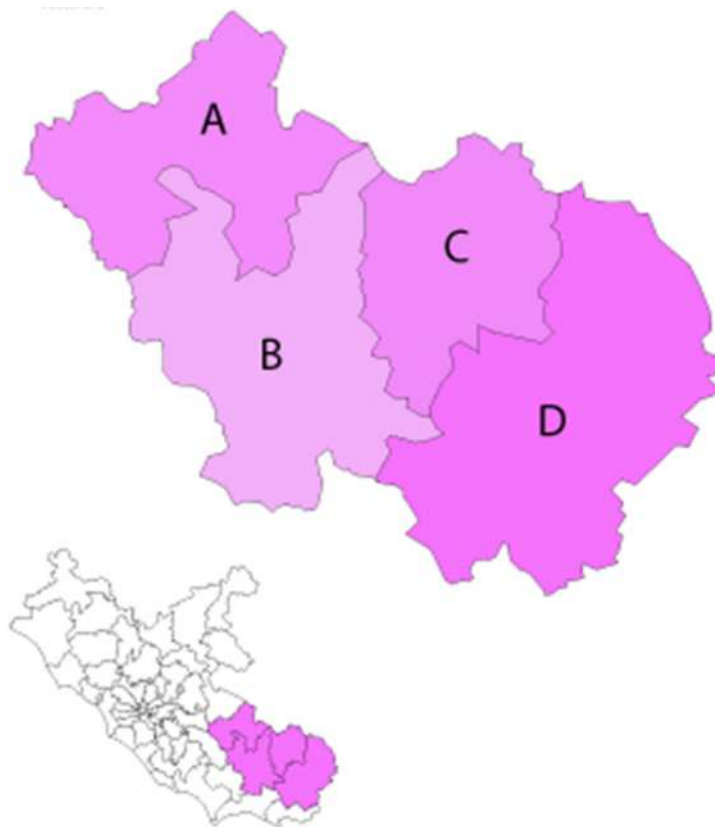


# Piano Integrato di Attività e Organizzazione PIAO

## ASL Frosinone 2023-2025



## INDICE

### PREMESSA - ILQUADRO NORMATIVO E METODOLOGICO

### SEZIONE 1 – SCHEDA ANAGRAFICA DELL'AMMINISTRAZIONE

SEZIONE 1.1 – Analisi del contesto territoriale

SEZIONE 1.2 – Analisi demografica

SEZIONE 1.3 – Analisi socio-economica

SEZIONE 1.4 – Stato di salute della popolazione

SEZIONE 1.5 – Analisi dell'offerta

Sezione 1.5.1 – Assistenza territoriale

Sezione 1.5.2 – Prevenzione collettiva e sanità pubblica

Sezione 1.5.3 – Assistenza ospedaliera

SEZIONE 1.6 – Analisi delle risorse economiche e finanziarie

### SEZIONE 2.a – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

SEZIONE 2.a.1 – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI

SEZIONE 2.a.2 – PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

SEZIONE 2.a.3 – VALORIZZAZIONE

### SEZIONE 2.b – VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

SEZIONE 2.b.1 – LE PROGRESSIONI VERTICALI

SEZIONE 2.b.2 – Incarichi di funzione di organizzazione dell'Area Sanitaria, Tecnica e Amministrativa

SEZIONE 2.b.3 – Risorse umane e ciclo del valore

SEZIONE 2.b.4 – Formazione del personale

SEZIONE 2.b.5 – Organizzazione del lavoro agile

### SEZIONE 3 – PIANI DI MIGLIORAMENTO

SEZIONE 3.1 Piano Aziendale dell'Equità (PAE)

SEZIONE 3.2 PDTA BPCO – Gestione del paziente affetto da broncopneumopatia cronico-ostruttiva

SEZIONE 3.3 PDTA BREAST – Tumore della mammella

SEZIONE 3.4 PDTA SCA – Sindromi Coronariche Acute

SEZIONE 3.5 - Programma di miglioramento per la riduzione della percentuale di parti con taglio cesareo

SEZIONE 3.6 - Protocollo per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni entro le 48 ore

SEZIONE 3.7 - Piano Aziendale dei Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso

SEZIONE 3.8 - Percorso chirurgico programmato

SEZIONE 3.9 - Piano delle Azioni Positive, Normativa di Riferimento e Monitoraggio

#### SEZIONE 4.a – VALORE PUBBLICO

SEZIONE 4.a.1 – La Gestione dell’accesso nella ASL di Frosinone: facilitazione dei rapporti con gli utenti, gli stakeholders e la comunità locale

SEZIONE 4.a.2 – La nuova rete territoriale nella provincia di Frosinone

SEZIONE 4.a.3 – Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

SEZIONE 4.a.4 – La riqualificazione energetica del patrimonio immobiliare – ASL Frosinone

SEZIONE 4.a.5 – La trasformazione digitale della ASL di Frosinone e la Telemedicina

#### SEZIONE 4.b – ANTICORRUZIONE

SEZIONE 4.b.1 – Valutazione di impatto del contesto esterno e valutazione d’impatto del contesto interno

SEZIONE 4.b.2 – Mappatura dei processi

SEZIONE 4.b.3 – Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti. Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio

SEZIONE 4.b.4 – Monitoraggio sull’idoneità e sull’attuazione delle misure

SEZIONE 4.b.5 – Cronoprogramma delle attività di Prevenzione della Corruzione

#### SEZIONE 4.c – La trasparenza

#### SEZIONE 5.a – PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

SEZIONE 5.1 - Struttura organizzativa

SEZIONE 5.2 – Performance organizzativa

Sezione 5.2.1 - Principi generali

Sezione 5.2.2 – La performance strategica

SEZIONE 5.3 – Performance individuale

SEZIONE 5.4 – Fasi e tempi di gestione del processo annuale di budgeting operativo

#### SEZIONE 5.b – MONITORAGGIO

SEZIONE 5.b.1 – MONITORAGGIO PERFORMANCE OPERATIVA

SEZIONE 5.b.2 – MONITORAGGIO PERFORMANCE INDIVIDUALE

## 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 ma con il Comunicato del Presidente dell'ANAC del 17 gennaio 2023, si differisce al 31 marzo 2023 il termine previsto per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del PIAO<sup>1</sup>.

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.

---

<sup>1</sup> Con il Comunicato del Presidente dell'ANAC del 17 gennaio 2023, si comunica che il Consiglio dell'ANAC ha valutato l'opportunità di differire al 31 marzo 2023 il termine del 31 gennaio previsto per l'approvazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) unitamente a quello del PIAO, tenuto anche conto del parere espresso dalla Conferenza Unificata sul punto e che l'Autorità terrà pertanto conto di tale ultimo termine ai fini della propria attività di vigilanza

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

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

Il PIAO è rivolto a tutti gli stakeholder dell'Azienda, interni ed esterni, e ha valenza triennale con aggiornamenti annuali. In esso prendono infatti vita gli obiettivi di performance organizzativa, che guidano il miglioramento dell'azione amministrativa secondo le linee strategiche aziendali. La performance diventa un concetto guida intorno al quale si collocano le diverse prospettive della trasparenza, intesa anche come mezzo di accountability dell'agire pubblico nei confronti dei propri stakeholder 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 5 sezioni, a loro volta articolate in sottosezioni, riferite a specifici ambiti di attività amministrativa e gestionali. Le sezioni sono le seguenti:

1. Analisi di contesto
2. Organizzazione e capitale umano
3. Piani di miglioramento
4. Valore pubblico e anticorruzione
5. Performance e Monitoraggio

## 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](http://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 470.489 abitanti (dato ISTAT al 1° gennaio 2022), distribuiti in 4 Distretti Sanitari.

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 1.1 – Analisi del contesto territoriale



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

Il territorio della Azienda 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 470.689 abitanti (dato ISTAT al 1° gennaio 2022), distribuiti in 4 Distretti Sanitari, con una densità abitativa media di 146 abitanti per Km<sup>2</sup>.

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.



Distretti  
 A Alatri-Anagni  
 B Frosinone  
 C Sora  
 D Cassino

Distretto Sanitario	Abitanti
Distretto "A"	88.060
Distretto "B"	174.761
Distretto "C"	96.682
Distretto "D"	113.964
<b>Totale</b>	<b>473.467</b>

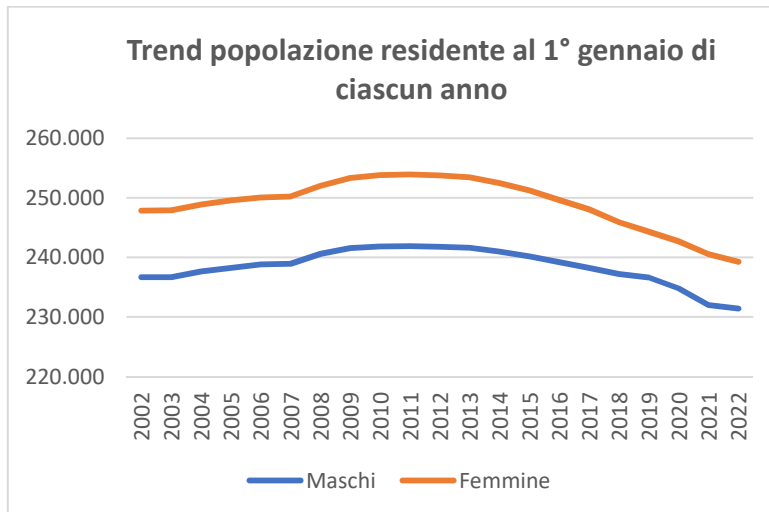
**Distretto A** composto di 15 Comuni;  
**Distretto B** composto da 23 Comuni;  
**Distretto C** composto da 27 Comuni;  
**Distretto D** composto da 26 Comuni.



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

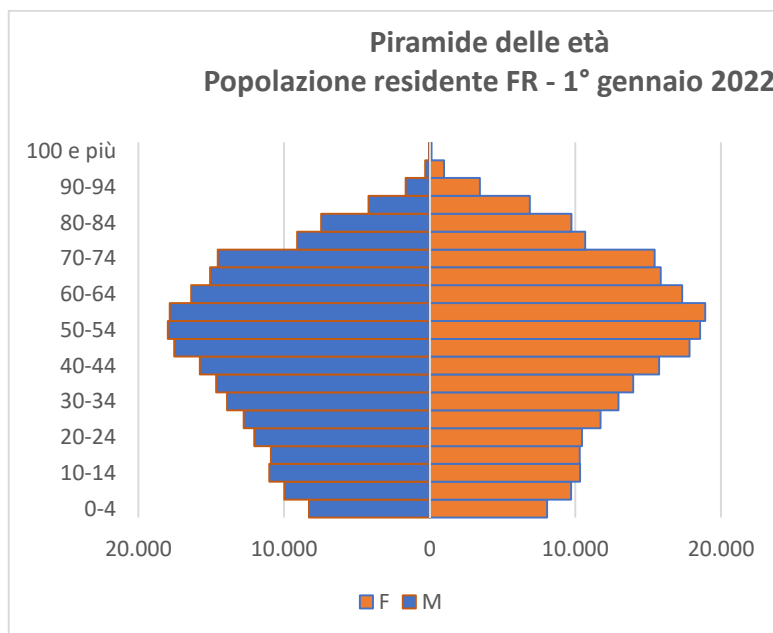
## SEZIONE 1.2 – Analisi demografica

Negli ultimi 10 anni la popolazione residente ha subito un andamento decrescente, passando da un totale di popolazione di quasi 500 mila individui al 1° gennaio 2021 a circa 470 mila al 1° gennaio 2022, con una perdita di circa 25.000 persone.



Gli stranieri residenti in provincia di Frosinone al 1° gennaio 2022 sono 23.377 e rappresentano quasi il 5% della popolazione residente. La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania, seguita dall'Albania e dal Marocco.

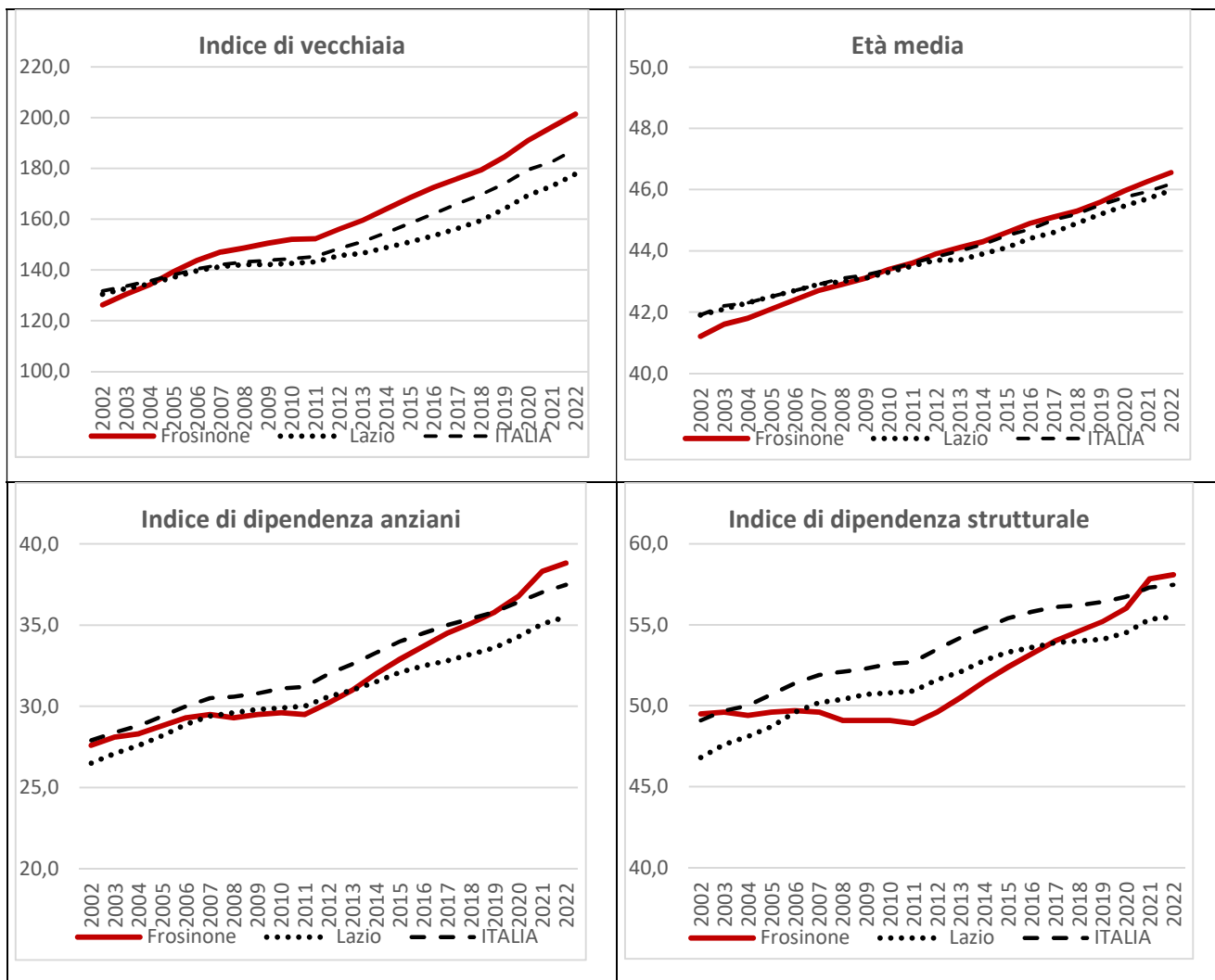
La piramide delle età, che rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Frosinone per età e sesso, evidenzia una struttura per età molto anziana, dove la componente anziana (65 e più) pesa molto di più della componente giovane (meno di 20 anni).



Analizzando gli indicatori demografici riportati nello schema 1, come l'indice di vecchiaia<sup>1</sup>, l'età media, l'indice di dipendenza anziani<sup>2</sup> e l'indice di dipendenza strutturale<sup>3</sup>, si evidenzia come la popolazione della ASL di Frosinone stia invecchiando velocemente nel tempo, e con livelli più veloci e preoccupanti rispetto alla media regionale e nazionale.

Al 1° gennaio 2022 l'indice di vecchiaia ha superato il 200%, vale a dire che per ogni bambino di 0-14 anni, ci sono due persone con oltre 65 anni, l'età media è arrivata a 46,6 anni; l'indice di dipendenza strutturale ammonta al 58%, vale a dire che ogni 100 persone in età lavorativa (15-64) ce ne sono 58 economicamente dipendenti (bambini e per lo più anziani).

**Schema 1**



<sup>1</sup> Indice di vecchiaia: rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, moltiplicato per 100

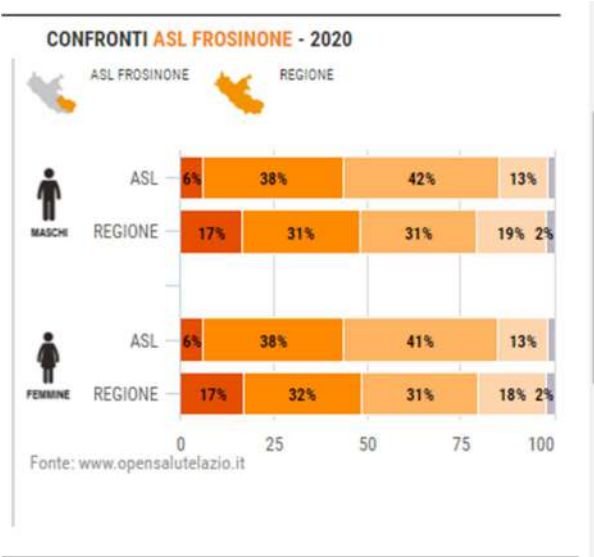
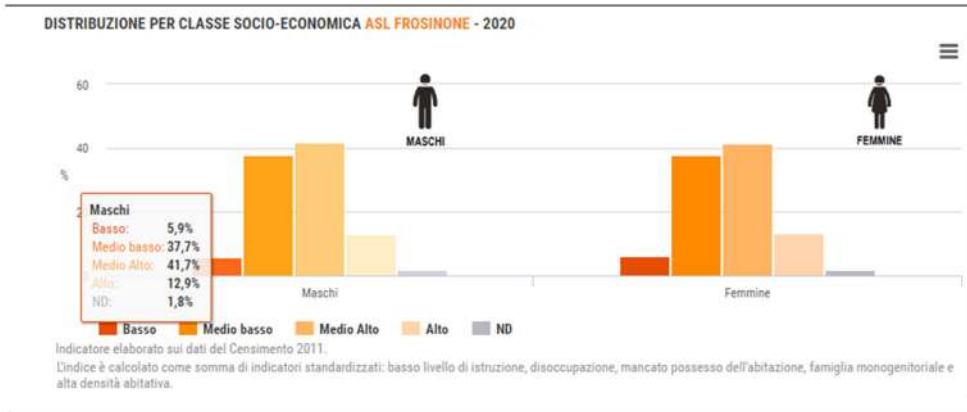
<sup>2</sup> Indice di dipendenza anziani: rapporto tra popolazione di 65 anni e più e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100

<sup>3</sup> Indice di dipendenza strutturale: rapporto tra popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

I trend demografici portano l'Azienda a rafforzare le iniziative per organizzare i servizi sanitari sempre più orientati a dare risposte ai bisogni del singolo paziente, programmando prestazioni ed interventi di cura specifici, prescrivendo le cure farmacologiche più appropriate, alleggerendo così il paziente dalla responsabilità di prenotare visite ed esami. Si intende sempre più rafforzare la presa in carico del paziente, letteralmente inteso come il "farsi carico dei problemi dell'altro", al fine di garantire al cittadino affetto da patologie croniche un migliore accesso alle cure e un'assistenza sanitaria continuativa per fornire in questo modo una risposta semplice ad una complessa domanda di cure integrate. Tutta l'organizzazione attraverso il maggior coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale/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.

## SEZIONE 1.3 – Analisi socio-economica



**INDICI SOCIO-ECONOMICI ASL FROSINONE**

**10.836 €**  
 REDDITO MEDIO 2019  
 NEL LAZIO 14.428 €

**70,6‰**  
 TASSO IMPRENDITORIALITÀ 2017  
 NEL LAZIO 80,8‰

**20,8%**  
 POPOLAZIONE CON BASSO TITOLO DI STUDIO 2020  
 NEL LAZIO 16,0%

Fonte ISTAT

## SEZIONE 1.4 – Stato di salute della popolazione

### FREQUENZA MALATTIE

PREVALENZA ASL FROSINONE - 2020



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

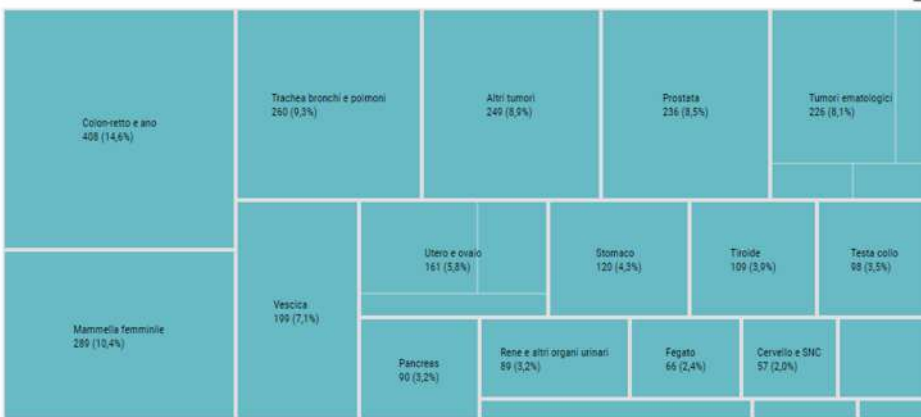
### TUMORI MALIGNI

INCIDENZA ASL FROSINONE - 2019

RESIDENTI: 473.467

NUOVI CASI: 2.786

Tutti i tumori: 2.786 (100%)



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

**CAUSE DI RICOVERO**

ASL FROSINONE - 2021

RESIDENTI: 473.467

RICOVERATI: 28.721

6,1%

Tutte le cause di ricovero: 31.950 (100%)



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

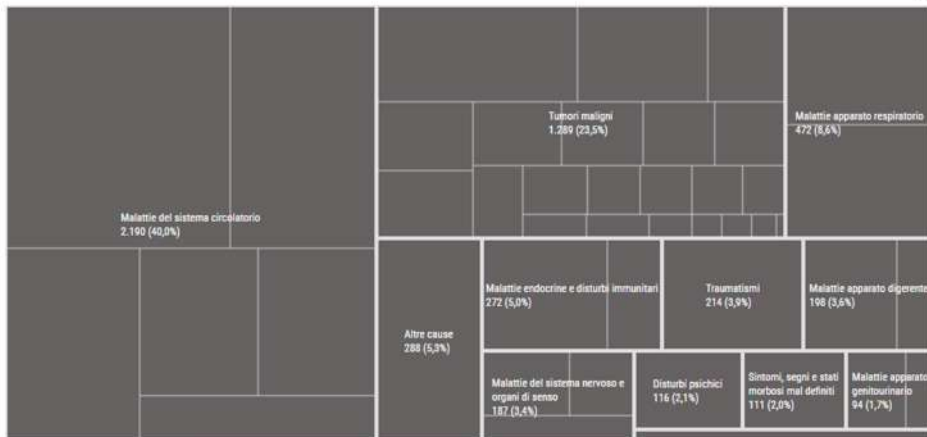
**CAUSE DI MORTE**

ASL FROSINONE - 2019

RESIDENTI: 473.467

DECESSI: 5.480

Tutte le cause di decesso: 5.480 (100%)



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

## SEZIONE 1.5 – Analisi dell’offerta

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

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

### Sezione 1.5.1 – 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.

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 2022 un volume di prestazioni di specialistica ambulatoriale pari a 4.701.052 a cui vanno aggiunte 7.800 prestazioni riconducibili alla dialisi e più di 5.600 pacchetti di prestazioni APA/PAC.

	<b>SIAS</b>		
	<b>pubblico</b>	<b>privato</b>	<b>totale</b>
Prestazioni ambulatoriali	2.652.833	2.048.219	4.701.052
Dialisi V56A	3.529	1.812	5.341
Dialisi V56.B	2.459	-	2.459
APA	2.539	2.234	4.773
PAC	864	-	864

\* escluso il 13° mese



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 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.

## Sezione 1.5.2 – Prevenzione collettiva e sanità pubblica

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

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

- Sanità Pubblica: UOC Igiene e Sanità Pubblica (S.I.S.P.)
- Prevenzione nei Luoghi di Lavoro: UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (P.S.A.L.);
- Sanità Pubblica Veterinaria: UOC Sanità Animale (S.A.), UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (I.A.P.Z.);
- Sicurezza Alimentare: UOC Igiene 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 del 2021, 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.

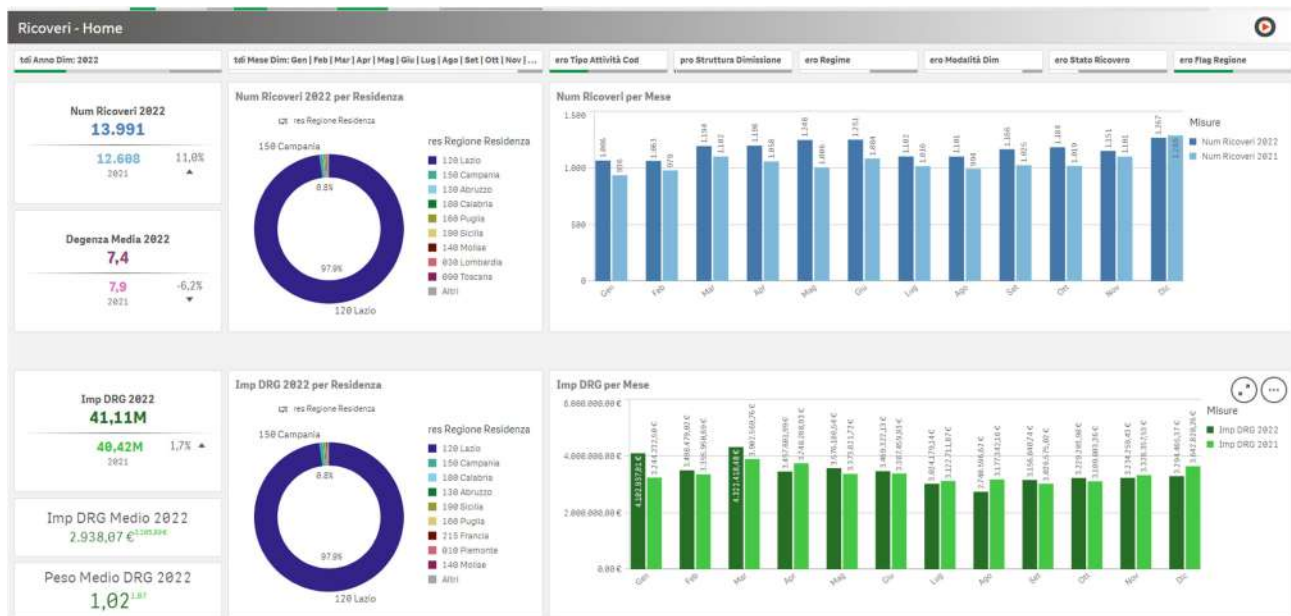
Sezione 1.5.3 – Assistenza ospedaliera

L'assistenza ospedaliera è assicurata da un'offerta composta di 1.433 posti letto di cui 999 pubblici pari al 69,7% del totale.

Struttura Dimissione	Num Ricoveri	Num Dimessi	Num Accessi DH	gg Degenza	gg Degenza Preop	gg Degenza Postop	Imp DRG	Peso Medio DRG	Num Diagnosi	Num Interventi
12021601 Ospedale F. Spaziani Frosinone	10.034	10.034	5.997	76.224	19.687	52.972	30.639.562,87 €	1,02	26.852	43.447
12022800 Ospedale S. Scolastica Cassino	8.135	8.135	2.126	54.727	10.238	42.359	20.684.346,08 €	0,95	24.255	32.811
12022600 Ospedale Civile S.S.Trinita' N.Sede Sora	6.887	6.887	2.704	39.154	10.578	27.105	16.611.333,53 €	0,92	22.642	27.451
12021602 Ospedale San Benedetto Alatri	3.957	3.957	2.653	27.785	7.169	18.277	10.466.927,58 €	1,02	8.500	17.530
12023000 Casa Di Cura Priv. S. Anna S.R.L.Cassino	1.446	1.446	623	6.593	1.634	4.329	4.386.812,90 €	1,16	3.351	6.141
12027700 Ex Center Hospital'San Raffaele' Cassino	1.433	1.433	0	32.327	3.413	28.219	5.951.449,10 €	0,95	6.512	6.602
12023600 Casa Di Cura Priv. Santa Teresa Isola L.	1.088	1.088	459	2.345	249	1.664	3.029.255,90 €	1,18	1.639	2.704
12029100 Villa Gioia	1.059	1.059	3	9.439	1.164	8.250	3.115.702,80 €	0,91	4.525	4.687
12023500 Casa Di Cura Priv. Villa Serena Cassino	980	980	16	7.885	2.797	5.066	2.730.302,60 €	0,97	2.854	1.662
12027900 I.N.I. Div.Distacat Citta' Bianca	339	339	0	4.505	1.801	2.699	1.454.618,10 €	1,35	915	1.681
12028800 Villa Tiberia Hospital	112	112	37	262	62	158	388.089,20 €	1,39	231	239

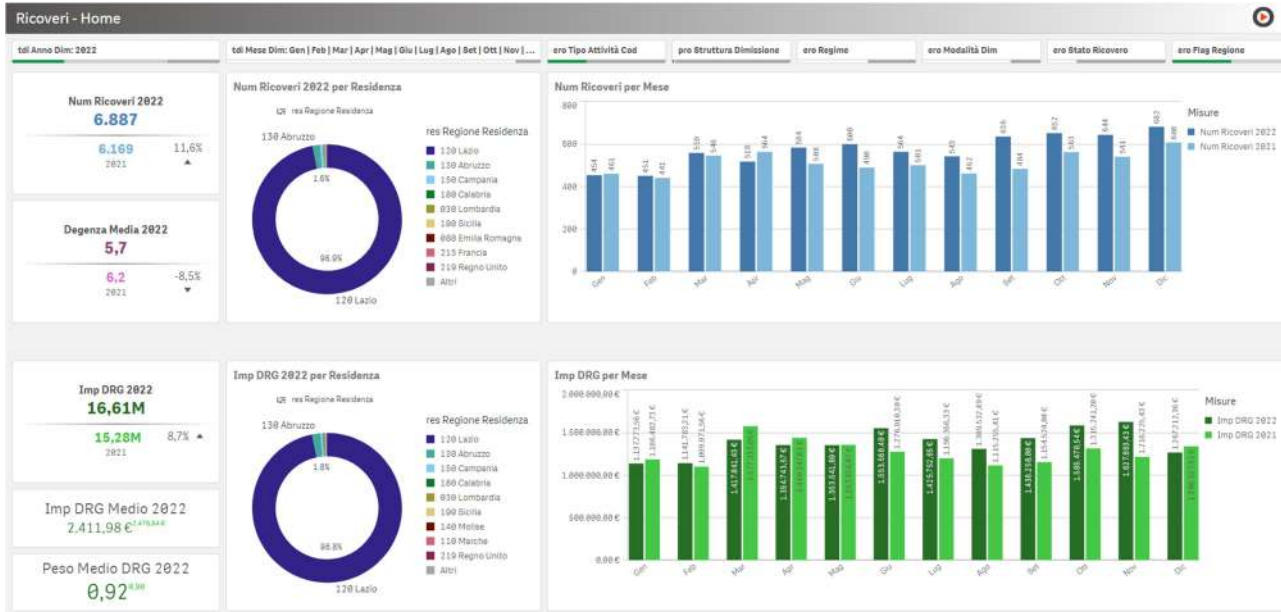
Il Presidio Ospedaliero F. Spaziani di Frosinone (Polo Unificato Frosinone Alatri) garantisce 365 posti letto, è DEA I nella rete dell'emergenza, Spoke nella rete emergenza pediatrica, UTN I nella rete dell'ICTUS, CTZ nella rete del trauma, è snodo anche della rete cardiologica e perinatale.

**Polo Ospedaliero Frosinone-Alatri**

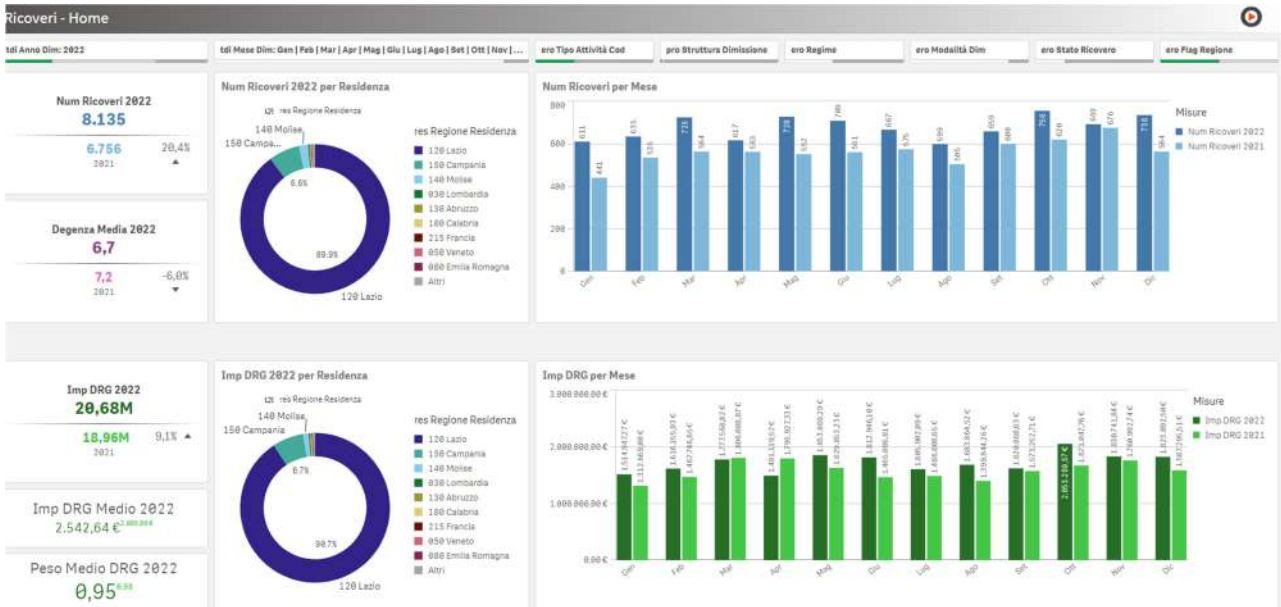


Il Presidio Ospedaliero di Sora è caratterizzato da 233 posti letto mentre quello di Cassino da 309 posti letto. Entrambi sono presenti nella rete dell'emergenza in qualità di DEA I, nella rete dell'emergenza pediatrica, nella rete del trauma, cardiologica e perinatale.

### Ospedale di Cassino



### Ospedale di Cassino



Le strutture ospedaliere, sempre garantendo la risposta al bisogno di salute della popolazione, si stanno adoperando per 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.

#### Tasso di ospedalizzazione, tutte le cause di ricovero, tutte le età

AREA (x 100.000 residenti)	2019	2020	2021
LAZIO	7825,1	6326,5	6269,2
ROMA	7691,3	6220,3	6052,0
ASL Roma 1	7689,6	6142,6	6032,9
ASL Roma 2	7762,5	6296,9	6110,6
ASL Roma 3	7629,6	6338,3	6115,7
ASL Roma 4	7930,7	6351,7	6536,4
ASL Roma 5	7996,1	6469,0	6569,8
ASL Roma 6	8880,8	6899,0	7096,3
<b>ASL Frosinone</b>	<b>7672,2</b>	<b>6335,1</b>	<b>6212,0</b>
ASL Latina	7998,8	6561,0	6536,5
ASL Rieti	7234,0	5728,9	5855,4
ASL Viterbo	6937,2	5667,6	5766,8

DISTRETTO (x 100.000 residenti)	2019	2020	2021
ASL Frosinone, Distretto A - Alatri-Anagni	7796,8	6221,5	6225,3
ASL Frosinone, Distretto B - Frosinone	7281,2	6278,7	6306,2
ASL Frosinone, Distretto C - Sora	7163,9	5990,5	5693,0
ASL Frosinone, Distretto D - Cassino - Pontecorvo	8643,5	6823,6	6521,0
<b>ASL Frosinone</b>	<b>7672,2</b>	<b>6335,1</b>	<b>6212,0</b>

Fonte [www.opensalutelazio.it](http://www.opensalutelazio.it)

In particolare, ogni ospedale individua 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.

Gli accessi ai PS/DEA, nell'anno 2022 sono stati pari 113.098 di cui il 3,8% con codice rosso e il 15,4% seguiti da ricovero.

Triage	Anno		
	2020	2021	2022
Non eseguito	1.325	1.020	1.031
Rosso	3.017	3.773	4.315
Verde	44.343	38.631	41.681
Bianco	1.634	1.212	1.134
Arancione	14.420	19.676	22.300
Azzurro	29.560	34.313	42.637
<b>Totale</b>	<b>94.300</b>	<b>98.625</b>	<b>113.098</b>
<b>% con codice rosso</b>	<b>3,2%</b>	<b>3,8%</b>	<b>3,8%</b>
n. accessi seguiti da ricovero	16.867	16.499	17.430
% accessi seguiti da ricovero	17,9%	16,7%	15,4%

## SEZIONE 1.6 – Analisi delle risorse economiche e finanziarie

Il preconsuntivo in conto esercizio per l'anno 2022 in favore della ASL di Frosinone è pari a complessivi € 838 mln rideterminati in € 900 mln considerando la previsione degli altri ricavi dell'Azienda, con un decremento di circa 2 mln rispetto al 2021.

VOCI CONTO ECONOMICO CE	2019	2020	2021	preconsuntivo 2022
Contributi in c/esercizio	831.817.778	859.155.320	842.853.775	838.034.463
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.435.625	-10.927.649	-8.199.179	-7.792.808
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	201.669	0	3.080.519	487.456
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	43.103.184	39.853.145	37.220.830	41.011.021
Concorsi, recuperi e rimborsi	5.076.887	12.442.496	1.704.912	1.891.307
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket)	7.723.667	4.340.129	4.433.560	4.481.298
Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	20.147.730	21.111.896	21.111.896	21.775.126
Altri ricavi e proventi	201.869	306.665	306.665	345.540
<b>Totale valore della produzione (A)</b>	<b>900.837.159</b>	<b>926.282.002</b>	<b>902.512.978</b>	<b>900.233.403</b>

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 935 mln. I costi di produzione sono rappresentati per il 13% circa 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	preconsuntivo 2022
Acquisti di beni	112.572.421	123.685.253	121.836.330	123.137.136
Acquisti di servizi	517.991.178	516.111.817	514.004.748	537.380.648
Manutenzione e riparazione	12.077.651	7.437.314	10.440.453	12.892.261
Godimento di beni di terzi	2.280.615	2.306.201	2.121.194	1.977.563
Totale costo del personale	197.960.438	208.597.842	211.302.840	217.228.594
Oneri diversi di gestione	2.447.240	2.250.696	2.618.999	3.133.162
Totale ammortamenti	20.147.730	21.111.896	21.111.896	21.773.126
Variazione delle rimanenze	1.455.925	-3.202.185	-770.861	-606.354
Accantonamenti dell'esercizio	15.052.848	25.752.059	22.723.093	18.686.050
<b>Totale costi della produzione</b>	<b>881.986.046</b>	<b>904.050.893</b>	<b>905.388.692</b>	<b>935.602.186</b>

<b>TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>preconsuntivo 2022</b>
Acquisti di beni sanitari	111.370.207	122.693.680	120.735.977	121.811.376
Acquisti di beni non sanitari	1.202.214	991.573	1.100.353	1.325.759
<b>ACQUISTI DI BENI</b>	<b>112.572.421</b>	<b>123.685.253</b>	<b>121.836.330</b>	<b>123.137.135</b>
Acquisti servizi sanitari per medicina di base	55.336.443	57.390.547	57.215.690	57.876.231
Acquisti servizi sanitari per farmaceutica	76.019.678	71.945.592	71.292.810	71.186.289
Acquisti servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	46.978.422	46.576.352	45.085.514	48.886.501
Acquisti servizi sanitari per assistenza riabilitativa	9.273.898	9.199.799	9.459.073	12.993.804
Acquisti servizi sanitari per assistenza integrativa	10.457.822	10.261.294	9.924.367	11.751.830
Acquisti servizi sanitari per assistenza protesica	12.891.528	12.176.670	12.891.528	13.774.027
Acquisti servizi sanitari per assistenza ospedaliera	157.369.010	150.018.717	149.502.277	148.652.584
Acquisto prestazioni di psichiatria residenziale e semi-residenziale	9.329.702	11.042.542	10.419.657	10.307.562
Acquisto prestazioni di distribuzione farmaci fileF	33.299.045	33.147.324	33.103.310	34.668.302
Acquisto prestazioni termali in convenzione	1.966.166	549.515	456.157	985.455
Acquisto prestazioni di trasporto sanitario	3.127.687	3.793.239	4.233.521	5.282.523
Acquisto prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	30.567.989	35.159.829	36.570.691	37.451.018
Compartecipazione al personale per attività libero professionale	1.703.753	1.408.509	1.610.181	1.930.426
Rimborsi, assegni e contributi sanitari	4.373.956	3.893.869	4.283.327	6.421.218
Consulenze, collaborazioni, interinale e altre prestazioni di lavoro	14.926.334	10.834.097	10.945.121	10.460.704
Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	903.661	1.010.714	1.189.843	2.730.797
Acquisti di servizi non sanitari	49.466.085	57.703.209	55.821.680	62.021.378
<b>ACQUISTI DI SERVIZI</b>	<b>517.991.179</b>	<b>516.111.818</b>	<b>514.004.747</b>	<b>537.380.649</b>

## SEZIONE 2.a – ORGANIZZAZIONE E CAPITALE UMANO

Il presente documento costituisce il Piano di Organizzazione, concepito come uno “strumento” di gestione e di innovazione attraverso il quale perseguire gli obiettivi strategici e le finalità istituzionali.

L’organizzazione ed il funzionamento della Azienda sanitaria sono disciplinati dall’atto aziendale, introdotto nell’ordinamento nazionale dal d.lgs. 502/1992, così come modificato dal d.lgs. 229/1999 e recentemente adeguato nell’ordinamento regionale dall’applicazione della legge regionale 10/2006. L’atto aziendale è un atto di diritto privato, elaborato ed attuato nel rispetto dei principi e dei criteri definiti dalle disposizioni nazionali e regionali, che esplicita le modalità di funzionamento e di interazione con i soggetti istituzionali ed i cittadini del territorio.

La missione aziendale consiste nel garantire la razionalizzazione, l’integrazione e l’efficientamento dei servizi sanitari, socio – sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali, impiegando nel processo le risorse ad esse assegnate in modo efficiente.

La valorizzazione delle risorse umane e professionali che operano nell’Azienda rappresenta lo strumento principale sul quale intervenire per garantire il miglioramento della qualità delle cure. Pertanto, acquisiscono un ruolo fondamentale i processi di formazione ed aggiornamento, soprattutto sul campo, che saranno promossi anche con la partecipazione e collaborazione di istituzioni esterne, in particolare delle Università per l’apporto di tecniche di ricerca e innovazione organizzativa. Per ottimizzare la gestione del capitale umano in azienda occorre sviluppare un modello che permetta una facile organizzazione e un’attenta valorizzazione delle competenze delle risorse, viste come parte integrante e fondamentale del patrimonio aziendale. Al fine di ottenere risultati immediati ed evidenti, un’azienda dovrebbe partire dalla propria analisi interna.

Il valore di un’azienda, infatti, dipende anche, e soprattutto, da un’organizzazione meticolosa, un controllo attento e pianificato può rendere la gestione del capitale umano uno dei principali vantaggi competitivi, al fine di raggiungere gli obiettivi fissati contenendo i costi.

**Il capitale umano deve essere infatti gestito con attenzione**, una volta identificate e pianificate le attività di ciascuna risorsa, il lavoro dell’azienda prosegue con la definizione **del fabbisogno triennale**.



## SEZIONE 2.a.1 – PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI

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 programmata 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. 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 sottesi 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.

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.

### **Normativa di riferimento**

- Art. 39 della legge 27 dicembre 1997 n. 449;
- Artt. 6 e 6 – ter del D.Lgs. 165/2001 in tema di "Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale", come novellato dal D.Lgs. 75/2017, ai sensi del quale le amministrazioni pubbliche adottano, in conformità al piano triennale dei fabbisogni, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti;

- Art. 14 Legge 161/2014 con riferimento alle recente evoluzioni normative in materia di riposi minimi per la tutela psico-fisica dei lavoratori;
- Ai fini del reclutamento del personale si fa riferimento alle procedure concorsuali speciali previste per il Comparto Sanità, quali: il D.P.R. 27/03/2001 n. 220 recante la disciplina concorsuale del personale non dirigenziale del Servizio Sanitario Nazionale, il D.P.R. 10/12/1997 N. 484 – con le modifiche introdotte dalla riforma Balduzzi che ha novellato il D.Lgs. 502/1992, all’art. 15 – recante la determinazione dei requisiti per l’accesso alla direzione sanitaria aziendale e de requisiti e dei criteri per l’accesso al secondo livello dirigenziale per il personale di ruolo sanitario del SSN, la direttiva regionale del 12/09/2019 – DCA n. U 00378 nonché la DGR n. 574 del 02/08/2019;
- Art. 36 del D.Lgs. 165/2001 in relazione alla previsione di assunzioni o proroghe di unità di personale a tempo determinato e in regime di lavoro flessibile;
- D.P.C.M. 8 Maggio 2018 recante linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani dei Fabbisogni di personale (PTFP) da parte della PA, adottate dal Dipartimento della Funzione Pubblica di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze ed il Ministero della Salute, ai sensi dell’articolo 6 del D.Lgs. 165/2001, in relazione al regime ordinario di adozione dei fabbisogni;
- Art. 1 comma 268 L. 234/21;
- DM 77/2022;

### **Direttive Regionali**

- Determinazione della Direzione Salute Socio-Sanitaria n. G02738 del 13/02/2020 avente ad oggetto “Emergenza Covid19. Costituzione cabina di regia per il reclutamento straordinario”.
- Determinazione n. G03200 del 24/03/2021 avente ad oggetto ‘Ulteriori Indicazioni Operative sulla gestione delle graduatorie di concorso’.
- Determinazione n. G06240 del 25/05/2021 avente ad oggetto “Ulteriori indicazioni operative sulla gestione della facoltà d’opzione per le esigenze connesse all’Emergenza COVID19”.

- DGR G12112 del 6/10/2021 relativa ai criteri utilizzati nella produzione del budget assegnato;
- Circolare della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - area Risorse Umane, prot. n. 217478 del 03/03/2022 avente ad oggetto *“linee di indirizzo in merito all’attuazione dell’art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021”* – (Accordo sottoscritto in data 18 febbraio 2022 tra l’Assessorato della Regione Lazio alla Salute e Integrazione Sociosanitaria e le Organizzazioni Sindacali dell’area della dirigenza e del comparto);
- Determinazione n. G05572 del 09/05/2022;
- Determinazione n. G17819 del 15/12/2022;

La presente relazione illustra elementi, costi ed interventi previsti nel piano programmatico dell’ASL di Frosinone ai fini delle assunzioni e del correlato avvio delle procedure di reclutamento per l’annualità 2022, nonché per l’intero triennio 2022-2024, tenuto conto che le nuove previsioni di assunzione sono principalmente dovute agli effetti post - pandemia, al potenziamento dell’offerta assistenziale, riconducibile all’apertura di nuovi reparti e/o servizi.

Nel corso degli anni 2020 – 2021 – 2022, l’Azienda ha dovuto impiegare ogni sforzo organizzativo al fine di affrontare l’emergenza sanitaria epidemiologica determinato dal COVID – 19, con conseguente riorganizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali e necessità di assunzioni in tempi rapidi di personale del ruolo sanitario e di supporto all’assistenza.

Sono state riorganizzate anche le risorse in termine di personale, per assicurare assistenza, in funzione di posti letto attivati o riconvertiti.

Nel corso dell’anno corrente l’Azienda sta operando per il recupero delle prestazioni sospese sia di specialistica ambulatoriale che di ricovero chirurgico avendo riattivato le attività di programmazione nel rispetto dei criteri di sicurezza e in relazione alle fasi di andamento epidemico.

L’emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS – COV2 ha messo in evidenza, le gravi carenze dell’assistenza sanitaria territoriale e quindi la necessità di dare una nuova organizzazione alla rete sanitaria regionale, con l’obiettivo di avvicinare il cittadino alle cure primarie e ai servizi socio assistenziali e permettergli di avere un collegamento diretto con la rete ospedaliera, in base alle sue necessità.

Il legislatore ha cercato di porre rimedio con l'emanazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) che prevede la riforma: Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio. Tale riforma volta a definire standard organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e le strutture ad essa deputate si è concretizzata con il D.M. 77/2022 *“Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario Nazionale”*. Ciò comporta la rivisitazione di alcuni elementi strutturali del Servizio Sanitario Nazionale, quali i Distretti e i Dipartimenti a Struttura (Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento Salute Mentale e Patologie da dipendenza).

In merito a quanto sopra riportato, la Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha previsto importanti interventi di miglioramento e rafforzamento del nuovo assetto organizzativo.

Gli interventi programmati prevedono:

- il potenziamento e la creazione di strutture territoriali;
- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare;
- lo sviluppo della telemedicina (rappresenta un approccio innovativo alla sanità che, se inclusa in una rete di cure coordinate, consente l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali);
- una più efficace integrazione con tutti i servizi socio – sanitari;

Il potenziamento dei servizi territoriali passerà attraverso la realizzazione di nuove strutture più vicine al cittadino ed in grado di rispondere ai suoi bisogni (presa in carico dei pazienti cronici):

- I. LE CASE DI COMUNITA';
- II. LE CENTRALI OPERATIVE TERRITORIALI (COT);
- III. LA CENTRALE OPERATIVA AZIENDALE (COA);

IMPLEMENTAZIONE NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO	DENOMINAZIONE STRUTTURA	SEDE	PROVVEDIMENTO AZIENDALE
COT	Presidio Sanitario di Anagni	Anagni	Deliberazione n. 1043 del 27/12/2022
COT	Poliambulatorio Frosinone	Frosinone – (viale Mazzini)	Deliberazione n. 1043 del 27/12/2022
COT	Sede corso infermieristico	Sora	Deliberazione n. 1043 del 27/12/2022
COT	Ex Ospedale Cassino	Cassino	Deliberazione n. 1043 del 27/12/2022
COA	Poliambulatorio Frosinone	Frosinone – (viale Mazzini)	Deliberazione n. 1043 del 27/12/2022

Queste nuove strutture e i relativi servizi verranno attivate progressivamente già partendo da quest'anno per arrivare alla realizzazione di n. **17 Case di Comunità**.

Le Case di Comunità sono le nuove strutture socio – sanitarie e sono previste dalla legge di potenziamento per la presa in carico di pazienti affetti di patologie croniche;

Si tratta di strutture che garantiscono:

- ✓ funzioni d'assistenza sanitaria primaria;
- ✓ attività di prevenzione;

All'interno di queste strutture sono presenti equipe di medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri, OSS e altri professionisti della salute (Tecnici di Laboratorio, ostetriche, psicologi, ecc.).

Le Case della Comunità costituiscono il punto di riferimento continuativo per la popolazione, rappresentano il fulcro della nuova rete territoriale dal momento che è il luogo dove i cittadini potranno trovare assistenza h24 ogni giorno della settimana operando in stretto contatto con le Centrali Operative Territoriali (COT). In queste strutture è prevista la presenza di:

- ❖ Area prelievi e vaccinazioni;
- ❖ Cure primarie e continuità assistenziale;
- ❖ Area ambulatoriali specialistici (visite cardiologiche, pneumologiche, diabetologiche, oncologiche, ortopediche, oculistiche accompagnate da attività diagnostiche);
- ❖ Area dei programmi di prevenzione e di promozione della salute;
- ❖ Attività consultoriali;

Il nuovo modello organizzativo soprarichiamato ruota intorno al Distretto Sanitario che costituisce il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi delle ASL e che, a nostro avviso, deve rappresentare il baricentro e il motore per l'assistenza territoriale quale "struttura pubblica forte" che coordina strutture e professionisti sanitari e sociali.

## SEZIONE 2.a.2 – PROGRAMMAZIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

Le risorse sono state individuate, per quanto riguarda la predisposizione del Piano dei Fabbisogni degli anni 2022 – 2024 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 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.
- delle assunzioni per implementare i servizi previsti dal PNRR, potenziando la sanità territoriale, al fine di incrementare i servizi di presa in carico e prevenzione precoce delle patologie soprattutto delle fasce d'età più avanza, che a fine anno 2022 non sono state ancora completate a causa dell'assenza di graduatorie concorsuali utilizzabili.
- della programmazione di nuove attività;

- delle assunzioni, autorizzate e non completate;
- nel rispetto dei fabbisogni per la copertura dei posti in consistenza che si rendono vacanti per cessazioni.
- delle analisi delle cessazioni anno 2021 (graf. 1) e 2022 (graf. 2) “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.

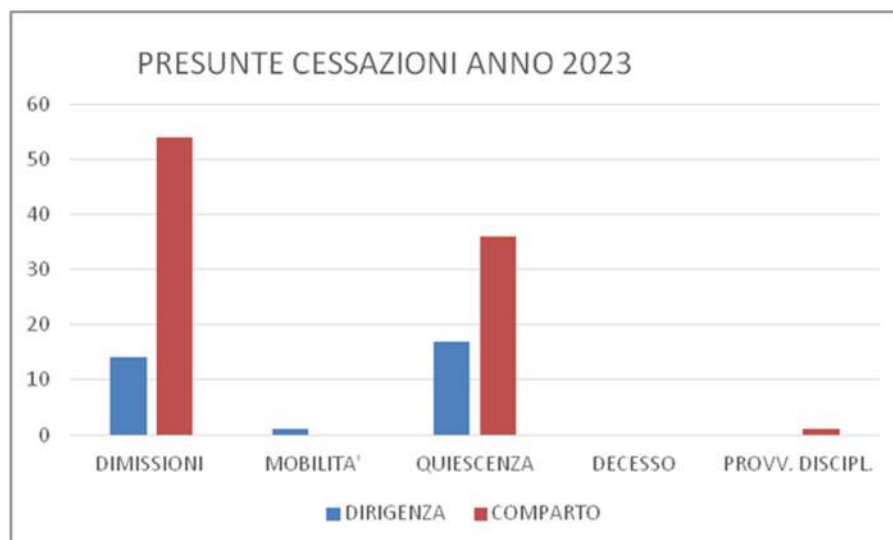
Graf. 1



Graf. 2



- della previsione puntuale delle cessazioni inerente all'anno 2023 concernenti l'anzianità contributiva e raggiungimento limiti di età.



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

**Criteria applicati nell'anno 2022.**

- Procedure di reclutamento di cui all'art. 20, comma 1 e 2, del D.Lgs. 75/2017, per l'assunzione a tempo indeterminato del personale precario in possesso dei requisiti declinati nel testo legislativo;
- Procedura di Progressione Verticale ai sensi dell'art. 22, comma 15 del D.Lgs. 75/2017;
- D.C.A. n. U00378 del 12/09/2019 – “Integrazioni e modificazioni al Regolamento – Procedura autorizzativa per l'assunzione del personale del SSR, per il conferimento dell'incarico di Direttore di struttura Complessa e per il conferimento d'incarico ai sensi dell'art. 15 septies del D.Lgs. n. 502/1992 e successive modificazioni (approvato con il D.C.A. del 31/10/2018 n. 405)”;
- Mobilità esterna;
- Comandi nei limiti dei contingenti previsti dalla normativa vigente;
- Incarichi a tempo determinato



### **ASSUNZIONI- TEMPO INDETERMINATO**

Il reclutamento delle unità individuate con il presente Piano 2022 – 2024 (tabella di rilevazione “Fabbisogno 2022 – 2024”) sarà effettuato con le seguenti modalità:

- ✓ Scorrimento di graduatorie disponibili delle Aziende Sanitarie – Regione Lazio;
- ✓ Compensazioni;
- ✓ Reclutamento mediante mobilità;
- ✓ Reclutamento dalle procedure concorsuali concluse e/o in fase avanzata di espletamento;
- ✓ Selezioni riservate al personale di ruolo a tempo indeterminato, ai sensi dell’art. 22, comma 15 del D.Lgs. 75/2017, come modificato dall’art. 1, comma 1 ter del D.L. n. 162/2019 (Milleproroghe 2020);
- ✓ Stabilizzazione ai sensi dell’art. 20, comma 1 e 2 del D. Lgs. 75/2017; Ricognizione dei soggetti in possesso dei requisiti di cui all’art. 20, comma 1 (maturati tre anni alla data del 31 dicembre 2021 con contratto a tempo determinato);
- ✓ Stabilizzazione dei soggetti in possesso dei requisiti di cui all’art. 20, comma 2 (maturati tre anni alla data del 31 dicembre 2022 con contratto di lavoro flessibile);
- ✓ Applicazione della facoltà di opzione – Determinazione n. G06240 del 25/05/2021;
- ✓ Attivazione accordo ex art. 3, comma 61, Legge 24 dicembre 2003, n. 350;
- ✓ Processo di stabilizzazione ai sensi dell’ex art. 1 comma 268 lett. b) della Legge n. 234/2021 (personale di ruolo sanitario e degli operatori socio – sanitari, compresi quelli non più in servizio, che abbiano maturato al 30 giugno 2022 alle dipendenze di un ente del SSN almeno 18 mesi di servizio, anche non continuativo, di cui almeno sei mesi nel periodo intercorrente tra il 31 gennaio 2020 e il 30 giugno 2022. In ASL di Frosinone il processo di stabilizzazione sarà attuato nel 1^ semestre 2023;
- ✓ Procedura con il Centro per l’Impiego (assunzioni obbligatorie – Legge 68/99);

<b>ASSUNZIONI TEMPO INDETERMINATO ANNO 2022</b>		<b>concorso pubblico</b>	<b>stabilizzazione</b>	<b>mobilità</b>
Medici	ANATOMIA PATOLOGICA	1		
Medici	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	1		
Medici	CARDIOLOGIA		7	
Medici	CHIRURGIA GENERALE	9		
Medici	GASTROENTEROLOGIA	1		
Medici	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	3		
Medici	IGIENE, EPIDEMIOLOGIA E SANITÀ PUBBLICA		2	
Medici	MALATTIE INFETTIVE		1	
Medici	MEDICINA INTERNA	2	2	
Medici	MEDICINA LEGALE	2		
Medici	NEFROLOGIA	1		
Medici	NEUROCHIRURGIA	1		
Medici	NEUROLOGIA	2		
Medici	OFTALMOLOGIA	1	3	
Medici	ORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE	1		
Medici	OTORINOLARINGOIATRIA	1	1	
Medici	RADIOLOGIA	3	6	
Medici	UROLOGIA	1		
Medici	VETERINARIA		5	
Dirigenti	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	5	1	
Dirigenti sanitari non medici	BIOLOGO		2	
Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	1		
Dirigenti sanitari non medici	DIRIGENTE DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE			1
Dirigenti sanitari non medici	FISICO	1		
Dirigenti sanitari non medici	PSICOLOGO	25	9	
Infermieri	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM.	43	36	18
Ostetriche	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. INFERM. OSTETRICA	18	2	
Riabilitatori	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB.	4	1	
Riabilitatori	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - PERS. DELLA RIAB. LOGOPEDISTA	3		
Tecnici sanitari	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. AUDIOMETRISTA	1		
Tecnici sanitari	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. DELLA PREV.	8		
Tecnici sanitari	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. LABORATORIO BIOMEDICO		15	
Tecnici sanitari	COLL.RE PROF.LE SANITARIO - TECN. RADIOLOGIA MEDICA	6	7	
Comparto	COLL.RE PROF.LE - ASSISTENTE SOCIALE	3		
Comparto	COLLABORATORE AMMINISTRATIVO-PROF.LE	12		
Comparto	ASSISTENTE AMMINISTRATIVO	12	2	1
Comparto	OSS		9	
		<b>172</b>	<b>111</b>	<b>20</b>

## ASSUNZIONI- TEMPO DETERMINATO

- Incarichi art. 7 c.6 D.Lgs. 165/2021;
- Decreto Legislativo 502/92 art. 15 Octies;
- Assunzione a tempo determinato di dirigenti Medici Specialisti, con cittadinanza e residenza in Ucraina prima del 24/02/2022, ai sensi dell'art. 34 del decreto legge 21 marzo 2022 n. 21, convertito in legge 20 maggio 2022, n. 51;
- Graduatoria avviso pubblico per incarichi a tempo determinato;
- Comandi/assegnazioni temporanee/ricongiungimenti;
- 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;

Il tempo determinato per l'anno 2022 e la proroga di tale personale sino al 31 dicembre 2023, come disposto dalla determinazione n. G17819 del 15/12/2022 avente ad oggetto "interventi atti a garantire la continuità delle prestazioni assistenziali", è contemplato a:

- sostituzioni temporanee di personale assente a vario titolo;
- assunzioni temporanee nelle more delle definizioni delle procedure concorsuali per il reintegro del personale cessante;
- garantire la continuità di erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e scongiurare il rischio di interruzioni di pubblico servizio, di cui all'art. 1 del D.Lgs. n. 502/92, trattandosi di diritto alla salute costituzionalmente tutelato;
- garantire l'erogazione della necessaria assistenza e il pieno raggiungimento degli obiettivi posti al piano vaccinale;

- erogazione dei servizi necessari per la gestione post pandemica( gestire le recrudescenze dell'influenza da SARS – COV\_2, ridurre le liste di attesa, prosecuzione della campagna vaccinale, riduzione dei tempi di attesa)oltre che i servizi in fase di reinternalizzazione e il progressivo ritorno alla normalità;

**ASSUNZIONI TEMPO DETERMINATO PREVISTE NELL' ANNO 2023** (Progetti Aziendali relativi alle missioni contemplate nel PNRR)

- ✓ Piano di Reingegnerizzazione e Digitalizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA);
- ✓ Piano di Implementazione aziendale delle linee guida di programmazione regionale sugli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio;
- ✓ Piano di miglioramento dell'integrazione dei Servizi Ospedale – Territorio e Socio Sanitari;

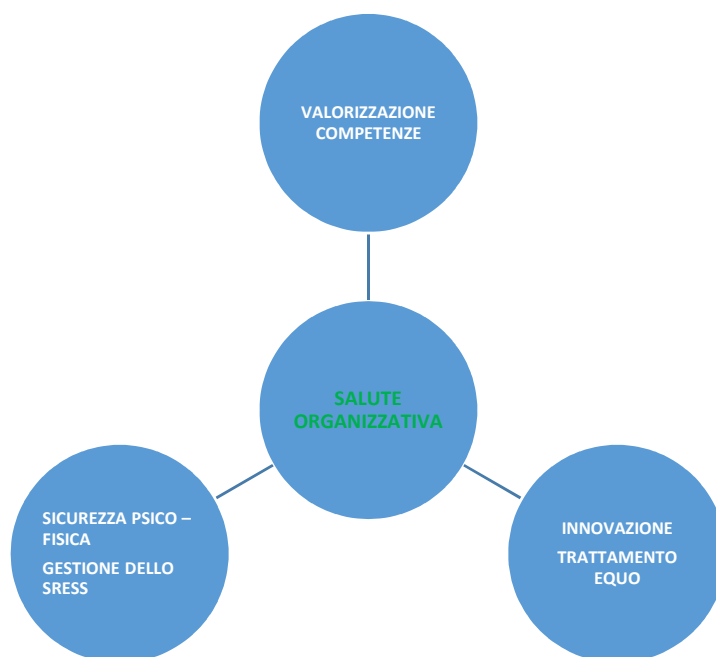
Il Fabbisogno di Personale contempla la previsione di n. 3 unità a tempo determinato (30 mesi) assunti ai sensi dell'art. 15 Octies del D.Lgs. 502/92 nel Profilo Professionale di dirigente amministrativo, in risposta alla necessità dell'Azienda sanitaria di dare attuazione, negli ambiti di rispettiva competenza, alle missioni contemplate nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con particolare riferimento anche alle indicazioni da ultimo impartite a mezzo del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", nonché di tutti i provvedimenti normativi nazionali e regionali, volti al perseguimento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, nonché quantitativi, di cui ai livelli essenziali di assistenza.

## SEZIONE 2.b – VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

### SEZIONE 2.b.1 – LE PROGRESSIONI VERTICALI

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.



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 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.

<b>PROGRESSIONI VERTICALI (procedura conclusa anno 2022)</b>	
Collaboratore Amministrativo Prof.le	n. 8 unità
Operatore Socio Sanitario	n. 75 unità

<b>PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2021</b>		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
		<b>3.668</b>	<b>407</b>	<b>4.075</b>

<b>PERSONALE AL 31 DICEMBRE 2022</b>		T.I.	T.D.	TOT.
RUOLO SANITARIO	DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	802	79	881
	COMPARTO RUOLO SANITARIO	2.287	194	2.481
RUOLO TECNICO	DIRIGENZA	3		3
	COMPARTO	364	130	494
RUOLO PROFESSIONALE	DIRIGENZA	7		7
RUOLO AMMINISTRATIVO	DIRIGENZA	19	1	20
	COMPARTO	279		279
		<b>3.61</b>	<b>404</b>	<b>4.165</b>

Il personale dipendente a tempo determinato/indeterminato, in dotazione all'ASL di Frosinone al 31/12/2022, ha una consistenza di 4.165 unità di cui 3.362 unità appartenenti al ruolo sanitario, 497 al ruolo tecnico, 7 al ruolo professionale e infine 299 al ruolo amministrativo.

Tipologia	2020	2021	Preconsuntivo 2022	Elancio di Previsione 2023
<b>Totale Costo del personale</b>	<b>208.597.842</b>	<b>212.534.769</b>	<b>217.228.594</b>	<b>219.523.537</b>
<b>Costo del personale dirigente ruolo sanitario</b>	<b>88.329.418</b>	<b>86.414.736</b>	<b>88.209.896</b>	<b>91.676.970</b>
Costo del personale dirigente medico	80.675.207	77.312.230	78.424.352	81.610.361
Costo del personale dirigente non medico	7.654.211	9.102.506	9.785.544	10.066.609
<b>Costo del personale comparto ruolo sanitario</b>	<b>93.942.195</b>	<b>98.676.393</b>	<b>100.951.726</b>	<b>99.637.271</b>
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo indeterminato	85.298.787	92.612.469	95.394.665	94.249.929
Costo del personale comparto ruolo sanitario - tempo determinato	8.643.408	6.063.924	5.557.061	5.387.341
<b>Personale del ruolo professionale</b>	<b>497.173</b>	<b>742.010</b>	<b>857.382</b>	<b>673.039</b>
Costo del personale dirigente ruolo professionale	457.482	531.887	533.487	595.092
Costo del personale comparto ruolo professionale	39.691	210.122	323.894	77.948
<b>Personale del ruolo tecnico</b>	<b>15.947.662</b>	<b>16.937.252</b>	<b>16.858.143</b>	<b>17.081.505</b>
Costo del personale dirigente ruolo tecnico	173.799	231.213	241.925	376.416
Costo del personale comparto ruolo tecnico	15.773.863	16.706.039	16.616.218	16.705.089
<b>Personale del ruolo amministrativo</b>	<b>9.881.394</b>	<b>9.764.378</b>	<b>10.351.447</b>	<b>10.454.752</b>
Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	885.586	966.559	1.180.931	1.264.990
Costo del personale comparto ruolo amministrativo	8.995.808	8.797.819	9.170.515	9.189.762
<b>IRAP relativa al personale Dipendente</b>	<b>14.349.952</b>	<b>14.816.470</b>	<b>15.212.326</b>	<b>15.341.833</b>

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, altra tipologia di contrattuale e a tempo indeterminato (evidenziando le cessazioni certe e presunte per l'anno 2023) 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 Azienda Sanitaria Locale di Frosinone con il Piano Triennale dei Fabbisogni del personale 2022 - 2024.

Le assunzioni avvenute nell'anno 2022 e le nuove previsioni di assunzione (anno 2023 - 2024) 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 2023;** con atto deliberativo n. 1003

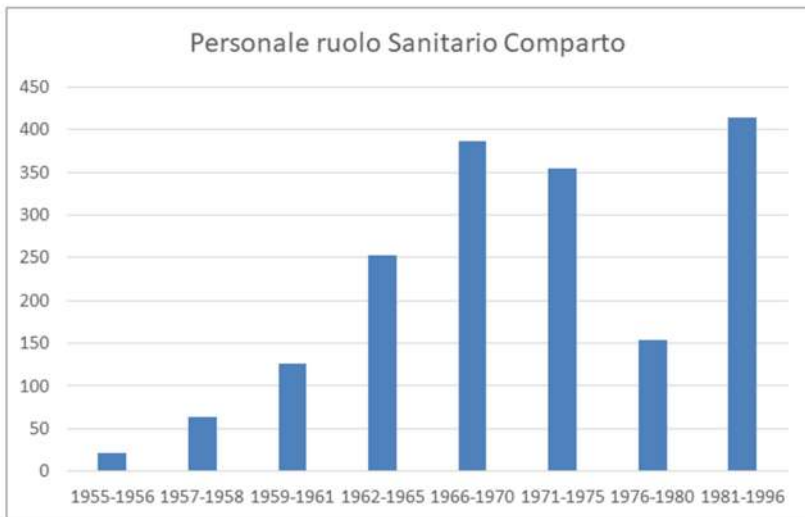
del 21/12/2022 è stato preso atto del Piano Triennale del Fabbisogno 2021 – 2023 della ASL di Frosinone.

Il sistema di reclutamento nella **fase pre – emergenza** seguiva procedure complesse e datate 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.

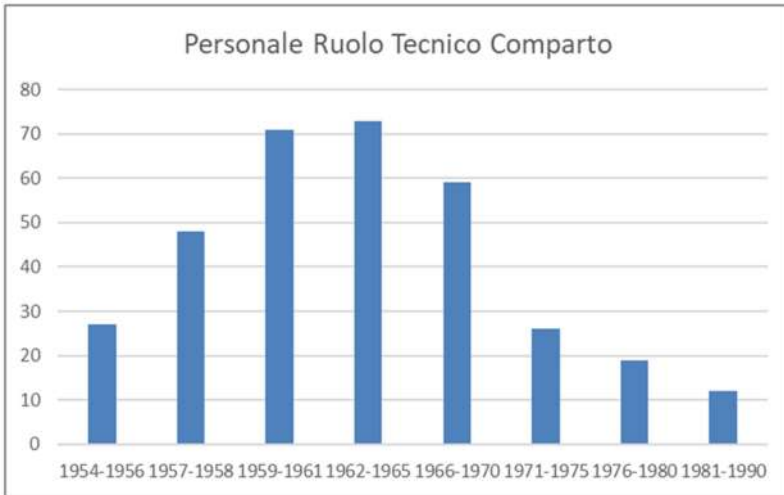
Per il **post Covid** ci si aspetta una semplificazione delle regole di reclutamento, l’introduzione di regole agili e flessibili per l’assegnazione di incarichi, il rendere permanenti le procedure di assunzione degli specializzandi e la stabilizzazione del personale sanitario assunto durante l’emergenza.

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 31 dicembre 2022, con i grafici sotto riportati si rappresenta l’attuale situazione;



con le assunzioni avvenute nell’anno 2020 – 2021 e 2022 nell’Area Comparto – ruolo sanitario, prevale la presenza di personale con età dai 26 anni ai 40 anni.

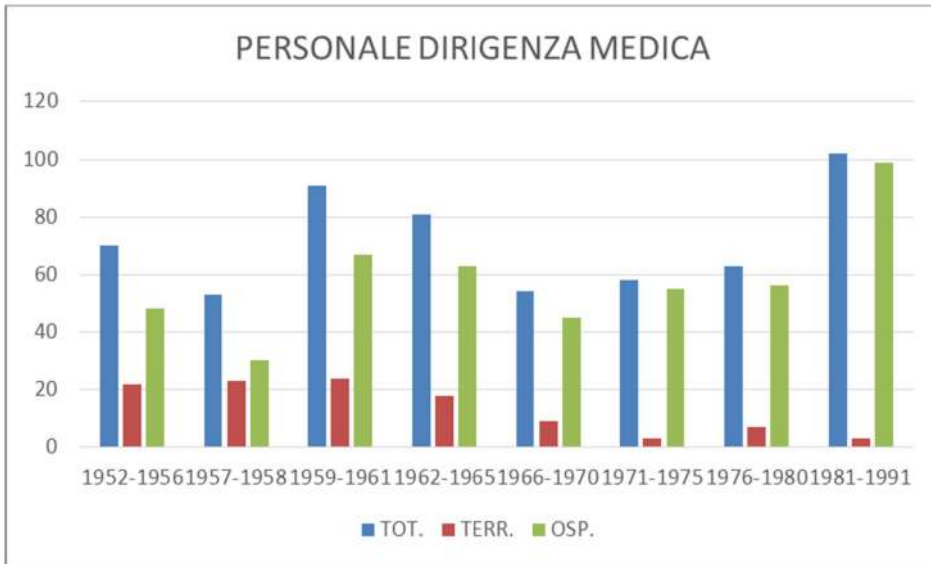




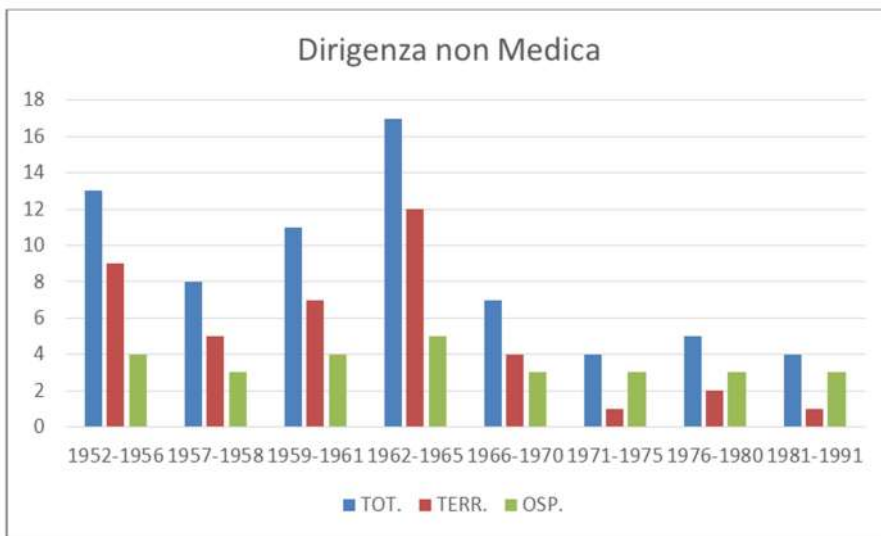
con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 – 2021 e 2022 nell'Area Comparto – ruolo Tecnico, prevale la presenza di personale con età dai 57 anni ai 60 anni.



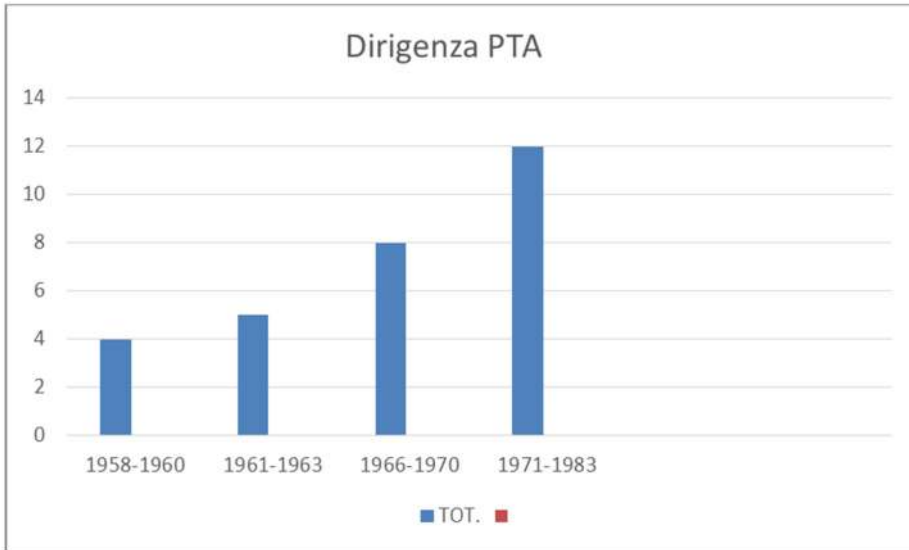
con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 – 2021 e 2022 nell'Area Comparto – ruolo Amministrativo, prevale la presenza di personale con età dai 55 anni ai 52 anni.



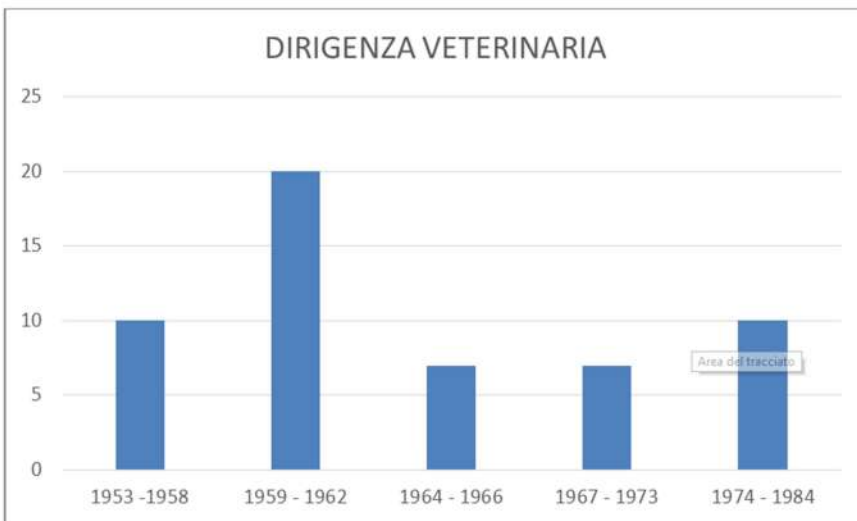
con le assunzioni avvenute nell'anno 2020 – 2021 e 2022 nella Dirigenza Medica, prevale la presenza di personale con età dai 41 anni ai 31 anni.



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

**SEZIONE 2.b.2 – Incarichi di funzione di organizzazione dell’Area Sanitaria, Tecnica e Amministrativa**

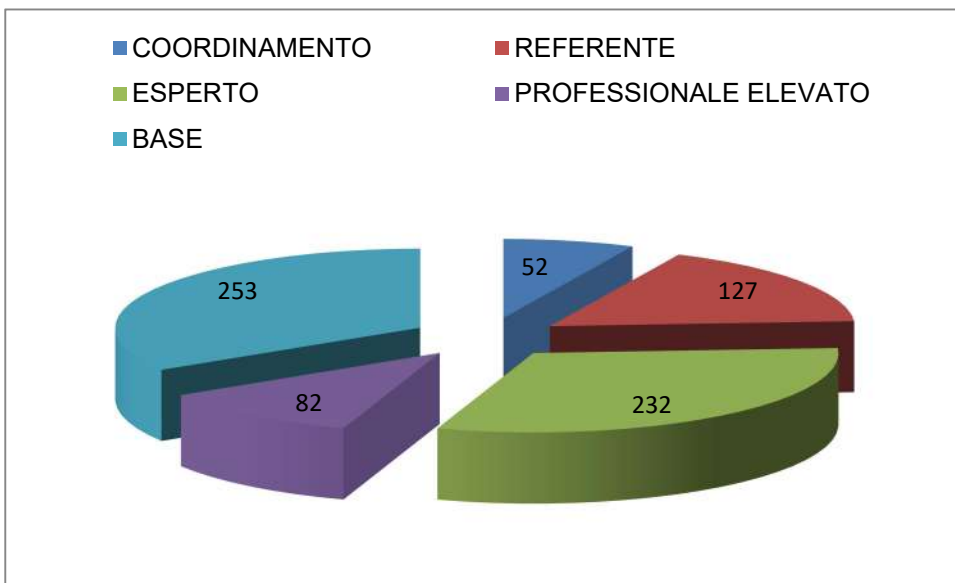
Attraverso gli incarichi di funzione, l’Azienda Sanitaria Locale di Frosinone attribuisce posizioni di lavoro che comportano svolgimenti di funzioni con assunzione diretta di responsabilità a funzioni aggiuntive e/o maggiormente complesse rispetto alle attribuzioni proprie della categoria e del Profilo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

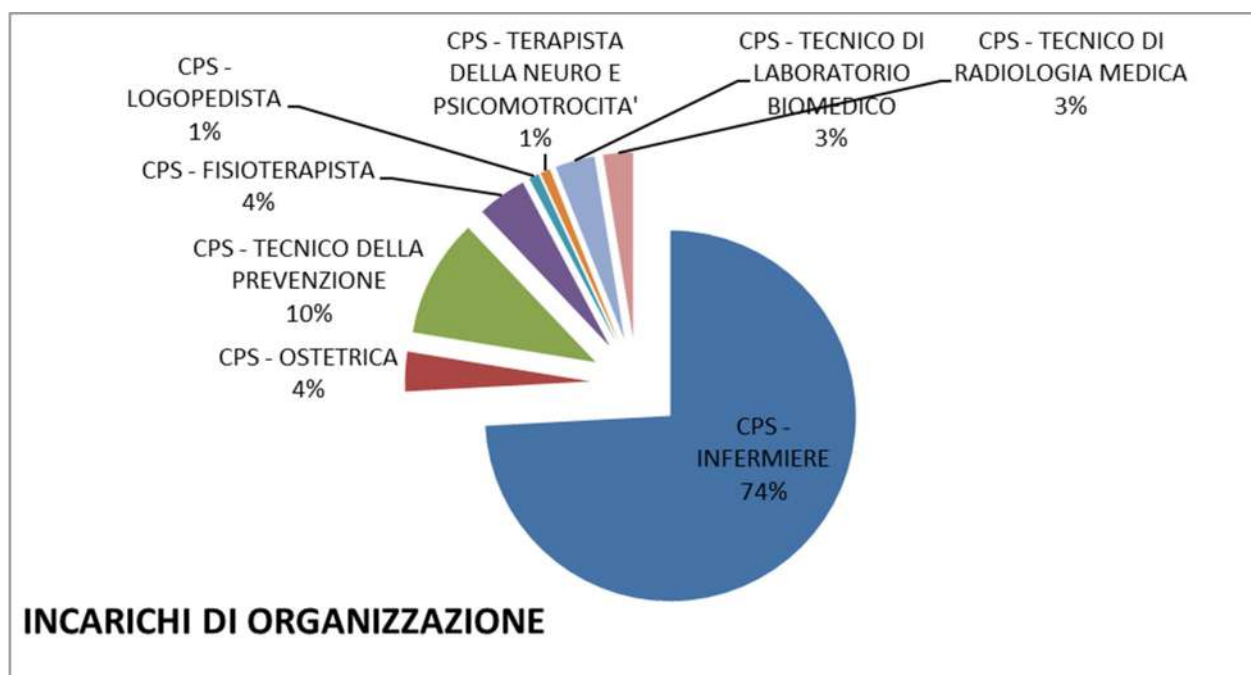
**Figura 1 INCARICHI PROFESSIONALI – PERSONALE DIRIGENTE**



## 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.

### SEZIONE 2.b.3 – 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 tradizione 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 contrale nelle politiche organizzative imperniate 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.

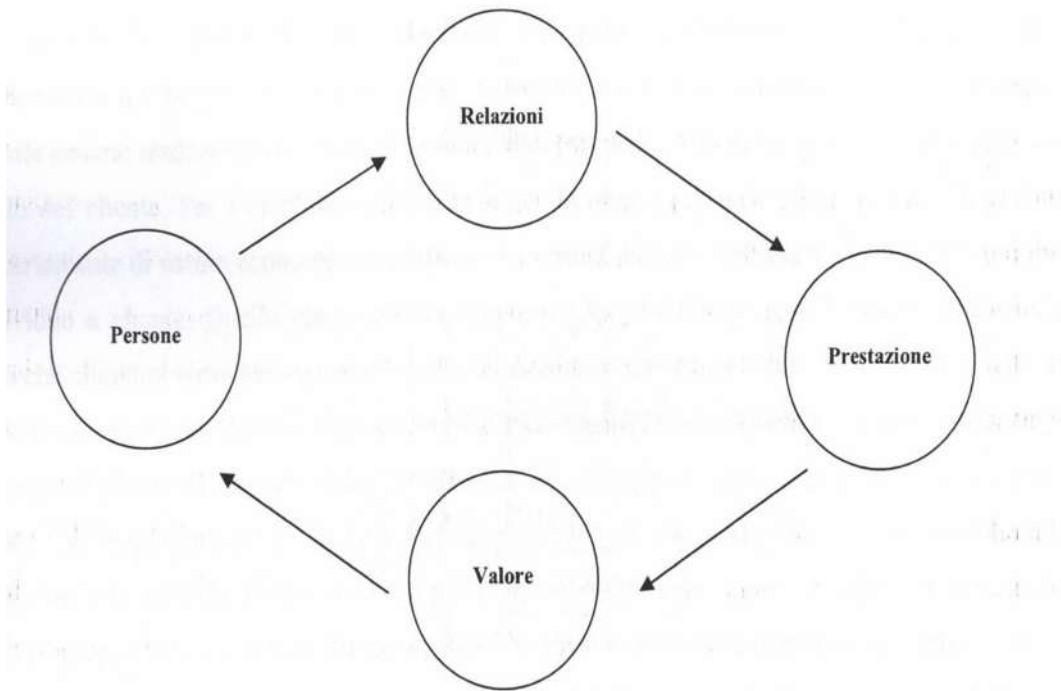


Fig. 1 – Il ciclo del valore delle risorse umane

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

Esempio: Tensione al risultato

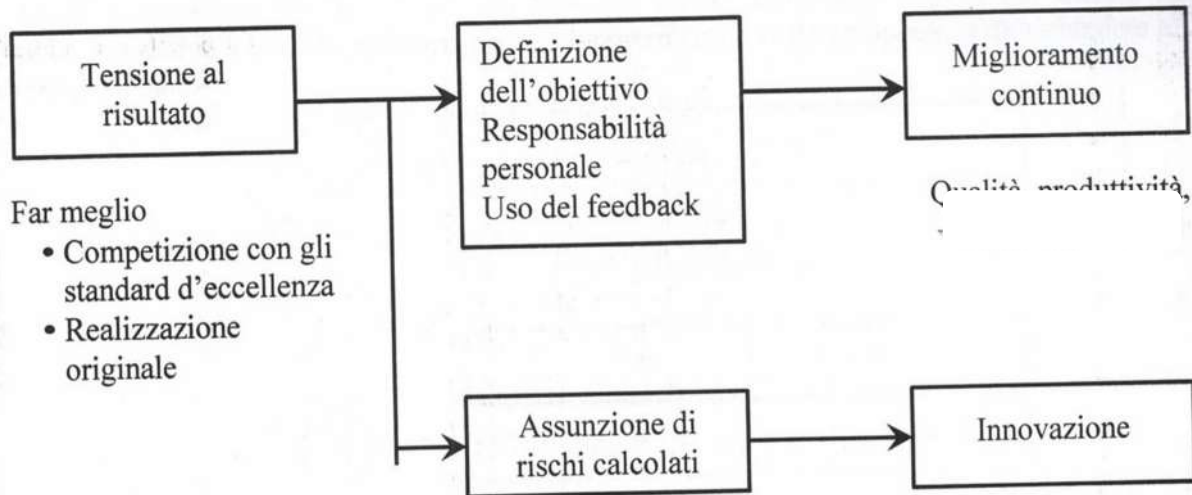


Fig. 3 - Elaborazione propria

## SEZIONE 2.b.4 – Formazione del personale

Il Piano Formativo Aziendale il triennio 2023-25 nasce in un momento complesso legato alle sequele della 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 e alla luce della Direttiva del Ministro per la pubblica amministrazione del 23 marzo 2023 avente come oggetto "Pianificazione della formazione e sviluppo delle competenze funzionali alla transizione digitale, ecologica e amministrativa promosse dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza", 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 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)<sup>2</sup> conseguente all'oggettivo manifestarsi di alcuni fenomeni, legati in particolare, all'aumento dell'età media, della popolazione con fragilità e malattie 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)<sup>3</sup> 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 (Brugnolli, Campagna, Dello Russo, Forni, & Milani, 2016)<sup>4</sup>. 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)<sup>5</sup>.

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)<sup>6</sup>.

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.

<sup>2</sup> 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. *RivistaL'infermiere* n° 6.

<sup>3</sup> Valloze, J. (2009). Competence: a concept analysis. *Teaching and Learning in Nursing*, 4(4), 115-118.

<sup>4</sup> Brugnolli, A., Campagna, S., Dellorusso, C., Forni, C., & Milani, A. (2016). I bisogni di competenza specialistica percepiti dagli infermieri. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 35(3), 122-127.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Yanhua, C., & Watson, R. (2011). A review of clinical competence assessment in nursing. *Nurse Education Today*, 31(8), 832-836.

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

Secondo Longo (2004, 2011)<sup>7</sup> 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:

---

<sup>7</sup> Nicola Longo. Ruoli e competenze nella sanità. Come gestire e sviluppare il capitale umano. Edizioni Panorama Della Sanita'. ISBN-13 - 1 gennaio 2011.

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 se non 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.

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

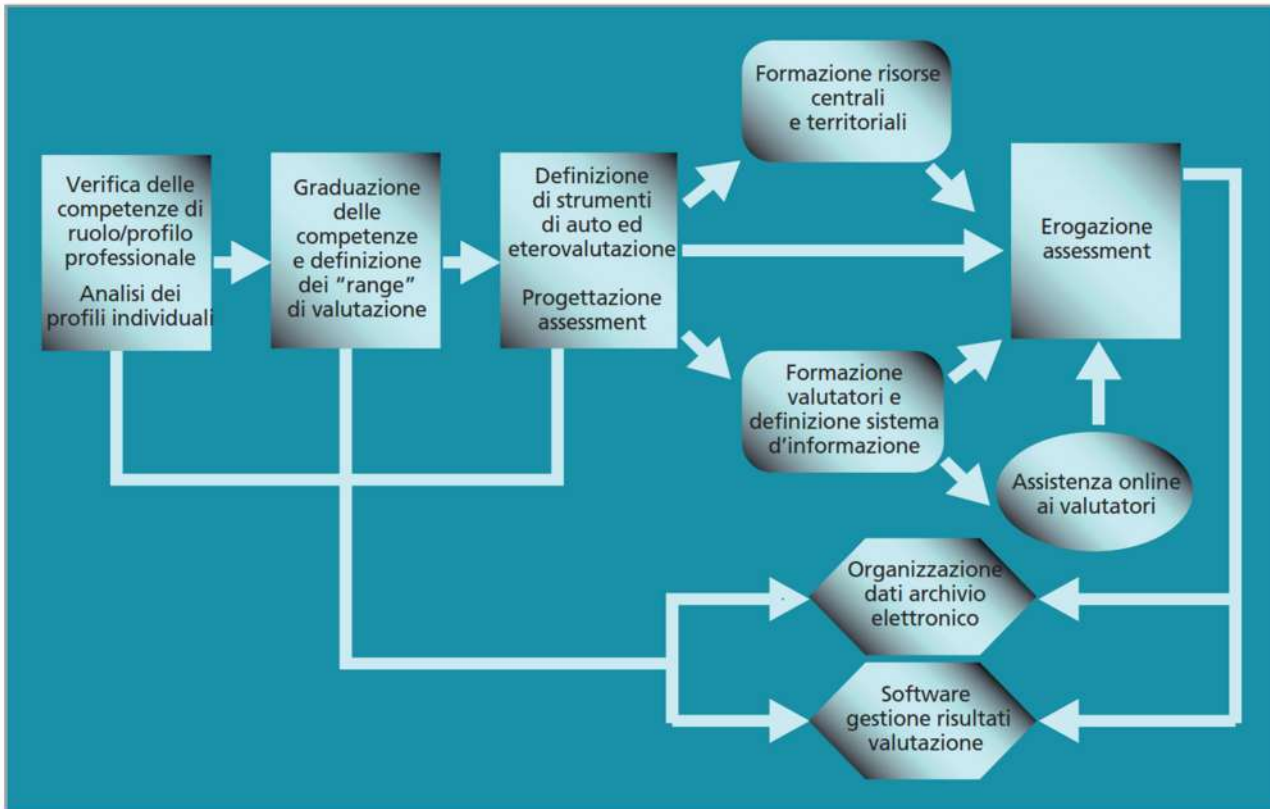
- set di capacità comportamentali;
- set di conoscenze tecniche.

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 sottoponendolo 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 auto descrittivi che integrino la valutazione realizzata dal diretto responsabile o da valutatori esterni. Nell'ipotesi di coinvolgimento parziale, si utilizzano strumenti di valutazione, 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 per il triennio 2023/2025 si propone di dare sistematicità all’attività formativa posta in essere dalla ASL di Frosinone, con l’obiettivo di favorire efficacia, efficienza ed elasticità.

## **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 (minimal advise) 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</i> ; Gestione del budget e programmazione; Innovazione e cambiamento organizzativo; Gestione e valorizzazione delle risorse umane; Sviluppo delle competenze digitali; Lean management; Medical humanities e customer <i>experience</i>

Indirizzi strategici Direzione Generale (Decreto del Commissario ad Acta 1Aprile 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 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 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 per il triennio preso in considerazione.

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 della direzione Sanitaria Aziendale.

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 "generalisti": 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 clinico-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 multidisciplinare 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 monotematici, affiancamento dei neoinserti 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

	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 triennio precedente
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 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

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

Liv. 1 – Valutazione del gradimento dei partecipanti (questionario di customersatisfaction);

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 7 gg 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 preventivamente dal DIOPS (per il personale del comparto) 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 corredato 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.

Tutte le attività che prevedono una partecipazione ad personam a qualunque titolo all'esterno dell'Azienda dovranno essere valutate ed autorizzate dal Comitato Tecnico Scientifico Aziendale.

### **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 aderirà, 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'esenzione 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 di adozione 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-sanitario e 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	Responsabil e 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 esercenti 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 assistenziali, 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: competenza base preoperatorio. Perioperatorio specialità. Ambito anestesiológico	F.S.C.	2	DIOPS	Residenziale		Tutte le professioni	Obbligatorio	Blocco Operatorio				
12	Corso per ecografia base per ostetriche	F.S.C.	3	DIOPS	Residenziale		Ostetriche/ci	Obbligatorio	Materno/Infantile				
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 antitumorali all'interno dell'ufa	Corso a Progetto	1	DIOPS	Residenziale		Infermieri T.S.L.B. OSS	obbligatorio	Oncologia-UFA				

	Titolo iniziativa	Modalità formativa	Livello Priorità: 1, 2, 3	Struttura Proponente	Tipologia Formativa	Responsabil e 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	Tcam 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		T.SRM	Obbligatorio	Dip. Radiodiagnostica				
20	Corso di formazione teorico - pratico in RMN	Corso a Progetto	1	DIOPS	Residenziale		T.SRM	Obbligatorio	Dip. Radiodiagnostica				
21	Promozione e pratica sull'allattamento al seno (Family centered Care)	Corso	3	DIOPS	Residenziale		Ostetriche/ci	Obbligatorio	Materno/infantile				
22	Miglioramento della pratica clinica: Tecniche di ventilazione non invasiva	F.S.C.	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	Suggerimenti 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 tra 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-OP1-Provveditorato	1	DIOPS	F.S.C.		Studenti CdL 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 2.b.5 – 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 smart working si sostanzia nella possibilità di esecuzione della prestazione lavorativa senza precisi vincoli di orario o luogo di lavoro ed entro i soli limiti di durata massima dell'orario di lavoro giornaliero e settimanale derivanti dalla legge e dalla contrattazione collettiva.

L'istituto del lavoro agile ha ricevuto un inquadramento normativo con la legge n. 81/2017, comunemente definita "Jobs Act del lavoro autonomo" che, oltre ad occuparsi della tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale, contiene la disciplina del lavoro agile, lasciando al datore di lavoro e al lavoratore la possibilità di declinare i principi generali sulla base di un accordo tra le parti.

Tale corpo normativo nasce dall'esigenza di favorire e promuovere la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro nelle amministrazioni pubbliche.

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

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

### **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.

## **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.

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	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 ----- 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	A cura UOC Personale	2023

## Qualità percepita

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.

## SEZIONE 3 – PIANI DI MIGLIORAMENTO

### SEZIONE 3.1 Piano Aziendale dell'Equità (PAE)

Con atto deliberativo n. 993 del 15/12/2022, l'Azienda adotta il Piano Aziendale dell'Equità e si ripropone di attuare nel corso del 2023 i progetti di seguito descritti, rivolti alle persone fragili e vulnerabili del territorio della ASL di Frosinone:

Progetto "FORTE" Terapia Forestale rivolto a pazienti affetti da sclerosi multipla, long-covid e adolescenti con disturbi psico-patologici, dello spettro autistico e del comportamento alimentare

Progetto "FARMADOM" Telefarmacia e home delivery, finalizzato alla distribuzione diretta dei farmaci a domicilio per i pazienti fragili

Progetto "O.S.E." Odontoiatria Sociale per l'Equità

### SEZIONE 3.2 PDTA BPCO – Gestione del paziente affetto da broncopneumopatia cronico-ostruttiva

La Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) è una comune malattia, prevenibile e trattabile, caratterizzata da persistenti sintomi respiratori e limitazione al flusso aereo, che è dovuta ad anomalie delle vie aeree e/o alveolari solitamente causate da una significativa esposizione a particelle nocive o gas e influenzate da fattori legati all'ospite come un anomalo sviluppo polmonare.

Obiettivi di salute perseguiti dal presente PDTA:

- migliorare la prevenzione primaria con possibile riduzione della prevalenza di malattia;
- individuare la diagnosi precoce con identificazione dei pazienti in stadio iniziale di malattia;
- effettuare un trattamento appropriato del paziente in tutte le fasi di malattia al fine di ottenere una riduzione del danno da BPCO;
- indicare il trattamento, le procedure ed il setting assistenziale degli stadi avanzati di malattia al fine di limitare la sintomatologia, la progressione di malattia e la disabilità connessa permettendo il mantenimento di una buona qualità di vita;
- fornire interventi terapeutici, assistenziali e riabilitativi appropriati nell'ottica di un corretto utilizzo delle risorse.

Nel documento pubblicato dall'Azienda, vengono previste 6 fasi:

- screening;
- diagnosi e presa in carico;
- ospedalizzazione;
- dimissione e piano di cura;
- riabilitazione;

- terapia e follow up.

Per ciascuna fase sono individuate diverse fattispecie di percorso, in ragione prevalentemente ai diversi setting assistenziale. Inoltre, il setting di cura dei pazienti con BPCO si differenzia in funzione della tipologia di paziente:

- paziente di nuova diagnosi;
- paziente stabile;
- paziente riacutizzato.

Il PDTA è attivato nell'ambito della ASL Frosinone con erogatori di prestazioni nel contesto Ospedaliero, Territoriale, Domiciliare, della Medicina Preventiva e della Riabilitazione.

	Screening	Diagnosi e presa in carico	Ospedalizzazione	Dimissione e piano di cura	Riabilitazione	Terapia e follow up
STRUTTURE COINVOLTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmacie territoriali</li> <li>• Ambulatorio MMG</li> <li>• UOSD Coordinamento Screening</li> <li>• Associazione dei pazienti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CUP</li> <li>• Ambulatorio MMG</li> <li>• Servizio Pneumologia territoriale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorio MMG</li> <li>• Ambulatorio specialista</li> <li>• PS</li> <li>• UTI</li> <li>• Reparto pneumologico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PS</li> <li>• UTI</li> <li>• Reparto pneumologico</li> <li>• COT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domicilio</li> <li>• Struttura ricovero</li> <li>• Ambulatorio Specialista</li> <li>• UOC Riabilitazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulatorio MMG</li> <li>• CAD</li> <li>• Servizio Pneumologia territoriale</li> <li>• CUP</li> </ul>
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Età (50-60 anni)</li> <li>• Fumatori</li> <li>• Soggetti sintomatici per malattie respiratorie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sospetto a seguito di screening</li> <li>• Presenza sintomatologia</li> <li>• Spirometria con esito VEMS/CVF&gt;0.70</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paziente in Riacutizzazione</li> <li>• Completamento diagnosi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ospedalizzazione</li> <li>• Stabilizzazione paziente</li> <li>• Stadiazione paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita domiciliare/ambulatoriale o in corso di ricovero</li> <li>• Paziente con insufficienza respiratoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redazione piano farmacologico</li> <li>• Redazione piano follow up</li> <li>• Presa in carico</li> </ul>
PROCEDURE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasmissione invito</li> <li>• Apertura scheda paziente</li> <li>• Somministrazione questionario</li> <li>• Esecuzione spirometria</li> <li>• Comunicazione esito</li> <li>• Consulenza/teleconsulenza pneumologica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita MMG esecuzione spirometria</li> <li>• Visita/televisita pneumologo</li> <li>• Pneumologo esegue spirometria</li> <li>• Telerefertazione</li> <li>• Approfondimenti di II livello (se necessari)</li> <li>• Redazione piano di cura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ricovero paziente</li> <li>• Trattamento fattore di instabilità</li> <li>• Terapia farmacologica</li> <li>• Ventilazione meccanica invasiva</li> <li>• Ventilazione meccanica non invasiva</li> <li>• Ossigenoterapia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redazione piano farmacologico</li> <li>• Redazione piano follow up</li> <li>• Lettera di dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riabilitazione respiratoria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita e esami previsti da follow up</li> <li>• Assunzione terapia farmacologica</li> <li>• Ossigenoterapia</li> <li>• Visita/televisita specialista</li> <li>• Spirometria semplice/globale</li> <li>• Prescrizione esami aggiuntivi</li> <li>• Telemonitoraggio</li> </ul>
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• Specialista pneumologo</li> <li>• Farmacista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• Pneumologo</li> <li>• Operatore CUP</li> <li>• Radiologo (se necessario)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialista pneumologo</li> <li>• Altro specialista</li> <li>• MMG</li> <li>• Medico pronto soccorso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Specialista pneumologo</li> <li>• Altro specialista</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Team multidisciplinare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pneumologo</li> <li>• MMG</li> <li>• Operatore CUP</li> <li>• Infermiere</li> </ul>
PRINCIPALI VARIABILI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fattori di rischio</li> <li>• Tipologia paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fascia d'età</li> <li>• Tipologia di approfondimenti diagnostici</li> <li>• Stadiazione BPCO</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparto ricovero</li> <li>• Tipologia paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadiazione paziente</li> <li>• Reparto dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipologia paziente</li> <li>• Reparto dimissione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequenza esami e visite</li> <li>• Manifestazione riacutizzazione</li> </ul>

Tabella 2: le fasi del percorso BPCO

## VALUTAZIONE E ACCESSO

**► VALUTAZIONE DEI SINTOMI: MRC**

mMRC Livello 0: mi manca il respiro solo sotto sforzo intenso

mMRC Livello 1: mi manca il respiro quando cammino di fretta in pianura o cammino in salita

mMRC Livello 2: a causa della mancanza di respiro cammino più piano dei miei coetanei o sono costretto a fermarmi quando cammino al mio passo in pianura

mMRC Livello 3: sono costretto a fermarmi per riprendere il respiro dopo 100 metri o dopo pochi minuti di cammino al mio passo in pianura

mMRC Livello 4: la mancanza di respiro è tale che non posso uscire di casa e/o mi manca il respiro per manovre semplici quale vestirmi o svestirmi

Figura 14 questionario modificato del British Medical Research Council (mMRC)

Non tossico mai	0 1 2 3 4 5	Tossico sempre	<input type="checkbox"/>
Il mio petto è completamente libero da catarro (muco)	0 1 2 3 4 5	Il mio petto è tutto pieno di catarro (muco)	<input type="checkbox"/>
Non avverto alcuna sensazione di costrizione al petto	0 1 2 3 4 5	Avverto una forte sensazione di costrizione al petto	<input type="checkbox"/>
Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale non avverto mancanza di fiato	0 1 2 3 4 5	Quando cammino in salita o salgo una rampa di scale avverto una forte mancanza di fiato	<input type="checkbox"/>
Non avverto limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	0 1 2 3 4 5	Avverto gravi limitazioni nello svolgere qualsiasi attività in casa	<input type="checkbox"/>
Mi sento tranquillo ad uscire di casa nonostante la mia malattia polmonare	0 1 2 3 4 5	Non mi sento affatto tranquillo ad uscire di casa a causa della mia malattia polmonare	<input type="checkbox"/>
Dormo profondamente	0 1 2 3 4 5	Non riesco a dormire profondamente a causa della mia malattia polmonare	<input type="checkbox"/>
Ho molta energia	0 1 2 3 4 5	Non ho nessuna energia	<input type="checkbox"/>
Punteggio totale <input type="checkbox"/>			

INTERPRETAZIONE	
Punteggio CAT	Impatto sulla vita
> 30	Molto alto
>20	Alto
10-20	Medio
<10	Basso

Figura 15 CAT COPD Assessment Test

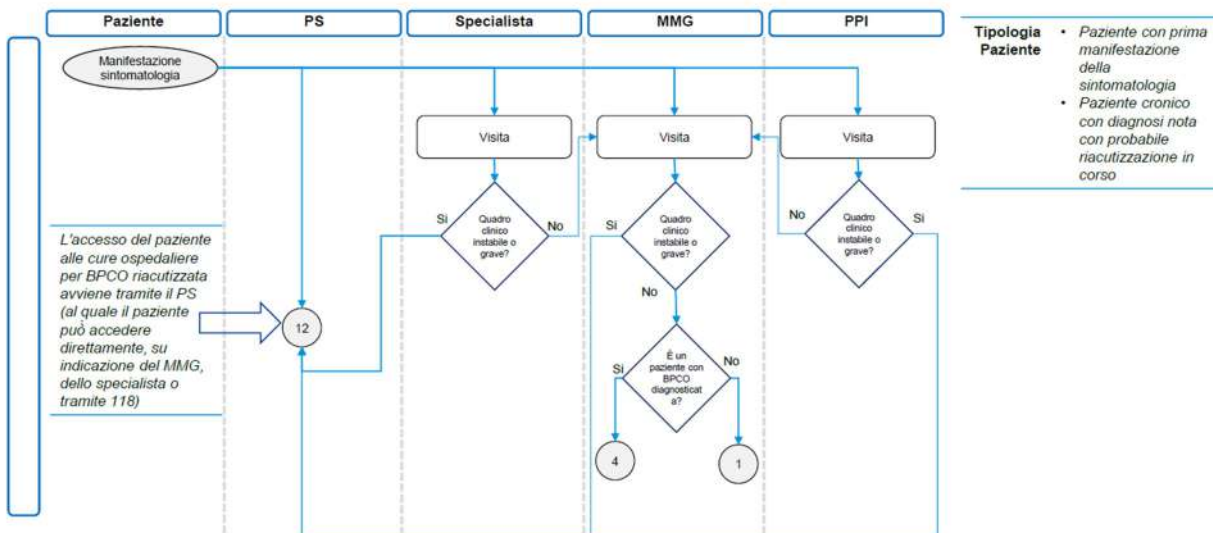


Figura 16 Flowchart – Accesso del paziente



## DIAGNOSI

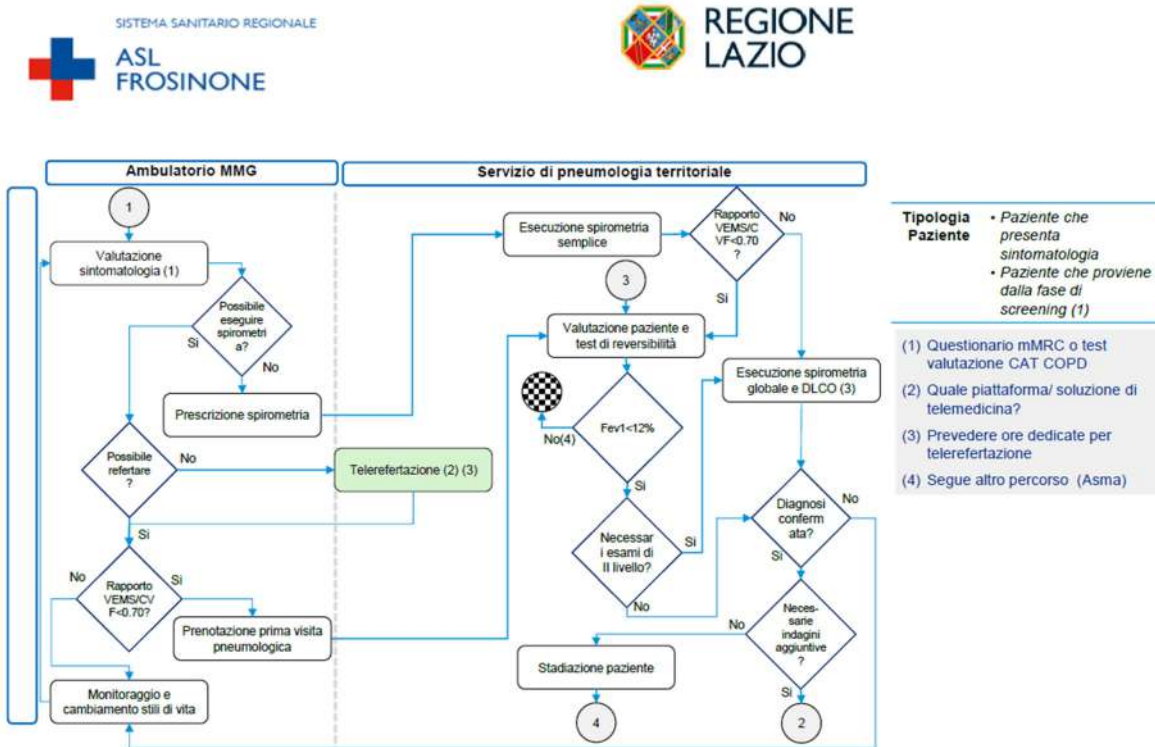


Figura 18 Flowchart – Diagnosi

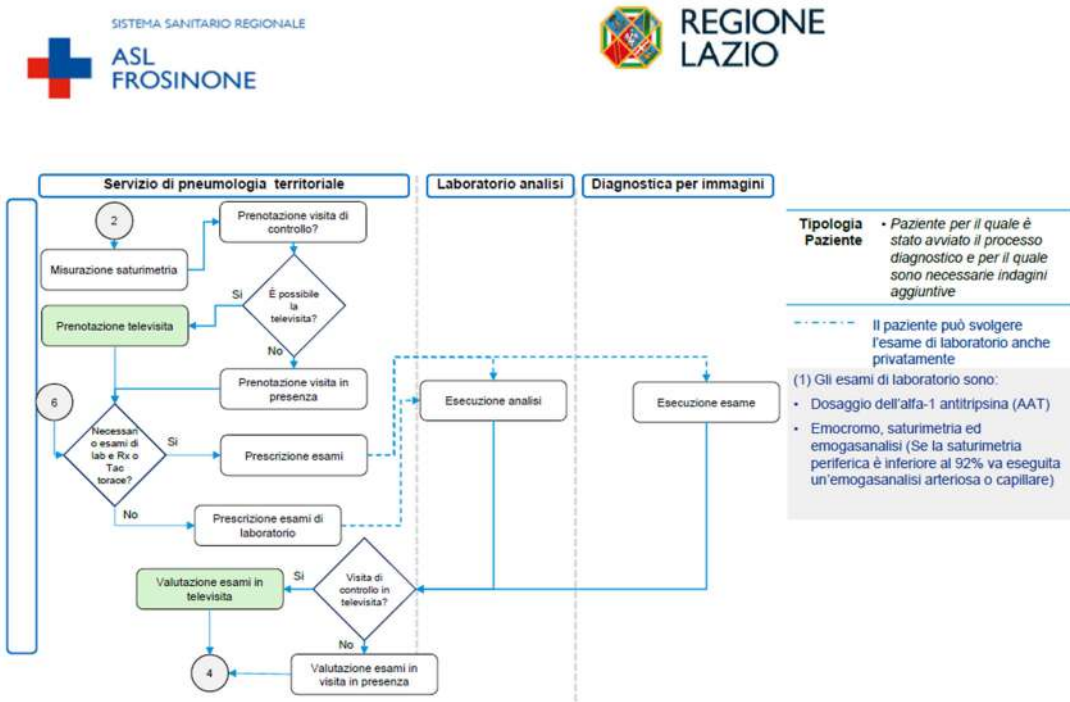


Figura 19 Flowchart – Diagnosi

### PRESA IN CARICO

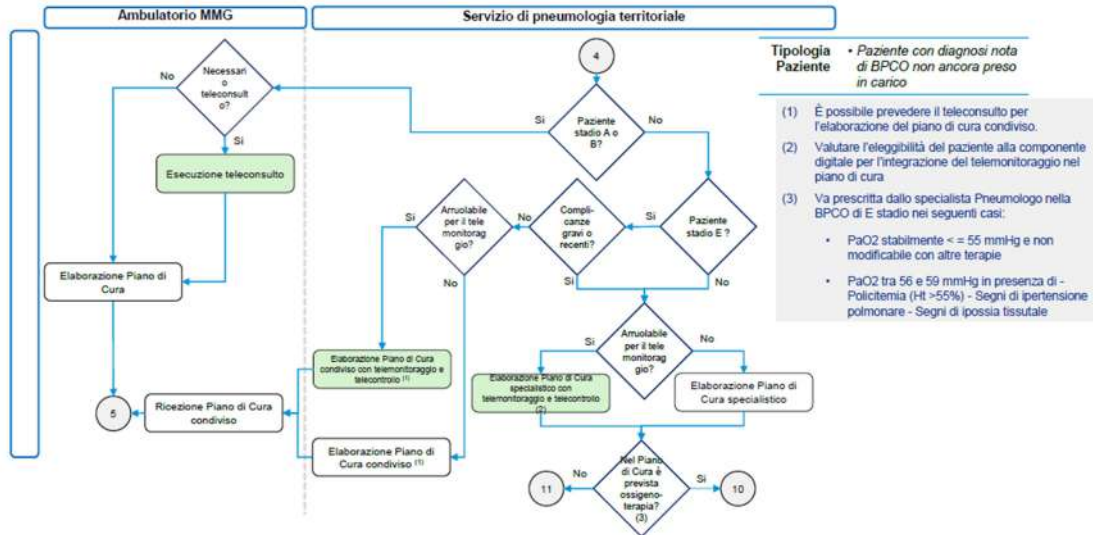


Figura 20 Flowchart – Presa in carico

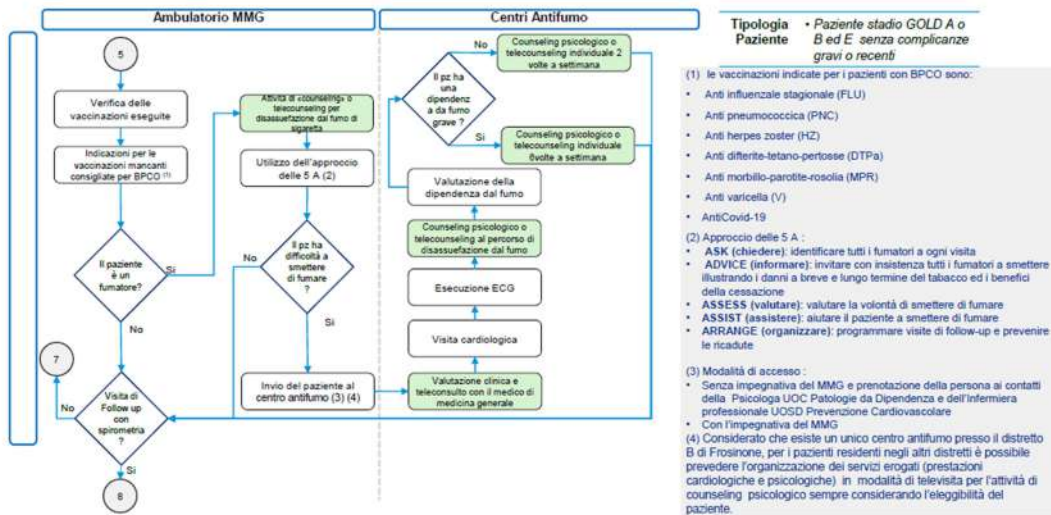


Figura 21 Flowchart – Presa in carico

### SEZIONE 3.3 PDTA BREAST – Tumore della mammella

L'azienda ha emesso un documento in cui enuncia gli obiettivi di salute perseguiti dal presente PDTA:

- miglioramento della prevenzione primaria con possibile riduzione della prevalenza di malattia;
- effettuazione di un trattamento appropriato in tutte le fasi di malattia;
- miglioramento di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale;
- ottimizzazione del trattamento in tutte le fasi della malattia.

Il PDTA è stato attivato nell'ambito della ASL di Frosinone con erogatori di prestazioni nel contesto Ospedaliero, Territoriale, Domiciliare e della Medicina Preventiva e prevede 5 fasi:

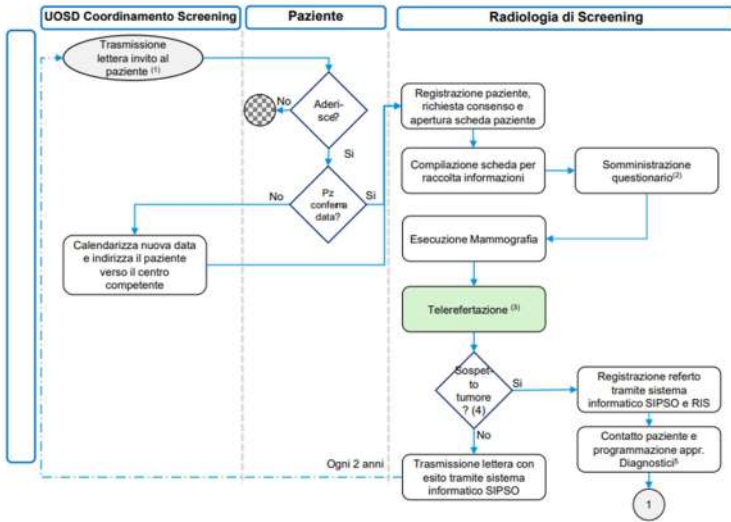
- Screening;
- Diagnosi;
- Stadiazione e scelta terapia;
- Trattamento;
- Follow up.

La tabella di cui sotto, schematizza e sintetizza gli elementi caratterizzanti ciascuna fase del percorso, sulla cui base sono costruiti e rappresentati i flowchart di processo. In particolare, si riferiscono alle diverse possibili strutture in cui la fase si sviluppa, gli elementi di input, le procedure maggiormente rilevanti, i possibili attori coinvolti e le principali variabili da considerare in ciascuna fase.

	Screening	Diagnosi	Stadiazione scelta terapia	Trattamento	Follow up
<b>STRUTTURE COINVOLTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UOSD screening</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breast Unit</li> <li>• U.O.C. Radiologia</li> <li>• U.O.C. Anatomia patologica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breast Unit-GOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U.O.C. Chirurgia</li> <li>• U.O.C. Oncologia</li> <li>• U.O.C. Radioterapia</li> <li>• U.O.C. Farmacia</li> <li>• U.O.C. Anatomia patologica</li> <li>• Cure Palliative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• U.O.C. Oncologia</li> <li>• MMG</li> </ul>
<b>INPUT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Et� e sesso (donne 50-74 anni)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sospetto a seguito di screening</li> <li>• Presenza sintomatologia</li> <li>• Rischio eredo familiare (BRCA1/2) → questionario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosi</li> <li>• Approfondimenti diagnostici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scelta terapeutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conclusione terapia adiuvante</li> <li>• Follow up</li> </ul>
<b>PROCEDURE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trasmissione lettera invito</li> <li>• Apertura scheda paziente</li> <li>• Mammografia</li> <li>• Comunicazione esito</li> <li>• Somministrazione questionario</li> <li>• Consulenza oncogenetica (eventuale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prenotazione diretta da parte del radiologo dello screening</li> <li>• Prenotazione al CUP tramite impegnativa MMG su agende dedicate</li> <li>• Approfondimenti istologici</li> <li>• Visita senologica</li> <li>• Esami radiologici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caratterizzazione istopatologica</li> <li>• Stadiazione</li> <li>• Strategia terapeutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia neoadiuvante</li> <li>• Chirurgia</li> <li>• Terapia adiuvante</li> <li>• Radioterapia</li> <li>• Ormonoterapia</li> <li>• Cure palliative (se malattia avanzata)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita specialistica</li> <li>• Accertamenti diagnostici</li> </ul>
<b>ATTORI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• Radiologo di screening</li> <li>• Tecnico sanitario radiologia medica (TSRM)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• Breast Unit - GOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Breast Unit - GOM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oncologo</li> <li>• Chirurgo</li> <li>• Chirurgo Plastico</li> <li>• Radiologo di screening</li> <li>• Radiologo clinico</li> <li>• Medico Nucleare</li> <li>• Anato patologo</li> <li>• Radioterapista</li> <li>• Biologo molecolare/genetista</li> <li>• Farmacista</li> <li>• Case manager</li> <li>• Psico oncologo *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oncologo</li> <li>• Radiologo clinico</li> <li>• MMG</li> </ul>
<b>PRINCIPALI VARIABILI</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fascia d'et�</li> <li>• Tipologia di approfondimenti diagnostici</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stadiazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profilo di rischio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frequenza esami e visite</li> <li>• Ripresa di malattia</li> </ul>

Figura 4 Fasi del percorso

## SCREENING

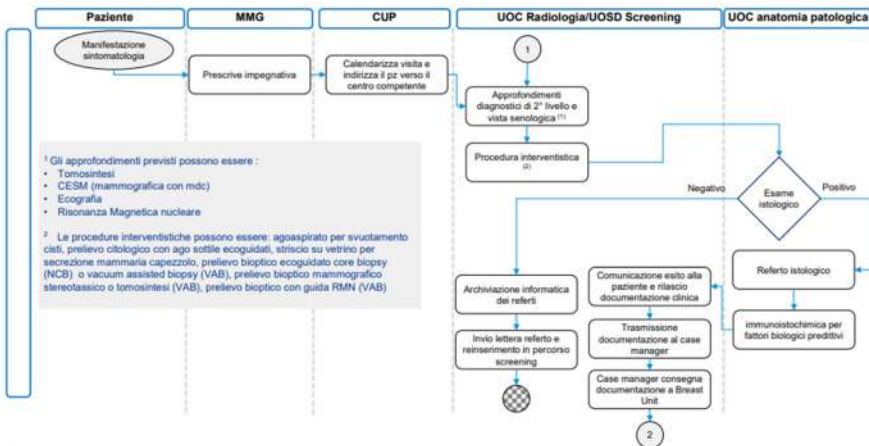


**Tipologia Paziente** Paziente nella fascia di età di 50-74 anni

- (1) Gli inviti vengono generati automaticamente dal sistema SIPSO2.0 che estrapola i nominativi dall'ASUR, i nominativi delle donne residenti nel territorio della provincia. Il file degli inviti viene trasmesso tramite piattaforma informatica (CUBO).
- (2) Questionario DCA 189/17 necessario per determinare se il soggetto in esame ha un rischio eredo-familiare e deve essere inviato a visita per albero genealogico -> ed eventuale test genetico
- (3) Refertazione mammografia eseguita da 2 radiologi senologi con lettura a doppio cieco sul sistema RIS-IMPAX in collegamento con sistema gestionale regionale SIPSO2.0
- (4) Esame giudicato positivo da almeno un radiologo
- (5) la donna viene contattata dal coordinamento screening, con telefonata (raccomandata se risultasse irreperibile) fissando un appuntamento con uno dei medici radiologi senologi presenti nei P.O. Sora, P.O. Frosinone

Figura 5 flowchart screening

## DIAGNOSI



**Tipologia Paziente** Paziente proveniente da screening  
 Paziente che presenta sintomatologia

<sup>1</sup> Gli approfondimenti previsti possono essere:

- Tomosintesi
- CEMM (mammografia con mdc)
- Ecografia
- Risonanza Magnetica nucleare

<sup>2</sup> Le procedure interventistiche possono essere: agoaspirato per svuotamento cisti, prelievo citologico con ago sottile ecoguidato, striscio su vetrino per secrezione mammaria capezzolo, prelievo biptico ecoguidato core biopsy (NCB) o vacuum assisted biopsy (VAB), prelievo biptico mammografico stereotassico o tomosintesi (VAB), prelievo biptico con guida RMN (VAB)

Figura 9 Flowchart Diagnosi

## DIAGNOSI

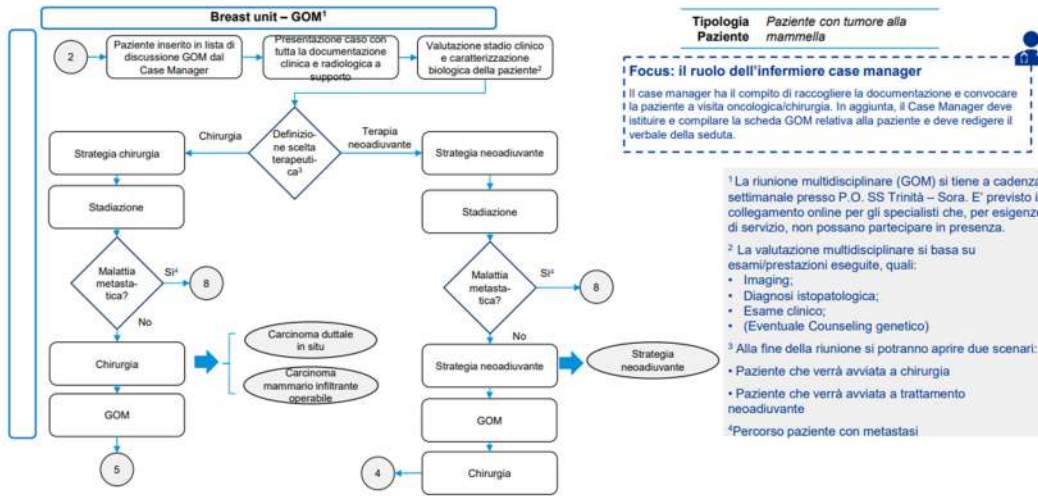


Figura 10 Flowchart stadiazione e scelta terapeutica

## CHIRURGIA CARCINOMA IN SITU

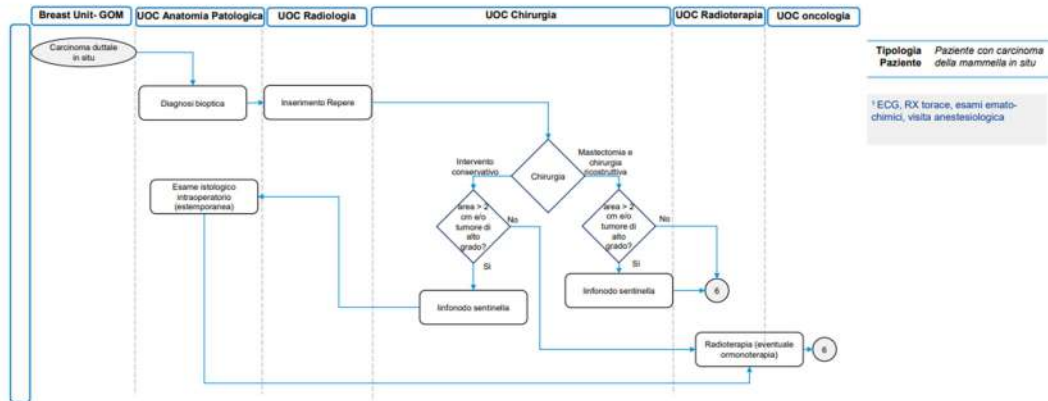


Figura 11 flowchart chirurgia del carcinoma della mammella in situ

## CHIRURGIA CARCINOMA INFILTRANTE

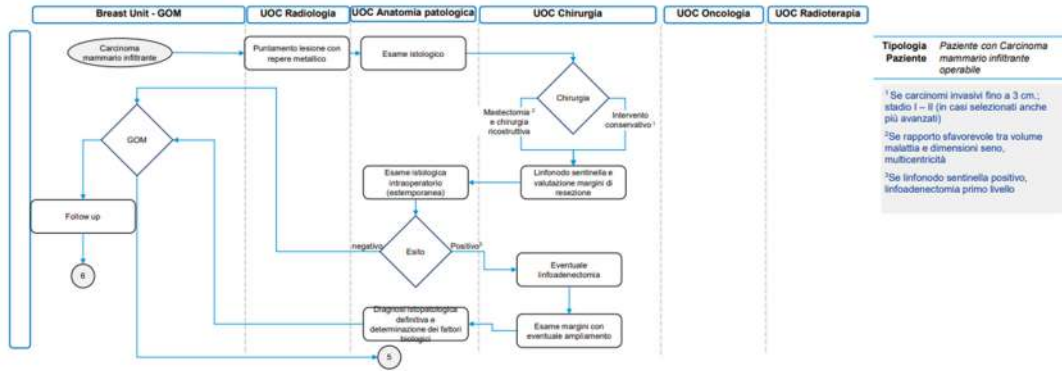


Figura 12 Flowchart chirurgia del carcinoma infiltrante

## RADIOTERAPIA POST-CHIRURGIA

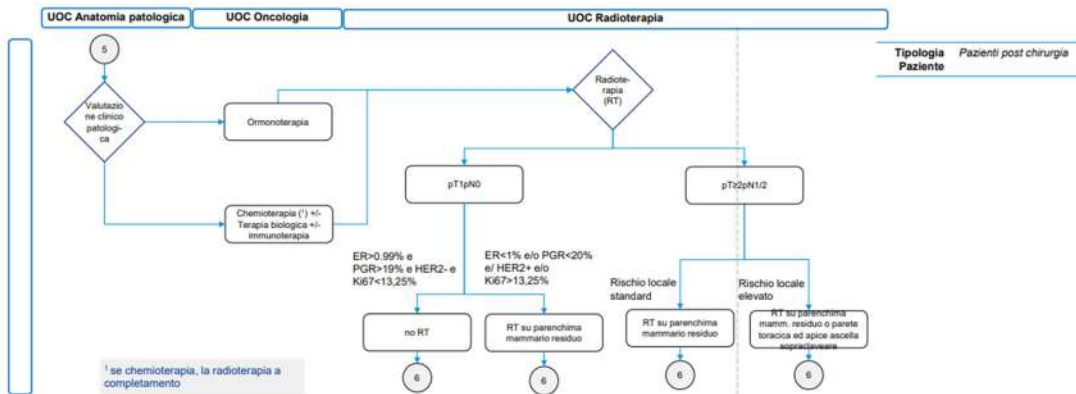


Figura 13 Flowchart radioterapia post chirurgia

## STRATEGIA NEOADIUVANTE

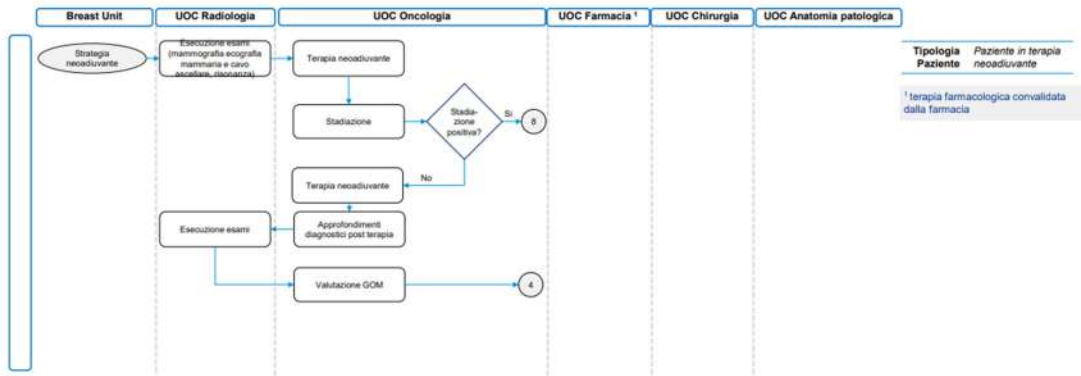


Figura 14 flowchart strategia neoadjuvante

## CHIRURGIA POST TERAPIA NEOADIUVANTE

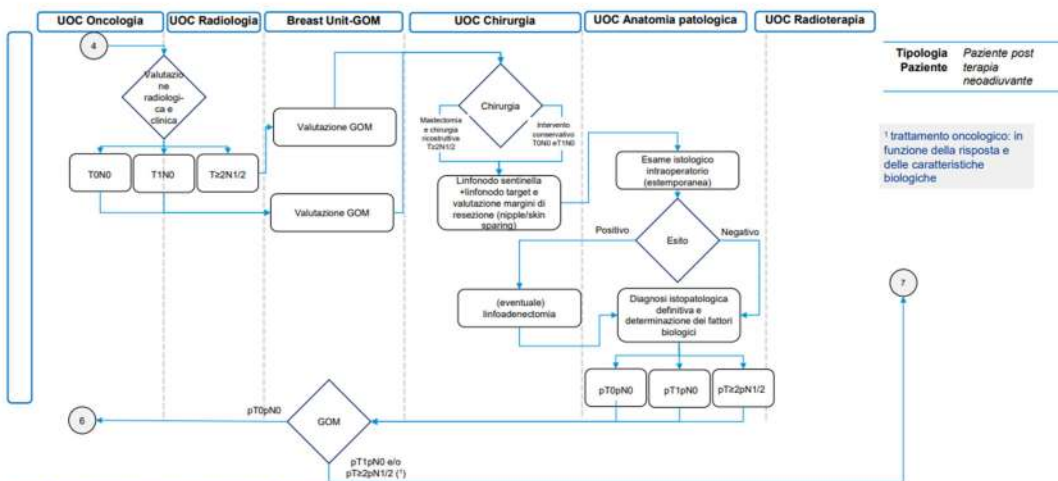
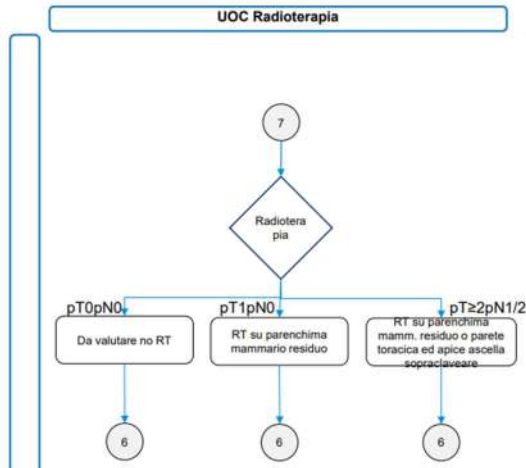


Figura 15 Flowchart chirurgia post terapia neoadjuvante

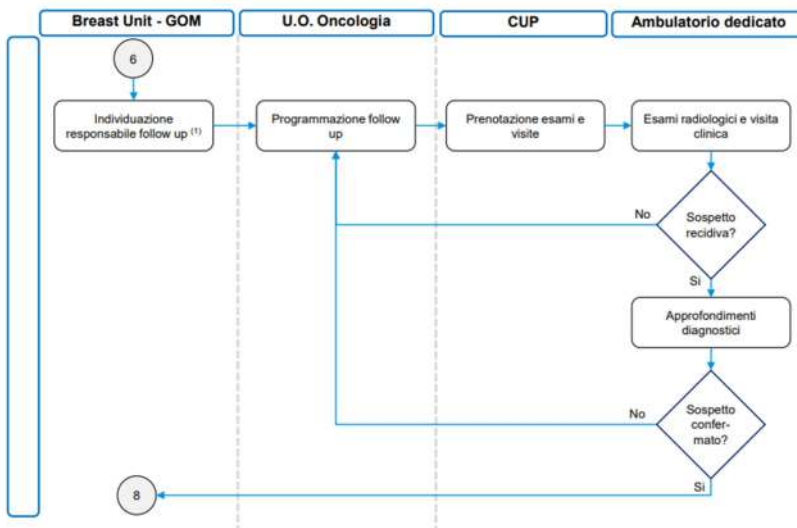
## RADIOTERAPIA POST TRATTAMENTO NEOADIUVANTE



**Tipologia Paziente** *Paziente post chirurgia proveniente da trattamento neoadiuvante*

Figura 16 flowchart radioterapia post trattamento neoadiuvante

## FOLLOW UP



**Tipologia Paziente** *Paziente in follow up*

Figura 17 Flowchart follow up



## SEZIONE 3.4 PDTA SCA – Sindromi Coronariche Acute

L’Azienda ha definito e dettagliato il percorso di PDTA delle Sindrome Coronarica Acuta, prevedendo 4 fasi:

- Primo contatto.
- Diagnosi.
- Terapia.
- Follow up.

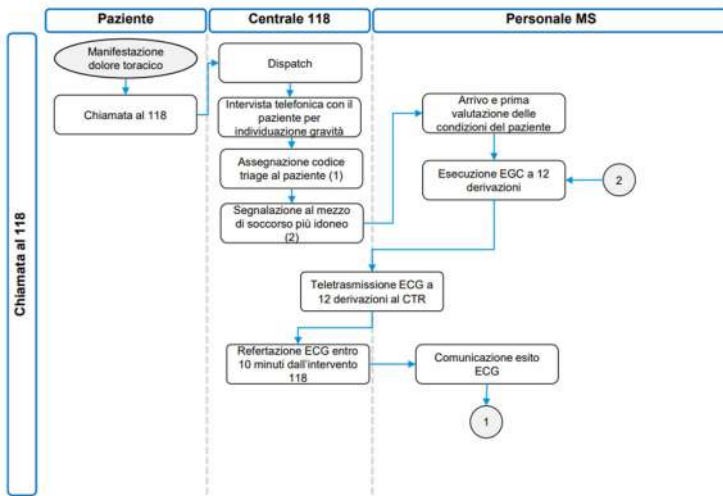
Per ciascuna fase sono individuate diverse fattispecie di percorso, in ragione prevalentemente ad i diversi setting assistenziali.

La tabella di cui sotto, schematizza e sintetizza gli elementi caratterizzanti ciascuna fase del percorso, sulla cui base sono costruiti e rappresentati i flowchart di processo. In particolare, si riferiscono alle diverse possibili strutture in cui la fase si sviluppa, gli elementi di input, le procedure maggiormente rilevanti, i possibili attori coinvolti e le principali variabili da considerare in ciascuna fase.

	PRIMO CONTATTO	DIAGNOSI	TERAPIA	FOLLOW UP
STRUTTURE COINVOLTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Studio del MMG</li> <li>• Centrale operativa 118</li> <li>• Mezzo di soccorso (MSA)</li> <li>• PS struttura Hub</li> <li>• PS struttura Spoke</li> <li>• PAT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mezzo di soccorso (MSA)</li> <li>• Centrale operativa 118 e CTR</li> <li>• PS Hub o Spoke</li> <li>• Struttura di ricovero</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mezzo di soccorso (MSA)</li> <li>• PS Hub o Spoke</li> <li>• Cardiologia Spoke/Hub</li> <li>• Sala Emodinamica Hub</li> <li>• UTIC Hub</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutture di Cardiologia Riabilitativa (CR) di degenza</li> <li>• Strutture di CR ambulatoriale</li> <li>• Studio del MMG</li> <li>• Assistenza Domiciliare</li> </ul>
INPUT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestazione sintomatologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervento</li> <li>• Ospedalizzazione</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dimissione</li> <li>• Riabilitazione</li> <li>• Monitoraggio paziente</li> </ul>
PROCEDURE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispatch</li> <li>• Trasporto</li> <li>• Triage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Telereferto</li> <li>• Valutazione ECG</li> <li>• Trasporto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia fibrinolitica</li> <li>• Terapia riperfusiva (Angioplastica primaria (PTCA o PCI) o Trombolisi seguita da PTCA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia farmacologica (prevenzione secondaria)</li> <li>• Terapia riabilitativa</li> <li>• Visite cardiologiche</li> </ul>
ATTORI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• Operatore centrale 118</li> <li>• Operatori mezzo di soccorso</li> <li>• Infermiere di Triage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operatore centrale 118</li> <li>• Operatore mezzo di soccorso</li> <li>• Medico Pronto Soccorso</li> <li>• Cardiologo struttura Hub</li> <li>• Cardiologo struttura Spoke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Operatore mezzo di soccorso</li> <li>• Medico Pronto Soccorso</li> <li>• Team sala emodinamica</li> <li>• Personale reparto UTIC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMG</li> <li>• Personale struttura riabilitativa</li> <li>• Personale ambulatorio/reparto cardiologia</li> </ul>
PRINCIPALI VARIABILI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalità contatto</li> <li>• Tempo trascorso</li> <li>• Condizioni paziente</li> <li>• Struttura PS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modalità di diagnosi</li> <li>• Tempo trascorso</li> <li>• Condizioni paziente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo Trascorso</li> <li>• Condizioni del paziente</li> <li>• Disponibilità struttura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criteri di rischio clinico</li> <li>• Aderenza terapeutica</li> </ul>

**Tabella 1 Fasi del percorso SCA**

### CHIAMATA AL 118



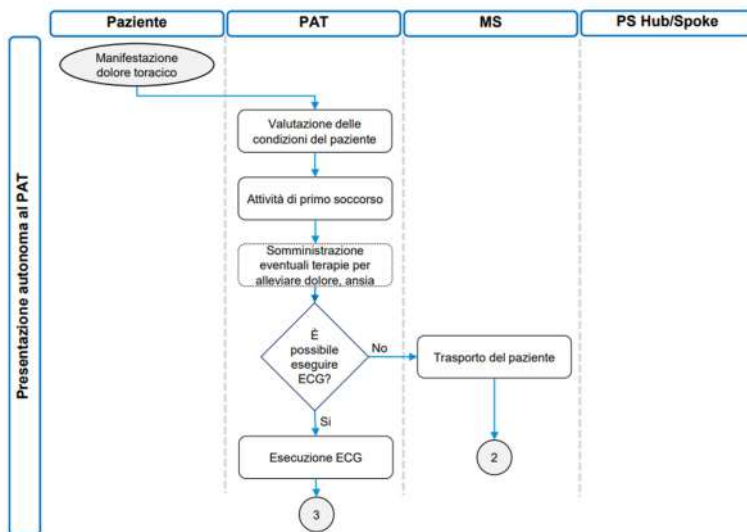
**Tipologia Paziente** Paziente che manifestando la sintomatologia chiama il 118

(1) Codice rosso (emergenza): in presenza di segni di shock: pallore, sudorazione algida, sensazione di svenimento associati ad alterazioni di coscienza e respiro e/o in presenza di alterazione di almeno una funzione vitale.  
 Codice giallo (urgenza): in tutti gli altri casi, in presenza di dolore toracico

(2) Se codice rosso: si procede ad invio, se disponibile, del mezzo medicalizzato più vicino. In caso di indisponibilità o eccessiva lontananza si invia ambulanza con personale infermieristico (la più vicina possibile) e subito a seguire mezzo medicalizzato.  
 Se codice giallo: invio di ambulanza con personale infermieristico, con possibile supporto medicalizzato su richiesta dell'infermiere

Figura 3 Flowchart chiamata al 118

### PRESENTAZIONE AUTONOMA AL PAT



**Tipologia Paziente** Paziente che manifestando la sintomatologia si reca autonomamente al PAT

Figura 4 Flowchart presentazione autonoma al PAT

## PRESENTAZIONE AUTONOMA AL PS HUB

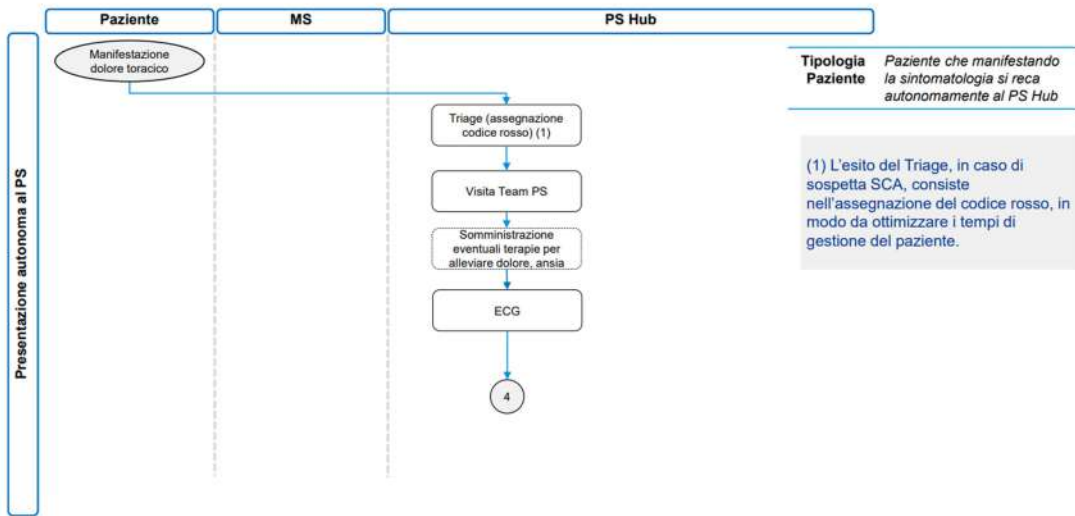


Figura 5 Flowchart presentazione autonoma al PS Hub

26

## PRESENTAZIONE AUTONOMA AL PS SPOKE

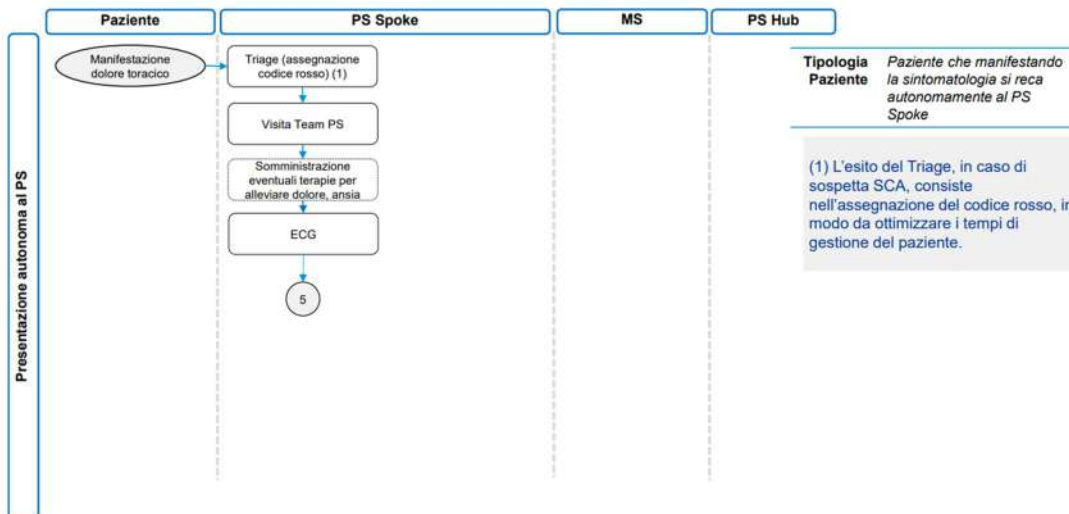


Figura 6 Flowchart presentazione autonoma al PS Spoke

### PERCORSO STEMI

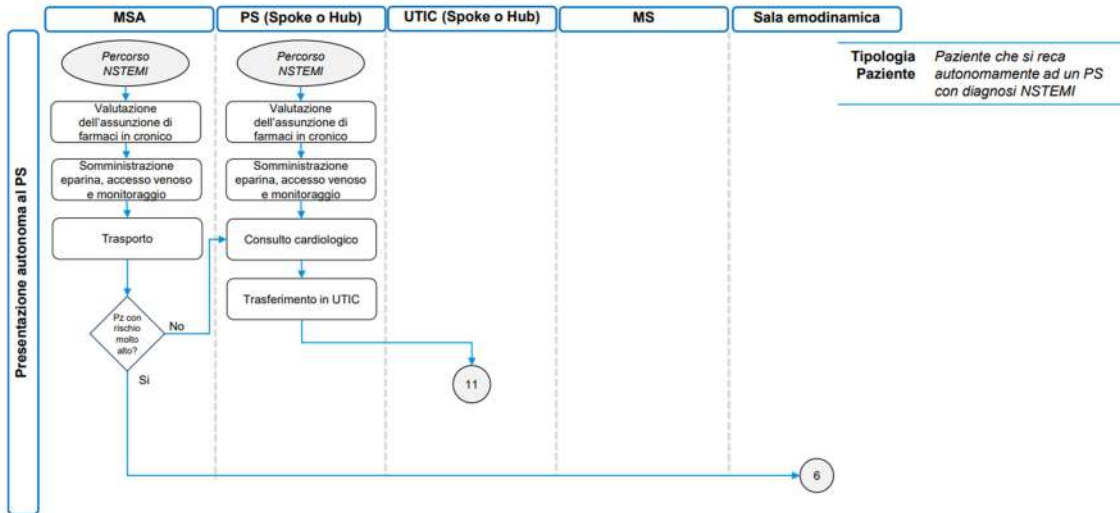


Figura 12 Flowchart percorso STEMI (1/2)

### PERCORSO NSTEMI

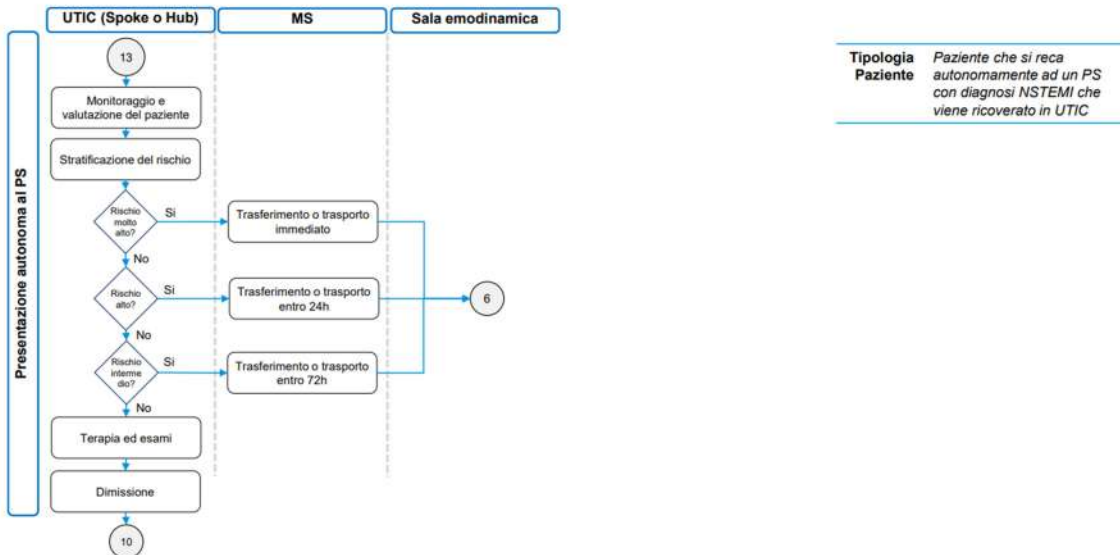


Figura 13 Flowchart percorso NSTEMI (2/2)

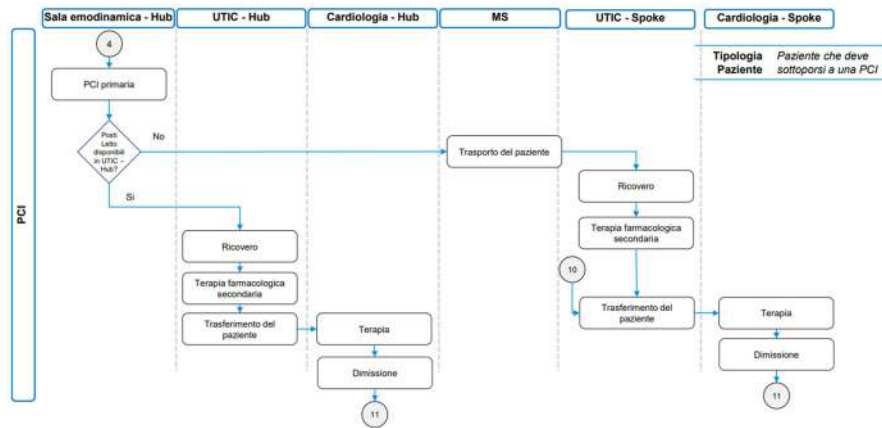


Figura 14 Flowchart paziente che esegue PCI

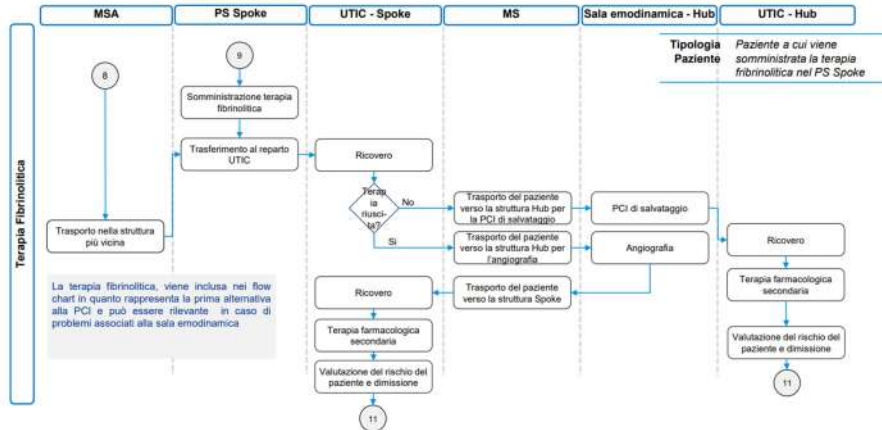


Figura 15 Flowchart terapia fibrinolitica in Spoke

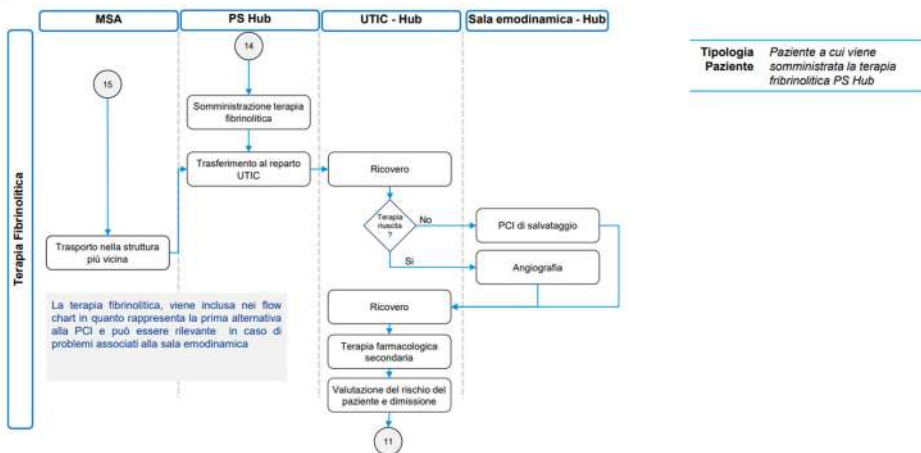


Figura 16 Flowchart terapia fibrinolitica in Hub

## FOLLOW UP

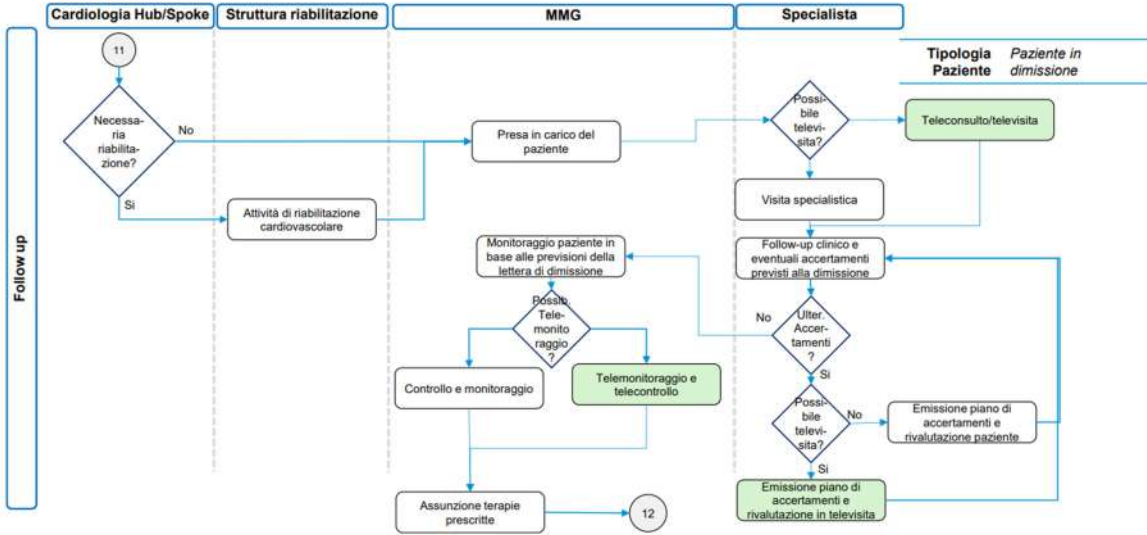


Figura 19 Flowchart follow up

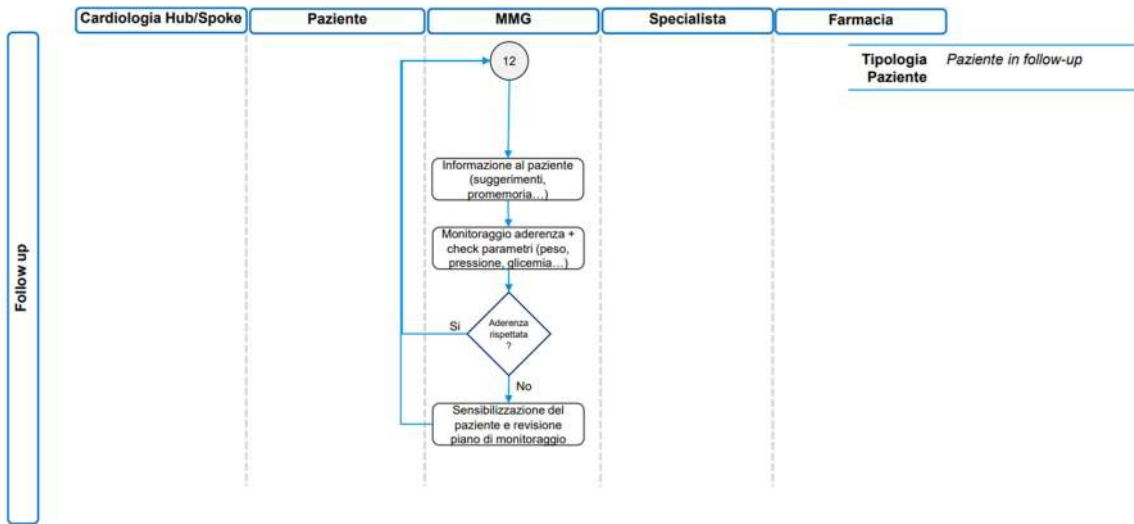


Figura 20 Flowchart Follow up

### SEZIONE 3.5 - Programma di miglioramento per la riduzione della percentuale di parti con taglio cesareo

Con atto deliberativo n. 61 del 26/01/2023 è stato pubblicato dall'Azienda il programma di miglioramento per la riduzione della percentuale di parti con taglio cesareo.

A seguito di diversi audit eseguiti nelle singole UO di ostetricia e ginecologia, vengono individuate le criticità che comportano il superamento della soglia prevista come target e vengono definiti i passaggi operativi da mettere in atto per migliorare l'assistenza.

### SEZIONE 3.6 - Protocollo per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni entro le 48 ore

L'Azienda ha predisposto un protocollo per la gestione della frattura prossimale del femore in pazienti ultrasessantacinquenni entro le 48 ore, in quanto, come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione, le fratture di femore sono diventate un evento relativamente frequente negli anziani e costituiscono un'importante causa di malattia, di mortalità prematura e disabilità. Le conseguenze legate alle fratture di femore sono rilevanti sia in termini di morbilità che di impatto socio economico: la mortalità ad un anno dall'evento traumatico è stimata intorno al 15-25%. In circa il 20% l'autonomia motoria è persa completamente e al primo anno di follow-up solo il 30-40% riprende piena autonomia nelle attività quotidiane.

Studi di letteratura disponibili dimostrano come l'intervento chirurgico entro le 48 ore dall'ammissione rappresenti il trattamento efficace nella maggior parte dei casi (National Health Service – standard 95%); il ritardo nell'intervento chirurgico può provocare complicanze, prolungare la degenza e compromettere il recupero funzionale del paziente.

Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera fissa al 60% la proporzione minima per struttura di interventi chirurgici entro 48 ore su pazienti con frattura di femore di età > di 65 anni.

Scopo del Protocollo Aziendale è quello di definire un percorso che assicuri al paziente ultrasessantacinquenne con diagnosi di frattura di femore il trattamento più idoneo al proprio quadro clinico in analogia con le raccomandazioni prodotte dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale ed alla luce delle risorse umane e tecnologiche effettivamente disponibili, descrivendo i risultati che si intendono raggiungere e quelli che realmente si raggiungono.

I risultati generali attesi sono relativi:

- al miglioramento dell'esito dell'assistenza erogata;
- all'efficienza del processo organizzativo;
- alla razionalizzazione dei costi.

Allo scopo di raggiungere i risultati sopra menzionati è necessario perseguire i seguenti obiettivi nei confronti dei pazienti ultrasessantacinquenni con frattura di femore:

- una riduzione della mortalità a breve e lungo termine;

- il mantenimento delle precedenti capacità di deambulazione e di svolgimento delle attività quotidiane;
- una vita indipendente al proprio domicilio.

Ulteriori obiettivi da raggiungere, soltanto intermedi nella cura del paziente, ma assai rilevanti nell'analisi costo-efficacia, sono:

- minor durata del ricovero;
- riduzione delle complicanze intraospedaliere;
- ridotta percentuale di riospedalizzazione;
- più bassi livelli di cura alla dimissione.

### SEZIONE 3.7 - Piano Aziendale dei Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso

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.

Con atto deliberativo n.1060 del 30/12/2022, l’Azienda approva il Piano Aziendale di Gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso, con l’obiettivo di migliorare i percorsi interni al Pronto Soccorso, in particolare delle fasi diagnostiche, e 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

### SEZIONE 3.8 - Percorso chirurgico programmato

#### 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.



7

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

Criticità	Azioni di Miglioramento
<b>razionalizzazione degli spazi</b>	<b>unico luogo fisico in cui posizionare ambulatori pre ricovero, infermieristici, anestesiologicali, cardiologici e chirurgici</b>
<b>liste d'attesa chirurgiche</b>	<b>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)</b>
<b>lista operatoria</b>	<b>monitoraggio e informatizzazione della lista operatoria</b>
<b>degenza preoperatoria</b>	<b>&lt;= 1,7 giorni</b>
<b>capacità di programmazione dell'attività del blocco operatorio</b>	<b>\</b>
<b>gestione dei reparti</b>	<b>tasso operatorio riduzione di interventi in elezione -rinvii per assenza posti letto</b>
<b>indicatori di volume ed esito</b>	<b>rispetto dei volumi DM 70/2015 Prevale - Programma Nazionale Esiti</b>
<b>tempi incerti per consulenze, esami diagnostici radiologici</b>	<b>monitoraggio e standardizzazione dei tempi</b>

### SEZIONE 3.9 - 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. Per quanto concerne il Comitato Unico di Garanzia (CUG) attualmente costituito in questa ADL, si procederà alla Deliberazione del Regolamento che ne disciplina le modalità di costituzione e il funzionamento.

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

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

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

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

La direttiva è attuata in Italia con il d.lgs. n. 5/2010.

Proprio il d.lgs. n. 198/2006 impone a tutte le pubbliche amministrazioni di adottare un piano triennale di azioni positive per la realizzazione delle pari opportunità (art. 48, di seguito PAP).

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

Indicazioni sui contenuti dei PAP provengono in parte già dal decreto del 2006.

Alcune specificazioni per quanto attiene la redazione del PAP provengono dalla direttiva emanata il 23 maggio 2007 dal Ministero per le Riforme e Innovazioni nella P.A. e dal Ministro per i Diritti e le Pari Opportunità.

Essa sottolinea l'importanza dell'impulso che le pubbliche amministrazioni possono fornire nello svolgimento di un ruolo propositivo e propulsivo ai fini della promozione e dell'attuazione dei principi delle pari opportunità e della valorizzazione delle differenze nelle politiche lavorative interne. La direttiva a tal fine individua precisi strumenti quali:

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

Inoltre, la direttiva del 4 marzo 2011, all'art. 3.2 in materia di compiti del CUG, stabilisce, tra quelli propositivi, che esso predisponga "piani di azioni positive, per favorire l'uguaglianza sostanziale sul lavoro tra uomini e donne".

Fondamento normativo di tale provvedimento è l'art. 21 della legge n. 183/2010, che ha modificato alcune disposizioni del testo unico del pubblico impiego in materia di pari opportunità, benessere di chi lavora e assenza di discriminazioni nelle Amministrazioni Pubbliche.

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

L'art. 57 della l. n. 183/2010 attribuisce alle pubbliche amministrazioni il compito di costituire al proprio interno il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Infine la recente Direttiva n. 2/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica, aggiorna alcuni degli indirizzi forniti con la Direttiva 4 marzo 2011 sulle modalità di funzionamento dei Comitati Unici di Garanzia e definisce le Linee Guida di indirizzo volte a dirigere le amministrazioni pubbliche in materia di promozione della parità e delle pari opportunità e la valorizzazione del benessere di chi lavora e contrasto a qualsiasi forma di discriminazione.

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

Il Piano delle Azioni Positive 2023/2025, svilupperà 6 aree di intervento:

### **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 2023; suddivisione del personale per genere di età secondo e tipo di Presenza 2023 (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%; posizioni di responsabilità remunerate non dirigenziali ripartite per genere 2023; anzianità nei profili non dirigenziali ripartite per genere 2023). Aggiornamento, verifica ed implementazioni delle indagini già effettuate sul benessere lavorativo ed organizzativo.

## **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.).

## **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)

## **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).

## **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.

## 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.

## SEZIONE 4.a – VALORE PUBBLICO

La sezione 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 Committenza 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).

## SEZIONE 4.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

Aggiornamento del Regolamento adottato, con definizione di ruoli e responsabilità; incontri di formazione/informazione con tutti i dirigenti di struttura ed il personale interessato.

L’adozione del 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 seguito di ciò, le strutture aziendali maggiormente interessate alle richieste di accesso producono e aggiornano 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 saranno aggiornati e mantenuti i 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 pone 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. 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. 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. 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. 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. 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. Regolamento di gestione del consenso informato;

7. Regolamento di gestione della Privacy;
8. 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.

## Scheda 1

STEP	OBIETTIVI	DESCRIZIONE	RESPONSABILI	TEMPISTICA
1	Aggiornamento del Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso documentale, accesso civico e accesso civico generalizzato	1) Aggiornamenti del Regolamento, con definizione di ruoli e responsabilità; incontri di formazione/informazione con tutti i dirigenti di struttura ed il personale interessato	RPCT	2023-2025
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 (Awisi, 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	2023-2025
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	2023-2025
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	2023-2025
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	2023-2025

## SEZIONE 4.a.2 – La nuova rete territoriale nella provincia di Frosinone

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 55.372.777,40 mln di euro pianificati per i primi investimenti PNRR e da piano nazionale investimenti complementari al PNRR.

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, promotrici 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 Pediatria, 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 Nassiriya
- ✚ 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

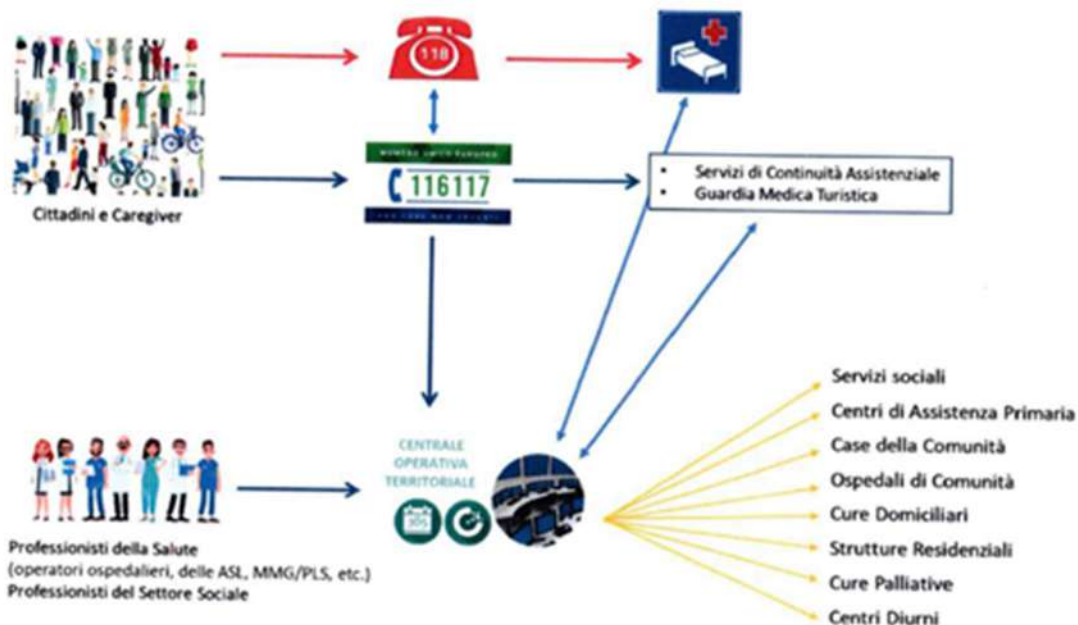
- ✚ Cassino, Via G. di Biasio
- ✚ Pontecorvo, Via S. Giovanni Battista
- ✚ San Giorgio a Liri, Via Roma
- ✚ Aquino, Viale Manzoni

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
  - Cassino, 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.



### SEZIONE 4.a.3 – 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:

Tipologia apparecchiatura	Destinazione
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati	CASA DELLA SALUTE DI PONTECORVO - RADIOLOGIA
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati	PO F. SPAZIANI DI FROSINONE - RADIOLOGIA
Tomografi Computerizzati (CT Scans) - 128 strati	PO SS. TRINITA' DI SORA - RADIOTERAPIA
Acceleratori lineari	PO SS. TRINITA' DI SORA - RADIOTERAPIA
Gamma Camera	PO SS. TRINITA' DI SORA - MEDICINA NUCLEARE
Mammografi con tomosintesi	D.S. ANAGNI - RADIOLOGIA
Mammografi con tomosintesi	CASA DELLA SALUTE DI CEPRANO - RADIOLOGIA
Mammografi con tomosintesi	PO F. SPAZIANI DI FROSINONE - RADIOLOGIA
Mammografi con tomosintesi	PO SS. TRINITA' DI SORA - RADIOLOGIA
Mammografi con tomosintesi	CASA DELLA SALUTE DI FERENTINO - RADIOLOGIA
Angiografi Cardiologici	PO F. SPAZIANI FROSINONE - EMODINAMICA
Ecotomografi Multidisciplinari/Internistici	PO SS. TRINITA' DI SORA - CHIRURGIA GENERALE
Ecotomografi Multidisciplinari/Internistici	PO SANTA SCOLASTICA CASSINO - ANESTESIA RIANIMAZIONE
Ecotomografi Multidisciplinari/Internistici	PO F. SPAZIANI FROSINONE - NEUROLOGIA
Ecotomografi Cardiologici 3D	PO F. SPAZIANI FROSINONE - MEDICINA D'URGENZA
Ecotomografi Cardiologici 3D	D.S. FROSINONE - CARDIOLOGIA - ECOCARDIOGRAFIA
Ecotomografi Cardiologici 3D	PO SANTA SCOLASTICA CASSINO - CARDIOLOGIA
Ecotomografi Ginecologici 3D	PO SAN BENEDETTO ALATRI - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Ecotomografi Ginecologici 3D	PO SS. TRINITA' DI SORA - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Ecotomografi Ginecologici 3D	PO SANTA SCOLASTICA CASSINO - OSTETRICIA E GINECOLOGIA
Telecomandati digitali per esami di reparto	CASA DELLA SALUTE - PONTECORVO - RADIOLOGIA
Telecomandati digitali per esami di reparto	PO SAN BENEDETTO ALATRI - RADIOLOGIA
Telecomandati digitali per esami di reparto	PO SANTA SCOLASTICA CASSINO - RADIOLOGIA
Telecomandati digitali per esami di reparto	PO F. SPAZIANI FROSINONE - RADIOLOGIA
Telecomandati digitali per esami di reparto	PO SS. TRINITA' DI SORA - RADIOLOGIA



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 Sicurezza e dalla UOSD HTA e Ingegneria Clinica che hanno 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.

#### SEZIONE 4.a.4 – La riqualificazione energetica del patrimonio immobiliare – ASL Frosinone

La ASL di Frosinone ha investito in questi anni per migliorare l'efficiamento energetico delle proprie strutture sanitarie che nel futuro può tradursi in benessere di comunità e miglioramento dell'offerta sanitaria. In particolare la UOC Patrimonio e Sicurezza ha sviluppato in questi anni un programma triennale di ammodernamento per la trasformazione energetica finalizzato all'utilizzo negli Ospedali di fonti energetiche alternative e meno impattanti anche sui bilanci tramite l'innovazione tecnologica data dai nuovi impianti di cogenerazione di energia elettrica, dal fotovoltaico, e di tutte le nuove forme di transizione energetica.

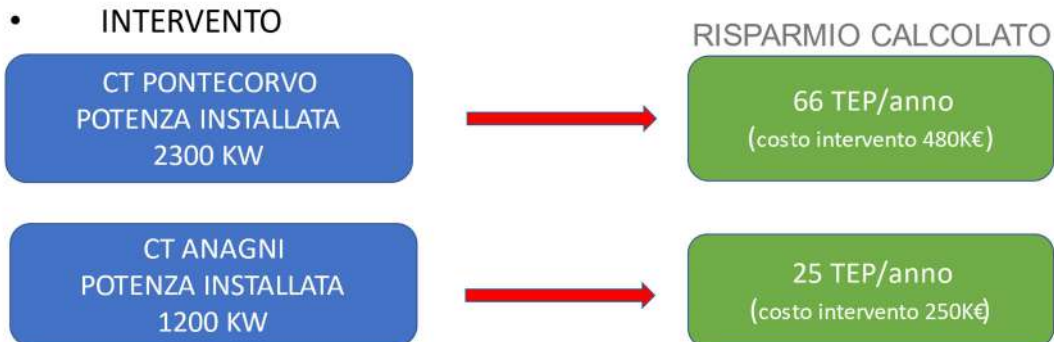
Le Principali Azioni del programma sono di seguito elencate:

- SISTEMA DI TELEGESTIONE DEGLI IMPIANTI E CONTROL ROOM
- RIFACIMENTO CENTRALI TERMICHE DEL PO PONTECORVO E PO ANAGNI
- ILLUMINAZIONE ESTERNA A LED :
  - PO SORA
  - PO CASSINO
  - PO SPAZIANI/CENTRO ASL
- ILLUMINAZIONE INTERNA A LED :
  - CENTRO ASL
  - PO CASSINO
- IMPIANTI DI TRIGENERAZIONE PRESSO I SEGUENTI SITI:
  - PO SPAZIANI – FINE LAVROI PREVISTA ENTRO IL31/12/22
  - PO CASSINO
  - PO SORA

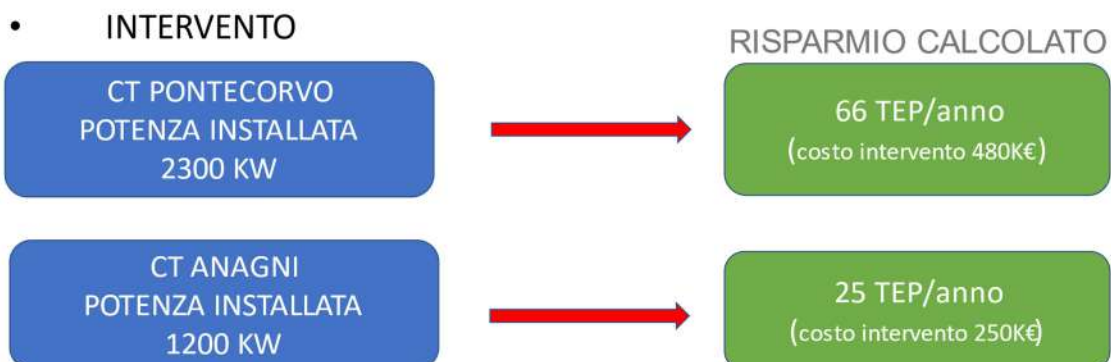
L'investimento complessivo sarà di circa €. 11.000.000,00.

Di seguito si riportano le schede degli interventi che garantiranno un risparmio complessivo annuo di circa: 1.774,62 TEP/anno.

## RIQUALIFICA COMPLETA DELLE CENTRALI TERMICHE DI PONTECORVO E ANAGNI

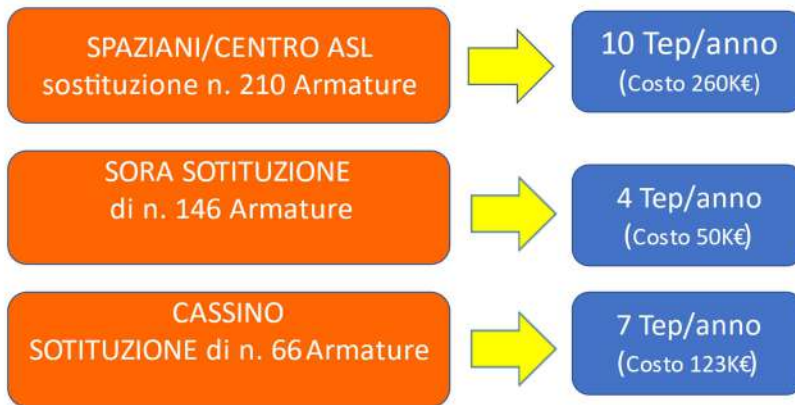


## RIQUALIFICA COMPLETA DELLE CENTRALI TERMICHE DI PONTECORVO E ANAGNI





## ILLUMINAZIONE ESTERNA CASSINO-SORA-SPAZIANI e CENTRO ASL (TEP CALCOLATI)



## ILLUMINAZIONE INTERNA CASSINO-CENTRO ASL (TEP CALCOLATI)



## IMPIANTO DI TRIGENERAZIONE E NUOVA CT<sup>TT</sup> PO SPAZIANI



- Fabbisogno elettrico circa 78,5 %
- Fabbisogno termico circa 61 %

Parametro	Valore	U.D.M.
Energia elettrica prodotta	6.006.154	kWh
Energia elettrica autoconsumata	5.911.558	kWh
Energia elettrica ceduta	94.596	kWh
Energia termica evitata dalle caldaie acqua calda	4.206.719	kWh
Energia termica evitata dalle caldaie vapore	-	kWh
Energia termica destinata all'assorbitore	3.026.973	kWh
Energia termica complessivamente recuperata	7.233.692	kWh
Consumo energia primaria cogeneratore	15.490.901	kWh
Ore equivalenti di esercizio	7.415	Ore equivalenti

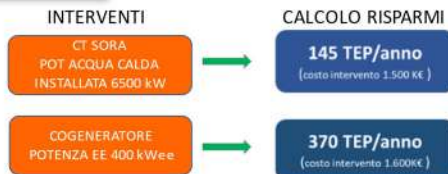


## IMPIANTO DI TRIGENERAZIONE E NUOVA CT<sup>TT</sup> PO SORA



- Fabbisogno elettrico circa 6,1 %
- Fabbisogno termico circa 5,9 %

PARAMETRO	VALORE	U. D. M.
Energia elettrica prodotta	2.320.537	kWh
Energia elettrica autoconsumata	2.318.894	kWh
Energia elettrica ceduta	1.644	kWh
Energia termica evitata dalle caldaie acqua calda	1.753.550	kWh
Energia termica evitata dalle caldaie vapore	-	kWh
Energia termica destinata all'assorbitore	878.262	kWh
Energia termica complessivamente recuperata	2.631.813	kWh
Consumo energia primaria cogeneratore	6.201.216	kWh
Ore equivalenti di esercizio	7.287	Ore equivalenti



## IMPIANTO DI TRIGENERAZIONE – PO CASSINO

Parametro	Valore	u.d.m
Energia elettrica prodotta	4.355.102	kWh
Energia elettrica autoconsumata	4.179.814	kWh
Energia elettrica ceduta	175.288	kWh
Energia termica recuperata	3.416.762	kWh
Energia termica destinata all'assorbitore	2.110.741	kWh
Energia termica dissipata	25.940	kWh
Consumo energia primaria cogeneratore	11.665.129	kWh
Ore equivalenti di esercizio	7.250	h,eq

- Fabbisogno termico circa 64,3 %
- Fabbisogno elettrico circa 80,8 %



## SEZIONE 4.a.5 – La trasformazione digitale della ASL di Frosinone e la Telemedicina

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 Scompensazione Cardiaca (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 nota<sup>8</sup> 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

<sup>8</sup>AGENAS, il PDTA per La Sclerosi Multipla Indicazioni per la creazione delle reti di assistenza, marzo 2022.

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 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 Nazionali 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**: 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 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.

Nel precedente PIAO, l'ASL di Frosinone ha individuato le principali azioni propedeutiche all'adeguamento dell'organizzazione aziendale e dell'infrastruttura tecnologica alle nuove sfide derivanti dalla trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevista dall'Intesa Stato-Regioni del 17/12/2020 (Rep. atti n. 215/CSR) e dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), con i suoi provvedimenti attuativi<sup>9</sup>.

L'ASL, attualmente, è impegnata nella prosecuzione e nel completamento delle attività dirette a sviluppare e diffondere l'utilizzo degli strumenti di telemedicina, senza trascurare la necessità di implementare, tramite la digitalizzazione, il patrimonio informativo aziendale. Tale processo sarà accompagnato da programmi formativi diretti ad accrescere le conoscenze digitali degli operatori per gli ambiti di interesse.

Così come previsto dalla normativa vigente, il potenziamento della telemedicina avrà, soprattutto, lo scopo di migliorare la presa in carico delle persone affette da patologie croniche tramite lo sviluppo di sistemi capaci di garantire l'interazione a distanza tra operatori sanitari e assistiti e tramite la realizzazione di modelli organizzativi innovativi. Le analisi effettuate<sup>10</sup> evidenziano che il 27,4% della popolazione residente sul territorio dell'ASL è affetto da una patologia cronica (circa 127.000 persone), mentre circa il 10% presenta una condizione di multi cronicità (circa 50.000 persone) di cui 11.000 complessi.

---

<sup>9</sup> Da ultimo il Decreto del Ministero della Salute del 30 settembre 2022 recante "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina".

<sup>10</sup> Fonte: documento del Dep. Lazio «Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza Missione Salute - Stima dei bisogni assistenziali per la programmazione e la presa in carico ASL di Frosinone»;

Gli obiettivi Strategici dell'Azienda sono pertanto:

1. rafforzare l'infrastruttura tecnologica aziendale;
2. sviluppare il patrimonio informativo aziendale tramite la digitalizzazione;
3. implementare le piattaforme tecnologiche e i device necessari per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina;
4. realizzare strumenti di governance e modelli organizzativi innovativi per lo sfruttamento della telemedicina nei diversi servizi aziendali;
5. realizzare programmi formativi per adeguare le conoscenze digitali degli operatori aziendali alle nuove necessità.

I risultati iniziali da cui l'Azienda intende proseguire sono di seguito illustrati.

### **Visite Specialistiche**

I dati di letteratura dimostrano come potenzialmente il 20% delle visite 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.

### **Televisite**

Sono state avviate le televiste Diabetologiche, Neurologiche e Cardiologiche

### **Teleconsulto**

E' stato avviato il teleconsulto nei PS per i percorsi ICTUS

### **Telescreenig**

E' stato avviato il telescreening dermatoscopico per melanoma



L'azienda ha in programma di perseguire i seguenti obiettivi:

- Avvio della Televisita per il follow up dei pazienti con epatite C
- 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
- Telerefertazione radiologica
- Evoluzione del Sistema RIS PACS
- Dematerializzazione dei consensi informati
- Implementazione del Dossier Sanitario Elettronico

### Rafforzare l'infrastruttura tecnologica aziendale

In merito all'adeguamento tecnologico e infrastrutturale dell'Azienda, l'Asl sta proseguendo con il cablaggio della rete internet, la fornitura e la configurazione di dispositivi fissi e portatili, nonché alla distribuzione di "saponette" con SIM per i locali che non hanno una adeguata copertura. Nel tempo di vigenza del presente Piano, l'Azienda, pertanto, intende proseguire ad una ricognizione delle esigenze di hardware e software, al fine di potenziare la telemedicina.

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Target
Potenziamento della dotazione hardware, software e Network	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valutazione di massima nelle riunioni di budget delle carenze infrastrutturali rappresentate dai direttori di UO</li> <li>• definizione del fabbisogno aziendale di componenti hardware, software e network</li> <li>• fornitura e configurazione dell'hardware, del software e della connettività 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</li> </ul>	n. di richieste di fornitura pervenute/n. di richieste di evase	80%

\* gli obiettivi individuati sono da riferirsi all'intera durata del Piano

## Sviluppare il patrimonio informativo aziendale tramite la digitalizzazione

L'ASL di Frosinone ha avviato un percorso per la creazione di un sistema di Controllo di Gestione avvalendosi di un Sistema Informativo di Governo (SIG) che supporti le funzioni di controllo e programmazione aziendale mediante il monitoraggio puntuale delle attività e delle performance, nonché attraverso l'implementazione di analisi specifiche relative ad ogni singola area. Nello specifico il SIG fornirà informazioni in ambito di assistenza ospedaliera (posti letto ec.), assistenza territoriale (ambulatoriale ec.) e farmaceutica.

L'ASL di Frosinone, inoltre, sta procedendo alla riorganizzazione del processo di prescrizione dematerializzata, al fine di raggiungere l'obiettivo regionale di prescrivere almeno l'80% di ricette in modalità elettronica. Il processo di revisione prevede una serie di fasi che vanno dal rilascio delle credenziali per l'accesso alle piattaforme dedicate (Sismed, Sire3 ec.), all'attività di formazione ai medici per la compilazione.

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Target
Rendicontazione immediata e analiticamente valutabile in Real time	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrazione dei flussi aziendali in un unico Data Warehouse</li> <li>Individuazione delle informazioni più rilevanti che il cruscotto informativo deve mettere in risalto all'operatore</li> <li>Individuazione di indicatori per il monitoraggio delle attività</li> </ul>	n. di risposte in 24 ore dalle richieste di informazioni della direzione strategica/n. richieste totali da parte Direzione Strategica	100%
Incremento dell'utilizzo della prescrizione de materializzata	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analisi e revisione del processo di rilascio delle credenziali e delle abilitazioni alla prescrizione elettronica</li> <li>Aggiornamento del database relativo ai medici prescrittori abilitati all'uso delle piattaforme per la ASL di Frosinone</li> <li>Attività di formazione e sensibilizzazione del personale interessato</li> </ul>	n. di prescrizioni de materializzate/ n. prescrizioni totali	80%

\* gli obiettivi individuati sono da riferirsi all'intera durata del Piano

## Implementare le piattaforme tecnologiche e i device necessari per l'erogazione delle prestazioni in telemedicina

Relativamente all'implementazione delle piattaforme tecnologiche utili allo sviluppo della digitalizzazione aziendale, l'ASL di Frosinone sta procedendo a sviluppare la cartella clinica elettronica ospedaliera e ambulatoriale. Inoltre sta procedendo a sviluppare/implementare una piattaforma unica per il supporto all'utilizzo, alla diffusione e al monitoraggio dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). Tale azione è in continuità con l'attività di definizione dei PDTA in corso che ha visto nel 2022 l'adozione dei PDTA relativi alla BPCO, alla Sindrome coronarica acuta e al tumore alla mammella.

Tenuto conto dei dati di letteratura che evidenziano che potenzialmente il 20% delle viste in presenza possano essere eseguite in telemedicina (circa 35.000 televisite/teleconsulti), si è deciso di sviluppare una piattaforma dedicata al supporto delle prestazioni di telemedicina (televisita, telemonitoraggio, ec.).

L'ASL, infine, in coerenza con le azioni della M6C1.2.3 del PNRR intende potenziare l'utilizzo della telemedicina nel setting assistenziale domiciliare.

Obiettivi	Azioni	Indicatori	Target
Sviluppo della piattaforma cartella clinica elettronica ospedaliera (CCEO)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione dei reparti prioritari per l'attivazione della CCEO</li> <li>• mappatura dei sistemi esistenti per l'integrazione delle informazioni</li> <li>• Incontri periodici con i referenti per lo sviluppo del progetto</li> <li>• Acquisizione/sviluppo della piattaforma</li> </ul>	n. di reparti in cui è utilizzata la CCEO/n. di reparti totali	50%
Sviluppo della piattaforma cartella clinica elettronica ambulatoriale (CCEA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mappatura dei sistemi esistenti per l'integrazione delle informazioni</li> <li>• Incontri periodici con i referenti per lo sviluppo del progetto</li> <li>• Acquisizione/sviluppo della piattaforma</li> </ul>	n. di ambulatori in cui è utilizzata la CCEA/n. di ambulatori che erogano prestazioni per pazienti cronici	>50.000 CCEA
Sviluppo della piattaforma per la telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mappatura dei sistemi esistenti per l'integrazione delle informazioni</li> <li>• Incontri periodici con i referenti per lo sviluppo del progetto</li> <li>• Acquisizione/sviluppo della piattaforma</li> </ul>	n. di prestazioni erogate in telemedicina/n. prestazioni atteso in telemedicina	25%
Sviluppo della piattaforma per la gestione dei PDTA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mappatura dei sistemi esistenti per l'integrazione delle informazioni</li> <li>• Incontri periodici con i referenti per lo sviluppo del progetto</li> <li>• Acquisizione/sviluppo della piattaforma</li> </ul>	n. di PDTA inseriti in piattaforma/n. PDTA deliberati	100%
Attivazione dei servizi di telemedicina previsti nei PDTA deliberati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisto device e strumentazioni per l'erogazione della telemedicina nei servizi interessati</li> <li>• Formazione del personale sanitario interessato</li> </ul>	n. servizi di telemedicina attivi individuati nei PDTA deliberati/n. servizi previsti in telemedicina nei PDTA deliberati	100%
Device da utilizzare in cure domiciliari integrate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisto device</li> </ul>	n. device acquistati/fabbisogno di device	

\* gli obiettivi individuati sono da riferirsi all'intera durata del Piano

## **Realizzare strumenti di governance e modelli organizzativi innovativi per lo sfruttamento della telemedicina nei diversi servizi aziendali**

L'ASL di Frosinone, in attuazione del nuovo modello organizzativo della rete territoriale previsto dal DM 77/2022, sta procedendo a sviluppare e consolidare i progetti relativi a: la definizione dei PDTA comprendenti la possibilità di assistere i pazienti in telemedicina; lo sviluppo dell'assistenza ai pazienti cronici in telemedicina tramite la predisposizione di sedi dedicate facilmente accessibili, con il coinvolgimento della comunità di riferimento (ad es. Casa Comunale di Arpino); la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali. I citati progetti, nello specifico, hanno lo scopo di implementare l'utilizzo della telemedicina in modo più sicuro e accessibile, soprattutto per quelle persone che presentano vulnerabilità socio-economiche (circa 16.000 persone).

<b>Obbiettivi</b>	<b>Azioni</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Target</b>
Sviluppo dei Percorsi Diagnostico Terapeutici che includono prestazioni in telemedicina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deliberazione dei PDTA per singola patologie che prevedono l'utilizzo di prestazioni in telemedicina</li> <li>• Monitoraggio dell'utilizzo dei PDTA comprendenti prestazioni di telemedicina</li> </ul>	n. PDTA che prevedono l'utilizzo di prestazioni di telemedicina/n. PDTA adottati	90%
Sviluppo di postazioni di telemedicina facilmente accessibili dedicate a persone con vulnerabilità socioeconomiche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione di sedi idonee e facilmente accessibili per la realizzazione di prestazioni di telemedicina</li> <li>• Stipula di accordi per l'utilizzo dei locali e per il coinvolgimento del personale necessario al supporto all'utente per lo svolgimento della prestazione di telemedicina</li> <li>• Formazione degli operatori coinvolti</li> </ul>	n. sedi attivate/n. di comuni insistenti in zone disagiate	20%
Sviluppo del modello organizzativo innovativo della Centrale Operativa Territoriale (COT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuazione dei siti idonei alla realizzazione delle COT;</li> <li>• Stipula dei contratti per la realizzazione delle COT</li> <li>• Stipula dei contratti per l'interconnessione delle COT</li> </ul>	n. azioni completate/n. azioni programmate	100%

\* gli obiettivi individuati sono da riferirsi all'intera durata del Piano

## **Realizzare programmi formativi per adeguare le conoscenze digitali degli operatori aziendali alle nuove necessità**

Il piano strategico pone l'attenzione sullo sviluppo di un set di competenze comuni a tutti i dipendenti delle amministrazioni pubbliche a partire da quelle digitali: queste ultime sono definite come le competenze necessarie affinché ogni dipendente comprenda, accetti e adotti i nuovi strumenti a disposizione e i cambiamenti nei processi di lavoro che questi comportano, in modo da essere promotore dell'innovazione nella prospettiva del miglioramento del servizio, del rapporto con il cittadino e della qualità del proprio lavoro.

Il riferimento per la formazione delle competenze digitali del personale pubblico è rappresentato dal documento metodologico "Syllabus delle competenze digitali per la PA" del dipartimento della funzione pubblica del 202211.

Per le azioni e gli obiettivi previsti in ambito di formazione si rinvia al paragrafo SEZIONE 2.b.4- Formazione del personale.

<sup>11</sup> [https://cdn.syllabus.gov.it/portale/documents/20121/44682/28feb22\\_Syllabus-competenze-digitali-pa\\_v2.pdf](https://cdn.syllabus.gov.it/portale/documents/20121/44682/28feb22_Syllabus-competenze-digitali-pa_v2.pdf)

**Per realizzare i programmi su esposti, è stato previsto un ulteriore Finanziamento PNRR dedicato alla Trasformazione Digitale – DGR n.75 del 25/02/2022**

PRESIDIO OSPEDALIERO	DESCRIZIONE FABBISOGNO TECNOLOGICO	CATEGORIA	RIPARTO RISORSE
Frosinone	Hardware per postazioni di lavoro (PC fissi, portatili, scanner, stampanti, etichettatrici, tablet, antenne wi-fi) e hardware per sale operatorie per TI e STI	Postazioni	912.304,00
Cassino	Hardware per postazioni di lavoro (PC fissi, portatili, scanner, stampanti, etichettatrici, tablet, antenne wi-fi) e hardware per sale operatorie per TI e STI	Postazioni	772.334,00
Frosinone	Reing. network aziendali: cablaggio LAN e Wi-fi	Cablaggio/Lavori	263.352,00
Cassino	Reing. network aziendali: cablaggio LAN e Wi-fi	Cablaggio/Lavori	222.947,00
Frosinone	Licenze d'uso e altre licenze software e hardware da acquistare per le tecnologie della categoria POSTAZIONI	Licenze software e hardware da acquistare per le tecnologie della categoria POSTAZIONI	249.891,00
Cassino	Licenze d'uso e altre licenze software e hardware da acquistare per le tecnologie della categoria POSTAZIONI	Licenze software e hardware da acquistare per le tecnologie della categoria POSTAZIONI	211.551,00
Frosinone	Sviluppo di APP mobile e servizi on line per la fruizione di servizi ed informazioni al cittadino	Sviluppo app	211.519,62
Cassino	Sviluppo di APP mobile e servizi on line per la fruizione di servizi ed informazioni al cittadino	Sviluppo app	249.047,58
Frosinone	Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di Interfacce applicative, sistemi di Message Broker e sistemi di Orchestrazione	Servizi di sviluppo dell'interoperabilità	211.519,62
Cassino	Servizi di sviluppo dell'interoperabilità dei dati sanitari e sviluppo di Interfacce applicative, sistemi di Message Broker e sistemi di Orchestrazione	Servizi di sviluppo dell'interoperabilità	249.047,58
			<b>3.553.513,40</b>

## SEZIONE 4.b – ANTICORRUZIONE

**Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza completo è consultabile sul sito istituzionale [www.asl.fr.it](http://www.asl.fr.it) in Amministrazione Trasparente Sezione “Altri Contenuti” sottosezione “Prevenzione della corruzione”.**

L’obiettivo del PIAO è assicurare la qualità e la trasparenza dell’attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini nonché 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.

## SEZIONE 4.b.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 2022**

<https://www.tuttitalia.it/lazio/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2022/>

### **Piramide delle età delle province laziali**

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-frosinone/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile2022/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-latina/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2022/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-rieti/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2022/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-roma/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile-2022/>

<https://www.tuttitalia.it/lazio/provincia-di-viterbo/statistiche/popolazione-eta-sesso-stato-civile2022/>

### **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#](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](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#](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](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](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>

#### **La povertà educativa nel Lazio: l'abbandono scolastico**

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

#### **Qualità della vita indice 2022**

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

### **Criminalità**

**Livello di Criminalità Per i dati aggiornati al 31 dicembre 2020, consultare l'allegato Rapporto Mafie Lazio.** [http://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_main/tbl\\_documenti/archivio\\_oratori/V\\_rapporto\\_mafienellazi-o-1.2.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/archivio_oratori/V_rapporto_mafienellazi-o-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 inconferibilità 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).

## SEZIONE 4.b.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. E' 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

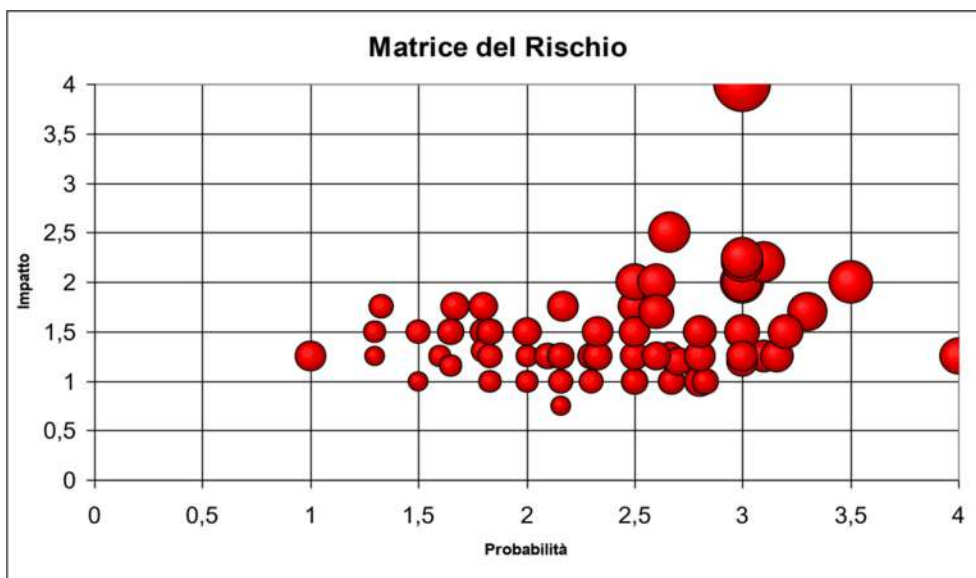
regolamenti o procedure interne già attive ed efficaci nel prevenire tali episodi, la valutazione del rischio specifico. Nella valutazione del rischio specifico, effettuata con le stesse modalità precedentemente descritte, sono state considerate l'esistenza di sentenze per reati contro la P.A. o segnalazioni 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 <sup>1*</sup>
Patrimonio Tecnico Immobiliare	1 Struttura Complessa	10 Processi*
Distretti	2 Strutture Complesse	11 processi
Dipartimento Misto dei Servizi	2 Strutture Complesse	5 Processi
Affari Legali	1 Struttura Complessa	1 processo

<sup>1\*</sup>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 sopraggiunto 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

## SEZIONE 4.b.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 rischio 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 temperare 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 espliciti 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 contenente 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 regola 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 ne curerà 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, buona fede, 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 (Pantouflage –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 sottoscrittore 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'Allegato1del PNA, l'art.1, comma51, 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 di casi concreti finalizzata a fornire indicazioni specifiche soprattutto per i casi "dubbi". La modalità di formazione privilegerà la tecnica del "focus group" 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 Corruttivo**

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.Lgs 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 ope legis 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 affinché 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 favorevoli 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.

#### SEZIONE 4.b.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

<b>UOSD ACCREDITAMENTO</b>		
<b>Attività /Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
Verifiche per accreditamento definitivo strutture sanitarie	Alto	Composizione di due equipe composte dal personale accreditamento ed ipartimento prevenzione nonchédasingoliEspertiselezionati tra personale ospedaliero. Riunioni settimanali
Attività di controllo esterno strutture 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

<b>UOS RECUP AZIENDALE</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
Liste di Attesa	Alto	<p>Nel Piano Attuativo Aziendale (trasmesso alla Regione Lazio il 23.12.2019Prot.n.115579) sono state recepite le Prestazioni individuate come critiche dalla Regione Lazio (DCA 302/2019 e definiti gli Ambiti Territoriali di Garanzia.</p> <p>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 DCA437/2013 e s.m.i. fino al nuovo “Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa2019-2021; per gli accessi successivi controlli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ritorni</li> <li>- follow-up-PDTA e Percorsi interni, sono state create agende apposite.</li> </ul> <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 relativi TdA.</p> <p>Tale “strumento” verrà inviato alle Direzioni territoriali per le opportune analisi e conseguenti tempestive azioni di miglioramento dei TdA.</p>



<b>UOC AFFARI GENERALI</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>- adozione di procedure condivise tra i diversi attori</li> <li>- individuazione di subresponsabilità di processo e di relativo monitoraggio</li> <li>- audit con la struttura Regionale centralizzata</li> <li>- aggiornamento/modifiche procedure</li> </ul>
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

<b>UOC FARMACIA</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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
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, effettuato da un gruppo di lavoro misto (C.A.P.I.)

**UOS SVILUPPO RISORSE UMANE**

<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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° U00440del 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. 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>

<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
Controllo strutture sanitarie	Alto	<p>Composizione di 3 sotto commissioni di verifica composte dal personale del dipartimento di prevenzione e da singoli esperti selezionati tra personale ospedaliero.</p> <p>Rispetto delle procedure diversificate 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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rispetto della tempistica</li> <li>2. Inoltro finale tramite il Responsabile UOS o il Direttore UOC</li> <li>3. Rotazione dei territori tra gli operatori a cadenza annuale</li> <li>4. Attività da svolgersi in coppia</li> <li>5. Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi</li> <li>6. Divieto di operare nello stesso ambito territoriale nel quale si ricoprono cariche elettive</li> </ol>
Attività di vigilanza	Alto	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Attività su programma, tranne urgenze</li> <li>8. Rotazione dei territori tra gli operatori a cadenza annuale</li> <li>9. Attività da svolgersi in coppia</li> <li>10. Acquisizione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi</li> <li>11. Divieto di operare nello stesso ambito territoriale nel quale si ricoprono cariche elettive</li> <li>12. 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</li> </ol>
Espressione di giudizi di idoneità lavorativa (Ricorsi art.5 Leggen.300/70, ricorsi art.41D.Lgs.N.81/08)	Alto	Esame in commissione di 3 membri presieduta dal Direttore della UOC PreSAL o suo delegato

<b>UOC PATRIMONIO E SICUREZZA</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
Affidamento a operatori economici con procedure negoziate per l'esecuzione di lavori pubblici di importo inferiore a un milione di euro	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente. Indizione gara tranne urgenze. Costituzione albo operatori economici (Deliberazione n888 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. Verrà realizzato un foglio elettronico consultabile online corrispondente ad un quadro sinottico che permetta di avere una visione sintetica e 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.
Predisposizione capitolati tecnici per l'acquisizione delle attrezzature sanitarie	Alto	Verifiche sul rispetto normativa vigente. Verifica sulla assenza di elementi troppo specifici, tali da individuare un unico operatore economico.
Affidamento a professionisti esterni di servizi attinenti all'architettura ed all'ingegneria di importo inferiore ad euro 100.000.	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente. Indizione gara tranne urgenze. Costituzione albo professionisti suddiviso per settori di attività; possesso titoli professionali, correlazione dell'esperienza pregressa del professionista all'attività progettuale da affidare; comparazione dei requisiti posseduti da tutti i concorrenti; rotazione nella scelta dei nominativi inseriti nell'albo; divieto di cumulo di incarichi
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	Controlli sul rispetto normativa vigente. Predisposizione atti per l'approvazione da parte degli organi competenti esterni (es: Regione Lazio)
Nomina commissione di gara per lavori di importo inferiore a 40.000euro, IVA esclusa	Alto	Accertamento dell'incompatibilità e conflitto di interessi dei componenti della commissione rispetto ai candidati, attraverso un'autodichiarazione, inserita nel verbale della prima seduta.
Proposta di variante in corso d'opera	Alto	Controlli sul rispetto normativa vigente. Predisposizione degli atti e approvazione da parte degli organi competenti esterni (Regione Lazio)

<b>UOC PATRIMONIO E SICUREZZA</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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 determine 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 Ditte alle gare indette con ammissione/esclusione per mancanza dei requisiti delle Ditte	Alto	Vengono effettuati i controlli prescritti dal D.Lgs n. 50/2016. I provvedimenti di ammissione e di esclusione dei concorrenti dal 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 postaggiudicazione 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

<b>UOC PATRIMONIO E SICUREZZA</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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 a 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 prima seduta, 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 capitolati.
Attività di direzione esecutiva dei 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

<b>UOC SVILUPPO E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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	

<b>UOC SVILUPPO E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del Rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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 CCNLL	Medio	
Verifica monte ore organizzazioni sindacali	Basso	Monitoraggio rispetto al contingente assegnato a ciascuna O.S.



<b>UOC SVILUPPO E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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..)	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

<b>UOC SVILUPPO E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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-procedimentali	Basso	

<b>UOC SVILUPPO E VALORIZZAZIONE RISORSE UMANE</b>		
<b>Attività/Processo</b>	<b>Valutazione del rischio</b>	<b>Controlli/Misure</b>
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	

**U.O.C. Provveditorato ed Economato ASL Frosinone**

Attività/Processo	Eventi Rischiosi	Valutazione del Rischio	Misura di Contenimento
Programmazione e Progettazione	Definizione di fabbisogni non rispondenti a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari	M	Acquisti stimati in base al criterio quantitativo storico temperato da una verifica con i direttori sulla attuale necessità dei reparti richiedenti
	Predisporre definizioni delle specifiche tecniche troppo restrittive dei prodotti/servizi	M	Utilizzo di procedure di consultazione di mercato supportate da pareri tecnici specifici.
Nomina del R.U.P. e dei Componenti del Gruppo tecnico	Nomina di RUP e Componenti il Gruppo Tecnico in rapporto di conflitto di interessi con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	A	Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (RUP e Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse e cause di incompatibilità in relazione allo specifico oggetto della gara
Individuazione dello Strumento/Istituto di affidamento	Elusione regole affidamento appalti con improprio utilizzo di sistemi di affidamento o tipologie contrattuali per favorire un operatore. Abuso disposizioni in materia di determinazione del valore stimato contratto al fine di eludere disposizioni su procedure.	A	Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni CONSIP o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico. Verifica dalla Motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale
Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione  Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	A	Obbligo di dettagliare nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità. Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici. Previsione in tutti i bandi, avvisi e lettere invito o nei contratti adottati, di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze nelle clausole contenute nel Patto d'Integrità
	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	A	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83
	Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara del capitolato tecnico	M	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse
Definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio.	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e in particolare dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa. (asimmetrie informative)	M	Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti con indicazione di criteri e punteggi nella lex specialis di gara.

Attività/Processo	Eventi Rischiosi	Valutazione del Rischio	Misura di Contenimento
<p>Pubblicazione del Bando e gestione delle informazioni complementari.</p> <p>Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte</p>	<p>Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara come l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante, o elusione dei tempi di pubblicazione</p> <p>azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara come l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante, o elusione dei tempi di pubblicazione</p>	M	Utilizzo della Piattaforma Telematica per le procedure di gara. La motivazione della proroga deve essere esplicitata nel relativo provvedimento di adozione .
Nomina Commissione Giudicatrice	Mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione (ad esempio, la formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte o la nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne o l'omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità	A	Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di astensione art 84 Codice appalti e art 51 CPC, (conflitto di interesse). Sottoscrizione da parte dei componenti la Commissione giudicatrice di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse in relazione alla specifica procedura di gara con riferimento a tutte le ditte partecipanti
<p>Gestione delle sedute di gara</p> <p>Verifica dei requisiti di partecipazione</p>	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito	A	<p>Puntuale verbalizzazione di ogni seduta</p> <p>Check list di controllo dei documenti previsti dal bando di gara</p>
Valutazione delle offerte	Assenza di criteri sufficienti a rendere trasparente l'iter seguito nell'attribuzione dei punteggi nonché nella valutazione dell'offerta (accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza)	MA	Composizione Commissione con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale
Verifica di anomalia delle offerte	Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	M	Supporto degli uffici della stazione appaltante al Responsabile del procedimento e Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia
Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	A	Preferenza per la procedura informatizzata e centralizzata per l'acquisizione dei documenti, tracciabilità della richiesta archivio informatizzato dei documenti sui quali è stato effettuato il controllo.

<b>Attività/Processo</b>	<b>Eventi Rischiosi</b>	<b>Valutazione del Rischio</b>	<b>Misura di Contenimento</b>
Individuazione Direttore Esecutivo del Contratto (DEC)	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza	A	Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di conflitto di interessi in relazione all'oggetto del contratto
Formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e la stipula del contratto	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	M	Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice Appalti
Ammissione delle Varianti ed estensioni di gara	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara)	A	Rispetto delle prescrizioni del codice Appalti relative alla redazioni di varianti ed alle estensioni di gara
Effettuazione di Pagamenti in corso di esecuzione	Pagamenti indebiti	MA	Revisione delle rendicontazioni e della documentazione a supporto delle prestazioni eseguite

## SEZIONE 4.b.5 – Cronoprogramma delle attività di Prevenzione della Corruzione

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 (riskassessment); 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 verificare l'effettiva attuazione delle misure di prevenzione della corruzione inserite all'interno del PTPCT;

- monitorare l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione attraverso 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 2023-2025 secondo la seguente programmazione operativa:
  - nomina referente anticorruzione di Unità Operativa,
  - individuazione di ulteriori misure di prevenzione della corruzione tramite relazione annuale delle conseguenti azioni da porre in essere da inviare al RPCT,
  - trasmissione al RPCT relazione semestrale di monitoraggio effettuare sugli adempimenti anticorruzione da svolgere,
  - monitoraggio sugli adempimenti degli obblighi di pubblicazione dei dati previsti dalle UO individuate in Amministrazione Trasparente.



### **Anno 2023 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
- 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/adequamenti necessari. Verifica esiti di misurazione della Performance (n. 2 eventi)

### **Anno 2024 Obiettivi**

- Verifica degli esiti dell'attività di mappatura svolta dell'anno 2023; realizzazione del registro delle misure di prevenzione della Asl di Frosinone; verifica degli esiti dell'attività di mappatura svolta dell'anno 2023 e degli aggiornamenti/adequamenti 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 2025 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

## SEZIONE 4.c – 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 eguaglianza, 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'acquisito 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 PTPCT, 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 contraddittorio, 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 entro15giorni 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 5 – PERFORMANCE ORGANIZZATIVA E INDIVIDUALE

### Sezione 5.1 - 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.

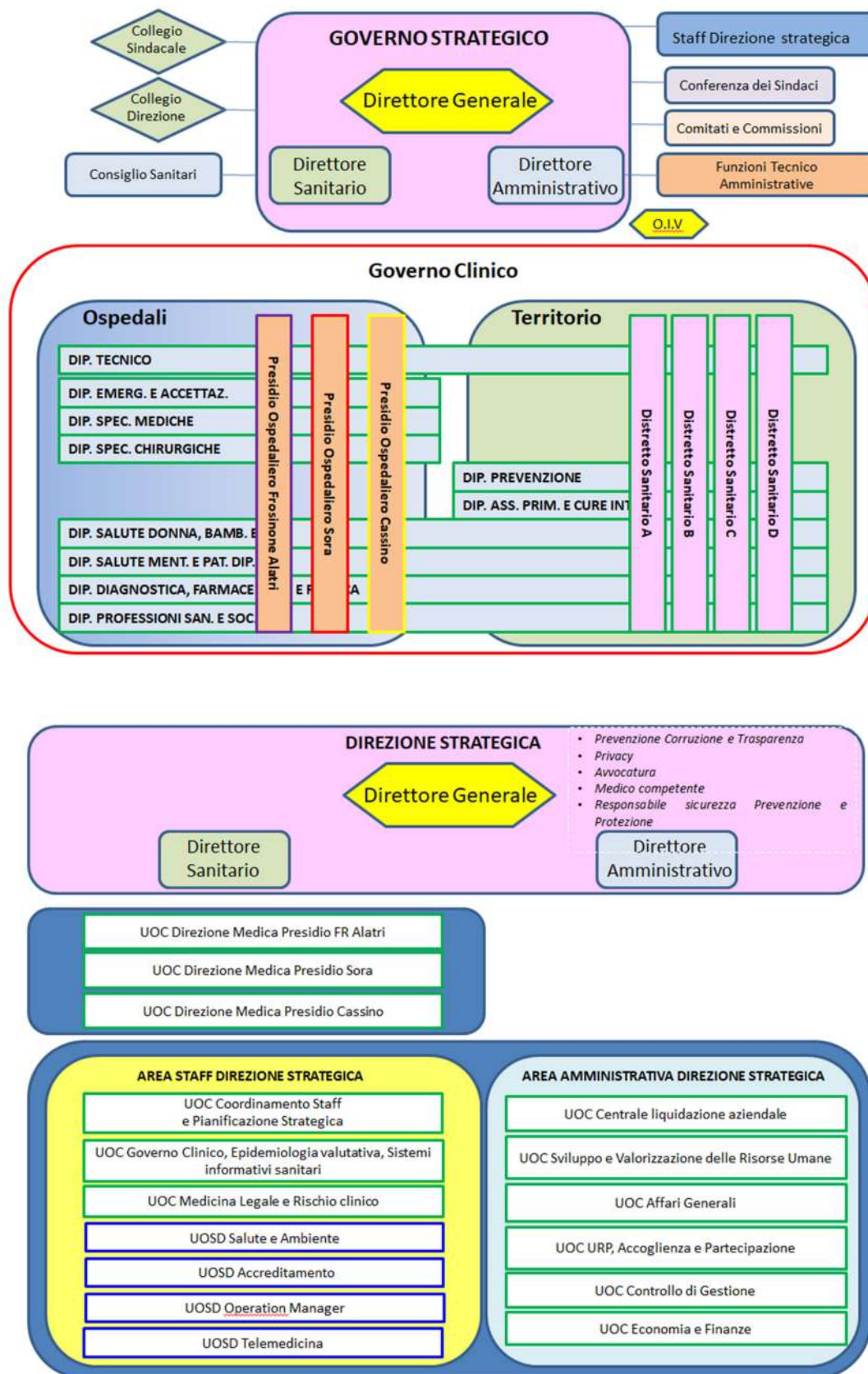
Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione quale Organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione dell'attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero 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.



## Organigramma



## **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 sovrintende al regolare svolgimento delle rispettive funzioni determinandone le regole, le condizioni ed affidando ai Direttori del Distretto e del Presidio Ospedaliero competenza e poteri.

Pertanto possono essere individuate specifiche responsabilità, 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.

## 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 sistema degli incarichi previsto dal CCNL Sanità 2019-2021 comparto, è costituito da alcune tipologie di incarico, dalla loro graduazione e dalle procedure di assegnazione, caratterizzate da trasparenza, oggettività e imparzialità. L'incarico prevede una maggiore responsabilità e un maggior impegno richiesti al dipendente, una valorizzazione del merito ed è funzionale all'efficacia dell'organizzazione nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Vengono istituiti i seguenti incarichi:

- Incarico di posizione, solamente per il personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione
- Incarico di funzione organizzativa, solamente per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari
- Incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, degli assistenti e nell'area degli operatori

Al personale neoassunto e al personale già in servizio non destinatario di un incarico di media o elevata complessità, è automaticamente riconosciuto un incarico di complessità base.

L'Azienda in relazione alle esigenze di servizio, sulla base dei propri ordinamenti e delle leggi regionali di organizzazione e delle scelte di programmazione sanitaria e sociosanitaria, istituisce gli incarichi di funzione organizzativa e professionale di complessità media ed elevata, formula in maniera preventiva i criteri per la graduazione degli incarichi ed individua l'importo della relativa indennità tenendo conto di eventuali linee di indirizzo regionali.

## 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 Gruppo 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.

## Sezione 5.2 – Performance organizzativa

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

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

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

La strategia dell’Azienda è orientata a:

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

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

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



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

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

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

Il presente documento dell'ASL di Frosinone per gli anni 2023-2025, 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 vigente;
- gli obiettivi aziendali assegnati annualmente al Direttore Generale;
- il Bilancio Economico di Previsione anno 2023 (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, anni 2023-2025 (in fase di aggiornamento)

## Sezione 5.2.1 - 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.

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.

Il presente piano mira alla sicurezza delle cure che, 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 sistemico 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 clinico (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.

## Sezione 5.2.2 – 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 Strategica 1**  
 Garantire i LEA, assicurando universalità, equità di accesso in un'ottica di miglioramento della qualità, dell'appropriatezza e sicurezza delle

**Area Obiettivi operativi/organizzativi liv 1**  
 Macro Obiettivo Specifico  
 valenza triennale  
 Governo Clinico

**Area Obiettivi operativi/organizzativi liv 2**  
 Qualità, Appropriatezza ed efficacia delle cure

**Area Obiettivi operativi/organizzativi liv 3**  
 Qualità ed esiti delle cure - Adesione agli standard PNE/Prevale  
 Volumi e Riqualificazione Offerta Assistenziale  
 Appropriatezza delle cure

Appropriatezza qualità esiti Adesione agli standard del PNE/PREVALE				
Obiettivo operativo	Target	Target	Target	
	Anno 2022	Anno 2023	Anno 2024	
Migliorare l'esito e la qualità delle cure attraverso l'adesione al Prevale/PNE	80%	90%	95%	Colecistectomia laparoscopica: 2 ricoveri con degenza post-operatoria < 3 giorni

**Area obiettivi individuali**  
 Valorizzazione degli apporti e comportamenti

### Area obiettivi operativi organizzativi

I livello	II livello
<p><b>A</b>            Macro Obiettivo Generale            a valenza triennale</p> <p><b>GOVERNO CLINICO</b></p>	<p>A.1 Qualità, appropriatezza ed            efficacia delle cure</p> <p>A.2 Efficienza dei processi            organizzativi</p> <p>A.3 Governo dell'accesso e della            domanda</p> <p>A.4 Sicurezza delle cure erogate</p>
<p><b>B</b>            Macro Obiettivo Generale            a valenza triennale</p> <p><b>GOVERNO DEL TERRITORIO</b></p>	<p>B.1 Prevenzione</p> <p>B.2 Cure primarie - Servizi territoriali            - Integrazione socio-sanitaria</p> <p>B.3 Sanità penitenziaria</p>
<p><b>C</b>            Macro Obiettivo Generale            a valenza triennale</p> <p><b>GOVERNO DELLA SPESA E            EFFICIENTAMENTO DELLA            GESTIONE</b></p>	<p>C.1 Economico gestionale</p> <p>C.2 Governo della spesa</p>
<p><b>D</b>            Macro Obiettivo Generale            a valenza triennale</p> <p><b>GOVERNO DEL PATRIMONIO,            DELL'INNOVAZIONE, DEL            POTENZIAMENTO DELLE            TECNOLOGIE, DEGLI            INVESTIMENTI E DEGLI            ACQUISTI</b></p>	<p>D.1 Sistemi informativi e informatici</p> <p>D.2 Sicurezza informatica</p> <p>D.3 Patrimonio tecnologico e            immobiliare</p> <p>D.4 Governo degli acquisti e degli            investimenti</p> <p>D.5 Digitalizzazione</p>
<p><b>E</b>            Macro Obiettivo Generale            a valenza triennale</p> <p><b>RAPPORTI CON STAKEHOLDER            E UTENZA</b></p>	<p>E.1 Formazione</p> <p>E.2 Anticorruzione, trasparenza e            privacy - codice di comportamento</p> <p>E.3 Empowerment</p> <p>E.4 Benessere organizzativo</p>



## 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

➤ **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 offra prestazioni sanitarie rispondenti alle esigenze della collettività mediante la creazione di una rete di comunicazione tra utenti e strutture;
- rapporti con gli erogatori pubblici e privati: sicurezza delle cure, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza, implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL, autorizzazione e accreditamento;
- politiche aziendali per assicurare la sicurezza: vigilare sulla sicurezza dei luoghi e sulle condizioni in cui gli addetti sanitari operano ed in cui sono accolti i pazienti ed i loro familiari, in conformità al D.Lgs. n. 81/08 e s.m.;
- 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.

❖ **Prevenzione - Screening oncologici e vaccini**

Sono state individuate le seguenti priorità:

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

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

Sono state individuate le seguenti attività:

- garantire la tutela della salute dei luoghi di lavoro attraverso le attività di controllo condotte dai servizi del Dipartimento di prevenzione;
- 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.

❖ **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.

A tal proposito, la ASL di Frosinone sta realizzando un piano per la riduzione dei tempi d'attesa che include una pluralità di azioni: alcune volte ad aumentare l'offerta di prestazioni specialistiche (obiettivo operativo volumi e riqualificazione dell'offerta assistenziale), altre intervengono invece sulla domanda cercando anche di raccorderla con l'offerta (obiettivo operativo Governo dell'accesso e della domanda), altre ancora 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). Sono state attenzionate le seguenti attività:

- 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.

#### ❖ **Governo Clinico**

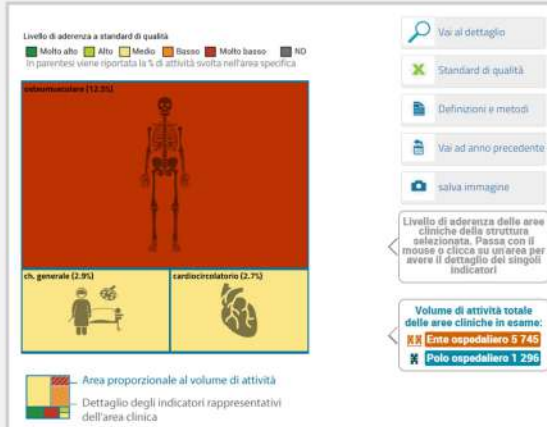
L'azienda imposta le scelte strategiche e le conseguenti azioni operative ponendosi totalmente in linea con il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), quale strumento che consente di garantire, secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano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

L'azienda tiene in considerazione il programma nazionale esiti (PNE) quale 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 e da questo trae indicazioni sulle principali azioni da mettere in atto nel triennio 2023-2025.

Alla luce del treemap (quale rappresentazione grafica sintetica basata su indicatori relativi alle diverse aree cliniche valutate, cui è attribuito un peso proporzionale allo loro rilevanza e validità all'interno di ogni specifica area clinica) di ogni struttura, è stato possibile individuare le aree a maggiore necessità di intervento, secondo l'elenco degli indicatori di seguito elencati.

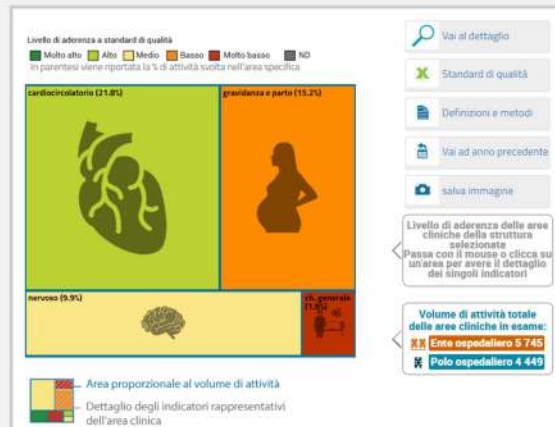
Ospedale San Benedetto - Alatri (FR), Lazio

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



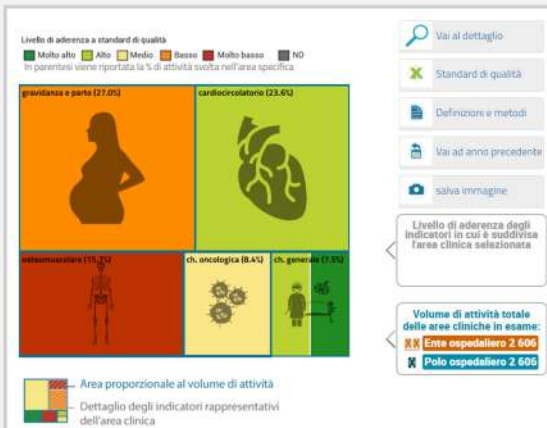
Ospedale F. Spaziani - Frosinone (FR), Lazio

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



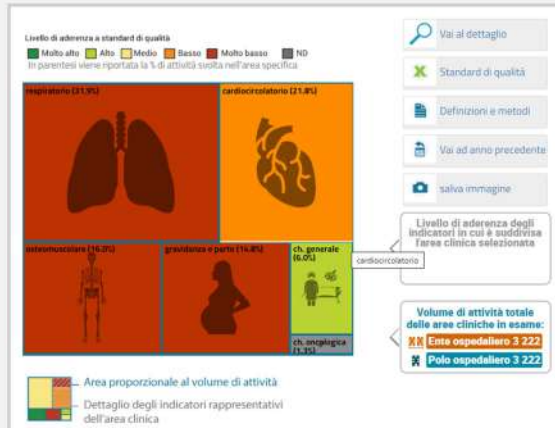
Ospedale Civile S.S. Trinita 'N. Sede - Sora (FR), Lazio

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



Ospedale S. Scolastica - Cassino (FR), Lazio

Treemap: Aree cliniche proporzionali ai volumi di attività della STRUTTURA



Elenco indicatori e soglie di bassa aderenza a standard di qualità

AREE CLINICHE	INDICATORI	SOGLIE
CARDIOCIRCOLATORIO	Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 gg (con le nuove variabili cliniche)	>14%
	Infarto miocardico acuto: % trattati con PTCA entro 90' dall'ingresso in struttura di ricovero/service	<20%
	Scopenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	>18%
	Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 gg (con le nuove variabili cliniche)	>4%
	Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 gg	>4%
	Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 gg	>3%
NERVOSO	Ictus ischemico: mortalità a 30 gg	>16%
	Intervento chirurgico per tumore cerebrale: mortalità a 30 gg dall'intervento di craniotomia	>5%
RESPIRATORIO	BPCO riacutizzata: mortalità a 30 gg	>16%
CHIRURGIA GENERALE	Colecistectomia laparoscopica: % ricoveri con degenza post-operatoria < 3 gg	<50%
	Colecistectomia laparoscopica: % interventi in reparti con volume di attività > 90 casi	<30%
CHIRURGIA ONCOLOGICA	Intervento chirurgico per tumore maligno (TM) mammella: % interventi in reparti con volume di attività > 135 casi	<30%
	Proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 gg da un intervento chirurgico conservativo per TM mammella	>18%
	Intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 gg	>3%
	Intervento chirurgico per TM stomaco: mortalità a 30 gg	>10%
	Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 gg	>8%
GRAVIDANZA E PARTO	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	>35%
	Proporzione di parti vaginali in donne con pregresso parto cesareo	≤5%
OSTEOMUSCOLARE	Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 h	<30%
	Frattura di tibia e/o perone: tempi di attesa per intervento chirurgico	≥8 gg

- **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 diminuita autonomia personale;
    - la popolazione con disabilità temporanea e/o permanente, che necessita di piani di riabilitazione e di assistenza che tendano a migliorare costantemente il funzionamento globale della persona nel suo sistema di vita;
    - la popolazione con problemi di dipendenza, con una domanda di salute in continua evoluzione, in relazione alle nuove e più invadenti forme di addiction che coinvolgono interi strati di popolazione anche giovanile, con conseguenze di danni individuali e sociali altamente sottovalutati;
    - la popolazione detenuta, con una domanda di salute aspecifica ma particolarmente delicata in relazione alla necessità di salvaguardare il diritto alla salute, sancito dalla costituzione, ai soggetti reclusi.
  - ❖ **Riorganizzare le cure primarie** coinvolgendo nel processo di cura e presa in carico sia i Medici di Medicina Generale che i Pediatri di Libera Scelta, assicurando continuità tra le rispettive

attività e quelle degli specialisti convenzionati e ospedalieri coinvolti nel percorso diagnostico e terapeutico.

- ❖ **Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali:** rete emergenza, rete ospedaliera, medicina di laboratorio di base e reti specialistiche, rete Terapia del Dolore, servizi Trasfusionali, rete Malattie Rare.
- ❖ **Promuovere l'integrazione di servizi sanitari e sociali e di continuità** delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti.
- ❖ **Promuovere la multidisciplinarietà nell'organizzazione dei servizi assistenziali**, privilegiando "modelli di rete" in grado di assicurare la presa in carico.
- ❖ **Ricondurre l'ospedale per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale** prevalentemente indirizzata all'emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità.
- ❖ **Potenziamento Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio –Sanitaria**

Il perno della nuova assistenza territoriale che verrà ridisegnata nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza è il distretto sanitario 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 già a partire dal 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, come illustrato nella sezione 3

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

- ❖ **Approvvigionamento Beni e Servizi:** estensione della copertura degli acquisti centralizzati, pianificazione degli acquisti e analisi degli effettivi fabbisogni, monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso.
- ❖ **Realizzare iniziative per la promozione dell'appropriatezza** dell'uso del farmaco e dei dispositivi medici: razionalizzazione della spesa farmaceutica, monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi, appropriatezza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV, razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici.
- ❖ **Migliorare i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica** sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva.
- ❖ **Rafforzare il governo regionale dell'acquisizione di beni e servizi** con un'attenta stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature, anche secondo la metodologia del HTA, e all'attuazione dei programmi di ammodernamento delle grandi e piccole apparecchiature per tecnologie biomediche destinate ai Presidi ospedalieri e territoriali.
- ❖ **Configurare il percorso dell'accreditamento**, anche nelle strutture pubbliche, come strumento per il raggiungimento di qualità.
- ❖ **Rafforzare i sistemi informativi** come strumenti per la programmazione sanitaria.
- ❖ **Miglioramento della qualità dei dati contabili e del sistema dei controlli interni:** Sistema informativo amministrativo-contabile unico del SSR, Percorso Attuativo della Certificabilità

(PAC) dei Bilanci delle Aziende del SSR, sistema regionale di contabilità analitica, riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori.

Ai fini dell'efficientamento della gestione, sono state previste le seguenti attività:

- 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.

❖ **Politiche del personale. Valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane:** programmazione triennale del fabbisogno di personale, prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali, riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze.

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

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

❖ **Patrimonio immobiliare e tecnologico:** ricognizione degli investimenti in conto capitale assegnati, avvio della terza fase dell'art. 20 della L.67/88, manutenzione straordinaria, stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature.

- ❖ **Sistemi Informativi e informatici:** completamento dell'integrazione dei Sistemi Informativi Sanitari e Informatici.

- ❖ **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 sistemica per generare valore nel medio-lungo periodo. La strategia digitale infatti, non si realizza una-tantum ma in modo iterativo e incrementale e questo rende ancora più importante un approccio strutturato. In particolare la chiave per attuare una trasformazione digitale sistemica è quella di utilizzare in modo sinergico la leva tecnologica, quella gestionale e quella delle persone, ampliando il principio del COME rispetto al COSA fare con la trasformazione digitale.

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

Si è partiti dalla valutazione della maturità attuale del portafoglio applicativo e tecnologico, sono stati identificati gli elementi di miglioramento e conseguentemente è stata elaborata una vera e propria strategia di evoluzione sul digitale e la sua implementazione.

In termini più specifici, sono state identificate le aree prioritarie di intervento e di innovazione, suddividendo l'Azienda in 5 macro-ambiti di innovazione:

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

L'Azienda inoltre intende procedere con:

- il potenziamento dei processi per la valutazione multidimensionale delle tecnologie sanitarie in ottica HTA;
- 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 la prescrizione dematerializzata

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

- ❖ **Garantire il benessere dell'individuo e della collettività:** incentivare l'integrazione tra tutti gli Enti ed Istituzioni che nel territorio realizzano azioni a favore della popolazione locale, inclusi gli Istituti preposti all'Istruzione e alla Formazione, gli Enti e gli Organismi preposti alle politiche del Lavoro, dell'Ambiente e le Università
- ❖ **Politiche aziendali per il governo delle risorse umane:** definizione annuale del Piano Formativo Aziendale per garantire la valorizzazione e lo sviluppo delle professionalità presenti, mediante la formazione innovativa, la riqualificazione e il costante aggiornamento sulle competenze sia specialistiche che manageriali per realizzare il processo di Miglioramento Continuo della Qualità
- ❖ **Partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini:** garantire il funzionamento delle seguenti articolazioni organizzative dell'azienda in un'ottica di governance condivisa, fondata sulla trasparenza e sulla completa accessibilità alle informazioni:
  - Ufficio per le Relazioni con il Pubblico;
  - Audit Civico;
  - Conferenza dei servizi;
  - Carta dei Servizi Sanitari.
- ❖ **Valorizzare gli aspetti di coinvolgimento del cittadino** promuovendo la partecipazione dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute
- ❖ **Rilevare la qualità percepita**, promuovendo la somministrazione verso gli utenti da parte di ogni UO (coordinata dalla "UOC Ufficio relazione con il pubblico, comunicazione, accoglienza, tutela e partecipazione") di questionari volti a misurare il livello di soddisfazione e a raccogliere eventuali proposte di miglioramento del servizio stesso.

### Sezione 5.3 – 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 appartenenza di ciascun dipendente, che aspetti riconducibili alle caratteristiche ed alla prestazione individuale di ogni professionista. I parametri in questione, gestiti come fattori moltiplicativi ai fini del calcolo degli incentivi individuali, saranno definiti con specifici tavoli tecnici.

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

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

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

Descrizione dello specifico criterio di valorizzazione	<i>Livelli di apporto individuale riferiti al criterio</i>				
	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:

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

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

- nei primi mesi dell'esercizio di riferimento ed in forma coordinata rispetto ai contenuti di programmazione della struttura operativa, ciascun direttore o responsabile di struttura titolare di budget predispone i modelli di scheda di valorizzazione idonei alla programmazione e controllo delle performance dei propri collaboratori;
- immediatamente a seguire, lo stesso valorizzatore illustra i contenuti della scheda (criteri e livelli) ai relativi collaboratori, condividendo con gli stessi una programmazione dei peculiari apporti individuali (valorizzazione preventiva);
- nel corso dell'anno il valorizzatore è tenuto ad un costante monitoraggio dei livelli di performance progressivamente apportati dai singoli professionisti, eventualmente segnalando evidenti difformità rispetto a quelli originariamente programmati;

- al termine dell'esercizio di riferimento, in base ai criteri e livelli individuati in sede di valorizzazione preventiva, il relativo responsabile procederà alla valorizzazione finale, ossia alla rilevazione dei livelli di performance effettivamente apportati da ciascun collaboratore;
- il valorizzatore presenta tali risultanze ai dipendenti in questione, i quali, ove ritengano opportuno, possono rilevare i 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 oggettività 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 condivida 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.

Il processo di gestione annuale delle performance individuali è in fase di informatizzazione, cioè attraverso il sistema Alfabox verranno gestite su piattaforma informatica tutte le schede di valorizzazione della performance individuale, con accesso in un primo stadio ai soli valorizzatori, e successivamente anche a tutti i valorizzati.



## Sezione 5.4 – 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 2023-2024

	2023												2024					
	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno
<b>Performance organizzativa 2022</b>																		
Monitoraggio delle relazioni pervenute ed eventuali solleciti																		
Prevalutazione formale sui contenuti pervenuti da parte dell'STP																		
Valutazione finale della Performance Organizzativa da parte dell'OIV																		
Relazione dei risultati conseguiti (Relazione annuale sulla Performance)																		
<b>Performance organizzativa 2023</b>																		
Individuazione degli obiettivi strategici aziendali																		
Negoziante degli obiettivi strategici aziendali																		
Monitoraggio ed eventuale rinegoziazione																		
Monitoraggio delle relazioni pervenute ed eventuali solleciti																		
Prevalutazione formale sui contenuti pervenuti da parte dell'STP																		
Valutazione finale della Performance Organizzativa da parte dell'OIV																		
Relazione dei risultati conseguiti (Relazione annuale sulla Performance)																		
<b>Performance individuale</b>																		
Monitoraggio trasmissione su alfabox delle schede finali 2022																		
Individuazione e inserimento su alfa box delle schede preventive 2023																		
Creazione account valorizzati e presa visione su alfabox delle schede preventive 2023																		
Valorizzazione e trasmissione su alfabox delle schede finali 2023																		

\*\* l'implementazione del sistema informatizzato della performance individuale ha comportato lo slittamento di alcune scadenze, come la trasmissione delle schede definitive 2022

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 adottate 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**

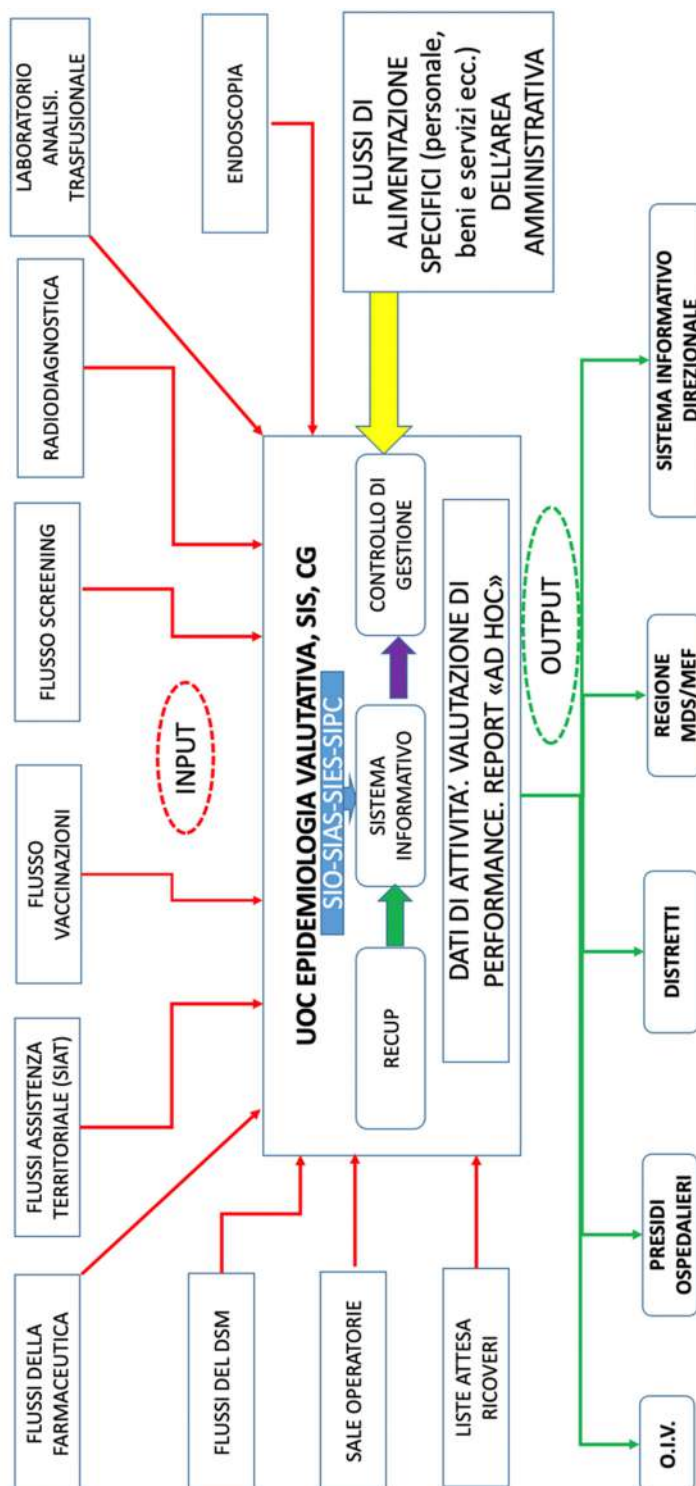
Sulla base delle performance organizzative verificate e con il supporto della STP, l'Azienda è chiamata a redigere entro il 30 giugno una Relazione annuale sulle performance organizzative effettivamente conseguite nell'esercizio appena conclusosi, quindi sul progressivo grado di conseguimento delle strategie 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.

## SEZIONE 5.b – MONITORAGGIO

### SEZIONE 5.b.1 – MONITORAGGIO PERFORMANCE OPERATIVA

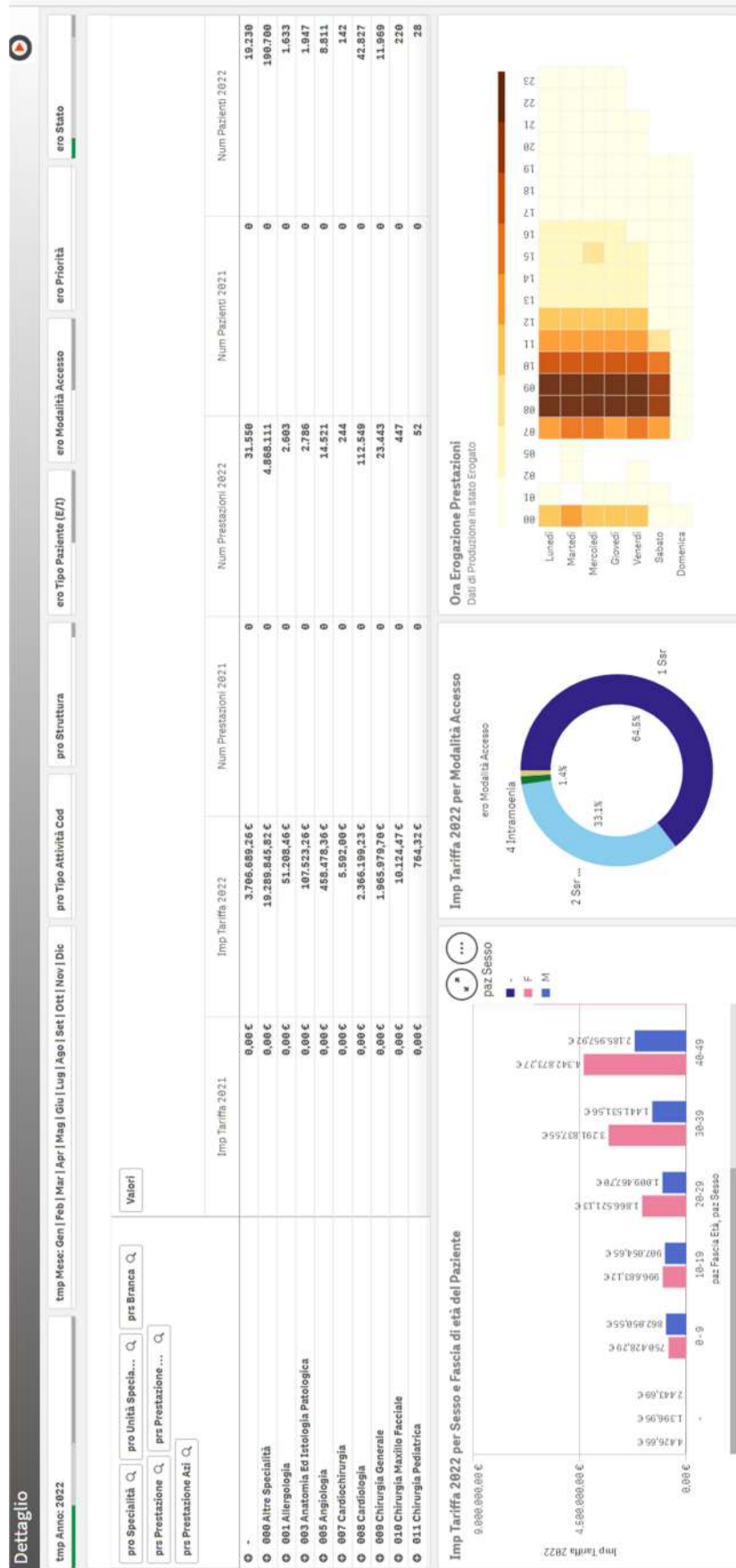
Il monitoraggio della performance viene effettuato tramite l'utilizzo di un Data Warehouse (in via di potenziamento), la cui logica di implementazione viene riassunta nello schema di seguito insieme ad esempi esplicativi applicati a diversi ambiti.



### Assistenza specialistica ambulatoriale



### Assistenza specialistica ambulatoriale





### Assistenza specialistica ambulatoriale - RESIDENTI

**Residenza**

tmp Anno: 2022

res Flag Residenti - INIS

tmp Mese: Gen | Feb | Mar | Apr | Mag | Lug | Ago | Set | Ott | Nov | Dic

ero Tipo Paziente (E/T)

ero Modalità Accesso

ero Priorità

ero Stato

pro Tipo Attività Cod

pro Struttura

res Regione Resi... Q

res Azienda Resi... Q

res Provincia Resi... Q

res Comune Resi... Q

Valori

**Provenienza vs Erogazione**

**Provenienza**

Valori

pro Regione Resi...	res Azienda Resi...	res Provincia Resi...	res Comune Resi...
120 Lazio	6.487.012	0	0
150 Campania	43.122	0	0
130 Abruzzo	16.128	0	0
140 Molise	3.669	0	0
830 Lombardia	2.732	0	0
180 Calabria	2.131	0	0
180201 Inrca	1.094	0	0
180205 A.S.P. Reggio Calabria	633	0	0
180202 A.S.P. Crotona	188	0	0
180204 A.S.P. Vibo Valentia	109	0	0
180203 A.S.P. Catanzaro	97	0	0

Num Prestazioni 2022

Num Prestazioni 2021

Var. %

Imp Tariffa 2022

**Prestazioni: Branca**

**Erogazione**

Valori

pro Regione	pro Azienda	pro Struttura
120 Lazio	6.265.669	0

Num Prestazioni 2022

Num Prestazioni 2021

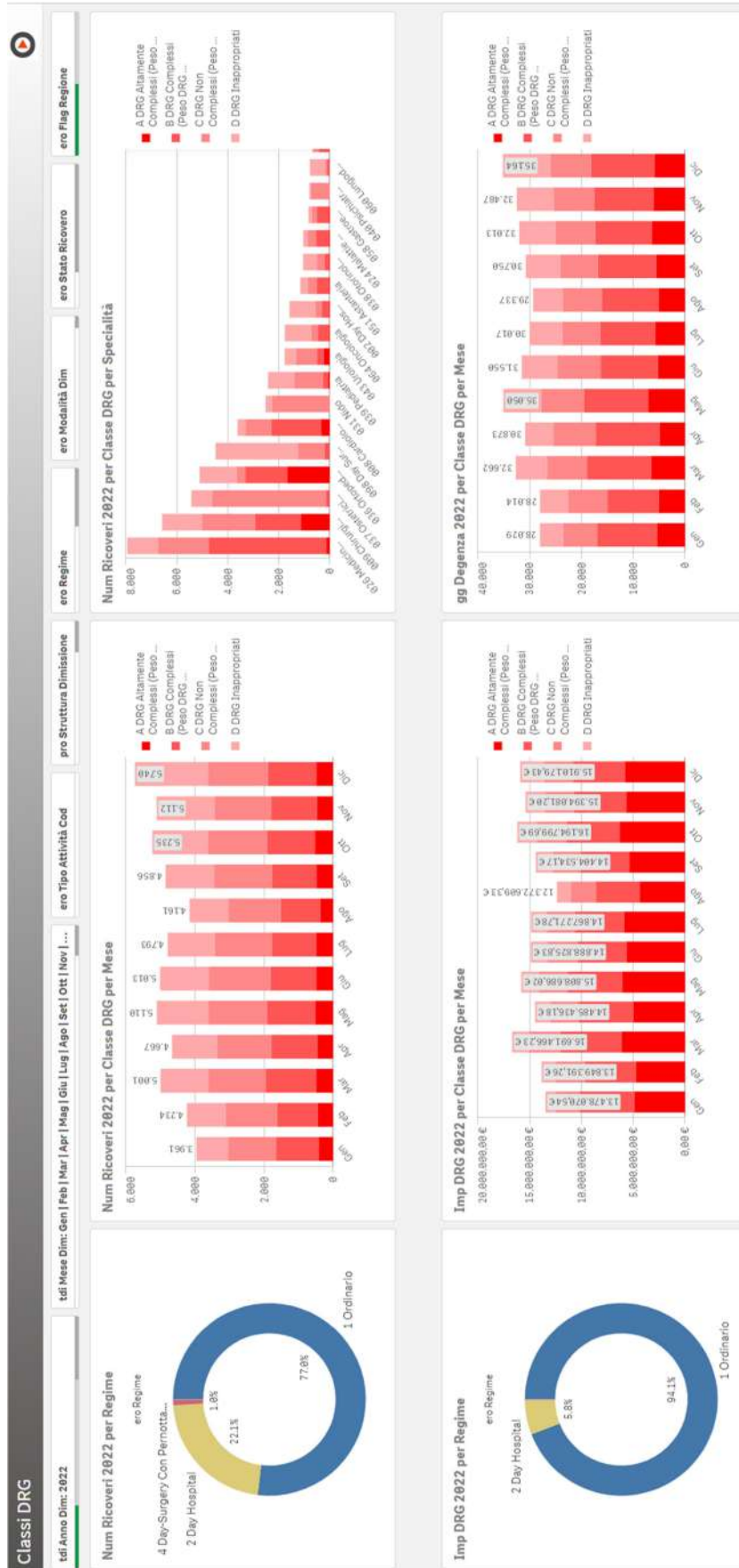
Var. %

Imp Tariffa 2022

**Assistenza OSPEDALIERA**



### Assistenza OSPEDALIERA



## Assistenza OSPEDALIERA – diagnosi e interventi

**Diagnosi - Report**

tdl Anno Dim: 2022 | tdl Mese Dim: Gen | Feb | Mar | Apr | Mag | Giu | Lug | Ago | Set | Ott | Nov | ... | ero Tipo Attività Cod | pro Struttura Dimissione | ero Regime | ero Modalità Dim | ero Stato Ricovero | ero Flag Regione

dia Gruppo Diag... | dia Macrocat... | dia Categoria Di... | dia Sottocategor... | dia Diagnosi | dia Lateraltà Dia... | dia Flag Malattia... | dia Flag Malattia...

Valori

	Num Ricoveri 2022	Num Ricoveri 2021	% sul Totale 2022	% sul Totale 2021	gg Degenza 2022	gg Degenza 2021	Degenza Media 2022	Degenza Media 2021	Num Accessi DH 2022	Num Accessi DH 2021	Num Accessi DH Medi 2022	Num Accessi DH Medi 2021	Num Diagnosi 2022	Num Diagnosi 2021
<b>Totale</b>	<b>57.883</b>	<b>53.853</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>375.546</b>	<b>360.426</b>	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>	<b>29.368</b>	<b>25.175</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>	<b>148.733</b>	<b>136.074</b>
0 -	2.174	597	5%	1%	28.908	7.974	13,3	13,4	3	10	1,5	1,7	2.328	627
0 -	2.174	597	5%	1%	28.908	7.974	13,3	13,4	3	10	1,5	1,7	2.328	627
0 -	427	175	1%	0%	3.743	1.568	8,8	9,0	0	10	1,0	1,7	535	264
0 - B43 Malattia Da Sars-Cov-2 (Covid-19)	1.793	423	4%	1%	25.725	6.411	14,3	15,2	3	0	1,5	-	1.793	423
01 Malattie Infettive E Parassitarie	1.909	2.907	5%	5%	25.971	46.334	13,1	13,6	102	529	1,8	2,2	1.159	3.113
02 Tumori	8.878	9.801	20%	20%	71.389	87.884	7,2	7,5	6.156	8.122	3,4	3,4	12.335	11.500
03 Malattie Endocrine, Nutrizionali, Metaboliche E Di	5.883	5.493	10%	10%	80.961	86.915	9,0	9,6	2.067	1.917	1,9	1,6	10.416	9.875
04 Malattie Del Sangue E Degli Organi Ematopoietici	4.060	3.288	5%	5%	47.715	41.500	11,8	12,6	2.110	1.596	4,9	5,3	4.245	3.455
05 Disturbi Psichici	3.892	3.287	5%	4%	30.891	25.129	10,3	10,5	1.124	1.032	1,9	2,3	3.486	2.771
06 Malattie Del Sistema Nervoso E Degli Organi Dei Se	3.788	3.312	7%	6%	38.132	25.353	8,9	7,7	2.721	2.433	2,1	2,1	4.118	3.702
07 Malattie Del Sistema Circolatorio	16.843	15.142	42%	41%	179.376	197.414	10,1	10,4	3.100	2.439	2,0	2,1	20.766	26.611
08 Malattie Dell'Apparato Respiratorio	8.851	9.449	22%	26%	100.837	116.577	11,3	12,3	1.827	1.273	2,4	2,2	12.552	13.592
09 Malattie Dell'Apparato Digerente	7.992	7.478	14%	15%	62.327	61.222	7,8	8,2	2.346	1.796	1,6	1,6	10.206	9.894
10 Malattie Del Sistema Genitourinario	7.674	6.488	14%	15%	63.535	53.935	8,3	8,3	2.902	2.154	1,9	1,7	9.297	7.891
11 Complicazioni Della Gravidanza Del Parto E Del Pus	4.241	4.182	3%	3%	13.993	13.992	3,2	3,3	1.237	1.421	2,0	2,5	6.189	6.929
12 Malattie Della Cute E Del Tessuto Sottocutaneo	1.863	958	2%	2%	9.266	8.859	8,7	9,2	599	619	1,9	2,3	1.116	1.019
13 Malattie Del Sistema Otorinolaringoiatrico E Del Tessuto	5.132	4.193	12%	10%	43.370	34.336	8,4	8,1	2.608	1.843	2,3	2,2	6.066	4.888
14 Malformazioni Congenite	1.755	1.611	3%	3%	16.591	9.349	6,9	5,8	957	856	1,4	1,4	1.889	1.725
15 Alcune Condizioni Morbose Di Origine Perinatale	1.895	1.127	2%	2%	8.472	7.935	7,7	8,8	46	59	1,2	1,2	1.734	1.061
16 Sintomi, Segni E Stati Morbosi (Ma Definiti)	5.391	4.813	11%	10%	45.840	42.497	6,7	6,8	899	905	1,9	1,8	5.895	5.413
17 Traumatismi E Avvelenamenti	5.383	4.823	15%	13%	54.984	41.886	10,0	9,1	1.227	874	2,5	2,3	7.451	6.391
18 Fattori Che Influenzano Lo Stato Di Salute E Ricor	14.718	13.113	21%	17%	81.132	76.308	6,2	6,8	10.233	9.847	3,0	3,1	17.471	15.218

**Interventi - Report**

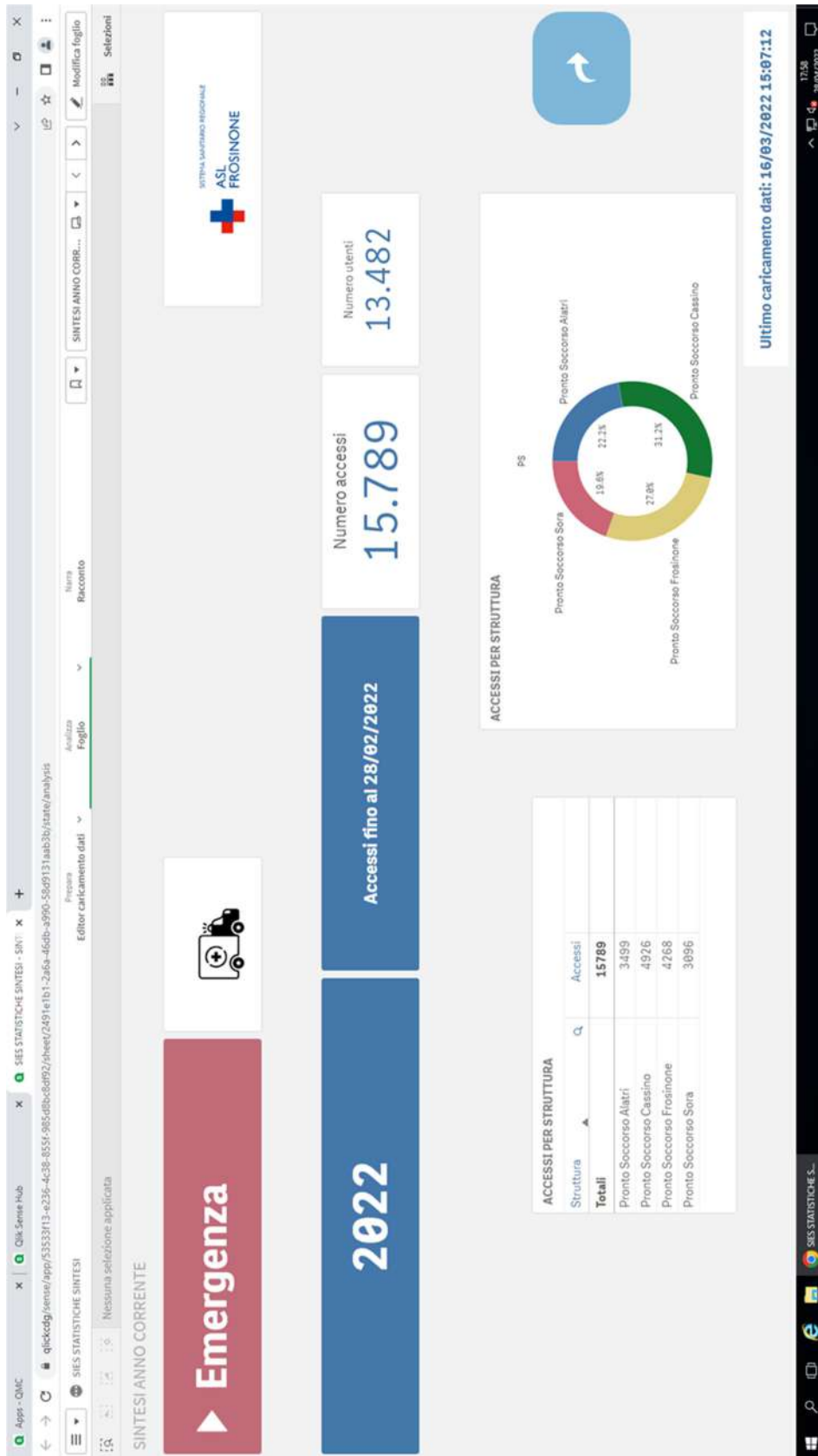
tdl Anno Dim: 2022 | tdl Mese Dim: Gen | Feb | Mar | Apr | Mag | Giu | Lug | Ago | Set | Ott | Nov | ... | ero Tipo Attività Cod | pro Struttura Dimissione | ero Regime | ero Modalità Dim | ero Stato Ricovero | ero Flag Regione

Int Categoria Int... | Int Sottocategor... | Int Apparato Int... | Int Tipo Intervent... | Int Intervento | Int Gruppo AHR... | Int Lateraltà Int...

Valori

	Num Ricoveri 2022	Num Ricoveri 2021	% sul Totale 2022	% sul Totale 2021	gg Degenza 2022	gg Degenza 2021	Degenza Media 2022	Degenza Media 2021	Num Accessi DH 2022	Num Accessi DH 2021	Num Accessi DH Medi 2022	Num Accessi DH Medi 2021	Num Interventi 2022	Num Interventi 2021
<b>Totale</b>	<b>57.883</b>	<b>53.853</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>375.546</b>	<b>360.426</b>	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>	<b>29.368</b>	<b>25.175</b>	<b>2,2</b>	<b>2,2</b>	<b>218.212</b>	<b>196.009</b>
0 -	624	956	0%	0%	2.639	2.594	4,2	4,7	147	69	1,7	1,3	0	0
0 -	388	337	1%	1%	2.679	1.833	5,4	5,4	373	307	1,7	1,8	309	354
00 Procedure Ed Interventi Non Classificati Altrove	1.397	1.279	5%	5%	9.945	9.489	7,3	7,4	36	4	4,5	0,9	1.914	1.845
01 Incisioni Ed Asportazioni Di Patologia Del Cranio, Del Cervello E Della Meningi Cerebrali	241	284	2%	2%	3.688	3.448	15,0	13,9	0	0	-	-	443	475
02 Altri Interventi Sul Cranio, Sul Cervello E Sulle Meningi Cerebrali	139	183	1%	1%	2.065	2.351	15,9	15,4	0	0	-	-	198	171
03 Interventi Sul Midollo Spinale E Sulle Strutture Del Canale Vertebrale	739	717	2%	2%	5.114	4.525	7,0	6,5	142	164	2,5	2,9	811	789
04 Interventi Sul Nervi Cranici E Periferici	133	148	0%	1%	510	603	3,8	4,3	125	62	2,1	1,5	139	151
05 Interventi Sul Nervi O Sul Gangli Simpatici	2	4	0%	0%	24	0	12,0	2,3	0	0	-	-	2	4
06 Interventi Sulla Tiroide E Sulle Paratiroidi	489	386	1%	1%	1.829	1.206	4,9	3,3	26	10	2,2	1,7	489	384
07 Interventi Su Altre Ghiandole Endocrine	44	47	0%	0%	310	303	7,0	8,1	0	0	-	-	44	48
08 Interventi Sulla Palpebra	64	59	0%	0%	138	102	2,2	1,7	69	53	1,5	1,4	66	74
09 Interventi Sul Apparato Lacrimale	26	24	0%	0%	75	56	2,7	2,3	22	18	1,7	2,0	32	24
10 Interventi Sulla Congiuntiva	26	31	0%	0%	84	90	1,5	1,9	38	41	1,7	2,1	36	33
11 Interventi Sulla Cornea	55	58	0%	0%	110	86	2,0	1,5	47	28	2,9	1,6	68	72
12 Interventi Sul Tride, Sul Corpo Ciliare, Sulla Sclera, Sulla Camera Anteriore	80	67	0%	0%	285	198	3,6	3,0	168	119	2,7	2,4	91	74
13 Interventi Sul Cristallino	183	180	0%	0%	619	599	3,4	3,3	523	482	3,5	3,5	312	317
14 Interventi Sulla Retina, Sulla Coroida, Sul Corpo Vitreo E Sulla Camera Posteriore	469	376	0%	0%	1.281	1.216	3,1	3,1	988	968	3,8	3,2	837	754
15 Interventi Sul Muscoli Extraoculari	31	25	0%	0%	73	50	2,3	2,0	66	42	2,5	2,3	32	28
16 Interventi Sul Orbita E Sul Globo Oculare	93	73	0%	0%	292	247	3,1	3,4	52	41	2,7	2,2	93	76

## Accessi in Pronto Soccorso



### Accessi in Pronto Soccorso

App - QMC
Qlik Sense Hub
SES STATISTICHE SINTESI - SINT

[quickcdg/sense/app/53533113-e236-4c38-855f-985d8bc0892/sheet/23b37332-be9c-4b6d-b606-1ab2a3ad68f2/state/analysis](#)

SINTESI
Editor caricamento dati
Analizza Foglio
Prepara Racconto

NESSUNA SELEZIONE APPLICATA

Modifica foglio
Selezioni

ANNO
meze
trimestre

**Emergenza**

**Accessi fino al 28/02/2022**

**ACCESSI PER STRUTTURA**

STRUTTURA	Q	Accessi	% Accessi
<b>Totale</b>	<b>208714</b>	<b>100%</b>	
Pronto Soccorso Alatri	45744	22%	
Pronto Soccorso Cassino	60688	29%	
Pronto Soccorso Frosinone	59161	28%	
Pronto Soccorso Sora	43121	21%	

**ACCESSI PER STRUTTURA CON ESITO RICOVERO**

STRUTTURA	Q	Accessi	Accessi seguiti da Ricovero/Ricoveri	% Ricoveri
<b>Totale</b>	<b>208714</b>	<b>45744</b>	<b>36.165</b>	<b>17,3%</b>
Pronto Soccorso Alatri	45744	3.652	1,7%	
Pronto Soccorso Cassino	60688	10.756	5,2%	
Pronto Soccorso Frosinone	59161	15.214	7,3%	
Pronto Soccorso Sora	43121	6.543	3,1%	

**Struttura**  **Valori**

	Aranzone		Azzurro		Bianco		Giallo		Non eseguito		Rosso		Verde	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Totale</b>	<b>37320</b>	<b>17,9%</b>	<b>69509</b>	<b>33,3%</b>	<b>3009</b>	<b>1,4%</b>	<b>1</b>	<b>0,0%</b>	<b>2495</b>	<b>1,2%</b>	<b>7363</b>	<b>3,5%</b>	<b>59017</b>	<b>42,7%</b>
Pronto Soccorso Alatri	8395	4,0%	17840	8,5%	197	0,1%	-	-	69	0,0%	346	0,2%	18897	9,1%
Pronto Soccorso Cassino	9751	4,7%	18334	8,0%	1292	0,6%	-	-	591	0,3%	1675	0,8%	28845	13,8%
Pronto Soccorso Frosinone	14240	6,6%	18354	8,6%	473	0,2%	-	-	1666	0,8%	4522	2,2%	19876	9,5%
Pronto Soccorso Sora	4934	2,4%	14781	7,1%	1847	0,5%	1	0,0%	149	0,1%	810	0,4%	21399	10,3%

Ultimo caricamento dati: 16/03/2022 15:07:12

### Farmaceutica territoriale



### Farmaceutica territoriale

**Erogazione**

ter Anno Erogazione: 2022

ero Tipo Erogazione

pro Farmacia

far Farmaco

ter Mese Erogazione: Gen | Feb | Mar | Apr | Mag | Giu | Lug | Ago | Set | Ott...

**Imp Lordo 2022 per Farmacia**

Farmacia	Imp Lordo 2022
00127 Quercini Giovanni	4,624,212.22 €
00527 Farmacia Europa Cassino	3,469,913.77 €
00396 Madonna Della Neve Snc	3,143,846.29 €
00301 Marin Stefano	2,416,696.71 €
00360 Palleschi Di Ssa Maria	2,333,147.28 €
00468 Giuliani & Masa Snc Dei D...	2,141,885.78 €
00239 Pignotti Fabrizio	2,085,189.39 €
00397 Farmacia Madonna Della P...	1,935,596.66 €
00338 Sciarretta Dr. Piediferrero M...	1,934,481.96 €
00512 Farmacia S. Tommaso S.R.L.	1,814,368.76 €
00526 Farmacia Ricouri Cassino	1,772,588.34 €
<b>Totale</b>	<b>5,000,000.00 €</b>

**Dettaglio erogazione**

pro Regione Q.

pro Distretto Q.

Qta Farmaci 2022	Qta Farmaci 2021	Var % Qta Farmaci	Imp Lordo 2022
10.899.768	10.873.219	-0,6%	156.895.795,97 €

**Farmaci: ATC 1**

Farmaci: ATC 1	Imp Lordo 2022
B Sangue Ed Organi Emopoietici	31.569.399,11 €
C Sistema Cardiovascolare	31.473.249,57 €
N Sistema Nervoso	15.160.987,72 €
A Apparato Gastrointestinale E Metabolismo	28.497.357,49 €
J Antimicrobici Generali Per Uso Sistemico	8.322.357,54 €
M Sistema Muscolo-Scheletrico	4.911.115,32 €
H Preparati Ormonali Sistemici Escl. Ormoni Sessuali E Insuline	406.379 €
G Sistema Genito-Urinario Ed Ormoni Sessuali	338.428 €
<b>Totale</b>	<b>156.895.795,97 €</b>

**Dettaglio farmaci**

far ATC 1 Q.

far ATC 4 Q.

Qta Farmaci 2022	Qta Farmaci 2021	Var % Qta Farmaci	Imp Lordo 2022
C Sistema Cardiovascolare	3.714.439	-0,1%	31.473.249,57 €
A Apparato Gastrointestinale E Metabolismo	1.891.241	-1,6%	28.497.357,49 €
B Sangue Ed Organi Emopoietici	993.783	-0,7%	31.569.399,11 €
N Sistema Nervoso	945.219	2,1%	15.160.987,72 €
J Antimicrobici Generali Per Uso Sistemico	835.842	18,0%	8.322.357,54 €
M Sistema Muscolo-Scheletrico	479.549	4,3%	4.911.115,32 €
H Preparati Ormonali Sistemici Escl. Ormoni Sessuali E Insuline	459.053	7,2%	396.564,55 €
G Sistema Genito-Urinario Ed Ormoni Sessuali	341.042	0,8%	338.428 €



## SEZIONE 5.b.2 – MONITORAGGIO 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.

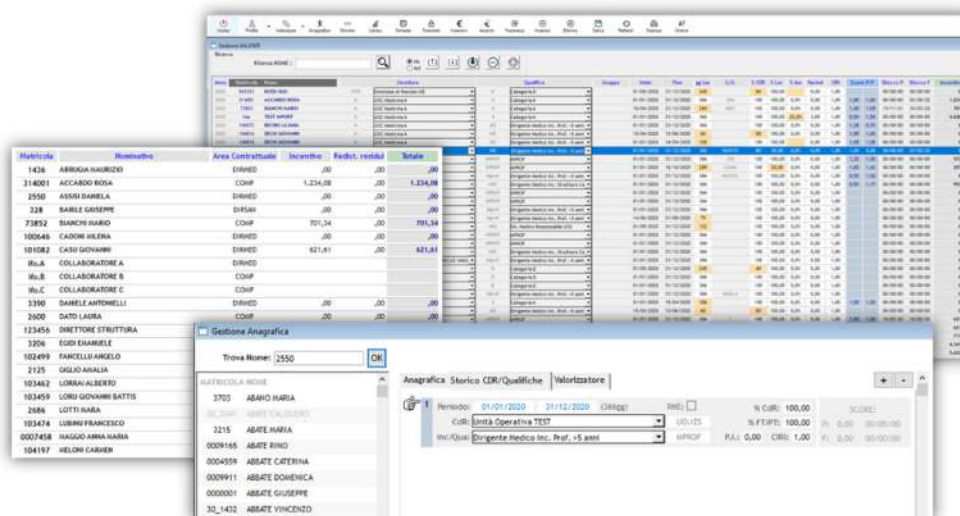
L'applicativo in questione, ideato in modalità web based, quindi con la possibilità di consultazione o gestione dei relativi contenuti da qualsiasi punto di accesso alla rete internet, prevede specifiche profilazioni di accesso, rispettivamente dedicate all'utenza centrale di amministrazione del sistema, 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:**

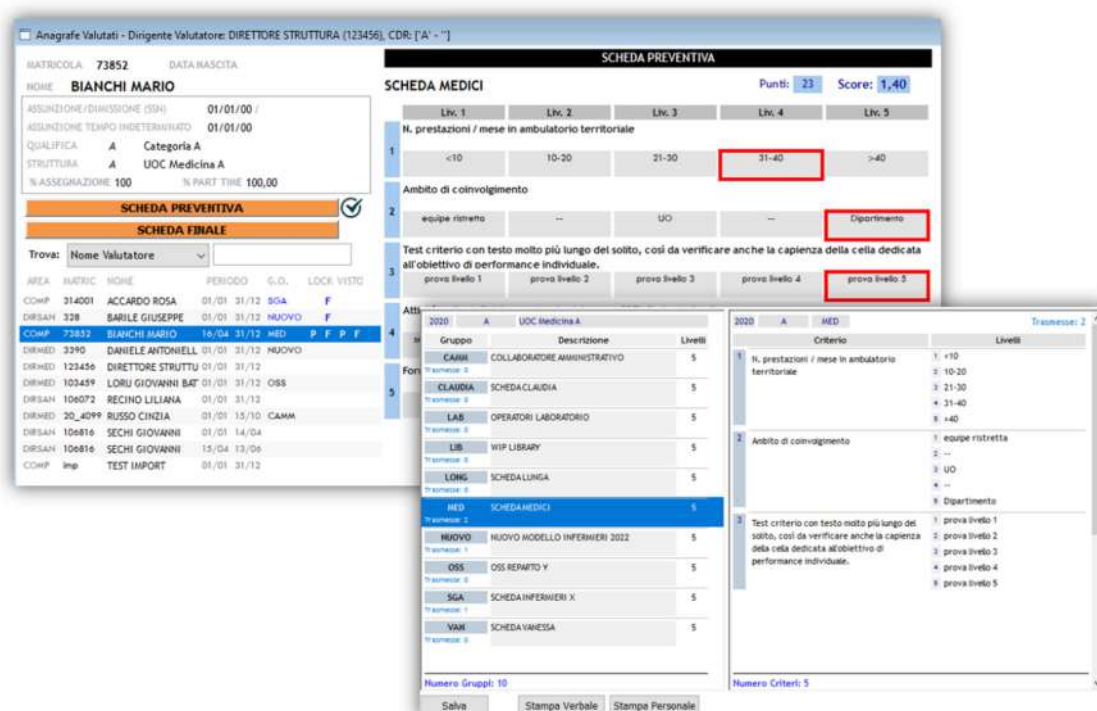
- amministrazione del sistema di profilazione e delle credenziali di accesso;
- gestione delle anagrafiche del personale coinvolto nella valorizzazione delle performance individuali (valorizzatori e valorizzati);
- gestione dell'articolazione organizzativa aziendale, logica attraverso la quale ciascun 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.



### 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.



### 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.

**SCHEDA PREVENTIVA**

**SCHEDA MEDICI**

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

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

**Schede Trasmesse**

CDR	Descrizione Struttura	Valutatore	Inizio	sk PREVENTIVE		sk FINALI	
				Trasmesse	Pr.visione	Trasmesse	Pr.visione
100010	UOC Sviluppo Organizzativo e del Capitale Umano	...	16/09/20	4 su 4	3 su 4	4 su 4	4 su 4
1022	UOC Risorse Umane	...	03/09/20	1 su 24	1 su 24	24 su 24	23 su 24
10230	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	...	01/04/20	0 su 10	0 su 10	10 su 10	10 su 10
1024	UOC Risorse Economiche	...	01/01/20	1 su 13	0 su 13	13 su 13	12 su 13
1025	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	...	01/01/20	1 su 8	0 su 8	8 su 8	8 su 8
10260_CE	Comitato Etico	...	01/01/20	0 su 1	0 su 1	1 su 1	1 su 1
10267	UOSD Qualità, Accredimento e Risk Management	...	15/07/20	0 su 1	0 su 1	1 su 1	1 su 1
1031	Direzione Sanitaria Aziendale	...	01/12/20	16 su 16	6 su 16	16 su 16	16 su 16
1032	UOC Farmacia	...	01/01/20	0 su 11	0 su 11	11 su 11	10 su 11
1032C1	UOC Farmacia [COMP1]	...	14/09/20	13 su 14	9 su 14	14 su 14	14 su 14
1034	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.

