

Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO ASL Frosinone

Provincia di
Roma



Provincia di
Latina

Sommario

PREMESSA

Il quadro normativo e metodologico	4
------------------------------------	---

SEZIONE 1. SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE	6
--	---

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE	7
---	---

2.a Sottosezione di programmazione - Valore pubblico	7
---	---

2.a.1 La Gestione dell'accesso nella ASL di Frosinone: facilitazione dei rapporti con gli utenti, gli stakeholders e la comunità locale	10
---	----

2.a.2 Modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere: Piano delle Azioni Positive, Normativa di Riferimento e Monitoraggio	14
--	----

2.a.3 Il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)	17
---	----

2.a.4 La trasformazione digitale della ASL di Frosinone e la Telemedicina: PNRR, azioni preliminari, analisi di dettaglio delle criticità per macroaree, consistenza numerica potenziale delle attività e stato dell'arte	25
---	----

2.b Sottosezione di programmazione – Performance – Piano della Performance	37
---	----

2.b.1 Principi generali	38
--------------------------------	----

2.b.2 Analisi di contesto esterno	40
--	----

2.b.3. Analisi di contesto interno	48
---	----

2.b.4 Analisi swot: minacce ed opportunità – punti di forza e di debolezza	49
---	----

2.b.5 Cosa facciamo	50
----------------------------	----

2.b.6 La performance strategica	58
--	----

2.b.7 La performance individuale	78
---	----

2.b.8 Fasi e tempi di gestione del processo annuale di <i>budgeting</i> operativo	82
--	----

2.c Sottosezione di programmazione. Rischi corruttivi e trasparenza (PTPCT)	115
--	-----

2.c.1 Valutazione di impatto del contesto esterno e valutazione d'impatto del contesto interno	115
---	-----

2.c.2 Mappatura dei processi	118
-------------------------------------	-----

2.c.3 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti. Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio	124
---	-----

2.c.4 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure	135
--	-----

2.c.5 Cronoprogramma delle attività di prevenzione della corruzione anni 2022-2024	148
---	-----

2.c.6 La trasparenza	150
-----------------------------	-----

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO	154
--	-----

3.a Sottosezione di programmazione. Struttura organizzativa	154
--	-----

3.a.1 Organigramma	155
---------------------------	-----

3.a.2 Livelli di Responsabilità organizzativa	156
--	-----

3.a.3 Le unità organizzative	157
-------------------------------------	-----

3.a.4 Specificità del modello organizzativo	158
--	-----

3.b Sottosezione di programmazione Organizzazione del lavoro agile	160
---	-----

3.b.1 Condizioni e fattori abilitanti del lavoro agile	161
---	-----

3.b.2 Gli obiettivi	161
3.b.3 I contributi al miglioramento della performance	161
3.b.4 Qualità percepita del lavoro agile	162

3.c Sottosezione di programmazione (Piano triennale dei fabbisogni di personale)	163
3.c.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente	164
3.c.2 Programmazione strategica delle risorse umane: Piano triennale dei fabbisogni 2021-2023	169
3.c.3 Strategia di copertura del fabbisogno	170
3.c.4 Valorizzazione delle risorse umane	176
3.c.5 Interventi ed azioni necessarie	180
3.c.6 Risorse umane e ciclo del valore	180
3.c.7 Formazione del personale (Piano della Formazione)	185

SEZIONE 4. MONITORAGGIO

4.a Monitoraggio della performance aziendale	199
4.b Monitoraggio della performance individuale	206

Premessa

Il quadro normativo e metodologico

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.

Come sopra riportato, il PIAO deve essere pubblicato entro il 31 gennaio di ogni anno ed inviato al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri per la pubblicazione sul relativo portale. In sede di prima applicazione il termine è differito al 30 aprile 2022 dal comma 6-bis dell'art. 6, introdotto dal Decreto "milleproroghe" (D.L. n. 228/2021). Inoltre, il decreto ministeriale in corso di adozione prevede che, nel caso di differimento del termine di approvazione del bilancio, l'approvazione del PIAO è differito di 30 giorni e, in sede di prima applicazione, di 120 giorni dall'approvazione del bilancio.

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, 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;
- l'elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare ogni anno, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività, inclusa la graduale misurazione dei tempi effettivi di completamento delle procedure effettuata attraverso strumenti automatizzati; con riferimento a questo specifico obiettivo, l'Azienda sta procedendo ad attivare apposito Tavolo di lavoro con il fine di uniformare le procedure eliminando gli adempimenti non necessari e di snellire quelle particolarmente critiche, anche attraverso la definizione di modulistica e *form* digitali standardizzati e semplificati per l'acceso telematico. Vedi *infra*.
- 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, anche con riguardo alla composizione delle commissioni esaminatrici dei concorsi.

Il PIAO è rivolto a tutti gli stakeholder dell'Azienda, interni ed esterni. 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 Piano si articola in 4 sezioni, a loro volta articolate in sottosezioni di programmazione, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Le sezioni sono le seguenti:

- Scheda anagrafica dell'amministrazione
- Valore pubblico, performance e anticorruzione;
- Organizzazione e capitale umano;
- Monitoraggio.

Il Piano ha valenza triennale e sarà soggetto ad aggiornamenti annuali.

SEZIONE 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.

Il logo aziendale è il seguente:



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

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.

Il territorio della Azienda Sanitaria Locale di Frosinone comprende 91 comuni. La superficie totale è di 3.241,88 kmq ed il bacino di utenza è di 473.467 abitanti (dato ISTAT al 1° gennaio 2021), distribuiti in 4 Distretti Sanitari: Distretto "A" ab. 88.060; Distretto "B" ab. 174.761; Distretto "C" ab. 96.682; Distretto "D" ab. 113.964.

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti e post-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, San Raffaele e INI Città Bianca.

SEZIONE 2. VALORE PUBBLICO, PERFORMANCE E ANTICORRUZIONE

2.a. Sottosezione di programmazione - Valore Pubblico

La sottosezione Valore Pubblico rappresenta un'innovazione sostanziale rispetto alle altre sezioni del piano; esso richiama un concetto, peraltro proveniente dalla letteratura scientifica e già presente nelle Linee Guida 2017-2020 DFP, nel PNA 2019, nelle Relazioni CNEL 2019 e 2020, che si profila quale stella polare e catalizzatore degli sforzi programmatici dell'Azienda.

In senso stretto, per valore pubblico le Linee Guida DFP intendono “il livello complessivo di BENESSERE economico, sociale, ma anche ambientale e/o sanitario, dei cittadini, delle imprese e degli altri *stakeholders* creato da un'amministrazione pubblica (o co-creato da una filiera di PA e organizzazioni private e no profit), rispetto ad una baseline, o livello di partenza”.

Da ciò ne deriva che per creare il Valore Pubblico in senso stretto la nostra Azienda procederà ad impattare complessivamente in modo migliorativo sulle diverse prospettive del benessere rispetto alla loro baseline (IMPATTO DEGLI IMPATTI).

Per creare Valore Pubblico in senso ampio si sta procedendo a coinvolgere e motivare dirigenti e dipendenti, a curare la salute delle risorse e migliorare le performance di efficienza e di efficacia in modo funzionale al miglioramento degli impatti (PERFORMANCE DELLE PERFORMANCES).

In tale prospettiva, il Valore Pubblico si crea attraverso la programmazione di obiettivi operativi specifici (e relativi indicatori performance di efficacia quanti-qualitativa e di efficienza economico-finanziaria, gestionale, produttiva, temporale) e di obiettivi operativi trasversali come la semplificazione, la digitalizzazione, la piena accessibilità, le pari opportunità e l'equilibrio di genere, la produzione di una comunicazione esterna ed interna, efficaci e funzionali alle strategie di generazione del Valore Pubblico.

E quindi il Valore Pubblico si genera programmando misure di gestione dei rischi corruttivi e della trasparenza (e relativi indicatori) specifiche e generali.

La creazione e la protezione del Valore Pubblico si sostengono programmando azioni di miglioramento della salute organizzativa (adeguando l'organizzazione alle strategie pianificate e innovando le metodologie di Lavoro Agile) e della salute professionale (reclutando profili adeguati e formando competenze utili alle strategie pianificate). Vedasi *infra* il POLA e il Piano del Fabbisogno di Personale.

In questo contesto di programmazione integrata, la ASL di Frosinone svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute, che persegue e sviluppa una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione e una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

Di seguito i principali ambiti strategici con i quali l'Azienda intende favorire la creazione di valore pubblico.

L'Azienda svolge le proprie funzioni assicurando l'universalità dell'accesso alle prestazioni di salute, nel rispetto dei principi di salvaguardia della dignità della persona umana, del diritto alla tutela della salute, dell'appropriatezza ed efficacia delle cure e del diritto alla riservatezza.

L'Azienda al fine di perseguire la propria *mission*, mantenendo i più elevati *standard* di qualità ed efficienza, promuove e sostiene, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale (anche attraverso l'attivazione di forme di collaborazione con soggetti pubblici o privati) iniziative dirette a pianificare e favorire l'innovazione e la ricerca in campo clinico e gestionale. In quest'ottica si propone di favorire la promozione e il trasferimento dei risultati della ricerca scientifica nella pratica clinica, assistenziale, gestionale.

La ASL di Frosinone è inserita nel contesto economico sociale della Regione Lazio e recepisce in modo “consapevole” le difficoltà socio-economiche del momento senza venir meno alla *mission* istituzionale dell’Azienda, che è deputata a garantire a tutti i cittadini del territorio di competenza una adeguata offerta di servizi.

La *mission* strategica dell’Azienda è dare risposta ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura efficaci, accessibili con tempestività e senza barriere di cultura, lingua e condizioni socio-economiche, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza, utilizzando con efficienza le risorse disponibili.

La sua *mission* pertanto è la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della comunità attraverso il rispetto di criteri e condizioni che rappresentano i principi guida per la corretta gestione dell’Azienda e che vengono di seguito riportati:

- rispetto della dignità e della libertà della persona umana, equità ed etica professionale;
- costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;
- garanzia di equità e di accessibilità ai servizi ed alle prestazioni da parte dei cittadini;
- qualità clinico-assistenziale secondo il principio dell’appropriatezza e la promozione della ricerca scientifica nella pratica clinica assistenziale e gestionale;
- coinvolgimento e qualificazione delle risorse umane, tramite programmi permanenti di formazione e aggiornamento mirati alle innovazioni tecnologiche ed all’adeguamento del sistema aziendale;
- sostenibilità economica del sistema, espressa dalla compatibilità tra le risorse disponibili ed i costi dei servizi offerti, da perseguire attraverso la programmazione dell’impiego delle risorse in funzione dei bisogni prioritari e fondamentali di salute, consolidando l’integrazione inter-istituzionale, organizzativa e professionale, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

La specifica *mission* della ASL di Frosinone in quanto Azienda sanitaria territoriale è quella di garantire attivamente la promozione e la tutela della salute della popolazione di riferimento e si fonda:

- sulla centralità della persona;
- sull’universalità dell’assistenza ed equità di accesso ai servizi;
- sulla qualità e appropriatezza dei servizi e delle prestazioni;
- su un sistema interno di regole, di procedure e di controlli;
- la presa in carico delle persone assistite anche attraverso strumenti innovativi quali la Casa della Salute e la Telemedicina;
- l’unitarietà degli interventi e la continuità assistenziale;
- la condivisione delle criticità e delle scelte organizzative attraverso l’attivazione di Comitati di Comittenza e Garanzia (Aziendale e Locale);
- il coordinamento e l’integrazione tra Ospedale e Territorio;
- lo sviluppo della sanità territoriale di prossimità e iniziativa;
- la qualificazione e il potenziamento degli ospedali, con particolare attenzione all’area dell’emergenza e la loro organizzazione per intensità delle cure;
- la valorizzazione della medicina generale, con particolare attenzione alla gestione della cronicità

- e più in generale alla gestione dei percorsi di cura sul territorio;
- la prevenzione attiva come componente interna del progetto aziendale e non come attività aggiunta e collaterale;
 - l'integrazione socio-sanitaria e la tutela delle fasce deboli della popolazione, compresa la popolazione detenuta;
 - il miglioramento dell'efficienza erogativa;
 - l'accessibilità e l'equità di risposta;
 - la valutazione di qualità e di esiti.

La *vision* dell'Azienda consiste nell'essere e nel voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

Un'azienda affidabile, competitiva e riconosciuta, capace di effettuare scelte sostenibili in grado di garantire qualità, sicurezza ed equità nel sistema di *governance* della salute, integrata nella rete locale e regionale, fondata su principi di etica pubblica. Riconosce i professionisti ed è riconosciuta attraverso le loro le loro competenze, quale fulcro dell'innovazione organizzativa, del governo clinico, della ricerca, dell'integrazione intra ed extra aziendale.

La *vision* aziendale si esplicita nel progetto di realizzare un piano strategico di forte integrazione con i vari settori della comunità locale, al fine di pervenire ad una politica per la salute, intesa come qualità della vita dell'intera comunità.

La visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare la consapevolezza che la salute non è un risultato lineare prodotto da una prestazione tecnico-professionale, ma un risultato socialmente costruito dall'interazione di numerosi fattori (culturali, sociali, relazionali, biologici, economici).

Questo rende necessario e attuale il passaggio dall'assistenza sanitaria ad un piano coordinato per la salute.

L'Azienda riconosce la centralità della persona e dei suoi bisogni e le aspettative di salute come la necessità di realizzare la presa in carico dei suoi utenti, attraverso la realizzazione di una rete di servizi integrati socio assistenziali, che possano rafforzare il legame ospedale territorio, assicurare la continuità delle cure e la medicina di iniziativa.

La costruzione di una rete di alleanze con gli attori sociali pubblici e privati, con le Università, deve rafforzare il valore dell'Azienda e il suo impegno nel fornire i servizi e la loro metodologia organizzativa deve essere ispirata ai principi di economicità, efficienza ed efficacia al fine di garantire un livello qualitativo tale da raggiungere la piena soddisfazione dell'utente.

La Centralità del cittadino (posto al centro del sistema in quanto portatore di diritti costituzionalmente garantiti) e della persona rappresenta il punto fondamentale su cui basare la programmazione socio-sanitaria e l'organizzazione del sistema di erogazione dell'offerta, orientando i servizi ed i processi assistenziali alle reali esigenze.

Gli obiettivi aziendali sono orientati al rafforzamento del centro strategico dell'Azienda, al duplice scopo di promuovere logiche di gestione informate a canoni di efficienza, efficacia ed economicità, nonché conferire una direzione unitaria ai grandi processi di trasformazione in atto (transizione digitale, sfida PNRR ecc.); al completamento del percorso di adeguamento a DEA di secondo livello per il Presidio Ospedaliero Spaziani di Frosinone ed alla ottimizzazione dei percorsi di cura (sanità di prossimità) e rafforzamento del ruolo della medicina preventiva (sanità territoriale).

2.a.1. La Gestione dell'accesso nella ASL di Frosinone: facilitazione dei rapporti con gli utenti, gli *stakeholders* e la comunità locale

Nell'ambito del Valore Pubblico la ASL di Frosinone intende porre in essere attività di revisione e aggiornamento della gestione dell'accesso, al fine di facilitare i rapporti con gli utenti, gli *stakeholders* e la comunità locale.

In questo ambito si propone pertanto un piano suddiviso in 5 step comprendenti azioni a breve e medio termine, riepilogate nella **Scheda n.1**. (vedi *infra*) e corrispondenti agli indirizzi contenuti nelle Linee guida ANAC, relativamente all'implementazione di:

- strumenti per giungere alla piena trasparenza dell'attività e dell'organizzazione amministrativa;
- procedure da semplificare / aggiornare, anche mediante il ricorso alla tecnologia e sulla base della consultazione degli utenti, nonché la pianificazione delle attività;
- modalità ed azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale, da parte dei cittadini ultrasessantacinquenni e dei cittadini con disabilità.

Step 1:

Redazione della Delibera di adozione del Regolamento, con definizione di ruoli e responsabilità; incontri di formazione/informazione con tutti i dirigenti di struttura ed il personale interessato.

L'adozione di un regolamento unico aziendale per l'esercizio dei differenti tipi di accesso, permette di definire le linee di attività in carico ai responsabili aziendali e le modalità operative. A seguire le strutture aziendali maggiormente interessate alle richieste di accesso produrranno specifiche istruzioni operative per il proprio personale. Interventi formativi/informativi sono previsti per tutti i dirigenti/dipendenti coinvolti nell'attuazione del regolamento. Gli utenti avranno a disposizione moduli *standard* per le richieste e diverse modalità di presentazione delle stesse (sportelli URP, PEC, portale aziendale ecc).

Step 2

Aggiornamento degli strumenti informatizzati di comunicazione aziendale

Gli strumenti informatici, largamente utilizzati dalla pubblica amministrazione per raggiungere gli utenti, richiedono una costante revisione ed aggiornamento per poter essere pienamente funzionali. Pertanto sarà attivato un piano per la riorganizzazione / aggiornamento dei seguenti strumenti:

- 1) Portale aziendale con relativo spazio INFORMAZIONI dedicato alle attività aziendali, alle campagne di prevenzione, alla promozione di stili di vita salutari (Avvisi, News, Eventi);
- 2) *Social media* istituzionali, compreso sistema di messaggistica per gli avvisi agli utenti;
- 3) Funzioni di accessibilità su portale e social media per ipovedenti e non vedenti.

Le attività sopra indicate mirano a realizzare l'accessibilità digitale ai servizi aziendali anche per i cittadini ultrasessantacinquenni e quelli con disabilità, per i quali saranno messe a disposizione strumenti funzionali ai loro bisogni.

Step 3

Aggiornamento degli strumenti di comunicazione con il pubblico

Ai sensi del comma 2 dell'art. 14 del Dlgs. 502/92 "Le regioni utilizzano un sistema di indicatori per la verifica, anche sotto il profilo sociologico, dello stato di attuazione dei diritti dei cittadini, ai fini della programmazione regionale per la definizione degli investimenti di risorse umane, tecniche e finanziarie. Le regioni promuovono, inoltre, consultazioni con i cittadini e le loro organizzazioni di tutela, in particolare con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti degli utenti, al fine di fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi. Tali soggetti dovranno, comunque, essere sentiti nelle fasi di impostazione della programmazione e di verifica dei risultati conseguiti. Le regioni determinano, altresì, le modalità della presenza nelle strutture sanitarie degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini-utenti del SSN, anche attraverso la previsione di organismi di consultazione degli stessi presso le Aziende sanitarie e/o ospedaliere".

In linea con il suddetto disposto, la ASL di Frosinone intende porre attenzione agli strumenti di comunicazione con il pubblico al fine di facilitare la partecipazione degli utenti, degli *stakeholders* e della comunità locale alle scelte di politica sanitaria locale; è pertanto previsto l'aggiornamento dei seguenti documenti e servizi:

1. Adozione dell'*Audit* Civico aziendale, caratterizzato da un'analisi critica e sistematica dei processi di erogazione dei servizi sanitari attraverso la rilevazione e il monitoraggio della qualità percepita dal lato dell'utenza;
2. Revisione della Carta dei Servizi in linea con il nuovo atto aziendale ai sensi dell'art.2 del D.P.C.M. 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi pubblici sanitari";
3. Aggiornamento del Regolamento di pubblica tutela e della relativa Commissione mista conciliativa per la gestione dei reclami, al fine sia di correggere i disservizi sia di valutare la qualità dei servizi sanitari. L'URP e/o la Commissione Mista Conciliativa provvedono alla gestione dei reclami e, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, propongono eventuali modifiche organizzative all'Azienda stessa.;
4. Aggiornamento dell'attività dell'URP in conformità alla Legge 150/2000 e del D.P.R. 422/2001, con redazione di moduli di valutazione dei servizi, segnalazioni, modelli di gestione reclami integrati con i servizi aziendali per la gestione del rischio clinico;
5. Aggiornamento dell'attività dei PUA (Punto unico di accesso), sportelli polifunzionali che promuovono l'integrazione sociosanitaria dei servizi per soddisfare i bisogni di salute della persona grazie all'organizzazione integrata con i servizi sociali;
6. Aggiornamento del Regolamento di gestione del consenso informato;
7. Aggiornamento del Regolamento di gestione della *Privacy*;
8. Aggiornamento del Piano di Comunicazione Aziendale

Step 4

Partecipazione strutturata degli *stakeholders*

Il decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74 ha disposto, con l'art. 13, comma 2, la partecipazione dei cittadini e degli altri utenti finali al processo di misurazione della performance organizzativa delle amministrazioni pubbliche. Per poter realizzare progressivamente una strutturata attività di conoscenza e comunicazione con gli *stakeholders*, al fine di migliorare il servizio nei loro confronti e orientare le

scelte programmatiche, la ASL di Frosinone intende aggiornare la mappa degli *stakeholder* e creare una rete di cooperazione sistemica, implementando le attività dei seguenti comitati:

1. Comitato Interreligioso, per l'attuazione all'interno delle strutture sanitarie e ospedaliere di interventi per le persone malate e i loro familiari caratterizzati da un approccio pluralistico e inclusivo dei loro bisogni psicologici, culturali e religiosi originati dalle diverse appartenenze;
2. Tavolo Misto permanente sulla partecipazione con le organizzazioni civiche di tutela e di volontariato che assolve alla funzione di mediazione per eventuali controversie tra l'Azienda e il cittadino riguardo le modalità di erogazione delle prestazioni e la tutela dei diritti che non siano state già risolte in prima istanza dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. Il Tavolo prevede un incontro annuale con le Associazioni.
3. Comitato interaziendale per le politiche di umanizzazione, per la diffusione di una medicina che vada incontro ai pazienti e sia in grado di accompagnarli durante tutta la degenza in maniera professionale ma soprattutto umana.

Step 5

Aggiornamento dei sistemi di accesso alla documentazione sanitaria da parte del paziente

Le modalità di rilascio telematico di copie delle cartelle cliniche, dei referti clinici ed altra documentazione sanitaria deve essere realizzata in conformità a quanto previsto dalle norme di settore, nel rispetto della normativa vigente in materia di segreto d'ufficio e professionale, di tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali. In particolare la documentazione sanitaria contiene una serie di informazioni sanitarie, anagrafiche, ambientali, giuridiche relative all'assistito che, per la loro natura strettamente personale, devono essere trattate e conservate con particolare cura ai sensi del GDPR 2016/679. Sarà pertanto cura della ASL di Frosinone procedere ad informatizzare i sistemi di gestione dei dati sanitari in linea con il GDPR, per facilitare l'accesso alla documentazione sanitaria digitale da parte del paziente.

STEP	OBIETTIVI	DESCRIZIONE	RESPONSABILI	TEMPISTICA
1	Redazione del Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato	1) Delibera di adozione del Regolamento, con definizione di ruoli e responsabilità; incontri di formazione/informazione con tutti i dirigenti di struttura ed il personale interessato	RPCT	I semestre 2022
2	Aggiornamento degli strumenti informatizzati di comunicazione aziendale	1) Riorganizzazione del portale aziendale con nuovo spazio INFORMAZIONI dedicato alle attività aziendali, alle campagne di prevenzione, alla promozione di stili di vita salutari (Avvisi, News, Eventi); 2) Utilizzo social media; 3) Strumenti di accessibilità per ipovedenti e non vedenti; 4) Adozione Regolamento per la gestione di tutti gli strumenti aziendali di comunicazione e informazione; informatizzazione di tutti i processi URP: reclami, informazioni, interattività on line	UOC Comunicazione Accoglienza e URP, Ufficio Stampa, ICT, DPO	II semestre 2022
3	Aggiornamento degli strumenti di comunicazione con il pubblico	1) realizzazione Audit Civico; 2) Revisione Carta dei Servizi in linea con il nuovo atto aziendale; 3) aggiornamento Regolamento di pubblica tutela e attivazione della relativa Commissione mista conciliativa; 4) Aggiornamento attività URP, con redazione moduli di valutazione servizi, segnalazioni, modelli di gestione reclami integrati con i servizi aziendali per la gestione del rischio clinico; 5) aggiornamento attività di Punto unico di accesso PUA; 6) Adozione del regolamento di gestione del consenso informato; 7) Adozione del regolamento di gestione della Privacy; 8) Aggiornamento Piano di Comunicazione Aziendale e regolamento	Bilancio, Direzione sanitaria polo ospedaliero, UOC Comunicazione Accoglienza e URP, Risk Manager	2023
4	Partecipazione strutturata degli stakeholders	1) Comitato Interreligioso; 2) Tavolo misto permanente sulla partecipazione con le organizzazioni civiche di tutela e di volontariato; 3) Comitato interaziendale per le politiche di umanizzazione	Direzione sanitaria polo ospedaliero, UOC Comunicazione Accoglienza e URP, Risk Manager	2023
5	Aggiornamento dei sistemi di accesso alla documentazione sanitaria da parte del paziente	1) Informatizzazione dei sistemi in linea con il GDPR 2016/679	DPO, ICT	2024

Scheda 1

2.a.2 Modalità e azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere: Piano delle Azioni Positive, Normativa di Riferimento e Monitoraggio

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.

Le azioni positive previste nei PAP nel senso utilizzato dalla 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 egualanza 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 2022/2024, 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 di età secondo il livello tempo indeterminato e determinato 2022; suddivisione del personale per genere di età secondo e tipo di Presenza 2022 (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%; posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali ripartite per genere 2022; anzianità nei profili non dirigenziali ripartite per genere 2022). Aggiornamento, verifica ed implementazioni delle indagini già effettuate sul benessere lavorativo ed organizzativo.

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 (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)

Azione 2.3 - Corso di Formazione (ECM/ FCO) di 35 ore circa su tematiche e progetti proposti dal CUG in accordo con la Dirigenza (ad es. riorganizzazione dell'ente; piani di formazione del personale; criteri di valutazione del personale; forme di flessibilità lavorativa come il lavoro agile ecc.).

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)

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 - Creazione sportello d'ascolto con professionista psicologo al fine di accogliere problematiche e supportare nella risoluzione di un momento di disagio (apertura bisettimanale antimeridiano e pomeriggio)

Azione 5.2 - 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.

Azione 5.3 Corso di formazione finalizzato al supporto psicologico del personale sanitario impegnato nel trattamento ai pazienti Covid dei Presidi Ospedalieri e territoriali della ASL di Frosinone. Tale necessità nasce dall'esigenza di garantire tempi e modi per una reale possibilità di sostegno, resasi necessaria dal dilatarsi dei tempi della pandemia e dalle oggettive condizioni di stress lavorativo del personale impegnato nei reparti Covid.

6) CONTRASTO A FORME DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA

Azione 6.1 - 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 ha durata triennale e sarà pubblicato sul portale aziendale. 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.

2.a.3 Il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR)

Missione 6-Salute componente M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Investimenti 1.1, 1.2 e 1.3 - Definizione del Piano - Identificazione delle Strutture del PNRR per la ASL di Frosinone; Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero; Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile

La Regione Lazio ha programmato l'utilizzo dei fondi stanziati dal PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) per il miglioramento e lo sviluppo della sanità regionale (DRG n. 1005 - DGR n. 1006, DGR n. 1007, BURL - N. 2 del 04/01/2022).

Gli investimenti programmati, per un volume finanziario pari a 550 milioni per tutta la Regione Lazio, mirano a rendere più efficiente la risposta dei servizi alle esigenze dei cittadini attraverso il potenziamento dell'assistenza territoriale, di cui sarà ampliata l'offerta su tutto il territorio regionale, e attraverso l'acquisizione di moderne tecnologie sanitarie che, oltre ad offrire un miglioramento dell'assistenza, permetteranno di avvicinare i servizi sanitari ai cittadini con lo sviluppo della telemedicina e degli strumenti per la sanità digitale. In particolare per la ASL di Frosinone sono stati pianificati 51,7 mln di euro pianificati per i primi investimenti PNRR e da piano nazionale investimenti complementari al pnrr.

2.a.3.1 DGR 1005 - LA NUOVA RETE TERRITORIALE NELLA PROVINCIA DI FROSINONE

La Nuova Rete Territoriale prevede:

- 17 CASE DI COMUNITÀ (20,5 mln)
- 6 OSPEDALI DI COMUNITÀ (12,1 mln)
- 5 CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (1,6 mln)

La ripartizione territoriale degli investimenti è stata pianificata secondo i criteri stabiliti nel Pnrr.

La Nuova Rete della ASL di Frosinone

Totale 28 interventi su 18 strutture di cui:

- 17 Case di Comunità
- 6 Ospedali di Comunità
- 4 Centrali Operative Territoriale
- 1 Centrale Operativa Aziendale



Di seguito viene riportata una breve descrizione delle tipologie di strutture previste:

1. **Le Case della Comunità** saranno strutture sanitarie territoriali, promotori di un modello di intervento multidisciplinare (modello Case della Salute). Il cittadino può trovare tutti i servizi sanitari di base, il Medico di Medicina Generale e il Pediatra, gli specialisti ambulatoriali e altri professionisti (logopedisti, fisioterapisti, tecnici della riabilitazione). Figura chiave nella Casa della Comunità sarà l'infermiere di famiglia, che diventa il professionista responsabile dei processi infermieristici in famiglia e Comunità.

Nella Casa di Comunità saranno previsti i seguenti servizi:

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso equipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFec, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	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 per la cronicità	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub 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
Servizi diagnostici (fralinati ai monitoraggio della cronicità)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO

Le Case di Comunità previste sono le seguenti:

DISTRETTO A

- Anagni, Via Onorato Capo
- Fiuggi, P.zza Martiri di Nassirya
- Paliano, Via Fratelli Beguinot

DISTRETTO B

- Frosinone, Viale Mazzini
- Ferentino, Piazza dell'Ospizio

- Ceprano, Via Regina Margherita
- Veroli, Via armando Diaz
- Amaseno, Via Circonvallazione

DISTRETTO C

- Sora, San Marciano
- Isola Liri, Via Ospedale
- Atina, Via Colle Melfa
- Arpino, Via Vittorio Colonna
- Monte San Giovanni, Via Campolarino

DISTRETTO D

- Cassino, Via G. di Biasio
- Pontecorvo, Via S. Giovanni Battista
- San Giorgio a Liri, Via Roma
- Aquino, Viale Manzoni

2. **Gli Ospedali di Comunità** saranno strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve e destinati a pazienti che necessitano interventi sanitari a bassa intensità clinica. Sono strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti letto (max. 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica.

I 6 Ospedali di Comunità previsti nella provincia sono:

DISTRETTO A

Anagni, Via Onorato Capo

DISTRETTO B

Ceccano, Borgo Santa Lucia

Frosinone, Viale Mazzini

DISTRETTO C

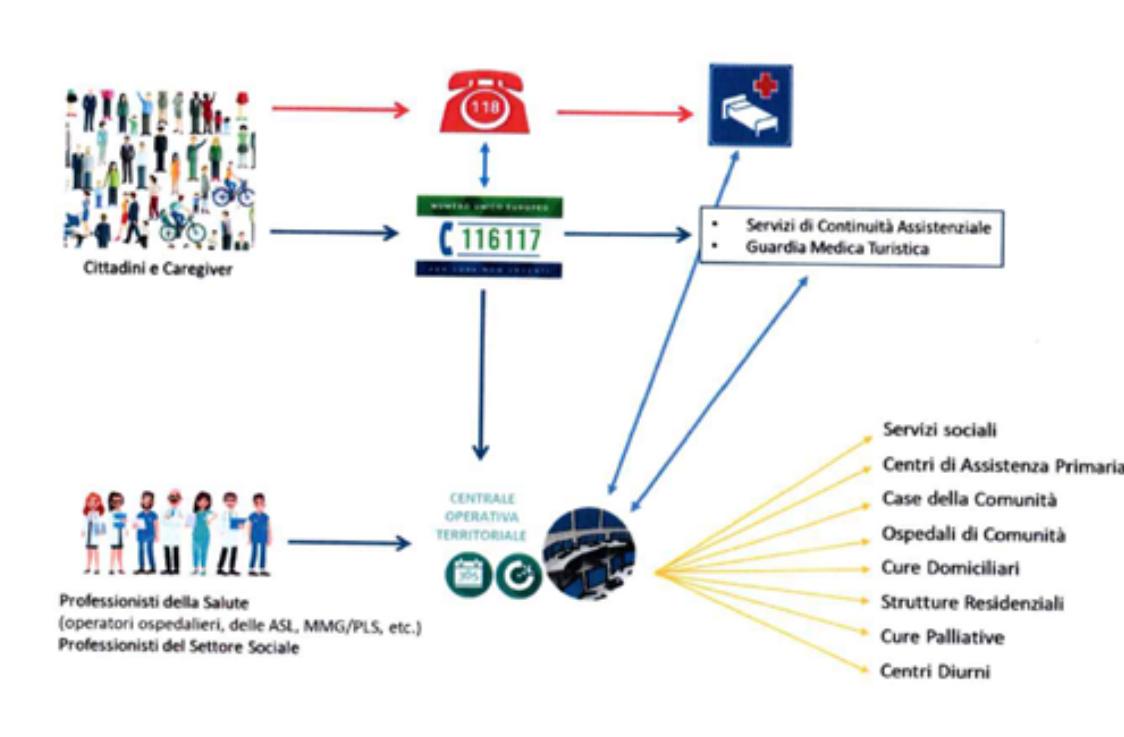
Isola Liri, Via Ospedale

DISTRETTO D

Cassino, Via G. di Biasio Pontecorvo, Via S. Giovanni Battista

3. Le Centrali Operative territoriali (COT) saranno HUB tecnologicamente avanzati per la presa in carico del cittadino e per il raccordo tra servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza-urgenza.

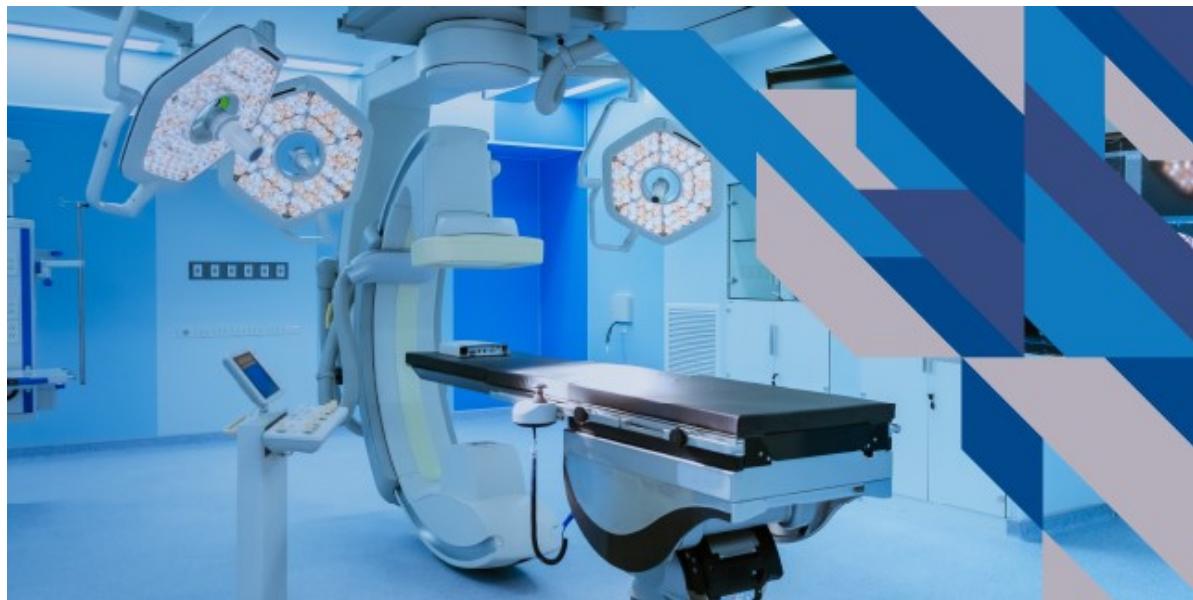
Le Centrali previste per la ASL sono 5 di cui 4 a valenza Territoriale (una per ogni Distretto) e una Centrale Operativa Interaziendale che avrà sede a Frosinone in Viale Mazzini.



2.a.3.2 DGR 1006 - Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Pianificati anche gli investimenti per i 8,2 milioni di euro del Pnrr e del Piano Nazionale Investimenti Complementari al Pnrr destinati all'acquisto delle grandi apparecchiature per il potenziamento della ASL di Frosinone. Di seguito si riporta il dettaglio delle apparecchiature previste:

- 3 tomografi computerizzati;
- 1 acceleratore lineare;
- 1 gamma camera;
- 5 mammografi;
- 1 angiografo;
- 9 ecotomografi;
- 5 apparecchi radiologici;



2.a.3.3 DGR 1007- Investimento 1.1: Verso un ospedale sicuro e sostenibile

Pianificati anche gli investimenti per 9,3 MILIONI DI EURO del PNRR per l'adeguamento sismico delle strutture ospedaliere della ASL di Frosinone. Finanziati 2 interventi destinati all' Ospedale S. Benedetto Alatri e Palazzina T dell'Ospedale F.Spaziani.



La presentazione dei progetti è stata curata dalla UOC Patrimonio e Sistema Informatico che ha predisposto 30 studi di Fattibilità approvati con delibere aziendali.

Le relative schede sono state inseriti sulla piattaforma Agenas che è l'ente deputato alla valutazione dei progetti e degli interventi.

Il Cronoprogramma con il dettaglio delle azioni programmate è di seguito riportato:

Case di Comunità

- ❖ Approvazione CIS: 30/06/2022;
- ❖ Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara: 31/12/2022;
- ❖ Assegnazione dei codici CIG : 31/03/2023;
- ❖ Stipula dei contratti: 30/09/2023;
- ❖ Ultimazione lavori: 31/12/2025;

COT

- ❖ Completamento delle attività di individuazione dei siti idonei per la realizzazione di COT: 31/03/2022 ;
- ❖ Approvazione CIS: 30/06/2022;
- ❖ Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara: 30/09/2022;
- ❖ Assegnazione dei codici CIG : 31/12/2022;
- ❖ Stipula dei contratti: 31/03/2023;
- ❖ Ultimazione lavori: 31/12/2023;

Ospedale di Comunità

- ❖ Approvazione CIS: 30/06/2022;
- ❖ Assegnazione dei progetti idonei per indizione della gara: 31/12/2022;
- ❖ Stipula dei contratti: 30/09/2023;
- ❖ Ultimazione lavori: 31/12/2025;

Ospedale Sicuro e Sostenibile

- ❖ Approvazione CIS: 30/06/2022;
- ❖ Pubblicazione gara per interventi strutturali: 30/06/2023;
- ❖ Ultimazione lavori: 30/06/2026;

Grandi apparecchiature

- ❖ Approvazione CIS: 30/06/2022;
- ❖ Pubblicazione gara d'appalto: 31/12/2022;
- ❖ Collaudo apparecchiature e messa in esercizio: 31/12/2024.

2.a.4 La trasformazione digitale della ASL di Frosinone e la Telemedicina: PNRR, Azioni preliminari, Analisi di dettaglio delle criticità per macroareee, consistenza numerica potenziale delle attività e stato dell'arte

Nel contesto del Valore Pubblico si inserisce la programmazione della ASL di Frosinone volta a promuovere la diffusione di strumenti e attività di telemedicina. Infatti la riduzione della mortalità e l'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione registrato negli ultimi decenni, ha portato ad un rilevante incremento della quota di persone con patologie croniche multiple, la cui gestione rappresenta una delle maggiori sfide per tutti i sistemi sanitari, in quanto richiede bisogni di cura e assistenza sempre crescenti e differenti.

L'utilizzo di servizi di telemedicina che consentano di monitorare alcune patologie croniche attraverso la rilevazione di parametri vitali, rappresenta una promettente opportunità per garantire alle popolazioni ad alto rischio di ospedalizzazione residenti in zone remote e disagiate, equità di accesso, qualità dell'assistenza e appropriatezza delle cure. Diverse revisioni sistematiche evidenziano come programmi di telemonitoraggio a domicilio riducano le ospedalizzazioni causa specifica e gli accessi in pronto soccorso in pazienti selezionati con Scompenso Cardiaco (Inglis SC 2015, Gensini GF 2017), con Bronco-Pneumopatia Cronica Ostruttiva (Mc Lean S 2011, Cruz J 2014, Pedone C 2015, Yang F 2017) e con Diabete Mellito di Tipo II (Pan-Canadian Study 2014, Hanlon 2017). Tuttavia, la qualità delle evidenze è molto eterogenea, per lo più di bassa qualità, la tipologia degli interventi è altrettanto eterogenea, sia in termini di tecnologie che di strategie assistenziali utilizzate e gli studi condotti su popolazioni con patologie croniche multiple sono di gran lunga inferiori e con risultati contrastanti (Martin-Lesende I 2013, 2017, Steventon A 2012).

A livello europeo, negli ultimi anni, diversi progetti di ricerca hanno avuto come obiettivo la valutazione di efficacia e l'implementazione di modelli di cure integrate supportati da programmi ICT/IOT. Promuovere l'impiego di modelli, tecniche e strumenti della sanità digitale nella gestione della cronicità al fine di garantire continuità e migliore qualità dell'assistenza, migliore efficacia, efficienza e appropriatezza è obiettivo prioritario del Piano Nazionale Cronicità (Accordo Rep. Atti n. 160/CSR del 15 settembre 2016) e coerente con gli indirizzi della Agenda Digitale, in attuazione del piano Europa 2020 e delle Linee di Indirizzo Nazionali sulla Telemedicina del Ministero della Salute.

Dal documento citato in nota¹ il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), noto anche come NEXT GENERATION ITALIA, divide la Missione Salute in due filoni di sviluppo e sperimentazione. Il primo filone, "Assistenza di prossimità e telemedicina", mira a potenziare e riorientare il SSN verso un modello incentrato sul territorio e sulle reti di assistenza socio-sanitaria; a superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali garantendo omogeneità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza - "LEA"; a potenziare la prevenzione e l'assistenza territoriale, migliorando la capacità di integrare servizi ospedalieri, servizi sanitari locali e servizi sociali. Il secondo filone, "Innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza sanitaria", è finalizzata a promuovere la diffusione di strumenti e attività di telemedicina, a rafforzare i sistemi informativi sanitari e gli strumenti digitali a tutti i livelli del SSN, a partire dalla diffusione, ancora limitata e disomogenea, della cartella clinica elettronica. Rilevanti investimenti sono quindi destinati all'ammodernamento delle apparecchiature e alla realizzazione di ospedali sicuri, tecnologici e sostenibili. Tutto questo implica necessariamente a) un cambio di paradigma nell'assistenza sociosanitaria basato sullo sviluppo di una rete territoriale che consenta una vera vicinanza alle persone secondo un percorso integrato che parte

¹AGENAS, il PDTA per La Sclerosi Multipla Indicazioni per la creazione delle reti di assistenza, marzo 2022.

dalla “casa come primo luogo di cura”, per arrivare alle “Case della Comunità” e quindi alla rete ospedaliera, b) un ammodernamento delle dotazioni tecnologiche del SSN.

Il documento del Ministero della Salute “Indicazioni Nazionale per l’erogazione di prestazioni in Telemedicina” del 27 ottobre 2020 (Allegato A all’Accordo Stato-Regioni del 17.11.2020) afferma che:

- i) la pandemia Covid-19 ha reso indispensabile ripensare l’organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), in particolare a livello territoriale e in tale situazione l’attivazione degli strumenti di sanità digitale rappresenta anche un’opportunità unica per un servizio sanitario più in linea con i tempi e le necessità individuali e dell’organizzazione;
- ii) in questo momento storico è essenziale un rinnovamento organizzativo e culturale teso ad una diffusa ed uniforme traduzione operativa dei principi di *primary health care* raccomandati dall’OMS e la riorganizzazione delle attività sanitarie, clinico-assistenziali e di riabilitazione deve poter garantire contemporaneamente la massima continuità assistenziale ed *empowerment* del paziente, con il minimo rischio di diffusione del virus ad utenti, operatori e familiari;
- iii) l’erogazione di alcune prestazioni di telemedicina quali la televisita, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico-sanitaria, la teleassistenza da parte di professioni sanitarie, la telerefertazione, rappresenta un elemento concreto di innovazione organizzativa nel processo assistenziale;

Nel suddetto documento, sono state identificate le seguenti quattro tipologie di prestazioni di Telemedicina:

- i) prestazioni che possono essere assimilate a qualsiasi prestazione sanitaria diagnostica e/o terapeutica tradizionale, rappresentandone una alternativa di erogazione
- ii) prestazioni che non possono sostituire la prestazione sanitaria tradizionale, ma piuttosto la supportano rendendola meglio accessibile e/o aumentandone l’efficienza e l’equità distributiva
- iii) prestazioni che integrano in varia proporzione la prestazione tradizionale rendendola più efficace e più capace di adattarsi in modo dinamico ai cambiamenti delle esigenze di cura dei pazienti
- iv) prestazioni che risultano capaci di sostituire completamente la prestazione sanitaria tradizionale, rappresentando nuovi metodi e/o tecniche diagnostiche e/o terapeutiche e realizzando nuove prassi assistenziali utili ai pazienti.

Le interazioni a distanza tra sanitari e assistiti possono avvenire nei seguenti quattro modi:

- 1) **Televisita:** consiste in una interazione a distanza tra il medico e il paziente con l’eventuale presenza di un *caregiver*, può dar luogo alla prescrizione di farmaci, accertamenti diagnostici o di terapie. Durante la Televisita un operatore sanitario che si trovi vicino al paziente, può assistere il medico. Se tale visita anche a distanza garantisce tutti i requisiti di quella erogata in presenza, può essere considerata come prestazione specialistica ai sensi della normativa vigente.
- 2) **Teleconsulto:** consiste in una interazione/consulenza a distanza tra due medici, che può portare ad una indicazione diagnostica e/o di una scelta terapeutica senza la presenza fisica del paziente. Questa attività viene considerata come parte integrante dell’attività lavorativa dei medici e degli specialisti e come quella effettuata in presenza non necessita di una remunerazione a prestazione, pertanto di una tariffa ad hoc.
- 3) **Telecooperazione:** consiste nell’assistenza fornita da un medico o altro operatore sanitario ad un altro medico o altro operatore sanitario impegnato in un atto sanitario. Questa attività, a seconda dei casi, può essere ricondotta ad una delle precedenti, in particolare ad una visita multidisciplinare o ad un teleconsulto.

La telemedicina può trovare un utile terreno di applicazione nel monitoraggio (telemonitoraggio) delle terapie croniche (farmacologiche e riabilitative), evitando al paziente spostamenti e perdite di tempo, snellendo il carico ambulatoriale.

4) Telemonitoraggio: Il telemonitoraggio permette il rilevamento e la trasmissione a distanza di parametri vitali e clinici in modo continuo, per mezzo di sensori che interagiscono con il paziente (tecnologie biomediche con o senza parti da applicare). Il set di tecnologie a domicilio, personalizzato in base alle indicazioni fornite dal medico, deve essere connesso costantemente al sistema software che raccoglie i dati dei sensori, li integra se necessario con altri dati sanitari e li mette a disposizione degli operatori del servizio di Telemedicina in base alle modalità organizzative stabilite. I dati devono sempre comunque essere registrati in locale presso il paziente e resi disponibili all'occorrenza, per maggiore garanzia di sicurezza. Il sistema di telemonitoraggio, che può essere integrato dal telecontrollo medico e affiancato dal teleconsulto specialistico, è sempre inserito all'interno del sistema di Telemedicina che garantisce comunque l'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie al paziente. Obiettivo del telemonitoraggio è il controllo nel tempo dell'andamento dei parametri rilevati, permettendo sia il rilevamento di parametri con maggiore frequenza e uniformità di quanto possibile in precedenza, Conferenza Stato Regioni ("Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina" 17 dicembre 2020).

5) Telecontrollo: il telecontrollo medico consente il controllo a distanza del paziente. Tale attività è caratterizzata da una serie cadenzata di contatti con il medico, che pone sotto controllo l'andamento del quadro clinico, per mezzo della videochiamata in associazione con la condivisione di dati clinici raccolti presso il paziente, sia prima che durante la stessa videochiamata. Questo per patologie già diagnosticate, in situazioni che consentano, comunque, la conversione verso la visita di controllo tradizionale in tempi consoni a garantire la sicurezza del paziente e in ogni caso sempre sotto responsabilità del medico che esegue la procedura. [Accordo Conferenza Stato Regioni "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina". 17 dicembre 2020].

Per quanto concerne i) gli elementi necessari per fornire prestazioni ambulatoriali a distanza, ii) gli strumenti a supporto dell'attività del personale sanitario (medico), iii) gli strumenti a supporto del paziente, iv) gli standard di servizio e v) limiti di applicazione della telemedicina, si rinvia al testo "Erogazione delle prestazioni di specialità ambulatoriale a distanza. Semplificazione dell'accesso alle cure" della Commissione Salute delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano e ai riferimenti normativi in esso contenuti.

Tutti i trasferimenti di voce, video, immagini, *files* devono essere crittografati e rispettare le vigenti normative in materia di privacy e sicurezza.

Gli erogatori devono assicurare, altresì, quanto segue:

- Inserire nella Carta dei servizi l'elenco delle prestazioni erogabili in telemedicina, le loro modalità di erogazione, l'organigramma funzionale con i diversi livelli di responsabilità, le tempistiche di rilascio dei referti, i costi, i tempi e le modalità di pagamento, etc.
- Designare un Direttore/Responsabile Sanitario che garantisce l'organizzazione tecnico-sanitaria e la sussistenza dei dovuti standard prestazionali per le attività cliniche erogate in telemedicina, e identificazione di un soggetto professionale, di comprovata e specifica competenza, responsabile della gestione e manutenzione delle tecnologie e dell'infrastruttura informatica atta a garantire l'erogazione di servizi di telemedicina.
- Erogare i servizi di telemedicina, in ogni loro fase, attraverso personale con le necessarie qualifiche, conoscenze e competenze, di cui alle disposizioni e normative di riferimento in relazione agli specifici servizi erogati.

- Assicurare un piano di formazione periodico che garantisca il mantenimento nel tempo delle competenze del personale preposto, a vario titolo (acquisizione, consulto, refertazione), alla gestione e utilizzo dei servizi di telemedicina.
- Adottare una procedura per assicurare idonea e preventiva informativa al cittadino sull'esecuzione della prestazione "a distanza".
- Assicurare all'utente la possibilità di accedere e consultare i propri dati acquisiti, gestiti e archiviati nell'ambito dei servizi erogati in telemedicina attraverso le infrastrutture regionali di FSE e Ritiro referti on Line.
- Adottare un piano formativo per l'addestramento del personale utilizzatore (pazienti, care givers, operatori sanitari) all'uso delle tecnologie impiegate.
- Adottare, ove possibile, procedure per l'eventuale recupero, la pulizia, sanificazione e disinfezione e il ricondizionamento di tecnologie provenienti dal domicilio, nei casi previsti di un loro possibile successivo riutilizzo con altri utenti.
- Adottare politiche di tutela per la sicurezza, riservatezza, conservazione e integrità dei dati, conformemente alle direttive comunitarie e alle norme tecniche di riferimento inerenti la privacy e la sicurezza delle informazioni. I dati vengono gestiti limitatamente alle finalità di utilizzo previste.
- Identificare le figure di responsabilità previste dalle normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.
- Garantire la tracciabilità delle attività di manutenzione, collaudi e controlli di sicurezza, qualora effettuati o previsti dalle normative vigenti, per le tecnologie hw e sw in uso, con relativi rapporti tecnici di dettaglio.
- Adottare un piano di qualità che preveda procedure organizzative ben definite per l'espletamento dei servizi in telemedicina.
- Adottare un piano di valutazione dei rischi, commisurato alla tipologia di servizi forniti specificatamente in telemedicina, che preveda:
 - la ponderazione dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie in relazione alla destinazione d'uso, al quadro clinico del paziente e ai fattori ambientali (strutturali, impiantistici, igienici, etc.) e di contesto sussistenti;
 - la presenza di procedure di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
 - la rivalutazione periodica dei rischi connessi all'utilizzo delle tecnologie e l'eventuale ripianificazione delle procedure di mitigazione dei rischi;
 - la formazione dell'utente/care giver, in caso di servizi di telemedicina al domicilio, in merito a procedure di sicurezza e/o di mitigazione dei rischi di eventuali eventi avversi;
 - l'esplicitazione delle modalità di segnalazione e notifica di eventuali incidenti o mancati incidenti.

Tra le azioni preliminari da mettere in atto si evidenziano:

- la sensibilizzazione sul tema dello staff della Direzione Generale e dei servizi con stimoli specifici (con particolare attenzione al tema negli acquisti, nei contratti di fornitura, dei colloqui e negli indirizzi al collegio di direzione)
- l'individuazione di una figura apicale che è stata inserita nello staff della direzione strategica, un medico esperto di telemedicina e di digital health, secondo quanto indicato nel documento di

accordo stato regioni atto n. 215/CSR “Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina”

- l'individuazione di figure riferimento nell'ingegneria e nei servizi informatici
- la valutazione dello stato dell'arte, delle opportunità e delle criticità locali
- la scelta di focus iniziale su Televista, Teleconsulto, Telemonitoraggio
- l'analisi delle criticità

La prima criticità rilevata è stata l'assenza di un quadro normativo chiaro di riferimento, in quanto le norme, pur in presenza di due delibere regionali ed un accordo nazionale, debbono sempre essere legate ai contesti specifici. Abbiamo a disposizione piattaforme per la telerefertazione ed il teleconsulto, ma le procedure, gli adempimenti relativi al rischio clinico, al GDPR, i modelli organizzativi ecc. devono essere definiti chiaramente ed inseriti in delibere aziendali da pubblicare sulla Intranet. Allo stesso modo la Televisita, al di là dei singoli contesti specialistici, deve essere declinata in un modello organizzativo che va ben oltre la semplice videoconferenza con il paziente.

La seconda criticità è l'infrastruttura tecnologica, locale e regionale; fino a prima del COVID la telecamera ed il microfono in un PC dell'ambulatorio erano possibili rischi per la sicurezza, oggi sono indispensabili, una banda a volte insufficiente o senza una attenta gestione delle priorità, *firewall* inadeguati, *hardware* obsoleto o non disponibile o posizionato in modo inadeguato, ad esempio davanti ad una finestra fino al recente *hacking* dei *server* regionali.

La terza criticità sono le competenze digitali scarse degli operatori sanitari, a partire dalla gestione delle password, alla mancanza di competenze su SPID ma anche sull'uso dei principali applicativi usati per le conference call o per la ricetta dematerializzata.

La quarta è la resistenza al cambiamento degli operatori sanitari, disponibili a chattare con i pazienti con *Whatsapp* ma poco disponibili ad adottare un modello strutturato, che va dalla prescrizione alla refertazione.

Quattro temi centrali, ciascuno sostiene l'altro, da affrontare simultaneamente.

Con riguardo alla consistenza numerica potenziale delle attività si evidenziano i seguenti dati:



Visite Specialistiche

I dati di letteratura dimostrano come potenzialmente il 20% delle viste in presenza possano essere eseguite in telemedicina. Nella ASL di Frosinone le visite specialistiche nel 2019 sono state 353.360, si stima un numero di televisite dai dati di letteratura del 20% del totale per un valore teorico potenziale di 70.672 televisite, con circa 35.000 televisite/teleconsulti come obiettivo di budget delle UO aziendali e dei quattro distretti coinvolti (10%) di cui un quinto eseguite nelle strutture accreditate.

Telerefertazione Ecg

Gli elettrocardiogrammi, (ECG) eseguiti senza necessità di visita cardiologica nel 2019 sono stati 42.662 e sono tutti potenzialmente eseguibili in telerefertazione.

Telemonitoraggio

Per il telemonitoraggio dai numeri indicati nel PNRR Pilastro 6, missione 1.2 e' prevista nel 2022 l'approvazione delle Linee guida del modello digitale per l'implementazione dell'assistenza domiciliare, che, per la nostra ASL, riguarda circa 6730 pazienti con cronicità e fragilità maggiori con un costo

stimato dal PNRR di € 1.980 per paziente, ma il servizio verrà disegnato sulla base dei documenti ancora in fase di definizione.

CRITICITA' NUMERO 1: assenza di un quadro normativo chiaro di riferimento

AZIONI MESSE IN ATTO:

- Inserimento nello staff di un consulente legale, esperto della tematica
- Sensibilizzazione e coinvolgimento dell'ingegneria clinica, DPO e del Risk manager aziendale nei processi
- Definizione di un modello standard di procedura aziendale, non solo per la digital health
- Partecipazione ai tavoli regionali di definizione delle regole di dettaglio
- Revisione dei documenti aziendali di riferimento per privacy e consenso informato

RISULTATI INIZIALI

- Elaborazione e diffusione delle procedure aziendali di Televisita, Teleconsulto e Telerefertazione,

PROSSIMI PASSAGGI

- Elaborazione, deliberazione e diffusione del documento di definizione degli standard di servizio aziendali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina come definito dalle linee di indirizzo nazionali e regionali. Il Documento di definizione degli standard di servizio documenta i livelli di competenza e i modelli di erogazione del servizio della struttura sanitaria fornendo garanzie e regole aziendali di:
 - accesso al servizio,
 - tecnologie,
 - professionali,
 - organizzative
 - cliniche.

OBBIETTIVI: NORME E REGOLE AZIENDALI

Tipologia UO	Obbiettivi	Azioni	Indicatori	Target
UO Tecniche	<ul style="list-style-type: none"> supporto alla definizione di regole e procedure aziendali per la digitalizzazione dei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> partecipazione ai tavoli di lavoro aziendali specifici definizione di regole e policy per la cybersecurity definizione di regole e policy tecniche di dettaglio per il POLA formazione del personale in smart working (SW) 	<ul style="list-style-type: none"> Documento di regole policy di cybersecurity aggiornato annualmente Numero di persone formate/numero di persone totali in SW 	100%
UO Cliniche Distretti	Proposte di definizione di procedure aziendali specifiche di UO/Distretto	<ul style="list-style-type: none"> Definizione dei processi operativi e dei PDTA aziendali nei quali le UO/Distretti sono coinvolti Definizione Policy COT ed ADI 	<ul style="list-style-type: none"> Presenza della UO nei PDTA aziendali Documenti di Poly 	<ul style="list-style-type: none"> Almeno un PDTA per ciascuna UO PDTA omogenei per distretti

CRITICITA' NUMERO 2: l'infrastruttura tecnologica

AZIONI MESSE IN ATTO

- Valutazione di massima nelle riunioni di *budget* delle carenze infrastrutturali rappresentate dai direttori di UO
- Anche attraverso le problematiche oggettive alla partecipazione emerse nelle conference call di budget, è stato possibile evidenziare le UO e le strutture con maggiori criticità
- In conference call specifiche con i direttori delle UO è stata fatta valutazione di dettaglio delle problematiche, anche se quasi mai rappresentate correttamente su piano tecnico.
- Sono stati fatti incontri in presenza con i direttori di distretto per la distribuzione delle apparecchiature diagnostiche rinnovate, integrandole con le esigenze per la sanità digitale (connettività, hardware e software necessario)
- A coloro che si sono dimostrati proattivi nel percorso di trasformazione digitale è stata fatta una valutazione da parte dell'IT delle necessità *Hardware*, di *Network* e di *Software*
- È stato definito in collaborazione con ALTEMS l'elenco delle caratteristiche hardware, software e di rete di base per la televisita.
- È stata avviata la fornitura e configurazione dell'hardware e del software per i progetti in avvio, la valutazione delle problematiche dei firewall, del livello di priorità del traffico di telemedicina nei firewall aziendali per l'attivazione dei percorsi descritti in precedenza.
- Inserimento in azienda di un consulente con responsabilità diretta sull'IT.

RISULTATI INIZIALI

- Fornitura e configurazione di portatili e di "saponette" con SIM e collegamento con VPN all'azienda dove la banda disponibile attraverso la rete cablata non poteva sostenere i processi di televista e telemonitoraggio
- Attivazione di SPID da parte di un numero rilevante di professionisti, per l'accesso al portale della ricetta dematerializzata regionale

PROSSIMI PASSAGGI

- Ricognizione della infrastruttura di connettività aziendale ed interazione con i provider di connettività per identificare le soluzioni per ogni sede aziendale, soprattutto nell'ottica del modello PNRR per una rete aziendale performante e resiliente
- Ricognizione della *Cybersecurity* aziendale
- Ricognizione dettagliata, nell'ottica PNRR delle esigenze di hardware e software
- Ricognizione dettagliata delle policy e dei firewall

OBBIETTIVI: INFRASTRUTTURA TECNOLOGICA

Tipologia UO	Obbiettivi	Azioni	Indicatori	Target
UO Tecniche	<ul style="list-style-type: none"> • Connattività con banda disponibile sufficiente • Hardware aggiornato e adeguato • infrastrutture di Cybersecurity di sedi (CdC, OdC, COT) e di client adeguate 	<ul style="list-style-type: none"> • connattività in fibra ottica per l'ospedale Spaziani e gli ospedali di comunità, • Case della comunità con almeno 40 Mbit • Antivirus sui client, sistemi operativi aggiornati, Cybersecurity anche gestita via CSIRT di riferimento • Attivazione di cartella clinica ospedaliera ed ambulatoriale aziendale • Portale per la prescrizione dematerializzata aziendale • Realizzazione e manutenzione infrastruttura per App per i pazienti 	<ul style="list-style-type: none"> • Strumento di mappatura della connattività aziendale • Integrazione aziendale con l'alimentazione del PSE 	100%
UO Cliniche/Distretti	Attivazione dei servizi di Telemedicina previsti dal PNRR	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di Televisita, Telemonitoraggio, Teleconsulto, Telegestione ed inserimento nei PDTA aziendali • Ricetta dematerializzata e referti elettronici 	Numero di prestazioni eseguite/numero di prestazioni totali	100% di quanto previsto dal PNRR
UO Amministrative	Rendicontazione immediata e analiticamente valutabile in Real time	<ul style="list-style-type: none"> • Valutazione critica e definizione dei requisiti SW necessari per il raggiungimento del risultato • Controllo e gestione dell'alimentazione dell'app per i pazienti 	Capacità di risposta in Real time alle richieste di informazioni della direzione strategica	100%

CRITICITA' NUMERO 3: competenze digitali

AZIONI MESSE IN ATTO

- *Conference call* di formazione con tutte le UO coinvolte per chiarire meglio la Televisita, il teleconsulto, la telerefertazione e la prescrizione elettronica e l'eventuale *smart working* dei clinici
- Conference call con i MMG sulla gestione territoriale del COVID registrata e diffusa chi non ha potuto partecipare per la messa a punto di protocolli condivisi con l'infettivologia aziendale
- Collaborazione con Fonservizi (Fondo Paritetico Interprofessionale Nazionale per la Formazione Continua nei Servizi Pubblici Industriali) per l'utilizzo per la formazione sulla Digital health del personale aziendale del fondo accumulato e non speso negli anni precedenti. Fonservizi nasce a seguito dell'Accordo Interconfederale sottoscritto il 5 Luglio 2010 tra l'organizzazione datoriale ConfServizi (Confederazione dei Servizi Pubblici Locali - ASSTRA, UTILITALIA) e le organizzazioni sindacali dei lavoratori CGIL, CISL, UIL. il Fondo Fonservizi promuove e finanzia, secondo le modalità delineate dall'Art. 118 della Legge n. 388/2000, sostenendone la realizzazione, piani formativi presentati da tutte le imprese che aderiscono al Fondo, concordati tra le Parti coerentemente con la programmazione regionale e con le funzioni di indirizzo attribuite in materia al Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

RISULTATI INIZIALI

- Tutti i direttori di struttura oggi sono in grado di utilizzare gli strumenti di conference call dalle postazioni nelle UO
- Aumento delle competenze specifiche per l'uso e della diffusione dell'uso della ricetta dematerializzata tra i professionisti
- La maggior parte dei direttori delle UO stanno presentando ipotesi e progetti per servizi digitali della propria UO
- I distretti stanno valutando progetti di telemonitoraggio

PROSSIMI PASSAGGI

- Avvio di programmi di formazione specifici per clinici, infermieri e quadri aziendali
- Ampliamento delle collaborazioni, in particolare in ambiente universitario per progetti di formazione specifica

OBIETTIVI: COMPETENZE DIGITALI

Tipologia UO	Obbiettivi	Azioni	Indicatori	Target
UO Tecniche	<ul style="list-style-type: none"> • formazione del personale delle UO, aggiornato sulle specifiche delle piattaforme man mano introdotte 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione Piano di formazione del personale, aggiornato annualmente, sulle specifiche piattaforme in uso • Formazione continua sulla Cybersecurity e sulla mitigazione del rischio 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi di formazione 	Almeno tre eventi all'anno per dipendente
UO Cliniche/Distretti	Sviluppo di competenze tecniche e cliniche specifiche	<ul style="list-style-type: none"> • Formazione sulla televisita, il telemonitoraggio, la telegestione e le attività previste dal PNRR e dai PDTA aziendali • Formazione specifica sulle piattaforme aziendali in uso 	<ul style="list-style-type: none"> Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi ha partecipato, ECM o universitari 	Almeno tre eventi all'anno per dipendente o un corso universitario
UO Amministrative	Sviluppo di competenze tecniche e cliniche specifiche	Formazione sulle piattaforme aziendali in uso	<ul style="list-style-type: none"> Numero di eventi e numero di partecipanti agli eventi ha partecipato 	Almeno tre eventi all'anno per dipendente

CRITICITA' NUMERO 4: la resistenza al cambiamento degli operatori

AZIONI MESSE IN ATTO

- Partecipazione dell'ingegneria clinica e dell'esperto di trasformazione digitale a tutte le riunioni di budget delle UO aziendali ed al collegio di direzione con inserimento di obiettivi di budget per le UO del 10% delle visite eseguite in modalità televisita e l'80% delle prescrizioni eseguite su ricetta dematerializzata

- Inserimento anche nei servizi di telemedicina di operatori non vaccinabili
- Avvio della concertazione sulla televisita e sulla telerefertazione con il SUMAI anche in *smart working*
- Collaborazione con l'Alta scuola di Economia E Management dei sistemi Sanitari (ALTEMS) nell'osservatorio Telemedicina Operativa per processi, procedure e valutazione economica
- "Campioni Digitali" È stata data rilevanza nella comunicazione stampa aziendale, nella comunicazione interna, istituzionale ed informale (*Whatsapp, social*), ai cosiddetti "Digital Champions", alle attività virtuose digitali portate avanti da operatori della ASL, con partecipazione anche a premi nazionali con forte *endorsement* da parte della Direzione Strategica
- Tutte le riunioni di budget si sono svolte via conference call con piattaforma Webex aziendale, che ha accelerato lo sviluppo delle competenze dei direttori UO sul tema
- Collaborazione con aziende tecnologiche e del farmaco per supporto ai progetti di innovazioni

RISULTATI INIZIALI

- Un cardiologo non vaccinabile svolge il servizio attraverso televisite e telerefertazione
- Avvio della telerefertazione cardiologica e del teleconsulto dalle case della salute, oggi circa 10-15 ECG al giorno
- I kit aziendali utilizzati per il telemonitoraggio domiciliare dei pazienti COVID in uso simultaneo, usati a rotazione, semplicemente completando il modello organizzativo, sono passati da circa trenta a più di 100 e la partecipazione al progetto di telemonitoraggio dei MMG è aumentata del 10%
- Avviate le televiste Diabetologiche, Dermatologiche e Cardiologiche
- Avviata la digitalizzazione della anatomia patologica
- Avviato il supporto a distanza dell'infettivologia ai MMG (email)
- Avviato il progetto Telemedicina Carceraria in un carcere pilota
- Avviato il progetto Televisita per HIV
- Raggiunto un accordo di massima con gli Specialisti Ambulatoriali sull'uso del Plus Orario come strumento per l'avvio delle Televisite e della Telerefertazione, con aumento del 20-25% delle prestazioni orarie
- Secondo posto al premio innovazione digitale del Politecnico di Milano, partecipazione al progetto "Guarcino Paese Sano", ampia presenza sulla stampa e sulle reti televisive nazionali e locali
- Progetti di collaborazione in sviluppo con il supporto incondizionato di Roche, Novartis, Polifarma, Menarini.
- Progetto di ricerca presentato al ministero della Salute in partnership con il Consiglio nazionale delle ricerche e numerose ASL del centro sud per il PIANO OPERATIVO DELLA SALUTE , Traiettoria 2 "eHealth, diagnostica avanzata, medical device e mini invasività"

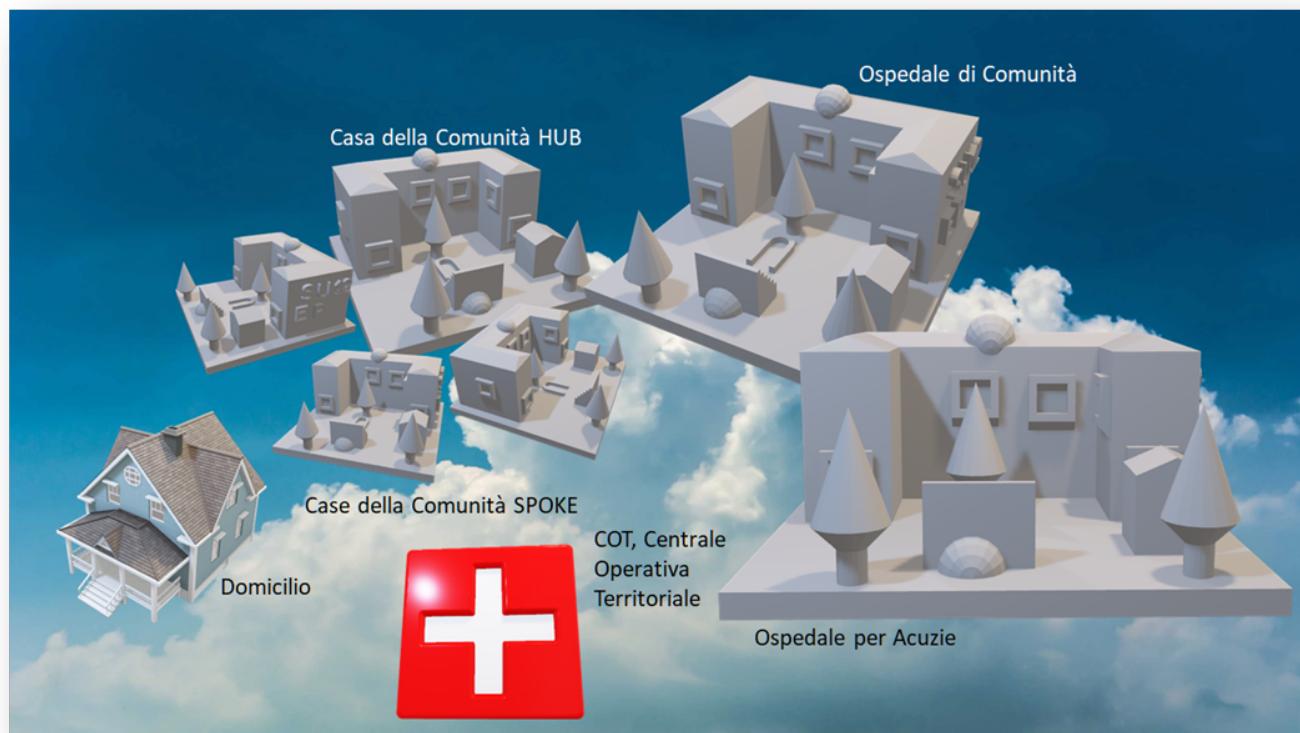
PROSSIMI PASSAGGI

- Avvio della Televisita per il *follow up* dei pazienti con epatite C
- Avvio di un Telescreening dermatoscopico per melanoma
- Avvio della Televisita psichiatrica e tele colloquio psicologico clinico in sette ambulatori territoriali
- Avvio della Televisita e teleconsulto nelle REMS
- Avvio della Televisita Psichiatrica in un carcere pilota
- Utilizzo di uno strumento aziendale digitale di governance dei PDTA, oggi presente la largamente sottoutilizzato
- Inserimento della telemedicina in tutti i PDTA aziendali, attualmente tutti in fase di revisione
- Cartella clinica digitale unica per tutte le strutture ospedaliere e Ambulatoriali, in fase di definizione, che si possa integrare con la telemedicina
- Avvio della Televisita e Telerefertazione da parte degli specialisti ambulatoriali convenzionati in cardiologia, in diabetologia, in dermatologia
- Avvio dello screening remoto delle OSA
- Telerefertazione radiologica
- Teleconsulto Fisiatrico tra gli ospedali per la valutazione e la presa in carico
- Teleconsulto cardiologico, diabetologico e pneumologico per i MMG

OBBIETTIVI: SUPERAMENTO DELLE RESISTENZE AL CAMBIAMENTO

Tipologia UO	Obbiettivi	Azioni	Indicatori	Target
UO Tecniche	Comprensione dei modelli e dei percorsi legati alla telemedicina ed al FSE aziendale, regionale e Nazionale	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri periodici con i referenti per definizione dello stato dell'arte • Definizione di cronoprogrammi chiari e condivisi 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di incontri e report sull'avanzamento dei progetti di innovazione digitale 	100%
UO Cliniche/Distretti	Inserimento della telemedicina e delle soluzioni digitale nei processi di diagnosi e cura	<ul style="list-style-type: none"> • Attivazione di Televisita, Telemonitoraggio, Teleconsulto, Telegestione ed inserimento nei PDTA aziendali come attività di routine • Ricetta dematerializzate e referti elettronici 	<ul style="list-style-type: none"> • Numero di prestazioni eseguite/numero di prestazioni totali 	100% di quanto previsto dal PNRR
UO Amministrative	Rendicontazione immediata e analiticamente valutabile in Real time	Valutazione critica nella fase di programmazione e successivo ed uso quotidiano dei SW necessari per il raggiungimento del risultato	Capacità di risposta in Real time alle richieste di informazioni della direzione strategica	100%

I documenti di riferimento al momento attuale sono quelli presentati alla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome sul PNRR², la bozza del DM 71 in esame presso il CDM³ ed il documento tecnico prodotto da AGENAS sulla piattaforma nazionale di telemedicina⁴ in allegato, sintetizzati nello schema seguente:



² PNRR M6C1 Investimento 1.2.3 e M6C2 Investimento 1.3.1 “Sanità digitale Presentazione alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome” 2 marzo 2022

³ Modelli e standard per lo sviluppo dell’Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale con le correzioni al 3 marzo 2022

⁴ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione 6: Salute Componente 1 (M6C1): Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale Investimento 1.2.3 La telemedicina a supporto dei pazienti nell’assistenza sanitaria territoriale “INDICAZIONI METODOLOGICHE PER LA PERIMETRAZIONE DELLE PROPOSTE DI PPP PER LA PIATTAFORMA NAZIONALE DI TELEMEDICINA.

2.b Sottosezione di Programmazione – Performance

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. Come nel Piano Triennale della Performance 2021- 2023, anche la presente programmazione (2022-2024) evidenzia come l’attività aziendale risulti fortemente influenzata dalla pandemia da COVID-19 e dallo stato di emergenza ad essa collegato che non consente una normale gestione delle attività ordinarie e soprattutto potrebbe non consentire il raggiungimento degli obiettivi che l’Azienda intende perseguire.

Il presente documento dell’ASL di Frosinone per gli anni 2022-2024, 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;
- gli obiettivi individuati nel DCA n. U00081 del 25 giugno 2020 con il quale la Regione Lazio ha adottato il Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021” in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti;
- quanto programmato nel Piano della Performance 2021-2023;
- gli obiettivi aziendali assegnati al Direttore Generale per l’anno 2021 con Determinazione regionale n. 762 del 16 novembre 2021;
- il Bilancio Economico di Previsione anno 2022 (BEP) dell’Azienda 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 2021-2023

2.b.1 Principi generali

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, di facile accesso e consultazione (Amministrazione Trasparente, sezione - Performance)";
- 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 regionali e nazionali e/o Decreti 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 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.

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.

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.

Essendo un atto di programmazione pluriennale per il triennio 2022-2024, con pianificazione delle attività per l'anno in corso, 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.

2.b.2 Analisi di contesto esterno

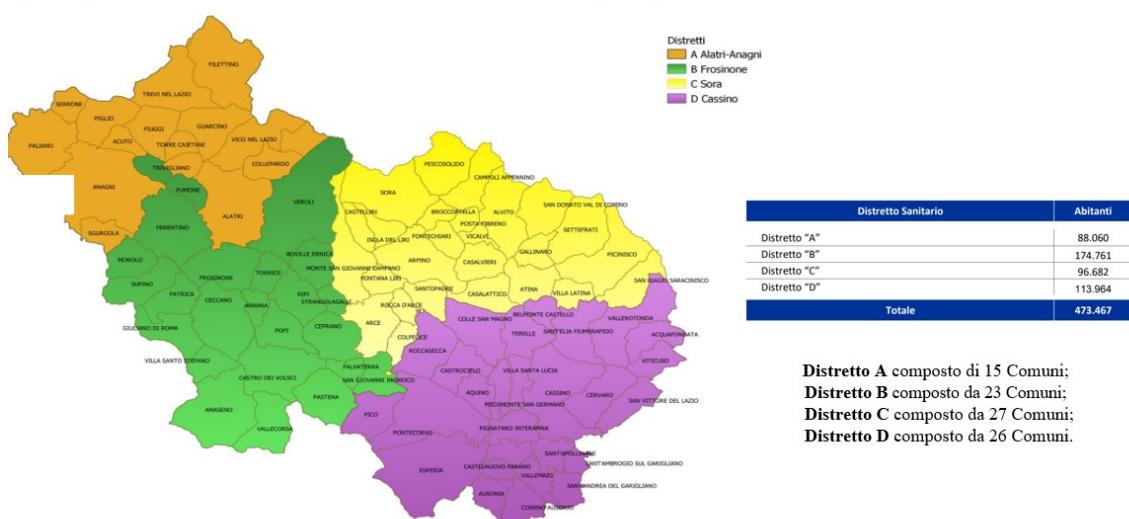
Analisi geografica - Il Territorio della Asl di Frosinone



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 comprende 91 comuni. La superficie totale è di 3.241,88 kmq, caratterizzata da un'altitudine media di 417,8 m ed il bacino di utenza è di 473.467 abitanti (dato ISTAT al 1° gennaio 2021), distribuiti in 4 Distretti Sanitari, con una densità abitativa di 146 abitante per Km².

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.

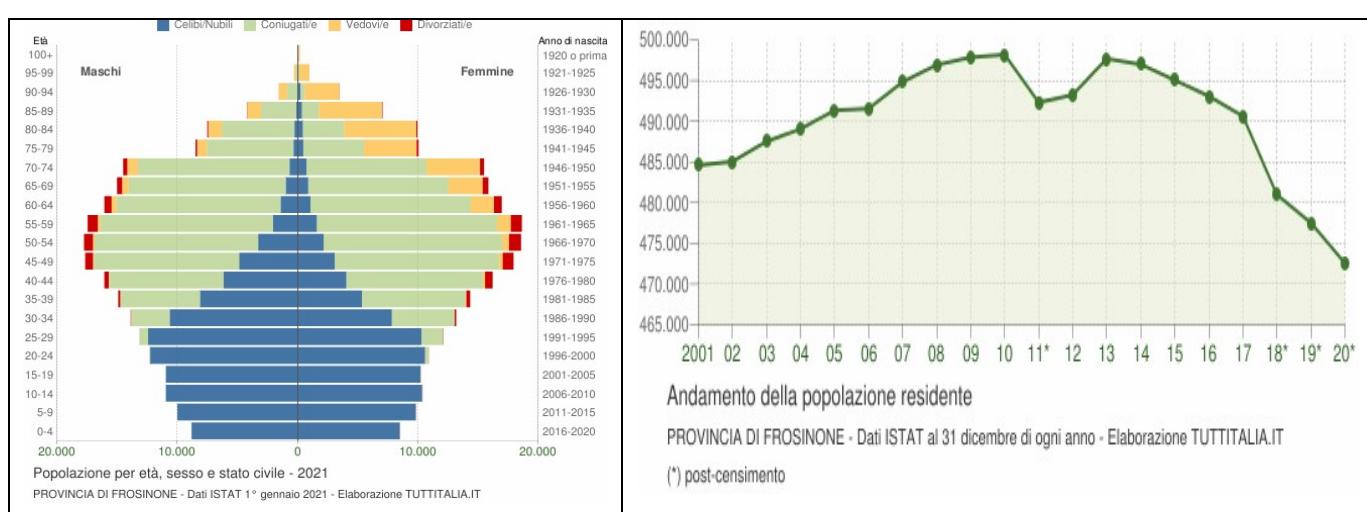


DISTRETTO SANITARIO "A"	DISTRETTO SANITARIO "B"	DISTRETTO SANITARIO "C"	DISTRETTO SANITARIO "D"
ALATRI – ANAGNI	FROSINONE	SORA	CASSINO
Acuto	Amaseno	Alvito	Acquafondata
Alatri	Arnara	Arce	Aquino
Anagni	Boville Ernica	Arpino	Ausonia
Collepardo	Castro dei Volsci	Atina	Cassino
Filettino	Ceccano	Belmonte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

Analisi demografica

La Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Frosinone per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2021 su dati ISTAT.

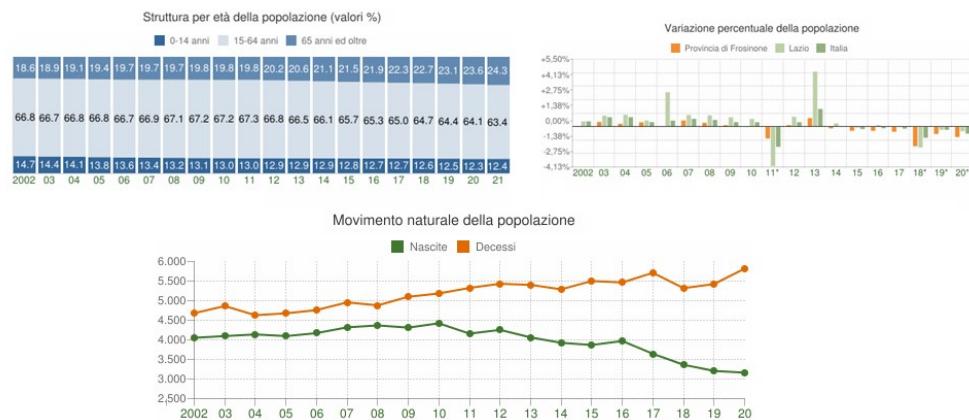
La popolazione residente in provincia di Frosinone al 1° Gennaio 2021 è pari a 473.467



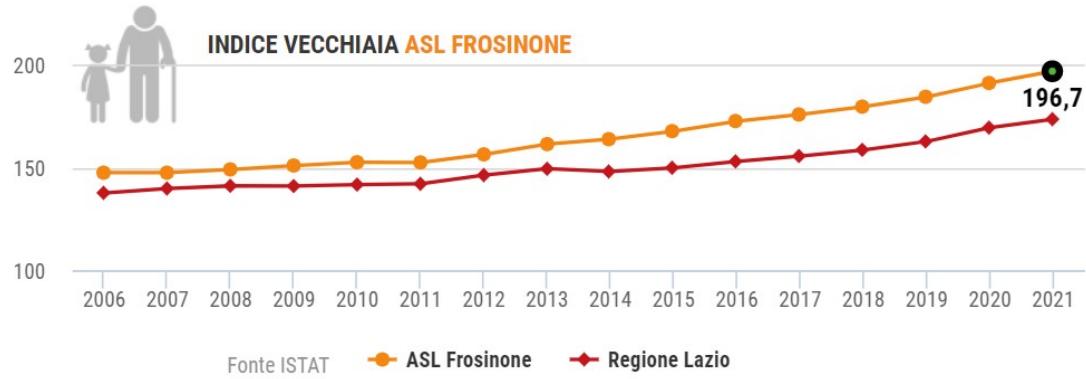
Gli stranieri residenti in provincia di Frosinone al 1° gennaio 2021 sono 23.863 e rappresentano il 5% della popolazione residente. La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 34% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (13%) e dal Marocco (9%).



L'analisi della struttura per età della popolazione dell'Azienda, raggruppate in tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15- 64 anni e anziani 65 anni ed oltre, evidenzia una struttura regressiva, in linea con quanto emerge dal grafico "movimento naturale della popolazione" dove il *trend* nascite e decessi fanno registrare dinamiche opposte, provocando una contrazione della popolazione della provincia di Frosinone con velocità superiori alla media sia regionale che nazionale.



Passando all'analisi dell'indice di vecchiaia, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, misurato dal rapporto percentuale tra il numero delle persone con più di 65 anni e il numero dei bambini fino ai 14 anni, si registra un indice pari a 196,7 un rapporto che evidenzia che ogni 19 anziani vi sono 100 bambini, dato peggiore della media regionale.



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, 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/Pediatri 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.

Analisi Socio Economica

Dal censimento permanente della popolazione nel Lazio, diffuso dall'Istat, emerge che la crescita della scolarizzazione e il conseguimento di titoli di livello superiore innalzano il livello medio d'istruzione della popolazione residente, ma all'interno della regione la situazione si diversifica da provincia a provincia.

I dati della provincia di Frosinone sono i seguenti: la percentuale di analfabeti è dello 0,5%; analfabeti privi di titolo di studio 4,1%; con licenza elementare 16,2%; licenza media 27,6%; scuola secondaria di II grado 38,2%; terziario di I livello 4,1%; terziario di II livello 9,1%; dottorato di ricerca 0,2%.

A fine 2020 in provincia di Frosinone risultano 48.639 imprese registrate, delle quali 39.923 attive (82,1% del totale); ammontano a 2.275 le nuove iscrizioni (pari ad un tasso di natalità del +4,72%, in rallentamento rispetto al +5,66% riferito al 2019). Il bilancio annuale è positivo per 308 unità in più, in

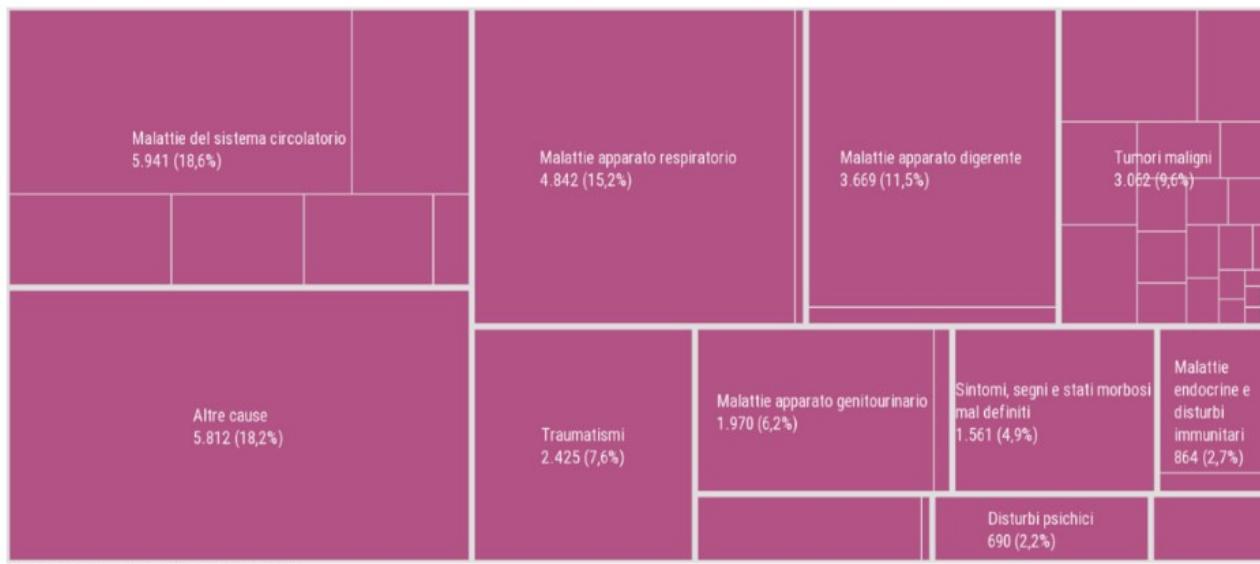


linea con la precedente annualità, per un tasso di crescita che si attesta al +0,64%, replicando appunto le dinamiche targate 2019. Nonostante gli esiti algebrici complessivi risultino invariati, di fatto, gli effetti della pandemia in atto determinano un mutato clima economico in termini di demografia imprenditoriale, in quanto si realizzano significative variazioni delle dinamiche di alcuni segmenti, che risultano decisivi sull'esito complessivo. Tra le più rilevanti, si evidenzia la

performance delle Costruzioni la cui progressione positiva in corso d'anno genera un rimbalzo senza precedenti (177 unità in più, +2,52% la variazione dello stock, a fronte del +0,72% riferito al 2019), che spiega il 60% dell'avanzo riferito all'intero universo imprenditoriale (a fronte del 17% riferito all'anno precedente). Segue, in maniera del tutto inconsueta in serie storica, il segmento delle attività di Consulenza aziendale. Le attività connesse al segmento dell'Informatica, come la produzione di software e i servizi di elaborazione dati, registrano un significativo rimbalzo con elevata probabilità riconducibile all'effetto Covid, in ragione della necessità da parte delle imprese di potenziare la componente digitale nell'ambito della propria organizzazione aziendale.

Stato di Salute della Popolazione

Tutte le cause di ricovero: 31.950 della ASL di Frosinone Anno 2021

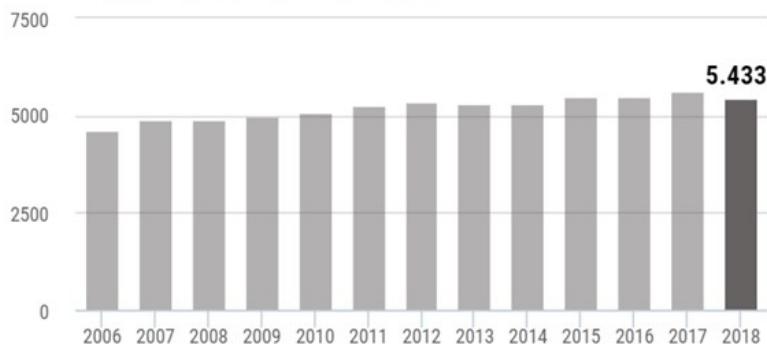


FONTE Sistemi Informativi Sanitari Lazio

Tutte le cause di morte: 5.433 della ASL di Frosinone Anno 2018

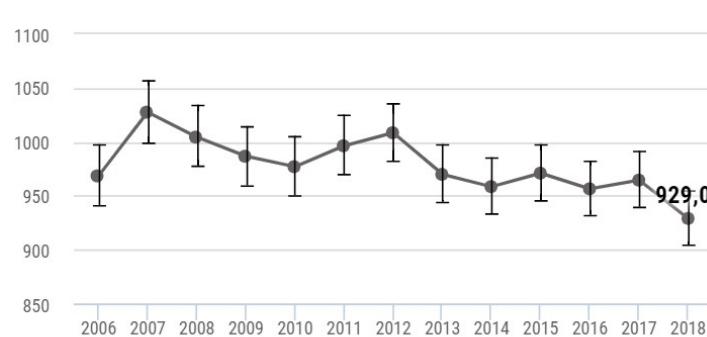


NUMERO DI DECESSI ASL FROSINONE

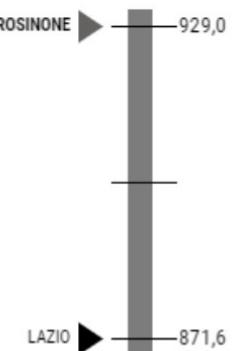


TASSO STANDARDIZZATO ASL FROSINONE

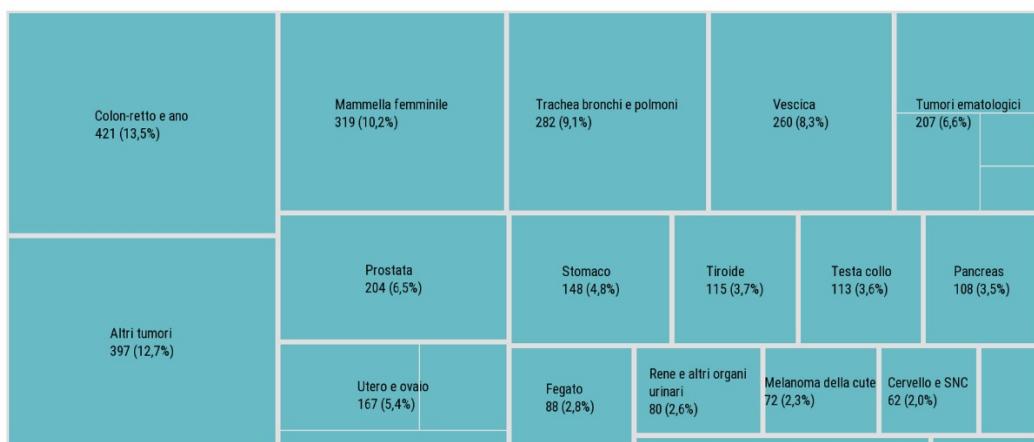
NUMERO DI DECESSI OGNI 100.000 RESIDENTI - POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO LAZIO 2011



CONFRONTO TASSI STANDARDIZZATI - 2018



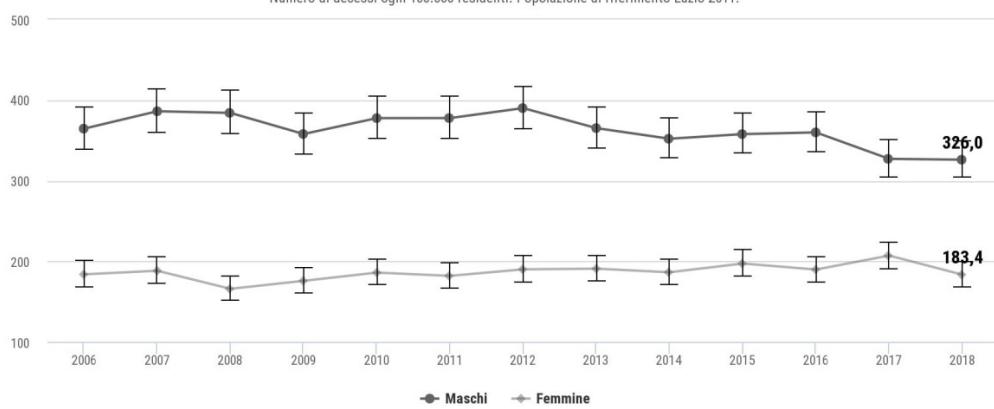
Incidenza tumori maligni 3.115 della ASL di Frosinone Anno 2017



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

TUMORI MALIGNI, Tasso stand. ASL Frosinone - 2018

Numero di decessi ogni 100.000 residenti. Popolazione di riferimento Lazio 2011.



Fonte: www.opensalutelazio.it

Andamento Pandemie

L'emergenza sanitaria da Covid-19 che ha coinvolto l'intero globo, infliggendo lutti a migliaia di famiglie, ci ha reso ancora più consapevoli dell'alta professionalità e dell'alto spirito di abnegazione che i nostri medici e operatori sanitari mettono ogni giorno per garantire la salute dei cittadini.

L'ASL di Frosinone nel rispetto delle disposizioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza Covid-19, ha adeguato, quasi nell'immediato, la propria struttura organizzativa garantendo al cittadino la massima assistenza sanitaria.

L'Azienda ha fortificato i suoi rapporti con altre aziende pubbliche e private e sono state assunte nuove risorse per incrementare le attività necessarie per il contenimento del Covid-19 e, soprattutto, per poter affiancare e supportare tutti gli operatori sanitari che nell'esercizio delle loro funzioni hanno dato tanto.

Anche dal punto di vista strutturale, l'Azienda ha subito profondi mutamenti. Vi sono stati continui processi di riorganizzazione al fine di rispondere sempre in maniera tempestiva e appropriata ai nuovi fabbisogni sanitari dei pazienti.

Un ruolo fondamentale è stato attribuito alle funzioni territoriali e di integrazione socio sanitaria che hanno permesso di gestire al domicilio la popolazione.

La Pandemia ha determinato una drastica riduzione delle attività di tipo chirurgico e delle prestazioni ambulatoriali che inevitabilmente hanno compromesso il processo di misurazione e monitoraggio del grado di raggiungimento di alcuni obiettivi assegnati prima della diffusione della Pandemia.

Il presente Piano ha tenuto in considerazione questo particolare momento storico in cui vi è la necessità di cambiare la organizzazione della Azienda, la organizzazione del lavoro e la distribuzione delle risorse, delle responsabilità ma anche di diffondere conoscenza.

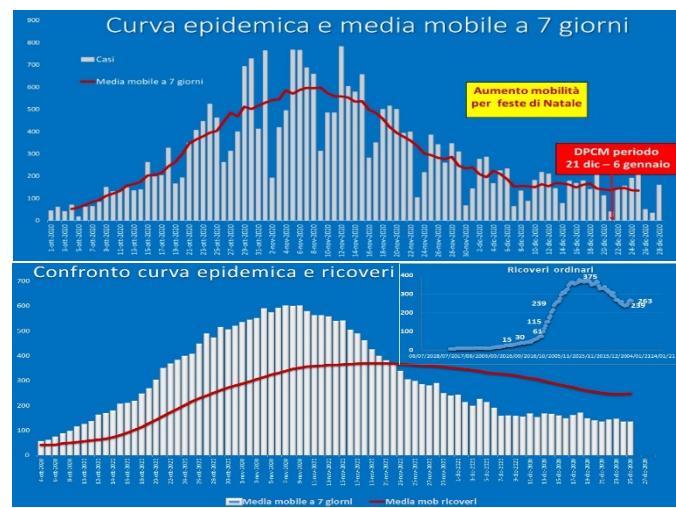
Al fine di intuire ed assecondare i mutamenti del contesto socio ambientale di riferimento, l'Azienda riserverà, anche per la gestione dell'emergenza, un ruolo centrale all'innovazione gestionale, digitale e tecnologica, accelerando i processi della transizione digitale anche tramite il lavoro agile (P.O.L.A.).

Nella programmazione triennale 2022-2024 oltre ai principali elementi di programmazione, volti a dare continuità agli indirizzi programmatici definiti da questa Direzione Aziendale, sono state delineate anche le azioni e gli interventi realizzati conformemente alle indicazioni nazionali e regionali in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, sia in termini di risorse economiche sia in termini di misure organizzative atte a garantire la salute e la sicurezza della popolazione.

Il determinarsi delle nuove ondate pandemiche richiederà un ulteriore impegno, sia in termini di risorse economiche che di interventi organizzativi nell'ambito dei percorsi assistenziali.

In tale contesto l'Azienda ha provveduto non solo all'attivazione di nuovi percorsi Covid, con contestuali aperture/chiusure di reparti e posti letto dedicati, ma anche alla ripresa delle attività della specialistica ambulatoriale, dei programmi di *screening* e dell'attività di ricovero, per il recupero delle prestazioni non erogate e sospese durante la chiusura per obbligo di normative.

In un'ottica di ripresa, la programmazione sanitaria ed economica dell'Azienda tiene conto anche del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che nasce dalla necessità di rafforzare la capacità di risposta a *shock* economici, sociali e ambientali e a cambiamenti strutturali in modo equo, sostenibile e inclusivo, in quanto la pandemia ha evidenziato debolezze strutturali e vulnerabili dei sistemi sanitari di fronte a tassi di contagio elevati, pur



confermando e riconoscendo il valore universale di bene pubblico fondamentale della salute e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici.

Le azioni organizzative previste dal Piano che l'Azienda intende perseguire si esplicano nel duplice contesto: quello del protrarsi dello stato emergenziale e quello delle azioni ordinarie e delle principali linee di intervento definite alla luce dalle scelte strategiche della Regione Lazio.

Al fine di contenere il protrarsi dello stato emergenziale e del conseguente stato pandemico:

- nell'ambito **dell'Assistenza Ospedaliera**, l'Azienda continua ad attuare la procedura per il Percorso Pronto Soccorso/DEA per la gestione dei “casi sospetti” e, al fine di darne esecuzione, è attivo, in ciascun Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso che eroga funzioni di assistenza in regime di emergenza-urgenza, un Piano Emergenza con l'obiettivo di contenere il rischio di trasmissione del virus nei confronti di pazienti, utenti e operatori durante tutto il periodo di permanenza del paziente presso il nosocomio; garantisce i ricoveri programmati per i percorsi oncologici e per le patologie a rischio di rapido deterioramento clinico (patologie vascolari sintomatiche instabili; colelitiasi complicate, ecc..);
- nell'ambito **dell'Assistenza Territoriale** è osservata e applicata la procedura aziendale per la gestione dei casi sospetti per infezione da Coronavirus, sia nei presidi ambulatoriali sia presso gli ambulatori di Cure Primarie, finalizzata all'appropriata gestione clinico-assistenziale dei casi sospetti. A tal fine negli spazi degli ambulatori territoriali oltre l'osservanza del rispetto della distanza di sicurezza interpersonale, è individuato uno spazio fisico, una stanza, appositamente riservato per lo stanziamento di un eventuale “caso sospetto in valutazione”. Presso gli ambulatori di Cure Primarie, in analogia a quanto previsto nelle strutture ospedaliere, all'ingresso è attivato un *pre-triage*;
- nell'ambito **dell'Assistenza Domiciliare**, in adempimento alle linee di indirizzo regionale è attiva un'equipe composta da un medico ed un infermiere per la valutazione clinica e l'eventuale effettuazione del prelievo domiciliare del campione per coronavirus.

2.b.3 Analisi di Contesto interno

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*).

Per la *vision* e la *mission* della ASL di Frosinone si rinvia alla **Sezione 1. Scheda Anagrafica dell’Amministrazione** e per l’organigramma alla **Sezione 3 Organizzazione e capitale umano**.

2.b.4 Analisi swot: minacce e opportunità - punti di forza e di debolezza

Si riporta nella tabella sottostante un'analisi sintetica dei punti di forza e di debolezza che hanno influenzato il ciclo della performance aziendale.

OPPORTUNITÀ	MINACCE
Emergenza COVID-19: Reingegnerizzazione processi clinico-assistenziali e dei PDTA; Maggiore Integrazione tra PP.OO. e Territorio; Sviluppo Integrazione Socio-Sanitaria e potenziamento dell'assistenza domiciliare; Sviluppo della leva tecnologica e digitale e della capacità di adattamento; sviluppo del lavoro Agile.	Emergenza COVID-19
Necessità di potenziare l'offerta soprattutto a livello territoriale	Resistenze degli operatori aziendali alle innovazioni culturali, organizzative e tecnologiche
Quota di mercato prevalentemente ospedaliera; necessità di potenziamento del territorio attraverso i finanziamenti PNRR	Aumento della popolazione cronica Mobilità Passiva Tetti di spesa su fattori produttivi
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Rafforzamento del <i>middle management</i> attraverso la ricerca e la selezione di professionisti sanitari da assegnare funzioni gestionali e di coordinamento tecnico-scientifico	Resistenze degli operatori aziendali alle innovazioni culturali, organizzative e tecnologiche Forte carenza di personale, grande difficoltà nel reclutare alcune figure
Attuazione delle attività per la riorganizzazione dei servizi del territorio e maggiore sensibilizzazione verso l'integrazione tra ospedale e territorio (come dimostrato, ad esempio, da un maggiore utilizzo del day service, da un minor ricorso all'ospedalizzazione per le persone anziane perché prese incarico con l'assistenza territoriale, attivazione delle televisite e della telemedicina ecc.) con un coinvolgimento attivo dei MMG (UDI Hospice)	Residua inappropriatezza in alcune tipologie di prestazioni
Maggiore consapevolezza da parte dei professionisti della necessità di rifunzionalizzare i servizi e migliore cultura orientata alla valutazione della gestione aziendale in base ai risultati	Resistenza per la riorganizzazione e riallocazione delle risorse in base ai picchi di attività
Maggiore diffusione della cultura legata al rischio clinico e alla qualità (percorsi, procedure, protocolli)	
Attuazione di misure operative per il contenimento della spesa e di recupero di efficienza	
Potenziamento della rete informatica	Forte carenza della tecnologia, di strumenti di diagnostica, di apparecchiature sanitarie
Maggiore consapevolezza tra le funzioni amministrative e i CdR ordinatori di spesa della definizione di procedure e di rendere evidenti le diverse fasi	

2.b.5 Cosa facciamo

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 Territoriale
- Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica
- Assistenza Ospedaliera

Assistenza Territoriale

I quattro Distretti dell'Azienda di Frosinone garantiscono, attraverso proprie strutture, la maggior

parte delle attività previste dai LEA “Assistenza Distrettuale”: l'assistenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare, l'attività di continuità assistenziale, l'assistenza specialistica ambulatoriale, l'assistenza erogata dai consultori, l'assistenza riabilitativa, l'assistenza protesica, l'assistenza a persone con dipendenze patologiche, l'assistenza psichiatrica, l'assistenza socio- sanitaria.

Tipologia di prestazioni	Anno 2021 (escluso 13° mese)		
	pubblico	privato accreditato	totale
Volumi Prestazioni di Specialistica Ambulatoriale			
Prestazioni ambulatoriali SSN	2.926.419	1.525.321	4.451.740
Dialisi pacchetto V56.A	2329	1587	3.916
Dialisi pacchetto V56.B	1805	-	1.805
APA	2820	2520	5.340
PAC	2408	-	2.408

Attività Assistenza Domiciliare	Anno		
	2019	2020	2021
n. assistiti	11.470	11.156	11.897
n. assistiti per 1000 residenti	8,9	8,7	

La programmazione nazionale e regionale ha favorito, inoltre, lo sviluppo del ruolo dei Distretti nel “governo della domanda”, al fine di riuscire a programmare efficacemente l'offerta di servizi e prestazioni, partendo da un'accurata analisi dei bisogni. Le strutture pubbliche e private hanno

garantito nel 2021 un volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale pari a 4.451.740 a cui vanno aggiunte circa 6.000 prestazioni riconducibili alla Dialisi e circa 8.000 ai pacchetti di prestazioni APA/PAC. Nello stesso anno sono aumentati gli assistiti in assistenza domiciliare cresciuti di circa 700 unità.

Nell'ambito dell'Assistenza Territoriale la ASL garantisce alle persone con dipendenze patologiche o comportamenti di abuso patologico di sostanze la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un

programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti. Tale assistenza è assicurata dai Servizi per le Dipendenze dislocati nei 4 territori

Anno				
Attività Dipartimento Salute Mentale	Tipologia attività	2019	2020	2021
Centri salute mentale*	n. prestazioni	118.630	98.297	107.978
Centri diurni*	n. prestazioni	34.418	27.175	27.380
SERD**	n. utenti	7.857	8.941	13.647

* dati comunicati dal Servizio e estratti dal Sistema Informativo Salute Mentale aziendale

** dati comunicati dal Servizio e estratti dal Servizio Informativo Dipendenze

aziendali. Alle persone con disturbi psichiatrici, è garantita la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative previste dalle norme vigenti. L'attività di promozione e tutela della salute mentale viene assicurata dalla presenza di strutture pubbliche articolate in tre UO di SPDC, una a Frosinone con 12 posti letto, una Cassino con 15 posti letto e infine una a Sora con 9 posti letto. L'offerta in questo ambito si avvale, inoltre di 7 CSM (Alatri, Anagni, Frosinone, Ceccano, Sora, Cassino e Pontecorvo), di 5 Centri Diurni, di 4 Serd, di 2 REMS, di 3 strutture a carattere residenziali e semiresidenziali e infine un centro per i disturbi del comportamento alimentare. Di particolare rilievo assume il servizio di psicopatologie e dipendenze nel sistema penitenziario con sedi a Paliano, Frosinone e Cassino dove vengono trattate le patologie legate alla assunzione di sostanze e ai disturbi psichiatrici in ambienti penitenziari. In tale ambito si segnala l'operatività del protocollo sulla prevenzione del rischio suicidario in ambiente penitenziario.

Strutture private con accreditamento

L'Azienda garantisce assistenza nel territorio anche attraverso la leale collaborazione con il privato accreditato. Per quanto concerne le strutture psichiatriche l'offerta si sostanzia con 151 posti di varia intensità, mentre le strutture di RSA garantiscono 925 posti letto di varia intensità, i posti di hospice ammontano a 24 e i trattamenti residenziali 96. Passando all'assistenza relativa alle prestazioni sanitarie riabilitative, ex articolo 26 della L 833/1978, dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, troviamo, sempre per il privato accreditato un'offerta pari a 18 posti letto residenziali, 94 semi residenziali, 440 trattamenti ambulatoriali e 100 domiciliari.

L'assistenza territoriale è assicurata anche da 380 medici generale e 57 pediatri di libera scelta, dai Medici di Continuità Assistenziale e i medici di Emergenza Territoriale e gli specialisti convenzionati.

Nel corso del 2021 si è avuto consolidamento con impegno di risorse, per garantire una copertura delle cure primarie h 12 con integrazione con la continuità assistenziale. Dal 2020 operano anche le Unità Speciali di Continuità Assistenziale a supporto dell'assistenza ai malati COVID-19.

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, perseguitando 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 degli Alimenti di Origine Animale (I.A.O.A.), UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.).

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.

Nel corso dell'anno, per effetto dell'epidemia, il Dipartimento di Prevenzione ha subito una importante riorganizzazione per affrontare il grosso carico di lavoro dovuto alla gestione della sorveglianza e l'isolamento domiciliare. Contemporaneamente sono state ridotte o sospese le attività che potevano essere differibili. Considerate le necessità emergenti di garantire idonee misure di isolamento sia per i casi asintomatici che per i casi sintomatici e opportune misure di sorveglianza sanitaria si è dato corso ad una riorganizzazione funzionale dei servizi e delle strutture. Questa operazione ha portato ad incrementare la dotazione dei servizi di Igiene e Sanità Pubblica, al fine di potenziare le attività di sorveglianza reclutando anche personale normalmente adibito in altre attività clinico-assistenziali. Pertanto l'attività di tutto il Dipartimento, già modulabile in virtù delle modifiche annuali che intercorrono nelle normative di riferimento e nel piano della Prevenzione, hanno fortemente risentito del coinvolgimento delle varie UU.OO, a vario titolo, nel processo di sorveglianza sanitaria e tracciamento dei casi COVID- 19.

Assistenza Ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è assicurata da un'offerta composta di 1.433 posti letto di cui 999 pubblici pari al 69,7% del totale. L'area per Acuti è assicurata dalla presenza di 1.085 posti letto, mentre quella relativa alle post acuzie, composta dalla riabilitazione e lungodegenza, è garantita da 348 posti letto.

ASL	Codice	Struttura	Tipologia Assistenza									TOTALE		
			Acuti			Lungodegenza			Riabilitazione					
			ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.	ORD	DH	Tot.
FR	12021601	P.O. F. SPAZIANI - Frosinone (Polo Unificato Frosinone-Alatri)	338	27	365							338	27	365
	12021602	P.O. SAN BENEDETTO - Alatri (Polo Unificato Frosinone-Alatri)	70	4	74	18		18				88	4	92
	12022600	OSPEDALE CIVILE S.S.TRINITA` di Sora	199	17	216	17		17				216	17	233
	12022800	OSPEDALE SANTA SCOLASTICA di Cassino	270	18	288	21		21				291	18	309
	12023000	S. ANNA S.R.L di Cassino	28	4	32							28	4	32
	12023500	VILLA SERENA di Cassino	28	2	30							28	2	30
	12023600	SANTA TERESA di Isola Liri	12	8	20							12	8	20
	12027700	SAN RAFFAELE di Cassino	30		30	69		69	146	14	160	245	14	259
	12027900	I.N.I. DIV. DISTACCATA CITTA` BIANCA di Veroli							57	6	63	57	6	63
	12029100	VILLA GIOIA di Sora	28	2	30							28	2	30

Il Presidio Ospedaliero F. Spaziani di Frosinone (Polo Unificato Frosinone Alatri) garantisce 365 posti letto, è DEA I nella rete dell'emergenza, Spoke nella rete emergenza pediatrica, UTN I nella rete dell'ICTUS, CTZ nella rete del trauma, è snodo anche della rete cardiologica e perinatale.

Il Presidio Ospedaliero di Sora è caratterizzato da 233 posti letto mentre quello di Cassino da 309 posti letto. Entrambi sono presenti nella rete dell'emergenza in qualità di DEA I, nella rete dell'emergenza pediatrica, nella rete del trauma, cardiologica e perinatale.

Relativamente all'assistenza ospedaliera il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso è pari a 139,64 per mille abitanti, superiore al valore relativo alla media regionale pari a 123,25 per mille abitanti. Il valore che richiede maggiore attenzione è quello relativo al tasso di ospedalizzazione in regime ordinario dove, a fronte di un valore pari a 101,03 registrato nella ASL di Frosinone, si contrappone un valore medio regionale pari a 84,70, di 16,33 punti superiore. Per tale motivazione le strutture ospedaliere, sempre garantendo la risposta al bisogno di salute della popolazione, dovranno adottare modelli gestionali che favoriscano processi di deospedalizzazione e intervengano sui processi intraospedalieri che determinano la durata della degenza media, in linea anche con quanto stabilito in ambito Stato Regioni in merito agli indirizzi per il governo del percorso del paziente chirurgico sancito il 9 luglio 2020 e recepito dalla Regione Lazio con Determinazione G11271 del 28 settembre 2020.

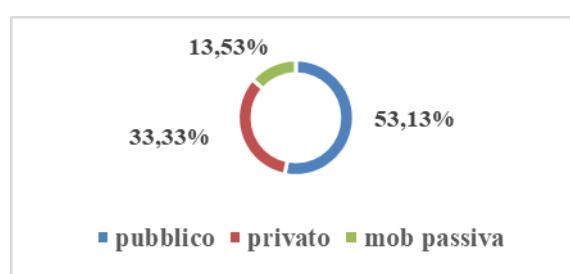
Tassi di ospedalizzazione ordinari e diurni per acuti per ASL di residenza. Lazio 2019.

ASL di Residenza		Attività di ricovero per residenti Lazio		Mobilità Passiva		TOTALE		Tasso di Ospedalizzazione per 1.000 abitanti			Tasso di Ospedalizzazione STD (per sesso ed età) per 1.000 abitanti		
		Regime di Ricovero		Regime di Ricovero		Regime di Ricovero							
		ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH	ORD	DH	TOTALE	ORD	DH	TOTALE
201-203	Roma Comune	236.962	118.299	16.162	4.331	253.124	122.630	86,20	41,76	127,96	79,54	40,93	120,47
204	ASL Roma 4	25.855	12.766	1.770	502	27.625	13.268	84,10	40,39	124,49	81,73	39,52	121,25
205	ASL Roma 5	40.871	18.859	3.164	1.061	44.035	19.920	87,69	39,67	127,36	85,77	39,20	124,97
206	ASL Roma 6	51.109	20.993	2.928	755	54.037	21.748	93,98	37,82	131,81	91,74	37,41	129,15
109	ASL Viterbo	24.053	8.600	6.914	1.786	30.967	10.386	97,68	32,76	130,44	88,35	31,50	119,85
110	ASL Rieti	13.112	3.878	3.795	1.196	16.907	5.074	108,72	32,63	141,35	95,01	32,47	127,48
111	ASL Latina	47.421	16.329	4.939	1.867	52.360	18.196	91,02	31,63	122,65	86,60	31,41	118,01
112	ASL Frosinone	39.876	13.244	5.745	2.570	45.621	15.814	93,28	32,33	125,61	101,03	38,61	139,64
TOTALE		479.259	212.968	45.417	14.068	524.676	227.036	89,24	38,62	127,86	84,74	38,52	123,25

Fonte: Sistema Informativo Ospedaliero-SIO 2019 - dati sanitari versione RIC2019SAN_TOT_V3e mobilità passiva Lazio

In particolare, ogni ospedale dovrà individuare un Gruppo di Programmazione Aziendale Multidisciplinare e Multiprofessionale per la programmazione integrata delle liste operatorie sulla base delle risorse operatorie disponibili (spazi, tempi, strumentario e personale) favorendo l'appropriatezza organizzativa e la presa in carico in sicurezza.

Dal grafico sotto riportato emerge come la domanda riconducibile all'assistenza ospedaliera venga soddisfatta al 53,13% dalle strutture pubbliche, al 33,33% dalle strutture private e infine per il 13,53% dalle strutture allocate fuori dalla provincia di Frosinone.



Dimissioni*	peso·medio	degenza·media	N·dimissioni
Ordinario·Medico	0,775	8,0	20.562
Ordinario·Chirurgico	1,426	7,8	6.992
Ordinario·Totale	0,940	8,0	27.554
Day·Medico	0,638	3,5	2.086
Day·Chirurgico	0,882	2,6	3.002
Day·Totale	0,782	3,0	5.088
Totali	0,916	7,2	32.642

Dati estratti dal Flusso Informativo Ospedaliero

Gli accessi ai PS/DEA, nell'anno 2021 sono stati pari 98.625 di cui il 16,73% seguiti da ricovero e il 3,83% con codice rosso.

Triage	Anno	
	2020	2021
Non eseguito	1.325	1.020
Rosso	3.017	3.773
Giallo		
Verde	44.343	38.631
Bianco	1.634	1.212
Arancione	14.420	19.676
Azzurro	29.560	34.313
Totale	94.300	98.625
n. accessi seguiti da ricovero	16.867	16.499
% accessi seguiti da ricovero	17,89%	16,73%
% con codice rosso	3,20%	3,83%

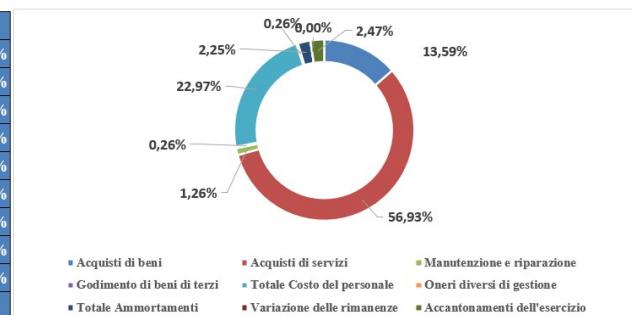
Risorse economiche/finanziarie

La previsione di finanziamento in conto esercizio per l'anno 2022 in favore della ASL di Frosinone è pari a complessivi € 873 mln rideterminati in € 940 mln considerando la previsione degli altri ricavi dell'Azienda con un incremento di circa 38 mln rispetto al 2021.

Voci Conto economico CE	2019	2020	2021	2022
Contributi in c/esercizio	831.817.778	859.155.320	842.853.775	873.632.318
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.435.625	-10.927.649	-8.199.179	-9.500.000
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	201.669	0	3.080.519	0
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	43.103.184	39.853.145	37.220.830	38.384.118
Concorsi, recuperi e rimborsi	5.076.887	12.442.496	1.704.912	13.135.452
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.723.667	4.340.129	4.433.560	3.520.962
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	20.147.730	21.111.896	21.111.896	20.763.595
Altri ricavi e proventi	201.869	306.665	306.665	310.839
Totale valore della produzione (A)	900.837.158	926.282.002	902.512.977	940.247.284

I costi di produzione previsti per l'anno 2022 ammontano, al netto delle poste riconducibili agli oneri finanziari, oneri straordinari e imposte e tasse, a 921 mln. I costi di produzione sono rappresentati per il 13,60 % per gli acquisti di beni, per il 57 % circa per gli acquisti di servizi e per il 23% circa dal costo del personale.

Voci Conto economico CE	2019	2020	2021	2022	%
Acquisti di beni	112.572.421	123.685.253	121.836.330	125.257.985	13,59%
Acquisti di servizi	517.991.178	516.111.817	514.004.748	524.646.674	56,93%
Manutenzione e riparazione	12.077.651	7.437.314	10.440.453	11.628.883	1,26%
Godimento di beni di terzi	2.280.615	2.306.201	2.121.194	2.420.887	0,26%
Totale Costo del personale	197.960.438	208.597.842	211.302.840	211.707.385	22,97%
Oneri diversi di gestione	2.447.240	2.250.696	2.618.999	2.350.047	0,26%
Totale Ammortamenti	20.147.730	21.111.896	21.111.896	20.763.594	2,25%
Variazione delle rimanenze	1.455.925	-3.202.185	-770.861	0	0,00%
Accantonamenti dell'esercizio	15.052.848	25.752.059	22.723.093	22.723.093	2,47%
Totale costi della produzione	881.986.045	904.050.892	905.388.691	921.498.546	



Totale costi della produzione	2019	2020	2021	2022
	881.986.045	904.050.892	905.388.691	921.498.546
Acquisti di beni	112.572.421	123.685.253	121.836.330	125.257.985
Acquisti di beni sanitari	111.370.207	122.693.680	120.735.977	124.062.024
Acquisti di beni non sanitari	1.202.214	991.573	1.100.353	1.195.961
Acquisti di servizi	517.991.178	516.111.817	514.004.748	524.646.674
Costi per assistenza MMG	37.620.011	39.038.416	40.052.812	39.800.000
Costi per assistenza PLS	8.110.264	8.667.332	8.384.441	8.667.332
Costi per assistenza Continuità assistenziale	7.713.907	7.648.904	6.769.677	7.580.891
Altro (medicina dei servizi, psicologi, medici 118, ecc)	1.690.763	1.844.190	1.844.190	1.844.190
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	76.019.678	71.945.592	71.292.810	71.840.767
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	46.978.422	46.576.352	45.085.514	51.357.492
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	9.273.898	9.199.799	9.459.073	12.017.022
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	10.457.822	10.261.294	9.924.367	12.758.078
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	12.891.528	12.176.670	12.891.528	13.200.000
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	157.369.010	150.018.717	149.502.277	145.159.754
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	9.329.702	11.042.542	10.419.657	10.955.929
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci File F	33.299.045	33.147.324	33.103.310	33.233.627
Acquisto prestazioni termali in convenzione	1.966.166	549.515	456.157	1.064.116
Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	3.127.687	3.793.239	4.233.521	3.666.739
Acquisto prestazioni Socio-Sanitarie a rilevanza sanitaria	30.567.989	35.159.829	36.370.691	39.648.459
Compartecipazione al personale per atti libero-prof. (intramoenia)	1.703.753	1.408.509	1.610.181	1.408.509
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	4.373.956	3.893.869	4.283.327	3.613.627
Consulenze, Collaborazioni, Interinale e altre prestazioni di lavoro	14.926.334	10.834.097	10.945.121	10.386.307
Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	903.661	1.010.714	1.189.843	878.510
Acquisti di servizi non sanitari	49.466.085	57.703.209	55.821.680	55.400.755

Passando all'analisi dei costi di produzione per livello di assistenza emerge che il 41,36% dei costi sono stati destinati al livello ospedaliero per un ammontare complessivo di 382 mln, mentre il livello distrettuale assorbe il 54,41% pari a 503



mln di € e infine il 4,24% delle risorse sono state destinate alla prevenzione.

Nelle tabelle si evidenziano i costi per singoli micro livelli di assistenza.

Di seguito si riportano le tabelle di sintesi dei costi dei servizi erogati riprodotti in una logica affine a quella adottata per la rendicontazione dei costi dei Livelli Essenziale di Assistenza, rilevati con il modello LA. Si ritiene opportuno che i dati relativi al costo di tale modello sono quadrati con il Conto economico Consuntivo Anno 2021, e attribuiti attraverso la contabilità analitica che regista i costi per natura (tipo risorsa) e per destinazione (centro di responsabilità- micro livello di assistenza). I costi per la Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica vengono sostenuti principalmente per le Attività medico legali per finalità pubbliche, per la Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*, sorveglianza e prevenzione nutrizionale e per *screening* oncologici. Passando all'assistenza distrettuale, si registrano i maggiori costi per l'assistenza farmaceutica (192 mln), per la specialistica ambulatoriale (104 mln) e per la medicina di base e la continuità assistenziale (71 mln). Infine si registra un costo pari a 102 mln per assistenza sociosanitaria distrettuale, per l'assistenza domiciliare e residenziale e semi residenziale.

Nell'assistenza ospedaliera i costi sono principalmente sostenuti per i ricoveri per acuti e per garantire l'attività di pronto soccorso.

Livello di Assistenza	€
Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali	11.744.378
Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati	3.599.600
Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro	4.786.689
Salute animale e igiene urbana veterinaria	7.351.621
Sicurezza alimentare - Tutela della salute dei consumatori	4.167.325
Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale	2.225.088
Attività medico legali per finalità pubbliche	3.125.066
Contributo Legge 210/92	2.202.652
Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica	39.202.419

Livello di Assistenza	€
Assistenza sanitaria di base	61.594.740
Continuità assistenziale	9.478.224
Assistenza ai turisti	198.493
Emergenza sanitaria territoriale	4.204.477
Assistenza farmaceutica	192.428.655
Assistenza integrativa e protesica	25.071.198
Assistenza specialistica ambulatoriale	104.951.452
Assistenza sociosanitaria distrettuale, domiciliare e territoriale	38.692.622
Assistenza sociosanitaria semi-residenziale	25.213.963
Assistenza sociosanitaria residenziale	38.388.055
Assistenza termale	559.572
Assistenza presso strutture sanitarie interne alle carceri	2.564.603
Assistenza Distrettuale	503.346.053

Livello di Assistenza	€
Attività di Pronto soccorso	34.101.223
Assistenza ospedaliera per acuti	330.357.623
Assistenza ospedaliera per lungodegenzi	1.051.583
Assistenza ospedaliera per riabilitazione	9.903.368
Trasporto sanitario assistito	2.006.241
Attività trasfusionale	4.885.508
Attività a supporto dei trapianti di cellule, organi e tessuti	299.038
Attività a supporto della donazione di cellule riproductive	103
Assistenza Ospedaliera	382.604.687

Le Risorse Umane

Il personale dipendente a tempo determinato /indeterminato, in dotazione all'ASL di Frosinone al 31/12/2021, ha una consistenza di 4075 unità di cui 3.232 unità appartenente al ruolo sanitario, 531 al ruolo tecnico, 7 al ruolo professionale e infine 305 al ruolo amministrativo.

PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2021		T.I.	T.D.	TOT.
RUOLO SANITARIO	DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	776	116	892
	COMPARTO RUOLO SANITARIO	2.190	150	2.340
RUOLO TECNICO	DIRIGENZA	3		3
	COMPARTO	390	138	528
RUOLO PROFESSIONALE	DIRIGENZA	7		7
RUOLO AMMINISTRATIVO	DIRIGENZA	17	2	19
	COMPARTO	285	1	286
		3.668	407	4.075

Tipologia	Consuntivo			Preventivo
	2019	2020	2021	2022
Totale Costo del personale	197.960.438	208.597.842	211.302.840	211.707.385
Costo del personale dirigente ruolo sanitario	83.639.834	88.329.418	89.077.051	89.938.960
Costo del personale dirigente medico	76.009.883	80.675.207	80.266.408	82.284.749
Costo del personale dirigente non medico	7.629.951	7.654.211	8.810.643	7.654.211
Costo del personale comparto ruolo sanitario	85.967.169	93.942.195	95.606.145	95.442.195
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	84.893.122	85.298.787	89.194.569	86.798.787
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	1.074.047	8.643.408	6.411.576	8.643.408
Personale del ruolo professionale	492.803	497.173	547.252	497.173
Costo del personale dirigente ruolo professionale	451.169	457.482	507.799	457.482
Costo del personale comparto ruolo professionale	41.634	39.691	39.453	39.691
Personale del ruolo tecnico	16.931.478	15.947.662	15.768.557	15.947.662
Costo del personale dirigente ruolo tecnico	239.271	173.799	298.675	173.799
Costo del personale comparto ruolo tecnico	16.692.207	15.773.863	15.469.882	15.773.863
Personale del ruolo amministrativo	10.929.154	9.881.394	10.303.834	9.881.394
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	846.569	885.586	1.247.503	885.586
Costo del personale comparto ruolo amministrativo	10.082.585	8.995.808	9.056.332	8.995.808
IRAP relativa a personale dipendente	14.338.916	14.349.952	14.349.952	14.563.865

Il costo complessivo del personale passa da 198 mln registrato nel 2019 a 211 mln previsto nel preventivo relativo all'anno 2022. Il 54,78% della spesa per il personale viene assorbito per garantire l'assistenza ospedaliera, il 35,73% è destinato all'assistenza distrettuale e infine il 9,49 % per garantire la prevenzione collettiva e la sanità pubblica.

2.b.6 La performance strategica

Passaggio dagli obiettivi strategici agli obiettivi operativi

L'individuazione delle priorità strategiche consente di porre in essere il primo passo della pianificazione che realizzano la *mission* aziendale.

Come definito nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance adottato con Delibera n. 202 del 22/03/2022 gli "obiettivi generali" rappresentano, quindi, le linee guida fondanti la strategia dell'Azienda.

La struttura generale della mappa strategica prevede che ogni obiettivo strategico sia declinato in uno o più macro obiettivi specifici a valenza triennale, successivamente declinati in obiettivi operativi a cui vengono associati indicatori al fine di misurare il grado di raggiungimento dell'obiettivo operativo.

Gli "obiettivi specifici a valenza triennale sono quindi definiti in modo da declinare gli "obiettivi generali" (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 *budget* operativo proposto 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. 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.

Performance individuale apportata da ciascun dipendente

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.

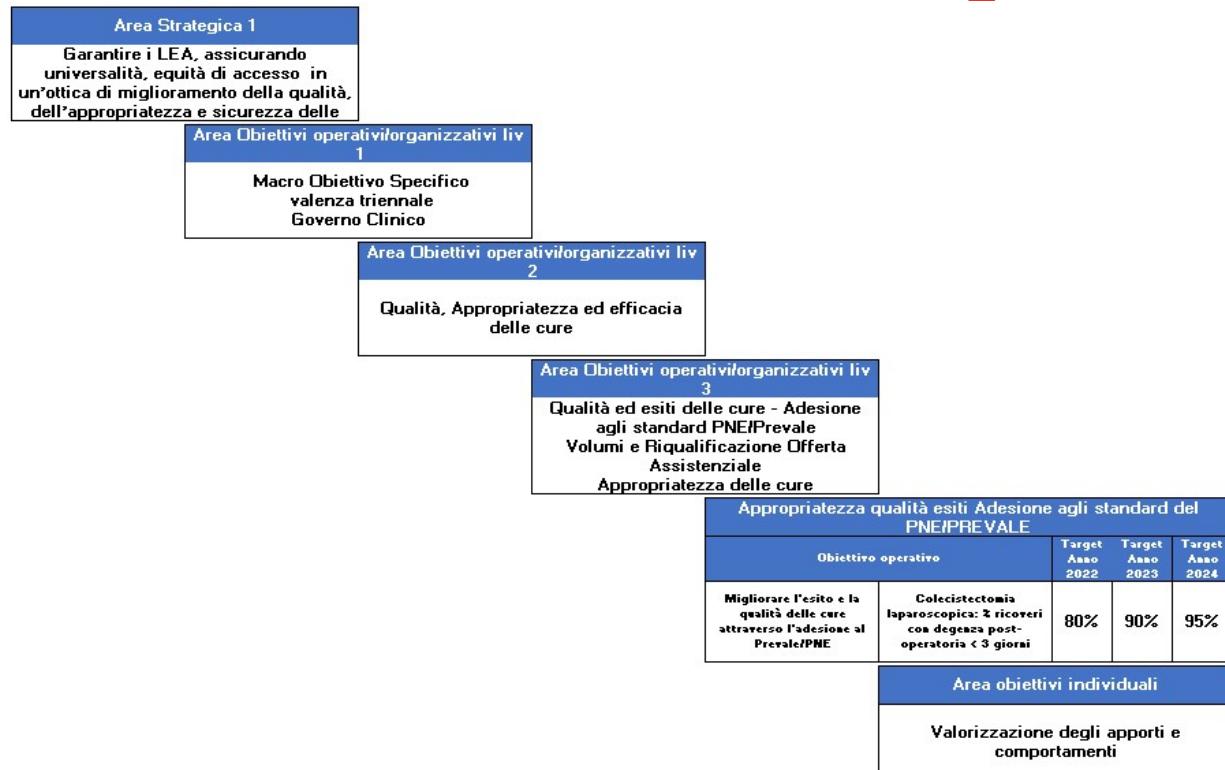
Ciascun criterio dovrà essere inoltre abbinato ad una delle due seguenti aree di performance, ciascuna caratterizzata, ai fini del calcolo definitivo, da un proprio peso ponderato:

- area della produttività individuale
- area dei comportamenti organizzativi (contestualizzati e finalizzati al conseguimento delle performance annuali).

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.





Area obiettivi operativi organizzativi di I Livello

A Macro Obiettivo Generale valenza triennale Governo Clinico	B Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo del Territorio	C Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo della Spesa e Efficientamento della Gestione	D Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo del Patrimonio, dell'innovazione del potenziamento delle Tecnologie, degli Investimenti e degli acquisti	E Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Rapporto con Stakeholder e Utenza
---	---	---	---	--

Area obiettivi operativi organizzativi di II Livello

A Macro Obiettivo Generale valenza triennale Governo Clinico	B Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo del Territorio	C Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo della Spesa e Efficientamento della Gestione	D Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo del Patrimonio, dell'innovazione del potenziamento delle Tecnologie, degli Investimenti e degli acquisti	E Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Rapporto con Stakeholder e Utenza
Qualità, Appropriatezza ed efficacia delle cure			Sistemi informativi e Informatici	Formazione
Efficienza Processi Organizzativi		Economico Gestionale	Sicurezza Informatica	Anticorruzione Trasparenza e Privacy - codice di comportamento
Governo dell'accesso e della domanda	Cure Primarie - Servizi Territoriali - Integrazione Socio Sanitarie	Governo della Spesa	Patrimonio Tecnologico e Immobiliare	Empowerment
Sicurezza delle Cure erogate	Sanità Penitenziaria		Governo degli acquisti e degli investimenti	Benessere Organizzativo
			Digitalizzazione	

Area obiettivi operativi organizzativi di III Livello

Obiettivi Strategici

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
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

Le Linee di indirizzo strategiche:

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:

- politiche attuative dell’umanizzazione: garantire un’organizzazione posta al servizio della persona che offre 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.;
- 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, affinché:
 - ✓ favorisca l’accesso, l’accoglienza, l’informazione e il primo orientamento dell’utenza;
 - ✓ proceda alla prevalutazione e all’avvio di presa in carico;
 - ✓ si occupi del monitoraggio e della valutazione dei percorsi attivati;
 - ✓ curi la diretta attivazione dell’Unità Valutativa Multidimensionale nei casi di maggiore complessità.

Perseguire l’equità nella tutela della salute e nell’accesso alle cure.

Riequilibrare i livelli assistenziali a favore di interventi indirizzati alla prevenzione, garantire il potenziamento delle politiche di prevenzione, riorganizzazione dei programmi di screening oncologici e la realizzazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale e nel Piano Regionale della Prevenzione mediante le seguenti attività:

- interventi mirati supportati da prove di evidenza scientifica;
- diffusione degli interventi alle fasce di popolazione target;

- coordinamento di tutti gli interventi considerati;
- capillari interventi di comunicazione pubblica a supporto dei programmi di screening.

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.

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: avvalersi del modello delle Case della Salute al fine di 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 diminuente 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.

Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio -Sanitaria: governo del rapporto con i MMG/PLS, riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, Case della Salute, potenziamento della rete e delle attività dei Consultori Familiari, Salute Mentale, Dipendenze, Sanità Penitenziaria.

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.

Politiche del personale: programmazione triennale del fabbisogno di personale, prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali, riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze.

Valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane.

Garantire reali recuperi di efficienza.

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: completamento dell'integrazione dei Sistemi Informativi Sanitari e Informatici.

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;

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). Esso rappresenta uno strumento utile per il monitoraggio dei LEA e del Sistema di Garanzia introdotto nel 2000.

Il DM 12 marzo 2019 "Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria" è stato pubblicato in G.U. il 14 giugno 2019 ed è operativo a partire dal 1 gennaio 2020 e utilizza 88 indicatori:

- 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- 33 per l'assistenza distrettuale;
- 24 per l'assistenza ospedaliera;
- 04 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;

- 01 indicatore di equità sociale;
- 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Parametri fondamentali nel processo di valutazione, individuazione delle aree critiche e definizione delle traiettorie di cambiamento, sono il Programma regionale Valutazione degli esiti e Interventi Sanitari (Prevale) e il Programma Nazionale Esiti (PNE).



Il **programma nazionale esiti (PNE)** è uno strumento di misurazione, analisi, valutazione e monitoraggio delle performance clinico-assistenziali delle varie strutture sanitarie italiane, utile al miglioramento delle prestazioni sanitarie e dell'organizzazione dei servizi, offrendo a livello nazionale valutazioni comparative di efficacia, sicurezza, efficienza e qualità delle cure prodotte nell'ambito del servizio sanitario al fine di promuovere un miglioramento della qualità clinico-assistenziale.

Di seguito si riportano le principali azioni raggruppate per macro obiettivi che l'azienda intende realizzare nel triennio 2022 -2024.

Macro Obiettivo Specifico a valenza triennale - Governo Clinico

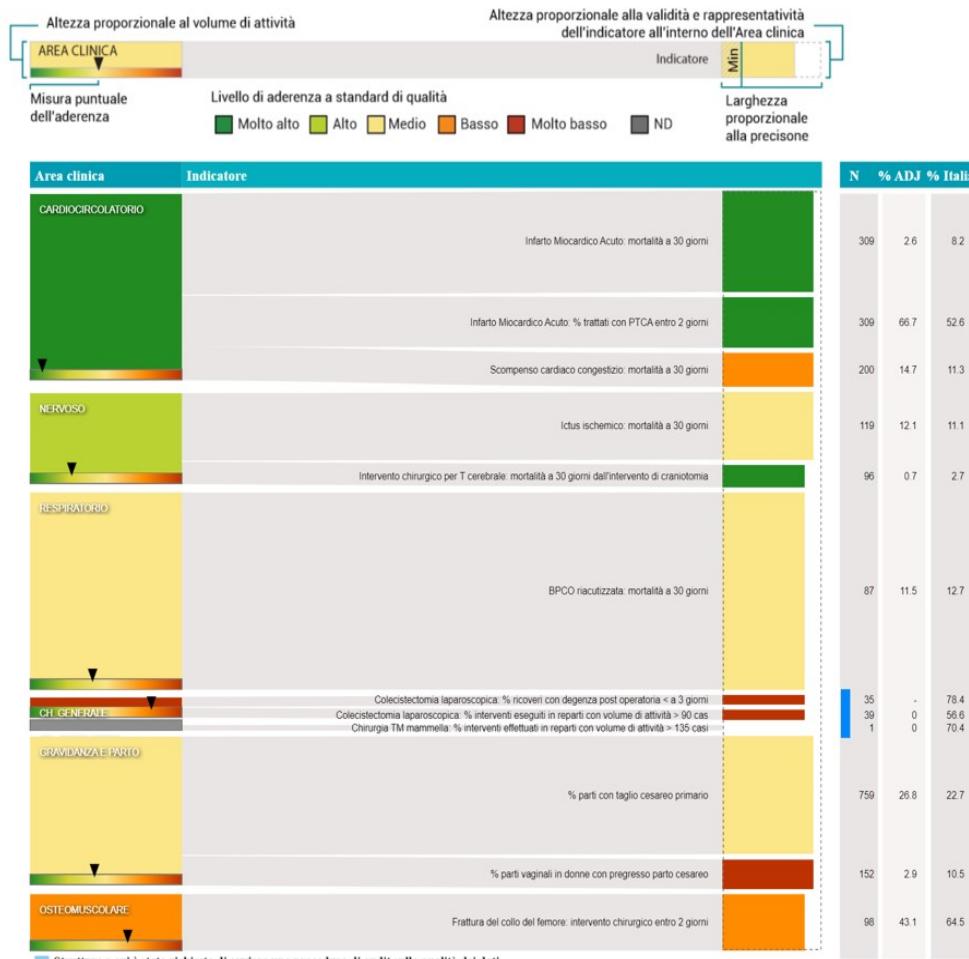
Qualità, Appropriatezza ed efficacia delle cure

In questo ambito riveste grande importanza la dimensione relativa alla necessità di garantire un miglioramento della qualità delle cure. L'analisi di dettaglio delle Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della per struttura rappresentata dal Treemap evidenzia chiaramente le aree di intervento per ciascun presidio ospedaliero a gestione diretta della ASL.

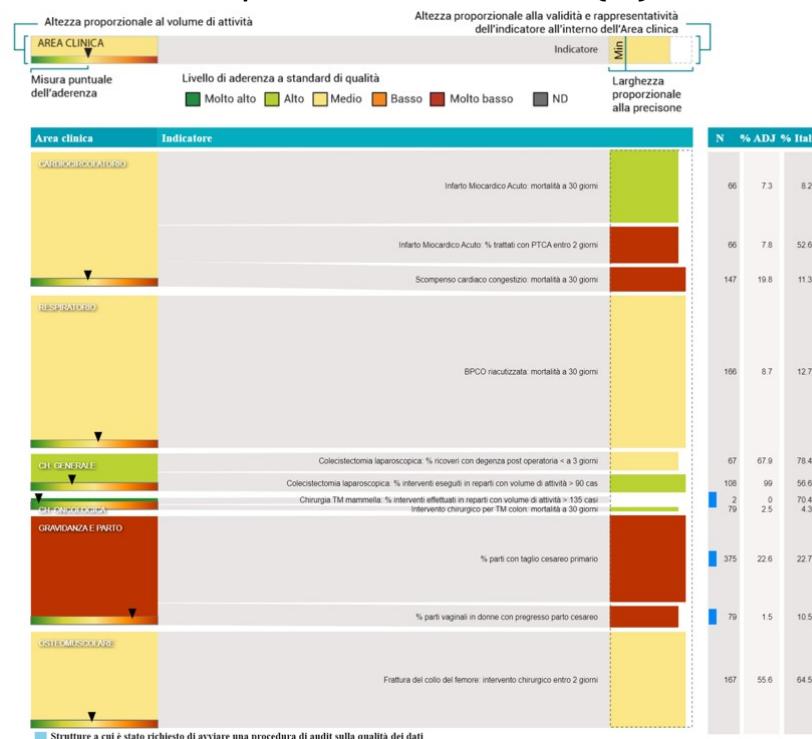
Per il presidio ospedaliero F. Spaziani di Frosinone particolare attenzione sarà riservata all'area chirurgica e all'area osteomuscolare, per presidio S. Scolastica di Cassino all'area della gravidanza e parto, mentre per l'Ospedale Civile S.S. Trinità - Sora le azioni riguarderanno l'area cardio circolatorio, la chirurgia oncologica e la chirurgia generale



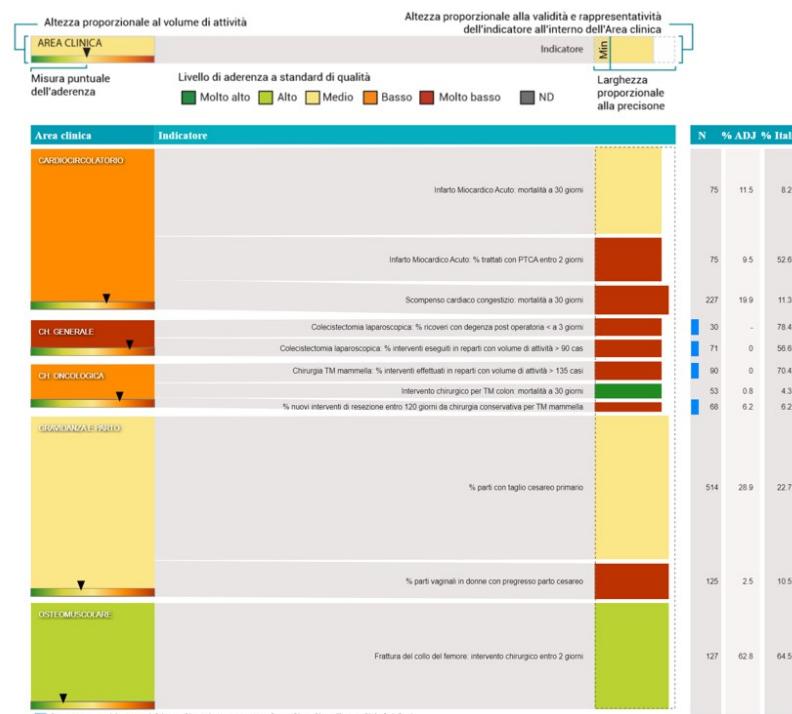
Ospedale F. Spaziani - Frosinone - (FR)



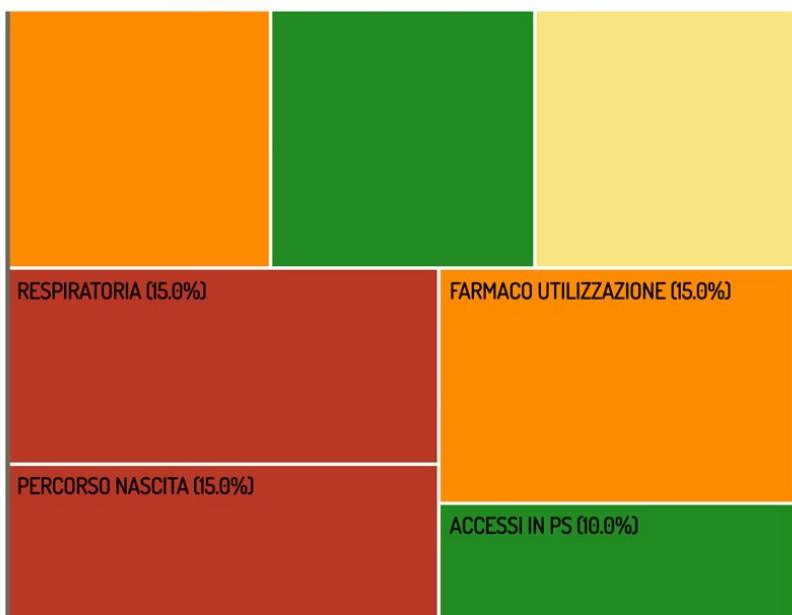
Ospedale S. Scolastica Cassino - (FR)



Ospedale Civile S.S. Trinita` N. Sede - Sora (FR)



Analisi Territoriale - Treemap PREVALE ASL FROSINONE



A titolo esemplificativo si riportano alcuni obiettivi previsti nelle schede di budget prevedendo un percorso che considera il punto di partenza e lo sviluppa in un arco triennale, prevedendo specifici momenti di audit volti ad individuare gli elementi critici che impediscono il miglioramento o il mantenimento se in presenza di valori in linea con gli standard di riferimento.

- Proporzione di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni

N. di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 gg/numero totale di ricoveri con intervento di colecistectomia laparoscopica

- **Tempestività nell'effettuazione P.T.C.A. nei casi di IMA STEMI**

P.T.C.A. effettuate entro un intervallo temporale di 0-1 giorno dalla data di ricovero con diagnosi certa di I.M.A. STEMI /numero totali di I.M.A. STEMI diagnosticati

- **Riduzione incidenza parti cesarei primari, in donne senza nessun pregresso cesareo**

Cesarei primari / parti di donne con nessun pregresso cesareo

- **Tempestività interventi a seguito di frattura femore su pazienti > 65**

Interventi effettuati entro 0-2 giorni dal ricovero / numero totale di casi di frattura femore su pazienti over 65, compresi quelle sulle quali non c'è stato intervento chirurgico

Efficienza dei processi organizzativi - percorso chirurgico programmato

L'approccio che la ASL di Frosinone ricerca è quella della logica di processo e del coinvolgimento di tutti gli operatori; a titolo esemplificativo, per migliorare l'area del percorso chirurgico programmato, si formalizza prima il processo e le aree di intervento e si progettano gli obiettivi.



Nelle schede di *budget* si attribuiranno obiettivi volti a garantire le azioni di miglioramento sotto esplicitate:

Criticità	Azioni di Miglioramento
razionalizzazione degli spazi	unico luogo fisico in cui posizionare ambulatori pre ricovero, infermieristici, anestesiologici, cardiologici e chirurgici
liste d'attesa chirurgiche	migliorare la gestione (eliminare pazienti deceduti, pazienti che hanno effettuato l'intervento in altre strutture, problema risolto con altre modalità cliniche, paziente rifiutano l'intervento)
lista operatoria	monitoraggio e informatizzazione della lista operatoria
degenza preoperatoria	<= 1,7 giorni
capacità di programmazione dell'attività del blocco operatorio	\
gestione dei reparti	tasso operatorio riduzione di interventi in elezione -rinviai per assenza posti letto
indicatori di volume ed esito	rispetto dei volumi DM 70/2015 Prevale - Programma Nazionale Esiti
tempi incerti per consulenze, esami diagnostici radiologici	monitoraggio e standardizzazione dei tempi

Efficienza dei processi organizzativi - Pronto soccorso. Gestione sovraffollamento

Il Pronto Soccorso è un servizio dedicato a fornire risposte immediate alle richieste di assistenza ritenute urgenti dalla popolazione. In riferimento a tale definizione, la *mission* del Pronto Soccorso appare complessa: “garantire risposte e interventi tempestivi, adeguati e ottimali, ai pazienti giunti in ospedale in modo non programmato, affrontando le situazioni di emergenza e urgenza clinica e assistenziali attuando tutti i provvedimenti immediati salva vita”. In una situazione in cui il normale funzionamento del Pronto Soccorso viene impedito dalla sproporzione tra la domanda sanitaria, costituita dal numero di pazienti in attesa e in carico, e le risorse disponibili, fisiche e/o umane e/o strutturali necessarie a soddisfarla, si parla di sovraffollamento (*overcrowding*). Tra le cause che determinano tale fenomeno, si considerano fattori in ingresso (“*input*”), fattori interni strutturali (“*throughput*”) e fattori di uscita (“*output*”).

La Direzione Strategica dell’Azienda intende rafforzare gli sforzi volti ad assicurare la gestione del fattore *input*, inteso come eccessivo e rilevante accesso di utenti al Pronto Soccorso, attraverso la progressiva presa in carico dei bisogni assistenziali derivanti dal progressivo invecchiamento della popolazione, dall’aumento del numero di pazienti complessi, potenziando il ricorso alle nuove tecnologie di diagnosi e cura.

E’ noto, infatti, che una parte di tali bisogni assistenziali potrebbe trovare risposte adeguate già nell’ambito del contesto territoriale, attraverso gli strumenti della presa in carico all’interno di specifici percorsi assistenziali integrati tra territorio, ospedale e assetto domiciliare e della Telemedicina.

L’Azienda agirà anche sul fattore *throughput*, migliorando i percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche, potenziando la collaborazione dei servizi specialistici; la disponibilità di posto letto nelle Unità Operative di destinazione, l’efficienza dei servizi diagnostici intraospedalieri, la possibilità di dimettere i pazienti al termine dell’episodio di ricovero, con particolare riguardo ai pazienti in condizione di fragilità anche attraverso la progressiva implementazione dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) intraospedalieri e integrati tra ospedale e territorio.

Analisi e monitoraggio del sovraffollamento in PS

- Proporzione di accessi triage rosso con esito ricovero/trasferito e tempo di permanenza in PS superiore alle 24 ore (escluso OBI)
- Proporzione di accessi con esito ricovero/trasferito e tempo di permanenza in PS superiore alle 24 ore (escluso OBI)
- Accessi con tempo di permanenza in PS inferiore alle 12 ore
- Accessi con tempo di permanenza in PS inferiore alle 8 ore

Analisi degli accessi a rischio di inappropriatezza

- Riduzione del numero dei pazienti con esito “Non Risponde a chiamata” o “Si allontana Spontaneamente” (rispetto all’anno precedente)
- Riduzione degli “Abbandoni” al Pronto Soccorso (rispetto all’anno precedente)

Governo dell'accesso alla domanda

Quando agli italiani viene chiesto di valutare l'operato del Servizio sanitario, l'aspetto di cui essi si lamentano maggiormente i cittadini riguarda i lunghi tempi d'attesa.

Per far fronte al problema la ASL di Frosinone sta realizzando un piano per la riduzione dei tempi d'attesa nella specialistica ambulatoriale che include una pluralità di azioni: alcune mirano ad aumentare l'offerta di prestazioni specialistiche (obiettivo operativo Volumi e riqualificazione dell'offerta assistenziale); altre intervengono invece sulla domanda cercando anche di raccordarla con l'offerta (obiettivo operativo Governo dell'accesso e della domanda), altre mirano a ridurre la richiesta di cure inappropriate e di scoraggiare il fenomeno dei *no-show patient*. i pazienti che non mantengono gli appuntamenti medici (*no-show*) rappresentano una perdita significativa per gli operatori sanitari.

- Monitoraggio e garanzia dei tempi di attesa in coerenza al PNGLA e al PRGLA
- Monitoraggio ex post delle prestazioni ambulatoriali: volumi e appropriatezza
- Ricognizione dei fabbisogni
- Monitoraggio delle sospensioni delle attività di erogazione
- Monitoraggio dell'effettiva inclusione di tutte le Agende, attività pubblica, privata e libera professione, nel sistema CUP
- Riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale al fine di garantire l'erogazione entro 72 ore di almeno il 90% delle prestazioni critiche con priorità U previste da PRGLA 2019-2021
- Riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale al fine di garantire l'erogazione entro 10 giorni di almeno il 90% delle prestazioni critiche con priorità B previste da PRGLA 2019-2021
- Riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale al fine di garantire l'erogazione di almeno il 90% delle prestazioni critiche con priorità D previste da PRGLA 2019-2021 (entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici)
- Predisposizione di un progetto di recupero delle prestazioni non erogate
- Prestazioni specialistiche recuperate/totale prestazioni specialistiche da recuperare
- Audit trimestrali con i direttori di distretto e direttore che coordina il personale convenzionato per la verifica e le eventuali azioni correttive finalizzate ai tempi di attesa per le prestazioni di primo accesso, classe B D P, entro i tempi massimi previsti dal PRGLA 2019-2021.

Sicurezza delle cure

La sicurezza delle cure, anche tenendo conto della Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", dovrà essere realizzata mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. La stessa legge specifica, inoltre, che alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che operano in esse in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale. La Asl di Frosinone pone lo sviluppo e il

consolidamento delle competenze al fine di assicurare la gestione del rischio clinico, in un'ottica multi professionale e multidisciplinare, convinta che solo un lavoro in team può tutelare i pazienti ed i professionisti che operano nelle organizzazioni sanitarie. L'approccio alla gestione del rischio clinico è di carattere sistematico e prende avvio dalla strategia aziendale declinata nel Piano Strategico triennale e porta allo sviluppo del rischio clinico in un Piano di Settore specifico. Centrale è la mappatura dei sinistri finalizzata sia alla determinazione delle priorità per il rischio clinico ma anche per la definizione del fondo rischi. Sono inoltre potenziate le azioni volte alla mappatura dei rischi aziendali con lo scopo di determinare le priorità di intervento e il contenimento degli effetti negativi del rischio. L'Azienda pone in essere attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo il rischio, attuata nella definizione degli obiettivi di lungo periodo relativi al rischio clinico, successivamente declinati in obiettivi di breve periodo specificandone le modalità per conseguirli e per misurarli:

- approvazione e trasmissione del Piano Annuale di Risk Management (PARM) al Centro Regionale del rischio clinic (CRRC) entro i termini previsti;
- approvazione del Piano Annuale per le infezioni correlate all'assistenza (PAICA) entro i termini previsti. Trasmissione al CRRC entro i termini previsti;
- pubblicazione sulla pagina Amministrazione Trasparente della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (Art.2 comma 5 Legge 24/17 e dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nel quinquennio (Art. 4 comma 3 Legge 24/17);
- raccomandazioni per la prevenzione di eventi sentinella tramite cui vengono definite e diffuse le azioni da intraprendere per prevenire il verificarsi di detti eventi avversi. Esse rappresentano linee guida organizzative corredate di forti evidenze in merito all'efficacia nella prevenzione di gravi eventi avversi;
- predisposizione della procedura con relativa informatizzazione della gestione dei rifiuti speciali;
- reportistica delle azioni intraprese e realizzate nella gestione del rischio in Azienda.

Macro Obiettivo Specifico a valenza triennale - Governo del Territorio

Prevenzione - Sicurezza delle cure erogate - Covid - 19:

- sarà seguita la procedura per il Percorso Pronto Soccorso/DEA per la gestione dei "casi sospetti" e al fine di darne esecuzione, resterà attivo, in ciascun Presidio Ospedaliero sede di Pronto Soccorso che eroga funzioni di assistenza in regime di emergenza-urgenza, un Piano Emergenza con l'obiettivo di contenere il rischio di trasmissione del virus nei confronti di pazienti, utenti e operatori durante tutto il periodo di permanenza del paziente presso il nosocomio;
- saranno comunque garantiti i ricoveri programmati per i percorsi oncologici e per le patologie a rischio di rapido deterioramento clinico, nonché la prosecuzione dell'attività chirurgiche programmate *long/week/day surgery* relative ai ricoveri di classe A e B (con priorità e salvaguardia di quelli oncologici e vascolari indifferibili);
- per effetto della recrudescenza dei contagi Covid, in termini di riorganizzazione degli spazi, saranno rimodulati e/o ripristinate le aperture e le chiusure dei posti letto dedicati, compresa la riattivazione della piattaforma regionale per la richiesta online dei posti letto Covid;
- sarà rimodulata e ripresa l'attività ambulatoriale sospesa;

- la completa realizzazione della campagna vaccinale legata alla somministrazione della dose “Booster”, in base alle priorità definite a livello nazionale e secondo criteri di equità, giustizia, trasparenza e correttezza;
- il coinvolgimento del personale a convenzione (MMG e PLS) nella campagna vaccinale anti Covid-19, presso i propri studi o presso il domicilio in caso di pazienti fragili;
- integrare i servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali;
- realizzare reti di prossimità finalizzate al rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari territoriali e domiciliari;
- implementare la telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale anche al fine di superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi offerti sul territorio e supportare l’assistenza domiciliare;
- rafforzare e implementare le prestazioni erogate sul territorio e le prese in carico in assistenza domiciliare;
- realizzare reti di prossimità finalizzate al rafforzamento delle strutture e dei servizi sanitari territoriali e domiciliari;
- implementare la Telemedicina Penitenziaria, al fine di garantire il diritto alla salute anche ai soggetti privati della libertà personale, “liberiamo la Salute”;
- implementare la telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale anche al fine di superare la frammentazione e la mancanza di omogeneità dei servizi offerti sul territorio e sostenere l’assistenza domiciliare.

Prevenzione - Screening Oncologici e vaccini:

- 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

- garantire la tutela della salute dei luoghi di lavoro attraverso le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento di prevenzione;
- percentuale di unità controllate sul totale da controllare;
- 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 (percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100;
- garantire la realizzazione delle attività di sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche e degli stili di vita della popolazione;

Territorio

Il perno della nuova assistenza territoriale che verrà ridisegnata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è il **distretto sanitario** 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 passerà 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 e che troveranno continuità nel 2022 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 = > 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 e delle Case della Salute;
- 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;
- implementazione PDTA:
 - IMA
 - Scompenso Cardiaco
 - ICTUS
 - Diabete
 - BPCO
 - Oncologici (Retto - Mammella)

Macro Obiettivo Specifico a valenza triennale - Governo della Spesa e efficientamento della gestione

- realizzare i Percorsi Attuativi di Certificabilità (PAC) dei bilanci e relativi Controlli Interni;
- 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.

Macro Obiettivo Specifico a valenza triennale - Governo del Patrimonio, dell'innovazione del potenziamento tecnologico degli investimenti e degli acquisti

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 2022 continuerà a percorrere la strada già intrapresa sulla trasformazione digitale dell'organizzazione. La direzione strategica adotta una visione sistematica 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 sistematica 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;
- l'introduzione di sistemi per la self - accettazione delle prestazioni da parte dei pazienti tramite App e Totem;
- 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;
- il potenziamento delle azioni volte ad assicurare le prescrizione dematerializzata:
 % di medici dipendenti o a convenzione (a tempo determinato e indeterminato) che abbiano effettuato, nel periodo di riferimento, almeno una prescrizione in dematerializzata sul numero totale di medici prescrittori
 % di ricette in dematerializzata sul totale delle ricette prescritte nel periodo di riferimento

Macro Obiettivo Specifico a valenza triennale - Rapporto con gli Stakeholder e l'utenza

Empowerment - rapporto con l'utenza

- Redigere progetto di miglioramento/consolidamento della qualità percepita dagli utenti della propria struttura. Ogni UO coordinata dalla "UOC Ufficio relazione con il pubblico, comunicazione, accoglienza, tutela e partecipazione" dovrà somministrare almeno 100 questionari volti a misurare la qualità percepita dagli utenti. Gli utenti potranno effettuare nella scheda proposte di miglioramento del servizio,

Numero questionari somministrati/totale questionari da somministrare (100)

Rafforzamento del capitale umano

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;
- formazione su competenze core per la *digital trasformation*, 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.

Si riportano i principali obiettivi che saranno declinati con relativo indicatore

Obiettivi trasversali

Macro Categoria Obiettivi organizzativi operativi liv 1	Macro Categoria Obiettivi organizzativi operativi liv 2	Descrizione Obiettivo Operativo	Azione
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Migliorare il Benessere Organizzativo	Promuovere un percorso condiviso di valutazione delle performance individuali	Condivisione della scheda di budget relativa alla performance organizzativa entro 15 gg dalla firma del responsabile UO
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Migliorare il Benessere Organizzativo	Promuovere un percorso condiviso di valutazione delle performance individuali	Assegnazione degli obiettivi individuali al personale Dirigente afferente l'UO entro 30 gg dalla firma della scheda di budget
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Migliorare il Benessere Organizzativo	Promuovere un percorso condiviso di valutazione delle performance individuali	Consentire la realizzazione del ciclo delle Performance nel rispetto della tempistica prevista predisponendo la redazione della relazione che illustri a consuntivo i risultati conseguiti performance organizzativa e valutazione delle performance individuale relativa al personale afferente
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Migliorare il Benessere Organizzativo	Promuovere la cultura del merito	Effettuare un'accurata e partecipata valutazione che possa attraverso la diversificazione dei punteggi garantire la promozione del merito
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Empowerment e engagement dei cittadini-utenti	Promuovere la partecipazione del cittadino garantendo il loro coinvolgimento	Somministrazione di schede di valutazione del servizio e proposte di miglioramento del servizio
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Empowerment e engagement dei cittadini-utenti	Promuovere la partecipazione del cittadino garantendo il loro coinvolgimento	Riscontro a reclami trasmessi dall'URP relazionando sulle procedure di miglioramento dell'organizzazione relativa al reclamo stesso
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Anticorruzione e per la Trasparenza	Promuovere la cultura della legalità e della trasparenza	Assolvimento Obblighi in materia di Anticorruzione
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Accountability Privacy	Promuovere le azioni che garantiscono il rispetto della privacy	Accountability Privacy
Macro Obiettivo Generale Rapporto con Stakeholder e Utenza	Benessere Organizzativo Aziendale	Promuovere azioni per il miglioramento del Benessere Organizzativo Aziendale	Porre in essere le opportune iniziative che possano garantire la realizzazione delle attività in modalità di lavoro agile- POLA

2.b.7 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.

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 afferenza 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:

Descrizione dello specifico criterio di valorizzazione	Livelli di apporto individuale riferiti al criterio				
	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 (contestualizzati e finalizzati al conseguimento delle performance annuali): 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 predisponde 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 proprio motivi di dissenso ed eventualmente attivare le procedure di conciliazione previste dalla normativa.

In caso di non condivisione da parte del Soggetto valorizzato circa gli apporti individuali rilevati nella scheda di valorizzazione di fine esercizio, casistica questa che, tenuto conto del processo di valorizzazione anche in via preventiva, nonché della prevista oggettivabilità dei contenuti della scheda, dovrebbe normalmente riguardare solo aspetti procedurali e/o metodologici, il dipendente interessato, entro 15 giorni dalla presa visione della propria scheda, può inoltrare istanza di revisione al relativo Valorizzatore, il quale, nel caso ritenga congruo accogliere le motivazioni del ricorrente, procede direttamente all'aggiornamento della scheda individuale ed alla conseguente gestione della stessa nelle modalità previste dal presente Protocollo.

Nel caso in cui, invece, il valorizzatore non condivide le motivazioni dell'istanza pervenuta, lo stesso provvederà alla trasmissione della relativa documentazione, eventualmente integrata con le proprie conseguenti considerazioni, in prima battuta al responsabile gerarchico sovraordinato rispetto al valorizzatore; nel caso di ulteriore mancata risoluzione delle motivazioni alla base della suddetta istanza, all'attenzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) attraverso la mail aziendale dell'Organismo, il quale è tenuto a valutare ogni necessaria informazione in merito, quindi a decidere sull'accogliibilità del ricorso espresso dal valorizzato. In tale fase, se ritenuto opportuno dall'OIV, lo Stesso può richiedere un confronto le professionalità coinvolte per gli opportuni approfondimenti.

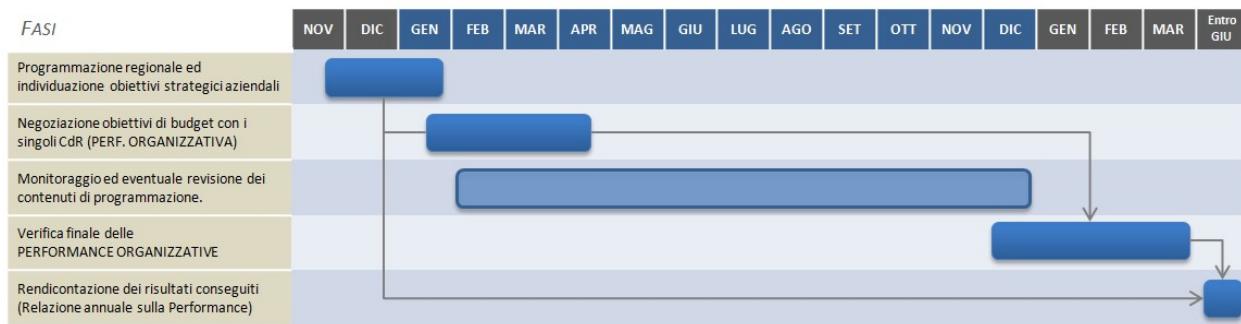
Si sottolinea, infine, come la trasparenza delle suddette procedure, compresa l'illustrazione degli obiettivi di budget riferiti alla propria struttura, nonché la gestione delle schede di valorizzazione individuale di propria competenza nei tempi e nelle forme previste, rappresentano responsabilità gestionali di ciascun valorizzatore; a tal proposito si precisa che ciascun valorizzatore non avrà diritto alla percezione di alcun incentivo fino al completamento della gestione del processo di valorizzazione annuale di propria competenza. Inoltre, in caso di inadempienza oltre i 15 giorni anche a seguito di formale sollecito da parte dell'Amministrazione, ciò rappresenterà nota di rilievo negativa segnalata all'OIV ai fini della valutazione annuale delle capacità gestionali dell'interessato.

2.b.8 Fasi e tempi di gestione del processo annuale di *budgeting* operativo

Il processo di gestione annuale di *budgeting* operativo si articola nelle fasi di definizione delle linee guida di programmazione annuale (Piano della Performance/Piano integrato di attività e organizzazione delle pubbliche amministrazioni), definizione degli obiettivi operativi di CdR, di monitoraggio infrannuale sul progressivo conseguimento dei risultati programmati, di 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 previsto per il 2023 - slittamento delle scadenze per il 2022 in funzione dei tempi di lavorazione del PIAO



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.

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
Dettaglio Risultati Attesi	Dettaglio descrittivo dei contenuti di performance racchiusi nell'obiettivo
Tempo di conseguimento	Dettaglio circa la tempistica di conseguimento dell'obiettivo
Indicatore	Indicatore di performance circa il grado di conseguimento dell'obiettivo di budget o di una sua specifica componente
Peso indicatore (rif. Dirigenza)	Peso dell'indicatore di performance riferito ad una scala ponderata centesimale relativa alla complessiva scheda di CdR
Calibratura peso indicatore rif. Comparto	Conferma o aggiornamento del peso dell'indicatore di performance in considerazione dei livelli di responsabilità del personale del Comparto nel conseguimento dei diversi obiettivi della scheda
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.

Ove opportuno, in considerazione degli specifici contenuti di programmazione, la scheda contenente la proposta di budget è affiancata da opportuna reportistica riferita alle risorse strumentali e professionali in dotazione o programmate, ai livelli di attività storici del CdR, oltre ai dati di contabilità analitici (costo, ricavo, valorizzazione prestazioni, ecc.) riferibili al CdR o ad uno specifico ambito di CdC.

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.

Le schede di budget, oltre ad appositi spazi per la verbalizzazione dei contenuti di negoziazione, possono essere corredate da ulteriore reportistica riferita all'analisi di contesto del CdR, alle risorse disponibili (umane, tecnologiche, ecc.), ai livelli storici di attività sviluppati ed ai correlati costi/ricavi di funzionamento.

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, previa validazione da parte dell'OIV, i contenuti di programmazione individuati a livello di ciascun CdR aziendale sono resi noti ai portatori di interesse dell'Azienda attraverso la pubblicazione nel sito web aziendale, oltre ad essere allegati al Piano triennale delle prestazioni e dei Risultati.

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, portando tali risultanze a conoscenza dell'OIV.

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/responsabile/referente di CdR è tenuto a far pervenire all'Amministrazione, entro la conclusione del mese di gennaio 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.

Elenco di indicatori, per obiettivo operativo

Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo Clinico		
A1 Qualità, Appropriatezza ed efficacia delle cure		
A10 Qualità ed esiti delle cure - Adesione agli standard PNE/Prevale		
A11 Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale		
A12 Appropriatezza delle cure		
A10 Appropriatezza qualità esiti Adesione agli standard di qualità del PNE/PREVALE		
Obiettivo operativo		Indicatore Obiettivo operativo
A1001	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Infarto Miocardico Acuto: mortalità' a 30 giorni
A1002	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Infarto Miocardico Acuto: % trattati con PTCA entro 48 ore
A1003	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità' a 30 giorni
A1004	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	By-pass Aortocoronarico: mortalità' a 30 giorni
A1005	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità' a 30 giorni
A1006	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Riparazione di aneurisma non rotto dell' aorta addominale: mortalità' a 30 giorni
A1007	Assicurare l'esecuzione di angioplastica coronarica percutanea entro 90 min dall'accesso in PS a paziente con infarto miocardico STEMI in fase acuta	Miglioramento della Percentuale di PTCA entro 90 minuti in paz con infarto miocardico rispetto all'anno 2021 secondo i criteri PreValle
A1008	Assicurare la tempestiva consulenza cardiologica per angioplastica percutanea entro i 90 min dall'accesso in PS a paziente con infarto miocardico STEMI in fase acuta	Garantire il supporto all'esecuzione della PTCA entro i 90 min dall'accesso in PS a paziente con infarto miocardico STEMI in fase acuta rispetto all'anno 2021 secondo i criteri PreValle
A1009	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Ictus ischemico: mortalità' a 30 giorni
A1010	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Intervento chirurgico per T cerebrale: mortalità' a 30 giorni dall'intervento di craniotomia
A1011	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	BPCO riacutizzata: mortalità' a 30 giorni
A1012	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni
A1013	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi
A1014	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Intervento chirurgico per TM mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi
A1015	Riduzione del numero dei nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella	Miglioramento rispetto al 2021 del numero dei nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella
A1016	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno mammella
A1017	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità' a 30 giorni
A1018	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità' a 30 giorni
A1019	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità' a 30 giorni
A1020	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Proporzione di parti con taglio cesareo primario
A1021	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Parti naturali: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
A1022	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Parti cesarei: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
A1023	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore
A1024	Migliorare l'esito e la qualità delle cure	Frattura della Tibia e Perone: tempi di attesa per intervento chirurgico
A1025	Attivazione Audit per le strutture ospedaliere che nel 2021 hanno fatto registrare scostamenti significativi rispetto ai valori medi Regionali - Prevale	Almeno 2 audit per struttura con indicatori in area rossa o arancione (tree map) o con valori al di sotto del trend regionali o con trend negativo ultimi tre anni
A1026	Conformità indicatori PNE/Prevale proporzione di parti con taglio cesareo primario	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. Numeratore: numero di parti con taglio cesareo primario Denominatore: numero di parti con nessun cesareo pregresso
A1027	Conformità indicatori PNE/Prevale Parti naturali ridurre le complicanze	Proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio
A1028	% di donne operate per K mammella che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella attivazione audit in caso scostamento rispetto ai valori di riferimento	l'indicatore è calcolato in base al protocollo operativo PREVALE. L'esito è attribuito alla struttura in cui è avvenuto il ricovero. % di donne operate per K mammella che eseguono l'asportazione del linfonodo sentinella /Totale interventi per tumore maligno mammella
A1029	Produzione report trimestrale analitico con indicazione della % di donne sottoposte a radioterapia entro 4 mesi dall'intervento per K mammella	report analitici + audit per criticità
A1030	Produzione report trimestrale analitico con indicazione della % di donne sottoposte a chemioterapia adiuvante entro 8 settimane dall'intervento per K mammella	report analitici + audit per criticità

A11	Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
A1101	Incrementare il volume di Colecistectomia laparoscopica	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1102	Incrementare il volume di interventi chirurgici TM colon	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1103	Intervento chirurgico per TM fegato: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1104	Intervento chirurgico per TM mammella: volume di ricoveri	Numero di primi interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1105	Intervento chirurgico per TM ovaio: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1106	Intervento chirurgico per TM polmone: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1107	Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1108	Intervento chirurgico per TM prostata: volume di ricoveri per prostatectomia radicale	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1109	Intervento chirurgico per TM retto: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1110	Intervento chirurgico per TM stomaco: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1111	Intervento chirurgico per TM tiroide: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1112	Intervento chirurgico per TM utero: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1113	Intervento chirurgico per TM vescica: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1114	Intervento chirurgico per frattura del femore: volume di ricoveri	Numero interventi annui - Criteri di selezione PNE/Prevale
A1115	IMA	Numero casi di IMA in fase acuta di primo ricovero per UO
A1116	By pass aorto coronarico	numero interventi annui - di by pass aorto coronarico isolato
A1117	Angioplastica coronarica percutanea	procedure anno
A1118	Ottimizzazione del case mix attività in elezione	Peso Medio DRG
A1119	Ottimizzazione delle risorse a disposizione volta all'incremento del valore della produzione	valore delle prestazioni in II° sem 2022 - valore delle prestazioni in II° sem 2021/- valore delle prestazioni in II° sem [(n° interventi medi a seduta 20122) - (n° interventi medi a seduta 2021)]
A1120	Ottimizzazione del percorso chirurgico per realizzare l'Incremento interventi chirurgici	
A1121	Aumento osservazioni donazioni organi (DCA 155/2019)	n. osservazioni donazioni tessuti per allotripianto/n. decessi lesioni cerebrali acuti
A1122	Incremento valore della produzione delle prestazioni specialistiche e APA	Valore della produzione delle prestazioni specialistiche e APA II° sem 2022/Valore della produzione delle prestazioni
A1123	Valore prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto anno precedente	Numero prestazioni ambulatoriali per esterni rispetto anno precedente
A1124	Ottimizzazione del percorso ambulatoriale - Incremento volume di attività	(prest. amb. 2022) - (prest. amb 2021) (prest. amb. 2021)
A1125	A) riorganizzazione delle agende ambulatoriali B) potenziamento attività	indicatore n.prestazioni 2022 / n. prestazioni 2021
A1126	Autosufficienza sangue e suoi derivati - Incremento delle donazioni	(numero donazioni 2022) - (numero donazioni 2021)]
A1127	Autosufficienza raccolta sangue ed emoderivati	Controllo tecnico sulle attività di chiamata dei donatori e di raccolta sul territorio
A1128	Riorganizzazione sedute operatorie	Incremento Tasso di utilizzo delle Sale operatorie e incremento degli Slot
A1129	Incremento volumi di interventi chirurgici in apa	Numero interventi chirurgici apa miglioramento

A12	Appropriatezza delle cure	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
A1201	Garantire l'80% dell'attività di endoscopia in regime di urgenza differita entro le 72 h nel Dipartimento di emergenza urgenza	Numero esami endoscopici effettuati/ numero di richeste evase entro le 72 h
A1202	Trattamento terapeutico della Maculopatia	Numero terapie intravitreali effettuati per Maculopatia con biosimilare > del 40% rispetto al 2021
A1203	Trattamento chirurgico in APA della cataratta	Numero > del 10% rispetto al 2021
A1204	Aumento dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso la riduzione dei ricoveri diurni medici con finalità	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100
A1205	Aumento dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso la riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici *100
A1206	Aumentare i ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100
A1207	Garantire l'appropriatezza chirurgica	% di colicistectomie laparoscopiche in day surgery e ricoveri ordinari 0 -1 gg
A1208	Aumento dimissioni protette	Percentuale n° pazienti con tipo dimissione "5" (protetta) anno 2022] - [n° pazienti con tipo dimissione "5" (protetta) anno 2021]
A1209	Percentuali ricoveri diurni di tipo diagnostico sul totale dei ricoveri diurni con DRG Medico	Numero ricoveri diurni di tipo diagnostico/ totale ricoveri diurni con DRG Medico
A1210	Adesione al protocollo del percorso clinico assistenziale in emergenza per la gestione del paziente ictus ischemico iperacuto, come previsto dalla rete regionale ictus per le terapie tempo dipendenti	rispetto della tempistica per il trattamento trombolisi/trombectomia nei pazienti elegibili almeno per il 95%
A1211	Migliorare l'appropriatezza dei ricoveri attraverso l'aumento delle ospedalizzazioni diurni (DH) per prestazioni di media e bassa complessità	Incremento rispetto al 2021 del numero delle ospedalizzazioni diurne DH per le prestazioni di medio bassa complessità
A1212	Migliorare l'appropriatezza organizzativa del ricovero	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1000 residenti
A1213	Migliorare l'appropriatezza organizzativa del ricovero	Tasso di accessi di tipo medico (standardizzato per età) per 1.000 residenti
A1214	Migliorare l'appropriatezza organizzativa del ricovero	Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in
A1215	Migliorare l'appropriatezza organizzativa COVID	Attualizzazione del piano operativo per l'emergenza COVID e implementazione sulla base di quanto previsto dalle direttive Regionali/Aziendali

A2	Efficienza dei Processi Organizzativi	
A20	Governo dei processi	
A20	Governo dei processi	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
A2001	Ottimizzazione DM standard (si considerano i transiti)	n. gg DO in transito in reparto/n. transiti reparto
A2001	Ottimizzazione DM pre operatoria standard (si considerano i transiti)	n. gg DO in transito in reparto pre op/n. transiti reparto
A2002	Ottimizzazione DM post operatoria standard (si considerano i transiti)	n. gg DO in transito in reparto post operatori /n. transiti reparto
A2003	Ottimizzazione utilizzo Posti letto Tasso di occupazione dei posti letto	gg/pl ord *365
A2004	Organizzazione delle dimissioni ospedaliere entro le 14 del mattino per ricoveri in regime di degenza ord	Proporzione dei dimessi entro le h14 sul totale dei dimessi della giornata
A2005	Organizzazione delle dimissioni ospedaliere entro le 12 del mattino per ricoveri in regime di degenza ord week	Proporzione dei dimessi entro le h12 sul totale dei dimessi della giornata
A2006	Corretta gestione setting degenza ordinaria	Riduzione della degenza media per UO Numero delle giornate ordinarie transitate in reparto /Numero totale giornate di reparto (per specifico DRG)
A2007	Ottimizzazione utilizzo Posti letto Tasso operatorio	Numero ricoveri con DRG Chir/ Numero Ricoveri
A2008	Ottimizzazione utilizzo Posti letto Provenienza PS/DEA	Numero ricoveri con Provenienza del Paziente da PS/DEA/ Numero Ricoveri
A2009	Ottimizzazione del percorso chirurgico - preospedalizzazione	% interventi programmati con preospedalizzazione/totale interventi programmati % interventi programmati in preospedalizzazione scaduti % interventi programmati in preospedalizzazione in un unico accesso
A2010	Ottimizzazione del percorso chirurgico - preospedalizzazione	Proporzione di pazienti preospedalizzati in regime di elezione
A2011	Rispetto percorso di elezione	Interventi effettuati "fuori lista" senza modulo di urgenza su totale interventi effettuati
A2012	Miglioramento dell'efficienza delle Sale Operatorie	Tasso Occupazione delle sale operatorie % sedute over running, % sedute under running, % sedute cancellation, orario medio patient in room
A2013	Erogazione delle consulenze interne richieste non urgenti entro 24h	Consulenze interne richieste non urgenti entro 24h/totale delle consulenze interne richieste non urgenti
A2014	Tempo di refertazioni per prelievi biotecnici estemporanei max 30 minuti dall'invio	Referti consegnati nei 30 minuti sul totale delle richieste
A2015	Rispetto delle procedure in accettazione	Differenza in minuti tra accettazione amministrativa ed esecuzione prelievo inferiore o uguale a 30 minuti
A2016	Tempestività chiusura cartelle cliniche	Data arrivo cartella in archivio - data dimissione max 7 giorni
A2017	Tempistica di refertazione	Esami in urgenza refertati entro 60 minuti dalla richiesta sul totale esami urgenti
A2018	Riduzione dei tempi di refertazione	Interventi refertati entro 24 ore sul totale degli interventi
A2019	Tempestività delle consulenze	Definizione della procedura per la gestione delle prestazioni di consulenza e trasferimenti dei pazienti Presentazione procedura
A2020	Tempestività delle consulenze	Numero delle prestazioni interne erogate entro le tempistiche programmate h alle UU.OO. Area Medica /Numero delle prestazioni interne erogate alle UU.OO. Area Medica
A2021	Tempestività delle consulenze	Numero delle prestazioni interne erogate entro le tempistiche programmate alle UU.OO. Area Chirurgica /Numero delle prestazioni interne erogate alle UU.OO. Area Chirurgica

A2022	Erogazione esami per interni sino alle ore 20 del sabato	Rispetto delle attività pianificate
A2023	Definizione 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	Diabete; Scompenso cardiaco; BPCO; Percorsi Oncologici
A2024	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Riduzione del numero dei pazienti con esito non risponde a chiamata o si allontana spontaneamente sul totale dei pazienti (esito 6 e 8)
A2025	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Rapporto tra pazienti in destinazione di ricovero/trasferimento e pazienti in PS/DEA alle ore 14
A2026	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Tempo permanenza paziente psichiatrico in PS inferiore a 3 ore
A2027	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Chiusura Fast-track entro 3 ore
A2028	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	% accessi con permanenza con duratasul totale degli accessi
A2029	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Rispetto delle Linee di indirizzo nazionali/regionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso
A2030	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Riduzione degli "abbandoni" dal Pronto Soccorso - target: < 10%
A2031	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Numero di accessi con tempo di permanenza in PS/DEA inferiore alle 12 ore sul totale degli accessi
A2032	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Accessi con triage rosso, esito ricovero/trasferimento e tempo di permanenza >24 ore sul totale pazienti con triage rosso ed esito ricovero/trasferimento
A2033	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Predisposizione percorsi per la gestione sovraffollamento PS: Integrazione medici PS e medici altre UO - Percorso fast track
A2034	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	% dei pazienti inseriti nel percorso FastTrack traumatologico con effettuazione videat anestesiologico prima della dimissione dal PS
A2035	Ridurre il sovraffollamento dei PS/DEA	Accessi con esito ricovero/trasferimento e tempi di permanenza > 24 H (escluso OBI)
A2036	Miglioramento dei tempi di attesa dei pazienti provenienti da PS in destinazione ricovero	Numero dimessi sabato e domenica/Numero dimessi totali
A2037	Riduzione del tasso di ospedalizzazione nei reparti di Psichiatria	Numero ricoveri ripetuti in psichiatria/ totale dei ricoveri per patologie psichiatriche
A2038	Ridefinizione delle modalità di organizzazione della presa in carico (minore e famiglia) del trattamento DSA- Autismo	Definizione di almeno un percorso assistenziale per la diagnosi e/o presa in carico del minore con problematiche di DSA e/o autismo
A2039	Razionalizzazione e riqualificazione dell'offerta residenziale per la salute mentale favorendo percorsi di cura alternativi alla residenzialità psichiatrica	Definizione di almeno un percorso di cura alternativo alla residenzialità
A2040	Migliorare la presa in carico degli utenti con particolare attenzione ai dimessi dalle UU.OO. Di SPDC attraverso il DSM	Attivazione e misurazione di progetti in ambito di supporto all'abitare
A2041	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acute con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente, e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriato.	% di dimissioni protette
		N° gg di degenza oltre la richiesta di dimissione protetta
A2042	Migliorare la Trasparenza delle Agende	Interventi effettuati "fuori lista" senza modulo di urgenza su totale interventi effettuati

A3	Governo dell'accesso e della domanda			
A30	Tempi di Attesa			
A31	Governo della Libera Professione			
A30	Governo dei tempi di attesa			
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo		
A3001	Garantire il rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale al fine di garantire il rispetto dei tempi di attesa per le prestazioni certificate in classe di priorità B D P del PNGLA		
A3002	Garantire il rispetto delle disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale al fine di garantire l'erogazione entro 10 giorni di almeno il 90% delle prestazioni critiche con priorità B previste da PRGLA 2019-2021 Riorganizzazione delle ore di specialistica ambulatoriale al fine di garantire l'erogazione di almeno il 90% delle prestazioni critiche con priorità D previste da PRGLA 2019-2021 (entro 30 giorni per le visite e entro 60 giorni per le prestazioni ambulatoriali)		
A3003	Recupero ed erogazione delle prestazioni ambulatoriali sospese per l'emergenza COVID 19 a seguito della riorganizzazione delle attività	Piano di recupero e monitoraggio trimestrale di attuazione da inviare alla direzione strategica		
A3004	Rispetto delle disposizioni regionali in merito al recupero delle prestazioni specialistiche non erogate nella fase emergenza COVID 19	Predisposizione di un progetto di recupero delle prestazioni non erogate Prestazioni specialistiche recuperate/totale prestazioni specialistiche da recuperare		
A3005	Monitoraggio e controllo rispetto alla disposizioni regionali in merito ai tempi di attesa per le prestazioni di specialistica ambulatoriale	Audit trimestrali con i direttori di distretto e direttore che coordina il personale convenzionato per la verifica e le eventuali azioni correttive finalizzate ai tempi di attesa per le prestazioni di primo accesso classe B D P entro i tempi massimi previsti dal PRGLA 2019-2021 classe B = entro 10 giorni classe D = entro 30 giorni le visite e entro 60 giorni le prestazioni strumentali		
A3006	Orientare le prestazioni di assistenza specialistica verso l'alta diagnostica (RNM TAC)	Ottimizzare l'utilizzo delle risorse interne strumentali ed umane e aumentare l'utilizzo dei macchinari RNM TAC con relativo incremento dell'offerta ambulatoriale riducendo i tempi di attesa		
A3007	Piano di recupero dei tempi di attesa attraverso il ricorso alle strutture private accreditate contrattualizzate e entro Budget	Inserimento nel contratto l'obbligo di adesione al Recup, predisposizioni di apposite agende finalizzate almeno il 70% dell'offerta		
A3008	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio come previsto dal PNGLA e PRGLA attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di garantire una risposta sollecita oltreché la tempestiva esecuzione della prestazione.	(prestazioni critiche) % di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per classe di priorità/ totale delle prestazioni critiche Monitoraggio da effettuare per ciascuna delle prestazioni critiche (69) almeno il 90% classe B = entro 10 gg classe D = entro 30 giorni le visite e entro 60 le prestazioni classe P = entro 120 gg		
A3009	Definizione di un progetto di riorganizzazione del processo di erogazione delle prestazioni ambulatoriale per la riduzione dei tempi di attesa	Riduzione tempi di attesa per ciascuna delle prestazioni critiche (miglioramento anno precedente)		
A3010	Promuovere l'appropriatezza prescrittiva per UO	% prescrizioni di visite di controllo da parte medico specialista sul totale di prescrizioni di visite di controllo (MMG+specialisti ambulatoriali interni + specialisti ambulatoriali esterni)		
A3011	Promuovere il processo di dematerializzazione	% ricette di specialistica ambulatoriale dematerializzate sul totale delle ricette		
A3012	Riduzione dei tempi di attesa	Tempo di attesa medio tra prenotazione e prima visita specialistica nei servizi di salute mentale adulti		
A3013	Riduzione dei tempi di attesa	% prese in carico in ADI entro tre gg dalla dimissione ospedaliera		

Governo della Libera Professione		
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
A3101	Monitoraggio delle attività libero professionale, con particolare attenzione agli spazi in termini di verifica dei volumi erogati e confronto con i volumi is tituzionali	Schede mensili di monitoraggio e verifica . Volume di attività dedicato all'attività istituzionale e all'attività libero professionale per singolo medico
A3102	Predisposizione dei progetti relativi al ricorso di prestazioni aggiuntive nel rispetto del regolamento Aziendale. Monitoraggio e verifica	Report trimestrali attività relativa alle prestazioni aggiuntive e verifica coerenze della normativa di riferimento
A3103	Garantire la tracciabilità del pagamento, collegamento con infrastruttura di rete degli studi privati alpi allargata	Report mensili e implementazione delle azioni per il superamento delle criticità

A4	Sicurezza delle Cure erogate	
A40	Gestione del rischio clinico	
A40	Gestione del rischio clinico	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
A4001	Predisposizione della procedura con relativa informatizzazione della gestione dei rifiuti speciali	Predisposizione della procedura e del progetto di informatizzazione
A4002	Collaborazione dell'implementazione dei documenti Centrale Regionale di Rischio Clinico	Reportistica delle azioni intraprese e realizzate nella gestione del rischio in Azienda
A4003	Predisposizione della procedura con relativa informatizzazione della gestione dei processi valutativi sicurezza sul lavoro	Predisposizione della procedura e del progetto di informatizzazione
A4004	Attività di collaborazione e supporto alle articolazioni aziendali (Dipartimenti, Aree, UU.OO. Prevenzione, contenimento e gestione focolai da SARS.COV2	Relazione sulle attività svolte a supporto e in collaborazione con le articolazioni aziendali finalizzate alla Prevenzione, contenimento e gestione focolai da SARS.COV2
A4005	Analisi sinistri e risarcimenti relativi al rischio clinico esaminato in sede di Comitato Valutazione sinistri finalizzata finalizzata alla riduzione del contenzioso per malpractice promosso verso l'Azienda	Riduzione del contenzioso per malpractice promosso verso l'Azienda rispetto alla media del triennio precedente
A4006	Sicurezza del rischio biologico per il rischio biologico, clinico cancerogeno e per la movimentazione dei carichi/pazienti finalizzati alla riduzione infortuni	Predisposizione della procedura e del progetto finalizzato alla Riduzione del rischio biologico, clinico cancerogeno e per la movimentazione dei carichi/pazienti finalizzati alla riduzione infortuni
A4007	Definizione del programma delle attività di misure dosimetriche alla luce del D.Lgs 101/2020 su apparecchiature TC Angiografiche e mammografiche	Stesura dei piani di attività e report trimestrale di monitoraggio
A4008	Approvazione e trasmissione del Piano annuale di Risk Management (PARM) al Centro Regionale del rischio clinico (CRRC) entro i termini previsti	Adozione entro il 15/02/2022 e trasmissione entro il 28/02/2022 del PARM al CRRC
A4009	Approvazione del Piano Annuale per le infezioni correlate all'assistenza (PAICA) entro i termini previsti. Trasmissione al CRRC entro i termini previsti	Adozione entro il 15/02/2022 etrasmissione entro il 28/02/2022 del PAICA al CRRC
A4010	Pubblicazione sulla pagina Amministrazione Trasparente della relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi (Art.2 comma 5 Legge 24/17 e dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nel quinquennio (Art. 4 comma 3 Legge 24/17)	Aggiornamento pagina Amministrazione Trasparente
A4011	Riduzione del rischio clinico	Predisposizione delle procedure su misure di contenimento/ controllo ICPA e igiene ospedaliera a rischio biologico
A4012	Raccomandazioni" per la preventzoni di eventi sentinella tramite cui vengono definite e diffuse le azioni da intraprendere per prevenire il verificarsi di detti eventi avversi. Esse rappresentano linee guida organizzative corredate di forti evidenze in merito all'efficacia nella preventzoni di gravi eventi avversi	Numero raccomandazioni implementate
A4013		Percentuale di Unità Operative che implementano la raccomandazione n. 13 (prevenzione delle cadute)
A4014		Percentuale di Unità Operative che implementano la raccomandazione n. 1 (cloruro potassio)
A4015		Percentuale di Unità Operative che implementano la raccomandazione n. 6 (morte materna)
A4016		Percentuale di Unità Operative che implementano la raccomandazione n.16 (morte neonato sano)
A4017		Percentuale di Unità Operative che implementano la raccomandazione n.17 (riconciliazione farmacologica)
A4018		Numero (percentuale) di interventi chirurgici in cui è applicata la check list
A4019		Indice di sinistrosità
A4020	Riduzione spesa per contenziosi	Supporto attività CVS
A4021		Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS, delle relazioni cliniche a seguito di richiesta risarcitoria per presunta responsabilità professionale sanitaria, con indicazione degli operatori sanitari coinvolti
A4022		Numero partecipazioni alle riunioni / iniziative in tema di sicurezza sul totale di quelle proposte

Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo del Territorio		
Prevenzione		
B10	Area della Prevenzione luoghi di lavoro,Igiene e Sanità Pubblica, sanità animale ed alimenti	
B11	Area screening e vaccini	
B12	Gestione Risposta Covid19	
B13	Promozione Salute e Stili di vita	
B10	Area della Prevenzione luoghi di lavoro,Igiene e Sanità Pubblica, sanità animale ed alimenti	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B1001	Prevenzione Tutela nei luoghi di lavoro	unità locali controllate /totale da controllare numero di aziende oggetto di controllo / (numero di aziende con dipendenti ≥ 1 + numero aziende artigiane con ≥ 1 artigiano) x 100
B1002	Prevenzione Tutela nei luoghi di lavoro Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro azione da promuovere per tipologia di comparto	Indicatore per tipologia di comparto es Numero di interventi ispettivi in aziende edili, agricole e altri comparti/Numero totale interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale % cantieri ispezionati
B1003	Prevenzione Sanità animale Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di educazione 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	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla TUBERCOLOSI bovina - (percentuale di allevamenti controllati per TBC bovina e trend della prevalenza; Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100
B1004		MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - Efficacia dei controlli ufficiali per il contrasto alla BRUCELLOSI ovicaprina, bovina e bufalina. - (percentuale di allevamenti controllati, trend della prevalenza e alimentazione dei sistemi informativi; Allevamenti controllati nell'anno di riferimento/allevamenti soggetti a controllo per l'anno di riferimento) x 100
B1005		ANAGRAFI ANIMALI - Controlli delle popolazioni animali per la prevenzione della salute animale ed umana: percentuale di aziende ovicaprine controllate per anagrafe ovicaprina rispetto al 3% previsto dal Regolamento CE 1505/06
B1006		Numero di allevamenti controllati per TBC Bovina, peste suina, Blue tongue/Numero di allevamenti controllabili*100
B1007		Numero aziende suine certificate/Numero aziende suine controllabili*100
B1008	Prevenzione Sicurezza degli alimenti	CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE - attuazione del Piano Nazionale per la ricerca di Residui (PNR) di farmaci, sostanze illecite e contaminanti negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati aziende controllate nell'anno di riferimento/aziende soggette a controllo per l'anno di riferimento) x 100
B1009	Prevenzione Sicurezza degli alimenti	CONTROLLI ANALITICI NELLE FASI DI PRODUZIONE E DISTRIBUZIONE DEGLI ALIMENTI: attuazione dell'Accordo Stato Regioni del 10 novembre 2016, rep 212, concernente Linee guida per il controllo ufficiale ai sensi dei Regolamenti 882/2004 e 854/2004, Capitolo 15 e ripartizione dei controlli su base regionale (nota DGISAN n. 15168 del 12/4/2017). Percentuale di controlli analitici minimi effettuati per ciascuna matrice alimentare nelle fasi, rispettivamente, di "produzione" e "distribuzione"
B1010	Prevenzione Sicurezza degli alimenti	CONTAMINANTI NEGLI ALIMENTI DI ORIGINE VEGETALE - programma di ricerca di residui di fitosanitari degli alimenti vegetali (tabelle 1 e 2 del DM 23/12/1992); percentuale dei campioni previsti i cui esiti sono resi disponibili per l'invio all'EFSA nei tempi previsti contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale: percentuale dei campioni analizzati su totale dei campioni programmati dal Piano Nazionale Residui (Numero campioni analizzati / numero campioni programmati dal PNR) X 100
B1011	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale	Numero Controlli ufficiali/Numero Controlli Programmati
B1012	Garantire la copertura e la qualità dei flussi informativi comunitari e nazionali in tema di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare attraverso l'attività di verifica dei controlli svolti	Report annuale di verifica dell'efficacia dei controlli effettuati con evidenza dei dati quali-quantitativi
B1013	Garantire la realizzazione delle attività di sorveglianza dei fattori di rischi delle malattie croniche e degli stili di vita della popolazione	Relazione sulle attività di sorveglianza dei fattori di rischi delle malattie croniche e degli stili di vita della popolazione

B11	Area screening e vaccini	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B1101	Incrementare le attività dei programmi organizzati di screening e l'adesione da parte della popolazione eleggibile. Rispetto dei LEA per tutti e tre i programmi di screening.	Proporzione di persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina, mammella, colon retto
B1102		N° di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annuo*100
B1103		Estensione grezza screening mammografico/Popolazione di riferimento
B1104		Estensione grezza screening Cervice uterina/Popolazione di riferimento
B1105		Estensione grezza screening Colon retto/Popolazione di riferimento
B1106	Migliorare Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)
B1107	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per una dose di vaccino contro morbillo, parotite, rosolia (MPR)
B1108	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (≥ 65 anni)
B1109	Migliorare e consolidare l'offerta vaccinale e adottare l'offerta attiva della vaccinazione come standard operativo per l'età evolutiva	Numero di vaccinazioni effettuate con prenotazioni sul sistema aziendale da parte dei consultori/numero totale delle vaccinazioni effettuate
B1110	Implementazione dell'anagrafe vaccinale regionale	Miglioramento rispetto al 2021
B1111	Migliorare la formazione del personale sanitario impegnato nel settore delle vaccinazioni	Miglioramento rispetto al 2021
B1112	Migliorare l'offerta attiva della vaccinazione obbligatoria al compimento del 7° anno di vita	Invito del 75% degli inadempienti
B12	Contenimento Emergenza COVID19	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B1201	Adesione alle misure previste per il contenimento della diffusione del coronavirus	Rispetto delle direttive Regionali/Aziendali
B1202	Adesione alle misure previste per il contenimento della diffusione del coronavirus	Attivazione aree filtro e aree Covid in ospedale
B1203	Adesione alle misure previste per il contenimento della diffusione del coronavirus	Attivare pl aggiuntivi COVID e garanzia dell'assistenza
B13	Promozione Salute e Stili di vita	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B1301	Promozione Salute e Stili di vita	Miglioramento dell'indicatore composito stili di vita indagine multiscopo - parametri griglia LEA
B1302	Promozione Salute e Stili di vita	Promuovere incontri per politiche attive in tema di eccesso di peso, Fumo, Alcol, Sedentarietà, Adeguata alimentazione

B2	Cure Primarie - Servizi Territoriali - Integrazione Socio Sanitarie	
B20	Riorganizzazione potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi residenziale	
B21	Presa in carico paziente cronico secondo specifici protocolli di gestione di percorsi	
B22	Potenziamento della rete e delle attività dei consultori	
B20	Riorganizzazione potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semi residenziale	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B2001	Miglioramento degli indicatori della griglia LEA	
B2002	Potenziamento dei servizi distrettuali per favorire la riduzione della ospedalizzazione inappropriata	Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età pediatrica (< 18 anni) per: asma e gastroenterite
B2003	Potenziamento dei servizi distrettuali per favorire la riduzione della ospedalizzazione inappropriata	Tasso ospedalizzazione standardizzato (per 100.000 ab.) in età adulta (≥ 18 anni) per: complicanze (a breve e lungo termine) per diabete, BPCO e scompenso cardiaco
B2004	Aumentare le Cure Domiciliari Integrate di I° e II° livello a favore degli anziani non autosufficienti di età $= >$ di 65 anni e le Cure Domiciliari Integrate di III° livello e Palliative ai malati terminali.	% di ultra 65 anni in CDI /totale popolazione residente anziana età $\geq 65 * 100$
B2005	Aumentare la Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per la popolazione anziana non autosufficiente	Numero prese in carico con valore CIA $> 0,14$ sia pari almeno al 2% della popolazione > 65 anni
B2006	Aumentare la Copertura (Presi in Carico) in assistenza domiciliare per Livello di intensità assistenziale	Livello I (CIA 1): Livello II (CIA 2): Livello III (CIA 3 $> 0,50$):
B2007	Promuovere azioni di potenziamento delle cure domiciliari palliative	N° pazienti inseriti in Cure palliative domiciliari oncologiche (CPDO) /n° pazienti che sono arretrabili
B2008	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica e delle Case della Salute	Progetto di riorganizzazione dell'assistenza specialistica delle Case della Salute
B2009	Governo del Territorio	Tasso Dimissioni protette Dimessi con età > 65 anni
B2010	Governo del Territorio	Tasso di accessi in PS nei giorni feriali dalle ore 8 alle ore 20 con codice di dimissione bianco
B2011	Governo del Territorio	Tasso utilizzo dell'assistenza domiciliare x 1.000 residenti > 75 anni
B2012	Governo del Territorio	Tasso di ricovero di pazienti seguiti in ADI
B21	Presa in carico paziente cronico secondo specifici protocolli di gestione di percorsi - PDTA	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B2101	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD 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 DSMD.	Proposta PDTA
B2102	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	Implementazione del PDTA: IMA Scompenso Cardiaco ICTUS Diabete BPCO Oncologici (Retto - Mammella)
B23	Potenziamento della rete e delle attività dei consultori	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B2301	potenziamento dell'offerta dei consultori	% donne in gravidanza seguite prevalentemente dal consultorio
B2302	potenziamento dell'offerta dei consultori	% donne ne nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita
B2303	potenziamento dell'offerta dei consultori	% donne straniere nullipare residenti che hanno partecipato ai corsi di accompagnamento alla nascita
B2304	potenziamento dell'offerta dei consultori	% IVG medica sul totale IVG
B2305	potenziamento dell'offerta dei consultori	% IVG con attesa superiore alle 2 settimane
B2306	potenziamento dell'offerta dei consultori	Altre attività

B3	Sanità Penitenziaria	
B30	Organizzazione del percorso ospedale e casa di cura circondariale per la gestione ottimale delle persone detenute	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
B3001	Migliorare la qualità del paziente detenuto	Organizzazione del percorso ospedale e casa di cura circondariale per la gestione ottimale delle persone detenute

C	Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Governo Economico	
C1	Economico Gestionale	
C10	Implementazione di un sistema di contabilità analitica e attuazione dei PAC	
C11	Ripetto dei tempi di pagamento	
C12	Gestione dei contenziosi	
C13	Verifiche e Controlli	
C10	Implementazione di un sistema di contabilità analitica e attuazione dei PAC	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
C1010	Riconciliazione del libro dei cespiti con le risultanze contabili	Rendiconto riepilogativo dei saldi del bilancio per conto con i saldi del Registro dei Cespiti per conto motivando se necessario le differenze indicando le azioni intraprese
C1011	Corretta attribuzione per centro di costo dei fattori produttivi ad imputazione diretta	Report mensile
C1012	Corretta attribuzione per centro di costo dei fattori produttivi ad imputazione indiretta esplicitando i driver di ribaltamento	Report mensile
C1013	Corretta attribuzione per centro di costo dei costi generali ad imputazione indiretta esplicitando i driver di ribaltamento	Report mensile
C1014	Informatizzazione della reportistica di contabilità analitica	Report mensile stato di avanzamento del processo
C1015	Promozione dell'attendibilità delle partite contabili con particolare riferimento alle partite debitorie e creditorie secondo il DCA2 51/2018 DCA 402/2018 DCA 521/2018 DCA 297/2019	Revisione dei Fondi rischi aziendali e revisione del fondo di dotazione
C1016	Promozione dell'attendibilità delle partite contabili con particolare riferimento alle partite debitorie e creditorie secondo il DCA2 51/2018 DCA 402/2018 DCA 521/2018 DCA 297/2019	Proseguimento delle attività di revisione delle partite debitorie e creditorie ricomprensivo tutti i conti di credito e debito compresi quelli non dettagliati nel partitario aziendale
C1017	Inserimento degli ordinativi di acquisto nel sistema amministrativo contabile	Valore ordinato/valore autorizzato
C1018	Inserimento delle attestazioni di reso servizio e/o in noleggio nel sistema amministrativo contabile	Valore reso servizio e o noleggio /valore autorizzato
C1019	Inserimento dei certificati di regolare esecuzione per servizio e o noleggio nel sistema amministrativo contabile	Valore da certificato di regolare esecuzione/valore autorizzato
C1020	Inserimento dei cespiti nel sistema amministrativo contabile ai fini dell'allineamento libro cespiti e conto immobilizzazione	Valore libro cespiti/valore conto immobilizzazioni
C1021	Implementazione delle funzioni di controllo interno aziendale	Pianificazione Audit mirati
C1022	Monitoraggio piano di sostanza DCA 69 del 13/03/2019	Monitoraggio trimestrale sullo stato di avanzamento dei PAC ex DCA 297/2019
C1023	Monitoraggio piano di sostanza DCA 69 del 13/03/2019	Relazione di monitoraggio con indicazioni delle evidenze delle verifiche effettuate e di reale stato di avanzamento del percorso
C1024	Applicazione della procedura per la corretta dei flussi degli adempimenti fiscali mensili rispetto alla tempistica di legge	Adempimenti fiscali assolti/adempimenti da assolvere
C1025	Contabilità separata per libera professione	Verifica della corretta tenuta della contabilità separata - report trimestrali - implementazione di azioni correttive per eventuali criticità

C11	Rispetto dei tempi di pagamento	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
C1101	Riduzione dello stock di debito aperto scaduto	Report mensile delle fatture bloccate per tipologia di blocco e trasmissione a tutte le unità operative interessate
C1102	Riduzione del Tempo medio di pagamento	Indicatore è definito in termini di ritardo medio di pagamento ponderato in base all'importo delle fatture, al netto dei giorni di sospensione riscontrati tra la data scadenza e la data di pagamento
C1103	Tempo medio di liquidazione delle fatture liquidate entro 25 gg nell'anno corrente dalla data di trasmissione	Tempo medio di liquidazione delle fatture liquidate entro 25 gg nell'anno corrente dalla data di trasmissione /totale fatture registrate anno di competenza
C1104	Riduzione tempo di liquidazione delle fatture anno corrente	Predisposizione report mensile indicatori sulle liquidazioni con evidenza dell'andamento dei tempi di liquidazione entro il 15 del mese successivo
C1105	Ottimizzazione di sentenza di decreti ingiuntivi	Numero sentenze e decreti ingiuntivi liquidati nei tempi previsti/Numero sentenze e decreti ingiuntivi totali
C1106	Rispetto delle tempistiche di liquidazione delle fatture passive. Riduzione del volume di fatture dell'anno di riferimento dell'80% presente sulla piattaforma Accordo Pagamenti e sulla piattaforma PCC	Numero fatture liquidate 2022/numero fatture da liquidare
C1107	Rispetto delle tempistiche di liquidazione delle fatture passive. Riduzione del volume di note di credito del 90%	N° note di credito liquidate e collegate /note di credito totali
C1108	Rispetto tempistiche di trasmissione fatture e di note di credito. Registrazione e trasmissione fatture e note di credito entro 6 gg	N° fatture e note di credito registrate e trasmesse entro 6 gg/N° gg totali fatture e note di credito
C1109	Caricamento dei contratti sull'Applicativo ARES per acquisti di beni e servizi	% dei contratti caricati sull'Applicativo ARES per acquisti di beni e servizi/totale contratti stipulati dall'Azienda
C12	Gestione dei contenziosi	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
C1201	Monitoraggio mensile del contenzioso con indicazione del costo di soccombenza valutato per singolo sinistro	Invio mensile del report di monitoraggio del contenzioso con indicazione del costo di soccombenza valutato per singolo sinistro, alla Direzione amministrativa, alla UOC Bilancio
C1202	Sviluppo e gestione informatizzata dei sinistri utilizzando il fascicolo informatizzato del sinistro	Numero sinistri informatizzati/numero totali dei sinistri
C1203	Relazionare mensilmente lo stato di tutti i decreti ingiuntivi.	Relazione mensilmente lo stato di tutti i decreti ingiuntivi.
C1204	Relazionare trimestralmente sullo stato del contenzioso spiegando e motivando le fasi dello stesso	Relazione trimestrale
C1205	Revisione e rivalutazione annuale di tutto il contenzioso del lavoro ai fini della certificazione dei fondi rischi	Documento di analisi al 31/12/di ogni anno con evidenza delle azioni di governo finalizzate alla riduzione del contenzioso promosso verso l'Azienda
C1206	Revisione e rivalutazione annuale di tutti i sinistri ai fini della rivalutazione del fondo rischi	Documento di analisi al 31/12/ di ogni anno
C1207	Spese legali	Riduzione delle spese legali
C1208	Liquidazione di tutte le parcelle di avvocati esterni relative a pratiche definite	Numero fatture liquidate entro 60 gg/ numero fatture da liquidare per pratiche definite
C1209	Supporto attività CVS	Elaborazione e trasmissione, su richiesta della Direzione Generale e su proposta del CVS di relazioni cliniche , con indicazione degli operatori sanitari coinvolti consulenze tecniche

C12	Verifiche e Controlli	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
C1201	Attività di vigilanza e controllo delle strutture sanitarie autorizzate ed accreditate	Controlli effettuati sulle attività sanitarie erogate (rispetto % normative) /totale controlli programmati
C1202	Attività di vigilanza e controllo delle strutture sanitarie autorizzate ed accreditate	Controlli sui requisiti strutturali, organizzativi, e tecnologici - rispetto dei controlli programmati
C1203	Garantire il controllo di qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dai privati convenzionati	% di controlli sull'appropriatezza delle prestazioni di assistenza riabilitativa e residenziale erogate dai privati convenzionati
C1204	Garantire la vigilanza per un corretto uso del farmaco e porre attenzione alla possibile insorgenza di reazioni avverse.	Predisposizione delle note informative di farmaco vigilanza per i farmaci al fine di garantire un corretto uso del farmaco e porre attenzione alla possibile insorgenza di reazioni avverse.
C1205	Potenziamento dei controlli	Azioni volte alla realizzazione per realizzare il potenziamento dei controlli
C2	Governo della Spesa e Efficientamento della Gestione	
C20	Governo della spesa per servizi, della spesa farmaceutica e della spesa per altri beni	
C21	Governo della spesa per il personale	
C22	Rispetto del budget e Monitoraggio degli obiettivi	

C20	Governo della spesa per servizi, della spesa farmaceutica e della spesa per altri beni	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
C2001	Piano degli acquisti beni sanitari	Redazione del piano dei fabbisogni beni sanitari
C2002	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale	Spesa farmaceutica , dispositivi e protesi
C2003	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale	Spesa farmaceutica convenzionata e diretta rispetto del budget - concordamento
C2004	Ottimizzazione delle scorte ed abbattimento delle quantità dei beni scaduti.	riduzione farmaci scaduti rispetto al 2021 report semestrale frequenza e valore
C2005	Riduzione degli archivi cartacei digitalizzazione del processo	Predisposizione di un piano di digitalizzazione
C2006	Razionalizzazione della spesa per dispositivi medici ad alta complessità attraverso l'analisi comparativa d'uso dei DM impiantabili e dei costi diretti sanitari	Documento di analisi con evidenza degli scostamenti del prezzo di acquisto dei DM ad alta complessità, rispetto alla media regionale e al prezzo offerto in sede di gara centralizzata
C2007	Razionalizzazione della spesa per dispositivi medici ad alta complessità attraverso l'analisi comparativa d'uso dei DM impiantabili e dei costi diretti sanitari	Rispetto Budget % valore della produzione
C2008	Contenimento della spesa per l'acquisto di servizi sanitari di assistenza integrativa e protesica	Riduzione della spesa per l'acquisto di servizi sanitari di assistenza integrativa e protesica rispetto del budget da concordamento 2022
C2009	Contenimento della spesa per l'acquisto di servizi sanitari di assistenza integrativa e protesica	Numero di autorizzazioni di spesa per assistenza integrativa e protesica sottoposte a controllo di appropriatezza/numero totale di autorizzazioni di spesa di assistenza integrativa e protesica
C2010	Razionalizzazione dell'impiego di farmaci in ambito ospedaliero	% di acquisto farmaci fuori prontoario
C2011	Governo spesa farmaci	% incidenza nella spesa lorda per farmaci PHT dispensati in convenzionata
C2012	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva secondo indicatori regionali	Risultato media regionale DCA 166 del 2021 smi
C2013	Monitoraggio e controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti	Controllo dei MMG e PLS che presentano un profilo prescrittivo altospendente
C2014	Governo della spesa farmaceutica convenzionata	Invio trimestrale del Report di Consumo ai Direttori di Distretto MMg PLS e prescrittori in genere
C2015	Governo della spesa farmaceutica convenzionata	Report trimestrale segnalazione di inappropriatezza prescrittiva da inviare alla Commissione appropriatezza prescrittiva interdistrettuale per il monitoraggio
C2016	Governo della spesa farmaceutica convenzionata	Numero 2 Audit per Distretto appropriatezza prescrittiva per autospendenti
C2017	Governo della spesa farmaceutica convenzionata	Monitoraggio mensile per spesa farmaci Altospendenti
C2018	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva attraverso un aumento della prescrizione di farmaci equivalenti/ Biosimilari in luogo dei farmaci brandizzati	Monitoraggio mensile per spesa farmaci equivalenti e biosimilari - Audit distrettuali finalizzati al miglioramento del processo
C2019	Mantenere livelli di spesa per farmaci senza AIC ed emoderivati coerenti con il volume di attività	Report trimestrale
C2020	Promuovere l'implementazione dell'uso dei farmaci biologici a brevetto scaduto con conseguente contenimento della spesa aziendale per farmaci biologici	Reportistica mensile consumo farmaci biologici a brevetto scaduto. + Almeno 2 Audit annuali
C2021	Implementazione di protocolli per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva	Audit con tutte le UU.OO. Coinvolte
C2022	Razionalizzazione dei Farmaci Innovativi o potenzialmente innovativi	Documento di analisi con individuazione dell'uso dei farmaci oncologici con il miglior rapporto costo/indicazione terapeutica
C2023	Appropriatezza prescrittiva: promozione dell'uso appropriato dei farmaci equivalenti o biosimilari per garantire la sostenibilità del sistema	Incidenza di consumo per farmaci biosimilari sul totale del consumo della molecola (biosimilare + originator)
C2024	Governo spesa farmaci altospendenti	Rispetto del budget assegnato per i farmaci
C2025	Contenimento spesa farmaceutica ospedaliera	Monitoraggio trimestrale
C2026	Contenimento spesa farmaci in FILE F	Rapporto farmaci ospedalieri su ricavi (Spesa farmaci File F 2022-spesa farmaci file f 2021)/spesa farmaci file F 2021
C2027	Contenimento spesa per dispositivi medici/farmaci	Incidenza costi dispositivi medici/farmaci su valore della produzione
C2028	Ottimizzazione consumo sangue in Camera operatoria	Rapporti trimestrali su consumo e recupero sangue intraoperatorio

C 21	Razionalizzazione della spesa per personale	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
C2101	Razionalizzazione della spesa per personale	Predisposizione del piano triennale dei fabbisogni nel rispetto della tempistica previa valutazione consistenza della struttura e dei volumi di offerta
C2102	Attuare gli indirizzi della direzione strategica in materia di piano assunzionale	Report Mensile in materia di piano assunzionale Rispetto degli indirizzi in materia assunzionale e rispetto del Budget concordato per il medesimo anno
C2103	Governo del personale	Aggiornamento mensile dell'organico presente per Centro di Costo con Dipendenti
C2104	Piano Riduzione dei costi legati alle consulenze, perstazioni aggiuntive, straordinari e intenalizzazioni, dandone evidenza al fine di determinare una riallocazione delle risorse per l'assunzione di personale	Documento di analisi che con evidenzia delle consulenze, perstazioni aggiuntive, straordinari e intenalizzazioni, in essere specificando il relativo costo
C2105	Razionalizzazione della spesa per personale	Monitoraggio per CDR della spesa per il ricorso all'indennità di pronta disponibilità
C2106	Razionalizzazione della spesa per personale	Monitoraggio per CDR della spesa per il ricorso allo straordinario
C2107	Razionalizzazione della spesa per personale	Monitoraggio del corretto utilizzo degli istituti contrattuali
C2108	Razionalizzazione della spesa per personale	Monitoraggio del corretto ricorso ai Fondi contrattuali Area Sanità Dirigenza e Comparto-Area PTA Dirigenza e Comparto
C2109	Governo delle Prestazioni Aggiuntive (ore)	Contenimento delle prestazioni aggiuntive compatibilmente con l'ingresso delle nuove risorse e la revisione organizzativa
C2110	Governo delle Prestazioni Esterernalizzate (ore)	Insourcing delle prestazioni esternalizzate sanitarie assistenziali (OSS e Infermieri)
C22	Rispetto del Budget assegnato /Regionale/ di struttura/ di fattore produttivo	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
C2201	Concordamento 2022	Valore dei costi consuntivi 2022 - Valore complessivo dei costi concordati 2022 / valore complessivo dei costi concordati 2022
C2202	Rispetto di monitoraggio del consumo del budget assegnato	Report mensile di verifica assorbimento budget
C2203	Monitoraggio degli obiettivi assegnati al CDR	Report di monitoraggio
C2204	Budget concordamento	Rispetto Budget concordato e relazione sul CE rispetto al concordamento, motivando gli scostamenti
C2205	Rispetto Budget da concordamento, motivando gli scostamenti	Budget Spesa per Beni sanitari % Spesa per sul valore della produzione
C2206	Rispetto Budget da concordamento, motivando gli scostamenti	Budget Servizi sanitari % Servizi sanitari sul valore della produzione
C2207	Rispetto Budget da concordamento, motivando gli scostamenti	Budget Spesa per Servizi non sanitari % Spesa per Servizi non sanitari sul valore della produzione
C2208	Rispetto Budget da concordamento, motivando gli scostamenti	Budget costo del Personale % costo del Personale sul valore della produzione

D	Macro Obiettivo Generale a valenza triennale	
D1	Sistemi Informativi	
D10	Consolidamento dei sistemi informativi e informatici all' organizzazione aziendale	
D11	Predisposizione potenziamento delle misure di sicurezza informatica	
D10	Consolidamento dei sistemi informativi e informatici all' organizzazione aziendale	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
D1001	Supporto alla U.O.C. Controllo di Gestione per la misurazione degli obiettivi di Performance (Ciclo di Gestione della Performance 2021)	Informazioni fornite/informazioni richieste
D1002	Fascicolo del personale: progettazione della sezione relativa alle prescrizioni lavorative, malattie professionali, infortuni e cause di servizio	Implementazione entro il 31/12/2022
D1003	Monitoraggio delle diverse indennità del personale area comparto e dirigenza	Implementazione di un sistema di monitoraggio delle diverse indennità del personale area comparto e dirigenza
D1004	Implementazione Datawarehouse per i flussi di prestazioni - debito informativo NSIS	Implementazione nuova reportistica entro il 31/12/2022
D1005	Gestione Datawarehouse	Inserimento mensile entro il mese successivo alla produzione dei dati
D1006	Corretta alimentazione dei flussi informativi- obblighi informativi previsti, nel rispetto della tempistica prevista	Report rispetto della tempistica
D1007	Fornire, mensilmente, tutti i dati, anche provvisori, per alimentare la Co.An e il cruscotto direzionale, sia per le strutture a gestione diretta che accreditate	Report mensili
D1008	Potenziamento dell'utilizzo dei Flussi Informativi sui rischi e sui danni correlati al lavoro ai fini della programmazione dell'attività	Elaborazione di una reportistica annuale con evidenza delle tipologie di rischio e di danno sulla base del dato rilevato dal Sistema Informativo Aziendale della gestione dei rischi e dei danni
D1009	Garantire la copertura e la qualità dei Flussi Informativi comunitari e nazionali in tema di Santà Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare anche attraverso l'attività di verifica dell'efficacia dei controlli svolti	Elaborazione di una reportistica annuale con evidenza delle attività di verifica efficacia
D1010	Digitalizzazione	Implementazione della ricetta dematerializzata numero di prescrizioni informatiche(specialistiche, farmaci)/numero totale di prescrizioni dei medici prescrittori
D1011		Numero atti firmati digitalmente in linea con i regolamenti
D1012	Tempestivo aggiornamento dei CDC	Aggiornamento dei Centri di Costo e gestione dei giustificativi di assenza per il calcolo del cartellino
D1013	Completa informatizzazione della richiesta/refertazione degli esami istologici provenienti dalla chirurgia ambulatoriale territoriale	Numero referti informatizzati degli esami istologici provenienti dalla chirurgia ambulatoriale territoriale/Numero totale referti degli esami istologici provenienti dalla chirurgia ambulatoriale territoriale
D1014	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Report di monitoraggio
D1015	Avvio di un sistema per la gestione dell'appropriatezza prescrittiva dei servizi diagnostici ASL FR in l'inserimento di eventuali blocchi per esami ripetuti	Numero regole di controllo di appropriatezza prescrittiva introdotte
D1016	Potenziamento sistemi informativi	Implementazione a regime del sistema order entry
D1017	Potenziamento sistemi informativi	Implementazione a regime cartilla clinica blocchi operatori

D11	Predisposizione potenziamento delle misure di cybersecurity	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
D1101	Consolidamento delle procedure per la gestione delle infrastrutture di rete, dei sistemi di sicurezza informatica, degli applicativi software di base ed help desk	N° di procedure definite
D1102	Garantire la standardizzazione dei processi legati all'utilizzo dei sistemi informativi amministrativi e sanitari	Numero di procedure dei sistemi informativi amministrativi/sanitari uniformate/Numero totale di procedure coinvolte nell'uso dei sistemi informativi aziendali
D1103	Potenziamento delle misure di cybersecurity	Migrazione casella di posta da aruba ad altro fornitore
D1104	Potenziamento delle misure di cybersecurity	Attualizzazione piano della della sicurezza
D12105	Potenziamento delle misure di cybersecurity	Attivazione Cyber ArK
D1106	Potenziamento delle misure di cybersecurity	Predisposizione / Attualizzazione dei progetti e avvio degli interventi al fine di innalzare il livello di resilienza in tema di sicurezza informatica e migliorare le capacità di risposta nei casi di attacchi informatici
D2	Gestione del Patrimonio Tecnologico e Immobiliare	
D20	Adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente - Manutenzione patrimonio	
D20	Adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente - Manutenzione patrimonio	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
D2001	Adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente - Manutenzione patrimonio	Garantire la tempestività dell'attività di manutenzione - rispetto degli interventi programmati
D2002	Adeguamento e messa a norma degli immobili alla normativa vigente - Manutenzione patrimonio	Piano degli interventi di manutenzione da realizzare - cronoprogramma interventi
D3	Governo degli acquisti e degli Investimenti	
D30	Programmazione e gestione patrimonio. Investimenti/PNRR	
D31	Tele medicina	
D32	Governo degli acquisti	

D30	Programmazione e gestione patrimonio. Investimenti/PNRR	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
D3001	Monitoraggio dello stato di attuazione del processo edilizio per ciascun intervento ammesso e finanziato	Invio progetti e avvio interventi di cui alla DGR 861/2017 e DGR 180/2018 interventi DL 34/2020
D3002	Potenziamento degli investimenti	Predisposizione secondo la tempistica del Piano degli Investimenti
D3003	Potenziamento degli investimenti	Predisposizione / invio progetti e avvio interventi PNRR
D3004	Potenziamento degli investimenti	Progetti e avvio interventi PNRR - Monitoraggio degli scostamenti periodici tra il Piano degli Investimenti programmati e gli investimenti realizzati PNRR
D3005	Potenziamento degli investimenti	Progetti e avvio interventi PNRR - Monitoraggio degli scostamenti periodici tra il Piano degli Investimenti programmati e gli investimenti realizzati
D3006	Garantire la gestione dell'area tecnica e del patrimonio	Predisposizione e adozione del Piano triennale delle opere pubbliche
D3007	Garantire la gestione dell'area tecnica e del patrimonio	Predisposizione e adozione del Piano triennale delle manutenzioni
D3008	Garantire la gestione dell'area tecnica e del patrimonio	Definizione di un piano di azioni per la razionalizzazione dei fitti passivi
D3009	Garantire la gestione dell'area tecnica e del patrimonio	Definizione di un piano di azioni per la valorizzazione del patrimonio al fine di incentivare i fitti attivi
D3010	Garantire la gestione dell'area tecnica e del patrimonio	Numero di strutture aziendali conformi alla normativa di accreditamento e antincendio

D31	Tele medicina	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
D3101	Numero di visite ambulatoriali eseguite in tele medicina	Viste tradizionali/televisite
D3102	Predisposizione di un documento di standard di servizio per le prestazioni di tele medicina	Documento realizzato per ciascuna delle aree di pertinenza della UO televisita/telemonitoraggio/tele referazione, o anche teleriabilitazione, telecounseling, telescreeming
D3103	Inserimento della tele medicina nei percorsi clinici/assistenziali	PDTA o percorso di UO specifico integrato con la tele medicina
D3104	Ricetta dematerializzata e certificato telematico di malattia	Prescrizioni su dematerializzata e certificato telematico
D3105	Formazione specifica del personale della UO	Crescita delle competenze digitali del personale

D32	Governo degli Acquisti	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
D3201	Garantire l'approvvigionamento di beni e servizi	Predisposizione e adozione della proposta di Piano biennale dell'acquisto di beni
D3202	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Governo dei processi di acquisto tramite adesione alle convenzioni attivate da CONSIP
D3203	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Riduzione spese in economia
D3204	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Riduzione acquisti attraverso il ricorso all'affidamento diretto
D3205	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Completo utilizzo delle gare centralizzate regionali
D3206	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Inserimento all'interno della procedura AREAS dei contratti derivanti dalle procedure di gara
D3207	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Adozione dell'HTA per la valutazione dell'acquisto di nuove tecnologie sanitarie ed attrezzature elettromedicali
D3208	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	% grandi apparecchiature per età classi quinquennali
D3209	Definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica, in diretto raccordo con il dirigente responsabile della funzione di coordinamento tecnico della gestione dei contratti, relativamente ai lavori e ai servizi e/o forniture di competenza	Redazione capitolati/documentazione tecnica:
D3210		a) entro 7 mesi (nel caso di procedure ad evidenza pubblica)/4 mesi (nel caso di motivate procedure di affidamento)
D3211		b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex
D43212	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Emissione certificati di regolare esecuzione (devono prevenire in tempo utile per l'emissione fattura da parte del fornitore) Certificati emessi sul totale delle fatture =
D3213	Gestione dello scadenzario degli appalti di lavori di servizi e forniture	Tenuta/aggiornamento scadenzario di tutti i contratti di appalto/concessioni forniture, servizi e lavori con definizione procedure per il tempestivo allert di scadenza da parte dello stesso coordinatore vs le aree competenti alla definizione tecnica dei capitolati
D3214	Monitoraggio andamento tempi liquidazione fatture attraverso incontri mensili con i RUP e i DEC	Report mensili con l'indicazione di eventuali criticità riscontrate anche nelle riunioni con il dirigente della UOC Acquisizione forniture servizi e lavori

D3215		Redazione capitolati/documentazione tecnica:
D3216	Raccordo diretto con l'area degli elettromedicali in sede di definizione conclusiva dei capitolati/documentazione tecnica relativamente ai servizi e/o forniture di competenza dell'Area Elettromedicali	a) entro 7 mesi (nel caso di procedure ad evidenza pubblica)/4 mesi (nel caso di motivate procedure di affidamento diretto) prima della scadenza degli omologhi rapporti contrattuali in corso riferiti a detti servizi e/o forniture per procedure;
D3217		b) non oltre trenta giorni DOPO la decisione di acquisizione di detti servizi e/o forniture, nel caso di acquisizione ex novo
D3218	Monitoraggio scadenze contratti	Produzione report trimestrale al 30° giorno dopo il trimestre
D3219	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Tempestività procedure di acquisizione beni e servizi
D3220	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Smplificazione procedure di affidamento
D32021	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Assicurare un'efficace predisposizione degli atti e la loro pubblicazione
D3222	Promuovere l'efficientamento delle procedure di acquisto	Assicurare la corretta esecuzione dei contratti
D3223	Eseguire le indicazioni regionali sin materia di gare aggregate e gare svolte dal soggetto aggregatore (centrale acquisti)	Partecipazione gare indette in forma aggregata

E	Macro Obiettivo Generale a valenza triennale Rapporto con Stakeholder e Utenza	
E1	Formazione	
E10	Revisione e adeguamento dei programmi formativi alle esigenze dell'Azienda	
E10		
E1001	Revisione e adeguamento dei programmi formativi alle esigenze dell'Azienda	Indicatore Obiettivo operativo
E1002	Analisi dei risultati formativi dell'anno precedente e predisposizione del modello di offerta formativa	Piano dell'offerta formativa per profili carenti finalizzato al potenziamento delle competenze per ruolo e figura professionale
E1002	Riconoscimento dei fabbisogni formativi e delle aree di potenziamento delle competenze	Produzione report
E1003	Supporto alla redazione del Piano Formativo anno 2022	Trasmissione del fabbisogno formativo alla UO Formazione entro le tempistiche previste
E1004	Predisposizione Piano Formativo Aziendale in relazione al numero delle Unità presenti nella UOC Assistenza alla Persona	Stesura Piano Formativo 2022 concordato con la Direzione Strategica secondo le tempistiche previste
E1005	Realizzazione percorsi formativi destinati agli operatori sanitari che operano nei settori individuati dal Piano Nazionale/Regionale della Prevenzione	Realizzare almeno due percorsi formativi collegati agli interventi del Piano Regionale della Prevenzione
E1006	Realizzazione percorsi formativi destinati agli operatori sanitari finalizzati all'apprendimento e/o approfondimento delle competenze di base del counseling per interventi di promozione della salute rivolti a: futuri genitori e neogenitori, popolazione adulta, anziani, fragili, persone con disabilità e loro caregiver	Realizzare un percorso formativo rivolti a: futuri genitori e neogenitori, popolazione adulta, anziani, fragili, persone con disabilità e loro caregiver
E1007	Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	% eventi formativi attuati

E2	Attuazione azioni per promuovere la Trasparenza e la previsione degli eventi corruttivi	
E20	Predisposizione e Attuazione del Piano triennale Trasparenza e Anticorruzione/PIAO	
E21	Accountability Privacy	
E20	Predisposizione e Attuazione del Piano triennale Trasparenza e Anticorruzione	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
E2001	Assolvimento adempimenti previsti dalla Normativa in materia di prevenzione degli eventi corruttivi	N°adempimenti assolti/n°adempimenti previsti nel PAA
E2002	Coordinamento attività finalizzate agli adempimenti previsti nel PTPCT/PIAO sezione Trasparenza	Riunioni/audit con le UU.OO. che presentano alert a seguito dei monitoraggi
E2003	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle Aree a rischio generale e specifico	Numero di processi con rischio generale diminuito/Numero totale dei processi a rischio generale mappati nel PTPCT/PIAO
E2004	Assolvimento adempimenti previsti nel PTPCT 2019-2021 sezione Trasparenza.	N° adempimenti assolti/N° adempimenti previsti nella griglia definita dal RC in adempimento agli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza
E2005	Monitoraggio adempimenti previsti nel PTPCT/PIAO sezione Trasparenza e Anticorruzione	Monitoraggio stato adempimenti al 30.09.2022 e al 31.12.2022 da inoltrare a tutte le UU.OO. Assegnatarie dell'obiettivo con evidenza degli alert
E2006	Promuovere eventi formativi in materia di Trasparenza e Anticorruzione	Numero di corsi di formazione attivati in tema di prevenzione della corruzione/Numero totale di corsi di formazione programmati in tema di prevenzione della corruzione
E2007	Promuovere eventi di rendicontazione con stakeholder	Organizzare una giornata con stakeholder
E2008	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	Numero di Giornate della Trasparenza attuate in ASL/Numero totale di Giornate della Trasparenza programmate
E2009		Numero di segnalazioni di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione

E21	Accountability Privacy	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
E2101	Compilazione della Check list fornita dal Responsabile Dati Personalini (DPO) per singolo software aziendale con evidenza dello stato di sicurezza e/o eventuale stato di inapplicabilità della norma	Piano dell'offerta formativa per profili carenti finalizzato al potenziamento delle competenze per ruolo e figura professionale
E2102	Prumovere azioni per la tutela dei dati personali	dpo attualizzazione dei trattamenti

E3	Coinvolgimento e responsabilizzazione cittadino utente	
E30	Empowerment cittadino	
E30	Empowerment cittadino	
	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
E3001	Promozione del benessere bio-psico-sociale dei minori e adolescenti nella scuola primaria	Realizzazione di almeno un evento informativo nelle scuole primarie del Territorio Asl Frosinone sul Bullismo e abuso sui minori
E3002	Garantire la risposta al fenomeno degli abusi sui minori e sul bullismo nella scuola primaria	Sottoscrizione di un Protocollo di Intesa e di un Protocollo Operativo con le scuole primarie del Territorio Asl per eventi formativi
E3003	Realizzare interventi di comunicazione volti ad aumentare l'empowerment del cittadino al fine di consentire la sua partecipazione equa, consapevole e non passiva al processo di promozione e cura della salute e soddisfare la domanda di informazione qualificata	Realizzazione di almeno 2 interventi di comunicazione su fattori di rischio individuali, i comportamenti a rischio, gli interventi di prevenzione e l'utilizzo dei servizi sanitari con il coinvolgimento dei cittadini/caregiver e operatori sanitari
E3004	Promuovere la comunicazione online attraverso un flusso di informazioni costanti ed omogenee dei servizi territoriali	Aggiornamento del sito istituzionale attraverso la realizzazione di una mappa "Opportunità di Salute" che evidenzi i servizi territoriali offerti per tipologia di bisogno (acuto - cronico) e tipologia di assistenza (ospedaliera, territoriale, ambulatoriale)
E3005	Costruire un rapporto continuo con gli Stakeholders e verificabile attraverso un pannello di indicatori sociali	Redazione di un documento che individui gli stakeholders ed evidensi gli indicatori sociali
E3006	Valutazione dei risultati raggiunti dall'Azienda nel perseguitamento della propria missione e la valutazione degli impatti generati sul benessere della collettività di riferimento	Relazione Sociale che evidensi le Aree di Intervento: riorga.ne offerta ass.le e Gov. Liste d'Attesa; Cure Primarie Serv.TT e Intrgraz Soc San. e Sanità Penit; Eff.to della gestione e attu.ne PAC rispetto alle diverse categorie di Stakeholder individuati

E3007	Migliorare il rapporto con gli stakeholder	Predisposizione del Bilancio Sociale
E3008	Realizzazione di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute	Realizzare di interventi di comunicazione efficaci e in grado di contrastare le disuguaglianze di salute, sui temi della promozione degli stili di vita salutari, dell'accesso ai servizi di prevenzione
E309	Individuazione di altri eventuali ambiti di valutazione legati all'accessibilità fisica, agli strumenti per l'accoglienza e l'orientamento dei pazienti nei servizi, alla qualità dei servizi alberghieri per identificare specifiche azioni migliorative	Documento con proposte di azioni migliorative sulla rete dei servizi
E3010	Realizzare interventi di formazione per operatori sanitari per il "supporto all'autocura" e il coinvolgimento attivo del paziente	Realizzazione di almeno due percorsi formativi per operatori sanitari collegati agli interventi del piano regionale della prevenzione
E3011	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura ospedalieri, dei servizi diagnostici e dei servizi territoriali e ambulatoriali	% di questionari somministrati per UU.OO
E3012	Attivare e diffondere e consolidare la creazione di una cultura dell'umanizzazione, trasparenza e qualità dei servizi	Numero di eventi formativi realizzati Numero di indagini di qualità percepita dei servizi
E3013	Tempestività di risposta ai reclami presentati dal cittadino	numero di risposte entro i tempi previsti/numero di risposte

E4	Benessere Organizzativo	
E40	Benessere Organizzativo	
E40	Benessere Organizzativo	
E401	Obiettivo operativo	Indicatore Obiettivo operativo
E401	Benessere organizzativo e miglioramento delle performance	Realizzazione corso di formazione sulla leadership come punto cardine del "Quality Management"
E402	Monitoraggio del benessere organizzativo	Somministrazione questionari e/o interviste sul campo
E403	Promuovere un utilizzo efficace ed efficiente delle attività di smart Working	Individuazione delle attività telelavorabili e attività di Monitoraggio delle attività svolte in regime di Smart Working
E404	Promuovere un percorso condiviso di valutazione	Condivisione degli obiettivi e Monitoraggio del grado di raggiungimento degli obiettivi

2.c Sottosezione di Programmazione. Rischi Corrottivi e trasparenza (PTPCT)

L'obiettivo del PIAO è assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini nonchè procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso dei cittadini alla vita della amministrazione. In questa cornice, nello specifico, il Piano prevede al suo interno una sottosezione riguardante le misure relative ai processi di prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'accesso alla vita dell'amministrazione da parte dei cittadini. Il Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, parte integrante del Piano integrato di attività e organizzazione, è stato approvato nella sua interezza con Deliberazione n. 295 del 27/04/2022. La predetta sezione, come da precise indicazioni aggiornate dall'ANAC, fa riferimento al PNA 2019-2021 tarato per la programmazione 2022-2024, ferma restando la validità della Legge 190/2012 e l'allegato 1 al PNA 2019 relativo alla valutazione dei rischi corruttivi.

La Direzione Strategica della ASL di Frosinone, come già segnalato nella relazione annuale 2021 del RPCT, ha dato un forte impulso all'implementazione del PTPCT 2021-2023 soprattutto per quanto riguarda l'obbligo di pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente e del necessario coinvolgimento di tutti i Dirigenti aziendali nei processi di prevenzione della corruzione attraverso appositi incontri sia in presenza che *on line*. In questa prospettiva è impegno della Direzione Strategica formulare un nuovo assetto organizzativo di supporto per le funzioni del RPCT sia in termini di unità lavorative dedicate che informatiche come peraltro previsto dal decreto legislativo 97/2016.

2.c.1 Valutazione di impatto del contesto esterno e valutazione d'impatto del contesto interno

Nella scala degli indicatori riguardante la qualità della vita delle Province italiane, stilata dal Sole 24 ore per l'anno 2021, la Provincia di Frosinone risulta all'82° posto su 107 Province, risalendo di 3 punti sul 2020 ma rimanendo sempre in fondo della classifica molto ben rappresentato dal - 19% della qualità della vita su cultura e tempo libero. I dati riferiti al 2020 segnalano che la Provincia di Frosinone ha il tasso di occupazione più basso del Lazio ed il quadro peggiora ulteriormente per l'occupazione femminile. Il tasso di occupazione calcolato sulla fascia di età tra i 26 e i 64 anni di età registra in Provincia di Frosinone un 54,3% mentre la media regionale si attesta al 64,7 % anche se tra tutte le Province del Lazio quella di Frosinone passando registra un miglioramento passando dal 51% degli occupati nel 2019 al 54,3 del 2020. Tale aumento però è per lo più dovuto a contratti di somministrazione più 86,66%, intermittenti più 164,54% e di apprendistato più 22,54%. Il tema del precariato è dunque ben presente anche nella nostra Provincia.

Inoltre, uno studio del Centro Elaborazione Sintesi sempre del Sole 24 ore, che si è basato sugli indicatori reddito - benessere economico, ha sottolineato che in provincia di Frosinone è in forte crescita l'evasione fiscale ed il lavoro nero collocandosi all'87sima posizione su 103 province e perdendo ben 23 posizioni rispetto agli anni precedenti. Secondo lo studio quindi, nonostante i redditi bassi dichiarati, sembrerebbero avere lo stesso tenore di vita di anni fa: confrontando, infatti, le dichiarazioni dei redditi con le spese riguardanti l'acquisto di auto, beni di lusso, energia ma anche consumi alimentari è stato notato come, nonostante un reddito basso, tali spese non siano diminuite segno che, probabilmente, in provincia di Frosinone si tende a nascondere la propria posizione fiscale e si tende a lavorare in clandestinità non facendo risultare la posizione lavorativa al fisco.

Tale situazione è senza dubbio dovuta alla recessione economica in atto anche a causa della Pandemia CoVid 19.

Altro elemento che contraddistingue in negativo la situazione sociale, culturale ed economica della Provincia di Frosinone, è quello della povertà educativa e formativa delle nuove generazioni. I dati relativi a questo settore, evidenziano infatti, che la Provincia di Frosinone è al primo posto nel Lazio per gli abbandoni scolastici dopo la scuola dell'obbligo e fino ai 24 anni di età 15,7% mentre la media regionale è del 14,5% e quella nazionale dell' 11,3%.

Per ulteriori approfondimenti consultare la seguente sitografia:

Quadro Socio-Demografico Popolazione per età, sesso e stato civile 2020

<https://www.tuttitalia.it/lazio/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2020/>

Piramide delle età delle province laziali

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-frosinone/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile2020/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-latina/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2020/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-rieti/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2020/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-roma/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2020/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-viterbo/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile2020/>

Indici demografici e Struttura Lazio

<https://www.tuttitalia.it/lazio/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

Struttura delle province laziali

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-frosinone/statistiche/indici-demografici-strutturapopolazione/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-latina/statistiche/indici-demografici-strutturapopolazione/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-rieti/statistiche/indici-demografici-struttura-popolazione/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-roma/statistiche/indici-demografici-strutturapopolazione/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-viterbo/statistiche/indici-demografici-strutturapopolazione/>

Tavole di mortalità

http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_MORTALITA1# (Territorio Lazio > Viterbo, Rieti, Roma, Latina, Frosinone)

Quadro Socio-Economico

Tasso di occupazione

https://www.sistan.it/index.php?id=319&no_cache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=10004

http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCCV_TAXOCCU1# (Territorio Lazio > Viterbo, Rieti, Roma, Latina, Frosinone)

Debito pro capite

https://www.tgcom24.mediaset.it/economia/debito-pro-capite-quello-della-lombardia-e-il-piubasso-d-italia_3100430-201702a.shtml (Debito pro capite regionale)

Quadro Economico Regionale e Provinciale Attività industriali

https://www.minambiente.it/sites/default/files/archivio/allegati/stabilimenti_rischio_industriale/2020/lazio_.pdf (Riepilogo regionale)

L'economia di Frosinone e Latina dati Camera di Commercio dal sito <https://www.frlt.camcom.it>

https://www.sistan.it/index.php?id=319&nocache=1&tx_ttnews%5Btt_news%5D=10004

La povertà educativa nel Lazio: l'abbandono scolastico

<https://www.openpolis.it/esercizi/abbandono-scolastico-nel-lazio/>

Qualità della vita indice 2021

<https://lab24.ilsole24ore.com/qualita-della-vita/frosinone>

Criminalità

Si evidenzia che per l'anno 2021, come per tutti gli anni precedenti, non sono segnalati fenomeni corruttivi avvenuti nella Asl di Frosinone. Per quanto riguarda l'andamento della criminalità in Provincia di Frosinone consultare il seguente link

Livello di Criminalità Per i dati aggiornati al 31 dicembre 2020, consultare l'allegato Rapporto Mafie Lazio. http://www.regione.lazio.it/binary/r1_main/tbl_documenti/archivio_oratori/V_rapporto_mafienellazio-1.2.pdf

Per quanto riguarda il contesto interno i soggetti coinvolti sono:

- ✓ La Direzione Generale che:
 - designa il responsabile aziendale anticorruzione (art.1, comma7, della l.n.190);
 - adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della Funzione Pubblica e, se del caso, alla regione interessata (art. 1, commi 8 e 60, della l.n. 190 del 2012);
 - adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs.n. 165 del 2001);
- ✓ il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che:
 - svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfondibilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013); elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, l. 190 del2012);
- ✓ i Referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza che:
 - svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale;
 - osservano le misure contenute nel P.T.P.C.(art.1, comma14,dellal. n.190del2012);
- ✓ tutti i dirigenti per l'Area di rispettiva competenza che:
 - svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n.20del 1994; art. 331 c.p.p.);
 - partecipano al processo di gestione del rischio;
 - propongono le misure di prevenzione (art.16d.lgs.n.165del2001);
 - assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
 - adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs.n.165 del 2001);
 - osservano le misure contenute nel P.T.P.C.(art.1,comma14, della l.n.190del 2012);
- ✓ gli O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno che:
 - partecipano al processo di gestione del rischio e considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
 - svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs.n. 33 del 2013);
 - esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs.n.165 del 2001);
- ✓ l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D. che:
 - svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art.55bis d.lgs. n.165 del

2001);

- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art.20D.P.R.n.3del 1957; art.1, comma3, l.n.20del 1994; art.331c.p.p.);
 - propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento;
- ✓ tutti i dipendenti dell'amministrazione che:
- partecipano al processo di gestione del rischio (Allegato 1, par.B.1.2.);
 - osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art.1,comma 14, della l.n .190del 2012);
 - segnalano le situazioni di illecito a proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54bis del d.lgs.n.165 del 2001); segnalano casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990;artt.6 e 7 Codice di Comportamento);
- ✓ i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione che:
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
 - segnalano le situazioni di illecito (art.8Codicedicomportamento).

2.c.2 Mappatura dei processi

L'elaborazione del "catalogo dei processi" così come descritto dal PNA prevede che i Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali indichino i processi organizzativi con particolare attenzione alle aree in cui, in via teorica, possono verificarsi episodi di corruzione. A tali processi devono associarsi i sistemi di controllo e le misure adottate al fine di prevenire tali episodi.

Alle aree di rischio indicate dall'art. 1 comma 16 della L. 190/12; i processi valutati sono relativi alle stesse aree come da allegato 2 del PNA. Le aree a rischio considerate specifiche dell'attività sanitaria sono state declinate in processi ulteriori. L'ANAC, con la Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016", ha, inoltre, introdotto indicazioni specifiche da applicarsi in ambito sanitario ai fini di una corretta e più accurata prevenzione della corruzione. Nel corso del 2019 sono state aggiornate le mappature dei processi relativi a:

- Individuazione di processi relativi all'attività specifica dell'amministrazione

Si è proceduto ad integrare la mappatura individuando ulteriori e specifici processi dell'attività dell'amministrazione e ad aggiornare la stessa come indicato nel PNA, in particolare in riferimento all'area "Acquisizione e progressione del personale" e nelle aree "Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con e privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario" e "Affidamento di lavori, servizi e forniture". In aggiunta è stata eseguita ex novo la mappatura della UOC Ospedaliera Ginecologia, in precedenza mancante.

- Metodologia di raccolta dati

Nel corso del 2016 si è proceduto all'aggiornamento delle schede di valutazione contenenti i processi ritenuti maggiormente a rischio. L'analisi di questi ultimi è stata svolta tenendo in stretta considerazione i processi analizzati nella precedente versione del Piano ed arricchendolo con un'ulteriore analisi dettata dalle specifiche suggerite dalla Delibera n.831 del 3 agosto 2016 emanata dall'Autorità Nazionale Anticorruzione. Tale analisi ha interessato i Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali in cui

insistono i processi individuati attraverso una modalità di formazione-intervento. La raccolta dei dati è stata effettuata attraverso un'intervista condotta dal Referente incaricato utilizzando il questionario contenuto nell'allegato 5 del PNA. È stata costruita una tabella finalizzata ad evidenziare le attività connesse ai processi e le unità operative interessate e la relativa valutazione dell'indice di rischio del processo; l'indice di rischio è calcolato secondo la stima della probabilità e dell'impatto con coefficiente finale dato dalla moltiplicazione dei due dati parziali. Ogni tabella per la valutazione dei processi è a firma del Referente e del Responsabile dell'Unità Operativa/Dipartimento/Struttura. I suddetti indici di rischio sono stati riportati in una tabella suddivisa in tre aree di rischio: alta - media - bassa.

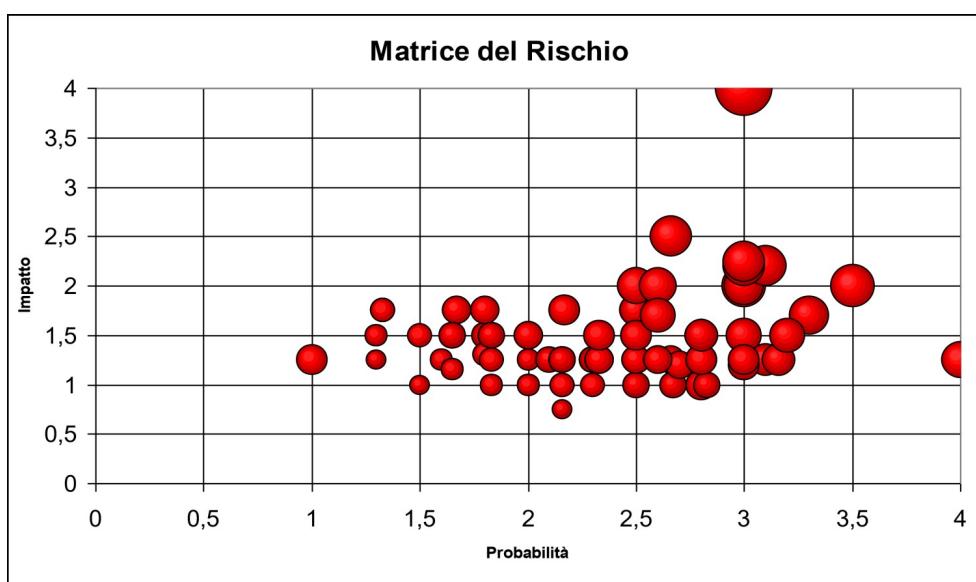
Per la valutazione del rischio specifico è stata costruita una tabella finalizzata ad evidenziare attraverso quali modalità possono più verosimilmente verificarsi episodi corruttivi, l'eventuale esistenza di regolamenti o procedure interne già attive ed efficaci nel prevenire tali episodi, la valutazione del rischio specifico. Nella valutazione del rischio specifico, effettuata con le stesse modalità precedentemente descritte, sono state considerate l'esistenza di sentenze per reati contro la P.A. o segnalazioni inerenti il rischio in analisi, l'esistenza e l'efficacia dei controlli, il verificarsi di contenziosi ed in ultimo, la valutazione soggettiva del Responsabile intervistato. La valutazione è stata espressa mediante le frequenze: alto - medio - basso.

In considerazione della non omogeneità del livello di dettaglio dei processi analizzati, l'analisi del rischio specifico non ha riportato una casistica significativa.

Gli strumenti necessari al lavoro di mappatura dei processi sono stati costruiti attraverso riunioni periodiche, incontri in piccoli gruppi, scambio di informazioni e materiali attraverso la rete intranet aziendale.

- **Matrice dei processi**

La Matrice dei processi identificati ed analizzati è stata costruita utilizzando i valori massimi registrati e relativi alla frequenza dell'impatto (asse y) e della probabilità (asse x). La distribuzione evidenzia una maggiore frequenza di processi con elevata probabilità che si verifichi un evento corruttivo rispetto all'impatto che risulta avere valori assoluti inferiori: tale dato può derivare da una maggiore presenza di processi secondari analizzati rispetto ai processi primari e specifici dell'Azienda Sanitaria. Si nota una sostanziale omogeneità nella valutazione dei processi, probabilmente conseguente alla fase sperimentale del lavoro ed alla prevalenza dell'elemento soggettivo nell'attribuzione del valore numerico. La successiva fase di ponderazione del rischio in relazione ai processi analizzati, ha consentito di individuare le priorità e le urgenze del trattamento attraverso l'applicazione delle misure obbligatorie, previste dalla normativa ed indicate nel PNA.



Mappatura dei processi

AREA: PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO

CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

Dipartimento/Ufficio/Servizio	N. Strutture Comp./Sempl interessate al Processo	N. Processi analizzati
Amministrazione e Finanze	1 Struttura Complessa	3 Processi
Distretti	2 Strutture Complesse	2 Processi
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	3 Strutture Complesse	1 processo
Dipartimento di Prevenzione	1 Struttura Complessa	1 Processo
Centro di Salute Mentale	4 Strutture Semplici	1 processo
Medicina Legale Territoriale	4 Strutture Semplici	1 processo*

AREA: PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEL DESTINATARIO

PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

Dipartimento/Ufficio/Servizio	N. Strutture Comp./Sempl interessate al Processo	N. Processi analizzati
Dipartimento di Prevenzione	1 Struttura Complessa	4 Processi
Distretti	2 Strutture Complesse	2 Processi
Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura	3 Strutture Complesse	2 processi
Centro di Salute mentale	4 Strutture Semplici	2 processi
Dipartimento Scienze Chirurgiche	12 Strutture Complesse	3 processi*
Dipartimento Integrazione Sociosanitaria	12 Strutture Complesse	2 Processi
Dipartimento Disagio Devianza		
Dipendenza	2 Strutture Complesse	2 Processi

AREA: AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

Dipartimento/Ufficio/Servizio	N. Strutture Comp. /Sempl interessate al Processo	N.Processi analizzati
Provveditorato Economato	1 Struttura Complessa	10 Processi ^{1*}
Patrimonio Tecnico Immobiliare	1 Struttura Complessa	10 Processi*
Distretti	2 Strutture Complesse	11 processi
Dipartimento Misto dei Servizi	2 StruttureComplesse	5 Processi
Affari Legali	1 StrutturaComplessa	1 processo

^{1*}Tale numero di processi è relativo all'aggiornamento operato nel corso del 2016.

AREA: ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE

Dipartimento/Ufficio/Servizio	N. Strutture Comp./ Sempl interessate al Processo	N. Processi analizzati
Risorse Umane	1 Struttura Complessa	9 Processi
Affari Legali	1 Struttura Complessa	1 Processo
Dipartimento Misto dei Servizi	1 Struttura Complessa	1 Processi

Le risultanze ottenute rappresentano un aggiornamento rispetto a quelle ottenute nel corso del 2014/15 in modo che possano continuare a costituire il necessario riferimento per le attività di prevenzione della corruzione.

Aggiornamento, da certificare insieme ai rispettivi Direttori, Dirigenti e Responsabili delle varie UO di afferenza Mappatura Dei Processi, Valutazione Del Rischio E Misure Di Prevenzione Della Corruzione

Elenco Dei Processi

AREA DI DIREZIONE OSPEDALIERA

- Gestione Delle Liste Di Attesa (Ricoveri Ed Interventi Chirurgici)
- Gestione Alpi (Attività Libero Professionale Intramuraria)

AREA DEL FARMACO

- Acquisizione Farmaci E Dispositivi Medici
- Gestione Conto Deposito / Visione
- Vigilanza Farmacie, Parafarmacie E Depositi
- Vigilanza Su Ambulatori Veterinari E Case Di Cura Accreditate E Non
- Attività Istruttoria E Controlli Sulle Variazioni Societarie
- Controlli Sulle Prescrizioni A Carico Del Ssn Dei Medici Di Medicina Generale E SPECIALISTI
- Controllo Tecnico Professionale Sulle Ricette A Carico Del SSN Per Anomalie prescrittive gestione Delle Rettifiche Contabili

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

- Attività di controllo e vigilanza del dip e delle uoc dell'agr
- Rilascio autorizzazioni, certificazioni sanitarie, riconoscimenti, certificazioni-attestazioni ufficiali
- Rilascio autorizzazione / accreditamento /stipula accordo contrattuale
- Ospitalità presso strutture residenziali accreditate per persone non autosufficienti, anche anziane
- Verifica dei flussi e liquidazione delle fatture delle strutture contrattualizzate

DISTRETTI

- Presa in carico, inserimento e rinnovo del progetto terapeutico finalizzato all'erogazione di prestazioni assistenziali, riabilitative, di assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria presso strutture residenziali e semiresidenziali accreditate (ex art. 26) (intra ed extra regionali) di pazienti in età evolutiva (0-18 anni)
- Presa in carico ed inserimento, per l'erogazione di prestazioni socio sanitarie a rilevanza sanitaria da privato di pazienti in età evolutiva (0-18 anni) e minori o adulti con disabilità gravi e/o complesse e/o con disturbi psicopatologici, in presenza anche di difficili situazioni familiari;
- Interventi individualizzati (es. Compagno adulto o simile)
- Progetto terapeutico - presa in carico ed inserimento di pazienti adulti per l'erogazione di assistenza psichiatrica e/o socio-sanitaria presso strutture residenziali accreditate (intra ed extra regionali)
- Progetto terapeutico - erogazione provvidenze economiche
- Progetti personalizzati - disabili adulti
- Buoni celiachia
- Retribuzioni variabili dei medici di base
- Recupero del credito e verifica delle esenzioni
- Accesso allo sportello assistenza domiciliare
- Fornitura protesica
- Erogazione rimborsi

AREA AMMINISTRATIVA

- Progetti finanziati dall'esterno
- Gestione del fabbisogno del budget assunzionale
- Assunzioni e mobilità'
- Inserimento in organico
- Attribuzione incarichi dirigenziali di struttura semplice e incarichi professionali
- Attribuzione incarichi dirigenziali di struttura complessa (non sanitaria) e semplice dipartimentale
- Attribuzione di incarichi dirigenziali struttura complessa sanitaria
- Attribuzione incarichi di funzione di tipo organizzativo
- Attribuzione di incarichi di funzioni di coordinamento
- Progressioni verticali

- Progressioni economiche orizzontali
- Conferimento incarichi extraistituzionali
- Reclutamento - specialistica ambulatoriale in convenzione
- Acquisizione di professionalita' specifiche per progetti di ricerca
- Rilevazione presenze
- Elaborazioni stipendiali
- Programmazione della formazione
- Formazione esterna
- Formazione interna per il personale (ecm) - dep
- Formazione interna per sopralluogo fabbisogno formativo
- Formazione esterna (sui risultati della ricerca e su richieste specifiche)
- Gestione delle relazioni sindacali -contrattazione
- Gestione dei procedimenti disciplinari
- Valutazione della performance organizzativa
- Valorizzazione della performance individuale
- Gestione del contenzioso seguito da professionisti esterni
- Gestione istanze di patrocinio legale

AREA TECNICO - PATRIMONIALE

- Gestione delle spese ciclo passivo
- Gestione delle entrate - ciclo attivo
- Verifiche di cassa
- Ciclo patrimonio netto
- Gestione del patrimonio aziendale
- Affidamento di lavori, servizi e forniture e gestione del contratto

AREA MEDICINA LEGALE

- Attività collegiale medico legale aziendale
- Rilascio certificazioni (monocratiche)
- Attività connesse alla partecipazione al comitato valutazione sinistri
- Attività necroscopica
- Commissione medico legale patenti di guida

2.c.3 Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti. Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

La ponderazione del rischio è stata effettuata attraverso il confronto dei dati ottenuti dall'analisi ottenendo una classificazione del livello di rischio.

I processi, le fasi di processo o gli aggregati di processo per i quali siano emersi livelli di rischio più elevati vanno ad identificare le aree rappresentative delle attività più sensibili e da valutare ai fini del trattamento. Gli indici di rischio rilevati vanno dal rischio minimo pari a 1,50 al rischio massimo pari a 12. Lo strumento, di cui all'allegato 5 del PNA, utilizzato per la misurazione degli indici di rischiosità dei processi appare non esaustivo ed in alcuni casi poco sensibile a rilevare gli elementi indicativi della possibilità che si verifichi un evento corruttivo. Importante, inoltre, è il peso dato all'elemento soggettivo da cui discende una non univocità dei criteri di valutazione.

La necessaria classificazione delle priorità di trattamento ha identificato tre aree di intervento: basso - medio - alto in corrispondenza dei range: 1,50-2,50; 2,50-3,50; >3,50. Tutti i processi e le relative partiture aziendali che hanno registrato un punteggio superiore a 3,50 sono soggetti ad applicazione delle misure obbligatorie previste dal PNA.

Rotazione del Personale

La Legge 190/2012 prevede, all'art.1 comma 10 lettera b, che il Responsabile della Prevenzione della corruzione "verifichi d'intesa con il Dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione": trattasi di misura che nel campo dell'assistenza sanitaria va attuata con particolare ponderazione. Numerose sono le motivazioni alla base di tale riflessione. Se da una parte è condivisibile quanto affermato nella Delibera n.831/2016 del 3 Agosto 2016 a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione: "il ricorso alla rotazione può concorrere a prevenire e ridurre eventuali eventi corruttivi con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio. La rotazione va vista, quindi, prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione ed utilizzo ottimale delle risorse umane, da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale", dall'altra, in Sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ad esempio, il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità. Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche. Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione - ove abusata - può provocare danni consistenti.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, per mettere in atto questa misura si procederà ad individuare preliminarmente le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili. Di particolare rilievo, inoltre, è la rotazione degli ispettori del Dipartimento di Prevenzione, già operata con successo presso questa ASL.

Ove non sia possibile procedere con l'applicazione di tale misura, quindi nei casi di competenze infungibili, verrà attivata una soluzione alternativa rappresentata dalla cosiddetta "segregazione di funzioni". Tale misura, attuabile nei processi decisionali composti da più fasi e livelli (ad esempio nel ciclo degli acquisti, distinguendo le funzioni di programmazione e quella di esecuzione dei contratti). L'applicazione di tale principio risulta particolarmente efficace per incoraggiare il controllo reciproco.

Scarsamente attuabile appare, invece, la previsione di periodi di affiancamento e di formazione specialistica per settore, a causa della scarsità di personale disponibile che lascerebbe parzialmente scoperte le relative aree di competenza. Si provvederà, in ogni caso, a definire sistemi di monitoraggio strutturati ed esplicativi per evitare il verificarsi del rischio di condizionamenti e/o comportamenti corruttivi, avendo cura di prevedere il collegamento con il sistema di valutazione della performance, attraverso l'indicazione di obiettivi volti anche allo sviluppo di competenze trasversali.

Tuttavia, bisogna tenere presente che nel Servizio Sanitario Nazionale i Dirigenti sono assunti ed inquadrati per disciplina specifica per cui non sono intercambiabili (fungibili), ad esempio, Dirigenti Cardiologi con Dirigenti Ginecologi.

Lo stesso ambito di intervento (salute della persona e della collettività) caratterizzato dal più massiccio impegno in termini di ricerca scientifica mal si concilia con una intercambiabilità generalizzata.

Ne deriva che è interesse dell'Amministrazione e della collettività favorire una valorizzazione professionale (specializzazione) sempre più spiccata che riesca a superare le criticità sopravvenute a causa di un elevato turnover delle figure apicali instauratosi da qualche anno.

Nel caso specifico appare quindi necessario provvedere ad una attenta valutazione preliminare sulle modalità di attuazione della rotazione secondo le seguenti modalità e criteri:

- la rotazione deve avvenire solo al termine dell'incarico; la rotazione non si applica per le figure infungibili (sono dichiarati infungibili i profili professionali nei quali è previsto il possesso di specializzazione e/o che, su verifica specifica, non trovano professionalità idonee in A.S.L.);
- il Responsabile della Prevenzione della corruzione pertanto individua le aree i cui dipendenti non possono essere soggetti a rotazione in relazione alla specificità delle competenze e alla tutela dell'efficacia dell'azione amministrativa/assistenziale e propone alla Direzione Generale l'adozione di misure ulteriori (AUDIT) già previste nel precedente PTPC e deliberate in data 11/10/2013 n. 956 DG.

Tale procedura potrà essere attuata solo al termine del processo di riorganizzazione previsto dal nuovo Atto Aziendale attualmente al vaglio degli Organi di Governo superiori.

Si individuano i seguenti criteri per l'attuazione della rotazione, nel rispetto della garanzia del buon andamento dell'amministrazione:

- alla scadenza dei contratti degli incarichi ritenuti fungibili, sono pubblicati avvisi per favorire i processi di mobilità interna volontaria;
- la misura viene adottata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative;
- per i dipendenti che devono alternarsi, verrà avviato un percorso con attività preparatoria di accompagnamento in termini di formazione e auto-formazione, calibrato sulle competenze specifiche da possedere nel nuovo incarico assegnato, per un periodo che va dai 3 ai 6 mesi, con apposito programma da inserire nella deliberazione di attribuzione dell'incarico. L'Area della formazione organizza sessioni formative *in house*, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;
- per la rotazione dei membri delle commissioni stabili, in particolare di quelle che accertano diritti e concessioni (invalidità civile, patenti ecc.) i componenti non possono durare più di tre anni di seguito e il reincarico prevede almeno altri due anni consecutivi di interruzione. Per le commissioni istituite ad hoc di volta in volta (ad es. gare di appalto o fornitura) le rotazioni

opereranno gara per gara ed il responsabile del procedimento sarà diverso dai componenti della commissione;

- nel conferimento di incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere previsto nell'ambito dell'atto generale contente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dal direttore generale;
- nel conferimento di incarichi dirigenziali, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione propone inoltre di procedere, laddove possibile, ad una rotazione dei procedimenti tra i responsabili o ad un esame di più soggetti per le pratiche più a rischio.

A titolo esemplificativo, tra le modalità organizzative si individuano:

- la rotazione del personale tra servizi e uffici diversi nel medesimo ambito distrettuale o fra ambiti territoriali diversi; l'affidamento, a cura del dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie di tecnici della prevenzione o altri operatori, con rotazione degli abbinamenti delle coppie e dei territori; l'affidamento, a cura del dirigente di struttura, dei procedimenti agli operatori, con rotazione delle tipologie di pratica;
- la composizione delle commissioni con criteri di rotazione casuale.

Altre misure applicabili potranno essere, sempre a titolo esemplificativo:

- l'applicazione di doppia sottoscrizione del provvedimento conclusivo o della proposta conclusiva dell'istruttoria, sia da parte del soggetto istruttore della pratica, sia del titolare del potere di adozione dell'atto finale; la separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni operative; la sottoscrizione anche da parte dell'utente destinatario dei verbali relativi ai sopralluoghi; separazione delle funzioni ispettive dalle funzioni autorizzative; audit incrociati sulle attività svolte; va comunque sottolineato il fatto che nel corso del 2015 sono state operate 3 rotazioni di dirigenti del ruolo amministrativo (su un totale di sette) trattandosi di incarichi fungibili.

Riguardo alle Commissioni mediche per il riconoscimento dell'invalidità civile la problematica si è semplificata ex se in quanto la competenza è nel frattempo passata all'INPS per cui viene meno la necessità della rotazione. Riguardo alla Commissione Medica Provinciale per le patenti di guida va specificato che il Decreto del Presidente della Giunta Regione Lazio n. 00039 del 22 marzo 2022 ha istituito una sola Commissione patenti che opera in sedi e giorni diversi (Frosinone e Cassino). Comunque, nel corso del 2017 si è avuta la rotazione di 3 Direttori di Distretto Sanitario, funzione tra le poche fungibili in ambito medico.

Disciplina specifica in materia di formazione di Commissioni, assegnazioni agli Uffici, conferimento di Incarichi Dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la Pubblica Amministrazione

La norma in particolare prevede:

- coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi

economici a soggetti pubblici e privati;

- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;
- la disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.”.

Pertanto si procederà come segue:

- la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale);
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso siano titolari di posizioni organizzative); in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento; la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva;
- se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione effettuerà la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso dovrà essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio;
- in termini operativi la verifica da parte dell'Azienda sulla sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti, cui l'amministrazione intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze: all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso; all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.lgs.n.39/2013; all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentino le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165 del 2001; all'entrata in vigore dei citati art. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato;
- l'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art.46 del D.P.R. n.445 del 2000 (Art.20 D.Lgs. 39 del 2013).

Conflitto di Interesse e Codice di Comportamento

In data 11 ottobre 2013 delibera n. 955/DG, su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha adottato il proprio Codice di Comportamento che disciplina e regolamenta il comportamento che il dipendente è obbligato ad avere nei confronti dell'amministrazione dell'Azienda oltre che dell'utenza. In particolare all'art. 6 e art. 7 del Codice sono specificati gli obblighi di comunicazione e di astensione in caso di conflitto di interessi. La materia, nella sua complessità, sarà oggetto di formazione generale per tutti i dipendenti.

La copia di tutti i provvedimenti dirigenziali nei confronti dei collaboratori che si trovino in situazioni di conflitto di interessi deve essere trasmessa sia al Responsabile della Prevenzione della Corruzione che alla UOC Amministrazione e Gestione del Personale. Quest'ultima necurerà la tenuta e l'archiviazione.

In seguito all'emanazione della "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN" (20 settembre 2016) da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, verrà predisposta una procedura atta ad integrare sia il Codice di Comportamento che il Codice Etico per garantire un'armonizzazione tra i due in un unico documento comprensivo di tutte le norme etiche e di comportamento in genere contenute nei due distinti codici. Quest'ultimo servirà a coordinare le ipotesi di violazione di disposizioni in esso contenute con le previsioni di legge e contrattuali in materia di sanzioni disciplinari nonché spingerà all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buonafede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché a quelli di centralità della persona, umanizzazione delle cure, accessibilità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza.

I destinatari del Codice sono tenuti ad evitare situazioni di Conflitto di Interessi in tutte le sue forme e/o modalità. In particolare sono tenuti ad evitare conflitti di interesse tra le attività di carattere personale e/o familiare e quelle svolte a carico della suddetta Azienda.

Qualsiasi eventuale conflitto di interessi deve essere rivelato per iscritto e gestito in accordo con il proprio Responsabile o con gli uffici preposti secondo quanto riportato nel codice.

Fin d'ora si recepisce la definizione più accreditata di conflitto di interesse reperibile in letteratura:

"Il conflitto di interessi è la situazione in cui l'interesse secondario(finanziario o non finanziario) di una persona (agente) tende a interferire con l'interesse primario di un'altra parte (principale), verso cui la prima ha precisi doveri e responsabilità".

Disciplina specifica in materia di svolgimento di Incarichi d'ufficio- Attività ed Incarichi extraistituzionali

Questa ASL ha adottato la Deliberazione n. 120 del 23/02/2011 e la Disposizione n° 8639 del 14/05/2014 che delineano, tra l'altro, la disciplina delle autorizzazioni relative agli incarichi extraistituzionali del personale dipendente in base alle quali il dipendente deve autocertificare di non avere conflitto d'interessi tra i compiti extraistituzionali affidati e la propria situazione personale e di servizio. I responsabili di servizio sono, comunque, tenuti a verificare e ad attestare, per quanto di propria competenza, l'insussistenza del conflitto di interessi e l'assenza di eventuali altre situazioni d'incompatibilità.

Svolgimento di Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*Pantoufle-Revolving Doors*)

Per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, introducendo un nuovo comma all'art.53 del D.LgsN°165/2001, la Legge N°190 ha previsto una limitazione della libertà negoziale del dipendente, al fine di eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. A tal fine la ASL di Frosinone procederà come segue:

- nei contratti di assunzione del personale deve essere riportata la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;

- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, deve essere riportata la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; inoltre, deve essere disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- in relazione a quanto sopra, verrà inserito un modulo apposito in cui il soggetto interessato dichiara di non avere come collaboratore (a titolo di lavoro subordinato o autonomo) personale che nel triennio precedente abbia svolto attività lavorative presso la scrivente Azienda con poteri autoritativi o negoziali. Il sottoscrittente dovrà dimostrare di aver preso visione firmando e consegnando tale documento a mezzo di autodichiarazione. I documenti di cui sopra vanno resi noti anche al personale attualmente in servizio.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito(c.d. *Whistleblower*)

Così come è illustrato nell'Allegato 1 del PNA, l'art. 1, comma 51, della legge ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del d.lgs.n.165 del 2001, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", il c.d. *whistleblower*. Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

La disposizione pone tre norme:

- la tutela dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione nei confronti del *whistleblower*,
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis d.lgs. n. 165 del 2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante.

L'Azienda, nelle more della messa a punto di un sistema informatico di segnalazione che garantisca i tre requisiti sopra riportati, ha messo a punto un apposito modulo di segnalazione, scaricabile dal sito ufficiale dell'Azienda, strutturato in modo tale da fornire notizie adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, che siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati (es.: indicazione di nominativi o qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o eventi particolari, ecc.) e sottoposto ad una procedura che tutela l'anonimato del segnalante. In ogni caso si ritiene della massima urgenza che l'adozione di apposito sistema informatico specifico entro l'anno 2022.

Formazione in materia di Etica, Integrità ed altre tematiche attinenti alla Prevenzione della Corruzione

a) Obiettivi

L'azione formativa, come misura di prevenzione della corruzione, deve essere finalizzata a diffondere i valori connessi all'etica e alla legalità favorendone la maggiore condivisione possibile. Attraverso la formazione si mira a raggiungere una piena consapevolezza della necessità di costruire un contesto sfavorevole al fenomeno corruttivo e, più in generale, ai comportamenti illeciti: i contenuti del piano formativo dovranno dimostrare in maniera concreta la ricaduta positiva di una efficace prevenzione dell'evento illecito in termini di immagine, di qualità del servizio all'utenza in termini economici.

b) Formazione di livello generale

Destinatari sono i dipendenti e tutti coloro che, a vario titolo, prestano attività di collaborazione sia all'interno dell'ASL di Frosinone che per conto di essa. La formazione generale si svilupperà su quanto codificato all'interno del Codice di Comportamento e del Codice disciplinare anche attraverso la descrizione dicasì concreti finalizzata a fornire indicazioni specifiche soprattutto per i casi "dubbi". La modalità di formazione privilegerà la tecnica del "focusgroup" tale da favorire l'emersione delle opinioni condivise ed affrontare le problematiche legate all'etica e alla legalità calate nel contesto dell'Azienda. I conduttori dei focus group potranno essere i Referenti specificatamente formati. Saranno inoltre programmate giornate dedicate alla divulgazione dei contenuti del PTPC attraverso incontri svolti in modalità plenaria.

Questa fase formativa è stata attivata nel secondo semestre 2015.

c) Formazione di livello specifico Destinatari

Responsabile della Prevenzione della corruzione (approfondimento delle tecniche di *risk management* applicate alla prevenzione della corruzione) - già effettuata nel corso del 2014

Referenti per la Prevenzione della corruzione (acquisizione delle competenze necessarie per la gestione del rischio di corruzione: progettazione, attuazione, gestione e valutazione; sviluppo delle competenze professionali necessarie per l'attuazione delle strategie per l'anticorruzione) - già effettuata nel corso del 2014

Dirigenti e funzionari responsabili e addetti alle aree di rischio (acquisizione delle competenze necessarie per la gestione del rischio di corruzione: progettazione, attuazione, gestione e valutazione; sviluppo delle competenze professionali necessarie per l'attuazione delle strategie per l'anticorruzione) - già effettuata nel primo semestre 2015

La partecipazione alla formazione in materia di anticorruzione è stata prevista nel piano formativo aziendale (vedasi *infra*) e la quota economica è stata a carico dell'amministrazione.

Per il triennio 2021/2023 sono in programma, CoVid permettendo, almeno tre eventi formativi di livello universitario sulle linee di attività in precedenza riportate.

Patti di Integrità negli affidamenti

L'Azienda di Frosinone, come stazione appaltante, predisporrà ed utilizzerà protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. A tal fine, sarà inserita negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto. Il modulo relativo al Patto di Integrità da osservare presso la nostra azienda è disponibile in Allegato al presente Piano.

Individuazione di misure ulteriori per la Prevenzione del Fenomeno Corrittivo

Nelle previsioni del PNA sono definite "misure ulteriori" per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi quelle che "pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel PTPC". L'individuazione e la scelta di tali misure sono da concordare con i Dirigenti delle articolazioni aziendali che, nel caso specifico, sono anche responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione, del loro monitoraggio e della relativa valutazione di efficacia. A tal fine il Responsabile della Prevenzione della corruzione concorderà, entro il termine previsto per l'aggiornamento del PTPC 2016, incontri cadenzati con i Dirigenti finalizzati alla predisposizione dell'elenco delle misure ulteriori e specifiche di ogni area.

Comunque, al momento, sono già state poste in atto presso alcune U.C. significative misure ulteriori come: attività ispettiva svolta almeno da due operatori; rotazione dei territori di competenza degli ispettori; sottoscrizione delle risultanze di procedure autorizzative da parte di almeno due operatori; sottoscrizione di atti ispettivi anche da parte del legale rappresentante dell'attività controllata o comunque, di chi è presente all'ispezione.

Seguendo il modello di organizzazione, gestione e controllo introdotto dalla Legge 231/2001 e adottato dalle amministrazioni pubbliche, si definisce il termine entro il quale le articolazioni aziendali, ad esclusione di quelle che lo hanno già fatto, dovranno dotarsi di procedure organizzative e protocolli operativi da disseminare nei quattro Distretti sanitari della ASL di Frosinone: l'uniformità degli stessi in tutti i servizi aziendali è da considerarsi la prima misura di prevenzione dell'evento corruttivo.

Sarà inoltre introdotta nel sistema di valutazione della Dirigenza una voce relativa alla capacità dimostrata dal dirigente ad attuare i principi e le misure anticorruzione.

Analogamente si procederà per il personale del comparto.

Ulteriori misure di prevenzione per singole aree di rischio:

a) Contratti pubblici

Attualmente vengono attivati con procedura aperta sul MEPA per gli importi sotto soglia e con bando europeo per importi sopra soglia. Il responsabile del procedimento non fa parte della relativa commissione di gara con importo sopra soglia. I componenti delle predette commissioni sono sottoposti a rotazione e rilasciano una dichiarazione sull'assenza di incompatibilità. Le gare di importo superiore a 40.000 euro vengono trasmesse alla Regione Lazio per l'approvazione preventiva. Le possibili criticità derivano soprattutto dalla complessità del Servizio Sanitario che comporta l'acquisizione di beni e servizi in rapidissima evoluzione tecnologica su indicazioni provenienti da soggetti iperspecializzati (clinici, epidemiologi, farmacisti, ecc.) che saranno molto spesso gli utilizzatori.

Nasce pertanto la necessità di evitare che tali fattori predispongano al rischio di corruzione, per cui è necessario affrontare l'intero ciclo degli approvvigionamenti, a partire dal rafforzamento dei livelli di trasparenza.

Di particolare rilievo assume l'acquisizione dei c.d. beni infungibili che può determinare la necessità di ricorrere o meno a procedure di acquisizione in deroga. In tale ambito appare determinante la valutazione di merito riguardo alla fungibilità / infungibilità. Per tale motivo è già operativa nell'ASL Frosinone una apposita Commissione deputata a tale scopo composta da Direttore Sanitario, Dirigente Farmacista, due Dirigenti afferenti alla Specialità afferente al contratto di che trattasi (uno proponente, l'altro, appartenente ad altra Struttura, valutatore).

Tale procedura mira alla razionalizzazione degli acquisti e a diminuire drasticamente i rischi di distorsione degli approvvigionamenti.

Sarà quindi possibile procedere al monitoraggio di tale rischio tramite debiti informativi specifici riguardanti:

- Numero degli affidamenti diretti sul totale degli acquisti (quantità; valore) numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale acquistato; numero di affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità di committenza;
- Numero di proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore).

Riguardo all'affidamento di lavori è stato indetto un avviso pubblico (Deliberazione n 888 del 24/10/2011) per la formazione dell'elenco degli operatori economici da invitare alle procedure negoziate ex art. 122 comma 7 e 125 comma 8 del D.L.gs 163/2006 per l'esecuzione dei lavori pubblici di importo inferiore a 1.000.000 di euro. Il suddetto elenco viene aggiornato con cadenza annuale. L'individuazione degli operatori economici avviene nel rispetto dei principi di non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità, trasparenza, concorrenza e rotazione.

Verrà realizzato un foglio elettronico consultabile online corrispondente ad un quadro sinottico che permetta di avere una visione sintetica ed il quanto più completa del ciclo di vita di una gara d'appalto. Questo permetterà di gestire facilmente gli affidamenti con la possibilità di seguire e monitorare ogni fase della procedura di affidamento di beni / servizi dalla definizione del fabbisogno fino alla conclusione nonché eventuali proroghe del contratto o il manifestarsi di varianti. Tale documento sarà interamente accessibile al pubblico assicurando totale trasparenza delle procedure.

b) Incarichi e nomine

La richiesta di avvio di una procedura concorsuale avviene in coerenza con l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore e viene sottoposta preventivamente all'approvazione regionale.

La selezione dei membri della commissione giudicatrice è effettuata con criteri previsti opelegis ed è previsto il rilascio della dichiarazione di assenza di incompatibilità / conflitto di interessi. Nei casi di nomine interne (ad es.art.18) non è prevista l'approvazione regionale ma vengono comunque applicati i criteri valutativi di legge, riportati nei relativi bandi.

Nei limiti delle discipline di appartenenza e delle norme concorsuali i membri delle Commissioni dovranno seguire i criteri della rotazione.

Il Direttore della UOC Amministrazione e Gestione del Personale comunicherà semestralmente al RPC il numero di commissioni a cui ha partecipato ciascun dirigente.

In seguito alla Delibera n.831/2016 del 3 Agosto 2016 a cura dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, nella quale è stata introdotta l'applicazione della stessa procedura adottata per le Strutture Complesse anche per le Strutture Semplici (Sezione Nomine, paragrafo 1.2), la presente Azienda potrà aggiornare l'Atto Aziendale prevedendo la costituzione di una Commissione valutatrice composta da 3 membri di cui almeno uno esterno al Dipartimento interessato.

Riguardo alla discrezionalità dei Direttori di Dipartimento si rileva che è stata sensibilmente ridotta grazie alla istituzione di una misura preventiva ulteriore presente nell'apposito regolamento aziendale che prevede una riunione periodica, almeno mensile, dei singoli Comitati di Dipartimento per l'esame delle attività previste dall'Atto aziendale.

c) Incarichi a soggetti esterni

Tali incarichi riguardano essenzialmente professionisti per affidamento di servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria, compresi i collaudi per importi inferiori a 100.000 euro e avvocati per la trattazione di vertenze di interesse aziendale. In entrambi i casi è stato predisposto un elenco di professionisti da incaricare di volta in volta (Deliberazione n 1100 dell'08/08/2014 per gli avvocati e Deliberazione n 927 del 28/08/2015 per ingegneri/architetti). Con cadenza semestrale i Dirigenti delle Partiture interessate (Patrimonio Tecnico Immobiliare e Affari Legali) comunicheranno al RPC il numero di incarichi conferiti a ciascun professionista.

d) Area gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Uno strumento fondamentale di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo contabile in sanità è rappresentato dal “Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)” che è in corso di attuazione nella ASL Frosinone in applicazione del DCA n 59 del 12/02/2015.

Anche la tempestività dei pagamenti è stata particolarmente curata con alcuni significativi miglioramenti anche in termini di trasparenza tant'è che sul sito web istituzionale viene pubblicato l'indice di tempestività. Poiché proprio la trasparenza in questo campo assume particolare rilievo per la prevenzione della corruzione nel corso del 2018 sul sito web andrà costantemente aggiornato tale indice nonché il percorso PAC con descrizione dell'avanzamento fase per fase.

Il Direttore della UOC Amministrazione Finanze e Contabilità analitica relazionerà semestralmente il RPC su tale adempimento.

e) Area farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie

Una possibile criticità può essere individuata nell'abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o di frodare il Servizio Sanitario Nazionale. A tal proposito sono attive 4 Commissioni di appropriatezza prescrittiva distrettuali che hanno appunto il compito di verificare tra l'altro, abusi come quello sopra descritto. Per tale attività le Commissioni si avvarranno degli indicatori regionali previsti dal DCA n 480/2015 e del Datawarehouse messo a punto da LAIT.

Per consentire il monitoraggio le suddette Commissioni invieranno al RPC con cadenza semestrale un report indicante:

- il n° casi esaminati / n° totale medici operanti nei singoli Distretti.
- il numero di istruttorie attivate per in appropriatezza o anomalie prescrittive / n° casi esaminati.

f) Area attività libero-professionale e liste di attesa

Come già segnalato dal PNA 2015 “Fra gli eventi rischiosi della fase di esercizio dell’ALPI possono configurarsi l’errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale, la violazione del limite dei volumi di attività previsti nell’autorizzazione, lo svolgimento della libera professione in orario di servizio, il trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione.”

Le misure di prevenzione adottate nella ASL Frosinone consistono nella prenotazione tramite CUP delle prestazioni specialistiche in ALPI. E’ altresì in corso di attivazione il servizio RECUP anche per l’attività intramoenia allargata. Verrà monitorato il numero di medici aderenti rispetto a coloro che sono stati autorizzati con informativa semestrale da parte del Responsabile ALPI al RPC. Verrà verificato con cadenza bimestrale, per ciascun sanitario che esercita attività libero professionale, che il numero delle prestazioni ALPI sia uguale o inferiore al numero delle prestazioni rese in regime istituzionale.

g) Rapporti contrattuali con privati accreditati

Le possibili criticità già ampiamente analizzate nel PNA vengono affrontate nel seguente modo: formazione di 3 apposite sottocommissioni deputate alla verifica dei requisiti per l’autorizzazione / accreditamento formate da specialisti del Dipartimento di Prevenzione e dirigenti di area clinica (ciascuno per le proprie competenze). A tal proposito si darà seguito immediato all’implementazione

della DCA U00054 del 9 febbraio 2015 con cui è stata recepita l'intesa (Rep. Atti n.259/CSR), ai sensi dell'art. 8 c. 6, della Legge 5 giugno 2003 n.131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome sul documento recante "Disciplina per la revisione della normativa dell'accreditamento". Sempre in osservanza a tale Decreto verrà previsto che per ciascuna Struttura sia redatta la *check list* per garantire la necessaria trasparenza e comparabilità delle verifiche relative all'accreditamento e alla conferma dello stesso. Tale strumento permetterà anche una comparabilità tra strutture sanitarie del territorio regionale e nazionale, quale strumento di trasparenza e imparzialità. In questo si provvederà acchè i tecnici del Dipartimento di Prevenzione che effettuano le verifiche siano inviati a verificare strutture che si trovano in Distretti diversi da quello dove sono assegnati, attivando forme di collaborazione interaziendali per verifiche. A campione. Effettuate da tecnici di altre aziende della Regione. E' inoltre necessario vigilare sulle quote di mercato o degli Enti Accreditati, sanitari e socio sanitari, senza tralasciare la riabilitazione residenziale e semi residenza e l'ADI, avendo cura di garantirne la libera scelta degli utenti.

Riguardo ai contratti e all'appropriatezza delle cure esiste una struttura ad hoc denominata Qualità e Accreditamento in staff alla Direzione Generale. Sia i presidenti delle sottocommissioni di verifica che il Responsabile della S.S. Qualità e Accreditamento comunicheranno al RPC con cadenza semestrale le risultanze dei controlli.

h) Attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero

La gestione delle camere mortuarie, può condurre a distorsioni favorenti il fenomeno corruttivo. Basti pensare alla comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri; la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o

dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri e così via. A tal proposito verrà reso disponibile e accessibile un esaustivo elenco delle ditte di onoranze funebri iscritte alla locale Camera di Commercio e garantire tale informazione oltre ad una attenta vigilanza sulle quote di mercato a seguito di decesso intra ospedaliero.

2.c.4 Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure

I Responsabili delle singole Partiture aziendali, d'intesa con il Responsabile della Prevenzione della corruzione valutano l'efficacia delle disposizioni del Piano Triennale e delle misure di prevenzione attraverso un monitoraggio costante. In particolare:

- verificano il rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti ponendo attenzione a eventuali procedimenti per i quali si registra un ritardo ed ai motivi dello stesso; verificano la diffusione ed il rispetto delle regole contenute nel Codice di Comportamento e delle norme disciplinari; segnalano eventuali situazioni di potenziale rischio corruttivo al fine di implementare il catalogo dei rischi specifici;
- verificano i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, con cessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione.

Il monitoraggio e valutazione effettuati dai Responsabili delle Partiture aziendali formano oggetto della relazione sullo stato di applicazione del PTPC da inviare al Responsabile della Prevenzione della corruzione entro il 30 novembre di ciascun anno.

Inoltre gli adempimenti previsti nel presente Piano saranno inseriti tra gli obiettivi dei dirigenti interessati e faranno parte del relativo processo valutativo realizzando così un coordinamento con la valutazione della performance.

Schede Monitoraggio Luglio 2021

UOS ACCREDITAMENTO		
Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Verifiche per accreditamento definitivo strutture sanitarie	Alto	Composizione di due equipe composte dal personale accreditamento e dipartimento prevenzione nonché da singoli Esperti selezionati tra personale ospedaliero. Riunioni settimanali
Attività di controllo esternostrutture sanitarie	Medio/Alto	Corso di formazione sull'attività da svolgere anche su etica e integrità
Attività di gestione contrattuale delle strutture sanitarie accreditate	Medio/Alto	Affidamento a dipendenti per branca. A rotazione vengono eseguiti con supervisione del direttore responsabile
Rilascio autorizzazione dell'accreditamento delle strutture sanitarie in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione	Alto	Controlli a campione e senza preavviso mediante sorteggio alla presenza del RPC – Adozione di Regolamento specifico

UOS RECUP AZIENDALE		
Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Liste di Attesa	Alto	<p>Nel Piano Attuativo Aziendale (trasmesso alla Regione Lazio il 23.12.2019 Prot. n. 115579) sono state recepite le Prestazioni individuate come critiche dalla Regione Lazio (DCA 302/2019 e definiti gli Ambiti Territoriali di Garanzia. Relativamente alle Liste di Attesa Specialistica Ambulatoriale l'Azienda Sanitaria di Frosinone ha organizzato l'offerta sanitaria ambulatoriale secondo la metodologia del Raggruppamento di Attesa Omogeneo (RAO). Effettuata la separazione dei canali di accesso: un canale dedicato ai primi accessi ed uno dedicato ai successivi.</p> <p>Le Agende sono state riconfigurate, sul sistema di prenotazione, creando agende dedicate ai primi accessi con "slot" riservati alle 4 Classi di Priorità (U-B-D-P) così come individuate dalla Regione Lazio con DCA 437/2013 e s.m.i. fino al nuovo "Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019-2021; per gli accessi successivi controlli:</p> <ul style="list-style-type: none"> – ritorni – follow-up-PDTA e Percorsi interni, sono state create agende apposite. <p>Relativamente alle prestazioni Specialistiche Ambulatoriali "critiche" l'Azienda ASL di Frosinone, recependo le indicazioni contenute nel DCA U 00302, utilizzando i dati immagazzinati con l'utilizzo della Nuova Piattaforma ReCup Web, porrà in essere specifiche procedure di monitoraggio per un report, mensile, delle prestazioni in classe B e D e dei relative TdA. Tale "strumento" verrà inviato alle Direzioni territoriali Per le opportune analisi e conseguenti tempestive azioni di miglioramento dei TdA.</p>

UFFICIO AFFARI GENERALI E SUPPORTO ALLE ATTIVITÀ LEGALI

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Gestione protocollo, corrispondenza, archiviazione documenti	Basso	Protocollo informatizzato, Manuale di Gestione
Gestione provvedimenti amministrativi aziendali	Basso	Pubblicazione secondo l'ordine di arrivo, verifiche incrociate tra l'atto pubblicato e l'atto adottato ai fini della eliminazione di eventuali discrasie e/o eliminazione di dati sensibili data delle singole sottoscrizioni.
Atti istruttori relativi a convenzioni con altri Enti	Medio	Partecipazioni diverse risorse della struttura/condivisione strutture coinvolte/ Input Direzione Strategica.
Attività di controllo interno	Alto	Nella parte relativa alla fase procedurale del rischio amministrativo contabile: - adozione di procedure condivise tra i diversi attori - individuazione di sub responsabili di processo per il relativo monitoraggio; - audit con la struttura Regionale centralizzata - aggiornamento/modifiche procedure
Atti istruttori relativi a interrogazioni e interpellanze	Basso	
Sperimentazioni	Medio	Prossima adozione Regolamento redatto secondo le linee Anac – Istruttorie in coerenza con le linee Anac

UOC FARMACIA

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Certificazione pagamenti Farmacie	Basso	Controlli effettuati da almeno due unità di personale a rotazione
Controllo tecnico Contabile ricette su attività Farmacie	Medio	Controlli effettuati da un gruppo di lavoro misto e soggetto a rotazione in contraddittorio con Farmacie
Ispezione Rete Territoriale del Farmaco (Farmacie, Parafarmacie, Grossisti, Depositari)	Medio/Alto	Ispezioni effettuate dalla Commissione, composta da tre Commissari a rotazione, su modello Regionale condiviso
Pianta Organica Farmacie	Basso	Istruttoria effettuata con i Comuni
Indennità di Residenza Farmacie Rurali	Basso	Istruttoria effettuata con i Comuni
Controllo Tecnico delle prescrizioni mediche	Medio	Procedura interna per il controllo dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica, effettuata da un gruppo di lavoro misto (C.A.P.I.)

UOS SVILUPPO RISORSE UMANE

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
A.L.P.I.	Medio	<p>L'Attività Libero Professionale Intramuraria è stata regolamentata con atto deliberativo n° 120 del 23-02-2011, successivamente con atto n° 1390 del 27-06-2018, in approvazione regionale in recepimento del DCA Regione Lazio n° U00440 del 18-12-2014.</p> <p>L'attività di prenotazione, pagamento e fatturazione avviene esclusivamente elettronicamente sul sistema RECUP.</p> <p>Lo svolgimento dell'Attività A.L.P.I. avviene esclusivamente al di fuori dell'orario di lavoro. Viene effettuata attività di monitoraggio mensile dei volumi sia delle prestazioni rese in regime Istituzionale che di quelle erogate in Intramoenia; le prestazioni che costituiscono il volume di attività Istituzionale, da comparare con il volume di attività Libero-professionale, sono quelle complessive rese in S.S.N. ambulatoriali ed APA.</p> <p>Il monitoraggio nei primi sei mesi del 2020 è risultato, come negli anni precedenti, corretto, attestandosi al 2,55% il rapporto A.L.P.I./S.S.N.</p> <p>Il monitoraggio riguarda anche il risultato economico che anch'esso è in positivo fra entrate e costi A.L.P.I. L'ASL trattiene dal 30% al 75% del costo della prestazione.</p> <p>Redazione del Piano aziendale che recepisca il Piano Nazionale di Governo delle Liste di attesa e quello regionale e forme di coordinamento con le maggiori risorse destinate in tal senso con il PNNR ed adeguate forme di monitoraggio.</p>

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Controllo strutturesanitarie	Alto	<p>Composizione di 3 sottocommissioni di verifica composte dal personale del dipartimento di prevenzione nonché da singoli esperti selezionati tra personale ospedaliero.</p> <p>Rispetto delle procedure di verifica stabilite dai vari DCA Regione Lazio.</p> <p>Esame finale delle pratiche e rilascio pareri da parte del Direttore del Dipartimento</p>
Pareri autorizzativi	Alto	<p>1 – Rispetto della tempistica</p> <p>2 – Inoltro finale tramite il Responsabile UOS o il Direttore UOC</p> <p>3 – Rotazione dei territori tra gli operatori accadenzia annuale</p> <p>4 – Attività da svolgersi in coppia</p> <p>5 – Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi</p> <p>6 – Divieto di operare nello stesso ambito territoriale nel quale si ricoprono cariche elettive</p>
Attività di vigilanza	Alto	<p>1 – Attività su programma, tranne urgenze 2 – Rotazione dei territori tra gli operatori a cadenza annuale</p> <p>3 – Attività da svolgersi in coppia</p> <p>4 – Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi</p> <p>5 – Divieto di operare nello stesso ambito territoriale nel quale si ricoprono cariche elettive</p> <p>6 – Qualora in interventi effettuati in regime di pronta disponibilità possano configurarsi conflitti di interesse, la pratica, una volta effettuati gli atti preliminari urgenti, viene assegnata ad altro personale</p>
Espressione di giudizi di idoneità lavorativa (Ricorsi art. 5 Legge n.300/70, ricorsi art. 41 D.Lgs. N. 81/08)	Alto	Esame in commissione di 3 membri presieduta dal Direttore della UOC PreSAL o suo delegato

UOC PATRIMONIO TECNICO IMMOBILIARE E SISTEMA INFORMATICO

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Affidamento a operatori economici con procedure negoziate per l'esecuzione di lavori pubblici di importo inferiore a un milione di euro.	Alto	<p>Controlli sul rispetto normativa vigente. Indizione gara tranne urgenze. Costituzione albo operatori economici (Deliberazione n 888 del 24/10/2011) Valutazione comparativa dell'esperienza e dei requisiti posseduti da tutti i concorrenti; rotazione nella scelta dei nominativi inseriti nell'albo; divieto di cumulo di incarichi.</p> <p>Verrà realizzato un foglio elettronico consultabile online corrispondente ad un quadro sinottico che permetta di avere una visione sintetica ed il quanto più completa del ciclo di vita di una gara d'appalto. Questo permetterà di gestire facilmente gli affidamenti con la possibilità di seguire e monitorare ogni fase della procedura di affidamento di beni/servizi dalla definizione del fabbisogno fino alla conclusione nonché eventuali proroghe del contratto o il manifestarsi di varianti.</p> <p>Tale documento sarà interamente accessibile al pubblico assicurando totale trasparenza delle procedure.</p>
Predisposizione capitolati tecnici per l'acquisizione delle attrezzature sanitarie	Alto	<p>Verifiche sul rispetto normativa vigente. Verifica sulla assenza di elementi troppo specifici, tali da individuare un unico operatore economico.</p>
Affidamento a professionisti esterni di servizi attinenti all'architettura ed all'ingegneria di importo inferiore ad euro 100.000.	Alto	<p>Controlli sul rispetto normativa vigente. Indizione gara tranne urgenze. Costituzione albo professionisti suddiviso per settori di attività; possesso titoli professionali, correlazione dell'esperienza plessa del professionista all'atipologia progettuale da affidare; comparazione dei requisiti posseduti da tutti i concorrenti; rotazione nella scelta dei nominativi inseriti nell'albo; divieto di cumulo di incarichi</p>
Individuare le procedure per l'affidamento dei lavori, l'affidamento di servizi di gestione e manutenzione immobiliari e delle attrezzature sanitarie e predisposizione degli atti necessari alla gara e all'affidamento	Alto	<p>Controlli sul rispetto normativa vigente. Predisposizione atti per l'approvazione da parte degli organi competenti esterni (es Regione Lazio)</p>
Nomina commissione di gara per lavori di importo inferiore a 40.000 euro, IVA esclusa	Alto	<p>Accertamento dell'incompatibilità e conflitto di interessi dei componenti della commissione rispetto ai candidati, attraverso un'autodichiarazione, inserita nel verbale della prima seduta.</p>
Proposta di variante in corso d'opera	Alto	<p>Controlli sul rispetto normativa vigente. Predisposizione degli atti e approvazione da parte degli organi competenti esterni (Regione Lazio)</p>

UOC PATRIMONIO TECNICO IMMOBILIARE E SISTEMA INFORMATICO

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Gestione contratti di manutenzione immobili ed impianti	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente. Verifica regolarità del servizio e verifica dell'esecuzione dei lavori. Controlli almeno a campione. Sistema informativo gestionale collegato con la RL
Approvazione e Riconoscimento nuovi prezzi	Medio	Controlli sul rispetto normativa vigente Controllo dettagliato degli elementi costituenti il prezzo.
Gestione contratti di manutenzione per apparecchiature elettromedicali	Alto	Controllo rispetto normativa vigente. Verifica regolarità del servizio. Incremento dei controlli a campione sugli altri elementi. (Trattasi di situazione transitoria in attesa di aggiudicazione in sede regionale)
Indizione procedure di gara per forniture di beni e servizi	Medio	Pubblicazione delle determinate o delibere a contrarre contenente i dati richiesti dal PNA all'art.2 della sezione "Acquisti in ambito sanitario"
Lettera di invito, acquisizione di preventivi	Medio	Pubblicazione sul sito aziendale di Indagini di mercato. Viene applicato, ove possibile, il criterio di rotazione degli Operatori Economici da invitare a presentare offerta.
Verifica dei requisiti per l'ammissione delle Dette alle gare indette con Ammissione/esclusione per mancanza dei requisiti delle Dette	Alto	Vengono effettuati i controlli prescritti dal D.Lgs n. 50/2016. provvedimenti di ammissione e di esclusione dei concorrenti da prosieguo delle operazioni di gara vengono pubblicati sul sito aziendale nella sezione Trasparenza, come prescritto dal D.Lgs. n. 50/2016.
Aggiudicazione procedure di gara	Alto	Vengono effettuati i controlli post aggiudicazione prescritti dal D.Lgs. n.50/2016 e sia l'aggiudicazione definitiva che il Documento contenente gli esiti di gara vengono pubblicati sul sito aziendale.
Affidamento di forniture di beni e servizi per un importo entro il limite massimo di Euro 40.000,00	Alto	Verranno inserite nel provvedimento autorizzativo le motivazioni che hanno determinato l'affidamento diretto

UOC PATRIMONIO TECNICO IMMOBILIARE E SISTEMA INFORMATICO

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Proposta di composizione della Commissione di gara	Alto	I componenti delle Commissioni giudicatrici vengono individuati dalla Direzione generale aziendale e le deliberazioni di nomina delle Commissioni vengono pubblicate sul sito aziendale nella sezione "Bandi di gara" e Amministrazione Trasparente unitamente ai curriculum dei commissari selezionati, in conformità a quanto previsto all'art. 29 del d.lgs. 50/2016. All'atto dell'insediamento del seggio di gara, durante la primaseduta, viene dato atto a verbale che i componenti della Commissione dichiarano, viste le offerte pervenute, di non essere in alcuna situazione di conflitto di interesse rispetto ai candidati. Gli stessi componenti non possono aver preso parte alle procedure di gara d'appalto, anche sotto soglia.
Proposta di aggiudicazione delle gare di appalto	Medio	Gli atti definitivi che dispongono l'aggiudicazione dell'appalto vengono pubblicati sul sito aziendale nella sezione "Bandi di gara" e "Amministrazione Trasparente", unitamente agli esiti di gara.
Redazione Bando e Disciplinare di gara	Medio	Capitolati tecnici redatti da professionisti interni alla Azienda del settore oggetto di gara. Acquisizione dichiarazione assenza conflitti di interessi e finanziari. I membri di commissione gara devono essere diversi dai soggetti che hanno redatto i capitoli.
Attività di direzione esecutiva de contratti per le tecnologie informatiche e informative gestite, con tutti i compiti e i controlli correlati. Liquidazione fatture e delle altre spese correlate	Medio	Verifiche su eventuali ritardi nell'assistenza / Controlli sulla erogazione giornate assistenza
Irrogazione di sanzioni per inadempimento a fornitori di beni e servizi	Medio	Sistema di raccolta delle segnalazioni – Verifiche a campione

UOC AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E POLITICHE DEL PERSONALE		
Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Definizione del dimensionamento degli organici	Medio	
Predisposizione del piano del fabbisogno del personale, secondo la	Medio	
Avvio e Gestione delle procedure di reclutamento di risorse umane nelle diverse forme contrattuali nell'ambito della programmazione già adottata con delibera del Direttore Generale	Basso	
Nomina Commissioni esaminatrici e gestione della relativa attività	Medio	Acquisizione, dichiarazione assenza conflitti e verifica autorizzazione azienda di appartenenza
Gestione nell'ambito della programmazione già adottata con delibera del Direttore Generale, dei processi di mobilità aziendale e interaziendale, in ingresso e in uscita, con esclusione della mobilità interna all'ASL quando riguarda delibera del Direttore Generale medesima macrostruttura (di competenza del relativo Direttore)	Medio	Monitoraggio del fabbisogno assunzionale
Gestione richieste comando e distacco, in entrata ed in uscita, nell'ambito della programmazione già adottata con delibera del Direttore Generale o su indicazione della stessa se discrezionale	Medio	Monitoraggio del fabbisogno assunzionale
Definizione delle metodologie di individuazione e graduazione degli incarichi dirigenziali e di individuazione e valorizzazione degli incarichi funzionali del personale del comparto	Medio	

UOC AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E POLITICHE DEL PERSONALE		
Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Predisposizione e stipula contratti di lavoro di qualsiasi natura e tipologia	Basso	Corrispondenza con Atto aziendale, con CCNL di riferimento e verifica trattamento economico e giuridico
Predisposizione dei contratti di lavoro per incarichi di Dipartimento, UOC e UOSD soggetti e sottoscrizione	Basso	Corrispondenza con Atto aziendale, con CCNL di riferimento e verifica trattamento economico e giuridico
Affidamento, sospensione e revoca degli incarichi dirigenziali (Dipartimenti, UOC, UOSD, UOS) e degli incarichi funzionali del personale del comparto, secondo l'assetto organizzativo e la regolamentazione aziendale in materia	Medio	Monitoraggio rispetto Regolamenti aziendali
Affidamento, sospensione e revoca degli incarichi dirigenziali non inclusi nel punto che prevede l'assetto organizzativo e la regolamentazione aziendale in materia	Medio	Pubblicazione avviso – nomina commissione di valutazione – rispetto obblighi di trasparenza
Definizione della delegazione trattante di parte pubblica	Basso	
Accordi con le organizzazioni Sindacali	Medio	
Approvazione dei contratti/accordi integrativi CCNNLL	Medio	
Verifica monte ore organizzazioni sindacali	Basso	Monitoraggio rispetto al contingente assegnato a ciascuna O.S.

UOC AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E POLITICHE DEL PERSONALE

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
<p>Relazioni sindacali (Gestione della attività connesse alla tenuta delle relazioni sindacali e svolgimento delle attività di raccordo tra la delegazione trattante di parte pubblica, sindacale e le strutture per tutti gli argomenti inerenti in confronto sindacale e correlati adempimenti di comunicazione e pubblicità. Convocazioni organizzazioni sindacali garantendo funzioni di segreteria ivi compresa la relazione dei verbali – resoconti degli incontri sindacali. Tenuta dei verbali-resoconti delle sedute in contrattazione e degli incontri con le OO.SS. – diffusione degli accordi,etc)</p>	Medio	
Applicazione e gestione generale istituti contrattuali	Medio	
Pagamento stipendi e competenze accessorie ai dipendenti e adempimenti connessi	Medio	Monitoraggio sistematico
Liquidazioni consulenze per convenzioni presso altri enti	Medio	Monitoraggio sistematico
Sospensione cautelare o licenziamento del personale per ragioni disciplinari	Basso	
Riammissione in servizio	Basso	
Mantenimento in servizio	Basso	
Provvedimenti relativi a concessione aspettativa discrezionale e non discrezionale, part-time	Medio/Basso	Acquisizione parere responsabili strutture
150 ore di diritto allo studio	Basso	Controllo continuo attraverso sistema rilevazione presenze
cessazioni, permanenza in servizio		Controllo continuo attraverso sistema rilevazione presenze
permessi, maternità, congedi parentali, malattia		Controllo continuo attraverso sistema rilevazione presenze

UOC AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E POLITICHE DEL PERSONALE

Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
autorizzazioni allo svolgimento di attività extraistituzionali, anagrafe delle prestazioni e degli incarichi dei pubblici dipendenti,	Medio	Predisposizione regolamento aziendale
riconoscimento/diniego infermità per causa di servizio,	Basso	
Liquidazione equo indennizzo, cure climatiche e assimilabili, L.104/1992,L.53/2000,etc)	Basso	Monitoraggio tramite sistema rilevazione presenze
Dimissioni/Collocamento a riposo del personale dipendente	Basso	Monitoraggio tramite sistema rilevazione presenze e controllo fascicoli personali
Trattamento di fine rapporto	Basso	
Pagamento compensi per attività in acquisto prestazioni a personale dipendente e in convenzione	Medio	Monitoraggio sistematico
Corrispondenza anche indirizzata all'esterno se relativa alla trasmissione di atti/provvedimenti adottati dalla Direzione Generale o dovute in quanto riguardanti fasi endo procedurali	Basso	

UOC AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E POLITICHE DEL PERSONALE		
Attività/Processo	Valutazione del Rischio	Controlli/Misure
Rilevazione presenze e adempimenti connessi	Medio	Verifica a campione report di controllo
Tenuta e gestione fascicoli individuali del personale	Medio	
Certificazioni di servizio	Medio	Verifica a campione
Riconoscimento,attribuzione e contabilizzazione buoni pasto	Basso	Sistema di rilevazione automatico e rendicontazione annuale
Liquidazione per ottemperanza sentenze e transazioni inerenti il personale	Medio	Monitoraggio esito contenziosi
Gestione posizioni contributive	Medio	
Domande di riscatto e ricongiunzione periodi assicurativi	Medio	
Reportistica dati personale	Basso	

2.c.5 Cronoprogramma delle attività di Prevenzione della Corruzione anni 2022 -2024

OBIETTIVI E PROGRAMMAZIONE ATTIVITA' DA SVOLGERE NEL TRIENNIO 2022-2024

La ASL di Frosinone, nel triennio di riferimento del piano, in linea con i principi strategici del PNA 2019, intende proseguire il percorso avviato nella precedente annualità al fine diffondere una cultura organizzativa basata sulla gestione del rischio ed un approccio organizzativo *process oriented*. Per raggiungere tali finalità la ASL si propone di procedere secondo le seguenti macro linee di attività:

- a) completamento del percorso formativo avviato, che ha ad oggetto principi, metodologie e tecniche di gestione del rischio corruttivo, al fine di diffondere le competenze tecniche in materia;
- b) completamento del percorso divulgativo dei contenuti del PTPCT ai fini di sensibilizzare i dipendenti e migliorare la diffusione della cultura della legalità e dei sistemi di misurazione della performance;
- c) avvio di una *gap analysis* finalizzata a verificare le aree non oggetto di analisi approfondita, in applicazione del principio di gradualità di cui all'allegato 1 del PNA 2019; ciò al fine di ottenere i seguenti risultati nel triennio di riferimento del presente piano:
 - completare, in via sistematica, la mappatura dei processi dell'amministrazione;
 - aggiornamento del Codice di Comportamento
 - completare la fase di identificazione e analisi dei rischi nonché della valutazione dell'esposizione al rischio (*risk assessment*); un'adeguata valutazione dei profili di rischio, infatti, nonché una azione complessiva di riduzione dei vari profili attraverso l'identificazione e adozione di misure adeguate, devono essere frutto di un'attenta e metodologicamente corretta analisi;
 - aggiornare costantemente il registro dei rischi corruttivi;
 - avviare la predisposizione dei Regolamenti e delle Procedure
 - monitorare ed aggiornare costantemente l'elenco delle misure di prevenzione della corruzione identificate;
 - strutturare un monitoraggio sistematico, centralizzato ed informatizzato della attuazione del Piano anticorruzione, anche in relazione all'andamento degli obiettivi di performance attraverso cui: o verificare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione della corruzione inserite all'interno del PTPCT;

monitorare l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione; o creare un sistema di reportistica del livello di rischio per l'Azienda nel suo complesso e per e per le principali aree organizzative; Tali azioni saranno realizzate nel triennio 2022-2024 secondo la seguente programmazione operativa:

Anno 2022 Obiettivi

- Completamento della formazione in materia di gestione del rischio e dei criteri di misurazione della performance (n. 2 eventi)
- Completamento della mappatura del 100% delle Aree di rischio generali e specifiche.
- Aggiornamento del Codice di comportamento
- Regolamento Accesso Civico Semplice e Generalizzato
- Regolamento e procedura per il coordinamento dei flussi dei pagamenti
- Monitoraggio semestrale sulla completezza degli obblighi di pubblicazione con certificazione dell'OIV
- Aggiornamento delle procedure esistenti per lo svolgimento delle attività conseguenti il decesso in ambito intraospedaliero a partire dalla rotazione del personale delle Camere Mortuarie (a cura delle Direzioni Sanitarie dei Presidi Ospedalieri)

Anno 2023 Obiettivi

- Verifica degli esiti dell'attività di mappatura svolta dell'anno 2022; realizzazione del registro delle misure di prevenzione della Asl di Frosinone; verifica degli esiti dell'attività di mappatura svolta dell'anno 2022 e degli aggiornamenti/adeguamenti necessari. Verifica esiti di misurazione della Performance (n. 2 eventi)
- Integrazione del catalogo dei rischi della ASL di Frosinone, in base agli esiti dell'attività di revisione della mappatura
- Realizzazione del monitoraggio delle misure di prevenzione della ASL di Frosinone. Studio di fattibilità o progettazione di un sistema di monitoraggio informatizzato che consente il superamento dell'attuale sistema di monitoraggio "manuale" per la verifica dell'adozione delle misure di prevenzione della corruzione.

Anno 2024 Obiettivi

- Definizione di una procedura interna per svolgere le verifiche sulle dichiarazioni di incompatibilità rese.
- Definizione di un regolamento in materia di disciplina di incarichi esterni da parte del personale dipendente.
- Realizzazione di uno studio specifico per lo sviluppo delle interazioni fra i software al fine di automatizzare il caricamento delle informazioni degli esiti del monitoraggio.
- Studio, ai fini di un'adeguata implementazione, un sistema di coinvolgimento degli stakeholder esterni
- Completamento regolamento sull'accesso Civico generale e generalizzato

2.c.6 La Trasparenza

Il D.Leg.vo 14 marzo 2013 n. 33 come modificato dal d.lgs.97/2016 hanno evidenziato che la trasparenza “concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di egualianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia, efficienza ed economicità nell'utilizzo delle risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla Nazione.

Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino”.

La trasparenza così concepita è il volano per prevenire i fenomeni corruttivi nella pubblica amministrazione.

Non a caso il Programma per la trasparenza e l'integrità è inteso quale parte integrante del Piano triennale Anticorruzione. La trasparenza infatti favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività delle pubbliche amministrazioni ed è funzionale a tre scopi:

- Sottoporre al controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento;
- Assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle pubbliche amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- Prevenire fenomeni corruttivi e promuovendone quindi l'integrità.

Le misure chiave da perseguire dunque sono: trasparenza, performance e anticorruzione i cui piani sono interagenti in forma strutturale così come dovranno esserlo con il Piano di Comunicazione aziendale.

Tutto ciò viene implementato attraverso un processo comunicativo tutto realizzato on line e pubblicato sui siti istituzionali delle diverse amministrazioni pubbliche secondo le regole e i format previsti negli allegati del D.Leg.vo 33/2013 e s.m.i.

La pubblicazione di dati e informazioni all'interno della sezione denominata Amministrazione Trasparente costituisce, quindi, uno dei principali strumenti di prevenzione della corruzione che l'ASL di Frosinone, in quanto ente pubblico, può e deve implementare al fine di garantire i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento della P.A.. La trasparenza nella ASL di Frosinone si sostanzia non solo nell'ottemperare agli obblighi di pubblicazione previsti dai d.lgs. di cui sopra ma nell'improntare tutta l'attività svolta al principio della massima trasparenza, semplificazione e miglioramento continuo delle procedure. L'alimentazione della sezione Amministrazione Trasparente avviene nel corso di tutto l'anno tramite l'utilizzo di apposito applicativo. Il sistema adottato, che contiene i dati caricati a partire dal 1° gennaio 2019, ha sicuramente reso più agevole l'inserimento delle informazioni mediante l'utilizzo di un'interfaccia a ciò dedicata e di semplice utilizzo.

Negli anni 2020/2021 anche grazie la spinta propulsiva della Direzione Strategica Aziendale grande impulso è stato dato al completamento delle informazioni da pubblicare in dedicate sezioni ad es: Attività e procedimenti (art 35 d.lgs 33/2019), Sovvenzioni, contributi e vantaggi economici, (art 26 c.1 e 2 e art.27 d.lgs 33/2019) , Personale (art.li 10, 15, 19,21, 41 d.lgs 33/2019 ecc). Inoltre - dato il periodo emergenziale - a cura del RPCT è stata alimentata la sezione “interventi straordinari di emergenza” (art 35 d.lgs 33/2019) con i riferimenti ai provvedimenti contingibili ed urgenti adottati

nell'ambito dell'emergenza COVID e finalizzati all'acquisto di materiali necessari. E' stata, inoltre, assicurata un'attività di supporto e consulenza alle strutture competenti per la pubblicazione dei dati di Amministrazione Trasparente, con monitoraggio semestrale. Per le sezioni di Amministrazione trasparente che comportano un aggravio di lavoro in capo alle Strutture preposte, sono state proposte da parte dell'RPCT modalità di pubblicazione almeno parzialmente automatizzate. Un grosso limite che viene spesso rilevato è sicuramente legato alla mancanza di sistemi informativi integrati che possano produrre un dato completo, in un unico report, contenente le informazioni richieste. Sul punto è in corso di realizzazione uno studio specifico per lo sviluppo delle interazioni fra i software. Nell'anno 2021 infine, è stato costituito il gruppo dei referenti pubblicatori individuati dai Direttori delle UO intestatarie degli obblighi di pubblicazione. Uno dei problemi da risolvere è quello relativo al flusso riguardante i pagamenti che interessano diverse UO tra di loro non coordinate facendo emergere la necessità di approntare una specifica procedura. A questo proposito si sono già organizzati alcuni incontri.

Modalità Operative del Programma Amministrazione Trasparente

- Il Responsabile aziendale per la Trasparenza coordina e controlla il processo di raccolta e di pubblicazione delle informazioni, dei dati e dei documenti per i quali è sancito l'obbligo della pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Frosinone
- Individua le strutture e le unità operative aziendali direttamente interessate alla produzione e alla sistematizzazione dei dati da pubblicare nei tempi previsti dall'allegato dalla Delibera ANAC n1310/2016 integralmente ripreso e facente parte integrante del presente Piano.

Trattandosi di mole di dati realmente imponente, il RPCT, in sinergia con l'OIV, effettuerà incontri con i Direttori e Responsabili di Struttura per il più efficace svolgimento possibile degli adempimenti e poter quindi stabilire un riparto di competenze puntuale e sostenibile entro il 31 dicembre 2024 secondo gli obiettivi di seguito riportati. Nel frattempo restano ferme le attribuzioni che derivano dal vigente Atto di autonomia aziendale.

Accesso civico per mancata pubblicazione di dati

L'art.5 del d.lgs.33/2013, modificato dall'art.6 del d.lgs.97/2016, riconosce a chiunque:

- il diritto di richiedere alle Amministrazioni documenti, informazioni o dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nei casi in cui gli stessi non siano stati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale (accesso civico "semplice");
- il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis (accesso civico "generalizzato"). Per quest'ultimo tipo di accesso si applicheranno le apposite Linee guida riportate dalla Delibera ANAC n.1309/2016 che viene allegata al presente atto. Si ritiene inoltre di approntare un Regolamento sia per l'Accesso Civico semplice che per quello generalizzato. Inoltre, da questo punto di vista, si ritiene di approntare un nuovo Regolamento per l'accesso agli atti L. 241/90.

Il Coordinamento e l'integrazione tra il PTPCT, la Trasparenza e il Piano sulla Performance (art. 10 del d.lgs. N. 150 del 2009)

La Asl di Frosinone, al fine di creare un collegamento fra il ciclo della performance e il Piano di prevenzione e Trasparenza programmerà, nel triennio di durata del PTCPT, di inserire negli strumenti del ciclo della performance obiettivi strategici, organizzativi e individuali e relativi indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, anche connessi all'obbligo in materia di trasparenza, con particolare riferimento: a performance organizzativa (art. 8 del d.lgs. n. 150 del 2009): all'attuazione di misure di prevenzione della corruzione, nonché la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, comma 1, lett. b), d.lgs. n. 150 del 2009); b. performance individuale (ex art. 9, d.lgs. n. 150 del 2009), in termini di obiettivi individuali relativi all'adozione delle misure di prevenzione della corruzione in capo ai soggetti individuati nel presente Piano. Dell'esito del raggiungimento degli obiettivi che saranno individuati all'interno del Piano della Performance in materia di prevenzione della corruzione occorrerà dare specificamente conto nell'ambito della Relazione delle performance (art. 10, d.lgs. n. 150 del 2009) e nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dove, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, occorrerà verificare i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Conferimento di Incarichi Dirigenziali in caso di particolari Attività o Incarichi precedenti

Il D.Lgs n.39 del 2013 ha disciplinato:

- Le particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- Le situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- Le ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

In tale ottica la ASL Frosinone verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui il Direttore Generale intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dal predetto D.Lgs. L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n.445 del 2000.

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'amministrazione si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs. n.39 e sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

Come forma di prevenzione si osserverà la seguente procedura:

- ✓ negli avvisi/bandi per l'attribuzione degli incarichi devono essere inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- ✓ i soggetti interessati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico. Copia di tale dichiarazione va trasmessa al Responsabile della prevenzione. Nel caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene

esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si scoprissero solo nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione effettuerà la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddirittorio, deve essere rimosso dall'incarico. Infatti la situazione di inconferibilità non può essere sanata.

Incompatibilità per specifiche Posizioni Dirigenziali

Per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per tutti i soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi o cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico"(art. 1d.lgs.n. 39).

Anche in questo caso la ASL di Frosinone verifica la sussistenza di eventuali condizioni di incompatibilità in capo ai dipendenti e/o soggetti cui il Direttore Generale intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dal predetto D.Lgs.

Il controllo verrà effettuato in occasione del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, di norma annualmente.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt.15e19 del d.lgs.n.39 del 2013 e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni e, inoltre, vigila affinché siano adottate le misure conseguenti.

In termini operativi si procederà come segue:

- Negli avvisi/bandi per l'attribuzione degli incarichi devono essere inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- I soggetti interessati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e durante l'espletamento dello stesso, annualmente. Copia di tale dichiarazione va trasmessa al Responsabile della prevenzione. La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la normativa ha considerato incompatibili tra di loro.

SEZIONE 3 ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

3.a Sottosezione di programmazione Struttura organizzativa

Come precisato nella Scheda Anagrafica dell'Amministrazione, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale; gli organi sono il Direttore Generale, il Collegio di Direzione e il Collegio Sindacale.

Le funzioni del Direttore Generale sono quelle previste dall'art. 3 del D. Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii. e dall'art. 9 della L.R. n. 18 del 16 giugno 1994 e ss.mm.ii. L'art. 8, comma 1 della L.R. n. 6 del 18 febbraio 2002, così come modificato dalla L.R. n. 4 del 28 aprile 2006, mantiene distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione, riservate esclusivamente al Direttore Generale, dalle funzioni di carattere gestionale, funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai Direttori Sanitario e Amministrativo ed agli altri Dirigenti dell'Azienda.

Il Direttore Generale attribuisce al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Presidio, di Distretto, di Dipartimento e ai Dirigenti responsabili di Struttura Complessa le funzioni loro spettanti:

- a) funzioni delegate dal Direttore Generale con i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivate dall'Istituto della delega;
- b) funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico o con specifico atto del Direttore Generale.

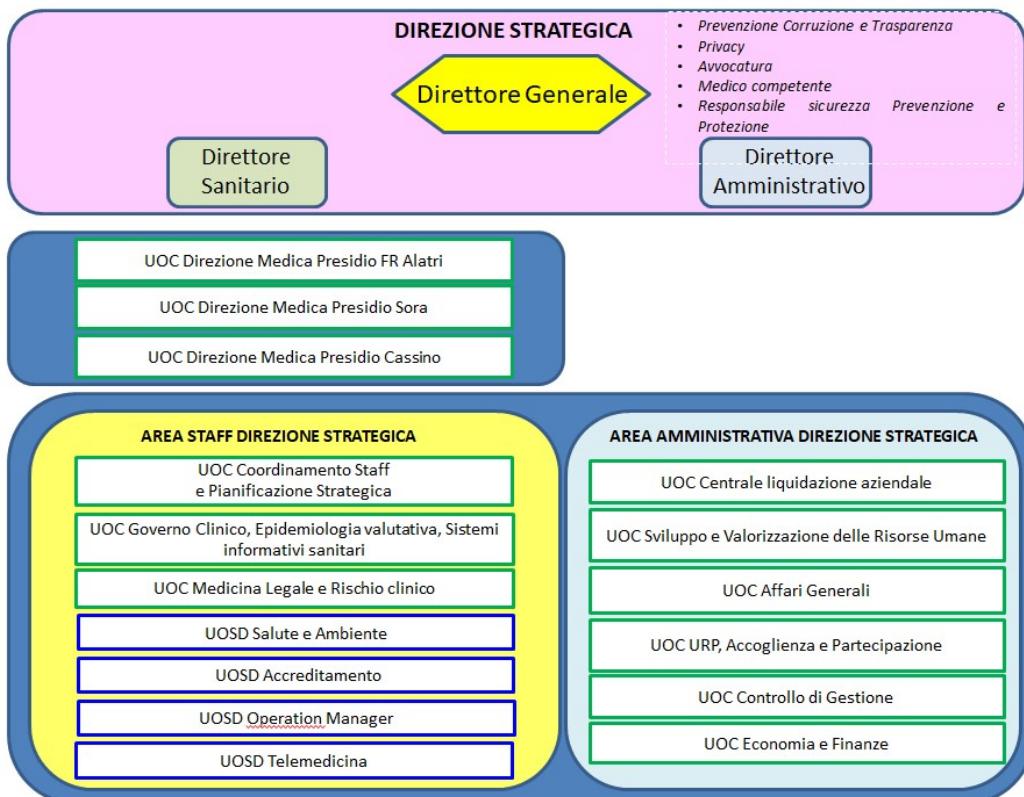
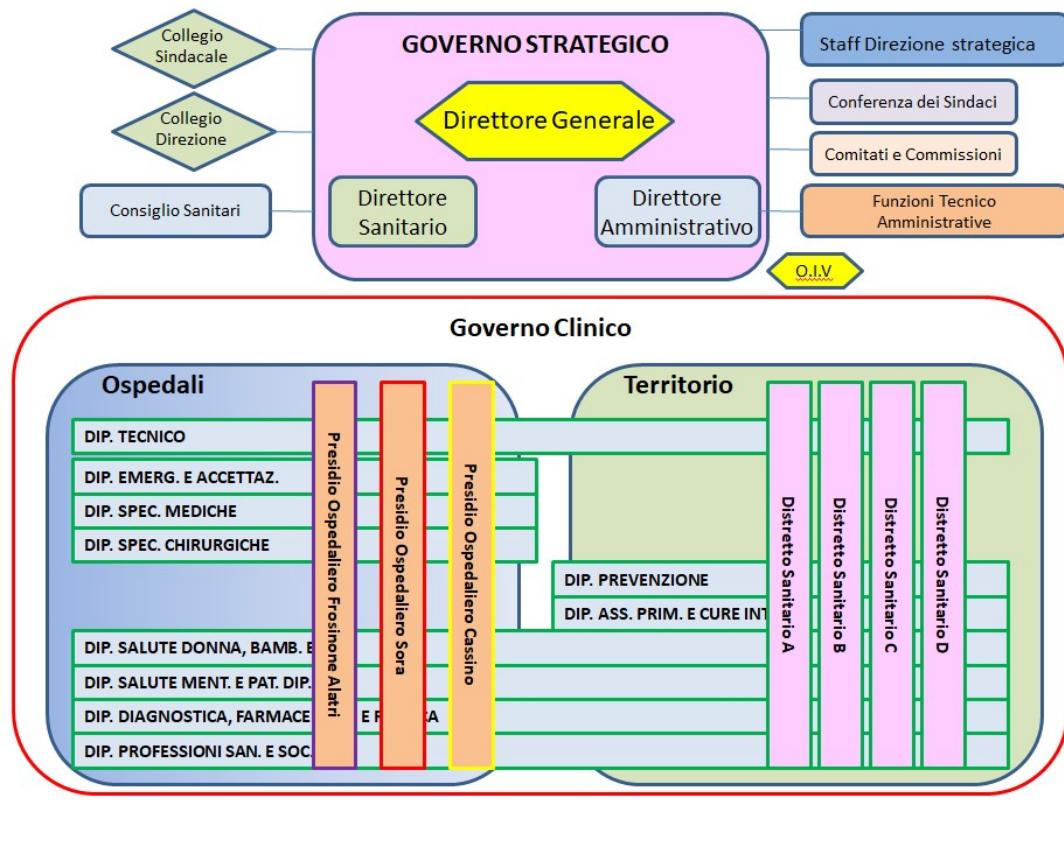
Il Direttore Generale ha le funzioni di alta amministrazione e le funzioni di datore di lavoro, mentre delega a vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale quali l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e adozione degli atti di gestione del personale stesso, l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti del budget assegnato e l'acquisizione delle entrate, l'approvazione degli atti di gara per lavori, forniture e servizi, la stipula dei contratti.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione quale Organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione dell'attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intramuraria. Il Collegio di Direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore Generale.

Spetta alla Direzione Strategica aziendale l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriannuali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo regionali; l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni; il governo e la gestione delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo professionale e formative; la pianificazione delle risorse e degli investimenti; il governo delle relazioni interne ed esterne; la garanzia della sicurezza e la prevenzione.

Il Collegio Sindacale verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico; vigila sull'osservanza della legge; accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa; riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è un fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività della ASL Frosinone alla Conferenza dei Sindaci.

3.a.1 Organigramma



3.a.2 Livelli di Responsabilità organizzativa

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 sovraintende 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, declinate in:

- 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.

3.a.3 Le unità organizzative

Le strutture possono essere articolate, secondo la normativa vigente in materia, nel modo seguente:

1) Unità Operative Complesse. Ogni Unità Operativa Complessa si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un *budget* (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo. Le unità operative complesse, che possono anche essere inserite all'interno di un Dipartimento, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell'ambito disciplinare;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione gestionale; per le strutture sanitarie la dotazione di personale è di norma superiore a n. 20 unità.

2) Unità Operative Semplici Dipartimentali. Le Unità Operative Semplici Dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre unità operative del Dipartimento e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo. Le Unità Operative Semplici Dipartimentali possono essere a valenza: dipartimentale, aziendale, inter-distrettuale.

3) Unità Operative Semplici. Le Unità Operative Semplici sono, di norma, l'articolazione di una struttura complessa definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate, a cui siano assegnate la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie. Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, solo in via secondaria, a dare soluzione a problemi organizzativi.

Dette articolazioni sono graduate sulla base del sistema di pesatura, secondo i criteri previsti sia dai contratti nazionali di lavoro che dalla contrattazione integrativa aziendale.

Il CCNL 2016-2018 Area Sanità, innova gli incarichi professionali mediante:

- l'introduzione delle seguenti tipologie: (a) incarico di altissima professionalità a valenza dipartimentale; (b) incarico di altissima professionalità quale articolazione di struttura complessa;
- la rimodulazione degli incarichi di alta specializzazione e di consulenza, studio, ricerca, ispettivi, di verifica e controllo;
- la prevista obbligatorietà del conferimento degli incarichi professionali di base ai dirigenti con meno di

cinque anni di attività.

Il CCNL 2016-2018 Area Comparto, con riferimento agli incarichi di funzione, prevede la suddivisione in: (a) incarico di organizzazione; (b) incarico professionale. L'incarico di organizzazione comporta l'assunzione di specifiche responsabilità nella gestione dei processi organizzativi, nonché l'acquisizione di specifiche esperienze professionali di coordinamento. L'incarico professionale svolge, invece, specifiche attività individuate nell'assetto organizzativo della struttura di riferimento.

3.a.4 Specificità del modello organizzativo

In coerenza con quanto stabilito dall'articolo 17 bis del D. Lgs. n. 502/92, così come modificato ed integrato dal D. Lgs.n. 229/99, L'ASL di Frosinone ha scelto l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività di propria competenza.

Il Dipartimento è un'aggregazione di Unità Operative Complesse e prevede l'attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti sia di tipo professionale, in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi.

I Dipartimenti si dividono in Dipartimenti a Struttura (Dipartimento Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza e Dipartimento di Prevenzione) e Dipartimenti a Funzione.

Il Dipartimento a Funzione non attraversa verticalmente la struttura aziendale ma la coordina trasversalmente, intendendo con ciò che si tratta di una struttura di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Non ha un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative afferenti al Distretto ed agli Ospedali ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento della funzione alla quale è preposto.

I Dipartimenti a Struttura hanno una maggiore autonomia rispetto alle altre strutture organizzative aziendali (Ospedale e Distretto) e con una dirigenza "verticale" più marcata.

I Dipartimenti Sanitari dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone sono così articolati:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza
- Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie
- Dipartimento della Diagnostica, Farmaceutica e Ricerca
- Dipartimento di Emergenza Accettazione
- Dipartimento di Specialità Chirurgiche
- Dipartimento di Specialità Mediche
- Dipartimento della Salute della Donna, del Bambino e dell'età evolutiva
- Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali

I Dipartimenti menzionati trovano giustificazione nella logica organizzativa che individua il Dipartimento quale modello ideale di coordinamento con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per le attività ad esso correlate, finalizzato a perseguire obiettivi e finalità comuni.

Al Dipartimento competono, in ogni caso, le funzioni di governo clinico, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria e, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche);
- perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di *budget*;
- tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- negoziare gli obiettivi di *budget* con la Direzione Strategica ricercando la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di *day hospital* e di *day surgery*;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Al fine di ottimizzare le risorse disponibili e di garantire al contempo la migliore efficacia dei processi assistenziali vengono previste altre forme organizzative, da attivare su singole tematiche e/o su singole linee progettuali per il tempo necessario al loro svolgimento.

I modelli previsti attivabili sono:

- a) le reti professionali. Vengono attivate quando si renda necessario collaborare tra singoli professionisti o specifiche Unità operative in funzione del raggiungimento di un obiettivo comune. Tali reti non rispondono a logiche gerarchiche verticali, bensì ad un'organizzazione "orizzontale" del lavoro orientata agli obiettivi. I principi fondanti sono pertanto il "mutuo adattamento", l'impegno e la reciprocità degli scambi professionali. Tale rete professionale connette quanti partecipano a un'organizzazione reale di specifici e complessi processi di lavoro, laddove essi non coincidano con l'organizzazione formale dell'azienda. Le reti professionali sono finalizzate quindi a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico.
- b) i Gruppi Operativi Interdisciplinari. Vengono attivati in funzione della diffusione e dello sviluppo delle conoscenze scientifiche, di azioni di miglioramento della qualità e di governo clinico. Sono costituiti

da più professionisti appartenenti a discipline e/o UU.OO. differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. Alla categoria dei Gruppi Operativi Interdisciplinari appartengono i Gruppi Oncologici Multidisciplinari (GOM). Questi si configurano come gruppi di multidisciplinari composti dagli specialisti che, come loro attività esclusiva o prevalente, partecipano alla definizione e alla attuazione pratica del percorso diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti oncologici per singole patologie di organo o apparato. La composizione dei GOM è definita e periodicamente aggiornata in relazione all'interesse e all'expertise dei professionisti, con particolare attenzione alla presenza dei professionisti delle discipline "core team" specifiche per la patologia, e prevede e promuove la possibilità di partecipazione del MMG.

3.b Sottosezione di programmazione - Organizzazione del lavoro agile

Nell'ambito della Sezione relativa all'organizzazione e capitale umano, si inserisce l'organizzazione del "lavoro agile", in coerenza con gli obiettivi di sviluppo di modelli innovativi di organizzazione del lavoro anche da remoto.

Il c.d. lavoro agile o *smartworking* 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.

Il Piano Operativo del Lavoro Agile dell'ASL di Frosinone, in corso di approvazione da parte della Direzione Aziendale, 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.

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;

3.b.1 Condizioni e fattori abilitanti del lavoro agile

Nelle more della regolamentazione dei contratti collettivi nazionali che disciplineranno a regime l'istituto per gli aspetti non riservati alla fonte unilaterale, l'ASL di Frosinone intende adottare 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 come sopra richiamato (P.O.L.A.) ed allegato.

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 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 si procederà secondo gli obiettivi riassunti nella **Scheda n. 2** (vedi *infra*). In particolare verranno definiti e formalizzati i ruoli e delle responsabilità; le attività espletabili da remoto sono individuate dal Direttore/Dirigente di Struttura e l'ammissione avviene previa sottoscrizione di uno specifico accordo tra detto Dirigente e il Dipendente.

Sarà poi necessaria un'attività di informazione e di formazione sia per i Dirigenti di Struttura che per i dipendenti interessati.

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.

3.b.2 Gli obiettivi

Nel corso del prossimo triennio si mira a raggiungere l'obiettivo di avere almeno il 60% dei dipendenti addetti a mansioni dematerializzabili che possano espletare potenzialmente la propria attività lavorativa, totalmente o parzialmente, in maniera delocalizzata. Sotto tale profilo si lavorerà al consolidamento degli strumenti digitali. Per tale ragione l'attuazione del P.O.L.A. deve intendersi in continua evoluzione, in quanto sarà oggetto di periodici aggiornamenti in ragione delle nuove ed emergenti esigenze aziendali, sulla base delle osservazioni e valutazioni che saranno formulate dai Direttori/Dirigenti di Struttura, ciascuno per il proprio ambito di competenza.

3.b.3 I contributi al miglioramento della performance

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, gli indicatori sia di monitoraggio che di valutazione finale.

Scheda 2

STEP	OBIETTIVI	DESCRIZIONE	RESPONSABILI	TEMPISTICA
1	Redazione del Regolamento per l'esercizio del lavoro in modalità agile	1) Delibera di adozione del Regolamento, con definizione di ruoli e responsabilità; accordo individuale; piano di formazione; mappatura delle strutture interessate	POLA	I° semestre 2022
2	revisione della mappatura delle attività espletabili da remoto	Analisi delle attività che possono essere espletate da remoto previa definizione del lavoro per cicli, fasi ed obiettivi	Aggiornamento della mappatura	II° semestre 2022
3	Formazione per dirigenti e dipendenti	<p>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</p> <p>-----</p> <p>Piano formativo per i dipendenti, deve comprendere l'aggiornamento delle competenze digitali e 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</p>	A cura UOC Personale	2023

3. b. 4 Qualità percepita del lavoro agile

Negli incontri propedeutici alla redazione del piano alcuni Dirigenti hanno rilevato delle criticità incontrate e definito i modi con cui superarle.

L'adesione del personale al lavoro agile nel periodo della pandemia denota in generale un giudizio positivo dell'esperienza dell'applicazione del lavoro agile; il personale è ben predisposto a vedere il lavoro agile come una opportunità organizzativa da cogliere per il futuro ai fini del miglioramento del benessere organizzativo, della conciliazione vita lavorativa e vita privata, di risparmio sui costi di trasporto.

Si rappresenta sin da ora che, sulla base delle mappature effettuate da ciascun Direttore/Dirigente Responsabile della Struttura, si procederà all'applicazione del P.O.L.A. con il fine di superare le eventuali criticità emerse nel passato e che verranno rilevate in corso di applicazione e pertanto la predetta mappatura sarà oggetto di costante e periodico aggiornamento.

3.c Sottosezione di programmazione (Piano triennale dei fabbisogni di personale Piano Triennale del Fabbisogno di personale)

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale è aggiornato e adottato annualmente, in coerenza con l'organizzazione degli uffici e dei servizi e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance, per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

I piani di fabbisogno triennale, potranno subire modifiche o integrazioni a seguito di ulteriori indicazioni ministeriali relative ai criteri di determinazione del fabbisogno del personale o dall'introduzione di una specifica metodologia di valutazione di tale fabbisogno.

Per molti anni le Aziende del SSN sono state chiamate a trovare soluzioni per rispondere ai continui cambiamenti nel contesto economico, politico e demografico, e rispettando le indicazioni vincolanti della normativa nazionale e regionale nell'ambito della gestione delle risorse umane. Tra gli esempi più rilevanti di tali vincoli di contesto, ricordiamo il blocco del turnover, l'ancoraggio della spesa del personale al costo del 2004 (-1,4% ogni anno), la riduzione nel numero degli incarichi di struttura (si chiede attenzione a quanto evidenziato nella tabella riepilogativa della consistenza del personale nella voce "Direttore Struttura Complessa"), l'adeguamento del settore sanitario alla normativa comunitaria in merito all'orario di lavoro del personale sanitario (art. 14 legge 161/2014). Previsioni normative inserite in un contesto di blocco dei rinnovi contrattuali e di mercato invecchiamento degli organici aziendali: condizioni che, se da una parte hanno permesso riorganizzazioni e innovazioni interne alle Aziende sanitarie e dunque hanno generato forme di efficientamento, dall'altra, con il loro perdurare, hanno comportato invecchiamento e demotivazione della popolazione lavorativa del SSN. Le diverse misure di contenimento della spesa degli ultimi anni e, in particolare, quella relativa ai vincoli assunzionali, hanno determinato una significativa riduzione del personale SSN. Ne discende che, le attuali condizioni lavorative, determinano, nel personale delle Aziende Sanitarie, una condizione di malessere correlata allo stress psicofisico e alle scarse prospettive di miglioramento individuale, tuttavia rimangono radicati quei valori profondi sottesy dalla natura e al tipo di lavoro e professione che svolgono, con un senso di appartenenza che si è sviluppato più verso la propria professione che verso l'Azienda, nella quale l'obiettivo primario è oggi il contenimento dei costi.

Con un monitoraggio di 17 anni dal 2003-2020, il personale dipendente a tempo indeterminato e determinato dell'Area Dirigenziale e Comparto è diminuito complessivamente del 29,42%, passando da 5.194 unità del 31/12/2003 a 3.666 del 31/12/2020 (-1.528 unità). Il SSN si è così trovato in forte difficoltà all'inizio della pandemia da Covid-19. Una normativa speciale per il settore sanitario si è resa subito necessaria (D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge n. 27/2020) per riuscire a reclutare tempestivamente il personale necessario, con diverse forme contrattuali, con procedure semplificate e in deroga ai vincoli di spesa vigenti. Con riferimento alla normativa si rappresenta che, da una attenta analisi, si evidenzia che a distanza di 12 mesi, dal 31 dicembre 2020 al 31 dicembre 2021 il personale a tempo determinato è incrementato del 184,61% applicando procedure e/o direttive straordinarie come di seguito si rappresenta:

MANIFESTAZIONE DI INTERESSE: gli artt. 2 bis e 2 ter del D.L. 18/2000 e ss.mm.ii. per come integrati dal comma 423 dell'art. 1 Legge 178/2020 hanno previsto, al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica, la possibilità di indire avvisi di manifestazioni di interesse per l'acquisizione di personale, in considerazione della celerità delle procedure rispetto agli ordinari canali assunzionali, solo nel caso di

assenza di graduatorie di concorso o di avviso per sopperire alla carenza di figure professionali strettamente collegate all'emergenza pandemica.

ORDINANZA DEL PRESIDENTE N. Z00009 del 17 marzo 2020 avente ad oggetto **“Procedure in materia di reclutamento del personale durante la fase emergenziale”** con la quale la Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, la fine di fronteggiare l'emergenza e garantire un'equa distribuzione del personale necessario a rispondere alle criticità nelle Aziende ed Enti del SSR, ha ribadito la necessità che le graduatorie siano gestite a livello centralizzato dalla cabina di regia, che provvederà all'equa ripartizione del personale ivi presente, sulla base dei rispettivi fabbisogni aziendali espressi;

DISPOSIZIONI REGIONALI

Determinazione n. G06240 del 25 maggio 2021;

Determinazione n. G12112 del 06 ottobre 2021;

relative alla gestione del personale del SSR e alla regolamentazione delle modalità assunzionali, nei casi di specifica richiesta **“applicazione della facoltà di opzione”**.

3.c.1 Rappresentazione della consistenza di personale al 31 dicembre dell'anno precedente

Tabella Consistenza del personale 2003-2021

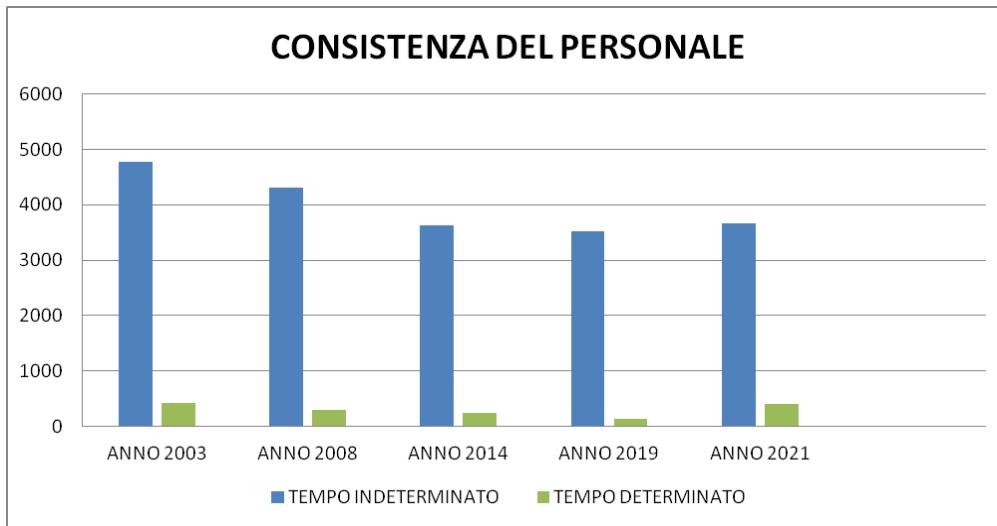
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI FROSINONE															
UOC AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE															
	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2003	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2003	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2003	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2014	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2019	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2021
RUOLO SANITARIO															
PERSONALE DIRIGENTE															
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA	79	0	79	85	0	85	33	0	33	34	0	34	30	0	30
DIRIGENTE ODONTOIATRA STRUTTURA COMPLESSA	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENTE VETERINARIO STRUTTURA COMPLESSA	8	0	8	5	0	5	3	0	3	0	0	0	1	0	1
DIRIGENTE PSICOLOGO STRUTTURA COMPLESSA	5	0	5	5	0	5	3	0	3	1	0	1	0	0	0
DIRIGENTE CHIMICO STRUTTURA COMPLESSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIRIGENTE FARMACISTA STRUTTURA COMPLESSA	4	0	4	2	0	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1
TOTALI PARZIALI	97	0	97	97	0	97	40	0	40	36	0	36	32	0	32
DIRIGENTE MEDICO	721	80	801	648	99	747	584	55	639	588	33	621	602	69	671
DIRIGENTE ODONTOIATRA	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1
DIRIGENTE VETERINARIO	49	15	64	63	63	60	1	61	53	21	74	67	9	76	
DIRIGENTE PSICOLOGO	65	65	63	3	66	56	3	59	46	2	48	39	28	67	
DIRIGENTE FISICO	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
DIRIGENTE FARMACISTA	10	1	11	7	9	16	6	9	15	12	8	20	19	5	24
DIRIGENTE CHIMICO	4	0	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
DIRIGENTE BIOLOGO	22	1	23	16	1	17	11	1	12	10	1	10	11	5	16
DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE									2			2			
TOTALI PARZIALI	873	97	970	804	112	916	722	69	791	716	64	778	744	116	858
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	970	97	1067	901	112	1013	762	69	831	752	64	816	776	116	892

	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2013	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2013	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2013	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2014	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2019	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2021
PERSONALE RIABILITAZIONE															
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA DS			0	7	7	4		4	2		2				0
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA D	56	51	107	76	2	78	74	2	76	65	65	64	10	74	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA DS			0	1	1	1		1	1		1	1			1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA D	5	11	16	22		22	21		21	21		21	22		22
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOPTISTA DS			0		0			0			0				0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOPTISTA D	4		4	3	3	3		3	1		1	1			
COLLABORATORE AUDIOMETRISTA D	3		3	3	3	3		3	1		1	1			
COLL.RE PROF.LE SANIT. EDUCATORE PROF.LE D	2		2	5	5	5		5	5		5	4			
COLLAB. PROF.LE TERAPISTA OCCUPAZIONALE D		0		0		0		0			0				0
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA DS			0	1	1	1		1	1		1				0
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA D				0	3	2	5	3	1	4	4		1	13	14
MASSOFISIOTERAPISTA BS	1		1	1	1	1		1		1	1		1		
TECNICO RIABILITAZIONE PSICHiatrica			0		0			0	3		3	5			1
TOTALE	71	62	122	4	116	3	105	0	100	23	121				

	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2003	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2003	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2003	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2014	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2019	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2021
PERSONALE INFERNERISTICO															
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS	5		5	4		4	3		3	1		1			0
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS (ex caposala)	86		86	64		64	36		36	20		1	21	17	17
COLL.RE PROF.LE SANI. ESPERTO DS(ostetrica)			0	7		7	7		7	2		2	2		0
COLL.RE PROF.LE SANITARIO OSTETRICA D	67	6	73	67	3	70	65	3	68	54	1	55	67	7	74
COLL.RE PROF.LE SANITARIO INFERNIERE PED. D	27	5	32	32	3	35	26	3	29	21		21	17		17
COLL.RE PROF.LE SAN. ESPERTO DS (ass.sanitario)			0	7		7	4		4	2		2	2		2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ASS. SANITARIO D	14	0	14	5		5	4		4	3		3	3		3
INFERNIERE GENERICO C				0	62	62	36		36	7		7			0
INFERNIERE GENERICO BS	115	0	115	10		10	4		4	1		1			0
COLLAB. PROF.LE INFERNIERE D	1640	22	1662	1567	23	1590	1442	18	1460	1529	63	1592	1749	73	1822
COLLAB. PROF.LE INFERNIERE D - PERS. PENITENZIARIO										4		4			4
INFERNIERE C			0			0			0			0			0
COLLAB. PROF.LE ESPERTO DS (dietista)			0	1		1			0			0			0
COLLAB. PROF.LE DIETISTA D	6	6	3		3	3		3	2		2				0
PUERICULTRICE C			0	28		28	22		22	8		8	6		0
PUERICULTRICE BS	47	47	14		14	6		6	2		2				0
TOTALE	2007	33	2040	1871	29	1900	1658	24	1682	1656	65	1717	1867	80	1942

RUOLO PROFESSIONALE		PERSONALE A T.I. AL 31/12/2003	
PERSONALE DIRIGENTE			
DIRIGENTE ARCHITETTO	1	1	1
DIRIGENTE AVVOCATO	0	2	2
DIRIGENTE INGEGNERE	2	2	1
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE ASSISTENTE RELIGIOSO D	1	1	0
TOTALE PARZIALE	3	1	4
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	3	1	4
RUOLO AMMINISTRATIVO			
DIRIGENTE AMM.VO STRUTT. COMPL.	8	8	6
DIRIG. AMM.VO	11	11	13
TOTALE PARZIALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO	19		
PERSONALE AMMINISTRATIVO			
COLL.RE AMM.VO PROF.LE ESPERTO	9	9	18
COLL.RE AMM.VO PROF.LE	36	36	104
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. LEGALE		0	3
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. SOCIOLOGICO	1	1	2
ASS. AMM.VO	142	142	132
COAD. AMM.VO ESPERTO	1	1	10
COAD. AMM.VO	127	53	180
COMMESO	39	39	17
TOTALE PARZIALE COMPARTO RUOLO AMM.VO	355	53	408
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	374		
TOTALE GENERALE	4.773	421	5.194
			4.306
			297
			4.603
			3.623
			244
			3.867
			3.523
			144
			3.664
			3.668
			407
			4.069
PERSONALE A T.I. AL 31/12/2003	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2003	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2003	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2003
PERSONALE A T.D. AL 31/12/2003	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2003	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008
TOTALE PERSONALE AL 31/12/2003	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2003	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008
PERSONALE A T.I. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008
PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2008
TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2008
PERSONALE A T.I. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014
PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2014
TOTALE PERSONALE AL 31/12/2014	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2014	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2014	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2014
PERSONALE A T.I. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019
PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2019
TOTALE PERSONALE AL 31/12/2019	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2019	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2019	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2019
PERSONALE A T.I. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.I. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021
PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021	PERSONALE A T.D. AL 31/12/2021
TOTALE PERSONALE AL 31/12/2021	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2021	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2021	TOTALE PERSONALE AL 31/12/2021

Nell'anno 2021 si evidenzia un incremento di personale a tempo determinato del 285% a seguito del proseguimento dello stato di emergenza COVID - 19.



PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2021		T.I.	T.D.	TOT.
RUOLO SANITARIO	DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	776	116	892
	COMPARTO RUOLO SANITARIO	2.190	150	2.340
RUOLO TECNICO	DIRIGENZA	3		3
	COMPARTO	390	138	528
RUOLO PROFESSIONALE	DIRIGENZA	7		7
RUOLO AMMINISTRATIVO	DIRIGENZA	17	2	19
	COMPARTO	285	1	286
TOTALE		3.668	407	4.075

Ovviamente il personale assunto a tempo determinato nell'anno 2020 e 2021 è stato utilizzato per rispondere alla crisi sanitaria, per le attività di *contact tracing*, per incrementare il numero dei tamponi, per la campagna di vaccinazione. I professionisti reclutati attualmente sono, almeno in parte, impegnati a recuperare le prestazioni rinviate in emergenza e ad adeguare il modello sanitario alle esigenze che si sono mostrate inderogabili a seguito della pandemia. Considerato l'intenso fabbisogno espresso nell'ultimo anno e mezzo, è verosimile che siano stati reclutati tutti gli operatori disponibili sul mercato del lavoro e che, quindi, qualsiasi procedura di selezione concorsuale del personale riguarderebbe comunque questa stessa popolazione lavorativa, ora in servizio nelle strutture sanitarie con contratti di lavoro flessibile. Le politiche del personale delle Aziende sanitarie sono chiamate a interrogarsi, quindi, su come valorizzare queste risorse professionali per lo sviluppo del nuovo modello di funzionamento e di erogazione dei servizi.

Il personale con un rapporto di lavoro di subordinazione a tempo determinato costituito per fronteggiare l'emergenza pandemica, ai sensi del D.L. n. 18/2020, mediante espletamento di procedura concorsuale, scorimento di graduatoria di concorso pubblico, avviso pubblico, manifestazione d'interesse, rientra in un'ampia fetta di personale non soddisfatto, spesso alla ricerca di strumenti di tutela per far valere i propri diritti e conseguire un posto a tempo indeterminato, dopo anni di precariato o turni particolarmente impegnativi (compreso lo straordinario) per garantire l'erogazione della necessaria assistenza.

L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone manifesta la necessità, condivisa dalla Regione Lazio e dalle OO.SS., di un attento monitoraggio del personale in servizio presso questa Azienda con rapporti di lavoro a tempo determinato, di collaborazione, altra tipologia contrattuale e a tempo indeterminato (evidenziando le cessazioni certe e presunte per l'anno 2022) in considerazione delle sfide che la Sanità di Frosinone dovrà affrontare nei prossimi anni, gestire la fase post- pandemia, ridurre i tempi di attesa, recuperare le prestazioni che non si sono potute erogare in fase pandemica, valorizzare la sanità territoriale per incrementare i servizi di presa in carico, prevenzione e diagnosi precoce delle patologie e nell'assistenza post ospedaliera soprattutto delle fasce d'età più avanzate, di provvedere alla programmazione delle procedure concorsuali necessarie al soddisfacimento del fabbisogno assunzionale espresso dalla ASL di Frosinone con il Piano Triennale dei Fabbisogni del personale 2021-2023.

3.c.2 Programmazione strategica delle risorse umane: Piano Triennale dei Fabbisogni 2021-2023

Il Piano Triennale dei Fabbisogni del personale si fonda su una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell'Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitante direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi. Esso deve essere compatibile con l'equilibrio economico - patrimoniale dell'Azienda, nonché rispettare gli obiettivi previsti dalla normativa vigente.

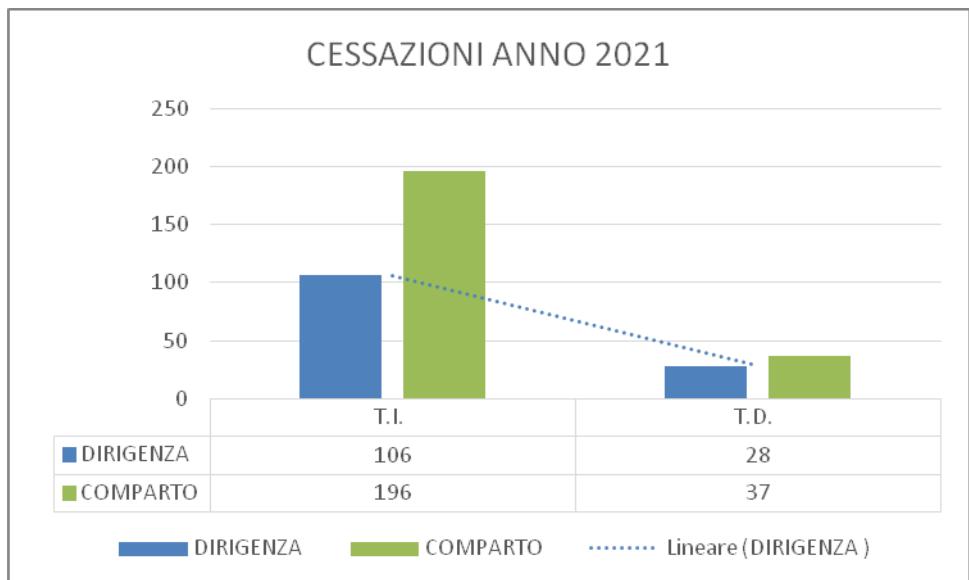
PTFP 2021 – 2023 TEMPO	2021	2022	2023
<u>INDETERMINATO</u>			
<i>Assunzioni</i>	214	459	469

Le assunzioni avvenute nell'anno 2021 e le nuove previsioni di assunzione (anno 2022) sono principalmente dovute alle inaspettate ed urgenti necessità di potenziamento del personale che l'Azienda si è trovata a dover effettuare al fine di fronteggiare l'emergenza sanitaria da COVID 19. Tale necessità emergenziale ovviamente comporta anche un rilevante impatto, sia in termine di acquisizione di personale che di relativa spesa, nel corso dell'anno 2022, con stabilizzazione su dodici mesi del personale assunto con rapporto di lavoro di dipendenza.

PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2021-2023

Le risorse sono state individuate, per quanto riguarda la predisposizione del Piano dei Fabbisogni degli anni 2021 - 2023 tenendo conto:

- della programmazione delle assunzioni già autorizzate, ma che la scrivente Azienda completerà nel corso dell'attuazione del presente Piano, tenuto altresì conto delle predette carenze nel di alcune professionalità, tra cui professionalità mediche 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;
- della programmazione di nuove attività;
- delle assunzioni, autorizzate e non completate;
- dei fabbisogni per la copertura dei posti in consistenza che si rendono vacanti per cessazioni;
- delle analisi delle cessazioni "certe" quelle già intervenute alla data della rilevazione, nonché le fattispecie future di collocamento a riposo per le quali alla medesima data è stato disposto un atto da parte dell'amministrazione.



- della previsione puntuale delle cessazioni inerente agli anni 2022-2023 concernenti l'anzianità contributiva e raggiungimento limiti di età.

	Anno 2022	Anno 2023
Cessazioni	192	91

3.c.3 Strategia di copertura del fabbisogno

Al fine di far fronte alla forte carenza di personale medico delle specialità emergenza-urgenza, medicina interna, ortopedia, radiologia, anestesia-rianimazione, pediatria e ginecologia, sono individuati diversi canali e modalità di reclutamento.

1. D.LGS.VO 75/2017 ART. 20 COMMA 1 e 2 recante modifiche e integrazioni al decreto legislativo 30.03.2001, n. 165, che all'articolo 20 detta le disposizioni in materia di "Superamento del Precariato nelle Pubbliche Amministrazioni.

Le amministrazioni, al fine di superare il precariato, ridurre il ricorso ai contratti a termine e valorizzare la professionalità acquisita dal personale con rapporto di lavoro a tempo determinato, possono, fino al 31 dicembre 2023, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e con l'indicazione della relativa copertura finanziaria, assumere a tempo indeterminato personale non dirigenziale che possieda tutti i seguenti requisiti:

(Stabilizzazione "diretta") comma 1

- a) risultati in servizio successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015 con contratti a tempo determinato presso l'amministrazione che procede all'assunzione o, in caso di

amministrazioni comunali che esercitino funzioni in forma associata, anche presso le amministrazioni con servizi associati;

- b) sia stato reclutato a tempo determinato, in relazione alle medesime attività svolte, con procedure concorsuali anche espletate presso amministrazioni pubbliche diverse da quella che procede all'assunzione;
- c) abbia maturato, al 31 dicembre 2022, alle dipendenze dell'amministrazione di cui alla lettera a) che procede all'assunzione, almeno tre anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi otto anni.

(Stabilizzazione mediante concorso) comma 2

Fino al 31 dicembre 2022, le amministrazioni possono bandire, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di cui all'articolo 6, comma 2, e ferma restando la garanzia dell'adeguato accesso dall'esterno, previa indicazione della relativa copertura finanziaria, procedure concorsuali riservate, in misura non superiore al cinquanta per cento dei posti disponibili, al personale non dirigenziale che possiede tutti i seguenti requisiti:

- a) risulti titolare, successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 124 del 2015, di un contratto di lavoro flessibile presso l'amministrazione che bandisce il concorso;
- b) abbia maturato, alla data del 31 dicembre 2022, almeno tre anni di contratto, anche non continuativi, negli ultimi otto anni, presso l'amministrazione che bandisce il concorso.

2. Articolo 1 Comma 268, lett. B, della Legge 30 dicembre n. 234.

Il comma 268 sopra richiamato introduce nell'ordinamento una nuova disciplina di stabilizzazione del personale delle aziende e degli enti del SSN, finalizzata alla valorizzazione della professionalità acquisita durante la fase emergenziale da COVID-19

La norma, in particolare, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, prevede la possibilità di assumere il personale del ruolo sanitario e gli operatori socio-sanitari, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali, ivi incluse le selezioni di cui all'articolo 2-ter del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, e che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale almeno diciotto mesi di servizio, anche non continuativi, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022, secondo criteri di priorità definiti da ciascuna regione.

3. Art. 3 comma 61 della Legge n. 350 del 24 dicembre 2003 (nota prot. 60523 del 05/12/2016 - Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali- Area Risorse Umane).

4. Utilizzare graduatorie concorsuali vigenti.

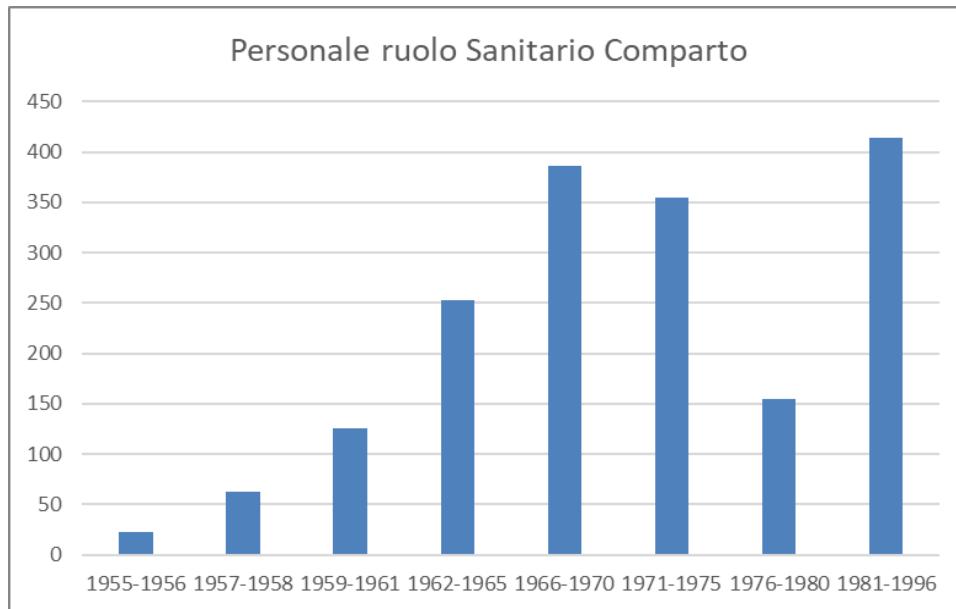
5. Ricorrere ai concorsi unici centralizzati.

Il sistema di reclutamento nella fase pre - emergenza seguiva procedure complesse e dattate che programmavano le assunzioni legandole al concetto di pianta organica e non ai fabbisogni reali.

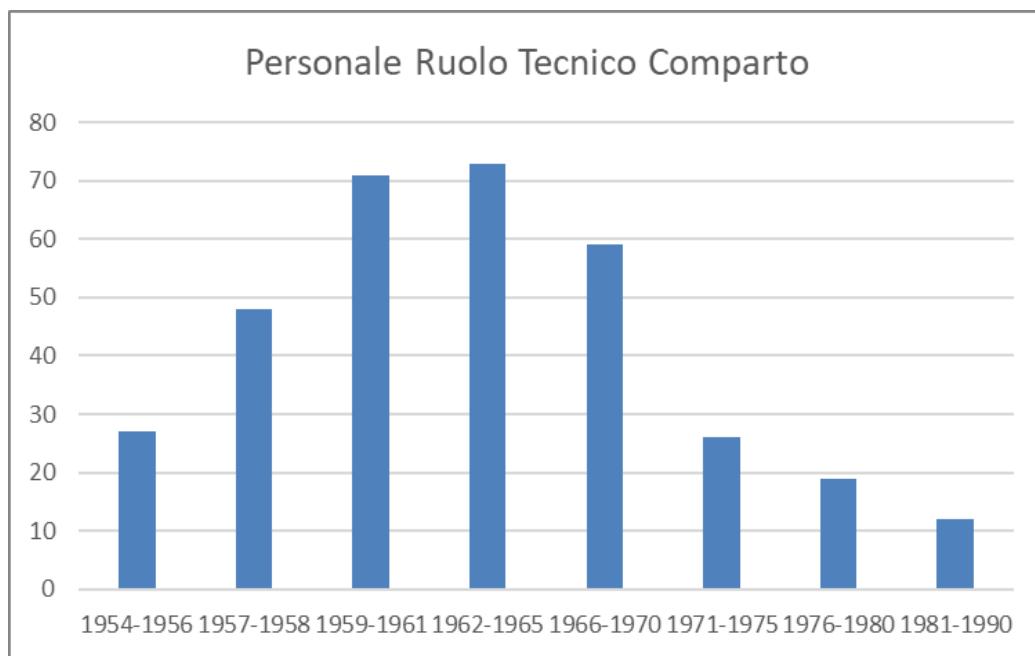
Nella fase Covid si è registrato un incremento di assunzioni avvenute con modalità rapidissime e con l'attribuzione di incarichi disponibili anche in deroga a precedenti divieti. Si è assistito quindi a una semplificazione delle normative e ad assunzioni atte a rispondere ai fabbisogni immediati.

Per il post Covid ci si aspetta una semplificazione delle regole di reclutamento, l'introduzione di regole agili e flessibili per l'assegnazione di incarichi, il rendere permanenti le procedure di assunzione degli specializzandi e la stabilizzazione del personale sanitario assunto durante l'emergenza.

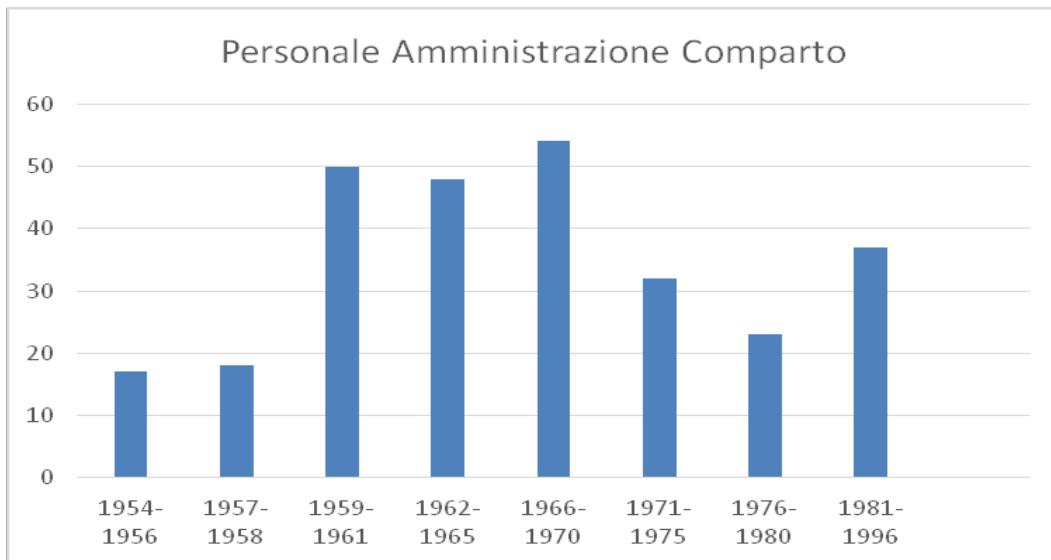
Una sfida ulteriore che attende all'Azienda sanitaria Locale di Frosinone è il tema del ricambio generazionale. Da una attenta valutazione del personale in servizio, al I trimestre 2022, con i grafici sotto riportati si rappresenta l'attuale situazione.



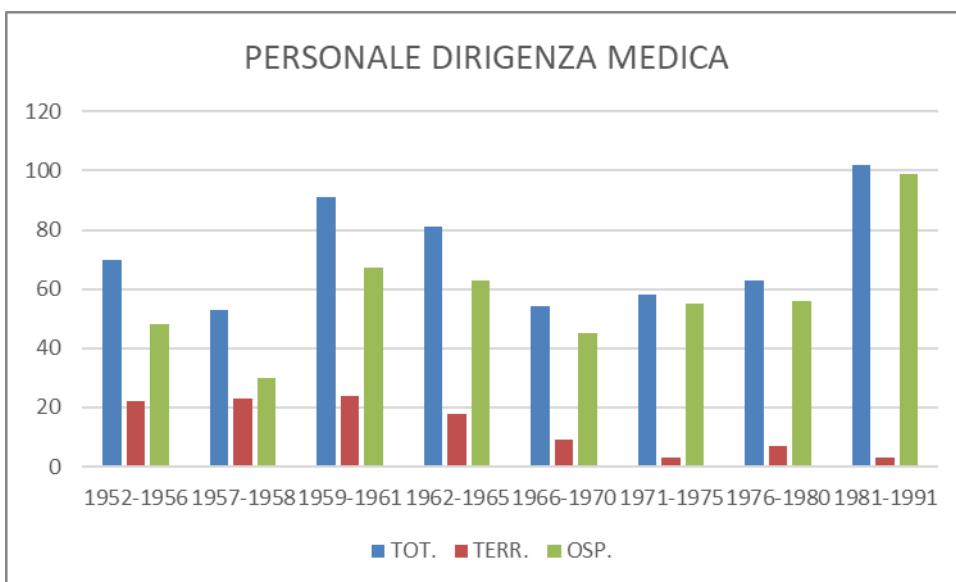
Con le assunzioni avvenute nell'anno 2020-2021 e I trimestre 2022 nell'Area Comparto - ruolo sanitario, prevale la presenza di personale con età dai 26 anni ai 40 anni.



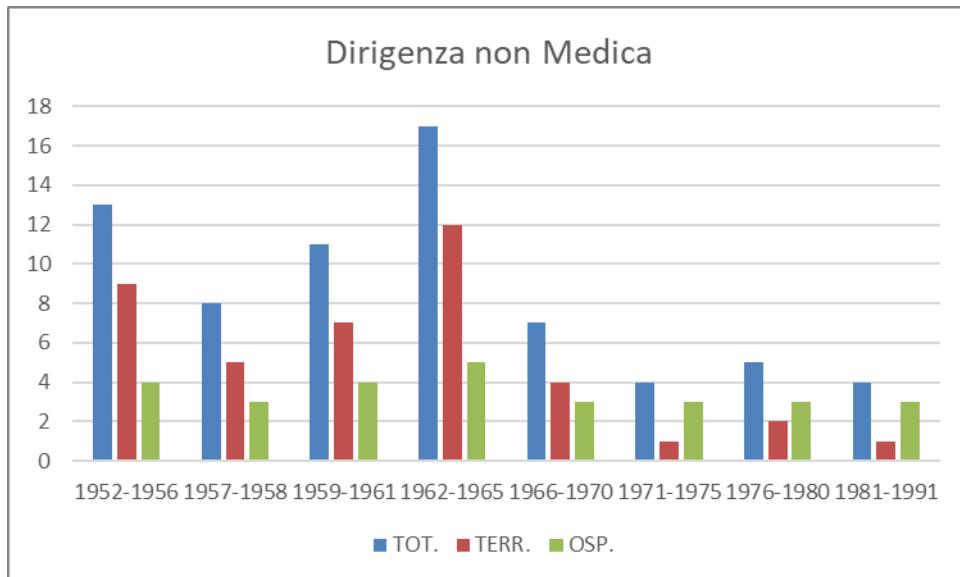
Con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 - 2021 e I trimestre 2022 nell'Area Comparto - ruolo Tecnico, prevale la presenza di personale con età dai 57 anni ai 60 anni.



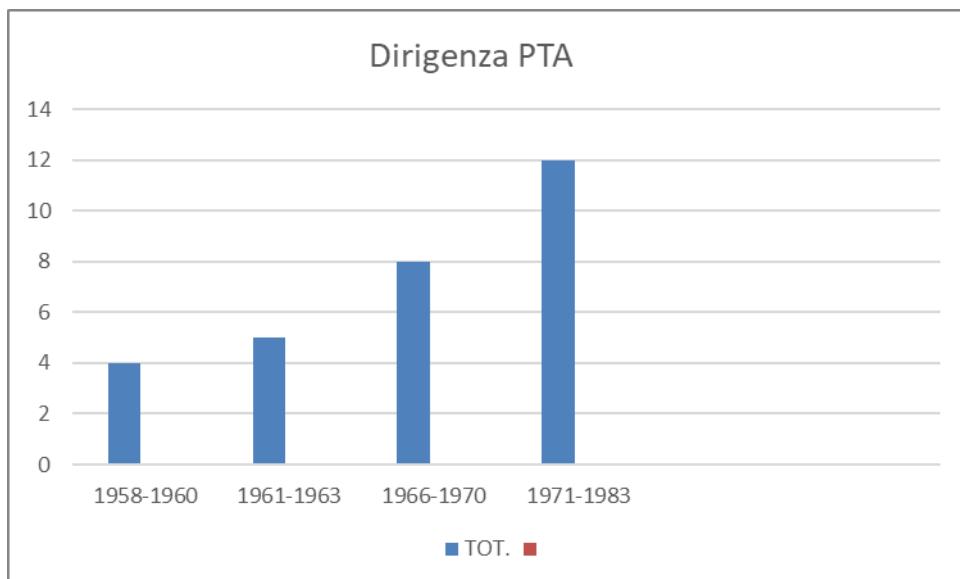
Con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 - 2021 e I trimestre 2022 nell'Area Comparto - ruolo Amministrativo, prevale la presenza di personale con età dai 55 anni ai 52 anni.



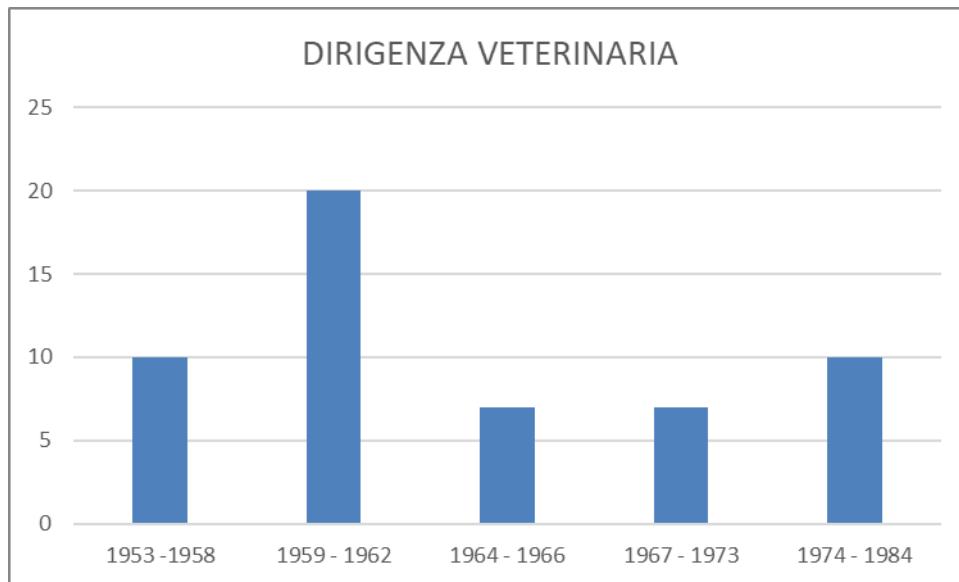
Con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 - 2021 e I trimestre 2022 nella Dirigenza Medica, prevale la presenza di personale con età dai 41 anni ai 31 anni.



Con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 - 2021 e I trimestre 2022 nella Dirigenza Non Medica, prevale la presenza di personale con età dai 60 anni ai 57 anni.

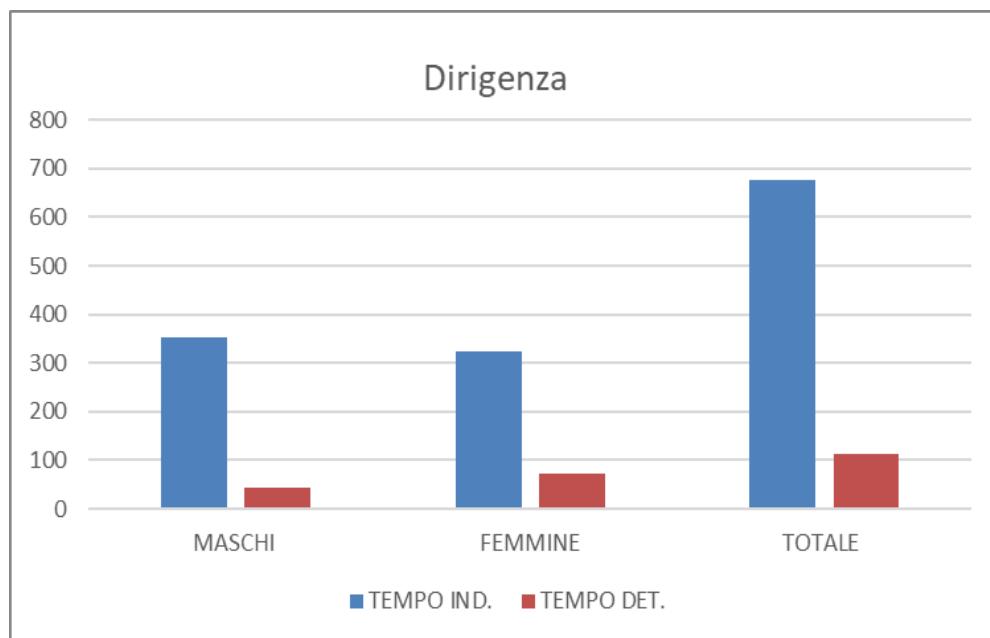


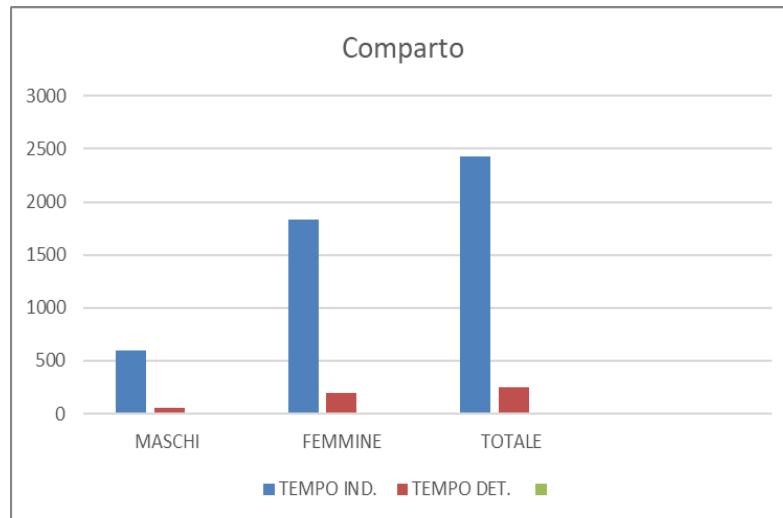
Con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 - 2021 e I trimestre 2022 nella Dirigenza PTA, prevale la presenza di personale con età dai 51 anni ai 39 anni.



Con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 - 2021 e I trimestre 2022 nella Dirigenza Veterinaria, prevale la presenza di personale con età dai 63 anni ai 60 anni.

Questi dati sembrano indicare una maggioranza del personale in servizio a tempo indeterminato al I trimestre 2022 di over 55.





L'analisi dei grafici sopra riportati relativamente al periodo I trimestre 2022, distinti per Area Dirigenza e Area Comparto, personale maschile e quello femminile, evidenzia che presso l'Asl di Frosinone non si rilevano azioni discriminatorie nei confronti del personale di sesso femminile.

3.c.4 Valorizzazione delle risorse umane

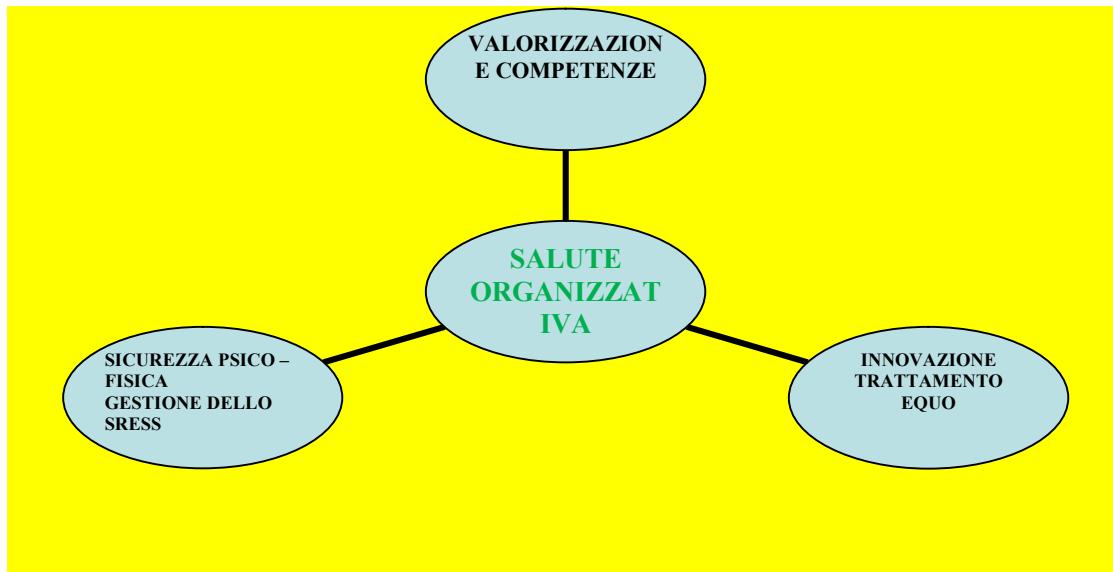
Riconoscere il merito al personale è il solo modo per dar loro fiducia e ottenere il massimo dell'impegno e della dedizione.

E' per questo che la Sanità del futuro deve puntare ad un wellness organizzativo in grado di assicurare benessere fisico, psicologico e sociale al personale sanitario, ma anche una migliore organizzazione e gestione delle relazioni.

Deve affermarsi la consapevolezza che il benessere dei lavoratori è direttamente proporzionale al benessere aziendale: se il lavoratore è soddisfatto, si accresce la produttività e l'Azienda ne trae notevoli benefici.

Le persone oggi cercano ambienti di lavoro piacevoli, sani e stimolanti per la crescita e le aziende hanno bisogno di persone che diano il massimo per essere produttive anche dopo anni di servizio e fino alla conclusione della carriera lavorativa.

Il tema da approfondire, quindi, non è solo legato alla determinazione degli obiettivi, ma anche alle modalità di perseguitamento degli stessi.



L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone mira a valorizzare le capacità professionali dei dipendenti, avanzamento di carriera, a stimolare l'apporto creativo e attribuzione di uno stipendio più alto a parità di prestazioni lavorative attivando delle specifiche procedure.

Le Progressioni Economiche Orizzontali costituiscono un sistema di avanzamento all'interno di ciascuna categoria, sono attribuite in modo selettivo, ad una quota limitata di dipendenti, in relazione allo sviluppo delle competenze professionali ed ai risultati individuali e collettivi rilevati dal sistema di valutazione.

Le Progressioni Verticali consistono in un percorso di sviluppo professionale, riservato ai dipendenti dell'amministrazione, che prevede il passaggio da una categoria alla categoria superiore e si attua attraverso procedure di selezione interna.



Incarichi di funzione di organizzazione dell'Area Sanitaria, Tecnica e Amministrativa (delibera del 30/08/2019)

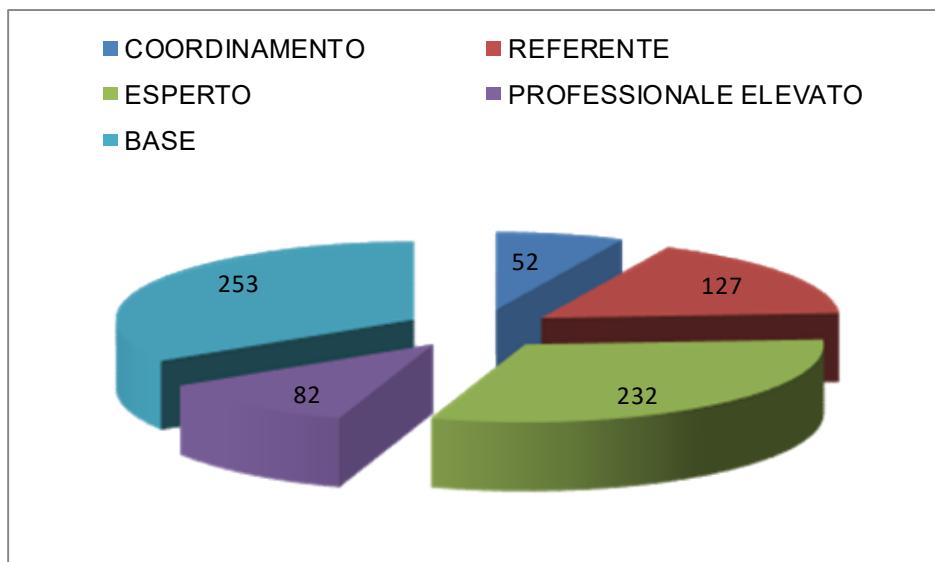
Attraverso gli incarichi di funzione, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone attribuisce posizioni di lavoro che comportano svolgimenti di funzioni con assunzione diretta di responsabilità a funzioni aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del Profilo di appartenenza, offrendo dunque maggiore autonomia organizzativa.

I dipendenti soddisfatti del proprio lavoro si sentono coinvolti in prima persona nella attività aziendale e vedono valorizzato il proprio lavoro. Ancor di più per chi acquisisce nuove responsabilità ed ottiene costantemente ottimi risultati.

L'esperienza della pandemia ha accentuato la necessità di puntare sul rafforzamento e sulla diffusione delle competenze manageriali per lo sviluppo della sanità del futuro.

Al fine di promuovere lo sviluppo professionale dei Dirigenti, mediante il riconoscimento delle potenzialità, delle attitudini, delle competenze di ciascuno, con riferimento all'Area contrattuale della Dirigenza Sanitaria, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha concluso il percorso di mappatura della micro organizzazione e della relativa assegnazione degli incarichi professionali (Figura 1) al personale dirigente per un totale di 746 come di seguito riportato;

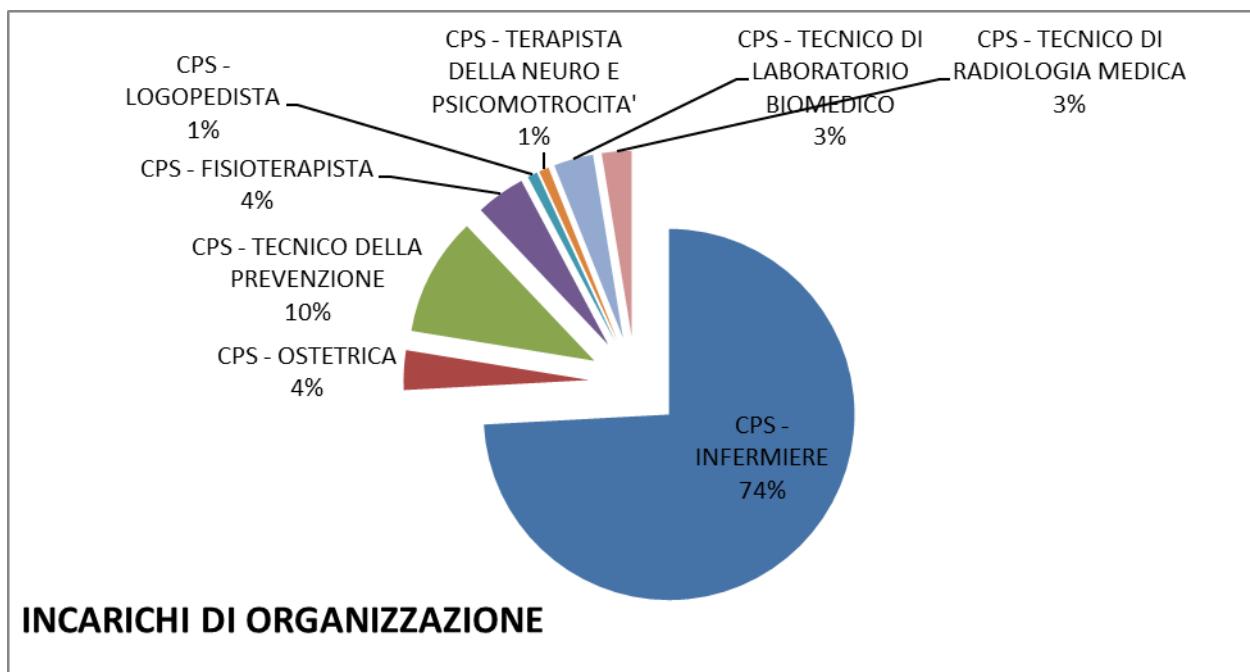
Figura 1 INCARICHI PROFESSIONALI - PERSONALE DIRIGENTE



INCARICHI DI ORGANIZZAZIONE - COMPARTO

In relazione all'evoluzione dei processi e modelli organizzativi, dell'esperienza e delle professionalità acquisite, nonché in relazione alle esigenze di servizio, l'ASL di Frosinone, ai sensi dell'art. 14 - Capo II del CCNL, ha conferito 86 posti CPS - infermiere e ha indetto avviso interno per il conferimento dei seguenti incarichi::

- CPS - Tecnico della Prevenzione n. 12 posti;
- CPS - Fisioterapista n. 5 posti;
- CPS - Ostetrica n. 4 posti;
- CPS - Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico n. 4 posti;
- CPS - Tecnico Sanitario di Radiologia Medica n. 3 posti;
- CPS - Logopedista n. 1 posto;
- CPS - Terapista della Neuro e Psicomotricità n. 1 posto.



Tali incarichi di funzione per tutti i ruoli del comparto, richiedono lo svolgimento di attività con assunzione diretta di elevate responsabilità aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del profilo di appartenenza, al fine di rispondere efficacemente all’incarico, appare necessario, prima di iniziare l’attività, seguire un corso di formazione ed attivare eventuale scambio consensuale.

3.c.5 Interventi ed azioni necessari

La fase post Covid, momento quest'ultimo utile a raccogliere gli insegnamenti e a comprendere i miglioramenti da introdurre per l'efficientamento del sistema sanitario del futuro.

L'emergenza ha insegnato l'importanza del lavoro di squadra, anche tra specialità diverse, e della capacità di rendere flessibili le strutture, in modo da assicurare il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Rivedere la relazione tra ospedale e territorio. Superare una volta per tutte la cultura «ospedalocentrica», implementando in maniera sistematica ciò che sul territorio ha dimostrato di funzionare nel corso della pandemia (es. uso della telemedicina, conoscenza approfondita dei pazienti fragili, setting nei quali gestire posti letto per cronici a conduzione non ospedaliera).

Ripensare al territorio adattandolo ai diversi contesti. L'innovazione non può essere uguale per tutti, lo standard dovrebbero essere costruiti basandosi sulle performance, piuttosto che sui modelli organizzativi.

Riprogettare il dipartimento di prevenzione, riportandolo al suo ruolo di prevenzione primaria e di promozione della salute e consolidando quella interattività e interdisciplinarità con i dipartimenti e i distretti, «come è successo con i tamponi», ormai imprescindibili. Il bagaglio di esperienza e consapevolezza che ci lascia la pandemia è coerente con i cambiamenti richiesti, e non da oggi, per rispondere adeguatamente ai bisogni di salute, attuali e in prospettiva, della popolazione. Oggi più che mai, ciascuno è chiamato a fare la propria parte, in un contesto che porterà rapidamente il sistema ad affrontare con intensità e tensione il cambiamento verso una fase senza precedenti. Una fase che coinvolgerà tutti e che tutti dovranno essere in grado di riconoscere e valorizzare.

3.c.6 Risorse umane e ciclo del valore

La gestione delle risorse umane si pone al centro del progresso di ogni amministrazione, in quanto essa è una fonte potenziale dell'efficienza. Tale gestione rientra in un processo più ampio che inizia dall'acquisizione del personale necessario a svolgere determinati compiti e funzioni nell'azienda e continua con l'integrazione nell'organizzazione attraverso politiche motivazionali volte a conciliare lo sviluppo aziendale con la crescita e lo sviluppo della professionalità dell'individuo.

La gestione di tali risorse rappresenta il pilastro dell'intera gestione aziendale ed è uno dei compiti più difficili per chi dirige una Azienda Sanitaria: si tratta di dotare l'organismo aziendale delle professionalità necessarie e di assicurarsi che gli individui inseriti nell'organizzazione siano motivati al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La funzione di conduzione del personale ha per obiettivo l'ottenimento del miglior rendimento dell'organizzazione e riguarda i problemi di impegno e di guida delle risorse umane presenti in azienda. Dirigere nel suo significato tradizionale significa "far sì che altri realizzino certe azioni" e l'abilità direttiva si misura, sotto tale profilo, non solo in funzione dei risultati operativi conseguiti, ma anche in rapporto al clima delle relazioni di lavoro creato in azienda.

Questo secondo aspetto richiama i problemi di comportamento organizzativo, legati oltre che alla scelta di determinate strutture, all'adozione di differenti stili di direzione.

Per ottenere il più alto rendimento del fattore lavoro è necessario risolvere il problema dell'integrazione tra gli obiettivi individuali e quelli dell'organizzazione: quando si realizzerà questo processo di fusione non si avrà più un problema di conduzione degli uomini, i quali saranno naturalmente motivati a fornire il miglior

contributo all'organizzazione. Il principio dell'identificazione con l'organizzazione è alla base della motivazione delle risorse umane che lavorano in azienda.

Questo processo motivazionale si realizza quando alcuni degli obiettivi dell'organizzazione divengono anche obiettivi del lavoratore, che si sente in tal modo integrato nell'organizzazione.

Quindi solo nel momento in cui l'organizzazione riuscirà a convogliare il comportamento degli individui verso gli obiettivi dell'azienda si svilupperà una gestione efficace ed efficiente.

Gli aspetti della gestione del personale sono:

- l'acquisizione del personale, con cui le risorse umane vengono reperite sul mercato del lavoro o internamente all'azienda stessa
- la gestione in senso stretto, con cui si tenta di ottimizzare l'impiego in azienda della risorsa lavoro, attraverso politiche e tecniche di addestramento/formazione e sviluppo (retribuzione, carriera, valutazione e incentivazione)
- le *tendenze evolutive* in materia di gestione del personale, rivolte alla flessibilità del rapporto e ad interventi più mirati nei confronti del personale e delle sue esigenze
- la *comunicazione interna* nei confronti del personale
- le *relazioni*

Una buona gestione delle risorse umane contribuisce non solo a migliorare il rendimento di singoli individui e di gruppi nell'organizzazione, ma consente anche di ridurre i rischi e i costi di comportamenti di disaffezione, che si possono tradurre in assenteismo, *turnover*, ritardi nei processi operativi e, in casi estremi, in danni al patrimonio aziendale.

In un contesto caratterizzato dalla necessità di efficienza e ottimizzazione delle risorse umane in ambito sanitario spesso scarse (mancanza figure professionali sul mercato e quindi impossibilità di reperire nuovo personale), la risorsa umana diviene sempre più un fattore di rigidità quindi risulta fondamentale riuscire a disporre della forza lavoro qualificata in relazione alle necessità che si vengono a generare.

L'affermarsi del ruolo strategico della gestione delle risorse umane deve far assumere a quest'area funzionale valore di rilievo per la soluzione dei problemi di efficienza e di efficacia aziendale e per tale motivo si ricorre sempre più alla programmazione dell'organico.

Le risorse umane sono state al centro di una evoluzione di pensiero che le ha lentamente portate ad occupare un ruolo centrale nelle politiche organizzative improndate sulla qualità e sulla soddisfazione del cliente.

E' ormai acclarato che una gestione oculata delle persone produce incrementi di valore del prodotto - servizio che difficilmente è raggiungibile agendo su altre leve organizzative. Di qui, la grande attenzione che la ASL di Frosinone vuole avere nella gestione delle risorse umane. Si può senz'altro affermare che il modello prevalente oggi è quello che spinge a considerare la "risorsa umana" come protagonista di un ciclo virtuoso che, se correttamente gestito, si autoalimenta producendo un costante incremento della prestazione. I nodi di questo ciclo sono costituiti rispettivamente da: persone, relazioni, prestazione e valorizzazione, mentre gli archi indicano la direzione di percorrenza del ciclo stesso (Fig. 1).

Le persone rappresentano l'unicità: ogni individuo costituisce un *unicum* che scaturisce dall'individualità, dalle conoscenze possedute, dal percorso formativo, dalle aspirazioni e dai connotati caratteriali anch'essi unici e specifici di quella singola persona.

Questa unicità rappresenta il potenziale umano, l'apporto che in teoria una persona può dare all'organizzazione. Il termine "potenziale" non è usato a caso, ma sta a sottolineare che questo apporto non è acquisito e acquisibile in modo automatico all'atto dell'assunzione, ma rimane fortemente subordinato al livello di coinvolgimento dell'individuo all'interno del sistema organizzativo.

Questa precisazione ci porta direttamente al secondo nodo del ciclo.

Il sistema delle relazioni è scindibile in due tipologie di "contratto": il primo giuridico e volto alla formalizzazione del rapporto di lavoro e il secondo psicologico finalizzato invece al soddisfacimento delle reciproche esigenze, umane e organizzative, dei soggetti contraenti.

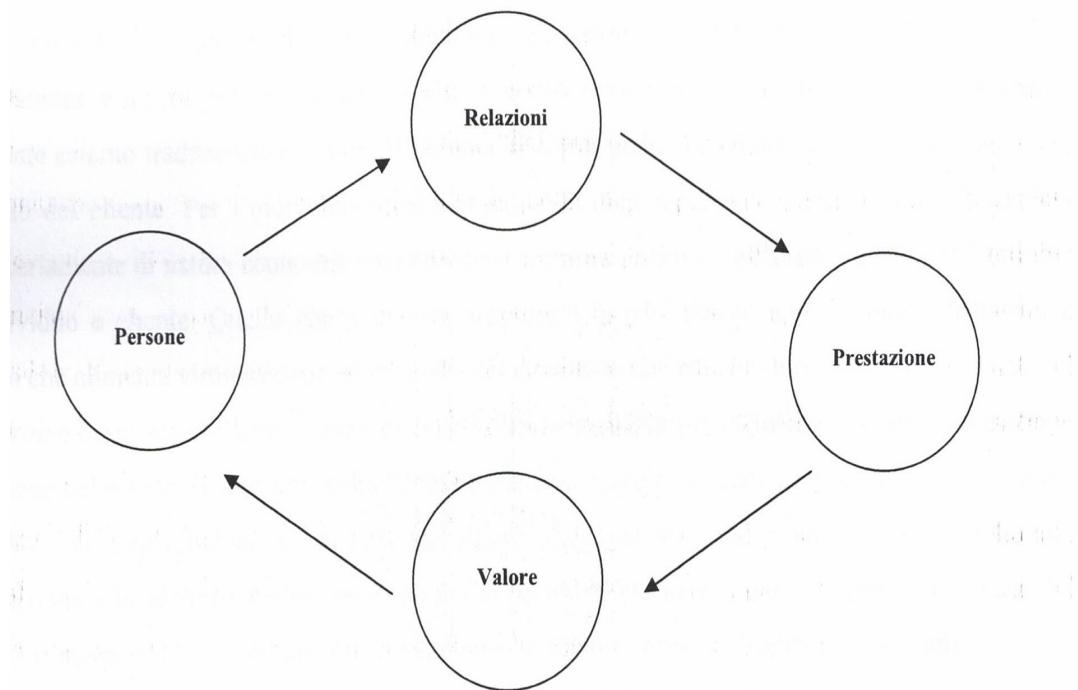


Fig. 1 - Il ciclo del valore delle risorse umane

Il coinvolgimento del dipendente è chiave di volta per ottenere un incremento nelle prestazioni del lavoratore. La gestione del "contratto psicologico", come ovvio, non è né semplice né automatica ed implica una flessibilità organizzativa che non sempre viene sviluppata adeguatamente.

La prestazione coincide con il punto di vista dell'organizzazione, è il momento in cui le competenze del lavoratore e il suo essere incardinato in un sistema di relazioni, istituzionali, sociali e personali producono un "beneficio" per l'azienda. L'erogazione di una prestazione può scaturire da una organizzazione meccanicista e rigidamente formalizzata delle procedure di lavoro ma anche da atteggiamenti costruttivi, innovativi e creativi.

E' questo il tipo di prestazione cui oggi si mira con l'occhio costantemente rivolto ad un contesto fortemente mutevole e centrato sui servizi che necessita di una elasticità ben conformata da parte degli individui. La prestazione oltretutto va gestita da parte della Direzione con la finalità di garantire quello spirito di collaborazione che risulta irrinunciabile in un sistema organizzativo che voglia operare in qualità. Occorre sottolineare che non sempre una regolazione del rapporto di tipo esclusivamente giuridico garantisce una sostanziale lealtà della prestazione lavorativa e questo spinge ad invocare nuovamente la centralità del "contratto psicologico".

La valorizzazione è l'ultimo nodo del ciclo. Si tratta di una fase che è scomponibile secondo due diverse prospettive: quella dell'organizzazione e quella dell'individuo.

Per l'Azienda la valorizzazione è il momento in cui la persona, e con lei tutto il sistema organizzativo, incontrano l'ambiente esterno traducendo in valore il sistema di competenze, relazioni e prestazioni erogata a beneficio dell'utente. Quello che non deve sfuggire è la proiezione verso l'utente di tutto il modello che alimenta virtuosamente la chiusura del ciclo e la sua ripetizione.

L'adozione di questo modello consente la riconsiderazione di tutte le politiche e le strumentazioni di gestione del personale con la finalità di integrarle con le scelte aziendali a rilevanza strategica e operativa. Il modello fondato sul ciclo del valore offre insomma uno strumento prezioso per la progettazione e la gestione dei processi relativi al personale.

Senza soffermarsi eccessivamente sulle varie componenti che caratterizzano il sistema delle risorse umane secondo le quattro prospettive del ciclo del valore, ci focalizziamo sulla valorizzazione.

Adottare in Azienda una gestione del personale basata sulla Valorizzazione delle competenze personali significa adottare uno sviluppo delle attività aziendali che pone il “potenziale delle competenze delle risorse umane disponibili” fra gli elementi chiave della strategia di sviluppo propria dell'azienda. Questa scelta presuppone che venga adottato uno sviluppo continuo delle risorse umane e della loro conoscenza (*knowledge management*) come valore distintivo e competitivo di successo, puntando a congruenza e coerenza fra strategia aziendale e capitale umano disponibile.

Gli strumenti e le procedure per la gestione della valorizzazione del personale sono pressoché i medesimi della gestione tramite lo sviluppo delle risorse umane, ma ciò che viene posto al centro delle analisi e delle valutazioni finalizzate alla crescita dell'azienda è in misura maggiore il “POTENZIALE delle competenze disponibili” piuttosto che il “BILANCIO delle competenze disponibili” che caratterizza la gestione tramite sviluppo. In sintesi la chiave della valorizzazione è

individuare le competenze delle risorse umane più “promettenti” che oggi non siano assolutamente o poco messe a frutto nell'organizzazione corrente ma che, se sviluppate, potrebbero comportare un vantaggio competitivo per tutta l'Azienda, e di conseguenza impostare i relativi percorsi formativi, percorsi di carriera, ecc. in modo da trasformare queste competenze in obiettivi strategici di innovative, nuove o rinnovate attività aziendali.

Per competenza si intende “una caratteristica intrinseca di un individuo e casualmente collegata ad una performance efficace o superiore nella mansione” (Boyatzis, 1982).

Le competenze si distinguono in ‘desiderabili’ o ‘di soglia’. Le competenze ‘desiderabili’ distinguono gli elementi migliori dai peggiori, per arrivare ad una performance di livello almeno accettabile o medio occorrono competenze ‘di soglia’ o ‘essenziali’.

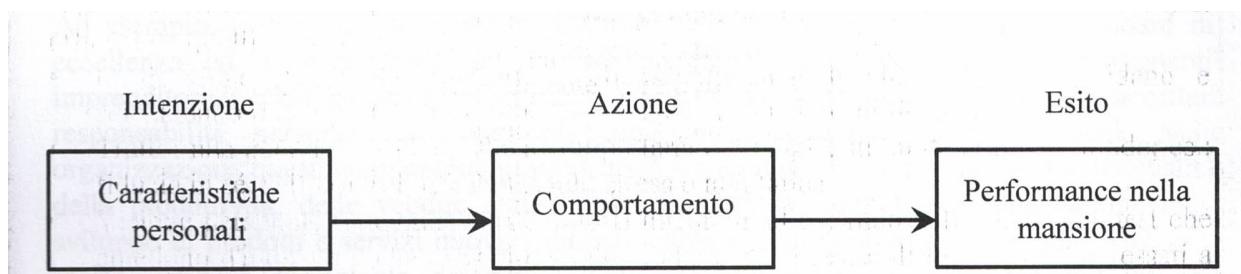
Le competenze desiderabili e di soglia per una determinata mansione permettono di costruire una griglia di riferimento (profilo di competenza) utile per la selezione del personale, per la pianificazione delle carriere, per la valutazione della performance e per lo sviluppo del personale.

Queste competenze possono essere: motivazioni, tratti, visione personale, (atteggiamenti o valori), conoscenze, capacità cognitive o comportamentali; qualunque caratteristica, insomma, che possa essere misurata o quantificata in maniera attendibile e che si dimostri capace di differenziare significativamente gli elementi superiori dai mediocri o i lavoratori efficaci da quelli inefficaci.

- Motivazione: la spinta inferiore o gli schemi mentali che inducono, guidano e selezionano il comportamento d'una persona; es.: la tensione al risultato.
- Tratto: una generale disposizione a comportarsi o a reagire in un determinato modo; es.: fiducia in sé, self-control, resistenza allo stress o alla fatica.
- Visione personale (atteggiamenti e valori) misurata ad esempio dalle risposte a test che chiedono d'indicare a che cosa si dà valore, che cosa si pensa di fare o si è interessati a fare.

- Conoscenza di fatti o procedure, sia tecnica (come si ripara un *computer*) sia interpersonale (le cinque regole del *feed-back* efficace), misurata da appositi test, è praticamente provato che raramente le sole conoscenze distinguono gli elementi migliori dai peggiori, almeno sul lavoro.
- Capacità cognitive e comportamentali (*skill*): sia impalpabili (es: ragionamento deduttivo o induttivo) sia osservabili (es.: capacità di 'ascolto attivo').

Le competenze possono essere correlate alla performance in un semplice modello di flusso causale, il quale indica che le competenze, siano esse motivazioni, tratti, visione personale e conoscenze, attivate da una determinata situazione lasciano prevedere comportamenti qualificati che a loro volta predicono la performance. Nelle competenze sono implicite intenzione, azione ed esito.



Motivazione
Tratto
Visione personale
Conoscenza

Fig. 2 - Il modello di flusso causale

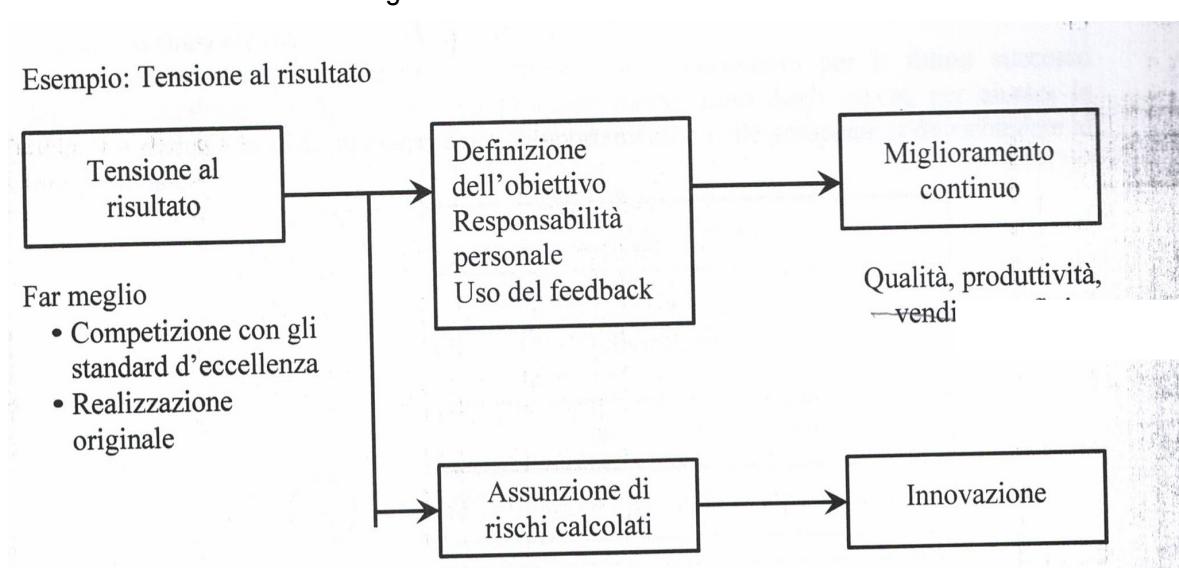


Fig. 3 - Elaborazione propria

3.c.7 Formazione del personale (Piano della Formazione)

Il Piano Formativo Aziendale per l'anno 2022 nasce in un momento complesso legato alla diffusione globale dell'infezione da SARS-CoV-2, che ha avuto effetti devastanti non solo nel mondo della salute ma nell'intero sistema di credenze di ogni uomo. Questa drammatica situazione ha posto in primo piano l'esigenza di ridiscutere le politiche sanitarie ed ha richiesto una rapida riconfigurazione delle modalità organizzative al fine di limitare la divulgazione del virus. Determinando, di riflesso, ripercussioni anche nella area della formazione che, per motivi di sicurezza, si è svolta perlopiù in modalità e-learning.

La Formazione degli esercenti le professioni sanitarie è un dovere Aziendale che, in linea con le indicazioni della Regione, garantisce lo sviluppo delle abilità e le competenze dei professionisti che vi operano, favorendo la crescita di una cultura professionale soprattutto sul piano operativo.

Il ruolo della Formazione nel nostro contesto Aziendale dovrà sostenere lo sviluppo di diverse competenze:

- Competenze tecnico-specialistiche - finalizzate all'acquisizione di competenze e conoscenze specifiche di ciascuna professione e disciplina;
- Competenze organizzativo-gestionali (o di sistema) - tra cui la disponibilità degli operatori a sostenere il cambiamento nel modo abituale di operare e a continuare a utilizzare i nuovi strumenti per gestire l'integrazione, mirano all'acquisizione di attività e procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza degli specifici processi di produzione delle attività sanitarie;
- Competenze comunicativo-relazionali (o di processo) - relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione, con soggetti esterni (Istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro, sfruttando la potenzialità dei sistemi informativi accessibili e l'utilizzo di tecnologie;
- Competenze Strategiche - supportare i processi di integrazione per la continuità delle cure tra Ospedale e Territorio attraverso percorsi formativi specifici (PDTA).

Il patrimonio professionale riveste, per l'azienda, un'importanza strategica in accordo a quella che viene definita la nuova "economia delle risorse umane". Attraverso il piano formativo 2022 si intende perseguire un percorso che ci permetterà di diffondere il valore "dell'apprendere insieme". Grazie a modelli formativi si tenterà di superare il concetto di una formazione percepita come "obbligo" e l'integrazione di diversi saperi specialistici ci farà superare le problematiche create dalla divisione e parcellizzazione della conoscenza. Su tale tema sarà articolato uno specifico focus della formazione dedicata all'implementazione della definizione e gestione dei percorsi diagnostico terapeutici che rappresentano proprio il principale strumento di presa in carico multi - professionale e multi-disciplinare.

Da qui nasce l'esigenza per l'Azienda di possedere un sistema che sia in grado di misurare e valutare le performance attuali e future di ciascuna risorsa che ricopre uno specifico e predefinito ruolo: "Il Modello delle Competenze".

La motivazione di tale esigenza, nasce dalla consapevolezza che nella società contemporanea osserviamo una continua evoluzione dei bisogni socio-sanitari dei cittadini dove gli esercenti le professioni sanitarie devono essere in grado di rispondere a problemi di salute sempre più complessi (Cavallo, Delfino, Peano, Rivetti & Barbotto, 2016)⁵ conseguente all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie

⁵ Cavallo, M., Delfino, C., Peano, M., Rivetti, M., & Barbotto, L. (2016). Mappatura delle competenze avanzate ed esperte degli infermieri iscritti al collegio Ipasvi di Cuneo. Rivista L'infermiere n° 6.

cronico-degenerative, a cui si associa la costante e profonda evoluzione scientifica e tecnologica (Tavolo di lavoro Regioni Ministero, 2014).

Numerosi studi internazionali stanno cercando di porre chiarezza sul concetto di competenza. Secondo Valloze (2009)⁶ la definizione precisa e la comprensione di questo concetto dovrebbero essere d'aiuto per migliorare le performance delle professioni sanitarie.

Dalle problematiche emerse nel tempo è stata sottolineata l'esigenza di possedere: capacità di valutazione clinica del paziente (clinical assessment), capacità di gestione dei casi complessi (case management) e di conoscenza di tecniche e presidi di utilizzo non abituale nella pratica. Le situazioni inaspettate o percepite come particolarmente complesse e situazioni nuove o mai gestite risultano di difficile gestione in quanto richiedono conoscenze e competenze specifiche (Brugnoli, Campagna, Dello Russo, Forni, & Milani, 2016)⁷. Tutte le professioni, infermieri compresi, devono modificare la propria pratica in base alle sollecitazioni ed alle esigenze dei sistemi in cui operano e delle popolazioni a cui si rivolgono.

Il bisogno di acquisire competenze avanzate è sempre stato presente (a prescindere dalla disponibilità di un'offerta formativa in termini di corsi avanzati (master, specializzazioni, corsi di perfezionamento) e le professioni sanitarie hanno una storia di competenze acquisite sia sul campo con l'esperienza che ottenute frequentando percorsi di formazione post base (Saiani, Dimonte, Palese, Chiari, Laquintana, Tognoni, & Di Giulio, 2016)⁸.

Definizioni di competenza sono state formulate in diversi Stati e da diverse associazioni; tuttavia non è sufficiente studiare la competenza nelle professioni sanitarie a livello nazionale, ma è opportuno cercare di raggiungere un consenso internazionale anche per poter basare la formazione su un modello di competenze condivise a livello internazionale (Yanhua, 2011)⁹.

A fronte di un dibattito continuo della professione sulla necessità di costruire un progetto coerente su questo sviluppo, accompagnato anche da atti normativi che hanno recepito queste esigenze, ci sono tensioni esterne ma anche indecisioni interne che hanno ostacolato sino ad ora un progetto di sviluppo organico e condiviso di competenze di base, avanzate, esperte e specialistiche.

A tutto questo si associa una mancata chiarezza di fondo determinata anche da una confusione di linguaggi che rende più difficile il dialogo all'interno della professione e tra professioni (Saiani et al., 2016). In base a quanto previsto dal documento “percorsi applicativi degli articoli 16-23 del CCNL 2016-2018 del comparto sanità relativamente agli incarichi di funzione di tipo professionale”, redatto dalla Conferenza Stato - Regioni del 20 febbraio 2020, considerata la potenziale offerta di master definita dall'Osservatorio nazionale delle Professioni sanitarie, (Attivazione dei Master Specialistici di primo livello per le 22 Professioni Sanitarie ai sensi della Legge n. 43 del febbraio 2006, art. 6 comma 1, c) che si profila come molto vasta, e delle indicazioni del Contratto di Lavoro del 23 febbraio 2018, art.16, comma 7 del Personale del Comparto Sanità), si ritiene che i percorsi formativi complementari regionali, possano avere una connotazione molto contestualizzata e legata alle problematiche organizzativo-assistenziali delle aziende sanitarie locali. Inoltre, allo scopo di definire le aree di competenze “core” dei professionisti con pratica/competenza avanzata, è consigliabile considerare quelli indicati in modo concorde dalla

⁶Valloze, J. (2009). Competence: a concept analysis. *Teaching and Learning in Nursing*, 4(4),115-118.

⁷Brugnoli, A., Campagna, S., Dello Russo, C., Forni, C., & Milani, A. (2016). I bisogni di competenza specialistica percepiti dagli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*,35(3), 122-127.

⁸ Saiani, L., Dimonte, V., Palese, A., Chiari, P., Laquintana, D., Tognoni, G., & Di Giulio, P. (2016). Il dibattito sullo sviluppo di competenze specialistiche/avanzate degli infermieri. *ASSIST INFERM RIC*, 35, 116-121.

⁹Yanhua, C., & Watson, R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31(8), 832-836.

letteratura internazionale in materia: pratica clinica, leadership e management, formazione, ricerca e consulenza.

Secondo Longo (2004, 2011)¹⁰ per analizzare e valutare un profilo, sia quello richiesto per ricoprire “al meglio” la posizione analizzata sia quello posseduto dalla risorsa in questione, possiamo riferirci a un modello articolato su più variabili.

In particolare, le conoscenze tecnico-professionali, o più semplicemente “conoscenze”, sono sapere “accademico” acquisibile con lo studio e sono riferibili prevalentemente al contenuto professionale del ruolo.

I requisiti e le esperienze maturate fanno invece riferimento sia al possesso di determinate caratteristiche sia al know-how maturato nel tempo. Le capacità sono invece gli aspetti più profondi che connotano una persona e che possono essere descritti e riconosciuti quando, nello svolgimento di un’attività lavorativa, si estrinsecano in comportamenti organizzativi agiti.

Come possiamo analizzare e valutare le competenze? Le esperienze più significative ad oggi realizzate partono dall’assunto che il successo di ogni organizzazione dipende anche dalla capacità di alimentare e preservare nel tempo il patrimonio di conoscenze e capacità in un’ottica di knowledge management e fanno quindi riferimento a veri e propri progetti di skill inventory che richiedono, oltre alla sensibilità verso il tema del capitale umano, anche molto impegno, dedizione e coinvolgimento non solo dell’area risorse umane, ma soprattutto delle linee operative.

Nella figura 1 viene riportato uno schema generale del processo di analisi e di valutazione delle competenze, frutto di alcune esperienze professionali maturate in importanti aziende italiane e multinazionali del settore commercio e servizi. Tra le diverse fasi del processo, un aspetto particolarmente delicato è il graduare le competenze secondo differenti livelli di intensità.

Per le conoscenze tecnico-professionali si fa spesso riferimento a cinque livelli di possesso riconducibili alle fasi tipiche dei processi di apprendimento:

1. livello 0 = da acquisire, non si conosce la materia;
2. livello 1 = base (fase dell’apprendimento teorico), si conosce la materia, ma non si è in grado di applicarla senon parzialmente;
3. livello 2 = intermedio (fase dell’approfondimento), si conosce la materia e si è in grado di applicarla in modo autonomo, ma in situazioni non molto complesse;
4. livello 3 = buono (fase dell’applicazione), si è esperti della materia e si è in grado di spiegarla e trasferirla ad altri;
5. livello 4 = eccellente (fase della padronanza), si è specialisti della materia e il livello di conoscenza posseduto ne consente anche lo sviluppo.

Per le capacità di comportamento organizzativo, attese o richieste, si fa invece normalmente riferimento a una graduazione diversa:

1. livello 0 = da acquisire (vale solo per la valutazione del profilo posseduto);
2. livello 1 = base;
3. livello 2 = intermedio;
4. livello 3 = buono;
5. livello 4 = eccellente.

Come definire i profili di competenza richiesti dall’organizzazione tramite l’applicazione del modello. Il punto di partenza è aver definito, nella job description della posizione presa in esame, le aree di responsabilità e gli indicatori di performance.

¹⁰ Nicola Longo. Ruoli e competenze nella sanità. Come gestire e sviluppare il capitale umano. Edizioni Panorama Della Sanita'. ISBN-13 - 1 gennaio 2011.

A questo punto si tratta di definire i profili di competenze attesi in termini di:

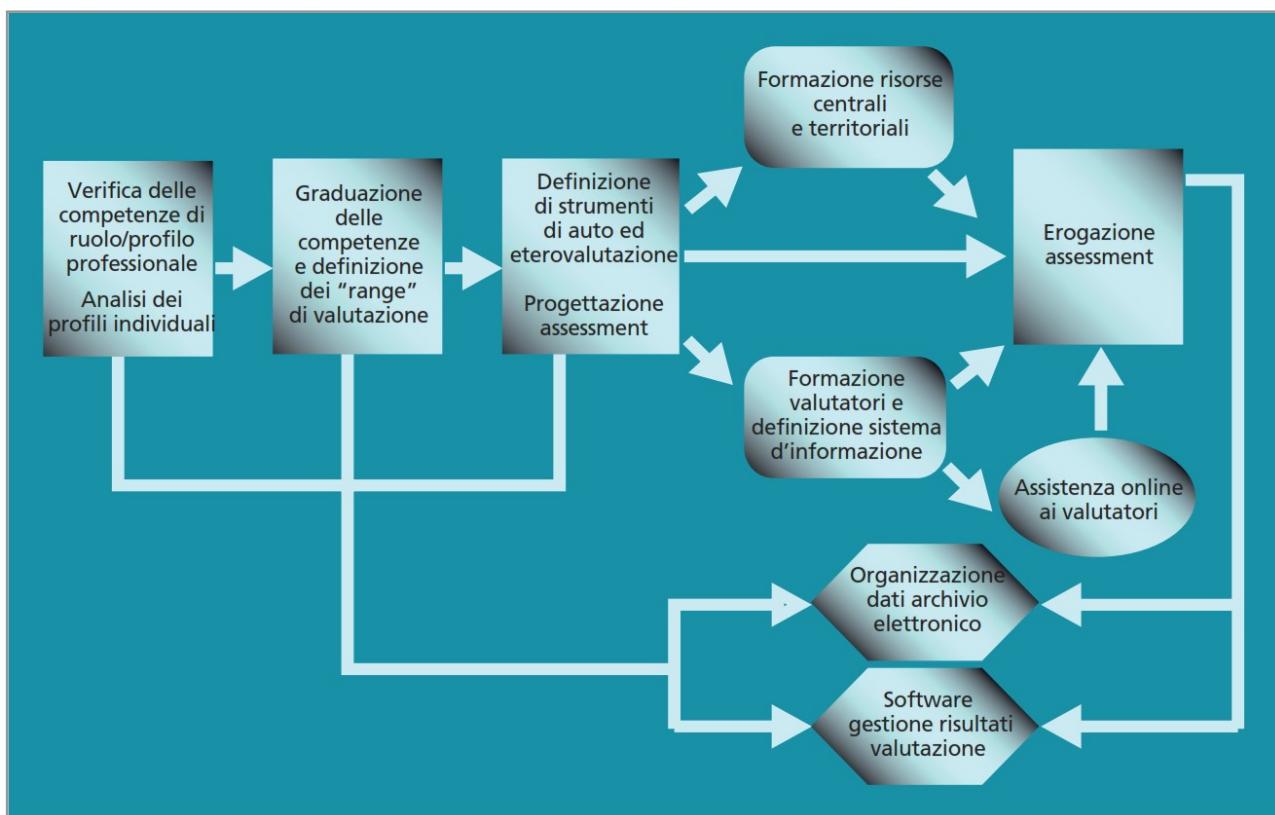
- set di capacità comportamentali;
- set di conoscenze tecniche.

A tal fine si possono scegliere due percorsi diversi in funzione del grado di coinvolgimento che l'azienda vuole richiedere alle sue strutture.

Nell'ipotesi a coinvolgimento elevato si predispone, con l'aiuto di gruppi di lavoro che vedono coinvolti i responsabili diretti delle posizioni analizzate, un profilo base di riferimento per ciascuna posizione sottponendolo poi agli attuali "titolari" del ruolo affinché provvedano all'attribuzione di un grading per ogni competenza indicata sulla base della loro "importanza percepita".

Gli output vengono comunque sottoposti al responsabile dei "titolari" per la validazione e successivamente viene comunicato loro il profilo approvato.

Figura 1 - IL PROCESSO DI ANALISI E VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE



Esistono diverse tecniche che differiscono tra loro soprattutto per il diverso grado di coinvolgimento delle persone; nel caso in cui sia elevato, è necessario che i titolari di posizione/ruolo effettuino un'autovalutazione delle proprie conoscenze e capacità possedute, ad esempio con l'ausilio di test o questionari autodescrittivi

che integrano la valutazione realizzata dal diretto responsabile o da valutatori esterni. Nell'ipotesi di coinvolgimento parziale, si utilizzano strumenti di eterovalutazione, utilizzati da valutatori interni alla

struttura o esterni e dal diretto responsabile della risorsa, i cui risultati vengono successivamente integrati per giungere alla valutazione finale: si tratta di check-list, questionari, interviste, simulazioni di ruolo ecc. In particolare, per la valutazione delle conoscenze le tecniche o gli “strumenti” utilizzabili singolarmente o tra loro correlati sono:

- conseguimento di attestati e titoli;
- valutazione dell’impegno (attuale e passato) in attività per la quale è fondamentale l’impiego della conoscenza in esame;
- verifiche svolte dagli utenti delle conoscenze (capi diretti e/o clienti interni);
- test o veri e propri esami teorico-pratici;
- check-list o questionari.

Un sistema che, partendo dai modelli “logici” di competenze e di ruoli/posizioni definiti, permetta di gestire in modo dinamico lo sviluppo organizzativo di tali posizioni, le relative job description, il profilo richiesto e il correlato grading, associandovi la risorsa professionale ad oggi “titolare” del ruolo (con il suo profilo posseduto).

Il Piano Formativo Aziendale 2021/2022 (PFA 2021/2022) si propone di dare sistematicità all’attività formativa posta in essere dalla ASL di Frosinone, con l’obiettivo di favorire efficacia, efficienza ed elasticità. Nel PFA vengono indicate le priorità formative, i corsi approvati e l’ammontare del budget annuale dedicato alla formazione.

Il fondo aziendale per la formazione nell’anno 2021/2022 è quantificato in € 000.000,00.

Alla luce dell’effettivo andamento degli impegni di spesa e delle esigenze formative, la Direzione si riserva di modificare, in corso d’anno, il riparto di fondi.

INDIRIZZI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

Indirizzo Nazionale:

In riferimento all’articolo 28 “Obiettivi formativi” comma 3 dell’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - La formazione continua nel settore “Salute”, la Commissione nazionale individua, in condivisione con il C.T.R., gli obiettivi formativi tenendo conto dei Livelli Essenziali di Assistenza, dei Piani sanitari regionali e delle linee guida di cui all’art. 3 del d.l. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla l. n. 189/2012 e li inserisce in almeno una delle seguenti macroaree:

Gli obiettivi formativi tecnico-professionali - individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze tecnico-professionali individuali nel settore specifico di attività, consentendo la programmazione di eventi rivolti alla professione o alla disciplina di appartenenza.

Gli obiettivi formativi di processo- individuano lo sviluppo delle competenze e delle conoscenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei processi di produzione delle attività sanitarie, consentendo la programmazione di eventi destinati ad operatori ed équipe che operano in un determinato segmento di produzione.

Gli obiettivi formativi di sistema - individuano lo sviluppo delle conoscenze e competenze nelle attività e nelle procedure idonee a promuovere il miglioramento della qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza e sicurezza dei sistemi sanitari, consentendo la programmazione di eventi interprofessionali, destinati a tutti gli operatori.

Indirizzo Regionale:

Elencati nel Decreto del Commissario ad Acta 28 novembre 2019, n. U00485: Indirizzi per la formazione del personale Aziende del SSR (triennio 2019-2021) nel quale, partendo dall'analisi del bisogno formativo vengono evidenziate AREE FORMATIVE STRATEGICHE a supporto di processi di cambiamento con ricadute organizzative e clinico/assistenziali riportate in tab. 1 insieme ai rispettivi quadri sinottici.

Tab. 1 Aree Formative e Quadri Sinottici

AREE FORMATIVE STRATEGICHE	QUADRI SINOTTICI
1 Promozione della Salute e Prevenzione	Screening Oncologici; Comunicazione e Psiconcologia; Formazione per la promozione degli stili di vita salutari (counseling motivazionale); Formazione sul consiglio breve (minimaladvise) per la disassuefazione dal fumo; Formazione per la promozione della salute nel setting scolastico; Sicurezza alimentare - Sottoprodotti non più destinati al consumo umano; Sicurezza alimentare - criteri microbiologici degli alimenti e controllo delle zoonosi alimentari; Sicurezza alimentare - il nuovo regolamento comunitario sui controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria (Reg. UE 625/17 che entrerà in vigore dal dicembre 2019 ed i suoi decreti attuativi); Sicurezza sui luoghi di lavoro e igiene pubblica - utilizzo pratico delle strumentazioni utilizzate per il controllo ufficiale (centraline microclimatiche, campionatore fibre amianto aerodisperse); Sicurezza alimentare - etichettatura degli alimenti; Screening neonatali: formazione degli operatori del percorso screening per la standardizzazione delle procedure di screening e l'utilizzo del Sistema Informativo; Screening neonatali: formazione di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita per offrire ai genitori una scelta consapevole e condivisa (conoscenza del percorso screening e competenze comunicative); Vaccinazioni; Aggiornamento continuo sulle evidenze scientifiche e sulle raccomandazioni OMS in tema di promozione della salute; Elementi di polizia giudiziaria e di polizia amministrativa per gli UPG del Dipartimento di Prevenzione.
2 Rete Integrata del Territorio	Percorsi di formazione integrata sulla tutela delle donne vittime di violenza e dei/delle figli/figlie minori; Disturbi dello spettro autistico; Privacy e gestione dei dati sensibili degli utenti dei servizi; Disturbi Specifici di Apprendimento e Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività; Il paziente celiaco: diagnosi, follow up e percorso assistenziale nella Regione Lazio; Autorizzazione e accreditamento strutture sanitarie e socio-sanitarie correlati al fabbisogno regionale di assistenza - programmazione sanitaria regionale; Normativa relativa all'accesso ai servizi e ai diritti all'assistenza sanitaria per la popolazione immigrata; Condivisione di un percorso di integrazione sociosanitaria, Costruzione e implementazione di un PDTA. Il capitale umano nell'ambito della sanità penitenziaria; Cure Palliative - Rete Assistenziale Territoriale delle ASL
3 Rete Ospedaliera e Specialistica	Emergenza e Reti tempo dipendenti; La Telemedicina a supporto dei processi di presa in carico del paziente
4 Contenzioso, Affari Legali e Generali	Il procedimento amministrativo
5 Patrimonio e Tecnologie	Progettazione, manutenzione e valorizzazione degli immobili a destinazione sanitaria; I processi di gestione attuativa dei finanziamenti assegnati per gli

		interventi sul patrimonio edilizio e sulle tecnologie sanitarie
6	Risorse Umane	Novità nel pubblico impiego: Il quadro normativo vigente e gli interventi in cantiere; Le nuove modalità di reclutamento del personale e le regole in materia di lavoro flessibile; Le soft skills: evoluzione culturale per i professionisti della sanità; La qualità della formazione per lo sviluppo continuo dei professionisti della Sanità
7	Medicina di genere	La cultura della Medicina di Genere: promuovere la consapevolezza sulle differenze di genere in ambito sanitario al fine di trasferire nelle attività professionali le acquisizioni e le competenze maturate
8	Appropriatezza Prescrittiva	L'uso dei farmaci in età prescolare
9	Middle Management	<i>Leadership e coaching, Gestione del budget e programmazione; Innovazione e cambiamento organizzativo; Gestione e valorizzazione delle risorse umane; Sviluppo delle competenze digitali; Lean management; Medicalhumanities e customer experience</i>

Indirizzi strategici Direzione Generale (Decreto del Commissario ad Acta 1 Aprile 2015, n. U00134
Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL FROSINONE)

I principali ambiti di attività sui quali vengono concentrati i temi formativi attengono alle azioni prioritarie individuate dalla Direzione Generale integrandoli con obiettivi regionali o nazionali a supporto delle quali sono stati progettati i seguenti eventi formativi a valenza strategica. Le politiche aziendali per il governo delle risorse umane: formazione e sicurezza. La ASL di Frosinone, al fine di assicurare la qualità ottimale dei servizi, nel rispetto dei vincoli normativi ed economici, investe nella valorizzazione e nello sviluppo delle professionalità presenti. La formazione, pertanto, è un importante leva aziendale al fine di garantire un costante aggiornamento delle competenze non solo specialistiche, ma anche manageriali.

Annualmente l'Azienda si impegna a definire il Piano Formativo Aziendale, comprensivo di tutte le attività formative coerenti con obiettivi nazionali, regionali ed aziendali. La formazione è, pertanto, uno degli strumenti principali per attuare il processo di Miglioramento Continuo della Qualità, fulcro dell'azione di innovazione e garanzia dell'efficienza e dell'efficacia delle cure.

L'Azienda si impegna a garantire la formazione innovativa, la riqualificazione e l'aggiornamento. Il programma formativo terrà conto, ovviamente, dei cambiamenti apportati con la riorganizzazione aziendali, che necessitano di sviluppare nuove competenze professionali, gestionali, organizzative. In prima istanza verranno curati gli aspetti formativi legati alle competenze gestionali dei dirigenti.

Il governo delle risorse umane presuppone, inoltre, una continua vigilanza della sicurezza dei luoghi e delle condizioni in cui gli addetti sanitari operano, ed in cui sono accolti i pazienti ed i loro familiari. Per promuovere e garantire tale sicurezza e ambienti sani l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone sostiene ed attua quanto previsto dalla normativa in materia di tutela della salute nei luoghi di lavoro (D.Lgs. n. 81/08 e s.m.), tramite i Servizi di Prevenzione e Protezione, il Servizio di Radioprotezione e il Dipartimento di Prevenzione, secondo le specifiche competenze.

L'attività di formazione e aggiornamento del personale è regolata dai seguenti riferimenti legislativi:

- D.P.R. 761 del 20.12.1979;
- D.lgs.vo 229 del 18.06.1999;
- C.N.N.L. Dirigenza Medica e Veterinaria 1994/1997 (art. 17- 18- 23- 33) e 1998/2001 (art. 16 -4);
- C.N.N.L. Area dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa 1994/1997 (art. 22) 1998/2001 (art 16 c 4);
- CCNL Comparto Sanità - Triennio 2016/2018 - Capo VI "Formazione del Personale"

- Decreto Regionale n° 113/2010 punto 12.5;

La programmazione della formazione Aziendale viene realizzata, con cadenza annuale, sulla base di:

- indicazioni ed obiettivi del Piano Sanitario Nazionale (PSN);
- indicazioni ed obiettivi del Piano Sanitario Regionale (PSR);
- indicazioni ed obiettivi della Direzione Strategica Aziendale (DSA);
- indicazioni e proposte prodotte a livello Aziendale e di Polo/Distretto.

Le numerose proposte formative inserite nel Piano Formativo Aziendale 2021/2022 pongono una questione di sostenibilità economica, organizzativa e logistica. Risulta quindi indispensabile, nell'ambito della programmazione annuale, indicare le priorità di attivazione.

L'Azienda assicura la realizzazione nell'anno di riferimento dei corsi obbligatori in forza di specifiche norme - D. Lgs. 81/08, corsi sulla prevenzione e sicurezza, BLSD, Privacy, Anticorruzione - e considera come prioritarie le attività formative ricomprese nella Formazione di Direzione.

Accanto ai corsi obbligatori in virtù di specifiche norme e a quelli promossi dalla Direzione, fino alla capienza del budget dedicato alla Formazione, verrà data priorità all'attivazione di corsi coerenti agli obiettivi formativi indicati nelle Linee per la gestione del servizio sanitario e sociosanitario regionale - anno 2022.

Il Servizio Formazione avvia con i Responsabili scientifici e i Coordinatori di corso la progettazione dei singoli eventi, garantendo l'integrazione a livello aziendale e il rispetto delle priorità stabilite. Resta inteso che i Responsabili scientifici, i Coordinatori di corso e i Committenti possono attivare corsi previa autorizzazione del DIOPS.

L'attività formativa aziendale, l'accesso ai corsi interni e la partecipazione ad iniziative formative esterne sono disciplinati dal Regolamento aziendale della Formazione, dal Regolamento del Comitato scientifico della formazione aziendale e dal Regolamento aziendale disciplinante il trattamento di trasferta.

L'Azienda, oltre alla classica metodologia residenziale e formazione a distanza, intende implementare modelli di formazione sul campo (FSC), Simulazioni, Formazione Blended e Gruppi di Miglioramento, oltre ai Convegni.

FORMAZIONE OBBLIGATORIA - per assolvere gli obblighi di legge "generali": Sicurezza ex D.lgs. 81; BLSD e PBLSD; Anticorruzione; Privacy

FORMAZIONE STRATEGICA - Interventi formativi a supporto degli obiettivi strategici aziendali / regionali - Linee operative di risk management e linee operative di miglioramento dei processi aziendali - Sicurezza in ambiti mirati - Sicurezza dei processi clinico assistenziali - Sostegno a percorsi e processi clinici-organizzativi - Percorsi integrati rispetto alla gestione della cronicità e fragilità - Presa in carico - Progetti nuovi e Proposte a cura della Direzione Aziendale e Aree di Staff.

FORMAZIONE DIPARTIMENTALE E DI UO- Priorità alla formazione relativa allo sviluppo delle competenze tecnico-specialistiche degli operatori dell'équipe e all'introduzione o applicazione di procedure per la sicurezza dei pazienti e qualità delle cure - Preferenza per i corsi di portata multi-disciplinare e poli-professionale e/o a corsi trasversali a più settori aziendali - Priorità alle attività di FSC (gruppi di miglioramento, audit, discussione di casi clinici, stage/tirocini, aggiornamenti monodidattici, affiancamento dei neoinseriti nell'UO ad un tutor) che valorizzano le opportunità formative presenti nell'attività dell'UO.

PROGETTI - Prosecuzione di progetti già avviati o previsti in più edizioni per coinvolgere più professionisti.

COSTRUZIONE DEL PFA 2022

	Attività
1	Lettera di avvio del Piano Formazione a Direttori, Coordinatori e alla rete dei Referenti con indicazioni per la definizione della formazione in azienda
2	Coinvolgimento del Responsabile Formazione: i Direttori, i Coordinatori e i referenti condividono le analisi complessive di incidenti/infortuni e le azioni individuate da eseguire che devono avere una priorità anche per il Piano Formativo. Strumenti di riferimento: revisione dei processi, audit clinici, FMECA-FMEA-SafetyWalkAround-Raccomandazioni-Procedure-LineeGuida-Formazione-Addestramento.
3	Rilevazione delle esigenze formative nelle UO a cura dei referenti (incontri con operatori, focus group, ecc), a partire dalla valutazione della formazione fatta nel 2021
4	Valutazione da parte dei Dipartimenti delle proposte formative delle diverse UO da inserire nel Piano Formazione (progetti formativi indirizzati sulle aree prioritarie del Dipartimento/UO)
5	Valutazione delle proposte formative da inserire nel Piano Formazione 2022 e valutate da parte del Comitato Scientifico, del Collegio dei Sanitari, e della Direzione Aziendale. Informazione delle proposte formative alle OOSS
6	Approvazione del Piano Formazione

Con il presente Piano Formativo 2022 si vuole coinvolgere tutto il personale della ASL di Frosinone

Tipologia
Personale Infermieristico
Personale Tecnico Sanitario
Personale della Riabilitazione
Personale della Prevenzion3e
Personale dell'Assistenza Sociale
Operatori Socio Sanitari
Personale Tecnico Comparto
TOTALE

Le attività formative interne previste nel Piano Formazione saranno valutate attraverso 4 livelli:

Liv. 1 - Valutazione del gradimento dei partecipanti (questionario di *customer satisfaction*);

Liv. 2 - Valutazione dell'apprendimento;

Liv. 3 - Valutazione globale del progetto formativo;

Liv. 4 - Valutazione della ricaduta su lavoro e organizzazione (Cambiamento della modalità di agire in termini di comportamento sul lavoro - definizione di indicatori dove possibile).

Le attività formative realizzate all'interno dell'Azienda sono definite dal Piano Formativo annuale e di norma prevedono il riconoscimento orario. La partecipazione ad attività formative trasversale con riconoscimento orario deve essere concordata e autorizzata dal proprio Direttore /Coordinatore di U.O.

La presenza alle attività formative sarà documentata tramite i fogli firma che il Referente Organizzativo invierà in originale all'Ufficio Formazione che a sua volta, dopo le opportune verifiche, provvederà ad inoltrare al settore presenze.

Per le iniziative a cui il personale si iscrive, la rinuncia alla frequenza dovrà essere comunicata (per e-mail) all'Ufficio Formazione almeno 48 ore prima dell'inizio dell'evento.

La partecipazione ad eventi esterni è possibile attraverso l'utilizzo di queste modalità:

- Aggiornamento obbligatorio (per personale di ruolo)
- Aggiornamento facoltativo
- Fuori orario di servizio

L'invio di personale al di fuori dell'azienda in aggiornamento obbligatorio (Frequenza presso strutture esterne; Corsi/Convegni) viene valutato e autorizzato dal DIOPS e dal Direttore di U.O e Direttore del Dipartimento.

Nel caso in cui l'aggiornamento esterno comporta una spesa, la richiesta deve essere sempre autorizzata dal direttore del Dipartimento. La richiesta autorizzata tramite apposito modulo deve essere inviata all'Ufficio Formazione almeno 15 gg prima dell'evento in modo da poter procedere alla formalizzazione tramite determina.

Per l'aggiornamento obbligatorio esterno l'autorizzazione può prevedere il riconoscimento di una o più spese (quota di iscrizione, pasti, pernottamento, spese viaggio) o il solo riconoscimento orario e copertura spese assicurative senza rimborsi ulteriori.

Il partecipante è tenuto a dare evidenza dell'avvenuta frequenza inviando l'attestato all'Ufficio Formazione a conclusione dell'evento unitamente all'apposito modulo di riconoscimento orario/rimborso spese debitamente compilato e corredata dagli originali.

Il dipendente che partecipa ad attività formative a qualunque titolo all'esterno dell'Azienda è tenuto a condividere con i colleghi le conoscenze e competenze acquisite nella formazione con le modalità concordate con il proprio Coordinatore / Responsabile di U.O.

Formazione sponsorizzata

Le Attività Formative sponsorizzate vanno svolte tenuto conto delle diverse indicazioni normative (l'Accordo Stato-Regioni ECM 2017, PNA (Piano Nazionale Anticorruzione) 2016, le indicazioni dell'ANAC

Corsi Valore PA

L’Azienda ha aderito nel 2021, in continuità con gli anni precedenti, al Progetto Valore PA per i corsi di Formazione proposti dalla Regione Lazio in collaborazione con INPS.

Formazione Continua - Obblighi

La Commissione nazionale per la formazione continua dell’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali ha emesso il “Manuale sulla formazione continua del Professionista sanitario” che introduce una serie di novità rilevanti, destinate a contribuire a quell’evoluzione dell’intero sistema che ne è una delle caratteristiche peculiari quali:

- l’obbligo di formazione continua decorre dal 1° gennaio successivo alla data di iscrizione all’Ordine Professionale;
- il riconoscimento delle seguenti professioni sanitarie: biologo, chimico, fisico, psicologo e farmacista, secondo quanto stabilito dalla Legge n. 3 del 2018;
- nel triennio, il professionista sanitario deve assolvere, in qualità di discente, almeno il 40% del proprio fabbisogno formativo triennale, eventualmente ridotto sulla base di esoneri, esenzioni ed altre riduzioni. Il restante 60% può essere maturato mediante attività di docenza in eventi accreditati E.C.M. ovvero mediante le attività di “formazione individuale”;
- il professionista sanitario può richiedere in qualsiasi momento al provider l’attestato E.C.M. dal quale risulti il numero di crediti dallo stesso maturati;
- Il documento può essere inviato tramite strumenti informatici (con tracciabilità delle operazioni) e preceduta dal controllo, da parte del provider, del superamento positivo delle verifiche finali sulla partecipazione all’evento formativo, ove previste, anche se l’evento non è stato rapportato ancora all’Ente accreditante;
- particolare attenzione viene dedicata alla formazione individuale; a quell’attività, cioè, non erogata dai provider e che può consistere in ricerca scientifica, tutoraggio individuale, formazione individuale all’estero e autoformazione che però non può superare il 60% dell’obbligo formativo triennale, fermo restando il limite del 20% per l’autoformazione, ovvero la lettura di riviste scientifiche o di capitoli di libri e monografie. L’attribuzione dei crediti a questa attività si basa su un criterio temporale, per cui 1 ora di impegno nell’attività corrisponde a 1 credito ECM. Di conseguenza saranno valorizzabili come autoformazione al massimo 30 ore di impegno (ovvero 30 crediti) qualora l’obbligo formativo individuale corrisponda a 150 crediti. In tale evenienza il professionista deve caricare autonomamente tali crediti sul portale del Co.Ge.A.P.S. tramite la modalità cosiddetta di “self provisioning” o in caso di malfunzionamento o blocco del sistema di self provisioning, il professionista può inviare via mail la documentazione;
- è stata sottolineata l’importanza della simulazione come metodica atta a favorire la formazione e l’apprendimento dei discenti;
- la frequenza a corsi universitari o equipollenti, finalizzati allo sviluppo delle competenze del professionista da diritto all’esonero che non può eccedere la durata legale del corso; nel caso di corsi a cavallo di 2 anni il professionista sceglie l’anno di attribuzione dell’esonero;
- l’esonzione che consiste in una riduzione dell’obbligo formativo triennale nei casi di sospensione dell’attività professionale e incompatibilità con una regolare funzione dell’offerta formativa attestata o autocertificata viene calcolata nella misura di 2 crediti ECM ogni 15 giorni continuativi di sospensione dell’attività professionale e incompatibilità e può essere richiesta nei seguenti casi:

- ✓ per maternità o paternità,
 - ✓ congedo parentale e congedo per malattia del figlio,
 - ✓ congedo per adozione e affidamento preadottivo,
 - ✓ aspettativa non retribuita per la durata di espletamento delle pratiche diadozione internazionale,
 - ✓ congedo retribuito per assistenza ai figli portatori di handicap,
 - ✓ aspettativa senza assegni per gravi motivi familiari,
 - ✓ permesso retribuito per i professionisti affetti da gravi patologie,
 - ✓ assenza per malattia,
 - ✓ richiamo alle armi-partecipazione a missioni all'estero o in Italia del corpomilitare e infermiere volontarie della CRI,
 - ✓ aspettativa per incarico direttore sanitario aziendale, direttore socio-sanitarioe direttore generale,
 - ✓ aspettativa per cariche pubbliche elettive,
 - ✓ congedo straordinario per assistenza familiari disabili.
- Determina 29 marzo 2007 della Commissione nazionale ECM che stabiliva le modalità di riconoscimento dei crediti formativi ai professionisti che svolgono attività di tutor sia ai fini dell'esame di stato sia ai fini della specializzazione.

La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni (CCEPS) istituita presso il Ministero della Salute in merito agli obblighi relativi alla formazione ECM, ha espresso che "l'obbligo di formazione e/aggiornamento previsto dal codice deontologico comprende l'osservanza di analoghi obblighi discendenti a carico dell'iscritto per disposizione di legge o regolamento, come la formazione continua".

La sentenza concepita dallo stesso CCEPS considera l'aggiornamento professionale un obbligo anche verso i propri pazienti, oltre che un dovere deontologico e normativo. Sulla base di questa sentenza, e in aderenza all'art. 16-quater del D.Lgs.502/92 e s.m.i. che dispone, che "la partecipazione alle attività di Formazione Continua costituisce requisito indispensabile per svolgere attività professionale in qualità di dipendente o libero professionista" gli Ordini hanno diramato informazioni agli iscritti relative alla possibilità a partire da Gennaio 2020 di intraprendere procedimenti sanzionatori nei confronti di coloro che non si siano aggiornati o che non si aggiornino con continuità.

Nello specifico, sono quattro le possibili tipologie di sanzioni che gli Ordini potranno disporre:

- ✓ Avvertimento (cioè un invito formale a non reiterare il mancato assolvimento dell'obbligo formativo);
- ✓ Censura (una dichiarazione formale di biasimo per il mancato assolvimento dell'obbligo formativo);
- ✓ Sospensione da un minimo di 1 mese ad un massimo di 6 mesi;
- ✓ Radiazione dall'Ordine.

La legge prevede inoltre la possibilità per gli Ordini di comminare sanzioni specifiche per comportamenti specifici. Infatti, a differenza del codice penale (secondo il quale per ogni determinato reato è prevista una determinata sanzione), la legge professionale non individua una specifica sanzione per ogni specifica infrazione, ma lascia libero l'Ordine di determinare la sanzione secondo criteri di adeguatezza e proporzionalità. È doverosa una distinzione tra la formazione che deriva da poteri discrezionali da quella obbligatoria, laddove disposizioni di legge prevedano specifici interventi formativi, collegati allo svolgimento di particolari attività. In tale ambito il quadro normativo è quello previsto dal d.lgs. n. 81/2008, inerente la sicurezza sul lavoro, con particolari disposizioni contenute negli articoli 36 e 37.

Le Amministrazioni devono assicurare la formazione obbligatoria anche ai responsabili del trattamento dei dati personali (art. 19, comma 6, all. b del d.lgs. n. 196/2003) ed agli operatori deputati a gestire tali dati. Va anche assicurato che gli adempimenti previsti per l'applicazione della legge 190 del 6 novembre 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, nelle strutture sanitarie regionali, i rischi specifici di corruzione e di illegalità.

La Direzione Generale della Asl di Frosinone ritiene di importanza strategica stabilire una relazione di reciproca sussidiarietà per quelle attività didattiche e di ricerca che in modo concordato e controllato possono e devono essere svolte dall'azienda in collaborazione con le convenzioni esistenti tra i vari Atenei, così come previsto nell'atto Aziendale della ASL di Frosinone.

Di seguito i Progetti del Piano Formativo - Professioni Sanitarie Infermieristiche, Tecniche, Riabilitazione, Ostetriche e della Prevenzione e i Corsi Obbligatori Dipartimentali Trasversali:

	Titolo iniziativa	Modalità formativa	Livello Priorità: 1, 2, 3	Struttura Proponente	Tipologia Formativa	Responsabile Scientifico	Target	Tipologia Adesione	Area	Partecipanti singola Ed	Numero edizioni	Durata	Costo complessivo edizioni
1	Strategie per la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori	CORSO	3	DIOPS	Residenziale FAD		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
2	Autodifesa non violenta per esercitare le professioni sanitarie che lavorano in aree a rischio (CSM, Carceri, Pronto Soccorso)	CORSO	2	DIOPS	Residenziale FAD		Tutte le professioni	Obbligatorio	Dea – Dip. Salute Mentale				
3	Il Coordinatore nella ASL di Frosinone: competenze e responsabilità	CORSO	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	ECM	Tutte Le Aree				
4	Infezioni correlate all'assistenza ed igiene delle mani	F.S.C.	1	DIOPS	Residenziale FAD		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
5	ZERO Contenzione: Raccomandazioni per il contenimento nelle strutture sanitarie.	CORSO	1	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
6	La sepsi, prevenzione riconoscimento precoce e gestione	CORSO	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
7	Approccio alla violenza di genere. Aspetti normativi, logistici e comunicativi	CORSO	1	DIOPS	FAD		Tutte le professioni	Obbligatorio	Dea				
8	Percorso di inserimento del personale neoassunto	CORSO	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
9	Equipe assistenziale, Ambiti di collaborazione professioni sanitarie - OSS	CORSO	1	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	ECM	Tutte Le Aree				
10	Focus sul trattamento del dolore	G.D.M	1	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
11	Acquisizione competenze multi-ambito in sala operatoria: competenze base preoperatorio. Perioperatorio specialità. Ambito anestesiologico	F.S.C.	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Blocco Operatorio				
12	Corso per geografia base per ostetriche	F.S.C.	3	DIOPS	Residenziale		Ostetriche/ci	Obbligatorio	MaternoInfantile				
13	Nursing Updating nella prevenzione e contrasto da Sars-CoV-2	G.D.M	1	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
14	Aspetti clinici sulla Passione di Cristo tra scienza e storia: A Case Report	Convegno	3	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	ECM					
15	La leadership al femminile per una nuova stagione in sanità	Convegno	3	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	ECM					
16	Gestione e manipolazione farmaci antiblastici all'interno dell'ufa	CORSO a Progetto	1	DIOPS	Residenziale		Infermieri TSLB OSS	obbligatorio	Oncologia-UFA				

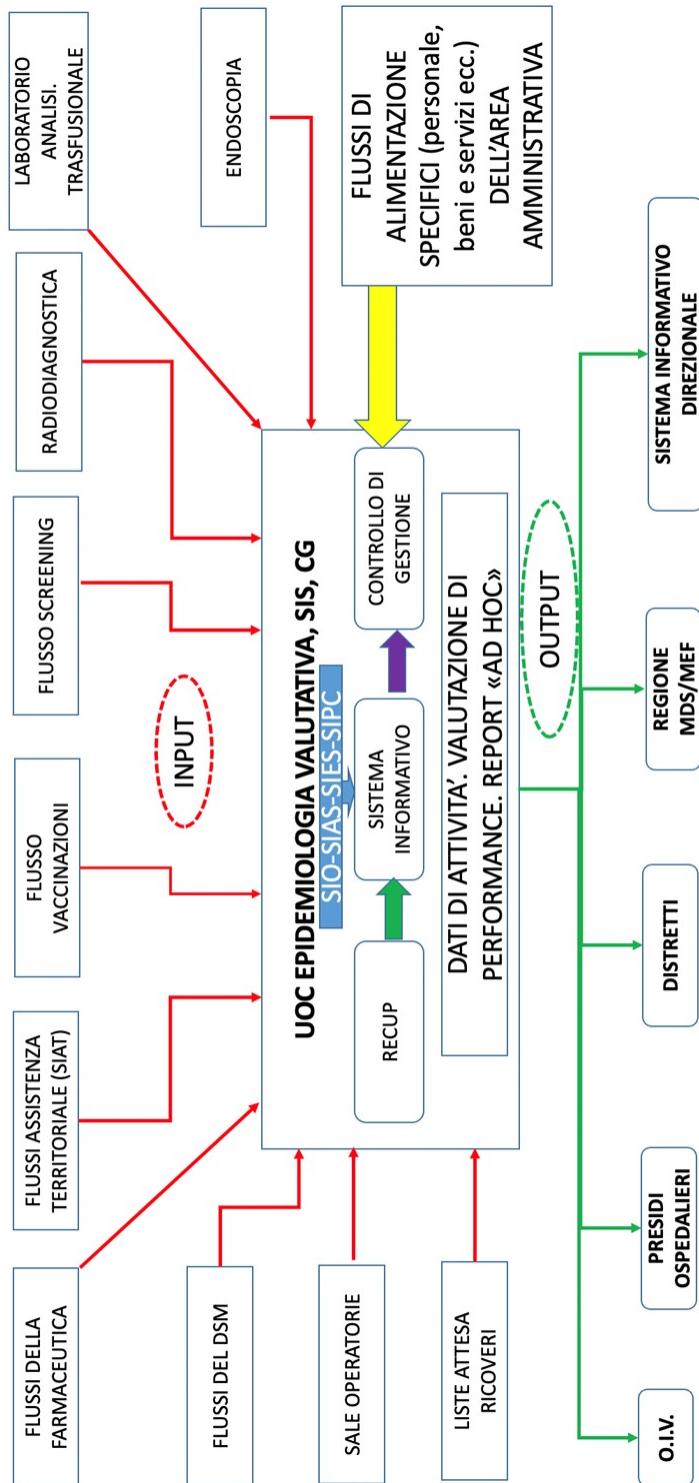
	Titolo iniziativa	Modalità formativa	Livello Priorità: 1, 2, 3	Struttura Proponente	Tipologia Formativa	Responsabile Scientifico	Target	Tipologia Adesione	Area	Partecipanti singola Ed	Numero edizioni	Durata	Costo complessivo edizioni
17	Gestione multidisciplinare del paziente Neurochirurgico nei diversi setting operativi in ambiente ospedaliero	G.D.M	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	obbligatorio	Neuro Oncologia				
18	Team Building e de-escalation comunicativa come strumento di prevenzione del burnout	CORSO	3	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
19	Corso di formazione teorico – pratico in T.C.	CORSO a Progetto	1	DIOPS	Residenziale		TSRM	Obbligatorio	Dip. Radiodiagnistica				
20	Corso di formazione teorico – pratico in RMN	CORSO a Progetto	1	DIOPS	Residenziale		TSRM	Obbligatorio	Dip. Radiodiagnistica				
21	Promozione e pratica sull' allattamento al seno (Family centered Care)	CORSO	3	DIOPS	Residenziale		Ostetriche/ci	Obbligatorio	MaternoInfantile				
22	Miglioramento della pratica clinica: Tecniche di ventilazione non invasiva	FSC	2	DIOPS	Residenziale		Infermieri	ECM	Dea – Rianimazione-Area Medica				
23	Migliorare l'interazione con il pz attraverso il colloquio motivazionale	CORSO	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
24	Introduzione alla pratica basata sulle evidenze e alla ricerca clinica	CORSO	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
25	Il BenEssere organizzativo: avere cura di chi cura	CORSO	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
26	Saggerimenti di pratica clinica per la prevenzione delle cadute dei pazienti in ospedale	CORSO	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
27	Wound care: strategie preventive, novità e approfondimenti	CORSO	1	DIOPS	Residenziale		Infermieri	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
28	Supervisione d'Equipe e rielaborazione di casi clinici complessi	G.D.M	1	DIOPS	Residenziale		Infermieri	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
29	Incontri su Audit clinico e organizzativo	G.D.M.	1	DIOPS	Residenziale		Coordinatori-Referenti Dirigenti	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
30	Gestione del paziente diabetico, Patrimonio venoso, Ulcere croniche e lesioni da pressione	G.D.M	2	DIOPS	Residenziale		Infermieri	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
31	Continuità delle cure fra Ospedale e Territorio attraverso percorsi formativi specifici (PDTA).	G.D.M	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Tutte Le Aree				
32	Il tempo di "formazione" è tempo di cura	Progetto ASL-TV-OPI-Provveditorato	1	DIOPS	FSC		Studenti CdI, Infermieristica e Docenti	Obbligatorio	Formazione E Ricerca				

NOTE: Livello di Priorità = 1. Alta, 2. Media, 3. Bassa - F.S.C (Formazione Sul Campo) – D.I.O.P.S.(Dipartimento Infermieristico Ostetrico Professioni Sanitarie). G.D.M. (Gruppo di miglioramento)

SEZIONE 4 MONITORAGGIO

4.a Monitoraggio della performance aziendale

Il monitoraggio della performance viene effettuato tramite l'utilizzo di un Data Warehouse (in via di potenziamento), la cui logica di implementazione viene riassunta nello schema di seguito:



Di seguito si riportano alcuni esempi esplicativi applicati a diversi ambiti.

SIAS

FILTRI DI NAVIGAZIONE

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER SPECIALITÀ'	
Codice Specialità	Q. Branca
Totali	
00	Laboratorio analisi - Radioluminologia
05	Chirurgia vascolare - Angiologia
08	Cardiologia
09	Chirurgia Generale
12	Chirurgia plastica
14	-
15	Medicina dello Sport
19	Endocrinologia
27	-
29	Nefrologia
30	Neurochirurgia
32	Neurologia
34	Oculistica
35	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo-facciale
36	Ortopedia e Traumatologia
37	Ortopedia e Giacologia
38	Otorinolaringoiatria
40	Psichiatria
43	Urologia
52	Dermosialopatia
56	Medicina fisica e Riabilitazione
58	Gastroenterologia - Chirurgia ed Endoscopia Digestive
61	Diagnosi per immagini - Medicina Nucleare
64	Oncologia
68	Pneumologia
69	Diagnosi per immagini - Radiologia Diagnostica
70	Radioterapia
79	Risonanza magnetica
82	Anestesiologia
99	Altro
LP	-

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

Codice Specialità	Q. Branca	Q. Prestazioni	%
Totali		5.866.883	100,00%
00		4.626.988	78,87%
05		6.462	0,11%
08		73.853	1,25%
09		19.448	0,33%
12		2.011	0,04%
14		2	0,00%
15		1.689	0,03%
19		40.833	0,60%
27		6	0,00%
29		240.996	4,11%
30		1.188	0,02%
32		45.982	0,75%
34		49.497	0,84%
35		18.220	0,31%
36		28.907	0,45%
37		20.226	0,35%
38		24.446	0,43%
40		20.648	0,34%
43		18.172	0,31%
52		40.199	0,69%
56		121.422	2,07%
58		19.444	0,33%
61		12.568	0,21%
64		46.550	0,70%
68		15.995	0,26%
69		136.969	2,33%
70		97.954	1,65%
79		28.975	0,49%
82		2.115	0,04%
99		106.296	1,81%
LP		1.127	0,03%

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore	
STRUTTURA	
3C - A CENTRO DI FISIOTERAPIA SRL	
991 TUSCOLANA ACCERT DASRL	
AC.I.S.M.O. M. CONCORDIA	
AEROLAB SRL	
Alliance Medical Diagnostic - Linea Medica	
Classificato	
Extramittoniali	
IRCCS privato	
IRCCS pubblico	
Altri	

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA

PRESTAZIONI PER BRANCA SPECIALISTICA	
CODICE	DESCRIZIONE
ASL di Residenza	
101	00 20.7
102	03.8
103	01.91
Tipologia Erogatore </	

SIES

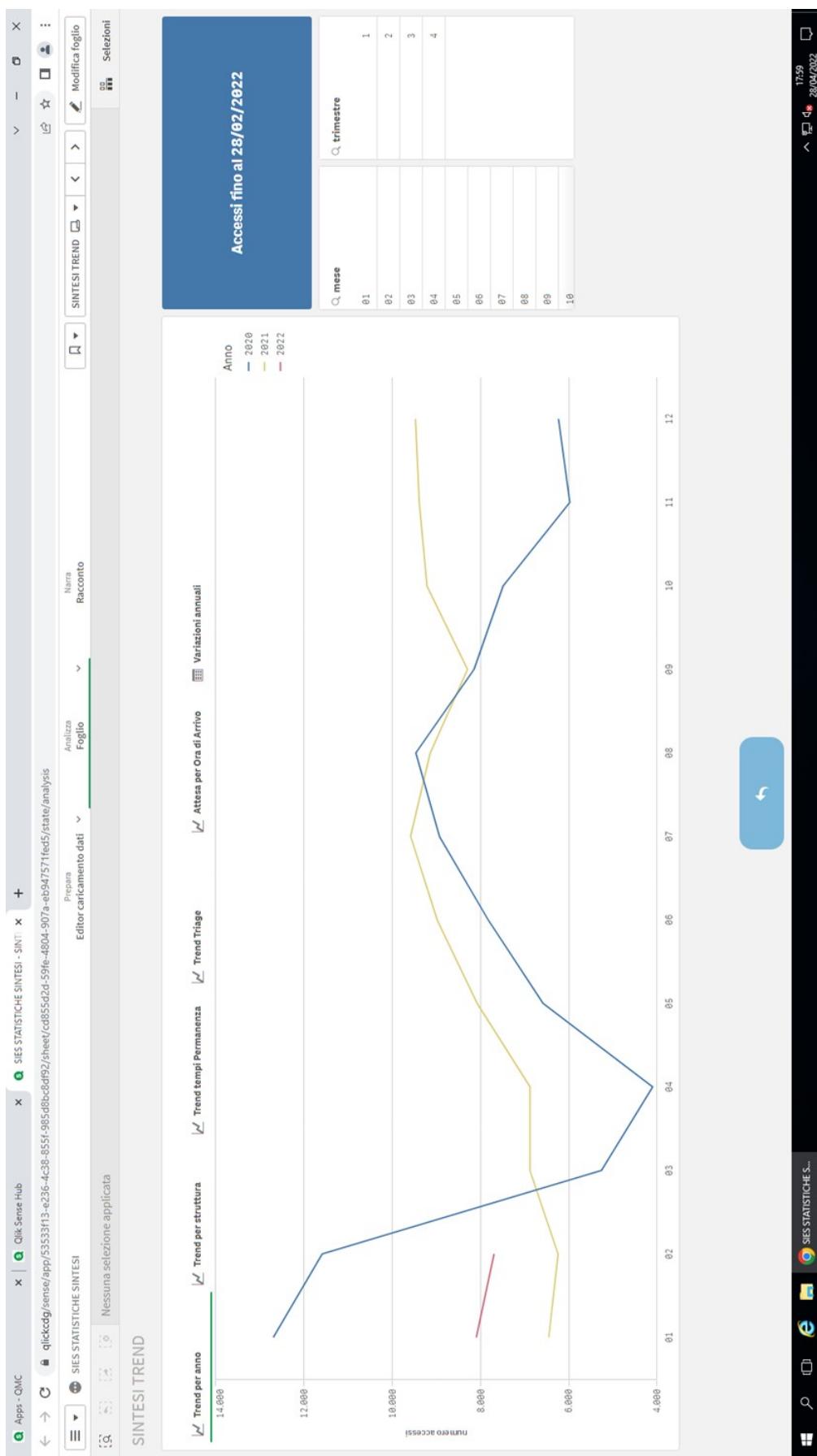
Q Apps - QMC Q Qlik Sense Hub Q SIES STATISTICHE SINTESI - SINT
 + Q

Q qlickcdg/sense/app/f53533f13-e236-4c38-855f-985d1db8d192/sheet/23b37332-be9c-4b6d-b606-1ab2a3ad468f2/statistic/analysis
 Prepara
Prepara
Editor caricamento dati
v
Analizza
Analizza
Racconto
v

Q SIES STATISTICHE SINTESI
 + Q
SINTESI
Nessuna selezione applicata

Q Sintesi
 + Q
SINTESI

<div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; margin-bottom:



4.b 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.

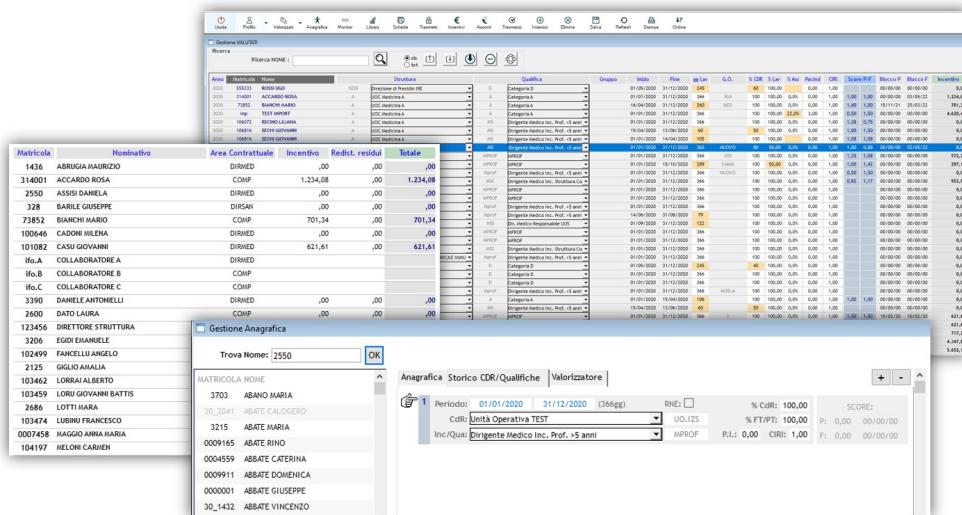
L'applicativo in questione, ideato in modalità web based, quindi con la possibilità di consultazione o gestione dei relativi contenuti da qualsiasi punto di accesso alla rete internet, prevede specifiche profilazioni di accesso, rispettivamente dedicate all'utenza centrale di amministrazione del sistema,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

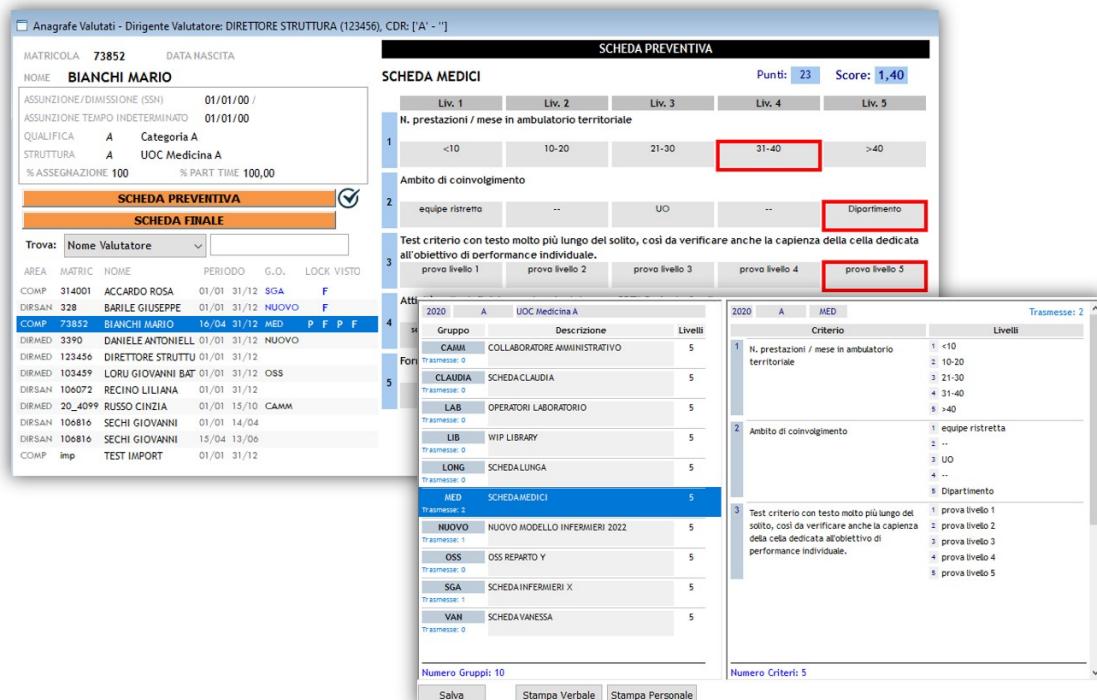
Seguono esempi delle schermate delle funzionalità sopra richiamate.



The screenshot displays two windows. The top window is a grid view of medical staff (Nominativo) with columns for Matricola, Nominativo, Area Contrattuale, Incentivo, Redist. residuo, and Totale. The bottom window is a detailed view of a staff member (Bianchi Mario) with tabs for Anagrafe, Storico CDR, Qualifiche, and Valorizzatore. The Valorizzatore tab shows a table with columns for Periodo, CDR, Score, and various performance metrics.

Profilo valorizzatore:

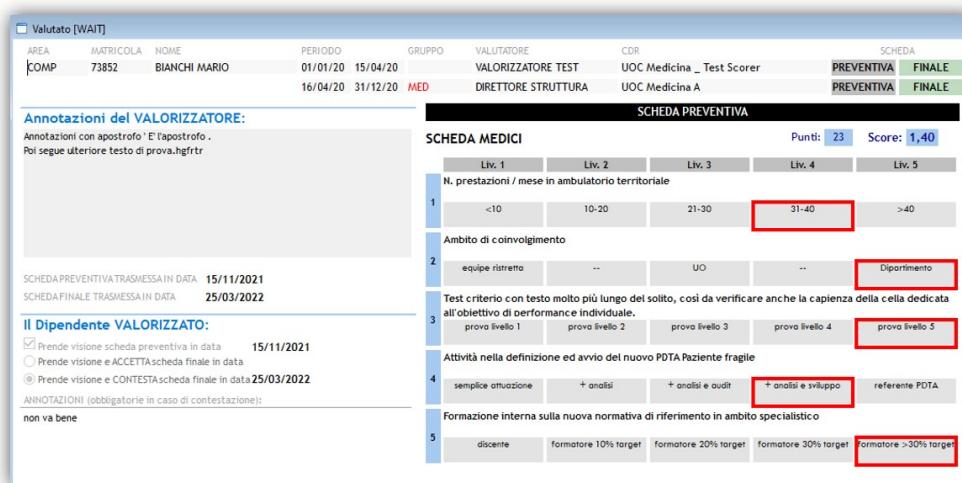
- gestione dei modelli di scheda riferiti in via contestualizzata alla propria struttura;
- compilazione dei punteggi di valorizzazione (preventivi e finali) relativi a ciascun collaboratore, con la possibilità di corredare la scheda con opportune annotazioni sulla valorizzazione espressa.



The screenshot shows a detailed view of a staff member (Bianchi Mario) with tabs for SCHEDA PREVENTIVA, SCHEDA MEDICI, and MED. The SCHEDA PREVENTIVA tab shows performance levels (Liv. 1 to 5) and a red box highlights the 31-40 range. The SCHEDA MEDICI tab shows various roles and their levels. The MED tab shows a table of medical staff with their roles and levels. The right side of the screen displays a table of performance criteria (Criterio) and their corresponding levels (Livelli).

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.



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.

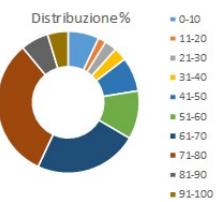
CDR	Descrizione Struttura	Valutatore	Inizio	sk PREVENTIVE		sk FINALI	
				Trasmesse	Pr.visione	Trasmesse	Pr.visione
100010	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano	16/09/20	4 su 4	3 su 4	4 su 4	4 su 4
1022	UOC Risorse Umane	UOC Risorse Umane	03/09/20	1 su 24	1 su 24	24 su 24	23 su 24
10230	UOC Patrimonio e tecnico	UOC Patrimonio e tecnico	01/11/20	2 su 10	2 su 10	10 su 10	10 su 10
10232	UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	UOSD Ingegneria Clinica e Tecnologie e Sistemi Informatici	01/04/20	0 su 10	0 su 10	10 su 10	10 su 10
1024	UOC Risorse Economiche	UOC Risorse Economiche	01/01/20	1 su 13	0 su 13	13 su 13	12 su 13
1025	UOC Acquisizione beni e servizi	UOC Acquisizione beni e servizi	01/01/20	15 su 15	8 su 15	15 su 15	15 su 15
10260	UOC Affari Generali e Legali	UOC Affari Generali e Legali	01/01/20	1 su 8	0 su 8	8 su 8	8 su 8
10260_CE	Comitato Etico	Comitato Etico	01/01/20	0 su 1	0 su 1	1 su 1	1 su 1
10267	UOSD Qualità, Accreditamento e Risk Management	UOSD Qualità, Accreditamento e Risk Management	15/07/20	0 su 1	0 su 1	1 su 1	1 su 1
1031	Direzione Sanitaria Aziendale	Direzione Sanitaria Aziendale	01/12/20	16 su 16	6 su 16	16 su 16	16 su 16
1032	UOC Farmacia	UOC Farmacia	01/01/20	0 su 11	0 su 11	11 su 11	10 su 11
1032C1	UOC Farmacia [COMP1]	UOC Farmacia [COMP1]	14/09/20	13 su 14	9 su 14	14 su 14	14 su 14
1034	DITRAR	DITRAR	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		
FASCIA	Intervallo (x/100)	NUMEROSITÀ ¹
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)	NUMEROSITÀ ¹	%
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%

