

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

DECRETO n. del

OGGETTO: Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL FROSINONE.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 1° dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'Arch. Giovanni Bissoni, con decorrenza 2 dicembre 2014, quale Sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamando in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*” ed, in particolare, l'articolo 3, comma 1 bis, secondo cui 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 da disposizioni regionali;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: “*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*”;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*”;

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

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTE le deliberazioni 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”*;
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso 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”*;

VISTO l’articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il 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*;

VISTI altresì:

- 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”*;
- l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTO il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all’adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione;

VISTO il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con cui sono state adottate le Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

VISTO il DCA n. U00259 del 6 agosto 2014 che ha approvato il nuovo Atto di Indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

DATO ATTO, in particolare, che al punto 2, lettere c) e d), del dispositivo dei DCA n. U00251/14 e n. U00259/14 veniva previsto che i Direttori Generali trasmettessero le

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

proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale entro il termine del 15 ottobre 2014 e che la Regione procedesse alla verifica ed approvazione di dette proposte entro il termine del 15 dicembre 2014;

DATO ATTO, altresì, che con il DCA n.U00331 del 15 ottobre 2014 si è disposto di differire i termini anzidetti per la presentazione alla Regione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale, stabilendo in particolare:

1. che i Direttori Generali delle Aziende territoriali ed ospedaliere, entro il 15 novembre 2014, presentassero le proposte in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il successivo 15 gennaio 2015;
2. che i Direttori Generali delle Aziende ospedaliere universitarie osservassero, invece, il seguente duplice termine:
 - a) entro il 30 novembre 2014 presentazione delle proposte al Rettore dell'Università per l'espressione del parere ed il raggiungimento dell'Intesa;
 - b) entro il 31 dicembre 2014 adozione delle proposte con atto formale e conseguente trasmissione in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il 31 gennaio 2015;

VISTO il DCA n. U00426 del 16 dicembre 2014 con cui, dando esecuzione a quanto disposto al punto 2, lettera e), dei DCA n.U00251/14 e n.U00259/14, si è proceduto alla costituzione della Commissione di Esperti preposta alla verifica congiunta delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale presentate alla Regione secondo i nuovi termini sopra riportati, composta da tre membri interni all'Amministrazione Regionale e da tre membri esterni scelti in ragione delle professionalità maturate in materia di organizzazione aziendale e di pianificazione strategica;

VISTO, altresì, il DCA n.U00048 del 2 febbraio 2015 con cui si è così disposto:

1. di prendere atto dell'impossibilità di rispettare i termini fissati per l'esame e l'approvazione delle proposte di atto aziendale e di piano strategico fissati con il DCA n.U00331/14;
2. di fissare il nuovo termine per l'esame e l'approvazione degli atti aziendali e per la condivisione dei Piani Strategici al 15 marzo 2015;
3. di prevedere che detto termine sia da considerarsi quale termine finale del procedimento, entro il quale si possa, comunque, procedere di volta in volta all'approvazione, con decreto commissariale, dei singoli piani strategici ed atti aziendali valutati positivamente dalla Commissione di Esperti a ciò deputata;
4. di rinviare a successivo provvedimento la determinazione del termine finale di approvazione dei Piani Strategici e degli Atti Aziendali delle Aziende Ospedaliere Universitarie, attesa la necessità di addivenire prioritariamente alla stipula definitiva dei Protocolli d'intesa Regione-Università;

TENUTO CONTO che la ASL FROSINONE, in conformità alle indicazioni ed alla procedura formale di cui al DCA n. U00251/14 ed al DCA n. U00259/14, ha approvato le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale, rispettivamente, con le deliberazioni n. 1397 e n. 1398 del 13 novembre 2014, quest'ultima come modificata con successiva deliberazione n. 1438 del 26 novembre 2014, delle quali è stata debitamente inviata copia alla Regione per l'avvio del procedimento di verifica ed approvazione;

PRESO ATTO che la Commissione istituita con il DCA n.U00426/14 si è insediata il giorno 19 gennaio 2015, data della prima convocazione;

PRESO ATTO che la Commissione, a seguito dell'esame degli atti proposti dalla ASL FROSINONE, ha formulato alcune osservazioni, contenute nelle note regionali prot. n. 58475 del 03.02.2015 e prot. n. 77595 del 19.02.2015 con le quali si invitava l'Azienda a rivedere l'Atto Aziendale ed a fornire alcuni chiarimenti;

DATO ATTO che il Direttore Generale della ASL FROSINONE, con la nota prot. n. 157/DG del 18.02.2015 ha fornito i chiarimenti richiesti dalla Commissione;

DATO ATTO che la Commissione, nella seduta del 23 febbraio 2015, ha preso atto dei chiarimenti forniti dal Direttore Generale della ASL FROSINONE con la nota prot. n. 157/DG del 18.02.2015 anzi citata formulando ulteriori osservazioni e che, quindi, la Regione con nota prot. 106234 del 25.02.2015 ha invitato l'Azienda a rivedere conseguentemente l'Atto Aziendale con l'intesa di approvarlo a condizione che dette osservazioni risultino adeguatamente recepite;

PREMESSO:

- che il Direttore Generale della ASL FROSINONE, con mail del 12 marzo 2015, ha trasmesso la nuova proposta di Atto Aziendale e che, in ordine a detta ultima proposta, la Commissione ha espresso una piena condivisione rispetto ai chiarimenti ed alle integrazioni forniti, ritenendo dunque il Piano Strategico condivisibile e l'Atto Aziendale approvabile;
- che con nota prot. n. 150915 del 18 marzo 2015 la Regione ha, conseguentemente, comunicato le ultime osservazioni espresse dalla Commissione ritenendo, pertanto, il Piano strategico e l'Atto Aziendale approvabili;
- che con deliberazione n.302 del 13 marzo 2015 il Direttore Generale della ASL di Frosinone ha adottato l'Atto Aziendale come approvato dalla Commissione, e che con successiva delibera n. 324 del 17 marzo 2015 ha provveduto alla "*Integrazione per mero errore materiale di trascrizione atto deliberativo n. 302 del 13.03.2015 – Adozione Atto Aziendale USL di Frosinone*";
- che con deliberazione del Direttore Generale dell'ASL FROSINONE n. 370 del 25 Marzo 2015 si è provveduto alla "*Integrazione per chiarimenti e precisazioni atto deliberativo n. 324 del 17.03.2015 – Adozione Atto Aziendale USL Frosinone*";
- che in ordine alle modifiche ed integrazioni da ultimo apportate all'Atto Aziendale con tale ultima delibera 370/2015, la Commissione, nel corso dell'incontro svoltosi il 30 marzo 2015, ha espresso una piena condivisione;

VISTA la nota prot. n. 300/DG del 27 marzo 2015, con la quale il Direttore Generale della ASL ha informato il Sindaco del Comune di Frosinone (comune capofila della Conferenza Sanitaria Locale) delle modifiche ed integrazioni apportate, evidenziandone ampiamente le motivazioni;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, approvare l'Atto Aziendale della ASL FROSINONE adottato con la deliberazione del Direttore Generale n. 370 del 25 marzo 2015 recante "*Integrazione per chiarimenti e precisazioni atto deliberativo n. 324 del*

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

17.03.2015 – Adozione Atto Aziendale USL Frosinone” 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 del Direttore Generale n. 370 del 25 marzo 2015 recante “*Integrazione per chiarimenti e precisazioni atto deliberativo n. 324 del 17.03.2015 – Adozione Atto Aziendale USL Frosinone*” 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



Il Dirigente Amministrativo S.S. Unità Atti Deliberativi e Contratti Azienda USL Frosinone

ATTESTA CHE

La deliberazione è pubblicata all'Albo Pretorio nell'elenco N° 000324 del 17 MAR. 2015

- è stata trasmessa al Collegio Sindacale il 17 MAR. 2015 prot. n° 35
- è pubblicata all'albo Pretorio dal 17 MAR. 2015 al 01 APR. 2015
- è esecutiva dalla data di adozione.

S.S. UNITA' ATTI DELIBERATIVI E CONTRATTI
Il Dirigente Amministrativo
(Dr.ssa M. Beatrice Ciaramella)



PER COPIA CONFORME
ALL'ORIGINALE ESISTENTE
AGLI D'UFFICIO 17 MAR. 2015
Frosinone,

S.S. Unità Atti Deliberativi e Contratti
Il Dirigente Amministrativo
(Dott.ssa M. Beatrice Ciaramella)



ATTO DELIBERATIVO N° 000324 DEL 17 MAR. 2015

ORIGINALE - COPIA - ALLEGATI N°

Struttura Proponente:

DIREZIONE GENERALE

258
(Proposta N°)

17.03.15
(Data)

OGGETTO:

Integrazione per mero errore materiale di trascrizione atto deliberativo n. 302 del 13.03.2015 - Adozione Atto Aziendale USL Frosinone.

L'estensore: Anna Maria Capuano
(Nome e Coenome)

IL DIRETTORE GENERALE
(Isabella Mastrobuono)

Parere del Direttore Amministrativo
Dr. Mario Piccoli Mazzini

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE

Data 17 MAR 2015 Firma [Signature]

Parere del Direttore Sanitario
Dr. Roberto Testa

FAVOREVOLE NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Data 17 MAR 2015 Firma [Signature]

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:

(Descrizione)

Numero Conto Economico _____

Numero Sub autorizzazione _____

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget:

Dr. Vincenzo Brusca

Data _____

(Nome e Coenome)

(Firma)

Il Dirigente e/o il responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza ed è utile per il servizio pubblico.

Responsabile del Procedimento:

Dr.ssa Maria Beatrice Ciaramella

(Nome e Cognome)

17.03.15

(Data)

[Signature]
(Firma)

Il Dirigente

Dr.ssa Maria Beatrice Ciaramella

(Nome e Cognome)

17.03.15

(Data)

[Signature]
(Firma)

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTA** la deliberazione n. 1398/DG del 13.11.2014, con la quale è stata adottata la proposta di Atto Aziendale dell'Azienda USL di Frosinone;
- VISTO** il provvedimento n. 228 /DG del 04.03.2015, con il quale è stato integrato l'atto aziendale ;
- VISTO** altresì, l'atto deliberativo n. 302/DG del 13.03.2015 "Rettifica per mero errore materiale del provvedimento n. 228 del 04.03.2015 avente ad oggetto: "Adempimenti di cui al Decreto del Commissario ad Acta Regione Lazio n. U00259 del 06.08.2014 - Adozione Atto Aziendale USL Frosinone - Integrazione";
- VISTA** la nota prot. n. 190/DG del 02.03.2015 indirizzata al Sindaco del Comune di Frosinone;
- CONSIDERATO** che si è reso necessario, in data 16.03.2015 con nota prot. n. 243/DG, informare il Sindaco del Comune di Frosinone che la Commissione Regionale ha richiesto mere modifiche formali che si aggiungono a quelle precedentemente comunicate con la nota sopra citata, ma che non inficiano l'assetto generale dell'atto aziendale ;
- CONSIDERATA** la nota prot. n. 191/DG del 02.03.2015 inviata alle OO.SS. Area Dirigenza Medica e Veterinaria, Area Dirigenza SPTA, Personale Comparto e al Coordinatore RSU Aziendali;
- RILEVATO** che l'assetto generale dell'Atto Aziendale non è stato modificato nei contenuti e nella sostanza, per cui la struttura dello stesso è quella approvata dai Sindaci in data 13.11.2014;
che per mero errore materiale di trascrizione è stato necessario apportare all'Atto Aziendale le opportune correzioni formali, giusto atto deliberativo n. 302 del 13.03.2015;
- RITENUTO** alla luce di quanto sopra espresso, allegare al presente provvedimento il testo dell'Atto Aziendale , integrato con le dovute correzioni formali;
- ACQUISITO** il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa che si intendono integralmente riportati

- di apportare all'atto deliberativo di recepimento dell'Atto Aziendale, approvato con delibera n. 302 del 13.03.2015, le opportune integrazioni;
- di dare pertanto atto che il testo materialmente corretto dell'Atto Aziendale è quello allegato alla presente delibera di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
- di trasmettere il presente provvedimento alla Regione Lazio per gli adempimenti di competenza.

IL DIRETTORE GENERALE
(Isabella Mastrobuono)

AZIENDA SANITARIA LOCALE FROSINONE

ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE



INDICE

| | |
|---|----|
| <i>Premessa</i> | 8 |
| I principi ispiratori | 8 |
| Procedura interna di istruttoria, informativa e modifica dell'Atto Aziendale | 8 |
| <i>TITOLO I. Disposizioni Generali</i> | 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 | 11 |
| 4.1 Strutture accreditate | 12 |
| 4.2 Struttura organizzativa interna | 13 |
| 4.3 Le Unità Operative Complesse e Semplici totali | 14 |
| Articolo 5. Il personale dipendente | 14 |
| Articolo 6. Le finalità e la mission | 18 |
| 6.1 Premessa | 18 |
| 6.2 Mission | 18 |
| 6.3 Vision | 19 |
| Articolo 7. Politiche attuative dell'umanizzazione | 20 |
| 7.1 Accoglienza, tutela e partecipazione. Comfort ospedaliero e delle Strutture aziendali | 20 |
| 7.2 Le politiche sanitarie per la cittadinanza: garantire adeguati percorsi di cura, nel rispetto della persona | 20 |
| 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 | 23 |
| 7.4 Le politiche aziendali per il governo delle risorse umane: formazione e sicurezza | 23 |
| 7.5 Le politiche aziendali per promuovere la partecipazione e tutela dei diritti dei cittadini. Garanzie sulla trasparenza | 24 |
| Articolo 8. Prevenzione della Corruzione | 26 |
| Articolo 9. Il percorso assistenziale: il ruolo delle professioni | 27 |
| <i>TITOLO II. Assetto Istituzionale</i> | 28 |
| <i>CAPO I. La Direzione Strategica</i> | |
| Articolo 10. Gli Organi della ASL | 28 |
| 10.1 Il Direttore Generale | 28 |
| 10.2 Il Collegio di Direzione | 29 |
| 10.2.1 I criteri di funzionamento del Collegio di | 29 |

| | |
|--|----|
| Direzione | |
| 10.3 Il Collegio Sindacale: composizione e funzioni | 30 |
| Articolo 11. Direzione Strategica aziendale | 30 |
| 11.1 Il Direttore Sanitario | 31 |
| 11.2 Il Direttore Amministrativo | 31 |
| Articolo 12. Gli Organismi | 32 |
| 12.1 Il Consiglio dei Sanitari | 32 |
| 12.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione | 33 |
| 12.3 I Comitati e le Commissioni aziendali | 34 |
| CAPO II. Funzioni in staff alla Direzione Strategica | 36 |
| Articolo 13. Il Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili | 36 |
| Articolo 14. UOC Comunicazione, Accoglienza, Tutela e Partecipazione | 36 |
| Articolo 15. UOC Epidemiologia Valutativa e Sistemi Informativi Sanitari | 38 |
| Articolo 16. UOC Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico | 39 |
| Articolo 17. UOC Politiche del Personale | 39 |
| Articolo 18. UOSD Accreditamento, Vigilanza e Controllo delle Strutture Private Accreditate | |
| TITOLO III. L'Organizzazione Aziendale | 40 |
| Articolo 19. L'organizzazione aziendale | 40 |
| Articolo 20. Articolazione interna delle Strutture e di altri modelli operativi | 40 |
| 20.1 Le Unità Operative | 40 |
| 20.2 Altri modelli operativi | 41 |
| 20.3 Rapporti tra partiture organizzative | 42 |
| TITOLO IV. Il Modello Distrettuale | 44 |
| Articolo 21. L'organizzazione distrettuale | 45 |
| Articolo 22. Il Direttore di Distretto | 45 |
| Articolo 23. L'integrazione sociosanitaria | 46 |
| Articolo 24. Le Case della Salute | 47 |
| TITOLO V. La Rete Ospedaliera | 49 |
| Articolo 25. La Rete Ospedaliera | 49 |
| Articolo 26. Il Direttore Sanitario Ospedaliero | 52 |
| Articolo 27. Il Direttore Amministrativo Ospedaliero | 53 |
| TITOLO VI. Il Dipartimento | 55 |
| Articolo 28. Il Dipartimento | 55 |

| | |
|--|----|
| Articolo 29. Il Direttore di Dipartimento | 56 |
| Articolo 30. Il Comitato di Dipartimento | 57 |
| Articolo 31. Il Dipartimento della Prevenzione | 58 |
| Articolo 32. Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza | 59 |
| Articolo 33. Il Dipartimento Emergenza Accettazione | 62 |
| Articolo 34. Il Dipartimento dell' Assistenza Primaria e Cure Intermedie | 63 |
| Articolo 35. Il Dipartimento della Diagnostica ed Assistenza Farmaceutica | 66 |
| Articolo 36. Il Dipartimento di Scienze Mediche | 67 |
| Articolo 37. Il Dipartimento di Scienze Chirurgiche | 68 |
| Articolo 38. Il Dipartimento dell' Assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione | 69 |
| | |
| <i>TITOLO VII. Organizzazione di Supporto</i> | 71 |
| | |
| Articolo 39. L'organizzazione amministrativa, tecnica e professionale | 71 |
| Articolo 40. Le funzioni amministrative | 71 |
| Articolo 41. Il coordinamento amministrativo, tecnico e professionale | 72 |
| Articolo 42. Le Unità Operative Complesse amministrative, tecniche e professionali | 73 |
| Articolo 43. Le Unità Operative Semplici | 74 |
| Articolo 44. Incarico Professionale o di Alta Specialità | 74 |
| Articolo 45. Le posizioni organizzative e di coordinamento | 74 |
| | |
| <i>TITOLO VIII. Competenze e Responsabilità</i> | 75 |
| | |
| Articolo 46. Responsabilità dei Dirigenti | 75 |
| Articolo 47. Direttore di Unità Operativa Complessa | 76 |
| Articolo 48. Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale | 76 |
| Articolo 49. Responsabile di Unità Operativa Semplice | 77 |
| Articolo 50. Responsabile di Incarico Professionale o di Alta Specialità | 77 |
| Articolo 51. Responsabile di posizione organizzativa | 77 |
| Articolo 52. Procedure per l'assegnazione degli incarichi dirigenziali | 78 |
| Articolo 53. Attribuzione delle competenze | 78 |
| Articolo 54. Assegnazione degli incarichi | 79 |
| Articolo 55. Disciplina della avocazione | 80 |
| | |
| <i>TITOLO IX. Rapporti Interorganizzativi</i> | 81 |
| | |
| Articolo 56. Collaborazione con la Comunità locale | 81 |
| Articolo 57. Collaborazione con i soggetti erogatori esterni privati e | 82 |

| | |
|---|-----|
| del privato sociale | |
| Articolo 58. Collaborazione tra Aziende Sanitarie | 82 |
| Articolo 59. Rapporti tra Organizzazioni Sindacali | 82 |
| Articolo 60. Rapporti con l'Università | 82 |
| <i>TITOLO X. Norme Finali e Transitorie</i> | 84 |
| ALLEGATO 1. FUNZIONIGRAMMA | 85 |
| ALLEGATO 2. ORGANIGRAMMA | 94 |
| ALLEGATO 3. TOTALE POSTI LETTO | 109 |

INDICE DELLE FIGURE

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Logo aziendale..... | 10 |
| Figura 2 - Territorio della ASL di Frosinone | 11 |

INDICE DELLE TABELLE

| | |
|--|----|
| Tabella 1 - Distribuzione della popolazione nei 4 Distretti..... | 11 |
| Tabella 2 - Offerta prestazioni ospedaliere..... | 12 |
| Tabella 3 - Posti letto privati accreditati..... | 12 |
| Tabella 4 - Prestazioni ospedaliere del privato accreditato | 13 |
| Tabella 5 - Dotazione complessiva posti letto..... | 13 |
| Tabella 6 - Struttura organizzativa interna | 13 |
| Tabella 7 - Individuazione delle UOC e delle UOS/UOSD | 14 |
| Tabella 8 - Personale dipendente..... | 14 |
| Tabella 9 - Dotazione posti letto..... | 51 |
| Tabella 10 - Prestazioni ospedaliere del privato accreditato | 51 |
| Tabella 11 - Disponibilità posti letto | 52 |

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 2014 – 2016 (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.

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 Alatri-Anagni | 92.269 |
| Distretto Frosinone | 184.498 |
| Distretto Sora | 102.903 |
| Distretto Cassino-Pontecorvo | 118.008 |
| Totale | 497.678 |

Articolo 4 – Presidi Ospedalieri e Posti Letto

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti e post-acuti è attualmente articolata in 4 Presidi Ospedalieri (Alatri, Frosinone, 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 HSP12 compilato

dalle Direzioni Sanitarie di Presidio – ed il cui ruolo nelle Reti sono mostrati nella tabella sottostante.

Tabella 2 - 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 |
|------------------|---------------------|--------------------------|------------|-------------|----------------|-------------------------|-------------------|-------------|-----------------|---------------------------|
| Alatri | 93 | 15 | 7 | 115 | PS | TNV/Pse | - | - | - | - |
| Frosinone | 268 | | 31 | 299 | DEA I | UTN I (mai attivata) | 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 3 - Posti letto privati accreditati

| Struttura | PP.LL. | Tipologia Assistenziale | Sede |
|----------------------------------|-----------|---|---------------|
| Casa di Cura Villa Gioia | 22 | Profilo monospecialistico 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 monospecialistico 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 monospecialistico 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 monospecialistico 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 4 - 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 dall'1-7-2014.

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 5 - 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

L'attuale 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 attualmente presenti unità operative complesse, semplici dipartimentali e semplici, come da tabella seguente.

Tabella 6 - Struttura organizzativa interna

| Macrostruttura | UOC | UOSD | UOS |
|---|------------|-----------|------------|
| Staff Direzione Generale | 2 | 0 | 16 |
| Staff Direzione Sanitaria | 0 | 0 | 6 |
| Staff Direzione Amministrativa | 0 | 0 | 3 |
| Direzione Sanitaria Poli | 4 | 0 | 9 |
| Direzione Distretti | 4 | 0 | 0 |
| Funzione Amministrativa | 10 | 0 | 13 |
| Dipartimento di Prevenzione | 6 | 2 | 24 |
| Dipartimento Salute Mentale | 7 | 1 | 15 |
| Dipartimento Emergenza e Accettazione | 9 | 0 | 20 |
| Dipartimento Scienze Mediche | 27 | 8 | 38 |
| Dipartimento Scienze Chirurgiche | 25 | 5 | 16 |
| Dipartimento Misto dei Servizi | 25 | 4 | 35 |
| Dipartimento 3D | 2 | 0 | 12 |
| Dipartimento Integrazione Socio Sanitaria | 21 | 2 | 44 |
| Totale | 142 | 22 | 251 |

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 P.L. 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 7 – 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. 3948, suddiviso nelle seguenti qualifiche e tipologie contrattuali, alla data del 31 dicembre 2013:

Tabella 8 - Personale dipendente

| QUALIFICA | PERSONALE T.I. AL 31/12/2013 | PERSONALE T.D. AL 31/12/2013 |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| RUOLO SANITARIO | | |
| PERSONALE DIRIGENTE | | |
| DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA | 42 | |
| DIRIGENTE ODONTOIATRIA STRUTTURA COMPLESSA | | |
| DIRIGENTE VETERINARIO STRUTTURA COMPLESSA | 3 | |
| DIRIGENTE PSICOLOGO STRUTTURA COMPLESSA | 3 | |
| DIRIGENTE CHIMICO STRUTTURA COMPLESSA | | |
| DIRIGENTE FARMACISTA STRUTTURA COMPLESSA | 2 | |
| TOTALI PARZIALI | 50 | |
| DIRIGENTE MEDICO | 585 | 66 |
| DIRIGENTE ODONTOIATRA | 2 | |
| DIRIGENTE VETERINARIO | 61 | 1 |
| DIRIGENTE PSICOLOGO | 57 | 3 |
| DIRIGENTE FISICO | 1 | |
| DIRIGENTE FARMACISTA | 6 | 9 |

| | | |
|---|-------------|-----------|
| DIRIGENTE CHIMICO | 2 | |
| DIRIGENTE BIOLOGO | 11 | 1 |
| TOTALI PARZIALI | 725 | 80 |
| TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO | 775 | 80 |
| PERSONALE RIABILITAZIONE | | |
| COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS | | |
| COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA DS | 3 | |
| COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA D | 75 | 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 | 3 | |
| COLLABORATORE AUDIOMETRISTA D | 3 | |
| 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 EDUCAZ. E RIABILIT. PSICH. E PSICOL. D | | |
| TOTALI PARZIALI | 116 | 3 |
| PERSONALE INFERMIERISTICO | | |
| COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS | 3 | |
| COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS (ex caposala) | 37 | |
| COLL.RE PROF.LE SANI. ESPERTO DS(ostetrica) | 7 | |
| COLL.RE PROF.LE SANITARIO OSTETRICA D | 65 | 3 |
| COLL.RE PROF.LE SANITARIO INFERMIERE PED. D | 28 | 3 |
| COLL.RE PROF.LE SAN. ESPERTO DS (ass. sanitario) | 5 | |
| COLL.RE PROF.LE SANITARIO ASS. SANITARIO D | 4 | |
| INFERMIERE GENERICO C | 33 | |
| INFERMIERE GENERICO BS | 4 | |
| COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D | 1461 | 19 |
| COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D - PERS. PENITENZIARIO | 5 | |
| COLLAB. PROF.LE ESPERTO DS (dietista) | | |
| COLLAB. PROF.LE DIETISTA D | 3 | |
| PUERICULTRICE C | 22 | |
| PUERICULTRICE BS | 6 | |
| TOTALI PARZIALI | 1683 | 25 |
| PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE | | |
| COLL. TEC. PROF. ESP. PREV. AMB. LUOGHI LAV. DS | 2 | |
| COLL. TEC. PROF. PREV. AMB. LUOGHI LAV. D | 67 | |
| TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. DS | | |
| TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. D | | |
| TOTALI PARZIALI | 69 | |
| 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 | 72 | 9 |

| | | |
|---|-------------|------------|
| COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. RADIOLOGIA MEDICA DS | 2 | |
| COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D | 84 | 2 |
| COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D (PENITENZIAR) | 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 | 3 | |
| TECNICO CARDIOLOGIA D | 1 | |
| TECNICO NEURO FISIO PATOLOGIA D | 2 | 1 |
| TOTALI PARZIALI | 167 | 12 |
| TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO | 2035 | 40 |
| TOTALE RUOLO SANITARIO | 2810 | 120 |
| 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 | 80 | 1 |
| TOTALI PARZIALI | 86 | 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 | 4 | |
| OPERATORE TECNICO AUTISTA AUTOAMBULANZA | 6 | |
| O.S.S. | 80 | 1 |
| O. T. A. | 7 | |
| OPERATORE TECNICO DISINFETTORE | 2 | |
| OPERATORE TECNICO AUTISTA | 13 | |
| OPERATORE TECNICO AUTISTA C | 1 | |
| OPERATORE TECN. CENTRO ELABORAZIONI | 31 | |
| OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA | 56 | |
| OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA - C | 1 | |
| OPERATORE TECNICO PORTIERE | 1 | |
| AUSILIARIO SPECIALIZZATO | 140 | 115 |
| OPERAIO GENERICO | | 1 |
| ANIMATORE CLUB B | 1 | |
| O.T. SPEC. DISEGNATORE | 1 | |
| OPERATORE TECNICO B | 2 | |

| | | |
|--|-------------|-------------|
| 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 | 1 | |
| O.T. MURATORE B | 2 | 2 |
| O.T. FALEGNAME B | | 1 |
| O.T. MAGAZZINIERE B | 12 | |
| O.T. CUOCO C | 3 | |
| O.T. IDRAULICO BS | 1 | |
| O.T. GUARDAROBA BS | | |
| O.T. NECROFORO | 4 | |
| O.T. ELETTRICISTA | 3 | |
| O.T. ELETTRICISTA C | 1 | |
| O.T. CONDUTTORE CALDAIE BS | 1 | |
| TOTALI PARZIALI | 405 | 122 |
| TOTALE RUOLO TECNICO | 492 | 123 |
| RUOLO PROFESSIONALE | | |
| PERSONALE DIRIGENTE | | |
| DIRIGENTE ARCHITETTO | 1 | |
| DIRIGENTE AVVOCATO | 2 | |
| DIRIGENTE INGEGNERE | 2 | |
| COLL.RE TECNICO-PROF. ASSISTENTE RELIGIOSO D | | |
| TOTALI PARZIALI | 5 | |
| TOTALE RUOLO PROFESSIONALE | 5 | |
| RUOLO AMMINISTRATIVO | | |
| DIRIGENTE AMM.VO STRUTT. COMPL. | | |
| DIRIG. AMM.VO | 7 | |
| TOTALE PARZIALE DIRIGENZA RUOLO AMM.VO | 7 | |
| PERSONALE AMMINISTRATIVO | | |
| COLL.RE AMM.VO PROF.LE ESPERTO | 7 | |
| COLL.RE AMM.VO PROF.LE | 70 | |
| COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. LEGALE | 3 | |
| COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. SOCIOLOGICO | 2 | |
| ASS. AMM.VO | 96 | |
| COAD. AMM.VO ESPERTO | 20 | |
| COAD. AMM.VO | 164 | 14 |
| COMMESSO | 15 | |
| TOTALE PARZIALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO | 377 | 14 |
| TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO | 384 | 14 |
| TOTALE GENERALE | 3691 | 257 |
| | | 3948 |

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. 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 diminuite 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 partitura 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;
- promuovere programmi di educazione sanitaria e collaborare per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;

- promuovere iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
 - promuovere progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
 - 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

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*”.

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 (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 dalla data di 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; Atto Deliberativo n. 35 del 15 gennaio 2014;
- c) Commissione per 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 Accredimento delle Strutture Private Accreditate. Atto Deliberativo n. 483 del 06 giugno 2013 e Atto Deliberativo n. 1291 del 13 ottobre 2014;
- j) Comitato Scientifico ASL Frosinone; Atto Deliberativo n. 1122 del 26 agosto 2014.

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 con 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. FUNZIONI E STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE STRATEGICA

In staff alla Direzione Strategica vengono garantite le seguenti funzioni: Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili; Servizio Sicurezza, Prevenzione e Protezione (D.Lgs. n. 81/2008); Responsabile della prevenzione della corruzione; Responsabile della trasparenza; ufficio stampa; medico competente coordinatore; referente privacy; ufficio legale; formazione; coordinamento trapianti d'organo e di tessuti.

Le funzioni/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.

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 14 – 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 15 – 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 16 – 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 17 – U.O.C. Politiche del personale

La U.O.C. Politiche del Personale:

- provvede all'istruttoria e alla predisposizione degli atti inerenti alle procedure di conferimento degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative;
- provvede alla nomina dei Collegi Tecnici, al conferimento e revoca incarichi ai dirigenti, atti di risoluzione, sospensione cautelare e recesso;
- supporta il Collegio Tecnico nella valutazione del personale dirigente;
- provvede alla gestione delle procedure di valutazione delle competenze e delle prestazioni del personale dirigente e del comparto;
- cura gli adempimenti previsti dalle norme in materia di anagrafe delle prestazioni e degli incarichi dei pubblici dipendenti;
- gestisce i procedimenti disciplinari nei confronti del personale dipendente, assicurando la funzione di Presidente nell'ambito dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- 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;
- garantisce funzioni di segreteria, ivi compresa la redazione dei verbali/resoconti degli incontri sindacali;
- assicura la tenuta dei verbali/resoconti delle sedute di contrattazione e degli incontri con le Organizzazioni Sindacali;
- provvede alla diffusione degli accordi;
- fornisce supporto tecnico per la proposta di quantificazione e distribuzione dei fondi per il trattamento accessorio del personale;
- organizza e gestisce le attività collegate all'esercizio dell'A.L.P.I. in regime di ricovero ed ambulatoriale.

Articolo 18 – UOSD Accreditamento, 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 accreditamento 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.

TITOLO III

L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Articolo 19 – 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:
 - Distretti
 - Ospedali
 - 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 20 – Articolazioni interne delle strutture e di altri modelli operativi

20.1 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:

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

20.2 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 UUOO 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. Sono gruppi che lavorano in Staff alla Direzione Strategica o in Staff ai 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 Assesment, Sistemi di Indicatori, Accredimento.
- **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.

20.3 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, distrettuali od ospedaliere, hanno il compito di erogare prestazioni in relazione alle indicazioni della committenza (Distretto/Ospedale), e delle indicazioni tecnico operative professionali determinate dal Dipartimento.

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

Pertanto possono essere individuate specifiche responsabilità, declinate in:

- responsabilità di programmazione, indirizzo e controllo, assegnata alla Direzione Strategica Aziendale;
- responsabilità di gestione complessiva delle risorse umane logistiche, strutturali ed economiche assegnata alla Direzione Distretto e alle Direzioni di Presidio Ospedaliero. Inoltre tale responsabilità è delegata ai singoli Direttori di Struttura Complessa secondo quanto di volta in volta stabilito negli accordi di budgeting;
- responsabilità gestionale e tecnico-professionale assegnata alla dirigenza.

TITOLO IV

IL MODELLO DISTRETTUALE

Il Distretto Sanitario è l'articolazione funzionale dell'Azienda ove si realizza l'integrazione sociosanitaria, il coordinamento tra i Dipartimenti territoriali (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenza dalle Patologie, Dipartimento di Prevenzione e Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie) ed il raccordo con i Dipartimenti ospedalieri. Esso è il centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Azienda e può operare in modo coordinato con strutture private di volontariato.

La ASL di Frosinone mantiene l'articolazione dei 4 Distretti Sanitari così come rappresentati nell'allegato 2 (organigramma) del presente Atto Aziendale.

Nel Distretto sono previste 4 UOC di Direzione di Distretto, in attesa che il tavolo tecnico incaricato di integrare le linee guida per l'adozione degli atti aziendali (DCA 259/2014) nella parte dedicata all'organizzazione distrettuale, pervenga ad una più incisiva definizione del ruolo di Distretto. A tale scopo si potrà approfittare, per eventuali modifiche, della finestra temporale prevista nelle linee guida tra il 15 settembre ed il 15 di novembre per apportare agli atti le modifiche derivanti dalla necessità di recepire le nuove e ulteriori indicazioni regionali.

I singoli Distretti sono garanti dell'integrazione, dell'appropriatezza e della continuità dei percorsi assistenziali, svolgendo una funzione di committenza nei confronti dei sistemi di produzione interni ed esterni alla struttura. Più in particolare il Distretto Sanitario gestisce e coordina l'assistenza sanitaria di base, organizza l'accesso alle cure, favorisce il potenziamento della medicina di iniziativa.

Per erogare l'attività alle diverse tipologie di utenza, il Distretto è articolato in due aree: la prima è l'Area dell'assistenza primaria che si occupa della salute delle persone adulte e anziane attraverso la produzione della salute, diagnosi, cura e riabilitazione; la seconda è l'Area materno-infantile e dell'età evolutiva destinata alla tutela fisica, psichica e sociale della donna, della coppia, della famiglia, dei minori e degli adolescenti.

L'Area dell'assistenza primaria si esplicita attraverso le Case della Salute, articolazioni organizzative del Distretto Sanitario secondo le indicazioni del Decreto del Commissario ad acta n. U00428 del 2013.

In ossequio alle indicazioni contenute nei Programmi Operativi 2013-2015 della Regione Lazio, con le modalità e la tempistica definite nel Piano Strategico Aziendale 2014-2016, verranno attivate, in aggiunta alla Casa della Salute di Pontecorvo inaugurata il 31 marzo 2014 e in funzione, la Casa della Salute di Ceccano-Ceprano, la Casa della Salute di Ferentino e la Casa della Salute di Atina nelle forme organizzative più varie e flessibili, contestualizzandone le funzioni nei singoli territori. Nella Casa della Salute di Atina ad esempio, si prevede la presenza di una struttura semiresidenziale per i malati di Alzheimer. Alcune funzioni previste nelle Case della Salute ed in particolare quelle legate all'attivazione di percorsi assistenziali per la

gestione delle cronicità, possono essere localizzate anche in altre Strutture del territorio provinciale, come Isola del Liri, ad Atina collegata, nella quale sarà presente il Primo Nucleo pubblico di 15 Posti letto di Hospice ed Arpino, sede di servizi sociosanitari, e Veroli, andando a completare la Rete delle Case della Salute e promuovendo la medicina di iniziativa.

Articolo 21 – L’organizzazione distrettuale

Le Unità Operative distrettuali sono individuate nel rispetto dei parametri stabiliti dal Comitato LEA nazionale e cioè 1 Unità Operativa Complessa ogni 13.515 residenti, mentre le Unità Operative Semplici sono 1,31 per ogni Unità Operativa Complessa. Sono previste 21 U.O.C. territoriali.

Articolo 22 – Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto, nell’ambito della funzione di tutela affidata al 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, nell’ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell’ASL, nonché della direzione delle risorse attribuite e dell’attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

Il Direttore del Distretto supporta la Direzione Strategica nei rapporti con i Sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già 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:

- analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell’utenza, nell’ambito della programmazione distrettuale;
- gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al distretto;
- definizione dei criteri, in rapporto alle esigenze dei servizi, per l’impiego, la destinazione, i turni ed i congedi del personale, con la relativa allocazione delle risorse attribuite fra le strutture distrettuali;
- organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali;
- gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del distretto;
- coordinamento e concertazione con i Responsabili dei Dipartimenti e del Presidio Ospedaliero in merito alla programmazione dell’offerta dei servizi sanitari;
- elaborazione della proposta relativa al programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT);
- monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del programma delle attività territoriali-distrettuali;

- coordinamento e verifica del corretto rispetto dei flussi informativi, rispetto alla tempistica e alla qualità/completezza dei dati;
- controllo della regolarità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e dell'applicazione delle corrispondenti tariffe, ove previste;
- promozione e coordinamento delle iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa, della medicina sociale e dell'educazione sanitaria, raccordando l'attività con le altre strutture dell'Azienda;
- gestione e smaltimento dei rifiuti prodotti nelle strutture sanitarie afferenti il Distretto;
- attuazione, per delega del Direttore Generale, degli adempimenti di sicurezza per gli ambienti di lavoro previsti dal D.Lgs. 81/08 e s.m.i.

Il Direttore del Distretto assicura il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per le iniziative di cui all'art.7-bis, comma 2 del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. Il Direttore di Distretto si avvale del Dipartimento di Assistenza Primaria e Cure Intermedie per il coordinamento dell'offerta dei servizi in costante contatto con gli altri Direttori di Distretto, che si riuniranno con il Direttore del Dipartimento dell'Assistenza Primaria su base mensile per la omogeneizzazione di comportamenti e procedure. Il coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni e/o i municipi avviene tramite la figura del coordinatore sociosanitario di distretto (il cui incarico non comporta necessariamente la responsabilità di struttura organizzativa), che si rapporta per tale funzione al direttore di distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Le funzioni di coordinamento possono essere svolte anche a livello interdistrettuale da un unico coordinatore socio – sanitario.

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate e agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel programma delle attività territoriali-distrettuali approvate dal Direttore Generale.

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 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, Psichici 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.

Articolo 24 – Le Case della Salute

La Casa della Salute, rappresenta un nuovo modello organizzativo che ha, quale intento, quello di migliorare la risposta assistenziale territoriale e, per questo, si configura come un sistema integrato di attività che si prendono cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

La realizzazione di questo obiettivo impone un cambiamento culturale radicale attraverso lo sviluppo delle reti organizzative, rendendo in questo modo più efficace il modello delle reti cliniche integrate. Da un punto di vista strutturale, la Casa della Salute può essere collocata presso un presidio preesistente da rimodulare ed adattare alle nuove esigenze includendo differenti tipi di spazio, suddivisi per aree omogenee di attività.

La Casa della Salute è articolazione funzionale del Distretto che si integra con le attività ed i servizi presenti sul territorio. Il raccordo funzionale sia con il territorio che

con gli altri presidi aziendali si deve realizzare attraverso uno o più protocolli formalizzati relativi alle modalità di integrazione, riportanti le specifiche organizzative, le modalità di comunicazione tra servizi, gli strumenti condivisi, finalizzando l'attività ad un miglioramento della presa in carico dell'assistito.

Il modello della “Casa della Salute” si pone come un innovativo approccio organizzativo che intende affrontare il bisogno di salute prevedendo e organizzando le risposte assistenziali, coordinate da team multiprofessionali (MMG, Medici specialisti, Infermieri, Assistenti sociali, Operatori socio sanitari). Essa ospita i professionisti in forma integrata e sviluppa piani assistenziali finalizzati ad una continuità di intervento ed orientati da una medicina di iniziativa. In esso il cittadino può disporre di un presidio impegnato ed organizzato per la presa in carico della domanda di salute e di cura e quindi per la garanzia dei livelli essenziali di assistenza socio sanitaria (secondo gli indirizzi programmatici nazionali).

Nelle Case della Salute, i cittadini possono trovare: i medici di medicina generale, associati nella forma di medicina di gruppo (UCP), gli infermieri professionali per le cure domiciliari, gli specialisti ambulatoriali, il centro unico di prenotazione, il punto prelievi, l'ambulatorio infermieristico per le medicazioni, i servizi per la prevenzione e di igiene pubblica, i servizi che faranno prevenzione delle malattie cardiovascolari e quelli dell'area della salute mentale e dipendenze, la continuità assistenziale che si integrerà con la guardia medica. Essa è la sede di accesso e di erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e socio assistenziali rivolti alla popolazione dell'ambito territoriale di riferimento e quindi è finalizzata a fornire una risposta integrata (strutture sanitarie e sociosanitarie, che siano un punto di riferimento certo per i cittadini e alle quali ci si può rivolgere in ogni momento per trovare una risposta ai propri problemi di salute).

La funzione di assistenza sociale sarà valorizzata attraverso l'impiego degli assistenti sociali sia nei PUA che nei percorsi di integrazione sociosanitaria (case manager per le problematiche sociali).

TITOLO V

LA RETE OSPEDALIERA

Articolo 25 – 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 della DCA n. U00368 del 31 ottobre 2014 – Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio (Decreto del Commissario ad acta 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 (DS, 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*, 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, a seguito di interlocuzione con la Regione, è stato formulato un piano di riorganizzazione delle attività, dei servizi e delle prestazioni che prevede, in sintesi: un poliambulatorio specialistico, una postazione per gli screening oncologici, un centro dialisi, un laboratorio analisi per le emergenze, una radiologia dotata di sistemi di teleconsulto e telediagnosi, l'attivazione del day service, della day surgery e della chirurgia ambulatoriale, un punto di primo intervento (PPI) h24 con posti letto di OBI e un centro per la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica sulle problematiche della Valle del Sacco.

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. di Medicina Generale con 38 P.L., una Lungodegenza con 15 P.L. e la costituzione di un'Area funzionale omogenea chirurgica dotata di 10 P.L. ordinari e 10 P.L. a ciclo breve (week surgery) per le patologie chirurgiche ed ortopediche, ulteriormente incrementata di 16 P.L. di day surgery multidisciplinare. A supporto dell'attività chirurgica saranno resi disponibili 6 P.L. di terapia sub-intensiva.

Si prevede inoltre la degenza infermieristica con 20 P.L. dedicati ai pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e alle persone affette da patologie cronico-degenerative nell'ottica di un approccio *Chronic Care Model*. Verranno mantenuti la Nefrologia e Dialisi con 15 P.L. e tutti i servizi di supporto all'attività assistenziale. Il Pronto Soccorso sarà dotato di 5 P.L. (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 P.L. 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.

L'Azienda recepisce i suggerimenti pervenuti dall'Amministrazione comunale di Sora relativamente alla "Proposta di Sviluppo del Polo Oncologico Provinciale", sia 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, 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.

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 P.L.) per la gestione di patologie al momento impropriamente trattate nei presidi per acuti.

Tabella 9 - 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. 368/14

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 10 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 di 979 posti letto pubblici (di cui 922 per acuti e 57 per post-acuti) e di 443 P.L. privati accreditati (di cui 121 per acuti e 322 per post-acuti) fissa la dotazione complessiva di posti letto provinciali a 1.422, pari al 2,86 posti letto x 1.000 abitanti, come mostra la sottostante tabella.

Tabella 11 - Disponibilità posti letto

| Tipologia | | Posti Letto Previsti | | |
|---------------|------|----------------------|---------------------|--------------|
| | | Pubblici | Privati Accreditati | Totali |
| ACUTI | | 922 | 151 | 1.073 |
| POST-ACUTI | LD | 57 | 69 | 126 |
| | RIAB | 0 | 223 | 223 |
| Totale | | 979 | 443 | 1.422 |

2,86 PL x 1000 ab.

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 26 – 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.

Articolo 27 – Il Direttore Amministrativo Ospedaliero

Il Dirigente Amministrativo Ospedaliero è preposto al coordinamento, sulla base delle direttive generali provenienti dalla Direzione dell'Azienda, delle attività amministrative economiche e tecniche relative agli ospedali.

In particolare, attraverso il personale a lui assegnato:

- dispone la utilizzazione del personale addetto ai servizi amministrativi, economici e tecnici nell'ambito Ospedaliero;
- richiede gli accertamenti sanitari o fiscali relativi al personale assegnato;
- adotta i provvedimenti vincolanti relativi alle richieste del personale per ferie, permessi, aspettative, missioni e rimborso spese, nonché quelli relativi alla liquidazione delle competenze accessorie, nell'ambito dei criteri, limiti e disponibilità assegnati;
- autorizza le assenze del personale che svolge funzioni amministrative e tecnico-economiche e ne dispone la registrazione;
- istruisce le richieste di comando per perfezionamento professionale del personale assegnato;
- cura la tenuta di leggi, regolamenti, circolari, giurisprudenza inerenti alla attività dell'Ospedale;
- cura lo smistamento agli uffici competenti degli atti da lui visionati;

- provvede alla liquidazione delle prestazioni ambulatoriali erogate anche in regime libero professionale sulla base della contabilizzazione effettuata dalla Direzione Sanitaria dell'Ospedale;
- provvede al controllo delle presenze del personale a lui assegnato, alla rilevazione dell'orario del personale del Presidio Ospedaliero ed alla successiva liquidazione delle competenze fisse ed accessorie (stipendi, lavoro straordinario, indennità varie), nonché alla rilevazione e controllo della produttività ai fini della liquidazione dei premi connessi;
- provvede alla immissione dei dati di cui sopra ai fini della elaborazione;
- provvede a fornire al personale tutte le informazioni e i chiarimenti afferenti alle materie di cui ai punti precedenti;
- cura gli adempimenti relativi alla gestione dei servizi di cucina, dispensa e mensa;
- cura gli adempimenti relativi alla gestione dei servizi di guardaroba e lavanderia;
- cura gli adempimenti relativi alla gestione dei magazzini generali;
- cura gli adempimenti relativi al controllo delle merci ricevute, con esclusione dei Farmaci e dei Presidi Sanitari attribuiti alla Farmacia;
- cura la manutenzione delle attrezzature sanitarie ed economiche, inoltrando le richieste alle ditte specializzate;
- cura la spedizione ed il ricevimento dei beni e mezzi di qualsiasi tipo;
- cura la tenuta degli inventari dei beni mobili di competenza;
- liquida le fatture di competenza;
- cura gli adempimenti relativi all'inoltro delle fatture, una volta vistate dai consegnatari dei beni o utilizzatori dei servizi, agli uffici preposti alla liquidazione delle stesse;
- cura la gestione e l'organizzazione del servizio trasporti di merci e persone;
- cura l'elaborazione dati per le statistiche di competenza dei servizi amministrativi;
- istruisce le pratiche di rivalsa per l'esercizio azioni di surroga.

Nell'ambito delle attribuzioni che con separato Atto verranno definite dalla Direzione Generale aziendale, il Direttore Amministrativo ha competenza nella gestione e/o concorso nella gestione delle specifiche materie individuate nelle Strutture Amministrative.

TITOLO VI

IL DIPARTIMENTO

Articolo 28 - 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 di Scienze Mediche
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche
- 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 29 – 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 30 – 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.

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 31 – 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. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

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 32 – 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 OPG;
- 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 33 – 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 anestesiologicalo 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 anestesiologicalhe ed ortopedica.

Sarà prevista l'attivazione dell'UTN (Unità Terapia Neurovascolare) di cui al citato DCA 412/2014 per la Rete ictus, ed alcune discipline, già in parte implementate (neurochirurgia), tra le quali la chirurgia vascolare e la radiologia interventistica, per creare le condizioni di cui al punto 12.1, pag. 65 del Piano Strategico aziendale.

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

Articolo 34 – Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie

Il Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie funge da coordinamento tecnico delle U.O.C. 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.

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:
 - infanzia e famiglia;
 - anziani;
 - disabili;
 - detenuti;
 - 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 scompensate 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, consulenti specialisti ospedalieri e 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 cure. 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 (UVMD) 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 35 – 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 tempistica 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 UOC Farmacia che garantirà la Politica del Farmaco che comprende l'insieme delle azioni in tema di acquisto, prescrizione, 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 vigilanza su farmaci e 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 UOC di Farmacia avrà una funzione di coordinamento tra tutte le attività farmaceutiche del territorio provinciale con particolare riferimento all’integrazione ospedale-territorio.

Articolo 36 – Dipartimento di Scienze Mediche

E' il Dipartimento finalizzato a coordinare le attività di diagnosi e cura di patologie di area medica su scala aziendale, al fine di garantire una qualità di interventi e prestazioni omogenei su tutto il territorio.

Assicura la diagnosi e la cura delle malattie di tipo internistico (infettive, nefrologiche, gastroenteriche, onco-ematologiche, pediatriche e neonatali) attuando la presa in carico del paziente e la sua gestione secondo percorsi condivisi.

Particolare cura è assicurata ai pazienti con patologie degenerative e agli anziani, al fine di contrastare la disabilità mediante l'intervento in acuzie, teso ad individuare i soggetti a rischio di perdita della autonomia e a promuovere una presa in carico territoriale.

Altra particolare attenzione è riservata alla popolazione neonatale ed infantile, assicurando un raccordo con i Pediatri di Libera Scelta e con le strutture territoriali per l'infanzia.

L'aggregazione di Unità Operative di area medica su base dipartimentale si propone l'obiettivo di realizzare modalità di organizzazione del lavoro e dei processi decisionali fortemente condizionati dalla reciproca interdipendenza, fino ad arrivare ad una flessibilità d'uso delle risorse umane e tecnologiche, nel rispetto sia degli standard previsti dalle normative vigenti che delle regole di efficienza gestionale.

La condivisione dei processi di cura tra più Unità Operative che hanno affinità o complementarietà di funzionamento porta al recupero della centralità del paziente e alla rilettura in maniera olistica dei suoi problemi di salute con conseguente impostazione di interventi diagnostico-terapeutici fondati su transazioni tra le unità e le singole professionalità. Il recupero di spazi di coordinamento e di integrazione, preservando al tempo stesso le linee di specializzazione, si pone in linea con il principio che la tutela della salute è sempre più il risultato di processi interdisciplinari e interfunzionali.

L'aggregazione di funzioni assistenziali omogenee sotto il profilo degli strumenti clinici di intervento potrà essere realizzata attraverso la definizione di piani di attività, la produzione, applicazione e verifica di linee guida e protocolli condivisi, l'organizzazione di attività formative comuni, la valutazione e verifica della qualità dell'assistenza mediante programmi di audit clinico, l'individuazione e la promozione di nuove attività e di nuovi modelli operativi.

Data la prevalenza ed incidenza di alcune patologie mediche di rilevanza sociale, il Dipartimento di Scienze Mediche deve anche avere il compito di integrare sempre più l'offerta di servizi ospedalieri con quelli territoriali in una logica di gestione complessiva secondo il principio della continuità delle cure, cioè dell'assistenza modulata secondo livelli diversi di complessità, rispetto al problema di salute del malato.

Altra particolare attenzione è riservata alla popolazione neonatale ed infantile, assicurando il raccordo con il PLS e le Strutture territoriali. Importante è il superamento dell'eccessiva medicalizzazione del percorso nascita rimuovendo la discontinuità tra il

territorio e l'ospedale e promuovendo le competenze dei diversi attori del sistema e la loro integrazione attraverso il coordinamento, l'informazione e la sensibilizzazione degli addetti al sistema di cure e della popolazione.

Articolo 37 – Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Il Dipartimento è finalizzato a coordinare le attività di diagnosi e cura di patologie di area chirurgica su scala aziendale, ivi comprese la ostetricia e ginecologia, al fine di garantire una qualità di interventi e prestazioni omogenei su tutto il territorio.

Il Dipartimento è orientato all'attività chirurgica sia programmata che in urgenza. Garantisce la continuità del percorso clinico erogando direttamente prestazioni diagnostiche e riabilitative integrandosi con i servizi e le Unità Operative a ciò deputate.

Partecipa alle attività di prevenzione e screening ad alta valenza sociale e/o specialistica.

Nell'ambito dell'ostetricia assicura la promozione del parto naturale e, in collegamento con il Dipartimento dell'Assistenza Primaria e delle Intermedie, garantisce appropriati ed efficaci controlli di salute da attuare durante la gravidanza. Incentiva, inoltre, l'allattamento materno.

Il Dipartimento è proiettato verso l'innovazione tecnologica mediante l'adozione di materiali, tecniche e procedure selezionate attraverso l'evidenza clinica e scientifica.

Partecipa alla ricerca clinica applicata e alla revisione delle metodologie sia con azioni locali che soprattutto nell'ambito di reti e iniziative regionali.

La principale risorsa oggetto di attenzione e sviluppo è quella professionale: il Dipartimento individua gruppi professionali funzionali con competenze cliniche specifiche individuali e di equipe per renderle disponibili nella rete secondo meccanismi di centralizzazione o decentramento.

Regola l'accesso alle sale operatorie e alla degenza attraverso un sistema di programmazione delle attività e la definizione di spazi chirurgici ed assistenziali destinati all'urgenza e alla attività elettiva in maniera flessibile e commisurata alla lista di attesa nella sua varia composizione.

L'ostetricia e ginecologia, la pediatria e la neonatologia, seppure posti in dipartimenti diversi, sono funzionalmente collegate per garantire un percorso di nascita secondo protocolli e procedure condivisi. Le medesime strutture ospedaliere dovranno collegarsi con le strutture territoriali e in particolare con i Consultori e i Pediatri di Libera Scelta.

Articolo 38 – 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 VII

ORGANIZZAZIONE DI SUPPORTO

Articolo 39 – 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 40 – Le funzioni amministrative

- **Amministrazione e Gestione del Personale:** acquisizione e gestione contrattuale ed amministrazione giuridico-economica delle Risorse Umane.
- **Affari Generali, Contratti e supporto all'attività Legale:** con compiti di segreteria tecnica generale e di supporto per il raccordo interno alla Direzione Strategica, ivi compresi il protocollo generale, l'archivio e la gestione atti. Coordina, supporta e vigila la corretta osservanza della normativa sulla privacy ferme restando le competenze del Responsabile della Privacy. Gestisce l'attività relativa ai procedimenti disciplinari. Supporta la attività amministrativa nelle controversie civili e commerciali, con personale interno e/o esterno abilitato alla funzione; garanzia della rappresentanza processuale e del patrocinio dell'Azienda nelle diverse giurisdizioni nelle varie fasi e gradi di giudizio e nelle cause in cui l'Azienda è parte in causa.
- **Economia e Finanze contabilità analitica e controllo di gestione:** 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.
- **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.

- **Direzione Amministrativa Rete Ospedaliera:** con compiti di supporto amministrativo alla rete ospedaliera.
- **Direzione Amministrativa Rete Territoriale:** con compiti di supporto amministrativo alla rete territoriale.
- **Direzione Amministrativa CC.UU.NN e specialistica:** con compiti di gestione e amministrazione centralizzata delle convezioni uniche nazionali, applicazione dei contratti nazionali e decentrati. Supporto alla gestione territoriale attività protesica.

Articolo 41 – Il Coordinamento amministrativo, tecnico e professionale

La figura del coordinatore scaturisce dalla scelta di adottare il modello di Area, quale macroaggregato dei servizi Amministrativi, Tecnici e Professionali, in quanto funzionale alla piena attuazione del principio di partecipazione dei singoli responsabili di struttura ai processi decisionali, in ragione del loro grado di coinvolgimento al raggiungimento degli obiettivi aziendali. L'Area costituisce, una macro struttura composta da più Unità Operative Complesse e Unità Semplici con esigenze operative omogenee, affini e/o complementari caratterizzate da una convergenza di competenze ed esperienze professionali e di attività che richiedono un coordinamento univoco, allo scopo di perseguire comuni obiettivi.

Le Unità Operative afferenti all'Area sono titolari, nel rispetto delle linee programmatiche e degli obiettivi dell'Area, di autonomia gestionale. La stessa Area Amministrativa/Tecnico/Professionale è, inoltre, strumento per il perseguimento dell'obiettivo strategico di ottimizzazione delle procedure organizzative ed amministrative finalizzate, nel rispetto delle normative vigenti, allo snellimento procedurale ed alla tempestività dell'azione amministrativa.

L'Area Amministrativa/Tecnico/Professionale deve garantire, nello svolgimento delle funzioni attribuite alle unità ad esso afferenti, il perseguimento dei seguenti obiettivi:

- a) utilizzazione ottimale degli spazi, delle risorse, delle tecnologie e delle risorse materiali;
- b) miglioramento continuo dell'attività, adottando metodiche appropriate di valutazione dei risultati;
- c) studio ed applicazione di sistemi integrati di gestione, anche attraverso il collegamento informatico all'interno dell'area e con altre strutture nell'ambito aziendale, allo scopo di consentire l'interscambio di informazioni, nonché l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati, e la piena utilizzazione delle tecnologie di informazione e comunicazione;
- d) facilitare lo snellimento procedurale e la tempestività dell'azione amministrativa attraverso l'applicazione di modelli e procedure operative innovative;

- e) facilitare l'applicazione del modello di amministrazione "attiva" ovvero caratterizzata da un approccio al lavoro mirante al *problem solving*.

L'incarico di coordinatore dell'area Amministrativo/Tecnico/Professionale è conferito dal Direttore Generale ad uno tra i Direttori delle Unità Operative Complesse.

Articolo 42 – 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 I), 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 43 – 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 44 – 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 45 – 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.

TITOLO VIII

COMPETENZE E RESPONSABILITÀ

Articolo 46 – 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 47 – 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 48 – Responsabile di Unità Operativa Semplice Dipartimentale

I Responsabili di Unità Operativa Semplice Dipartimentale, per la propria specifica valenza "sovrastrutturale", 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 49 – 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 50 – 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 51 – 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 52 – 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. 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 53 – 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 54 – 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 55 – Disciplina dell'Avocazione

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'avocazione può essere disposta esclusivamente nelle more delle procedure per la designazione del titolare delle funzioni avocate.

TITOLO IX

RAPPORTI INTERORGANIZZATIVI

Articolo 56 – 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 57 – 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 58 - 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 la Azienda Sanitaria Locale Roma G.

Articolo 59 – Rapporti con Organizzazioni Sindacali

In una logica di trasparenza e di collaborazione con le Organizzazioni Sindacali, l'Azienda ha previsto un'Unità dedicata alle Relazioni Sindacali, la Struttura titolata Politiche del Personale oltre a garantire le relazioni sindacali svolge le funzioni di cui al Funzionigramma allegato.

Articolo 60 – 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 Tor Vergata*, anche nell'ottica della clinicizzazione di alcune Unità Operative aziendali e con l'*Università Campus Biomedico* nel campo dell'endocrinologia e delle malattie metaboliche.

TITOLO X

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.)

| STRUTTURA AREA | TIPOLOGIA PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---|---|----------------------|
| AREA DI COORDINAMENTO TECNICO -AMMINISTRATIVA | FORMULAZIONE DELLA PROGRAMMAZIONE E PIANIFICAZIONE DELL'ATTIVITÀ DELL'AREA - BUDGET | A |
| | COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLE FUNZIONI COMPLESSE | B/C |
| | FORMULAZIONE E ADOZIONE DI LINEE GUIDA E REGOLAMENTI | A/B/C |
| | OTTIMIZZAZIONE UTILIZZO RISORSE | B/C |

| STRUTTURA COMPLESSA | TIPOLOGIA PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--|---|----------------------|
| AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE | APPLICAZIONE 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 | B |
| | INDIZIONE 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 |
| | NOMINA COLLEGI TECNICI | A |
| | NOMINA COMMISSIONI PER ASSEGNAZIONE INCARICHI | A |
| | CONFERIMENTO E REVOCA INCARICHI AI DIRIGENTI | A |
| | MOBILITÀ INTERNA | B |
| | MOBILITÀ ESTERNA | A |
| | GESTIONE RICHIESTE COMANDO | A |
| | PROCEDURE ARBITRALI (di concerto con Affari Generali e Legali) | 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 | B |
| | LIQUIDAZIONE INCENTIVAZIONI ED INDENNITA' 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 |
| | CONVOCAZIONI ORGANIZZAZIONI SINDACALI | C |
| | VERIFICA MONTE ORE SINDACALI | B/C |
| | TENUTA VERBALI RIUNIONI | C |
| | RELAZIONI SINDACALI | C |
| | CORRISPONDENZA ROUTINARIA E GESTIONE PROPRIO ARCHIVIO | C |

| STRUTTURA COMPLESSA | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---|--|-----------------------------|
| 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 |
| | SVINCOLO CAUZIONI DI PARTECIPAZIONE A GARA | C |
| | STIPULA CONTRATTI A SEGUITO DI AGGIUDICAZIONE DI GARA | C |
| | ISTITUZIONE E COSTITUZIONE FONDI ECONOMICI | A |
| | LIQUIDAZIONI VARIE (di concerto con U.O. Amministrazione Finanza) | B |
| | CESSIONI DI CREDITO (di concerto con U.O. Amministrazione Finanza) | B |
| | 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 | B/C |
| | PROCEDURE PER LA GESTIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA IN CONTABILITÀ GENERALE | B/C |
| | 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 | |

| STRUTTURA COMPLESSA | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--|--|----------------------|
| ECONOMIA E FINANZA, CONTABILITÀ ANALITICA | PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA | A |
| | FORMAZIONE E REDAZIONE DEL BILANCIO AZIENDALE | A |
| | FORMAZIONE, REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL BILANCIO D'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 |
| | ADEMPIMENTI CERTIFICAZIONI FISCALI E TRIBUTARI | C |
| | 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 E CONTABILI | A |
| | CONTABILITÀ ANALITICA | A/B/C |
| | ELABORAZIONE E MONITORAGGIO FLUSSI DEI CDC | C |
| | ELABORAZIONE REPORTISTICA PERIODICA DEL TREND GESTIONALE DEL CDC | C |
| | VERIFICA TRIMESTRALE DI CASSA | C |
| | REGISTRAZIONE FATTURE E CONTABILITÀ PRIMA NOTA | |
| | FLUSSO MENSILE C.E. | C |
| | GESTIONE CESPITI | C |
| | TENUTA REGISTRI CONTABILI OBBLIGATORI | C |
| | CESSIONI DI CREDITO | C |
| | TRANSAZIONI REGIONALI/PIANO DI RIENTRO REGIONALE | B/C |
| | ACCORDI PAGAMENTI REGIONALI | B/C |
| | ADEMPIMENTI EQUITALIA E DURC | C |
| | CICLO ATTIVO DELLE ENTRATE | C |
| | GESTIONE ECONOMICA DELL'ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE | C |
| | CONTABILIZZAZIONI INCASSI RECUP | C |
| | EMISSIONE FATTURE ATTIVE | C |
| | REINTEGRO SPESE ECONOMICHE | C |
| GESTIONE FINANZIARIA FORNITORI | C | |
| GESTIONE LIQUIDATORIA | B/C | |
| BILANCIO SIAS-GESTIONE E LIQUIDAZIONE FATTURE MEDICINA SPECIALISTICA ESTERNA | B | |
| GESTIONE FISCALE E TRIBUTARIA | C | |
| ORDINATIVI INFORMATICI | C | |
| CORRISPONDENZA ROUTINARIA E GESTIONE PROPRIO ARCHIVIO | C | |

| STRUTTURA COMPLESSA | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--|--|----------------------|
| 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 AGGIUCAZIONE 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 | A |
| | INCARICHI DI PROGETTAZIONE, DIREZIONE LAVORI, COORDINAMENTO DELLA SICUREZZA E COLLAUDI PER PROCEDURE NEGOZiate | B |
| | NOMINA DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO | 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 GESTIONEPROPRIO ARCHIVIO | C | |

| STRUTTURA COMPLESSA | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---|---|-----------------------------|
| AFFARI GENERALI, CONTRATTI E SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ LEGALE | 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 |
| | COORDINA LE POLITICHE AZIENDALI RIGUARDANTI LA PRIVACY E ADEMPIE AGLI OBBLIGHI PER L'APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA SULLA PRIVACY | B/C |
| | COORDINA LE POLITICHE AZIENDALI PER IL RISPETTO DELLA NORMATIVA SUL DIVIETO DI FUMO | B/C |
| | ASSICURA LA SEGRETERIA PER LA CONFERENZA DEI SINDACI, IL COLLEGIO SINDACALE, IL COLLEGIO DI DIREZIONE E IL CONSIGLIO DEI SANITARI, ANCHE MEDIANTE PROIEZIONI PROVVISORIE | B/C |
| | GESTIONE DELLE CONVENZIONI AZIENDALI FINALIZZATE ALL'ACQUISIZIONE DI INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALE E CONSULENZE –ALBO ON LINE- | A/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 |
| | GESTIONE DEL REPERTORIO PER LA REGISTRAZIONE DEI CONTRATTI; | B/C |
| | ADEMPIE AGLI OBBLIGHI CONNESSI ALLA LEGGE 241/1990 NOVELLATA DALLA LEGGE 15/2005 NONCHE' AGLI OBBLIGHI CONNESSI AL D.LGS. N. 150/2009 ALLA LUCE DELLA LEGGE QUADRO 4 MARZO 2009 N. 15 | B/C |
| | SVOLGE TUTTI I COMPITI NON ALTRIMENTI ASSEGNATI ALLE ALTRE STRUTTURE E A VALENZA AZIENDALE | B/C |
| | GESTIONE DELLE ATTIVITA' RELATIVE ALLA FORMALIZZAZIONE DI CONVENZIONI CON UNIVERSITA', SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE, SCUOLE MEDIE SUPERIORI ED ALTRI ISTITUTI PUBBLICI E PRIVATI AI FINI DELL'EFFETTUAZIONE DI TIROCINI E STAGE FORMATIVI | A/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 VERRA' CHIAMATA IN CAUSA | A |
| | PREDISPONE ISTRUTTORIA CONTRO LE SANZIONI AMMINISTRATIVE INFLITTE ALLA DIREZIONE AZIENDALE PER COMPITI CONNESSI ALL'ATTIVITA' ISTITUZIONALE | 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 |
| PROCEDE ALLA LIQUIDAZIONE DELLE SPESE LEGALI E DEGLI INTERESSI | B | |
| MONITORAGGIO DELLA SPESA DERIVANTE DAL CONTENZIOSO | C | |
| CORRISPONDENZA ROUTINARIA E GESTIONE PROPRIO ARCHIVIO | C | |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|------------------------------------|--|-----------------------------|
| DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA | AUTORIZZAZIONE PAGAMENTO STRAORDINARIO PERSONALE | C |
| | ORGANIZZAZIONE FUNZIONALITA' 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 |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--|----------------------------------|-----------------------------|
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA | FORMALIZZAZIONE IMPEGNI DI SPESA | A |
| | RICOVERI STRANIERI | B/C |
| | GESTIONE DEI DEPOSITI | C |

| | | |
|--|--|-----|
| | TICKET RESTAURANT E INCASSI INTRAMOENIA | C |
| | SERVIZI A GESTIONE DIRETTA (PORTINERIA, CENTRALINO) | C |
| | FORMALIZZAZIONE SPESE PER CONVENZIONI | B |
| | AUTORIZZAZIONE CURE CLIMATICHE, CURE TERMALI E SOGGIORNI TERAPEUTICI | B |
| | SPESE IN ECONOMIA | B/C |
| | CASSE ECONOMALI | C |
| | SEGGI ELETTORALI ED ELEZIONI | C |
| | GESTIONE ORDINI E MAGAZZINO MATERIALE NON SANITARIO | B/C |
| | LIQUIDAZIONI FATTURE SU INDICAZIONE DI U.O.C. AMM.FIN. E PROV.V. | B |
| | APPLICAZIONI INDIVIDUALI NORME CONTRATTUALI | B |
| | APPLICAZIONE LEGGE N. 53/2000 SU INDICAZIONE DI U.O.C. RIS. UM. | B |
| | APPLICAZIONE LEGGE N. 104/1992 SU INDICAZIONE DI U.O.C. RIS. UM. | B |
| | TRATTAMENTO ECONOMICO PER ASSENZA E MALATTIA SU INDICAZIONE DI U.O.C. RIS. UM. | B |
| | GESTIONE DEL VOLONTARIATO | B |
| | GESTIONE TIROCINI OBBLIGATORI | B |
| | LIQUIDAZIONI RIMBORSI SPESE AGLI ASSISTITI | B/C |
| | LIQUIDAZIONE AI DIPENDENTI SPETTANZE INTERESSI E SPESE LEGALIA A SEGUITO DI SENTENZE SU INDICAZIONE DI U.O.C. RIS. UM. | B/C |
| | SERVIZI A GESTIONE DIRETTA (PORTINERIA, CENTRALINO) | B/C |
| | ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI NEI LIMITI DI SPESA FISSATI | B |
| | CORRISPONDENZA ROUTINARIA E GESTIONE PROPRIO ARCHIVIO | C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|-------------------------|--|-----------------------------|
| DIREZIONE DEL DISTRETTO | AUTORIZZAZIONE PAGAMENTO STRAORDINARIO PERSONALE | C |
| | ORGANIZZAZIONE FUNZIONALITA' DELLA STRUTTURA | C |
| | OGNI ADEMPIMENTO PREVISTO PER TALE FUNZIONE 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 |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE | FORMALIZZAZIONE IMPEGNI DI SPESA | A |
| | FATTURAZIONI VISITE FISCALI VERSO TERZI | C |
| | FORMALIZZAZIONE SPESE PER CONVENZIONI | B |
| | SPESE IN ECONOMIA | B/C |
| | CASSE ECONOMALI | C |
| | GESTIONE ORDINI E MAGAZZINO MATERIALE NON SANITARIO | B/C |
| | GESTIONE DEL VOLONTARIATO | B |
| | GESTIONE TIROCINI OBBLIGATORI | B |
| | LIQUIDAZIONE SPESE IMPEGNATE CON ATTI FORMALI SU INDICAZIONE DELLA U.O.C. AMM. FIN. | B |
| | ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI NEI LIMITI DI SPESA FISSATI | B |
| | SUPPORTO APPROVAZIONE PROGETTI TERAPEUTICI FINALIZZATI | B |
| | SUPPORTO STIPULA CONVENZIONI CON ENTI, ASSOCIAZIONI, ECC. | B |
| | SUPPORTO NOMINE COLLEGIO MEDICO-LEGALE | A |
| | SUPPORTO FORMALIZZAZIONE SPESE PER CONVENZIONI | B |

| | | |
|--|--|-----|
| | SUPPORTO ALLE ATTIVITA' 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 | B/C |
| | CORRISPONDENZA ROUTINARIA E GESTIONE PROPRIO ARCHIVIO | C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---|---|-----------------------------|
| DIREZIONE AMMINISTRATIVA CONTRATTO UNICO NAZIONALE E SPECIALISTICA | GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE CONVENZIONATO –MMG-PLS- | A/B/C |
| | GESTIONE AMMINISTRATIVA PERSONALE –SPECIALISTA AMBULATORIALE- | A/B/C |
| | SUPPORTO AMMINISTRATIVO ALLA GESTIONE DELLA ATTIVITÀ PROTESICA-ORDINE-CONTROLLO-LIQUIDAZIONE- | A/B/C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|----------------------------|---|-----------------------------|
| 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 ATTIVITA' | 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 |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--------------------------------|--|-----------------------------|
| 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 |
| | LIQUIDAZIONI VARIE DI SPESE IMPEGNATE CON ATTI FORMALI | B |
| | VERIFICHE AI FINI DELL'AUTORIZZAZIONE ED ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE | C |
| | RENDICONTI SPESE SOSTENUTE | C |
| | ACQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI NEI LIMITI DI SPESA FISSATI | B |
| | CORRISPONDENZA ROUTINARIA E GESTIONE PROPRIO ARCHIVIO | C |
| | SCREENING ONCOLOGICI AZIENDALI | A/B/C |

| | | |
|--|---|---|
| | ATTI INERENTI LE NORME SULLA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA | C |
| | ATTI INERENTI LE NORME SULLA SICUREZZA ALIMENTARE | C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--|---|-----------------------------|
| DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE PATOLOGIE DA DIPENDENZA | PROPOSIZIONE PROGETTI CON VALENZA ECONOMICA | A |
| | FORMALIZZAZIONE SPESE PER CONVENZIONI | B |
| | LIQUIDAZIONI SPESE IMPEGNATE CON ATTI FORMALI | B |
| | CERTIFICAZIONI INERENTI PRODOTTI EROGATI | C |
| | CORRISPONDENZA FUNZIONI ASSEGNATE | C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---|---|-----------------------------|
| RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE | OGNI ADEMPIMENTO PREVISTO DALLA L. 190/2012 | A-B-C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--------------------------------|--|-----------------------------|
| RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA | OGNI ADEMPIMENTO PREVISTO DAL D.LGS. 33/2013 | A-B-C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|----------------------------|---|-----------------------------|
| RESPONSABILE DELLA PRIVACY | OGNI ADEMPIMENTO PREVISTO DAL D.LGS. 196/2003 | A-B-C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---|---|-----------------------------|
| RESPONSABILE DELLA SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE | OGNI ADEMPIMENTO PREVISTO DAL D.LGS. 81/2008 E S.M.I. | A-B-C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|--------------------------------|--|-----------------------------|
| MEDICO COMPETENTE COORDINATORE | 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 |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|---|--|-----------------------------|
| COORDINAMENTO AZIENDALE DI PRELIEVO E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI | OGNI ADEMPIMENTO PREVISTO DALLA NORMATIVA IN MATERIA | A-B-C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|----------------|---|-----------------------------|
| UFFICIO LEGALE | PROVEDE DIRETTAMENTE ALLA TUTELA IN GIUDIZIO DELL'AZIENDA AD ECCEZIONE DI QUELLE CHE, 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. 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 NON RICOMPRESE NELLE SPECIFICHE COMPETENZE PROPRIE DI CIASCUNA FUNZIONE AZIENDALE; | C |
| | PREDISPONE 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 COMPONENTO 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 | |
| | RICHIEDE ALLA STRUTTURA COMPLESSA AFFARI GENERALI COMPETENTE LA PREDISPOSIZIONE DEGLI ATTI DI AFFIDAMENTO DI INCARICO LEGALE | C |

| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|------------|--|-----------------------------|
| FORMAZIONE | PIANO ANNUALE FORMAZIONE | A |
| | PARTECIPAZIONE A CORSI AL DI FUORI DEL PIANO ANNUALE | A |
| | CORSI A DIRETTO COORDINAMENTO E CORSI DI AGGIORNAMENTO | B |
| | CONVENZIONE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE ED ALTRI ENTI | A |
| | FREQUENZA VOLONTARI | B |
| | LIQUIDAZIONE COMPENSI DOCENTI | B |
| | TIROCINI OBBLIGATORI | B |
| | CORRISPONDENZA ROUTINARIA | B |
| | GESTIONE PROPRIO ARCHIVIO | C |

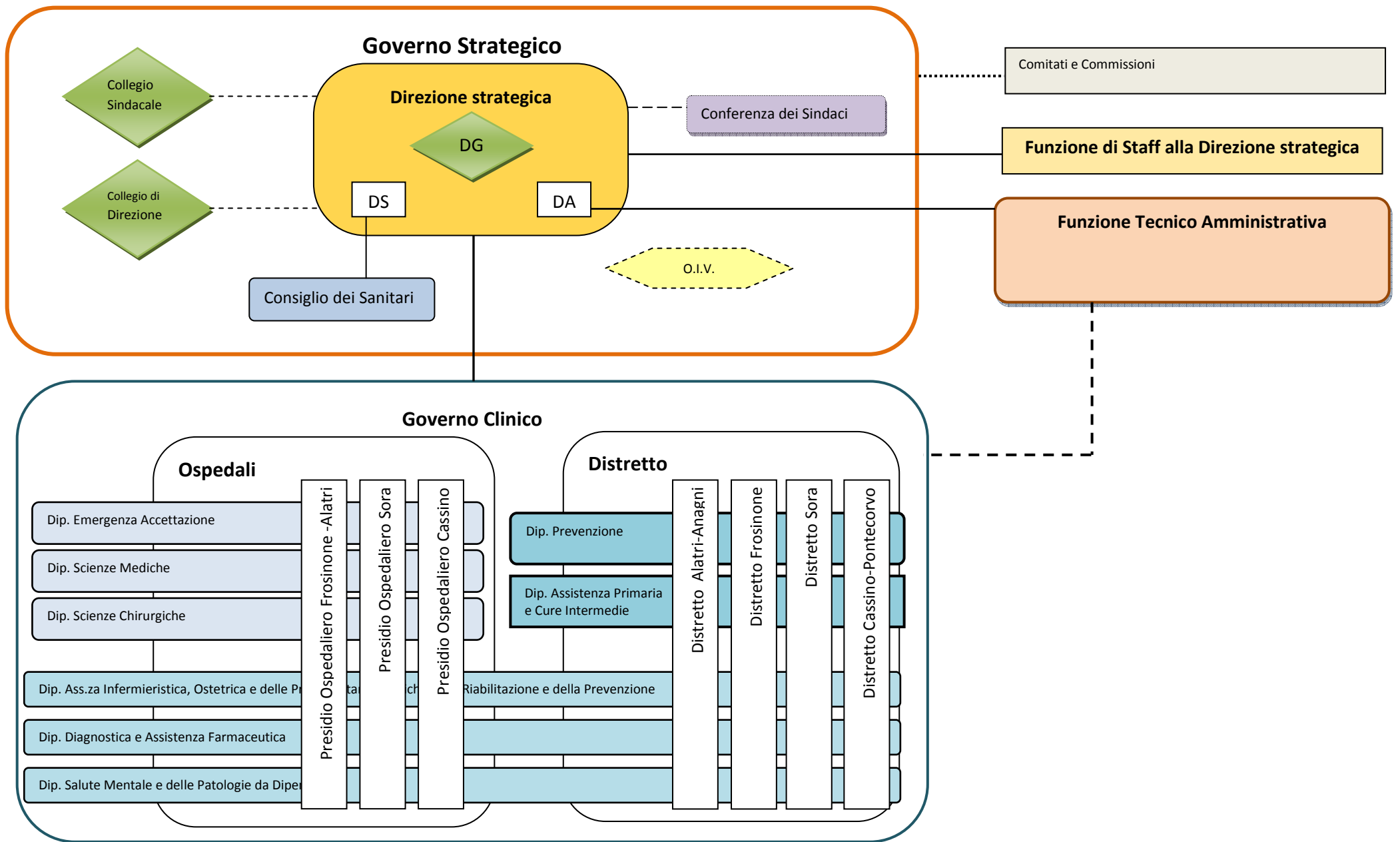
| | TIPOLOGIA DI PROCEDURE | CLASSIFICAZIONE ATTI |
|----------------|---|-----------------------------|
| UFFICIO STAMPA | SI OCCUPA DI MANTENERE I CONTATTI CON I MEDIA LOCALI E NAZIONALI SECONDO LE INDICAZIONI DELLA DIREZIONE STRATEGICA IN MERITO AI CONTENUTI DELLA COMUNICAZIONE. REDIGE I COMUNICATI E ORGANIZZA LE CONFERENZE STAMPA | C |

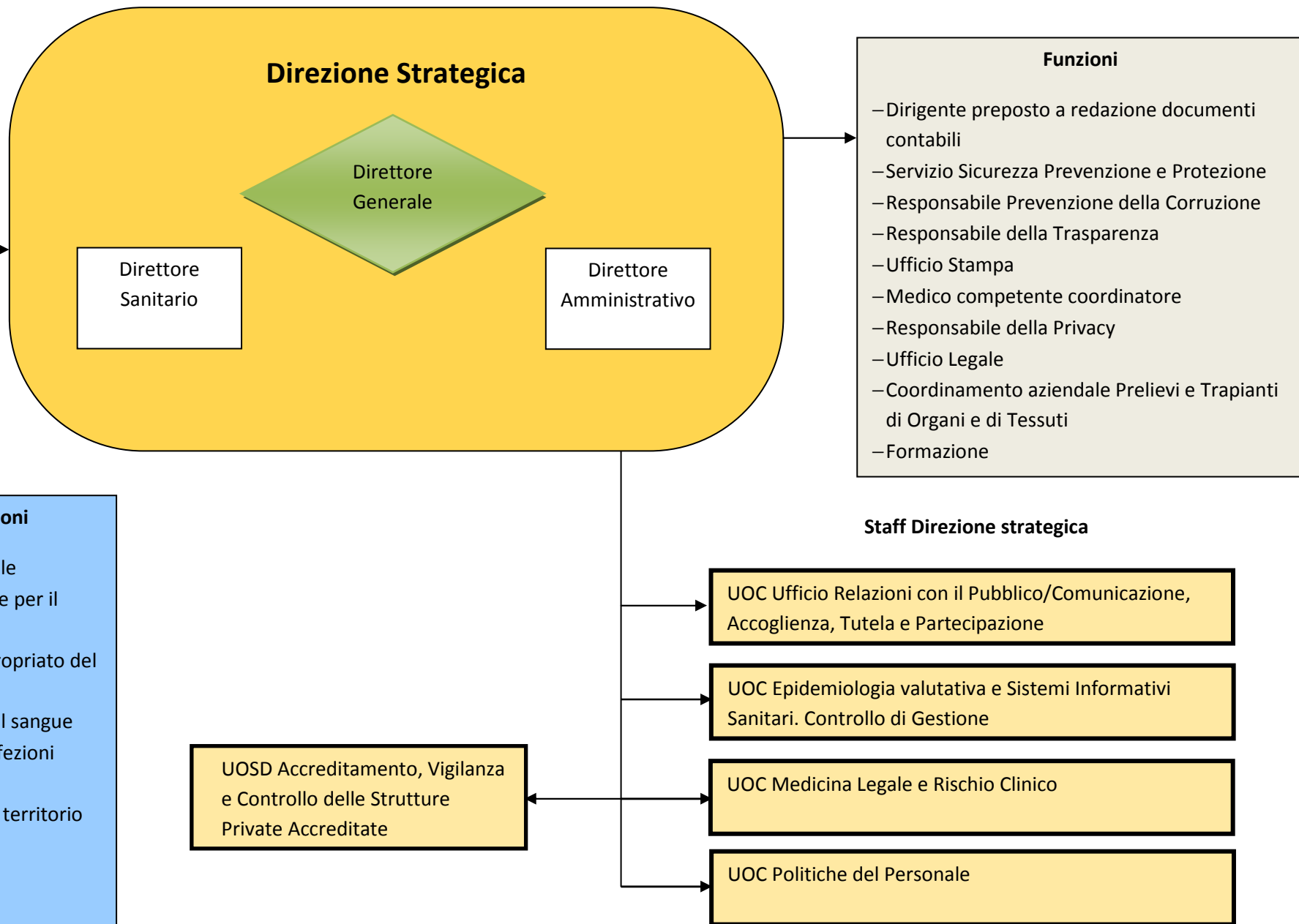
- L'applicazione degli standard adottati dal Comitato LEA per l'individuazione delle Strutture Complesse e Semplici delle ASL:
 - **STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE:** POSTI LETTO
PUBBLICI/STRUTTURE COMPLESSE = 17,5
 - **STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE:** POPOLAZIONE
RESIDENTE/STRUTTURE COMPLESSE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

- Comporta l'attribuzione alla ASL di Frosinone di:
 - **53 STRUTTURE COMPLESSE OSPEDALIERE**
 - **35 STRUTTURE COMPLESSE NON OSPEDALIERE**
 - **115 STRUTTURE SEMPLICI/SEMPLICI DIPARTIMENTALI**

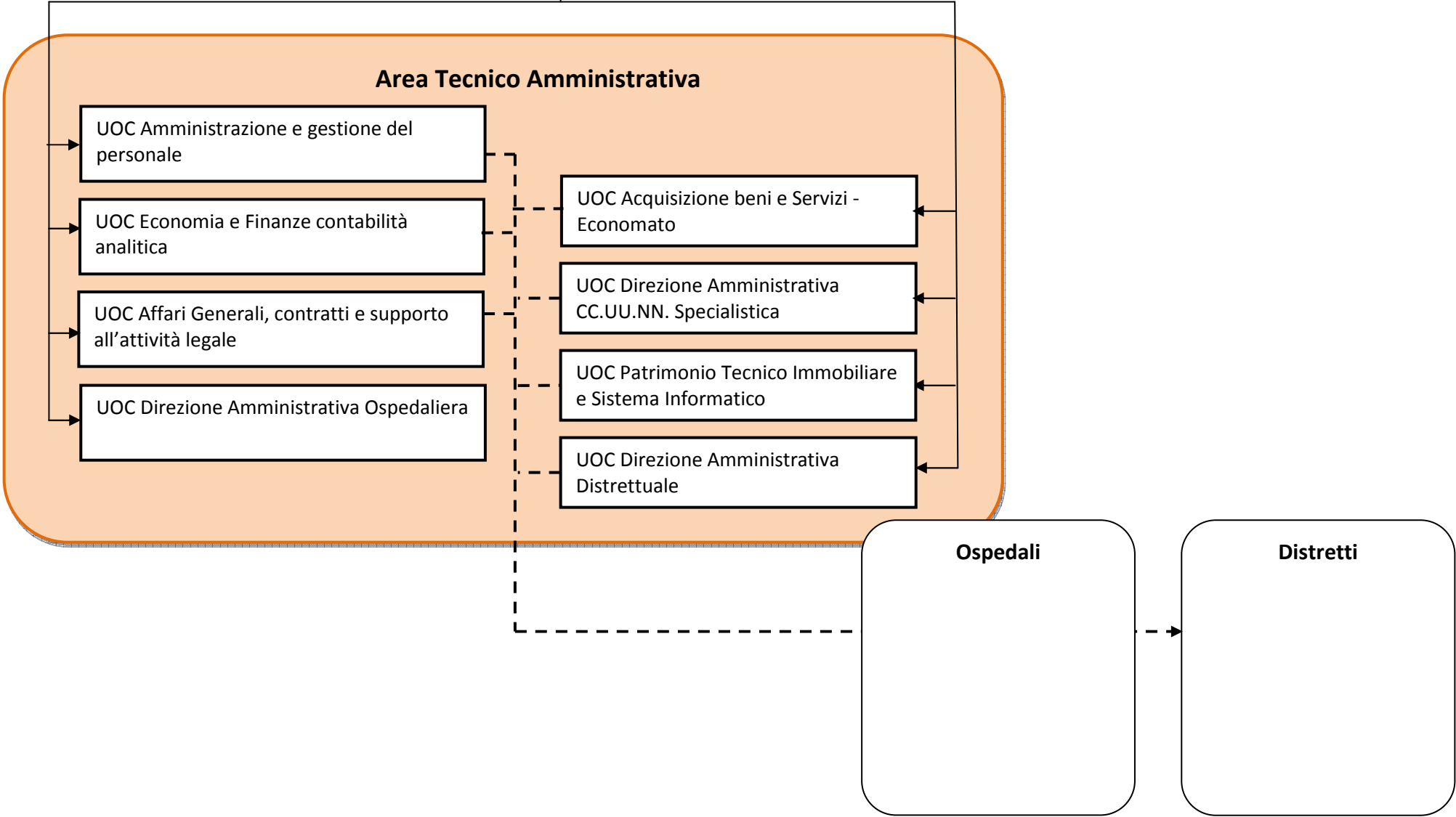
} **88 SS.CC.**

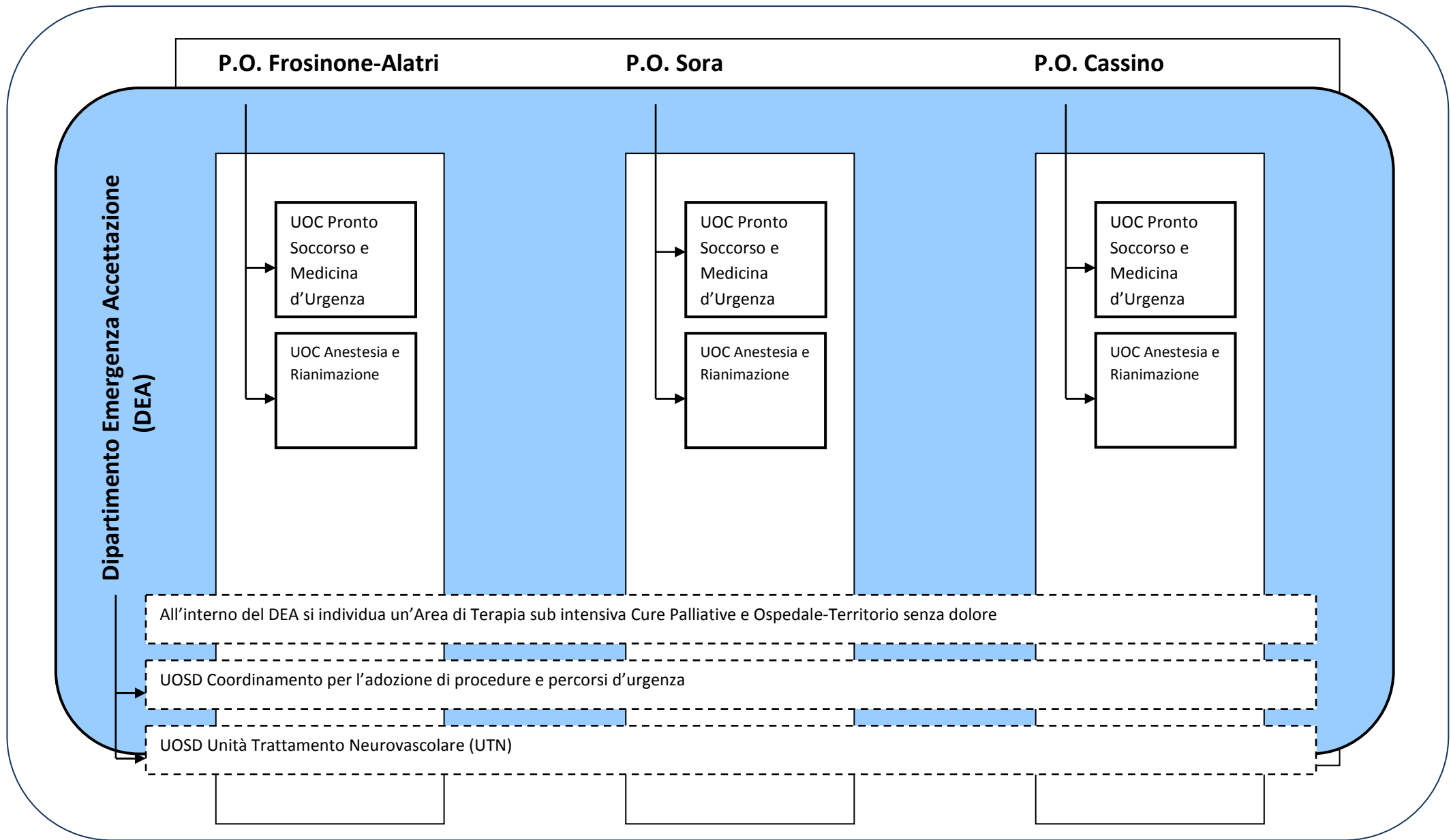
- Le 53 Strutture Complesse ospedaliere si ripartiscono tra i 3 Presidi Ospedalieri con la seguente dotazione di posti letto:
 - **FROSINONE-ALATRI = 439 posti letto**
 - **SORA = 229 posti letto**
 - **CASSINO = 309 posti letto**

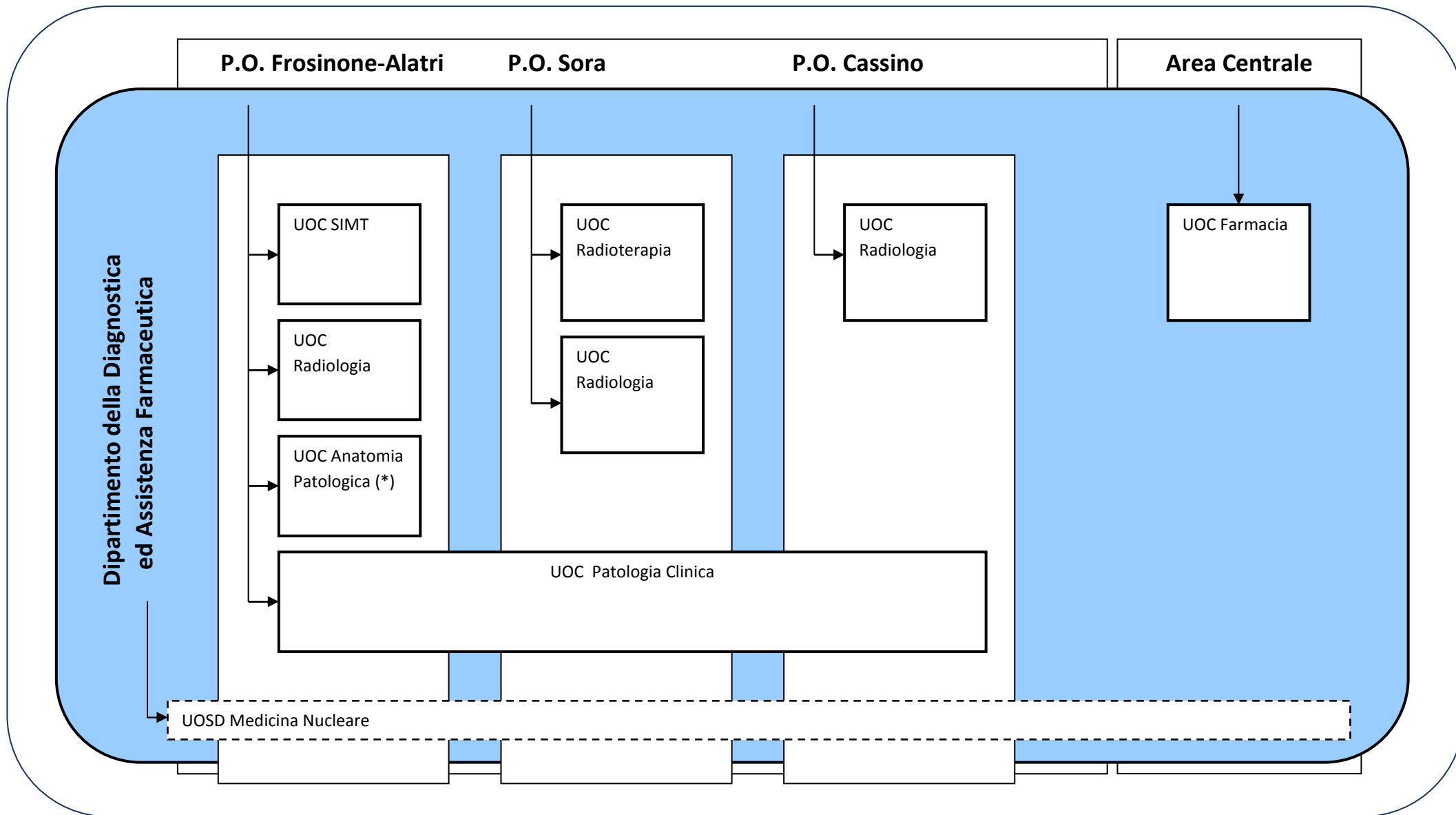




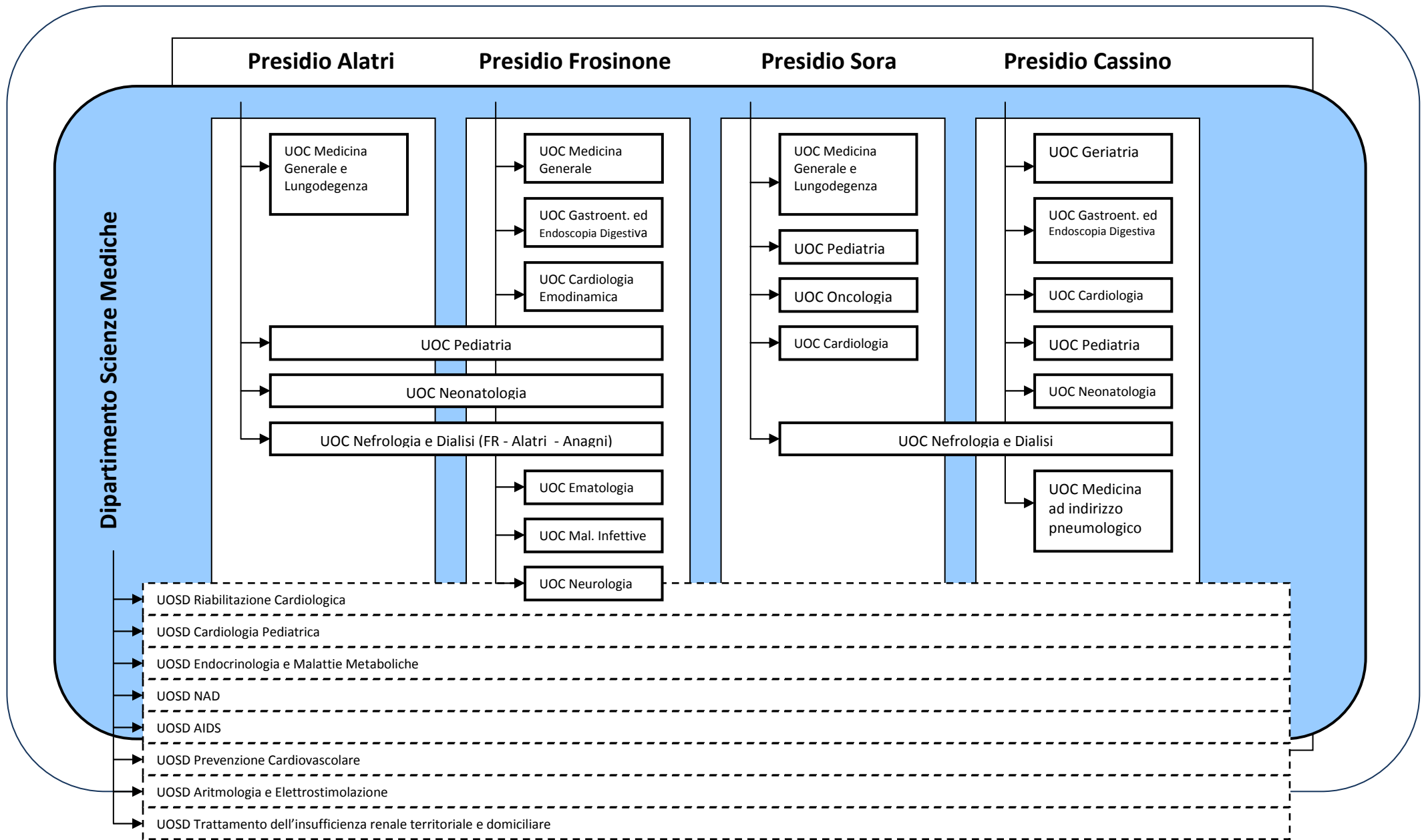
Direttore Amministrativo

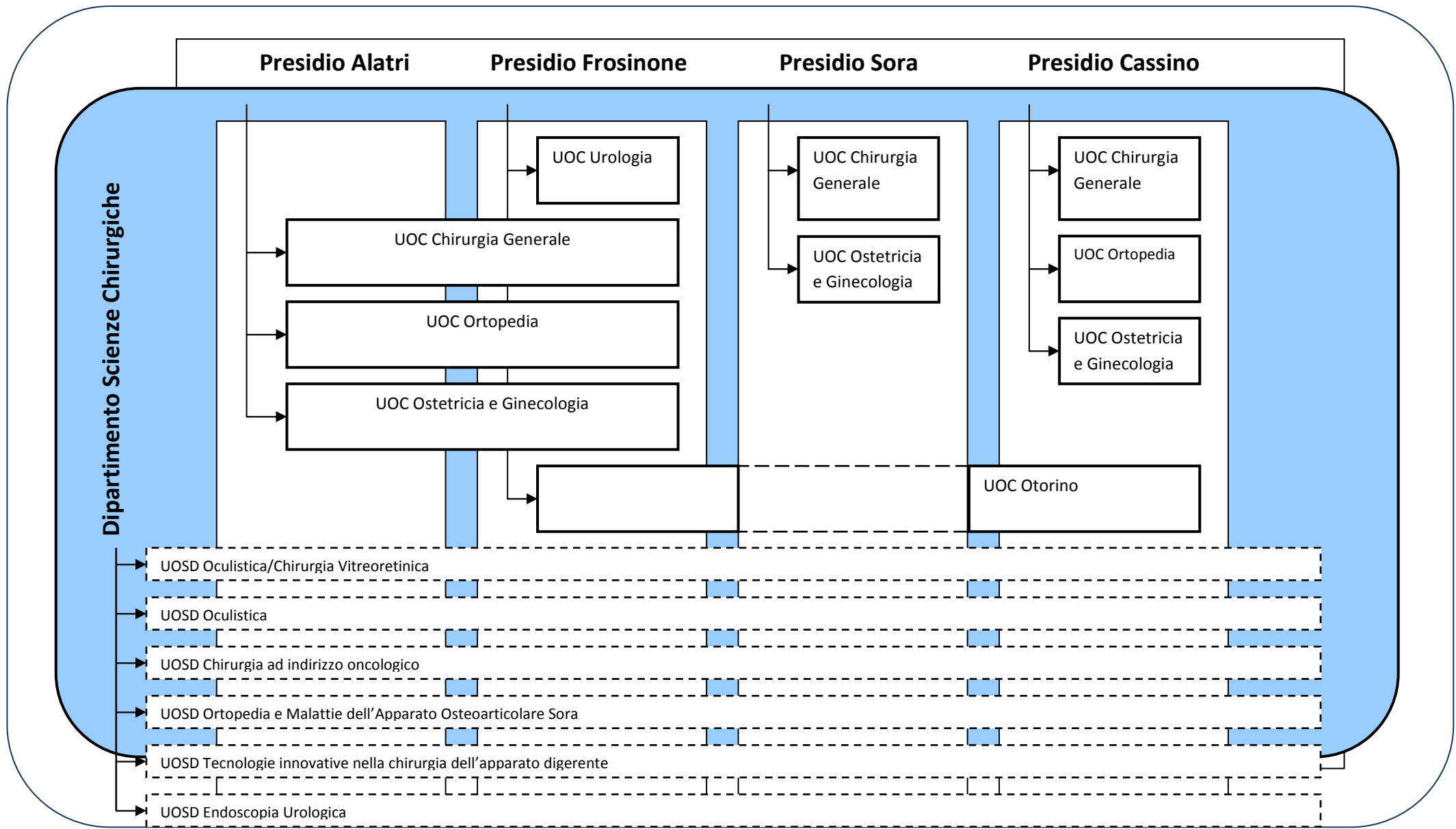


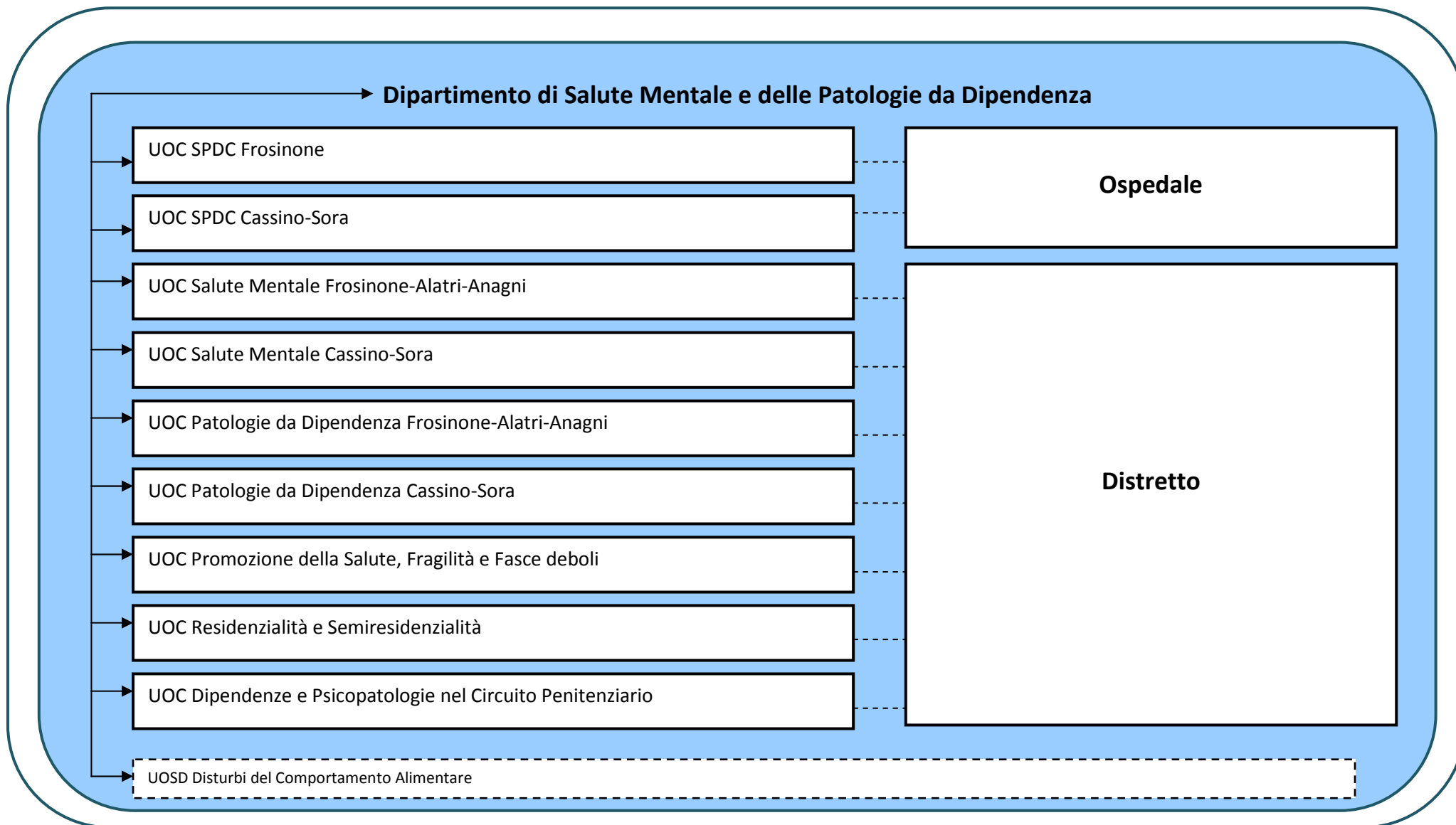


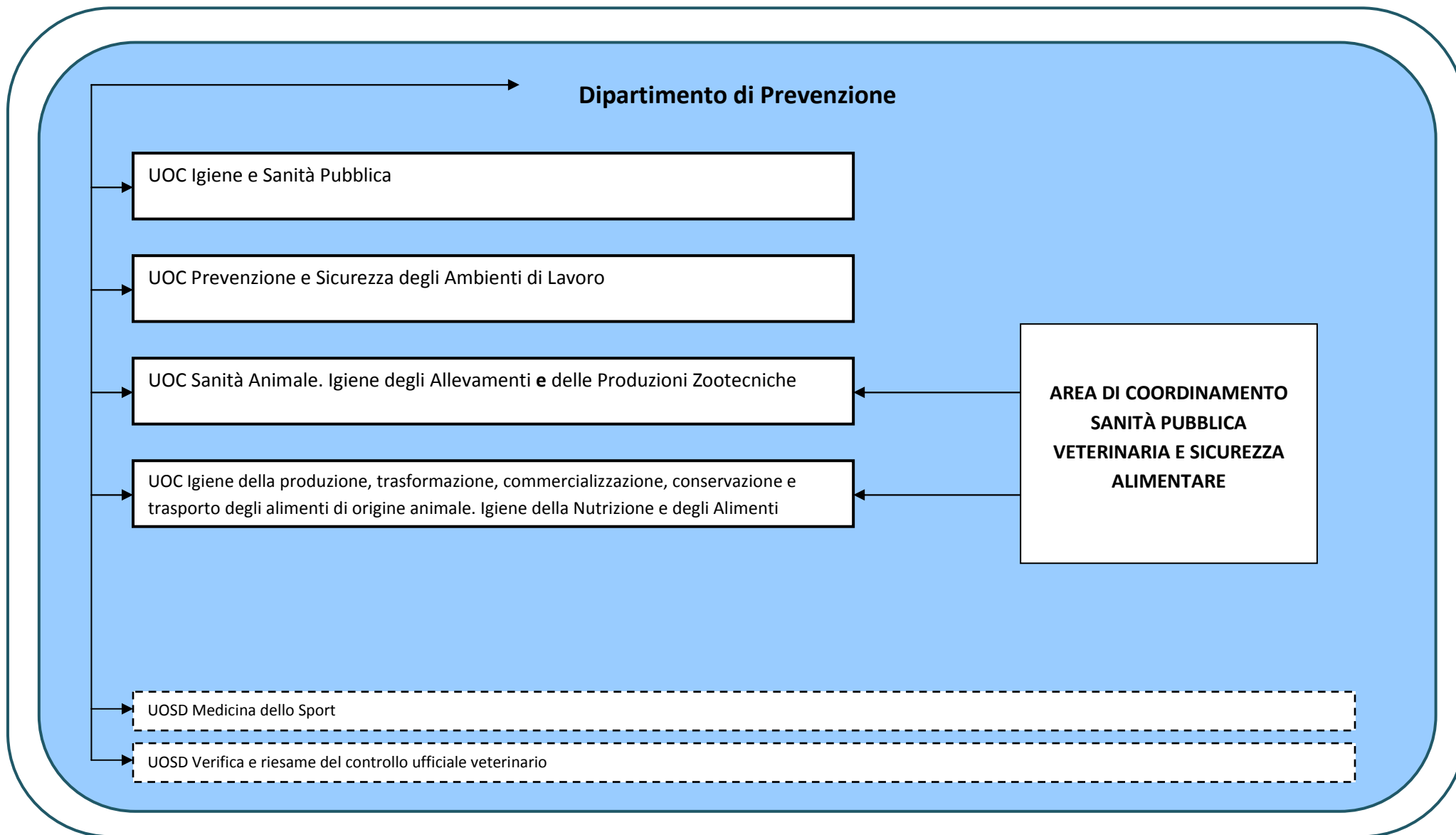


(*) compatibilmente con la istituenda Rete Regionale









Dipartimento dell'Assistenza Primaria e delle Cure Intermedie

UOC ASB Frosinone-Alatri

UOC ASB Sora -Cassino

UOC Consultori

UOC Residenzialità, Hospice e Cure Palliative

UOC TSRMEE

UOC Riabilitazione

UOC ADI

UOC Medicina Legale Territoriale

UOSD Psicologia dei Disturbi specifici dell'Apprendimento e del Linguaggio

UOSD Servizi Socio Sanitari

**Dipartimento dell'Assistenza Infermieristica, Ostetrica e
delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione**

UOC Assistenza Infermieristica ed Ostetrica

UOSD Assistenza Riabilitativa

UOSD Attività Sanitarie Tecniche

UOSD Altre Professioni

Direzioni Sanitarie Poli Ospedalieri

UOC Direzione Polo
Frosinone-Alatri

UOC Direzione Polo
Sora

UOC Direzione Polo
Cassino

Direzioni di Distretto

UOC Direzione
Distretto A

UOC Direzione
Distretto C

UOC Direzione
Distretto B

UOC Direzione
Distretto D

U.O.C. E U.O.S.D. OSPEDALIERE

| | | UOC | | | TOTALE | UOSD |
|-------------|-------------------|------------------|------|---------|----------------------|------|
| | | FROSINONE-ALATRI | SORA | CASSINO | | |
| Area Medica | EMATOLOGIA | 1 | | | (indirizzo pneumol.) | 8 |
| | MEDICINA | 1 | 1 | 1 | | |
| | NEFROLOGIA | 1 | 1 | | | |
| | CARDIOLOGIA | 1 | 1 | 1 | | |
| | ONCOLOGIA | | 1 | | | |
| | GERIATRIA | | | 1 | | |
| | GASTROENTEROLOGIA | 1 | | 1 | | |
| | NEUROLOGIA | 1 | | | | |

| | | | | | | |
|-----------------|---------------------|---|---|---|---|---|
| Area Chirurgica | CHIRURGIA | 1 | 1 | 1 | 7 | 6 |
| | ORL | | | 1 | | |
| | ORTOPEDIA-TRAUMATOL | 1 | | | | |
| | UROLOGIA | 1 | | | | |

| | | | | | |
|-----------------------------|------------------------|---|---|---|---|
| Area Materno Infantile (**) | OSTETRICIA-GINECOLOGIA | 1 | 1 | 1 | 8 |
| | PEDIATRIA | 1 | 1 | 1 | |
| | NEONATOLOGIA | 1 | | 1 | |

| | | | | | | |
|-------------------|-------------------------|---|---|---|---|---|
| Terapie Intensive | TERAPIA INTENSIVA | 1 | 1 | 1 | 6 | 2 |
| | PS - MEDICINA D'URGENZA | 1 | 1 | 1 | | |

| | | | | | |
|--|--------------------|---|--|--|---|
| | MALATTIE INFETTIVE | 1 | | | 1 |
|--|--------------------|---|--|--|---|

| | | | | | |
|--|-------------|---|--|---|---|
| | PSICHIATRIA | 1 | | 1 | 2 |
|--|-------------|---|--|---|---|

39

| | | | | | |
|---------|-------------------------|---|---|---|----|
| SERVIZI | RADIOLOGIA | 1 | 1 | 1 | 12 |
| | RADIOTERAPIA | | 1 | | |
| | LABORATORIO ANALISI | | | 1 | |
| | ANATOMIA PATOLOGICA (*) | 1 | | | |
| | FARMACIA | | | 1 | |
| | SIMT | 1 | | | |
| | PROFESSIONI SANITARIE | | | 1 | |
| | DIREZIONE SANITARIA | 1 | 1 | 1 | |

4

| | |
|--------------------|-----------|
| TOTALE UOC | 51 |
| TOTALE UOSD | 20 |

| | |
|--|-----------|
| TOTALE OSPEDALIERE PROGRAMMATE | 51 |
| TOTALE OSPEDALIERE PREVISTE LEA | 53 |
| differenza | -2 |

| | | |
|--|---------------------------------|-----------|
| | Dip. di Scienze Mediche | 21 |
| | Dip. di Scienze Chirurgiche | 10 |
| | DEA | 6 |
| | DSM | 2 |
| | Dip. Diagnostica e Farmaceutica | 8 |
| | Non classificabili | 4 |
| | TOTALE | 51 |
| | TOTALE UOC CON "PRIMARI" | 25 |
| | TOTALE UOC SENZA "PRIMARI" | 26 |
| | TOTALE | 51 |

(*) compatibilmente con la istituenda Rete Regionale

(**) L'ostetricia e ginecologia, la pediatria e la neonatologia, seppure posti in dipartimenti diversi, sono funzionalmente collegate per garantire un percorso di nascita secondo protocolli e procedure condivisi. Le medesime strutture ospedaliere dovranno collegarsi con le strutture territoriali e in particolare con i Consultori e i Pediatri di Libera Scelta.

U.O.C. E U.O.S.D. NON OSPEDALIERE

| | | UOC | UOSD |
|--|--|-----------|------|
| STAFF | COMUNICAZIONE, ACCOGLIENZA, TUTELA E PARTECIPAZIONE | 1 | 1 |
| | EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA E SISTEMI INFORMATIVI | 1 | |
| | MEDICINA LEGALE E RISCHIO CLINICO | 1 | |
| | POLITICHE DEL PERSONALE | 1 | |
| AREA TECNICO AMMINISTRATIVA | DIREZIONE AMMINISTRAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE | 1 | 8 |
| | DIREZIONE ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI - ECONOMATO | 1 | |
| | DIREZIONE ECONOMIA E FINANZE. CONTABILITA' ANALITICA E C.D.G. | 1 | |
| | DIREZIONE PATRIMONIO TECNICO IMMOBILIARE E SISTEMA INFORMATICO | 1 | |
| | DIREZIONE AFFARI GENERALI, CONTRATTI E SUPPORTO ALL'ATTIVITA' LEGALE | 1 | |
| | DIREZIONE AMMINISTRATIVA OSPEDALIERA | 1 | |
| | DIREZIONE AMMINISTRATIVA DISTRETTUALE | 1 | |
| | DIREZIONE AMMINISTRATIVA CC.UU.NN. E SPECIALISTICA | 1 | |
| DSM E DIPENDENZE PATOLOGICHE | PATOLOGIE DA DIPENDENZA | 2 | 1 |
| | SALUTE MENTALE | 2 | |
| | PROMOZIONE DELLA SALUTE, FRAGILITA' E FASCE DEBOLI | 1 | |
| | DIPENDENZE E PSICOPATOLOGIE NEL CIRCUITO PENITENZIARIO | 1 | |
| | RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' | 1 | |
| DIP (*) | IGIENE E SANITA' PUBBLICA | 1 | 2 |
| | PREVENZIONE E SICUREZZA DEGLI AMBIENTI DI LAVORO | 1 | |
| | SANITA' ANIMALE. IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE | 1 | |
| | IG. DELLA PRODUZIONE, TRASFORMAZIONE, COMMERCIALIZZAZIONE, CONSERVAZIONE E TRASPORTO DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE. IGIENE DELLA NUTRIZIONE E DEGLI ALIMENTI | 1 | |
| Dipartimento Coordinamento Tecnico sull'Assistenza Primaria e Cure intermedie | NEUROPSICHIATRIA INFANTILE | 1 | 2 |
| | ASB | 2 | |
| | ADI | 1 | |
| | RIABILITAZIONE | 1 | |
| | MEDICINA LEGALE TERRITORIALE(**) | 1 | |
| | CONSULTORI | 1 | |
| | HOSPICE-CURE PALLIATIVE | 1 | |
| Distretti | DIREZIONE DI DISTRETTO | 4 | 4 |
| (*) Costituendo Centro per la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica sulle problematiche della Valle del Sacco, che sarà dotato di due Unità Operative Complesse sulla tutela dei rischi ambientali degli alimenti e delle produzioni zootecniche. Da attivare solo su psecifico programma finanziato a livello comunitario. | | | |
| TOTALE NON OSPEDALIERE PROGRAMMATE | | 35 | 6 |
| TOTALE NON OSPEDALIERE PREVISTE LEA | | 35 | |
| DIFFERENZA | | 0 | |
| TOTALE UOC | | 37 | |
| TOTALE UOSD | | 6 | |

(**) Dipende funzionalmente dal Direttore Sanitario aziendale

Residuano 2 UOC e 4 UOS/UOSD che si intendono assegnare successivamente alla prima fase di applicazione del Piano Strategico e dell'Atto Aziendale ovvero da attivare solo su specifico programma finanziato a livello comunitario.

ALLEGATO 3 – TOTALE POSTI LETTO

| P.O. UNIFICATO FROSINONE – ALATRI | POSTI LETTO | |
|--|---------------|------------------|
| | ORD | DH |
| CARDIOLOGIA | 24 | - |
| AREA MEDICA | 137 | - |
| DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO | - | 10 |
| TOTALE | 161 | 10 |
| | 171 | |
| AREA CHIRURGICA | 110 | - |
| DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE | - | 14 |
| TOTALE | 110 | 14 |
| | 124 | |
| TERAPIA INTENSIVA | 6 | - |
| UNITÀ CORONARICA | 8 | - |
| ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA | 20 | - |
| UTN | 6 | - |
| TOTALE | 40 | 0 |
| | 40 | |
| OSTETRICIA | 34 | - |
| PEDIATRIA | 15 | 2 |
| NEONATOLOGIA | 8 | - |
| TOTALE | 57 | 2 |
| | 59 | |
| MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI | 14 | - |
| TOTALE | 14 | 0 |
| | 14 | |
| PSICHIATRIA | 16 | - |
| TOTALE | 16 | 0 |
| | 16 | |
| LUNGODEGENTI | 15 | - |
| TOTALE | 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 |
| TOTALE | 82 | 8 |
| | | 90 |
| AREA CHIRURGICA | 50 | - |
| DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE | - | 6 |
| TOTALE | 50 | 6 |
| | | 56 |
| TERAPIA INTENSIVA | 6 | - |
| UNITÀ CORONARICA | 4 | - |
| ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA | 10 | - |
| TOTALE | 20 | 0 |
| | | 20 |
| OSTETRICIA | 15 | - |
| PEDIATRIA | 8 | - |
| NEONATOLOGIA | 2 | - |
| TOTALE | 25 | 0 |
| | | 25 |
| PSICHIATRIA | 16 | 3 |
| TOTALE | 16 | 3 |
| | | 19 |
| LUNGODEGENTI | 21 | - |
| TOTALE | 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 |
| TOTALE | 125 | 8 |
| | | 133 |
| AREA CHIRURGICA | 70 | - |
| DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE | - | 8 |
| TOTALE | 70 | 8 |
| | | 78 |
| TERAPIA INTENSIVA | 8 | - |
| UNITÀ CORONARICA | 4 | - |
| ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA | 20 | - |
| TOTALE | 32 | 0 |
| | | 32 |
| OSTETRICIA | 15 | - |
| PEDIATRIA | 10 | 1 |
| NEONATOLOGIA | 2 | - |
| TOTALE | 27 | 1 |
| | | 28 |
| PSICHIATRIA | 16 | 1 |
| TOTALE | 16 | 1 |
| | | 17 |
| LUNGODEGENTI | 21 | - |
| TOTALE | 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.

