

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 3 agosto 2017, n. U00354

Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL FROSINONE.

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

OGGETTO: Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL FROSINONE.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI:

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*” e successive modifiche;
- il Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente Organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modifiche;

VISTE:

- la deliberazione della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente “Approvazione del “Piano di Rientro” per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”;
- la deliberazione della Giunta Regionale n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto “Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, l’articolo 2, comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo Programmi Operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad acta;
- la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013 con la quale è stato conferito al Presidente *pro-tempore* della Giunta della Regione Lazio, Dott. Nicola Zingaretti, l’incarico di Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui all’art. 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i.;

VISTI:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*” modifiche ed, in particolare, l'articolo 3, comma 1 bis, ai sensi del quale le Aziende Sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con Atto Aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti dalle disposizioni regionali;
- la Legge regionale 6 giugno 1994, n. 18 “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*” e successive modifiche;

VISTI altresì:

IL COMMISSARIO AD ACTA

(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- il Decreto legge c.d. “*Spending Review*” 6 luglio 2012, n. 95 recante “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il Decreto legge c.d. “*Balduzzi*” 13 settembre 2012, n. 158 recante “*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*”, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ed, in particolare, l’articolo 1 sul riordino dell’assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l’articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;
- il Decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014 recante “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e l’efficienza degli uffici giudiziari*”;

VISTO il DCA 6 agosto 2014, n. U00259 concernente “*Approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio*”, che, al punto 11, prevede, tra l’altro, che “*L’atto aziendale e le successive modifiche (che non rivestano carattere meramente formale) dello stesso necessitano di specifica approvazione regionale mediante Decreto del Commissario ad acta.*

Di norma, le proposte di modifica degli atti aziendali approvati potranno essere presentate alla Regione, per il relativo esame, una volta l’anno nel periodo temporale intercorrente tra il 15 settembre ed il 15 novembre di ogni anno.

La proposta di atto aziendale e/o modifica dello stesso è adottata dal direttore generale con atto deliberativo, previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari”;

DATO ATTO:

- che con l’Atto di Organizzazione n. G03680 del 13 aprile 2016 si è proceduto alla riorganizzazione delle strutture organizzative di base della Direzione Salute e Politiche Sociali attraverso la soppressione di Aree esistenti e l’istituzione di Aree, Uffici e Servizi con contestuale ridistribuzione delle competenze e che, con il DCA n. U00370 del 17.11.2016, si è dato mandato al Direttore della Direzione Salute e Politiche Sociali di definire, con propri atti, la composizione della Commissione per la valutazione, tra l’altro, delle proposte di modifica degli Atti Aziendali vigenti che non rivestano carattere meramente formale;
- che con la Determinazione n. G14561 del 7 dicembre 2016 si è costituita la predetta Commissione composta da dirigenti interni alla Direzione Salute e Politiche Sociali e si è disposto che la stessa sia coordinata dal Direttore della Direzione Salute e Politiche Sociali il quale esprime il parere finale sulla proposta di Atto Aziendale, sentiti i dirigenti interessati per materia;

CONSIDERATO che il Commissario Straordinario della ASL Frosinone, con posta certificata di cui al prot. entrata n. I. 0604241 del 02.12.201, ha trasmesso alla Regione per il relativo esame la deliberazione n. 1531 del 28.11.2016 di adozione della proposta di Atto Aziendale, nella quale, tra l’altro, si dà atto:

- a) di aver acquisito in data 22.11.2016 il parere favorevole del Collegio di

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

- Direzione;
- b) di aver acquisito in data 22.11.2016 il parere favorevole della Conferenza Locale per la Sanità;
 - c) di aver sentito il Consiglio dei Sanitari in data 18.11.2016;
 - d) di aver consultato le Organizzazioni Sindacali delle tre Aree della Contrattazione in data 21.11.2016;

ATTESO che la proposta di Atto Aziendale è stata esaminata dalla Commissione interna della Direzione regionale Salute e Politiche Sociali;

CONSIDERATO che il Commissario Straordinario della ASL Frosinone, con nota prot. n. 15514 del 16.02.2017, ha proposto integrazioni alla proposta di Atto Aziendale facendo seguito alle interlocuzioni informali avute con il Direttore della Direzione Salute e Politiche Sociali;

CONSIDERATO che il Commissario Straordinario della ASL Frosinone, con nota prot. n. 23238 del 13.03.17, ha quindi trasmesso la proposta di Atto Aziendale come integrata;

DATO ATTO che il Direttore della Direzione Salute e Politiche Sociali, con nota prot. n. U.0179215 del 06.04.2017, esaminata la proposta di Atto Aziendale, ha espresso le proprie osservazioni invitando il Commissario Straordinario dell'Azienda a fornire i chiarimenti richiesti ed a rivedere la proposta di Atto Aziendale sulla base dei rilievi formulati;

DATO ATTO che il Commissario Straordinario della ASL Frosinone, con deliberazione n. 553 del 10.04.17, ha apportato alla proposta di Atto Aziendale le modifiche e integrazioni richieste dalla Regione;

DATO ATTO che il Direttore della Direzione Salute e Politiche Sociali, con nota prot. n. U.0310686 del 19.06.17, nel prendere atto della proposta come integrata e modificata, ha invitato il Commissario Straordinario ad adottare formalmente l'Atto Aziendale dando evidenza di aver esperito tutti i passaggi istituzionali previsti al punto 11 del DCA n. U00259/14;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario della ASL Frosinone, trasmessa con nota prot. n. 59792 dell'11.07.17, avente ad oggetto "ATTO AZIENDALE", nella quale, tra l'altro, si dà atto:

- a) di aver acquisito in data 10.07.2017 il parere favorevole del Collegio di Direzione;
- b) di aver acquisito in data 10.07.2017 il parere favorevole del Consiglio dei Sanitari;
- c) di aver avuto incontri con le Organizzazioni Sindacali in data 10.07.2017;
- d) che, con riferimento alla Conferenza dei Sindaci, *"Il Presidente, con nota prot. 06 del 11.7.17, ha comunicato che, preso atto della nota ASL n. 58541 del 6.7.17 e quindi che le modifiche apportate all'Atto Aziendale non sono sostanziali rispetto al documento approvato dalla Conferenza*

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Locale per la Sanità il 22.11.2016, ha inviato per opportuna conoscenza il documento stesso così come modificato a tutti i Sindaci non ritenendo necessaria la convocazione di una ulteriore assemblea”;

- e) di aver acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario f.f. e del Direttore Amministrativo f.f.;

PRESO ATTO della nota del Commissario Straordinario della ASL Frosinone prot. n. 65135 del 28.07.17 con cui, in riscontro alla mail regionale del 27.07.17 di richiesta chiarimenti in ordine all’espletamento del passaggio istituzionale della consultazione con i Sindacati sulle modifiche apportate alla proposta di Atto Aziendale, ha precisato che: *“Le Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica e Amministrativa hanno approvato tali modifiche come risulta dal verbale del 10/07/2017. Le Organizzazioni Sindacali del Comparto convocate il giorno 10/07/2017 hanno abbandonato l’assemblea ritenendo la presenza del Direttore Amministrativo aziendale delegato a rappresentare il Commissario Straordinario, impegnato in altra sede, non sufficientemente rappresentativo all’uopo, nonostante la consapevolezza che le modifiche apportate fossero non sostanziali”;*

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, approvare l’Atto Aziendale della ASL Frosinone adottato con la deliberazione n. 1112 dell’11.07.2017 avente ad oggetto “ATTO AZIENDALE”, che sostituisce il precedente approvato con il DCA n. U00134 del 01.04.2015, la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

1. di approvare l’Atto Aziendale della ASL Frosinone adottato con la deliberazione n. 1112 dell’11.07.2017 avente ad oggetto “ATTO AZIENDALE”, che sostituisce il precedente approvato con il DCA n. U00134 del 01.04.2015, la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al tribunale amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e comunicato alle Aziende ed agli Enti interessati.

NICOLA ZINGARETTI

ATTO DELIBERATIVO N°

1112

DEL

11/07/2017

ORIGINALE ☐ - COPIA ☐ - ALLEGATI N°☐

Struttura Proponente:

DIRETTORE GENERALE

1121

11/07/2017

(Proposta N°)

(Data)

OGGETTO:

ATTO AZIENDALE

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Luigi Macchitella

(Nome e Coenome)

Parere del Direttore Amministrativo f.f.
Dott. Vincenzo Brusca☐ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

Firma

Parere del Direttore Sanitario f.f.
Dott. Antonio Corbo f.f.☐ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data

Firma

Il Funzionario addetto al controllo di budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imputa la spesa:

NON COMPORTA COSTI

(Descrizione)

Numero Conto Economico _____

Numero Sub autorizzazione _____

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget:

Data

(Nome e Cognome)

(Firma)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

VISTO quanto previsto dalle Linee Guida per la redazione degli Atti aziendali di cui al DCA 259/2014 circa la proposta di modifiche al vigente Atto aziendale, già approvato con DCA n. U00134 del 01/04/2014 e specificatamente al punto 11 del DCA 254/2014;

CONSIDERATA l'intenzione di questa azienda di modificare l'Atto aziendale vigente;

PRESO ATTO che le modifiche che si è ritenuto apportare al vigente atto sono sempre in conformità alle disposizioni del Comitato LEA: D.P.C.M. del 29/11/2001 e ss.mm.ii.;

CONSIDERATO che il modello organizzativo è definito in base alle politiche sanitarie individuate dalla ASL di Frosinone nel rispetto delle indicazioni Regionali e Nazionali;

CONSIDERATO che con Atto Deliberativo n. 1531 del 28 Novembre 2016 si procedeva a deliberare le proposte di modifiche del vigente Atto aziendale; che tali modifiche venivano sottoposte al Collegio di Direzione in data 22/11/2016 con risultato favorevole; che in data 22/11/2016 venivano sottoposte alla Conferenza Locale per la Sanità, al precipuo scopo di favorire la diffusione della consapevolezza circa la futura nuova organizzazione aziendale; che in data 18/11/2016 è stato sentito il Consiglio dei Sanitari; che in data 21/11/2016 è avvenuta la consultazione delle OO.SS. delle tre Aree di contrattazione con approvazione delle stesse;

PRESO ATTO che tale documento è stato inviato alla Regione Lazio;

CONSIDERATE le successive interlocuzioni e la corrispondenza intercorse al riguardo tra l'Azienda e i competenti settori regionali (note ASL 15514/17 e 23238/17 – nota Regione Lazio prot. 179215/17), recependo le indicazioni fornite, sono state apportate all'Atto Aziendale alcune modifiche ed è stata adottata la deliberazione 553 del 11.04.2017;

PRESO ATTO che la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali- Area Affari Generali Regione Lazio con la nota prot. n. 0310686 del 19/06/2017 comunicava la sostanziale approvazione della deliberazione n. 553 dell'11/04/2017 invitando l'Azienda a deliberare in via definitiva le modifiche dell'Atto Aziendale dopo aver esperito tutti i passaggi istituzionali previsti al punto 11 del DCA 00259/2014;

PRESO ATTO, altresì, che a seguito di tale comunicazione sono stati effettuati i passaggi istituzionali previsti e precisamente:

- 1) Collegio di Direzione (parere positivo espresso nella seduta del 10.7.2017);
- 2) Consiglio dei Sanitari (seduta del 10.7.2017);
- 3) Organizzazioni Sindacali (incontri del 10.7.17);
- 4) Conferenza dei Sindaci. Il Presidente, con nota prot. 06 del 11.7.17, ha comunicato che, preso atto della nota ASL n. 58541 del 6.7.17 e quindi che le modifiche apportate all'Atto Aziendale non sono sostanziali rispetto al documento approvato dalla Conferenza Locale per la Sanità il 22.11.2016, ha inviato per opportuna conoscenza il documento stesso così come modificato a tutti i Sindaci non ritenendo necessaria la convocazione di una ulteriore Assemblea;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Sanitario ff e del Direttore Amministrativo ff.

DELIBERA

per i motivi espressi in narrativa che si intendono integralmente riportati

- ☐ di revocare le deliberazioni n. 1531 del 28.11.2016 e n. 553 dell' 11/04/2017;
- ☐ di adottare le modifiche dell'Atto Aziendale recependo le indicazioni regionali e dopo aver svolto i passaggi istituzionali previsti;
- ☐ di allegare al presente atto quale parte integrante il documento così modificato;
- ☐ di trasmettere alla Regione Lazio il presente provvedimento di proposta di modifica dell'Atto Aziendale dell'ASL Frosinone per la necessaria e definitiva approvazione.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Luigi Macchitella

Il Direttore U.O.C. Affari Generali, Contratti e Supporto all'Attività Legale Azienda USL Frosinone

ATTESTA CHE

La deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio nell'elenco N° _____ del _____

- è stata trasmessa al Collegio Sindacale il _____ prot. n° _____
- è pubblicata all'albo Pretorio dal _____ al _____
- è esecutiva dalla data di adozione.

AFFARI GENERALI, CONTRATTI E
SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ LEGALE
Il Dirigente Amministrativo
(*Dr.ssa Ornella Falivene*)

AZIENDA SANITARIA LOCALE ***FROSINONE***



ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE

**AZIENDA SANITARIA LOCALE
FROSINONE**

ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE

Atto di Autonomia Aziendale A.M. **2016**

Azienda Sanitaria Locale Frosinone

INDICE

Premessa	8
I principi ispiratori	8
Procedura interna di istruttoria, informativa e modifica dell'Atto Aziendale	9
 TITOLO I. Disposizioni Generali	 10
Articolo 1. L'oggetto dell'Atto Aziendale	10
Articolo 2. Denominazione, sede legale, logo e sito internet	10
Articolo 3. Il territorio della ASL di Frosinone	11
Articolo 4. Presidi Ospedalieri e posti letto	13
4.1 Strutture accreditate	13
4.2 Struttura organizzativa interna	14
4.3 Le Unità Operative Complesse e Semplici totali	15
Articolo 5. Il personale dipendente	15
Articolo 6. Le finalità e la mission	19
6.1 Premessa	19
6.2 Mission	19
6.3 Vision	20
Articolo 7. Politiche attuative dell'umanizzazione	21
7.1 Accoglienza, tutela e partecipazione. Comfort ospedaliero e delle Strutture aziendali	21
7.2 Le politiche sanitarie per la cittadinanza: garantire adeguati percorsi di cura, nel rispetto della persona	22
7.3 Le politiche sanitarie per l'integrazione della rete dei servizi: il Piano della Prevenzione, l'integrazione sociosanitaria ed il contributo privato sociale e del volontariato	24
7.4 Le politiche aziendali per il governo delle risorse umane: formazione e sicurezza	24
7.5 Le politiche aziendali per promuovere la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini. Garanzie sulla trasparenza	25
Articolo 8. Prevenzione della Corruzione	27
Articolo 9. Il percorso assistenziale: il ruolo delle professioni	29
 TITOLO II. Assetto Istituzionale	 29
CAPO I. La Direzione Strategica	
Articolo 10. Gli Organi della ASL	29
10.1 Il Direttore Generale	29
10.2 Il Collegio di Direzione	30

10.2.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione	30
10.3 Il Collegio Sindacale: composizione e funzioni	31
Articolo 11. Direzione Strategica aziendale	31
11.1 Il Direttore Sanitario	32
11.2 Il Direttore Amministrativo	32
Articolo 12. Gli Organismi	33
12.1 Il Consiglio dei Sanitari	33
12.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione	34
12.3 I Comitati e le Commissioni aziendali	35
CAPO II. Unità Funzionali in staff alla Direzione Strategica	37
Articolo 13. Il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili	37
Articolo 14. Il Servizio Sicurezza Prevenzione e Protezione	37
Articolo 15. UOC Ufficio Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, Accoglienza, Tutela e Partecipazione	38
Articolo 16. UOC Epidemiologia Valutativa e Sistemi Informativi Sanitari	39
Articolo 17. UOC Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico	39
Articolo 18. UOSD Accreditamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Sanitarie	40
Articolo 19. UOSD Direzione CC.UU.NN. e Specialistica	40
TITOLO III. L'Organizzazione Aziendale	41
Articolo 20. L'organizzazione aziendale	41
Articolo 21. Articolazione interna delle Strutture e di altri modelli operativi	41
21.1 Le Unità Operative	41
21.2 Altri modelli operativi	42
21.3 Rapporti tra partiture organizzative	43
TITOLO IV. La Medicina del Territorio	45
TITOLO V. Il Modello Distrettuale	47
Articolo 22. Il Direttore del Distretto	48
Articolo 23. L'Integrazione sociosanitaria	49
TITOLO VI. La Rete Ospedaliera	50
Articolo 24. La Rete Ospedaliera	51
Articolo 25. Il Direttore Sanitario Ospedaliero	54
	56

TITOLO VII. Il Dipartimento

Articolo 26. Il Dipartimento	56
Articolo 27. Il Direttore di Dipartimento	57
Articolo 28. Il Comitato di Dipartimento	58
Articolo 29. Il Dipartimento della Prevenzione	59
Articolo 30. Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza	60
Articolo 31. Il Dipartimento Emergenza Accettazione	63
Articolo 32. Il Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie	64
Articolo 33. La Casa della Salute	67
Articolo 34. Il Dipartimento della Diagnostica ed Assistenza Farmaceutica	68
Articolo 35. Il Dipartimento Ospedaliero	70
Articolo 36. Il Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione	73

TITOLO VIII. Organizzazione di Supporto 74

Articolo 37. L'organizzazione amministrativa, tecnica e professionale	74
Articolo 38. Le funzioni amministrative	74
Articolo 39. Le Unità Operative Complesse amministrative, tecniche e professionali	75
Articolo 40. Le Unità Operative Semplici	76
Articolo 41. Incarico Professionale o di Alta Specialità	77
Articolo 42. Le posizioni organizzative e di coordinamento	77
Articolo 43. Dipartimento Tecnico Interaziendale	77

TITOLO IX. Competenze e Responsabilità 79

Articolo 44. Responsabilità dei Dirigenti	79
Articolo 45. Direttore di Unità Operativa Complessa	80
Articolo 46. Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale	80
Articolo 47. Responsabile di Unità Operativa Semplice	81
Articolo 48. Responsabile di Incarico Professionale o di Alta Specialità	81
Articolo 49. Responsabile di posizione organizzativa	81
Articolo 50. Procedure per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali	82
Articolo 51. Attribuzione delle competenze	83
Articolo 52. Assegnazione degli incarichi	83
Articolo 53. Disciplina della avocazione	84

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 - Logo aziendale.....	10
Figura 2 - Territorio della ASL di Frosinone	11
Figura 3 - I 4 Distretti sul territorio	12

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione nei 4 Distretti.....	11
Tabella 2 – Ripartizione dei Comuni nei 4 Distretti Sanitari	12
Tabella 3 - Offerta prestazioni ospedaliere.....	13
Tabella 4 - Posti letto privati accreditati.....	13
Tabella 5 - Prestazioni ospedaliere del privato accreditato	14
Tabella 6 - Dotazione complessiva posti letto.....	14
Tabella 7 - Struttura organizzativa interna	14
Tabella 8 - Individuazione delle UOC e delle UOS/UOSD	15
Tabella 9 - Personale dipendente.....	15
Tabella 10 - Dotazione posti letto.....	53
Tabella 11 - Prestazioni ospedaliere del privato accreditato	54
Tabella 12 - Disponibilità posti letto	54

PREMESSA

I principi ispiratori

L'Atto di Autonomia Aziendale dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone è coerente con i principi, gli obiettivi e gli interventi previsti nei *Programmi Operativi 2013 – 2015* emanati con D.C.A. n. U00247 del 25 luglio 2014 e con i principi e gli obiettivi delle *Linee Guida per l'adozione del Piano Strategico Aziendale 2016 – 2018* (D.C.A. n. U00251 del 30 luglio 2014). È redatto secondo quanto previsto dall'*Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio* emanato con D.C.A. n. U00259 del 6 agosto 2014.

Con l'Atto di Autonomia Aziendale la ASL di Frosinone intende riorganizzare l'offerta assistenziale, in particolare potenziando l'Area dell'assistenza territoriale e introducendo modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario in ambito ospedaliero. Inoltre, l'Azienda intende affermare il principio fondamentale della centralità del cittadino, titolare del diritto alla tutela della salute nonché il principio della libera scelta del luogo di cura ed equità di accesso.

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.

In questo Atto di Autonomia Aziendale si ritrovano:

- Sviluppo dei servizi territoriali con valorizzazione ed implementazione delle *Case della Salute* che entro il 2017 dovrebbero passare da due a cinque.
- Riorganizzazione dell'attività ospedaliera impostata sempre su base dipartimentale ma creando un unico *Dipartimento Ospedaliero* diviso per Aree al fine di semplificare le procedure assistenziali e specializzare gli interventi con l'attivazione di una U.O.C. di Neurochirurgia e una U.O.S.D. di Radiologia Interventistica, in aggiunta all'U.T.N. già in essere, avvicina l'obiettivo, almeno in termini operativi, dell'operatività di un DEA di II° livello.

L'Università ha da sempre un ruolo fondamentale nelle dinamiche evolutive dei processi culturali e delle società nel loro complesso. Se è vero, infatti, che storicamente le Università, in quanto produttrici di "cultura", sono sempre state il veicolo del cambiamento, è pur vero che i contenuti e l'approccio didattico perseguito al loro interno hanno sempre riflettuto i valori ed il modello culturale delle società di appartenenza. Le Università hanno pertanto una posizione attiva e dinamica all'interno della società, strettamente legata ai fenomeni evolutivi che investono i sistemi sociali e, in particolare il mondo della sanità, ove le complesse interrelazioni tra fattori demografici, sociali, economici e culturali hanno prodotto, negli ultimi decenni,

profondi cambiamenti. Per tali ragioni nel presente Atto un capitolo sarà dedicato alla loro partecipazione attiva all'interno della programmazione aziendale.

Procedura interna di istruttoria, informativa e modifica dell'Atto Aziendale

Al fine di garantire la rispondenza del presente Atto aziendale alle esigenze e aspettative di tutti gli stakeholders, la Direzione Strategica ha coinvolto il Collegio di Direzione per le scelte primarie di indirizzo ed ha effettuato consultazioni dirette con i singoli Direttori di Dipartimento e con i Direttori di Distretto, per tenere conto delle rispettive esigenze organizzative e di fabbisogno.

Il contenuto del presente Atto aziendale è stato altresì oggetto di consultazione con le Organizzazioni Sindacali dei lavoratori, ed è stato presentato per il parere alla *Conferenza Locale per la Sanità* composta dai 91 sindaci dei comuni compresi nel territorio della ASL di Frosinone, nonché al *Consiglio dei Sanitari*.

Si è deciso di adottare per la stesura del presente Atto un modello snello, con articoli essenziali che rimandano a regolamenti specifici il funzionamento di organismi, gruppi di lavoro, comitati e commissioni ed a provvedimenti successivi per l'attuazione delle previsioni del presente documento.

Proposte di modifiche dell'Atto Aziendale approvato potranno essere presentate alla Regione Lazio, per il relativo esame, una volta l'anno, nel periodo temporale intercorrente tra il 15 settembre ed il 15 novembre di ogni anno.

Di seguito è riportata l'articolazione dell'Atto per titoli, capi ed articoli.

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1 - L'oggetto dell'Atto Aziendale

L'Atto Aziendale è adottato dal Direttore Generale secondo i criteri ed i principi contenuti nel Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ed in attuazione sia del Decreto del Commissario ad acta n. U00247 del 25 luglio 2014 *“Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione”* che del Decreto del Commissario ad acta n. U00259 del 6 agosto 2014 *“Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione”*.

Articolo 2 - Denominazione, sede legale, logo e sito internet

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.

La sede legale dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone è fissata a Frosinone con indirizzo in via Armando Fabi, s.n.c. tel. 0775 8821.

Il logo aziendale è il seguente:



Figura 1 - Logo aziendale

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.

Articolo 3 – Il territorio e la popolazione della ASL di Frosinone

Le fonti dei dati, di seguito riportati, sono: l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ed il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP).



Figura 2 - Territorio della ASL di Frosinone

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 497.678 abitanti, di cui 48.9% maschi e 51.1% femmine (dato ISTAT al 31 dicembre 2013), distribuiti in 4 Distretti Sanitari:

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione nei 4 Distretti

Distretto Sanitario	Abitanti
Distretto "A"	92.269
Distretto "B"	184.498
Distretto "C"	102.903
Distretto "D"	118.008
Totale	497.678

Tabella 2 – Ripartizione dei Comuni nei 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 Fumone 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 Giuliano di Roma Morolo Pastena Patrica Pofi Rieti San Giovanni Incarico Strangolagalli Supino Torrice Vallecora Veroli Villa Santo Stefano	Alvito Arce Arpino Atina Belmonte Castello Broccostella Campoli Appennino Casalattico Casalvieri Castelliri Colfelice Fontana Liri Fontechiari Gallinara Isola del Liri Monte San G. Campano Pescosolido Picinisco Posta Fibreno Rocca D'Arce San Biagio Saracinisco San Donato Valcomino Santopadre Settefrati Sora Vicalvi Villa Latina	Acquafondata Aquino Ausonia Cassino Castelnuovo Parano Castrocielo Cervaro Colle San Magno Coreno Ausonio Esperia Pico Piedimonte San Germano Pignataro Interamna Pontecorvo Roccasecca San Giorgio a Liri San Vittore del Lazio Sant'Ambrogio sul G. Sant'Andrea sul Garigliano Sant'Apolinnare Sant'Elia Fiumerapido Terelle Vallemario Vallerotonda Villa Santa Lucia Viticuso



Figura 3 – I 4 Distretti sul territorio

Articolo 4 – Presidi Ospedalieri e Posti Letto

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti e post-acuti è attualmente articolata in tre Presidi Ospedalieri (Frosinone-Alatri, Sora e Cassino), la cui dotazione complessiva di posti letto al 1° gennaio 2014 – che si ricava dai flussi informativi del *Nuovo Sistema Informativo Sanitario* (NSIS) attraverso il modello *HSP.12* (posti letto per disciplina delle strutture di ricovero pubbliche ed equiparate) compilato dalle Direzioni Sanitarie di Presidio – ed il cui ruolo nelle Reti sono mostrati nella tabella sottostante.

Tabella 3 - Offerta prestazioni ospedaliere

Presidio	P.L. ordinari acuti	P.L. ordinari post-acuti	P.L. DH/DS	P.L. totali	Rete emergenza	Rete ictus	Rete cardiologica	Rete trauma	Rete perinatale	Rete emergenza pediatrica
Frosinone-Alatri	361	15	38	414	DEA I	UTN I	E	CTZ	I+	Spoke
Sora	173	21	27	221	PS	TNV/PSe	C	-	I	-
Cassino	216		12	228	DEA I	TNV/PSe	C	PST	I	-
Totale	750	36	77	863						

TNV/PSe = Team Neurovascolare/Pronto Soccorso esperto

UTN I = Unità di Trattamento Neurovascolare di I° livello

E = con PL di cardiologia e UTIC e servizio di emodinamica

C = con soli PL di cardiologia e UTIC

CTZ = Centro Trauma di Zona

PST = Pronto Soccorso Traumatologico

I+ = ex livello II+ del DCA 56/2010. Attività assistenziale a gravidanze e neonati a rischio

I = assistenza al parto e neonato fisiologico senza PL di patologia neonatale

4.1 Le Strutture Accreditate

Sono inoltre presenti, con funzione complementare ed integrativa, i seguenti posti letto privati accreditati per i ricoveri in acuzie.

Tabella 4 - Posti letto privati accreditati

Struttura	pp.ll.	Tipologia Assistenziale	Sede
Casa di Cura Villa Gioia	22	Profilo monospécialistico di 18 PL di Chirurgia Generale associati a 4 PL di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "C"
Casa di Cura S. Teresa	20	Profilo monospécialistico di 12 PL di Ortopedia associati a 8 PL di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "C"
Casa di Cura S. Anna	32	Profilo monospécialistico di Chirurgia Generale associato ad attività di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"
Casa di Cura Villa Serena	25	Profilo monospécialistico di Medicina Generale associato ad attività polispecialistica, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"
Totale	99		

L'offerta di prestazioni ospedaliere post-acuzie del privato accreditato è mostrata nella tabella che segue.

Tabella 5 - Prestazioni ospedaliere del privato accreditato

Tipologia	Pubblico		Privato Accreditato
Lungodegenza	21 P.L. P.O. Sora	15 P.L. P.O. Frosinone *	S. Raffaele Cassino = 69
Riabilitazione			S. Raffaele Cassino = 146 ord + 14 DH INI Città Bianca = 57 ord + 6 DH

* trasferiti presso il P.O. di Alatri dal 01-07-2014

Come mostra la sottostante tabella, la dotazione complessiva di posti letto provinciali ammonta a 1.254, pari a **2,5 posti letto x 1.000 abitanti**.

Tabella 6 - Dotazione complessiva posti letto

Tipologia		Posti letto attuali		
		Pubblici	Privati accreditati	Totali
ACUTI		827	99	926
POST-ACUTI	LD	36	69	105
	RIAB	0	223	223
Totale		863	391	1.254

2,5 PL x 1000 ab.

4.2 Struttura organizzativa interna

La Struttura organizzativa della ASL di Frosinone è articolata in strutture di staff, strutture amministrative, poli ospedalieri, distretti e dipartimenti. All'interno di tali strutture sono presenti unità operative complesse, come da tabella seguente.

Tabella 7 - Struttura organizzativa interna

Macrostruttura	UOC
Staff Direzione Strategica	3
Direzione Sanitaria Poli Ospedalieri	3
Direzione Distretti Sanitari	4
Funzione Amministrativa	4
Dipartimento di Prevenzione	6
Dipartimento Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza	8
Dipartimento Emergenza e Accettazione	6
Dipartimento Ospedaliero	35
Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica	1
Dipartimento Diagnostica e Assistenza Farmaceutica	8
Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie	7
Totale	85

4.3 Le Unità Operative Complesse e Semplici totali

Per quanto riguarda le partiture organizzative della ASL Frosinone ed il loro dimensionamento, applicando gli standard nazionali adottati dal Comitato LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) e la decurtazione del 5% delle U.O.C. Ospedaliere e non Ospedaliere come quota riservata alla Regione per quelle articolazioni organizzative che svolgono funzioni di rilevanza regionale o comunque sovra aziendali, si prevede per l'Azienda il seguente assetto parametrato sull'offerta dei PP.LL. ospedalieri pubblici (922 successivamente rinegoziati in 977) e sulla popolazione residente (497.678) indicati nel Decreto del Commissario ad acta n. U00259 del 22 luglio 2014.

Tabella 8 – Individuazione delle UOC e delle UOS/UOSD

TIPO DI STRUTTURA		INDICATORE	TOT	TOTALE (-5%)
COMPLESSE	OSPEDALIERE	PL/SCO = 17,5	55,8	53
	NON OSPEDALIERE	POP/SCNO = 13.515	36,8	35
SEMPLICI (incluse le SSD)		SST/SCT = 1,31	115	

Articolo 5 – Personale dipendente

Il numero del personale dipendente, anche a tempo determinato, della ASL di Frosinone è pari a n. 3789, suddiviso nelle seguenti qualifiche e tipologie contrattuali, alla data del 30 settembre 2016.

Tabella 9 - Personale dipendente

QUALIFICA	PERSONALE A T.I. AL 30/09/2016	PERSONALE A T.D. AL 30/09/2016
RUOLO SANITARIO		
PERSONALE DIRIGENTE		
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA	26	
DIRIGENTE ODONTOIATRIA STRUTTURA COMPLESSA		
DIRIGENTE VETERINARIO STRUTTURA COMPLESSA	3	
DIRIGENTE PSICOLOGO STRUTTURA COMPLESSA	3	
DIRIGENTE CHIMICO STRUTTURA COMPLESSA		
DIRIGENTE FARMACISTA STRUTTURA COMPLESSA	1	
TOTALI PARZIALI	33	
DIRIGENTE MEDICO	554	79
DIRIGENTE ODONTOIATRA	2	
DIRIGENTE VETERINARIO	58	
DIRIGENTE PSICOLOGO	55	3
DIRIGENTE FISICO	1	
DIRIGENTE FARMACISTA	8	7

DIRIGENTE CHIMICO	2	
DIRIGENTE BIOLOGO	10	1
TOTALI PARZIALI	690	90
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO	723	90
PERSONALE RIABILITAZIONE		
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS		
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA DS	6	
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA D	72	2
COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA DS	1	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA D	21	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOTTISTA DS		
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOTTISTA D	2	
COLLABORATORE AUDIOMETRISTA D	1	
COLL.RE PROF.LE SANIT. EDUCATORE PROF.LE D	5	
COLLAB. PROF.LE TERAPISTA OCCUPAZIONALE D		
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA DS	1	
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA D	3	1
MASSOFISIOTERAPISTA D	1	
TECNICO RIABILITAZIONE PSICHIATRICA		
TECNICO EDUCAZ. E RIABILIT. PSICH. E PSICOL. D		3
TOTALI PARZIALI	113	6
PERSONALE INFERMIERISTICO		
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS	3	
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS (ex caposala)	31	
COLL.RE PROF.LE SANI. ESPERTO DS(ostetrica)	4	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO OSTETRICA D	61	3
COLL.RE PROF.LE SANITARIO INFERMIERE PED. D	25	3
COLL.RE PROF.LE SAN. ESPERTO DS (ass.sanitario)	4	
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ASS. SANITARIO D	3	
INFERMIERE GENERICO C	23	
INFERMIERE GENERICO BS	3	
COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D	1451	27
COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D - PERS. PENITENZIARIO	5	
COLLAB. PROF.LE ESPERTO DS (dietista)		
COLLAB. PROF.LE DIETISTA D	3	
PUERICULTRICE C	16	
PUERICULTRICE BS	5	
TOTALI PARZIALI	1637	33
PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE		
COLL. TEC. PROF. ESP. PREV. AMB. LUOGHI LAV. DS	1	
COLL. TEC. PROF. PREV. AMB. LUOGHI LAV. D	64	4
TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. DS		
TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. D		
TOTALI PARZIALI	65	4
PERSONALE TECNICO SANITARIO		

COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. DS		
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. LAB. BIOMEDICO DS		
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. LAB. BIOMEDICO D	69	9
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. RADIOLOGIA MEDICA DS	2	
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D	83	2
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D (PENITENZIARI)	1	
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. PERFUS.D		
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. DS	1	
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. D	1	
TECNICO FISIO-PATOL. RESPIRATORIA D		
ODONTOTECNICO D	2	
TECNICO CARDIOLOGIA D	1	
TECNICO NEURO FISIO PATOLOGIA D	2	1
TOTALI PARZIALI	162	12
TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO	1977	55
TOTALE RUOLO SANITARIO	2700	145
RUOLO TECNICO		
DIRIGENTE SOCIOLOGO	1	
DIRIGENTE STATISTICO		
DIRIGENTE ANALISTA INFORMATICO		
TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO	1	
PERSONALE ASSISTENZA SOCIALE		
COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE DS	6	
COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE D	76	1
TOTALI PARZIALI	82	1
PERSONALE TECNICO		
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE GEOMETRA D	4	
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE D	1	
COLL.RE TECNICO-PROF.LE ASS.TE TECNICO D		
COLL.RE TECNICO-PROF.LE PROGRAMMATORE D	4	
ASSISTENTE TECNICO PERITO IND.LE C	2	
ASSISTENTE TECNICO GEOMETRA C	4	
ASSISTENTE TECNICO C	8	
ASSISTENTE TECNICO PROGRAMMATORE C	2	
OPERATORE TECNICO AUTISTA AUTOAMBULANZA C	3	
OPERATORE TECNICO AUTISTA AUTOAMBULANZA	6	
O.S.S.	80	1
O. T. A.	6	
OPERATORE TECNICO DISINFETTORE	1	
OPERATORE TECNICO AUTISTA	12	
OPERATORE TECNICO AUTISTA C	1	
OPERATORE TECN. CENTRO ELABORAZIONI	27	
OPERATORE TECN. VIDEOTERMINALISTA	1	
OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA	52	
OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA - C	1	

OPERATORE TECNICO PORTIERE	1	
AUSILIARIO SPECIALIZZATO	124	114
OPERAIO GENERICO		1
ANIMATORE CLUB B	1	
O.T. SPEC. DISEGNATORE	1	
OPERATORE TECNICO B	1	
OPERATORE TECNICO BS	1	
OPERATORE TECNICO C		
O.T. IMBIANCHINO B	1	2
O.T. GUARDAROBA B	2	
O.T. SARTO B	1	
O.T. LAVANDERIA B		
O.T. CUCINA	1	
O.T. IDRAULICO B		
O.T. MURATORE B	2	2
O.T. FALEGNAME B		
O.T. MAGAZZINIERE B	9	
O.T. CUOCO C	3	
O.T. IDRAULICO BS	1	
O.T. GUARDAROBA BS		
O.T. NECROFORO	3	
O.T. ELETTRICISTA	2	
O.T. ELETTRICISTA C	1	
O.T. CONDUTTORE CALDAIE BS	1	
TOTALI PARZIALI	371	120
TOTALE RUOLO TECNICO	454	121
RUOLO PROFESSIONALE		
PERSONALE DIRIGENTE		
DIRIGENTE ARCHITETTO	1	
DIRIGENTE AVVOCATO	2	
DIRIGENTE INGEGNERE - S.C.	1	
DIRIGENTE INGEGNERE	1	
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE ASSISTENTE RELIGIOSO D		
TOTALI PARZIALI	5	
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE	5	
RUOLO AMMINISTRATIVO		
DIRIGENTE AMM.VO STRUTT. COMPL.	6	
DIRIG. AMM.VO	1	
TOTALE PARZIALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO	7	
PERSONALE AMMINISTRATIVO		
COLL.RE AMM.VO PROF.LE ESPERTO	5	
COLL.RE AMM.VO PROF.LE	60	
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. LEGALE	3	
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. SOCIOLOGICO	2	
ASS. AMM.VO	88	

COAD. AMM.VO ESPERTO	20	
COAD. AMM.VO	150	14
COMMESSO	15	
TOTALE PARZIALE COMPARTO RUOLO AMM.VO	343	14
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO	350	14
TOTALE GENERALE	3509	280
		3789

Articolo 6 - Le finalità e la mission

6.1 Premessa

La ASL di Frosinone risponde alla Regione Lazio del raggiungimento degli obiettivi di salute assegnati. L'Azienda svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute, che persegue gestendo e sviluppando una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione ed una rete di servizi socio-sanitari in ambito ospedaliero, ambulatoriale e domiciliare.

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 sua mission, mantenendo i più elevati standard di qualità ed efficienza, promuove e sostiene, nel rispetto degli indirizzi della programmazione sanitaria regionale ed 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.

6.2 Mission

La ASL di Frosinone è inserita nel contesto economico sociale della regione Lazio e recepisce in modo “consapevole” le difficoltà 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 interistituzionale, organizzativa e professionale, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

6.3 Vision

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) 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.

Da qui la scelta di modelli organizzativi che possano rispondere a pieno ai bisogni complessivi dei cittadini, che possano coniugare insieme efficacia, efficienza, equità con l'economicità e che possano promuovere l'appropriatezza clinica ed organizzativa come:

- il Modello assistenziale per intensità di cure;
- il Modello assistenziale di cura a ciclo diurno;
- la Medicina d'iniziativa;
- l'integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure.

Articolo 7 - Politiche attuative dell'umanizzazione

7.1 Accoglienza, tutela e partecipazione. Comfort ospedaliero e delle Strutture aziendali

L'affermazione ormai diffusa, della centralità della persona nelle cure mediche, è stata oggetto di un'indagine attenta nei vari ambiti nei quali corre il rischio di essere disattesa, sia che riguardi la persona bisognosa di cura sia che riguardi la persona curante. Avere reintrodotta il vocabolo "persona", quale termine centrale, nel definire i ruoli degli attori nel percorso di cura, significa mantenere alta la concentrazione su un cammino non scontato di consapevolezza della complessità delle Strutture Sanitarie.

L'umanizzazione è quindi prioritariamente legata al concetto del "prendersi cura", l'ospedale e le Strutture del territorio sono conseguentemente un'organizzazione di servizio alla persona, ed il "prodotto" di tale servizio si concretizza in una composizione di prestazioni sanitarie di rete di relazioni fra i suoi abitanti e la struttura. I criteri informativi e gli indicatori di qualità di tale "prodotto" sono patrimonio trasversale a tutta l'organizzazione ed il raggiungimento di questa condivisione di valori ha l'opportunità di realizzare quel significativo scatto di evoluzione, necessario per rispondere alle aspettative della collettività.

Il compito di stimolare, proporre, coordinare la concretizzazione di una componente così caratterizzante la *mission* della ASL di Frosinone è conferito a servizi in *staff* alla Direzione Generale.

7.2 Le politiche sanitarie per la cittadinanza: garantire adeguati percorsi di cura, nel rispetto della persona

La ASL Frosinone, su cui insistono 91 Comuni, è caratterizzata da un territorio internamente disomogeneo e con alcune zone poco collegate ai nodi centrali della provincia. Questa composizione territoriale ha fatto sì che negli anni siano stati istituiti molti presidi sanitari, che hanno contribuito a sviluppare una forte frammentazione dell'offerta e non hanno, peraltro, evitato un'elevata mobilità passiva nei confronti della vicina metropoli o di città delle province limitrofe.

La grande quantità di piccoli presidi ospedalieri, ora in dismissione e riconversione, è lo specchio del transito tra una visione parcellizzata del territorio ed una visione unitaria e complessiva.

L'eccessivo e spesso inappropriato ricorso all'ospedalizzazione è stato motivato anche da una parziale carenza di organizzazione capillare delle cure primarie e di attenzione all'integrazione sociosanitaria.

L'attuale riordino, in sintonia con quanto indicato dalle direttive regionali in materia, centra pertanto il focus della risposta alla domanda di salute nella prossimità della cura e nella continuità della stessa.

Al fine di favorire l'accesso e la conoscenza del servizio sociosanitario e di indirizzare il cittadino alle strutture più adeguate ed appropriate è costituito il Punto Unico di Accesso (P.U.A.), quale luogo deputato all'ascolto e all'analisi dei bisogni degli utenti e dei loro familiari e all'individuazione e all'accompagnamento verso i percorsi diagnostici-terapeutici più adatti. In attuazione delle Linee Guida regionali in materia, D.G.R. n. 315 dell'8 luglio 2011, il P.U.A. viene organizzato in tre livelli funzionali: a) accesso, per garantire l'accoglienza, l'informazione, il primo orientamento; b) pre valutazione e avvio di presa in carico; c) monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati. Nei casi di maggiore complessità il P.U.A. cura la diretta attivazione della Unità Valutativa Multidimensionale. La ASL è impegnata ad attuare e formalizzare gli accordi necessari con gli Enti Locali per la cogestione dei P.U.A., in relazione alle specifiche competenze istituzionali e a valorizzare le risorse territoriali esistenti, ivi comprese quelle del Terzo Settore.

L'individuazione e la realizzazione di percorsi assistenziali per gruppi di popolazione è il fondamento dell'attuale organizzazione, con particolare attenzione alle politiche sanitarie di gestione della cronicità, anche con l'adozione del *Chronic Care Model*. Il modello delle Case della Salute rappresenta il nodo centrale della gestione delle cronicità e per queste ragioni rappresenta il riferimento per l'effettiva realizzazione della gestione delle patologie croniche attraverso l'implementazione della medicina di iniziativa con l'apporto fondamentale dei medici di medicina generale, degli specialisti del territorio ed ospedalieri e delle organizzazioni del terzo settore. Parallelamente è focale la programmazione delle azioni preventive, multidisciplinari e intersettoriali.

Alcuni gruppi di popolazione sono, pertanto, centrali nella individuazione delle politiche sanitarie locali, in ragione della loro vulnerabilità (destinatari delle azioni preventive) e/o della loro fragilità (con possibili quadri di cronicità). Tali gruppi sono rappresentati da:

- 1) la famiglia, con la sua domanda in ambito di salute riproduttiva, di salute dell'età evolutiva e adolescenziale;
- 2) 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;
- 3) la popolazione anziana, con la domanda crescente di assistenza integrata socio sanitaria, anche in termini di presa in carico della scarsa e diminuyente autonomia personale;
- 4) 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;
- 5) 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;
- 6) 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.

L'attenzione a questi gruppi di popolazione rende necessario un forte impegno aziendale nel campo dell'integrazione socio sanitaria, anche in coordinamento con gli Enti Locali. Un particolare impegno è preso dall'Azienda per favorire i processi di integrazione sociale e lavorativa di soggetti deboli, con azioni che mirano a favorire l'*empowerment* individuale e della collettività. In questo ambito la Azienda Sanitaria Frosinone promuove l'ingresso quali fornitori degli Enti ONLUS che impiegano soggetti in programmi di inserimento lavorativo protetto.

In questa direzione sono programmate le azioni di riconversione in strutture di diversa intensità assistenziale (Casa della Salute, centri diurni, centri terapeutici riabilitativi) di alcune delle strutture ospedaliere dismesse.

Parallelamente viene sviluppata la rete di riorganizzazione delle cure primarie che vede i Medici di Medicina di Base e i Pediatri di Libera Scelta coinvolti direttamente nel processo di cura e presa in carico. Lo sviluppo di Poliambulatori specialistici, e delle Case della Salute va in questa direzione, con la finalità di rendere più accessibili le cure, di assicurare una continuità tra il M.M.G. e P.L.S. e gli specialisti convenzionati ed ospedalieri coinvolti nel percorso diagnostico e terapeutico.

In questo contesto assumono particolare importanza i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (PAC) e gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) previsti dalla vigente normativa. La garanzia della Continuità Assistenziale e l'apporto reso dalla

Medicina dei Servizi assicura la possibilità di prendere in cura il paziente senza far ricorso ad inutili e non adeguati ricoveri ospedalieri.

L'Ospedale, di conseguenza, può assumere la propria valenza istitutiva di offrire competenze strutturali, tecniche e professionali nei casi in cui l'intensità della cura debba essere assicurata nell'intero arco delle 24 ore.

7.3 Le politiche sanitarie per l'integrazione della rete dei servizi: il Piano della prevenzione, l'integrazione socio sanitaria ed il contributo del privato sociale e del volontariato

La ASL Frosinone promuove l'integrazione tra tutti gli Enti ed Istituzioni che nel territorio realizzano azioni a favore della popolazione locale, con finalità di benessere dell'individuo e della collettività.

I principali interlocutori, in questo senso, sono gli Enti Locali (Provincia e Comuni), ma concorrono anche gli Istituti preposti all'Istruzione e alla Formazione, gli Enti e gli Organismi preposti alle politiche del Lavoro e dell'Ambiente e le Università.

Particolare rilevanza assume la realizzazione locale di quanto previsto dal Piano Regionale per la Prevenzione in base al quale la ASL si prefigge di: effettuare interventi mirati supportati da prove di evidenza scientifica, diffondere gli interventi alle fasce di popolazione target, coordinare tutti gli interventi di questo ambito. In particolare tutti i programmi di screening saranno supportati da adeguati e capillari interventi di comunicazione pubblica.

Una linea centrale della politica aziendale è rivolta al tema dell'integrazione socio sanitaria, per la realizzazione di quanto previsto dalla normativa vigente e per la corretta presa in carico della popolazione che mostra particolare vulnerabilità. In questo contesto viene promossa la partecipazione attiva del privato sociale e del volontariato quali agenti di supporto delle politiche pubbliche a favore della cittadinanza.

Pertanto, la politica di promozione e sviluppo della rete dei servizi diviene leva centrale per la realizzazione di un sistema di welfare sostenibile, in cui la regolazione pubblica possa essere supportata dalla sussidiarietà e dalla condivisione delle scelte.

7.4 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.

7.5 Le politiche aziendali per promuovere la partecipazione e la tutela dei diritti dei Cittadini. Garanzie sulla Trasparenza.

Al fine di garantire la corretta partecipazione dei cittadini, in un'ottica di governance condivisa, è essenziale promuovere la competenza nei processi di consultazione pubblica, il cui elemento fondante è una corretta informazione circa il sistema sanitario locale. Assume centralità una strategia basata sulla Trasparenza, intesa quale garanzia della completa accessibilità alle informazioni, in primo luogo per i cittadini, anche in quanto utenti del servizio. La trasparenza include anche attività di bilancio: pubbliche e formali, la predisposizione di strumenti volti a rendere più visibili decisioni, azioni, performance e risultati delle amministrazioni e l'allargamento della governance degli enti e dei servizi pubblici locali alla partecipazione delle organizzazioni dei cittadini e dei consumatori

L'Azienda Sanitaria di Frosinone, quindi, assicura, la realizzazione di alcune linee che supportino la corretta informazione e la trasparenza delle scelte aziendali. A tali linee di azione concorrono, in diversa misura e con diverse competenze, tutte le partiture aziendali:

▪ Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. Pertanto, l'U.R.P. provvede a sviluppare un sistema per acquisire le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al Direttore Generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché, per il superamento dei fattori di criticità emersi. L'azienda

garantisce che l'U.R.P. sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di mediatori culturali per gli assistiti appartenenti alle diverse etnie.

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

L'U.R.P., al fine di realizzare il proprio scopo istitutivo, lavora con l'intera rete dei servizi, che svolgono il ruolo di nodi periferici della funzione ad esso attribuita.

▪ **Audit Civico**

L'Audit Civico, ormai riconosciuto quale metodologia di promozione della partecipazione e della responsabilizzazione degli attori del sistema nel processo di valutazione condivisa dei percorsi organizzativi, deve essere garantito per favorire il coinvolgimento dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. L'Azienda Sanitaria di Frosinone assicura di promuovere specifici progetti di Audit Civico, sui temi di maggior rilievo territoriale, tra cui l'accessibilità ai servizi, l'offerta per le fasce deboli della popolazione, il sistema dell'emergenza. I progetti di Audit Civico saranno sviluppati in sinergia con le iniziative regionali e ministeriali, ed i risultati saranno trasmessi in sede regionale, al fine di concorrere alla generale valutazione delle politiche aziendali.

▪ **Conferenza dei servizi**

Il Direttore Generale assicura annualmente una apposita Conferenza dei Servizi, come previsto dal D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m., a cui partecipano anche rappresentanti dell'associazionismo che collabora con la ASL in virtù di protocolli di intesa o di convenzioni. Nell'annuale Conferenza dei Servizi viene resa nota la programmazione aziendale, con riferimento agli obiettivi ed ai risultati raggiunti, con particolare riferimento alle azioni realizzate di tutela degli utenti.

▪ **Consulta Sanitaria**

La Consulta Sanitaria, istituita ai sensi del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m., è costituita con provvedimento del Direttore Generale ed è disciplinata da apposito Regolamento. Essa è presieduta dal Direttore Sanitario aziendale, che la convoca almeno ogni quattro mesi, ed è costituita da: Direttore Sanitario, Direttori dei Distretti, quattro rappresentanti della Conferenza Locale per la Sanità, un funzionario regionale nominato dall'Assessorato alla Sanità, due rappresentanti di organismi di volontariato, due rappresentanti di associazioni a tutela dei diritti dei cittadini, il responsabile dell'URP. La Consulta Sanitaria rimane in carica per due anni, dalla sua costituzione deliberata con provvedimento del Direttore Generale.

Essa è chiamata a:

- fornire contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elaborare proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorire la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;

- o promuovere programmi di educazione sanitaria e collaborare per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- o promuovere iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- o promuovere progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- o partecipare alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

▪ **Carta dei Servizi Sanitari**

L'Azienda Sanitaria di Frosinone assicura la redazione, la distribuzione e l'aggiornamento periodico della Carta dei Servizi, quale patto di garanzia dei servizi erogati nei confronti del cittadino/utente. La Carta contiene le informazioni che permettono all'utente di conoscere quali e quante prestazioni e servizi vengono erogati, in che modo e con quali impegni di qualità. La Carta dei Servizi indica anche il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati, nonché indica le modalità per presentare ricorso, per ricevere risposta e per conoscere cosa il cittadino/utente possa fare nel caso in cui il suo reclamo sia stato respinto.

Il Direttore Generale si impegna ad aggiornare la carta dei servizi annualmente, dandone ampia diffusione. La Carta dei Servizi sarà pubblicata sul sito dell'Azienda e su quello della Regione Lazio.

Articolo 8 – Prevenzione della Corruzione e Tutela della Trasparenza

La Legge n. 190 del 6 novembre 2012 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”* all'art.1 c. 5 prevede la predisposizione di Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione (PTPC) in tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2 del D.Lgs. n. 165 del 30 marzo 2001 e, all'art.1 comma 7, la nomina di un Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Alla luce degli adempimenti contenuti nel PTPC e delle indicazioni contenute nella Circolare n.1 del 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha invitato tutti i Dirigenti delle Partiture aziendali a nominare un Referente per il PTPC per l'area di propria competenza: sono stati così individuati 22 dipendenti, di qualifica dirigenziale e non, che costituiscono una task-force multidisciplinare di supporto alla struttura dell'Anticorruzione le cui funzioni sono state precisate nel Piano Nazionale Anticorruzione e che ha collaborato attivamente alla stesura dell'aggiornamento.

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, è stato assicurato l'apporto ulteriore di due Referenti centrali che affianchino il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, operando in stretto

collegamento, soprattutto per l'applicazione del Piano e il suo continuo aggiornamento ed integrazione.

Tra i compiti assegnati al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, l'adozione di un Codice di Comportamento aziendale viene considerata, dalla Legge 190 del 6 novembre 2012, una misura di prevenzione fondamentale. Il Decreto del Presidente della Repubblica n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce le disposizioni di carattere generale per i dipendenti della pubblica amministrazione e le disposizioni particolari per i Dirigenti in materia di *“doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare”*.

In ogni amministrazione il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione svolge anche le funzioni di Responsabile per la Trasparenza.

Articolo 9 – Il percorso assistenziale: il ruolo delle professioni sanitarie dedicate all'assistenza alla persona

In questi anni l'entusiasmo, la condivisione dei valori e la centralità delle cure personalizzate hanno contribuito a dare forza e coesione alle professioni sanitarie, che sono state promotrici del loro percorso culturale innovativo e della diffusione del proprio *core competence*. In tale ottica valoriale la ASL di Frosinone istituisce il Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica Ostetrica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione. Sarà Struttura dotata di autonomia gestionale e titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale nonché degli operatori di supporto assistenziale che lavorano nell'Azienda. Il dipartimento è previsto in deroga al rapporto Dipartimenti/U.O.C. fissato nelle linee guida regionali per l'Atto aziendale (6 Strutture Operative di cui 4 U.O.C. e 2 U.O.S.D.).

TITOLO II

ASSETTO ISTITUZIONALE

CAPO I. LA DIREZIONE STRATEGICA

Articolo 10 – Gli Organi della ASL

Sono Organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone:

- Il Direttore Generale;
- Il Collegio di Direzione^(*);
- Il Collegio Sindacale

^(*) *rispetto ai precedenti Atti aziendali si introduce per la prima volta il Collegio di Direzione tra gli Organi*

10.1. Il Direttore Generale

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 dalle funzioni di carattere gestionale:

- a) funzioni riservate esclusivamente al Direttore Generale;
- b) 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:

- a) attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- b) esercizio dei poteri di spesa nei limiti del budget assegnato e acquisizione delle entrate;
- c) Approvazione degli atti di gara per lavoro, fornitura e servizi, stipula dei contratti.

Nel Funzionigramma (Allegato 1) vengono specificati, nel dettaglio, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

10.2. Il Collegio di Direzione

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.

Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Sarà rivisto il regolamento con le modifiche previste dalle linee guida regionali.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:

- a) il Direttore Sanitario;
- b) il Direttore Amministrativo;
- c) i Direttori di Dipartimento, inclusi quelli interaziendali (ove presenti);
- d) i Direttori dei Distretti;
- e) i Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero;
- f) il Dirigente del servizio dell'assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (o figura professionale equivalente);

In rapporto ai singoli argomenti trattati, è prevista la partecipazione al Collegio stesso di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica.

10.2.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione

In assenza di uno specifico Regolamento valgono i seguenti criteri.

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale che lo presiede.

Esso si riunisce, di norma, almeno una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, è inviata via mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza).

La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione (contestualmente alla seduta, nel caso di convocazione di urgenza).

L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore Generale, sentiti i Direttori Sanitario e Amministrativo. Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti. Per le decisioni del Collegio i criteri sono i seguenti:

- a) maggioranza assoluta (metà più uno dei componenti) per parere in ordine al Piano Strategico triennale, all'Atto Aziendale, al programma annuale di

formazione, ai progetti di ricerca e innovazioni, e tutti gli atti a valenza programmatica;

- b) maggioranza semplice (metà più uno dei presenti negli altri casi).

Delle riunioni del Collegio viene redatto un verbale che è inviato via mail ed approvato nella seduta successiva. La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso. L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute e ai dati trattati.

10.3. Il Collegio Sindacale: composizione e funzioni.

L'art. 22 c, comma 5, della L.R. n. 4 del 28 Giugno 2013, ha disposto la riduzione del numero dei componenti del Collegio Sindacale da 5 a 3, da nominare secondo quanto previsto dall'art. 13 del "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016".

Detto organo:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) 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;
- d) 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.

Articolo 11 – Direzione Strategica aziendale

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

In particolare, spetta alla Direzione Strategica aziendale:

- a) 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;
- b) l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- c) il governo e la gestione delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo professionale e formative;
- d) la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- e) il governo delle relazioni interne ed esterne;
- f) la garanzia della sicurezza e la prevenzione.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo esprimono parere sugli atti del Direttore Generale per quanto di propria competenza ed inoltre:

- esprimono parere su ogni questione che venga loro sottoposta;
- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore Generale;
- formulano, per le parti di competenza, proposte al Direttore Generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal direttore generale e per gli importi determinati dallo stesso;
- determinano, informandone le Organizzazioni Sindacali, i criteri generali di organizzazione e i servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal Direttore Generale e dalla Regione;
- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore Generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

11.1. Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato, secondo gli specifici requisiti previsti dall'art. 3 comma 7, del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 15 della L.R. n. 18/94 e ss.mm.ii., dal Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza; assicura la continuità operativa con le strutture con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e della utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, si avvale dei Comitati, delle Commissioni e dei Gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti.

Il Direttore Sanitario presiede il Consiglio dei Sanitari.

11.2. Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato, secondo gli specifici requisiti previsti dall'art. 3 comma 7, del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. e dall'art. 15 della L.R. n. 18/94 e ss.mm.ii., dal Direttore Generale.

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la

legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono il sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Articolo 12 – Gli Organismi

Sono Organismi dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone:

- Il Consiglio dei Sanitari;
- L'Organismo Indipendente di Valutazione;
- I Comitati e Commissioni aziendali.

12.1. Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è un organismo elettivo dell'azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, costituito con provvedimento del Direttore Generale. Esso esprime parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, organizzative e di assistenza sanitaria nonché per gli investimenti ad esse attinenti. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento. Il Consiglio dei Sanitari si riunisce, di norma almeno una volta al mese, su convocazione del Presidente ovvero su richiesta di almeno cinque dei suoi componenti.

Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei Sanitari non si pronuncia entro il quindicesimo giorno dalla data di ricevimento della richiesta del parere. E' presieduto dal Direttore Sanitario aziendale. La composizione è la seguente:

- n° 6 Dirigenti medici ospedalieri e territoriali dipendenti dell'azienda di cui 1 del Dipartimento di Prevenzione;
- n° 1 Dirigente medico veterinario;
- n° 1 Medico specialista ambulatoriale;
- n° 1 Medico di medicina generale;
- n° 1 Medico pediatra di libera scelta;
- n° 5 Dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nell'azienda;
- n° 1 Operatore dell'area infermieristica;
- n° 2 Operatori dell'area tecnica-sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono eletti dai medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta operanti nel territorio aziendale.

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei Sanitari:

- I dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno tre anni di anzianità.

Partecipano alle elezioni del Consiglio dei Sanitari i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo di: medici ospedalieri, medici territoriali, personale laureato sanitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico-sanitario.

Tutti i componenti del Consiglio dei Sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori dell'azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

Il Direttore Generale con proprio provvedimento disciplina:

- a) le modalità per lo svolgimento delle elezioni;
- b) la Commissione elettorale e il Seggio elettorale;
- c) le elezioni dei componenti;
- d) la durata.

12.2. L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs. del 27 ottobre 2009, n. 150, concernente *“Attuazione della legge del 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”* ed in conformità alla Legge Regionale n. 1 del 16 marzo 2011 che ha recepito i contenuti di detto decreto legislativo, l'Azienda Sanitaria di Frosinone prevede apposita disciplina per normare il sistema di misurazione e valutazione della prestazione. In particolare, la funzione di misurazione e valutazione è svolta dall'organismo indipendente di valutazione, che sostituisce i servizi di controllo interno effettuati dal nucleo di valutazione e che esercita, altresì, l'attività di controllo strategico.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), sulla base dei livelli di prestazione e di risultato attribuiti ai valutati in base a quanto indicato dal sistema di misurazione e valutazione di cui all'art. 7, della Legge Regionale n. 1/2011, compila una graduatoria delle valutazioni individuali del personale dirigente e del personale non dirigente.

Il personale è distribuito in diverse fasce di prestazione e di risultato, in modo che una quota prevalente delle risorse destinate al trattamento economico accessorio collegato alla prestazione e ai risultati individuali venga attribuito a coloro che si collocano nelle fasce di merito alte, nel rispetto dei principi di selettività. Le risorse destinate al trattamento accessorio sono ripartite tra i livelli di prestazione e di risultato in base alle risultanze della contrattazione collettiva integrativa.

Gli strumenti per premiare il merito e le professionalità sono disciplinate, nel rispetto degli ambiti riservati alla contrattazione collettiva, con i regolamenti d'organizzazione di cui all'articolo 7, comma 1, in conformità ai principi contenuti negli articoli 23, commi 1 e 2; 24, commi 1 e 2, 25, 26 e 27 del D.Lgs. n. 150/2009.

La ASL applica le disposizioni di legge per il controllo del sistema.

Il ciclo di gestione della prestazione e dei risultati si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori, formulati in termini misurabili;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi e migliorativi;
- d) misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati organizzativi e individuali;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati ai dirigenti apicali nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari di servizi;
- g) l'orizzonte temporale di riferimento è di norma annuale.

L'O.I.V. è costituito da tre componenti, di cui uno con funzioni di presidente, in carica per tre anni e rieleggibili una sola volta, nominati secondo le modalità previste dai regolamenti di organizzazione di cui all'articolo 7, comma 1, dotati di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della pianificazione e valutazione della prestazione e dei risultati.

L'O.I.V. sovrintende al funzionamento complessivo del sistema di valutazione, dei controlli interni, della trasparenza e dell'integrità, proponendo la valutazione dei dirigenti apicali e l'attribuzione dei premi. Comunica, inoltre, le criticità riscontrate nello svolgimento della propria attività agli organi competenti.

Inoltre presso l'Azienda come all'articolo 2, comma 1, è costituita, senza nuovi e maggiori oneri, una struttura tecnica permanente, la cui disciplina è disposta dai regolamenti di organizzazione di cui all'articolo 7, comma 1, che supporta l'O.I.V. nella gestione del ciclo delle prestazioni e dei risultati, come da apposito regolamento.

12.3. Comitati e Commissioni aziendali

L'Atto aziendale prevede la costituzione dei seguenti Organismi collegiali, disciplinati dalla normativa vigente:

- a) Comitato Unico per le Pari Opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni CUG; Atto Deliberativo n. 801 del 17 giugno 2014;
- b) Comitato Etico Interaziendale; Atto Deliberativo n. 35 del 15 gennaio 2014;
- c) Commissione per il Prontuario Terapeutico; Atto Deliberativo n. 580 del 14 maggio 2014 – Atto Deliberativo 1114 del 22 agosto 2014;
- d) Comitato per il Buon Uso del Sangue; Atto Deliberativo n. 925 del 08 luglio 2014;
- e) Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza CICA; Atto Deliberativo n. 573 del 09 maggio 2014;
- f) Comitato per l'ospedale senza dolore; Atto Deliberativo n. 16 del 11 gennaio 2012;
- g) Commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica, il cui ruolo va rafforzato con strumenti di monitoraggio più incisivi in grado di fornire al medico prescrittore informazioni

in tempo reale, passando dall'appropriatezza basata sui costi alla appropriatezza clinica; Atto Deliberativo n. 556 del 30 aprile 2014;

- h) Comitato Valutazione Sinistri; Atto Deliberativo n. 695 del 23 maggio 2014;
- i) Commissione per il Controllo dei requisiti di Autorizzazione e Accreditamento delle Strutture Private Accreditate; Atto Deliberativo n. 483 del 6 giugno 2013 e Atto Deliberativo n. 1291 del 13 ottobre 2014;
- j) Comitato Scientifico ASL Frosinone; Atto Deliberativo n. 1122 del 26 agosto 2014;
- k) Commissione Infungibilità; Atto Deliberativo n. 9 del 4 gennaio 2013;
- l) Commissione aziendale per il Repertorio Dispositivi Medici; Atto Deliberativo n. 594 del 8 luglio 2013 e Atto Deliberativo n. 96 del 3 febbraio 2015;
- m) Comitato Consultivo Zonale; Atto Deliberativo n. 575 del 29 aprile 2016;
- n) Commissione Paritetica per l'Intramoenia; Atto Deliberativo n. 1124 del 1 settembre 2016.

Il Direttore Generale, tenuto conto delle specifiche esigenze dell'Azienda potrà prevedere l'istituzione di ulteriori Comitati o Commissioni anche se non disciplinati dalla normativa vigente, al fine di favorire che le problematiche di rilevanza aziendale siano affrontate in maniera coordinata e sinergica, purché ciò non comporti oneri aggiuntivi a carico del bilancio dell'Azienda.

I Regolamenti dei Comitati e delle Commissioni saranno ove già emanati, aggiornati secondo le indicazioni del presente Atto nei 60 giorni successivi l'approvazione da parte della Regione Lazio.

CAPO II. UNITÀ FUNZIONALI E STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE STRATEGICA

In staff alla Direzione Strategica vengono garantite le seguenti unità funzionali: *Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili; Servizio Sicurezza, Prevenzione e Protezione (D.Lgs. n. 81/2008); Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; Ufficio Stampa, Informazione, Comunicazione e Relazioni Esterne, Eventi dell'Azienda; Medici Competenti - Coordinamento; Responsabile Privacy; Ufficio Legale e Affari Generali; Vigilanza e Sicurezza.*

Le unità funzionali/attività suddette possono essere assegnate e/o organizzate come strutture semplici ovvero con incarichi professionali integrativi o con impegno esclusivo.

Articolo 13 – Il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili

La figura del Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili è prevista dalle Leggi Regionali vigenti (n. 27 del 28 dicembre 2006). E' nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti aziendali ovvero regionali. Gli atti e le comunicazioni contabili dell'Azienda sono accompagnate da apposita dichiarazione scritta del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, al fine di attestarne la veridicità.

Il dirigente predispone adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per la redazione del bilancio di esercizio, nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario.

Il Direttore Generale ed il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio, l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle citate procedure attuative, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio, nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e scritture contabili.

La responsabilità del Direttore Generale connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari si estende anche al Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili in relazione ai compiti a lui spettanti.

Articolo 14 – Il Servizio Sicurezza Prevenzione e Protezione

Il Servizio di Prevenzione e Protezione è utilizzato dal Datore di Lavoro con i compiti attribuiti dall'art. 33 del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e svolge la funzione di consulente tecnico del medesimo e della Direzione Strategica, nonché dell'Azienda nel suo complesso, in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, il Direttore Generale provvede all'organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (art. 31 del D.Lgs. n. 81/2008) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D.Lgs. n. 81/2008).

Le strutture in staff alla Direzione strategica sono le seguenti:

Articolo 15 – U.O.C. Ufficio Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, Accoglienza, Tutela e Partecipazione

Favorisce la corretta e trasparente informazione sull'offerta sanitaria ai cittadini, anche attraverso la Carta dei Servizi. Cura gli eventuali procedimenti legati ai reclami, in un'ottica di supporto al miglioramento della qualità. Cura i rapporti con le Associazioni di Tutela dei Cittadini; Svolge attività di Marketing: promozione del marketing aziendale e cura del piano della comunicazione pubblica.

Le funzioni della U.O.C. Comunicazione, Accoglienza, Tutela e Partecipazione, sono quelle di:

- elaborare e gestire il Piano Aziendale di Comunicazione Pubblica ed Istituzionale interna ed esterna con le modalità e le funzioni previste dalla Legge n.150/2000;
- garantire l'esercizio dei diritti di informazione, di accesso ai servizi, tutela e di partecipazione di cui alla Legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni, e della Legge n. 33 del 14 marzo 2013 e della Legge n. 150 del 7 giugno 2000;
- promuovere e favorire i processi di Umanizzazione delle cure a partire dall'Accoglienza sino alla conclusione dell'iter terapeutico, favorendo i processi di integrazione delle diversità culturali e religiose, partecipando a tutti i progetti corrispondenti sia regionali che nazionali;
- verificare la qualità percepita dai cittadini rispetto ai servizi erogati individuando, per tali finalità, idonei ed adeguati strumenti e proponendo adeguate soluzioni rispetto alle criticità rilevate;
- verificare, misurare e proporre tutte le soluzioni organizzative degli standard del comfort ospedaliero secondo il Regolamento approvato con l'Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 2014 n. 98;
- elaborare, curare ed aggiornare la Carta dei Servizi;
- gestire il Sito Web aziendale proponendo apposito Regolamento aziendale di funzionamento;
- attivare e curare le procedure previste dalla normativa sul trattamento dei dati sensibili;
- curare, aggiornare e promuovere le procedure di tutela previste dal Regolamento Aziendale di Pubblica Tutela e la Commissione Mista Conciliativa (DPCM del 19 maggio 1995);
- accogliere e gestire i reclami ed i relativi procedimenti amministrativi organizzando apposita banca dati e relazionando periodicamente sugli stessi al Direttore Generale proponendo soluzioni alle disfunzioni segnalate o lamentate dai cittadini;
- curare e gestire i rapporti con le Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Consumatori favorendo l'implementazione di una specifica rete, coordinare il Tavolo Aziendale Misto per la Partecipazione e la Consulta delle Associazioni,

elaborare e gestire l'Audit Civico partecipando ai corrispettivi progetti di Audit regionali e nazionali;

- promuovere e curare la Rendicontazione Sociale del Bilancio aziendale.

Articolo 16 – U.O.C. Epidemiologia Valutativa e Sistemi Informativi Sanitari

Si occupa dello sviluppo del piano aziendale di raccolta ed analisi dei dati sanitari provenienti dalle strutture interne; analisi dei dati epidemiologici relativi allo stato di salute della popolazione.

La U.O.C. Epidemiologia Valutativa e Sistemi Informativi Sanitari in particolare è deputata:

- a) alla gestione dei flussi informativi sanitari strutturati (raccolta, archiviazione, elaborazione e distribuzione) garantendone i requisiti di completezza, qualità e accuratezza e assicurandone la trasmissione agli organi istituzionali secondo le tempistiche e le caratteristiche di formato previste,
- b) al supporto dei processi di programmazione aziendale, pianificazione delle attività, controllo strategico e valutazione, fornendo informazioni affidabili ai decisori, controllo di gestione in rapporto con i servizi amministrativi deputati alla contabilità analitica;
- c) alla individuazione, attraverso l'integrazione delle basi dati correnti, dei bisogni di salute della popolazione;
- d) alla definizione, costruzione e rilevazione periodica di idonei indicatori per valutare l'utilizzo, l'accessibilità, l'organizzazione, il funzionamento e i risultati dei servizi di assistenza sanitaria in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza nelle sue diverse componenti;
- e) alla misurazione e all'analisi dei risultati di specifici programmi posti in essere dalla direzione aziendale;
- f) ad alimentare, tramite i flussi direttamente gestiti, il sistema di controllo di gestione;
- g) a supportare, attraverso la produzione di report periodici di attività, l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance.

Articolo 17 – U.O.C. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico

La U.O.C. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico:

- identifica, valuta e gestisce tutti i profili di rischio attinenti alle attività cliniche aziendali, per la migliore tutela dell'utenza e per garantire la sicurezza delle cure;
- svolge attività di consulenza per tutte le strutture aziendali di diagnostica e di assistenza e per la Direzione Strategica;
- gestisce, per quanto di competenza medico-legale, il contenzioso che impegna l'Azienda per danni alla persona, in fase extra-giudiziale e giudiziale;
- applica le direttive Regionali e Ministeriali in materia di gestione del rischio clinico;
- garantisce il funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri e delle procedure di indennizzo per soggetti danneggiati da vaccinazioni e emotrasfusioni;

- svolge le procedure di audit interno e partecipa alle iniziative formative aziendali per le competenze di Risk Management.

Articolo 18 – UOSD Accredитamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Private Accreditate

Assolve in particolare ai seguenti compiti:

- gestire, di concerto con il Dipartimento di Prevenzione, le procedure di autorizzazione e accredитamento delle Strutture Sanitarie Private e i controlli periodici per la verifica del mantenimento dei requisiti;
- programmare, gestire e svolgere le attività di controllo sia in termini di verifica dell'appropriatezza che della congruenza delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogate dalle Strutture sanitarie accreditate;
- supportare la Direzione Strategica, attraverso la produzione di dati e analisi nelle decisioni in merito alla previsione di nuove Strutture Sanitarie per soddisfare il fabbisogno di prestazioni espresso dai cittadini;
- assicurare la corretta gestione dei flussi di controllo verso la Regione e le informazioni di ritorno alle Strutture Sanitarie Accreditate.

Articolo 19 – UOSD Direzione CC.UU.NN. e Specialistica

La UOSD Direzione CC.UU.NN. e Specialistica svolge compiti di gestione amministrativa e sanitaria centralizzata delle convezioni uniche nazionali, applicazione dei contratti nazionali e decentrati. Supporto alla gestione territoriale attività protesica.

TITOLO III

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Articolo 20 – L'organizzazione aziendale

L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone finalizza la propria organizzazione interna al miglioramento dei processi assistenziali e all'economicità dell'intero sistema sanitario. Da questo deriva la necessità di centralizzare i luoghi di governo del sistema e di decentralizzare i luoghi di erogazione di tutte le prestazioni relative alle cure primarie che necessitano di una adeguata accessibilità. In questo modo è inoltre possibile superare l'attuale parcellizzazione dei servizi, che comporta inutili dispendi per il sistema sanitario e che non garantisce adeguati standard assistenziali.

Al cittadino viene garantita la conoscenza dei servizi attraverso gli strumenti previsti di informazione e partecipazione e viene accompagnato nei percorsi assistenziali tramite la presa in carico, a partire dall'analisi della domanda effettuata in ogni luogo di cura ed in particolare dal Punto Unico di Accesso.

Il sistema di prevenzione e cura, territoriale o ospedaliero, è organizzato in funzione di target di popolazione (famiglia, disabilità, dipendenze, ecc) o in funzione della specialità di prestazioni (medicina, chirurgia, ecc.). Il coordinamento funzionale, professionale e tecnico dei percorsi diagnostico-terapeutici e dell'intero processo di presa in carico è assicurata dai Dipartimenti Sanitari. Pertanto l'Azienda si articola in:

- Struttura di supporto tecnico-amministrativo per il governo del sistema;
- Strutture operative:
 - o Distretti
 - o Ospedali
 - o Dipartimenti
- **Struttura di supporto tecnico per il governo del sistema.**

L'Azienda si dota 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.

Articolo 21 – Articolazioni interne delle strutture e di altri modelli operativi

21.1 Le Unità Operative

- **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, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- o 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;
- o assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- o autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- o livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- o assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- o afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale; per le strutture sanitarie la dotazione di personale è di norma superiore a n. 20 unità.

Le Unità Operative Complesse vengono previste nel presente Atto Aziendale, tuttavia la loro costituzione avverrà al momento della contemporanea presenza di tutti gli elementi che le caratterizzano ed in particolare dovranno considerarsi attivate solo le UU.OO. per le quali è stata effettuata la nomina del "Direttore", titolare, avvenuta nel rispetto della vigente normativa.

- **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.
- **Unità Operative Semplici.** Le Unità Operative Semplici sono 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.

21.2 Altri modelli operativi

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:

- **Le reti professionali.** Vengono attivate quando si renda necessario raggruppare 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.
- **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. Inoltre, si prevede l'attivazione delle AFT (*Aggregazioni Funzionali Territoriali*) e delle UCCP (*Unità Complesse Cure Primarie*) come da A.C.N. vigente e D.C.A. n. U00259 del 06/08/2014 della Regione Lazio.
Sono gruppi che lavorano in Staff alla Direzione Strategica, al Dipartimento o al Distretto. Sono in genere deputati all'applicazione ed implementazione locale degli strumenti tipici del governo clinico, quali: EBM, Linee Guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Health Technology Assessment, Sistemi di Indicatori, Accreditamento.
- **Incarichi professionali.** Vengono attivati al fine di assicurare specifiche funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio, di ricerca e in casi particolari di gestione. Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questo ambito è fondamentale la specifica competenza professionale.

21.3 Rapporti tra partiture organizzative

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

- ruolo di **committenza**: la Direzione Generale a livello aziendale ed il Distretto ed il Presidio Ospedaliero 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 alla 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.

TITOLO IV

LA MEDICINA DEL TERRITORIO

Dal 2014 si è provveduto a razionalizzare l'infrastruttura regionale della medicina generale organizzando, sui dettami della Legge n. 189 una rete assistenziale fruibile dal cittadino 24 ore al giorno per 365 giorni l'anno. Tale razionalizzazione ha determinato la creazione di molte Unità di Cure Primarie operative nella provincia di Frosinone e l'apertura di n. 3 Ambulatori festivi di medicina generale e n. 2 Presidi Ambulatoriali Territoriali (PAT), che ad oggi hanno conteggiato un notevole numero di accessi nei soli weekend con un impatto nei confronti degli accessi cosiddetti *inappropriati* nei P.S. del 4% per i codici bianchi e del 6% per i codici verdi.

Questo sforzo organizzativo ha meglio definito una rete assistenziale del servizio pubblico extraospedaliero, fornendo un supporto alla riorganizzazione della rete ospedaliera e nei limiti determinati dal Piano di rientro è stato un cambio di rotta rispetto alle politiche di taglio lineare, consentendo, grazie alla razionalizzazione ed efficientamento del sistema di poter differenziare, aumentandolo, l'ambito di offerta di servizi sanitari pubblici.

Tuttavia, rimangono margini di miglioramento, soprattutto in relazione a percorsi ospedale-territorio, che possono fornire un valido contributo al problema dei tempi di attesa grazie alla determinazione di percorsi condivisi tra medici di medicina generale e strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate.

Per consentire questo balzo in avanti verso una personalizzazione del servizio ed una responsabilizzazione nella prescrizione di esami clinici e diagnostici, bisogna compiere un ulteriore sforzo verso l'appropriatezza organizzativa che consenta di deburocratizzare l'atto medico a vantaggio del servizio reso ai cittadini. Tale percorso, che in una visione prospettica sviluppa e attua la realizzazione funzionale di una rete territoriale della medicina generale come parte integrante del sistema di cure in ordine a temi quali la prevenzione, la promozione di corretti stili di vita, la gestione condivisa ospedale territorio, l'appropriatezza clinica ed organizzativa deve diventare una realtà.

Affinché ciò non sia solo un auspicio, ma possa essere realizzato compiutamente si vanno a determinare degli obiettivi di attuazione ed una serie di indicatori di efficientamento del sistema, in grado di poter fornire informazioni utili per valutare la reale effettuazione di tali percorsi.

È necessario quindi operare affinché si giunga:

1. alla definizione della rete delle cure primarie e definizione del modello infrastrutturale di collaborazione informatica finalizzato alla gestione condivisa del percorso assistenziale;
2. alla definizione delle procedure necessarie per l'avvio di protocolli di collaborazione ospedale-territorio (percorsi condivisi) da attuare in sede aziendale;

3. alla definizione delle procedure atte ad avviare percorsi di presa in carico di patologie croniche ed a formalizzare protocolli di gestione nei confronti di patologie per le quali è necessario avviare il processo di diagnosi e cura nel più breve tempo possibile;
4. alla definizione di profili di valutazione della qualità dell'assistenza territoriale in ordine a patologie traccianti ed in relazione agli esiti.

TITOLO V

IL MODELLO DISTRETTUALE

Il Distretto è l'articolazione territoriale dell'Azienda di almeno 60.000 abitanti dove sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie, socio-sanitarie e sociali. Alla popolazione dei Distretti è assicurato l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e sociali garantendo, anche con il coinvolgimento dei Comuni e dei Consorzi tra Comuni, un elevato grado di integrazione sociale e sanitaria.

Il *Punto Unico di Accesso* (PUA) è il servizio a cui il cittadino accede e dove il bisogno che ha condotto a chiedere l'intervento viene decodificato e valutato per ottenere la risposta appropriata in senso sociale, sanitaria e socio-sanitaria.

Il PUA ha sede nelle Case della Salute, nei Presidi Sanitari del Distretto e anche nei Comuni. Sono diretti da figure professionali abilitate come: assistenti sociali che devono garantire l'accoglienza e l'accesso ai servizi avvalendosi, se necessario, dell'equipe di valutazione multidisciplinare per meglio indirizzare il cittadino ai servizi appropriati; a tale scopo afferiscono ai PUA anche i servizi CUP.

Nell'ambito del territorio distrettuale si articolano le funzioni decisive per garantire ai cittadini l'appropriatezza e il soddisfacimento dei bisogni sociali e sanitari inespressi o chiaramente richiesti:

- a) *Funzione di committenza*: cioè la conoscenza delle condizioni epidemiologiche del territorio distrettuale e la conseguente definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie a soddisfare il fabbisogno di salute dei cittadini nonché il controllo sull'attività dei servizi attivati e la valutazione degli esiti delle prestazioni erogate, nel senso della capacità di misurare se vi è stato o meno un miglioramento delle condizioni di salute della popolazione. Tale funzione ha anche lo scopo di evitare l'autoreferenzialità dei servizi, cioè quella produzione di prestazioni non confortate da una reale domanda di salute, ma frutto di iniziative autonome dei professionisti e fonte di inefficienze e sprechi per il servizio sanitario regionale.
- b) *Funzione di produzione*: le attività di produzione afferiscono al Dipartimento dell'assistenza primaria e cure intermedie, cioè l'erogazione attraverso i servizi territoriali delle prestazioni di primo livello, al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza per quanto attiene alle competenze territoriali di assistenza sanitaria di base. I servizi territoriali si articolano in unità operative complesse a loro volta articolate in unità operative semplici: strumento fondamentale delle attività dei servizi territoriali è rappresentato dalla presa in carico dei soggetti deboli o cronici, al fine di garantire i percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali in continuo ed adeguato controllo dell'andamento della patologia cui il cittadino è affetto. Tali percorsi che comportano la presa in carico del paziente si articolano attraverso le Case della Salute.

Articolo 22 – Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto si configura come il “garante” del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. In quanto tale è responsabile della realizzazione degli indirizzi strategici della Direzione della ASL. Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci dell’area distrettuale nonché con gli altri soggetti richiamati con riferimento all’art. 1 della legge n. 328 dell’8 novembre 2000.

Il Direttore del Distretto è responsabile dello svolgimento delle seguenti funzioni:

1. analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria, socio-sanitaria della popolazione nonché, in coordinamento con i servizi sociali dei Comuni o dei loro Consorzi, della domanda sociale al fine di garantire percorsi diagnostici terapeutici adeguati.
2. gestione del rapporto con i soggetti accreditati presenti nel territorio del Distretto anche collaborando con gli uffici centrali della ASL alla stipula dei contratti di prestazione con gli stessi soggetti.
3. coordinamento e concertazione con i responsabili dei Dipartimenti in merito alla programmazione dell’offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari.
4. elaborazione della proposta relativa al programma delle attività distrettuali.
5. monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi in attuazione del programma delle attività territoriali.
6. coordinamento e verifica del corretto rispetto dei flussi informativi.
7. controllo della regolarità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e dell’applicazione delle corrispondenti tariffe, ove previste.
8. gestione dei rifiuti prodotti nelle strutture territoriali
9. attuazione, per delega del Direttore Generale, degli adempimenti di sicurezza degli ambienti di lavoro previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

Il Direttore di Distretto assicura il coordinamento tra i Direttori dei Dipartimenti al fine di rendere concreti i percorsi ospedale-territorio, verifica attraverso riunioni periodiche tra il Dipartimento Ospedaliero e il Dipartimento Assistenza Primaria e Cure Intermedie affinché il passaggio dalla fase acuta alla fase di repuro post-acuzia avvenga nel rispetto delle norme e in modo da garantire l’efficacia delle cure prestate a domicilio.

Articolo 23 – L’integrazione sociosanitaria

La legislazione vigente sul tema è rappresentata dalla D.G.R. n. 316/2014 avente ad oggetto: “Legge Regionale n. 38/96, art. 51. *“Approvazione documento concernente linee guida agli ambiti territoriali individuati ai sensi dell’art. 47, comma 1 lettera c) della L.R. n. 38/96 per la redazione dei Piani sociali di zona periodo 2012-2014”*. L’Azienda Sanitaria Locale di Frosinone rappresenta l’interlocutore privilegiato per la realizzazione dell’integrazione Socio-Sanitaria nell’ambito delle attività previste nel Piano di Zona.

La ASL si propone di sottoscrivere gli accordi di programma con cui sono adottati i Piani di Zona di tutti i Distretti secondo quanto approvato nel documento di Economia e Finanza regionale 2014-2016 (macro Area “Una Regione che Cura e

Protegge”). In particolare il Piano di Zona dovrà, secondo la Deliberazione Consiliare n. 14 del 21 dicembre 2013, essere lo strumento primario di attuazione della Rete dei Servizi sociali e di integrazione Socio-Sanitaria secondo i seguenti obiettivi:

- trasformazione dei progetti annuali dei Piani di Zona in servizi sociali essenziali, distrettuali, permanenti;
- recepimento degli indirizzi di Giunta della D.G.R. n. 321 del 2013 sul sistema integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio;
- rafforzamento del Distretto Socio-Sanitario attraverso il superamento degli attuali accordi di programma utilizzando le forme legislative del D.Lgs. n. 267 del 18 agosto 2000;
- introduzione di strumenti contabili ed organizzativi omogenei a livello distrettuale (organizzazione dell’ufficio di Piano);
- soppressione delle duplicazioni di interventi distrettuali, con quelle regionali e comunali;
- implementazione di una piattaforma informatica;
- individuazione e distinzione degli interventi distrettuali socio assistenziali e di quelli socio sanitari tramite il raccordo e la coerenza della programmazione distrettuale con quella della ASL;
- integrazione con tutte le strutture pubbliche, private accreditate, terzo settore (volontariato, associazionismo) per la creazione di un pool di risorse umane e finanziarie comuni.

Per quanto sopra stabilito, la ASL avvierà fattive politiche di coordinamento organizzativo ed operativo con i Comuni per l’attuazione di strategie politiche condivise. Al termine del percorso delineato si dovrà giungere in tutta la Provincia ad una integrazione vera delle attività socio sanitarie (Materno infantile, Anziani, Disabili fisici, Psicici e sensoriali, Salute mentale e dipendenze, Patologie cronico degenerative, etc.), anche attraverso la formulazione di protocolli innovativi di “Dimissione Socio Sanitaria Protetta”.

In particolare, sarà cura dell’Azienda valorizzare la figura dell’Assistente Sociale, inserendola nella programmazione dei servizi distrettuali (in particolare rapporti con il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenza dalle Patologie e il Dipartimento dell’Assistenza Primaria e Cure Intermedie) e nell’ufficio di coordinamento distrettuale.

Nelle attività di sviluppo dell’Integrazione sociosanitaria sono previste:

- nel comune di **Arpino**, di concerto con l’Aipes (*Associazione Intercomunale per Esercizio Sociale*), si attiverà presso l’ex ospedale un Centro diurno socio-sanitario e un servizio di odontoiatria sociale come estendimento dell’omologo servizio già attivo presso la Casa della Salute di Ceccano. Si ribadisce, comunque, facendo seguito al DCA n. 428/2013 la necessità dell’attivazione della Casa della Salute presso l’ex Ospedale S. Croce;
- nel comune **Atina**, presso la Casa della Salute, di concerto con l’Aipes verrà potenziato il Centro Alzheimer diurno con l’attivazione della residenzialità;

- nel comune di **Pontecorvo**, presso la Casa della Salute, di concerto con il *Consorzio dei Comuni del Cassinate* si attiverà un Centro Alzheimer diurno;
- nel comune di **Patrica**, di concerto con il *Distretto Sociale “B” Frosinone*, è in previsione l’attivazione di un Centro socio sanitario per le attività di sostegno alla popolazione anziana.

TITOLO VI

LA RETE OSPEDALIERA

Articolo 24 – La Rete Ospedaliera

La Rete Ospedaliera della ASL di Frosinone è coerente con i Piani Operativi 2013-2015 ed è fissata nel rispetto delle indicazioni di cui alle Linee guida per la stesura degli Atti aziendali e del DCA n. U00412 del 26 novembre 2014 – rettifica DCA n. U00368/2014 - *Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio* (DCA n. U00247/2014), rispettando in particolare i seguenti parametri:

- organizzazione secondo il modello dipartimentale con adeguamento delle Unità Operative in rapporto ai parametri standard del Comitato LEA (1 Unità Operativa Complessa ogni 17,5 posti letto pubblici e Unità Operative Semplici pari all'1,31 delle complesse);
- conteggio nelle Unità Operative Complesse delle U.O.C. senza posti letto (Direzioni Sanitarie, Farmacia, Servizi di diagnostica);
- presenza di 6 Strutture operative di cui almeno 4 complesse e 2 semplici dipartimentali per singolo Dipartimento;
- adozione di misure organizzative per istituire Aree funzionali, intra o interdipartimentali per rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi e processi assistenziali o gestionali comuni, senza che vi siano le condizioni per la costituzione di un Dipartimento e con Dirigente preposto (senza indennità di Direttore di Dipartimento);
- organizzazione per aree assistenziali per intensità di cure per acuti (medica, chirurgica, materno-infantile) e creazione i moduli polispecialistici diurni (medici e chirurgici);
- organizzazione delle UU.OO. di Chirurgia in moduli funzionanti 5 giorni a settimana per promuovere l'appropriatezza organizzativa;
- organizzazione di aree diurne multidisciplinari allo scopo anche di razionalizzare le risorse umane;
- eliminazione di eventuali duplicazioni di funzioni assistenziali.

Sulla scorta di tali indicazioni sono individuati 3 Poli Ospedalieri.

I tre Presidi Ospedalieri sono così articolati:

- *Presidio Ospedaliero Frosinone-Alatri-Anagni*, sede in Frosinone, via Armando Fabi, tel. 0775 8821;
- *Presidio Ospedaliero Sora*, sede in Sora, Loc. S. Marciano, 03039 Sora, tel. 0776 8291;
- *Presidio Ospedaliero Cassino*, sede in Cassino, Via San Pasquale, 03043 Cassino, tel. 0776 39291.

Per quanto riguarda il Presidio di Anagni, considerato l'o.d.g. votato dai comuni del nord della provincia (Acuto, Anagni, Filettino, Fiuggi, Paliano, Piglio, Serrone, Sgurgola, Trevi nel Lazio), è stato formulato un piano di riorganizzazione delle attività e un'integrazione con l'Ospedale di Frosinone per le attività legate all'emergenza h24 coordinate dal Pronto Soccorso del P.O. F. Spaziani. Restano attive e potenziate tutte le attività: poliambulatori specialistici, una postazione screening oncologici, un centro dialisi, un laboratorio per le emergenze, una radiologia dotata di sistemi di teleconsulto e teleradiologia, l'attivazione del day service, day surgery e della chirurgia ambulatoriale, le attività proprie della medicina generale e dei servizi.

Sono in essere delle interlocuzioni con la Regione Lazio e il Ministero dell'Ambiente per l'attivazione di servizi di prevenzione e di cura sia sulle persone che sull'ambiente legate all'inquinamento della Valle del Sacco. È previsto al riguardo, sempre di concerto con la Regione ed il Ministero dell'Ambiente, un *Centro di Sorveglianza Sanitaria ed Epidemiologica* da collocare ad Anagni. Nella stessa proposta di Atto, nel Dipartimento di Prevenzione, sono previste n. 2 Unità Operative Complesse relative alla tutela degli alimenti e delle produzioni zootecniche.

Per quanto riguarda la complementarietà nell'ambito del P.O. Unificato Frosinone-Alatri e le sinergie che andranno a realizzarsi, si prevede, nel rispetto della dotazione complessiva di posti letto attribuiti, di mantenere ad Alatri una U.O.C. di Medicina Generale e una U.O.C. di Riabilitazione e la costituzione di un'Area funzionale omogenea chirurgica dotata di 10 PP.LL. ordinari e 10 PP.LL. a ciclo breve (week surgery) per le patologie chirurgiche ed ortopediche, ulteriormente incrementata di 16 PP.LL. di day surgery multidisciplinare. A supporto dell'attività chirurgica saranno resi disponibili 6 PP.LL. di terapia sub-intensiva.

Verranno mantenuti le attività Nefrologiche e la Dialisi con 15 Posti e tutti i servizi di supporto all'attività assistenziale. Il Pronto Soccorso sarà dotato di 5 PP.LL. (2 di OBI e 3 di Osservazione temporanea), mentre si darà contestualmente corso all'attivazione di una discharge room con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa dei pazienti. Il predetto assetto comporta nella struttura di Alatri la presenza di 135 PP.LL. La ratio di tale riorganizzazione risiede nella possibilità di differenziare le due strutture, che hanno visto finora una duplicazione e una sovrapposizione delle rispettive attività assistenziali, in un presidio dedicato alla gestione di patologie di maggiore complessità ed in un presidio in cui trattare casistica di medio-bassa complessità, applicando quei modelli assistenziali innovativi che permettono di raggiungere più alti livelli di appropriatezza. La vicinanza geografica dei due presidi rappresenta un ulteriore fattore di razionalizzazione che, attraverso la gestione comune del personale e delle risorse tecnologiche, può consentire sensibili economie di scala.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Sora l'Azienda recepisce i suggerimenti pervenuti dall'Amministrazione comunale perché va nella direzione del rafforzamento della vocazione oncologica del Presidio Ospedaliero di Sora, già pianificato da questa ASL, sia perché coerente con le indicazioni regionali. Il miglioramento dell'offerta sanitaria per i pazienti oncologici richiede però un complesso di azioni coordinate e sinergiche, volte ad ampliare la gamma dei servizi necessari alla realizzazione di una

rete in grado garantire la presa in carico e la gestione integrale della patologia neoplastica. E' quindi imprescindibile porre in essere tutte le azioni di reclutamento delle figure professionali necessarie e di potenziamento dei servizi di supporto, tra le quali si segnala il reperimento di un chirurgo esperto in chirurgia oncologica addominale, il potenziamento dell'endoscopia digestiva, l'attivazione della radiologia interventistica nell'ambito della corrispondente UOSD, l'implementazione di una "breast unit" che possa avvalersi dell'apporto di un chirurgo plastico, la creazione di una struttura di anatomia patologica orientata all'oncologia, la previsione di un servizio di psico-oncologia, il potenziamento della radioterapia e la disponibilità di strutture di medicina nucleare, pneumologia, endocrinologia, cardio-oncologia e preparazione dei farmaci antitumorali. Per la particolare conformazione orografica del territorio che vede l'attraversamento di due fiumi (Liri e Fibreno), la confluenza di tre valli (Roveto, Liri e Comino), e l'elevato rischio sismico l'offerta sanitaria, oltre all'indirizzo oncologico, deve avvicinarsi agli standard di un DEA di I° livello. Le azioni di miglioramento e di rafforzamento hanno questo orizzonte. È per questo che rispetto al passato Atto Aziendale è prevista una ulteriore UOC di Ortopedia e SPDC.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Cassino rimane l'indicazione di un DEA di I° livello con tutte le specialità proprie. Rispetto al precedente Atto aziendale è stata riproposta la separazione delle UOC in ambito medico con una UOC di Medicina e una UOC di Pneumologia. con l'ulteriore sviluppo dell'arruolamento di personale dirigenziale e infermieristico le attività previste potranno essere ulteriormente incrementate, come già fatto con l'attivazione di una Medicina d'urgenza con 12 PP.LL. come modulo aggiuntivo del Pronto Soccorso.

La tabella che segue riporta l'attuale dotazione di posti letto così come rilevata da NSIS al 30 giugno 2014 e quella prevista dalla programmazione della rete ospedaliera regionale, a cui si devono aggiungere i posti letto, che non concorrono agli standard fissati dalla Legge n. 135 del 7 agosto 2012, del nido e quelli di osservazione breve intensiva (OBI) che l'Azienda intende attivare in tutti i Presidi. Occorre inoltre puntualizzare che la disponibilità di posti letto sarà ulteriormente incrementata dai letti di degenza infermieristica e di Hospice (15 PP.LL.) per la gestione di patologie al momento impropriamente trattate nei presidi per acuti.

Tabella 10 - Dotazione posti letto

P.O.	attivi ^(*)				previsti			
	ordinari	lungodegenza	dh/ds	totale	ordinari	lungodegenza	dh/ds	totale
FROSINONE/ALATRI	369	15	38	422	398	15	26	439
SORA	173	21	27	221	193	21	17	231
CASSINO	213		21	228	270	21	18	309
Totale	755	36	86	877	861	57	61	979

(*) secondo i dati NSIS al 30 giugno 2014 che provengono dalle Direzioni Sanitarie dei singoli presidi.

L'offerta provinciale di posti letto per acuti è integrata dalla dotazione delle quattro Case di Cura private accreditate operanti nel territorio della ASL (come riportato nell'Articolo 4.1), rideterminati dal citato DCA n. U00412/14

Relativamente ai posti letto di post-acuzie (per i quali si ritiene congruo uno standard pari a 0,2 per mille in lungodegenza e 0,5 per mille in riabilitazione), l'effettiva offerta aziendale si ripartisce attualmente tra pubblico e privato accreditato secondo quanto indicato nella sottostante tabella.

Tabella 11 Prestazioni ospedaliere del privato accreditato

Tipologia	Pubblico	Privato Accreditato
Lungodegenza	21 P.L. P.O. Sora	15 P.L. P.O. Frosinone (*)
Riabilitazione		S. Raffaele Cassino = 69 S. Raffaele Cassino = 146 ord + 14 DH INI Città Bianca = 57 ord + 6 DH

(*) trasferiti presso il PO di Alatri dal 1 luglio 2014

La disponibilità, secondo il DCA n. U00412/2014, di 979 posti letto pubblici (di cui 922 per acuti e 57 per post-acuti) e di 391 posti letto privati accreditati (di cui 99^(*) per acuti e 292 per post-acuti) fissa la dotazione complessiva di posti letto provinciali a 1.370, pari al 2,75 posti letto x 1.000 abitanti, come mostra la sottostante tabella.

Tabella 12 - Disponibilità posti letto

Tipologia		Posti Letto Previsti		
		Pubblici	Privati Accreditati	Totali
ACUTI		922	99	1.021
POST-ACUTI	LD	57	69	126
	RIAB	0	223	223
Totale		979	391	1.370

2,75 PL x 1000 ab.

(*) vista la nota regionale prot. 154457/GR/11/16 del 19/03/2015 relativamente alla mancata autorizzazione ed accreditamento dei 30 P.L. di medicina della Casa di Cura San Raffaele

Nell'allegato 3 del presente Atto Aziendale sono riportati i posti letto per singolo Presidio. La dotazione di posti letto nelle singole U.O.C., U.O.S.D. e U.O.S. sarà assegnata con separato provvedimento della Direzione Strategica sulla base delle risorse umane disponibili e di quelle recuperate dalla riorganizzazione delle attività di ricovero.

Articolo 25 – Il Direttore Sanitario Ospedaliero

Il Direttore Sanitario Ospedaliero ha responsabilità di governo e gestionali in relazione a quanto stabilito dalla normativa vigente ed in particolare:

- adotta le norme necessarie per la migliore organizzazione dei servizi tecnico sanitari;
- richiede gli accertamenti sanitari o fiscali relativi al personale assegnato;

- stabilisce i criteri, in rapporto alle esigenze dei servizi, per l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale sanitario, tecnico, ausiliario ed esecutivo addetto ai servizi sanitari dei presidi ospedalieri;
- verifica il rispetto dei criteri sulla gestione del personale;
- propone all'Azienda le sostituzioni temporanee del personale sanitario e tecnico sanitario;
- assicura e verifica la corretta gestione delle cartelle cliniche nel rispetto della normativa;
- gestisce il corretto rispetto dei flussi informativi, rispetto alla tempistica e alla qualità/completezza dei dati;
- presenta la relazione annuale sull'andamento sanitario dell'Ospedale;
- propone il piano di acquisizione delle attrezzature ed arredi sanitari;
- esprime parere, ai fini sanitari, circa le trasformazioni edilizie;
- gestisce l'approvvigionamento necessario per il funzionamento sanitario dell'Ospedale per il mantenimento dell'infermo;
- controlla la regolarità delle prestazioni sanitarie e l'applicazione delle corrispondenti tariffe;
- cura le pratiche di ospedalità per il rimborso della spesa ospedaliera totale o parziale nei confronti dei cittadini stranieri non aderenti alla Unione Europea o di Paesi con i quali non esistono accordi bilaterali, nei confronti di istituti assicurativi da infortuni, verso paganti in proprio, etc. compresa la contabilizzazione e il pagamento;
- applica direttive per la tariffazione delle prestazioni di ricovero e cura secondo i criteri delle Direttive Regionali, delle prestazioni ambulatoriali e la riscossione della partecipazione alla spesa dei cittadini nonché degli onorari per prestazioni professionali;
- cura la sollecita trasmissione alle autorità competenti delle denunce delle malattie contagiose riscontrate in Ospedale e di ogni altra prescritta dalle disposizioni di Legge;
- valuta ed autorizza le richieste di comando per aggiornamento professionale;
- gestisce e vigila sul corretto smaltimento dei rifiuti prodotti nell'Ospedale;
- provvede all'attuazione, per delega del Direttore Generale, degli adempimenti di sicurezza per gli ambienti di lavoro previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.;
- definisce i criteri per la gestione delle liste di attesa e ne verifica l'attuazione;
- verifica l'appropriatezza dei tempi di degenza;
- gestisce il piano di utilizzo delle sale operatorie, della modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere, con particolare riferimento ai PAC, APA, Day Surgery, Day Hospital;
- regola e gestisce i piani e gli indirizzi per la preospedalizzazione, il bed management e la dimissione protetta.

TITOLO VII

IL DIPARTIMENTO

Articolo 26 - Il Dipartimento

L'articolo 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 così come modificato ed integrato dal D.Lgs. n. 229/99 – definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie.

Esso stabilisce che il Dipartimento è un'aggregazione di Unità Operative Complesse e prevede l'attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti, sia 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 partiture organizzative aziendali (Ospedale e Distretto) e con una dirigenza "verticale" più marcata.

I Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone sono otto, tutti sanitari.

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza
- Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie
- Dipartimento della Diagnostica ed Assistenza Farmaceutica
- Dipartimento di Emergenza Urgenza
- Dipartimento Ospedaliero
- Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Sanitarie, Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione

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 ed, 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) per:
- 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.

I rapporti tra il Distretto, Ospedali e Dipartimenti saranno definiti con apposito Regolamento.

Il Regolamento dipartimentale può prevedere, inoltre, eventuali articolazioni organizzative finalizzate a supportare le funzioni di programmazione, coordinamento e verifica per aree di attività omogenee per prodotti o per disciplina.

Articolo 27 – Il Direttore del Dipartimento

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale con un incarico di durata da due a tre anni.

Il Direttore del Dipartimento, in particolare:

- assicura il funzionamento del Dipartimento attuando modelli organizzativi anche proposti dal Comitato di Dipartimento, compresa l'osservanza delle norme sulla sicurezza e igiene sul lavoro e la tutela della privacy;
- promuove lo sviluppo della gestione del rischio e le verifiche periodiche;
- gestisce le risorse attribuite per il funzionamento del Dipartimento sentite le proposte del Comitato e garantisce la mobilità/rotazione del personale all'interno del Dipartimento;

- propone alla Direzione Strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato di Dipartimento;
- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- verifica la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli dell'Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative aziendali;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del Dipartimento;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guida;
- risponde dei risultati complessivi del Dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

Articolo 28 – Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di Dipartimento, ai sensi dell'articolo 17-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.

Componenti del Comitato di Dipartimento sono:

- il Direttore del Dipartimento che lo presiede;
- i Direttori delle unità operative complesse;
- i Dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali;
- il Coordinatore o suo delegato delle professioni sanitarie, tecniche, sociali e riabilitative;
- i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del Dipartimento che durano in carica tre anni;
- un rappresentante eletto dagli specialisti ambulatoriali.

Il Comitato si riunisce previa convocazione formale del direttore di Dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del Dipartimento.

La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di Dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento.

Il Comitato di Dipartimento definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del Dipartimento definendo i processi aziendali. Esso elabora, inoltre, la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogniqualvolta debba esprimersi su:

- gli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la Direzione Strategica;

- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole Unità Operative e dei rispettivi budget;
- la verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- le modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza ecc.

Articolo 29 – Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura della ASL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientali, umane e animali.

Il Dipartimento di Prevenzione è un Dipartimento a Struttura dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità gerarchicamente dipendenti dal Direttore del Dipartimento.

Il Dipartimento di Prevenzione promuove iniziative coordinate con il Distretto, con gli altri Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Locale.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- la sanità pubblica veterinaria, che comprende la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la farmacovigilanza animale, l'igiene delle produzioni zootecniche, la tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- la tutela igienico-sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nonché programmi di diagnosi precoce;
- la tutela della salute (screening oncologici). In particolare, in linea con le disposizioni regionali, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione transiteranno ed andranno garantite le funzioni di *screening*, per le quali sarà prevista una specifica Struttura Semplice, attraverso l'attivazione di specifici programmi, che costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da rivolgere a tutta la popolazione bersaglio;
- la verifica e la vigilanza igienico-sanitaria delle strutture sanitarie, anche ai fini autorizzativi.

Il Dipartimento di Prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione

della salute e delle malattie cronico-degenerative, curando in particolare l'attuazione del Piano regionale di Prevenzione, in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali, secondo il regolamento che verrà definito con apposito atto.

Il Dipartimento di Prevenzione cura, infine, lo sviluppo delle attività della medicina dello sport, attuando sistemi di collaborazione e di educazione sanitaria presso le sedi di centri sportivi.

Articolo 30 – Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza è una Struttura Operativa della ASL deputata a garantire la prevenzione, la cura e la riabilitazione della popolazione a rischio o con patologie mentali e/o delle dipendenze.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza è un Dipartimento a Struttura dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità gerarchicamente dipendenti dal Direttore del Dipartimento.

L'unificazione del Dipartimento di Salute Mentale con l'ex Dipartimento Disagio Devianza e Dipendenze nasce dall'intento di ottimizzare l'utilizzo di risorse e competenze professionali e, soprattutto, di incentivare una gestione congiunta di pazienti che presentano quadri patologici misti, anche alla luce delle esperienze innovative e di continua ricerca compiute dall'ex Dipartimento 3D. Quest'ultimo fu istituito nel 1997 dalla Regione Lazio, quale Dipartimento pilota nell'ambito delle Dipendenze, sulla cui esperienza è stato orientato e redatto l'unico Progetto Obiettivo Regionale di settore (anno 2000). La progettazione e la realizzazione di interventi del Dipartimento 3D ha visto questo Dipartimento promuovere, partecipare e coordinare progetti regionali, nazionali ed europei e ne ha visto riconosciuto il valore clinico e progettuale con numerosi premi e menzioni istituzionali, nazionali e internazionali.

Come evidenziato dalla produzione dell'ex Dipartimento 3D, i paradigmi di riferimento clinico e le attuali ricerche di settore hanno esplicitato l'eziologia multifattoriale e multidimensionale delle Patologie da Dipendenze, che hanno determinato modelli operativi di intervento in continua evoluzione e fortemente incentrati sulla multidisciplinarietà e sul trattamento dei diversi professionisti in ambito biopsicosociale. La tipologia della specifica patologia ha, per sue caratteristiche intrinseche, determinato approcci olistici non ristretti alla semplice medicalizzazione della presa in carico e delle cure. Inoltre la definizione di protocolli diagnostico terapeutici, l'individuazione di criteri di appropriatezza terapeutica e standard di misurazione per la valutazione degli esiti clinici e la competenza al lavoro di rete professionale ed interistituzionale determinano il bagaglio culturale e professionale con il quale il personale impegnato nell'ambito delle Patologie da Dipendenze può concorrere ad intraprendere una analoga evoluzione nelle modalità di lavoro della nuova organizzazione dipartimentale.

Nell'ambito della Salute Mentale sono trattati pazienti con disagio e malattia psichica, nonché le loro famiglie, in base a quanto previsto dalle normative nazionali e

dai Progetti Obiettivo Salute Mentale. Viene assicurato il trattamento ospedaliero in situazione di acuzie, in cui si riscontri la necessità di un ricovero, e vengono avviati progetti terapeutico-riabilitativi in regime ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e domiciliare rivolti a soggetti che presentano disturbi o patologie psichiche. In tale ambito garantisce le seguenti funzioni:

- controlla i ricoveri degli utenti, di competenza territoriale, attraverso la Unità Valutativa Multidimensionale;
- garantisce la consulenza psichiatrica e/o psicologica e la presa in carico dei pazienti con disagio e patologie psichiche, anche in ambito detentivo;
- attua il trattamento sanitario volontario o obbligatorio, ove necessario;
- favorisce il reingresso nella società attraverso attività educative, di apprendimento sociale e di sviluppo delle capacità cognitive, anche per i pazienti provenienti dagli O.P.G.;
- favorisce l'inserimento residenziale valutando le specifiche problematiche soggettive, familiari e sociali in atto;
- promuove azioni di sviluppo e di sostegno alle politiche di integrazione tra Azienda Sanitaria ed Enti Locali, per la realizzazione dei servizi ad alta integrazione socio sanitaria rivolti a specifici target di popolazione vulnerabile con disagio psichico e sociale;
- promuove il sostegno alla vita domiciliare, l'aiuto alla gestione di alloggi comunitari, la gestione di attività socializzanti e di inserimento lavorativo;
- opera in modo integrato con le strutture sociosanitarie, per la elaborazione di specifici progetti, in riferimento alla presa in carico e alla valutazione di pazienti in situazioni multiproblematiche.

Nell'ambito delle Patologie da Dipendenze sono assicurati gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione per la popolazione che riversa in specifiche condizioni di vulnerabilità e fragilità individuale, sociale e/o neurobiologica, con particolare riferimento a soggetti a rischio di addiction anche adolescenti, a soggetti con patologia da dipendenza da o senza sostanza, sia in ambito territoriale, sia nello specifico di soggetti coinvolti nel circuito penitenziario.

La complessità degli interventi per queste fasce di popolazione richiede un coordinamento dei diversi attori sociali e delle differenti Istituzioni che agiscono sugli stessi target. Pertanto il lavoro di sviluppo delle reti interistituzionali e di integrazione tra enti pubblici e del privato sociale assume valenza centrale dell'operato dipartimentale.

Secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale nell'ambito delle patologie da dipendenza il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza è responsabile di:

- a) attività di accoglienza e diagnosi multidisciplinare;
- b) terapie farmacologiche specifiche e generiche, ivi compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- c) attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie

- correlate all'uso di sostanze;
- d) psicodiagnosi e attività di sostegno e di "counseling";
- e) attività di riabilitazione;
- f) raccolta di dati locali delle rilevazioni epidemiologiche in campo sanitario e sociale;
- g) attuazione, secondo il programma e in base all'articolazione organizzativa delle strategie aziendali, degli interventi di prevenzione primaria, reinserimento lavorativo, medicina specialistica, trattamenti psicoterapeutici specialistici.

L'offerta dei servizi prevede interventi ambulatoriali, residenziali, semiresidenziale, domiciliare sul campo, tramite l'utilizzo di strutture proprie e/o in accreditamento.

I pazienti con patologie da dipendenza coinvolti nel circuito penitenziario costituiscono un forte bacino di utenza, in relazione alla frequenza di reati connessi direttamente ed indirettamente al traffico di stupefacenti ed alla normativa per il recupero e il trattamento anche in misura alternativa alla detenzione. Attività specifica viene, pertanto, svolta a favore della popolazione con dipendenza in ambiente penitenziario, presso i tre Istituti presenti in ambito provinciale (C.R. Paliano, C.C. Frosinone, C.C. Cassino). Vengono implementati i percorsi diagnostico terapeutici concordati in ambito regionale (D.G.R. n. 230/09) in un'ottica di integrazione multidisciplinare per l'accoglienza, la diagnosi, la certificazione di tossicodipendenza ed il trattamento, ivi compreso quello previsto in misura alternativa alla detenzione. In questo contesto è garantita una costante collaborazione con le Istituzioni della Giustizia, tra cui Magistratura di Sorveglianza e UEPE.

Una linea di intervento specifica è inoltre indirizzata alla fascia di popolazione che presenta maggior rischio di disagio, per i quali è necessario strutturare piani specifici di promozione della salute e piani di integrazione ed inclusione sociale. La popolazione giovanile e scolastica rappresenta pertanto target prioritario degli interventi di prevenzione delle dipendenze e di promozione di life skills. Analogamente è in continua espansione l'offerta di trattamenti specifici per le nuove forme di addiction, anche senza sostanza, prime tra tutte il Gambling.

Per la realizzazione delle attività di reinserimento sociale e lavorativo il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza sviluppa strategie ed azioni per l'integrazione socio sanitaria, anche nell'ambito della programmazione dei Piani di Zona, con il supporto dell'Unità Integrazione Sociosanitaria aziendale, formulando di concerto con le strutture del Privato Sociale, con le associazioni di volontari e di familiari attività di collaborazione per specifiche aree di bisogno (reinserimento sociale, attività formative etc.) e ne promuove la formazione verso forme di mutualità.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza promuove progetti di Formazione e aggiornamento del personale onde garantire a livello generale, un accrescimento della professionalità e consentire, in particolare, un più efficace perseguimento degli obiettivi fissati.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza, al fine di garantire una continuità nell'assistenza e la costruzione di articolati percorsi assistenziali, collabora con il Distretto Sanitario e con le altre strutture aziendali e stipula protocolli d'intesa o operativi atti a regolamentare le attività.

Presso il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza è costituita la Consulta della Salute Mentale, che coadiuva il Direttore del Dipartimento, a cui partecipano i rappresentanti di Associazioni di familiari, di utenti e di volontari che operano in partnership con i servizi.

Il Dipartimento garantisce l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, sulla base delle indicazioni del DCA n. 259/2014, attraverso la definizione di uno specifico modello organizzativo che tiene conto della presenza di più istituti penitenziari sul territorio aziendale, del numero di detenuti e di particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, sex offender). In particolare, in considerazione del fatto che i tre istituti di pena (Cassino, Frosinone e Paliano) insistono rispettivamente negli ambiti territoriali del Distretto D, B e A, andrà garantita la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, assicurando la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi, le prestazioni infermieristiche, le prestazioni specialistiche, la risposta alle urgenze, la cura delle malattie infettive, la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, la tutela della salute mentale, la tutela della salute delle detenute e della loro prole, la tutela della salute della popolazione immigrata. Quanto sopra può essere realizzato con l'istituzione di un servizio di medicina penitenziaria distrettuale nell'ambito dei Distretti sede degli istituti di pena.

Articolo 31 – Dipartimento Emergenza Accettazione

Il Dipartimento Emergenza e Accettazione (DEA) è struttura dedicata alla risposta assistenziale in urgenza-emergenza, che nell'ambito di un modello di rete rappresenta un punto di riferimento anche per altri Presidi Ospedalieri ad esso afferenti e costituisce porta di accesso al ricovero ospedaliero.

Si configura quindi come struttura altamente specializzata con un modello organizzativo multidisciplinare che coinvolge servizi e specifiche figure professionali con il compito di affrontare h 24 i problemi diagnostici e terapeutici del cittadino in situazioni di emergenza-urgenza, erogando prestazioni tempestive ed adeguate al livello di complessità.

Assicura, sempre h 24, le attività di anestesia rianimazione, anche in collegamento con gli interventi predisposti dalle Unità Operative del Dipartimento di Chirurgia.

Assicura, inoltre, la rete dell'assistenza cardiologica, con particolare attenzione alla patologie che determinano o hanno determinato emergenza clinica e la rete dedicata alla patologie neurologiche, comprensiva dell'Unità per la Terapia Intensiva e delle unità per l'assistenza ordinaria.

E' chiamato ad assolvere le seguenti funzioni:

- a) il soccorso immediato e la valutazione dello stato globale del paziente, al fine di salvaguardarne le funzioni vitali, delegando poi il seguito della cura fino al completo recupero alle altre UU.OO. ospedaliere. A tale scopo è preposto il servizio di P.S. integrato nel DEA, inteso come punto di confluenza delle competenze specialistiche presenti nell'ospedale;
- b) coordinamento e collegamento con le strutture extra-ospedaliere operanti in rete, con l'obiettivo di favorire l'utilizzazione del Presidio più idoneo;
- c) filtro ai ricoveri ospedalieri, individuando quelle patologie che possono essere efficacemente affrontate in setting assistenziali diversi dal ricovero ordinario (Day Hospital, Day Surgery, Day Service) o per le quali appare sufficiente un periodo di osservazione temporanea;
- d) assistenza e trattamento anestesilogico e rianimativo;
- e) assistenza e trattamento delle patologie cardiache;
- f) attività didattica, scientifica e di formazione.

L'Azienda Sanitaria di Frosinone assicura DEA di I° livello a Frosinone e Cassino, e Pronto Soccorso nei Presidi Ospedalieri di Alatri e Sora.

In particolare, per il Presidio Ospedaliero Frosinone-Alatri si avvierà una intensa opera di riqualificazione e di maggiore appropriatezza del triage nonché saranno potenziate le Aree materno-infantile (in previsione degli accorpamenti di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U00412 del 2014 per la Rete perinatale), le Aree anestesilogiche ed ortopedica e la attivazione di un pronto soccorso pediatrico.

Il Dipartimento di Emergenza Accettazione è in stretto collegamento funzionale ed operativo con l'Azienda Regionale 118 e con la sue articolazioni operative.

Articolo 32 – Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie

Il Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie funge da coordinamento tecnico delle UU.OO.CC. sul territorio che sviluppano le principali funzioni distrettuali. Opera a favore di persone che, per età o per specifica patologia, versano in condizione di particolare fragilità e, per questo, necessitano di assistenza alla persona nel proprio luogo di vita.

La principale funzione è quella di produzione: cioè l'erogazione attraverso i servizi territoriali delle prestazioni di primo livello al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza per quanto attiene alle competenze territoriali di assistenza sanitaria di base presenti nei Centri di salute diffusi sul territorio. I servizi territoriali si articolano in unità operative complesse a loro volta articolate in unità operative semplici; strumento fondamentale delle attività dei servizi territoriali è rappresentato dalla presa in carico dei soggetti deboli o cronici al fine di garantire attraverso i percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali un continuo ed adeguato controllo dell'andamento della patologia cui il cittadino è affetto. Tali percorsi che comportano la presa in carico del paziente si esplicano attraverso le Case della Salute.

In linea con i Piani Operativi della Regione Lazio sono attive nel nostro territorio tre Case della Salute: Pontecorvo, Atina e Ceprano e sono in programmazione nel 2017

quelle di Ceccano, Veroli e Ferentino mentre ad Anagni è prevista la presenza di un Presidio Sanitario.

Funzione prioritaria del Dipartimento è di garantire alla popolazione una presa in carico sanitaria complessiva, che riesca a fornire le adeguate risposte assistenziali di base ed ad attivare le linee di assistenza specialistica ordinaria ed intensiva laddove esse siano necessarie.

Funge quindi quale snodo operativo essenziale di filtro per l'assistenza ospedaliera.

Al contempo, altra funzione del Dipartimento è quella di offrire il continuum assistenziale a target specifici e vulnerabili della popolazione generale, in collegamento con le indicazioni strategiche e con le opportunità di rete fornite dall'Unità Integrazione Sociosanitaria.

I target principali del Dipartimento sono pertanto:

- popolazione generale, per assistenza di base e specialistica;
- popolazione fragile e/o vulnerabile:
 - o infanzia e famiglia;
 - o anziani;
 - o disabili;
 - o detenuti;
 - o immigrati.

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta svolgono funzione di fulcro dell'intero processo assistenziale. Il Dipartimento è chiamato pertanto a definire i percorsi di cura che assicurino, da un lato la continuità assistenziale e, dall'altro, l'apporto e la consulenza specialistica alla medicina di base. A tale scopo concorre la realizzazione delle Case della Salute, quali strutture intermedie finalizzate a garantire l'assistenza alla persona e l'esecuzione di procedure clinico-assistenziali a media-bassa medicalizzazione per la gestione appropriata di patologie cronico-degenerative, momentaneamente sкомпensate o riacutizzate, che necessitano di monitoraggio, associate a condizioni di rischio sociale variabile. Nelle Case della Salute operano i Medici di Medicina Generale, la Guardia Medica, personale infermieristico, dirigenti medici ospedalieri e specialisti convenzionati interni, assistenti sociali.

Per quanto concerne la popolazione in età evolutiva, la donna e la famiglia il Dipartimento svolge la funzione di garantire un approccio unitario di tutela della loro salute in un'ottica di assistenza globale nelle diverse fasi della vita della famiglia e dei suoi componenti. Governa la Rete dei Consultori Familiari, dei Servizi per la Salute dell'Età Evolutiva; collabora, congiuntamente alla Unità Integrazione Sociosanitaria, con gli Enti Locali per i programmi socio sanitari rivolti alle famiglie e ai minori con difficoltà psicofisiche e sociali. Sviluppa la rete dell'offerta in un continuum tra promozione e monitoraggio del sano sviluppo nell'infanzia e nell'adolescenza e presa in carico, a diverso livello di intensità, dei casi che presentino quadri patologici. La diagnosi precoce dei disturbi è quindi centrale per un'adeguata e corretta azione

sociosanitaria in età evolutiva.

Collabora con le altre strutture aziendali per le problematiche di interesse comuni, con particolare riguardo all'adolescenza ed all'immigrazione per la quale si coordina con il Dipartimento Salute Mentale.

Gli anziani non autosufficienti ed i disabili rappresentano la popolazione che, prioritariamente ad altre, necessita della continuità assistenziale e di una intensità costante nella cura. L'assistenza domiciliare, la riabilitazione, la residenzialità sanitaria assistita costituiscono le leve dell'assistenza intesa quale supporto, temporaneo o permanente, all'individuo e alla famiglia per promuovere la ripresa di autonomia funzionale ovvero per sviluppare le autonomie residue o potenziali. Il Dipartimento è pertanto il luogo di raccordo operativo e funzionale dell'intero processo di presa in carico e di cura del paziente con disabilità temporanea o cronica, dal momento valutativo (UVM) al momento di assistenza alla persona e alla famiglia, ivi compresa l'assistenza protesica e riabilitativa.

Altra linea di intervento è assunta ai sensi del D.P.C.M. 1 aprile 2008, relativamente al governo e alla gestione dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, con il coordinamento delle attività di assistenza sanitaria di base, specialistica ed infermieristica presso i tre Istituti penitenziari (Paliano, Cassino, Frosinone).

Ulteriore linea di intervento è rivolta all'altra ampia fascia di popolazione che rischia marginalità sociale e presenta alto rischio di patologia sanitaria, rappresentata dalla popolazione straniera. Questa costituisce più del 4% della popolazione generale, con un trend in costante aumento. Le cure sanitarie specifiche devono essere modulate in relazione alle culture di appartenenza e alla particolare problematica data dalla estraneazione dai luoghi di origine, ritenuta un importante fattore di rischio di insorgenza di patologia.

All'interno del Dipartimento è compresa la U.O.C. Riabilitazione che garantirà la gestione del complesso degli interventi assistenziali riabilitativi erogati presso le Strutture operative territoriali e presso i Presidi ospedalieri per acuti, attivando un percorso assistenziale integrato Ospedale/Territorio mirato alla salvaguardia del soggetto con esigenze di riabilitazione, nel rispetto dell'appropriatezza degli interventi da erogare, dei setting più appropriati e della congruità dei tempi previsti; porrà in atto in ambito ospedaliero procedure di intervento e modelli operativi in grado di ridurre, già in fase di ricovero, la possibilità di insorgenza di disabilità residue; gestirà nell'ambito ospedaliero, attraverso lo strumento operativo identificato nella Unità di Valutazione Riabilitativa aziendale, l'applicazione delle procedure valutative previste per l'identificazione dei bisogni riabilitativi del paziente in dimissione, del livello della sua disabilità residua oltre che del suo grado di instabilità clinica, identificando idonei setting operativi e attivando conseguentemente le strutture operative aziendali ed accreditate coinvolte; valuterà, per quanto di competenza, i bisogni assistenziali/riabilitativi in ambito territoriale nell'ambito delle Unità Valutative Multidimensionali aziendali.

Il Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie garantisce l'unitarietà delle attività attraverso:

- la collaborazione alla formulazione di protocolli d'intesa e operativi, definiti dall'Unità Integrazione Sociosanitaria, finalizzati a sviluppare azioni di supporto per i soggetti fragili in dimissione protetta, anche attraverso accordi organizzativo-professionali con le Strutture di ricovero per l'attuazione delle dimissioni protette, di concerto con altri organismi aziendali;
- il coordinamento e indirizzo dei servizi sanitari destinati agli assistiti affetti da patologie morbose invalidanti e/o da bisogni assistenziali complessi e/o da compromissione dell'autonomia personale;
- l'indirizzo delle attività di supporto al Medico di Medicina Generale atte a garantire la continuità di cura e ad attuare nei confronti dei malati con bisogni assistenziali complessi e/o non autosufficienti un piano personalizzato di intervento;
- l'indirizzo tecnico-organizzativo dei servizi di assistenza residenziale (Hospice) afferenti le Cure Primarie;
- il coordinamento tecnico delle attività distrettuali di prescrizione, autorizzazione, fornitura e utilizzo, archiviazione delle informazioni sanitarie ed operative, di presidi, protesi ed ausili sanitari;
- l'attuazione delle linee di attività riguardanti i consultori familiari e pediatrici
- una attuazione delle linee di attività di Medicina legale anche per quel che concerne la gestione dell'assistenza protesica.

Articolo 33 – La Casa della Salute

La Casa della Salute è una struttura in cui le procedure consentono di prendere in carico i pazienti cronici e di seguirli in modo continuativo, al fine di ridurre il danno provocato dalla cronicità e di ritardare l'evoluzione della patologia cronica così da migliorare le condizioni di vita della persona e ridurre o contenere i costi del servizio sanitario.

Ciò si può realizzare a condizione che la presa in carico del cittadino e conseguente percorso diagnostico terapeutico assistenziale sia costantemente monitorato affinché lo stile di vita della persona sia coerente con la sua patologia e i controlli sanitari siano coerenti con le linee guida regionali.

È del tutto evidente che per realizzare questi obiettivi occorre una completa sinergia fra tutti i servizi e i professionisti che entrano in gioco nella gestione del paziente e del suo PDTA (*Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale*). Non vi devono, quindi, essere interventi sulle terapie se non concordati tra i professionisti inseriti nel percorso. Saranno necessarie riunioni per la discussione dei casi, non dovrà accadere che i cittadini inseriti in un percorso possano entrare in contatto con i servizi della ASL in modo autonomo e all'insaputa dei gestori del percorso, fatti salvi eventi di emergenza, che dovranno comunque essere portati a conoscenza dei gestori del percorso.

Tutto ciò comporta che il cittadino sia munito di una scheda personalizzata e informatizzata che debba avere sempre con sé e che permetta a qualsiasi servizio o

professionista di conoscere la storia clinica del paziente e che sappia chi contattare; significa anche che ci sia un sistema informatico di allarme che porti a conoscenza del gestore del percorso ogni intervento dei servizi al di fuori del percorso. Ad esempio, se fuori dai tempi programmati il cittadino si dovesse recare ad uno sportello CUP per prenotare delle prestazioni, sullo schermo dell'operatore di sportello dovrebbe comparire il segnale di allarme in modo da condividere con i gestori del percorso la necessità o meno della prestazione richiesta. Qualora non se ne dovesse verificare l'utilità e il cittadino insistesse nella richiesta dovrebbe pagare la prestazione per intero e non solo il ticket.

Queste considerazioni sono il supporto alla corretta applicazione della Casa della Salute per la cui realizzazione occorre un profondo mutamento di atteggiamento dei professionisti che devono comprendere l'obbligo alla condivisione delle decisioni attraverso il confronto multidisciplinare e la necessità per la ASL di investire soprattutto attivando strumenti informatici e in formazione, perché un cambio così radicale di atteggiamento dei servizi e dei professionisti non può avvenire senza un'adeguata formazione alle nuove procedure e ai nuovi contenuti assistenziali.

La Casa della Salute, se realizzato quanto sopra descritto, può anche essere sede di servizi territoriali che inseriti in un'unica struttura determina sicuramente un'economia gestionale che può permettere all'Azienda di attivare tutta la gamma dei servizi utili ad assicurare una efficace tutela della salute dei cittadini.

Allo stato attuale sono attive n. 2 Case della Salute:

- Casa della Salute Pontecorvo
- Casa della Salute Atina

Sono in via di attivazione, inoltre, le Case della Salute di Ceccano, Ceprano e Ferentino.

Articolo 34 – Dipartimento della Diagnostica ed Assistenza Farmaceutica

Assicura i servizi alla popolazione relativamente alla diagnostica di laboratorio e radiologica, all'anatomia patologica, all'assistenza farmaceutica.

Garantisce l'integrazione e l'ottimizzazione delle risorse afferenti ai servizi territoriali e a quelli ospedalieri.

Per quanto riguarda specificatamente la patologia clinica, il Dipartimento persegue l'obiettivo di una sempre crescente concentrazione della diagnostica specialistica presso i laboratori "hub", della messa in rete dei laboratori con i centri prelievo, in modo da creare un network ospedale-territorio, della integrazione con le aree cliniche, compresa l'area dell'emergenza-urgenza, della riprogettazione dei centri prelievo e della revisione del repertorio delle prestazioni diagnostiche fornite a livello ospedaliero e territoriale.

L'Azienda è impegnata ad implementare l'interazione tra anatomia patologica e le attività di diagnosi e cura, oltre che con tutti i programmi di screening per migliorare la tempestività e la qualità della diagnosi precoce in campo oncologico.

La struttura farmaceutica è deputata ad attuare politiche di informazione e sensibilizzazione sull'uso dei farmaci, a monitorare il consumo dei medicinali e la

relativa spesa, a rifornire i presidi territoriali ed ospedalieri di quantità adeguate al fabbisogno assistenziale.

Il Dipartimento promuove la formazione sulle nuove tecnologie biomediche e ne cura l'introduzione secondo logiche di efficienza, si adopera per lo sviluppo delle competenze professionali, attiva linee operative di particolare rilevanza ed attua una politica di condivisione e di scambio con gli altri dipartimenti clinici.

Si provvederà inoltre, in ottemperanza a specifici Decreti Commissariali, alla riorganizzazione della rete laboratoristica (DCA n. U00219 del 2 luglio 2014 - *"Riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici"*), per la quale sta lavorando specifico Gruppo di lavoro aziendale anche tenendo conto dell'assetto orografico dell'Azienda, nonché al riordino della Rete Trasfusionale (DCA n. U00207 dello 20 giugno 2014 - *"Recepimento accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 149 del 25 luglio 2012. Piano di riordino dei Servizi Trasfusionali"*), per la quale sta parimenti lavorando specifico Gruppo di lavoro aziendale; riordino che dovrà tener conto della connotazione dell'Ospedale di Cassino quale DEA di I° livello, della necessità di un servizio h24 e delle esigenze delle strutture assistenziali del privato accreditato presenti nel territorio.

Nell'ambito di tale dipartimento trova allocazione la U.O.C. Farmacia che garantirà la Politica del Farmaco che comprende l'insieme delle azioni in tema di acquisto, prescrizione, erogazione (D.P.R. 371/98) distribuzione, informazione e vigilanza con l'obiettivo di garantire al personale sanitario ed al cittadino, che la scelta del principio attivo sia orientata da evidenze cliniche documentate, da processi di condivisione e informazione su tali evidenze, dalla loro trasferibilità alla pratica clinica e dalla valutazione di compatibilità fra efficacia pratica e costi sostenuti.

L'approccio alla politica del farmaco si traduce, omogeneamente sia in ambito ospedaliero che territoriale, in promozione della "cultura" del farmaco, attraverso il miglioramento costante dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva ed anche della sicurezza. Il perseguimento di questi obiettivi si realizza attraverso la formazione/informazione indipendente degli operatori sanitari, volta a sviluppare una "cultura" del farmaco aggiornata nel tempo che garantisca, ad ogni assistito, sia in ospedale che sul territorio, efficacia e qualità della prescrizione/somministrazione individuale e la farmacovigilanza su farmaci e sui Dispositivi Medici (DM), al fine di promuovere la corretta gestione del rischio terapeutico/assistenziale, ovvero della prevenzione di errori, attraverso interventi di profonda reingegnerizzazione informatica, mirata alla minimizzazione del rischio clinico (errore in terapia e/o assistenza).

Per realizzare un processo di ridefinizione strategica della politica del farmaco e del ruolo dell'assistenza farmaceutica, nell'ambito di un sistema integrato e trasversale di supporto a percorsi appropriati di formazione, informazione (rivolta a professionisti e anche a cittadini), prescrizione e utilizzo/somministrazione in sicurezza dei farmaci, nell'ambito della continuità terapeutico-assistenziale ospedale-territorio, occorre ripensare innanzitutto l'assetto organizzativo ed operativo, nonché le relazioni interne, con l'Area Amministrativa, una modernizzazione della piattaforma informatica, ed una riorganizzazione dei percorsi di logistica complessivi della Farmaceutica. Sul tema della

verifica e promozione dell'appropriatezza prescrittiva occorre prevedere adeguate azioni di informazione/formazione sulla componente professionale.

La U.O.C. di Farmacia avrà una funzione di coordinamento tra tutte le attività farmaceutiche del territorio provinciale con particolare riferimento all'integrazione ospedale-territorio.

L'attività e la missione specifica è garantire il rispetto di normative di riferimento (TULS n. 1265 del 27/07/1934 e Regolamento attuativo del 1938) al fine della tutela della salute pubblica nell'ottica della regolarità dell'esercizio farmaceutico e nella distribuzione intermedia dei farmaci. L'operatività della medesima si sostanzia nell'attività di vigilanza ed ispettiva, relativamente alla pratica professionale, sulle Farmacie – Parafarmacie – altri esercizi gestori del “farmaco”.

Assume inoltre la responsabilità dell'attività istruttoria ed autorizzativa di grossisti e depositi di medicinali, sulla revisione della pianta organica delle Farmacie, in merito all'autorizzazione ad apertura/esercizio di Farmacia, Farmacia succursale, altro e decadenza delle stesse. Ha competenza per l'autorizzazione alla gestione provvisoria ed ereditaria ed al trasferimento dei locali di Farmacia.

In merito all'esercizio farmaceutico tale U.O.C. è responsabile dell'autorizzazione alle sostituzioni temporanee del titolare, alla chiusura temporanea dell'esercizio farmaceutico. Compete anche la predisposizione di orari, turni e ferie delle farmacie, nonché tutto l'iter istruttorio circa l'indennità di Residenza a favore delle Farmacie Rurali.

Sarà garantita da tale partitura la tenuta e gestione dell'albo dei titolari, dei direttori, dei collaboratori e praticanti di Farmacia, nonché le correlate certificazioni di stato di servizio, idoneità, titolarità, etc.

A tale struttura afferiscono le Commissioni Ispettive Distrettuali per la vigilanza sul territorio Aziendale.

Articolo 35 – Il Dipartimento Ospedaliero

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del servizio sanitario nazionale con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa e finanziaria ed il governo clinico.

Il Dipartimento, favorendo il coordinamento dell'atto medico teso a garantire l'intero percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituisce l'ambito privilegiato nel quale poter contestualizzare le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni ovvero la misurazione degli esiti, la gestione del rischio clinico, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

In ambito ospedaliero, dalle rilevazioni di esperienze condotte finora, emerge la necessità di un ulteriore impulso all'attuazione del Dipartimento così come alla piena ed

effettiva applicazione di tutte le sue funzioni. È in tal senso necessario considerare che l'adozione del modello dipartimentale trova motivazione non soltanto nell'ottica di un vantaggio organizzativo e di conseguenza economico, ma, soprattutto, in quella di una complessiva elevazione dell'etica del sistema di cui gli elementi fondamentali sono rappresentati dal recupero di centralità del paziente all'interno dell'organizzazione e dalla valorizzazione di tutte le categorie professionali.

Il ruolo svolto dal personale nel far sì che l'organizzazione acquisisca valenza sostanziale appare essenziale; il cambiamento dipartimentale, infatti, è facilitato e raggiunge livelli più avanzati laddove gli operatori recepiscono tale organizzazione come strumento di rafforzamento culturale e di crescita professionale.

Il Dipartimento, infatti, deve funzionare non solo come luogo di integrazione e coordinamento, ma anche come luogo di sviluppo delle conoscenze e delle competenze, elementi questi strategicamente indispensabili ai fini di una prospettiva di sviluppo futuro dell'Ospedale.

L'Ospedale occupa una posizione preminente all'interno del sistema sanitario nazionale, di cui assorbe circa il 45% delle risorse. Al suo interno risiedono le competenze specialistiche di più alto livello e le tecnologie più avanzate e rappresenta, quindi, la sede dove vengono erogate le prestazioni mediche e chirurgiche dal contenuto tecnologico più elevate e la sede privilegiata per lo svolgimento di attività di formazione e di ricerca. Ciò richiede un modello organizzativo che risponda, nel modo più appropriato, all'elevata complessità del sistema che consenta di raggiungere i livelli di appropriatezza, efficacia ed efficienza richiesti per garantire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA).

L'individuazione di quest'assetto organizzativo consiste nel:

1. l'integrazione delle attività di professionisti operanti in settori diversi e recanti culture fortemente e diversamente specialistiche;
2. la condivisione di tecnologie sofisticate e costose;
3. la razionalizzazione dell'impiego delle risorse;
4. la creazione di una struttura di controllo intermedia più vicina agli operatori e ai pazienti e quindi più sensibile nel cogliere i problemi e più rapida ed efficace nel fornire risposte;
5. il miglioramento della qualità dei processi assistenziali.

L'organizzazione dipartimentale appare la soluzione, che meglio di altre possa consentire il raggiungimento di:

1. obiettivi organizzativi, con miglioramento del coordinamento delle attività di assistenza, ricerca e formazione;
2. obiettivi clinici, con la promozione della qualità dell'assistenza;
3. obiettivi economici, con la realizzazione di economie di scala e di gestione;
4. obiettivi strategici, con la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo delle competenze.

Nella prospettiva della progressiva introduzione del governo clinico, le finalità perseguite dall'organizzazione dipartimentale possono essere così schematizzate:

- sinergie per l'efficacia. L'integrazione e il coordinamento delle diverse professionalità, che possono utilizzare risorse da loro scelte ed organizzate, aumenta la probabilità dell'efficacia terapeutica;
- garanzie dell'*out-come*. La misura degli esiti dei trattamenti deve essere prevista nell'ambito del Dipartimento, per assicurare i risultati migliori in termini di salute, nel rispetto delle risorse economiche disponibili e tramite l'implementazione e la manutenzione sistematica di linee guida nazionali e internazionali;
- continuità delle cure. I percorsi assistenziali, la presenza di professionisti che hanno condiviso scelte terapeutiche e organizzative, nonché momenti formativi con la conseguente riduzione di trasferimenti e prese in carico del paziente da parte delle diverse unità operative favorisce l'integrazione e la continuità delle cure;
- integrazione interdisciplinare. La elaborazione condivisa di percorsi assistenziali e linee guida favorisce la reciproca conoscenza e valorizzazione dei professionisti delle diverse discipline, incrementando di conseguenza l'efficacia e l'efficienza;
- orientamento al paziente. Nel Dipartimento la visione complessiva delle problematiche del paziente (garantita dalla presenza di tutte le professionalità necessaria ad affrontarla), favorisce l'impiego di percorsi assistenziali mirati, favorendo l'orientamento al paziente di tutti i processi e la migliore gestione del caso;
- aumento della sicurezza per il paziente. La progettazione di strutture e percorsi integrati, l'impostazione interdisciplinare e multiprofessionale della cura, l'integrazione il coordinamento delle risorse sono componenti importanti di un sistema volto alla sicurezza del paziente;
- valorizzazione e sviluppo delle risorse umane. La crescita professionale e la gratificazione degli operatori sanitari è sostenuta dal confronto sistematico delle esperienze e dalla condivisione delle conoscenze attraverso l'elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici, la formazione e l'aggiornamento su obiettivi specifici con verifiche collegiali delle esperienze;
- ottimizzazione dell'uso delle risorse. La gestione comune di personale, spazi e apparecchiature facilita l'acquisizione e la più alta fruizione di tecnologie sofisticate e costose e favorisce l'utilizzo flessibile del personale consentendo soluzioni assistenziali altrimenti non praticabili. Essa permette altresì l'attivazione di meccanismi di economia di scala con la conseguente riduzione della duplicazione dei servizi e razionalizzazione della spesa;
- organizzazione e sviluppo della ricerca. Amplia le possibilità di collaborazione a progetti di ricerca biomedica e gestionale e favorisce l'applicazione dei risultati nella pratica quotidiana.

Tale Dipartimento è articolato in aree multidisciplinari:

- Area testa-collo
- Area oncologica
- Area materno-infantile
- Area ortopedica e riabilitativa
- Area chirurgica
- Area medica

Inoltre, il Presidio Ospedaliero di Alatri deve essere rafforzato nel ruolo di complementarietà del Presidio Ospedaliero di Frosinone, privilegiando l'attività di elezione.

Le Aree attraversano orizzontalmente i tre presidi ospedalieri ed hanno l'obiettivo di modulare l'offerta sanitaria differenziandola per Ospedali al fine di assicurare la piena attuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici intraospedalieri.

Ogni Area sarà diretta dal Direttore del Dipartimento in ordine al migliore utilizzo delle attrezzature, delle risorse umane e della loro dislocazione.

Nel regolamento del Dipartimento saranno definite le modalità di esercizio delle deleghe del Direttore del Dipartimento.

Articolo 36 – Dipartimento dell'assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie tecniche della riabilitazione della prevenzione

L'organizzazione aziendale, nelle sue articolazioni, deve prevedere la separazione della linea clinica, il cui governo è affidato ai Dipartimenti a Direzione Clinica, da quella assistenziale, il cui governo è proprio delle Strutture Operative delle Professioni Sanitarie, che, a tal fine, possono essere aggregate nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Questo Dipartimento viene previsto dato che già è programmata l'acquisizione del Dirigente Sanitario di riferimento, pur non essendo al momento presenti le Strutture Operative, e nell'auspicio di addivenire ad un modello organizzativo suddetto costituendo una Struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico e riabilitativo, tecnico sanitario e tecnico della prevenzione, nonché degli operatori di supporto assistenziale che operano nell'Azienda.

TITOLO VIII

ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO

Articolo 37 – L’organizzazione amministrativa tecnica e professionale

Garantisce il necessario supporto all’attività sanitaria. Assolve finalità di gestione e di indirizzo procedurale, consulenza e controllo e costituisce l’apparato tecnico-amministrativo-contabile a servizio dell’Azienda nel suo complesso e, quindi, di tutti i suoi livelli ed articolazioni.

È prevista un’Area Tecnica amministrativa e professionale per il coordinamento di tutte le attività di supporto, al fine di assicurare un’omogeneità di intervento sugli obiettivi aziendali.

Viene individuato un responsabile di Area con compiti di supporto alla valutazione delle strutture stesse, di supervisione finalizzata all’attuazione delle linee strategiche e di programmazione e comunque di tutti i compiti previsti nel Funzionigramma.

Articolo 38 – Le funzioni amministrative

- **Amministrazione, Gestione e Politiche del Personale:** acquisizione e gestione contrattuale ed amministrazione giuridico-economica delle Risorse Umane.
 - o provvede all’istruttoria e alla predisposizione degli atti inerenti alle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative;
 - o provvede alla nomina dei Collegi Tecnici, al conferimento e revoca incarichi ai dirigenti, atti di risoluzione, sospensione cautelare e recesso;
 - o supporta il Collegio Tecnico nella valutazione del personale dirigente;
 - o provvede alla gestione delle procedure di valutazione delle competenze e delle prestazioni del personale dirigente e del comparto;
 - o cura gli adempimenti previsti dalle norme in materia di anagrafe delle prestazioni e degli incarichi dei pubblici dipendenti;
 - o gestisce i procedimenti disciplinari nei confronti del personale dipendente, assicurando la funzione di Presidente nell’ambito dell’Ufficio Procedimenti Disciplinari;
 - o assicura la gestione delle attività connesse alla tenuta delle relazioni sindacali e svolge attività di raccordo tra la delegazione trattante di parte pubblica, sindacale e le strutture per tutti gli argomenti inerenti il confronto sindacale e correlati adempimenti di comunicazione o pubblicità;
 - o garantisce funzioni di segreteria, ivi compresa la redazione dei verbali/resoconti degli incontri sindacali;
 - o assicura la tenuta dei verbali/resoconti delle sedute di contrattazione e degli incontri con le Organizzazioni Sindacali;

- o provvede alla diffusione degli accordi;
- o fornisce supporto tecnico per la proposta di quantificazione e distribuzione dei fondi per il trattamento accessorio del personale;
- o organizza e gestisce le attività collegate all'esercizio dell'A.L.P.I. in regime di ricovero ed ambulatoriale.
- **Economia e Finanze Contabilità Analitica:** redazione di bilanci (preventivi e di esercizio), contabilizzazione del ciclo attivo (entrate), contabilità analitica e controllo di gestione, pagamento fornitori di beni e servizi, cura degli adempimenti fiscali e tributari, rispondenza ai flussi informativi ed al debito informativo regionale. Il Responsabile della U.O.C. è preposto alla redazione dei documenti contabili ai sensi dell'art.4bis della L.R. n. 16/2001 e dalla Legge finanziaria regionale n. 27/2006.
- **Acquisizione Beni e Servizi – Economato:** acquisizione di beni e servizi, svolgimento delle procedure di gara, stipula dei relativi contratti, gestione del fondo economale e manutenzione dei beni mobili (*ASL Latina*).
- **Patrimonio Tecnico Immobiliare e Sistema Informatico:** programmazione, pianificazione e gestione del Patrimonio Edilizio, Impiantistico Tecnologico, Informatico, di Trasmissione Dati e telefonico e delle Apparecchiature Elettromedicali (*ASL Frosinone*).
- **Direzione Amministrativa Ospedaliera e Territoriale. Centrale di Liquidazione:** con compiti di supporto amministrativo alla rete ospedaliera e alla rete territoriale. Liquidazioni.

Articolo 39 – Le Unità operative complesse amministrative, tecniche e professionali

Le Unità Operative Complesse Amministrative, Tecniche e Professionali si definiscono complesse se in possesso delle seguenti caratteristiche:

- a) elevata complessità della struttura in relazione alla sua articolazione interna, con particolare riguardo al grado di autonomia in relazione alle attività svolte;
- b) affidamento e gestione di budget;
- c) elevata consistenza delle risorse umane, finanziarie e strumentali ricomprese nel budget affidato;
- d) elevata rilevanza, complessità e delicatezza della funzione esplicitata da espresse e specifiche norme di legge;
- e) necessità di svolgimento di funzioni di coordinamento, indirizzo, ispezione e vigilanza, verifica di attività direzionali;
- f) rilevanza degli incarichi interna all'Unità Operativa ovvero a livello aziendale;
- g) elevata valenza strategica della struttura rispetto agli obiettivi aziendali.

Le Unità Operative Complesse vengono previste nel presente Atto Aziendale, tuttavia la loro costituzione avverrà al momento della contemporanea presenza di tutti gli elementi che le caratterizzano ed in particolare dovranno considerarsi attivate solo le UU.OO. per le quali è stata effettuata la nomina del "Direttore", titolare, avvenuta nel rispetto della vigente normativa.

Le Unità Operative Complesse Amministrativo/Tecnico/Professionali devono garantire, oltre alle specifiche funzioni previste nel Funzionigramma aziendale, allegato al presente Atto (Allegato 1), l'assolvimento delle seguenti attività:

- a) assicurare la gestione delle risorse assegnate e la loro integrazione con le risorse comuni del Dipartimento;
- b) garantire le funzioni e le attività, per tipo e per volume, programmate all'interno del budget;
- c) assicurare il coordinamento, l'integrazione ed il controllo economico per la propria Struttura;
- d) assicurare la gestione della sicurezza e della tutela della riservatezza;
- e) adottare gli atti di attuazione dei provvedimenti posti in essere dal Direttore Generale, compresi quelli che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno;
- f) elaborare le proposte di atti o provvedimenti amministrativi che dovranno essere adottati dal Direttore Generale;
- g) provvedere, seconda le linee di indirizzo della Direzione Generale, alla valutazione dei Dirigenti, secondo quanto previsto dai vigenti accordi contrattuali;
- h) predisporre il piano per lo sviluppo e la valorizzazione delle risorse umane della propria struttura, con esplicitazione del piano di formazione ed aggiornamento per la negoziazione con il Direttore di dipartimento, all'interno del processo di budget;
- i) sostenere lo sviluppo ed il buon funzionamento del Sistema Informativo di Dipartimento e aziendale ed in particolare coordina il monitoraggio, la raccolta e la validazione dei dati;
- j) facilitare lo snellimento procedurale e la tempestività dell'azione amministrativa attraverso l'applicazione di modelli e procedure operative innovative.

All'interno delle Unità Operative Complesse possono essere individuate: Unità Operative Semplici dotate di autonomia professionale ma non di risorse proprie, essendo queste ultime ricomprese nell'ambito di quelle dell'Unità complessa;

L'incarico di Direttore di Unità Operativa Complessa Amministrativa, Tecnica e Professionale è conferito dal Direttore Generale a dirigenti aziendali o ad altri aventi titolo, selezionati/individuati con le procedure previste dal contratto collettivo nazionale di lavoro e dalla normativa in materia.

Articolo 40 – Le Unità Operative Semplici

Le Unità Operative Semplici rappresentano delle articolazioni funzionali delle Unità Operative Complesse derivanti da una specifica articolazione delle attività amministrative, tecniche e professionali e caratterizzate da una particolare autonomia operativa.

L'incarico di Dirigente di Unità Operativa Semplice è conferito dal Direttore Generale a dirigenti dell'Azienda o ad altri aventi titolo selezionati/individuati con le procedure previste dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro e dalla normativa in materia.

Articolo 41 – Incarico Professionale o di Alta Specialità

I titolari di responsabilità di Incarico Professionale o di Alta professionale possono esercitare le seguenti funzioni e quant'altro previsto dalla normativa vigente:

- consulenza, studio e ricerca;
- attività ispettiva di verifica e controllo;
- attività connotata da precipua e specifica professionalità che può presentare anche aspetti gestionali.

Articolo 42 – Le posizioni organizzative e di coordinamento

I titolari di responsabilità di Posizione Organizzativa possono esercitare le seguenti funzioni e quant'altro previsto dalla normativa vigente:

- consulenza, studio e ricerca;
- attività ispettiva di verifica e controllo;
- attività di coordinamento.

Articolo 43 - Dipartimento Tecnico Interaziendale

Ai fini della razionalizzazione e omogeneizzazione del sistema di offerta si vuole favorire una forma di collaborazione organizzativa con altre Aziende Sanitarie, realizzando il Dipartimento Tecnico Interaziendale.

Il Dipartimento Tecnico Interaziendale aggrega strutture appartenenti ad Aziende Sanitarie diverse che hanno finalità e obiettivi comuni di gestione integrata di attività. La costituzione di detto Dipartimento, di carattere strutturale e funzionale, viene concordata tra le Aziende coinvolte con specifici accordi convenzionali, contenenti tutti gli elementi necessari alla corretta gestione ovvero:

- esplicitazione di finalità e obiettivi del Dipartimento;
- individuazione, per ciascuna Azienda, delle strutture complesse e delle strutture semplici e semplici dipartimentali che lo costituiscono, con chiara definizione delle relazioni gerarchiche;
- accordo tra le parti, con contestuale definizione e approvazione del regolamento per disciplinare i rapporti (personale, strutture, apparecchiature, obiettivi, incentivi, responsabilità) nonché gli aspetti economici e, nel dettaglio, gli aspetti organizzativi;
- nomina del Direttore del Dipartimento da parte del Direttore Generale dell'Azienda dalla quale giuridicamente dipende il dipendente al quale è affidato l'incarico previa intesa dei Direttori Generali delle Aziende interessate.

Il Direttore del Dipartimento Tecnico Interaziendale opera nel rispetto della programmazione degli obiettivi e delle direttive definite dalle Direzioni Strategiche delle Aziende interessate e partecipa di diritto ai Collegi di Direzione delle Aziende le cui strutture sono aggregate nel Dipartimento dal lui diretto.

L'Azienda individua articolazioni tecnico professionali o organizzative quando, per esigenze operative, obiettivi assegnati, ovvero necessità del migliore utilizzo degli

spazi, sia richiesta una gestione unitaria, non coincidente con quella delle strutture di riferimento né con quella del singolo Dipartimento.

La trasformazione dell'attuale Dipartimento Tecnico Interaziendale funzionale con la ASL di Latina, in Dipartimento strutturale finalizzato alla gestione, oltreché del settore tecnico patrimoniale, delle funzioni di provveditorato e dei sistemi informatici porta a semplificare e ottimizzare la linea tecnico-amministrativa. Attraverso tale operazione si prevede la possibilità di mettere a fattore comune tra le due Aziende, le risorse specifiche mediante l'attivazione di UU.OO.CC. interaziendali, ovviamente completate da strutture semplici operanti a livello locale, omogeneizzando procedure ed assicurando maggiore efficienza oltre ad offrire l'opportunità di sfruttare attività commerciali e di standard di servizio migliori mediante la gestione comune degli acquisti.

TITOLO IX

COMPETENZE E RESPONSABILITÀ

Articolo 44 – Responsabilità dei dirigenti

L'Azienda Sanitaria è un'organizzazione caratterizzata da un sistema di produzione ed erogazione dei servizi di tipo professionale, pertanto l'autonomia e la responsabilità sono estremamente diffuse. Si tiene conto della funzione di risposta assegnata agli operatori a contatto con i pazienti, della prevalenza delle competenze manageriali e/o specialistiche.

A tutti i dirigenti dell'azienda sono, perciò, richieste responsabilità:

- del *governo clinico* cioè l'insieme degli strumenti organizzativi attraverso i quali le Aziende assumono una responsabilità diretta per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza. È pertanto indispensabile definire precise linee di responsabilità, individuali e collettive; richiedere la trasparenza dei risultati clinici ottenuti, presentati anche in forma comparativa; sollecitare programmi di miglioramento della qualità, l'audit e la medicina basata sulle evidenze, la pratica della gestione e della comunicazione del rischio, lo sviluppo delle attività di accreditamento professionale;
- del *governo economico* cioè la ricerca continua della coerenza fra le attività e le risorse necessarie. Per questo è importante che l'allocazione delle risorse, all'interno dell'Azienda, faccia capo alla committenza e avvenga in base ai piani annuali di attività. Tenuto conto delle esigenze di miglioramento dei livelli qualitativi del servizio reso e della determinazione dei livelli quantitativi dello stesso effettuati dalla committenza, sulla base delle risorse allocate, i responsabili della produzione debbono garantire la coerenza del piano annuale di attività con le risorse necessarie al conseguimento dei risultati. La funzione si attua attraverso l'amministrazione per budget delle risorse disponibili che vengono assegnate alle varie articolazioni aziendali per il raggiungimento delle finalità generali definite dai documenti di programmazione, inoltre, si realizza attraverso l'attività di gestione nel rispetto dei principi di efficienza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse. La ASL di Frosinone utilizza i processi e i documenti di programmazione e controllo previsti dalla Legge.

L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone individua i seguenti incarichi di responsabilità:

- Direttore di Unità Operativa Complessa (U.O.C.);
- Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale (U.O.S.D.);
- Responsabile di Unità Operativa Semplice (U.O.S.);
- Responsabile di Incarico Professionale;
- Responsabile di Posizione Organizzativa.

Le Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici sono riportate nell'Allegato al presente Atto e costituiscono la dotazione strutturale ritenuta imprescindibile per il funzionamento dell'Azienda fermo restando che ciò che prevale non è la natura della Struttura operativa, che dipende dalla contemporanea presenza di più elementi, bensì le funzioni/attività che esse devono garantire nei confronti degli utenti. E' affidata ai Direttori di Unità Operativa Complessa, la proposta alla Direzione Aziendale, per il tramite del Dipartimento, di ulteriori specificazioni (incarichi professionali e posizioni organizzative), senza che ciò comporti un aumento nella dotazione organica aziendale e compatibilmente con i fondi aziendali.

Articolo 45 – Direttore di Unità Operativa Complessa

I Direttori di Unità Operativa Complessa, ciascuno per la parte di propria competenza, esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri:

- curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive generali definite dal Direttore Generale e propongono allo stesso l'attribuzione, ai dirigenti non responsabili di struttura nonché al personale in dotazione, di incarichi e responsabilità di specifici progetti ed attività; definiscono gli obiettivi che i dirigenti e i responsabili individuati devono perseguire e attribuiscono le necessarie risorse;
- adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
- coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e dei responsabili individuati, nonché dei responsabili dei procedimenti amministrativi anche mediante l'emanazione di direttive e propongono l'adozione, nei confronti dei dirigenti, delle misure previste dall'articolo 21 del D.Lgs. n. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- svolgono le attività di organizzazione e gestione del personale;
- curano i rapporti con l'esterno nelle materie di competenza secondo le specifiche direttive del Direttore Generale, sempreché tali rapporti non siano espressamente affidati ad apposita struttura o organo;
- sono responsabili della conservazione delle apparecchiature loro affidate, nonché delle procedure per il loro utilizzo;
- segnalano alla Direzione Sanitaria le carenze nell'attuazione degli adempimenti di sicurezza per gli ambienti di lavoro, previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e successive modificazioni.

I Direttori di Unità Operativa Complessa riferiscono al Direttore di Dipartimento e alla Direzione Generale sull'attività da essi svolta correntemente e in tutti i casi in cui gli stessi lo richiedano o lo ritengano opportuno.

Articolo 46 – Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale

I Responsabili di Unità Operativa Semplice Dipartimentale, per la propria specifica valenza "sovrastutturale", esercitano i seguenti compiti e poteri:

- formulano proposte ed esprimono pareri ai Direttori di Dipartimento, cui rispondono direttamente;

- curano l'attuazione dei progetti e delle attività ad essi assegnati, adottando i relativi atti e provvedimenti;
- svolgono tutti gli altri compiti ad essi delegati dai Direttori di Dipartimento;
- dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono;
- provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali, se assegnate alla propria struttura.

Essi dipendono funzionalmente dal Direttore di Dipartimento e gerarchicamente dal Direttore della Struttura (Distretto / Presidio Ospedaliero) nella quale operano.

Articolo 47 – Responsabile di Unità Operativa Semplice

I Responsabili di Unità Operativa Semplice esercitano i seguenti compiti e poteri:

- formulano proposte ed esprimono pareri ai Direttori di Unità operativa Complessa;
- curano l'attuazione dei progetti e delle attività ad essi assegnati, adottando i relativi atti e provvedimenti;
- svolgono tutti gli altri compiti ad essi delegati dai Direttori di Unità operativa Complessa;
- dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono;
- provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla propria struttura.

Essi dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore dell'Unità Operativa Complessa, nella quale operano. Concorrono, inoltre, nell'ambito del proprio ruolo e profilo professionale, alla realizzazione delle attività ordinarie dell'Unità Operativa Complessa di appartenenza.

Articolo 48 – Responsabile di Incarico Professionale o di Alta Specialità

I titolari di responsabilità di Incarico Professionale o di Alta specialità possono esercitare le seguenti funzioni e quant'altro previsto dalla normativa vigente:

- consulenza, studio e ricerca;
- attività ispettiva di verifica e controllo;
- attività connotata da precipua e specifica professionalità che può presentare anche aspetti gestionali.

Articolo 49 – Responsabile di Posizione Organizzativa

I titolari di responsabilità di Posizione Organizzativa possono esercitare le seguenti funzioni e quant'altro previsto dalla normativa vigente:

- consulenza, studio e ricerca;
- attività ispettiva di verifica e controllo;
- attività di coordinamento e di gestione.

Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative o di coordinamento finanziati da risorse a carico del bilancio aziendale.

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le Aziende Sanitarie che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Articolo 50 – Procedure per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali

Nell'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, nel pieno rispetto delle norme legislative e contrattuali vigenti, sono conferibili incarichi di direzione di Unità Operativa Complessa, di Unità Operativa Semplice Dipartimentale, di Unità Operativa Semplice, di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo. Le Unità Operative Semplici sono conferibili a tutti i dirigenti aziendali dipendenti e/o convenzionati. Sono inoltre conferibili al Personale del Comparto Incarichi di Posizione Organizzativa e di Coordinamento.

Il conferimento di tutti gli incarichi dirigenziali si effettua compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, sulla base di valutazioni discrezionali che tengono conto dei programmi strategici da attuare e delle professionalità/competenze presenti in Azienda, da valorizzare.

L'Amministrazione, in funzione delle scelte della Direzione Aziendale, nel rispetto dei canoni della massima trasparenza e delle finalità superiori dell'interesse alla massima efficienza, economicità ed efficacia dei servizi e delle prestazioni, può procedere al conferimento degli incarichi ai dirigenti nel rispetto dei principi e dei criteri e vincoli introdotti dalle vigenti norme legislative e contrattuali.

Tutti gli incarichi dirigenziali (fatta eccezione per quelli di direzione di Unità Operativa Complessa attribuibili nei limiti e con le procedure previste dal D.P.R. n. 484/97 e dal D.Lgs. n. 229/1999) sono conferibili dal Direttore Generale ai dirigenti in possesso dei requisiti prescritti dal C.C.N.L. e dal A.C.N. nell'ambito dell'assetto organizzativo dell'Azienda e nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge e delle norme contenute nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

Il conferimento degli incarichi di Direzione di Unità Operative Complesse avviene secondo le procedure a tal fine previste in materia dalla vigente normativa così come integrate dall'assetto organizzativo interno.

Tutti gli incarichi di funzione dirigenziale saranno attribuiti a termine, con facoltà di rinnovo, da un minimo di 2 ad un massimo di 3 anni e comunque in conformità con quanto indicato dai rispettivi C.C.N.L. di riferimento.

Articolo 51 – Attribuzione delle competenze

La ASL di Frosinone, mediante il conferimento degli incarichi dirigenziali, tende a realizzare modalità di organizzazione e di funzionamento delle proprie strutture coerenti con la riforma del Servizio Sanitario Nazionale e, più in generale, con la riforma della pubblica amministrazione e riconducibili ai principi di sussidiarietà, unitarietà, completezza, efficienza/efficacia, economicità, adeguatezza, qualità, centralità dell'utenza, valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse professionali, autonomia organizzativa e gestionale.

In questo senso la delega delle funzioni dirigenziali è da intendersi nell'ambito del diritto privato come la negoziazione fra le parti di obiettivi da raggiungere, la delega delle attribuzioni per poter raggiungere tali obiettivi e la definizione della possibilità di verifica, anche con modelli fiduciari, del raggiungimento degli stessi.

Il Direttore Generale o il Direttore Delegato, previa sottoscrizione di un contratto che stabilisce le funzioni e gli obiettivi da raggiungere tra le parti, attribuirà l'incarico dirigenziale nel quale dovranno essere comunque individuati: la durata, il ruolo, la retribuzione nei suoi elementi anche variabili e gli obiettivi da conseguire.

Articolo 52 – Assegnazione incarichi

Per l'assegnazione degli incarichi di funzioni dirigenziali, tranne quelli di struttura complessa ai dirigenti sanitari per i quali si applica il D.P.R. n. 484/97, sarà emanato un avviso interno a seguito del quale verrà redatta una lista di candidati in possesso di requisiti definiti dal profilo del ruolo necessari in funzione dello specifico incarico, lista da sottoporre al Direttore Generale per l'attribuzione.

In particolare, l'assegnazione degli incarichi avviene secondo quanto specificato di seguito in conformità alla normativa legislativa e contrattuale vigente:

- l'incarico di **Direttore di Distretto**, può essere conferito dal Direttore Generale dell'ASL, previo apposito avviso, ad un dirigente della stessa Azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure ad un Medico convenzionato con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria;
- l'incarico di **Direttore di Presidio Ospedaliero** è conferibile dal Direttore Generale secondo le procedure previste;
- l'incarico di **Direttore del Dipartimento** è conferibile dal Direttore Generale, secondo le procedure previste;
- l'incarico di **Direttore di Unità Operativa Complessa della Funzione Tecnico Amministrativa** è conferibile dal Direttore Generale a dirigenti dell'Azienda o ad altri aventi titolo selezionati con le procedure di cui alla normativa vigente;
- l'incarico di **Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale** può essere conferito dal Direttore Generale, su proposta del Direttore del Dipartimento di riferimento, a dirigenti in possesso della necessaria anzianità di servizio e che abbiano favorevolmente superato le previste valutazioni

periodiche;

- l'incarico di **Responsabile di Unità Operativa Semplice** può essere conferito dal Direttore Generale, su proposta del Direttore della Unità Operativa Complessa di riferimento, a dirigenti in possesso della necessaria anzianità di servizio e che abbiano favorevolmente superato le previste valutazioni periodiche;
- l'**incarico professionale, di alta specializzazione, di studio e di ricerca, o di consulenza** è conferibile dal Direttore Generale, su proposta dei Direttori di Unità Operativa Complessa, nel cui ambito si intende rendere disponibili le specifiche competenze tecnico-professionali, secondo le indicazioni budgetarie proposte dalla Direzione Generale. Ai dirigenti che abbiano rivestito incarichi di direzione di Unità Operativa e che soddisfano i necessari requisiti di competenza possono essere conferiti incarichi professionale di alta specializzazione e di consulenza.

La modalità di conferimento e di revoca degli Incarichi potrà essere definita da apposito regolamento, secondo la normativa contrattuale vigente.

Articolo 53 – Disciplina dell'Avvocazione

In caso di ritardo o mancato esercizio delle funzioni attribuite al Dirigente, nonché in caso di assenza o impedimento del Dirigente stesso, senza che ne sia stata disposta o ottenuta la sostituzione, il Direttore Sanitario o il Direttore Amministrativo con atto autonomo potranno avocare a sé gli atti di specifica competenza.

Nel caso di sostituzione l'avvocazione può essere disposta esclusivamente nelle more delle procedure per la designazione del titolare delle funzioni avocate.

TITOLO X

RAPPORTI INTERORGANIZZATIVI

Articolo 54 – Collaborazione con la comunità locale

L'Azienda deve affrontare il tema della centralità delle comunità locali, individuandone i bisogni, garantendo la coerenza tra domanda esistente/potenziale di salute proveniente dalle comunità stesse ed i vincoli normativi ed economici da rispettare.

In tale contesto il ruolo della Conferenza dei Sindaci assume la veste di interlocutore privilegiato della domanda di salute e della rappresentanza delle esigenze di accessibilità alle cure della popolazione, nel rispetto della responsabilità decisionale della ASL.

In questo quadro si collocano anche l'integrazione ed il coordinamento degli interventi assistenziali e sanitari che coinvolgono in prima istanza i finanziamenti regionali e gli investimenti degli Enti locali a favore delle attività integrate socio sanitarie per un sistema di protezione contro l'emarginazione e la povertà dell'individuo e delle famiglie.

Uno degli elementi fondamentali che consentono una corretta ridefinizione della rete ospedaliera è lo sviluppo di un sistema organico di cure primarie, che l'Azienda Sanitaria di Frosinone si impegna a sostenere: medicina generale e specialistica congiuntamente ai servizi dedicati alle fasce di popolazione più vulnerabili o fragili – minori, anziani, disabili, malati di mente, detenuti e tossicodipendenti - in uno stretto collegamento con i servizi sociali dei Comuni e dei distretti sociali.

La fase operativa dell'integrazione con l'Ente Locale trova quindi la sua più completa realizzazione all'interno della Zona Distrettuale che si interfaccia con il distretto sociale, configurandosi come modello fondamentale di aggregazione e realizzazione delle azioni socio sanitarie.

Gli strumenti idonei per rispondere a tale principio sono prevalentemente di tipo programmatico ed operativo; infatti il confronto con le istanze sociali avviene principalmente in sede di formulazione del Piano Strategico Aziendale e nella programmazione dei servizi integrati (assistenza domiciliare, piano adozioni, inserimenti lavorativi fasce deboli, ecc.).

Gli strumenti del governo dell'azienda prevedono momenti di confronto con le istanze sociali, mediante le conferenze di servizio a livello di azienda/distretto e quelle delle Zone Distrettuali.

Articolo 55 – Collaborazione con i soggetti erogatori esterni privati e del privato sociale

L'attuazione di tale principio avviene mediante gli strumenti della programmazione locale e gli accordi contrattuali di cui all'art.8 – quinquies del D.Lgs. n. 502/92.

In sede aziendale lo spirito di collaborazione con i professionisti e con i soggetti erogatori che operano nel proprio ambito territoriale trova espressione nella individuazione della struttura organizzativa aziendale e degli strumenti di coordinamento, prevedendo:

- i servizi che possono essere erogati dai soggetti erogatori accreditati e con i quali la ASL intrattiene rapporti;
- il possibile apporto delle professionalità operanti in tali soggetti erogatori alle attività istituzionali dell'Azienda.

Una collaborazione specifica è prevista con gli erogatori di servizi afferenti al privato sociale, con i quali la Azienda Sanitaria intrattiene un duplice rapporto: il primo di tipo contrattuale che prevede controllo e vigilanza da parte dell'Ente committente, il secondo di collaborazione nella co-gestione di pazienti nel corso di trattamenti integrati (servizi per pazienti psichiatrici, tossicodipendenti, disabili, ecc).

Articolo 56 - Collaborazione tra Aziende Sanitarie

Costituisce obiettivo regionale lo sviluppo della collaborazione tra le diverse Aziende Sanitarie regionali. In sede aziendale lo spirito di collaborazione tra le Aziende, prevedendo ove opportuno lo strumento della delega ad altra Azienda per lo sviluppo di attività che non è conveniente sviluppare autonomamente per problemi funzionali (carenza di specifiche professionalità o dimensione delle attività che non giustifica l'acquisizione di tali professionalità) o economici (diseconomia di scala).

Attualmente la ASL di Frosinone intrattiene rapporti con l'*Azienda Sanitaria di Latina* ed in particolare con l'*Azienda Sanitaria Locale Roma G*.

Articolo 57 – Rapporti con l'Università

La ASL Frosinone persegue un costante ed incrementale rapporto con le Università, in un ottica di reciproco scambio e promozione delle competenze professionali, della ricerca, della formazione di base e continua. Ai rapporti già consolidati con le Università regionali, si va sviluppando una rete di collaborazioni con le Università di altre regioni. In questo ambito sono assicurati Corsi di Laurea nelle professioni sanitarie e tirocini formativi presso le strutture operative aziendali.

Sono, inoltre, garantiti attraverso Protocolli di Intesa e Convenzioni specifiche i tirocini obbligatori per le diverse Scuole di Specializzazione (Medicina, Psicologia, Psicoterapia). Particolare attenzione viene data alla realizzazione di linee di ricerca e di sperimentazione congiunta, anche nell'ambito di progetti finalizzati regionali, nazionali ed europei. È intenzione della ASL di Frosinone promuovere rapporti più stretti con alcune Università ed in particolare con l'*Università degli Studi di Roma - Tor Vergata*,

anche nell'ottica della clinicizzazione di alcune Unità Operative aziendali e con l'*Università Campus Bio-Medico* di Roma nel campo dell'endocrinologia e delle malattie metaboliche.

TITOLO XI

NORME FINALI E TRANSITORIE

Il presente Atto Aziendale non potrà essere modificato nello stesso anno di approvazione né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale.

Entro sessanta giorni dall'approvazione dovrà essere adeguatamente rivisto il Piano anticorruzione così come verranno adeguati i vari Regolamenti in vigore al momento.

ALLEGATO 1 – FUNZIONIGRAMMA

Classificazione atti:

- A) *Direttore Generale: Deliberazioni*
- B) *Dirigente: Determinazioni*
- C) *Dirigente o funzionario: Atti vari diversi dalle determinazioni (firma, ordine di servizio, etc.)*

Si premette che il seguente Funzionigramma è da intendersi indicativo delle attività che competono alle singole strutture ed è suscettibile di variazioni e/o integrazioni in relazione alle esigenze dell'Azienda anche solo con l'adozione di disposizioni di servizio della Direzione Strategica.

AMMINISTRAZIONE, GESTIONE E POLITICHE DEL PERSONALE	
TIPOLOGIA PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
applicazione e gestione generale istituti contrattuali (normativi/contrattuali)	A/B
dotazione organica e relativi atti	A/B
programmazione annuale assunzione risorse umane	A
pagamento stipendi dipendenti, specialisti ambulatoriali e medici di medicina generale e guardia medica e continuità assistenziale	B
indizione e gestione concorsi e avvisi	A/B
nomina commissioni concorsi e avvisi	A
ammissione candidati	B
approvazione atti concorsuali	A/B
assunzione personale contratti individuali	A/B
provvede alla nomina dei collegi tecnici, al conferimento e revoca incarichi ai dirigenti, atti di risoluzione, sospensione cautelare e recesso;	A
provvede alla gestione delle procedure di valutazione delle competenze e delle prestazioni del personale dirigente e del comparto	A
supporta il collegio tecnico nella valutazione del personale dirigente	A
provvede all'istruttoria e alla predisposizione degli atti inerenti alle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative	A
nomina commissioni per assegnazione incarichi	A
conferimento e revoca incarichi ai dirigenti e al personale del comparto	A
mobilità interna	B
mobilità esterna	A
gestione richieste comando e di distacco	A
procedure arbitrali	A
stipula contratti di lavoro direttori di struttura complessa	A
stipula contratti di lavoro a tempo determinato o indeterminato sulla base di contratti tipo approvati dalla direzione generale	B/C
atti di risoluzione, sospensione cautelare, recesso	A
istruttorie disciplinari ed irrogazione sanzioni per il personale dipendente, sono escluse le competenze dell'ufficio disciplinare	B/C
liquidazione consulenze per convenzioni presso altri enti	B
adempimenti connessi alla liquidazione delle competenze del personale	B/C
domande di riscatto e ricongiunzione periodi assicurativi	B
sistemazione posizioni contributive	C
concessione 150 ore diritto allo studio	B
aspettativa non discrezionale	B
dimissioni	B
equo indennizzo	B
cause di servizio	B
liquidazione per ottemperanza sentenze e transazioni inerenti il personale	B
controllo aggiornamento costante e la gestione dei fondi contrattuali	A

liquidazione incentivazioni ed indennità accessorie	A/B
reportistica dati personale vari enti	A/B/C
part-time	A
riammissione in servizio	A
mantenimento in servizio	A
trattamento di fine rapporto e pensionistico	B
congedi parentali	B
accordi con organizzazioni sindacali	A
gestisce i procedimenti disciplinari nei confronti del personale dipendente, assicurando la funzione di presidente nell'ambito dell'ufficio procedimenti disciplinari	A
cura gli adempimenti previsti dalle norme in materia di anagrafe delle prestazioni e degli incarichi dei pubblici dipendenti	
assicura la gestione delle attività connesse alla tenuta delle relazioni sindacali e svolge attività di raccordo tra la delegazione trattenute di parte pubblica, sindacale e le strutture per tutti gli argomenti inerenti il confronto sindacale e correlati adempimenti di comunicazione o pubblicità	
convocazioni organizzazioni sindacali garantendo funzioni di segreteria ivi compresa la relazione dei verbali-resoconti degli incontri sindacali	C
assicura la tenuta dei verbali-resoconti delle sedute di contrattazione e degli incontri con le OO.SS.; provvede alla diffusione degli accordi	C
verifica monte ore sindacali	B/C
tenuta verbali riunioni	C
relazioni sindacali	C
organizza e gestisce le attività collegate all'esercizio dell'alpi in regime di ricovero e ambulatoriale	
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI - ECONOMATO	
pianificazione e programmazione acquisizione beni e servizi	A
approvazione capitolati generali e speciali di gara	A
nomina commissioni di gara	A
indizione di gara	B
approvazione atti di gara	B
estensione di gara nei casi ammessi dalla norma	A
atti consequenziali alle aggiudicazioni di gara	B
nomina rup e dec	
svincolo cauzioni di partecipazione a gara	C
stipula e registrazione contratti a seguito di aggiudicazione di gara	C
istituzione e costituzione fondi economici	A
acquisizione beni e servizi nei limiti di spesa fissati	B
gestione inventario beni mobili	B
tenuta e aggiornamento elenco fornitori	C
gestione informatizzata dei contratti inserimento prezzi e fornitori	B/C
gestione anagrafica dei prodotti	B
procedure per la gestione centralizzata dell'anagrafica prodotti	B/C
gestione dei contratti di fornitura e relativa interfaccia con il programma in contabilità generale	B/C
gestisce fondo economico e rendicontazione su tutta l'azienda	
gestione autoparco	B/C
spese in economia	B/C
acquisizione beni e servizi sottosoglia	B
gestioni contratti assicurativi	B
linee guida sulla gestione degli archivi	A/B
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
ECONOMIA E FINANZA, CONTABILITÀ ANALITICA	
pianificazione e programmazione finanziaria	A
formazione e redazione del bilancio aziendale (previsione di esercizio)	A
anticipazioni straordinarie di cassa	A
richiesta anticipazioni mensili di cassa	C
rapporti economico-finanziari con tesoriere	C
gestione rapporti di tesoreria	B/C
liquidazione e contabilizzazione compensi organi aziendali	B

liquidazione spese registrazione provvedimenti giudiziari	B
versamenti dell'iva	B
legge n. 210/92 (indennità ai danneggiati da vaccinazioni obbligatorie e trasfusioni)	B
certificazioni crediti	C
ordinativo di incasso	C
ordinativi di pagamento e riscontro di cassa	C
regolamenti attuativi norme contrattuali e contabili	A
procedure per la gestione di attività amministrative o contabili	A
contabilità analitica	A/B/C
verifica trimestrale di cassa	C
registrazione fatture e contabilità prima nota	
flusso C.E.	C
tenuta registri contabili obbligatori	C
cessioni di credito	C
transazioni regionali/piano di rientro regionale	B/C
gestione piattaforma accordi pagamenti regionali	B/C
adempimenti equitalia e controlli adempimenti durc	C
ciclo attivo (entrate)	C
controllo dell'equilibrio economico dell'attività libero professionale	C
contabilizzazioni incassi Recup	C
emissione fatture attive	C
reintegro spese economali	C
gestione finanziaria fornitori	C
gestione liquidatoria	B/C
gestione fiscale e tributaria	C
ordinativi informatici	C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
PATRIMONIO TECNICO IMMOBILIARE E SISTEMA INFORMATICO	
programmazione, pianificazione, costruzione e manutenzione immobili e delle tecnologie sanitarie	A
approvazione capitolati generali e speciali di gara	A
approvazione studi di fattibilità e progetti	A
nomina commissioni di gara	A
indizioni di gara	B
approvazione atti di gara	B
estensione di gara nei casi ammessi dalla norma	A
atti consequenziali alle aggiudicazioni di gara	B
svincolo cauzioni di partecipazione a gara	C
stipula contratti a seguito di aggiudicazione di gara	A
formalizzazione impegni di spesa	A
stati avanzamento lavori e certificati di pagamento	B
collaudi, certificati regolare esecuzione dei lavori	B
liquidazioni	B
locazioni, nuovi contratti, rescissioni, ecc.	A
incarichi di progettazione, direzione lavori, coordinamento della sicurezza e collaudi per procedure negoziate	B
nomina del responsabile unico del procedimento più dec	A
nomina del responsabile unico del procedimento per procedure negoziate	B
rapporti con organismi pubblici per il rilascio di certificazioni, autorizzazioni, concessioni, ecc.	B
effettuazione di sopralluoghi e relazioni tecniche	B/C
rilascio di pareri	B
accordi di programma	A
conferenze di servizi	A/B
collaudi e verifica di strutture, impianti ed attrezzature	B/C
acquisizione e gestione dei contratti di manutenzione, beni e tecnologie sanitarie	B/C
gestione inventario beni immobili	B
gestione sistema informatico patrimonio immobiliare	B
rapporti con la regione ed invio progetti	B/C
gestione utenze	B/C

reingegnerizzazione del sistema informatico aziendale	A
redazione documento programmatico sicurezza d.p.s.	B
acquisizione e gestione contratti manutenzione hw e sw	B/C
acquisizione e gestione contratti telefonia mobile e fissa	B/C
acquisizione e gestione contratti di trasmissione dati	B/C
gestione sito aziendale e programmazione	B/C
acquisizioni di beni e servizi nei limiti di spesa fissati	B
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA	
autorizzazione pagamento straordinario personale	C
organizzazione funzionalità della struttura	C
ogni adempimento previsto per tale figura dalle specifiche normative in campo igienico - organizzativo e medico legale	A/B/C
funzioni delegate in materia di d.lgs. 81/2008 e s.m.i.	A/B/C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
DIREZIONE DEL DISTRETTO	
organizzazione funzionalità della struttura	C
funzioni delegate in materia di d.lgs. 81/2008 e s.m.i.	A/B/C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
controllo sulle attività assistenziali territoriali come da obiettivi di budget	
responsabilità smaltimento rifiuti speciali e non	
nomina responsabile case della salute che si incardina sotto la responsabilità delle UUOCC assistenza sanitaria di base	
DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA E TERRITORIALE. CENTRALE DI LIQUIDAZIONE	
formalizzazione impegni di spesa	A
ricoveri stranieri	B/C
gestione dei depositi	C
ticket restaurant e incassi intramoenia in collaborazione con il personale	C
servizi a gestione diretta (portineria, centralino)	C
formalizzazione spese per convenzioni	B
autorizzazione cure climatiche, cure termali e soggiorni terapeutici	B
seggi elettorali ed elezioni	C
liquidazioni fatture forniture beni e servizi	B
applicazioni individuali norme contrattuali	B
applicazione legge n. 53/2000 su indicazione della UOC Gestione del personale	B
applicazione legge n. 104/1992 su indicazione di UOC Gestione del personale	B
trattamento economico per assenza e malattia su indicazione di UOC Gestione del Personale	B
gestione del volontariato	B
gestione tirocini obbligatori	B
liquidazioni rimborsi spese agli assistiti	B/C
liquidazione ai dipendenti spettanze interessi e spese legali a seguito di sentenze su indicazione di UOC Gestione del personale	B/C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
formalizzazione impegni di spesa	A
fatturazioni visite fiscali verso terzi	C
liquidazione spese impegnate con atti formali su indicazione della UOC Economia e Finanza	B
supporto approvazione progetti terapeutici finalizzati	B
supporto nomine collegio medico-legale	A
supporto alle attività per autorizzazione cure climatiche, cure termali e soggiorni terapeutici	B
gestione atti relativi ai rapporti con gli assistiti	B/C
costituzione della commissione terapeutica aziendale	A
liquidazione spese case di cura e soggetti accreditati	B/C
supporto amministrativo alla gestione della attività protesica-ordine-controllo-liquidazione	A/B/C
procede alla liquidazione delle spese legali e degli interessi e delle fatture certificate dall'Ufficio Legale	B
DIPARTIMENTO A FUNZIONE	
convenzioni con enti esterni	A
approvazione e rendicontazione progetti per ricerca fondi finalizzata	A/B

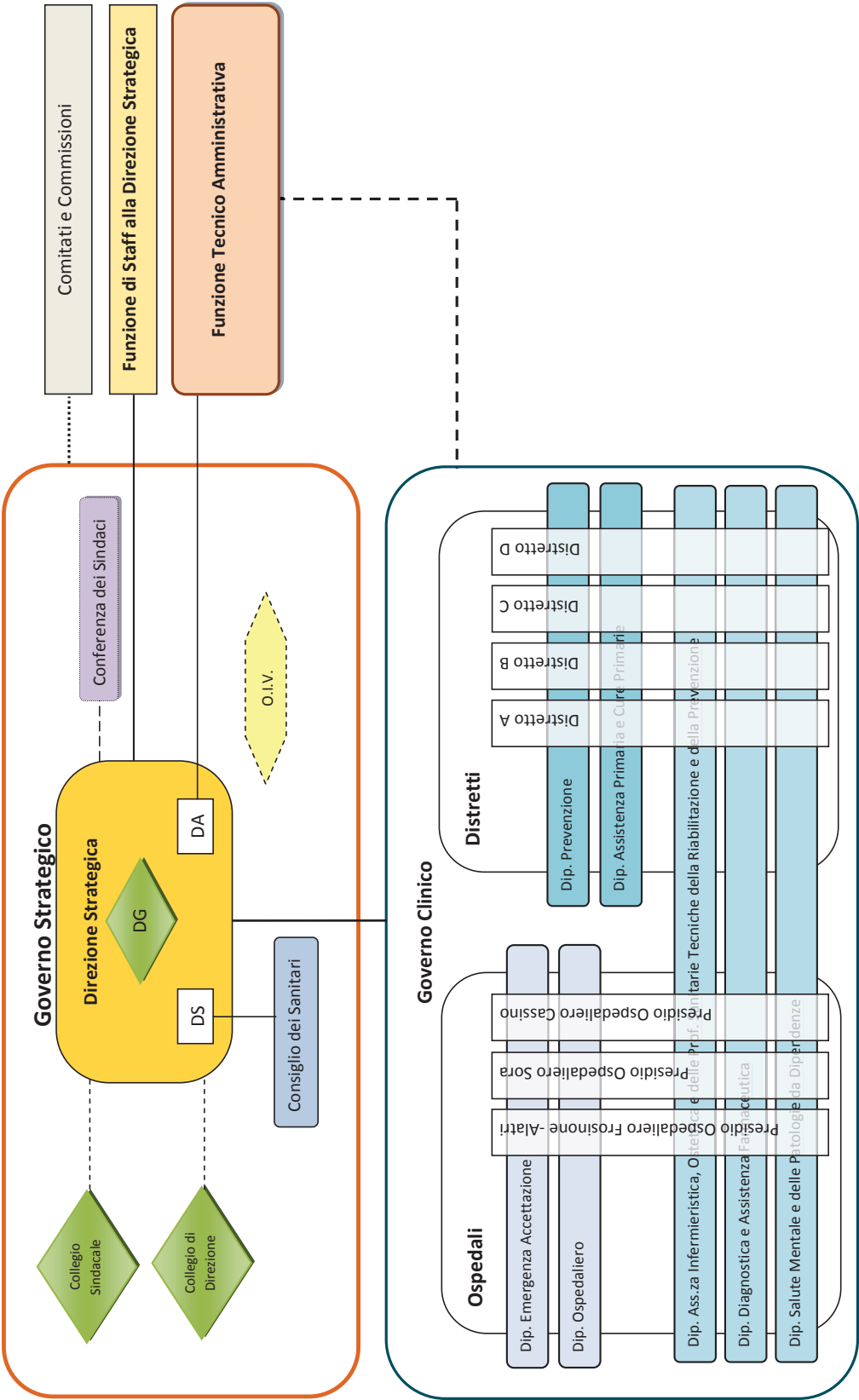
approvazione del budget	A
gestione del budget	B
rendicontazione del budget	B
formulazione piano gestione attività	B/C
coordinamento funzioni complesse deputate alla assistenza	B/C
formulazione e adozione protocolli, linee guida, regolamenti e percorsi diagnostico-terapeutico	A/B/C
proposte corsi formazione	B/C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	
formalizzazione impegni di spesa	A
convenzioni aziendali	A
approvazione progetti specifici con fondi finalizzati	A
rendiconto spese progetti con fondi finalizzati	B
rilascio autorizzazioni, attestazioni, certificazioni e pareri in materia igienico-sanitaria	C
indagini epidemiologiche e misure di profilassi	C
vaccinazioni	C
parere commissione pubblico spettacolo	C
pareri altre commissioni	C
visite periodiche presso gli istituti di pena	B
atti inerenti le norme sulla prevenzione infortuni	B
verifiche ai fini dell'autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie	C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
screening oncologici aziendali	A/B/C
atti inerenti le norme sulla sanità pubblica veterinaria	C
atti inerenti le norme sulla sicurezza alimentare	C
certificazioni mediche	C
DSMPD	
proposizione progetti con valenza economica	A
formalizzazione spese per convenzioni	B
liquidazioni spese proprie del dipartimento impegnante con atti formali e fatturazione	B
certificazioni inerenti prodotti erogati	C
corrispondenza funzioni assegnate	C
RESPONSABILE DELLE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	
ogni adempimento previsto dalla l. 190/2012	A-B-C
RESPONSABILE DELLA PRIVACY	
ogni adempimento previsto dal d.lgs. 196/2003	A-B-C
coordina le politiche aziendali riguardanti la privacy e adempie agli obblighi per l'applicazione della normativa sulla privacy	B/C
RESPONSABILE SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE	
ogni adempimento previsto dal d.lgs. 81/2008 e s.m.i.	A-B-C
MEDICI COMPETENTI COORDINAMENTO	
coordinamento dei medici competenti aziendali per quel che concerne il d.lgs. 81/2008 e s.m.i.	A-B-C
ogni adempimento previsto dal d.lgs. 81/2008 e s.m.i.	A-B-C
UFFICIO STAMPA, INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE E RELAZIONI ESTERNE, EVENTI DELL'AZIENDA	
prerogative previste dall'art. 9 l. 150/2000 e atti organizzativi asl (vedi del. n. 1417 del 07/11/2016);	A/B/C
attività indirizzata in via prioritaria ai mezzi di informazione;	
promozione eventi, gestione attività di patrocinio, comunicazione e relazioni esterne;	
formazione e tutoraggio per tirocini universitari per aspiranti giornalisti;	
campagne informative	
DIRIGENTE PREPOSTO A REDAZIONE DOCUMENTI CONTABILI	
vedi capo II art. 13 dell'Atto Aziendale	

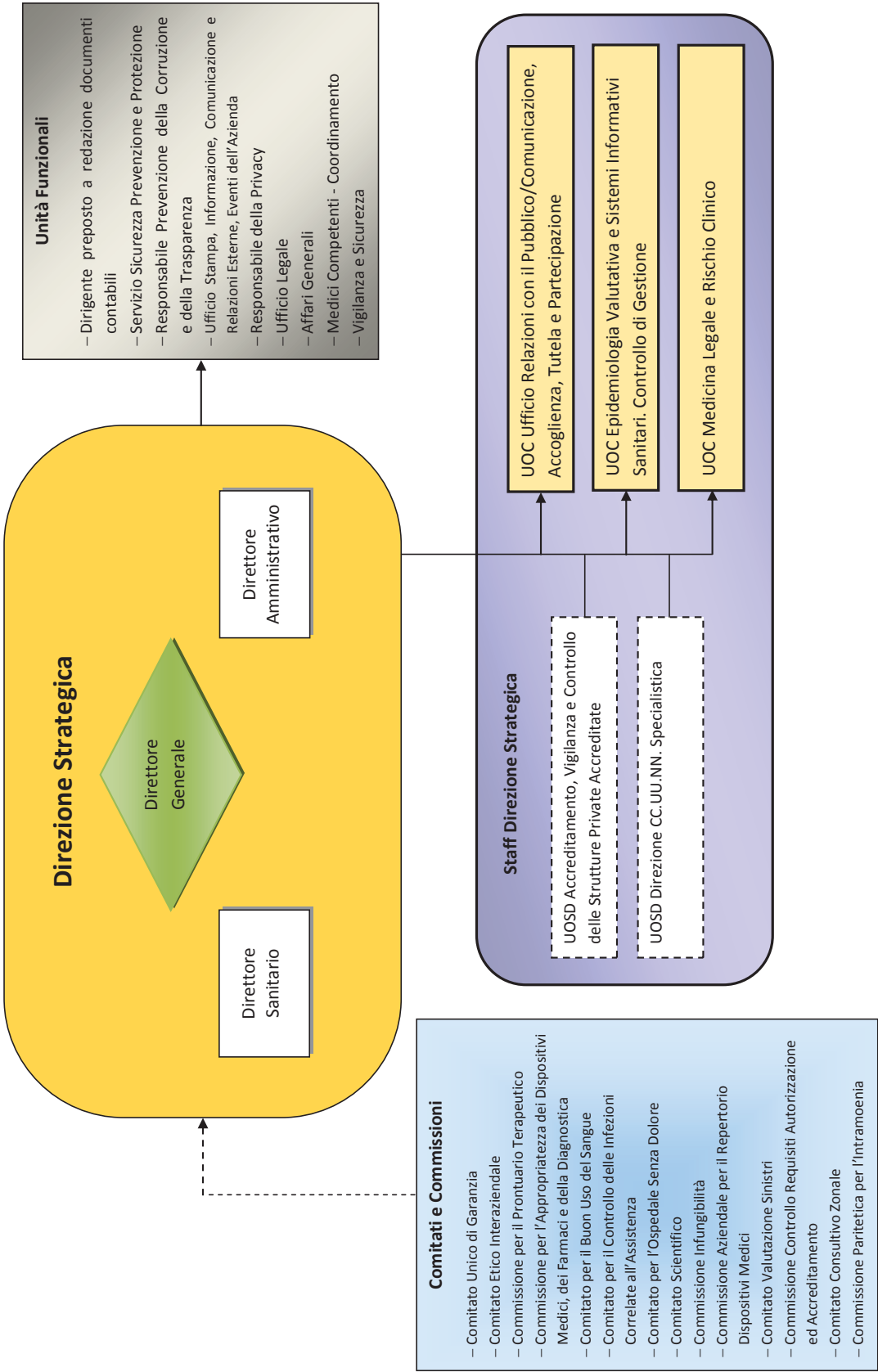
VIGILANZA E SICUREZZA	
coordina le politiche aziendali per il rispetto della normativa sul divieto di fumo	B/C
controllo e verifica adempimenti contratti inerenti la vigilanza e la sicurezza aziendali	C
supervisione e coordinamento della sicurezza delle REMS	C
incarico aziendale del trattamento dei dati sensibili e giudiziari derivanti dalle videosorveglianze aziendali	C
sicurezza e tutela delle strutture aziendali	C
UFFICIO LEGALE	
provvede direttamente alla tutela in giudizio dell'azienda ad eccezione per le quali si renda necessario l'affidamento a legali esterni;	C
gli avvocati interni all'azienda devono compilare ed aggiornare l'agenda legale, inserire le date di udienza e/o i tentativi di conciliazione.	C
sono direttamente responsabili della tenuta dei singoli fascicoli e della loro implementazione con tutti gli atti di causa e dei report sulle attività svolte;	C
gli avvocati intranei all'azienda riferiscono periodicamente al direttore amministrativo sull'attività svolta presentando apposite relazioni trimestrali e finali annuali;	C
fornisce alla direzione strategica e alle strutture aziendali pareri legali su problematiche di natura giuridica di particolare rilevanza	C
predisporre ricorsi contro le sanzioni amministrative inflitte alla direzione aziendale per compiti connessi all'attività istituzionale;	C
cura l'iter dei ricorsi a fronte di sanzioni per violazione del codice della strada;	C
gestisce le attività di recupero crediti insoluti, avviando tentativi di composizione bonaria o attività di recupero forzoso sia sotto il profilo stragiudiziale che giudiziario;	C
svolge attività di recupero crediti derivanti dal mancato pagamento da parte dell'utenza di prestazioni sanitarie erogate;	C
cura il recupero giudiziale delle somme derivanti dall'assenza per malattia dei dipendenti per eventi causati dalla responsabilità di terzi;	C
cura le procedure di pignoramento presso terzi;	C
garantisce la partecipazione dell'azienda nei procedimenti di mediazione obbligatoria, per le fattispecie previste dalla relativa norma istitutiva in materia, finalizzata al componimento bonario della controversia;	C
richiede alle strutture aziendali e fornisce, laddove si renda necessario l'affidamento a legali esterni, la necessaria documentazione atta alla migliore difesa dell'azienda;	C
provvede alla istruttoria e valutazione delle istanze stragiudiziali al fine di valutare le opportunità di risolvere il contenzioso in sede stragiudiziale o giudiziale	
predisposizione degli atti di affidamento di incarico legale	C
assolve alle funzioni connesse all'applicazione del d.lgs. 28/2010 (mediazione)	A/C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
nomina legali interni per tutela in giudizio dell'azienda nelle controversie nelle quali verrà chiamata in causa	A
garantisce la partecipazione nei collegi presso l'ufficio del lavoro nei tentativi di conciliazione	B
nomina legali del libero foro incaricati della difesa dell'amministrazione, e predisposizione della documentazione atta alla migliore difesa dell'azienda	A
monitoraggio della spesa derivante dal contenzioso	C
corrispondenza routinaria e gestione proprio archivio	C
adempie agli obblighi connessi alla legge 241/1990 novellata dalla legge 15/2005 nonché agli obblighi connessi al d.lgs. n. 150/2009 alla luce della legge quadro 4 marzo 2009 n. 15	B/C
gestione degli aspetti assicurativi nei confronti di dipendenti e terzi relativamente al patrimonio dell'azienda sia come gestione del risarcimento danno che come gestione delle polizze	B/C
AFFARI GENERALI	
gestione e monitoraggio dei processi organizzativi e tecnologici relativi al sistema documentario aziendale - dematerializzazione	C
gestione dei provvedimenti amministrativi aziendali (adozione, registrazione, pubblicazione, trasmissione degli atti deliberativi e dei provvedimenti amministrativi dirigenziali)	C
gestione del protocollo generale informatico	C
consulenze - albo on line	A/B/C
gestione del repertorio per la registrazione dei contratti	B/C
gestione delle attività relative alla formalizzazione di convenzioni con università, scuole di specializzazione, scuole medie superiori ed altri istituti pubblici e privati ai fini dell'effettuazione di tirocini e stage formativi	A/C

ALLEGATO 2 – ORGANIGRAMMA

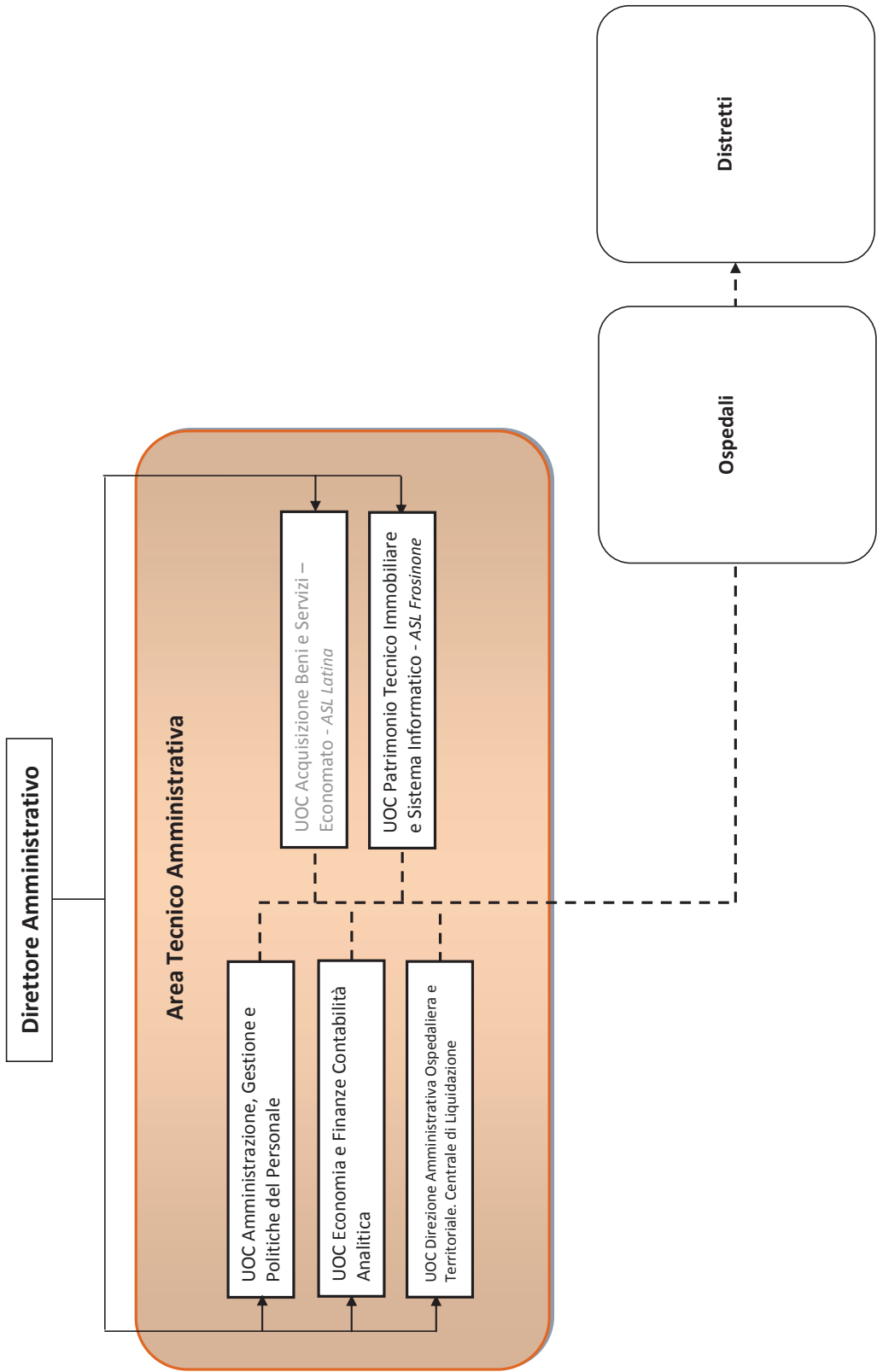
- L'applicazione degli standard adottati dal Comitato LEA per l'individuazione delle Strutture Complesse e Semplici delle ASL:
 - STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE: POSTI LETTO PUBBLICI/STRUTTURE COMPLESSE = 17,5
 - STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE: POPOLAZIONE RESIDENTE/STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE = 13,515
 - STRUTTURE SEMPLICI (COMPRESSE SSD): STRUTTURE SEMPLICI/STRUTTURE COMPLESSE = 1,31
- Comporta l'attribuzione alla ASL di Frosinone di:

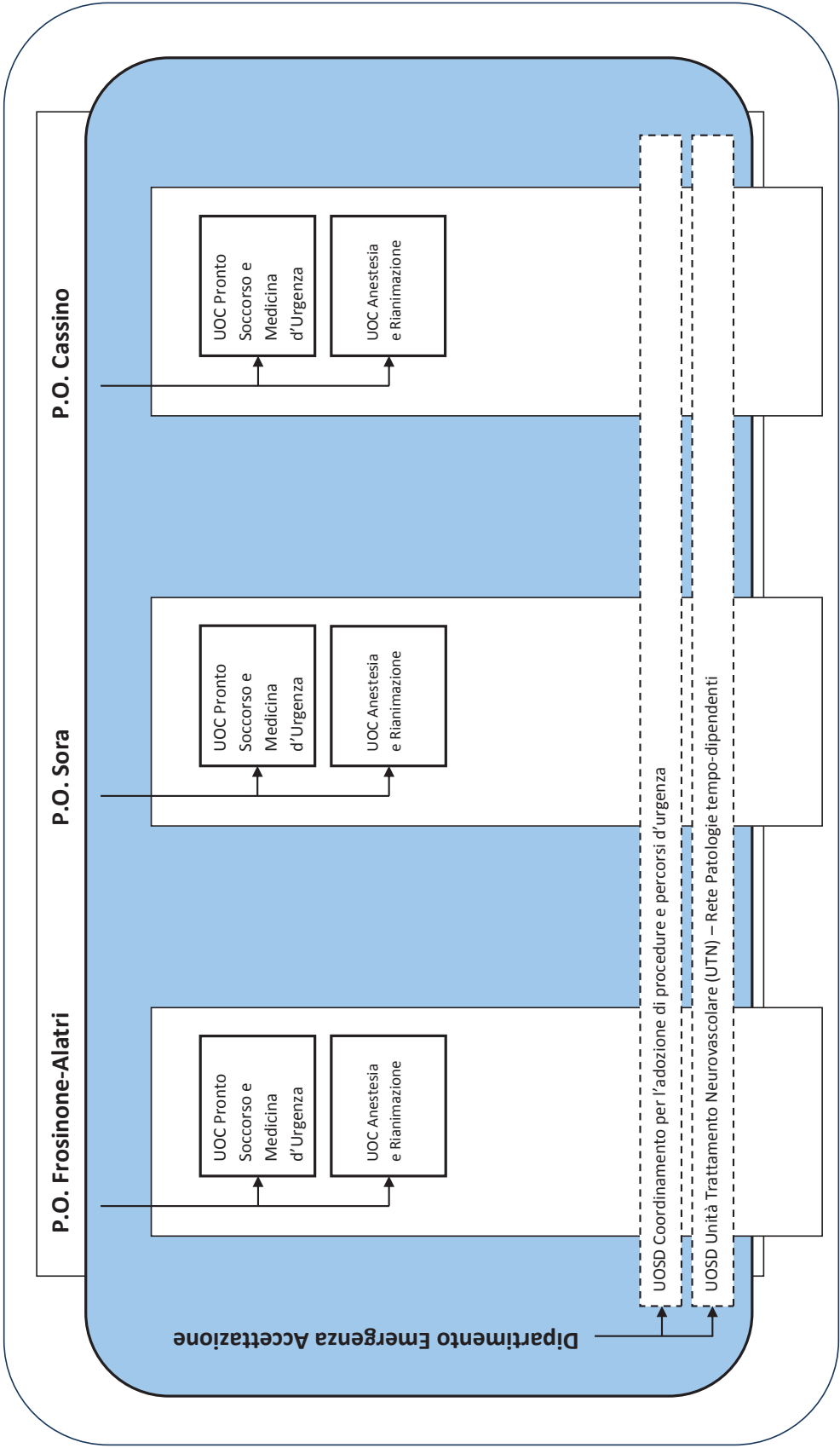
○ 55 STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE ○ 30 STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE ○ 31 STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI	}	85 SS.CC.
--	---	------------------
- Le 55 Strutture Complesse ospedaliere si ripartiscono tra i 3 Presidi Ospedalieri con la seguente dotazione di posti letto:
 - FROSINONE-ALATRI = 439 posti letto
 - SORA = 231 posti letto
 - CASSINO = 309 posti letto

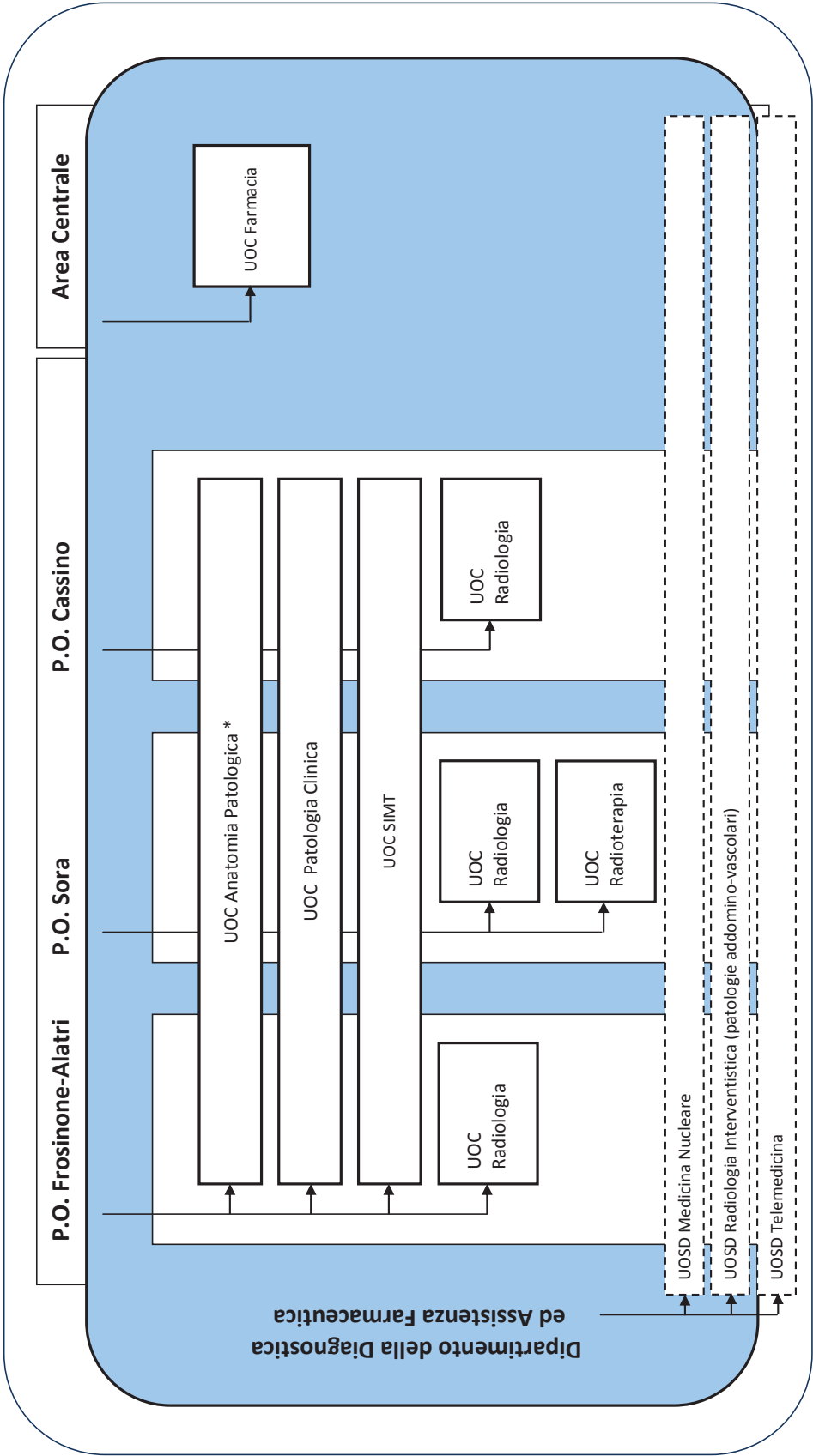




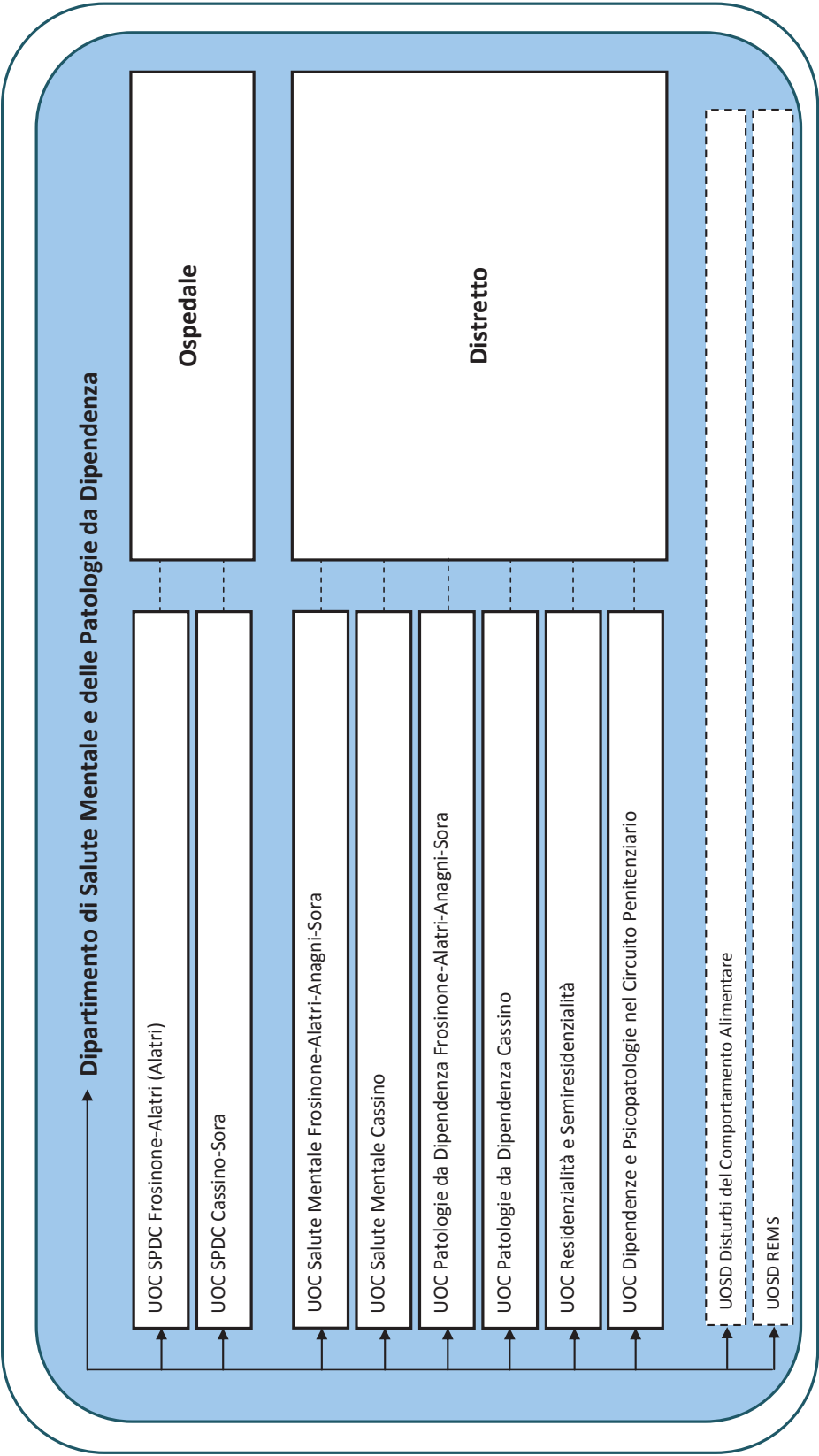
Allegato 2 - Organigramma

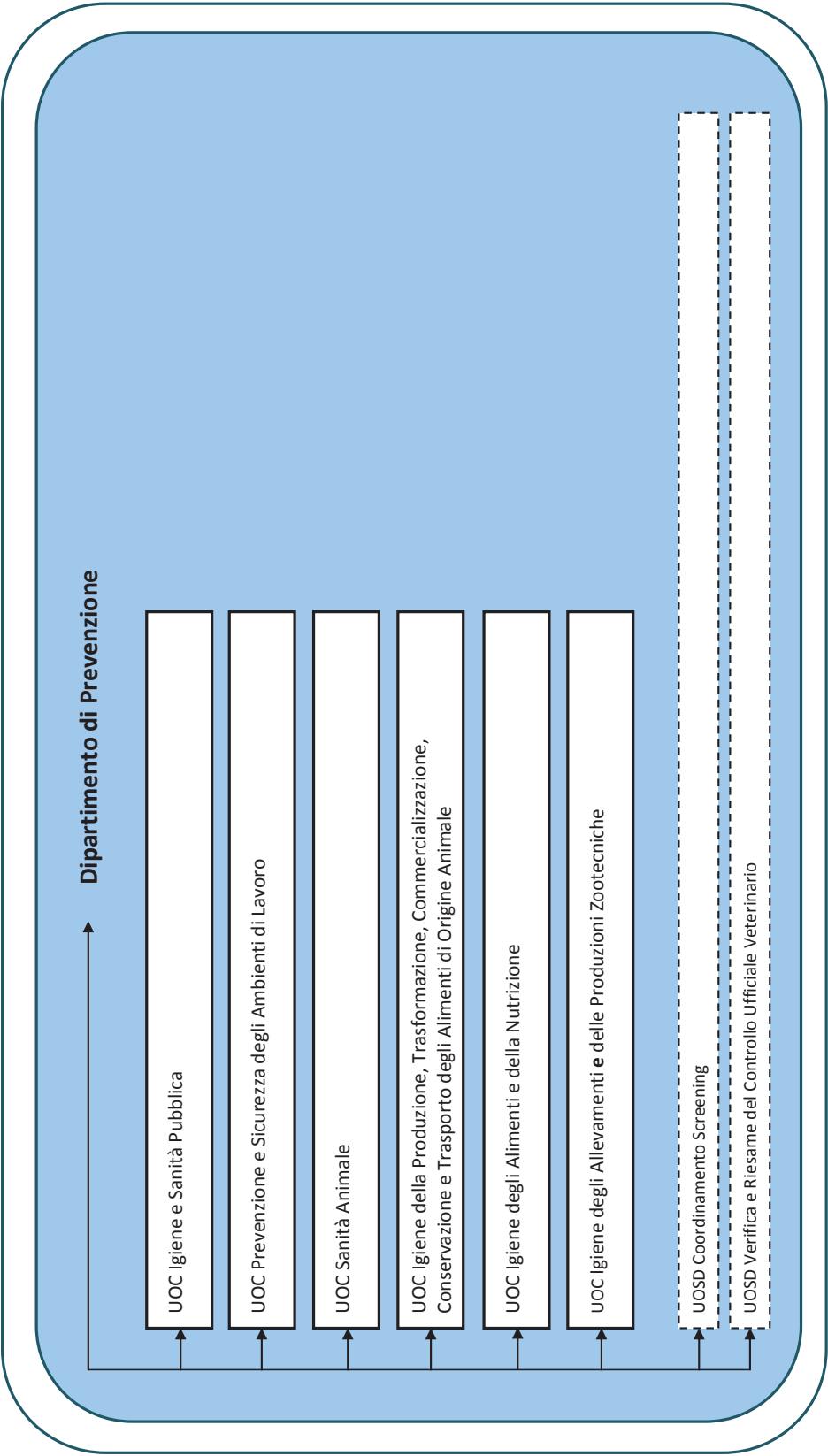


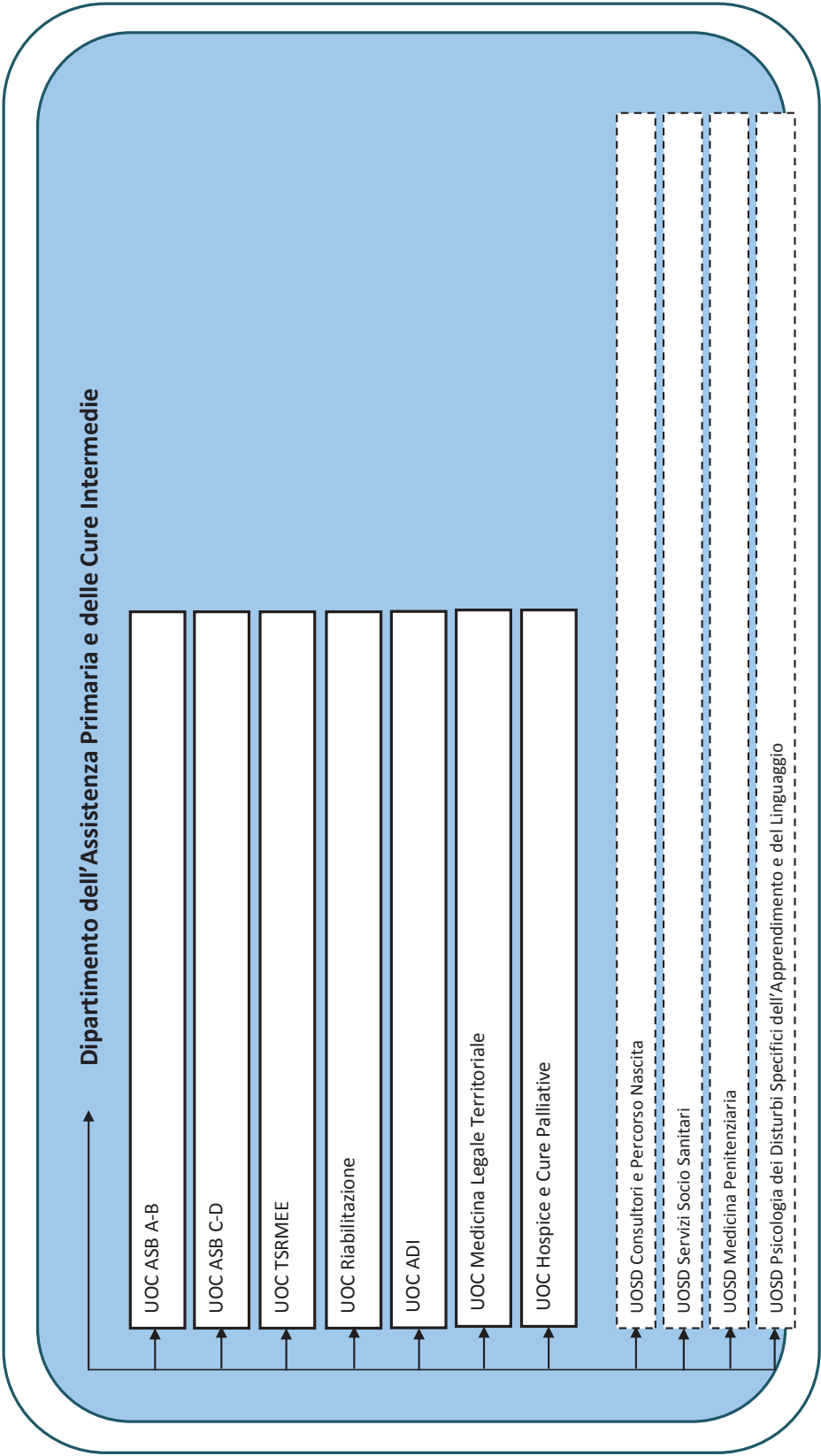




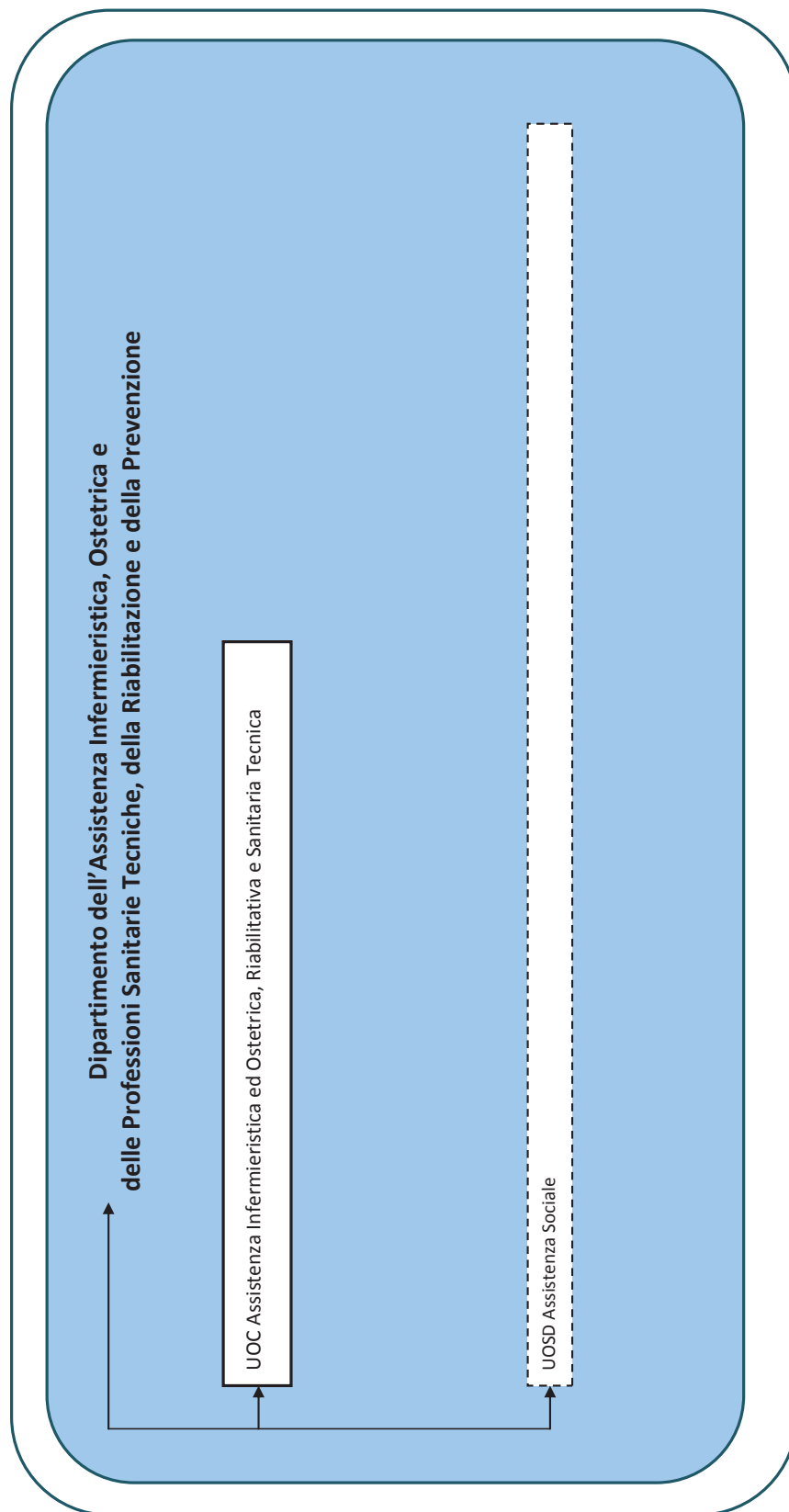
* compatibile con la istituenda Rete Regionale

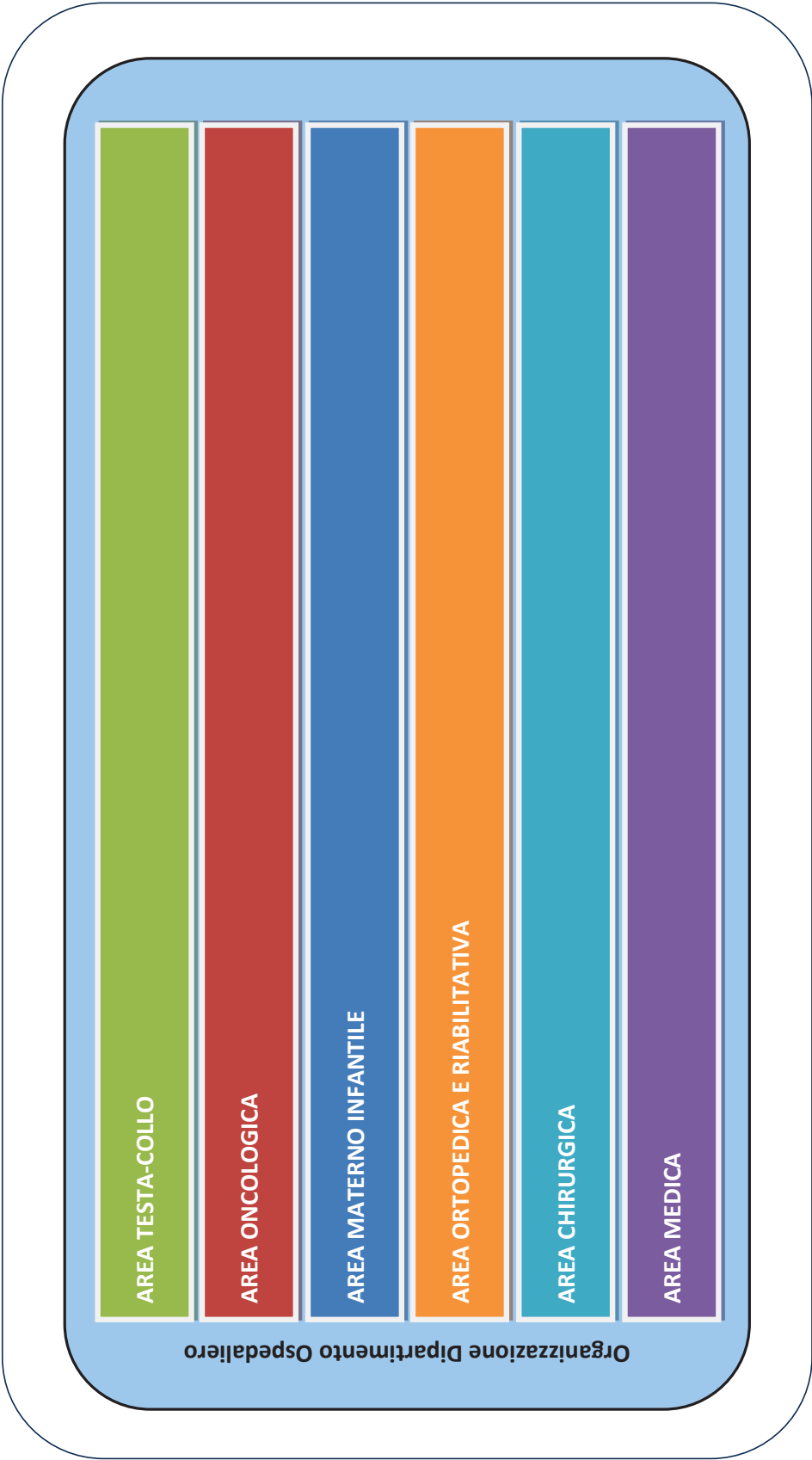


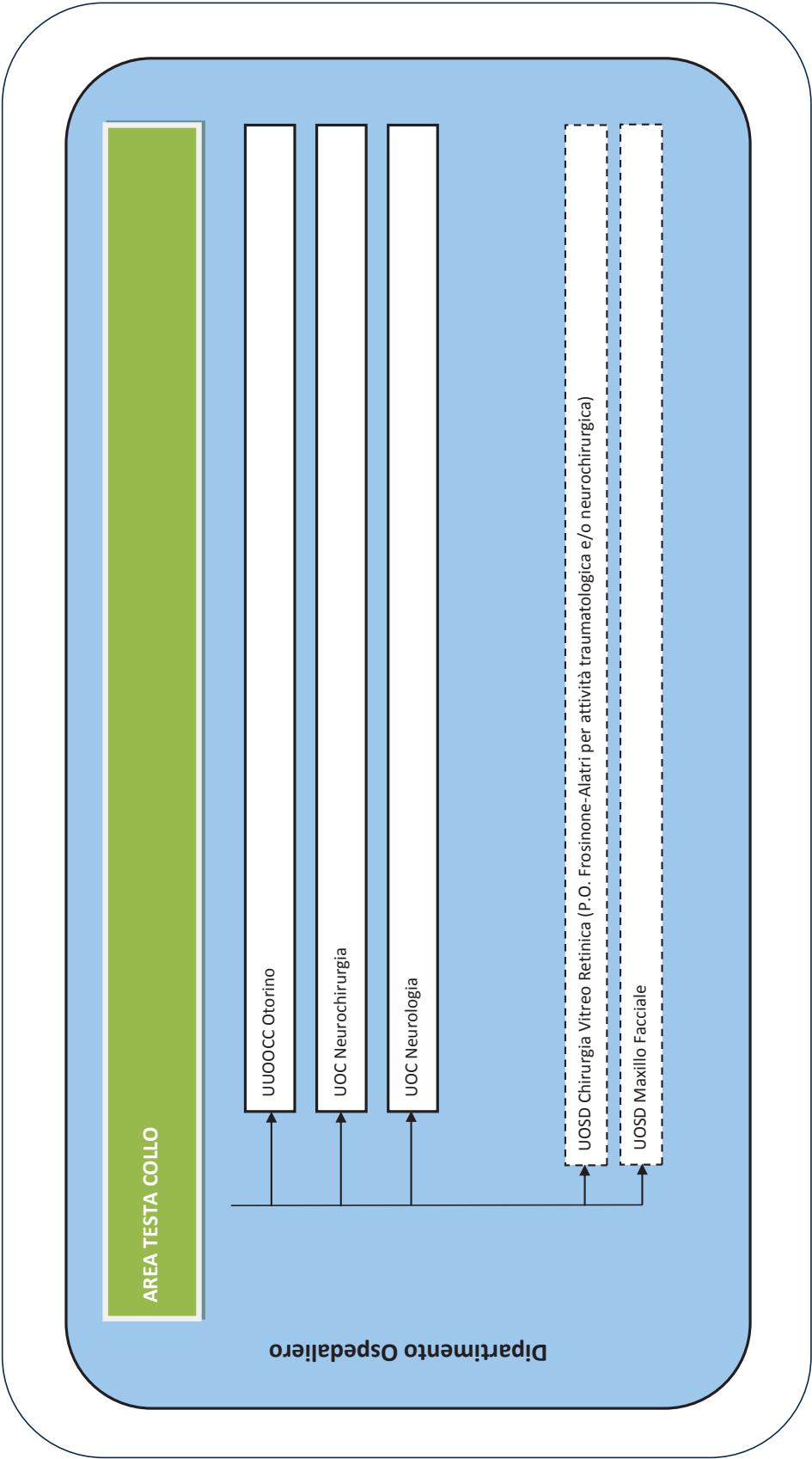


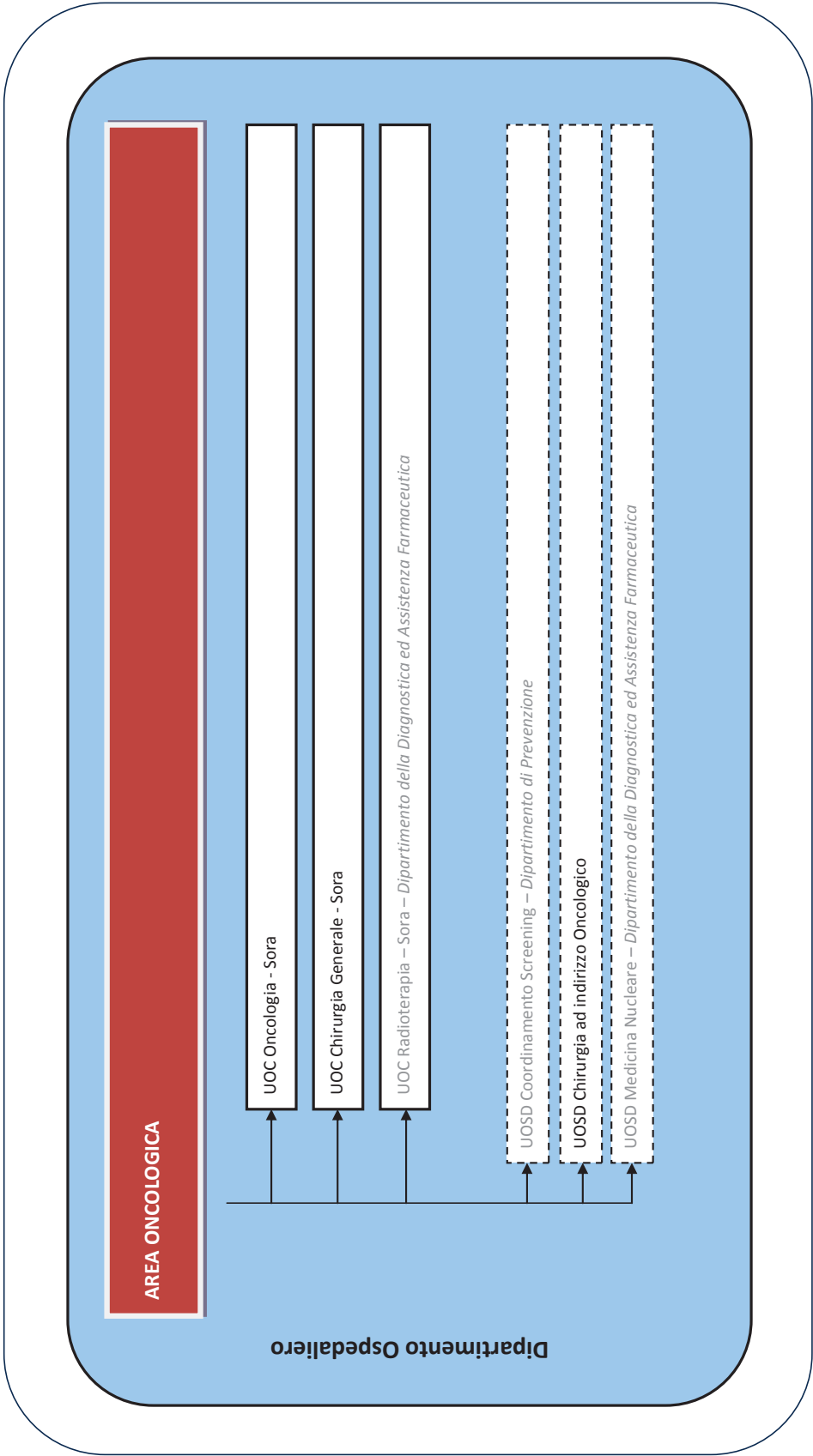


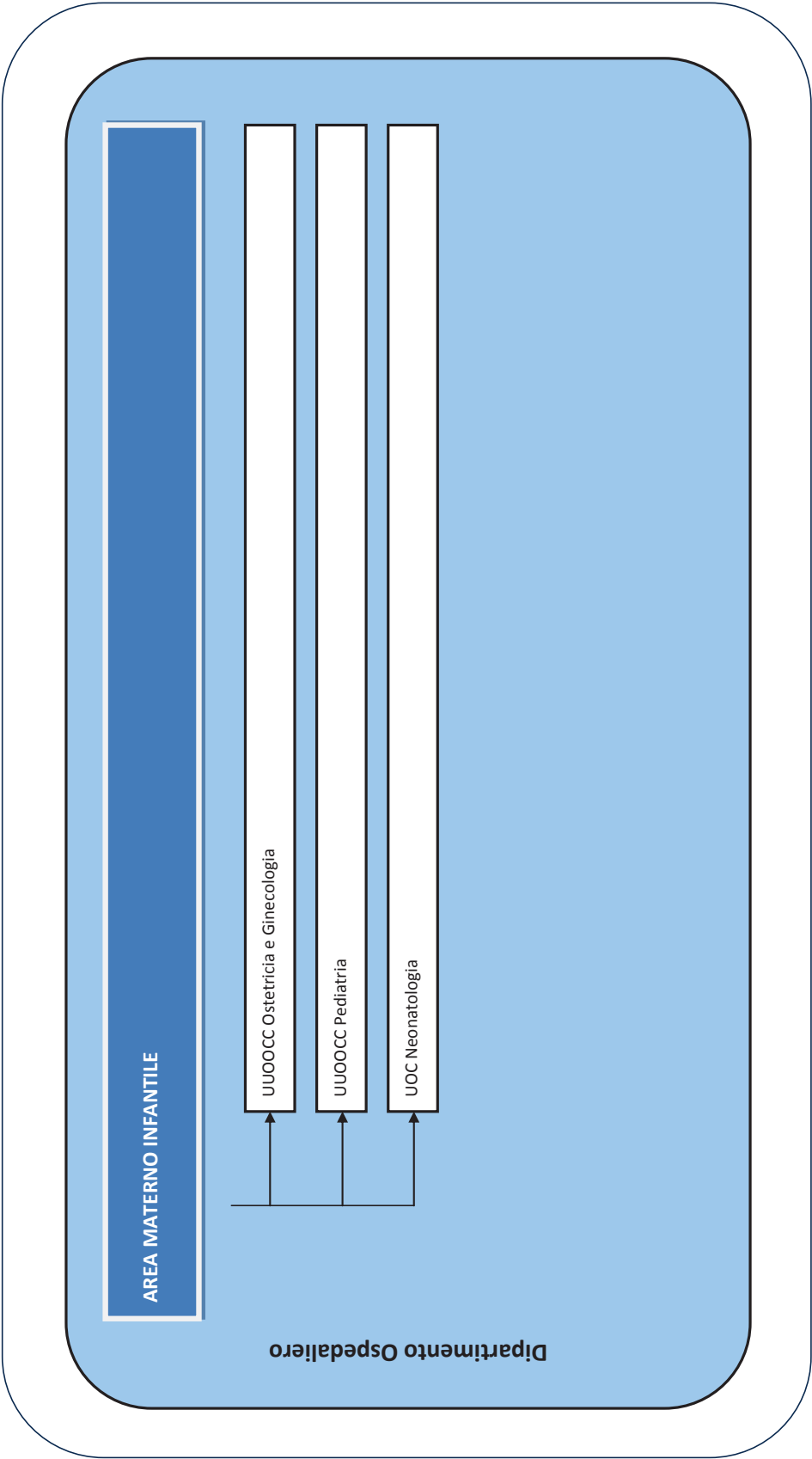
Allegato 2 - Organigramma

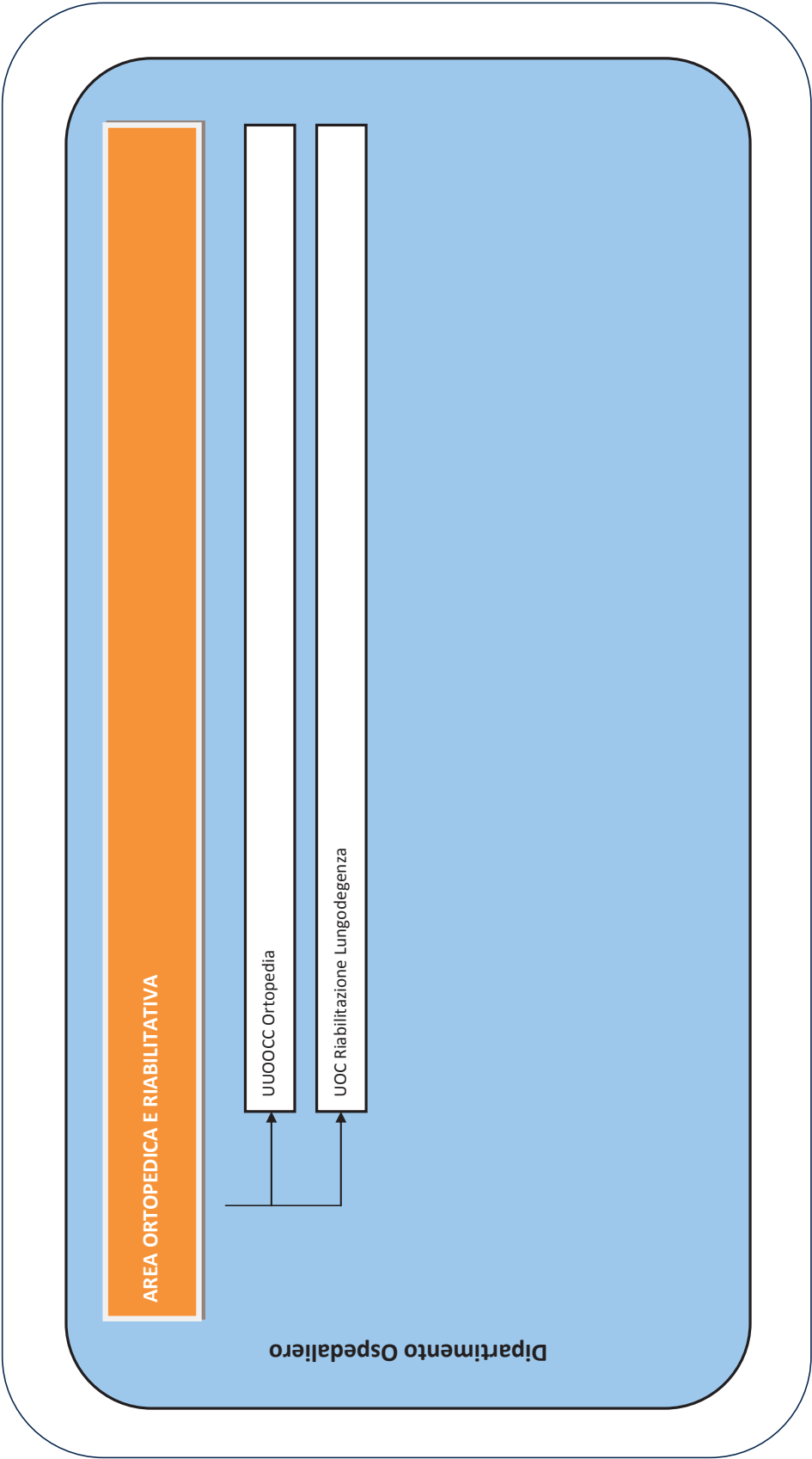


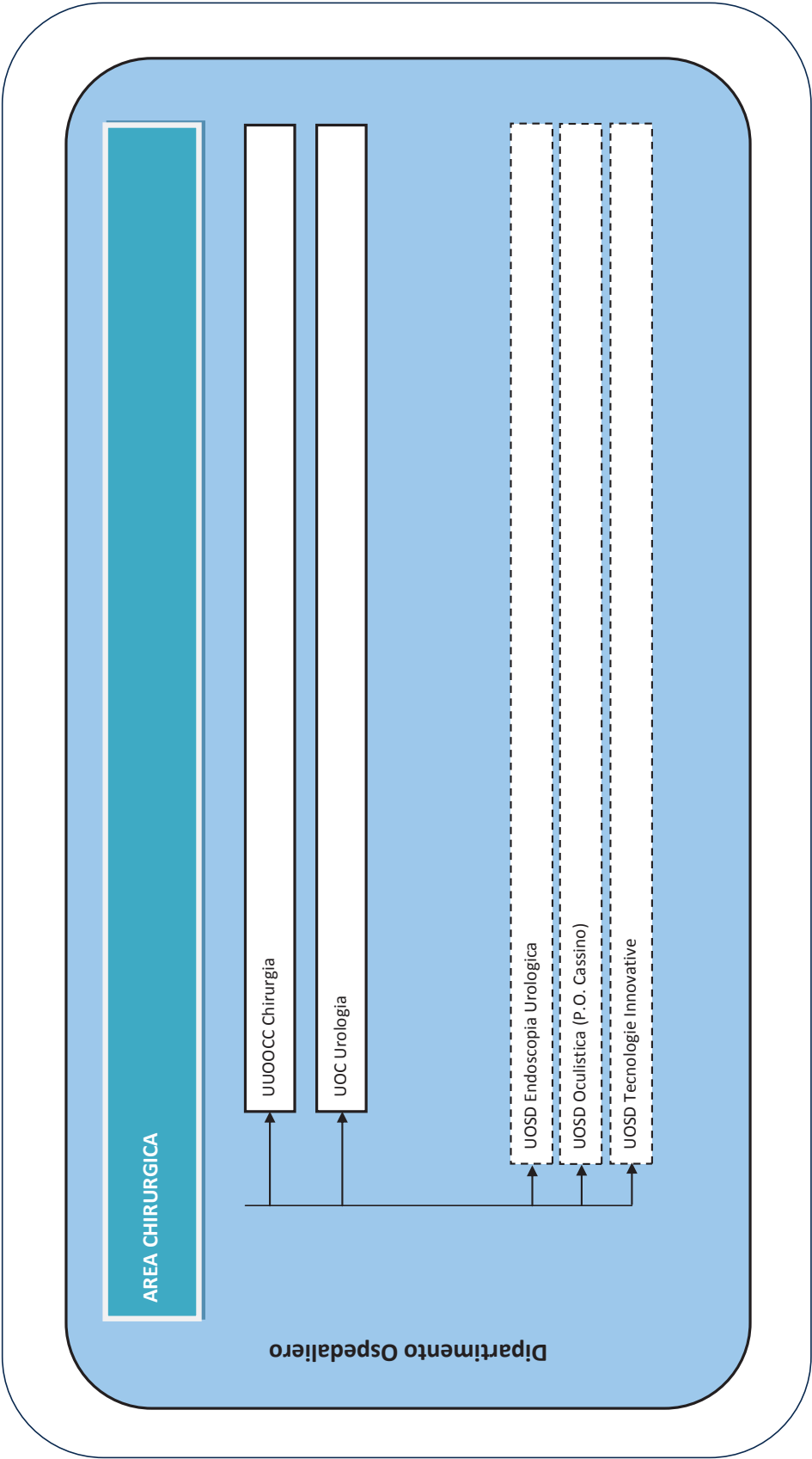


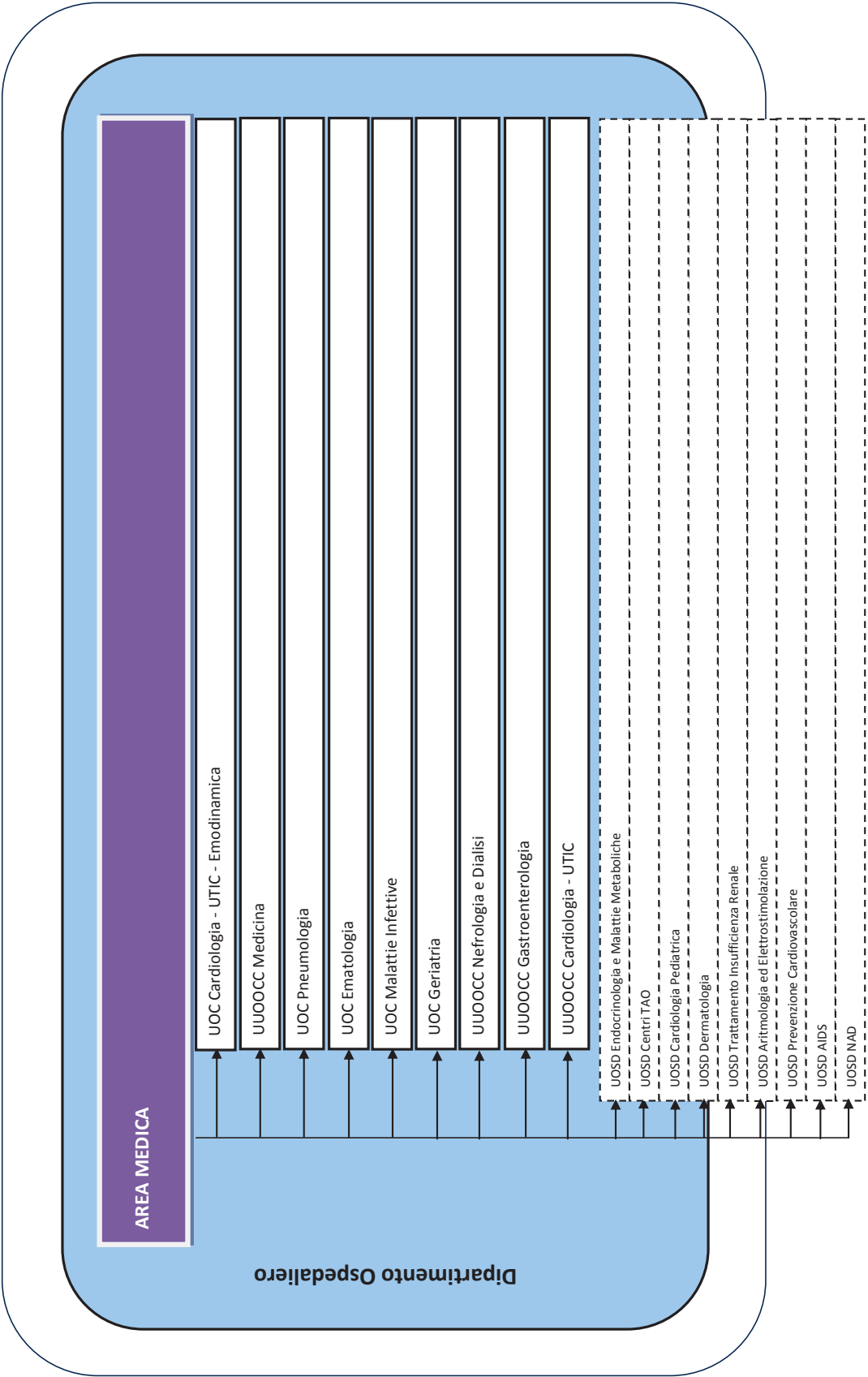


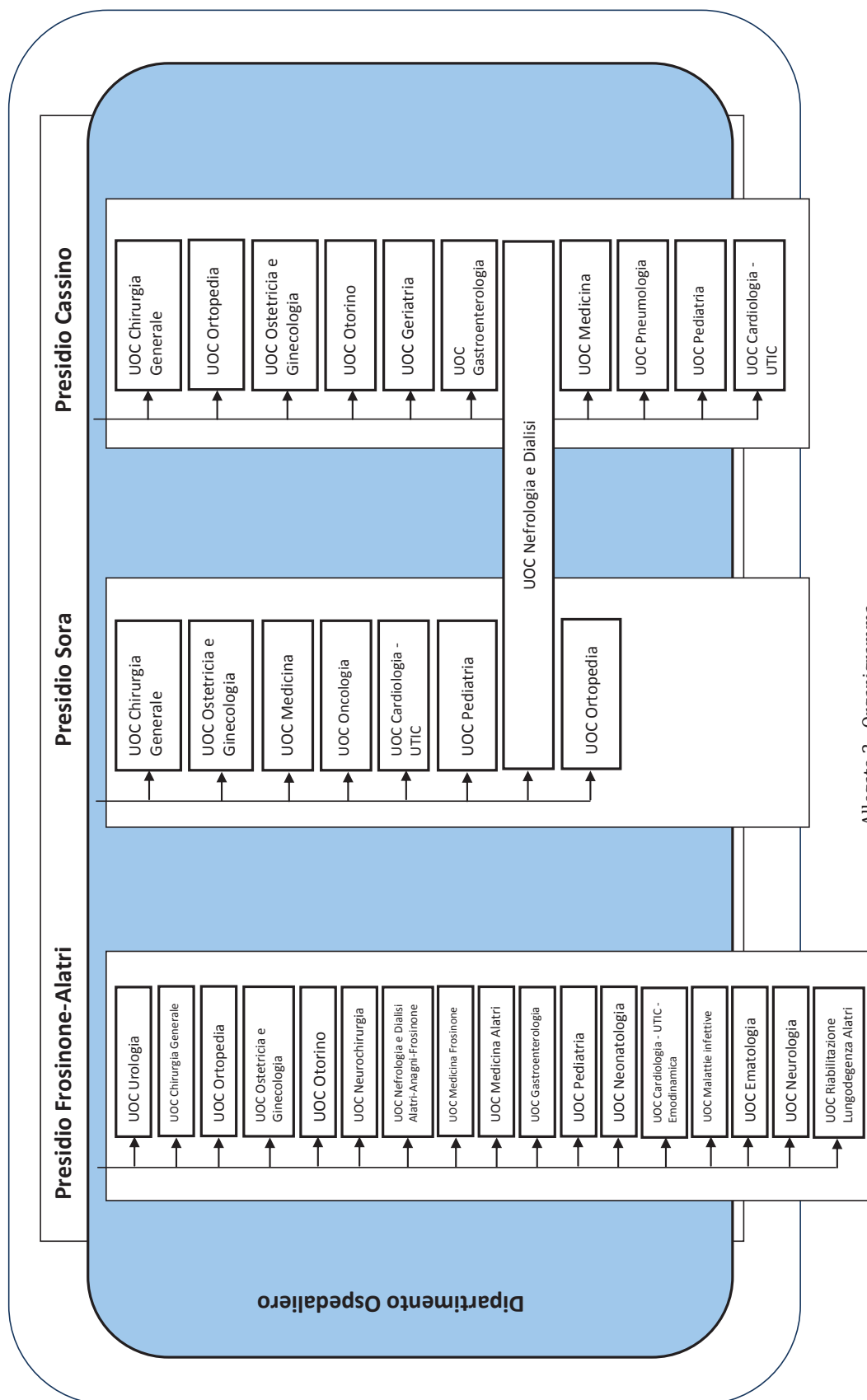




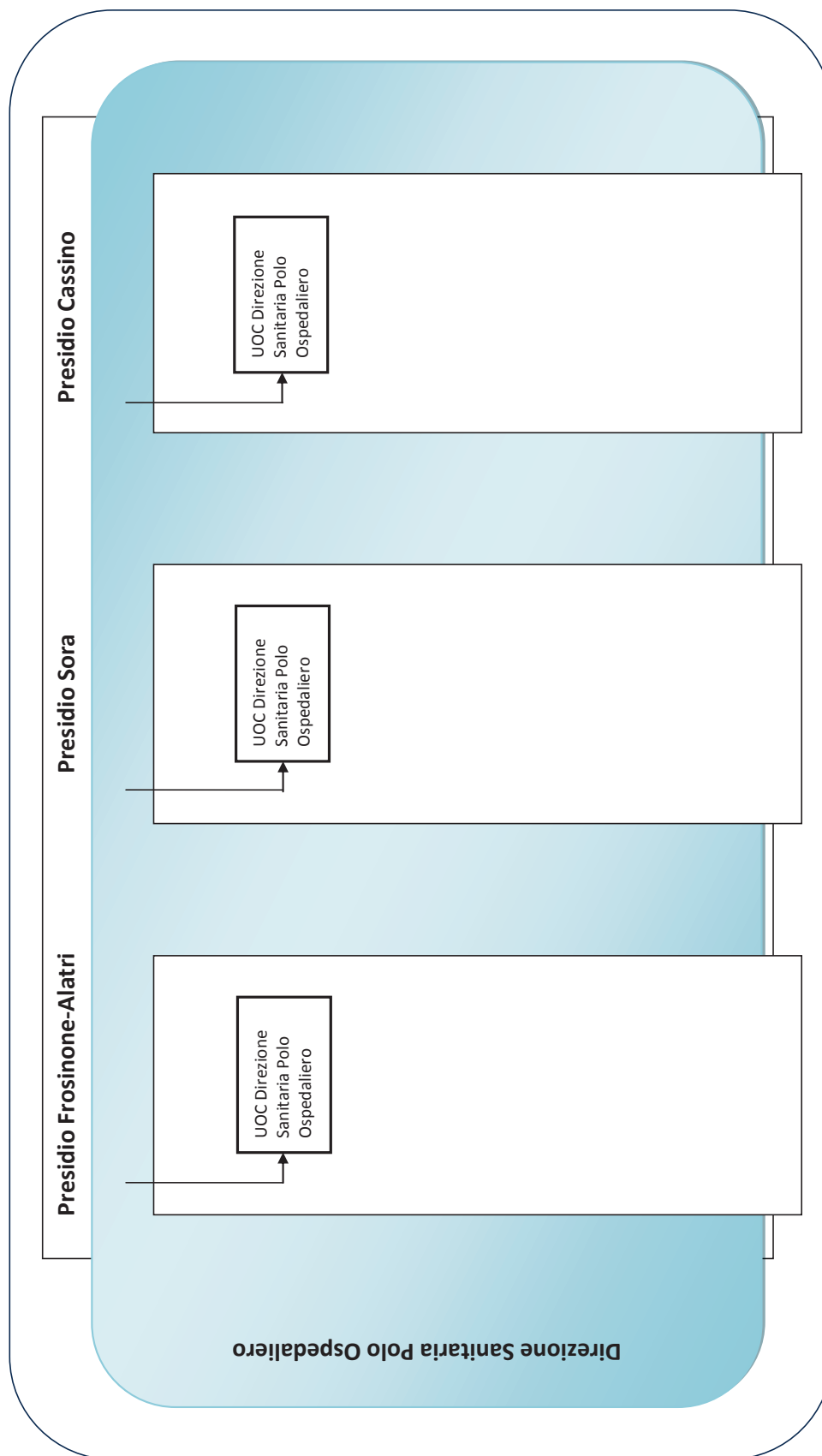


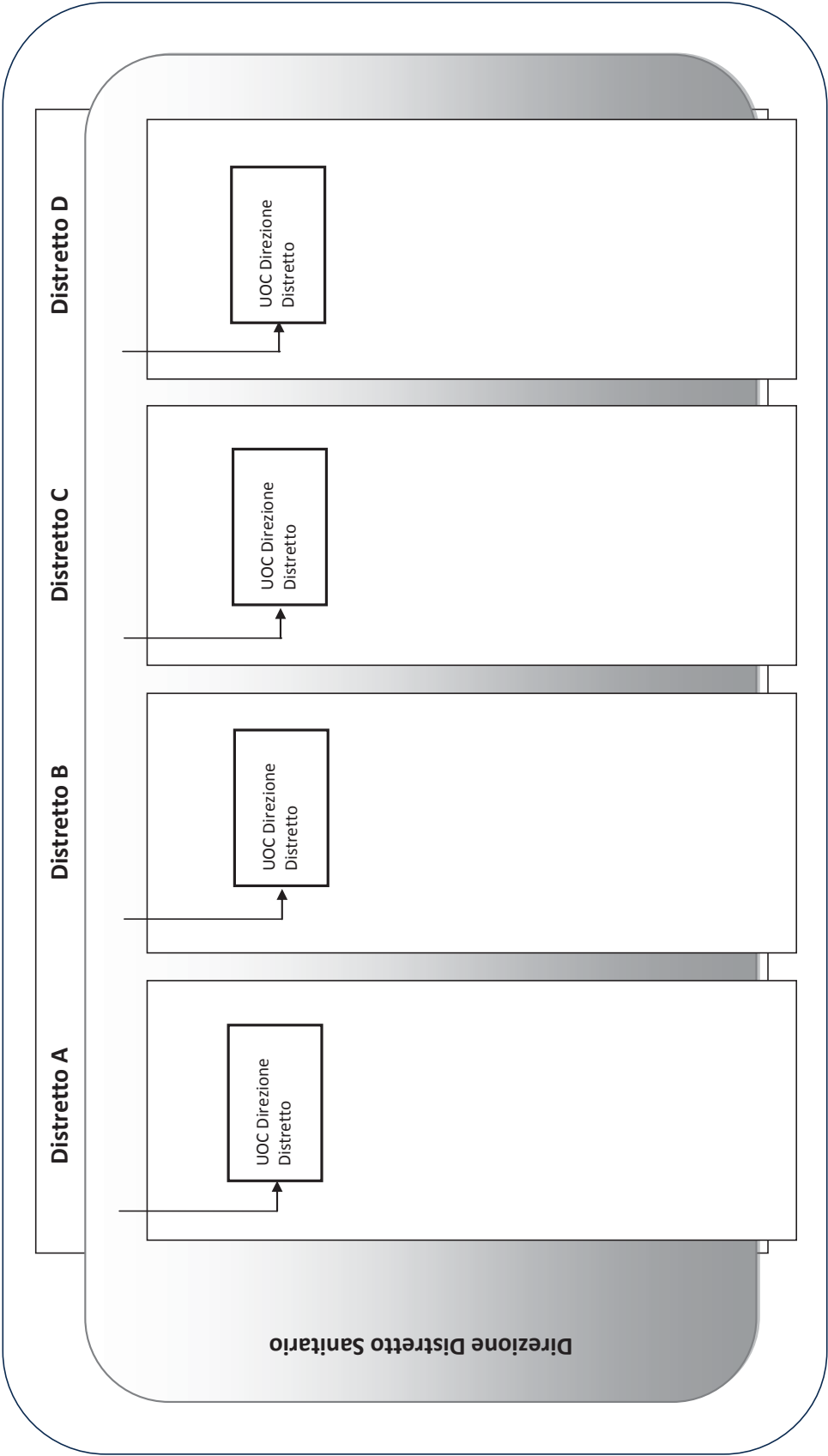






Allegato 2 - Organigramma





ALLEGATO 3 – POSTI LETTO

P.O. UNIFICATO FROSINONE – ALATRI	POSTI LETTO	
	ORD	DH
CARDIOLOGIA	24	-
AREA MEDICA	137	-
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	-	10
	161	10
	171	
AREA CHIRURGICA	110	-
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	-	14
	110	14
	124	
TERAPIA INTENSIVA	6	-
UNITÀ CORONARICA	8	-
ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	20	-
UTN	6	-
	40	0
	40	
OSTETRICIA	34	-
PEDIATRIA	15	2
NEONATOLOGIA	8	-
	57	2
	59	
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	14	-
	14	0
	14	
PSICHIATRIA	16	-
	16	0
	16	
LUNGODEGENTI	15	-
	15	0
	15	
TOTALE		439
Ruolo nella rete:		
Emergenza: DEA I	Trauma: CTZ	Ictus: UTN I
Cardiologica: E	Perinatale: I	Pediatria: Spoke

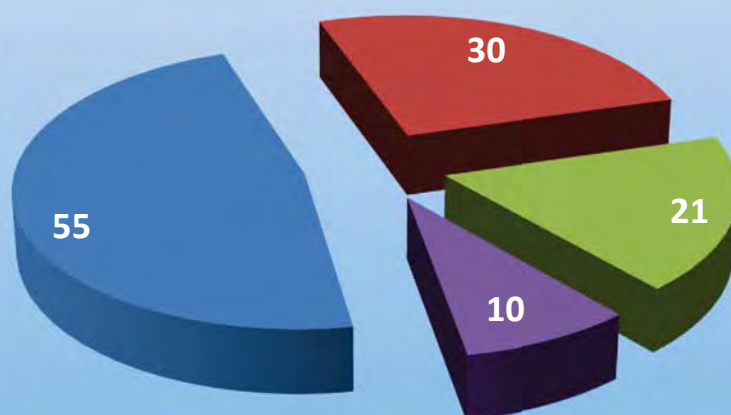
P.O. SORA	POSTI LETTO	
	ORD	DH
CARDIOLOGIA	12	-
AREA MEDICA	70	-
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	-	8
	82	8
	90	
AREA CHIRURGICA	50	-
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	-	6
	50	6
	56	
TERAPIA INTENSIVA	6	-
UNITÀ CORONARICA	4	-
ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	10	-
	20	0
	20	
OSTETRICIA	15	-
PEDIATRIA	8	-
NEONATOLOGIA	2	-
	25	0
	25	
PSICHIATRIA	16	3
	16	3
	19	
LUNGODEGENTI	21	-
	21	0
	21	
TOTALE		231
Ruolo nella rete:		
Emergenza: PS	Trauma: PST	Ictus: TNV/Pse
Cardiologica: C	Perinatale: I	Pediatria: Spoke

P.O. CASSINO	POSTI LETTO	
	ORD	DH
CARDIOLOGIA	12	-
AREA MEDICA	113	-
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO	-	8
	125	8
	133	
AREA CHIRURGICA	70	-
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE	-	8
	70	8
	78	
TERAPIA INTENSIVA	8	-
UNITÀ CORONARICA	4	-
ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	20	-
	32	0
	32	
OSTETRICIA	15	-
PEDIATRIA	10	1
NEONATOLOGIA	2	-
	27	1
	28	
PSICHIATRIA	16	1
	16	1
	17	
LUNGODEGENTI	21	-
	21	0
	21	
TOTALE		309
Ruolo nella rete:		
Emergenza: DEA I	Trauma: PST	Ictus: TNV/Pse
Cardiologica: C	Perinatale: I	Pediatria: Spoke

La dotazione di posti letto nelle singole UOC, UOSD e UOS sarà assegnata con riferimento alle dotazioni di personale in essere o che derivano dalla riorganizzazione delle attività di ricovero.

ALLEGATO 4

RIPARTIZIONE UOC E UOSD



■ UOC Ospedaliere	■ UOC non Ospedaliere
■ UOSD Ospedaliere	■ UOSD non Ospedaliere

RIPARTIZIONE UOC E UOSD

UOC NON OSPEDALIERE

		UOSD
STAFF DIREZIONE STRATEGICA	UOC Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, Accoglienza, Tutela e Partecipazione UOC Epidemiologia Valutativa e Sistemi Informativi Sanitari. Controllo di gestione UOC Medicina Legale e Rischio Clinico	2
AREA TECNICO AMMINISTRATIVA	UOC Amministrazione e Gestione del Personale UOC Economia e Finanze Contabilità Analitica UOC Direzione Amministrativa Ospedaliera e Centrale Liquidazione UOC Patrimonio Tecnico Immobiliare e Sistema Informatico	
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E PATOLOGIE DA DIPENDENZA	UOC Salute Mentale Frosinone-Alatri-Anagni-Sora UOC Salute Mentale Cassino UOC Patologie da Dipendenza Frosinone-Alatri-Anagni-Sora UOC Patologie da Dipendenza Cassino UOC Residenzialità e Semiresidenzialità UOC Dipendenze e Psicopatologie nel Circuito Penitenziario	2
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	UOC Igiene e Sanità Pubblica UOC Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro UOC Sanità Animale UOC Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche UOC Igiene degli Alimenti e della Nutrizione UOC Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale	2
DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA E CURE INTERMEDIE	UOC ASB A-B UOC ASB C-D UOC TSRMEE UOC Riabilitazione UOC ADI UOC Medicina Legale Territoriale UOC Hospice e Cure Palliative	4
DISTRETTO SANITARIO	UOC Direzione Distretto A UOC Direzione Distretto B UOC Direzione Distretto C UOC Direzione Distretto D	
TOTALE		10

UOC OSPEDALIERE

	Frosinone-Alatri	Sora	Cassino	UOSD
DIPARTIMENTO OSPEDALIERO				15
UOC Cardiologia - UTIC				
UOC Cardiologia - UTIC - Emodinamica				
UOC Chirurgia Generale				
UOC Ematologia				
UOC Gastroenterologia				
UOC Geriatria				
UOC Malattie Infettive				
UOC Medicina				
UOC Medicina - Alatri				
UOC Nefrologia e Dialisi				
UOC Neonatologia				
UOC Neurochirurgia				
UOC Neurologia				
UOC Oncologia				
UOC Ortopedia				
UOC Ostetricia e Ginecologia				
UOC Otorino				
UOC Pediatria				
UOC Pneumologia				
UOC Riabilitazione Lungodegenza - Alatri				
UOC Urologia				
DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE				2
UOC PS e Medicina d'Urgenza				
UOC Anestesia e Rianimazione				
DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA ED ASSISTENZA FARMACEUTICA				3
UOC Anatomia Patologica				
UOC Patologia Clinica				
UOC SIMT				
UOC Radiologia				
UOC Radioterapia				
UOC Farmacia				
DIPARTIMENTO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA				1
UOC Assistenza Infermieristica Ostetrica				
DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE PATOLOGIE DA DIPENDENZA				
UOC SPDC				
DIREZIONE SANITARIA				
UOC Direzione Sanitaria				
TOTALE				21

RIPARTIZIONE UOSD

			UOSD
STAFF DIREZIONE STRATEGICA		UOSD Accreditamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Private Accreditate UOSD Direzione CC.UU.NN. e Specialistica	2
DIP. EMERGENZA ACCETTAZIONE		UOSD Coordinamento per l'adozione di procedure e percorsi d'urgenza UOSD Unità Trattamento Neurovascolare (UTN)	2
DIPARTIMENTO DELLA DIAGNOSTICA E ASSISTENZA FARMACEUTICA		UOSD Medicina Nucleare UOSD Radiologia Interventistica UOSD Telemedicina	3
DIPARTIMETNO SALUTE MENTALE E PATOLOGIE DA DIPENDENZA		UOSD REMS UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare	2
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE		UOSD Coordinamento Screening UOSD Verifica e Riesame del Controllo Ufficiale Veterinario	2
DIPARTIMENTO ASSSITENZA PRIMARIA E CURE INTERMEDIE		UOSD Consultori e Percorso Nascita UOSD Servizi Socio Sanitari UOSD Medicina Penitenziaria UOSD Psicologia dei Disturbi Specifici dell'Apprendimento e del Linguaggio	4
DIP. ASSISTENZA INFERMIERISTICA		UOSD Assistenza Sociale	1
DIPARTIMENTO OSPEDALIERO	AREA TESTA-COLLO	UOSD Chirurgia Vitreo Retinica UOSD Maxillo Facciale	2
	AREA ONCOLOGICA	UOSD Chirurgia ad indirizzo Oncologico	1
	AREA MATERNO-INFANTILE		
	AREA ORTOPEDICA E RIABILITATIVA		
	AREA CHIRURGICA	UOSD Endoscopia Urologica UOSD Oculistica UOSD Tecnologie Innovative	3
	AREA MEDICA	UOSD Endocrinologia e Malattie Metaboliche UOSD Centri TAO UOSD Cardiologia Pediatrica UOSD Dermatologia UOSD trattamento Insufficienza Renale UOSD Aritmologia ed Elettrostimolazione UOSD Prevenzione Cardiovascolare UOSD AIDS UOSD NAD	9
TOTALE			31