di 1.000 parti all'anno	OSP	CORE
H18C	% di Parti cesarei primari in strutture con 1.000 parti e oltre all'anno.	OSP	CORE
P01C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	PREV	CORE
P02C	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per la 1° dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	PREV	CORE
P10Z	Copertura delle principali attività riferite al controllo delle anagrafi animali, della alimentazione degli animali da reddito e della somministrazione di farmaci ai fini delle garanzie di sicurezza alimentare per il cittadino	PREV	CORE
P12Z	Copertura delle principali attività di controllo per la contaminazione degli alimenti, con particolare riferimento alla ricerca di sostanze illecite, di residui di contaminanti, di farmaci, di fitofarmaci e di additivi negli alimenti di origine animale e vegetale	PREV	CORE
P14C	Indicatore composito sugli stili di vita	PREV	CORE
P15C	Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella; Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina; Proporzione di persone che hanno effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto.	PREV	CORE

COD	INDICATORE	AREA	TIPO
D01C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di Infarto Miocardico Acuto (IMA)	DISTR	NO CORE
D02C	Proporzione di eventi maggiori cardiovascolari, cerebrovascolari o decessi entro 12 mesi da un episodio di ictus ischemico	DISTR	NO CORE
D05C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	DISTR	NO CORE
D06C	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. Minori 0 14 anni)	DISTR	NO CORE
D07Ca	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di adulti con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1000 ab. residenti adulti)	DISTR	NO CORE
D07Cb	Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi di minori con codice di dimissione bianco/verde standardizzato (per 1.000 ab. minori 0 14 anni)	DISTR	NO CORE
D08C	N interventi per le patologie First Hour Quintet (FHQ) effettuati con mezzo di soccorso avanzato sul totale degli interventi per patologie First Hour Quintet (FHQ) per anno	DISTR	NO CORE
D11Z	Percentuale di prestazioni, garantite entro i tempi, della classe di priorità D in rapporto al totale di prestazioni di class e D	DISTR	NO CORE
D12C	Consumo pro capite di prestazioni di laboratorio	DISTR	NO CORE
D13C	Consumo pro capite di prestazioni di RM osteoarticolari in pazienti anziani con più di 65 anni	DISTR	NO CORE
D15C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antidepressivi	DISTR	NO CORE
D16C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Inibitori di pompa.	DISTR	NO CORE
D17C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Antiipertensivi	DISTR	NO CORE
D18C	Consumo di farmaci sentinella/traccianti per 1.000 abitanti. Statine	DISTR	NO CORE
D19C	Percentuale di donne che hanno effettuato più di quattro ecografie in gravidanza	DISTR	NO CORE
D20Z	Tasso di pazienti adulti seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione residente	DISTR	NO CORE
D21Z	Tasso di pazienti minori seguiti a domicilio con Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA) base in rapporto alla popolazione minore residente	DISTR	NO CORE
D23Z	Tasso di PIC (Prese in Carico) in assistenza domiciliare integrata per intensità di cura (CIA 1, CIA 2, CIA 3)	DISTR	NO CORE
D24C	Numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) ripetute in rapporto al totale delle IVG	DISTR	NO CORE
D25C	Percentuale di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) con certificazione rilasciata dal Consultorio familiare	DISTR	NO CORE
D26C	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche in rapporto alla popolazione residente maggiorenne	DISTR	NO CORE
D28C	Numero di TSO a residenti maggiorenni in rapporto alla popolazione residente	DISTR	NO CORE
D29C	Tasso di ospedalizzazione di minori con diagnosi principale connessa con i problemi psichiatrici in rapporto alla popolazione di minori residenti	DISTR	NO CORE
D31C	Variazione % del rapporto tra il numero annuo di giornate di cure palliative erogate a domicilio per i malati deceduti a causa di tumore e il numero dei deceduti per causa di tumore	DISTR	NO CORE
D32Z	N ricoveri Hospice con patologia oncologica, provenienti RO o da domicilio non assistito nei quali il periodo di ricovero in è ≤ a 7 gg sul N ricoveri Hospice malati con patologia oncologica	DISTR	NO CORE
C001	Buona salute percepita	EQUITA	NO CORE
C002	Sovrappeso ed obesità nei bambini	EQUITA	NO CORE
C003	Fragilità nell'anziano (>=65 anni)	EQUITA	NO CORE
C004	Indice di cronicità	EQUITA	NO CORE
EO01	Rinuncia a prestazioni sanitarie per inappropriata organizzativa nell'offerta dei servizi e/o ragioni economiche	EQUITA	NO CORE
H016S	Frequenza di infezioni post chirurgiche	OSP	NO CORE
H03C	Intervento di resezione	OSP	NO CORE

H06Z	Ricovero diurno	OSP	NO CORE
H07ZC	Ricoveri Day Hospital	OSP	NO CORE
H08Zb	Autosufficienza di emoderivati	OSP	NO CORE
H09Za	Donatori di organi in morte encefalica	OSP	NO CORE
H09Zb	Accertamenti di morte con criteri neurologici	OSP	NO CORE
H09Zc	Morti encefaliche / decessi per cerebrolesione	OSP	NO CORE
H10Za	N pazienti in lista di attesa per trapianto	OSP	NO CORE
H10Zb	Tempo medio di attesa trapianto organo	OSP	NO CORE
H10Zc	N dei pazienti trapiantati per organo	OSP	NO CORE
H11Za	N donatori tessuti /n morti con segni cardiaci o neurologici	OSP	NO CORE
H11Zb	N donatori di tessuti /n decessi in ospedale per Regione	OSP	NO CORE
H12C	% pazienti con ricovero ripetuto entro 30 gg con stessa MDC	OSP	NO CORE
H14C	% ricoveri riabilitazione post acuti inappropriati	OSP	NO CORE
H15S	Frequenza di embolie polmonari o DVT post-chirurgiche	OSP	NO CORE
H19S	% di parti fortemente pre-termine in punti nascita senza UTIN	OSP	NO CORE
H20S	Percentuale dei parti pretermine tardivi	OSP	NO CORE
H21S	N punti nascita <500 parti/anno senza richiesta deroga alla chiusura	OSP	NO CORE
H22C	Mortalità a 30 gg dall'intervento di bypass aorto coronarico	OSP	NO CORE
H23C	Mortalità a 30 gg dal primo ricovero per ictus ischemico	OSP	NO CORE
H24C	Mortalità a 30 gg dal ricovero x broncopneumopatia ostruttiva riacutizzata	OSP	NO CORE
PDTA01	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (che aderiscono al trattamento farmacologico come previsto dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico ostruttive BPCO)	PDTA	NO CORE
PDTA02	Percentuale di pazienti con diagnosi di broncopneumopatia cronico ostruttiva (che sono sottoposti alla visita pneumologica secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Broncopneumopatie cronico ostruttive BPCO)	PDTA	NO CORE
PDTA03A	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con ACE inibitori o sartani come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	PDTA	NO CORE
PDTA03B	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco con un adeguato numero di ecocardiogrammi come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	PDTA	NO CORE
PDTA04	Percentuale di pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco che aderiscono al trattamento farmacologico con beta bloccanti come previsto dal Manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Scompenso cardiaco)	PDTA	NO CORE
PDTA05	Percentuale di pazienti diabetici che seguono almeno 4 delle seguenti 5 raccomandazioni di controllo di emoglobina glicata profilo lipidico, microalbuminuria monitoraggio del filtrato glomerulare o della creatinina o clearance creatinina, fondo oculare, come previste dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Diabete)	PDTA	NO CORE
PDTA06	Percentuale di pazienti operate per la prima volta per tumore della mammella per le quali i seguenti 4 interventi sono eseguiti secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute primo intervento chirurgico dalla diagnosi, inizio della terapia medica, inizio della radioterapia, follow up mammografico dopo il primo intervento chirurgico (PDTA Tumore operato della mammella nella donna)	PDTA	NO CORE
PDTA07	Percentuale di pazienti per i quali il primo intervento chirurgico dopo diagnosi di tumore del colon è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	PDTA	NO CORE

PDTA08	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del colon sottoposti a follow up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	PDTA	NO CORE
PDTA09	Percentuale di pazienti per i quali il primo trattamento medico o chirurgico dopo diagnosi di tumore del retto è stato eseguito secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	PDTA	NO CORE
PDTA10	Percentuale di pazienti operati per la prima volta per tumore del retto sottoposti a follow up endoscopico secondo la tempistica prevista dal manuale PDTA del Ministero della salute (PDTA Tumori operati del colon e del retto)	PDTA	NO CORE
P03C	Copertura vaccinale anti pneumococcica	PREV	NO CORE
P04C	Copertura vaccinale anti meningococcica C	PREV	NO CORE
P05C	Copertura vaccinale anti HPV	PREV	NO CORE
P06C	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano	PREV	NO CORE
P07C	Denunce d'infortunio sul lavoro	PREV	NO CORE
P08Z	Sicurezza dei prodotti chimici controlli nelle fasi di produzione, importazione, immissione sul mercato, utilizzazione e distribuzione (reg. REACH e CLP)	PREV	NO CORE
P09Z	Copertura attività di eradicazione, controllo e sorveglianza delle malattie animali nella filiera produttiva	PREV	NO CORE
P11Z	Copertura attività riferite al controllo del benessere degli animali destinati alla produzione di alimenti	PREV	NO CORE
P13Z	Copertura delle principali attività di controllo ufficiale per la sicurezza degli alimenti, con particolare riferimento alle fasi della trasformazione, distribuzione, somministrazione degli alimenti	PREV	NO CORE
P16C	Proporzione di cancro in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella	PREV	NO CORE

Obiettivi - Governo e monitoraggio delle liste di attesa ASL di Frosinone

Obiettivo strategico / operativo	Indicatori	Target	Responsabili
Migliorare l'equità e l'accesso alle prestazioni sanitarie attraverso il governo delle liste di attesa	Indice TDA complessivo	≥ 95%	Direzione Strategica; Cabina di Regia Liste di Attesa
Ridurre i tempi medi di attesa per le prestazioni ambulatoriali	Tempo medio di attesa (giorni)	≤ 10 giorni (media complessiva)	Cabina di Regia; Direzioni di Distretto
Garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni critiche con priorità U	% prestazioni priorità U erogate entro 72 ore	≥ 90%	Direzioni di Distretto; Responsabili UOC specialistiche
Garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni critiche con priorità B	% prestazioni priorità B erogate entro 10 giorni	≥ 90%	Direzioni di Distretto; Responsabili UOC specialistiche
Garantire il rispetto dei tempi massimi per le prestazioni critiche con priorità D	% prestazioni priorità D erogate nei tempi PNGLA	≥ 90%	Direzioni di Distretto; Responsabili UOC specialistiche

3.2.3 La Performance Individuale

La performance individuale, anche ai sensi dell'art. 9 del d.lgs. 150/2009, è l'insieme dei risultati raggiunti e dei comportamenti realizzati dall'individuo che opera nell'organizzazione, in altre parole, il contributo fornito dal singolo al conseguimento della performance complessiva dell'organizzazione.

In tale ambito la ASL di Frosinone intende valorizzare gli apporti dei singoli dipendenti attraverso un percorso che conduca gli stessi alla conferma o miglioramento dei propri livelli di performance, contribuendo così alla propria qualificazione professionale all'interno dell'organizzazione.

La Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14.01.2025 (https://www.funzionepubblica.gov.it/media/m0rkegdu/direttiva_ministropa_14012025_formazione.pdf), avente ad oggetto "Valorizzazione delle persone e produzione di valore pubblico attraverso la formazione. Principi, obiettivi e strumenti" prevede, ai fini degli obiettivi di performance 2025 l'inserimento per tutti i dipendenti, dirigenti e non, quello sulla formazione, con obbligo di 40 ore annuali individuali.

In tale ambito, la formazione del personale, costituisce un catalizzatore della produttività individuale, un attivatore di competenze fondamentale per lavorare in modo più efficace e consapevole, per cogliere opportunità di crescita e conseguire altresì più elevati livelli di performance individuale e della produttività ed efficienza organizzativa al fine di contribuire a rafforzare, diversificare e ampliare le competenze, le conoscenze e le abilità dei dipendenti.

A tal fine l'Azienda attua una gestione degli apporti individuali attenendosi ai seguenti principi:

- gli ambiti di performance individuale definiti per il singolo professionista devono risultare coerenti ed integrati con la performance organizzativa in cui lo stesso è collocato;
- devono essere selezionati ambiti di performance che siano rilevanti in termini di contenuti e numericamente equilibrati, affinché non perdano di significato e non facciano perdere di vista i fattori strategici per il raggiungimento degli obiettivi prefissati all'interno dell'organizzazione;
- i livelli di performance individuale attesa devono essere tempestivamente definiti e comunicati al fine di permettere una valorizzazione trasparente sull'intero anno di riferimento;
- gli ambiti ed i livelli di performance attesi devono essere codificati sulla base delle competenze professionali manifestate e potenziali dell'individuo, nel rispetto del principio a tendere di miglioramento della qualità, ma al tempo stesso raggiungibile e su cui il dipendente può essere ragionevolmente responsabilizzato.

In forma coerente con i principi sopra richiamati, la gestione della retribuzione di risultato spettante ai singoli dipendenti è strettamente correlata alle logiche di budgeting operativo

adottate dall'ente ed in tal modo rappresenta un'importante leva gestionale per incentivare i singoli professionisti al raggiungimento in via coordinata delle complessive finalità dell'Azienda sanitaria.

In linea con tale impostazione e secondo logiche di area contrattuale omogenea, la metodologia di incentivazione disciplinata, in prima battuta individua il premio erogabile nell'ambito di ogni struttura in base alla numerosità ed alle caratteristiche dei dirigenti afferenti allo specifico CdR. Al termine di ciascun esercizio l'Azienda determina l'incentivo effettivamente erogabile nell'ambito di ciascuna struttura in proporzione alla performance organizzativa conseguita dalla stessa.

Infine, tale incentivo d'equipe viene suddiviso all'interno della struttura in proporzione ai medesimi parametri di accesso sopra richiamati, oltre che ai livelli di performance individuale dei singoli dirigenti.

Tale approccio, che vede i due livelli di performance - organizzativa ed individuale - coordinati in chiave sequenziale, oltre ad incentivare il coordinamento delle specifiche professionalità in una dimensione di lavoro di squadra, conferma in modo evidente la logica del c.d. albero delle performance e soprattutto garantisce quanto previsto dal D.Lgs 165/01, ossia una premialità necessariamente commisurata ai risultati annualmente conseguiti dall'organizzazione.

L'incentivo individuale viene calcolato attraverso un'analisi di diversi elementi che caratterizzano in forma oggettivabile sia la performance organizzativa conseguita dalla struttura di appartenenza di ciascun dipendente, che aspetti riconducibili alle caratteristiche ed alla prestazione individuale di ogni professionista. I parametri in questione, gestiti come fattori moltiplicativi ai fini del calcolo degli incentivi individuali, saranno definiti con specifici tavoli tecnici.

La valorizzazione delle performance individuali consiste nella programmazione, monitoraggio e rilevazione di fine esercizio degli apporti dei singoli dipendenti nell'ambito di ciascuna struttura aziendale. Tale processo, quindi, al di là delle finalità direttamente correlate al calcolo degli incentivi, si traduce in una fondamentale attività di coordinamento ed organizzazione delle prestazioni dei singoli professionisti da parte del relativo Direttore o Responsabile di CdR.

Ciò premesso, ai fini di una partecipata e trasparente programmazione e controllo delle performance individuali, il valorizzatore di ciascun ambito organizzativo è responsabile della preventiva illustrazione dei contenuti oggetto di analisi (criteri e livelli di valorizzazione), procedendo all'individuazione degli apporti individuali programmati da parte di ciascun collaboratore (VALORIZZAZIONE PREVENTIVA); al termine dell'esercizio il valorizzatore, in base ai medesimi criteri e livelli, procederà a rilevare l'apporto annuale effettivamente prestato dai singoli dipendenti (VALORIZZAZIONE FINALE).

La gestione della valorizzazione avviene attraverso un modello di scheda individuale i cui contenuti sono programmati e rilevati in base al seguente schema logico:

Livelli di apporto individuale riferiti al criterio

Descrizione dello specifico criterio di valorizzazione	LIV1	LIV 2	LIV 3	LIV 4	LIV 5
--	------	-------	-------	-------	-------

Tenuto conto dei particolari contesti operativi e degli specifici obiettivi che caratterizzano ciascuna struttura, i criteri ed i livelli di valorizzazione sono annualmente individuati dal relativo valorizzatore, ove opportuno anche confermando quelli già utilizzati negli esercizi precedenti, secondo una logica di equipe omogenea, potendo quindi individuare anche distinti modelli di scheda nell'ambito della medesima struttura.

La scheda dovrà articolarsi in almeno 5 criteri di valorizzazione, in relazione a ciascun dei quali dovrà essere indicato in forma sintetica il significato corrispondente ai 5 livelli di apporto crescente alla produttività.

I criteri ed i livelli di valorizzazione degli apporti individuali dovranno necessariamente risultare trasparenti ed oggettivabili, potendosi riferire ad ambiti e standard quantitativi, qualitativi, temporali, organizzativi, di processo, ecc.

Ciascun criterio dovrà essere inoltre abbinato ad una delle due seguenti aree di performance, ciascuna caratterizzata ai fini del calcolo definitivo da un proprio peso ponderato:

- area della produttività individuale: peso %
- area dei comportamenti organizzativi: peso %

I comportamenti sono le azioni osservabili che l'individuo mette in atto per raggiungere un risultato. Questa componente che attiene al "come" viene resa la prestazione lavorativa.

L'Azienda si riserva eventualmente di determinarsi anche sulla base di specifici tavoli tecnici.

Stante l'obbligo di individuare almeno un criterio per ciascuna delle due aree di performance sopra richiamate (produttività individuale e comportamenti organizzativi), la numerosità dei criteri riferibili a ciascuna delle stesse sarà definita in forma autonoma da ogni valorizzatore, tenuto conto degli specifici obiettivi d'equipe e delle peculiari professionalità oggetto di valorizzazione.

Segue un esempio di modello di scheda (area sanitaria) in base alla metodologia sopra illustrata:

Individuazione contestualizzata dei criteri di valorizzazione		Liv 1 (1 punto)	Liv 2 (2 punti)	Liv 3 (3 punti)	Liv 4 (4 punti)	Liv 5 (5 punti)
Area della produttività individuale (peso 70%)	▶ Livello di produzione: n. prestazioni specialistiche [...] / mese	<10	10-20	21-40	41-60	>60
	▶ Grado di operatività in autonomia: n. procedure gestite in via autonoma	1-2	3	4	5	Tutte le procedure del CdR
	▶ Formazione finalizzata alle esigenze del servizio: n. ore di formazione attiva nei confronti dei colleghi	0 (discente)	<3 ore	3-5 ore	6-10 ore	> 10 ore
	▶ Grado di flessibilità operativa nei diversi ambiti organizzativi in cui si articola il servizio/area: n. ambiti	1	2	3	4	5
Area dei comportamenti organizzativi (peso 30%)	▶ Disponibilità al coinvolgimento nelle dinamiche organizzative dell'Azienda: ambito di coinvolgimento	equipe	UO	Dip.to /Area	ASL	Tavoli Regionali

Il processo di gestione annuale delle performance individuali da parte del relativo valorizzatore si articola nelle seguenti fasi:

- nei primi mesi dell'esercizio di riferimento ed in forma coordinata rispetto ai contenuti di programmazione della struttura operativa, ciascun direttore o responsabile di struttura titolare di budget predispone i modelli di scheda di valorizzazione idonei alla programmazione e controllo delle performance dei propri collaboratori;
- immediatamente a seguire, lo stesso valorizzatore illustra i contenuti della scheda (criteri e livelli) ai relativi collaboratori, condividendo con gli stessi una programmazione dei peculiari apporti individuali (valorizzazione preventiva);
- nel corso dell'anno il valorizzatore è tenuto ad un costante monitoraggio dei livelli di performance progressivamente apportati dai singoli professionisti, eventualmente segnalando evidenti difformità rispetto a quelli originariamente programmati;
- al termine dell'esercizio di riferimento, in base ai criteri e livelli individuati in sede di valorizzazione preventiva, il relativo responsabile procederà alla valorizzazione finale, ossia alla rilevazione dei livelli di performance effettivamente apportati da ciascun collaboratore;
- il valorizzatore presenta tali risultanze ai dipendenti in questione, i quali, ove ritengano opportuno, possono rilevare i propri motivi di dissenso ed eventualmente attivare le procedure di conciliazione previste dalla normativa.

La trasparenza delle suddette procedure, compresa l'illustrazione degli obiettivi di budget riferiti alla propria struttura, nonché la gestione delle schede di valorizzazione individuale di propria competenza nei tempi e nelle forme previste, rappresentano responsabilità gestionali di ciascun valorizzatore.

Tutte le attività inerenti il processo di valorizzazione individuale sono state definite in specifici protocolli operativi (Protocollo operativo per la gestione del sistema di valorizzazione della Performance Individuale e del connesso sistema premiante Aree della Dirigenza Sanitaria e PTA, atto deliberativo n. 771 del 06/10/2022; Protocollo operativo per la gestione del sistema di valorizzazione della Performance Individuale e del connesso sistema premiante Area del comparto, atto deliberativo n. 832 del 26/10/2022) e il processo di gestione annuale delle performance individuali è ad oggi completamente informatizzato attraverso il sistema Alfabox, su cui hanno accesso tutti i dipendenti dell'Azienda in qualità di valorizzati e tutti i responsabili di UO e coordinatori in qualità di valorizzatori.

3.2.4 Fasi e tempi di gestione del processo

Fasi del processo di budgeting operativo

Il processo di gestione annuale di budgeting operativo si articola nelle fasi di definizione delle linee guida di programmazione annuale, definizione degli obiettivi operativi di CdR, monitoraggio infrannuale sul progressivo conseguimento dei risultati programmati, verifica annuale delle performance organizzative definitivamente conseguite dai singoli CdR, per concludersi con le conseguenti iniziative di rendicontazione annuale, secondo le modalità ed i canoni di trasparenza previsti dalla normativa di riferimento.

La realizzazione del sopra menzionato processo di budgeting deve svolgersi nel rispetto dei tempi e dei percorsi individuati al fine di garantire l'adeguata successione delle singole fasi e l'efficacia del ciclo delle Performance. Si rappresenta la timeline di sintesi rappresentativa della tempistica in cui le suddette macrofasi trovano sviluppo e correlazione logica nell'ambito di ciascun ciclo di gestione annuale delle performance organizzative.

Timeline 2026

	2025		2026												2027					
	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
Performance organizzativa 2026																				
Individuazione degli obiettivi strategici aziendali																				
Negoziare gli obiettivi strategici aziendali																				
Monitoraggio ed eventuale rinegoziazione																				
Monitoraggio delle relazioni pervenute ed eventuali solleciti																				
Prevalutazione formale sui contenuti pervenuti da parte dell'STP																				
Valutazione finale della Performance Organizzativa da parte dell'OIV																				
Relazione dei risultati conseguiti (Relazione annuale sulla Performance)																				
Performance individuale 2026																				
Individuazione e inserimento su alfa box delle schede preventive 2026																				
Monitoraggio delle attività ed eventuali rimodulazioni delle schede																				
Valorizzazione e trasmissione su alfabox delle schede finali 2026																				

Il processo di budgeting si avvale per la sua realizzazione operativa del sistema informativo aziendale e dei suoi sottoinsiemi: contabilità analitica, contabilità generale, contabilità dei magazzini, reporting direzionale, flussi informativi.

Fase di programmazione

Nella fase di impostazione di ciascun ciclo annuale di budget operativo, la Direzione strategica, previo coinvolgimento del Collegio di Direzione, annuncia all'organizzazione l'avvio delle procedure annuali di budgeting, portando a conoscenza dei titolari di ciascun CdR le strategie verso cui l'Azienda dovrà convergere nel corso dell'esercizio.

L'approccio utilizzato dalla Direzione Strategica, nella consapevolezza che solo una totale condivisione del percorso può garantire il superamento degli snodi critici della gestione e la realizzazione della mission aziendale, e di tipo bottom-up, dal basso verso l'alto. Questo approccio consiste infatti nella selezione degli obiettivi e azioni di miglioramento coerenti con le linee strategiche effettuati dai singoli CDR e solo a seguito delle proposte pervenute la Direzione strategica, in forma coerente con gli equilibri economici e finanziari di propria responsabilità, formula nei confronti dei titolari di CdR la c.d. "proposta di budget", presentando a ciascun direttore o responsabile di CdR i contenuti delle relative schede di budget.

La scheda di budget operativo in questione richiama la correlazione di ciascun obiettivo operativo con la strategia aziendale di riferimento e programma attraverso una logica di ponderazione dei singoli indicatori di performance gli specifici obiettivi assegnati dal CdR, con dettaglio degli esiti attesi e delle relative tempistiche.

Tenuto conto delle specifiche organizzative e professionali che caratterizzano l'Azienda, la scheda comprende anche un ambito di ricalibratura dei pesi ponderati dei singoli indicatori di performance in considerazione della peculiare organizzazione delle responsabilità che possono avere gli operatori del Comparto rispetto al personale Dirigente nel conseguimento dei singoli obiettivi.

Inoltre, viene individuato un determinato range di performance riferito a ciascun indicatore e delimitato dagli estremi BASELINE (0%) e VALORE ATTESO (100%), entrambi oggetto di negoziazione in quanto condizionanti le performance definitive elaborate a fine anno.

In forma coerente con quanto sopra delineato, la ASL adotta il modello di scheda di budget allegato al presente regolamento ed organizzato nei seguenti campi logici:

Obiettivo strategico di riferimento	Indicazione della strategia aziendale (rinvenibile nel vigente Piano triennale delle Performance dell'Azienda) cui viene logicamente ricondotto lo specifico obiettivo di CdR.
Obiettivo Specifico di CdR	Indicazione sintetica dello specifico obiettivo riferito al CdR
Indicatore	Indicatore di performance circa il grado di conseguimento dell'obiettivo di budget o di una sua specifica componente
Valore STORICO (ove disponibile)	Dato storico riferito ai singoli indicatori di performance (campo informativo)
Valore BASELINE (0%)	Valore base della scala di performance riferibile allo specifico indicatore, quindi corrispondente ad un risultato pari a 0%. Tale valore può coincidere con il "valore STORICO" oppure differire dallo stesso ad esempio in considerazione dell'ambiziosità dell'indicatore di performance, dei fattori produttivi destinabili o di altri elementi di contesto rimessi alla valutazione delle parti negozianti.
Valore ATTESO (100%)	Valore corrispondente al pieno conseguimento delle performance riferite allo specifico indicatore, quindi corrispondente ad un risultato pari al 100%.
Valore CONSEGUITO	Valore effettivamente verificato.
% raggiungimento perf. indicatore	Performance percentuale conseguita in riferimento allo specifico indicatore

Alla luce dei contenuti di programmazione operativa annualmente individuati, durante le fasi di negoziazione i titolari delle macrostrutture di riferimento di ciascuna unità operativa possono essere coinvolte al fianco delle UU.OO. alle stesse afferenti. Analogamente, in considerazione dell'articolazione interna di ciascun CdR, nelle fasi di negoziazione degli obiettivi di UO, il relativo direttore/responsabile può essere affiancato anche dal responsabile di UOS interna e/o dalla funzione di coordinamento/posizione organizzativa afferente al proprio servizio.

Ai fini dell'individuazione dei contenuti operativi correlati alle specifiche strategie direzionali, l'Azienda si orienta individuando un numero limitato di obiettivi adeguatamente sfidanti ed in grado di "tracciare" lo sforzo organizzativo messo annualmente in atto da ciascuna struttura. Il

grado di conseguimento di ciascun obiettivo viene quindi misurato corredando ciascuno di questi con opportuni ed oggettivabili indicatori di risultato in termini di sforzo organizzativo, efficacia, efficienza ed economicità degli interventi ed esiti qualitativi/quantitativi degli stessi.

Ciascun CdR, preso atto della proposta di obiettivi e indicatori formulata dalla Direzione strategica, in sede di negoziazione ha la possibilità di proporre modifiche e/o integrazioni alla stessa. A seguire la Direzione strategica convoca le unità operative titolari di budget per concludere la fase di negoziazione dei relativi obiettivi operativi. A tale fase partecipano la Direzione strategica ed il Direttore/Responsabile dell'unità operativa titolare di budget, eventualmente affiancato dal direttore della macrostruttura di riferimento, oltre che dai titolari delle eventuali UOS interne e Incarichi di Organizzazione del Comparto afferenti all'unità operativa in questione.

Conclusa la fase di negoziazione degli obiettivi, il direttore/responsabile/referente di ciascun CdR ha il dovere e la diretta responsabilità di portare a conoscenza di tutto il personale afferente alla propria struttura i contenuti di programmazione negoziati e di redigere un verbale da dove emerge la descrizione del percorso di condivisione. La puntuale gestione delle fasi di negoziazione di propria competenza ed il trasparente coinvolgimento dei rispettivi collaboratori rappresentano responsabilità gestionali di ciascun direttore/responsabile/referente di struttura, quindi elemento di valutazione del proprio incarico individuale nelle forme e con gli effetti previsti dalla normativa di riferimento.

In modalità coerente con i principi di trasparenza e responsabilizzazione che caratterizzano l'operato dell'Amministrazione, i contenuti di programmazione individuati sono resi noti ai portatori di interesse dell'Azienda attraverso la pubblicazione nel sito web aziendale dell'elenco degli indicatori di budget. Inoltre, nel corso dell'esercizio di riferimento, laddove intervenissero finalità nazionali o regionali o altre urgenze indifferibili, oppure nel caso si riscontrassero significative variazioni negli elementi originariamente considerati ai fini della programmazione operativa (variazioni nella disponibilità delle risorse o nel contesto operativo di riferimento) le Parti (Direzione strategica e Direttori/Responsabili di CdR) possono avanzare proposta circostanziata di revisione dei contenuti di budgeting.

Monitoraggio infrannuale

Nel corso dell'esercizio le funzioni di controllo interno forniscono alla Direzione strategica ed ai singoli CdR informazioni inerenti il grado di conseguimento delle performance organizzative programmate. A tal proposito, secondo opportuni livelli di sintesi e tenuto conto dei flussi informativi disponibili, viene prodotta un'apposita reportistica circa il grado di conseguimento dei singoli obiettivi. Confermando in ogni caso una costante e diffusa attività di controllo interno di gestione durante tutto l'esercizio di riferimento, l'Azienda individua un'ordinaria cadenza di

monitoraggio infrannuale riferita a ciascun trimestre o ad intervalli temporali differenti in considerazione degli specifici scenari di gestione annuale di budgeting.

Verifiche finali

All'approssimarsi della conclusione di ciascun esercizio, l'Azienda imposta le verifiche sul grado di conseguimento delle performance organizzative effettivamente conseguite da ciascun CdR. A tal fine, immediatamente dopo la conclusione dell'anno, ciascun direttore o responsabile di CdR è tenuto a far pervenire all'Amministrazione, entro la conclusione del mese di febbraio e secondo opportuni livelli di dettaglio, una relazione sull'attività svolta nel corso dell'esercizio appena conclusosi, corredata da puntuali indicazioni circa il contesto osservato ed il livello di performance che si presume di aver conseguito in riferimento a ciascun indicatore di risultato presente nella scheda di budget.

In base alle informazioni derivanti dai flussi informativi aziendali, dalla documentazione formalmente ricavabile e dalla suddetta relazione di CdR, le funzioni di STP impostano la fase istruttoria delle verifiche annuali di budgeting.

In prima battuta, i risultati della suddetta istruttoria sono portati a conoscenza dei relativi direttori/responsabili di CdR, al fine di accogliere ulteriori e definitive annotazioni e/o rilievi da parte degli stessi in merito ai livelli di performance riscontrati dalla STP.

Le risultanze definitive delle suddette fasi istruttorie, eventualmente ricalibrate in considerazione delle integrazioni addotte dai relativi referenti di CdR, sono quindi trasmesse all'OIV che, oltre a verificare il grado di conseguimento degli obiettivi sulla base delle responsabilità effettivamente ascrivibili alle singole strutture, può chiedere, ove opportuno, ulteriori livelli di approfondimento, così da elaborare in via definitiva la proposta delle performance conseguite. Tale proposta è portata all'attenzione della Direzione generale per le debite considerazioni strategiche e per la definitiva presa d'atto dei risultati annuali conseguiti.

Rendicontazione

Sulla base delle performance organizzative verificate e con il supporto della STP, l'Azienda è chiamata a redigere entro il 30 giugno una Relazione annuale sulle performance organizzative effettivamente conseguite nell'esercizio appena conclusosi, quindi, sul progressivo grado di conseguimento delle strategie definite dal Piano triennale della prestazione e dei risultati. Tale Relazione, prima della definitiva adozione e pubblicazione sul sito web istituzionale, è portata a conoscenza dell'OIV, chiamato dalla norma a validarne i contenuti in termini di completezza e coerenza. Le risultanze della verifica delle performance organizzative sono inoltre trasmesse agli uffici amministrativi anche ai fini della gestione del correlato sistema premiante aziendale.

Fasi del processo di valorizzazione individuale

Parallelamente alla performance organizzativa si muove la performance individuale: conclusa la fase di negoziazione degli obiettivi di U.O., ha inizio il processo di gestione annuale della performance individuale attraverso la definizione delle schede di valutazione dei singoli dipendenti. Tale scheda, detta scheda preventiva, includerà obiettivi coerenti e orientati al raggiungimento della performance organizzativa. La scheda, definita a livello individuale o per gruppi omogenei di lavoratori, verrà condivisa con gli interessati, e durante incontri periodici si monitorerà il progressivo conseguimento dei risultati programmati. A conclusione del ciclo della Performance organizzativa, il valorizzatore potrà così procedere alla valutazione annuale dei singoli dipendenti in funzione del proprio contributo personale.

3.3 ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

L'Azienda intende consolidare e rafforzare le proprie politiche di prevenzione della corruzione e trasparenza, in conformità al d.lgs. 33/2013 (trasparenza amministrativa) e al d.lgs. 39/2013 e piano nazionale anticorruzione (PNA), al fine di assicurare:

- Monitoraggio costante della Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale, garantendo aggiornamenti chiari, completi e facilmente fruibili per tutti i cittadini.
- Standardizzazione dei processi e delle procedure interne per la corretta gestione degli adempimenti anticorruzione, con definizione di responsabilità e scadenze precise.
- Attività di verifica e valutazione periodica sugli adempimenti, attraverso schede di controllo e reportistica cadenzata, al fine di garantire efficacia e tempestività delle misure introdotte.
- Coinvolgimento dei cittadini e stakeholder esterni, anche mediante indagini di customer satisfaction e strumenti di partecipazione, in linea con il principio di democrazia partecipativa sancito dalla normativa.

La gestione corretta della sezione "Amministrazione Trasparente" è fondamentale non solo come adempimento formale, ma come strumento di trasparenza e democrazia partecipativa.

Nelle ultime due annualità, l'OIV aziendale ha rilevato in ordine agli adempimenti richiesti dall'ANAC in materia di Anticorruzione e Trasparenza, gravi criticità/carenze.

L'Azienda intende promuovere la **formazione e l'aggiornamento del personale** sui rischi corruttivi e sugli obblighi di trasparenza, in conformità alla **I. n. 190/2012**, al **d.lgs. n. 33/2013** e al **PNA ANAC**, al fine di diffondere una cultura della legalità e della responsabilità amministrativa poiché In assenza di **procedure operative e sistemi di verifica efficaci**, le misure di prevenzione risultano parziali e le criticità rischiano di permanere.

Si intende rafforzare l'assetto organizzativo dedicato alla funzione di RPCT, attraverso la valorizzazione e l'investimento sul personale interno, nonché mediante l'adozione degli atti necessari alla tempestiva individuazione e nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in previsione della messa in quiescenza dell'attuale incaricato che avverrà nel corso dell'anno 2026.

Tale scelta è finalizzata ad assicurare continuità, presidio effettivo delle funzioni, monitoraggio costante degli adempimenti e miglioramento complessivo della qualità dei processi di trasparenza e prevenzione del rischio corruttivo.

3.3.1 Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza - Triennio 2026- 2028

Il Piano Triennale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza anni 2026-2028, aggiornato dal Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT) aziendale, Dott. Francesco Giorgi, è riportato integralmente nell'allegato 1.

3.4 PIANI DI MIGLIORAMENTO

3.4.1 Piano delle Azioni Positive

Nell'ambito della programmazione aziendale ed in particolare nel contesto del Valore Pubblico, un ruolo fondamentale è riconosciuto alla promozione delle pari opportunità attraverso il Piano delle Azioni Positive. Detto piano rappresenta un documento programmatico, finalizzato all'adozione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro, che precisa obiettivi, azioni e tempi per realizzare progetti mirati all'attuazione delle pari opportunità, al contrasto di ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere in ambito lavorativo. Questa ASL è, al momento della redazione del presente programma, alla prima stesura di tali Azioni. Per quanto concerne il Comitato Unico di Garanzia (CUG), è stato costituito con deliberazione n 652 del 31/07/2025.

Le azioni positive previste nei PAP, secondo la disposizione normativa del 196/2000, consistono in misure temporanee speciali che mirino a rimuovere gli ostacoli che impediscono un'effettiva parità nelle condizioni di partenza tra donne e uomini.

Il primo fondamento di ogni azione positiva, dunque, è quello costituzionale, rintracciabile nell'art. 3, c. 2, (principio di eguaglianza sostanziale) della Costituzione. Il diritto dell'Unione Europea ha aperto la strada ad una più forte considerazione della necessità di promuovere l'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze anche nelle politiche per il lavoro, e relative ai lavoratori e alle lavoratrici.

Il riferimento va in particolare alla direttiva del Parlamento e del Consiglio europeo 2006/54/CE, ove si sottolinea l'importanza dello stimolo che le Pubbliche Amministrazioni possono e debbono fornire nello svolgere un ruolo propositivo e propulsivo per la promozione e la concreta realizzazione dei principi di pari opportunità e valorizzazione delle differenze nelle politiche del personale.

Tale direttiva rappresenta un vero e proprio "testo unico" comunitario: essa, infatti, fa confluire in un unico testo la disciplina comunitaria relativa alla parità retributiva (dir. 75/117), alla parità nelle condizioni di lavoro (dir. 76/2007), alla parità nei regimi professionali e sulla sicurezza sociale (dir.86/378, modificata nel 1996), e all'onere della prova nelle discriminazioni (dir. 97/80).

La direttiva è attuata in Italia con il d.lgs. n. 5/2010. Proprio il d.lgs. n. 198/2006 impone a tutte le pubbliche amministrazioni di adottare un piano triennale di azioni positive per la realizzazione delle pari opportunità (art. 48, di seguito PAP).

L'ASL di Frosinone, tenuto conto della propria complessità istituzionale, ritiene opportuno conformarsi ai principi di tale normativa dotandosi di un piano di azioni positive che risponda alle necessità di tutte le componenti della propria comunità in cui sono previste diverse professionalità.

Indicazioni sui contenuti dei PAP provengono in parte già dal decreto del 2006. Alcune specificazioni per quanto attiene la redazione del PAP provengono dalla direttiva emanata il 23 maggio 2007 dal Ministero per le Riforme e Innovazioni nella P.A. e dal Ministro per i Diritti e le Pari Opportunità. Essa sottolinea l'importanza dell'impulso che le pubbliche amministrazioni possono fornire nello svolgimento di un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche lavorative interne. La direttiva a tal fine individua precisi strumenti quali:

- l'aumento della presenza di donne nelle posizioni di vertice;
- lo sviluppo di buone pratiche finalizzate a valorizzare l'apporto delle lavoratrici e dei lavoratori;
- lo sviluppo di politiche di gestione delle risorse umane orientate al genere.

Inoltre, la direttiva del 4 marzo 2011, all'art. 3.2 in materia di compiti del CUG, stabilisce, tra quelli propositivi, che esso predisponga "piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne". Fondamento normativo di tale provvedimento è l'art. 21 della legge n. 183/2010, che ha modificato alcune disposizioni del testo unico del pubblico impiego in materia di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle Amministrazioni Pubbliche.

Va sottolineato che attualmente il decreto del 2001, proprio a seguito della modifica operata nel 2010, prevede che "le pubbliche amministrazioni garantiscono altresì un ambiente di lavoro improntato al benessere organizzativo", aprendo così lo spazio, anche per il PAP, all'introduzione di misure che non mirino soltanto a rimuovere possibili discriminazioni tra e nei confronti dei lavoratori, ma anche, positivamente, a migliorare e qualificare il benessere lavorativo.

L'art. 57 della l. n. 183/2010 attribuisce alle pubbliche amministrazioni il compito di costituire al proprio interno il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni. Infine, la recente Direttiva n. 2/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica, aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la Direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia e definisce le Linee Guida di indirizzo volte a dirigere le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione.

Con particolare riferimento al contesto di riferimento di questa Azienda si rinvia alla Scheda Anagrafica dell'Amministrazione.

Il Piano delle Azioni Positive 2026-2028, svilupperà 6 Aree di intervento:

1. STUDI E RICERCHE

Azione 1.1 - Analisi e Indicatori di genere. Report statistici (ad es. suddivisione del personale per genere, età, livello, tempo indeterminato e determinato, tipo di presenza (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%, ecc...))

2. POTENZIAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Azione 2.1 – Riguardo l'Ampliamento dell'area banner del Comitato Unico di Garanzia sul portale ASL Frosinone si specifica che nella sezione Comitati e Commissioni è pubblicato l'Atto di costituzione (deliberazione n. 652 del 31/07/2025).

Azione 2.2 - Formazione/informazione del CUG (costante informazione al CUG sui dati del personale dipendente, sulle misure inerenti alla conciliazione vita/lavoro; sulle misure per la tutela delle parità e sulle iniziative delle pari opportunità)

3. PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLA CULTURA DELLE PARI OPPORTUNITÀ E CULTURA DI GENERE

Azione 3.1 - Favorire iniziative di informazione e sensibilizzazione sui compiti e gli obiettivi del CUG

Azione 3.2 - Promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro (Seminari pari opportunità). Nel mese di novembre 2025 è stato realizzato il Corso di Formazione "Mai da Sole" volto alla promozione e sostegno alla cultura delle pari opportunità e cultura di genere realizzato coinvolgendo tutti gli Enti istituzionali (Magistratura, Avvocati, Forze dell'Ordine, Associazioni, ambiti territoriali sociali, ecc) che collaborano con i professionisti della ASL per le azioni di prevenzione, cura e presa in carico delle donne e di tutte le persone vittime di violenza, compresi i professionisti della ASL che spesso diventano destinatari di aggressioni, abusi verbali o minacce da parte di utenti e familiari.



4. CONCILIAZIONE TEMPI DI VITA

Azione 4.1 - Ricognizione delle forme flessibili di lavoro e dei permessi per la cura dei figli, dei disabili e delle persone anziane al fine di favorire politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro (applicazione diritti flessibilità lavorativa, lavoro agile, indagine per asilo nido).

5. BENESSERE ORGANIZZATIVO E SALUTE AMBIENTE DI LAVORO

Azione 5.1 - Promozione sani stili di vita – attenzione organizzativa e individuale verso sani stili di vita, promuovendo iniziative per agevolare informazione e consapevolezza nell’ottica della prevenzione e del benessere della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro.

6. CONTRASTO A FORME DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA

Azione 6.1 – Predisposizione nelle prossime annualità di un Codice di condotta per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale, mobbing ecc.

Il Piano delle Azioni Positive è pubblicato sul portale aziendale all’interno del presente PIAO. Nel periodo di vigenza sarà effettuato il monitoraggio delle azioni adottate con un report annuale. Saranno raccolti pareri, osservazioni, suggerimenti e possibili soluzioni ai problemi incontrati da parte del personale dipendente in modo da poter procedere, annualmente, se necessario, e, comunque, al termine del triennio, ad un adeguato aggiornamento.

La normativa di riferimento per la redazione del Piano delle Azioni Positive è la seguente:

A) Il contesto normativo nazionale

- Costituzione Italiana art. 3 "Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E’ compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese."
- Legge n. 125 del 10/04/1991 "Azioni per la realizzazione della parità uomo-donna nel lavoro"
- Legge n. 53 del 08/03/2000 "Disposizioni per il sostegno della maternità e della paternità, per il diritto alla cura e alla formazione e per il coordinamento dei tempi delle città"
- D.lgs. n. 165 del 30/03/2001 (art. 7-54-57) "Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"
- D.lgs. n. 198 del 01/04/2006 "Codice delle pari opportunità"
- Direttiva del 23/05/2007 del Ministro per le Riforme e Innovazioni nella Pubblica Amministrazione e del Ministro per i diritti e le pari opportunità "Misure per attuare pari opportunità tra uomini e donne nelle Amministrazioni Pubbliche"
- D.lgs. n. 150 del 27/10/2009 "Attuazione della L. 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"
- Legge n. 183 del 04/11/2010 (art. 21) "Deleghe al Governo in materia di lavori usuranti, di riorganizzazione di enti, di congedi, di aspettative e permessi, di ammortizzatori sociali, di servizi per l’impiego, di incentivi all’occupazione, di apprendistato, di occupazione femminile, nonché misure contro il lavoro sommerso e disposizioni in tema di lavoro pubblico e di controversie di lavoro"
- Direttiva del 4 marzo 2011 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l’Innovazione e del Ministro per le Pari Opportunità "Linee Guida sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni"

- Legge n. 124 del 7/8/2015 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”
- Direttiva n. 3/2017 del Presidente del Consiglio dei Ministri (PCM) che reca “indirizzi per l’attuazione dei commi 1 e 2 dell’articolo 14 della Legge 7 agosto 2015, n. 124 e linee guida contenenti regole inerenti all’organizzazione del lavoro finalizzate a promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro dei dipendenti”
- Direttiva n. 2/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica, definisce indirizzi e modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia e linee Guida volte a dirigere le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione.

B) Il contesto europeo

- Direttiva 2000/43/CE che attua il principio della parità di trattamento fra le persone indipendentemente dalla razza e dall'origine etnica.

3.4.2 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)

La ASL di Frosinone intende promuovere un’organizzazione delle cure orientata al superamento della frammentazione e della disomogeneità dei processi assistenziali, attraverso l’adozione di PDTA centrati su condizioni di salute di particolare rilevanza epidemiologica. I PDTA vengono concepiti come percorsi integrati, calibrati sulle specifiche necessità del paziente e orientati agli standard di evidenza e alle migliori pratiche clinico-assistenziali, con l’obiettivo di garantire continuità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni offerte su tutto il territorio aziendale.

La ASL ha strutturato un approccio programmatico

- **Progettazione e formalizzazione dei PDTA**

I percorsi sono sviluppati da Gruppi di Lavoro tematici multidisciplinari, che coinvolgono diverse professionalità e unità operative, favorendo l’integrazione tra ospedale e territorio. La progettazione considera linee guida nazionali e internazionali, evidenze scientifiche aggiornate e specificità epidemiologiche locali. Sono già stati formalizzati nel 2025, tra gli altri: PDTA Demenze (Deliberazione n. 254 del 08/04/2025), PDTA Assistenza Penitenziaria (Deliberazione n. 118 del 13/02/2025)

Nell’anno 2026 l’attività riguarderà la definizione e l’aggiornamento dei PDTA relativi alle principali aree cliniche individuate, tra cui patologie della tiroide, cefalea, tumore del colon-retto, tumore del polmone, nonché le malattie rare, assicurando un approccio multidisciplinare e orientato alla presa in carico del paziente

- **Monitoraggio operativo e raccolta dati**

Per ciascun PDTA, la ASL ha implementato meccanismi di monitoraggio basati su indicatori di processo, esito e performance, finalizzati a rilevare tempestivamente eventuali ostacoli

organizzativi o criticità nell'applicazione dei percorsi. L'analisi dei flussi informativi aziendali (SIO, SIAS, SIES) consente di misurare l'efficacia dei PDTA esistenti e di raccogliere feedback dai referenti clinici, dagli operatori coinvolti e dagli utenti, generando evidenze utili a guidare eventuali interventi correttivi o di potenziamento.

- Revisione e aggiornamento continuo

I PDTA sono soggetti a revisioni periodiche, che tengono conto sia dei dati di monitoraggio che delle nuove evidenze scientifiche, delle linee guida aggiornate e delle best practice nazionali e internazionali. Questo processo garantisce che i percorsi rimangano coerenti con le conoscenze più recenti, rispondano ai bisogni emergenti della popolazione e siano costantemente orientati al miglioramento della qualità assistenziale.

Nell'anno 2026 verrà attuata la revisione e l'aggiornamento dei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA) già adottati, con particolare riferimento ai PDTA relativi a ipertensione, diabete, BPCO e al percorso per la presa in carico delle donne vittime di violenza, nonché a tutti i percorsi che richiedano un aggiornamento a seguito dell'evoluzione delle linee guida cliniche o delle criticità emerse nei processi assistenziali.

Tale attività è finalizzata a garantire appropriatezza clinica, uniformità dei comportamenti assistenziali e miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle cure, in un'ottica di integrazione multiprofessionale e continuità assistenziale.

Parallelamente, la ASL promuoverà una formazione diffusa e continua sugli stessi PDTA, al fine di garantire la diffusione della conoscenza interna e esterna all'Azienda, l'armonizzazione delle pratiche tra i professionisti e la sostenibilità del modello integrato ospedale-territorio. Tra le iniziative formative del 2025 si annoverano webinar specifici sui PDTA Assistenza Penitenziaria e Tumori Testa-Collo, nonché corsi frontali su Transitional Care verso RSA, Cure Palliative e ADI.

4 SEZIONE C – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

4.1 Programmazione dei fabbisogni di personale 2025-2027

La programmazione del Piano Triennale del Fabbisogno di personale 2026 – 2028 è stata predisposta tenendo conto:

- delle dinamiche indotte dall'emergenza sanitaria Covid e dalla necessità di potenziare i profili sanitari a supporto delle unità operative impegnate in Dipartimenti strategici, con l'obiettivo di ridurre le liste di attesa, abbattere le Prestazioni Aggiuntive, recuperare le prestazioni non erogate durante la pandemia e riorganizzare l'offerta assistenziale, potenziando l'area dell'assistenza ospedaliera e territoriale.
- della pianificazione delle assunzioni già autorizzate, ma che la scrivente Azienda completerà nel corso dell'attuazione del presente Piano, tenuto altresì conto delle predette carenze storiche di alcune professionalità, tra cui professionalità mediche (Medicina d'Emergenza Urgenza, Anestesia e Rianimazione, Radiodiagnostica, Ginecologia e Ostetricia, Pediatria e Psichiatria) e del comparto sanitario. E' importante sottolineare pertanto che l'andamento delle assunzioni di personale medico e comparto sanitario nel corso del tempo, nelle more dell'espletamento delle relative procedure concorsuali e dell'effettiva assunzione, ***comporta una conseguente spesa per prestazioni professionali da parte di liberi professionisti ed un acquisto di prestazioni da parte di personale dipendente.***
- delle assunzioni per implementare i servizi previsti dal PNRR, potenziando la sanità territoriale, al fine di incrementare i servizi di presa in carico e prevenzione precoce delle patologie soprattutto delle fasce d'età più avanza, che a fine anno 2025 non sono state ancora completate a causa dell'assenza di graduatorie concorsuali utilizzabili.
- della programmazione di nuove attività;
- delle assunzioni, autorizzate e non completate;
- nel rispetto dei fabbisogni per la copertura dei posti in consistenza che si rendono vacanti per cessazioni.

Le cessazioni registrate nell'anno 2025 sono state ricondotte alle seguenti macrocategorie:

- collocamenti a riposo (raggiunti limiti ordinamentali o requisiti pensionistici);
- dimissioni volontarie;
- mobilità verso altre Aziende/Enti del Servizio Sanitario;
 - altre cause (es. scadenze contrattuali, decessi, ecc.);

Le previsioni assunzionali sono state sviluppate assumendo come dato di partenza le **cessazioni** avvenute nell'anno 2025 e presunte nell'anno 2026 a partire dal 1° gennaio 2026.

Di seguito si riporta un prospetto dove si sintetizza le cessazioni avvenute nell'anno 2025 e le presunte previste nel corso dell'anno 2026:

PROSPETTO CESSAZIONI			
ANNO 2025 (2° SEMESTRE)	DIRIGENZA	COMPARTO	Analisi delle cessazioni 2° semestre - anno 2025 "certe".
	27	69	TOTALE 96
ANNO 2026	DIRIGENZA	COMPARTO	revisione puntuale delle cessazioni inerente all'anno 2026 concernenti l'anzianità contributiva e raggiungimento limiti di età e quelle già intervenute alla data della rilevazione.
	107	81	TOTALE 188

Le cessazioni 2025 hanno determinato:

- aumento della pressione sui turni;
- riduzione della capacità produttiva (prestazioni, sedute operatorie, attività ambulatoriale);
- incremento dei tempi di attesa e criticità nel rispetto degli standard di continuità assistenziale;
- maggiore ricorso a soluzioni organizzative temporanee (rimodulazioni, accorpamenti, sospensioni selettive).

Le cessazioni presunte 2026, se non compensate, possono determinare rischi di discontinuità dei servizi ospedalieri per acuti e dei percorsi tempo-dipendenti, riduzione della capacità di presa in carico territoriale e domiciliare, ulteriore incremento di liste/tempi di attesa e stress organizzativo e burn-out, con effetti indiretti su ulteriori dimissioni.

L'Azienda riscontra criticità specifiche nel reclutamento di Dirigenza Medica in alcune discipline, legate a:

- difficoltà ad attivare o concludere tempestivamente procedure concorsuali (tempi tecnici, adempimenti, esiti non risolutivi);

- assenza/esaurimento di graduatorie concorsuali vigenti o immediatamente utilizzabili;
- difficoltà di reperimento di graduatorie di altre Aziende del SSR, per indisponibilità, esaurimento o non piena compatibilità/validità;

In presenza di discipline caratterizzate da comprovata difficoltà di reclutamento e di rischio di discontinuità assistenziale, l'Azienda valuta – nei casi consentiti dalla normativa vigente e secondo criteri oggettivi – il trattenimento in servizio di unità di Dirigenza Medica come misura eccezionale e temporanea.

Per il 2025 le cessazioni, per la gran parte, riguardano il personale afferente sia all' Area dei Professionisti della Salute – Profili professionali del ruolo sanitario che Amministrativo.

Nella presente programmazione delle cessazioni, presunte anno 2026, occorre considerare che eventuali modifiche legislative agli attuali requisiti pensionistici, ad oggi non note, potrebbero alterare le analisi previste.

Personale in servizio al 31 dicembre 2025

Disciplina/Qualifica	Personale a tempo indeterminato al 31 dicembre 2025	Personale a tempo determinato al 31 dicembre 2025	ORE SPECIALISTICA AMB	Incarichi art 7 c. 6 dlgs 165/2001
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA			51	
ANATOMIA PATOLOGICA	9			
ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	40	13		24
CHIRURGIA GENERALE	37			5
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	3	1		
CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA ED ESTETICA				1
CHIRURGIA VASCOLARE	1			
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	4		152	
DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO OSPEDALIERO	2			
EMATOLOGIA	12	1		
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO			74,5	
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	4			

GASTROENTEROLOGIA	15		65	
GERIATRIA	9		151	
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	30	1	142	1
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	9	1	76	
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	38		393,5	4
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	12		143,5	
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	6			2
MEDICINA DEL LAVORO	5		63	
MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO FISICO			24	
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	34	4		19
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	5		127	
MEDICINA INTERNA	36	4	36	2
MEDICINA LEGALE	5		38	
MEDICINA NUCLEARE	3			
MEDICINA PENITENZIARIA	2			
MEDICO ALTRE SPECIALIZZAZIONI			69	2
NEFROLOGIA	22			
NEUROCHIRURGIA	9			
NEUROLOGIA	11	1	205	3
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	3	1	152	
ODONTOIATRA	1		138	
OFTALMOLOGIA	12		267,5	
ONCOLOGIA MEDICA	14		38	
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	20			
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	13	4	58	5
OTORINOLARINGOIATRIA	15		80	
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	5		36	
PEDIATRIA	19		71	6
PSICHIATRIA	26		153	11
RADIODIAGNOSTICA	45		256	
RADIOTERAPIA	5			
REUMATOLOGIA			29	
UROLOGIA	9		80	
VETERINARIO	65			
DIABETOLOGIA	2		165	
MEDICINA TRASFUSIONALE	10			1

NEONATOLOGIA	3			1
FARMACISTA	25			
BIOLOGO	17			2
DIRIGENTE PROF. SANIT. AREA SOCIALE	1			
DIRIGENTE PROF. SANIT. INFERMIERISTICHE	2			
DIRIGENTE PROF. TECNICO SANITARIE	1			
FISICO	2	1		
PSICOLOGO	69		98	3
AVVOCATO/PROCURATORE LEGALE	2			
INGEGNERE	5	1		
SOCIOLOGO	1			
STATISTICO	1			
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	13			
INFERMIERE	1985	29		
PUERICULTRICE	2			
OSTETRICA	71	4		7
ASSISTENTE SANITARIO	4			
DIETISTA	8			
ODONTOTECNICO	1			
TECNICO AUDIOMETRISTA	2			
TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOL. E PROFUSIONE CARDIOVASC.	1			
TECNICO DI NEUROFISIOPATOLOGIA	4			
TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	116			
TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	84			
EDUCATORE PROFESSIONALE	4			
FISIOTERAPISTA	73			
LOGOPEDISTA	26			
ORTOTTISTA	1			
TECNICO DELLA RIABILITAZIONE PSICHIATRICA	4			3
TERAPISTA DELLA NEURO E PSICOMOTRICITÀ DELL'ETÀ EVOLUTIVA	18			
TERAPISTA OCCUPAZIONALE	4			
TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	98			
ASSISTENTE SOCIALE	57			1
ASSISTENTE TECNICO	7	3		
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	39			

COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	4			
OPERATORE TECNICO	52			
OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	3			
OSS - (OPERATORE SOCIO SANITARIO)	378	17		
PROGRAMMATORE	9			
ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	56			
COADIUTORE AMMINISTRATIVO	132			
COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	72			
COMMESSE	12			
	4096	86	3432	103

Criteri e modalità di reclutamento del personale applicati nell'anno 2025/2026.

- o Procedura di stabilizzazione di cui all'art. 1, comma 268, lettera b) della Legge 234/2021 e s.m.i.;
- o Decreto – Legge 29 dicembre 2022, n. 198 convertito con modificazioni, dalla Legge 24 febbraio 2023, n. 14 (comma 9 – septiesdecies);
- o Legge 350/2003, art. 3 comma 61 (le Amministrazioni pubbliche possono reclutare le risorse umane attraverso l'utilizzo delle graduatorie vigenti approvate da altre Amministrazioni con un accordo che può avvenire anche ex post rispetto al momento dell'indizione della procedura concorsuale e/o della formale approvazione della graduatoria.
- o Mobilità a compensazione;
- o Applicazione art. 42 bis del D.Lgs.
- o Mobilità ai sensi dell'art. 30, c.2 – bis del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.;
- o Comandi nei limiti dei contingenti previsti dalla normativa vigente;
- o Assunzioni obbligatorie della Legge 68/99;
- o Incarichi a tempo determinato;
- o Contratti di natura Libero Professionale (ART. 7 C. 6 DLgs 165/2001);

ASSUNZIONI- TEMPO INDETERMINATO – anno 2025/2026.

Il reclutamento delle unità individuate con il Piano Triennale dei Fabbisogni 2025 – 2026, a seguito di preventive autorizzazioni regionali, sarà effettuato con le seguenti modalità:

- Scorrimento di graduatorie disponibili delle Aziende Sanitarie – Regione Lazio;
- Utilizzo graduatorie concorsuali vigenti;
- Reclutamento mediante mobilità;
- Reclutamento dalle procedure concorsuali concluse e/o in fase avanzata di espletamento;
- Attivazione accordo ex art. 3, comma 61, Legge 24 dicembre 2003, n. 350;
- Processo di stabilizzazione ai sensi dell'ex art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021 e s.m.i.(personale di ruolo sanitario e degli operatori socio – sanitari, compresi quelli non più in servizio, che abbiano maturato al 31 dicembre 2025 alle dipendenze di un ente del SSN almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 31 dicembre 2024. Conclusione dei percorsi di stabilizzazione entro il I° Trimestre 2026;
- Procedura con il Centro per l'Impiego (assunzioni obbligatorie – Legge 68/99);

Occorre evidenziare che i tempi procedurali di reclutamento, non sempre governabili e, di fatto, condizionati da fattori variabili, come ad esempio tempi di espletamento dei concorsi e di scorrimento delle graduatorie, ha comportato già nel 2025, e potrà comportare nel 2025 lo scivolamento delle assunzioni.

Sono in corso le modalità più celeri per l'acquisizione delle risorse, di seguito menzionate, mediante indicazione di procedure selettive ovvero mediante lo scorrimento di valide graduatorie concorsuali di altre Aziende.

IL FABBISOGNO PERSONALE

Il fabbisogno di personale previsto per l'anno 2026 è definito dall'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone al fine di garantire la continuità, l'efficacia e l'appropriatezza dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La programmazione tiene conto della dotazione organica autorizzata, del personale in servizio al 31 dicembre 2025, nonché delle cessazioni previste e dei nuovi fabbisogni derivanti dall'evoluzione dei modelli organizzativi.

Unità di fabbisogno di personale 2026 - 2028 - COMPARTO				
AREA	PROFILO PROFESSIONALE	Numero di unità di assunzione - ANNO 2026	Assunzione per turn - over 100% - ANNO 2027	Assunzione per turn - over 100% - ANNO 2028
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	PROFILI PROFESSIONALI DEL RUOLO SANITARIO			
	COLL.PROF.SAN. INFERMIERE	153	35	50
	COLL.PROF.SAN. OSTETRICA	10	1	
	COLL.PROF.SAN. DIETISTA	1		
	COLL.PROF.SAN. ASSISTENTE SANITARIO	2		
	COLL.PROF.SAN. - IGIENISTA DENTALE	3		
	COLL.PROF.SAN. TECNICO DI FISIOPATOLOGIA CARDIOCIRCOL. E PROFUSIONE CARDIOVASC.	3		1
	COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI LABORATORIO BIOMEDICO	10	3	4
	COLL.PROF.SAN. TECNICO SANITARIO DI RADIOLOGIA MEDICA	39	2	6
	COLL.PROF.SAN. EDUCATORE PROFESSIONALE	10		1
	COLL.PROF.SAN. FISIOTERAPISTA	20	3	2
	COLL.PROF.SAN. AUDIOMETRISTA	2		
	COLL.PROF.SAN. ORTOTTISTA - ASSISTENTE DI OPTALMOLOGIA	3		
	COLL.PROF.SAN. PODOLOGO	2		
	COLL.PROF.SAN. TERAPISTA OCCUPAZIONALE	4		
	COLL.PROF.SAN. TECNICO DELLA NEUROFISIOPATOLOGIA	2		
	COLL.PROF.SAN. TECNICO DELLA PREVENZIONE NELL'AMBIENTE E NEI LUOGHI DI LAVORO	3	2	4
	PROFILI PROFESSIONALI DEL RUOLO SOCIO - SANITARIO			
	ASSISTENTE SOCIALE	37	6	6
	PROFILI PROFESSIONALI DEL RUOLO TECNICO			
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE	2		
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INGEGNERE/ARCHITETTO	1		
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INGEGNERE INFORMATICO	1		
	COLLABORATORE TECNICO PROFESSIONALE - INFORMATICO	4		
AREA DEGLI ASSISTENTI	ASSISTENTE TECNICO	7		1
AREA DEL SUPPORTO	OPERATORE TECNICO	5	1	1
AREA DEGLI OPERATORI	OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO	2	1	
	OSS - (OPERATORE SOCIO SANITARIO)	75	9	11
PROFILI PROFESSIONALI DEL RUOLO AMMINISTRATIVO				
AREA DEI PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO PROFESSIONALE	38	8	10
AREA DEGLI ASSISTENTI	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	38	4	5
TOTALE		464	75	102

UNITA' DI FABBISOGNO PERSONALE PERSONALE DIRIGENZIALE			
PROFILO PROFESSIONALE	n. di unità di assunzione Anno 2026	Assunzione per turn - over 100% - anno 2027	Assunzione per turn - over 100% - anno 2028
ANATOMIA PATOLOGICA	3		
ANESTESIA, RIANIMAZIONE, TERAPIA INTENSIVA E DEL DOLORE	27	4	
CHIRURGIA GENERALE	13	2	2
CHIRURGIA VASCOLARE	1		
EMATOLOGIA	2		
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL METABOLISMO	1		
FARMACOLOGIA E TOSSICOLOGIA CLINICA	1	1	
GASTROENTEROLOGIA	5		

GENETICA MEDICA	1		
GERIATRIA	11	1	
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	10	4	
IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	1		
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	13	2	
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	9	2	
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	3		
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	3		
MEDICINA DEL LAVORO	5		
MEDICINA DELLO SPORT E DELL'ESERCIZIO FISICO	0		
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	32	2	
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA	6		
MEDICINA INTERNA	11	2	
MEDICINA LEGALE	1		
MEDICINA NUCLEARE	2		
MEDICINA TRASFUSIONALE	1		1
MEDICINA PENITENZIARIA	1		
MEDICINA TERMALE	0		
MICROBIOLOGIA E VIROLOGIA	4		
NEFROLOGIA	13	1	1
NEONATOLOGIA	1		
NEUROCHIRURGIA	8		
NEUROLOGIA	3		
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	2		
ODONTOIATRA	1		
OFTALMOLOGIA	4	3	
ONCOLOGIA MEDICA	9	1	
ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	18	6	
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	7		1
OTORINOLARINGOIATRIA	1		
PATOLOGIA CLINICA E BIOCHIMICA CLINICA	1		1
PEDIATRIA	24	3	1
PSICHIATRIA	20	2	
RADIODIAGNOSTICA	9	1	
RADIOTERAPIA	2		
UROLOGIA	6	1	
VETERINARIO	13	9	1
FARMACISTA	7	1	
BIOLOGO	8	1	
CHIMICO	1		
PSICOLOGO	12	2	1
AVVOCATO /PROCURATORE LEGALE	0	1	
INGEGNERE	2		
SOCIOLOGO	1		
STATISTICO	0		
DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	4	1	
	344	53	9

PROCEDURE DI STABILIZZAZIONE

(EX ART. 1 COMMA 268 lett. b) DELLA LEGGE n. 234/2021 e s.m.i.)

Nel 2025 si riduce sensibilmente il ricorso a tempo determinato, per la gran parte legate alla emergenza Covid, il cui personale ha trovato una definitiva collocazione con le stabilizzazioni di cui si dettaglia di seguito nel rispetto della normativa attualmente vigente. I rapporti in essere, per i quali non è stato possibile procedere alla stabilizzazione, sono stati prorogati in regime di tempo determinato, anche in esecuzione dall'art. 1, comma 268 della Legge 234 del 2021 e s.m.i., che estende il termine per il completamento delle stabilizzazioni, in coerenza con il Piano Triennale dei Fabbisogni di personale, del personale del ruolo sanitario e del ruolo sociosanitario, anche qualora non più in servizio, fino al 31 dicembre 2025.

Per la scrivente Azienda è fondamentale poter investire sul capitale umano già formato e integrato nella realtà aziendale, assorbendo in forma stabile i contratti a tempo determinato e di collaborazione per far fronte alle carenze di personale ed alle mutate esigenze aziendali.

Nel corso dell'anno 2025 sono state stabilizzate n. 84 unità come dettagliatamente si riporta:

PROFILO PROFESSIONALE	NUMERO UNITA'
Infermiere – Area dei professionisti della salute e dei funzionari	57
Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	2
Terapista della neuro psicomotricità E.E. - Area dei professionisti della salute e dei funzionari	1
Operatore socio Sanitario – Area degli operatori	24
TOTALE UNITA'	84

L'Azienda ha attivato le procedure di stabilizzazioni delle seguenti figure professionali che si perfezioneranno nel 2026 (requisito specifico di stabilizzazione, 18 mesi al 31/12/2024):

PROFILO PROFESSIONALE	NUMERO UNITA'
Dirigente Medico – disciplina Medicina Interna	1
Dirigente Fisico	1
Infermiere – Area dei professionisti della salute e dei funzionari	29
Operatore Socio Sanitario – Area degli Operatori	17
totale	48

Incarichi Libero Professionali

E' opportuno evidenziare che nel piano assunzionale relativo all' anno 2025, questa Azienda ha incontrato delle difficoltà nel reclutamento di personale, in particolare dei Dirigenti Medici, solo in parte attuato dal ricorso a contratti di **incarichi libero professionali e a medici specializzandi** che, tuttavia, non hanno consentito di potenziare, in maniera strutturale e durevole le aree assistenziali storicamente carenti (Medicina d'emergenza urgenza, Anestesia e Rianimazione, Radiodiagnostica, Ginecologia e Ostetricia, Pediatria/Neonatologia, Radiologia, Psichiatria).

La carenza diffusa di personale sanitario e socio-sanitario e le difficoltà nelle procedure di reclutamento hanno assunto ormai livelli preoccupanti, e si ripercuote sui fabbisogni assunzionali sempre crescenti che vanno a sommarsi a quelli legati al normale turn – over per quiescenza o per cessazioni, ovvero derivanti dalle procedure di mobilità di personale tra le diverse aziende.

Con il PTFP 2026 – 2028 si cercherà di focalizzare l'attenzione sulle principali criticità, con l'obiettivo di assicurare la funzionalità delle strutture operative assistenziali e territoriali con azioni mirate al recupero dei livelli delle prestazioni erogate negli anni passati.

L'Azienda riserva il ricorso all'istituto del comando e dell'assegnazione temporanea esclusivamente ai casi previsti dalla normativa vigente e compatibilmente con le modalità ed i limiti nella stessa previsti, tenuto conto delle esigenze di servizio.

L'evoluzione demografica del territorio evidenzia un progressivo invecchiamento della popolazione, un aumento della prevalenza di patologie croniche e multi-morbilità e una crescente domanda di assistenza continuativa e personalizzata. Tali fattori incidono direttamente sulla domanda di servizi sanitari e determinano una pressione costante sull'assistenza ospedaliera, in particolare sui reparti per acuti.

In questo contesto, il rafforzamento dell'assistenza territoriale rappresenta una risposta strutturale e non più rinviabile, in grado di intercettare precocemente i bisogni di salute e ridurre il ricorso inappropriato al ricovero ospedaliero.

Nell'ambito del PIAO 2026–2028, l'Azienda prevede un incremento programmato del fabbisogno di personale in relazione all'attuazione del nuovo modello di assistenza territoriale, basato sull'apertura e sulla progressiva messa a regime delle **Case di Comunità (12)** e degli **Ospedali di Comunità (6)**. Tale previsione si rende necessaria in considerazione della profonda

trasformazione strutturale e funzionale dell'assistenza territoriale, che comporta nuovi assetti organizzativi, nuovi standard di servizio e un diverso ruolo del territorio nel sistema sanitario.

Il Decreto Ministeriale 77/2022 ridefinisce il modello dell'assistenza territoriale del Servizio Sanitario Nazionale, introducendo strutture organizzative dedicate e standard assistenziali orientati alla prossimità, all'integrazione multiprofessionale e alla continuità delle cure.

In particolare, il DM 77 individua le Case di Comunità come il punto di accesso unitario ai servizi territoriali, con funzioni di accoglienza, orientamento, presa in carico e coordinamento dei percorsi assistenziali, mentre gli Ospedali di Comunità sono configurati come strutture intermedie tra ospedale per acuti e territorio, destinate a pazienti che necessitano di assistenza sanitaria a bassa intensità clinica ma non appropriata al domicilio.

L'attivazione delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità comporta un cambiamento sostanziale nell'organizzazione dell'assistenza territoriale, che evolve da un modello prevalentemente prestazionale a un modello basato sulla presa in carico continuativa e sull'integrazione dei servizi sanitari e sociosanitari.

Tale trasformazione determina un ampliamento dei punti di erogazione, un'estensione delle fasce orarie di attività, una maggiore complessità gestionale e un incremento dei carichi assistenziali, in particolare per la gestione della cronicità, delle fragilità e delle dimissioni protette.

Alla luce del nuovo assetto organizzativo delineato dal DM 77/2022, l'incremento del fabbisogno di personale non può essere integralmente soddisfatto mediante la riallocazione delle risorse esistenti, ma richiede l'introduzione di nuove unità di personale dedicate.

L'incremento è finalizzato a garantire l'avvio e la piena operatività delle nuove strutture, assicurare la continuità assistenziale, sostenere la presa in carico territoriale e contribuire alla riduzione della pressione sull'assistenza ospedaliera per acuti.

L'aumento del fabbisogno riguarda in via prioritaria:

- Area dei Professionisti della Salute, in particolare infermieri con competenze territoriali, professionisti della riabilitazione e profili sanitari coinvolti nei percorsi di presa in carico;
- Area degli Operatori, con riferimento agli operatori socio-sanitari, a supporto della continuità assistenziale;
- Dirigenza Medica, nei limiti dei modelli organizzativi regionali, con funzioni di coordinamento clinico e integrazione ospedale-territorio;

- Personale amministrativo di supporto per la gestione dei flussi, delle agende e dei percorsi assistenziali.

L'incremento del personale è programmato in modo graduale nel triennio 2026–2028, in coerenza con il cronoprogramma di apertura delle strutture, con le autorizzazioni regionali e con i vincoli finanziari vigenti. La previsione è integrata nel Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale ed è oggetto di monitoraggio periodico nell'ambito del ciclo della performance.

La previsione di incremento del personale connessa all'apertura delle Case di Comunità e degli Ospedali di Comunità costituisce una scelta programmatoria necessaria e coerente con il DM 77/2022, finalizzata a garantire la continuità e l'appropriatezza dell'assistenza territoriale, il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e la sostenibilità complessiva del sistema sanitario.

SITUAZIONE PREVISIONALE CONCORSO DELLE UOC – UOSD – UOS

In coerenza con quanto contenuto nell'Atto Aziendale dell'Asl di Frosinone, approvato con deliberazione Regionale n. 650 del 31 luglio 2025, in considerazione che il sistema degli incarichi dirigenziali, unitamente alle norme che ne regolano la verifica e la valutazione, riveste una notevole valenza strategica per l'organizzazione aziendale e sia funzionale al raggiungimento degli obiettivi da salute previsti dalla programmazione sanitaria e/o sociosanitaria regionale, la Asl di Frosinone, a seguito di quanto disposto dalla Regione Lazio con nota prot. n. 1225877 del 12/12/2025, sta procedendo con l'indizione degli avvisi e al successivo conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, di struttura semplice dipartimentale e struttura semplice a tutt'oggi vacanti, di seguito riportati:

DIPARTIMENTO - AREA	DESCRIZIONE UNITA' OPERATIVA COMPLESSA	PROVVEDIMENTO
DIREZIONE GENERALE ED ORGANI DI STAFF	UOC AFFARI GENERALI	CCNL - AREA FUNZIONI LOCALI - avviso interno
DIPARTIMENTO DELLA LOGISTICA, SICUREZZA, PATRIMONIO, HTA E TRANSIZIONE DIGITALE	UOC PATRIMONIO	CCNL - AREA FUNZIONI LOCALI - avviso interno
	UOC INGEGNERIA CLINICA - HTA	CCNL - AREA FUNZIONI LOCALI - avviso interno
	UOC VIGILANZA - SICUREZZA - LOGISTICA	CCNL - AREA FUNZIONI LOCALI - avviso interno
DIREZIONE SANITARIA	UOC DIREZIONE PRESIDIO SORA	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
EMERGENZA E TECNOLOGIE INTEGRATE PER L'ANESTESIA E RIANIMAZIONE, SEPSI, INSUFFICIENZA D'ORGANO - PROCUREMENT TRAPIANTI - AREA CRITICA INTERPRESIDIO	UOC CARDIOLOGIA EMODINAMICA FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC TERAPIA INTENSIVA SORA	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)

	UOC CARDIOLOGIA CASSINO	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E METABOLICHE	UOC GASTROENTEROLOGIA FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC MEDICINA GENERALE CASSINO	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
MATERNI INFANTILE OSPEDALE TERRITORIO - Dipartimento Interpresidio	UOC PEDIATRIA SORA	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
NEUROSCIENZE E NEUROCHIRURGIA E ORGANI DI SENSO - Dipartimento Interpresidio	UOC OTORINOLARINGOIATRA CASSINO	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC UROLOGIA FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC CHIRURGIA PROTESICA APPARATO LOCOMOTORE CASSINO (ORTOPEDIA)	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
DIAGNOSTICA E TERAPIA AVANZATA ENDOLUMINALE E OPEN - Dipartimento Interpresidio	UOC PATOLOGIA CLINICA FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC RADIOLOGIA SORA	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC RADIOTERAPIA ONCOLOGICA SORA	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC RADIOLOGIA CASSINO	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
ASSISTENZA ALLA PERSONA, PRESA IN CARICO OLISTICA - Dipartimento Interpresidio	UOC PROFESSIONI SANITARIE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC PROFESSIONE SOCIALE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE – DIPARTIMENTO STRUTTURALE TRANSMURALE (OSPEDALE-TERRITORIO)	UOC SPDC FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC SALUTE MENTALE FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC PATOLOGIE DA DIPENDENZA FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' FROSINONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC PATOLOGIE DA DIPENDENZA SORA	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC SPDC CASSINO	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC SALUTE MENTALE CASSINO	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
DIPARTIMENTO DELLE FRAGILITÀ, MALATTIE RARE ED ORFANE	UOC ADI	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC RIABILITAZIONE TERRITORIALE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC GERIATRIA CASSINO	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC LUNGODEGENZA ALATRI	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI - Dipartimento Interpresidio Ospedale Territorio	UOC FARMACIA DELLA FUNZIONE TERRITORIALE E LOGISTICA	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	UOC IGIENE PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE E COMM. ALIMENTI ORIGINE ANIMALE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC ALLEVAMENTI E PRODUZIONE	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)
	UOC VACCINAZIONI	PROCEDURA CONCORSUALE (DPR 484/97)

Denominazione UOSD VACANTE	Dipartimento di appartenenza	UOSD
UOSD L. 194 ANAGNI	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE OSPEDALE TERRITORIO	1

UOSD CHIRURGIA ORTOPEDICA E TRAUMA ORTOPEDICO ALATRI	DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA, ROBOTICA AD ALTO IMPATTO SU APPARATO LOCOMOTORE E DI GENERE	1
UOSD CHIRURGIA ROBOTICA SORA	DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA, ROBOTICA AD ALTO IMPATTO SU APPARATO LOCOMOTORE E DI GENERE	1
UOSD OSPEDALE-TERRITORIO RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO CASSINO	DIPARTIMENTO CHIRURGIA ONCOLOGICA, ROBOTICA AD ALTO IMPATTO SU APPARATO LOCOMOTORE E DI GENERE	1
UOSD FARMACEUTICA CONVENZIONATA - AUDITING E CONTENZIOSO	DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	1
UOSD PROGRAMMAZIONE FLUSSI DISPOSITIVI E REPERTORI	DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI	1
UOSD CURE PALLIATIVE OSPEDALE E TERRITORIO SENZA DOLORE	DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE TERRITORIALE	1
UOSD PROMOZIONE DELLA SALUTE E COORDINAMENTO DEL PAP	DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE	1
UOSD MEDICINA DEI MIGRANTI	DIPARTIMENTO DELLE FRAGILITA', MALATTIE RARE ED ORFANE	1
UOSD NAD	DIPARTIMENTO DELLE FRAGILITA', MALATTIE RARE ED ORFANE	1
UOSD DIAGNOSTICA CARDIOVASCOLARE OSPEDALE TERRITORIO SORA	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E TECNOLOGIE PER L'ANESTESIA E RIANIMAZIONE, SEPSI, INSUFFICIENZA D'ORGANO - PROCUREMENT TRAPIANTI - AREA CRITICA INTERPRESIDIO	1
UOSD TERAPIA INTENSIVA ALATRI	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E TECNOLOGIE PER L'ANESTESIA E RIANIMAZIONE, SEPSI, INSUFFICIENZA D'ORGANO - PROCUREMENT TRAPIANTI - AREA CRITICA INTERPRESIDIO	1
UOSD TERAPIA SUBINT – SEPSI FROSINONE	DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E TECNOLOGIE PER L'ANESTESIA E RIANIMAZIONE, SEPSI, INSUFFICIENZA D'ORGANO - PROCUREMENT TRAPIANTI - AREA CRITICA INTERPRESIDIO	1
UOSD DIALISI SORA	DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E METABOLICHE	1
UOSD ORTO - GERATRIA ALATRI	DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E METABOLICHE	1
UOSD CHIRURGIA VASCOLARE FROSINONE	DIPARTIMENTO PER LA DIAGNOSTICA E TERAPIA AVANZATA ENDOLUMINALE E OPEN MEDICINA DI PRECISIONE	1
UOSD RADIOLOGIA DIAGNOSTICA PER IMMAGINI D'URGENZA ALATRI	DIPARTIMENTO PER LA DIAGNOSTICA E TERAPIA AVANZATA ENDOLUMINALE E OPEN MEDICINA DI PRECISIONE	1
UOSD RADIOLOGIA INTERVENTISTICA FROSINONE	DIPARTIMENTO PER LA DIAGNOSTICA E TERAPIA AVANZATA ENDOLUMINALE E OPEN MEDICINA DI PRECISIONE	1
TOTALE		18

Denominazione UOS VACANTI	Denominazione UOC DI AFFERENZA	UOS
UOS AVVOCATURA - VACANTE	UOC AFFARI GENERALI	1
UOS GESTIONE GIURIDICA E SVILUPPO R.U. - VACANTE	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	1
UOS CONTABILITA' E BILANCIO - VACANTE	UOC CONTABILITA' E BILANCIO	1
UOS STRUTTURE ACCREDITATE - VACANTE		1
UOS CICLO ATTIVO/PASSIVO - VACANTE		1
UOS CENTRO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA – CESC PER L'IMPIANTO DI PACEMAKER PROVVISORI E DEFINITIVI	UOC CARDIOLOGIA EMODINAMICA FROSINONE	1
UOS TI CURE PALLIATIVE OSP. E TERRITORIO SENZA DOLORE (ALATRI)	UOC TERAPIA INTENSIVA FROSINONE	1
UOS CENTRO DI ELETTROSTIMOLAZIONE CARDIACA – CESC PER L'IMPIANTO DI PACEMAKER PROVVISORI O DEFINITIVI	UOC CARDIOLOGIA SORA	1
UOS AREA CRITICA BOARDING	UOC MEDICINA URGENZA SORA	1
UOS ARITMOLOGIA	UOC CARDIOLOGIA CASSINO	1
UOS VALUTAZIONE CARDIOLOGICA NEI PAZIENTI CRONICI		1
UOS AREA CRITICA BOARDING	UOC MEDICINA URGENZA CASSINO	1
UOS IPERTENSIONE	UOC MEDICINA GENERALE FROSINONE	1
UOS DELLE PATOLOGIE INFETTIVE EMERGENTI HIV-HCV	UOC MALATTIE INFETTIVE FROSINONE	1
UOS CENTRO PER LO STUDIO DELLE MALATTIE DEL RICAMBIO METABOLICO DEL CALCIO (ALATRI)	UOC NEFROLOGIA FROSINONE	1
UOS PREVENZIONE – DIAGNOSI – CURA DELLE MALATTIE	UOC GASTROENTEROLOGIA (FR)	1

INFIAMMATORIE CRONICHE INTESTINALI (MICI)		
UOS DIAGNOSTICA ENDOLUMINALE GASTROENTEROLOGICA	UOC GASTROENTEROLOGIA CASSINO	1
UOS PREVENZIONE –DIAGNOSI-CURA DELL’ENDOMETRIOSI	UOC OSTETRICIA E GINECOLOGIA SORA	1
UOS AWAKE SURGERY	UOC NEUROCHIRURGIA FR	1
UOS MAXILLO FACCIALE	UOC OTORINOLARINGOIATRIA FR	1
UOS UNITÀ TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE (UTN)	UOC NEUROLOGIA FROSINONE	1
UOS MALATTIE NEURODEGENERATIVE CASSINO		1
UOS CHIRURGIA ROBOTICA	UOC CHIRURGIA GENERALE FROSINONE	1
UOS PREVENZIONE-DIAGNOSI-CURA DELL’APPARATO URO-GENITALE ALATRI	UOC UROLOGIA FR	1
UOS PRESA IN CARICO E PROTOCOLLO TERAPEUTICO TERRITORIALE (ANAGNI)	UOC ONCOLOGIA SORA	1
UOS CHIRURGIA LAPAROSCOPICA E TECNICHE MININVASIVE	UOC CHIRURGIA GENERALE CASSINO	1
UOS RACCOLTA EMOCOMPONENTI E AMBULATORIO TRASFUSIONALE	UOC SIMT FROSINONE	1
UOS LABORATORIO ANALISI URGENZE	UOC PATOLOGIA CLINICA FROSINONE	1
UOS NGS NEXT GENERATION GENOMICS (PROFILAZIONE GENOMICA)	UOC ANATOMIA PATOLOGICA FROSINONE	1
UOS PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE AREA OSPEDALIERA	UOC PROFESSIONI SANITARIE	1
UOS PROFESSIONI INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE AREA TERRITORIALE		1
UOS PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE		1
UOS PROFESSIONI DELLA RIABILITAZIONE		1
UOS PROFESSIONI DELLA PREVENZIONE		1
UOS CSM ALATRI	UOC SALUTE MENTALE FROSINONE	1
UOS SERD CECCANO	UOC PATOLOGIE DA DIPENDENZA FROSINONE	1
UOS RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' FROSINONE	UOC RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' FROSINONE	1
UOS CASA DI COMUNITA'	UOC DISTRETTO A	1
UOS CASA DI COMUNITA'	UOC DISTRETTO B	1
UOS GERIATRIA CENTRO DI STUDI COGNITIVI E DEMENZE (CDCD)*	UOC GERIATRIA CASSINO	1
UOS UNITÀ DI FRAGILITÀ IN ESORDIO EMERGENZIALE	UOC LUNGODEGENZA ALATRI	1
UOS Governo Farmaci e DM Sud	UOC FARMACIA CLINICA RETE OSPEDALIERA E PRODUZIONE	1
UOS Governo Farmaci e DM Nord		1
UOS UFA		1
UOS Assistenza farmaceutica territoriale diretta	UOC FARMACIA DELLA FUNZIONE TERRITORIALE E LOGISTICA	1
UOS Vigilanza e Farmacovigilanza		1
UOS SISP Sud	UOC SISP Nord	1
UOS IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	UOC IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	1
UOS SANITA' ANIMALE	UOC SANITA' ANIMALE	1
UOS IGIENE URBANA EVETERINARIA		1
	TOTALE	50

4.2 Valorizzazione

L' Azienda Sanitaria Locale di Frosinone riconosce il capitale umano quale fattore strategico per il perseguimento degli obiettivi di salute e di valore pubblico. Le politiche di gestione del personale sono orientate alla valorizzazione delle competenze professionali, al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e al benessere organizzativo



La valutazione del dipendente è un processo di comunicazione e di valorizzazione del personale che, in alcuni casi, ha anche un diretto collegamento con la progressione professionale o con il riconoscimento di risultato annuale e conferimenti di incarichi del personale del Comparto Sanità che ha introdotto il CCNL del 2 novembre 2022. Essa è finalizzata a mettere in evidenza le capacità e le potenzialità, al fine di utilizzare al meglio le competenze del personale e di consentire percorsi di sviluppo sia in senso verticale che orizzontale. In quanto processo, la valutazione si compone di varie fasi che costituiscono il rapporto tra valutato e valutatore. Le schede di valutazione sono solo lo strumento attraverso cui si dà espressione formale di un "rapporto" di valutazione che viene svolto durante tutto l'anno e che vede due attori principali: il valutato e il valutatore.

La valorizzazione del personale manageriale e professionale risulta un elemento di fondamentale importanza in un settore, come quello della salute. In assenza di un cambiamento profondo delle logiche e dinamiche, culturali e normative, che caratterizzano l'area di gestione del personale, è difficile pensare di promuovere in modo efficace il cambiamento nelle competenze e nella distribuzione dei compiti fra i diversi professionisti necessario per la trasformazione dei modelli di servizio e l'impiego di nuove tecnologie.

Le Progressioni Verticali consistono in un percorso di sviluppo professionale, riservato ai dipendenti dell'amministrazione, che prevede **il passaggio nell'area immediatamente superiore rispetto a quella di appartenenza, attraverso procedure di selezione interna,** ai sensi dell'art. 20 CCNL 2019/2021 Comparto Sanità.

Nell'anno 2025 si sono concluse, nei limiti delle risorse disponibili sulla base del Piano del Fabbisogno, le procedure della Progressione Verticale per le seguenti Aree:

- ❖ Dall'Area del Personale di supporto all'Area degli Operatori
- ❖ Dall'area degli operatori all'area degli Assistenti
- ❖ Dall'area degli Assistenti all'area dei Professionisti della Salute e Funzionari



DIFFERENZIALI ECONOMICI DI PROFESSIONALITA'



L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, con deliberazione n. 1024 del 05/12/2025 ha indetto la **Procedura di Progressione Economica "DEP 2025"** all'interno delle aree del personale del comparto per l'anno 2025;

L'attribuzione dei differenziali economici avviene tramite una procedura selettiva con graduatoria, definita a partire dal punteggio più alto ottenuto dai partecipanti. I criteri di selezione sono stabiliti dalla contrattazione integrativa aziendale.

Il nuovo sistema di differenziali economici di professionalità mira a:

- ✓ Riconoscere e valorizzare in modo più equo le competenze e l'esperienza dei dipendenti;
- ✓ Promuove la crescita professionale all'interno dell'organizzazione;
- ✓ Motivare il personale e incentivare la produttività;

I principali vantaggi del nuovo sistema per i lavoratori sono:

- ✓ Un sistema di progressione economica più trasparente e meritocratico;
- ✓ Un maggiore riconoscimento delle proprie competenze e professionalità;

Si riporta di seguito la proiezione in merito agli effetti dell'accordo con le OO.SS. circa i differenziali economici di professione per l'anno 2025.



DIFFERENZIALI ECONOMICI PROFESSIONALITA' 2025					
AREA	RUOLO	AVENTI DIRITTO	IDONEI	DEP	TOT.
PERSONALE DI SUPPORTO	<i>Tecnico</i>	64	32	700 €	22.400 €
	<i>Amministrativo</i>	80	40	700 €	28.000 €
OPERATORI	<i>Tecnico</i>	2	1	800 €	800 €
	<i>Amministrativo</i>	5	2	800 €	1.600 €
	<i>Socio Sanitario</i>	193	96	800 €	76.800 €
ASSISTENTI	<i>Tecnico</i>	8	4	1.000 €	4.000 €
	<i>Amministrativo</i>	28	14	1.000 €	14.000 €
	<i>Sanitario</i>	2	1	1.000 €	1.000 €
PROFESSIONISTI DELLA SALUTE E DEI FUNZIONARI	<i>Tecnico</i>	6	3	1.200 €	3.600 €
	<i>Amministrativo</i>	34	17	1.200 €	20.400 €
	<i>Socio Sanitario</i>	27	13	1.200 €	15.600 €
	<i>Sanitario</i>	1225	612	1.200 €	734.400 €
		1674	835	TOT. DEP	922.600 €

BILANCIO DI PREVISIONE ANNO 2026

Il Bilancio preventivo economico annuale 2026 è redatto in coerenza con gli atti di programmazione sanitaria ed economico-finanziaria aziendale e regionale

COSTO DEL PERSONALE		DATI DI BILANCIO ANNO 2024	DATI DI BILANCIO 2025 (DA PRECONSUNTIVO 2025)	BILANCIO DI PREVISIONE 2026
COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO SANITARIO	Personale Dirigente Medico	€ 77.692.370,28	€ 72.592.158,92	€ 76.534.077,06
	Personale Dirigente Non Medico	€ 10.574.376,86	€ 9.656.018,05	€ 11.630.301,09
	Totale	€ 88.266.747,14	€ 82.248.176,97	€ 88.164.378,15
COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	Personale Comparto ruolo sanitario – tempo indeterminato	€ 109.477.318,15	€ 118.113.229,27	€ 121.614.888,57
	Personale Comparto ruolo sanitario – tempo determinato	€ 5.649.437,35	€ 3.167.711,01	€ 3.325.337,54
	Totale	€ 115.126.755,50	€ 121.280.940,28	€ 124.940.226,11
COSTO DEL PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	Personale Dirigente Professionale	€ 695.522,53	€ 557.311,55	€ 555.632,07
	Personale Comparto ruolo professionale	€ 354.563,16	€ 380.729,52	€ 364.340,50
	Totale	€ 1.050.085,69	€ 938.041,07	€ 919.972,57
COSTO DEL PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	Personale Dirigente Tecnico	€ 299.486,12	€ 317.473,72	€ 309.089,58
	Personale Comparto ruolo Tecnico	€ 15.916.169,30	€ 18.115.392,34	€ 18.288.893,10
	Totale	€ 16.215.655,42	€ 18.432.866,06	€ 18.597.982,68
COSTO DEL PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	Personale Dirigente Amministrativo	€ 1.274.691,17	€ 1.306.989,48	€ 1.335.938,70
	Personale Comparto ruolo Amministrativo	€ 9.368.598,58	€ 9.365.753,27	€ 9.509.184,99
	Totale	€ 10.643.289,75	€ 10.672.742,75	€ 10.845.123,69

4.3 Il costo del personale 2024-2026

Il Piano del Fabbisogno deve rappresentare uno strumento flessibile e coerente con le effettive esigenze della Azienda, da elaborare nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica, con

indicazione delle risorse finanziarie destinate alla sua attenzione avendo rispetto dei relativi oneri a carico del bilancio aziendale).

Per quanto riguarda i costi del personale 2024 – 2026 si rinvia alla tabella sotto riportata:

COSTO DEL PERSONALE		DATI DI BILANCIO ANNO 2024	DATI DI BILANCIO 2025 (DA PRECONSUNTIVO 2025)	BILANCIO DI PREVISIONE 2026
COSTO DEL PERSONALE DIRIGENTE RUOLO SANITARIO	Personale Dirigente Medico	€ 77.692.370,28	€ 72.592.158,92	€ 76.534.077,06
	Personale Dirigente Non Medico	€ 10.574.376,86	€ 9.656.018,05	€ 11.630.301,09
	Totale	€ 88.266.747,14	€ 82.248.176,97	€ 88.164.378,15
COSTO DEL PERSONALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	Personale Comparto ruolo sanitario – tempo indeterminato	€ 109.477.318,15	€ 118.113.229,27	€ 121.614.888,57
	Personale Comparto ruolo sanitario – tempo determinato	€ 5.649.437,35	€ 3.167.711,01	€ 3.325.337,54
	Totale	€ 115.126.755,50	€ 121.280.940,28	€ 124.940.226,11
COSTO DEL PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	Personale Dirigente Professionale	€ 695.522,53	€ 557.311,55	€ 555.632,07
	Personale Comparto ruolo professionale	€ 354.563,16	€ 380.729,52	€ 364.340,50
	Totale	€ 1.050.085,69	€ 938.041,07	€ 919.972,57
COSTO DEL PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	Personale Dirigente Tecnico	€ 299.486,12	€ 317.473,72	€ 309.089,58
	Personale Comparto ruolo Tecnico	€ 15.916.169,30	€ 18.115.392,34	€ 18.288.893,10
	Totale	€ 16.215.655,42	€ 18.432.866,06	€ 18.597.982,68
COSTO DEL PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	Personale Dirigente Amministrativo	€ 1.274.691,17	€ 1.306.989,48	€ 1.335.938,70
	Personale Comparto ruolo Amministrativo	€ 9.368.598,58	€ 9.365.753,27	€ 9.509.184,99
	Totale	€ 10.643.289,75	€ 10.672.742,75	€ 10.845.123,69

L'obiettivo dell'azienda è gestire in via diretta, servizi, prestazioni e assistenza.

Tenuto conto di quanto esposto nella presente relazione, la programmazione per gli anni 2026, 2027 e 2028 si ispira agli obiettivi ed ai vincoli della programmazione regionale e nazionale perseguendo il rispetto del vincolo normativo in maniera di costo del personale.

Il PIAO 2026–2028 prevede pertanto un incremento programmato del fabbisogno di personale sanitario e sociosanitario, necessario a garantire la piena operatività delle nuove strutture territoriali e il rispetto dei LEA.

4.4 Formazione del personale

La ASL di Frosinone si avvale della leva formativa per dare valore al patrimonio di conoscenze e competenze professionali presenti in Azienda e svilupparne di nuove; in una visione sistemica della Formazione Aziendale è stato richiesto a tutte le Strutture aziendali di rilevare e definire il fabbisogno dei dipendenti assegnati, orientato a diversificare le azioni formative in funzione di specifici obiettivi per lo sviluppo di conoscenze e competenze e coerentemente formulare proposte formative. Sono al vaglio dell'ufficio competente le proposte formative per l'anno 2026, che confluiranno, in coerenza con i piani aziendali, nel Piano Annuale della Formazione.

Tale visione sistemica è perseguita con:

- lo sviluppo di un piano formativo che impatti significativamente sulle competenze in ambito manageriale e professionale, tenendo presente gli elementi di economicità, efficacia ed efficienza nella spesa dedicata;
- l'utilizzo delle metodologie didattiche attive;
- il sistema dedicato alla formazione permanente degli operatori di tutti i ruoli per le attività che confluiscono nei Piani:
 - Nazionale di Ripresa e Resilienza o Nazionale Territoriale (DM/77)
 - Regionale dell'Equità
 - Regionale per la Prevenzione
 - Regionale per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso.

Il Piano della formazione è uno degli strumenti aziendali dedicati alle politiche per lo sviluppo del personale che prevede specifiche attività necessarie a sostenere ed accrescere la professionalità e le competenze chiave dei professionisti. In linea con tali indicazioni, l'Azienda ritiene che la formazione costituisca un asset strategico fondamentale, quale principale leva per lo sviluppo e la crescita professionale del personale aziendale, che assume tanta più rilevanza in un contesto, quale quello sanitario, spiccatamente labour – intensive, fondato prevalentemente sulle risorse umane e sulla qualità dell'offerta.

La nuova Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14.01.2025 (https://www.funzionepubblica.gov.it/media/m0rkegdu/direttiva_ministropa_14012025_formazione.pdf) in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano segue i precedenti atti di indirizzo sul rafforzamento delle competenze (23 marzo 2023) e sulla misurazione e valutazione della performance (28 novembre 2023). *“Con questo nuovo atto di indirizzo vengono ribaditi i principi cardine della formazione, che costituisce una leva strategica per la crescita delle nostre persone e per le amministrazioni pubbliche”*.

Con la nuova direttiva sono indicati gli obiettivi, gli ambiti di formazione trasversali e gli strumenti a supporto della formazione del personale pubblico.

La formazione, come specificato nell'atto di indirizzo, è uno specifico obiettivo di performance, concreto e misurabile, che ciascun dirigente deve assicurare attraverso la partecipazione attiva dei dipendenti e a partire dal 2025 con una quota non inferiore alle 40 ore di formazione pro-capite annue.

In particolare, la direttiva individua quale responsabilità ai sensi dell'art. 21 del dlgs 165/01 il non rispetto delle direttive ed il mancato raggiungimento dei risultati per il dirigente preposto ad uffici dirigenziali con specifiche competenze in materia di gestione del personale.

Nella citata Direttiva sono contenute le indicazioni per usufruire agevolmente dei corsi di formazione senza costi aggiuntivi per l'azienda a partire dalla piattaforma Syllabus messa a disposizione dal Dipartimento delle Funzione Pubblica.

Per l'offerta formativa gratuita ed autonoma, è possibile altresì consultare SNA, Formez PA, Digital PA, IFEL, Accademia della Formazione della Fondazione Gazzetta Amministrativa della Rep. Italiana (GARI) e, per la formazione rivolta ai sanitari, Eduiss (dell'ISS).

Il rafforzamento delle competenze del personale pubblico costituisce uno dei principali strumenti per promuovere e implementare i processi di innovazione delle PA, rafforzare le competenze individuali dei singoli, in linea con gli standard europei e internazionali, e potenziare strutturalmente le amministrazioni pubbliche per innalzare l'efficienza e migliorare la qualità dei servizi erogati ai cittadini.

In tale direzione l'Azienda pone la formazione al centro dei propri processi di pianificazione e programmazione: tale attività deve essere necessariamente coordinata con i propri obiettivi programmatici e strategici di performance e deve trovare una piena integrazione nel ciclo della performance e con le politiche di reclutamento, valorizzazione e sviluppo delle risorse umane nella convinzione condivisa di quanto l'investimento sul capitale umano sia centrale per cogliere le sfide della transizione digitale e della sostenibilità ambientale lanciate dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

La formazione e l'aggiornamento delle competenze rappresentano per l'ASL di Frosinone un'opportunità irrinunciabile per la motivazione e valorizzazione delle professionalità che vi operano, necessaria alla promozione dello sviluppo e della crescita dell'Azienda nel suo complesso e a livello individuale di singoli dipendenti, in linea con quanto previsto dal PNRR secondo cui: "Sulle persone si gioca il successo non solo del PNRR, ma di qualsiasi politica pubblica indirizzata a cittadini e imprese".

L'attenzione dell'Azienda alla risorsa umana come capitale discende dalla consapevolezza di quanto la qualità dell'assistenza sia connessa alla competenza, alla responsabilità e alle capacità delle persone di cooperare e di relazionarsi con coloro che richiedono servizi e prestazioni sanitarie.

In tale ottica, attraverso il Piano della Formazione la ASL di Frosinone intende prestare sempre maggiore attenzione alla gestione e allo sviluppo della conoscenza e delle competenze al fine di consolidare, rafforzare e migliorare le competenze interne necessarie ad innalzare le performance e gli standard qualitativi erogati e a favorire il trasferimento e lo sviluppo di conoscenze e di buone pratiche ai propri professionisti.

4.4.1 Attività ECM

L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone è accreditata come Provider ECM Regionale presso la Regione Lazio, con ID n. 23. Il sistema ECM (Educazione Continua in Medicina) è un sistema che comprende l'insieme organizzato e controllato di tutte quelle attività formative, sia teoriche che pratiche, promosse da provider autorizzati a livello nazionale o regionale con lo scopo di mantenere elevata e al passo con i tempi la professionalità degli operatori in sanità.

Il sistema ECM è lo strumento per garantire la formazione continua finalizzata a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche e manageriali e a supportare i comportamenti dei professionisti sanitari, con l'obiettivo di assicurare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal Servizio Sanitario Nazionale in favore dei cittadini. Destinatari della Formazione Continua devono essere tutti i professionisti sanitari che direttamente operano nell'ambito della tutela della salute individuale e collettiva; devono essere acquisiti per ogni triennio 150 crediti per il personale sanitario, 60 crediti per assistenti sociali di cui almeno 15 per attività ed eventi formativi concernenti l'ordinamento professionale e la deontologia.

In altre parole, l'ECM è il processo attraverso il quale il professionista della salute si mantiene aggiornato per rispondere ai bisogni dei pazienti, alle esigenze del Servizio Sanitario e al proprio sviluppo professionale. La formazione continua in medicina comprende l'acquisizione di nuove conoscenze, abilità e attitudini utili a una pratica competente ed esperta.

I professionisti sanitari hanno l'obbligo deontologico di mettere in pratica le nuove conoscenze e competenze per offrire un'assistenza qualitativamente utile. Prendersi, quindi, cura dei propri pazienti con competenze aggiornate, senza conflitti di interesse, in modo da poter essere un buon professionista della sanità.

L'avvio del Programma nazionale di ECM nel 2002, in base al D. Lgs. 502/1992 integrato dal D. Lgs. 229/1999 che avevano istituito l'obbligo della formazione continua per i professionisti della sanità, ha rappresentato un forte messaggio nel mondo della sanità.

La nuova fase dell'ECM contiene molte novità e si presenta quale strumento per progettare un moderno approccio allo sviluppo e al monitoraggio delle competenze individuali.

La Conferenza Stato-Regioni ha approvato, il 2 febbraio 2017, il nuovo accordo sull'ECM dal titolo "La formazione continua nel settore salute", risultato del lavoro effettuato dalla Commissione nazionale per la formazione continua con tutti gli attori del sistema. Il nuovo testo, composto di 98 articoli, raccoglie e rende organiche le regole contenute nei precedenti accordi in materia di formazione continua, puntando ad elevare il livello di qualità della formazione erogata e a migliorare le performance del SSN, con l'intento di favorire una costante crescita culturale e professionale di ogni risorsa impegnata nel Sistema Salute.

Nello specifico, tra le novità introdotte dal suddetto accordo, oltre ai nuovi criteri per l'assegnazione dei crediti alla formazione ECM ed alla definizione del numero di crediti che costituiscono i nuovi obblighi formativi per tutti gli operatori del sistema, sono state individuate le possibili modalità di formazione, così come di seguito riportate:

- FAD (Formazione a distanza)
- FSC (Formazione sul campo)
- Formazione Residenziale, con lezioni in presenza.

Quest'ultima modalità è quella più utilizzata nei corsi ECM richiesti dalle Strutture della ASL Frosinone.

Ad ognuna delle tipologie identificate corrispondono specifiche indicazioni per il calcolo dei crediti. Va sottolineato, tuttavia, che in alcune circostanze, e soprattutto nei progetti formativi più impegnativi, le diverse tipologie di formazione possono essere integrate tra loro, con alternanza, ad esempio, di momenti di formazione residenziale, fasi di training, di ricerca, etc. Alcuni progetti, di fatto, non sono più classificabili come esclusivamente residenziali o di FSC o di FAD e, per questo, si usa il termine blended (sistema "misto"). In questi casi occorre scomporre il progetto nelle varie componenti e sommare i crediti attribuibili a ciascuna tipologia formativa.

In merito al dossier formativo ECM degli operatori sanitari dell'ASL Frosinone, allo stato attuale, esso viene desunto attraverso il portale gestionale ECM, il cui accesso e gestione spetta all'Ufficio aziendale competente.

Resta in capo ad ogni singolo operatore sanitario l'onere di registrarsi con proprie credenziali sul sito del Cogeaps (banca dati dell'Agenas), al fine di riscontrare il proprio storico formativo complessivo.

Obiettivi formativi

Gli obiettivi formativi di cui al fabbisogno formativo relativo agli operatori sanitari sono riconducibili ad almeno una delle seguenti macroaree previste nell'Accordo Stato-Regioni del 2.2.2017 con cui è stato approvato il documento "La formazione continua nel settore Salute", unitamente all'allegato "criteri per l'assegnazione dei crediti alle attività ECM":

-obiettivi tecnico-professionali:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico professionali individuali nel settore specifico di attività, ossia medico-specialistiche e delle diverse professioni sanitarie;

-obiettivi di processo:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie, quali le competenze relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni, con i cittadini e con gruppi di lavoro;

-obiettivi di sistema:

trattasi di obiettivi relativi allo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, quali le competenze relative alla modalità con cui le competenze tecnico-professionali vengono applicate nel proprio contesto di lavoro.

4.4.2 Eventi Formativi Aziendali realizzati nel 2025

Eventi formativi ECM

Gli eventi formativi ECM svolti nel 2025, alla data odierna sono stati: 31 eventi ECM accreditati nella piattaforma Agenas,

Di seguito si espongono le tematiche degli eventi formativi ECM svolti nel 2025:

Sono stati trovati 31 eventi

Cod. Evento	Ed	Tipo	Titolo	Sede	Inizio	Fine	St	Nr. Part.	Ore										
7417	1	FSC	CLINICA DEI CONTESTI ORGANIZZATIVI E COMUNITARI - FORMAZIONE SUL CAMPO - 2025 7° ANNUALITÀ SOSTEGNO ALLA PROGETTUALITÀ DEL GRUPPO PSICOANALITICO MULTI	SALA RIUNIONI DIREZIONE DSMPD	27/03/2025	18/12/2025	E	25	30										
7422	1	FSC	AUDIT CLINICO E ORGANIZZATIVO SISTEMA DELLE PATOLOGIE DA DIPENDENZA	SALA RIUNIONI DIREZIONE DSMPD	27/03/2025	18/12/2025	E	30	27										
7425	1	RES	* DIPENDENZE COMPORTAMENTALI E DA SOSTANZE NELLA SOCIETÀ DIGITALE	AULA MAGNA	04/04/2025	04/04/2025	R	500	4										
7703	1	FSC	DIPENDENZE E PERCORSI DI TRATTAMENTO - AUDIT CLINICO	SER.D SORA	17/09/2025	03/12/2025	R	15	30										
7745	1	RES	LABORATORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE	AULA SPDC ASL FROSINONE	18/06/2025	18/06/2025	R	15	10										
7745	2	RES	LABORATORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE	SALA DIDATTICA SPDC	30/07/2025	30/07/2025	R	15	10										
7745	3	RES	LABORATORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE	SALA DIDATTICA SPDC	24/09/2025	24/09/2025	R	15	10										
7745	4	RES	LABORATORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE	SALETTA DIDATTICA SPDC	22/10/2025	22/10/2025	R	15	10										
7745	5	RES	LABORATORIO PER IL MIGLIORAMENTO DELLA COMUNICAZIONE	SALA DIDATTICA SPDC FROSINONE	26/11/2025	26/11/2025	R	15	10										
7828	1	RES	LA DERIVA MIGRANTE, COME ACCELERARE	CAMPUS FOLCARA UNICAS -SALA	09/09/2025	02/12/2025	E	100	40										

2 di 5

16/01/2026, 12:31

			L'INTERVENTO EFFICACE	RESTAGNO COMUNE															
7848	1	RES	AUTORIZZAZIONE ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE: REQUISITI TECNICI E GESTIONALI DEGLI STUDI PROFESSIONALI	SALA TEATRO ASL	03/10/2025	03/10/2025	R	100	9										
7854	1	RES	LA COMUNICAZIONE EFFICACE: STRUMENTI E STRATEGIE PER I PROFESSIONISTI SANITARI	SALA TEATRO ASL	15/09/2025	15/09/2025	R	100	8										
8038	1	RES	MINDFULNESS E TECNICHE CORPOREE IN ETÀ EVOLUTIVA: STRUMENTI EVIDENCE- BASED PER LA RIABILITAZIONE MULTIDISCIPLINARE	SALA TEATRO	29/10/2025	29/10/2025	R	50	6										
8041	1	RES	GRAVIDANZA E SVILUPPO FETALE: L'IMPATTO DELLE PATOLOGIE POLMONARI E CARDIACHE	SALA TEATRO	08/11/2025	08/11/2025	R	50	4										
8073	1	RES	NON SOLO FIORI	SALA TEATRO	25/11/2025	25/11/2025	C	100	5										
8076	1	RES	NON SOLO FIORI	SALA TEATRO	25/10/2025	25/10/2025	R	100	5										
8113	1	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA POLSINELLI, OSPEDALE SS TRINITA' SORA	05/11/2025	15/11/2025	E	20	8										
8113	2	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA POLSINELLI, OSPEDALE SS TRINITA' SORA	05/11/2025	15/11/2025	E	20	8										
8113	3	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA POLSINELLI, OSPEDALE SS TRINITA' SORA	06/11/2025	20/11/2025	E	20	8										

3 di 5

16/01/2026, 12:31

120

Regione Lazio - Educazione Continua in Medicina

<https://ecmlazio.provider.agenas.it/RicercaEventi/elencoEventi.aspx>

8113	4	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA DMPO, OSPEDALE SANTA SCOLASTICA CASSINO	06/11/2025	20/11/2025	E	20	8						
8113	5	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA DMPO, OSPEDALE SANTA SCOLASTICA CASSINO	07/11/2025	27/11/2025	E	20	8						
8113	6	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA DMPO, OSPEDALE SANTA SCOLASTICA CASSINO	07/11/2025	27/11/2025	E	20	8						
8113	7	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA RIUNIONI DIREZIONE GENERALE, ASL FR	08/11/2025	19/11/2025	E	20	8						
8113	8	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA RIUNIONI DIREZIONE GENERALE, ASL FR	08/11/2025	19/11/2025	E	20	8						
8113	9	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA RIUNIONI DIREZIONE GENERALE, ASL FR	13/11/2025	22/11/2025	E	20	8						
8113	10	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA RIUNIONI DIREZIONE GENERALE, ASL FR	13/11/2025	22/11/2025	E	20	8						

4 di 5

16/01/2026, 12:31

Regione Lazio - Educazione Continua in Medicina

<https://ecmlazio.provider.agenas.it/RicercaEventi/elencoEventi.aspx>

8113	11	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA RIUNIONI DIREZIONE GENERALE, ASL FR	14/11/2025	29/11/2025	E	20	8						
8113	12	RES	GESTIONE EFFICACE DELLE DINAMICHE RELAZIONALI NEI CONTESTI DI EMERGENZA E URGENZA: STRUMENTI PROFESSIONALI	SALA RIUNIONI DIREZIONE GENERALE, ASL FR	14/11/2025	29/11/2025	E	20	8						
8293	1	RES	CRISIS LAB: GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE	AULA "G. TERSIGNI" PO S.S. TRINITA'	20/12/2025	20/12/2025	R	35	8						
8301	1	RES	PROMOZIONE E SOSTEGNO ALLATTAMENTO AL SENO IN UNA COMUNITA' AMICA DEI BAMBINI	SALA TEATRO ASL FROSINONE	11/12/2025	15/12/2025	E	75	20						
8324	1	RES	DENTRO LA MENTE DELL'AUTORE: PROSPETTIVE PSICOLOGICHE, GIURIDICHE E SOCIALI SULLA VIOLENZA DI GENERE	SALA CONFERENZE REGIONE LAZIO SEDE DI FROSINONE	16/12/2025	16/12/2025	R	75	6						

Legenda

Indietro

Powered by Age.Na.S.
 via Puglie, 23 - 00187 Roma - LAZIO@PEC.AGENAS.IT - cod. fisc. 97113690586

agenas. PIEMONTE REGIONALE PER
LAZIO REGIONALE

5 di 5

16/01/2026, 12:31

Progetto Syllabus

L'Azienda già nel 2023 ha aderito al progetto Syllabus realizzato dal Dipartimento della funzione pubblica nell'ambito del programma "Competenze digitali per la PA" allo scopo di promuovere lo sviluppo e il consolidamento delle competenze digitali comuni a tutti i dipendenti pubblici. Tale modello prevede la definizione di un set di competenze minime richieste a ciascun dipendente pubblico, utilizzato come modello di riferimento per l'autovalutazione individuale e la fruizione di formazione mirata sui gap di competenze.

Al dipendente viene rilasciato un 'open badge' che riporta i corsi frequentati e i test superati, i dati complessivi saranno registrati in un 'fascicolo delle competenze', parte integrante del 'fascicolo del dipendente'.

A seguito della divulgazione dell'iniziativa Syllabus, pubblicizzata nel corso del 2025, n. 1330 dipendenti (n. 988 donne e n. 342 uomini) hanno aderito al progetto mediante l'abilitazione nell'ambito della piattaforma informatica; nella tabella di seguito viene riportata la distribuzione per età. Invece 1297 nominativi registrati non hanno effettuato il primo accesso.

Classi di età	Discenti	%
Minore di 30 anni	39	2,93
Tra 31 e 40 anni	228	17,14
Tra 41 e 50 anni	293	22,03
Tra 51 e 60 anni	512	38,50
Maggiore di 60 anni	258	19,40
TOTALE	1330	100,0

I candidati che hanno eseguito l'accesso alla piattaforma, a seguito del test iniziale di autovalutazione, hanno potuto partecipare ai percorsi formativi personalizzati composti da moduli di breve durata, progettati secondo metodologie evolute.

La Formazione del progetto Syllabus nel 2025 ha sviluppato i seguenti percorsi:

- Transizione digitale:
 - Competenze digitali per la PA
 - Cybersicurezza, sviluppare la consapevolezza nella PA
 - Qualità dei servizi digitali per il governo aperto
 - Introdurre all'intelligenza artificiale
- Transizione ecologica: la trasformazione sostenibile per la Pubblica Amministrazione:
 - Il ruolo della PA per la trasformazione sostenibile
 - Il ruolo degli enti territoriali per la trasformazione sostenibile
 - La gestione degli appalti verdi per una Pubblica Amministrazione sostenibile

- Transizione amministrativa:
 - Sviluppare le soft skills
 - Il nuovo Codice dei Contratti Pubblici (D. Lgs. N. 36/2023)
 - Pratiche digitali di partecipazione per il governo aperto
 - Accountability per il governo aperto
 - Elezioni amministrative e poi... un toolkit per l'insediamento
- Principi e valori della PA:
 - RIFORMA Mentis
 - La strategia di prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa
 - La cultura del rispetto

L'Azienda, attraverso il monitoraggio delle registrazioni al sistema e dei dati relativi all'inizio e alla conclusione dei percorsi formativi proposti dal sistema Syllabus, proseguirà nel corso del 2025 la propria attività di promozione e propulsione di tale importante progetto formativo.

La nuova Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione del 14.01.2025 (https://www.funzionepubblica.gov.it/media/m0rkegdu/direttiva_ministropa_14012025_formazione.pdf) in materia di formazione e valorizzazione del capitale umano, evidenzia altresì come la piattaforma Syllabus, per la natura dei contenuti formativi e per le metodologie di apprendimento, costituisce l'*entry point* del Sistema Formativo Pubblico.

Valore PA

L'Azienda promuove l'adesione all'iniziativa formativa "Valore PA" assicurando ai propri dipendenti la possibilità di partecipare ad attività formativa finanziata dall'INPS mediante una procedura di selezione dei corsi universitari proposti da atenei italiani aderenti ai bisogni formativi del proprio personale.

L'ASL Frosinone, nel corso del 2025, mediante un'attività di condivisione degli obiettivi formativi dell'iniziativa "Valore PA" con il proprio personale, ha intercettato le candidature dei dipendenti che potranno trarre i maggiori benefici dall'attività formativa proposta nell'ambito dell'iniziativa.

La formazione "Valore PA" ha l'obiettivo di generare un "valore" per il sistema ed ha ad oggetto ambiti definiti in base ai bisogni formativi espressi dall'amministrazione.

Il modello formativo punta a:

- rafforzare la rete tra le pubbliche amministrazioni con centri multi-stakeholder nell'erogazione di servizi di welfare, capaci di impiegare al meglio le risorse finanziarie e organizzative;
- semplificare le modalità di accesso alle prestazioni;

- applicare criteri di equità e trasparenza.

Le iniziative formative sono di complessità media (primo livello), svolte con lezioni in presenza, e di alta formazione (secondo livello) che prevede lezioni in presenza o corsi realizzati con la metodologia learning by doing. In quest'ultimo caso, l'alta formazione è realizzata contribuendo alla progettazione di un modello di gestione innovativo di servizi pubblici svolto in collaborazione tra pubbliche amministrazioni.

La didattica applicata attraverso attività di progetto sul campo e prove pratiche di verifica ha l'obiettivo di sviluppare:

- conoscenze;
- comportamenti professionali;
- capacità di utilizzo degli strumenti.

L'azienda ha partecipato al bando pubblicato nell'anno 2025 per l'anno accademico 2025-2026 ed hanno presentato domanda di adesione n. 66 dipendenti; nell'anno 2026 saranno attivati da diversi Enti i corsi suddivisi per area tematica.

Formazione obbligatoria

L'Azienda nel 2025 ha curato la formazione obbligatoria.

L'ASL di Frosinone ha, svolto edizioni del corso sulla Sicurezza dei Lavoratori ex D. Lgs. 81/2008, con il coinvolgimento dei dipendenti formati così dettagliati:

Numero dipendenti ASL di Frosinone formati in materia di salute e sicurezza sul lavoro e antincendio nell'anno 2025 ai sensi del D.Lgs. 81/08 Corsi organizzati dal Servizio di Prevenzione e Protezione interno		
Tipologia di formazione	Numero edizioni	Numero dipendenti formati
Formazione generale	FAD	760
Formazione specifica SSL lavoratori – rischio basso	FAD	108
Formazione specifica SSL lavoratori – rischio alto	27	665
Aggiornamento formazione SSL lavoratori	0	0
Aggiornamento formazione SSL "preposti"	0	0
Formazione SSL studenti lavoratori	2	36
Formazione addetti antincendio	0	0

4.4.3 Pianificazione dell'attività formativa

Nella programmazione degli interventi formativi per l'anno 2026 si terrà conto dei bisogni formativi che verranno evidenziati dalle strutture aziendali, rilevati a seguito di un'attività di ricognizione avviata dalla U.O.S. Formazione.

La definizione degli obiettivi formativi, a partire dalla identificazione dei bisogni formativi, consente di rispondere alle istanze dei dipendenti, permettendo loro di essere efficaci nella propria prestazione lavorativa, tramite la costruzione di un modello di competenze che tiene conto delle caratteristiche dei contesti di riferimento e della necessità di garantire risposte qualificate alla domanda di servizi sanitari.

La capacità di un'Azienda Sanitaria di attuare la propria mission in termini di soddisfacimento dei bisogni di salute della propria popolazione passa attraverso il perseguimento di una politica di promozione e di orientamento allo sviluppo professionale del proprio personale, in termini di conoscenza, capacità, consapevolezza e disponibilità ad assumere responsabilità. Funzionale a tale scopo è la programmazione delle attività formative che deve saper coniugare le esigenze formative tese allo sviluppo professionale individuale con le esigenze strategiche aziendali.

In tal senso, il Piano Formativo Aziendale costituisce lo strumento cardine di programmazione annuale delle attività formative dell'Azienda, in quanto valorizza la formazione in funzione degli obiettivi strategici, del modello organizzativo aziendale e delle esigenze collettive ed individuali del personale con le finalità di integrare la programmazione formativa con gli indirizzi strategici e gestionali aziendali e pianificare la formazione in conformità ai processi di innovazione tecnologica e clinico – organizzativa.

In tale ottica, gli obiettivi formativi sono individuati tenendo conto di:

- Indirizzi nazionali e regionali;
- Indirizzi della Direzione Strategica;
- Fabbisogni individuati dalle strutture Organizzative (Dipartimenti, Unità Operative, Servizio delle Professioni Sanitarie);
- Vincoli di natura normativa e/o contrattuale.

Indirizzi strategici della Direzione Strategica

I principali ambiti di attività sui quali la Direzione Strategica intende sviluppare percorsi formativi mirati sono i seguenti:

- Sicurezza e tutela della salute degli operatori e degli utenti;
- Promozione della salute e prevenzione;
- Medicina di genere;
- Etica e integrità, Anticorruzione, Trasparenza;
- Codice di comportamento;
- Programmazione, gestione, implementazione, monitoraggio del PNRR;
- Tutela della Privacy;
- Pianificazione strategica, programmazione, sistema di budgeting e reporting, cruscotto direzionale;
- Fascicolo sanitario elettronico;
- Telemedicina;
- Middle management;
- Umanizzazione delle cure;
- Sensibilizzazione all'Ospedale senza dolore;
- Integrazione Ospedale Territorio;
- Rischio Clinico;
- Appropriately prescrittiva;
- Ciclo della performance;
- Sistema di controllo interno e gestione dei rischi;
- Il miglioramento continuo dei processi aziendali (amministrativi, clinico assistenziali, ecc.);
- Contenzioso, affari legali e generali;
- Sistemi informativi aziendali;
- Innovazione tecnologica e digitalizzazione;
- Gestione documentale e procedura di archiviazione e scarto;
- Le Responsabilità del pubblico dipendente (penale, civile, dirigenziale, erariale, ...);
- Percorso di formazione per l'inserimento del neoassunto in ASL di Frosinone;
- La Comunicazione;
- Il problem solving;
- Formazione specifica:
 - area risorse umane;
 - area tecnica, economato e provveditorato;
 - area contabilità e bilancio;
- La mappatura delle care competence;
- Approcci e percorsi per la presa in carico del paziente in cure palliative;
- Migliorare la qualità della gestione della cartella clinica;
- Tutela contro le aggressioni ai professionisti sanitari;
- Il documento informatico, la firma digitale, la PEC, il protocollo informatico

Nel corso del 2025, inoltre, a seguito dell'affidamento del servizio di organizzazione e gestione dell'attività formativa da parte della Regione Lazio all'INMI Spallanzani, si è dato seguito al piano formativo sulle infezioni ospedaliere finanziato nell'ambito della Missione 6 del PNRR, Componente 2, Investimento 2.2 Sub Investimento 2.2 (b) "Corso di formazione sulle infezioni correlate all'assistenza in ambito ospedaliero".

L'obiettivo del corso di formazione sulle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) è quello di aumentare la conoscenza e la consapevolezza negli operatori della sanità pubblica sulla tematica, fornendo strumenti conoscitivi teorici, ma soprattutto pratici, da utilizzare al fine di migliorare le conoscenze degli operatori sanitari attraverso l'aggiornamento professionale, di migliorare la capacità di stima e di prevenzione nella pratica medica e infermieristica e di promuovere le azioni di sanificazione ambientale e contenimento come strumenti primi utili per la prevenzione delle ICA.

Il piano formativo ha visto il coinvolgimento di n. 1330 partecipanti suddivisi tra dirigenti medici, infermieri ed altre figure professionali attive nell'erogazione di servizi sanitari.

L'Azienda, in linea con quanto rappresentato, presta e presterà particolare attenzione a tutte le iniziative e interventi formativi promossi dalla Regione Lazio, dal Dipartimento della Funzione Pubblica etc., nell'ambito della salute rivolti alle amministrazioni e ai loro dipendenti per il rafforzamento delle competenze di base e professionalizzanti, a supporto dei processi di innovazione e di transizione digitale, ecologica e amministrativa e si riserva di promuovere ulteriori attività, anche non rientranti nel presente piano della formazione, al fine di assicurare sopravvenute esigenze formative.

4.4.4 Strumenti e metodologia

Il fabbisogno formativo riflette l'analisi del contesto, la programmazione degli obiettivi aziendali e i bisogni formativi rilevati dai Direttori/Dirigenti delle UU.OO., dal CUG e dal Servizio delle Professioni Sanitarie, in coerenza con le funzioni e le attività espletate, al fine di perseguire il miglioramento continuo nell'erogazione delle prestazioni ai cittadini. La metodologia privilegiata sarà quella della formazione/apprendimento basata sullo sviluppo delle conoscenze e competenze e sui principi dell'andragogia, per favorire l'esperienza dei professionisti quale strumento principale di lavoro e di apprendimento per tutto il gruppo.

Particolare attenzione sarà data allo sviluppo della competenza collaborativa, soprattutto all'interno dei gruppi che operano nello stesso contesto professionale e/o nella stessa U.O. al fine di determinare significativi miglioramenti delle performance e del clima lavorativo.

Sarà privilegiata la formazione in sede o tramite modalità di formazione a distanza per favorire l'accesso ad un numero maggiore di dipendenti e rispondere al bisogno formativo di contesto. La formazione esterna da effettuare presso altre strutture non è ritenuta la modalità ordinaria di erogazione di attività formativa, in particolare si ritiene che:

- l'aggiornamento extraziendale (specialistico, sul campo) viene autorizzato nei casi in cui non è possibile e conveniente attivare processi formativi in sede;
- la partecipazione a master e corsi di perfezionamento non può assolutamente essere autorizzata con costi a carico dell'Azienda, a meno che la Direzione Strategica rilevi la necessità di far acquisire a qualche dipendente nuove e diverse competenze utili alla stessa Azienda;
- la partecipazione ad attività di tipo convegnistico e congressuale extraziendale con oneri a carico dell'Azienda potrà essere autorizzata esclusivamente dalla Direzione Strategica e solo in caso di comprovata validità e motivazioni che saranno valutate di volta in volta.

Le macroaree entro cui si collocano le attività previste nel presente Piano Formazione Aziendale sono finalizzate a:

- Miglioramento della qualità dei percorsi clinico-assistenziali;
- Prevenzione del rischio attraverso una formazione diffusa tra gli operatori;
- Favorire l'integrazione interprofessionale ed interpersonale attraverso azioni formative specifiche e trasversali finalizzate anche ad uniformare metodologie e modulistica;
- Formazione sulla responsabilità professionale degli operatori e sulla responsabilità derivante dalla funzione/posizione;
- Formazione finalizzata al miglioramento del clima lavorativo/organizzativo;
- Sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività;
- Aggiornamento sulle normative specifiche inerenti alle attività delle singole UU.OO.;
- Formazione e informazione obbligatoria.

Il Piano Formativo Aziendale potrà essere integrato, nel corso dell'anno, in base a nuove esigenze espresse anche da Ordini Professionali, OO.SS. e/o da direttive aziendali, regionali e nazionali ritenute prioritarie dalla Direzione Aziendale.

4.4.5 Formazione obbligatoria

Accanto alle attività formative programmate al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi generali e specifici della programmazione sanitaria nazionale, regionale e aziendale, ve ne sono altre, collegate a specifiche attività, che sono previste espressamente da disposizioni di legge. In tale ambito il quadro normativo più articolato è senza dubbio quello previsto dal D. Lgs. n. 81/2008 in materia di sicurezza sul lavoro.

L'Azienda deve altresì garantire la formazione obbligatoria in materia di gestione e trattamento dei dati personali e particolari (D. Lgs. n. 196/2003 e GDPR). Va, inoltre, assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della Legge 190/2012 in materia di "prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione" siano realizzati, al fine di individuare tutti gli interventi idonei a prevenire i rischi specifici di corruzione e di illegalità, così come la formazione inerente agli obblighi della privacy e trasparenza nella PA.

È inoltre prevista per il personale addetto ai controlli ufficiali e alle altre attività ufficiali, una regolare formazione sulla legislazione da applicare, in relazione all'ambito di competenza professionale, oltre che in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento EU 2017/625.

4.4.6 La valutazione dell'offerta formativa

Gli strumenti e i processi di verifica e monitoraggio della qualità dell'offerta formativa sono strumenti indispensabili per garantire che gli investimenti risultino coerenti ed efficaci nel favorire il raggiungimento sia degli obiettivi del sistema formativo, sia quelli del sistema aziendale.

Monitorare la qualità dell'offerta permette di verificare il rapporto tra bisogni espressi e risultati rappresentati dalle ricadute professionali organizzative osservabili post-formazione.

La valutazione viene attuata sui seguenti livelli:

- Il gradimento;
- L'apprendimento;
- La verifica dei risultati attraverso i feedback dei Responsabili.

Tale valutazione è ritenuta di fondamentale importanza al fine di migliorare la risposta ai bisogni formativi del personale e, in caso di formazione ECM essa viene rilevata attraverso schede di valutazione della qualità percepita sottoscritte dai partecipanti al termine dell'iniziativa formativa.

4.5 Organizzazione del lavoro agile

Il Piano Operativo del Lavoro Agile¹ dell'ASL di Frosinone, approvato con Delibera 1070 del 30/12/2022, ha recato la disciplina per la gestione ordinaria del lavoro agile. In particolare, esso detta una puntuale disciplina che definisce oggetto, obiettivi e destinatari dell'iniziativa, stabilisce la procedura di accesso al lavoro agile, le modalità di svolgimento della prestazione al di fuori della sede ove il lavoratore presta servizio, la strumentazione necessaria, i diritti e gli obblighi del lavoratore agile, le prescrizioni in materia di sicurezza sul lavoro, nonché le modalità per il controllo dell'attività svolta in modalità agile. Tutto ciò a seguito di una puntuale ricognizione delle attività espletabili da remoto effettuata presso le diverse strutture aziendali.

Si precisa che l'Azienda procederà – a breve – all'aggiornamento/revisione di quanto previsto nella citata delibera e regolamento aziendali sulla base delle previsioni contenute negli artt. 28 e 29 CCNL, Area Comparto Sanità, sottoscritto in data 27/10/2025

L'ASL di Frosinone ha adottato le modalità organizzative del lavoro agile secondo le indicazioni fornite nelle "Linee guida in materia di lavoro agile nelle amministrazioni pubbliche" dal Dipartimento della Funzione Pubblica attraverso apposito Regolamento aziendale

In particolare, per implementare la conciliazione delle esigenze di vita e di lavoro è necessario:

- introdurre soluzioni organizzative che implementino una cultura gestionale votata al risultato e, al tempo stesso, ad un incremento di produttività;
- implementare l'introduzione delle nuove tecnologie che facilitino lo svolgimento del lavoro per cicli, fasi ed obiettivi, perseguendo importanti economie di gestione;
- sviluppare un'attività di monitoraggio che assicuri l'esecuzione dei cicli di lavoro e a realizzare obiettivi fissati, utilizzando indicatori di pronta e facile fruibilità;
- promuovere la mobilità sostenibile tramite la riduzione degli spostamenti casa-lavoro-casa, nell'ottica di una politica ambientale che assicuri la riduzione del traffico urbano ed extraurbano, in termini di volumi e di percorrenze

Il P.O.L.A. dispone che non possono essere svolte in modalità agile le attività che richiedono una costante presenza fisica del lavoratore nella sede di lavoro e quelle che prevedono il contatto personale diretto con l'utenza presso un ufficio, uno sportello o un ambulatorio/struttura sanitaria (ad eccezione della Tele-assistenza e della Tele-riabilitazione). Le altre attività, invece, possono

¹ Il c.d. lavoro agile o smart working si sostanzia nella possibilità di esecuzione della prestazione lavorativa senza precisi vincoli di orario o luogo di lavoro ed entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'istituto del lavoro agile ha ricevuto un inquadramento normativo con la legge n. 81/2017, comunemente definita "Jobs Act del lavoro autonomo" che, oltre ad occuparsi della tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, contiene la disciplina del lavoro agile, lasciando al datore di lavoro e al lavoratore la possibilità di declinare i principi generali sulla base di un accordo tra le parti. Tale corpo normativo nasce dall'esigenza di favorire e promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche.

essere svolte in modalità agile avvalendosi di strumentazioni tecnologiche idonee allo svolgimento al di fuori della sede di lavoro, compresa l'eventuale attivazione delle necessarie procedure informatiche e di collegamento alla rete aziendale. In questo caso il lavoratore può eseguire la prestazione lavorativa in piena autonomia, pur sempre nel rispetto degli obiettivi prefissati.

Al fine di dare operatività alla regolamentazione aziendale in materia, ciascun Direttore/Dirigente Responsabile di Struttura ha definito l'elenco delle attività che possono essere svolte in modalità di lavoro agile, ognuno per il proprio ambito di competenza, anche in riferimento al grado di digitalizzazione delle procedure in corso nei vari settori e processi, prevedendo specificatamente gli obiettivi da raggiungere, indicatori sia di monitoraggio che di valutazione finale. L'ammissione avviene previa sottoscrizione di uno specifico accordo tra detto Dirigente e il Dipendente.

Nel P.O.L.A. è stato previsto un Piano di formazione per i Dirigenti finalizzato a dotarli di nuove competenze digitali, nonché delle competenze necessarie per una diversa organizzazione del lavoro e per acquisire una facile modalità di coordinamento del lavoratore agile, che, nell'insieme, costituiscono presupposto indispensabili per una virtuosa gestione del lavoro agile. È altresì previsto il Piano formativo per i dipendenti, che comprende l'aggiornamento delle competenze digitali e delle nuove soft skills per l'auto-organizzazione del lavoro, per la cooperazione a distanza tra colleghi e per le interazioni a distanza anche con l'utenza. In termini di sicurezza del lavoro on line, si fa riferimento al vademecum per lavorare online in sicurezza:

[Smart working: vademecum per lavorare online in sicurezza | Agenzia per l'Italia digitale \(agid.gov.it\)](https://www.agid.gov.it)

NOTA: con Decreto del Ministro PA 20 gennaio 2021 si è proceduto alla nomina dei componenti dell'Osservatorio Nazionale sul Lavoro Agile, attività di cui ancora non sono stati divulgati gli esiti.

Il monitoraggio della Performance viene effettuato tramite l'utilizzo di un Data Warehouse (in via di potenziamento), che può essere utilizzato sia attraverso cruscotti predefiniti sia con navigazione libera. Di seguito, soltanto alcuni esempi di cruscotto dei diversi flussi già a sistema.

</

Classi DRG

Analizza Foglio | Verso Racconto

Menu: Home, Ricoveri, tdf Anno Dim, pro Tipo Attivita, tdi Mese Dim

Filtri: tdi Anno Dim: 2025 | tdi Mese Dim: Gen | Feb | Mar | Apr | Mag | Giu | Lug | Ago | Set | ero Tipo Attività Cod | pro Struttura Dimissione | ero Regime | ero Modalità Dim | ero Stato Ricovero | ero Flag Regione

Num Ricoveri 2025 per Regime

Regime	Percentuale
1 Ordinario	82.9%
4 Day-Surgery Con Pernottam... / 2 Day Hospital	16.3%

Num Ricoveri 2025 per Classe DRG per Mese

Mese	A DRG Altamente Complessi (Peso ...)	B DRG Complessi (Peso DRG ...)	C DRG Non Complessi (Peso ...)	D DRG Inappropriati
Gennaio	2379			
Febbraio	2373			
Marzo	2488			
Aprile	2426			
Maggio	2484			
Giu	2364			
Lug	2529			
Ago	2221			
Set	2424			

Num Ricoveri 2025 per Classe DRG per Specialità

Specialità	A DRG Altamente Complessi (Peso ...)	B DRG Complessi (Peso DRG ...)	C DRG Non Complessi (Peso ...)	D DRG Inappropriati
012 Medicina				
013 Chirurgia				
017 Oncologia				
020 Cardiologia				
021 Ginecologia				
022 Pediatria				
023 Urologia				
024 Dermatologia				
025 Oftalmologia				
026 Radiologia				
027 Neurologia				
028 Psichiatria				
029 Anatomia Patologica				
030 Fisiopatologia				
031 Farmacologia				
032 Microbiologia				
033 Immunologia				
034 Epidemiologia				
035 Statistica				

Imp DRG 2025 per Regime

Regime	Percentuale
1 Ordinario	94.5%
2 Day Hospital	5.4%

Imp DRG 2025 per Classe DRG per Mese

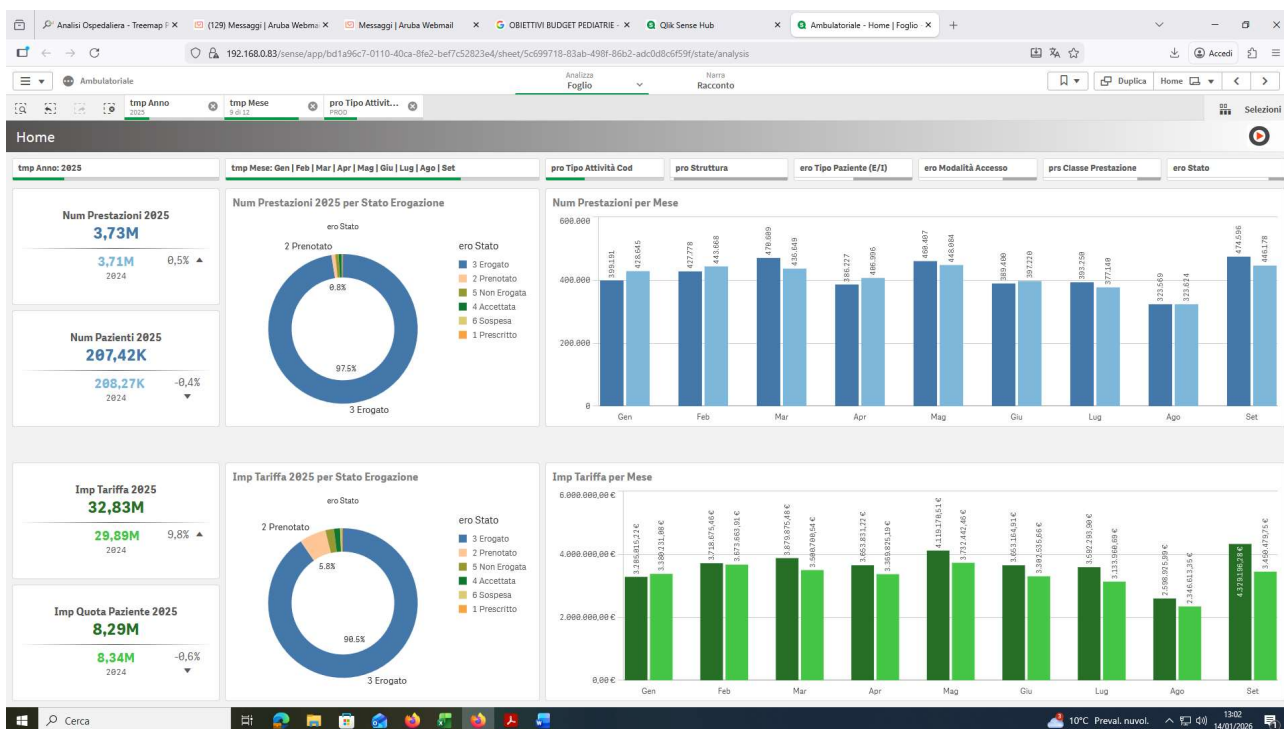
Mese	A DRG Altamente Complessi (Peso ...)	B DRG Complessi (Peso DRG ...)	C DRG Non Complessi (Peso ...)	D DRG Inappropriati
Gennaio	6,127,060.6€			
Febbraio	5,711,033.7€			
Marzo	6,165,931.77€			
Aprile	6,892,258.57€			
Maggio	6,333,080.46€			
Giu	6,445,427.46€			
Lug	6,811,543.56€			
Ago	6,179,748.7€			
Set	5,739,090.14€			

gg Degenza 2025 per Classe DRG per Mese

Mese	A DRG Altamente Complessi (Peso ...)	B DRG Complessi (Peso DRG ...)	C DRG Non Complessi (Peso ...)	D DRG Inappropriati
Gennaio	17,727			
Febbraio	15,422			
Marzo	17,799			
Aprile	17,590			
Maggio	17,819			
Giu	23,465			
Lug	17,734			
Ago	14,973			
Set	14,927			

132

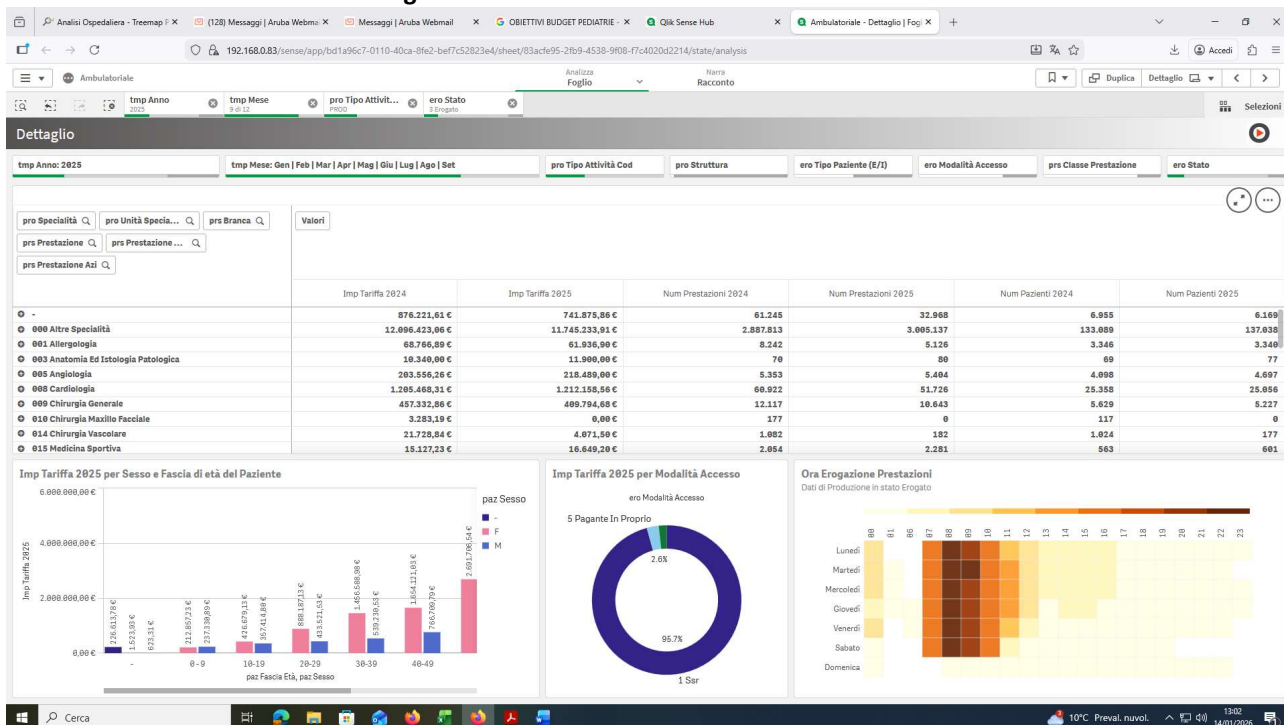
Assistenza Specialistica Ambulatoriale - Strutture a gestione diretta - 9 mesi 2025 vs 9 mesi 2024



Fonte: archivio SIAS, dati provvisori

Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Prestazioni EROGATE - Strutture a gestione diretta - 9 mesi 2025 vs 9 mesi 2024



Nell'ambito del Sistema di controllo di gestione vengono elaborati report interni, pubblicati sul sito intranet aziendale, <http://192.168.0.25/content/monitoraggio-iii-trimestre-2025>

finalizzati al monitoraggio degli indicatori di performance e di ulteriori indicatori gestionali a supporto del controllo direzionale

Home › UOC Controllo di Gestione › Monitoraggio III Trimestre 2025

Monitoraggio III Trimestre 2025

Inviato da administrator il Mar, 18/11/2025 - 10:26

Tags: **UOC Controllo di Gestione**

I Report riguardano 3 aree tematiche:

- [Area Pronto Soccorso -3° Trimestre/2025](#)
- [Area Ricoveri -3° Trimestre/2025](#)
- [Specialistica Ambulatoriale -3° Trimestre/2025](#)

Allegato

[Monitoraggio attività - terzo trimestre 2025](#)

5.2 Monitoraggio della performance individuale

Il sistema di gestione delle performance individuali, quindi la valorizzazione del contributo del singolo dipendente ai risultati dell'organizzazione, si articola in un percorso metodologico che conduce l'interessato a consolidare e, se necessario, a migliorare il proprio livello di performance, contribuendo così alla sua qualificazione professionale e alla crescita all'interno dell'organizzazione.

A tal proposito, al fine di dotare il sistema di opportuni meccanismi di monitoraggio - intermedio e finale - dei risultati progressivamente conseguiti dai singoli professionisti, la ASL di Frosinone prevede l'utilizzo di un sistema informatico attraverso il quale vengono definiti e condivisi con i singoli dipendenti gli specifici ambiti di performance, oltre a monitorare il livello di apporto individuale riferito ai medesimi criteri individuali.

L'applicativo in questione, ideato in modalità web based, quindi con la possibilità di consultazione o gestione dei relativi contenuti da qualsiasi punto di accesso alla rete internet, prevede specifiche profilazioni di accesso, rispettivamente dedicate all'utenza centrale di amministrazione del sistema, all'utenza di direttore/responsabile di struttura, quindi di valorizzatore, infine all'utenza di dipendente valorizzato.

Nel dettaglio ed in corrispondenza dei diversi profili utente, il software permette le seguenti principali funzionalità.

Profilo ufficio centrale:

- amministrazione del sistema di profilazione e delle credenziali di accesso;
- gestione delle anagrafiche del personale coinvolto nella valorizzazione delle performance individuali (valorizzatori e valorizzati);
- gestione dell'articolazione organizzativa aziendale, logica attraverso la quale ciascun dipendente è così abbinato ad un determinato valorizzatore;
- gestione dei parametri definiti in sede di contrattazione integrativa aziendale in tema di valorizzazione delle performance individuali e correlata incentivazione;
- gestione dei calcoli riferiti agli incentivi spettanti a ciascun dipendente aziendale avente diritto;
- monitoraggio di processo e degli esiti delle valorizzazioni individuali.

Seguono esempi delle schermate delle funzionalità sopra richiamate.

The screenshot displays the 'Gestione VALUTAZ' application. The top window shows a list of personnel with columns for Matricola, Nome, Area, and various evaluation metrics. Below it, a detailed evaluation form for '45678 Fabio Neri' is shown, including sections for 'Anagrafica Storico CDR/Qualifiche' and 'Valizzatore'.

Profilo valorizzatore:

- gestione dei modelli di scheda riferiti in via contestualizzata alla propria struttura;
- compilazione dei punteggi di valorizzazione (preventivi e finali) relativi a ciascun collaboratore, con la possibilità di corredare la scheda con opportune annotazioni sulla valorizzazione espressa.

The screenshot shows the 'Anagrafe Valutati - Dirigente Valutatore: DIRETTORE STRUTTURA (123456)' application. It displays a 'SCHEDA PREVENTIVA' and a 'SCHEDA MEDICI' for '12345 Mario Rossi'. The 'SCHEDA PREVENTIVA' includes fields for 'ASSUNZIONE/DIMMISSIONE (SSN)', 'QUALIFICA', 'STRUTTURA', and 'SCHEDA PREVENTIVA'. The 'SCHEDA MEDICI' includes a table for 'N. prestazioni / mese in ambulatorio territoriale' and a table for 'Ambito di coinvolgimento'.

Profilo valorizzato:

- consultazione real-time dei modelli di scheda e dei punteggi individuali prodotti dal proprio valorizzatore;
- attestazione online della presa visione e di eventuali contestazioni della scheda compilata dal proprio responsabile, con la possibilità di argomentare i propri motivi di dissenso.

Valutato [WAIT]

AREA	MATRICOLA	NOME	PERIODO	GRUPPO	VALUTATORE	CDR	SCHEDA
COMP	12345	Mario Rossi	01/01/20 15/04/20	16/04/20 31/12/20	AMED	VALORIZZATORE TEST DIRETTORE STRUTTURA	UOC Medicina _ Test Scorer UOC Medicina A

Annotazioni del VALORIZZATORE:
 Annotazioni con apostrofo ' E' l'apostrofo .
 Poi segue ulteriore testo di prova.hgfrtr

SCHEDA PREVENTIVA TRASMESSA IN DATA: 15/11/2021
 SCHEDA FINALE TRASMESSA IN DATA: 25/03/2022

Il Dipendente VALORIZZATO:
☒ Prende visione scheda preventiva in data: 15/11/2021
☐ Prende visione e ACCETTA scheda finale in data:
☐ Prende visione e CONTESTA scheda finale in data: 25/03/2022

ANNOTAZIONI (obbligatorie in caso di contestazione):
 non va bene

SCHEDA PREVENTIVA

SCHEDA MEDICI Punteggio: 23 Score: 1,40

	Liv. 1	Liv. 2	Liv. 3	Liv. 4	Liv. 5
N. prestazioni / mese in ambulatorio territoriale	<10	10-20	21-30	31-40	>40
Ambito di coinvolgimento	equipe ristretto	--	UO	--	Dipartimento
Test criterio con testo molto più lungo del solito, così da verificare anche la capienza della cella dedicata all'obiettivo di performance individuale.	prova livello 1	prova livello 2	prova livello 3	prova livello 4	prova livello 5
Attività nella definizione ed avvio del nuovo PDTA Paziente fragile	semplice attuazione	+ analisi	+ analisi e audit	+ analisi e sviluppo	referente PDTA
Formazione interna sulla nuova normativa di riferimento in ambito specialistico	discente	formatore 10% target	formatore 20% target	formatore 30% target	formatore >30% target

Il sistema online, inoltre, consente di controllare in tempo reale la progressiva gestione da parte dei rispettivi responsabili, così permettendo agli uffici amministrativi centrali il costante monitoraggio dello stato di avanzamento nella gestione delle schede annuali, quindi di intervenire in forma mirata e tempestiva in caso di eventuali inadempienze o ritardi.

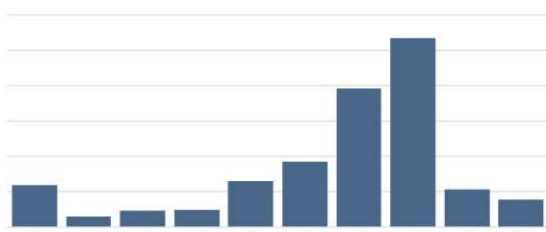
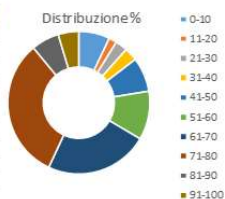
Schede Trasmesse

CDR	Descrizione Struttura	Valutatore	Inizio	sk PREVENTIVE		sk FINALI	
				Trasmesse	Pr.visione	Trasmesse	Pr.visione
100010	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano	LIVELLO TOSCANI	16/09/20	4 su 4	3 su 4	4 su 4	4 su 4
1022	UOC Risorse Umane	FRANCESCO TOSCANI	03/09/20	1 su 24	1 su 24	24 su 24	23 su 24
10230	UOC Patrimonio e tecnico	FRANCESCO TOSCANI	01/11/20	2 su 10	2 su 10	10 su 10	10 su 10
10232	UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	FRANCESCO TOSCANI	01/04/20	0 su 10	0 su 10	10 su 10	10 su 10
1024	UOC Risorse Economiche	FRANCESCO TOSCANI	01/01/20	1 su 13	0 su 13	13 su 13	12 su 13
1025	UOC Acquisizione beni e servizi	FRANCESCO TOSCANI	01/01/20	15 su 15	8 su 15	15 su 15	15 su 15
10260	UOC Affari Generali e Legali	FRANCESCO TOSCANI	01/01/20	1 su 8	0 su 8	8 su 8	8 su 8
10260_CE	Comitato Etico	FRANCESCO TOSCANI	01/01/20	0 su 1	0 su 1	1 su 1	1 su 1
10267	UOSD Qualità, Accreditamento e Risk Management	FRANCESCO TOSCANI	15/07/20	0 su 1	0 su 1	1 su 1	1 su 1
1031	Direzione Sanitaria Aziendale	FRANCESCO TOSCANI	01/12/20	16 su 16	6 su 16	16 su 16	16 su 16
1032	UOC Farmacia	FRANCESCO TOSCANI	01/01/20	0 su 11	0 su 11	11 su 11	10 su 11
1032C1	UOC Farmacia [COMP1]	FRANCESCO TOSCANI	14/09/20	13 su 14	9 su 14	14 su 14	14 su 14
1034	DITRAR	FRANCESCO TOSCANI	01/11/20	27 su 27	16 su 27	27 su 27	23 su 27

Totale Schede Preventive: 836/1363
 Totale Schede Finali: 1361/1363

Infine, le funzioni di estrazione massiva delle informazioni elaborate dall'applicativo online rendono anche agevole produrre apposite rendicontazioni o cruscotti informativi come quello di seguito esemplificato, relativo alla differenziazione delle valorizzazioni individuali ed alla correlata incentivazione.

DIRIGENZA			
FASCE	Intervallo (x/100)	NUMEROSITA'	%
1	0-10	59	5,9%
2	11-20	15	1,5%
3	21-30	23	2,3%
4	31-40	25	2,5%
5	41-50	65	6,5%
6	51-60	92	9,2%
7	61-70	196	19,6%
8	71-80	267	26,7%
9	81-90	53	5,3%
10	91-100	39	3,9%



COMPARTO			
Intervallo (x/100)	NUMEROSITA'	%	
0-10	50	1,5%	
11-20	37	1,1%	
21-30	50	1,5%	
31-40	106	3,2%	
41-50	204	6,1%	
51-60	612	18,3%	
61-70	794	23,8%	
71-80	862	25,8%	
81-90	70	2,1%	
91-100	10	0,3%	

