



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE

RELAZIONE ANNUALE
SULLA PERFORMANCE 2023
ASL FROSINONE

Sommario

1	PRESENTAZIONE.....	5
2	LA ASL E IL CONTESTO DI RIFERIMENTO.....	6
2.1	<i>SCHEDA ANAGRAFICA DELLA ASL</i>	6
2.2	<i>IL TERRITORIO</i>	7
2.3	<i>SERVIZI EROGATI E RETI DI OFFERTA</i>	8
2.4	<i>LA DOTAZIONE DI PERSONALE</i>	10
2.5	<i>ANALISI DELLE RISORSE ECONOMICHE E FINANZIARIE</i>	11
2.6	<i>LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA</i>	13
3	MISURAZIONE E VALUTAZIONE - PERFORMANCE ORGANIZZATIVA	14
3.1	<i>IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PERFORMANCE SMVP</i>	14
3.2	<i>IL MODELLO</i>	16
3.3	<i>IL PROCESSO DI NEGOZIAZIONE, MISURAZIONE E VALUTAZIONE</i>	18
3.4	<i>GLI OBIETTIVI DI PERFORMANCE ASSOCIATI ALLE SCHEDE DI PERFORMANCE2023 NEGOZiate</i>	19
3.5	<i>GLI ESITI DELLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE ORGANIZZATIVA</i>	20
3.6	<i>ANALISI SULL'ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA E SULL'OBBLIGO DI RILEVAZIONE DEL GRADO DI SODDISFAZIONE DELL'UTENZA</i>	25
4	MISURAZIONE E VALUTAZIONE – OBIETTIVI INDIVIDUALI	27
4.1	<i>IL MODELLO</i>	27
4.2	<i>ACCORDI SINDACALI E FONDO PRODUTTIVITÀ</i>	29
4.3	<i>IL PROCESSO DI MISURAZIONE</i>	30
4.4	<i>GLI ESITI DELLA VALORIZZAZIONE DEGLI OBIETTIVI INDIVIDUALI</i>	32
5	PIANI DI MIGLIORAMENTO	33
5.1	<i>PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI (PDTA)</i>	33
5.2	<i>PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO PER LA RIDUZIONE DELLA PERCENTUALE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO</i>	33



5.3	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DELLA FRATTURA PROSSIMALE DEL FEMORE IN PAZIENTI ULTRASESSANTACINQUENNI ENTRO LE 48 ORE	33
5.4	PIANO AZIENDALE DELLA GESTIONE DEL FLUSSO DI RICOVERO E DEL SOVRAFFOLLAMENTO IN PRONTO SOCCORSO .	34
5.5	PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DEL PERCORSO CHIRURGICO PROGRAMMATO	34
5.6	PROGETTO DI MONITORAGGIO E OTTIMIZZAZIONE DELLA SPESA CONVENZIONATA.....	35
5.7	PROCEDURA AZIENDALE DI INSERIMENTO E GESTIONE DEL CATETERE VESCICALE.....	35
5.8	PROCEDURA OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLE CONSULENZE MEDICO-SPECIALISTICHE	35
5.9	PIANO DI EMERGENZA INTERNA PER MASSICCIO AFFLUSSO DI FERITI (PEIMAF) PER IL P.O. SPAZIANI DELLA ASL DI FROSINONE	35
5.10	PROCEDURA DI IMPIANTO E GESTIONE DEGLI ACCESI VASCOLARI	36
5.11	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEI PAZIENTI IN VENTILAZIONE INVASIVA E NIV.....	36
5.12	PROCEDURA PER LA GESTIONE DEL CARRELLO EMERGENZA.....	36
5.13	PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA.....	37
5.14	PROCEDURA PER LA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA DI FERRO EV	37
5.15	REGOLAMENTO DI BED MANAGEMENT.....	37
5.16	PROCEDURE DI DIMISSIONE E TRASFERIMENTO DEI PAZIENTI DALLE STRUTTURE OSPEDALIERE AL TERRITORIO	37
5.17	REGOLAMENTO E DOCUMENTAZIONE UDI.....	38
5.18	ATTIVAZIONE DI GRUPPI OPERATIVI INTERDISCIPLINARI	38
5.19	MIGLIORAMENTO DELLA FRUIBILITÀ DEL SITO INTERNET AZIENDALE	38
6	PIANO DELLE AZIONI POSITIVE	39
7	CONCLUSIONI.....	41
7.1	SINTESI DEI PRINCIPALI RISULTATI	41
7.2	PUNTI DI FORZA E PUNTI DI DEBOLEZZA RILEVATI NEL CICLO DELLA PERFORMANCE	43

A cura della Struttura Tecnica Permanente

Contributi a cura di:

UOC Controllo di Gestione

UOC Governo Clinico, Epidemiologia Valutativa, Sistemi Informativi Aziendali

UOC URP, Accoglienza e Partecipazione

UOC Sviluppo e Valorizzazione delle Risorse Umane

ACRONIMI

SMVP Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance

STP Struttura Tecnica Permanente

COT A Centrale Operativa Territoriale Distretto A

COT B Centrale Operativa Territoriale Distretto B

COT C Centrale Operativa Territoriale Distretto C

COT D Centrale Operativa Territoriale Distretto D

OIV Organismo Indipendente di Valutazione

PDTA Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

PAP Piano delle Azioni Positive

1 PRESENTAZIONE

La presente Relazione sulla Performance relativa all'anno 2023 viene predisposta in attuazione delle nuove Linee guida per la Relazione annuale sulla Performance ai sensi del D.lgs. n.150/2009, così come modificato dal D.lgs. n.74/2017, e dell'articolo 3, comma 1, del DPR 105/2016 che attribuisce al Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) le funzioni di indirizzo, coordinamento e monitoraggio in materia di ciclo della performance.

Il D.lgs. n.74/2017, pur confermando nelle sue linee generali l'impianto originario del D.lgs. n.150/2009, ha introdotto delle innovazioni incidendo anche sulla disciplina relativa alla predisposizione, approvazione e validazione della Relazione annuale sulla Performance: ".....nella predisposizione della Relazione devono essere privilegiate la sinteticità, la chiarezza espositiva, la comprensibilità, anche facendo ampio ricorso a rappresentazioni grafiche e tabellari dei risultati per favorire una maggiore leggibilità delle informazioni." *(dalle nuove Linee guida per la Relazione annuale della Performance 2018).*

A seguito della modifica all'articolo 10 del D.lgs. n.150/2009 operata dal D.lgs. n.74/2017, entro il 30 giugno di ogni anno le Amministrazioni pubblicano, sul proprio sito istituzionale e sul Portale della Performance, la Relazione annuale sulla Performance, approvata dall'organo di indirizzo politico-amministrativo e validata dall'OIV. Il processo che termina con la pubblicazione della Relazione validata vede coinvolti:

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

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

La presente relazione, posticipata con nota prot. n. 42169 del 24/06/2024 inviata al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Ufficio per la Valutazione Performance a seguito di insediamento del nuovo Organismo Indipendente di Valutazione a decorre dal 16/06/2024, è predisposta dalla UOC Controllo di Gestione - STP alla

conclusione della gestione dell'anno 2023, è stata validata dall'Organismo Indipendente di Valutazione, così come previsto nelle Linee guida per la Relazione Annuale sulla Performance ai sensi del D.lgs. n.150/2009.

2 LA ASL E IL CONTESTO DI RIFERIMENTO

2.1 Scheda anagrafica della ASL

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

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

Il logo aziendale è il seguente:



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

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

2.2 Il territorio



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

Il territorio della Azienda Sanitaria Locale di Frosinone comprende 91 comuni. La superficie totale è di 3.247,08 kmq (fonte ISTAT) ed il bacino di utenza è di 467.866 abitanti (dato ISTAT al 1° gennaio 2023), distribuiti in 4 Distretti Sanitari.

DISTRETTO SANITARIO "A"	DISTRETTO SANITARIO "B"	DISTRETTO SANITARIO "C"	DISTRETTO SANITARIO "D"
ALATRI – ANAGNI	FROSINONE	SORA	CASSINO
Acuto Alatri Anagni Collepardo Filettino Fiuggi Guarcino Paliano Piglio Serrone Sgurgola Torre Cajetani Trevi nel Lazio Trivigliano Vico nel Lazio	Amaseno Arnara Boville Ernica Castro dei Volsci Ceccano Ceprano Falvaterra Ferentino Frosinone Fumone Giuliano di Roma Morolo Pastena Patrica Pofi 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 Sora Vicalvi Villa Latina	Acquafondata Aquino Ausonia Cassino Castelnuovo Parano Castrocielo Cervaro Colle San Magno Coreno Ausonio Esperia Pico Piedimonte San Germano Pignataro Interamna Pontecorvo Roccasecca San Giorgio a Liri San Vittore del Lazio Sant’Ambrogio sul G. Sant’Andrea sul Garigliano Sant’Apollinare Sant’Elia Fiumerapido Terelle Vallemaio Vallerotonda Villa Santa Lucia Viticuso

2.3 Servizi erogati e reti di 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 diversi livelli di assistenza.

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti è attualmente articolata in tre Presidi Ospedalieri (Frosinone-Alatri, Sora e Cassino). Sono inoltre presenti, con funzione complementare ed integrativa, le seguenti Strutture private accreditate: Casa di Cura Villa Gioia, Casa di Cura S. Teresa, Casa di Cura S. Anna, Casa di Cura Villa Serena, San Raffaele e INI Città Bianca.

Il Presidio Ospedaliero F. Spaziani di Frosinone del Polo Unificato Frosinone-Alatri garantisce 426 posti letto, è DEA I nella rete dell'emergenza, Spoke nella rete emergenza pediatrica, UTN I nella rete dell'ICTUS, CTZ nella rete del trauma, è snodo anche della rete cardiologica e perinatale.

Il Presidio Ospedaliero di Sora è caratterizzato da 236 posti letto mentre quello di Cassino da 234 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.

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

L'assistenza specialistica è assicurata da 28 strutture a gestione diretta e 33 strutture private accreditate, per un volume totale di attività di oltre 5,3 milioni di prestazioni in SSN nell'anno 2023, andamento crescente rispetto al 2022.

Il potenziamento dei servizi territoriali passerà attraverso la realizzazione di nuove strutture più vicine al cittadino ed in grado di rispondere ai suoi bisogni. In tal senso la Asl di Frosinone, ha quindi affidato la gestione della transitional care, specie per gli assistiti ad alta complessità clinica, assistenziale e organizzativa, alle Centrali Operative Territoriali (COT-A e COT-D) secondo il modello aziendale di presa in carico delineato nel documento denominato "Procedure di dimissione e trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere al territorio", approvato con Deliberazione n. 650 del 02.08.2023, in continuità con quanto previsto nel Regolamento aziendale di bed management.

Si riportano di seguito le COT in fase di realizzazione presso la Asl di Frosinone, con indicazione della relativa sede:

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

Inoltre sono già in atto interventi finalizzati alla realizzazione di 17 Case della Comunità e 6 Ospedali di Comunità (OdC):

CADE DELLA COMUNITA'	OSPEDALI DI COMUNITA'
<p>DISTRETTO-A ANAGNI, Via Onorato Capo FIUGGI, P.zza Martiri di Nassiriya PALIANO, Via Fratelli Beguinot</p> <p>DISTRETTO-B FROSINONE, Viale Mazzini FERENTINO, Piazza dell'Ospizio CEPRANO, Via Regina Margherita VEROLI, Via armando Diaz AMASENO, Via Circonvallazione</p> <p>DISTRETTO-C SORA, San Marciano ISOLA LIRI, Via Ospedale ATINA, Via Colle Melfa ARPINO, Via Vittorio Colonna MONTE SAN GIOVANNI, Via Campolarino</p> <p>DISTRETTO-D CASSINO, Via G. di Biasio PONTECORVO, Via S. Giovanni Battista SAN GIORGIO A LIRI, Via Roma AQUINO, Viale Manzoni</p>	<p>DISTRETTO-A ANAGNI, Via Onorato Capo</p> <p>DISTRETTO-B CECCANO, Borgo Santa Lucia FROSINONE, Viale Mazzini</p> <p>DISTRETTO-C ISOLA LIRI, Via Ospedale</p> <p>DISTRETTO-D CASSINO, Via G. di Biasio PONTECORVO, Via S. Giovanni Battista</p>

2.4 La dotazione di personale

Il personale dipendente a tempo determinato/indeterminato, in dotazione all'ASL di Frosinone al 31/12/2023, ha una consistenza di 4.222 unità di cui 852 della dirigenza e 3.370 appartenenti al comparto.

TABELLA RIPIANTANTE PERSONALE AL 31/12/2022 – 31/12/2023

DIRIGENZA		Personale in servizio al 31/12/2022				Personale in servizio al 31/12/2023			
		T.I.	T.D.	DIR. UOC	Totale teste	T.I.	T.D.	DIR. UOC	Totale teste
	RUOLO SANITARIO	766	79	44	889	732	42	48	822
	RUOLO SOCIO - SANITARIO	1			1	1			
	RUOLO PROFESS./TECN.	7		2	9	5		2	7
	RUOLO AMMINISTRATIVO	17	1		18	16	3	3	22
	Totale Dirigenza	791	80	46	917	754	45	53	852
COMPARTO									
	RUOLO SANITARIO	2281	194		2475	2358	165		2523
	RUOLO SOCIO - SANITARIO	212	130		342	284	121		405
	RUOLO PROFESS./TECN.	153			153	147			147
	RUOLO AMMINISTRATIVO	278			278	295			295
	Totale Comparto	2.924	324	0	3.248	3.084	286		3.370

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 in considerazione delle sfide che la Sanità di Frosinone dovrà affrontare nei prossimi anni, come ridurre i tempi di attesa, 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.

2.5 Analisi delle risorse economiche e finanziarie

Come riportato nel paragrafo 6.1 del PIAO, pubblicato con atto deliberativo N.ro 30 del 31/01/2024, Il preconsuntivo in conto esercizio per l'anno 2023 in favore della ASL di Frosinone è pari a complessivi € 1.010.591.

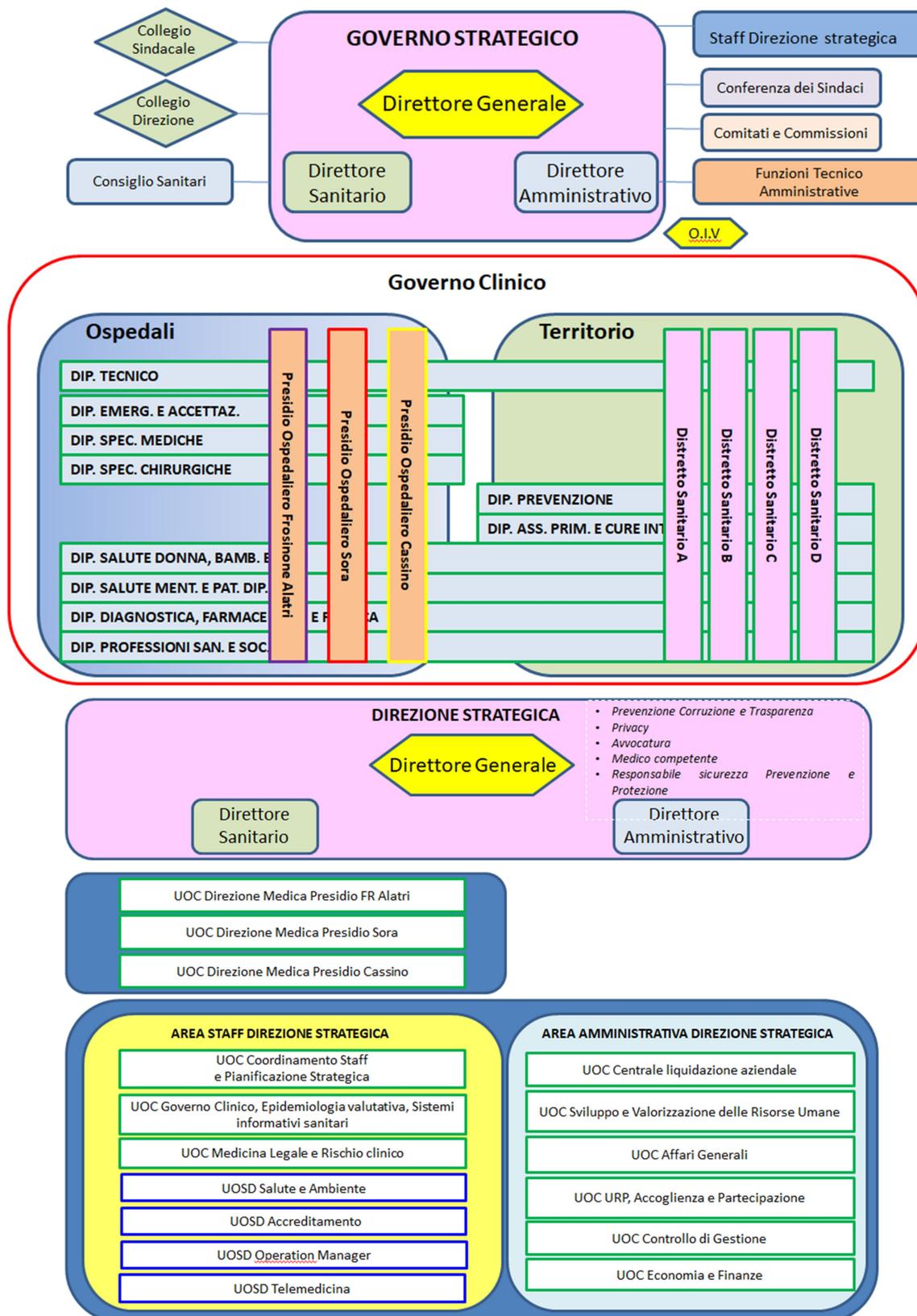
VOCI CONTO ECONOMICO CE	2019	2020	2021	2022	preconsuntivo 2023
Contributi in c/esercizio	831.817.778,02	859.155.320,13	848.095.278,54	889.707.236,93	931.142.093,92
Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	-7.435.625,46	-10.927.648,87	-8.886.674,68	-11.609.394,50	-9.830.836,14
Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	201.668,96	0,00	3.075.618,90	1.459.271,59	683.853,20
Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	43.103.183,56	39.853.144,72	43.634.982,65	41.846.390,95	41.894.658,69
Concorsi, recuperi e rimborsi	5.076.887,45	12.442.496,41	27.440.691,28	12.793.646,52	14.520.391,02
Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	7.723.666,99	4.340.128,89	4.458.998,49	4.799.277,86	4.908.582,96
Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	20.147.730,33	21.111.895,58	21.773.126,17	26.104.305,53	26.366.805,54
Altri ricavi e proventi	201.868,58	306.665,22	241.391,39	348.863,16	905.477,49
Totale valore della produzione (A)	900.837.158,43	926.282.002,08	939.833.412,74	965.449.598,04	1.010.591.026,68

I costi di produzione previsti per l'anno 2023 ammontano, al netto delle poste riconducibili agli oneri finanziari, oneri straordinari e imposte e tasse, a 989 mln. I costi di produzione sono rappresentati per il 13% circa per gli acquisti di beni, per il 56% circa per gli acquisti di servizi e per il 23% circa dal costo del personale.

VOCI CONTO ECONOMICO CE	2019	2020	2021	2022	preconsuntivo 2023
Acquisti di beni	112.572.420,65	123.685.253,39	119.123.034,09	122.049.746,94	128.982.289,37
Acquisti di servizi	517.991.178,28	516.111.816,98	525.437.280,94	543.270.586,66	551.931.555,17
Manutenzione e riparazione	12.077.650,83	7.437.313,96	13.682.558,72	14.258.862,37	14.197.518,06
Godimento di beni di terzi	2.280.614,76	2.306.200,89	2.045.953,83	1.830.617,72	1.743.199,14
Costi del personale	197.960.437,75	208.597.842,19	212.534.769,23	217.105.782,51	232.344.623,86
Oneri diversi di gestione	2.447.239,82	2.250.695,56	3.258.999,33	4.632.009,83	4.814.204,09
Ammortamenti	20.147.730,33	21.111.895,58	21.773.126,17	26.104.305,53	26.366.805,53
Variazione delle rimanenze	1.455.925,07	-3.202.185,19	-440.301,66	-851.412,79	-959.372,54
Accantonamenti	15.052.847,78	25.752.059,04	27.883.385,66	19.187.656,70	30.004.027,69
Totale costi della produzione	881.986.045,27	904.050.892,40	925.298.806,31	947.588.155,47	989.424.850,37

TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE	2019	2020	2021	2022	preconsuntivo 2023
Acquisti di beni sanitari	111.370.206,54	122.693.680,42	117.868.495,10	120.694.632,04	127.751.652,91
Acquisti di beni non sanitari	1.202.214,11	991.572,97	1.254.538,99	1.355.114,90	1.230.636,46
ACQUISTI DI BENI	112.572.420,65	123.685.253,39	119.123.034,09	122.049.746,94	128.982.289,37
Acquisti di servizi sanitari - Medicina di base	55.336.442,06	57.390.546,96	57.550.853,59	57.364.474,10	56.754.069,70
Acquisti di servizi sanitari - Farmaceutica	76.019.678,30	71.945.592,38	71.528.290,64	71.468.212,08	71.478.602,16
Acquisti di servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale	46.978.421,76	46.576.352,21	48.729.020,08	51.132.525,57	51.118.479,86
Acquisti di servizi sanitari per assistenza riabilitativa	9.273.898,26	9.199.798,61	9.187.062,65	10.132.189,30	11.419.658,77
Acquisti di servizi sanitari per assistenza integrativa	10.457.821,63	10.261.293,85	9.966.771,57	11.429.338,48	11.049.961,11
Acquisti di servizi sanitari per assistenza protesica	12.891.528,11	12.176.669,78	13.507.359,98	13.873.857,90	14.293.394,95
Acquisti di servizi sanitari per assistenza ospedaliera	157.369.009,69	150.018.717,38	152.378.604,55	150.951.340,02	150.123.040,28
Acquisti prestazioni di psichiatria residenziale e semiresidenziale	9.329.702,49	11.042.541,58	10.293.062,17	11.777.602,70	11.936.572,78
Acquisti prestazioni di distribuzione farmaci File F	33.299.044,84	33.147.324,40	34.480.250,63	36.355.176,83	36.659.726,51
Acquisti prestazioni termali in convenzione	1.966.165,99	549.514,58	601.134,08	1.514.967,36	1.390.284,09
Acquisti prestazioni di trasporto sanitario	3.127.687,14	3.793.239,08	4.294.774,32	5.491.949,51	5.049.684,35
Acquisti prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria	30.567.989,36	35.159.829,03	36.961.615,10	37.892.897,69	41.590.305,37
Compartecipazione al personale per att. Libero-prof. (intrafirma)	1.703.753,29	1.408.509,12	2.051.449,51	2.078.228,83	2.078.228,81
Rimborsi Assegni e contributi sanitari	4.373.955,97	3.893.868,66	4.709.965,04	7.594.296,65	7.152.185,10
Consulenze, collaborazioni, interinale, altre prestazioni di lavoro sanitarie e sociosanitarie	14.926.333,88	10.834.096,80	13.269.094,61	10.721.457,46	11.564.120,24
Altri servizi sanitari e sociosanitari a rilevanza sanitaria	903.660,79	1.010.713,70	1.948.073,46	2.420.793,69	3.954.204,22
Acquisti di servizi non sanitari	49.466.084,72	57.703.208,86	53.979.898,96	61.071.278,49	64.319.036,87
ACQUISTI DI SERVIZI	517.991.178,28	516.111.816,98	525.437.280,94	543.270.586,66	551.931.555,17

2.6 La struttura organizzativa



3 MISURAZIONE E VALUTAZIONE - PERFORMANCE ORGANIZZATIVA

3.1 Il Sistema di Misurazione e Valutazione delle Performace SMVP

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

La ASL di Frosinone ha rappresentato le principali funzioni aziendali coinvolte nella complessiva gestione delle performance (strategiche, organizzative ed individuali) e ha delineato in modo sintetico e chiaro le peculiarità e le interrelazioni fra ciascuno dei sottosistemi che compongono il complessivo SMVP attraverso l'atto deliberativo n. 202 del 22/03/2022, poi validato dall'OIV, e riconfermato anche per l'annualità 2023.

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



ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE - OIV

Costituito con delibera num. 261 del 23/05/2024

E' coadiuvato dalla Struttura Tecnica Permanente

Svolge attività di controllo strategico

Vigila sulla corretta applicazione del SMVP della ASL

Valida la Relazione sulla Performance

Attesta gli adempimenti relativi alla trasparenza in funzione del Decreto Legislativo 33/2013

Verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT

Esprime parere obbligatorio relativamente al Codice di Comportamento

STRUTTURA TECNICA PERMANENTE - STP

La STP, costituita con delibera n. 630 del 16/08/2022 ed aggiornata nella composizione con atto deliberativo n. 580 del 16/10/2024, coadiuva le attività dell'OIV

3.2 Il modello

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

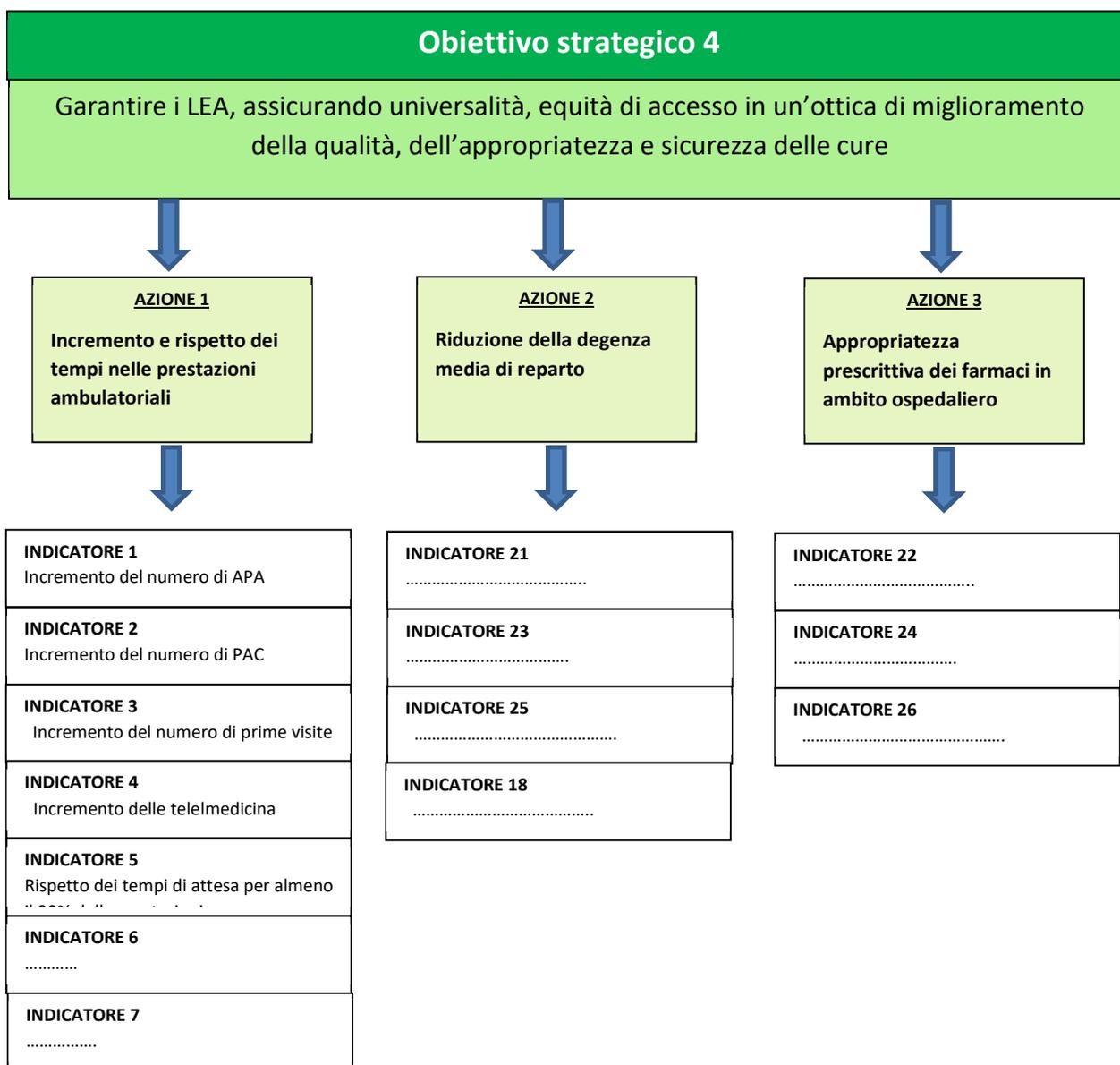
COD OBIETTIVO STRATEGICO	DESCR OBIETTIVO STRATEGICO
01	Garantire il continuo miglioramento dei rapporti con gli Stakeholder dell'Azienda
02	Garantire l'integrazione ospedale territorio in una logica di presa in carico del paziente, di medicina personalizzata, preventiva e predittiva
03	Garantire la continua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

La struttura generale della mappa strategica prevede che ogni obiettivo strategico sia declinato in uno o più macro obiettivi specifici (azioni), misurati attraverso indicatori dettagliati di attività. Gli obiettivi operativi specifici a valenza triennale, sono 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 possono venire ulteriormente connotati e personalizzati. Tali obiettivi saranno perseguiti da tutte le strutture titolari di scheda di Performance, ciascuna nel proprio ambito di competenza. La scheda di performance operativa proposta richiama la correlazione di ciascun obiettivo operativo con la strategia aziendale di riferimento e programma, attraverso una logica di ponderazione dei singoli indicatori di performance, gli specifici obiettivi assegnati al CdR, con dettaglio degli esiti attesi e delle relative tempistiche.

Inoltre, al fine di assicurare uno stretto collegamento con le iniziative del Piano Triennale per la Prevenzione della Trasparenza e Anticorruzione, anche per l'anno 2023, sono stati individuati

nella declinazione degli obiettivi assegnati nel Ciclo di gestione della Performance, specifici obiettivi relativi alla “trasparenza e all’integrità dell’azione amministrativa” esplicitati in termini di adempimenti rispetto alla normativa vigente e al sopra citato PTPCT e misurati e monitorati dal Responsabile Aziendale Anticorruzione e Trasparenza (RAC).

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.



3.3 Il processo di negoziazione, misurazione e valutazione

Come previsto dal SMVP deliberato a marzo 2022, le schede di performance 2023 sono costituite da una scheda specifica di struttura (per un peso massimo del 70%) e da una scheda di obiettivi trasversali (obiettivi comuni a tutte le UU.OO., per un peso massimo del 30%).

La stesura delle schede è avvenuta a seguito di indicazioni della Direzione Strategica e di proposte da parte dei Direttori/Responsabili delle UU.OO. Nelle mensilità di maggio e giugno 2023 sono avvenuti incontri in presenza con tutte le UU.OO., convocate per Dipartimento; in queste occasioni sono state illustrate le schede di struttura e la scheda degli obiettivi trasversali, si è negoziato laddove necessario su indicatori specifici o sui target imposti, e si è proceduto alla formalizzazione tramite accettazione con firma delle schede stesse.

Per gli indicatori misurabili dai flussi informativi, la STP ha effettuato un monitoraggio dell'attività relativa al primo semestre 2023, reportistica fornita alle strutture nel mese di ottobre 2023. Inoltre ha fornito elaborazioni a seguito di specifiche richieste da parte delle UU.OO. e ha tenuto incontri con alcuni Direttori di struttura a seguito di richieste di rinegoziazione di alcuni obiettivi.

La rendicontazione della Performance 2023 è stata prevista entro il mese di gennaio 2024 (come specifico indicatore della scheda di obiettivi trasversali), attraverso la compilazione di appositi file, inviati dai diversi servizi per posta elettronica ordinaria o per protocollo alla STP.

Gli indicatori presenti nella scheda sono di due tipi:

- rilevati dalla STP, in quanto misurabili e desumibili da statistiche nazionali, regionali o aziendali oppure da archivi costruiti ad hoc da altri servizi al fine di monitorare particolari attività;
- auto referenziati, cioè i livelli raggiunti sono auto rendicontati dalla U.O. in tutti i casi non inclusi al punto precedente (non esiste un flusso che ne traccia i contenuti, il flusso esiste ma non è utilizzabile al di fuori del servizio stesso, sono attività di tipo puramente amministrativo, ecc...)

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

L'attività della STP di analisi delle rendicontazioni prodotte, ha delineato diverse casistiche:

- specifico indicatore o scheda non rendicontati: è stata inviata richiesta di integrazione alla UO, con indicazione delle tempistiche massime di risposta;
- rendicontazione ritenuta non esaustiva: è stata inviata richiesta di integrazione alla UO, con indicazione delle tempistiche massime di risposta;
- rendicontazione troppo estesa da cui non si evince chiaramente il livello di raggiungimento degli obiettivi: è stata inviata richiesta di integrazione alla UO, con indicazione delle tempistiche massime di risposta;
- per gli indicatori auto-rendicontati, è stata verificata la presenza di dati di volume o di date o di numeri di protocollazione, atti a validare la rendicontazione stessa. Nei casi ritenuti necessari, è stata inviata richiesta di integrazione alla UO, con indicazione delle tempistiche massime di risposta;
- per gli indicatori misurabili da flussi informativi o altre fonti, sono stati considerati i dati delle statistiche in possesso della STP;
- per gli indicatori misurabili da flussi informativi o altre fonti, in caso di dati discordanti tra quelli comunicati dalla UO e le statistiche in possesso della STP, è stato richiesto un approfondimento alla UO, con indicazione delle tempistiche massime di risposta;
- richieste di sterilizzazione o di rimodulazione di alcuni indicatori, da parte delle UU.OO. o da parte della STP: sono state valutate singolarmente in funzione delle specificità di ogni U.O., sottoponendole all'attenzione della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa;
- scostamenti rilevanti riscontrati fra risultati programmati e risultati effettivamente conseguiti: sono stati sottoposti all'attenzione della Direzione Strategica per verificare che non ci siano stati motivi ostativi oggettivi che abbiano impedito il raggiungimento degli obiettivi stessi. In alcuni casi si è proceduto ad una modalità di calcolo diversa, in altri casi si è deciso di sterilizzare tali obiettivi, in altri casi ancora si è preso atto dei risultati raggiunti.

3.4 Gli obiettivi di Performance associati alle schede di Performance 2023 negoziate

Per il dettaglio degli indicatori associati alle schede di Performance 2023 negoziati, si rimanda all'allegato 1, parte integrante della presente Relazione.

3.5 *Gli esiti della valutazione della Performance ORGANIZZATIVA*

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

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance organizzativa
Dipartimento Salute Mentale e Patologia da Dipendenza	UOC SPDC (Area Nord) - FR - AL	75,0%
	UOC SPDC (AREA SUD) - CASSINO/SORA	75,0%
	UOC Salute Mentale (Area Nord) - FR- AL	80,0%
	UOC Salute Mentale (Area Sud) - CASSINO	80,0%
	UOC Patologia da dipendenza (Area Nord) - FR - AL	80,0%
	UOC Patologia da dipendenza (Area Sud)	80,0%
	UOC Residenzialità e Semiresidenzialità	80,0%
	UOSD REMS	75,0%
	UOSD TSMREE NORD (DISTRETTO A - B)	65,0%
	UOSD TSMREE SUD	100,0%
	UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare	90,0%
	UOSD Psicologia dei disturbi specifici dell'apprendimento e del linguaggio	85,0%
	UOSD Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario	100,0%
Dipartimento Salute Donna, bambino età evolutiva	UOC Ostetricia e Ginecologia FR AL	70,0%
	UOC Ostetricia e Ginecologia CASSINO	55,0%
	UOC Ostetricia e Ginecologia (SORA)	65,0%
	UOC Pediatra (FR ALATRI)	70,0%
	UOC Pediatra (SORA)	75,0%
	UOSD Pediatra (CASSINO)	70,0%
	UOC Neonatologia	80,0%
	UOSD Consulteri e Percorso Nascita	70,0%
	UOSD Cardiologia Pediatrica	60,0%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance organizzativa
Dipartimento delle Specialità Chirurgiche	UOC Chirurgia Generale (FR ALATRI)	50,0%
	UOC Chirurgia Generale (SORA)	60,0%
	UOC Chirurgia Generale (CASSINO)	50,0%
	UOC Ortopedia (FR ALATRI)	50,0%
	UOC Ortopedia (SORA)	50,0%
	UOC Ortopedia (CASSINO)	60,0%
	UOC Otorinolaringoiatria e Maxillo Facciale	85,0%
	UOC Otorinolaringoiatria generale (SORA-CASSINO)	75,0%
	UOC Urologia	50,0%
	UOC Neurochirurgia	85,0%
	UOSD Endoscopia urologica	50,0%
	UOSD Chirurgia Vitreo retinica	85,0%
	UOSD Oculistica	95,0%
Dipartimento Emergenza e Accettazione	UOC PS Medicina Urgenza - P.O. FR - AL	75,0%
	UOC PS Medicina Urgenza - P.O. SORA	100,0%
	UOC PS Medicina Urgenza - P.O. CASSINO	65,0%
	UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. FR - AL	85,0%
	UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. SORA	100,0%
	UOC Anestesia e Rianimazione - P.O. CASSINO	100,0%
	UOSD Fast Track	60,0%
	UOSD Coordinamento per l'adozione di procedure e percorsi d'urgenza	100,0%
	UOSD Unità Trattamento Neurovascolare (UTN) - Rete Patologie dipendenti	70,0%
POLI OSPEDALIERI	UOC Direzione Medica Presidio FR Alatri	100,0%
	UOC Direzione Medica Presidio SORA	93,0%
	UOC Direzione Medica Presidio CASSINO	100,0%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance organizzativa
Dipartimento delle Specialità Mediche	UOC Nefrologia e Dialisi (FR ALATRI)	85,0%
	UOC Nefrologia e Dialisi (SORA-CASSINO)	50,0%
	UOC Medicina 1 (FR)	55,0%
	UOC Medicina 2 (ALATRI)	65,0%
	UOC Medicina (SORA)	50,0%
	UOC Medicina (CASSINO)	65,0%
	UOC Cardiologia - UTIC e Emodinamica (FR ALATRI)	60,0%
	UOC Cardiologia - UTIC (SORA)	50,0%
	UOC Cardiologia - UTIC (CASSINO)	60,0%
	UOC Gastroenterologia (FR ALATRI)	70,0%
	UOC Gastroenterologia (SORA-CASSINO)	50,0%
	UOC Oncologia	75,0%
	UOC Pneumologia	55,0%
	UOC Geriatria	85,0%
	UOC Malattie Infettive	70,0%
	UOC Ematologia, Trapianto CSE e Terapia genica	80,0%
	UOC Neurologia	80,0%
	UOC Lungodegenza e Riabilitazione	100,0%
	UOSD Endocrinologia e Malattie Metaboliche	55,0%
	UOSD Dermatologia	70,0%
	UOSD Aritmologia e Elettrostimolazione	75,0%
	UOSD AIDS	90,0%
UOSD NAD	100,0%	
UOSD Prevenzione Cardiovascolare	80,0%	

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance organizzativa
Dipartimento Diagnostica Farmaceutica Ricerca	UOC Radiologia (FR ALATRI)	70,0%
	UOC Radiologia (SORA)	75,0%
	UOC Radiologia (CASSINO)	95,0%
	UOC Farmacia	100,0%
	UOC Radioterapia	90,0%
	UOC Anatomia Patologica	100,0%
	UOC SIMT e Raccolte cellule staminali	85,0%
	UOC Patologia Clinica	85,0%
	UOSD Radiologia Domiciliare	100,0%
	UOSD Medicina Nucleare	85,0%
DISTRETTI	UOC Direzione Distretto A	100,0%
	UOC Direzione Distretto B	100,0%
	UOC Direzione Distretto C	100,0%
	UOC Direzione Distretto D	100,0%
Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie	UOC Riabilitazione	85,0%
	UOC ADI	95,0%
	UOSD Medicina Penitenziaria	90,0%
	UOSD Servizi Sanitari integrati: Migranti, Medicina di Genere e contrasto alla Povertà	85,0%
	UOSD Medicina Convenzionata e Reti Assistenziali	80,0%
	UOSD PDTA	100,0%
Dipartimento di Prevenzione	UOC Igiene e Sanità Pubblica	100,0%
	UOC Prevenzione e Sicurezza degli ambienti di lavoro	100,0%
	UOC Igiene della produzione, trasf., commercializz., conserv. e trasporto alimenti di origine animale	100,0%
	UOC Sanità Animale	100,0%
	UOC Igiene degli Alimenti e Nutrizione	100,0%
	UOC Vaccinazioni	100,0%
	UOC Screening	70,0%
	UOC Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche	100,0%

DIPARTIMENTO	STRUTTURA	PUNTEGGIO Performance organizzativa
AREA AMMINISTRATIVA	UOC Centrale liquidazione aziendale	92,5%
	UOC Sviluppo e Valorizzazione delle Risorse Umane	85,0%
	UOC Affari Generali	90,0%
	UOC URP, Accoglienza e Partecipazione	90,0%
	UOC Economia e Finanza	100,0%
AREA DI STAFF	UOS Programmazione	100,0%
	UOS Formazione	55,0%
	UOS Audit	100,0%
	UOS Sviluppo Risorse Umane	100,0%
	UOC Governo Clinico, Epidemiologia Valutativa, Sistemi Informativi Aziendali	90,0%
	UOC Medicina Legale e Rischio Clinico	100,0%
	UOSD Accreditamento	100,0%
Dipartimento Tecnico	UOC Patrimonio e Sicurezza	100,0%
	UOC Digitalizzazione dei servizi e accesso ai servizi	100,0%
	UOC Provveditorato ed Economato	100,0%
	UOSD HTA e Ingegneria Clinica	100,0%
Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali	Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali	100,0%
UNITA FUNZIONALI	UNITA FUNZIONALI - MEDICI COMPETENTI	100,0%
	UNITA FUNZIONALI - AVVOCATI	60,0%
	RSPP	85,0%

3.6 *Analisi sull'anticorruzione e trasparenza e sull'obbligo di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza*

Al fine di assicurare uno stretto collegamento con le iniziative del Piano Triennale per la Prevenzione della Trasparenza e Anticorruzione, anche per l'anno 2023, sono stati individuati nella declinazione degli obiettivi assegnati nel Ciclo di gestione della Performance, specifici obiettivi relativi alla "trasparenza e all'integrità dell'azione amministrativa" esplicitati in termini di adempimenti rispetto alla normativa vigente e al sopra citato PTPCT e misurati e monitorati dal Responsabile Aziendale Anticorruzione e Trasparenza (RAC).

In particolare sono stati assegnati 3 obiettivi nella scheda degli obiettivi trasversali:

- nomina o riconferma per il 2023 del referente ANTICORRUZIONE
- nomina o riconferma per il 2023 del referente per la TRASPARENZA
- pubblicazione (o aggiornamento se necessario) sul sito aziendale del curriculum professionale del personale dirigente e invio al referente anticorruzione aziendale della dichiarazione di non sussistenza di conflitto di interessi nonché degli eventuali procedimenti disciplinari trasmessi all'UPD; adempimento di tutti gli obblighi di pubblicazione in Amministrazione Trasparente.

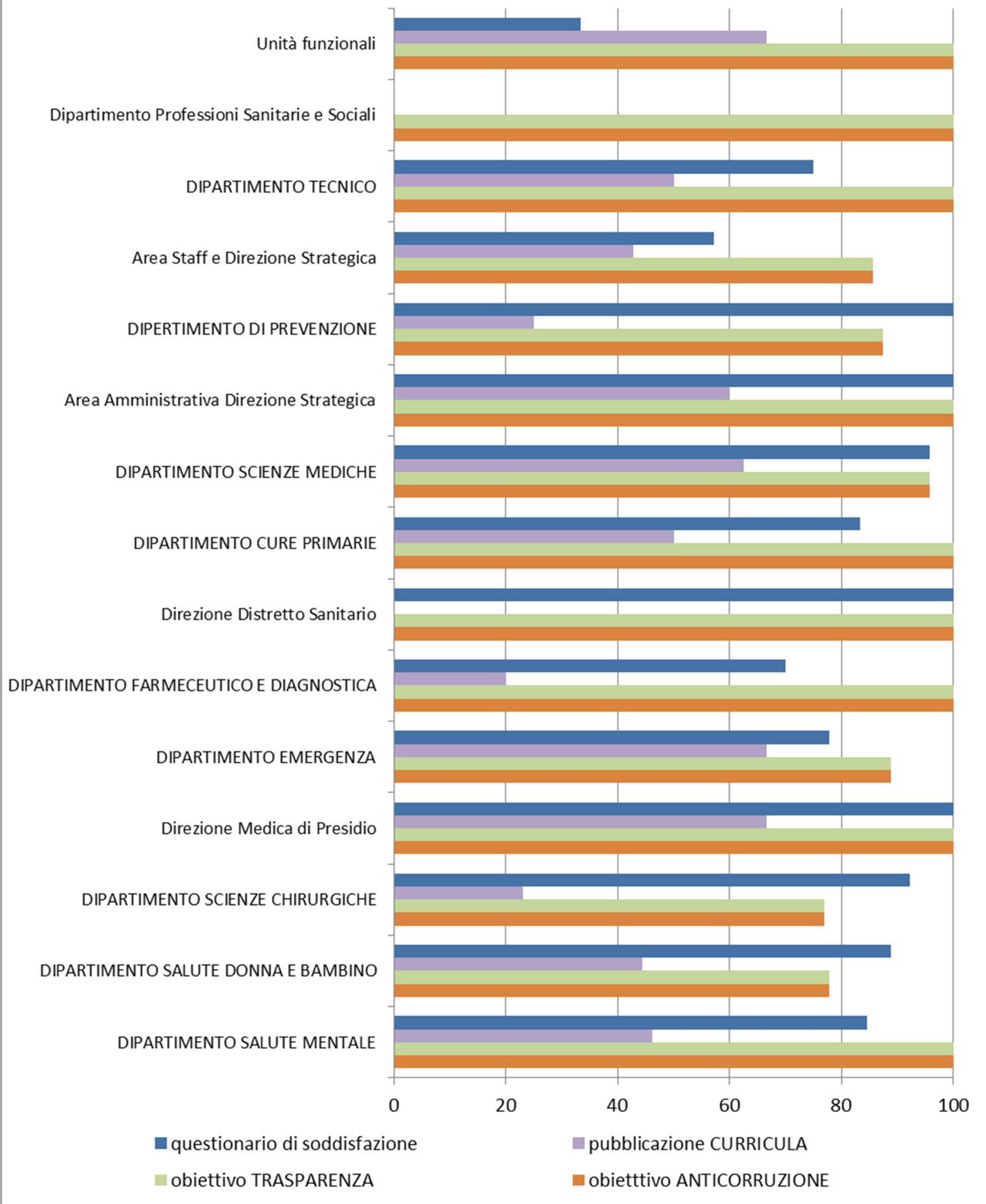
Per adempiere all'obbligo di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utenza, per tutte le UU.OO. con rapporto diretto con utenza esterna, è stata avviata un'indagine valutativa tramite un questionario fornito dalla UOC URP, Accoglienza e Partecipazione: Questionario di valutazione della qualità percepita dei servizi di ricovero e cura in Ospedale (Prot.N. 00011560 - 24/05/2023).

I questionari, somministrati ai pazienti o ai familiari dei pazienti, sono stati raccolti e forniti alla UOC URP, Accoglienza e Partecipazione per la successiva elaborazione dei risultati.

Nel caso di UU.OO. senza un rapporto diretto con utenza esterna, è stata avviata un'indagine valutativa tra i diversi servizi, tramite la richiesta via email di esplicitare il livello di soddisfazione nei rapporti lavorativi tra UU.OO.

I risultati sono riportati a livello dipartimentale nel grafico di seguito.

**% di Unità Operative che hanno raggiunto gli obiettivi su
 Anticorruzione, Trasparenza, Pubblicazione dei Curricula,
 Indagine valutativa sul grado di soddisfazione degli utenti**



4 MISURAZIONE E VALUTAZIONE – OBIETTIVI INDIVIDUALI

4.1 *Il modello*

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

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

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

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

La gestione della retribuzione di risultato spettante ai singoli dipendenti è inoltre strettamente correlata alle logiche di performance operativa adottate dall'ente ed in tal modo rappresenta un'importante leva gestionale per incentivare i singoli professionisti al raggiungimento in via coordinata delle complessive finalità dell'Azienda sanitaria. La valorizzazione delle performance individuali si concretizza nella programmazione, monitoraggio e rilevazione di fine esercizio degli apporti dei singoli dipendenti nell'ambito di ciascuna struttura aziendale. Tale processo, quindi, al di là delle finalità direttamente correlate al calcolo degli incentivi, si traduce in una fondamentale attività di coordinamento ed organizzazione delle prestazioni dei singoli professionisti da parte del relativo Direttore o Responsabile di CdR.

La gestione della valorizzazione avviene attraverso un modello di scheda individuale i cui contenuti sono stabiliti dal valorizzatore e condivisi preliminarmente con i valorizzati ad inizio anno; infatti, ai fini di una partecipata e trasparente programmazione e controllo delle performance individuali, il valorizzatore di ciascun ambito organizzativo è responsabile della preventiva illustrazione dei contenuti oggetto di analisi (criteri e livelli di valorizzazione) e al termine dell'esercizio il valorizzatore, in base ai medesimi criteri e livelli, procederà a rilevare l'apporto annuale effettivamente prestato dai singoli dipendenti (valorizzazione finale).

La scheda individuale è stata costruita secondo lo schema di seguito indicato, individuando generalmente 4 indicatori per l'area della produttività (peso complessivo del 70%) e 1 indicatore per l'area del comportamento (peso complessivo del 30%).

MODELLO DI SCHEDA

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

4.2 Accordi sindacali e fondo produttività

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

La prima tiene conto dell'efficacia dell'operato "in squadra" e si traduce nella verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi da parte del comparto afferente alla struttura; la seconda, invece, si esplica nella valorizzazione degli apporti individuali alla produttività delle UU.OO.

I sistemi di valorizzazione e valutazione individuale si realizzano attraverso gli atti deliberativi n.771 del 06/10/2022 e n.832 del 26/10/2022 (protocolli applicativi per la gestione del sistema di valorizzazione della Performance Individuale e del connesso sistema premiante, rispettivamente Aree della Dirigenza Sanitaria e PTA e Area del Comparto) e gli atti deliberativi n.455 e n.456 del 17/06/2022 (regolamenti per la gestione del sistema di valutazione degli incarichi dirigenziali, rispettivamente Area PTA e Area Sanità) e n.457 del 17/06/2022 (regolamento per la gestione del sistema di valutazione del personale del comparto, incarichi di funzioni e progressioni orizzontali).

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

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

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

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

Fondi per la Retribuzione di Risultato e Produttività 2023

Fondi per la Retribuzione di Risultato e Produttività 2023	
Dirigenza Sanitaria	
	Valore
Fondo per il finanziamento della Retribuzione di Risultato - anno 2023	1.121.451,55
Speso - anno 2023	112.820,00
Residuo per obiettivi non raggiunti - anno 2022	158.328,41
Totale liquidabile al netto dell'accantonamento del 10%	1.050.263,96
Dirigenza P.T.A.	
	Valore
Fondo per la Retribuzione di Risultato e altri Trattamenti Accessori	144.581,60
Speso - anno 2023	10.643,52
Residuo per obiettivi non raggiunti - anno 2022	12.404,58
Totale liquidabile al netto dell'accantonamento del 10%	131.708,40
Comparto	
	Valore
Fondo Premialità e Condizioni Lavoro	10.763.789,71
Speso - anno 2023	9.200.416,31
Residuo per obiettivi non raggiunti - anno 2022	382.411,90
Totale liquidabile al netto dell'accantonamento del 10%	1.751.206,77

4.3 *Il processo di misurazione*

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

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

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

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

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

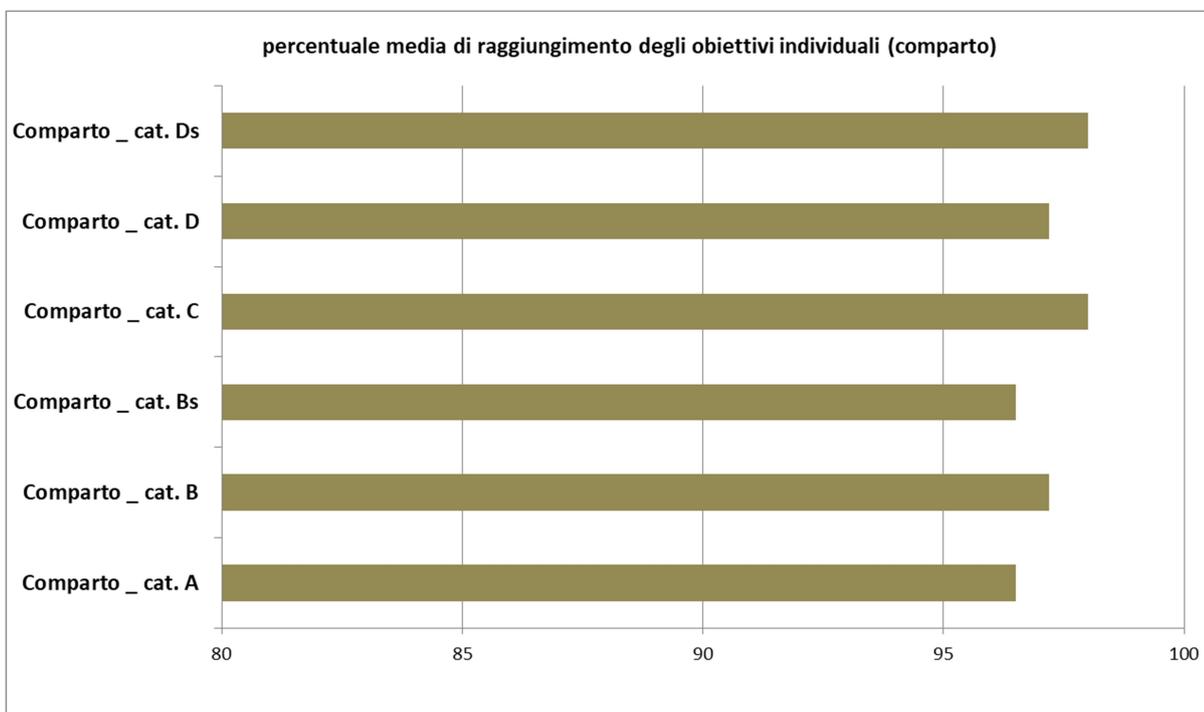
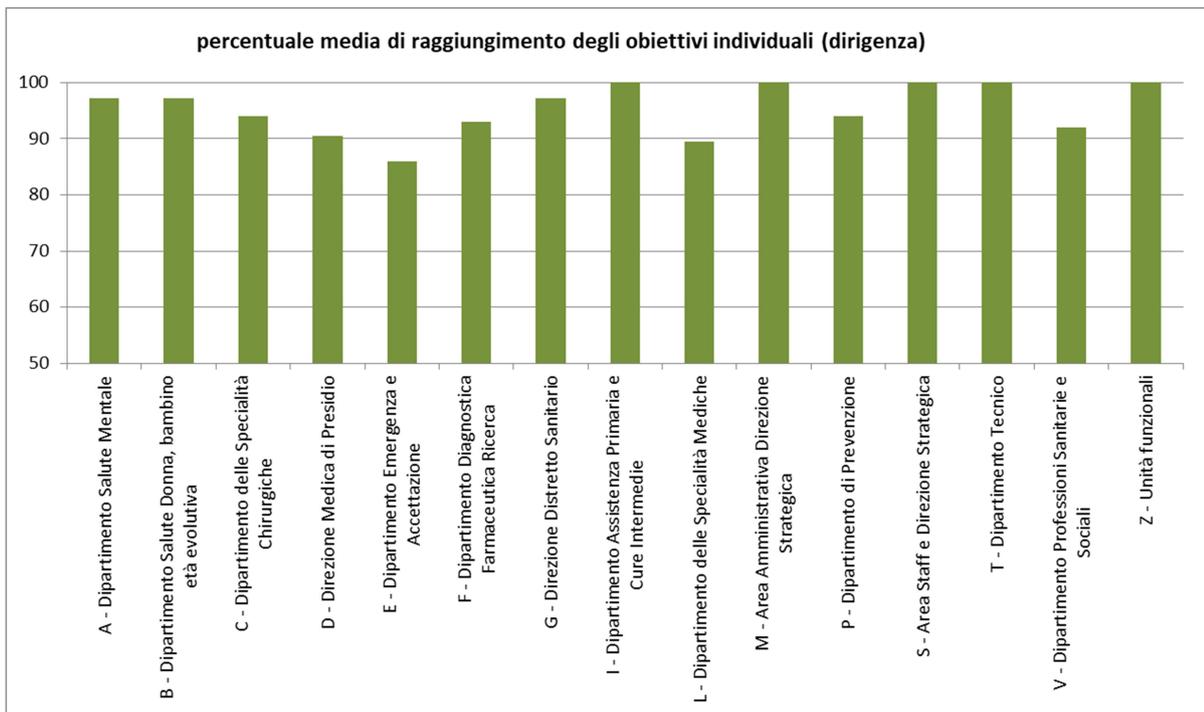
La performance conseguita dal dipendente nell'anno di riferimento determina, altresì, il valore economico della performance stessa, valore economico che oltre ad essere vincolato allo stato di attività e tipo rapporto del dipendente, tiene conto delle valutazioni degli obiettivi assegnati alle Unità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

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

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

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

4.4 *Gli esiti della valorizzazione degli obiettivi individuali*



5 PIANI DI MIGLIORAMENTO

L'Azienda nel corso del 2023 ha impegnato il proprio personale nella progettazione e pianificazione di percorsi, protocolli e programmi finalizzati all'ottimizzazione e all'efficientamento dei processi aziendali di assistenza.

5.1 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA)

Nel 2023 ASL Frosinone ha adottato i seguenti PDTA:

- “Gestione del Paziente affetto da Scopenso Cardiaco”: Deliberazione n. 655 del 03/08/2023
- “Gestione del Paziente affetto da Sclerosi Multipla”: Deliberazione n. 602 del 27/07/2023
- “Gestione del Paziente affetto da Melanoma”: Deliberazione n. 646 del 02/08/2023
- “Gestione del Paziente affetto da Diabete Mellito”: Deliberazione n. 647 del 02/08/2023

e sono in fase avanzata di elaborazione: PDTA Demenze, PDTA Disturbi del Comportamento Alimentare, PDTA Tumori del Colon Retto, PDTA Tumori Testa Collo.

5.2 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.

5.3 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

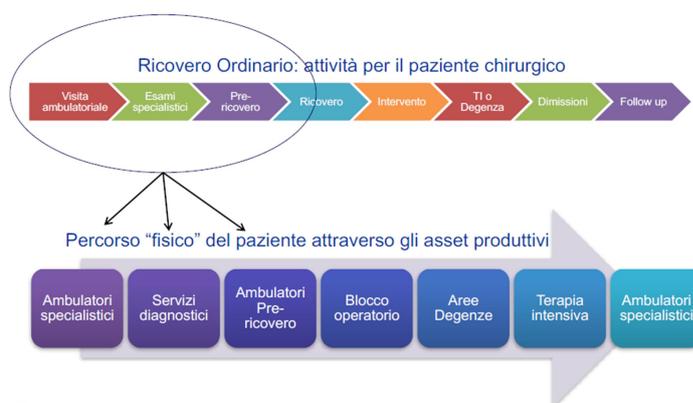
circa il 20% l'autonomia motoria è persa completamente e al primo anno di follow-up solo il 30-40% riprende piena autonomia nelle attività quotidiane.

5.4 Piano Aziendale dei Gestione del Flusso di Ricovero e del Sovraffollamento in Pronto Soccorso

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 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.

5.5 Protocollo per la gestione del 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

5.6 Progetto di monitoraggio e ottimizzazione della spesa convenzionata

È sempre più evidente come la transizione epidemiologica, con la maggiore prevalenza di patologie croniche e il progressivo invecchiamento della popolazione, renda ormai indispensabile una forte e strutturata integrazione tra ospedale e territorio. Per realizzare strutturalmente tale sistema di connessione Ospedale-Territorio, è stato definito e adottato un percorso di facilitazione della comunicazione fra i diversi setting assistenziali, mediante l'istituzione di Strutture Funzionali:

- ✓ Centro per la Continuità Assistenziale Ospedale/Territorio (presente in tutti gli ospedali)
- ✓ Centro per la Presa in Carico Assistenziale (istituito in tutte le Aziende Sanitarie).

Con Delibera n. 702 del 08.09.2023 l'ASL di Frosinone ha definito la composizione delle strutture funzionali.

5.7 Procedura aziendale di inserimento e gestione del catetere vescicale

In data 06/10/2023 è stata pubblicata la procedura aziendale di inserimento e gestione del catetere vescicale con lo scopo di razionalizzare l'utilizzo del CV, diffondendo e implementando l'appropriatezza al ricorso, limitandone l'uso ai soli casi necessari e fornire le corrette indicazioni sulle modalità operative in ogni fase del processo di gestione del catetere vescicale al fine di prevenire le CAUTI ed eventuali complicanze.

5.8 Procedura operativa per la gestione delle consulenze medico-specialistiche

La procedura operativa per la gestione delle consulenze medico-specialistiche (procedura aziendale n. 14 del 18/01/2023) ha lo scopo di fornire agli operatori dei Presidi Ospedalieri aziendali indicazioni sulla modalità per richiedere ed eseguire le consulenze specialistiche

Questa procedura si applica a tutte le articolazioni operative e funzionali delle aree sanitarie, tutti i professionisti che vi prestano servizio, tutti i casi in cui si verifica la necessità di richiedere ed effettuare una CMS per i pazienti assistiti.

5.9 Piano di emergenza interna per massiccio afflusso di feriti (PEIMAF) per il P.O. Spaziani della ASL di Frosinone

Per Piano di Emergenza per il Massiccio Afflusso di Feriti di un ospedale s'intende quell'insieme di disposizioni organizzative e procedurali che consente a un ospedale di far fronte ad una maxi-emergenza, mantenendo uno standard di trattamento dei pazienti paragonabile a

quello garantito al paziente singolo. L'organizzazione dei soccorsi sanitari, necessaria ad affrontare situazioni di maxi-emergenza caratterizzate da un elevato numero di feriti, rappresenta un elemento strategico che mette a dura prova il sistema di emergenza territoriale e la rete dell'emergenza ospedaliera.

5.10 Procedura di impianto e gestione degli accessi vascolari

Lo scopo del documento¹ è quello di stabilire le indicazioni e le tecniche per posizionamento e gestione degli accessi vascolari nel paziente adulto, considerando i diversi setting di patologia, da cui scaturisce una flow chart decisionale per la scelta del vaso, del catetere venoso e il suo adeguato utilizzo al fine di ridurre le complicanze e contribuire al miglioramento dell'outcome del malato. Tutte le indicazioni sui rischi e la competenza di gestione degli accessi vascolari sono riportate nel rispetto dell'Evidence Based Medicine (EBM) e tali informazioni sono essenziali per prevenire le complicanze da catetere venoso fin dall'ingresso del paziente nel Dipartimento di Emergenza.

5.11 Procedura per la gestione dei pazienti in ventilazione invasiva e NIV

Questo primo documento² propone raccomandazioni per la prevenzione di HAP e VAP.

Il tutto per migliorare la prognosi del malato, limitare la durata della degenza intra-ospedaliera, abbattere la percentuale di infezioni correlate alla ventilazione invasiva (VAP) ed aumentare la possibilità di sopravvivenza a breve e lungo termine. Ciò ha quindi rilevanza sia per l'iter terapeutico del paziente, ma anche per i costi ospedalieri in termini di riduzione di giorni di degenza e prevenzione/controllo delle infezioni intra-ospedaliere.

5.12 Procedura per la gestione del carrello emergenza

Il carrello per l'emergenza è una attrezzatura corredata di apparecchiature specifiche e materiale necessario per affrontare le emergenze cliniche e garantire il supporto vitale ai malati in condizione critica, consentendo agli operatori sanitari di disporre di tutti gli strumenti idonei. Deve prevedere: equipaggiamento standard per l'assistenza cardio-respiratoria, attrezzatura specifica per la rianimazione cardio-polmonare, presenza di Dispositivi Medici e farmaci.

¹ Procedura Aziendale del 31/10/2023

² Procedura Aziendale del 31/10/2023

5.13 Percorso per le donne che subiscono violenza

La ASL di Frosinone adempie con una prima deliberazione (Atto Deliberativo n. 1 del 02.01.2020) a cui segue, con atto deliberativo n.131 del 23/02/2023, la Procedura Ospedaliera denominata: “PERCORSO PER LE DONNE CHE SUBISCONO VIOLENZA”.

5.14 Procedura per la somministrazione della terapia di ferro EV

Attraverso la procedura aziendale del 07/06/2023, vengono fornite alle UU.OO. ospedaliere, agli ambulatori aziendali e alle articolazioni territoriali, le indicazioni per una corretta gestione della terapia marziale e per i pazienti in regime di ricovero e non.

5.15 Regolamento di Bed Management

Il documento è stato redatto il 27/06/2023 con lo scopo di facilitare il processo di ricovero urgente o programmato, promuovendo l’appropriatezza, l’ottimizzazione e la razionalizzazione nella gestione logistica dei posti letto aziendali. Il mancato governo dei flussi dei pazienti in Ospedale ha, infatti, effetti negativi su tutte le fasi del ricovero, sia sui tempi d’attesa in Pronto Soccorso sia sulla degenza media dei reparti, nonché su altri indicatori di attività, di processo ed esito ospedalieri. Il sovraffollamento, la degenza prolungata e il ritardo delle dimissioni aumentano il rischio di eventi avversi, tra cui l’aumento delle ICA (Infezioni Correlate all’Assistenza), il disagio dei pazienti e dei familiari, ma anche del personale medico ed infermieristico esposto a un ambiente inidoneo, poco organizzato ed altamente conflittuale.

5.16 Procedure di dimissione e trasferimento dei pazienti dalle strutture ospedaliere al territorio

Le procedure definite nel 2023, in continuità con quanto previsto nel Regolamento di bed management aziendale, intendono definire le modalità operative con cui prendere in carico i pazienti con una dimissione difficile.

L’ASL di Frosinone ha individuato la Scheda BlaylockRiskAssessment Screening Score (Brass) quale principale strumento di valutazione per individuare le dimissioni c.d. “difficili”, la cui compilazione è a carico dell’Unità di Valutazione Multidimensionale Ospedaliera (UVM-O).

5.17 Regolamento e documentazione UDI

Lo scopo del regolamento³ è quello di omogeneizzare l'attuale documentazione infermieristica in uso e che consenta di ottenere e categorizzare in modo accurato e preciso le informazioni utili riguardanti la persona assistita al fine di elaborare un adeguato piano assistenziale, che permetta di definire i problemi assistenziali secondo un sistema di classificazione internazionale, di utilizzare scale di valutazione scientificamente validate per misurare la complessità assistenziale e oggettivare i problemi dell'assistito, documentare correttamente le informazioni assistenziali, favorire la continuità delle informazioni tra i professionisti, realizzare uno strumento facile da consultare e semplice da compilare, evitare la ridondanza di informazioni presenti su strumenti informativi diversi, favorire la rapidità della compilazione utilizzando un modello strutturato.

5.18 Attivazione di Gruppi Operativi Interdisciplinari

Attivazione di Gruppi Operativi Interdisciplinari: 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.

5.19 Miglioramento della fruibilità del sito internet aziendale

Per una maggiore fruibilità del sito internet aziendale nel corso dell'anno 2023 sono stati installati due software:

- Modern Machine Translation, un sistema di traduzione dei contenuti (fino a 29 lingue) che si basa sull'intelligenza artificiale e che permette di contestualizzare ciò che viene tradotto. Nel caso specifico consente di adattare i contenuti tradotti al contesto sanitario, favorendo così una maggiore comprensione dei contenuti pubblicati sul sito web da parte degli utenti stranieri;
- AccessWidget, che permette agli utenti con disabilità, e non solo, di personalizzare la loro esperienza di navigazione attraverso una moltitudine di opzioni e profili specifici (es. profilo ipovedente, profili della disabilità cognitiva ecc.). Tale funzionalità è allineata con l'obiettivo più generale di rendere il sito web conforme alle normative vigenti in materia di accessibilità dei siti web.

³ Revisionato il 04/07/2023

6 PIANO DELLE AZIONI POSITIVE

Nell'ambito della programmazione aziendale ed in particolare nel contesto del Valore Pubblico, un ruolo fondamentale è riconosciuto alla promozione delle pari opportunità attraverso il Piano delle Azioni Positive. Detto piano rappresenta un documento programmatico, finalizzato all'adozione di azioni positive all'interno del contesto organizzativo e di lavoro, che precisa obiettivi, azioni e tempi per realizzare progetti mirati all'attuazione delle pari opportunità, al contrasto di ogni forma di discriminazione e a favorire il benessere in ambito lavorativo.

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.

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.

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.

Il Piano delle Azioni Positive 2024-2026, 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, età, livello, tempo indeterminato e determinato, tipo di presenza (tempo pieno, part time maggiore del 50%, time minore o uguale del 50%, ecc..)

POTENZIAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Azione 2.1 – Riguardo l'Ampliamento dell'area banner del Comitato Unico di Garanzia sul portale ASL Frosinone, nella sezione Comitati e Commissioni è pubblicato l'Atto di costituzione (A.D. n. 2247 del 20.12.2019) e il relativo Regolamento.

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)

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

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

Azione 3.2 - Promozione della tutela e della dignità delle donne e degli uomini sul lavoro: nei mesi di novembre e dicembre 2023 è stato realizzato il Corso di Formazione “Percorso per le donne che subiscono violenza” (8 incontri sui territori dei Presidi Ospedalieri) riguardante la procedura di accoglienza e presa in carico delle donne vittime di violenza secondo quanto previsto dalle Linee Guida nazionali del 2017. La formazione è stata destinata a 580 professionisti di cui operatori sanitari e socio sanitari in particolare a medici, infermieri, assistenti sociali, tecnici di laboratorio.

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 - 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.

CONTRASTO A FORME DI DISCRIMINAZIONE E DI VIOLENZA

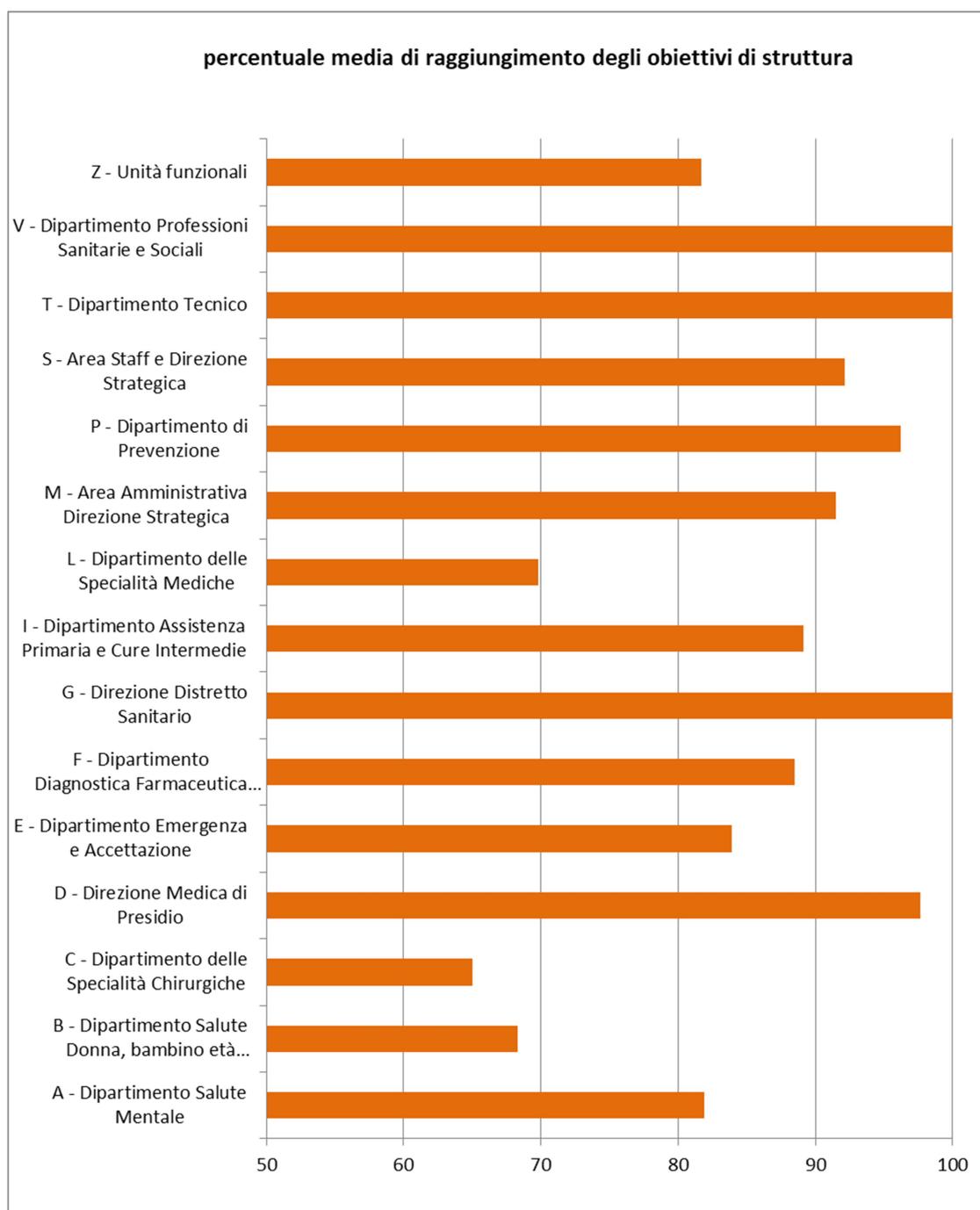
Azione 6.1 – Predisposizione nelle prossime annualità di un Codice di condotta per la tutela della dignità della persona e la prevenzione di ogni forma di discriminazione, molestia morale, sessuale, mobbing ecc.

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

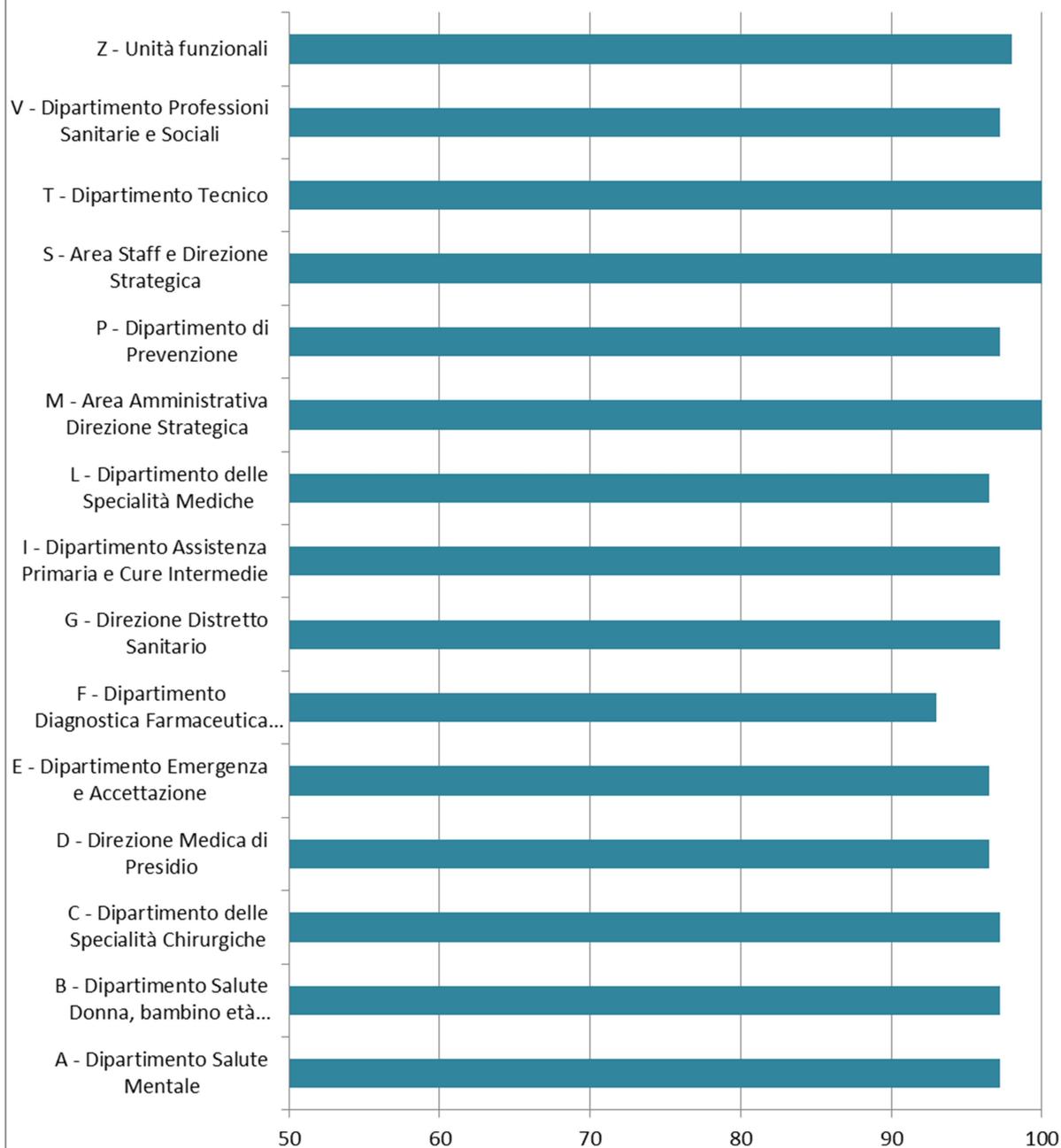
7 CONCLUSIONI

7.1 Sintesi dei principali risultati

A livello generale, nel 2023 la ASL di Frosinone ha riportato un livello medio di raggiungimento della Performance operativa pari all'87,1% e della performance individuale (dirigenza e comparto) pari al 97,1%; di seguito il dettaglio a livello dipartimentale:



percentuale media di raggiungimento degli obiettivi individuali



7.2 Punti di forza e punti di debolezza rilevati nel ciclo della Performance

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

Il 2023 è stato l'anno in cui la Asl di Frosinone ha consolidato il processo di gestione della Performance secondo quanto previsto dal SMVP, seguendo a tutti i livelli dell'organizzazione le logiche e gli strumenti caratterizzanti un efficace sistema di pianificazione, controllo e valutazione, basato sulla trasparenza, sulla coerenza del processo stesso e sul rispetto di determinati standard normativi.

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