

RELAZIONE ANNUALE
SULLA PERFORMANCE 2025
ASL FROSINONE

Sommario

1	PRESENTAZIONE.....	4
1.1	SCHEDA ANAGRAFICA DELLA ASL	5
1.2	LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	6
2	PERFORMANCE AZIENDALE	8
2.1	PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	8
2.1.1	IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SMVP.....	8
2.1.2	IL MODELLO.....	9
2.1.3	IL PROCESSO DI NEGOZIAZIONE, MISURAZIONE E VALUTAZIONE	10
2.1.4	GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ASSOCIATI ALLE SCHEDE DI PERFORMANCE 2025 NEGOZiate.....	11
2.1.5	GLI ESITI DELLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA.....	12
2.1.6	RISULTATI CONSEGUITI IN MATERIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	17
2.2	PERFORMANCE INDIVIDUALE	18
2.2.1	IL MODELLO.....	18
2.2.2	PREMIALITÀ E RISULTATO E ACCORDI SINDACALI.....	20
2.2.3	IL PROCESSO DI MISURAZIONE	22
2.2.4	GLI ESITI DELLA VALORIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI	24
2.2.5	RISULTATI CONSEGUITI IN MATERIA DI FORMAZIONE OBBLIGATORIA.....	25
2.3	PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI DALLA ASL	26
2.3.1	LA PRODUZIONE	26
2.3.2	LA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E LA PERFORMANCE INDIVIDUALE	30
2.3.3	PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA	32
2.3.4	INDICE DI TEMPESTIVITÀ DI PAGAMENTO	34
2.3.5	CUSTOMER SATISFACTION	35
2.3.6	BENESSERE ORGANIZZATIVO, PARI OPPORTUNITÀ E BILANCIO DI GENERE	37
2.3.7	INCLUSIONE SOCIALE	41
2.3.8	FORMAZIONE.....	45
2.4	PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA RILEVATI NEL CICLO DELLA PERFORMANCE.....	49

A cura della UOC Controllo di Gestione

ACRONIMI

SMVP Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

STP Struttura Tecnica Permanente

COT A Centrale Operativa Territoriale Distretto A

COT B Centrale Operativa Territoriale Distretto B

COT C Centrale Operativa Territoriale Distretto C

COT D Centrale Operativa Territoriale Distretto D

OIV Organismo Indipendente di Valutazione

PDTA Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

PAP Piano delle Azioni Positive

1 PRESENTAZIONE

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2025 viene predisposta in attuazione delle Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance ai sensi:

- del D.lgs. n.150/2009, così come modificato dal D.lgs. n.74/2017, e dell'articolo 3, comma 1, del DPR 105/2016 che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance
- del D.lgs. n.74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l'impianto originario del D.lgs. n.150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla Performance (entro il 30 giugno di ogni anno le Amministrazioni pubblicano, sul proprio sito istituzionale e sul Portale della Performance, la Relazione annuale sulla Performance)
- della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione – Dipartimento della Funzione Pubblica - del 28/11/2023 sulla misurazione e valutazione della performance individuale
- della Circolare della Funzione Pubblica n. 1 del 3/01/2024 che detta disposizioni in materia di riduzione dei tempi di pagamento delle Pubbliche Amministrazioni
- della Direttiva del Ministro per la Pubblica Amministrazione - Dipartimento della Funzione Pubblica – e del Ministro della salute del 21/07/2025, pubblicata sul sito del Dipartimento della Funzione Pubblica il 28/10/2025

Il processo si sviluppa nelle seguenti fasi:

- l'amministrazione cura la predisposizione della Relazione alla Performance avvalendosi delle risultanze dei sistemi di misurazione e degli esiti delle valutazioni effettuate dai soggetti competenti;
- l'organo di indirizzo politico amministrativo approva la Relazione, verificando il conseguimento degli obiettivi specifici, nonché la corretta rappresentazione di eventuali criticità emerse nel corso dell'anno di riferimento e per le quali l'OIV ha ritenuto opportuno procedere alle segnalazioni di cui all'articolo 6 del D.lgs. n.150/2009;
- l'OIV valida la Relazione dal punto di vista metodologico, del processo di misurazione e valutazione svolto dall'amministrazione, nonché la ragionevolezza della relativa tempistica.

Con la redazione del Piano Triennale delle Performance e la Relazione annuale delle Performance, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati, dotandosi di uno strumento idoneo a fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder.

1.1 Scheda anagrafica della ASL

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 sito internet della Asl di Frosinone assolve gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito www.asl.fr.it, come da attestazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), ai sensi dell'art.32 della Legge 18 giugno 2009, n.69.

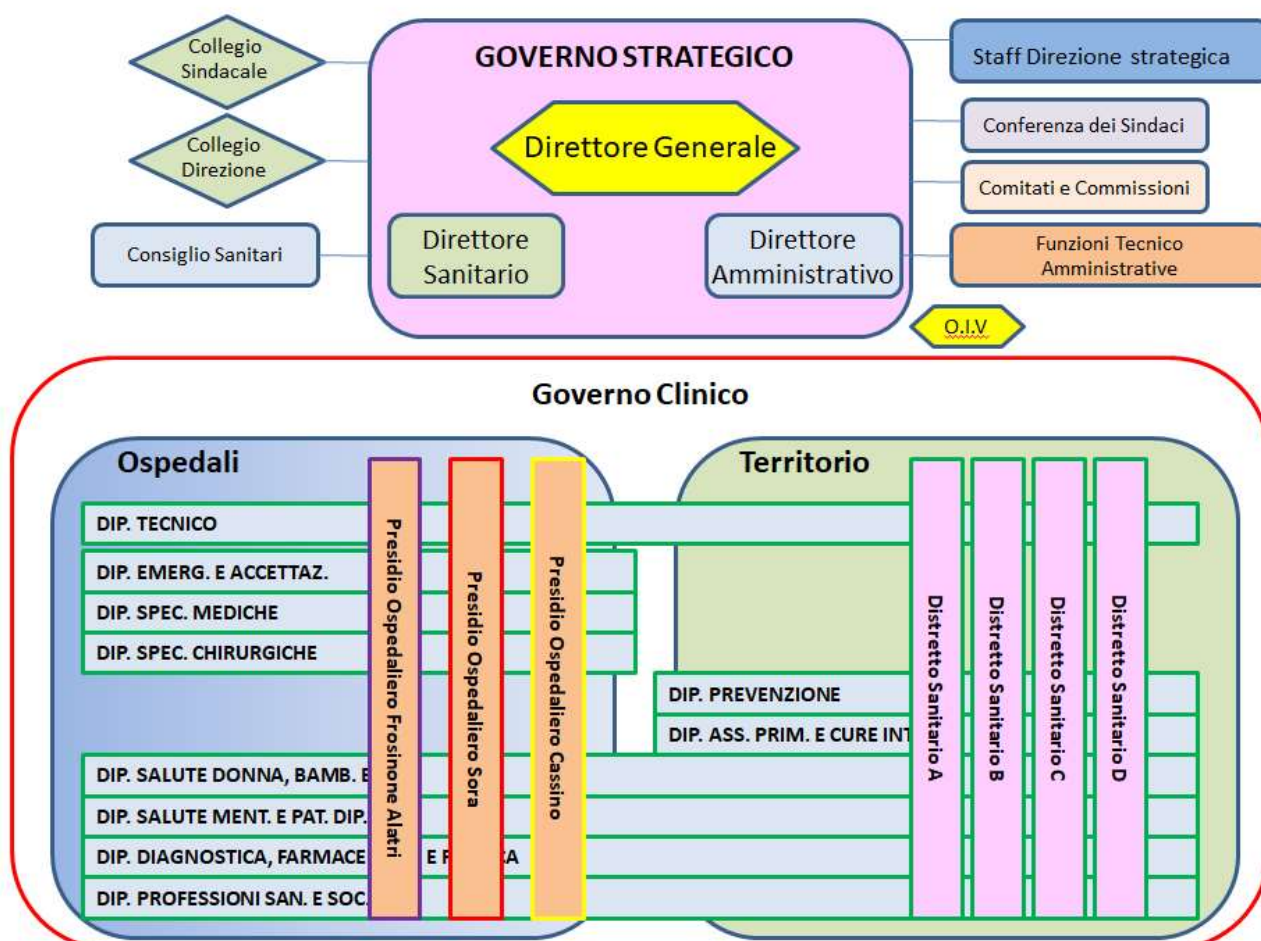
Il patrimonio della ASL di Frosinone è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti dal libro cespiti. L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando le disposizioni di cui all'art. 830, comma 2, del Codice civile.

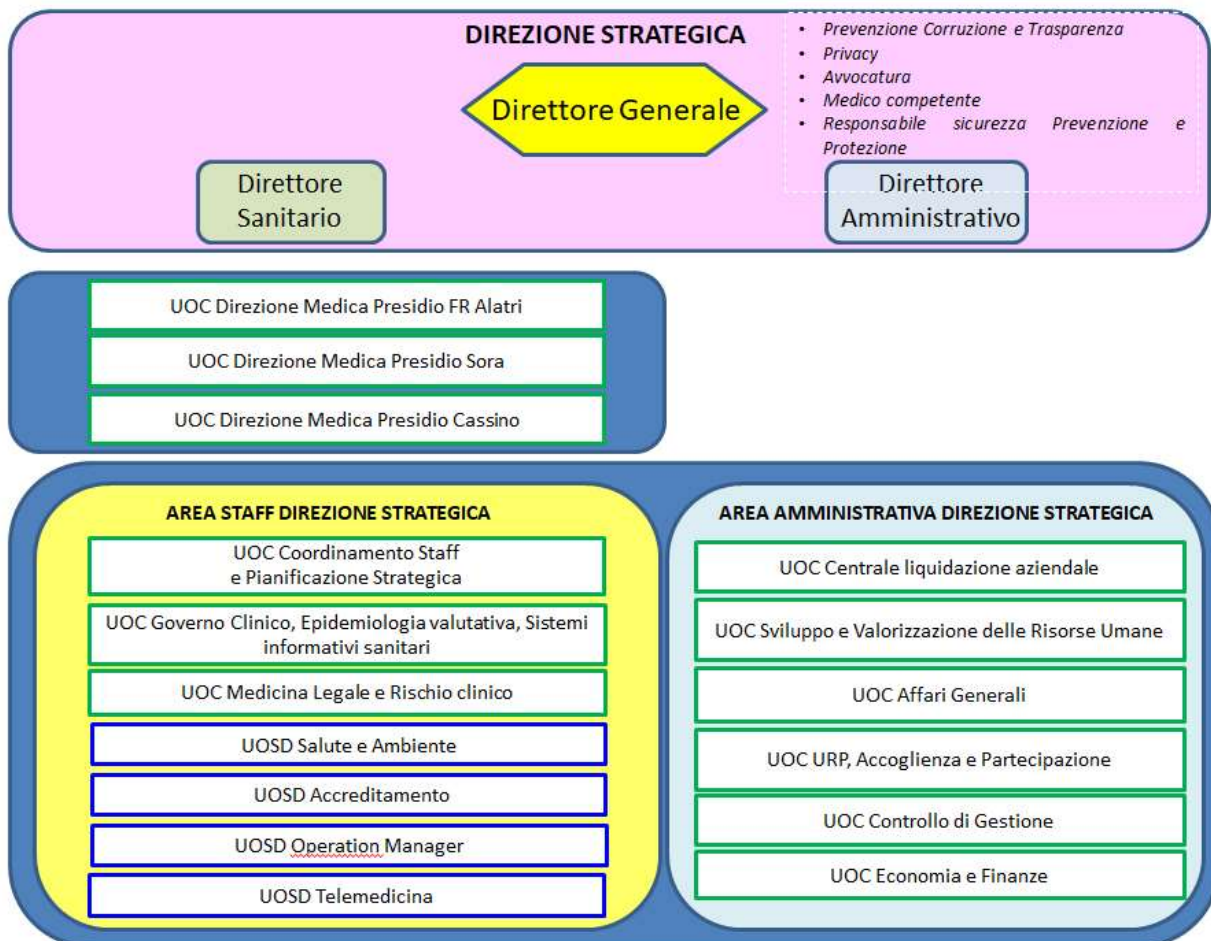
Per tutti i dati relativi al territorio, ai servizi erogati e alle reti di offerta, alla dotazione di personale e alle risorse economiche finanziarie, si rimanda alla Sezione A del PIAO 2026-2028 (deliberazione n. 69 del 30/01/2026).

1.2 La struttura organizzativa

Si precisa che con deliberazione aziendale n. 678 del 08/08/2025 si è preso atto della 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”.

La Direzione strategica, nelle more dell’attuazione del nuovo atto aziendale, per dare continuità al ciclo della Performance 2025 – già negoziata- ha ritenuto necessario mantenere fino al 31.12.2025, la struttura organizzativa di cui al precedente atto Aziendale sotto riportata:





2 PERFORMANCE AZIENDALE

2.1 PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

2.1.1 Il sistema di Misurazione e Valutazione delle Performance SMVP

Il Sistema di misura e valutazione delle performance (SMVP) introdotto dal D.Lgs. 150/2009 e ss.mm.ii. costituisce l'insieme, coerente ed esaustivo, delle metodologie, modalità e azioni che hanno ad oggetto la misurazione e la valutazione dei risultati dell'organizzazione, posti in relazione con i soggetti e/o le strutture coinvolte nei processi produttivi aziendali.

La ASL di Frosinone ha rappresentato le principali funzioni aziendali coinvolte nella complessiva gestione delle performance (strategiche, organizzative ed individuali) e ha delineato in modo sintetico e chiaro le peculiarità e le interrelazioni fra ciascuno dei sottosistemi che compongono il complessivo SMVP attraverso l'atto deliberativo n.722 del 09/09/2025.

L'attuazione del sistema consente di realizzare la valutazione dei risultati ottenuti dalla ASL (performance strategica), dalle singole strutture operative in cui la stessa si articola (performance organizzativa) e dalla correlata performance individuale dei singoli professionisti, nel rispetto dei vigenti contratti nazionali di riferimento.



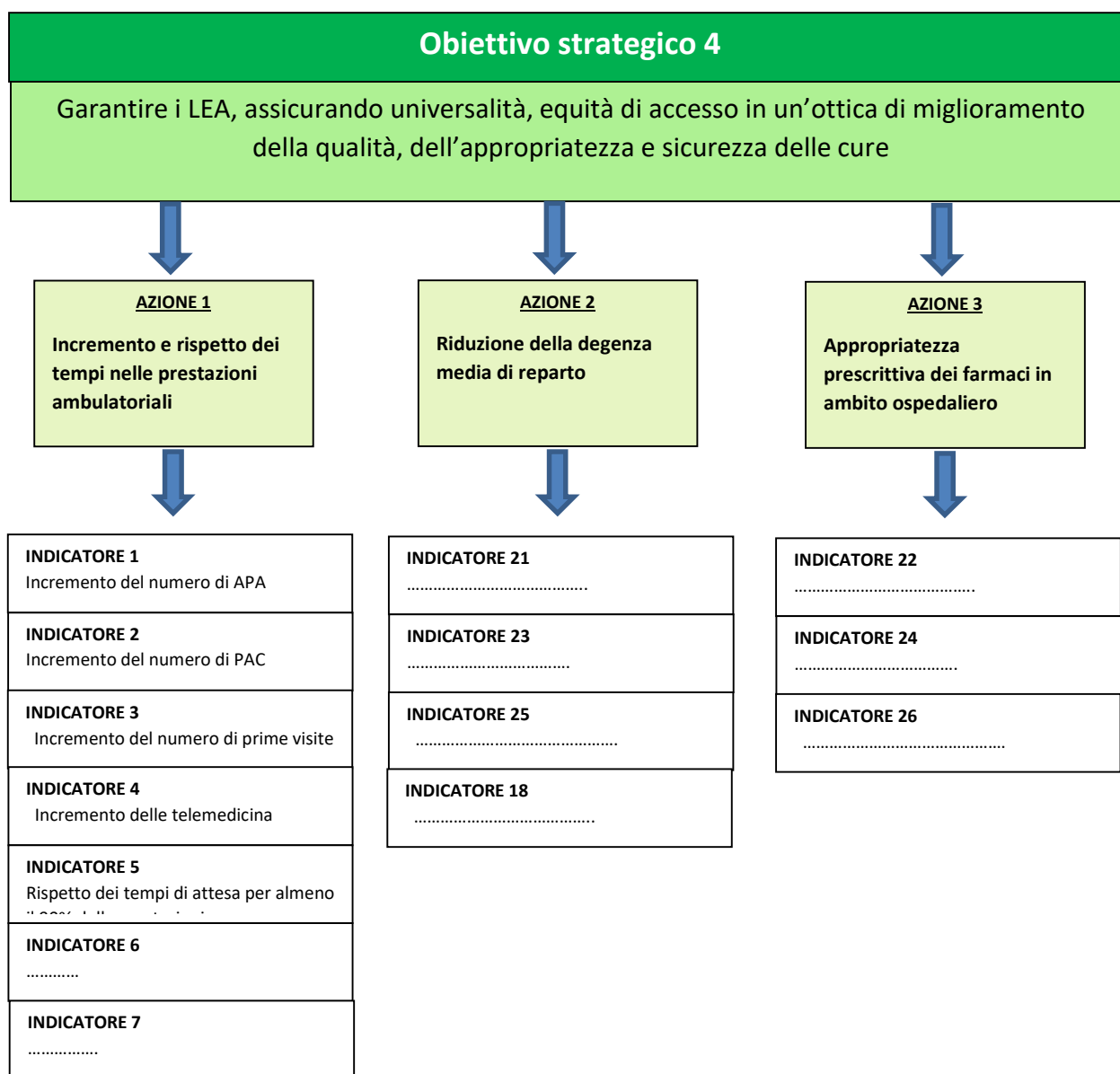
2.1.2 Il modello

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:

COD OBIETTIVO STRATEGICO	DESCR OBIETTIVO STRATEGICO
01	Garantire il continuo miglioramento dei rapporti con gli Stakeholder dell'Azienda
02	Garantire l'integrazione ospedale territorio in una logica di presa in carico del paziente, di medicina personalizzata, preventiva e predittiva
03	Garantire la continua innovazione e digitalizzazione dell'organizzazione
04	Garantire i LEA, assicurando universalità, equità di accesso in un'ottica di miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e sicurezza delle cure
05	Garantire la sostenibilità economica
06	Garantire il rispetto dell'efficienza organizzativa e dei regolamenti aziendali

La struttura generale della mappa strategica prevede che ogni obiettivo strategico (macro-obiettivo) sia declinato in più obiettivi specifici (azioni), misurati attraverso indicatori dettagliati di attività. In base alle proposte ed alle istanze emergenti dal feedback negoziale, gli obiettivi specifici proposti possono venire ulteriormente connotati e personalizzati. Tali obiettivi saranno perseguiti da tutte le strutture titolari di scheda di Performance, ciascuna nel proprio ambito di competenza. La scheda di performance operativa 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.

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.



2.1.3 Il processo di negoziazione, misurazione e valutazione

Le schede di performance 2025, costituite da una scheda specifica di struttura (per un peso massimo del 70%) e da una scheda di obiettivi trasversali (obiettivi comuni a tutte le UU.OO., per un peso massimo del 30%), sono state compilate a seguito di indicazioni della Direzione Strategica e di proposte da parte dei Direttori/Responsabili delle UU.OO. In data 03/06/2025, con nota prot. n. 10623 del 30/05/2025, sono stati convocati il Comitato di Budget con i Direttori di Dipartimento, Distretto, Polo Ospedaliero, Strutture di Staff Direzione Strategica, Direttori Area Amministrativa e i Responsabili delle Unità Funzionale per l'assegnazione delle schede degli obiettivi di Performance

anno 2025. Con nota prot. 10847 del 04.06.2025 sono state trasmesse mezzo mail ai Dipartimenti ed alle UU.OO aziendali- così come previsti dall'allora vigente atto aziendale - le schede Obiettivi di Performance anno 2025 (Struttura 70% e Trasversali 30%), già anticipate e consegnate brevi manu nella riunione avvenuta in data 03/06/2025 e condivise con il Comitato di Budget.

Per gli indicatori misurabili dai flussi informativi sanitari, la UOC Controllo di Gestione ha pubblicato monitoraggi infrannuali; ha fornito elaborazioni a seguito di specifiche richieste da parte delle UU.OO. e ha tenuto incontri con alcuni Direttori di struttura a seguito di richieste di rinegoziazione di alcuni obiettivi.

La rendicontazione della Performance organizzativa 2025 da parte delle UU.OO. è stata prevista entro il mese di febbraio 2026 (come specifico indicatore della scheda di obiettivi trasversali), attraverso la compilazione di file xls oppure altri formati più congeniali ai servizi stessi, e l'invio per posta elettronica ordinaria o per protocollo alla UOC Controllo di Gestione.

Gli indicatori presenti nella scheda sono di due tipi:

- rilevabili/calcolabili dal Controllo di Gestione, in quanto misurabili e desumibili da statistiche nazionali, regionali o aziendali oppure da archivi costruiti ad hoc da altri servizi al fine di monitorare particolari attività;
- auto referenziati, cioè i livelli raggiunti sono auto rendicontati dalla U.O.

I due file (struttura e trasversali), riportano per ogni riga il macro-obiettivo, l'azione, la descrizione precisa dell'indicatore e il target di riferimento. L'Unità Operativa, in fase di compilazione, ha rendicontato indicatore per indicatore all'interno delle rispettive righe, per ciascun file.

L'elenco degli esiti raggiunti nella Performance Organizzativa 2025 dalle diverse UU.OO. aziendali, unitamente alla specifica della metodologia operativa di analisi, è stato trasmesso alla Direzione Strategica aziendale con nota prot. n. 10820 del 25/06/2026.

2.1.4 Gli obiettivi di Performance associati alle schede di Performance 2025 negoziate

Per il dettaglio degli indicatori associati alle schede di Performance 2025 negoziati, si rimanda alla deliberazione n. 998 del 01/12/2025, che contiene quale parte integrante tutte le schede di assegnazione obiettivi anno 20205

<https://www.asl.fr.it/amministrazione-trasparente/performance/obiettivi-di-performance-organizzativa/obbiettivi-di-performance-organizzativa-2025/>

2.1.5 Gli esiti della valutazione della Performance ORGANIZZATIVA

Le risultanze finali delle schede di Performance Organizzativa 2025 delle singole UU.OO. sono riportati nella tabella sottostante, al netto delle eventuali contestazioni in ottemperanza al Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance aziendale.

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2024	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2025
Dipartimento Salute Mentale e Patologia da Dipendenza	UOC SPDC (Area Nord) - FR - AL	90,0%	100,0%
	UOC SPDC (AREA SUD) - CASSINO/SORA	66,7%	100,0%
	UOC Salute Mentale (Area Nord) - FR- AL	90,0%	98,0%
	UOC Salute Mentale (Area Sud) - CASSINO	91,7%	100,0%
	UOC Patologia da dipendenza (Area Nord) - FR - AL	86,7%	100,0%
	UOC Patologia da dipendenza (Area Sud)	90,0%	100,0%
	UOC Residenzialità e Semiresidenzialità	100,0%	100,0%
	UOSD REMS	80,0%	100,0%
	UOSD TSMREE NORD (DISTRETTO A - B)	100,0%	100,0%
	UOSD TSMREE SUD	100,0%	100,0%
	UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare	100,0%	100,0%
	UOSD Psicologia dei disturbi specifici dell'apprend. e del linguaggio	93,3%	100,0%
	UOSD Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario	100,0%	100,0%
Dipartimento Salute Donna, bambino età evolutiva	UOC Ostetricia e Ginecologia FR AL	36,7%	69,1%
	UOC Ostetricia e Ginecologia CASSINO	43,3%	86,0%
	UOC Ostetricia e Ginecologia (SORA)	53,3%	69,0%
	UOC Pediatra (FR ALATRI)	63,3%	100,0%
	UOC Pediatra (SORA)	80,0%	100,0%
	UOSD Pediatra (CASSINO)	55,0%	85,0%
	UOC Neonatologia	100,0%	100,0%
	UOSD Consultori e Percorso Nascita	93,3%	100,0%
	UOSD Cardiologia Pediatrica	66,7%	94,0%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2024	PUNTEGGIO Performance organizzativa 2025
Dipartimento delle Specialità Chirurgiche	UOC Chirurgia Generale (FR ALATRI)	79,2%	70,3%
	UOC Chirurgia Generale (SORA)	100,0%	84,3%
	UOC Chirurgia Generale (CASSINO)	83,3%	68,8%
	UOC Ortopedia (FR ALATRI)	86,7%	84,0%
	UOC Ortopedia (SORA)	80,0%	76,7%
	UOC Ortopedia (CASSINO)	60,0%	74,8%
	UOC Otorinolaringoiatria e Maxillo Facciale	93,3%	79,0%
	UOC Otorinolaringoiatria generale (SORA-CASSINO)	66,7%	88,1%
	UOC Urologia	70,0%	85,0%
	UOC Neurochirurgia	93,3%	85,4%
	UOSD Endoscopia urologica	75,0%	77,0%
	UOSD Chirurgia Vitreo retinica	100,0%	100,0%
	UOSD Oculistica	93,3%	100,0%
Dipartimento Emergenza e Accettazione	UOC PS Medicina Urgenza - P.O. FR - AL	76,7%	84,3%
	UOC PS Medicina Urgenza - P.O. SORA	86,7%	89,5%
	UOC PS Medicina Urgenza - P.O. CASSINO	73,3%	83,5%
	UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. FR - AL	83,3%	91,0%
	UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. SORA	86,7%	100,0%
	UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. CASSINO	100,0%	100,0%
	UOSD Coordinamento per l'adoz. di procedure e percorsi d'urgenza	100,0%	100,0%
	UOSD Unità Trattamento Neurovasc. (UTN) - Rete Pat. dipendenti	91,7%	98,0%
POLI OSPEDALIERI	UOC Direzione Medica Presidio FR Alatri	100,0%	100,0%
	UOC Direzione Medica Presidio SORA	100,0%	100,0%
	UOC Direzione Medica Presidio CASSINO	100,0%	100,0%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2024	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2025
Dipartimento delle Specialità Mediche	UOC Nefrologia e Dialisi (FR ALATRI)	100,0%	79,0%
	UOC Nefrologia e Dialisi (SORA-CASSINO)	53,3%	78,0%
	UOC Medicina 1 (FR)	76,7%	97,0%
	UOC Medicina 2 (ALATRI)	95,0%	94,3%
	UOC Medicina (SORA)	68,3%	94,0%
	UOC Medicina (CASSINO)	30,0%	91,0%
	UOC Cardiologia - UTIC e Emodinamica (FR ALATRI)	88,3%	98,0%
	UOC Cardiologia - UTIC (SORA)	100,0%	90,0%
	UOC Cardiologia - UTIC (CASSINO)	100,0%	77,0%
	UOC Gastroenterologia (FR ALATRI)	90,0%	97,1%
	UOC Gastroenterologia (SORA-CASSINO)	76,7%	100,0%
	UOC Oncologia	96,7%	98,8%
	UOC Pneumologia	86,7%	95,0%
	UOC Geriatria	80,0%	96,0%
	UOC Malattie Infettive	100,0%	100,0%
	UOC Ematologia, Trapianto CSE e Terapia genica	100,0%	90,0%
	UOC Neurologia	100,0%	97,1%
	UOC Lungodegenza e Riabilitazione	70,0%	100,0%
	UOSD Endocrinologia e Malattie Metaboliche	75,2%	97,5%
	UOSD Dermatologia	90,0%	92,5%
UOSD AIDS	100,0%	84,0%	
UOSD NAD – Nutrizione Artificiale Domiciliare	100,0%	84,0%	
UOSD Prevenzione Cardiovascolare	96,7%	100,0%	

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2024	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2025
Dipartimento Diagnostica Farmaceutica Ricerca	UOC Radiologia (FR ALATRI)	93,3%	93,9%
	UOC Radiologia (SORA)	93,3%	96,9%
	UOC Radiologia (CASSINO)	100,0%	80,0%
	UOC Farmacia	100,0%	91,2%
	UOC Radioterapia	81,7%	98,0%
	UOC Anatomia Patologica	96,7%	100,0%
	UOC SIMT e Raccolte cellule staminali	93,3%	92,0%
	UOC Patologia Clinica	96,7%	100,0%
	UOSD Radiologia Domiciliare	100,0%	100,0%
	UOSD Medicina Nucleare	90,0%	100,0%
DISTRETTI	UOC Direzione Distretto A	100,0%	87,0%
	UOC Direzione Distretto B	100,0%	90,0%
	UOC Direzione Distretto C	100,0%	90,0%
	UOC Direzione Distretto D	100,0%	92,4%
Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie	UOC Riabilitazione	96,7%	92,5%
	UOC ADI	100,0%	100,0%
	UOSD Medicina Penitenziaria	90,0%	94,0%
	UOSD Servizi Sanitari Integrati	70,0%	96,0%
	UOSD Medicina Convenzionata e Reti Assistenziali	95,0%	98,0%
	UOSD PDTA	100,0%	100,0%
Dipartimento di Prevenzione	UOC Igiene e Sanità Pubblica	100,0%	100,0%
	UOC Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro	100,0%	100,0%
	UOC Igiene della produzione trasformazione commercializzazione conservazione trasporto degli alimenti di origine animale	100,0%	100,0%
	UOC Sanità Animale	100,0%	99,3%
	UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione	96,7%	100,0%
	UOC Vaccinazioni	100,0%	100,0%
	UOC Screening	71,7%	96,0%
	UOC Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche	96,7%	100,0%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2024	PUNTEGGIO Performance Organizzativa 2025
AREA AMMINISTRATIVA	UOC Centrale liquidazione aziendale	96,7%	100,0%
	UOC Sviluppo e Valorizzazione delle Risorse Umane	96,7%	100,0%
	UOC Affari Generali	100,0%	100,0%
	UOC URP, Accoglienza e Partecipazione	100,0%	97,0%
	UOC Controllo di Gestione	100,0%	100,0%
	UOC Economia e Finanza	93,3%	100,0%
AREA DI STAFF	UOS Programmazione	100,0%	100,0%
	UOS Audit	100,0%	100,0%
	UOS Sviluppo Risorse Umane	100,0%	100,0%
	UOC Governo Clinico, Epidemiologia Valutativa, Sistemi Informativi Aziendali	100,0%	100,0%
	UOC Medicina Legale e Rischio Clinico	96,7%	100,0%
	UOSD Accreditamento	100,0%	100,0%
Dipartimento Tecnico	UOC Patrimonio e Sicurezza	96,7%	99,4%
	UOC Digitalizzazione dei servizi e accesso ai servizi	100,0%	100,0%
	UOC Provveditorato ed Economato	100,0%	100,0%
	UOSD HTA e Ingegneria Clinica	100,0%	100,0%
Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali	Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali	98,3%	80,0%
UNITA' FUNZIONALI	SSP – Servizio di Prevenzione e Protezione	96,7%	non disponibile
	AVVOCATI	81,7%	100,0%

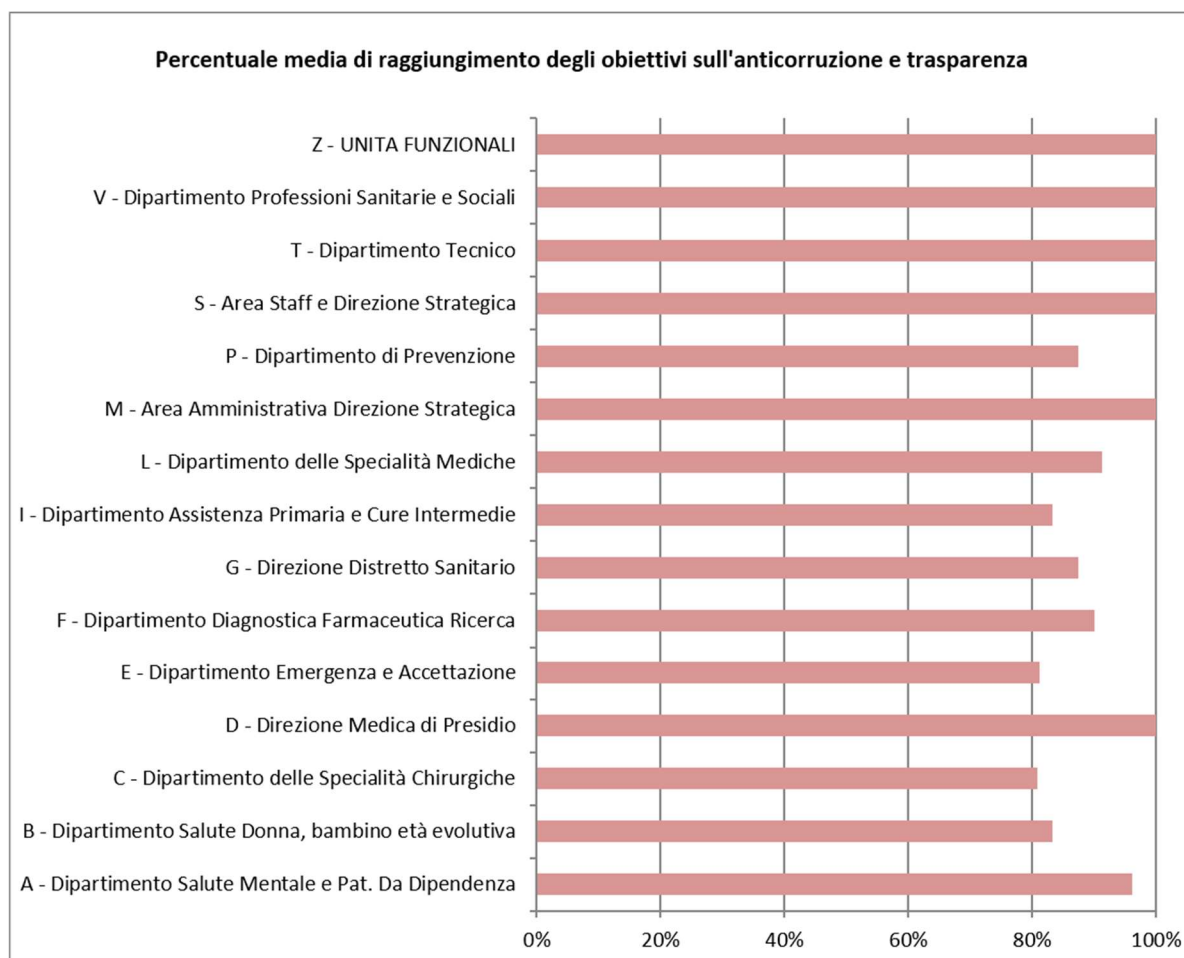
Nel complesso, la maggioranza delle UU.OO. ha registrato nel 2025 risultati migliori rispetto all'anno precedente.

2.1.6 Risultati conseguiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

Al fine di assicurare gli adempimenti rispetto alla normativa vigente in tema di anticorruzione e trasparenza, sono stati individuati nel Ciclo di Gestione della Performance specifici obiettivi relativi alla “trasparenza e all’integrità dell’azione amministrativa”. In particolare, sono stati assegnati 3 obiettivi nella scheda degli obiettivi trasversali 2025 (deliberazione n. 998 del 01/12/2025), come già per il 2024, ma registrando dei risultati migliori rispetto all’anno precedente:

- nomina o riconferma per il 2025 del referente ANTICORRUZIONE
- nomina o riconferma per il 2025 del referente per la TRASPARENZA
- pubblicazione (o aggiornamento se necessario) sul sito aziendale del curriculum professionale del personale dirigente e invio al referente anticorruzione aziendale della dichiarazione di non sussistenza di conflitto di interessi nonché degli eventuali procedimenti disciplinari.

Nonostante nel 2025 siano state rilevate importanti criticità legate alla trasparenza e agli adempimenti cui l’Azienda è tenuta in base alla normativa vigente, come illustrato nel paragrafo 2.3.3, si possono registrare riscontri positivi sugli obiettivi su indicati da parte delle UU.OO. aziendali, a evidenza di una maggiore maturità e partecipazione.



2.2 PERFORMANCE INDIVIDUALE

2.2.1 Il modello

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.

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.

La gestione della retribuzione di risultato spettante ai singoli dipendenti è inoltre strettamente correlata alle logiche di performance operativa 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. La valorizzazione delle performance individuali si concretizza 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.

La gestione della valorizzazione avviene attraverso un modello di scheda individuale i cui contenuti sono stabiliti dal valorizzatore e condivisi preliminarmente con i valorizzati ad inizio anno; infatti, 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) e 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 scheda individuale è stata costruita secondo lo schema di seguito indicato, individuando generalmente 4 indicatori per l'area della produttività (peso complessivo del 70%) e 1 indicatore per l'area del comportamento (peso complessivo del 30%).

MODELLO DI SCHEDA

Criteri di valorizzazione della performance individuale						
Area di performance individuale	Descrizione criterio individuale	Liv 1 (1 punto)	Liv 2 (2 punti)	Liv 3 (3 punti)	Liv 4 (4 punti)	Liv 5 (5 punti)
<i>Area della produttività (peso 70%)</i>						
<i>Area dei comportamenti organizzativi (peso 30%)</i>						

2.2.2 Premialità e risultato e accordi sindacali

L’Azienda, in accordo con le OO.SS. di categoria, applica, dopo la negoziazione degli obiettivi di Performance formalizzati attraverso la scheda di Performance, il collegamento del sistema incentivante (premialità e risultato) attraverso la valutazione della Performance Organizzativa e Individuale, secondo il sistema approvato in attuazione del D.lgs. n.150/09 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza della Pubblica Amministrazione” e s.m.i. e del D.lgs. n. 74/2017 “Modifiche al D.lgs. n.150/09, in attuazione dell’articolo 17, comma 1, lettera r), della legge 7 agosto 2015, n. 124”.

La prima tiene conto dell’efficacia dell’operato “in squadra” e si traduce nella verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi da parte dei dipendenti aventi diritto delle diverse aree contrattuali ed afferenti alla struttura; la seconda, invece, si esplica nella valorizzazione degli apporti individuali alla produttività delle UU.OO.

I sistemi di valorizzazione e valutazione individuale si realizzano attraverso gli atti deliberativi n.771 del 06/10/2022 e n.832 del 26/10/2022 (protocolli applicativi per la gestione del sistema di valorizzazione della Performance Individuale e del connesso sistema premiante, rispettivamente Aree della Dirigenza Sanitaria e PTA e Area del Comparto).

Secondo tali protocolli, i parametri che concorrono al calcolo dell'incentivo individuale, gestiti come fattori moltiplicativi, sono:

- A. la performance organizzativa del CdR di afferenza;
- B. il livello di responsabilità individuale;
- C. la performance individuale effettivamente apportata da ciascun dipendente;
- D. la quantità di servizio individualmente prestata nel corso dell'anno.

AREA DEL COMPARTO		
Incarico / Categoria	Parametro di accesso individuale	Livello di responsabilità differenziale
Incarico di Funzione	2,60	100%
Ds	2,47	90%
D	2,29	80%
C	2,11	60%
Bs	1,91	50%
B	1,85	50%
A	1,70	50%

AREA DELLA DIRIGENZA SANITARIA E PTA		
Incarico / Categoria	Parametro di accesso individuale	Livello di responsabilità differenziale
Direttore di UOC	1,5	100%
Responsabile di UOSD	1,3	90%
Responsabile di UOS (interna a UOC)	1,2	90%
Dirigente con incarico professionale	1,0	80%

Fondi per la Retribuzione di Risultato e Produttività 2025

L'ammontare definitivo delle risorse da destinare alla premialità 2025 del personale del Comparto Sanità è in fase di stima e non può ancora essere determinato in quota fissa.

Tale temporanea indeterminatezza è dovuta alla necessità di completare preventivamente la rendicontazione analitica dell'Istituto relativo all'Indennità di Pronto Soccorso. Risulta infatti indispensabile quantificare con esattezza l'impatto complessivo di tali erogazioni per procedere, secondo la prassi amministrativa consolidata, al corretto storno e al conseguente calcolo del saldo netto del *Fondo Condizioni di Lavoro e Premialità 2025*. L'importo definitivo verrà pertanto recepito e integrato non appena conclusi i relativi passaggi contabili e di verifica.

Per il fondo della Dirigenza Area Sanità e Dirigenza PTA, l'Azienda, con nota prot. n. 42628 del 08/06/2026 ha trasmesso alla Direzione Regionale i modelli tabellari predisposti dai competenti uffici, integralmente compilati, come riscontro alla nota prot. n. 0537922 del 22 maggio 2026 - Costituzione dei fondi del trattamento accessorio anni 2024 e 2025 per la Dirigenza Area Sanità e Dirigenza PTA - Trasmissione tabelle attuative.

I fondi di cui sopra non sono stati ancora certificati dalla Regione.

2.2.3 Il processo di misurazione

La modalità di calcolo per la ripartizione della produttività collettiva in applicazione dell'art. 8 del Contratto Collettivo Integrativo 1998-2001 – Comparto Sanità ASL di Frosinone, del fondo per la premialità, art. 81, al netto della quota 1% messa a disposizione della Direzione Generale per variazioni in aumento dei compensi della produttività per raggiungimento dei risultati oltre gli obiettivi predefiniti, segue la metodologia in calce:

- il 51% dell'istituto contrattuale destinato alla Performance Individuale
- il restante 49% destinato alla Performance Organizzativa

Entrambe le quote di assegnazione della performance tengono conto dei coefficienti di qualificazione professionale come di seguito evidenziate:

Categoria	Coefficiente
A	0,70
B	0,80
Bs	0,85
C	0,90
D	1,00
Ds	1,10

Tipologia incarichi	Coefficiente
Direttori UOC, Responsabili ai sensi dell'art. 22 e Firmatari delle schede di Performance	1,20
Per tutti gli altri incarichi	1,00

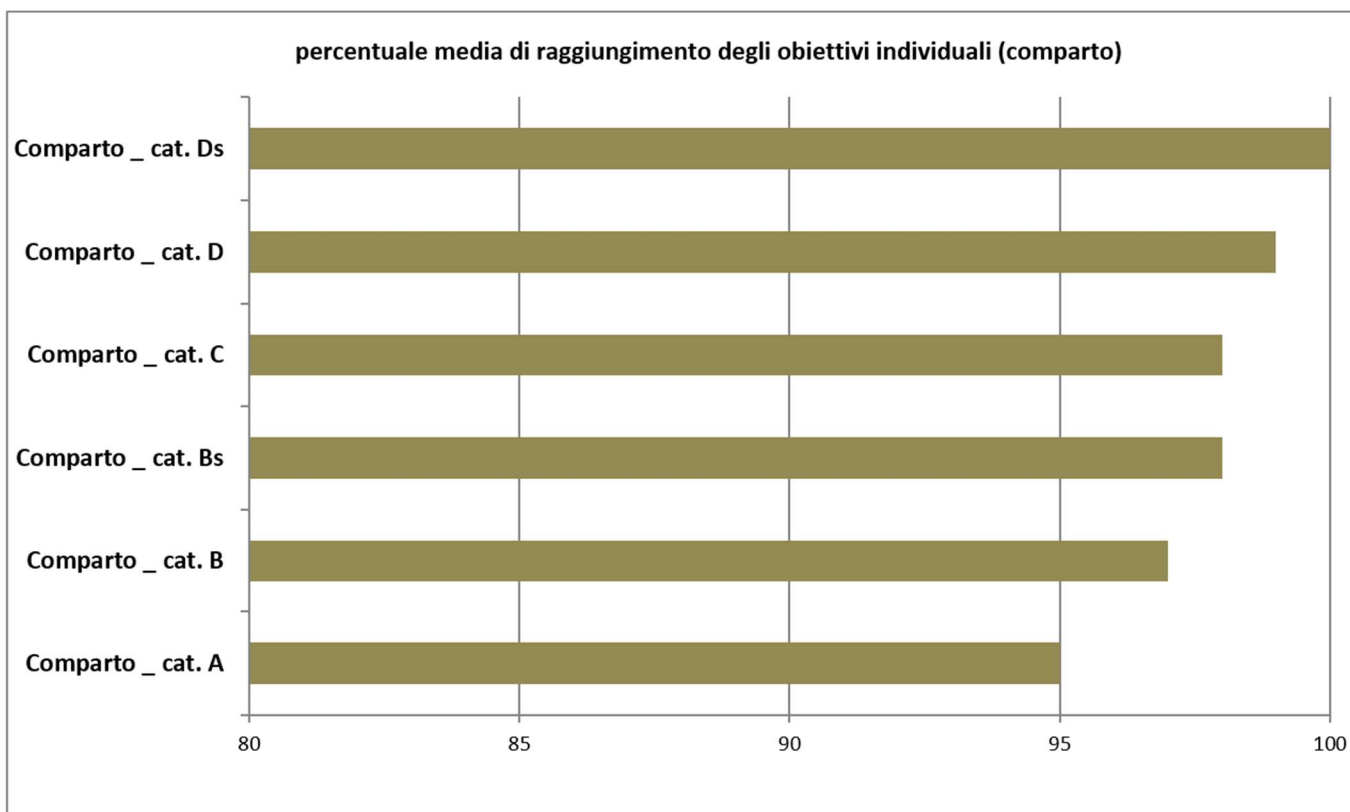
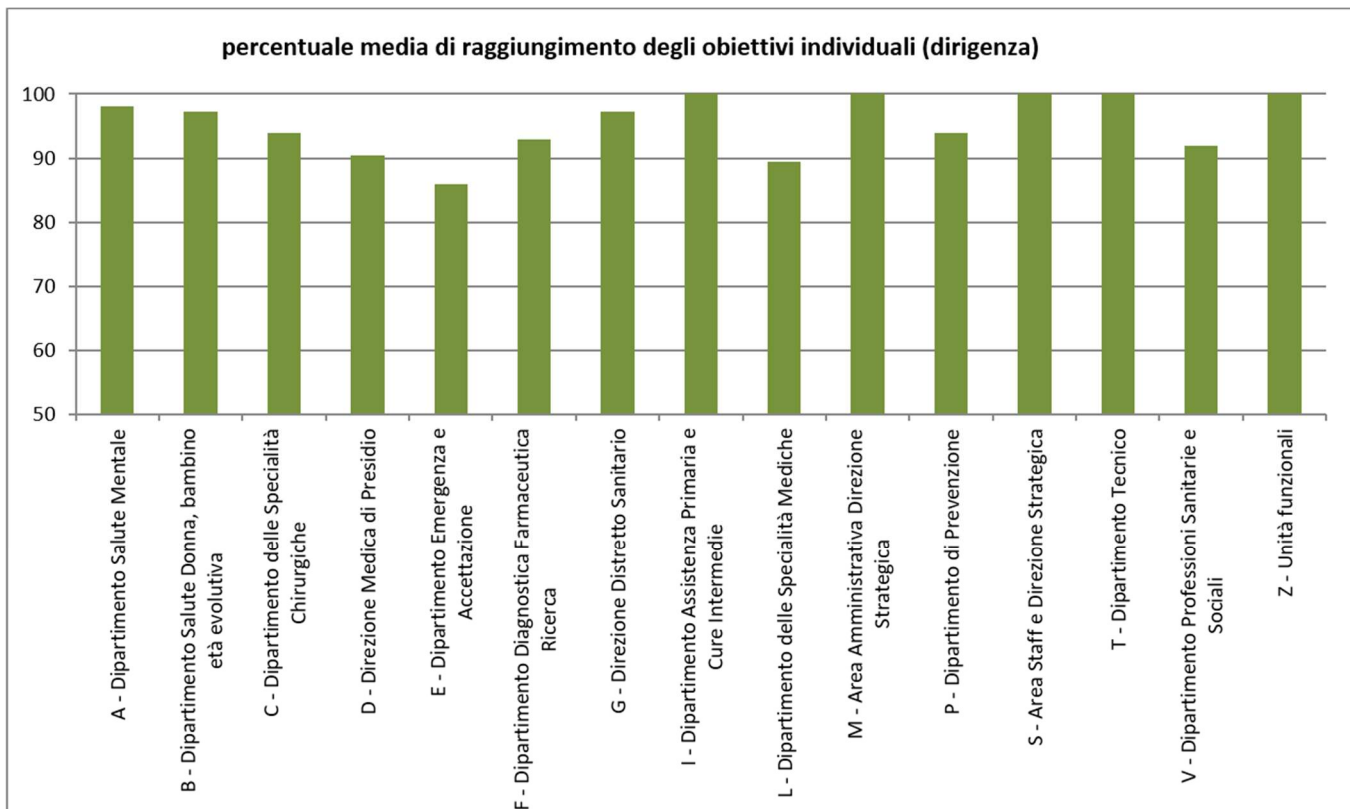
La performance conseguita dal dipendente nell'anno di riferimento determina, altresì, il valore economico della performance stessa, valore economico che oltre ad essere vincolato allo stato di attività e tipo rapporto del dipendente, tiene conto delle valutazioni degli obiettivi assegnati alle Unità Operative.

Relativamente alla Dirigenza, la metodologia di calcolo rispecchia quella utilizzata per il comparto, vincolata ai diversi stati di attività e di incarico dirigenziale con il solo rapporto esclusivo, che comportano un'attribuzione del compenso incentivante in proporzione al periodo di tempo effettivamente prestato, nonché in termini di coefficienti stabiliti per ogni tipologia di incarico.

Riguardo la Performance individuale si rende indispensabile la rilevazione delle giornate di presenza e di tutte quelle tipologie di assenze, che di seguito si riportano, per le quali implicano un'attribuzione del compenso incentivante in proporzione al periodo di tempo effettivamente prestato:

- ✓ astensione obbligatoria ante e post-partum;
- ✓ ferie e festività soppresse;
- ✓ aggiornamento obbligatorio;
- ✓ fruizione benefici legge 104;
- ✓ fruizione riposi compensativi;
- ✓ diritto allo studio;
- ✓ infortuni sul lavoro (con franchigia per i primi 15 giorni);
- ✓ malattia professionale (con franchigia per i primi 15 giorni);
- ✓ permessi retribuiti (per matrimonio, astensione facoltativa legge n. 1204 fino a 30 giorni);
- ✓ altre assenze obbligatorie per legge;
- ✓ permessi sindacali (escluse le aspettative di lunga durata).

2.2.4 Gli esiti della valorizzazione degli obiettivi individuali



2.2.5 Risultati conseguiti in materia di formazione obbligatoria

Per adempiere agli obblighi formativi previsti dalla direttiva Zangrillo del 15/01/2025, è stato individuato nel Ciclo di Gestione della Performance anno 2025 uno specifico obiettivo relativo alla formazione. Nello specifico, nella scheda degli obiettivi trasversali 2025 (deliberazione n. 998 del 01/12/2025) è stato inserito l'obiettivo di seguito riportato, con la dicitura "si consiglia di inserire tale obiettivo nella scheda di valorizzazione individuale (scorer) di tutti i dipendenti":

Azione	Descrizione Indicatore	Target
Assolvimento degli obblighi in materia di formazione del personale	Formazione obbligatoria di almeno 40 ore annue per tutto il personale dell'Azienda, utilizzando i canali o i portali istituzionalmente riconosciuti (Syllabus, Formez, FADmed, cyber guru, crediti ECM, ecc.): rendicontazione annuale, per singolo nominativo, del numero di ore di formazione effettuate <i>[si consiglia di inserire tale obiettivo nella scheda di valorizzazione individuale (scorer) di tutti i dipendenti]</i>	Risultato proporzionale alla percentuale di personale con più di 40 ore annue di formazione

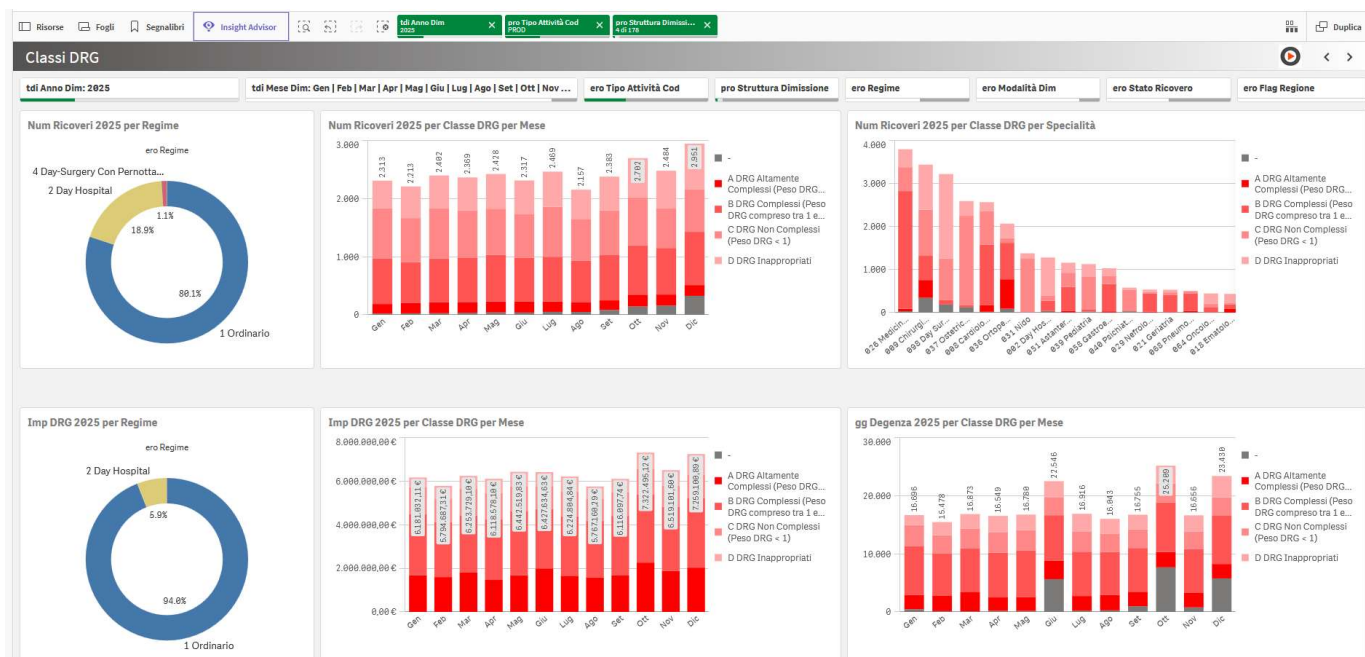
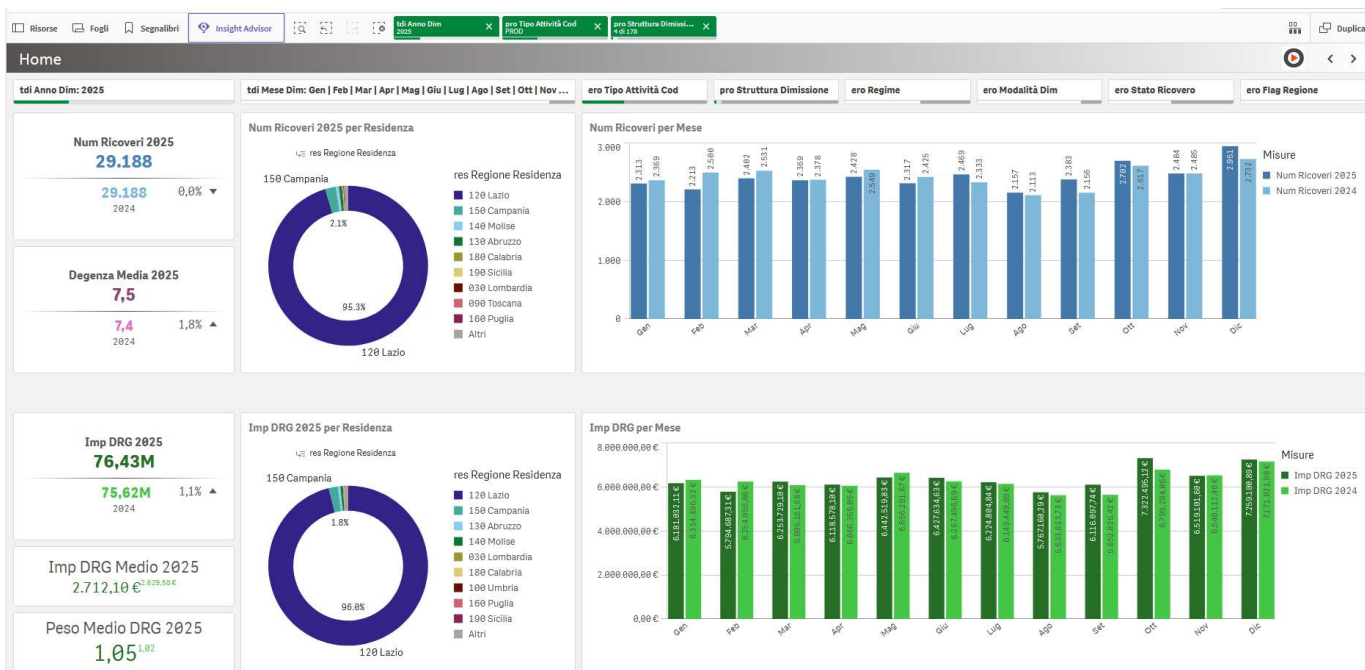
La Direzione Strategica Aziendale e la UOS Formazione, con nota Prot. N. 00016730 del 10/09/2025, in considerazione della tardiva assegnazione degli obiettivi individuali di performance e del minor tempo utile a disposizione per l'assolvimento dell'obbligo formativo, hanno previsto un monte ore formativo per ciascun dipendente, per l'anno 2025, ridotto a 20H, rispetto a quanto disposto dalla Direttiva Zangrillo (40H annuali per ciascun dipendente).

Dalla rendicontazione fornita dai Dirigenti/Responsabili delle UU.OO. aziendali, in ordine all'assolvimento degli obblighi formativi per l'anno 2025 (target riparametrato a 20H), risulta che la quasi totalità dei dipendenti ha adempiuto all'obbligo formativo previsto a livello aziendale.

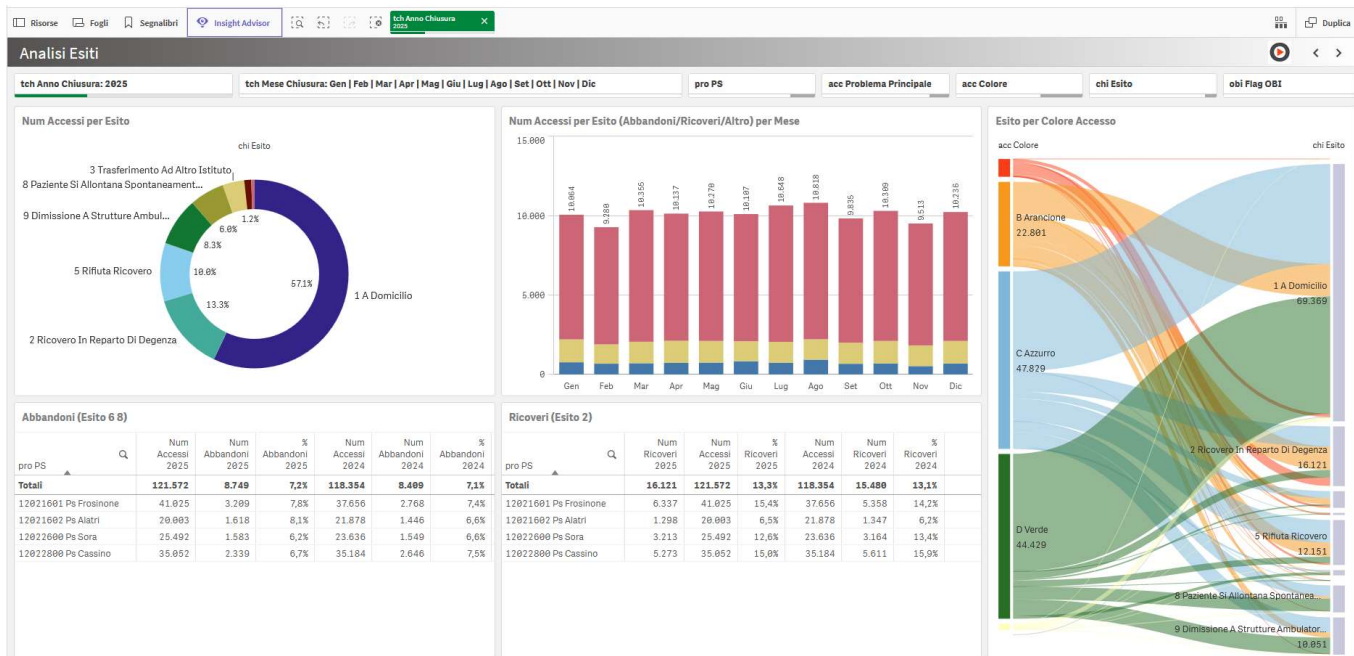
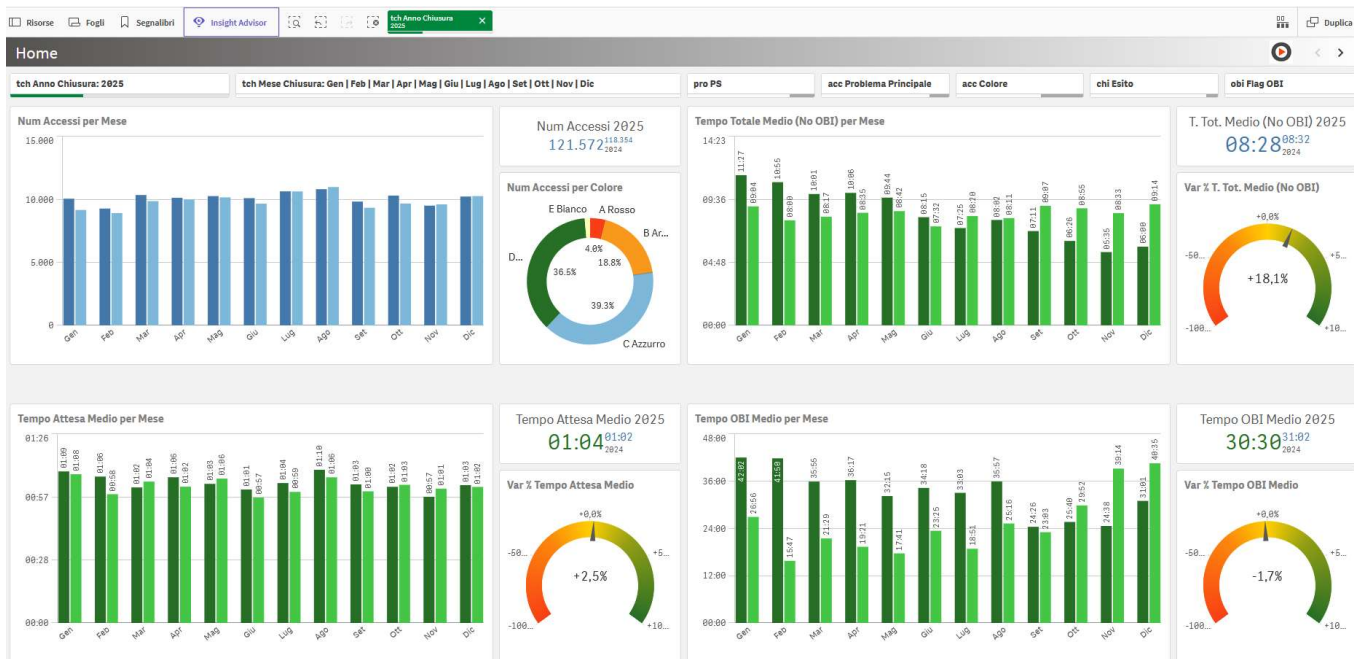
2.3 PRINCIPALI RISULTATI RAGGIUNTI DALLA ASL

2.3.1 La produzione

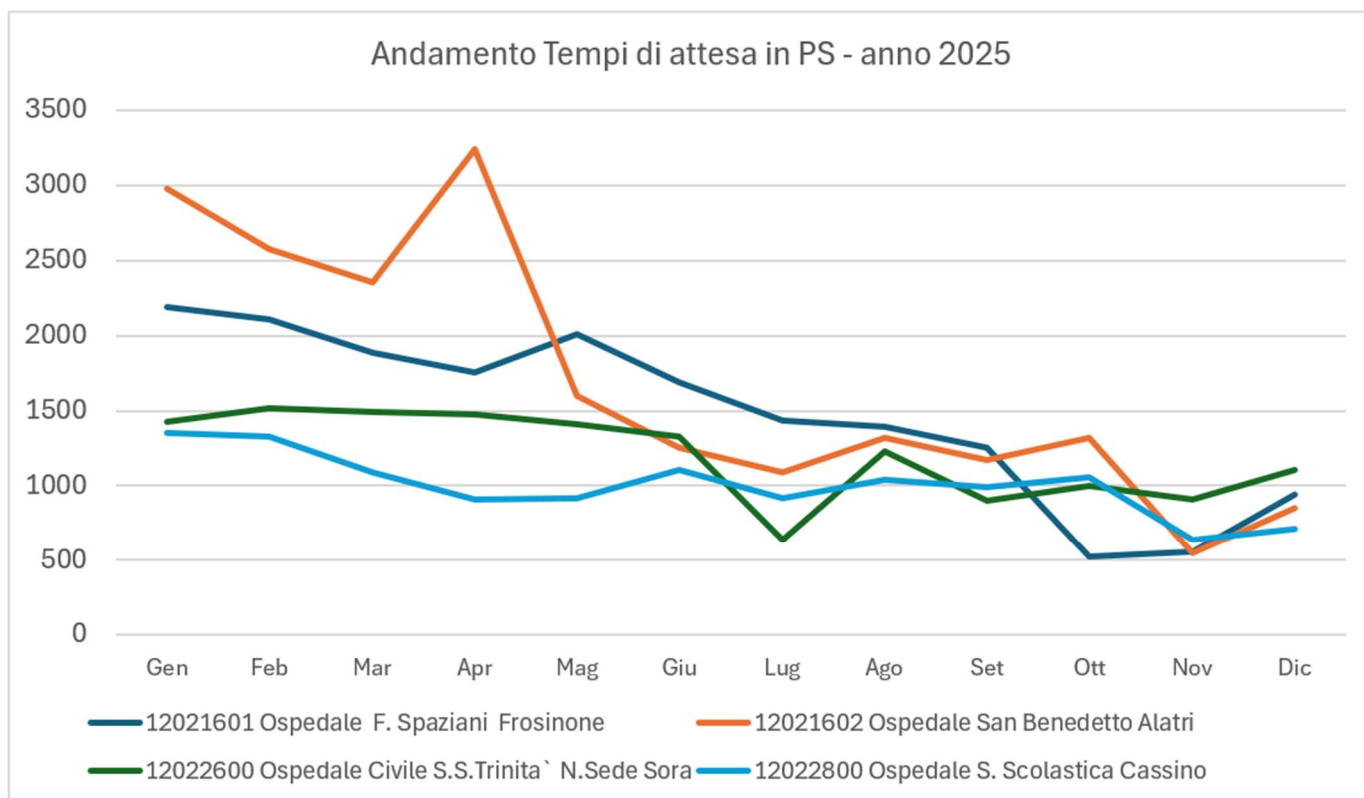
Dall'analisi dei dati di ricovero attraverso il cruscotto aziendale, emerge nell'anno 2025 un lieve aumento nel numero di ricoveri rispetto al 2024 presso i Presidi ospedalieri a gestione diretta. La durata della degenza media registra un incremento anche a fronte di un incremento della complessità misurata come peso medio dei DRG prodotti.



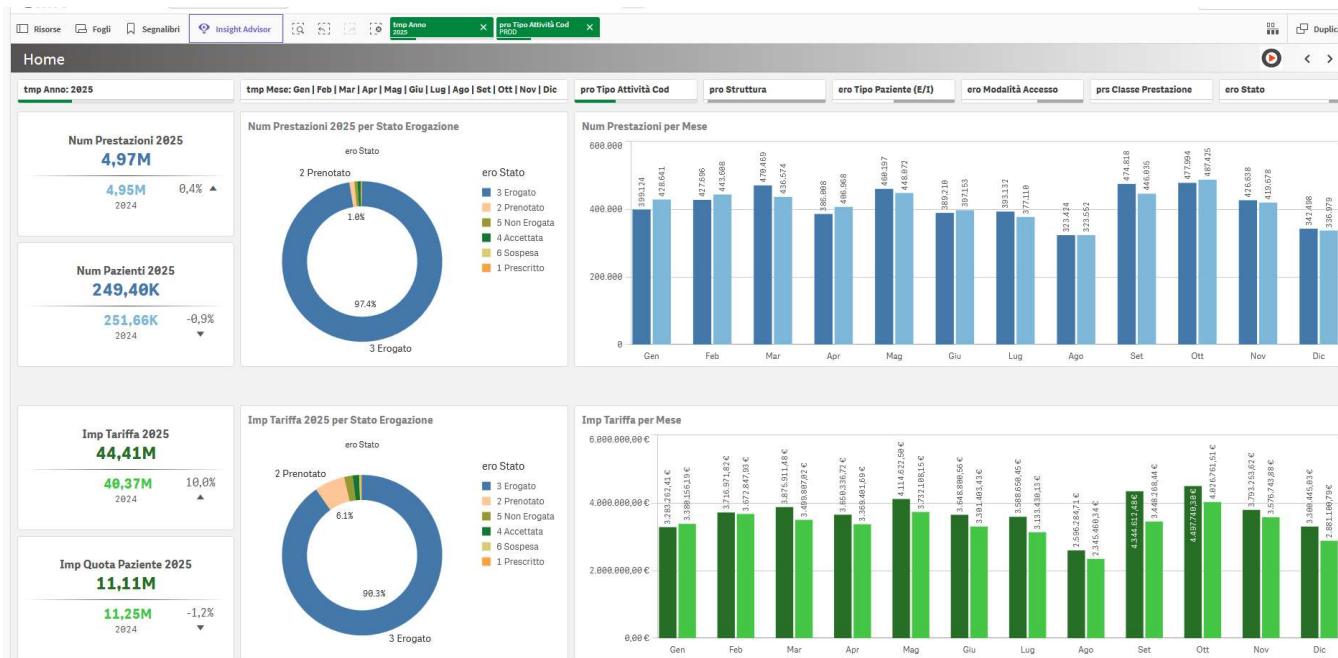
Il numero complessivo di accessi in PS nell'anno 2025 registra un incremento del 2,7% rispetto al 2024; i tempi medi di permanenza risultano in miglioramento.



Da rilevare il lavoro consistente e sistematico di riorganizzazione dei PP.SS. aziendali, che ha comportato, nel corso del 2025, una riduzione importante dei tempi di attesa in Pronto Soccorso, così come rilevabile dal grafico seguente:

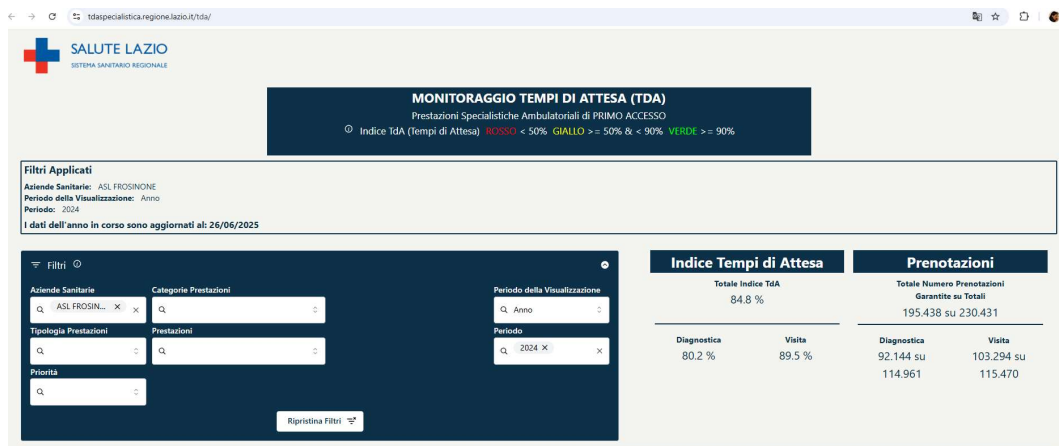
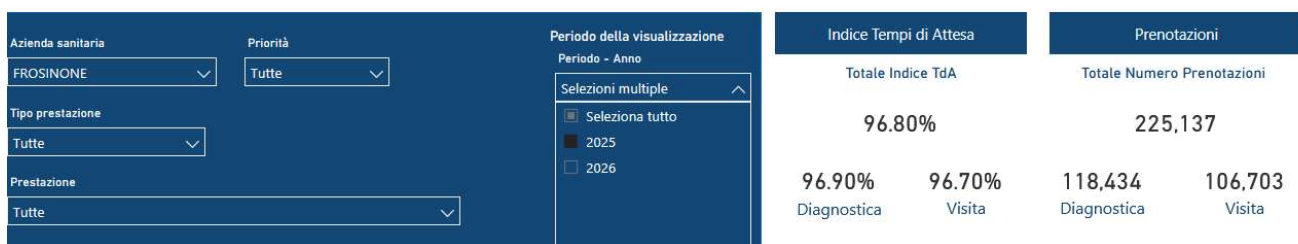


L'assistenza specialistica erogata dalle strutture a gestione diretta è leggermente aumentata nell'anno 2025 rispetto al 2024.



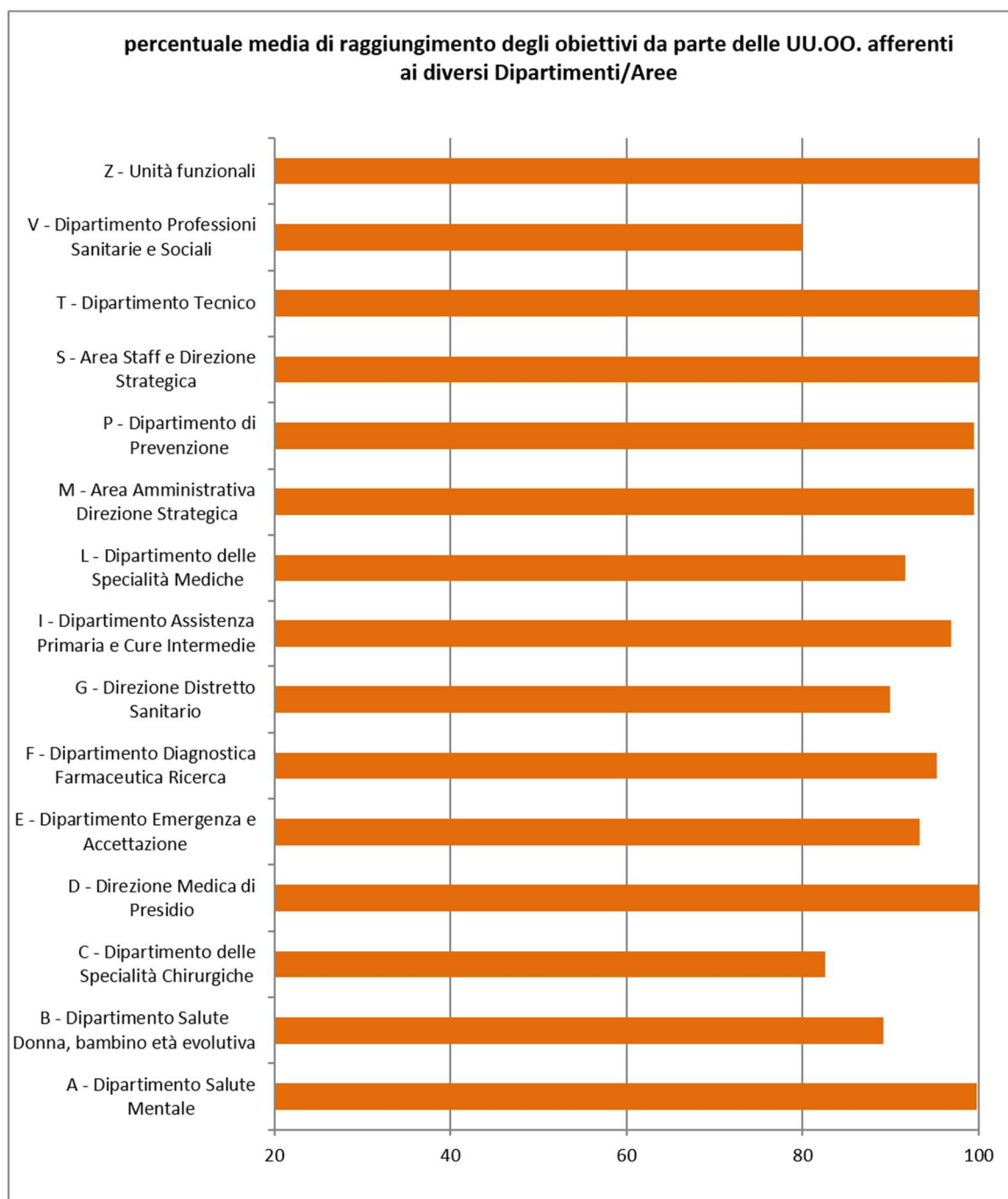
Per l'analisi dei tempi di attesa nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica, si riportano i dati estratti dal cruscotto regionale di monitoraggio dei tempi di attesa, da cui si evince un miglioramento nel corso del 2025 dell'Azienda ASL Frosinone rispetto al 2024: 84,8% di prestazioni erogate nei tempi previsti anno 2024 rispetto al 96,8% di prestazioni erogate nei tempi previsti anno 2025.

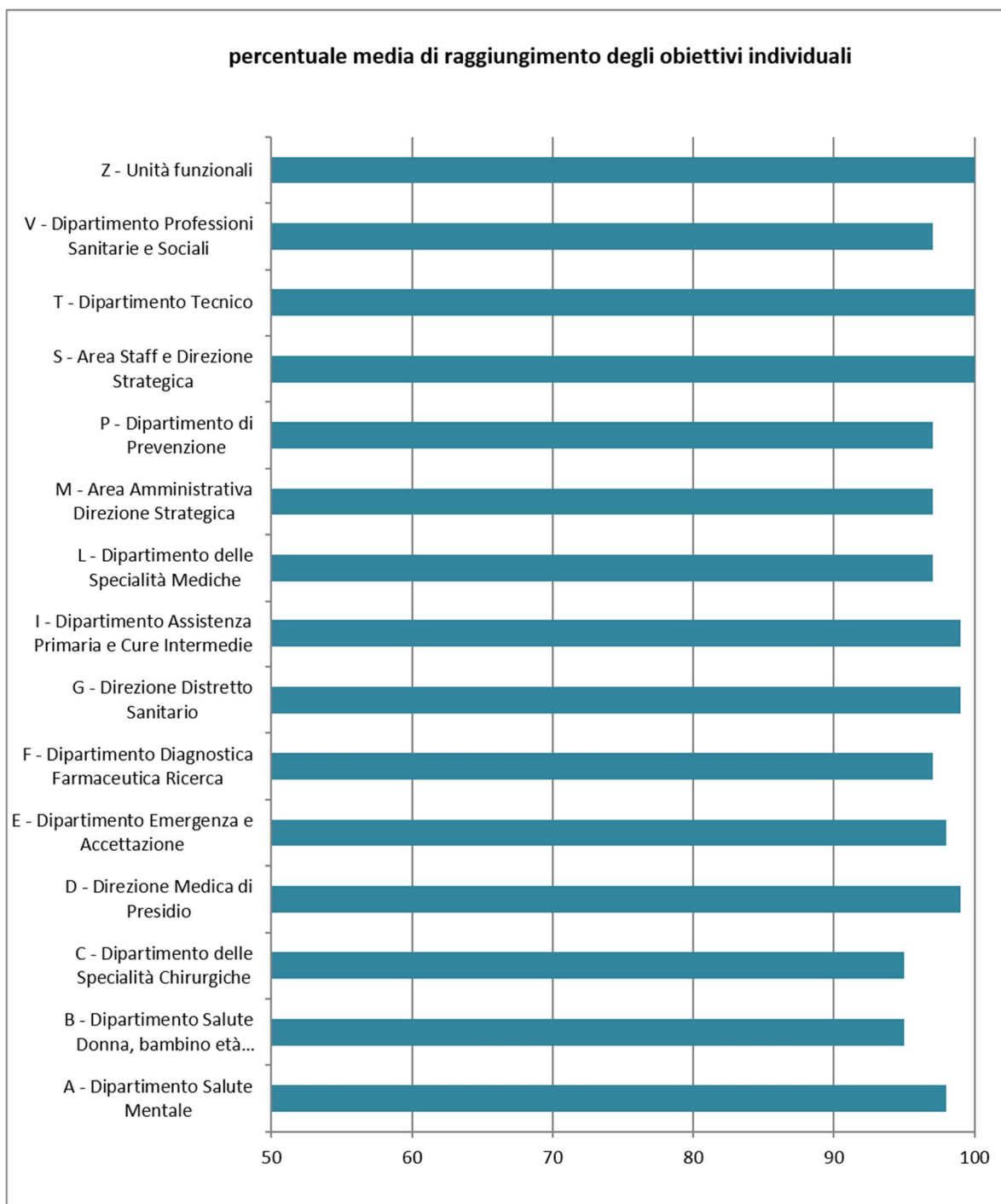
MONITORAGGIO TEMPI DI ATTESA (TDA)
 Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali di PRIMO ACCESSO monitorate PNGLA
 Indice Tda (Tempi di Attesa) ROSSO <50% GIALLO >= 50% & <90% VERDE >= 90%



2.3.2 La Performance Organizzativa e la Performance Individuale

A livello generale, nel 2025 la ASL di Frosinone ha riportato un livello medio di raggiungimento della Performance Operativa pari al 91,9% e della Performance Individuale (dirigenza e comparto) pari al 97,9%; di seguito il dettaglio a livello di Dipartimento/Area:





Dall'analisi dei risultati della Performance Organizzativa e della Performance Individuale si rileva una riduzione della discrepanza, rispetto al 2024, tra i livelli raggiunti dalla struttura e le valorizzazioni mediamente ricevute a livello individuale, anche a seguito delle scadenze diversificate imposte nel 2025 per la rendicontazione della scheda operativa di struttura (28/02/2026) e per la valorizzazione individuale (31/03/2026, alla luce anche dei risultati organizzativi raggiunti).

2.3.3 Prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza

Ai sensi della Legge n. 190/2012, del D.Lgs. n. 33/2013 e successive modifiche e integrazioni, del D.Lgs. n. 97/2016 e delle disposizioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) adottato dall'ANAC, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) riveste un ruolo centrale nel sistema di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza amministrativa.

Tra i principali compiti attribuiti al RPCT rientrano: la predisposizione e l'aggiornamento della sezione "Rischi corruttivi e trasparenza" del PIAO; il coordinamento delle misure di prevenzione della corruzione; il monitoraggio dell'attuazione delle misure previste; la vigilanza sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. n. 33/2013; la verifica della completezza, dell'aggiornamento e della qualità dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente"; il coordinamento dei referenti aziendali coinvolti nei processi di pubblicazione; la promozione di interventi correttivi in presenza di inadempienze; nonché la predisposizione della Relazione annuale del RPCT prevista dall'art. 1, comma 14, della Legge n. 190/2012.

Nell'esercizio di tali funzioni, il RPCT è chiamato ad assicurare non soltanto la pubblicazione formale dei dati previsti dalla normativa, ma anche l'effettiva operatività di un sistema organizzativo stabile e strutturato, idoneo a garantire il costante aggiornamento delle informazioni, la tracciabilità delle responsabilità e il monitoraggio periodico dei livelli di adempimento.

Con riferimento all'anno 2025, l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), nell'ambito delle attività di attestazione previste dalla Delibera ANAC n. 192/2025, ha effettuato la verifica sul corretto assolvimento degli obblighi di pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale aziendale.

Dalle verifiche effettuate al 31 maggio 2025 è emerso un quadro complessivamente critico, caratterizzato dalla presenza di numerose inadempienze, pubblicazioni incomplete o parziali e dalla mancanza di dati e documenti in diverse sezioni e sottosezioni soggette agli obblighi di trasparenza. Tali risultanze hanno indotto l'OIV a richiamare formalmente il RPCT alla necessità di

adottare iniziative adeguate e concrete volte al superamento delle criticità rilevate, attraverso la definizione di processi standardizzati, l'attivazione di monitoraggi periodici e l'implementazione di azioni correttive verificabili nel tempo.

In ragione delle criticità emerse, l'OIV ha inoltre ritenuto necessario proporre l'inserimento, nell'ambito degli obiettivi di performance organizzativa dell'Unità Funzionale Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, di uno specifico obiettivo concernente il monitoraggio periodico della sezione "Amministrazione Trasparente" e il progressivo superamento delle inadempienze riscontrate, a conferma della rilevanza strategica attribuita a tale ambito di attività.

La successiva verifica effettuata dall'OIV al 30 novembre 2025, mediante esame diretto delle sezioni dell'area "Amministrazione Trasparente" e compilazione della griglia ANAC di rilevazione, ha evidenziato che gli interventi formalizzati dal RPCT aziendale non hanno consentito il superamento delle criticità precedentemente segnalate. L'esito finale dell'attività di attestazione ha infatti confermato la permanenza di diffuse carenze negli adempimenti di trasparenza. Fatta eccezione per un numero limitato di sezioni e sottosezioni risultate conformi, sono state rilevate informazioni incomplete, pubblicazioni parziali, aggiornamenti non tempestivi e, in alcuni casi, sottosezioni prive dei contenuti prescritti dalla normativa vigente. Le criticità accertate hanno interessato gran parte delle aree sottoposte a verifica e sono state dettagliatamente riportate nella griglia di rilevazione:

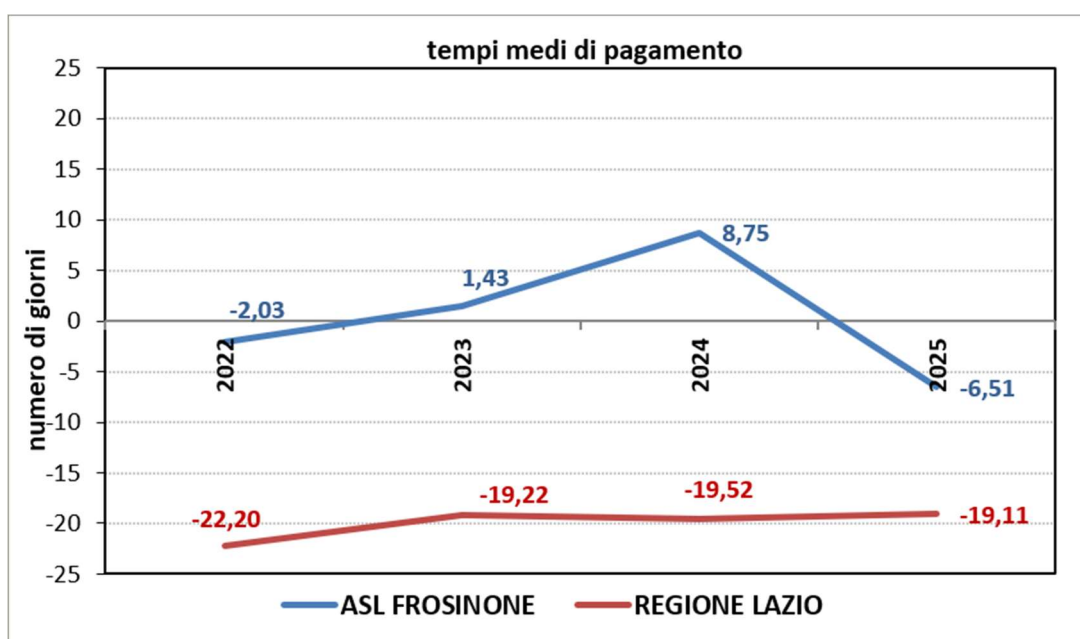
https://www.asl.fr.it/wp-content/uploads/oiv_griglia_rilevazione_trasparenza_30112025.pdf

Pertanto, pur prendendo atto dell'attività svolta dal RPCT nel corso dell'anno, le risultanze delle verifiche OIV effettuate evidenziano che, nell'anno 2025, il livello complessivo di assolvimento degli obblighi di trasparenza da parte dell'Azienda non può ritenersi soddisfacente rispetto agli standard richiesti dalla normativa vigente e dagli indirizzi ANAC. Permangono, infatti, significative lacune sotto il profilo dell'adempimento degli obblighi relativi alla Trasparenza, della sistematicità del monitoraggio, della completezza delle pubblicazioni e della capacità di assicurare una gestione strutturata e continuativa degli obblighi di trasparenza.

L'OIV ha pertanto richiesto all'Azienda l'adozione di procedure standardizzate, la definizione di responsabilità organizzative chiare, il monitoraggio periodico e documentato degli obblighi di pubblicazione, nonché la tempestiva attivazione di azioni correttive in presenza di criticità. Ha inoltre sottolineato la necessità di una più efficace collaborazione tra RPCT, strutture aziendali affinché sia garantita la completezza, l'aggiornamento e l'affidabilità delle informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" e si attui un percorso organico e verificabile finalizzato al pieno adeguamento dell'Azienda alle prescrizioni del D.Lgs. n. 33/2013, della Legge n. 190/2012 e alle indicazioni dell'ANAC.

2.3.4 Indice di Tempestività di Pagamento

L'indicatore utilizzato per misurare la riduzione dei tempi di pagamento è definito come la media dei ritardi di pagamento ponderata in base all'importo delle fatture, considerando sia le fatture scadute nell'anno sia le fatture non scadute e pagate nell'anno, con un target massimo di 60 giorni. Le rilevazioni su stock di debito e tempestività di pagamento relativi a fatture in Accordo Pagamenti sono fornite mensilmente dalla Regione Lazio, come dato medio del periodo da inizio anno e sono riportati nel grafico che segue per gli anni 2022-2023-2024-2025.



In particolare, si evidenzia come nei periodi infra-annuali del 2025, i tempi medi di attesa di pagamento “registrati” fossero sempre al di sotto delle soglie previste, con punte anche di quasi 14 giorni di anticipo:

Periodo	giorni
gennaio	-11,55
gennaio-febbraio	-13,24
gennaio-marzo	-13,65
gennaio-aprile	-13,26
gennaio-maggio	-13,81
gennaio-giugno	-13,95
gennaio-agosto	-11,22
gennaio-settembre	-10,99
gennaio-ottobre	-9,85
gennaio-novembre	-8,69
gennaio-dicembre	-6,51

2.3.5 Customer Satisfaction

Nell'anno 2025, sono giunti alla UOC URP n. 558 reclami scritti/segnalazioni così suddivisi:

- Distretto A: n. 64;
- Distretto B: n. 278;
- Distretto C: n. 41;
- Distretto D: n. 74;
- PEC: n. 56;
- E-mail: n. 45

L'URP, a tal proposito, ha segnalato che la maggior parte delle richieste ha riguardato la mancata ricollocazione di visite ed esami non eseguite/i, in quanto sospesi, e non oggetto di successiva riprogrammazione.

Con la riattivazione, inoltre, dal 1 aprile 2025 dell'Unità Funzionale Ufficio Stampa - che fra i propri compiti include la gestione dei social media aziendali, il loro monitoraggio, la produzione dei contenuti, l'interazione con gli utenti- si è consolidato nel corso dell'anno 2025 un modello di comunicazione orientato non soltanto all'informazione istituzionale, ma anche all'ascolto attivo dei cittadini, utilizzando i canali digitali e i rapporti con la stampa come strumenti di rilevazione dei bisogni, delle aspettative e delle criticità percepite dall'utenza.

La riattivazione dei canali social aziendali (Facebook, Instagram e LinkedIn) a partire dal 24 aprile 2025, ha consentito – attraverso un'analisi degli stessi che valorizzi non solo i dati quantitativi dei canali social ma soprattutto la loro funzione di rilevazione dei bisogni e di miglioramento dei servizi - di sviluppare una relazione più diretta e immediata con la popolazione, considerata la crescente propensione dei cittadini a utilizzare tali strumenti come canale di contatto con l'Amministrazione.

Si deve, inoltre, considerare la maggiore capillarità e penetrabilità comunicativa della ASL che la nuova presenza sui social -Facebook, Instagram, LinkedIn- ha assicurato in ordine all'aggiornamento dei servizi, attività ed eventi sul territorio messi in campo per rispondere ai bisogni di salute dei cittadini-utenti, ampliando di fatto la capacità dell'Ente di raccogliere feedback, trasformarli in azioni correttive e utilizzarli per il miglioramento dei servizi, in linea con i principi di partecipazione, ascolto e valore pubblico.

L'Ufficio Stampa aziendale, nello specifico, attraverso il monitoraggio costante dei commenti pubblici e dei messaggi privati ricevuti sui canali social aziendali, ha svolto una concreta e proficua attività di social listening; tale attività ha permesso di intercettare richieste di informazioni, segnalazioni di disservizi, reclami, suggerimenti e bisogni emergenti, favorendo una risposta tempestiva e/o un intervento correttivo da parte dell'Azienda.

L'attività di ascolto ha inoltre fornito elementi utili alla programmazione e al miglioramento dei servizi. Tra gli esempi più significativi si evidenziano:

- le segnalazioni relative alle modalità di prenotazione degli screening gratuiti e degli open day sanitari, che hanno contribuito all'adozione di procedure organizzative più efficaci nelle iniziative successive (gestione delle prenotazioni a mezzo e-mail dedicata e non più a mezzo numero telefono con risposta di operatore/dipendente);
- le numerose richieste provenienti dall'utenza in materia di assistenza ostetrica e partoanalgesia hanno rappresentato uno degli elementi d'impulso considerati nel percorso di attivazione del servizio di partoanalgesia, avvenuto a fine 2025, presso il Presidio Ospedaliero "Fabrizio Spaziani"

Il costante monitoraggio della stampa locale e regionale, nel corso dell'anno 2025, ha costituito uno strumento complementare di rilevazione della soddisfazione e delle aspettative dei cittadini, consentendo di focalizzare l'attenzione su temi di particolare interesse pubblico con focus della ASL sulle risposte/interventi da attuare, quali:

- la sicurezza degli operatori sanitari attraverso il potenziamento della gestione delle segnalazioni, l'attivazione allo 'Spaziani' del pulsante di emergenza in dotazione al personale e mediante la diffusione della posizione ufficiale ASL di solidarietà agli operatori e ferma condanna degli episodi;
- il sovraffollamento dei pronto soccorso con focus sulle misure di rafforzamento organizzativo quali le assunzioni personale sanitario (dirigenza e comparto), ampliamento servizi e contestuale presentazione pubblica delle azioni correttive e della programmazione aziendale;
- l'accessibilità ai servizi territoriali e le esigenze di rafforzamento dell'assistenza di prossimità anche promuovendo nella comunità la conoscenza dei servizi territoriali mediante apposite campagne informative.

Nel complesso, le attività realizzate nel 2025 evidenziano un approccio orientato ad un processo di continuo ascolto, dialogo e utilizzo dei feedback dei cittadini a supporto delle decisioni organizzative per colmare la distanza tra i bisogni di salute del cittadino/utente e l'offerta di salute che la ASL intende concretamente assicurare rendendo, inoltre, più comprensibili e fruibili percorsi (spesso) complessi come quelli sanitari.

2.3.6 Benessere organizzativo, pari opportunità e bilancio di genere

Nell'ambito della programmazione aziendale e del Valore Pubblico, un ruolo fondamentale è riconosciuto alla promozione delle pari opportunità attraverso il Piano delle Azioni Positive (PAP). Questo piano rappresenta un documento programmatico finalizzato all'adozione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro, precisando obiettivi, azioni e tempi di realizzazione di progetti mirati all'attuazione delle pari opportunità, al contrasto di ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere lavorativo. Attualmente, l'ASL di Frosinone ha completato la prima stesura di tale piano e delle azioni correlate per il triennio 2025-2027 attraverso la stesura del "PIAO piano integrato di attività e organizzazione ASL Frosinone triennio 2025-2027"

Le azioni positive previste nei PAP, secondo la disposizione normativa del 196/2000, consistono in misure temporanee speciali che mirano a rimuovere gli ostacoli che impediscono un'effettiva parità di genere.

L'art. 57 della legge n. 183/2010 attribuisce alle pubbliche amministrazioni il compito di costituire il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, di valorizzare il benessere di chi lavora e contrastare le discriminazioni.

Il Piano delle Azioni Positive 2025-2027 si sviluppa in sei aree di intervento:

- Studi e Ricerche: vengono analizzati report statistici sulla distribuzione del personale per genere, età, livello professionale e tipo di contratto, per individuare eventuali squilibri e pianificare interventi mirati a migliorare l'equità organizzativa. L'obiettivo è fornire una base oggettiva e solida per pianificare interventi mirati, migliorare l'equità organizzativa, garantire pari opportunità a tutti i dipendenti e promuovere un ambiente di lavoro più inclusivo e bilanciato.
- Potenziamento del Comitato Unico di Garanzia: Ampliamento dell'area banner del CUG sul portale ASL Frosinone, rinnovo del CUG con nuova manifestazione di interesse e formazione del CUG sui dati del personale dipendente e misure di conciliazione vita/lavoro. L'attuale CUG è stato nominato con Delibera del luglio 2025 e si è ufficialmente costituito in data 11/12/2025 con regolare passaggio di consegne.
- Promozione e Sostegno alla Cultura delle Pari Opportunità e Cultura di Genere: Iniziative di informazione e sensibilizzazione sui compiti e obiettivi del CUG, promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro attraverso seminari e altre attività. 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.

#MAIDASOLE: VOCI, RETI, AZIONI

IL SISTEMA SANITARIO E LA RETE TERRITORIALE CONTRO LA VIOLENZA DI GENERE

lunedì 24 11 2025 ORE 8.30-14

SALA TEATRO ASL via Armando Fabi – FROSINONE

<p>8 - 8.30 Registrazione partecipanti 8.30 - 9 Accoglienza ospiti</p> <p>ore 9 SALUTI ISTITUZIONALI Dott. ARTURO CAVALIERE Direttore generale Asl Frosinone Dott. ERNESTO LIGUORI Prefetto di Frosinone Dott. FRANCESCO MINISCI Procuratore della Repubblica di Frosinone Dott. STANISLAD CARUSO Questore di Frosinone Dott.ssa ALESSIA SAVO Presidente Commissione Sanità Lazio Dott. RICCARDO MASTRANGELI Sindaco di Frosinone Dott. FABRIZIO CRISTOFARI Presidente Ordine provinciale dei Medici di Frosinone</p> <p>9.30 DALLA LEGGE ALL'AZIONE: STRUMENTI GIURIDICI E RISPOSTE ISTITUZIONALI ALLA VIOLENZA Dott. LORENZO MARIA DESTRO Sostituto Procuratore presso la Procura della Repubblica di Frosinone Avv. VINCENZO GALASSI Presidente Ordine Avvocati Frosinone Isp. CRISTIAN SACCUCCI Responsabile della Sezione Codice Rosso e Violenza di genere della Polizia di Stato di Frosinone Dott.ssa MARIA GIOVANNA COLELLA Direttrice Sanitaria Asl Frosinone Dott.ssa ANTONELLA D'AMBROSI Responsabile Uos Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario Asl Frosinone</p> <p>11 DALLA FERITA ALLA FORZA: IL RUOLO DELLA COMUNITÀ NEL SOSTEGNO ALLE VITTIME Dott. ROCCO PANTANELLA Dirigente medico Pronto Soccorso Medicina Urgenza Frosinone Responsabile Uosd Procedure e percorsi d'urgenza Asl Frosinone Dott.ssa ANTONIA DI MARIO PSF Infermiera PS Frosinone Dott.ssa SARAH FRONGIA PSF Assistente Sociale Uoc Ematologia e Direzione Sanitaria P.O. Frosinone Dott.ssa MARINA ZAINNI Dirigente psicologa Dipartimento Salute Mentale e Patologie da Dipendenza Asl Frosinone Prof.ssa PATRIZIA PALOMBO Presidente provinciale "Telefono Rosa" NICOLETTA FINI Giornalista del quotidiano "Cioccaria Oggi" TESTIMONE E PARTECIPANTE del progetto "Mani in pasta contro la violenza"</p> <p>12.30 DALLA CURA ALLA TUTELA: IL RUOLO DEI DISTRETTI SOCIO SANITARI, DELLE ASSOCIAZIONI ANTIVIOLENZA E DELLE DIRIGENZE DELLE PROFESSIONI SANITARIE</p> <p>13.30 Dibattito</p> <p>14 Chiusura lavori</p>	<p>Presentazione e moderazione a cura dei giornalisti dell'Ufficio Stampa Asl Dott.ssa GIULIA ABBRUZZESE Dott. LUCA CAROFIGLIO</p> <p>LA PARTECIPAZIONE È APERTA A TUTTI Per i dipendenti della ASL, previo rilascio di attestato di partecipazione, la giornata è valida ai fini del riconoscimento di 5 ore per la formazione del dipendente.</p>
---	---



CON IL PATROCINIO DI




Per gli avvocati sono riconosciuti 4 crediti formativi



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
ASL FROSINONE



REGIONE LAZIO

- Conciliazione Tempi di Vita: Ricognizione delle forme flessibili di lavoro e dei permessi per la cura di figli, disabili e anziani per favorire politiche di conciliazione tra famiglia e lavoro.

- Benessere Organizzativo e Salute Ambiente di Lavoro: Promozione di sani stili di vita e iniziative per agevolare informazione e consapevolezza nell'ottica della prevenzione e del benessere lavorativo.
- Contrasto a Forme di Discriminazione e di Violenza: Predisposizione 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 e prevede un monitoraggio costante delle azioni adottate, con la redazione di un report annuale. In data 11/12/2025 è stato predisposto un Piano delle Azioni Positive 2026-2028 come di seguito riportato:

1. Studi e Ricerche

Azione 1.1 - Analisi e Indicatori di genere. Relazioni e report statistici

Azione 1.2 - Ricerche finalizzate a favorire le pari opportunità

Azione 1.3 – Studi per la rilevazione del benessere organizzativo, transgenerazionale e di genere

2. Potenziamento del Comitato Unico di Garanzia;

Azione 2.1 - Ampliamento dell'area banner del Comitato Unico di Garanzia sul portale Asl Frosinone

Azione 2.2 - Formazione/informazione del CUG su pari opportunità, rischi psicosociali e invecchiamento attivo al lavoro

3. Promozione e sostegno alla cultura delle Pari Opportunità;

Azione 3.2 – Promozione delle politiche volte a contrastare le discriminazioni relative alle disabilità

Azione 3.3 - Promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro (seminari pari opportunità)

4. Conciliazione tempi di vita;

Azione 4.1- Applicazione diritti flessibilità lavorativa, lavoro agile indagine per asili nido...

5. Benessere Organizzativo e Salute ambiente di lavoro

Azione 5.1 – Creazione sportello d'ascolto

Azione 5.2 – Accoglienza del personale disabile

Azione 5.3 -Promozione sani stili di vita – attenzione organizzativa e individuale verso sani stili di vita (seminari esperienziali)

Azione 5.4 -Promozione di iniziative per accrescere la cultura della prevenzione del benessere organizzativo, transgenerazionale e di genere anche attraverso l'arte.

6. Codici di condotta e carta dei valori

Azione 6.1- Elaborazione di un codice di condotta-carta di valori per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale, di genere, mobbing, bossing.

GRUPPI DI LAVORO

- 1) discriminazioni
- 2) benessere organizzativo e rischi psicosociali
- 3) comunicazione e ricerche

È stato altresì redatto e approvato un regolamento del CUG, un regolamento di segnalazione e un modulo di segnalazione sottoposti all'OIV e alla Direzione Strategica; attualmente si è in attesa di pubblicazione su sito internet.

In linea con le direttive del D.Lgs. 150/2009 e in attuazione delle strategie europee per la parità, l'Azienda intende monitorare stabilmente la dimensione di genere all'interno del proprio ciclo della performance, con il duplice obiettivo di monitorare l'equità interna all'organizzazione (l'Azienda come datrice di lavoro) e di valutare l'appropriatezza e l'impatto differenziato delle prestazioni erogate sul territorio (l'Azienda come garante della salute della popolazione).

L'analisi del personale dipendente sarà finalizzata al progressivo superamento del *gender gap* e alla valorizzazione del capitale umano, monitorando costantemente la distribuzione di genere per profili professionali, ruoli dirigenziali e forme contrattuali, come da tabella di seguito riportata:

ELENCO PERSONALE ASL FROSINONE AL 31_12_2025					
Descrizione Tipi dipendente	Tipologia di Personale	Descrizione Nature rapporto	F	M	Tot
ALTRO PERSONALE (IN CONVENZIONE)	PERSONALE NON DIRIGENTE	RELIGIOSO CONVENZIONATO	2		2
COMPARTO	PERSONALE NON DIRIGENTE	A RUOLO COMANDATO		1	1
COMPARTO	PERSONALE NON DIRIGENTE	Art. 42-bis del D. Lgs 151/2001 - LAV.IN ENTRATA	27	9	36
COMPARTO	PERSONALE NON DIRIGENTE	COMANDO IN USCITA (NON RETR)	3	1	4
COMPARTO	PERSONALE NON DIRIGENTE	RELIGIOSO CONVENZIONATO	7	2	9
COMPARTO	PERSONALE NON DIRIGENTE	TEMPO DETERMINATO	46	7	53
COMPARTO	PERSONALE NON DIRIGENTE	TEMPO INDETERMINATO	2.530	808	3.338
DIRIGENZA AREA MEDICA/VETERINARIA	PERSONALE DIRIGENTE	A RUOLO COMANDATO	1	1	2
DIRIGENZA AREA MEDICA/VETERINARIA	PERSONALE DIRIGENTE	Art. 42-bis del D. Lgs 151/2001 - LAV.IN ENTRATA		1	1
DIRIGENZA AREA MEDICA/VETERINARIA	PERSONALE DIRIGENTE	TEMPO DETERMINATO	16	16	32
DIRIGENZA AREA MEDICA/VETERINARIA	PERSONALE DIRIGENTE	TEMPO INDETERMINATO	305	317	622
DIRIGENZA P.T.A.	PERSONALE DIRIGENTE	TEMPO DETERMINATO		1	1
DIRIGENZA P.T.A.	PERSONALE DIRIGENTE	TEMPO INDETERMINATO	6	15	21
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	PERSONALE DIRIGENTE	A RUOLO COMANDATO	1		1
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	PERSONALE DIRIGENTE	TEMPO DETERMINATO		1	1
DIRIGENZA SANITARIA NON MEDICA	PERSONALE DIRIGENTE	TEMPO INDETERMINATO	88	17	105
Totale complessivo			3.032	1.197	4.229

L'Azienda promuove attivamente la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro attraverso il ricorso a istituti di flessibilità e tutele della genitorialità, avvalendosi della costante azione

propositiva e consultiva del Comitato Unico di Garanzia (CUG) per il contrasto a ogni forma di discriminazione e per la promozione del benessere organizzativo.

Sul fronte dell'offerta sanitaria, particolare rilevanza viene attribuita all'accessibilità delle reti territoriali e di prossimità, con specifico riferimento all'efficacia dei programmi di screening oncologici preventivi e al potenziamento dei consultori familiari. Tale approccio mira a garantire un'equità d'accesso reale, personalizzando i percorsi di cura a tutela delle fasce di popolazione più vulnerabili e della salute della donna e dei minori.

2.3.7 Inclusione sociale

Numerose sono state le attività realizzate nel corso del 2025 finalizzate all'inclusione sociale:

- formazione continua del personale sanitario, volta a sensibilizzare sulle tematiche dell'equità e migliorare le competenze nella gestione delle diversità. Questo ha permesso di sviluppare piani di cura personalizzati, tenendo conto delle specifiche esigenze e condizioni di salute di ogni paziente.
- attuazione del Piano di Equità, iniziativa strategica volta a garantire un accesso equo e uniforme ai servizi sanitari per tutti i cittadini. Questo piano si inserisce nel contesto del Programma Nazionale Equità nella Salute 2021-2027, che ha come obiettivo principale la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari. Al fine di migliorare l'accessibilità al servizio sanitario, l'attenzione alle tematiche di salute mentale e di genere, così come i programmi di screening, l'Azienda ha adottato diverse misure, tra cui l'implementazione di programmi di prevenzione e promozione della salute accessibili a tutta la popolazione, con particolare attenzione alle fasce più vulnerabili.
- "Scuole che Promuovono Salute" (SPS), Programma Predefinito 1 (PP1) ASL Frosinone – Anno Scolastico 2025/2026, sviluppato in stretta aderenza agli obiettivi di salute prefissati dal Piano Regionale della Prevenzione (PRP). La programmazione dell'esercizio ha mirato a massimizzare l'efficienza della rete sul territorio della ASL di Frosinone, garantendo prestazioni preventive misurabili e strutturate.

Il programma si fonda sul modello della Scuola che Promuove Salute (SPS), promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e strutturato secondo l'approccio globale alla salute (Whole School Approach). A differenza dei tradizionali interventi formativi spot in classe, il modello SPS non si limita a trasmettere nozioni sanitarie agli studenti, ma mira a integrare stabilmente la promozione della salute nel sistema gestionale ed educativo della scuola.

Il modello agisce su tre pilastri fondamentali:

- Sviluppo delle competenze individuali degli alunni (attraverso le Life Skills e la consapevolezza).

- Miglioramento dell'ambiente strutturale e organizzativo (spazi fisici idonei al movimento, mense sane, benessere del personale scolastico).
- Consolidamento delle alleanze sul territorio (la sinergia strutturata tra istituzioni scolastiche, famiglie e servizi sanitari della ASL).

L'azione di coordinamento del Referente PP1 ha permesso di radicare questa rete territoriale nella provincia di Frosinone, garantendo la piena integrazione delle prestazioni preventive all'interno dell'offerta formativa, in un'ottica di sostenibilità e ottimizzazione delle risorse sanitarie impiegate.

Il successo del programma e la capacità di rispondere in modo olistico ai bisogni di salute della popolazione scolastica sono stati garantiti da un modello di lavoro fortemente integrato e interdipartimentale. Le attività hanno visto l'impegno sinergico e coordinato di operatori sanitari e professionisti provenienti da tre pilastri strategici della nostra ASL:

- Dipartimento di Prevenzione: Responsabile della governance del programma, della promozione degli stili di vita sani e del monitoraggio delle linee d'azione sul territorio.
- Consultorio Familiare: Impegnato nelle azioni di supporto all'affettività, nel benessere psico-sociale degli studenti e nel raccordo con le famiglie.
- Dipartimento di Salute Mentale e Patologie da Dipendenza (DSMPD): Fondamentale per l'implementazione dei programmi validati di contrasto alle dipendenze (sia da sostanze che comportamentali) e per lo sviluppo delle competenze personali (*Life Skills*).

A fronte dei 38 istituti scolastici principali censiti e pianificati come target dalla programmazione aziendale nel territorio della ASL di Frosinone, l'articolazione delle diverse linee d'intervento ha prodotto un effetto moltiplicatore sui plessi periferici, determinando un bilancio finale di assoluto rilievo per la salute pubblica locale.

L'efficacia della campagna e la sinergia tra i servizi aziendali e il comparto scolastico hanno permesso di estendere capillarmente le azioni di prevenzione, arrivando a coprire complessivamente 659 plessi scolastici sul territorio provinciale e raggiungendo un target finale di 10.976 alunni.

Il piano di prevenzione si è sviluppato attraverso un pacchetto integrato di "Buone Pratiche" validate a livello regionale e nazionale. Ciascun istituto della rete ha potuto aderire a una o più delle seguenti linee d'azione:

- STILI DI VITA - COLLEGAMENTI: Programma focalizzato sullo sviluppo e sul potenziamento delle competenze per la vita (*Life Skills*) specifico per gli alunni della scuola primaria, mirato a promuovere l'alfabetizzazione emotiva e il benessere relazionale precoce.
- LUMINIS: Programma strutturato di prevenzione nell'ambito delle dipendenze, volto a intercettare precocemente i fattori di rischio e a promuovere la consapevolezza tra i giovani.

- **UNPLUGGED:** Programma scolastico basato sulle evidenze scientifiche per la prevenzione dell'uso di sostanze (tabacco, alcol, droghe) e per lo sviluppo delle competenze personali (*Life Skills*) nella scuola secondaria.
- **RETE SENZA FILI:** Programmi orientati all'uso consapevole dei media digitali e alla prevenzione mirata delle dipendenze tecnologiche (smartphone, gaming, social network).
- **PEER EDUCATION E PEER&MEDIA EDUCATION:** Metodologia basata sull'educazione e il confronto tra pari, applicata per il contrasto e la prevenzione dei comportamenti a rischio negli istituti secondari di secondo grado.
- **MUOVINSIEME:** Programma incentrato sulla mobilità sostenibile e sull'incremento dell'attività motoria quotidiana per il contrasto alla sedentarietà.
- **PAUSE ATTIVE IN CLASSE E PER IL PERSONALE SCOLASTICO:** Diffusione di brevi sessioni di movimento strutturato da eseguire regolarmente durante l'orario delle lezioni.
- **SANOCHISA (Scuola Primaria e Scuola Secondaria):** Percorsi formativi dedicati alla sana alimentazione e alla corretta nutrizione all'interno dei plessi.
- **PRATICHE ATTIVATE DALLE SCUOLE:** Iniziative autonome e progetti locali promossi direttamente dagli istituti in coerenza con il modello SPS.

CRONOPROGRAMMA:

Fase 1: Mappatura, Reclutamento e Adesione: Settembre - Ottobre 2025.

Incontro con la rete scolastica dei 38 istituti, inserimento dei programmi preventivi nei PTOF e formalizzazione delle figure chiave dei docenti referenti territoriali.

Fase 2: Formazione dei Docenti e Pianificazione: Novembre - Dicembre 2025.

Organizzazione dei tavoli di coordinamento interprofessionale (ASL-Scuola), trasferimento dei kit didattici validati e attivazione della formazione specifica per gli insegnanti.

Fase 3: Implementazione e Monitoraggio in Loco: Gennaio - Maggio 2026.

Sviluppo pratico delle attività all'interno delle classi della provincia, con il supporto e gli interventi sul campo degli operatori del Dipartimento di Prevenzione, dei Consulenti e del DSMPD.

Fase 4: Audit Organizzativo e Rendicontazione: Maggio - Giugno 2026.

Raccolta delle schede di report da tutti i plessi scolastici aderenti e consolidamento dei dati finali sull'utenza raggiunta.

Dall'analisi programmatoria dell'esercizio emergono chiari indicatori di successo gestionale:

- **Integrazione Multidisciplinare Realizzata:** La sinergia tra l'area della prevenzione collettiva, l'area consultoriale e l'area della salute mentale/dipendenze ha ottimizzato l'uso delle

risorse umane aziendali, evitando duplicazioni di interventi nelle scuole e offrendo pacchetti di salute coerenti e integrati.

- Efficienza nella Copertura Territoriale: L'elevato numero di plessi coinvolti dimostra la capacità della ASL di garantire equità nell'accesso alle prestazioni di prevenzione sia nei centri urbani principali che nelle aree geograficamente più periferiche della provincia.
- Aderenza ai target LEA e PRP: Il pieno coinvolgimento della rete scolastica provinciale permette all'azienda di posizionarsi in linea con i target di adempimento previsti per l'area della prevenzione collettiva.

➤ lavorazione per il pieno utilizzo nel 2026 della piattaforma *Ti Curo*, Piattaforma Regionale di Telemedicina per la gestione dell'assistenza sanitaria digitale e domiciliare. La piattaforma nasce con l'obiettivo di spostare il baricentro delle cure dall'ospedale alla casa del paziente, rendendo la sanità più vicina alle persone, in particolare per i pazienti fragili o affetti da patologie croniche:

- permette l'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza come televisite, teleconsulti e, in collaborazione con le Centrali Operative Territoriali (COT), il telemonitoraggio per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)
- i cittadini autorizzati e i pazienti inseriti nei percorsi di cura digitali possono accedere in modo sicuro utilizzando la propria identità digitale, tramite SPID o Carta di Identità Elettronica (CIE)

➤ potenziamento dei canali digitali diretti per i cittadini:

- richiesta Cartella Clinica Online: è attivo il nuovo Sportello Digitale ASL Frosinone per richiedere, pagare tramite PagoPA e scaricare la propria documentazione clinica comodamente da casa.
- piattaforma Colibrì: per accedere a specifici servizi aziendali di telemedicina già precedentemente attivi, medici e pazienti possono fare riferimento al portale d'accesso

➤ lavorazione per l'attuazione del Progetto TOBIA (acronimo di *Team Operativo Bisogni Individuali Assistenziali*), programma della Regione Lazio ideato per garantire un accesso facilitato e personalizzato alle cure ospedaliere per persone con gravi disabilità cognitive, intellettive o neuromotorie non collaboranti. A marzo 2026, il progetto è stato ufficialmente attivato e inaugurato anche all'interno della rete ospedaliera della ASL Frosinone, perché la promozione di un modello di sanità più accessibile ed equo si pone come obiettivo anche il contrasto alle disuguaglianze di accesso. L'obiettivo centrale di TOBIA è abbattere le barriere architettoniche, organizzative e culturali negli ospedali. Permette ai pazienti fragili di effettuare esami diagnostici, visite specialistiche, prelievi o piccoli interventi (non necessariamente legati alla loro specifica disabilità principale) in un ambiente protetto, riducendo i tempi di attesa e concentrando più prestazioni in un'unica sessione. La realizzazione del progetto ha richiesto la costituzione di equipe multidisciplinari in quanto il

percorso è gestito da medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari (OSS) e assistenti sociali specificamente formati per gestire pazienti non collaboranti o con gravi disturbi dello spettro autistico.

- infine, promozione dell'integrazione tra i vari servizi sanitari e sociali, al fine di offrire un'assistenza più completa e coordinata.

Queste iniziative riflettono l'impegno costante dell'ASL nel migliorare l'accesso e la qualità dei servizi sanitari, promuovendo un ambiente inclusivo e attento alle esigenze di tutti i cittadini.

2.3.8 Formazione

La formazione del personale all'interno della ASL Frosinone rappresenta una leva strategica fondamentale per l'aggiornamento delle competenze cliniche e l'implementazione dei nuovi modelli organizzativi territoriali (legati in particolare alle direttive del PNRR, come le Case e gli Ospedali di Comunità).

Il Piano Formativo Aziendale del 2025 (approvato formalmente all'inizio dell'anno con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 144/2025) è stato strutturato per rispondere in modo capillare ai fabbisogni dei diversi dipartimenti aziendali, sia per il personale della dirigenza medica che per il comparto delle professioni sanitarie e sociali.

I macro-ambiti di intervento principali hanno riguardato:

- **Emergenza, Urgenza e Area Critica:** Corsi continui sulle manovre di primo soccorso e rianimazione cardio-polmonare avanzata (BLSD-PBLSD), affiancati da seminari interprofessionali per la gestione tempestiva delle urgenze nei reparti di Medicina Interna.
- **Innovazione Tecnologica e Sanità Digitale:** Sessioni formative mirate all'impatto dell'Intelligenza Artificiale nel settore salute (esperienze pratiche e strumenti), alla Radiomica (nuove applicazioni in diagnostica per immagini) e all'uso di sistemi informatizzati e flussi informativi per il controllo epidemiologico.
- **Sicurezza dei Lavoratori (D.Lgs. 81/2008):** Corsi obbligatori di formazione generale, specifica e per figure chiave (Preposti, RLS), con approfondimenti verticali e pratici, come la prevenzione del rischio elettrico e la valutazione biomeccanica dei rischi da postura (norme ISO).

- Salute Territoriale, Cronicità e Percorso Nascita: Potenziamento delle competenze nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per infermieri e assistenti sociali. In ambito ostetrico-ginecologico e consultoriale, i focus principali si sono concentrati sulle urgenze in sala parto (es. gestione del trauma perineale ostetrico) e sulla prevenzione e screening della depressione post-partum.
- Salute Mentale, Vulnerabilità e Riforma Cartabia: Formazione specialistica in psicodiagnostica clinica, forense e medico-legale in seguito all'evoluzione normativa, unita a percorsi dedicati alle dipendenze comportamentali ed emotive nell'era digitale e alle strategie di trattamento per l'ADHD nell'adulto e nell'infanzia.

Durante l'anno solare 2025, sono stati realizzati un totale di 15 eventi accreditati, di cui 2 eventi hanno previsto rispettivamente 5 e 12 edizioni. Questi eventi hanno contribuito all'erogazione di un numero significativo di edizioni inserite nel Piano Formativo 2025, con un totale pari al 45% rispetto agli eventi programmati inizialmente. Inoltre, sono stati organizzati ulteriori 19 eventi che, pur non essendo previsti nel Piano Formativo inizialmente programmato, hanno arricchito l'offerta formativa complessiva, aumentando la varietà e la disponibilità di opportunità di aggiornamento professionale. A questi si sono aggiunti tutti i corsi obbligatori previsti per legge: Salute e sicurezza sul lavoro, Contrasto delle infezioni correlate all'assistenza, Radioprotezione, Privacy.

Il numero totale di partecipanti agli eventi accreditati Agenas è stato di 637 persone. A tutti questi partecipanti sono stati attribuiti crediti ECM. Non sono stati registrati partecipanti che non abbiano acquisito crediti ECM, il che conferma l'efficacia e la conformità degli eventi organizzati rispetto agli standard formativi previsti.

Per quanto riguarda le rilevazioni statistiche sul gradimento degli eventi ECM, i dati raccolti attraverso i questionari di valutazione della qualità percepita dei corsi hanno evidenziato un livello di soddisfazione particolarmente elevato da parte dei partecipanti. I questionari hanno analizzato diversi aspetti, tra cui la qualità organizzativa e didattica degli eventi, nonché l'efficacia complessiva della formazione.

I risultati emersi dalle rilevazioni statistiche sono molto positivi: l'85 % delle risposte si è attestato su un livello di gradimento 4 su una scala crescente da 0 a 4, con un totale delle risposte 3+4 che ha superato il 96%. Questi dati riflettono una valutazione molto alta dell'efficacia della formazione, indicando che i partecipanti hanno percepito un impatto significativo e positivo rispetto agli obiettivi formativi. In particolare, sono stati apprezzati i contenuti, la qualità dell'insegnamento, e l'organizzazione degli eventi, tutti elementi che valorizzano la proposta del Piano Formativo Aziendale.

Di seguito il dettaglio dei corsi:

- clinica dei contesti organizzativi e comunitari – formazione sul campo – 2025 7° annualità sostegno alla progettualità del gruppo psicoanalitico multi
- audit clinico e organizzativo sistema delle patologie da dipendenza
- dipendenze comportamentali e da sostanze nella società digitale
- dipendenze e percorsi di trattamento – audit clinico
- laboratorio per il miglioramento della comunicazione (5 edizioni)
- la deriva migrante, come accelerare l'intervento efficace
- autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie: requisiti tecnici e gestionali degli studi professionali
- la comunicazione efficace: strumenti e strategie per i professionisti sanitari
- mindfulness e tecniche corporee in età evolutiva: strumenti evidence-based per la riabilitazione multidisciplinare
- gravidanza e sviluppo fetale: l'impatto delle patologie polmonari e cardiache
- non solo fiori
- gestione efficace delle dinamiche relazionali nei contesti di emergenza e urgenza: strumenti professionali (11 edizioni)
- crisis lab: gestione delle emergenze intraospedaliere
- promozione e sostegno allattamento al seno in una comunità amica dei bambini
- dentro la mente dell'autore: prospettive psicologiche, giuridiche e sociali sulla violenza di genere

L'anno formativo 2025 si conferma come un successo sotto diversi punti di vista: sia per quanto riguarda la partecipazione degli utenti, che per la qualità percepita degli eventi ECM erogati.

L'Azienda ASL Frosinone ha promosso l'utilizzo della piattaforma Syllabus, con adesione all'offerta formativa pubblicizzata in ambito aziendale su percorsi formativi riguardanti:

- Transizione digitale:
- Transizione ecologica: la trasformazione sostenibile per la Pubblica Amministrazione
- Transizione amministrativa:
- Principi e valori della PA:

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

L'Azienda ASL Frosinone nel 2025 ha infine curato la formazione obbligatoria:

- in materia di salute e sicurezza sul lavoro e antincendio:

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

2.4 PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA RILEVATI NEL CICLO DELLA PERFORMANCE

La relazione sulla Performance costituisce l'elemento di sintesi del ciclo di gestione della Performance con riferimento ad un periodo amministrativo e, allo stesso tempo, è l'elemento di analisi per dare il via ad azioni migliorative e correttive future.

Il 2025 è stato l'anno in cui la Asl di Frosinone ha consolidato il processo di gestione della Performance secondo quanto previsto dal SMVP, seguendo a tutti i livelli dell'organizzazione le logiche e gli strumenti caratterizzanti un efficace sistema di pianificazione, controllo e valutazione, basato sulla trasparenza, sulla coerenza del processo stesso e sul rispetto di determinati standard normativi. Inoltre, numerosi sono stati i piani di miglioramento messi in atto, come riportato Sezione B, capitolo 3.4 del PIAO 2025-2027 (deliberazione n. 61 del 23/01/2025).

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
<p>Fase di Pianificazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coerenza con gli altri documenti strategici e Piani Aziendali • consapevolezza di tutti i dipendenti sulla Pianificazione aziendale • costante adeguamento alla normativa e collegamento tra Performance Organizzativa e Performance Individuale • scelta di obiettivi basati su metriche quantificabili, che permettono all'Azienda di comprendere facilmente il raggiungimento dei risultati attesi 	<p>Fase di Pianificazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tempistica e formalizzazione degli obiettivi, definiti a giugno dell'anno • definizione, in alcuni casi, di target troppo sfidanti, che hanno richiesto una rinegoziazione in corso d'anno o una sterilizzazione a fine anno • mancata gestione dell'intero processo su piattaforma informatica
<p>Fase di Controllo e monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • strutturazione di una reportistica sullo stato di avanzamento degli obiettivi • integrazione tra gli strumenti del Controllo di Gestione e Ciclo della Performance 	<p>Fase di Controllo e monitoraggio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mancata calendarizzazione di momenti dedicati alla revisione degli obiettivi definiti, in cui l'azienda valuta eventuali criticità che possono presentarsi durante lo svolgimento delle attività • scarso coinvolgimento delle strutture nell'attività di feedback infra-annuale e conseguente passaggio dalla produzione del dato al suo effettivo "utilizzo"
<p>Fase di valutazione finale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • piena trasparenza dei risultati raggiunti • responsabilità condivisa tra manager e dipendente • approccio per obiettivi 	<p>Fase di valutazione finale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • necessità di ulteriori azioni al fine di migliorare la crescita culturale dei valutatori per le attività previste nel Ciclo della Performance