



REGIONE LAZIO



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE

ATTO AZIENDALE 2007

PARTE PRIMA

LINEE STRATEGICHE E OPERATIVE

INDICE	3
---------------	----------

PARTE PRIMA - LINEE STRATEGICHE E OPERATIVE

TITOLO I - L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE	7
1. La sede legale e il logo aziendale	7
2. Il patrimonio aziendale	7
3. Elementi identificativi della ASL Frosinone	7
<u>La struttura geomorfica, demografica, socio culturale e amministrativa.</u>	8
<u>Stato di salute della popolazione</u>	9
<u>Storia organizzativa e professionale dell'Azienda USL</u>	10
<u>L'attuale dotazione della Azienda</u>	11
 TITOLO II - I PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE	13
1. Principi generali	13
<u>Formazione continua</u>	
<u>Cura dell'efficacia clinica</u>	
<u>Appropriatezza</u>	
<u>Sicurezza e Gestione dei rischi</u>	
<u>Ricerca e sviluppo</u>	
<u>Rapporto corretto con i cittadini</u>	
2. Criteri dell'organizzazione	15
 TITOLO III - L'ASSETTO ISTITUZIONALE	18
1. Organi e Organismi	18
1.1. Il Direttore Generale	18
1.2. Il Collegio Sindacale:composizione e funzioni	19
2. La Direzione Strategica Aziendale	19
2.1. La direzione strategica	19
2.2. Il Direttore Sanitario	20
2.3. Il Direttore Amministrativo	20
3. Il Governo Strategico	21

3.1. Il Collegio di Direzione	21
3.2. Il Consiglio dei sanitari	22
3.3. Il Coordinatore Socio Sanitario	22
3.4. Il Nucleo di Valutazione	23
3.5. La Conferenza Locale per la Sanità	24
<hr/>	
TITOLO IV - ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA	25
1. Il Distretto	25
1.1. Il Direttore di Distretto	27
1.2. L'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali	27
1.3. Il Coordinatore di Distretto	28
2. L'Ospedale	28
2.1. Il Direttore Sanitario di Ospedale	29
2.2. Il Coordinatore di Ospedale	29
3. I Dipartimenti	29
3.1. Il Direttore di Dipartimento	31
3.2. Il Coordinatore di Area Dipartimentale	32
3.3. Il Comitato di Dipartimento	33
3.4. Il Dipartimento Materno Infantile	33
3.5. Il Dipartimento Disagio Devianza Dipendenze	34
3.6. Il Dipartimento Salute Mentale	34
3.7. Il Dipartimento di Prevenzione	35
3.8. Il Dipartimento delle Cure primarie	36
3.9. Il Dipartimento dei Servizi	36
3.10. Il Dipartimento di Scienze Mediche e Riabilitative	37
3.11. Il Dipartimento Scienze Chirurgiche	37
3.12. Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione	38
3.13. Il Dipartimento interaziendale del Sangue	38
4. Riepilogo generale dell'Articolazione Aziendale	39
<hr/>	
TITOLO V - COMPETENZE E RESPONSABILITA'	40
1. Responsabilità dei dirigenti	40

1.1. Direttore di Struttura Operativa (Distretto, Dipartimento,Ospedale)	41
1.2. Direttore di Struttura Complessa	41
1.3. Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale	42
1.4. Responsabile di Struttura Semplice Operativa	42
1.5. Responsabile di Incarico Professionale	43
2. Procedure per l'assegnazione delle responsabilità	43
2.1. Conferimento incarichi	43
2.2. Durata dei contratti	46
2.3. Attribuzione delle competenze	46
2.4. Incarichi esterni	47
2.5. Revoca degli incarichi	47
3. Attribuzione degli incarichi del personale di comparto	47
4. Valutazione del personale con qualifica dirigenziale	48
TITOLO VI IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO	49
1. Controllo delle regolarità amministrativa e contabile	50
2. Controllo di gestione	51
2.1. Elementi strutturali del Sistema delle Rilevazioni	54
2.2. Il sistema di reporting	58
2.3. Centri di Rilevazione	59
2.4. Centri di Produzione	60
2.5. Centri di Servizio	61
2.6. Centri di Coordinamento	62
2.7. Centri Virtuali	62
2.8. Piano dei Centri di Rilevazione	63
2.9. Cabina di regia	66
3. Controllo strategico	67
TITOLO VII- ATTIVITÀ CONTRATTUALE PER FORNITURA BENI E SERVIZI	68
1. Funzioni amministrative	70
2. Avocazione e autotutela	71

TITOLO VIII - RAPPORTI INTERORGANIZZATIVI	77
1. Rapporti con gli Enti Locali (PAL e PAT)	77
2. Rapporto dell'azienda con le altre aziende sanitarie	78
3. Rapporto di collaborazione con Università	78
4. Rapporti con le Organizzazioni Sindacali	79
PARTE SECONDA - ALLEGATI	80

TITOLO I.

L'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE

1. La sede legale e il logo aziendale

L'Azienda USL di Frosinone, che ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D. Lgs. n. 229/99 ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, è stata costituita con deliberazione della Giunta Regionale n. 5163 del 30 giugno 1994.

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

Il logo aziendale è il seguente:



REGIONE LAZIO



ASL/FR

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

2. Il patrimonio aziendale

Il patrimonio dell'Azienda USL 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, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, 2° comma, del codice civile.

3. Elementi identificativi della ASL Frosinone

La Azienda USL Frosinone è caratterizzata da alcuni elementi peculiari, che la rendono unica nel suo genere in ambito regionale. La specificità della Azienda USL Frosinone determina la scelta della politica sanitaria locale e del conseguente modello organizzativo più adeguato per la sua realizzazione. L'organizzazione dell'azienda deve poter rispondere alle esigenze e alle caratteristiche dell'ambiente in cui è inserita, utilizzandone le risorse, potenziando le

opportunità e contrastando gli ostacoli ambientali che limitano il positivo impatto degli interventi sulla salute della popolazione locale.

Gli elementi distintivi, che costituiscono pertanto la base, ma anche il vincolo, delle scelte aziendali, sono principalmente quattro:

- Struttura geomorfica, demografica, socio culturale e amministrativa
- Stato di salute della popolazione
- Storia organizzativa e professionale dell'Azienda USL
- Normativa nazionale e regionale in vigore.

La struttura geomorfica, demografica, socio culturale e amministrativa.

Il territorio della provincia di Frosinone è molto differenziato al suo interno: comprende zone urbane, extraurbane e montane. Ha centri legati all'area metropolitana di Roma, centri collegati tra loro lungo la direttiva autostradale e ferroviaria e centri isolati, che non permettono una facile mobilità provinciale. Esiste inoltre una cultura e una economia di tipo terziario, una legata all'industria e alla piccola impresa e una, infine, di tipo rurale.

Gli agglomerati urbani sono, soprattutto sull'asse autostradale, cresciuti senza una pianificazione regolare che ha determinato, tra l'altro, la mancanza di adeguate infrastrutture. È infine l'unico territorio provinciale della Regione che è composto da 91 Comuni, determinante una complessità del governo integrato delle politiche sanitarie, che devono congiuntamente rispondere a principi di equità, soddisfazione, efficacia delle cure ed economicità. Gli interessi, anche contrastanti, delle Comunità Locali devono essere trasformati da ostacoli in opportunità: la pressione di corporativismi può rappresentare un elemento di crescita, di concorrenzialità e di alleanze su una visione ed uno scopo comune dato dal miglior stato di salute della popolazione. I servizi accessibili al cittadino devono comunque garantire la qualità professionale degli interventi prestati e la economicità di scala. Questo quadro determina la necessità di una azienda a rete, che raggiunga le varie parti del territorio con differenti modalità di organizzazione, e che sviluppi un dialogo sociale e una capacità di governance locale elevata.

In linea con quanto previsto dalla Regione Lazio si identificano, pertanto, due tipologie di distretto: a) extraurbano; b) delle aree montane. La attuale suddivisione distrettuale è lo strumento attraverso cui l'Azienda impegna un maggior investimento sul territorio, avvicinando i centri di governo locale della sanità alle specificità delle comunità locali. Ogni

distretto identifica almeno un Centro per la Salute in un luogo “riconosciuto” e riconoscibile del territorio

- | | |
|-----------------------------|-----------|
| 1. distretto extraurbano – | Anagni |
| 2. distretto extraurbano – | Alatri |
| 3. distretto extraurbano – | Frosinone |
| 4. distretto extraurbano – | Sora |
| 5. distretto area montana – | Atina |
| 6. distretto extraurbano – | Cassino |

Per la descrizione della suddivisione distrettuale, con l'afferenza dei singoli comuni (con cartina geografica e/o topografica) e con i dati di popolazione, vedi l' Allegato n. 1

Stato di salute della popolazione

Lo stato di salute della popolazione continua ad essere rappresentato con indicatori negativi del tutto inadeguati (mortalità) o incompleti (morbosità).

In mancanza di una condivisa definizione in positivo della salute e di indicatori più appropriati, quali la speranza di vita senza disabilità, la speranza di vita aggiustata per grado di disabilità o la mortalità evitabile, l'uso di quelli tradizionali costituisce comunque una valida alternativa.

In provincia le malattie cardiovascolari e le neoplasie maligne continuano a costituire la principale causa di morte, mentre le malattie dell'apparato cardiocircolatorio, le malattie del sistema osteo - articolare e le malattie dell'apparato digerente rappresentano la principale causa di ospedalizzazione dei residenti.

I cambiamenti nella struttura della popolazione provinciale e lo scenario demografico previsto fino al 2050 lasciano ipotizzare che la proporzione degli ultrasessantacinquenni sia destinata ad incrementarsi in misura notevole, con un forte impatto sulla domanda di servizi sanitari e sulla spesa.

Inoltre le trasformazioni socio-economiche ed ambientali, il peso crescente dell'immigrazione, delle dipendenze, del disagio psico - sociale e della disabilità rischiano di acuire le disuguaglianze nelle condizioni di salute e nell'utilizzo dei servizi.

Ne deriva un necessario impegno dell'Azienda a migliorare la salute e la qualità della vita di un gran numero di persone, agendo su una pluralità di fattori causali e riorganizzando il sistema per migliorare l'allocazione delle risorse ed il suo grado di equità e fruibilità.

In altri termini l'Azienda è chiamata a riflettere su come produrre sanità e salute nel modo più efficace, efficiente, appropriato ed equo.

Le caratteristiche descritte determinano la necessità che l'Azienda sviluppi linee di attività specialistiche per le patologie prevalenti, ma soprattutto che investa maggiormente sulle cure primarie territoriali, svincolando l'ospedale da prestazioni non appropriate e inutilmente costose. Per realizzare questo obiettivo l'azienda necessita di forti collegamenti professionali interni, finalizzati a garantire la continuità assistenziale e dei percorsi di cura, nell'ottica di una presa in carico di ogni singolo assistito da parte di un intero sistema, piuttosto che da singoli servizi e/o professionisti. L'Azienda deve, in questa impostazione, sviluppare flessibilità organizzativa, competenza professionale e collegamenti tra i sottosistemi interni.

<i>Per i dati epidemiologici, vedi l' Allegato n. 2</i>

Storia organizzativa e professionale dell'Azienda USL

La Azienda USL Frosinone è stata caratterizzata da diversi cambiamenti di direzione ed organizzativi, tra i quali è possibile identificare elementi sia di continuità che di discontinuità. Nel 1994 la costituzione della ASL accorpa le precedenti dieci differenti USL della Provincia; negli ultimi 6 anni si sono avvicendate 5 differenti Direzioni. Di contro, a fronte di un ridottissimo ricambio da turn over, il personale dell'azienda è stabile: la capacità di tenuta professionale ed organizzativa del personale aziendale rappresenta, allo stesso tempo, elemento di continuità ma anche di resistenza ad ulteriori innovazioni, se non sufficientemente garantite nel tempo.

L'Azienda USL rappresenta, inoltre, una tra le principali realtà occupazionali della provincia, e pertanto costituisce il punto di riferimento della popolazione sia per quanto concerne la salute, sia per la stabilità economica di molte famiglie. Il senso di appartenenza che ne deriva è quindi un patrimonio aziendale da utilizzare positivamente nel disegno organizzativo, che deve essere capace di promuovere le competenze individuali e di premiare le forme di cooperazione interna.

Alcuni elementi-chiave possono rappresentare lo scenario su cui l'Azienda basa la propria storia organizzativa recente:

- la ASL Frosinone nel 1997/98 ha costruito il proprio modello organizzativo seguendo le indicazioni innovative date dalla Regione Lazio: azienda flessibile, con forte decentralizzazione dei centri di responsabilità, con direzioni multiple verticali/gerarchiche ed orizzontali/funzionali, con strutture a rete, con orientamento agli obiettivi ed ai progetti;
- nei successivi cambi organizzativi è rimasta stabile l'organizzazione dipartimentale dell'area sanitaria che, seppur meno spinta sul lavoro per progetti, ha mantenuto una funzione di coordinamento professionale ed operativo tra le strutture aziendali e tra territorio ed ospedale;
- il difficile ma realizzato processo di trasformazione dei vecchi ospedali ha rappresentato la dimostrazione della capacità dell'Azienda di equilibrio tra innovazione e garanzia dei diritti di salute, tra capacità di governo e capacità di legittimazione locale;
- il forte impulso dato dai servizi territoriali a sviluppare politiche locali di prevenzione, cura e riabilitazione ha creato una realtà di rete tra il pubblico ed il privato sociale, capace di programmare e realizzare azioni congiunte verso scopi comuni.

A fronte di questi punti di forza, l'Azienda deve superare criticità sedimentate relative alla difficoltà di adeguamento alle nuove tecnologie, di resistenza alla velocità dei tempi di cambiamento, di chiusure verso una attenzione continua alla ricerca, alla valutazione e al miglioramento della qualità.

Dati questi elementi storici l'Azienda deve sviluppare la propria funzione di governo, in un ottica di potenziamento delle capacità professionali e delle responsabilità, di sviluppo della ricerca e della diffusione del sapere, di innovazione delle tecnologie e della comunicazione.

L'attuale dotazione della Azienda

La Azienda USL Frosinone ha una dotazione di posti letto al 31/12/2006 di 1455, di cui 1295 di degenza ordinaria e 160 in regime di Day Hospital.

Per la descrizione dotazione di posti letto, vedi l' Allegato n.3

Il personale dipendente della Ausl di Frosinone è al 31/03/2007 di 4789 Unità, di cui 4465 in ruolo e 324 a tempo determinato.

Per la descrizione del personale dipendente vedi l' Allegato n.4

TITOLO II.

I PRINCIPI DELL'ORGANIZZAZIONE

1. Principi generali

La Azienda USL ha la responsabilità istitutiva di garantire ai cittadini le prestazioni per mantenere lo stato di salute e per diminuire gli effetti delle patologie, nel rispetto dell'appropriatezza delle cure, delle conoscenze tecnico scientifiche, della migliore soddisfazione della popolazione e della economicità.

Il Servizio Sanitario fornito dall'Azienda deve favorire l'accesso ai servizi in un'ottica di equità delle cure, prestando particolare attenzione ai soggetti e ai gruppi che hanno maggiori difficoltà a usufruire del servizio sanitario, per motivi culturali, sociali, economici, geografici. I principi che costituiscono l'asse portante su cui l'Azienda persegue lo scopo della salute pubblica e struttura conseguentemente la propria organizzazione sono sintetizzabili nel governo gestionale e nel governo clinico del sistema.

Il governo gestionale deve rispondere al dettato dell'economicità delle prestazioni, secondo cui va garantita coerenza tra le risorse impegnate e le attività realizzate. Strumento centrale per la riduzione dei costi e la qualità dei servizi resi è la riorganizzazione dei processi di lavoro ed il loro continuo miglioramento. L'organizzazione aziendale deve, pertanto, essere concepita quale strumento che promuove l'attenzione ed il miglioramento dei processi di lavoro.

Il governo clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione ed è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia della qualità, e la realizzazione di attività di miglioramento. Le componenti del governo clinico sono pertanto gli elementi che l'Azienda si impegna a garantire, organizzando il proprio funzionamento a tale scopo.

Gli elementi/ principi sono:

1. Formazione continua del personale, quale leva prioritaria del miglioramento della qualità delle risorse umane che realizzano i processi di cura. La formazione è finalizzata all'acquisizione di conoscenze e competenze, alla modificazione della pratica professionale e al miglioramento degli esiti assistenziali. Uno degli strumenti di governo clinico che dovrà in tal ambito essere sviluppato è l'Audit Clinico, inteso quale esame sistematico condotto da clinici per migliorare la qualità e gli outcome

dell'assistenza, attraverso una revisione strutturata tra pari, il confronto con standard riconosciuti e la modificazione dell'attività stessa qualora necessario.

2. Cura dell'efficacia clinica (*clinical effectiveness*), quale capacità dell'organizzazione di produrre risultati positivi in condizioni di routine operativa. I risultati devono essere intesi sia in termini di grado di salute aggiunta sia in termini di grado di patologia evitata. In tal senso è necessario sviluppare la valutazione degli esiti non solo dei trattamenti di cura, ma anche di quelli preventivi e riabilitativi, che costituiscono sempre più un importante investimento dell'Azienda Sanitaria, alla luce delle condizioni di invecchiamento della popolazione e delle attenzioni da rivolgere alla popolazione infantile e giovanile. L'efficacia clinica deve essere compresa non solo nelle singole prestazioni o trattamenti erogati dai diversi servizi, ma sempre più nel continuum delle cure. La presa in carico, la garanzia della continuità dell'assistenza e la gestione della cronicità saranno i processi prioritari su cui valutare l'efficacia clinica.
3. Appropriatezza, quale garanzia dell'organizzazione che i trattamenti/interventi adottati siano in linea con le evidenze scientifiche e ai principi di efficacia e di efficienza organizzativa delle cure, e che quindi siano capaci di rispondere alla domanda di salute della popolazione, producendo benefici superiori ai rischi.
4. Sicurezza e Gestione dei rischi (*risk management*), quale capacità dell'organizzazione di garantire sia gli utenti che gli operatori interni da eventuali rischi connessi all'ambiente e/o al percorso di trattamento, utilizzando una visione sistemica dell'errore professionale, inteso quale deficit dell'intero sistema organizzativo.
5. Ricerca e sviluppo, che sono alla base del sapere professionale e della sua ricaduta nelle scelte operative. È noto come il tempo necessario per introdurre nella pratica clinica corrente le indicazioni che emergono dalla ricerca sia a volte molto lungo per cui si rende necessario investire nella ricerca, nell'implementazione e nella diffusione dei risultati della stessa. L'Azienda USL Frosinone si impegna ad individuare e realizzare strategie specifiche per lo sviluppo operativo dei risultati della ricerca scientifica, anche attraverso l'uso di Linee Guida e l'adozione di Protocolli Diagnostico Terapeutici locali.
6. Rapporto corretto con i cittadini, che presuppone una trasparenza (*openness*) nella gestione degli atti e dell'informazione. Implica attenzione verso l'umanizzazione delle cure, l'accessibilità dei servizi, la coerenza e il rispetto dei valori sociali, che

costituiscono il fulcro del rapporto con la comunità locale. L'Azienda deve promuovere un processo di partecipazione attiva e di condivisione delle decisioni, sviluppando la competenza del cittadino a scegliere le soluzioni più idonee per il mantenimento della salute e per la riduzione delle patologie.

2. Criteri dell'organizzazione

Alla luce dei principi espressi, della storia, dell'ambiente di riferimento e delle risorse umane e culturali presenti in Azienda, il modello proposto nel presente Atto vuole rispondere con coerenza all'impegno nei confronti dei cittadini di garanzia della qualità dei processi assistenziali. La centralità dei processi implica la progettazione, l'integrazione tra competenze, la cooperazione professionale, l'attenzione rivolta all'obiettivo piuttosto che al compito, una organizzazione transitoria e flessibile, una rilevanza delle responsabilità professionali.

Il modello organizzativo deve dare, pertanto, forte rilievo ai processi decisionali condivisi, alla programmazione, al lavoro per obiettivi, all'attenzione ai processi di lavoro, alla valutazione degli esiti sulla salute, piuttosto che al funzionamento di un sistema statico, autoreferenziale, non capace di adattarsi e modificarsi in relazione alle variazioni dell'ambiente. Ne discende un'organizzazione di tipo dinamico, flessibile, con responsabilità diffuse e coordinate, in cui il miglioramento continuo della qualità diviene asse portante per la soluzione dei problemi, per la programmazione delle attività, per la corretta allocazione delle risorse. È centrale la capacità di rispondere ai bisogni di salute che si modificano in funzione dei cambiamenti sociali, sanitari, del progredire delle ricerche scientifiche, ecc; ciò rende indispensabile attuare un "apprendimento continuo" da parte dell'organizzazione, in grado di adeguare in tempi brevi i processi e le competenze professionali del lavoro.

L'organizzazione non è meramente intesa come una struttura, bensì come un processo dinamico generante strutture. Il modello organizzativo rappresenta una sintesi tra le modalità di distribuzione delle funzioni e delle responsabilità (struttura) e le regole che determinano il funzionamento della struttura stessa (sistema operativo).

Le strutture tradizionali, "funzionali" o "divisionali" sono adeguate alla fornitura di prodotti costanti e replicabili nel tempo, ovvero nei casi in cui la settorializzazione e specializzazione risultano essere elementi di forza della produzione stessa. Nelle aziende sanitarie, il bene di produzione "salute" è composito e non permette di ipotizzare né una

standardizzazione rigida dei singoli prodotti, né una rigida separazione delle specializzazioni, a scapito di una visione olistica dell'individuo.

L'organizzazione "a matrice", rappresentando una evoluzione della struttura per progetto, consente di combinare le due forme precedenti, con diffusione delle linee di autorità e responsabilità e permette la flessibilità continua del sistema. In linea di tendenza la Azienda Sanitaria si indirizzerà verso una organizzazione "a rete", con esternalizzazione di gamme di attività, un forte appiattimento della linea gerarchica e una presenza di funzionamento a matrice tra i vari elementi della rete; la struttura "a rete" o per "politiche" si realizza con l'introduzione delle nuove tecnologie, con l'espansione del numero e della tipologia di fornitori e/o distributori indipendenti.

Nella fase attuale l'organizzazione a matrice, creando una relazione tra il criterio funzionale e quello produttivo, di fatto sovverte i criteri tradizionali di raggruppamento organizzativo. A fianco dei classici ruoli gerarchici emergono la 'direzione di prodotto' e la 'direzione di progetto', che integrano orizzontalmente le diverse attività, rompendo il principio dell'unicità di comando a favore di un'idea di direzione multipla. La matrice organizzativa presuppone una cultura di cooperazione e un orientamento al problem solving, richiede capacità di negoziazione (si pensi alla direzione multipla), alta professionalità. I collegamenti orizzontali, non gerarchici, ma determinati dal sapere professionale e dalla omogeneità della specializzazione svolta da differenti unità di prodotto, assicurano il coordinamento all'interno dell'organizzazione. Il coordinamento, in questo caso, non dipende dal fissare procedure standard, o dalla definizione dei requisiti del prodotto finale, o dalla supervisione diretta da parte di un responsabile, ma dalla capacità di ognuno di risolvere problemi e agire verso lo scopo comune.

L'innovazione che l'ambiente richiede al servizio sanitario è collegata alla capacità di personalizzare l'offerta del servizio, ossia di modularla in funzione sia dei bisogni del soggetto destinatario dell'intervento sia delle risorse territoriali disponibili. In ambito sanitario è sempre più necessario potenziare valutazioni multidimensionali e multidisciplinari dei soggetti da prendere in carico e conseguentemente realizzare interventi multiprofessionali.

Questo modello rende necessaria la chiara identificazione delle responsabilità e la valutazione dei risultati ottenuti in relazione a quelli programmati: saranno definiti i centri di responsabilità, centri di costo e/o di ricavo, le responsabilità dirigenziali e professionali.

La dinamicità aziendale si poggia su una articolazione di tre livelli, con la garanzia che il livello operativo sia il più possibile vicino al livello decisionale e che le responsabilità non siano delegate solo agli organi superiori.

Il livello superiore “strategico” assume le responsabilità della direzione: dovrà definire e mantenere gli impegni nei confronti dei cittadini e della comunità locale, nei confronti delle Istituzioni regionali e nazionali, nei confronti dei fornitori e distributori.

La direzione strategica dell’Azienda è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

La direzione strategica è coadiuvata nella funzione di governo dal Consiglio dei Sanitari, dal Collegio di Direzione, dal Coordinatore dei Servizi Socio-Sanitari, dal Nucleo di Valutazione, dal Collegio Sindacale, dalla Conferenza Locale per la Sanità, dalla Consulta Sanitaria e supportata dalle Strutture di Staff. E’ compito della direzione strategica, in collaborazione con tutti gli organismi che concorrono al governo strategico, stabilire gli indirizzi aziendali, gli orientamenti programmatici e mantenere le relazioni istituzionali previste dalla normativa.

Il livello intermedio “strategico”, sarà il più possibile diffuso e a rete e finalizzato a supportare i servizi operativi verso il miglioramento, la programmazione delle attività, la valutazione dei risultati. E’ il livello di collegamento tra il Vertice strategico ed i Nuclei operativi. Svolge essenzialmente funzioni in area tecnica (valutazione e qualità), in area logistica (sviluppo e governo delle risorse), in area assistenziale (programmazione, coordinamento e verifica dei risultati).

Il livello intermedio è composto da:

- gli organismi in staff al governo strategico, che permettono di guidare i processi aziendali (valutazione e controllo di gestione, governo clinico, ecc)
- i Dipartimenti Sanitari e le Aree Amministrative, che assumono la responsabilità della programmazione specialistica e per obiettivi, di coordinamento, di verifica.

Il livello operativo è deputato all’erogazione del prodotto finale, ossia delle prestazioni ai singoli cittadini e alla comunità locale. È costituito dalle Unità Operative coordinate per omogeneità di scopo in Dipartimenti e governate per omogeneità territoriale o strutturali dai Distretti o dagli Ospedali.

<i>Per l’organigramma, vedi l’ Allegato n. 5</i>
--

TITOLO III.

ASSETTO ISTITUZIONALE

1. Organi e Organismi

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Legislativo 502/92 e successive modificazioni e integrazioni, sono organi dell'Azienda:

il Direttore Generale

il Collegio Sindacale

1.1. Il Direttore Generale

Ai sensi dell'art. 55 del Nuovo Statuto della Regione Lazio, il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Regione, acquisito il parere della commissione consiliare permanente competente in materia.

Il Direttore Generale è titolare della rappresentanza legale e di tutti i poteri di gestione dell'Azienda; garantisce l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnatigli all'atto della nomina e nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

L'autonomo e pieno esercizio delle funzioni del Direttore Generale è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- alla Regione, che indirizza la sua attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- alla Conferenza Locale della Sanità, che partecipa alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale;
- al Collegio Sindacale, cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e di verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale adotta con propria deliberazione gli atti di alta amministrazione dell'Azienda e cioè quelli più propriamente di "governo".

<i>Per le funzioni e le responsabilità del Direttore generale, come da normativa vigente, vedi l'Allegato n. 6</i>
--

1.2. Il Collegio Sindacale

Ai sensi dell'art. 10 della L.R. n. 18/1994 e successive modifiche ed integrazioni (da ultimo L.R. n. 4/2006 art. 133) il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale ed è composto da cinque membri effettivi e due supplenti.

Il Collegio Sindacale, nella prima seduta convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente tra i membri effettivi designati dalla Regione e secondo le modalità previste dalle norme.

Per le funzioni del Collegio Sindacale , vedi l'Allegato n. 7

2. Direzione Strategica Aziendale

2.1. La Direzione Strategica

La Direzione Strategica è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

La Direzione Strategica rappresenta la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione direzionale" intendendo per tali:

- i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi (tra i quali la Conferenza Locale per la Sanità e il Collegio Sindacale);
- i rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la Direzione Aziendale nelle attività di governo (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Nucleo di Valutazione, ecc.).

In sede di Direzione Strategica vengono individuati gli obiettivi ed i programmi pluriennali finalizzati all'esercizio di tutela della salute di cui è titolare l'Azienda, ed in particolare:

- l'organizzazione aziendale e la programmazione dell'attività e della qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e prevenzione;
- il controllo di gestione.

In seno alla Direzione Strategica l'Azienda coordina l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza, comprensivo del relativo riscontro contabile. L'esercizio di tale attività costituisce elemento base per la valutazione quali-quantitativa delle prestazioni e per il corretto uso delle risorse.

2.2. Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato, in rapporto fiduciario, dal Direttore Generale. Egli esprime parere, per quanto di propria competenza, sugli atti del Direttore Generale. Dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. È responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.

Al Direttore Sanitario fanno capo i Dipartimenti sanitari. Egli assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti e negli ospedali.

Il Direttore Sanitario promuove comitati e commissioni previsti dalla normativa vigente.

Per le funzioni del Direttore Sanitario , vedi l' Allegato n. 8

L'Azienda, in linea con le indicazioni regionali, istituisce le seguenti Commissioni e Comitati con compiti di approfondimento e diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali:

- Comitato Etico
- Commissione per il prontuario terapeutico
- Comitato per il buon uso del sangue
- Comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere
- Comitato per l'ospedale senza dolore
- Commissione per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica.

Tali Comitati e Commissioni possono raccordarsi con la S.C. Qualità, Formazione, Comunicazione per la programmazione dei percorsi formativi e divulgativi opportuni.

2.3. Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato, in rapporto fiduciario, dal Direttore Generale. Egli esprime parere, per quanto di propria competenza, sugli atti del Direttore Generale. Dirige i servizi amministrativi in conformità agli indirizzi generali di programmazione, assicura la correttezza, la completezza e la trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, assicurando altresì la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico.

Il Direttore Amministrativo definisce inoltre gli orientamenti operativi delle strutture amministrative e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Al Direttore Amministrativo fanno capo le Aree Amministrativa, Tecnica e Professionale, per la realizzazione del miglioramento continuo della qualità della funzione amministrativa. Egli assicura il coordinamento delle diverse linee di attività amministrativa svolte sia a livello centrale che negli Ospedali e nei Distretti.

Per le funzioni del Direttore Amministrativo, vedi l'Allegato n. 9

Per il dettaglio dell'Area Amministrativa e del Coordinamento Amministrativo, vedi l'Allegato n. 10

3. Il Governo Strategico

3.1. Il Collegio di Direzione

Per il governo delle attività cliniche, per la programmazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione. Quest'ultimo concorre, altresì, alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

Il Collegio di Direzione coadiuva inoltre il Direttore Generale nell'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché nell'organizzazione e nello sviluppo dei servizi in attuazione del modello dipartimentale e nell'utilizzo delle risorse umane.

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

- Il Direttore Sanitario
- Il Direttore Amministrativo
- Il Coordinatore Socio Sanitario
- I Direttori dei Dipartimenti
- I Direttori delle Aree di Coordinamento Amministrative
- I Direttori dei Distretti Sanitari
- I Direttori Sanitari di Ospedale;
- Il Responsabile dell'Area Dipartimentale di Sanità Pubblica Veterinaria
- Il Rappresentante del Coordinamento delle Professioni Sanitarie

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

Per il dettaglio delle funzioni del Collegio di Direzione , vedi l' Allegato n. 11

3.2. Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei Sanitari è un organismo elettivo dell'Azienda, con funzione di consulenza tecnico-sanitaria.

Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

Per le modalità di elezione, la composizione e il funzionamento del Consiglio dei sanitari, vedi l' Allegato n. 12

3.3. Il Coordinatore Socio Sanitario

La ASL di Frosinone ha già istituito la figura del Coordinatore Socio Sanitario ai sensi dell'art. 3, comma 1 *quater* , del D. Lg.vo n. 299/1999, il quale specifica che le Regioni disciplinano forme e modalità per la direzione ed il coordinamento delle attività socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nonché della Legge n. 328/2000, con la quale vengono emanate le direttive per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, nonché ancora del DPCM del 14/02/2001 concernente l'atto di indirizzo per il coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie, anche sulla base dell'apposita autorizzazione assessorile n. 581/SP/2005.

Il Coordinatore Socio Sanitario garantisce l'integrazione socio sanitaria, curando le relazioni con gli Enti Locali chiamati a programmazioni congiunte e condivise. Nello specifico promuove il sistema di rete per lo sviluppo dell'area di integrazione socio-sanitaria per l'intera provincia, anche sostenendo e favorendo la partecipazione attiva dei cittadini. Promuove, in collaborazione con i diversi Dipartimenti, e con la S.C. Qualità la progettualità comune con il Terzo settore e la stipula di Protocolli operativi di intesa con privato sociale e associazionismo. In tale ambito è responsabile dell'attivazione della Consulta locale. Favorisce la programmazione condivisa sui temi dell'integrazione socio sanitaria in ambito

aziendale tra le diverse strutture e centri di responsabilità, in particolar modo con i Dipartimenti, i Distretti e gli Ospedali, anche al fine di rendere compatibile il Programma delle Attività Territoriali (DL 229/99) ed i Piani di Zona.

Per il dettaglio delle funzioni del Coordinatore Socio Sanitario, vedi l' Allegato n. 13

3.4. Il Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione è un organismo del governo strategico aziendale.

Esso opera in posizione di autonomia, con il compito di assicurare supporto operativo e tecnico adeguato alle attività di valutazione e controllo dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività aziendali.

Il Nucleo di Valutazione può essere anche di ausilio alla direzione strategica per le attività di programmazione.

In conformità a quanto previsto dall'art. 31 della Legge n. 248/2006 è un organismo monocratico o composto da tre componenti, nel quale ultimo caso occorre nominare un presidente.

Al fine di assicurare la terzietà e l'autonomia del Nucleo i componenti devono essere prevalentemente esterni all'amministrazione. Deve trattarsi di professionisti laureati, con comprovata esperienza in ambito tecnico-organizzativo-sanitario, economico-finanziario e giuridico-amministrativo.

I componenti sono scelti e nominati dal Direttore Generale, il quale, tra di loro, può nominare un rappresentante delle associazioni di tutela degli utenti e dei cittadini maggiormente rappresentative in materia sanitaria, purché in possesso dei requisiti previsti.

Il Nucleo di Valutazione non ha compiti gestionali e risponde esclusivamente alla Direzione Strategica.

Per le competenze del Nucleo di Valutazione, vedi l' Allegato n. 14

3.5. La Conferenza Locale per la Sanità

Nella ASL di Frosinone la Conferenza Locale per la Sanità è composta dai 91 Sindaci degli altrettanti Comuni della Provincia.

Essa è costituita ai sensi del D. Lg.vo n. 229/1999 e della L.R. n. 18/1994 e successive modificazioni ed integrazioni, ed esercita le proprie funzioni attraverso un comitato di rappresentanza composto da cinque membri eletti nel suo seno.

La Conferenza Locale della Sanità usufruisce di un ufficio di segreteria istituito presso l'Azienda.

La Conferenza Locale per la Sanità partecipa alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività dell'Azienda al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione.

Essa esprime, inoltre, il proprio parere alla Regione nei procedimenti di valutazione dell'operato del Direttore Generale, ivi compresa la verifica, trascorsi 18 mesi dalla nomina, dei risultati dallo stesso conseguiti.

3.6. Le Unità di staff del Governo Strategico

Il Governo Strategico è supportato da Unità di Staff, che assicurano il necessario supporto tecnico professionale all'attività di governo dell'azienda.

È articolato in tre differenti Aree: una "Funzione di Programmazione e Controllo", "Staff" e "Medicina Legale".

<p><i>Per la descrizione delle Unità in staff al governo strategico , vedi l' Allegato n. 15</i></p>
--

TITOLO IV.

ARTICOLAZIONE ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA

1. Il Distretto

A livello operativo, l'Azienda USL è articolata in Distretti. Il Distretto governa la domanda di salute del suo territorio e promuove stili di vita sani tra la popolazione, per il cui sviluppo deve adottare i metodi della programmazione, della ricerca e del coinvolgimento della comunità.

Come previsto dal D.Lgs. 229/99 “il distretto assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie (..), nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Al distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il distretto e' dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda Unità Sanitaria Locale”.

Funzione primaria del Distretto è pertanto l'analisi della domanda locale, per poter definire correttamente gli obiettivi di salute locale. La programmazione territoriale che ne consegue deve essere coerente ed integrata con quella prevista dagli altri Enti e attori sociali che insistono sul medesimo territorio. In tal senso il Distretto è chiamato a promuovere processi di governance locale e di condivisione delle decisioni.

Il Distretto concorrere alla riduzione delle disuguaglianze di salute, monitorando i fattori di rischio e migliorando l'accessibilità e l'accreditamento dei propri servizi; è l'erogatore di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, garantendo livelli uniformi di assistenza, come previsti dal Piano Sanitario Nazionale, dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla normativa vigente, in relazione a:

- Salute sessuale, riproduttiva e materno infantile
- Salute pediatrica, vaccinazioni e alimentazione
- Salute adolescenziale e dei giovani adulti
- Salute mentale di età evolutiva, età adulta e anziana
- Prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche
- Salute extracomunitari e minoranze etniche
- Salute in ambito penitenziario

- Cure primarie: assistenza medica, specialistica, infermieristica di base e continuità assistenziale
- Medicina Legale
- Sanità pubblica e del lavoro, tutela degli ambienti di vita e di lavoro
- Sanità veterinaria e Igiene e sicurezza degli alimenti di origine animale e non
- Riabilitazione, compresa l'assistenza domiciliare integrata con particolare riferimento all'handicap fisico e mentale, alle patologie terminali, alle infezioni HIV e alla popolazione anziana.

Al Distretto compete la programmazione, allocazione e gestione delle risorse assegnate dall'Azienda.

Nella programmazione locale il Distretto funge da promotore di processi decisionali condivisi con i Dipartimenti sanitari, con le Istituzioni e Organismi esterni all'Azienda deputati ad assicurare il sistema del welfare locale, con la cittadinanza attiva. In tal ambito cura, per le linee di interesse comune in accordo e supporto alle strutture aziendali interessate, l'integrazione tra il Piano sanitario Territoriale e i Piani di Zona.

I Distretti svolgendo funzioni di produzione delle prestazioni assistenziali e di gestione delle risorse, sono collocati nella matrice organizzativa lungo la direttiva verticale. Pertanto le singole Unità operative distrettuali dipendono gerarchicamente dal Distretto.

I Dipartimenti, come più avanti descritto, svolgono funzioni di garanzia della qualità del servizio, di coordinamento scientifico tecnico professionale, di valutazione degli esiti.

Il Distretto, pertanto, definisce la programmazione locale in accordo con i Dipartimenti, che forniscono, ognuno per il proprio ambito, gli elementi chiave per la lettura della domanda locale e che negoziano l'allocazione delle risorse specifiche.

In considerazione della specificità del territorio provinciale (vedi punto 3 Titolo I), per garantire una reale capacità dei Distretti di fungere da catalizzatori della domanda di salute locale e di produttori dei servizi necessari, si individuano 6 distretti, omogenei al loro interno, che corrispondono alla articolazione geografica, culturale e sociale del territorio provinciale. Ogni Distretto assicurerà servizi distribuiti in maniera omogenea nel proprio territorio, stanziali ovvero mobili.

I Distretti individuati sono:

- | | |
|-----------------------------|-----------|
| 1. Distretto Extraurbano – | Anagni |
| 2. Distretto Extraurbano – | Alatri |
| 3. Distretto Extraurbano – | Frosinone |
| 4. Distretto Extraurbano – | Sora |
| 5. Distretto Area Montana – | Atina |
| 6. Distretto Extraurbano – | Cassino |

1.1. Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è responsabile di tutti i servizi sul territorio, in particolare è responsabile di tutte le attività svolte nel Distretto, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli obiettivi specifici, nonché della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e socio-sanitarie.

Egli risponde al Direttore Generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.

Predisporre il programma delle attività territoriali, sulla base delle risorse assegnate, che viene approvato dal Direttore Generale, previo parere del Comitato dei Sindaci del Distretto.

Il coordinamento delle attività sociali di distretto, anche per i rapporti tra le unità operative del distretto ed i Comuni, avviene tramite il Coordinatore socio sanitario di distretto, che si rapporta per tale funzione al Direttore del Distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.

Nel caso in cui l'Azienda USL assuma per delega dai comuni la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali, il Direttore del Distretto ha anche la responsabilità organizzativa e gestionale di dette attività e servizi, fermo restando la loro direzione funzionale in capo al Coordinatore socio sanitario di distretto.

Per la specificazione funzioni e responsabilità del direttore del distretto, vedi l' Allegato n. 16

1.2. L'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali

Supporta il Direttore del Distretto che lo presiede, nelle funzioni di programmazione e di realizzazione delle politiche sanitarie locali. Promuove la condivisione degli obiettivi di salute e delle necessarie strategie operative per il raggiungimento degli stessi. Ai sensi dell'art. 3-sexies del DLgs 229/1999 sono membri di diritto un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionali.

Esso, inoltre, è composto dal coordinatore socio sanitario, da un dirigente medico dei servizi territoriali, da un dirigente veterinario, da un rappresentante del servizio infermieristico, da un rappresentante dell'area tecnico- sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione, da un rappresentante dei sanitari laureati non medici del ruolo sanitario operanti nel distretto, da un farmacista titolare di farmacia convenzionata con il SSN. I rappresentanti sono eletti dalle rispettive categorie professionali. Esso può essere integrato a giudizio del Direttore del Distretto, con riferimento all'elaborazione e all'attuazione del Programma delle attività territoriali (PAT), da rappresentanti dei dipartimenti aziendali.

1.3. Il Coordinatore di Distretto

È individuato, tra i Direttori di Distretto, primus inter pares, il Coordinatore di Distretto, con funzioni di scambio, omogeneizzazione, ottimizzazione delle procedure e delle direttive impartite nei singoli distretti.

2. L'Ospedale

L'Ospedale è preposto alla assistenza relativa a patologie che richiedono intensità e specializzazione di trattamento non erogabile dai servizi territoriali. Gestisce le patologie di urgenza, acuzie e post acuzie, in ottemperanza ai criteri di appropriatezza del trattamento, di efficacia e di economicità.

È dotato, al pari dei distretti, di autonomia gestionale, con attribuzione di specifico budget.

In relazione alla dotazione dell'Azienda, alle specialità, alla dislocazione territoriale, alle politiche locali.

Si individuano i seguenti Ospedali:

- Anagni
- Alatri
- Frosinone – Ceccano
- Sora
- Cassino – Pontecorvo

L'Ospedale FROSINONE-CECCANO (comprendente le strutture ospedaliere di Frosinone e di Ceccano) e l'ospedale CASSINO-PONTECORVO (comprendente le strutture ospedaliere di Cassino e di Pontecorvo) sono sede di DEA di I livello.

Attraverso le strutture afferenti ai due Ospedali viene garantita la funzionalità dei servizi che si occupano della gestione dei pazienti critici, basata sulla convergenza di molteplici competenze ed esperienze ed in cui si integrano servizi e presidi operanti nelle differenti unità operative di diagnosi e cura.

Parimenti all'organizzazione distrettuale, la Direzione di Ospedale cura la gestione delle risorse, la responsabilità dei costi e l'organizzazione logistica delle Unità Operative che dipendono dalla Direzione Sanitaria di Ospedale.

I Dipartimenti, trasversali ai diversi ospedali e/o distretti, curano le funzioni proprie di garanzia della qualità del servizio, di coordinamento scientifico tecnico professionale, di valutazione degli esiti.

2.1. Il Direttore di Ospedale

La direzione di Ospedale è affidata ad un Direttore Sanitario, affiancato, per le competenze specifiche, da un Direttore Amministrativo.

Il Direttore Sanitario di Ospedale dirige l'Ospedale ai fini igienico-sanitari, ed organizzativi, assumendone la responsabilità gestionale.

Il Direttore Amministrativo di Ospedale è preposto al coordinamento delle attività amministrative economiche e tecniche relative all'Ospedale.

<p><i>Per la specificazione funzioni e responsabilità dei direttori sanitario ed amministrativo di ospedale, vedi gli Allegati n. 17 e n.18</i></p>

2.2. Il Coordinatore di Ospedale

Il Coordinatore di Ospedale, primus inter pares tra i Direttori Sanitari di Ospedale, attua forme di integrazione con le altre strutture aziendali, in particolar modo con il Coordinatore di Distretto, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'appropriatezza delle cure. Ha funzioni di omogeneizzazione, scambio tra le direzioni di Ospedali al fine di ottimizzare le risorse e migliorare la qualità del servizio offerto.

3. I Dipartimenti

L'integrazione e il coordinamento delle funzioni assistenziali sono stati realizzati in questi anni in Azienda, seppur con alcuni limiti, principalmente dai Dipartimenti Sanitari. È

necessario pertanto proseguire sulla positiva strada intrapresa, apportando alcuni miglioramenti e correttivi al sistema.

Il limite principale che si attribuisce al funzionamento dipartimentale è di costituire a volte una struttura chiusa, gerarchica, poco permeabile all'ambiente esterno, poco responsabilizzata in relazione agli obiettivi di salute da raggiungere.

L'obiettivo attuale è, quindi, di finalizzare i Dipartimenti verso una funzione di collante dell'organizzazione e di collegamento trasversale e professionale.

Il Dipartimento è lo strumento tecnico professionale per la realizzazione delle politiche aziendali. Su questa base i Dipartimenti sono identificati in funzione degli indirizzi strategici dell'Azienda, e non per specialità che ricalcano una autoreferenzialità dell'organizzazione. Indubbiamente è più adeguato tracciare e sviluppare innovazione sul territorio, ove le politiche sulla salute possono identificarsi con precise tematiche. In ambito ospedaliero si risente tutt'oggi una difficoltà di cambiamento di prospettiva delle modalità di aggregazione, se non per grandi specialità.

Altro elemento da sviluppare è il collegamento interdipartimentale, che necessita, per essere funzionante, di individuazione di nodi strategici e di luoghi di governo di tali nodi.

È allora possibile disegnare una organizzazione aziendale in cui il Dipartimento svolge le proprie funzioni di governo clinico (promozione del sapere, efficacia clinica, appropriatezza, sicurezza e gestione dei rischi, ricerca e sviluppo, rapporto con i cittadini), di programmazione, di garanzia della qualità con un mandato relativo al contributo specifico per il raggiungimento degli obiettivi di politica sanitaria.

Con questi livelli di coordinamento interno, con la responsabilizzazione dei Dipartimenti in relazione agli obiettivi aziendali è possibile identificare i Dipartimenti a partire dalle politiche aziendali principali.

Le politiche aziendali possono essere sintetizzate in:

- Politiche per la famiglia: infanzia, adolescenza, sessualità, riproduzione, famiglia
- Politiche di contrasto all'esclusione: immigrazione, detenzione, dipendenza patologica
- Politiche per la salute mentale
- Politiche di promozione di sani stili di vita e per l'ambiente: prevenzione
- Politiche per la precocità e l'accessibilità delle cure: cure primarie territoriali
- Politiche per le cure specialistiche, intensive, non territoriali: cure ospedaliere
- Politiche per l'emergenza sanitaria

- Politiche per l'appropriatezza e disponibilità della diagnostica strumentale, e la farmaceutica (laboratori, radiologie, farmacia)

Queste politiche rivolte alla popolazione, devono essere supportate da politiche interne aziendali capaci di rendere disponibili in modo efficiente quanto necessario per la garanzia della salute pubblica. In questo senso possono essere definite quali politiche interne all'azienda:

- Politiche per la qualità ed il governo clinico
- Politiche per la gestione delle risorse umane, economiche e strumentali: amministrazione

I Dipartimenti possono essere solo territoriali, solo ospedalieri, misti o interaziendali.

Da questo quadro discende la definizione dei Dipartimenti:

- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento Disagio Devianza Dipendenze
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento di Prevenzione, con area veterinaria
- Dipartimento delle Cure Primarie
- Dipartimento dei Servizi (Laboratorio, Radiologia, Farmaceutica)
- Dipartimento Emergenza e Accettazione
- Dipartimento Scienze Mediche
- Dipartimento Scienze Chirurgiche
- Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale

Ogni Dipartimento è composto da Aree di Coordinamento (Aree Dipartimentali), finalizzate alla programmazione ed alla integrazione delle principali linee di azione.

I Dipartimenti sono articolati in Unità Operative Complesse, unità Operative Semplici, Unità Operative su scala Dipartimentale.

3.1. Il Direttore di Dipartimento

Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti di Unità Operativa Complessa allo stesso afferenti, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

La durata dell'incarico di direttore di Dipartimento può variare da cinque a sette anni con valutazione annuale secondo le modalità precisate nell'atto aziendale e nel regolamento relativo alle valutazioni. L'incarico può essere rinnovato.

Per la specificazione delle funzioni e responsabilità del direttore di dipartimento, vedi l' Allegato n. 19

3.2. Il Coordinatore di Area

I Dipartimenti, le strutture in staff al governo strategico e le strutture amministrative, sono articolate in Aree di Coordinamento per assicurare, su scala aziendale, la omogeneità e la programmazione congiunta delle diverse Unità Operative affini. Il Coordinatore di Area è nominato dal Direttore Generale, quale primus inter pares, tra i Direttori delle Strutture Complesse afferenti all'area (ovvero, ove assenti, tra i Responsabili di Struttura Semplice), su proposta: del Direttore di Dipartimento per le Aree dipartimentali; del Direttore Amministrativo per le Aree afferenti alla funzione amministrativa; dal Direttore Sanitario/Direttore Amministrativo per le Aree afferenti al governo strategico aziendale.

Il Coordinatore di Area ha compiti di formulazione di proposte programmatiche, di coordinamento professionale tra le strutture di Area, di supporto alla valutazione omogenea delle strutture stesse.

Riepilogo delle Aree di Coordinamento date dal presente atto aziendale:

AFFERENZA	DENOMINAZIONE
Governo Strategico	- Programmazione e Controllo - Staff Governo Strategico - Medico-Legale
Funzione Amministrativa	- Giuridico-Amministrativa - Economico-Finanziaria - Tecnica
Coordinamento Ospedali/Distretti	- Coordinamento Ospedali - Coordinamento Distretti - Coord. Amministrativo Ospedali/Distretti
Dipartimento Materno Infantile	- Materno Infantile Territoriale - Ostetricia - Pediatria e Neonatologia
Dipartimento 3D	- Disagio - Devianza - Dipendenza
Dipartimento Salute Mentale	- Territorio - Ospedale
Dipartimento Prevenzione	- Igiene - Veterinaria
Dipartimento Cure Primarie	- Medicina di Base e Specialistica - Assistenza Domiciliare - Riabilitazione
Dipartimento dei Servizi	- Farmaceutica - Diagnostica Immagini - Laboratorio

DEA	- P.S. – Osservazione Breve - Anestesia e Rianimazione
Dipartimento Scienze Mediche	- Medicina Generale - Cardiologia UTIC - Nefrologia - Oncoematologia
Dipartimento Scienze Chirurgiche	- Chirurgia Generale - Chirurgia Specialistica
Dipartimento Medicina Trasmfusionale	- Medicina Trasmfusionale - Organizzazione e Gestione Territoriale

3.3. Il Comitato di Dipartimento

Ai sensi dell'articolo 17bis del decreto legislativo 502/1992, il Comitato di Dipartimento 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 responsabili delle Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza e ispezione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel Dipartimento;
- 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.

Per la specificazione funzioni del Comitato di Dipartimento, vedi l' Allegato n. 20

3.4. Il Dipartimento Materno Infantile

Assicura la realizzazione delle politiche aziendali rivolte all'infanzia e alle famiglie. Garantisce la prevenzione, l'identificazione precoce dei rischi, la cura ed il trattamento delle patologie relative alla salute della donna, alla salute riproduttiva, alla salute dell'infanzia e dell'adolescenza. Sviluppa funzioni consultoriali, ambulatoriali e territoriali, promuovendo l'informazione contraccettiva e di tutela della salute femminile. Nell'ambito dell'età evolutiva garantisce la continuità della presa in carico da parte dei servizi, sia che essi operino in ambito scolastico-educativo, sia in ambito specialistico ambulatoriale. Coordina la rete dei servizi a sostegno della salute mentale e della riabilitazione in età evolutiva. Ha pertanto un forte indirizzo di integrazione socio sanitaria, per assicurare un impatto positivo sul territorio degli interventi attuati. La tutela della salute della donna, della maternità e dei

bambini è assicurata anche dalle Unità Operative Ospedaliere (ostetricia e ginecologia, pediatria, neonatologia). Le Unità Operative Ospedaliere e Territoriali sviluppano linee di azione specifica a favore della continuità assistenziale e della coerenza dei percorsi assistenziali

Per la specificazione del Dipartimento Materno Infantile e delle Unità Operative, vedi l' Allegato n. 21

3.5. Il Dipartimento Disagio Devianza Dipendenze

Assicura la realizzazione delle politiche aziendali alla popolazione che per motivi sociali, culturali, di vulnerabilità individuale, ecc, è in condizioni di disagio sociale o sociosanitario. Il Dipartimento 3D è storicamente ancorato alla realtà territoriale e ha rappresentato in questi anni l'unica realizzazione in ambito regionale di quanto previsto dal modello organizzativo indicato nel progetto obiettivo sulle tossicodipendenze della Regione Lazio. In particolare assicura programmi di salute nei confronti della popolazione immigrata, della popolazione detenuta, e della popolazione con dipendenza patologica. Una politica territoriale in questo ambito deve essere primariamente capace di costruire legami e reti con gli altri attori che nel territorio agiscono sulla medesima popolazione. Centrale in questo ambito è l'integrazione con gli Enti Locali e con il Privato Sociale. Deve sviluppare linee di prevenzione basate sulla partecipazione attiva dei beneficiari. Alla luce della normativa nazionale e della normativa regionale di prossima definizione cura l'assistenza sanitaria rivolta ai detenuti in carcere (in provincia sono presenti 3 Istituti Penitenziari). Sviluppa, infine, una strategia complessiva di contrasto al fenomeno della droga e delle dipendenze patologiche in genere, attraverso azioni di prevenzione universale e selettiva, di cura dei soggetti dipendenti da sostanze psicotrope legali ed illegali o con dipendenze patologiche senza sostanza di qualsiasi forma e tipo (gambling, ecc), e di reinserimento sociale e lavorativo.

Per la specificazione del Dipartimento Disagio Devianza Dipendenze e delle Unità Operative, vedi l' Allegato n. 22

3.6. Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale è una struttura operativa dell'Azienda (dipartimento a struttura), ed è preposto alla promozione e tutela della salute mentale della popolazione.

Esso svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, nonché delle disabilità psicofisiche, in base a quanto previsto dalla normativa nazionale e dal Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale di cui alla DGR Lazio n. 236/2000.

Il Dipartimento di Salute Mentale, essendo un dipartimento a struttura, è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità gerarchicamente dipendenti dal Direttore di Dipartimento.

Assicura interventi di consulenze e terapie, ambulatoriali, ospedalieri per acuti, o riabilitativi (anche residenziali e semiresidenziali) rivolti ai soggetti e alle loro famiglie che presentano disturbi o patologie in ambito mentale. Promuove integrazione tra le figure professionali per assicurare trattamenti multidisciplinari.

Per la specificazione del Dipartimento Salute Mentale e delle Unità Operative, vedi l' Allegato n. 23

3.7. Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura operativa dell'Azienda (dipartimento a struttura), ed è preposto alla tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro. Esso persegue obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

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

Assicura la programmazione e la realizzazione di interventi e prestazioni a tutela della “igiene e sanità pubblica”, “igiene degli alimenti e nutrizione”, “prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro e dei lavoratori” e per quanto concerne l'area di sanità pubblica veterinaria assicura quanto necessario in ambito di “sanità animale”, “tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale”, “igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche”, comprende inoltre l' “anagrafe bovina”.

Per la specificazione del Dipartimento di Prevenzione e delle Unità Operative, vedi l' Allegato n. 24

3.8. Il Dipartimento Cure Primarie

In considerazione della frammentarietà del territorio provinciale, composto da molte aree rurali e montane non ben collegate con i principali centri urbani, l'Azienda ha stabilito di istituire uno specifico Dipartimento che governi il sistema delle cure primarie ed extra murali. Assicura in particolar modo il coordinamento della medicina di base, della medicina specialistica ambulatoriale, dell'assistenza domiciliare, in un ottica di "servizi diffusi" sul territorio, collegati tra loro per garantire la continuità della presa in carico assistenziale e terapeutica. È un Dipartimento che richiede una forte integrazione con i Distretti su cui opera, con gli altri dipartimenti territoriali e con gli Enti Locali. È dotato di mezzi e di strutture mobili e definisce, in accordo con gli altri dipartimenti, alcuni percorsi assistenziali dedicati alla popolazione di riferimento.

Per la specificazione del Dipartimento Cure Primarie e delle Unità Operative, vedi l' Allegato n. 25

3.9. Il Dipartimento dei Servizi

Assicura i servizi alla popolazione in ambito di diagnostica di laboratorio e radiologica e l'assistenza farmaceutica. Il Dipartimento è organizzato per offrire risposte direttamente al cittadino, ovvero ai presidi territoriali/ospedalieri ove esso è in trattamento ambulatoriale o in regime di ricovero.

Le differenti aree dipartimentali garantiscono, ognuna per quanto di competenza, l'integrazione e l'ottimizzazione delle risorse afferenti ai servizi territoriali e a quelli ospedalieri. Le aree di laboratorio e di diagnostica per immagini promuovono lo sviluppo delle tecnologie biomediche, con l'adeguamento delle competenze professionali e sviluppano linee operative e professionali di scambio con gli altri dipartimenti clinici per la condivisione dei quadri diagnostici.

L'area farmaceutica attua politiche di informazione e sensibilizzazione sull'uso dei farmaci, monitorizza il consumo dei farmaci e la relativa spesa, rifornisce i presidi territoriali ed ospedalieri dei farmaci relativi al fabbisogno assistenziale.

Per la specificazione del Dipartimento dei Servizi e delle Unità Operative, vedi l' Allegato n. 26

3.10. Il Dipartimento di Scienze Mediche

Il Dipartimento Ospedaliero di Scienze Mediche assicura la diagnosi e la cura delle patologie cardiache, endocrine, gastroenteriche, infettive, neurologiche, nefrologiche, dermatologiche, oncologiche, o che comunque richiedano in intervento di tipo internistico ospedaliero. Il Dipartimento assicura una unitarietà di trattamento, che al di là della suddivisioni specialistiche e in Unità Operative, garantisca la complessiva presa in carico del paziente in una ottica di salute globale e di visione olistica. Sono pertanto garantiti percorsi diagnostico terapeutici a cui concorrono le diverse discipline e risorse dipartimentali. È impegnato nel recupero della emigrazione sanitaria per interventi chirurgici verso la capitale o verso altre regioni.

Inoltre il Dipartimento di Scienze Mediche assicura la promozione di integrazione con i medici di base al fine di predisporre un piano di continuità assistenziale e terapeutica. In particolar modo è prestata particolare attenzione alla salute degli anziani, in relazione all'invecchiamento della popolazione e al conseguente rischio di ricorso a volte non appropriato all'ospedalizzazione.

L'integrazione con il Dipartimento di Cure Primarie è, quindi, di supporto per il migliore utilizzo delle risorse esistenti, per il contenimento della spesa pubblica e per la garanzia di adeguati servizi specialistici alla popolazione.

<i>Per la specificazione del Dipartimento Scienze Mediche e Riabilitative e delle Unità Operative, vedi l' Allegato n. 27</i>

3.11. Il Dipartimento Scienze Chirurgiche

Il Dipartimento Ospedaliero di Scienze Chirurgiche assicura il trattamento delle patologie ortopediche, urologiche, oculistiche, o che richiedano un intervento di tipo chirurgico. Assicura la collaborazione con altri Dipartimenti (scienze mediche, cure primarie, materno infantile) per prevenire le patologie di interesse chirurgico. È impegnato nel recupero della emigrazione sanitaria per interventi chirurgici verso la capitale o verso altre regioni. L'organizzazione dipartimentale delle Unità specialistiche di interesse chirurgico è, inoltre, finalizzata all'ottimizzazione delle risorse strumentali e logistiche e alla promozione delle competenze professionali in linea con la rapida evoluzione ed innovazione delle metodiche e delle conoscenze scientifiche e operative.

Promuove il ricovero in regime di Day Hospital e Day Surgery, nel rispetto dell'appropriatezza del trattamento e assicura la preospedalizzazione e le dimissioni protette

al fine del contenimento della spesa sanitaria e del miglioramento dell'assistenza, nel rispetto delle esigenze dei pazienti.

Per la specificazione del Dipartimento Scienze Chirurgiche e delle Unità Operative, vedi l'Allegato n. 28

3.12. Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione

Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione assicura le prestazioni in emergenza/urgenza garantendo la rapidità dell'intervento. Effettua la centrale funzione di filtro della domanda di ricovero, attuando la prima osservazione e le prime ipotesi diagnostiche finalizzate a definire i percorsi di cure e/o ricovero da erogare. Agisce in stretto collegamento con la Centrale ARES 118, con cui collabora per la garanzia dell'intervento urgenza/emergenza.

L'area di Anestesia e Rianimazione assicura, in stretta collaborazione con il Dipartimento di Scienze Chirurgiche, i trattamenti necessari per la realizzazione dell'intervento chirurgico e per l'eventuale assistenza successiva. In collaborazione con il Dipartimento di Scienze Mediche assicura gli interventi di specifica competenza.

Sviluppa sistemi di filtro, in collegamento con la medicina di base e specialistica.

Per la specificazione del Dipartimento Emergenza e Accettazione e delle Unità Operative, vedi l'Allegato n. 29

3.13. Il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale

Sulla base della DGR n. 343/2006 "Piano Sangue e Plasma per il triennio 2006/08" nella ASL di Frosinone è stato istituito il Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale (Lazio Sud). Tale Dipartimento svolge le sue funzioni nei territori della ASL di Frosinone e della ASL di Latina ed ha la propria sede dipartimentale presso il SIMT di Frosinone, raggruppando anche il SIMT di Sora/Cassino, il SIMT di Latina ed il SIMT di Formia.

Obiettivo fondamentale del Dipartimento di Medicina Trasfusionale è costituito dall'obiettivo del raggiungimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati entro un triennio. Inoltre esso dovrà garantire qualità, efficienza ed economicità dei servizi trasfusionali e la sicurezza trasfusionale. A questi scopi esso si configura come struttura integrata e sinergica con i modelli organizzativi delle singole Aziende Sanitarie che vi afferiscono.

Per la specificazione del Dipartimento interaziendale del sangue e delle Unità Operative, vedi l'Allegato n. 30

4. Riepilogo generale dell'articolazione aziendale

Come da indicazioni regionali (DGR n. 139 del 6. 03.07) la Azienda USL Frosinone ha attuato una ridefinizione delle Unità Operative Complesse, delle Unità Operative Semplici Dipartimentali e delle Unità Operative Semplici.

Per il riepilogo generale delle strutture complesse e semplici aziendali, vedi l'Allegato n. 31

TITOLO V.

COMPETENZE E RESPONSABILITA'

1. Responsabilità dei dirigenti

L'Azienda adotta una prassi di affidamento degli incarichi ai dirigenti che prevede, preliminarmente, l'elaborazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire, per indirizzare la selezione del candidato verso la scelta più appropriata. In linea di massima tale profilo è definito dalle capacità di:

- programmare e gestire le risorse umane, percependone e analizzandone esigenze, potenzialità, vocazioni e quelle economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'intero sistema AUSL, oltre che dell'ambito organizzativo di "competenza";
- instaurare un sistema organizzativo e un sistema di relazioni con gli utenti in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini, basato su flussi trasparenti e sistematici di informazioni utili all'orientamento nei consumi, alla partecipazione collaborativa ed al consenso;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati (problem solving), anche proponendo soluzioni innovative;
- operare in modo massimamente efficace nell'area specifica di affidamento dell'incarico (competenze tecnico-specialistiche).

Per **struttura**, si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista una diretta responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

L'Azienda USL Frosinone individua i seguenti incarichi di responsabilità:

- Direttore di Distretto
- Direttore di Ospedale
- Direttore di Dipartimento
- Direttore di Struttura Complessa
- Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale
- Responsabile di Struttura Semplice Operativa
- Responsabile di Incarico Professionale

Le Strutture Semplici Dipartimentali, le Strutture Semplici Operative, riportati negli allegati, costituiscono la dotazione strutturale ritenuta imprescindibile per il funzionamento dell'Azienda. E' rinviato ai Coordinatori di Area Dipartimentale, per il tramite dei Direttori di Dipartimento, l'individuazione e proposta di ulteriori SSD; è altresì affidata, ai Direttori di Struttura Complessa, la individuazione e proposta alla Direzione Aziendale, per il tramite del Dipartimento, di ulteriori strutture e articolazioni (anche posizioni organizzative), senza che ciò comporti un aumento nella dotazione organica aziendale.

1.1. Direttore di Struttura Operativa (Distretto, Dipartimento,Ospedale)

Per i compiti e le funzioni dei Direttori di Distretto, Dipartimento e di Ospedale si rimanda agli allegati 16,17 e 19.

1.2. Direttore di Struttura Complessa

I Direttori di Struttura 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. 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° 626/94 e successive modificazioni.

I Direttori di struttura complessa riferiscono al Direttore di Dipartimento, per il tramite del Responsabile di Area Dipartimentale 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.

1.3. Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale

I Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale, per la propria specifica valenza “sovrastutturale”, esercitano i seguenti compiti e poteri:

- formulano proposte ed esprimono pareri ai Coordinatori di Area Dipartimentale e/o 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 Coordinatori di Area Dipartimentale e/o 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 nella quale operano.

1.4. Responsabile di Struttura Semplice Operativa

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

- formulano proposte ed esprimono pareri ai Direttori di struttura 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 Struttura 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.

1.5. Responsabile di Incarico Professionale

I titolari di responsabilità di Incarico 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.

2. Procedure per l'assegnazione delle responsabilità

2.1. Conferimento degli incarichi

Il conferimento degli incarichi di direzione di strutture operative, di direzione di unità operative complesse e di responsabilità delle unità operative semplici avviene secondo le procedure a tal fine previste in materia dalla vigente normativa così come integrate dall'assetto organizzativo interno e quindi:

- dalla normativa nazionale specifica espressamente prevista dal D. Lgs. 229/99 e succ. modifiche con particolare riferimento agli art. 3 sexies, 4, 7 quater, 15, 15 bis, 15 ter, 15 quarter, 15 sexies, 15 septies, 15 octies e 17 bis nonché, per gli incarichi di struttura complessa del ruolo sanitario, dalle disposizioni di cui al DPR 484/97;
- dalla normativa contrattuale in materia (i diversi CCNL e i relativi accordi decentrati);

Alle diverse articolazioni organizzative sono preposti dirigenti a cui verranno assegnate le relative funzioni.

Per l'assegnazione degli incarichi di funzioni dirigenziali, tranne quelli di struttura complessa a dirigenti sanitari per i quali si applica il DPR 484/97, sarà espletata una procedura di selezione interna, come da apposito regolamento, a seguito della 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 o al dirigente committente che sarà responsabile dell'attribuzione.

In particolare l'assegnazione degli incarichi avviene secondo quanto specificato di seguito, in conformità alla normativa vigente..

L'incarico di Direttore di Ospedale è attribuito dal Direttore Generale secondo le procedure previste per gli incarichi di Struttura Complessa, ai sensi del DPR 484/97, ad un dirigente medico della disciplina direzione medica di presidio ospedaliero.

L'incarico, di Direttore di Distretto, è attribuito dal Direttore Generale secondo le procedure previste per gli incarichi di Struttura Complessa, ai sensi del DPR 484/97, 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 un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionato da almeno dieci anni con il servizio sanitario, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Gli incarichi di Direttore del Dipartimento di Prevenzione e di Direttore di Dipartimento di salute Mentale sono attribuiti dal Direttore Generale, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento, selezionati sulla base di un progetto di organizzazione e gestione del dipartimento, ad uno dei Direttori di struttura complessa con almeno cinque anni di anzianità di funzione.

L'incarico di Direttore dei Dipartimenti a funzione è attribuito dal Direttore Generale nell'ambito di una rosa di candidati proposta del Comitato di Dipartimento, selezionati sulla base di un progetto di organizzazione e gestione del dipartimento, ad uno dei Direttori di struttura complessa presenti nel dipartimento, con almeno cinque anni di anzianità di funzione.

L'incarico di Coordinatore di Area è attribuito dal Direttore Generale, con le modalità previste al precedente titolo .

L'incarico di Direttore di Struttura Complessa della Funzione Amministrativa è conferito dal Direttore Generale a dirigenti dell'azienda.

L'incarico di Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale è conferito dal Direttore Generale, su proposta del Coordinatore di Area Dipartimentale e 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 Struttura Semplice Operativa è conferito dal Direttore Generale, su proposta del Direttore della Struttura 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 e di consulenza è conferito dal Direttore Generale, su proposta dei Direttori di Struttura 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 strutture complesse e che soddisfano i necessari requisiti di competenza sono conferiti incarichi professionali di alta specializzazione e di consulenza. L'incarico ha durata biennale ed è rinnovabile.

Nel conferimento degli incarichi e per il passaggio a funzioni dirigenziali diverse, di norma, verrà esaminato il programma di attività proposto dai candidati e i relativi curricula, tenendo altresì conto dei seguenti principi:

- delle caratteristiche della posizione organizzativa da ricoprire;
- dell'area e disciplina di appartenenza;
- della valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa;
- della capacità di governo e di sviluppo delle risorse professionali e della capacità di ottimizzazione d'uso delle risorse assegnate;
- della capacità di gestire i rapporti con le persone (utenti e loro prossimi, colleghi e collaboratori).

Ai Responsabili di incarichi dirigenziali si richiede la capacità di coinvolgere le risorse umane assegnate e si chiede altresì:

- di volere ed essere capaci di adeguare il comportamento e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda, di riconoscere l'importanza dei punti di vista di quanti contribuiscono o beneficiano, direttamente o indirettamente, dei servizi
- di contestualizzare le regole e le procedure al fine di garantire la massima specificazione del comportamento, di cambiare il proprio punto di vista e il proprio comportamento ad ogni evidenza di errore o di difetto, di non condizionare la realizzazione di un compito alla sua esclusiva coerenza con il ruolo ricoperto da chi la può assicurare.

Questi valori e richieste di comportamento giustificano la natura fiduciaria degli incarichi di funzioni dirigenziali.

2.2. Durata dei contratti

Tutti gli incarichi di funzione dirigenziale saranno attribuiti a termine, con facoltà di rinnovo, da un minimo di 3 ad un massimo di 5 anni, fatta eccezione per gli incarichi di direzione di struttura operativa e di unità operativa complessa, che andranno da un minimo di 5 ad un massimo di 7 anni, così come indicato dai rispettivi C.C.N.L. di riferimento.

2.3. Attribuzione delle competenze

L'Azienda USL 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.

2.4. Incarichi esterni

Per esigenze cui non può far fronte con personale in servizio, sia con riferimento a carenze quantitative di personale, non affrontabili utilmente con gli usuali strumenti di acquisizione del personale, che a carenze qualitative, motivate da tipologie professionali non presenti in Azienda, ai sensi e in applicazione dal vigente ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche, l'Amministrazione può conferire incarichi individuali ad esperti di provata competenza esterni all'Azienda.

In tali casi si instaura un rapporto di diritto privato, occasionale o continuativo secondo la durata e la normativa vigente, senza vincolo di subordinazione, mediante stipula di contratto individuale, in cui si determina la durata della collaborazione, il luogo, l'oggetto e il compenso della collaborazione, proporzionato alla qualità e quantità del lavoro richiesto.

La collaborazione deve essere riconducibile ad uno o più progetti o programmi di lavoro, o fasi di esso.

2.5. Revoca degli incarichi

La revoca degli incarichi dirigenziali avviene secondo la vigente normativa contrattuale e regolamentare.

3. Attribuzione degli incarichi del personale del comparto

L'Azienda definisce l'organigramma aziendale, cui sono associate, oltre agli incarichi dirigenziali di cui al Capo I del presente Titolo, le funzioni correlate alle posizioni organizzative e ai coordinamenti.

Con atti formali l'Azienda procede alla ricognizione delle posizioni organizzative e di coordinamento da prevedere per il funzionamento aziendale

L'Azienda stabilisce i criteri generali per la graduazione delle posizioni organizzative e di coordinamento nonché per l'assegnazione, valutazione e verifica delle stesse e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato, nell'ambito della disponibilità dei fondi contrattuali, nel rispetto delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro, con specifiche relazioni sindacali, ed altresì in conformità ai principi e alle disposizioni della legislazione vigente.

L'attribuzione dell'incarico avviene con atto formale che ne specifica l'oggetto, il contenuto, la durata e il compenso.

4. Valutazione del personale con qualifica dirigenziale

"Le Pubbliche amministrazioni, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro, valutano le prestazioni dei propri dirigenti, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane organizzative ad essi assegnate (competenze organizzative)." (ex art. 5 del decreto legislativo 286/1999)

I principi di responsabilizzazione e valutazione della dirigenza sono stati recepiti per il Servizio Sanitario Nazionale dai contratti collettivi di lavoro, ai quali si fa diretto riferimento per la specifica disciplina.

Con deliberazione n° 2575 del 24 agosto 2001, così come modificata con successiva deliberazione n° 2974 del 5 ottobre 2001, l'Azienda ha approvato il regolamento per la disciplina ed il funzionamento del Collegio Tecnico di cui all'art. 31 CC.CC.NN.LL. 1998/2001.

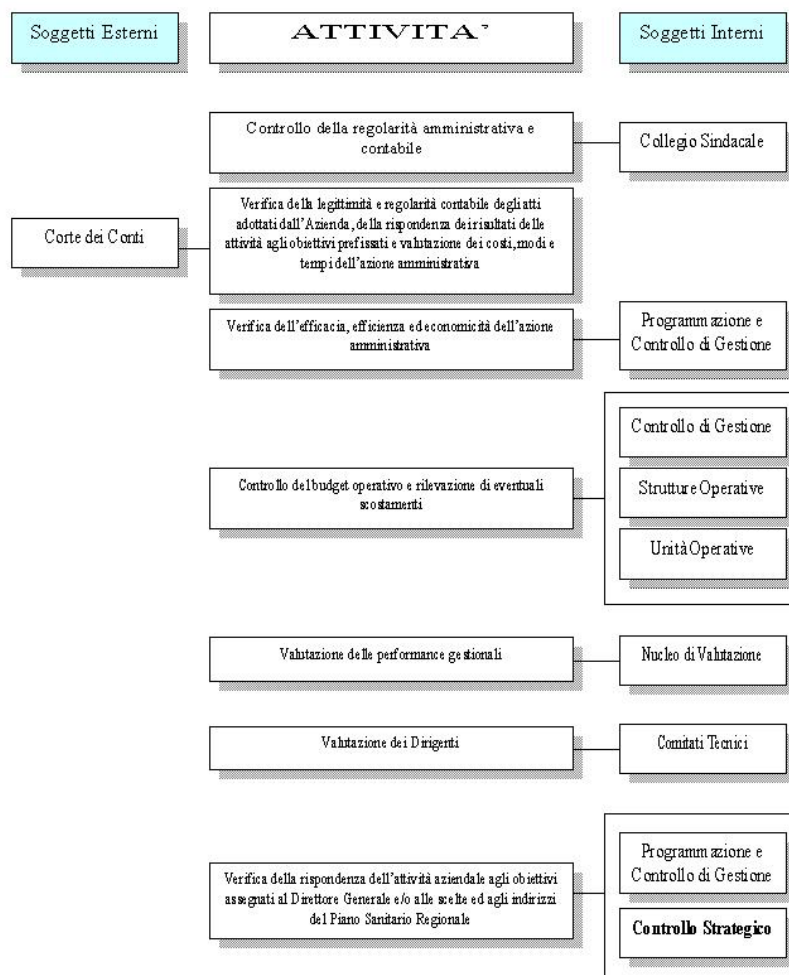
TITOLO VI

IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO

Il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, come modificato dalla legge 4 agosto 2006, n. 248 (c.d. decreto Bersani) ha introdotto norme per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59, prevedendo un articolato sistema di controllo interno. Ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale 3 agosto 2001 n. 16 "le aziende si dotano di un'adeguata organizzazione amministrativa e contabile nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire affidabilità e la funzionalità dei sistemi di controllo, secondo i principi generali fissati dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286". Il sistema di controllo interno rappresenta un fondamentale strumento di governo aziendale volto al raggiungimento di obiettivi gestionali, obiettivi di attendibilità delle informazioni, quale che sia la loro natura, ed obiettivi di rispetto delle leggi e delle norme in genere.

Il sistema di controllo interno è esercitato da soggetti esterni e da soggetti interni all'azienda. All'interno dell'azienda il controllo interno è esercitato sia a livello di direzione strategica che di responsabili delle singole strutture in relazione agli obiettivi loro assegnati ma deve prevedere anche il coinvolgimento a livello operativo delle diverse strutture, al fine di assicurare una accurata alimentazione ed elaborazione delle informazioni utilizzate.

**SCHEMATIZZAZIONE DEI SOGGETTI CORRELATI ALLE
ATTIVITA' PER L'ESERCIZIO DEL
"SISTEMA DI CONTROLLO INTERNO"**
(Punto 7, par.7.1, 7.2, 7.3 e 7.4 – linee guida regionali)



1. Controllo delle regolarità amministrativa e contabile

Ai controlli interni di verifica della legittimità, della regolarità e della correttezza dell'azione amministrativa provvede il collegio sindacale attraverso l'espletamento delle funzioni riepilogate nell'allegato 7.

Sono fatte salve le competenze attribuite alle società di revisione incaricate secondo le modalità previste dall'articolo 4 della sopra citata legge regionale 16/2001. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile di norma non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva.

Il controllo esterno della gestione contabile, nel rispetto dell'articolo 100 della Costituzione, è affidato alla Corte dei Conti, la quale verifica la legittimità e la regolarità contabile degli atti

adottati dalle pubbliche amministrazioni, la rispondenza dei risultati delle attività agli obiettivi prefissati, valutando contemporaneamente costi, modi e tempi dell'azione amministrativa.

2. Controllo di gestione

La rilevanza del controllo di gestione è direttamente correlata alla configurazione aziendalistica delle strutture sanitarie e al conseguente impianto di una contabilità analitica per centri di costo conformi all'organizzazione aziendale.

Il controllo di gestione ha una ampia portata e tende alla verifica dell'efficacia (obiettivi/risultati), dell'efficienza (risorse/risultati) e dell'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati. A tal fine l'azienda sanitaria definisce ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 286/1999:

- a) l'unità o le unità responsabili della progettazione e della gestione del controllo di gestione;*
- b) le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;*
- c) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;*
- d) l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture in coerenza con gli obiettivi aziendali;*
- e) gli indicatori specifici per misurare efficacia efficienza ed economicità;*
- f) la frequenza di rilevazione delle informazioni.”*

Un'apposita funzione in staff alla direzione strategica provvederà ad esercitare il controllo di gestione sul budget aziendale, secondo parametri, procedure e indicatori annualmente determinati, utili a valutare la capacità aziendale ad acquisire fattori operativi per la produzione delle prestazioni o dei servizi da erogare, l'efficienza nell'impiego delle risorse umane e strumentali, nonché, la produttività dei predetti fattori garantendo l'obiettività, l'imparzialità e la trasparenza delle valutazioni.

Il controllo interno di gestione è correlato, pertanto, alla gestione dei singoli budget assegnati ai titolari dei diversi livelli di responsabilità individuati dalle aziende. La predetta gestione budgetaria è indirizzata, generalmente, ad obiettivi di economicità della spesa in presenza di una idonea qualità delle prestazioni rese alla luce degli specifici obiettivi predeterminati dalla direzione aziendale e concordati con i dirigenti dei centri di responsabilità. In tale cornice lo stesso responsabile è immediatamente interessato ad un controllo interno del budget

attribuitogli anche al fine di conoscere periodicamente, o comunque quando ne ravvisi l'esigenza, lo stato di utilizzazione del budget stesso per tenere sotto controllo ed individuare le cause di eventuali scostamenti, intervenuti o prevedibili, sia in termini di risultati che in termini economici, anche per il monitoraggio trimestrale previsto dall'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Il budget, in particolare, costituisce lo strumento con il quale l'azienda attua e formalizza la propria attività di programmazione nel medio periodo. "Fare budget" significa:

- costruire un documento, di natura operativa, con il quale si determinano in modo sistematico gli obiettivi da perseguire e le azioni che dovranno essere realizzate per il loro raggiungimento;
- programmare, ovvero, definire i livelli di responsabilità assegnando specifiche responsabilità sulla gestione;
- negoziare e condividere gli obiettivi, sia sanitari che economici;
- negoziare e condividere l'assegnazione delle risorse (umane, tecnologiche, strutturali, ecc.);
- monitorare i risultati attraverso uno specifico sistema informativo fondato su indicatori condivisi e una reportistica costante.

Il budget aziendale è la risultante di una "sommatoria" di budget specifici, i quali includono ciascuno degli specifici fattori oggetto del processo di negoziazione.

La formazione del processo di budget segue un percorso di tipo "gerarchico": dalla Direzione strategica ai direttori delle strutture operative fino ai responsabili di unità operativa.

Con la strutturazione data alla "Funzione di Programmazione e Controllo", l'Azienda assume la strategia di integrare all'interno dei propri sistemi operativi (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione,...) sistemi di indicatori e/o obiettivi di appropriatezza e di governo clinico delineando, anche in attuazione delle linee guida emanate con D.G.R. n. 203 del 18 febbraio 2005, il proprio Sistema di Controllo articolato in 2 sistemi elementari:

Il sistema delle rilevazioni a supporto della funzione programmazione e controllo;

Il sistema di reporting.

Il sistema delle rilevazioni a supporto della funzione Programmazione e Controllo è il complesso delle rilevazioni contabili ed extracontabili volte alla produzione di informazioni

economiche e non economiche rispetto a specifici oggetti individuati nell'ambito delle differenti aree gestionali dell'azienda.

Il sistema di reporting è l'insieme di documenti finalizzati a rappresentare e diffondere in azienda le informazioni prodotte dal sistema delle rilevazioni a supporto della funzione programmazione e controllo, la sua predisposizione e la sua distribuzione.

Il sistema delle rilevazioni fa sì che le aziende sanitarie siano in grado di predisporre le informazioni che:

consentano di verificare il raggiungimento degli obiettivi assegnati con il budget, attraverso il monitoraggio dei parametri e degli indicatori (controllo di budget);

permettano di controllare l'andamento della gestione aziendale tramite l'individuazione di parametri ed indicatori idonei a misurare i fatti aziendali nonché a favorirne la diffusione e l'analisi (controllo della gestione).

Il sistema delle rilevazioni è in grado di fornire elementi utili per fissare nuovi obiettivi di gestione e definire i più opportuni corsi di azione per migliorare i livelli di performance attesi.

Il sistema di reporting definisce modalità di formalizzazione e di distribuzione delle informazioni prodotte dal sistema delle rilevazioni per individuare le aree problematiche ed apportare interventi correttivi. La struttura del sistema delle rilevazioni può essere definita attraverso gli elementi seguenti:

ricerca di un equilibrio tra le componenti strutturali (individuazione degli ambiti organizzativo – contabili e delle variabili gestionali da monitorare) e le componenti di funzionamento (logiche che guidano la realizzazione del processo di rilevazione);

proposta di precisi criteri di progettazione delle componenti strutturali del sistema delle rilevazioni;

presentazione di unità elementari di rilevazione e variabili economiche e non economiche da monitorare;

definizione dei criteri circa lo svolgimento delle operazioni di rilevazione delle variabili prese a riferimento rispetto alle unità elementari individuate.

L'attenzione viene posta sulla tempistica delle suddette operazioni, sui flussi informativi e sulle loro caratteristiche, sulle unità organizzative da coinvolgere nella fornitura di tali flussi e di quelle cui demandare lo svolgimento delle attività di rilevazione delle variabili monitorate dal sistema.

Con riguardo al sistema di reporting si cerca di implementare un sistema che metta a disposizione le informazioni fornite dal sistema delle rilevazioni ai livelli opportuni dell'organizzazione. Le linee di sviluppo relative al sistema di reporting sono le seguenti:

- attenzione sia alle caratteristiche dei singoli report prodotti e distribuiti in azienda, sia alle logiche che sono alla base della predisposizione dei singoli report costituenti il sistema;
- definizione di classi di report previste a livello aziendale;
- presentazione di criteri specifici per i report finalizzati al monitoraggio degli obiettivi di budget;
- focalizzazione del percorso progettuale dei report sulle esigenze conoscitive dei destinatari, per soddisfare al meglio il fabbisogno informativo dei suoi fruitori;
- determinazione di logiche di funzionamento del sistema di reporting, volte a specificare i criteri da osservare nella definizione della frequenza di predisposizione e di diffusione dei report e le unità organizzative coinvolte nella gestione del Sistema di Reporting.

2.1 Elementi strutturali del Sistema delle Rilevazioni

La struttura del Sistema di Rilevazione può essere descritta in base ai seguenti fattori:

- piano delle unità elementari di rilevazione (riconducibilità delle unità elementari alle unità componenti la struttura aziendale; individuazioni di unità elementari che consentano l'analisi delle diverse attività svolte dalle singole unità aziendali). In tale fase si ha l'individuazione di sottoclassi di unità elementari omogenee relativamente alle caratteristiche che lo contraddistinguono (centri di degenza, centri diagnostico terapeutici, centri territoriali distrettuali, centri territoriali di prevenzione, centri di supporto sanitario, centri alberghieri, centri tecnici, centri gestionali, centri di coordinamento, centri virtuali);
- piano dei fattori produttivi (livello di dettaglio del piano dei fattori produttivi coerente rispetto alla rilevanza dei fattori della produzione considerati di volta in volta; coerenza tra piano dei fattori produttivi e piano dei conti regionale). In tale fase si ha la previsione dei fattori produttivi positivi (accessi ai proventi) e negativi (accessi ai costi);
- piano delle variabili elementari e degli indicatori (individuazione di variabili elementari ed indicatori funzionali al monitoraggio dei profili di governo della gestione: governo clinico, governo dei processi e governo economico; individuazione di variabili elementari ed indicatori funzionali all'analisi delle diverse tipologie di attività svolte e di risorse utilizzate in azienda).

Si individuano le seguenti aree di rilevazione, cioè raggruppamenti omogenei di variabili economiche e non economiche contenute nei piani dei fattori produttivi e delle variabili elementari e degli indicatori:

contributi in conto esercizio;

prestazioni sanitarie erogate a paganti;

prestazioni sanitarie erogate – ricoveri;

prestazioni sanitarie erogate – specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e di laboratorio;

prestazioni sanitarie erogate – area emergenza;

prestazioni sanitarie erogate – area distrettuale;

prestazioni sanitarie erogate – area prevenzione;

prestazioni sanitarie erogate – area salute mentale;

risorse umane – personale dipendente ed a convenzione;

beni di consumo – beni e materiali sanitari;

beni di consumo – beni e materiali non sanitari;

servizi sanitari acquistati;

servizi non sanitari acquistati;

cespiti;

prestazioni intermedie.

Si ritiene utile una tempistica di rilevazione almeno trimestrale. L'abbinamento fra aree di rilevazione e flussi alimentanti è dato nella seguente tabella:

AREE DI RILEVAZIONE	FLUSSI INFORMATIVI
contributi in conto esercizio	Contabilità economico – patrimoniale
prestazioni sanitarie erogate a paganti	Contabilità economico – patrimoniale
prestazioni sanitarie erogate – ricoveri	SIO
prestazioni sanitarie erogate – specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e di laboratorio	SIAS
prestazioni sanitarie erogate – area emergenza	SIES
prestazioni sanitarie erogate – area distrettuale	Flussi interni azienda / flussi regionali
prestazioni sanitarie erogate – area prevenzione	Flussi interni azienda / flussi regionali
prestazioni sanitarie erogate – area salute mentale	Flussi interni azienda / flussi regionali
risorse umane – personale dipendente ed a convenzione	Flussi applicativi del personale
beni di consumo – beni e materiali sanitari	Flusso applicativo approvvigionamenti
beni di consumo – beni e materiali non sanitari	Flusso applicativo approvvigionamenti
servizi sanitari acquistati	Contabilità economico – patrimoniale
servizi non sanitari acquistati	Contabilità economico – patrimoniale / Flusso applicativo approvvigionamenti
cespiti	Contabilità dei cespiti / Contabilità economico – patrimoniale
prestazioni intermedie	Flusso applicativi servizi diagnostico – terapeutici e flusso interno

Si individuano, di seguito, le unità organizzative aziendali coinvolte nella certificazione e trasmissione dei dati estrapolati dai flussi alimentanti all'area programmazione e controllo, nonché quelle responsabili della gestione dei dati all'interno del sistema delle rilevazioni:

AREE DI RILEVAZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA FORNITRICE DEL FLUSSO	UNITA' ORGANIZZATIVA DELL'AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
contributi in conto esercizio	U.O. Contabilità Analitica	U.O. Contabilità Analitica
prestazioni sanitarie erogate a paganti	U.O. Contabilità Analitica	U.O. Contabilità Analitica
prestazioni sanitarie erogate – ricoveri	U.O. Sistema Informativo Aziendale	U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e di laboratorio	U.O. Sistema Informativo Aziendale	U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area emergenza	U.O. Sistema Informativo Aziendale	U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area distrettuale	U.O. Sistema Informativo Aziendale	U.O. Sistema Informativo Aziendale - U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area prevenzione	U.O. Sistema Informativo Aziendale	U.O. Sistema Informativo Aziendale - U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area salute mentale	U.O. Sistema Informativo Aziendale	U.O. Sistema Informativo Aziendale - U.O. Controllo di Gestione
risorse umane – personale dipendente ed a convenzione	U.O. Risorse Umane - U.O. Contabilità Analitica	U.O. Controllo di Gestione
beni di consumo – beni e materiali sanitari	U.O. Acquisizione beni e servizi - U.O. Contabilità Analitica	U.O. Controllo di Gestione
beni di consumo – beni e materiali non sanitari	U.O. Acquisizione beni e servizi - U.O. Contabilità Analitica	U.O. Controllo di Gestione
servizi sanitari acquistati	U.O. Contabilità Analitica	U.O. Contabilità Analitica
servizi non sanitari acquistati	U.O. Contabilità Analitica	U.O. Contabilità Analitica
cespiti	U.O. Tecnico Patrimoniale – U.O. Contabilità Analitica	U.O. Contabilità Analitica
prestazioni intermedie	U.O. Contabilità Analitica	U.O. Contabilità Analitica

Il percorso logico di attribuzione e configurazione dei costi prevede 3 fasi:

Fase	Configurazione di costo
Fase 1	Costo primo o diretto
Fase 2	Costo di produzione
Fase 3	Costo pieno

- Nella Fase 1 si ha la rilevazione delle variabili economiche e non economiche specificamente riferibili e direttamente imputabili; tale fase garantisce l'oggettività

dell'attribuzione dei dati alle unità elementari e costituisce il presupposto per lo svolgimento delle fasi successive.

- Nella Fase 2 si parte dalle variabili attribuite inizialmente e si procede alla rilevazione degli scambi di prestazioni intermedie (di tipo diagnostico – terapeutico, sanitario, alberghiero e tecnico) e di fattori della produzione che intervengono fra unità elementari). Con la Fase 2 si tiene conto delle attività e delle risorse imputabili alle singole unità elementari; il valore complessivo delle risorse attribuite alle singole unità elementari rappresenta il costo complessivo di produzione riferito a tali unità.
- La Fase 3 prevede la ripartizione fra le unità elementari dei costi generali di funzionamento dell'azienda per determinare il costo complessivo aziendale di ciascuna unità elementare.

2.2 Il sistema di reporting

Per la compilazione di un piano dei report è necessario porre attenzione alle esigenze conoscitive dei destinatari dei report anche in relazione al livello di cultura gestionale aziendale. È importante che la preparazione e l'invio dei report di routine avvenga con cadenza almeno trimestrale.

AREE DI REPORTING	UNITA' ORGANIZZATIVA DELL'AREA PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
contributi in conto esercizio	U.O. Contabilità Analitica
prestazioni sanitarie erogate a paganti	U.O. Contabilità Analitica
prestazioni sanitarie erogate – ricoveri	U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale e di laboratorio	U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area emergenza	U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area distrettuale	U.O. Sistema Informativo Aziendale - U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area prevenzione	U.O. Sistema Informativo Aziendale - U.O. Controllo di Gestione
prestazioni sanitarie erogate – area salute mentale	U.O. Sistema Informativo Aziendale - U.O. Controllo di Gestione
risorse umane – personale dipendente ed a convenzione	U.O. Controllo di Gestione

AREE DI REPORTING	UNITA' ORGANIZZATIVA DELL'AREA
beni di consumo – beni e materiali sanitari	U.O. Controllo di Gestione
beni di consumo – beni e materiali non sanitari	U.O. Controllo di Gestione
servizi sanitari acquistati	U.O. Contabilità Analitica
servizi non sanitari acquistati	U.O. Contabilità Analitica
cespiti	U.O. Contabilità Analitica
prestazioni intermedie	U.O. Contabilità Analitica
Conti economici	U.O. Contabilità Analitica
Prospetti di variabili elementari e di indicatori	U.O. Controllo di Gestione
Previsioni alla base del budget	Comitato Budget
Obiettivi di budget	Comitato Budget

Gli elementi che caratterizzano la struttura del sistema di rilevazione sono:

le variabili gestite costituenti l'oggetto di rilevazione del sistema, nonché i criteri di classificazione relativi alle stesse;

gli ambiti rispetto ai quali il sistema deve procedere alla rilevazione delle variabili suddette per localizzarle.

Si provvede, in primo luogo, all'analisi degli ambiti di rilevazione definiti tramite il piano dei centri di rilevazione, poi si prosegue con l'esame delle variabili oggetto di rilevazione da parte del sistema stesso, strutturate nel piano dei fattori produttivi e nel piano delle variabili elementari e degli indicatori.

2.3 Centri di Rilevazione

I centri di rilevazione sono definiti come le unità contabili minime alla base del sistema delle rilevazioni a supporto della funzione programmazione e controllo, rispetto alle quali sono effettuate le rilevazioni riferite ai fattori produttivi, alle variabili elementari ed agli indicatori.

I centri di rilevazione sono costituiti da:

unità operative, articolazione di base dell'azienda, viste come insieme di operatori cui sia riferibile in modo unitario lo svolgimento di attività coordinate alle quali sia correlabile l'ottenimento di prestazioni e servizi ben identificabili e il consumo di risorse;

aree di attività (di risultato) da individuarsi all'interno di tali unità operative significative ai fini direzionali;

ambiti di misurazione appositamente previsti per garantire l'efficace funzionamento del sistema delle rilevazioni.

Mentre le unità operative aziendali rappresentano gli elementi alla base della struttura organizzativa dell'azienda e dall'analisi delle loro caratteristiche è possibile identificare almeno una parte dei centri di rilevazione, questi ultimi sono i veri e propri ambiti di rilevazione del sistema. Possiamo quindi dire che alla natura "organizzativa" delle unità operative si contrappone la natura prettamente "contabile" dei centri di rilevazione. In corrispondenza della singola unità operativa è possibile individuare un unico centro di rilevazione o una pluralità di centri di rilevazione, anche se le operazioni di rilevazione vengono svolte a livello di singolo centro. I centri di rilevazione possono essere classificati in classi in funzione delle caratteristiche specifiche delle unità, attraverso l'individuazione della funzione assegnata ai singoli centri rispetto ai processi attuati nelle aziende sanitarie. Sulla base di tale classificazione, i centri di rilevazione possono essere ricondotti alle seguenti classi e sottoclassi:

CLASSE		SOTTOCLASSE
Centri di Produzione		Centri di Degenza
		Centri Diagnostico-Terapeutici
		Centri Territoriali Distrettuali
		Centri Territoriali di Prevenzione
Centri di Servizio	Centri di Servizio Ausiliari	Centri di Supporto Sanitario
		Centri Alberghieri
	Centri di Servizio di Struttura	Centri Tecnici
Centri di Servizio di Struttura		Centri Gestionali
Centri di Coordinamento		Centri di Coordinamento
Centri Virtuali		Centri Virtuali

2.4 Centri di Produzione

Nell'ambito delle aziende sanitarie, i centri di produzione hanno la funzione di erogare, in genere a favore degli utenti finali le prestazioni di assistenza a carattere sanitario e socio-sanitario, a livello ospedaliero, distrettuale o territoriale, finalizzate alla prevenzione, alla diagnosi, alla cura e alla riabilitazione.

Centri di degenza: la funzione di produzione si attua nell'erogazione di assistenza ospedaliera (diagnosi, cura, riabilitazione e lungodegenza) in regime di ricovero. La macroattività realizzata dai centri di degenza è qualificata in relazione alla specialità medico-chirurgica cui afferisce (chirurgia generale, medicina generale, ecc.).

Centri diagnostico-terapeutici: la funzione di produzione si attua nell'erogazione, in ambito generalmente ospedaliero, di prestazioni specialistiche e/o di diagnostica strumentale e di laboratorio in regime ambulatoriale. La macroattività è qualificata in funzione della tipologia di prestazioni realizzate (prestazioni di neurofisiopatologia, prestazioni di radiologia, prestazioni di laboratorio, ecc.).

Centri territoriali distrettuali: la funzione di produzione si attua nell'erogazione di assistenza sanitaria (diagnosi, cura e riabilitazione) e socio-sanitaria a livello distrettuale. La macroattività viene qualificata in base all'ambito di assistenza distrettuale di riferimento (assistenza territoriale ambulatoriale, assistenza territoriale domiciliare, ecc.) ed eventualmente alla specifica tipologia di utenza cui si rivolge (assistenza territoriale ambulatoriale rivolta alle donne, alle coppie e alle famiglie, assistenza territoriale ambulatoriale rivolta alle persone con disabilità fisica e sensoriale, ecc.).

Centri territoriali di prevenzione: la funzione di produzione si estrinseca nello svolgimento di attività di assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro. La macroattività si qualifica considerando lo specifico settore di prevenzione presidiato (igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, ecc.).

2.5 Centri di Servizio

I centri di servizio sviluppano funzioni di supporto ai processi aziendali, attraverso l'erogazione di servizi di varia natura, sia sanitaria, sia tecnica, sia amministrativa. Tali centri non rivolgono la propria attività agli utenti finali dell'azienda, bensì ad altri centri aziendali o all'azienda stessa nel suo complesso. I centri di servizio possono distinti in: centri di servizio ausiliari (sono centri che, pur non provvedendo direttamente all'erogazione delle prestazioni di assistenza, contribuiscono a creare le condizioni necessarie allo svolgimento dei processi di produzione da cui promanano tali prestazioni, svolgendo attività di supporto ai centri di produzione); centri di servizio di struttura (costituiti da centri che svolgono attività non direttamente destinate ai centri di produzione ma che consentono il funzionamento dell'azienda nel suo complesso).

Centri di supporto sanitario: la funzione di servizio si sostanzia nella realizzazione di attività di erogazione di servizi di natura sanitaria a supporto dell'attività dei centri di produzione. La macroattività viene qualificata in relazione alla specifica tipologia di servizio sanitario reso (servizio di degenza intensiva di supporto, servizio di sala operatoria, ecc.).

Centri alberghieri: i centri alberghieri sostanziano la funzione di servizio provvedendo ad erogare servizi di natura alberghiera a favore degli altri centri dell'azienda. La macroattività svolta si caratterizza in base alla tipologia di servizio alberghiero reso (servizio di pulizia, servizio di lavanderia, ecc.).

Centri tecnici: i centri tecnici sostanziano la funzione di servizio erogando servizi di natura tecnico logistica. La macroattività viene qualificata dalle tipologie di servizi tecnico-logistici resi (servizi di magazzino economico e tecnico, servizi di manutenzione, ecc.).

Centri gestionali: erogano servizi di natura amministrativo-gestionale. La macroattività è caratterizzata in relazione alla tipologia di servizio amministrativo-gestionale reso (servizi di gestione delle risorse umane, servizi di beni e servizi, ecc.).

2.6 Centri di coordinamento

I centri di coordinamento provvedono allo svolgimento delle funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica rispetto ad un insieme di centri omogenei per funzione. La macroattività corrisponde alla realizzazione di compiti di programmazione, indirizzo, coordinamento e verifica rispetto ad altri centri e può essere qualificata in relazione ai centri verso i quali è rivolta (tutti i centri aziendali, tutti i centri afferenti al medesimo dipartimento funzionale, tutti i centri componenti un'unità operativa, ecc.) individuando centri di coordinamento dalle caratteristiche distinte (direzione generale, centro di coordinamento di dipartimento, centro di coordinamento di unità operativa, ecc.).

2.7 Centri virtuali

I centri virtuali rappresentano unità elementari che, pur non essendo necessariamente riferite a unità operative funzionalmente organizzate nell'azienda, vengono previsti all'interno del sistema delle rilevazioni per assolvere a particolari scopi:

- Rilevazione di particolari componenti economiche che non devono essere imputate a singole unità organizzative;
- Monitoraggio di particolari progetti che possono risultare trasversali rispetto alle articolazioni organizzative aziendali;
- Completamento del sistema delle rilevazioni, al fine di provvedere alla rilevazione di elementi che non trovano adeguata collocazione all'interno degli altri centri di rilevazione individuati.

Si parla di centri virtuali nei seguenti casi:

- in caso di centri che si propongono di rilevare particolari componenti economiche (costi del personale comandato, costi del personale in aspettativa/lunga assenza, ecc.);
- in caso di centri finalizzati al monitoraggio di progetti (progetti di screening, progetti di sperimentazione farmaci, ecc.);
- in caso di centri con obiettivi di completamento del sistema di rilevazioni (singole unità operative, singoli distretti, intera azienda, ecc.). In tale caso i centri di rilevazione virtuali fungono da unità di rilevazione residuali con riferimento alle suddette unità organizzative (centri di costi e ricavi comuni di unità operativa, centri di costi e ricavi comuni di distretto, centri di costi e ricavi comuni di azienda, ecc.).

2.8 Piano dei Centri di Rilevazione

Il piano dei centri di rilevazione è l'insieme strutturato dei centri di rilevazione presi a riferimento dai sistemi di rilevazione a supporto della funzione programmazione e controllo delle aziende sanitarie. Tale piano è:

Unico a livello aziendale: l'unicità è una caratteristica irrinunciabile del sistema e deve poter essere riscontrata sia per i sistemi evoluti che per quelli meno evoluti. Inoltre, se la corretta alimentazione del sistema delle rilevazioni è garantita dalla compatibilità fra piani delle unità elementari usati dai sottosistemi alimentanti e piano dei centri di rilevazione, è auspicabile che vi sia coincidenza tra i piani in questione al fine di minimizzare gli sforzi di decodifica che sarebbero a carico dell'area programmazione e controllo e di ridurre i tempi di elaborazione dei dati elementari, nonché il rischio di errori.

Sottoposto a revisioni periodiche al fine di garantirne la costante aderenza all'assetto organizzativo, alle caratteristiche operative e alle esigenze di rilevazione emergenti in azienda. Tali revisioni del piano dei centri di rilevazione dovrebbero essere formalizzate tramite uno specifico regolamento in cui emergano le situazioni che conducono a modifiche/aggiornamenti del piano, le modalità attraverso le quali procedere alla revisione e le unità organizzative coinvolte con le rispettive responsabilità.

Funzionale al monitoraggio dei risultati, oltre che dei singoli centri di rilevazione anche delle unità organizzative di cui questi ultimi rappresentano la disarticolazione nell'ambito del sistema contabile aziendale.

Il primo passaggio da compiere per la costruzione del piano dei centri di rilevazione è rappresentato dall'individuazione delle varie unità operative in cui è suddivisa l'azienda.

Ciascuna delle unità operative individuate potrebbe provvedere allo svolgimento di una pluralità di attività tra loro disomogenee; in tal caso si è di fronte alla identificazione di una pluralità di centri di rilevazione in corrispondenza della singola unità operativa, finalizzati alla determinazione dei risultati economici e non economici conseguiti attraverso lo svolgimento delle singole attività individuate. Il secondo passaggio è rappresentato dall'analisi delle attività poste in essere da parte delle singole unità operative al fine di valutarne la omogeneità/disomogeneità. Le attività svolte nell'ambito di un'unità operativa sono disomogenee (quindi suscettibili di dar luogo a centri di rilevazione specifici) quando:

Si caratterizzano per processi produttivi differenti sulla base della combinazione di funzione, macroattività ed elemento di qualificazione (1° livello di differenziazione);

Presentano ulteriori diversità in termini di fattori produttivi impiegati e di output realizzati (2° livello di differenziazione).

I livelli di differenziazione vanno verificati in maniera sequenziale, nel senso che il 2° livello di differenziazione può essere riscontrato solo nella misura in cui sia stato possibile rilevare il primo.

1° Livello di differenziazione: le attività all'interno di un'unità operativa verificano il 1° livello di differenziazione quando:

- Fanno riferimento a funzioni diverse: si consideri un'unità operativa ospedaliera chirurgica all'interno della quale siano presenti un'area di degenza, in cui avviene l'erogazione delle prestazioni di ricovero ed una sala operatoria dedicata allo svolgimento delle procedure chirurgiche da parte della stessa unità operativa. In questo caso nell'unità operativa in esame si svolgono attività di assistenza in regime di ricovero ed attività di sala operatoria. Mentre l'attività di assistenza in regime di ricovero è riconducibile alla funzione di produzione, l'attività di sala operatoria sostanzia una funzione di servizio a favore dell'area di degenza (funzione di servizio). Le due attività realizzate dall'unità operativa considerata risultano fra loro disomogenee.

- Pur facendo riferimento alla stessa funzione sono riconducibili a macroattività differenti: Si consideri un'unità operativa ospedaliera di tipo chirurgico, al cui interno sono comprese un'area di degenza, dedicata all'erogazione di prestazioni di ricovero, ed un

ambulatorio, in cui vengono svolte visite specialistiche a favore dei pazienti in regime ambulatoriale. Abbiamo quindi due attività: l'attività di assistenza in regime di ricovero e l'attività ambulatoriale, pur facendo riferimento ad un'unica funzione (quella di produzione).

- Pur essendo riconducibili alla stessa macroattività si qualificano in modo diverso: Si consideri un'unità operativa ospedaliera chirurgica all'interno della quale, oltre ad un'area di degenza dedicata all'erogazione delle prestazioni di ricovero, siano presenti un comparto operatorio ed una degenza intensiva dedicata. In tal caso l'unità operativa si caratterizza per le seguenti attività: assistenza in regime di ricovero, attività di sala operatoria e attività di terapia intensiva. Una di queste attività riguarda la funzione di produzione, mentre le altre possono essere associate alla funzione di servizio di supporto sanitario. A prima vista sembrerebbe che l'attività operatoria e quella di terapia intensiva non presentino disomogeneità tra loro (appartengono entrambe alla medesima funzione ed alla stessa macroattività) ma tale conclusione sarebbe non corretta. Si tratta, infatti, di attività profondamente diverse quanto a processo produttivo di riferimento ed a tipologie di connessione con l'attività di produzione.

2° Livello di differenziazione: un'attività svolta nell'ambito di un'unità operativa e già enucleata sulla base del 1° livello di differenziazione può essere ulteriormente scomposta in sottoattività da monitorare specificamente da parte del sistema delle rilevazioni:

- Regimi di ricovero, con riferimento alle attività di degenza: l'attività di degenza che si svolge sia in regime ordinario, sia in regime diurno può essere distinta in due sottoattività, aventi ad oggetto, rispettivamente, l'erogazione di prestazioni di ricovero in regime ordinario e l'erogazione di prestazioni di ricovero in regime diurno.
- Settori di produzione concernenti le attività di diagnostica di laboratorio: l'attività dei diversi settori di produzione di un'unità operativa di laboratorio di analisi si presenta difforme in termini di output e di modalità di svolgimento dei processi produttivi.
- Famiglie di prestazioni erogate con riferimento alle attività di diagnostica per immagini: l'attività di erogazione di prestazioni di diagnostica per immagini si caratterizza in relazione alla tipologia di prestazioni erogate (radiologia tradizionale, risonanza magnetica nucleare, tomografia assiale computerizzata, ecc.). Si può, quindi, procedere

all'identificazione di sub attività relative al processo di erogazione di ciascuna tipologia di prestazioni.

- Livello di urgenza nel soddisfacimento delle richieste: nel caso in cui nell'ambito di un'unità operativa di laboratorio di analisi sia prevista un'area di attività dedicata all'evasione delle urgenze, il processo produttivo dell'unità considerata si differenzia in relazione al livello di urgenza nel soddisfacimento delle richieste; si ha l'individuazione di una sub attività relativa all'erogazione delle prestazioni in urgenza.

Quando ci si trova nell'impossibilità totale di applicare il primo livello di differenziazione le diverse tipologie di attività realizzate nell'ambito dell'unità operativa non sono sottoposte a rilevazione analitica a causa dell'eccessiva onerosità di porre in essere il processo di misurazione. Ne consegue che bisognerà attivare un unico centro di rilevazione in corrispondenza dell'unità operativa considerata. Tale centro di rilevazione apparterrà alla sottoclasse cui è riconducibile l'attività prevalente realizzata dall'unità operativa.

Nel caso in cui sia possibile applicare in modo esaustivo il primo livello di differenziazione le diverse attività realizzate dall'unità operativa diventano oggetto di monitoraggio specifico da parte del sistema delle rilevazioni, in quanto rilevanti ai fini decisionali e di controllo e misurabili nel dettaglio. Ne consegue che occorrerà prevedere tanti centri di rilevazione in corrispondenza dell'unità operativa considerata quante sono le attività identificate.

Nel caso in cui è possibile applicare solo parzialmente il primo livello di differenziazione si ritiene utile e realizzabile la misurazione analitica soltanto per alcune delle attività individuate con riferimento all'unità operativa.

2.9 Cabina di regia

L'assetto organizzativo, i percorsi ed i flussi prefigurati tendono ad assolvere, ai sensi dell'articolo 131 della citata legge regionale 4/2006, il conseguimento dell'obiettivo di risanamento del deficit delle aziende sanitarie con la cosiddetta "cabina di regia" composta dal Presidente della Regione, dall'Assessore al Bilancio e dall'Assessore alla Sanità (DGR 313/2006). A detta cabina di regia è attribuito il compito di "monitorare i costi di produzione del sistema sanitario regionale" e di "curare il coordinamento generale delle attività volte alla realizzazione del sistema informativo integrato per il controllo di gestione unificato delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere". Le aziende sanitarie sono tenute al rispetto delle direttive adottate dalla cabina di regia nell'ambito della propria attività di indirizzo politico ed amministrativo.

3. Controllo strategico

“L’attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell’esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l’effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L’attività stessa consiste nell’analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi” (ex art. 6 del decreto legislativo 286/1999 modificato con legge 248/2006). Nell’ambito del sistema sanitario regionale la Regione, all’atto di nomina di ciascun direttore generale, definisce e assegna, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. Le Regioni determinano preventivamente, in via generale, i criteri di valutazione dell’attività dei direttori generali avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare attenzione all’efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

Decorsi diciotto mesi dalla nomina la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati all’atto di nomina, aggiornati e monitorati periodicamente.

La Giunta regionale esercita l’attività di controllo strategico verificando complessivamente la rispondenza dell’attività aziendale agli obiettivi assegnati al direttore generale e, più in generale, alle scelte ed agli indirizzi del piano sanitario regionale.

All’interno dell’azienda detta attività deve essere assicurata dalla direzione strategica. Le direzioni strategiche delle aziende sanitarie, pertanto, in funzione dell’esercizio dei propri poteri di indirizzo, svolgeranno, nell’ambito del sistema di controllo interno, una propria attività di valutazione e controllo strategico, per l’analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi fissati dalla Regione, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché per l’identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità, per la mancata o parziale attuazione e dei possibili rimedi.

TITOLO VII

ATTIVITA' CONTRATTUALE IN MATERIA DI FORNITURE DI BENI E SERVIZI

Con riferimento a quanto indicato nella Sezione Seconda – paragrafo 11 – delle linee guida in riferimento, l'Azienda ha provveduto a recepirne le indicazioni nel proprio regolamento di contabilità.

In particolare, a seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, nel predetto regolamento sono stati previsti i seguenti articoli:

Articolo 52 - Norme di riferimento

Il presente provvedimento, è adottato con riferimento al D.Lgs. 12.04.2006 nr.163 “Codice degli appalti relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE” e disciplina l'ambito di applicazione, i limiti di spesa e le procedure per l'acquisizione in economia di beni, servizi e lavori nell'Azienda Sanitaria (qui di seguito per brevità denominata “Azienda”).

Le disposizioni del presente regolamento sono altresì finalizzate ad assicurare lo sviluppo di processi d'acquisto, in termini temporali contenuti e con modalità semplificate, nel rispetto dei principi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa nonché di efficiente esecuzione dei contratti.

L'attività contrattuale dell'Azienda è disciplinata dalle norme comunitarie, dal Codice Civile e dalle altre leggi speciali complementari, dalla normativa regionale e dal presente provvedimento.

Per i contratti di beni, servizi e lavori, il cui valore sia pari o superiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria, si applica la normativa comunitaria e statale di recepimento, tali contratti sono aggiudicati nell'osservanza delle disposizioni stabilite da tale normativa, con specifico provvedimento amministrativo.

I contratti per le forniture di beni, servizi e lavori, il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria, sono disciplinati mediante le procedure di acquisizione in economia dal D.Lgs. 12/04/06 n. 163 (“Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi, forniture”).

Articolo 53 - Attività contrattuale in materia di fornitura di beni e servizi

A seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 “codice dei contratti pubblici relativi ai lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE” ed in particolare dell'art. 256, è stato abrogato l'art. 3, comma 1-ter, del

decreto legislativo n. 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, che prevedeva la possibilità per le Aziende Sanitarie di agire “iure privatorum” per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria.

Il citato Decreto Legislativo 163/2006, oltre a regolare le modalità degli acquisti sopra soglia, regola agli articoli 124 e 125 gli acquisti di beni e servizi sotto soglia comunitaria.

Poiché la Regione Lazio non ha ancora emanato la normativa di attuazione relativamente alle procedure di attuazione dell’art. 125 in materia di forniture in economia, viene adottato apposito regolamento che di seguito si riporta.

Articolo 54 - Divieto di rinnovo dei contratti di fornitura

Ai sensi dell’art. 57, comma 7, del Decreto Legislativo 163/2006, è fatto divieto del rinnovo tacito dei contratti. I contratti rinnovati tacitamente sono nulli.

Al fine di assicurare la necessaria certezza sui tempi di ultimazione delle procedure di gara, il responsabile del procedimento stabilirà, all’atto dell’approvazione della relativa indizione di gara, i tempi di ultimazione della procedura di aggiudicazione tenendo conto che le Commissioni preposte avranno a disposizione massimo 90 giorni per il completamento della procedura di media complessità e da 120 a 150 giorni per le procedure ad alta complessità.

Articolo 55 - Programmazione degli acquisti in economia

Il Direttore della S.C.C. Provveditorato (o suo delegato) ed i responsabili delle Farmacie Ospedaliere provvederanno alla quantificazione del fabbisogno degli acquisti in economia da effettuarsi nell’anno di riferimento. Ciò consentirà, oltre a realizzare economie di scala, di far sì che i singoli Centri di Acquisto, in relazione ad ogni acquisto, siano a conoscenza degli acquisti effettuati dagli altri Centri per analoghi beni e servizi evitando il superamento della soglia comunitaria con conseguente violazione del divieto di artificiosi frazionamenti finalizzati all’elusione della normativa comunitaria.

1. Funzioni amministrative

In considerazione di quanto previsto dall'art. 3, comma 1 quater D.Lgs. n. 229/99 circa la concentrazione nella figura del Direttore Generale di tutti i poteri di indirizzo, di gestione e di verifica, nonché in attuazione dei principi di cui all'art. 4 del D.Lgs. n. 165/2001, l'ordinamento aziendale tende al principio della distinzione tra la funzione di indirizzo, controllo e programmazione da una lato, ed attuazione e gestione dall'altro.

Il Direttore Generale esercita la propria funzione attraverso l'adozione di provvedimenti che sono denominati DELIBERAZIONI. Egli può delegare alcune funzioni che gli sono proprie a dirigenti aziendali;

I dirigenti esercitano le proprie funzioni, ovvero quelle delegate loro dal Direttore generale, attraverso atti che sono denominati DETERMINAZIONI. All'interno dell'Unità Operativa che ognuno di essi dirige, alcuni atti non qualificabili come determinazioni possono essere lasciati alla firma dei funzionari.

Gli atti aziendali sono distinti, quindi, in **deliberazioni (A)**, **determinazioni (B)** ed **atti vari diversi dalle determinazioni (C)** e sono elencati nel successivo prospetto riepilogativo. Per gli aspetti non esaustivi tale elenco potrà essere modificato ed integrato utilizzando i principi generali dell'istituto della delega da parte del Direttore Generale.

I dirigenti adottano provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l'azienda all'esterno, finalizzati alla gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, mediante autonomi poteri di spesa, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo, ed hanno responsabilità gestionali e di risultato. Essi sono anche responsabili dell'esecuzione degli atti e dell'attuazione delle scelte e dei programmi per il raggiungimento dei risultati connessi all'attività svolta dagli uffici cui sono preposti.

Gli atti adottati in forma di deliberazione (che sono, poi, quelli attinenti a funzioni riservate esclusivamente al Direttore Generale) sono esecutivi contestualmente alla loro adozione. Essi vanno numerati progressivamente, in ordinata sequenza cronologica, e trascritti con la intitolazione identificativa in apposito registro conservato presso l'Unità Atti Deliberativi. Presso tale Unità sono depositati gli atti originali ed i relativi allegati; lo stesso ufficio provvede alla pubblicazione degli stessi nell'albo aziendale a fini meramente notiziali.

Le determinazioni dei dirigenti delle Unità Operative abilitate, adottate sulla base di un modello-tipo aziendale, sono anch'esse numerate progressivamente ed in ordinata sequenza cronologica dalle singole strutture. Tali determinazioni vengono quindi numerate e registrate a livello aziendale dall'Unità Atti Deliberativi.

Le determinazioni sono pubblicate all'albo aziendale ed affisse anche negli albi delle strutture che le hanno adottate.

Le delibere e le determinazioni portano la data di pubblicazione effettuata dalla Unità Atti Deliberativi.

Per gli atti adottati i Dirigenti incaricati ne assumono la responsabilità civile, amministrativa, contabile, penale e, per la verifica dei risultati, ne rispondono al Direttore Generale.

2. Avocazione e autotutela

In caso di ritardo o di mancato esercizio delle funzioni attribuite al dirigente, il Direttore Generale, Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario, con atto motivato, potranno avocare a sé gli atti di specifica competenza.

In caso di adozione di atti o di comportamenti difformi dagli obiettivi aziendali o in contrasto con la corretta ed economica gestione delle risorse, il Direttore Generale esercita il potere di autotutela.

FUNZIONI AMMINISTRATIVE

UU.OO.	TIPOLOGIA DI PROCEDURE	
OSPEDALI E DISTRETTI	OSPEDALITA'	B/C
	RICOVERI STRANIERI	
	GESTIONE DEPOSITI	
	TICKET RESTAURANT, BUONI BENZINA E INCASSI INTRAMOENIA	
	SERVIZI A GESTIONE DIRETTA (PORTINERIA, CENTRALINO, AUTISTI)	
	SPESE IN ECONOMIA	
	CASSE ECONOMICHE	
	SEGGI ELETTORALI ED ELEZIONI	
	GESTIONE ORDINI E MAGAZZINO	
	INVENTARIO BENI MOBILI	
	LIQUIDAZIONE FATTURE	
	CORRISPONDENZA ROUTINARIA	
	AUTORIZZAZIONE PAGAMENTO STRAORDINARIO PERSONALE	
	ORGANIZZAZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE	
	ORGANIZZAZIONE FUNZIONALITA' DELLA STRUTTURA	
	APPROVAZIONE PROGETTI TERAPEUTICI FINALIZZATI	
	FORMALIZZAZIONE IMPEGNI DI SPESA	
	STIPULA CONVENZIONI CON ENTI, ASSOCIAZIONI, ECC.	
	NOMINE COLLEGIO MEDICO-LEGALE	
	AUTORIZZAZIONE CURE CLIMATICHE, CURE TERMALI E SOGGIORNI TERAPEUTICI	
	ATTI RELATIVI AI RAPPORTI CON GLI ASSISTITI	
	CONCESSIONE ASPETTATIVE AL PERSONALE	
	CAUSE DI SERVIZIO	
	EQUO INDENNIZZO	
	LIQUIDAZIONE FERIE NON GODUTE	
	ACCONTI PENSIONISTICI	
	APPLICAZIONI INDIVIDUALI NORME CONTRATTUALI	
	APPLICAZIONE LEGGE N. 53/2000	
	APPLICAZIONE LEGGE N. 104/1992	
	APPLICAZIONE LEGGE N. 816/1985	
	CONCESSIONE 150 ORE DIRITTO ALLO STUDIO	
	CONCESSIONE PART TIME	
	DIMISSIONI DAL SERVIZIO	
	RIAMMISSIONE E MANTENIMENTO IN SERVIZIO	
	CERTIFICAZIONI DI SERVIZIO/STIPENDIO	
	RISCATTO E RICONGIUNZIONI PERIODI ASSICURATIVI	
	TRATTAMENTO ECONOMICO PER ASSENZA E MALATTIA	
	TRATTAMENTI DI FINE RAPPORTO E PENSIONISTICI	
	SISTEMAZIONE POSIZIONI CONTRIBUTIVE	
	GESTIONE DEL VOLONTARIATO	
	GESTIONE TIROCINI OBBLIGATORI	
	ISTRUTTORIA GESTIONE LIQUIDATORIA	
	ATTUAZIONE ADEMPIMENTI LEGGE N. 626/1994 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI	
	LIQUIDAZIONE RIMBORSI SPESE AGLI ASSISTITI	
	LIQUIDAZIONE SPESE CASE DI CURA	
	GESTIONE DEI RAPPORTI CON LE FARMACIE DEL TERRITORIO	
	ATTIVITA' ISPETTIVA E DI VIGILANZA FARMACEUTICA	
	LIQUIDAZIONE DELLE SPETTANZE ALLE FARMACIE CONVENZIONATE	
	ISTRUTTORIE PER L'EVENTUALE DEFERIMENTO DELLE FARMACIE DINANZI ALLA COMMISSIONE FARMACEUTICA PROVINCIALE	
	CONVENZIONE AZIENDA-DITTA SPONSOR-SPERIMENTATORE PER ATTIVITA' COMITATO ETICO PROVINCIALE	
GESTIONE ATTI RELATIVI ALL'ATTIVITA' DEL COMITATO ETICO PROVINCIALE		
ACQUISTO FARMACI DA PARTE DEL COMITATO ETICO ENTRO I LIMITI DI SPESA FISSATI		
GESTIONE MAGAZZINI E DELL'INVENTARIO		
ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI NEI LIMITI DI SPESA FISSATI		
LIQUIDAZIONE SPESE PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI		

	LIQUIDAZIONE INDENNITA' ACCESSORIE	
	LIQUIDAZIONE COMPENSI AI DOCENTI	
	LIQUIDAZIONI DI SPESE NON RIENRANTI NELLE PRECEDENTI FATTISPECIE	
	RILASCIO CERTIFICAZIONI (Stati di avanzamento lavori, certificati di pagamento, Certificato di regolare esecuzione lavori, collaudi, ecc.)	
	INFORTUNI SUL LAVORO DEL PERSONALE DIPENDENTE (inail)	
	CORRISPONDENZA ROUTINARIA	
RISORSE UMANE	ACCORDI CON OO.SS.	B/C
	CONVOCAZIONI OO.SS.	
	VERIFICA MONTE ORE SIGLE SINDACALI	
	TENUTA VERBALI RIUNIONI	
	RELAZIONI SINDACALI	
	APPLICAZIONE GENERALE ISTITUTI CONTRATTUALI (NORMATIVI/CONTRATTUALI)	
	PROGRAMMAZIONE ANNUALE ASSUNZIONE RISORSE UMANE	
	INDIZIONE CONCORSI E AVVISI	
	NOMINA COMMISSIONI CONCORSI E AVVISI	
	AMMISSIONE CANDIDATI	
	APPROVAZIONE ATTI CONCORSUALI	
	ASSUNZIONE PERSONALE	
	NOMINA COLLEGI TECNICI	
	NOMINA COMMISSIONI PER ASSEGNAZIONE INCARICHI	
	CONFERIMENTO E REVOCA INCARICHI AI DIRIGENTI	
	MOBILITA' INTERNA	
	MOBILITA' ESTERNA	
	GESTIONE RICHIESTE COMANDO	
	PROCEDURE ARBITRALI (di concerto con Affari Legali)	
	STIPULA CONTRATTI DI LAVORO DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA	
	STIPULA CONTRATTI DI LAVORO (ad esclusione delle strutture complesse) A TEMPO DETERMINATO ED INDETERMINATO SULLA BASE DI CONTRATTI TIPO APPROVATI DALLA DIREZIONE GENERALE	
	ATTI DI RISOLUZIONE, SOSPENSIONE CAUTELARE E RECESSO	
	ISTRUTTORIE DISCIPLINARI ED IRROGAZIONE SANZIONI PER IL PERSONALE DEL COMPARTO	
LIQUIDAZIONE CONSULENZE PER CONVENZIONI PRESSO ALTRI ENTI		
ADEMPIMENTI CONNESSI ALLA LIQUIDAZIONE DELLE COMPETENZE DEL PERSONALE		
CORRISPONDENZA ROUTINARIA		
DOTAZIONE ORGANICA E RELATIVI ATTI		
GESTIONE STATO GIURIDICO DEL PERSONALE		
TENUTA E AGGIORNAMENTO FASCICOLO PERSONALE		
AFFARI LEGALI E ASSICURATIVI	PATROCINI LEGALI	B/C
	LIQUIDAZIONI	
	INCARICHI AI LEGALI PER LA DIFESA IN GIUDIZIO	
	ASSICURAZIONI	
	CORRISPONDENZA ROUTINARIA	
	MONITORAGGIO DELLA SPESA DERIVANTE DAL CONTENZIOSO	
	FORMULAZIONE PARERI GIURIDICO-LEGALI	
	COSTITUZIONE IN GIUDIZIO	
AFFARI GENERALI	PROTOCOLLO INFORMATICO AZIENDALE	B/C
	GESTIONE ATTI DELIBERATIVI	
	ACCESSO E RILASCIO DEI DOCUMENTI	
	REGISTRAZIONE DEI CONTRATTI	
	PUBBLICITA' DEGLI ATTI DEL S.S.N.	
AMMINISTRAZIONE FINANZA	PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	B/C
	FORMAZIONE E REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI	
	CERTIFICAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI	
	ANTICIPAZIONI STRAORDINARIE DI CASSA	
	ANTICIPAZIONI MENSILI DI CASSA	
	RAPPORTI ECONOMICI-FINANZIARI CON IL TESORIERE E CON TERZI	
	LIQUIDAZIONE INTERESSI E SPESE DI TESORERIA	
	LIQUIDAZIONE COMPENSI AGLI ORGANI AZIENDALI	
	VINCOLO DI IMPIGNORABILITA' DEI FONDI	

	NOMINA DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO NOMINA DEL DIRETTORE DEI LAVORI NOMINA DEL RESPONSABILE DELLA SICUREZZA RAPPORTI CON ORGANISMI PUBBLICI PER IL RILASCIO DI CERTIFICAZIONI, AUTORIZZAZIONI, CONCESSIONI, ECC. EFFETTUAZIONE DI SOPRALLUOGHI RILASCIO DI PARERI ACCORDI DI PROGRAMMA CONFERENZE DI SERVIZI VERIFICA DI STRUTTURE ED IMPIANTI GESTIONE DEI CONTRATTI DI MANUTENZIONE GESTIONE INVENTARIO BENI IMMOBILI ACQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI NEI LIMITI DI SPESA FISSATI CORRISPONDENZA ROUTINARIA	
SISTEMA INFORMATICO	REINGEGNERIZZAZIONE DEL SISTEMA INFORMATICO IMPLEMENTAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROCEDURE GESTIONALI ASSISTENZA HARDWARE E SOFTWARE ASSISTENZA INFORMATICA STRUTTURE AZIENDALI GESTIONE RETE wan/lan CORRISPONDENZA ROUTINARIA	B/C
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	CLASSIFICAZIONE E GESTIONE DEI COSTI E DEI RICAVI PARAMETRIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ METODOLOGIA DI RIBALTAMENTO DEI COSTI GENERALI DI GESTIONE INDIVIDUAZIONE DEI CENTRI DI RILEVAZIONE PIANIFICAZIONE STRATEGICA E PROGRAMM. OPERATIVA AZIENDALE IMPLEMENTAZIONI PROCEDURALI E STRUTTURALI CORRISPONDENZA ROUTINARIA TENUTA CONTABILITÀ ANALITICA ANALISI DEI COSTI, DEI RENDIMENTI E DEI RISULTATI SISTEMA DI BUDGET SISTEMA PREMIANTE REDAZIONE DOCUMENTO PROGRAMMATICO AZIENDALE SUPPORTO AL NUCLEO DI VALUTAZIONE PER LA VERIFICA DELLE PERFORMANCE GESTIONALI DEI DIRIGENTI ASSEGNATARI DI BUDGET GESTIONE DEBITO INFORMATIVO INTERNO ED ESTERNO GESTIONE RETE CUP GESTIONE LISTE DI ATTESA PROCEDURE DI VERIFICA DEI DIRIGENTI (Comitati Tecnici) CONTROLLO STRATEGICO	B/C
STAFF DIREZIONE STRATEGICA	PROGRAMMAZIONE, VERIFICA E GESTIONE DELLA QUALITÀ ANCHE AI FINI DELL'ACCREDITAMENTO PIANO ANNUALE FORMAZIONE PARTECIPAZIONE A CORSI AL DI FUORI DEL PIANO ANNUALE CORSI A DIRETTO COORDINAMENTO E CORSI DI AGGIORNAMENTO CONVENZIONE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE ED ALTRI ENTI FREQUENZA VOLONTARI LIQUIDAZIONE COMPENSI DOCENTI TIROCINI OBBLIGATORI CORRISPONDENZA ROUTINARIA PROTOCOLLO D'INTESA CONVENZIONI DIDATTICHE CONFERIMENTO INCARICHI DI DOCENZA ACCREDITAMENTO AUTORIZZAZIONI CONTROLLO E VIGILANZA	B/C
DIPARTIMENTI A STRUTTURA	STIPULA CONVENZIONI CON ENTI, ASSOCIAZIONI, ECC. IMPEGNI DI SPESA PROGETTI CON FONDI FINALIZZATI	B/C

	RIMBORSI, COMPENSI E SUSSIDI AGLI UTENTI	
	LIQUIDAZIONI DI SPESE IMPEGNATE CON ATTI FORMALI	
	ACQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI NEI LIMITI DI SPESA FISSATI	
	RENDICONTI DELLE SPESE SOSTENUTE	
	RILASCIO AUTORIZZAZIONI, ATTESTAZIONI, CERTIFICAZIONI E PARERI	
	INDAGINI EPIDEMIOLOGICHE E MISURE DI PROFILASSI	
	COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE FUNZIONI COMPLESSE DEPUTATE ALL' ASSISTENZA	
	CORRISPONDENZA ROUTINARIA	
DIPARTIMENTI A FUNZIONE	CONVENZIONI CON ENTI ESTERNI	B/C
	PROGETTI CON FONDI FINALIZZATI	
	FORMULAZIONE PIANO GESTIONE ATTIVITA'	
	COORDINAMENTO, MONITORAGGIO E VALUTAZIONE FUNZIONI COMPLESSE DEPUTATE ALL' ASSISTENZA	
	FORMULAZIONE E ADOZIONE PROTOCOLLI, LINEE GUIDA, REGOLAMENTI E PERCORSI DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO	
	PROPOSTE CORSI FORMAZIONE	
	CORRISPONDENZA ROUTINARIA	
	RILASCIO AUTORIZZAZIONI, ATTESTAZIONI, CERTIFICAZIONI E PARERI	
	RENDICONTI DELLE SPESE SOSTENUTE	

TITOLO VIII - RAPPORTI INTERORGANIZZATIVI

1. Rapporti con gli Enti Locali (PAL e PAT)

L'Azienda deve affrontare il tema della centralità delle comunità locali, individuandone i bisogni, e garantire, alla luce delle priorità, coerenza tra la domanda esistente e potenziale di salute proveniente dalle comunità stesse e gli indirizzi di spesa.

In tale contesto il ruolo della Conferenza dei Sindaci non potrà essere concepito né ex post né come controparte delle decisioni di assegnazione, riconversione o redistribuzione delle risorse.

D'altra parte la funzione delle comunità locali e delle rappresentanze istituzionali dovrà essere di codeterminazione delle scelte e di responsabilità collegiale nell'attuazione delle medesime.

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.

E' noto che uno degli elementi fondamentali che consentono una corretta ridefinizione della rete ospedaliera sia la creazione di un polo forte dei servizi di cure primarie: medicina generale e specialistica con particolare riferimento al buon funzionamento dei servizi dell'area dipartimentale socio sanitaria e della riabilitazione, con la capacità di realizzare per le categorie fragili – minori, anziani, disabili, malati di mente e tossicodipendenti - uno stretto collegamento con i servizi sociali del Comune.

La proposta aziendale è, quindi, quella di considerare in maniera più flessibile e dinamica la realizzazione del coordinamento socio sanitario, attribuendo al concetto di coordinamento un valore politico programmatico, ovvero coordinamento inteso come convergenza su un determinato obiettivo delle azioni di più Enti (Comuni, Azienda Sanitaria).

Il confronto con le istanze sociali avviene principalmente in sede di formulazione del piano attuativo locale (Pal) e dei programmi delle attività territoriali/distrettuali (Pat).

La regolamentazione regionale della materia, con la definizione delle modalità di partecipazione degli enti locali, ai sensi dell'art.2 – quinquies - del D. Lgs. 502/1992 s.i., avverrà con la legislazione di recepimento delle varianti al D. Lgs. 502 introdotte dal D. Lgs. 229/1999 e con il nuovo PSR.

Nell'ambito degli strumenti del governo complessivo dell'azienda occorre prevedere momenti di confronto con le istanze sociali, mediante conferenze di servizio a livello di azienda e a livello distrettuale;

Tra i compiti dei nuovi organi di supporto della Direzione Generale nel governo dell'azienda, a livello aziendale e distrettuale (collegio di direzione e ufficio di coordinamento delle attività distrettuali), è necessaria l'analisi periodica e sistematica delle istanze sociali.

2. Rapporto dell'azienda con le altre aziende sanitarie

Costituisce obiettivo del SSR lo sviluppo della collaborazione tra le diverse aziende sanitarie regionali. In sede aziendale lo spirito di collaborazione tra le aziende trova espressione nella individuazione della struttura organizzativa aziendale, che deve tenere conto dei rapporti di collaborazione tra le aziende prevedendo:

- la creazione di strutture complesse interaziendali, con personale operante nelle aziende interessate;
- 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).

3. Rapporto di collaborazione con Università

L'Azienda USL Frosinone persegue un costante ed incrementale rapporto con le Università in ambito regionale e nazionale, in un ottica di reciproco scambio e promozione delle competenze professionali, della ricerca, della formazione di base e continua.

Sono attivi presso l'Azienda USL Frosinone:

- Corsi di Laurea di Infermiere Generale e Pediatrico:
 - Sede di Frosinone, in collaborazione con l'Università "La Sapienza" di Roma
 - Sede di Cassino, in collaborazione con l'Università "La Sapienza" di Roma
 - Sede di Sora, in collaborazione con l'Università "Tor Vergata" di Roma
- Convenzioni didattico scientifiche
- Protocolli di intesa per diverse Scuole di Specializzazione. Dovrà inoltre essere applicata, in sede locale, la disciplina nazionale riguardante la formazione

professionale degli iscritti alle Scuole di Specializzazione, con particolare riguardo sia alla individuazione delle sedi del S.S.R. dove svolgere la formazione, sia alla distribuzione degli specializzandi, secondo quanto previsto dal Decreto 17 maggio 1995 emanato dal Ministro della Sanità di concerto con Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica e con il Ministro del Tesoro.

4. Rapporti con le Organizzazioni Sindacali

In una logica informativa e di consultazione è previsto con le Organizzazioni sindacali un vero e proprio confronto su tutti i temi connessi alla riorganizzazione aziendale, ed in particolare dei servizi ospedalieri e territoriali.

In tale prospettiva ampia vanno quindi inquadrare le relazioni sindacali concernenti il personale e più in generale l'utilizzo delle risorse umane.

Per quel che concerne il personale, peraltro, è rilevante sottolineare la prospettiva di impegno aziendale relativamente alla formazione innovativa ed alla riqualificazione e all'aggiornamento.

L'introduzione dell'aziendalizzazione, che comporta mentalità nuova e strumenti gestionali diversi da quelli tradizionalisti, richiede un significativo programma formativo. Tale programma, ovviamente, stante le forti implicazioni della riorganizzazione ospedaliera e di quella territoriale, sarà attento ad ambedue le prospettive.

Per concretizzare il comune impegno in materia sarà attivato un tavolo di confronto Azienda Sanitaria e OO.SS. per quanto riguarda sia le prospettive di riqualificazione ed aggiornamento conseguenti alla mobilità, sopra ricordate, sia i temi connessi alla verifica dei risultati dei carichi di lavoro, nel caso dovessero prevedere un diverso utilizzo del personale.

L'Azienda istituisce un SS Relazioni Sindacali. Suoi compiti sono la gestione dei rapporti con le organizzazioni sindacali rappresentative e l'applicazione delle norme contrattuali in materia.

PARTE SECONDA

ALLEGATI

INDICE - ALLEGATI

ALLEGATO 1	Descrizione della suddivisione distrettuale, con l'afferenza dei singoli comuni (con cartina geografica e/o topografica) e con i dati di popolazione
ALLEGATO 2	Dati epidemiologici
ALLEGATO 3	Dotazione posti letto
ALLEGATO 4	Descrizione personale dipendente
ALLEGATO 5	Organigramma
ALLEGATO 6	Il Direttore Generale: funzioni e responsabilità
ALLEGATO 7	Il Collegio Sindacale: funzioni
ALLEGATO 8	Il Direttore Sanitario: funzioni
ALLEGATO 9	Il Direttore Amministrativo: funzioni
ALLEGATO 10	Area Amministrativa e del Coordinamento Amministrativo: dettaglio articolazione Unità Complesse e Semplici
ALLEGATO 11	Il Collegio di direzione: funzioni
ALLEGATO 12	Il Consiglio dei Sanitari: modalità di elezione, composizione e funzionamento
ALLEGATO 13	Il Coordinatore Socio Sanitario: funzioni
ALLEGATO 14	Il Nucleo di valutazione: competenze
ALLEGATO 15	Le Unità in Staff al Governo Strategico: articolazione e descrizione Unità complesse e Semplici
ALLEGATO 16	Il Direttore di Distretto: funzioni
ALLEGATO 17	Il Direttore Sanitario di Ospedale: funzioni
ALLEGATO 18	Il Direttore Amministrativo di Ospedale: funzioni
ALLEGATO 19	Il Direttore di Dipartimento: funzioni e responsabilità
ALLEGATO 20	Il Comitato di Dipartimento: funzioni
ALLEGATO 21	DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
ALLEGATO 22	DIPARTIMENTO DISAGIO, DEVIANZA, DIPENDENZE (3D)
ALLEGATO 23	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
ALLEGATO 24	DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
ALLEGATO 25	DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
ALLEGATO 26	DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
ALLEGATO 27	DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE
ALLEGATO 28	DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE
ALLEGATO 29	DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE
ALLEGATO 30	DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE "LAZIO SUD" DI MEDICINA TRASFUSIONALE
ALLEGATO 31	RIEPILOGO: STRUTTURE AZIENDALI STRUTTURE COMPLESSE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI COORDINAMENTO OSPEDALE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI COORDINAMENTO DISTRETTI

ALLEGATO **1**

Descrizione della suddivisione distrettuale, con l'afferenza dei singoli comuni (con cartina geografica e/o topografica) e con i dati di popolazione

Definizione progettuale ASL/FROSINONE per Distretti Sanitari

Il territorio dell'Azienda USL di Frosinone comprende tutto l'ambito provinciale con 91 comuni, per un totale di 491.299 abitanti al 30 giugno 2006 (dato ISTAT), ripartiti come di seguito:

Codice	Comune	Popolazione totale	Codice	Comune	Popolazione totale
60001	Acquafondata	291	60046	Paliano	7.931
60002	Acuto	1.882	60047	Pastena	1.605
60003	Alatri	28.154	60048	Patrica	3.059
60004	Alvito	2.963	60049	Pescosolido	1.565
60005	Amaseno	4.334	60050	Picinisco	1.223
60006	Anagni	20.935	60051	Pico	3.134
60007	Aquino	5.308	60052	Piedimonte San Germano	5.461
60008	Arce	5.945	60053	Piglio	4.686
60009	Arara	2.425	60054	Pignataro Interamna	2.516
60010	Arpino	7.692	60055	Pofi	4.447
60011	Atina	4.460	60056	Pontecorvo	13.262
60012	Ausonia	2.574	60057	Posta Fibreno	1.240
60013	Belmonte Castello	787	60058	Ripi	5.412
60014	Boville Ernica	8.927	60059	Rocca d'Arce	995
60015	Broccostella	2.724	60060	Roccasecca	7.538
60016	Campoli Appennino	1.811	60061	S. Biagio Saracinisco	383
60017	Casalattico	653	60062	San Donato Val Comino	2.170
60018	Casalvieri	3.161	60063	San Giorgio a Liri	3.133
60019	Cassino	32.729	60064	San Giovanni Incarico	3.462
60020	Castelliri	3.504	60065	S.Ambrogio s.Garigliano	977
60021	Castelnuovo Parano	885	60066	S.Andrea del Garigliano	1.567
60022	Castrocielo	3.855	60067	Sant'Apollinare	1.956
60023	Castro dei Volsci	4.975	60068	Sant'Elia Fiumerapido	6.243
60024	Ceccano	22.512	60069	Santopadre	1.557
60025	Ceprano	8.396	60070	San Vittore del Lazio	2.709
60026	Cervaro	7.128	60071	Serrone	2.981
60027	Colfelice	1.828	60072	Settefrati	836
60028	Colleparado	949	60073	Sgurgola	2.623
60029	Colle San Magno	811	60074	Sora	26.497
60030	Coreno Ausonio	1.693	60075	Strangolagalli	2.585
60031	Esperia	4.071	60076	Supino	4.919
60032	Falvaterra	594	60077	Terelle	547
60033	Ferentino	20.628	60078	Torre Cajetani	1.349
60034	Filetino	561	60079	Torrice	4.492
60035	Fiuggi	9.186	60080	Trevi nel Lazio	1.786
60036	Fontana Liri	3.094	60081	Trivigliano	1.585
60037	Fontechiari	1.296	60082	Vallecorsa	2.987
60038	Frosinone	48.249	60083	Vallemaio	1.015
0039	Fumone	2.199	60084	Vallerotonda	1.790
60040	Gallinaro	1.264	60085	Veroli	20.311
60041	Giuliano di Roma	2.358	60086	Vicalvi	844
60042	Guarcino	1.653	60087	Vico nel Lazio	2.237
60043	Isola del Liri	12.161	60088	Villa Latina	1.248
60044	Monte S. G.Campano	12.816	60089	Villa Santa Lucia	2.678
60045	Morolo	3.145	60090	Villa Santo Stefano	1.772
			60091	Viticuso	420
TOTALE					491.299

L'Azienda è suddivisa in sei Distretti Sanitari che comprendono, sotto il profilo censuario, i Comuni indicati nella sottostante tabella (tab. 1) e riportati, con le principali caratteristiche geo-demografiche, nella carta topografica annessa.

Tab. 1 – Strutturazione dei Distretti

DISTRETTO 1	
COMUNE	POPOLAZIONE
Acuto	1.882
Anagni	20.935
Ferentino	20.628
Morolo	3.145
Paliano	7.931
Piglio	4.686
Serrone	2.981
Sgurgola	2.623
Supino	4.919
TOTALE	69.730

DISTRETTO 2	
COMUNE	POPOLAZIONE
Alatri	28.154
Colleparado	949
Filettino	561
Fiuggi	9.186
Fumone	2.199
Guarcino	1.653
Torre Cajetani	1.349
Trevi nel Lazio	1.786
Trivigliano	1.585
Veroli	20.311
Vico nel Lazio	2.237
TOTALE	69.970

DISTRETTO 3	
COMUNE	POPOLAZIONE
Amaseno	4.334
Arnara	2.425
Boville Ernica	8.927
Castro dei Volsci	4.975
Ceccano	22.512
Ceprano	8.396
Falvaterra	594
Frosinone	48.249
Giuliano di Roma	2.358
Pastena	1.605
Patrica	3.059
Pofi	4.447
Ripi	5.412
San Giovanni Incarico	3.462
Strangolagalli	2.585
Torrice	4.492
Vallecorsa	2.987
Villa Santo Stefano	1.772
TOTALE	132.591

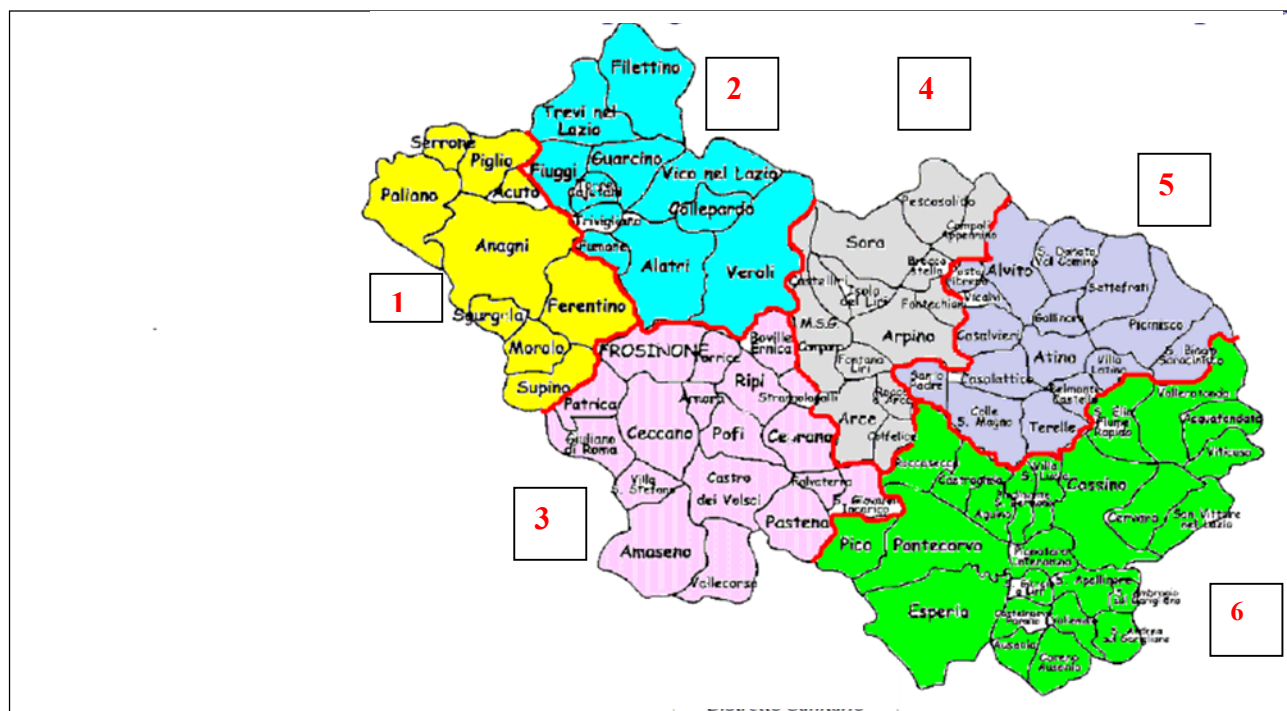
DISTRETTO 4	
COMUNE	POPOLAZIONE
Arce	5.945
Arpino	7.692
Broccostella	2.724
Campoli Appennino	1.811
Castelliri	3.504
Colfelice	1.828
Fontana Liri	3.094
Fontechiari	1.296
Isola del Liri	12.161
Monte San Giovanni Campano	12.816
Pescosolido	1.565
Rocca d'Arce	995
Sora	26.497
TOTALE	81.928

DISTRETTO 5	
COMUNE	POPOLAZIONE
Alvito	2.963
Atina	4.460
Belmonte Castello	787
Casalattico	653
Casalvieri	3.161
Colle San Magno	811
Gallinaro	1.264
Picinisco	1.223
Posta Fibreno	1.240
San Biagio Saracinisco	383
San Donato Val di Comino	2.170
Santopadre	1.557
Settefrati	836
Terelle	547
Vicalvi	844
Villa Latina	1.248
TOTALE	24.147

DISTRETTO 6	
COMUNE	POPOLAZIONE
Acquafondata	291
Aquino	5.308
Ausonia	2.574
Cassino	32.729
Castelnuovo Parano	885
Castrocielo	3.855
Cervaro	7.128
Coreno Ausonio	1.693
Esperia	4.071
Pico	3.134
Piedimonte San Germano	5.461
Pignataro Interamna	2.516
Pontecorvo	13.262
Roccasecca	7.538
San Giorgio a Liri	3.133
San Vittore del Lazio	2.709
Sant'Ambrogio sul Garigliano	977
Sant'Andrea del Garigliano	1.567
Sant'Apollinare	1.956
Sant'Elia Fiumerapido	6.243
Vallemaio	1.015
Vallerotonda	1.790
Villa Santa Lucia	2.678
Viticuso	420
TOTALE	112.933

La carta topografica in figura 1 illustra la composizione e la disposizione territoriale dei distretti individuati.

Fig. 1 – Strutturazione dei Distretti Sanitari



In tabella 2 sono descritti i principali indicatori demografici rilevati nel 14° censimento dell'anno 2001.

Tab. 2 – Principali indicatori demografici provinciali (14° Censimento – Anno 2001)

Popolazione residente	484.566
% popolazione residente con meno di 6 anni di età	5,16%
% popolazione residente di 65 anni e più	18,46%
% popolazione residente di 75 anni e più	8,28%
% popolazione residente di 85 anni e più	2,00%
Indice di dipendenza	49,61
Indice di vecchiaia	125,55
Rapporto di mascolinità	95,51
Stranieri per 100 residenti	1,32
Densità abitativa (ab/Kmq)	149

Nella successiva tabella (tab. 3) sono riportati i tassi grezzi provinciali, regionali e nazionali di natalità e di mortalità (per 1.000 abitanti)

Tab. 3 – Tassi grezzi di natalità e mortalità 2003-2006 (per 1.000 abitanti)

	Natalità				Mortalità			
	2003	2004	2005	2006*	2003	2004	2005	2006*
Frosinone	8,4	8,5	8,4	8,4	10,0	9,5	9,5	9,6
Lazio	9,8	9,9	9,6	9,5	9,9	9,4	9,4	9,0
ITALIA	9,4	9,7	9,5	9,5	10,2	9,4	9,7	9,4

(*) stima

La tabella che segue (tab. 4) riporta il contributo rispettivo che il movimento naturale (nascite e morti) e quello migratorio (immigrazioni ed emigrazioni) danno all'incremento totale della popolazione provinciale, regionale e nazionale.

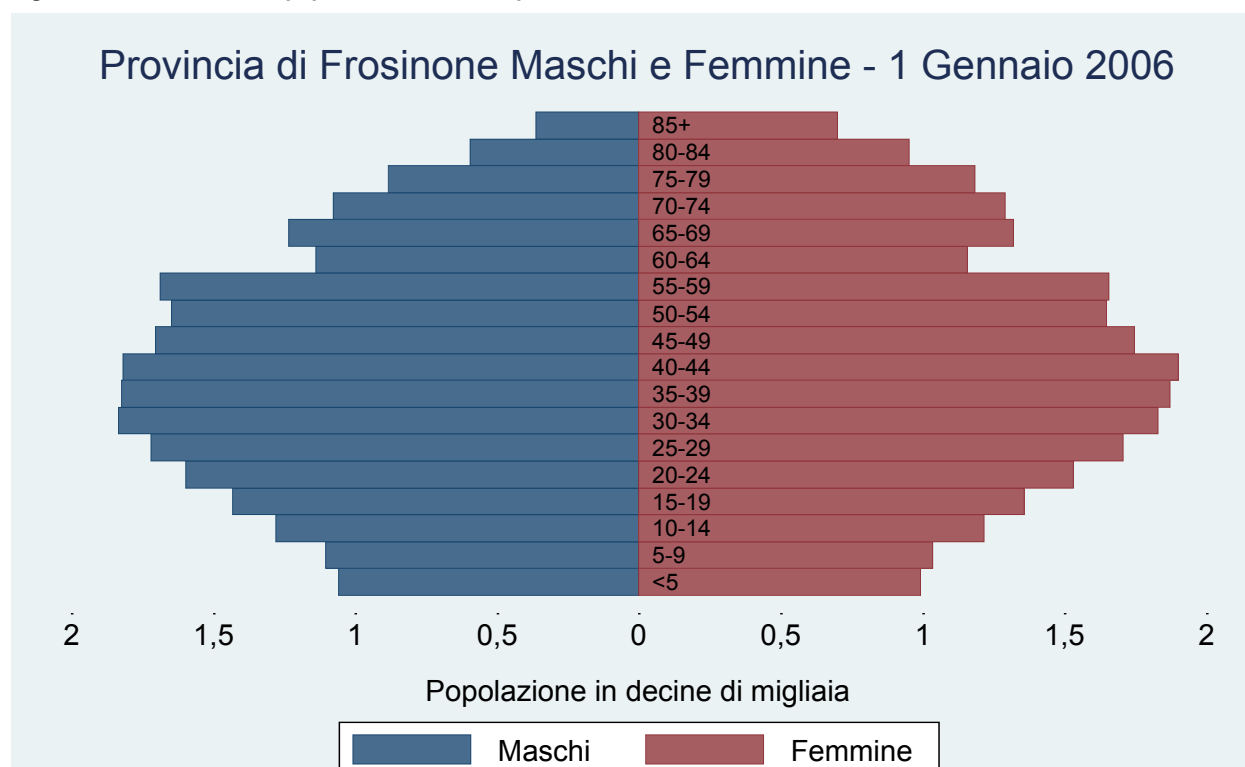
Tab. 4 – Bilancio demografico 2003-2006 (per 1.000 abitanti)

	Saldo Naturale				Saldo Migratorio				Crescita Totale			
	2003	2004	2005	2006*	2003	2004	2005	2006*	2003	2004	2005	2006*
Frosinone	-1,6	-1,0	-1,1	-1,2	6,7	4,2	6,0	3,0	5,1	3,2	4,9	1,8
Lazio	-0,1	0,5	0,2	0,5	11,6	11,9	6,4	6,9	11,5	12,4	6,6	7,4
ITALIA	-0,8	0,3	-0,2	0,1	10,6	9,6	5,2	3,9	9,8	9,9	5,0	4,0

(*) stima

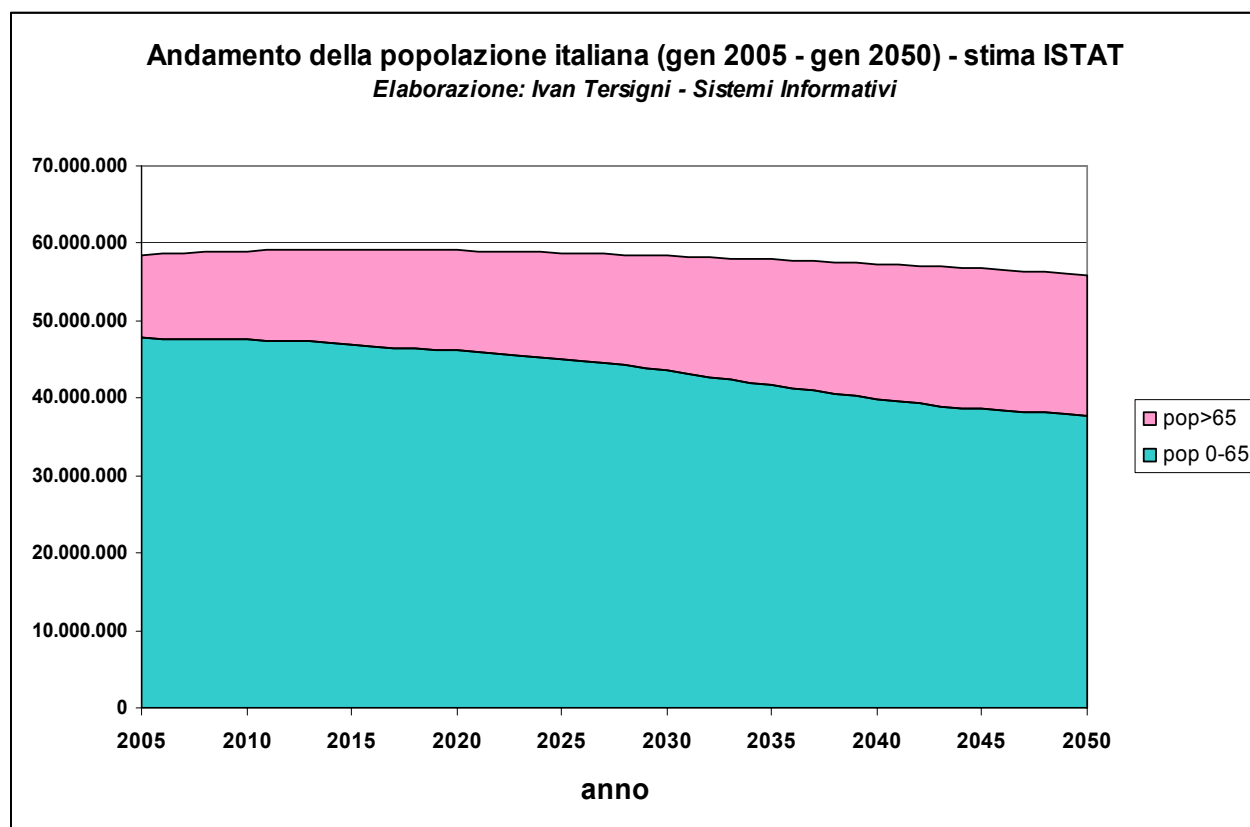
L'effetto di tali componenti sulla popolazione provinciale ha determinato la struttura rappresentata in figura (fig. 2).

Fig. 2 – Distribuzione della popolazione residente per sesso ed età



Stime ISTAT sull'evoluzione nel medio-lungo periodo della struttura della popolazione italiana residente, costruite supponendo un ulteriore miglioramento dei livelli di sopravvivenza rispetto a quanto già rilevato negli ultimi anni, un aumento sia pur contenuto della fecondità e flussi migratori netti dell'ordine delle 150 mila unità aggiuntive annue per tutto il periodo di previsione, disegnano lo scenario demografico nazionale fino all'anno 2050 rappresentato in figura (fig. 3)

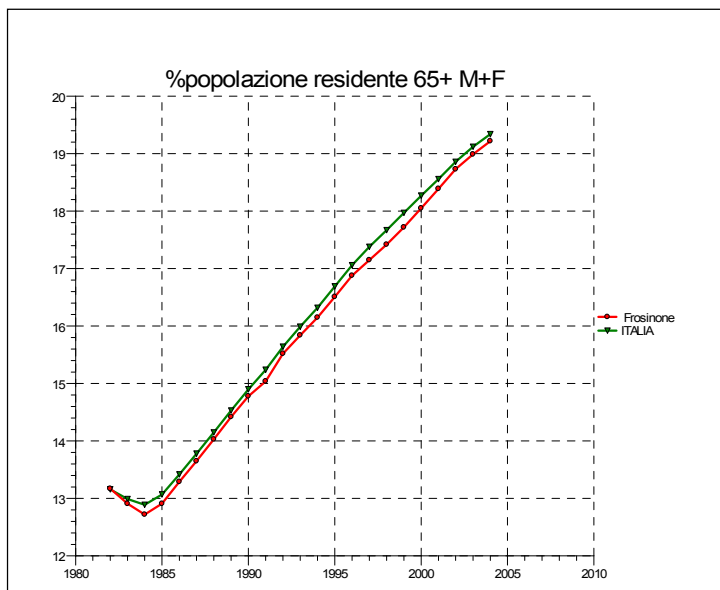
Fig. 3 – Distribuzione della popolazione residente per sesso ed età



Si evince dal grafico che la proporzione di popolazione di età superiore a 65 anni passa dal 18,3% nell'anno 2005 al 32,4% nell'anno 2050.

Non sono disponibili stime riferite alla popolazione provinciale, ma poiché essa condivide le dinamiche demografiche nazionali, come si vede dal grafico sottostante (fig. 4), si può ragionevolmente ipotizzare che il peso della popolazione ultrasessantacinquenne sia destinato a crescere in provincia in misura sovrapponibile.

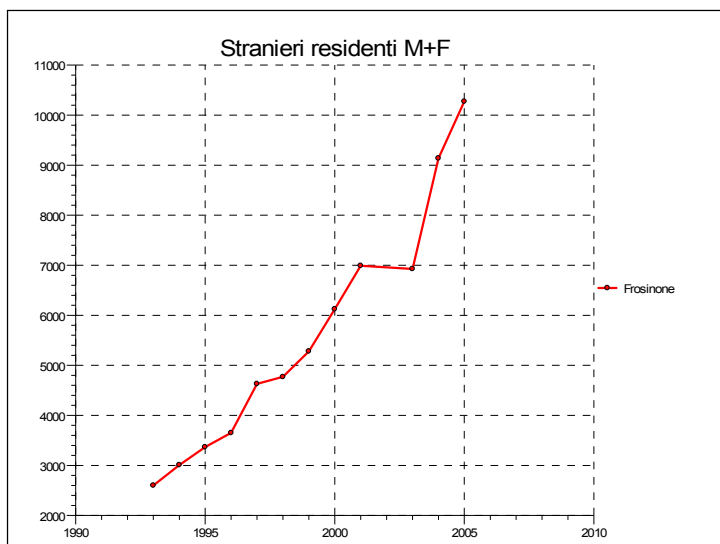
Fig. 4 – Proporzione di residenti di età 65 e +



Tenuto conto che gli anziani sono forti consumatori di servizi sanitari ed ipotizzando invariati i loro modelli di consumo, è prevedibile un aumento di domanda di prestazioni soprattutto legate alla presenza di malattie cronic-degenerative, la cui incidenza e prevalenza aumenta con il crescere dell'età.

Particolare interesse riveste il flusso di cittadini stranieri in costante aumento, come si vede dal grafico sottostante (figura 5).

Fig. 5 – Andamento del numero di stranieri residenti in provincia



Si tratta di una popolazione (stimata in 10.273 unità al 1-1-2005) notevolmente eterogenea la cui fragilità sociale costituisce il principale fattore di rischio per la salute.

ALLEGATO **2**

Dati epidemiologici

ANALISI DELLA DOMANDA DI RICOVERO OSPEDALIERO ESPRESSA DALLA
POPOLAZIONE RESIDENTE IN PROVINCIA DI FROSINONE – ANNO 2005



OBIETTIVO

Descrivere ed analizzare la domanda di ricovero ospedaliero espressa dalla popolazione residente in Provincia di Frosinone, al fine di fornire indicazioni per programmare la natura, l'ubicazione e la dimensione dei servizi di assistenza sanitaria necessari per soddisfare i bisogni di salute della comunità.

METODOLOGIA

I dati utilizzati per questa indagine provengono dall'archivio delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) relative a tutte le dimissioni del 2005 dei pazienti residenti nel territorio della ASL Frosinone, trattati in ospedali intra ed extra-regionali.

La scelta dell'anno 2005 è motivata dal fatto che è l'ultimo per il quale risulta disponibile il data base completo dei ricoveri dei residenti, ovunque avvenuti.

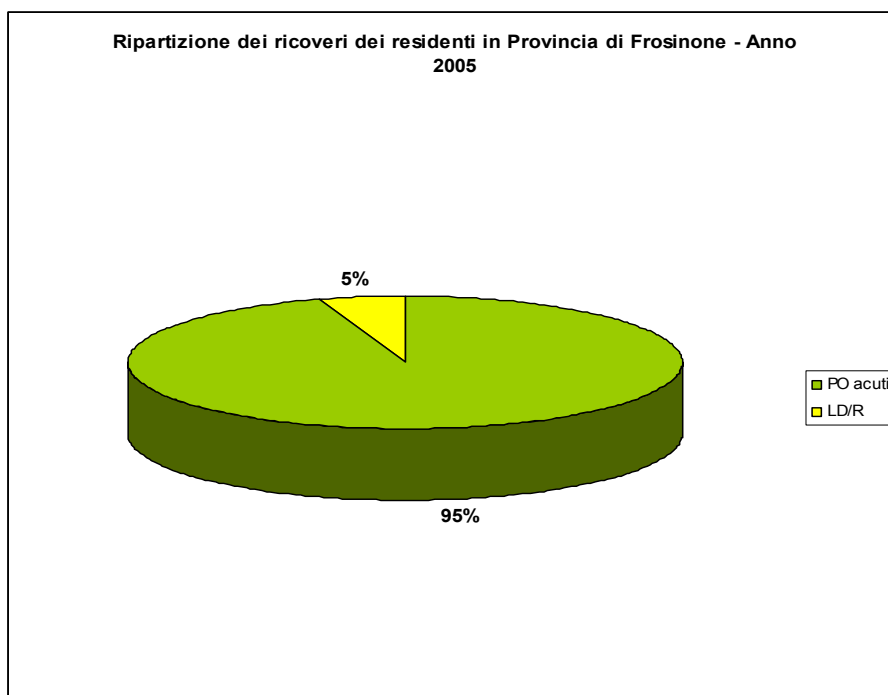
Sono state escluse 2.846 SDO di neonati sani (DRG 391) dimessi rispettivamente dai Presidi Ospedalieri a diretta gestione ASL (2.422), dalle Case di cura accreditate della provincia (108), dai Presidi Ospedalieri della Regione Lazio (268) e dai Presidi Ospedalieri extra-regionali (48).

Le SDO rimanenti, relative alle ospedalizzazioni dei residenti, ammontano a 110.777.

L'analisi è stata condotta separatamente, differenziando i ricoveri effettuati nei Presidi Ospedalieri per acuti (105.256) da quelli avvenuti nelle strutture di lungodegenza e riabilitazione (5.521) (cod. 28, 56, 60).

La ripartizione dei ricoveri dei residenti per tipologia di Presidio Ospedaliero è comunque mostrata nel grafico sottostante (figura 1).

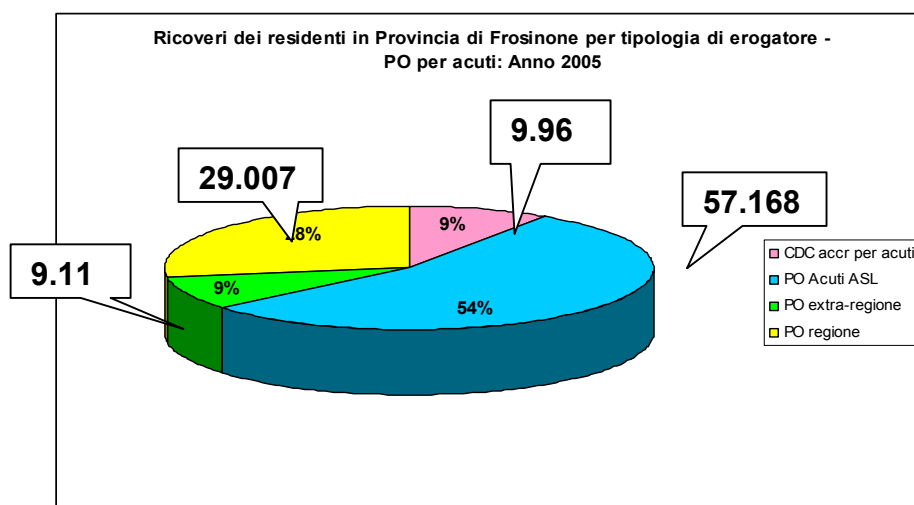
Fig. 1 – Ripartizione dei ricoveri dei residenti in Provincia di Frosinone per tipologia di Presidio Ospedaliero



RICOVERI DEI RESIDENTI IN PRESIDI OSPEDALIERI PER ACUTI

Ammontano per l'anno 2005 a 105.256 e risultano ripartiti come illustrato nel seguente grafico (figura 2).

Fig. 2 – Ripartizione dei ricoveri dei residenti in Provincia di Frosinone per tipologia di Istituto erogatore



La tabella che segue (tabella 1) mostra la distribuzione dei ricoverati per sesso e classe di età.

Tab. 1 – Distribuzione per età e sesso dei residenti ricoverati nel 2005 nei PO per acuti.

CLASSE DI ETÀ	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0 – 20	8.951	7.352	16.303
21 – 40	7.496	14.466	21.962
41 – 60	11.738	12.640	24.378
61 – 80	17.914	15.206	33.120
> 80	4.161	5.332	9.493
TOTALE	50.260	54.996	105.256

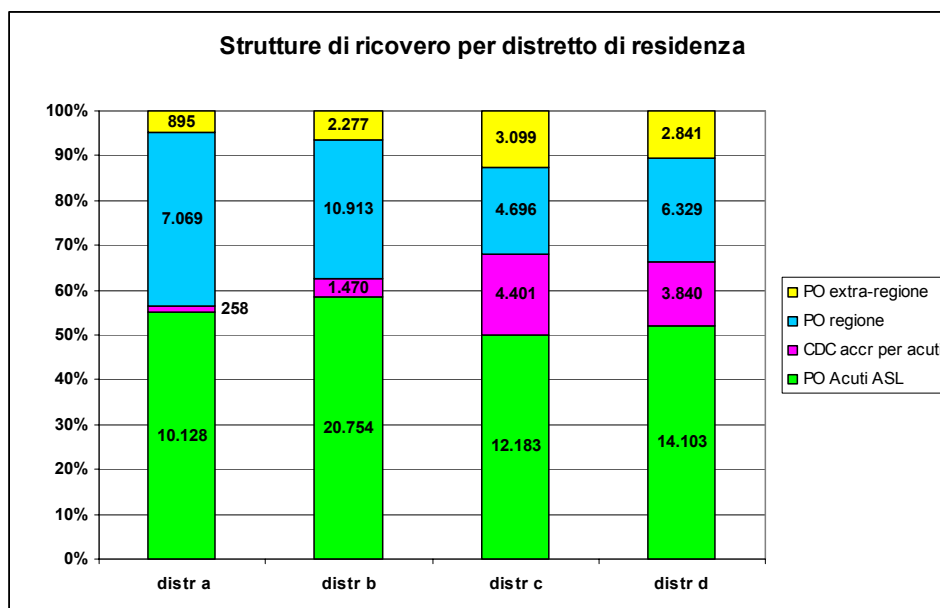
Nella tabella successiva (tabella 2) invece viene riportato il numero complessivo di dimissioni per distretto di residenza dei pazienti, unitamente al tasso grezzo di ospedalizzazione per distretto.

Tab. 2 – Numero di dimessi e tassi di ospedalizzazione per distretto di residenza.

Distretto di residenza	N° dimessi	Tasso grezzo di ospedalizzazione/1000 abitanti	Tasso standardizzato
A	18.350	213,0	216,6
B	35.414	192,7	192,9
C	24.379	232,5	227,7
D	27.113	237,2	238,1
TOTALE	105.256	215,2	215,1

Il grafico che segue (figura 3) evidenzia le strutture verso cui si indirizzano i residenti di ogni distretto per le patologie acute.

Fig 3 – Numero di ricoveri per distretto di residenza e strutture di afferenza



Si può vedere come, tra tutti i ricoverati per patologie acute, la proporzione di quelli che scelgono i PO a diretta gestione ASL è pari al 59% per i residenti nel distretto B (era il 61% nel 2003), al 55% per i residenti nel distretto A (era il 59% nel 2003), al 52% per i residenti nel distretto D (era il 55% nel 2003) e al 50% per i residenti nel distretto C (era il 52% nel 2003).

Il decremento nell'utilizzo dei PO pubblici a diretta gestione ASL appare un fenomeno diffuso, ma la sua dimensione assume particolare rilevanza tra i residenti nel distretto C dove solo la metà dei ricoverati sceglie le strutture pubbliche aziendali.

Prediligono invece le Case di Cura accreditate ubicate nel territorio della ASL il 18% dei ricoverati residenti nel distretto C (il 16% nel 2003), il 14% di quelli residenti nel distretto D (percentuale invariata rispetto al 2003), il 4% di quelli residenti nel distretto B (il 2% nel 2003) e l'1% di quelli residenti nel distretto A (percentuale invariata rispetto al 2003).

E' appena il caso di notare che detta distribuzione riflette la disponibilità territoriale di PL accreditati per acuti (108 PL nel distretto D, 80 PL nel distretto C, nessun posto letto nei distretti A e B).

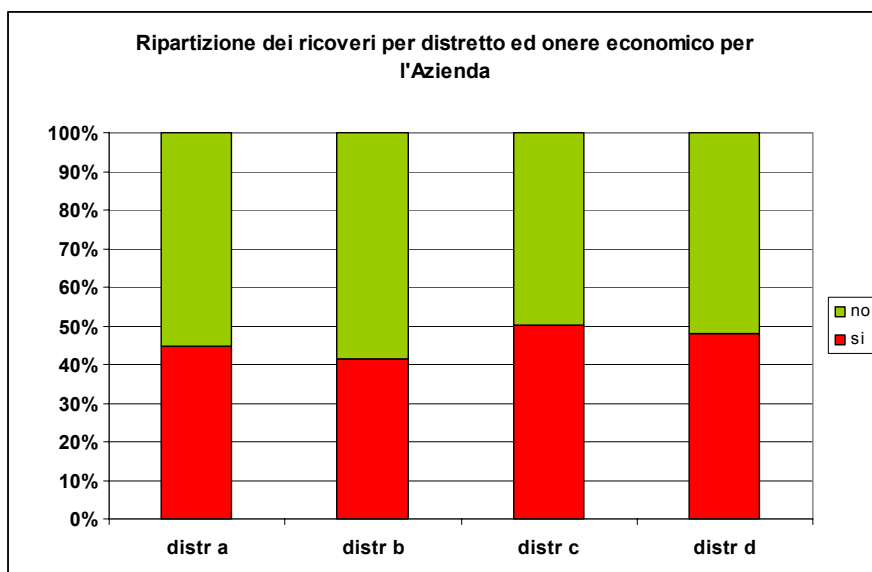
Si indirizzano verso i Presidi Ospedalieri della Regione Lazio il 39% dei ricoverati residenti nel distretto A (era il 35% nel 2003), il 31% di quelli residenti nel distretto B (era il 30% nel 2003), il 23% di quelli residenti nel distretto D (era il 21% nel 2003) e solo il 19% di quelli residenti nel distretto C (percentuale invariata rispetto al 2003).

Preferiscono invece i Presidi Ospedalieri extra-regionali il 13% dei ricoverati residenti nel distretto C (era il 12% nel 2003), l'11% di quelli residenti nel distretto D (era il 10% nel 2003), il 6% dei quelli residenti nel distretto B (percentuale invariata rispetto al 2003) e il 5% di quelli residenti nel distretto A (percentuale invariata rispetto al 2003).

Come già rilevato in precedenti relazioni, queste osservazioni confermano che i flussi di mobilità passiva dei residenti nell'area nord della provincia si orientano preferenzialmente verso Roma, mentre quelli dei residenti nell'area sud si dirigono essenzialmente verso le regioni limitrofe (Abruzzo, Molise e Campania).

Tenuto conto che i ricoveri presso le Case di Cura private accreditate e quelli in mobilità passiva costituiscono un onere economico per l'azienda, la ripartizione degli stessi in onerosi e non, per ciascun distretto, illustrata nel grafico sottostante (figura 4), può aiutare a comprendere la dimensione del fenomeno.

Fig 4 – Distribuzione dei ricoveri per distretto ed impegno economico



E' facile constatare che la percentuale di ricoveri onerosi per l'azienda, sia in termini di esborsi per le Case di Cura accreditate che di mancati introiti derivanti dalle decurtazioni per la compensazione della mobilità passiva, oscilla da un minimo del 41% (distretto B) ad un massimo del 50% (distretto C).

La tabella 3 fornisce in dettaglio le strutture di ricovero dei residenti in ciascun distretto

Tab. 3 – Distribuzione delle strutture di ricovero per distretto di residenza

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	4.543	3.118	202	63	7.926
Anagni	3.500	840	87	62	4.489
Bambin Gesu'	1.117	1.921	931	1.182	5.151
Campus Biomedico	72	138	100	80	390
Cassino	34	246	402	7.711	8.393
Ceccano	312	2.818	79	133	3.342
Frosinone	1.506	11.532	900	593	14.531
Fuori Regione	895	2.277	3.099	2.841	9.112
IRCSS IDI	180	210	92	87	569
IRCSS INRCA	7	19	6	6	38
IRCSS S. Lucia	13	38	6	14	71
Latina	224	713	194	1.162	2.293
Pol. Gemelli	815	2.070	1.062	970	4.917
Pol. Umberto I	704	1.065	554	669	2.992
Pontecorvo	31	572	400	4.052	5.055
RM/A	361	608	160	184	1.313
RM/B	151	212	70	144	577
RM/C	283	425	178	201	1.087

RM/D	123	227	73	106	529
RM/E	503	741	388	282	1.914
RM/F	2	4	1	4	11
RM/G	1.029	122	10	40	1.201
RM/H	374	342	159	148	1.023
Regina Elena	179	397	154	310	1.040
Rieti	3	5	4	9	21
S. Andrea	163	288	91	155	697
S. Anna	3	89	125	1.857	2.074
S. Camillo	321	571	186	266	1.344
S. Filippo N.	192	240	80	80	592
S. Giovanni	110	243	68	83	504
S. Raffaele-Pisana	0	5	2	1	8
S. Teresa	212	914	1.704	155	2.985
Sora	202	1.628	10.113	1.489	13.432
Spallanzani	22	44	11	8	85
Tor Vergata	109	237	108	128	582
V. Gioia	42	451	2.429	121	3.043
V. Serena	1	16	143	1.707	1.867
Viterbo	12	28	8	10	58
TOTALE	18.350	35.414	24.379	27.113	105.256

I raggruppamenti di patologie (MDC) che più frequentemente hanno determinato il ricorso al ricovero ospedaliero sono riportati nella successiva tabella (tabella 4).

Tab. 4 – Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero

MDC	n°	%	% cum
Apparato cardiocircolatorio	12.425	11,8	11,8
Apparato osteomuscolare e tess. connett	11.846	11,3	23,1
Apparato digerente	11.629	11,0	34,1
Gravidanza Parto Puerperio	7.201	6,8	40,9
Sistema Nervoso	7.188	6,8	47,8
Orecchio Naso Gola	6.359	6,0	53,8
Pelle Sottocute e Mammella	6.356	6,0	59,9
Apparato respiratorio	5.580	5,3	65,2
Occhio	5.522	5,2	70,4
Apparato urinario	5.089	4,8	75,2
Malattie mieloproliferative/neoplastiche	4.659	4,4	79,7
Apparato endocrino-metabolico e nutriz	3.948	3,8	83,4
Apparato epatobiliare e pancreas	3.789	3,6	87,0
Apparato genitale femminile	3.405	3,2	90,3
Apparato genitale maschile	2.201	2,1	92,3
Malattie mentali	2.005	1,9	94,2
Sangue e apparato ematopoietico-immunitario	1.425	1,4	95,6
Altri fattori di ricorso ai servizi sanitari	1.417	1,3	96,9
Condizioni neonatali	1.132	1,1	98,0
Traumi e avvelenamenti	949	0,9	98,9
Malattie infettive e parassitarie	700	0,7	99,6
Abusi di alcol e farmaci	133	0,1	99,7
Infezioni da HIV	102	0,1	99,8

Ustioni	67	0,1	99,9
Altro	67	0,1	99,9
Traumatismi multipli	62	0,1	100,0
TOTALE	105.256	100,0	

Come si vede, le malattie dell'apparato cardiocircolatorio (11,8%), del sistema osteoarticolare (11,3%) e dell'apparato digerente (11%) sono le condizioni più frequentemente associate al ricovero per quanto riguarda i residenti in provincia, costituendo nel complesso oltre 1/3 della domanda di ricovero della popolazione.

La disaggregazione della domanda a livello di distretto non permette di cogliere differenze rilevanti: le affezioni precedentemente ricordate, in proporzione ed ordine diverso, risultano comunque tra le prime tre cause di ricovero della popolazione in ciascun distretto esaminato, come illustrato dalle tabelle 5-8.

Tab. 5 – Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero: RESIDENTI
DISTRETTO A

MDC	n°	%	% cum
Apparato cardiocircolatorio	2.471	13,5	13,5
Apparato osteomuscolare e tess. connett	1.878	10,2	23,7
Apparato digerente	1.848	10,1	33,8
Orecchio Naso Gola	1.408	7,7	41,4
Gravidanza Parto Puerperio	1.370	7,5	48,9
Sistema Nervoso	1.265	6,9	55,8
Apparato respiratorio	1.101	6,0	61,8
Occhio	948	5,2	67,0
Pelle Sottocute e Mammella	867	4,7	71,7
Apparato urinario	792	4,3	76,0
Malattie mieloproliferative/neoplastiche	778	4,2	80,3
Apparato endocrino-metabolico e nutriz	688	3,7	84,0
Apparato genitale femminile	571	3,1	87,1
Apparato epatobiliare e pancreas	524	2,9	90,0
Malattie mentali	380	2,1	92,0
Apparato genitale maschile	354	1,9	94,0
Altri fattori di ricorso ai servizi sanitari	298	1,6	95,6
Sangue e apparato ematopoietico-immunitario	214	1,2	96,8
Traumi e avvelenamenti	208	1,1	97,9
Condizioni neonatali	182	1,0	98,9
Malattie infettive e parassitarie	114	0,6	99,5
Abusi di alcol e farmaci	35	0,2	99,7
Infezioni da HIV	27	0,1	99,8
Ustioni	11	0,1	99,9
Traumatismi multipli	11	0,1	100,0
Altro	7	0,0	100,0
TOTALE	18.350	100,0	

Tab. 6 – Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero: RESIDENTI DISTRETTO B

MDC	n°	%	% cum
Apparato osteomuscolare e tess. connett	4.164	11,8	11,8
Apparato cardiocircolatorio	3.736	10,5	22,3
Apparato digerente	3.546	10,0	32,3
Gravidanza Parto Puerperio	2.575	7,3	39,6
Pelle Sottocute e Mammella	2.488	7,0	46,6
Sistema Nervoso	2.419	6,8	53,4
Orecchio Naso Gola	2.166	6,1	59,6
Occhio	2.087	5,9	65,5
Apparato respiratorio	1.892	5,3	70,8
Apparato urinario	1.684	4,8	75,6
Malattie mieloproliferative/neoplastiche	1.573	4,4	80,0
Apparato epatobiliare e pancreas	1.176	3,3	83,3
Apparato endocrino-metabolico e nutriz	1.141	3,2	86,5
Apparato genitale femminile	1.064	3,0	89,5
Malattie mentali	763	2,2	91,7
Apparato genitale maschile	747	2,1	93,8
Altri fattori di ricorso ai servizi san	545	1,5	95,3
Sangue e apparato ematopoietico-immunitario	502	1,4	96,8
Traumi e avvelenamenti	379	1,1	97,8
Condizioni neonatali	359	1,0	98,8
Malattie infettive e parassitarie	235	0,7	99,5
Abusi di alcol e farmaci	60	0,2	99,7
Infezioni da HIV	44	0,1	99,8
Ustioni	26	0,1	99,9
Altro	24	0,1	99,9
Traumatismi multipli	19	0,1	100,0
TOTALE	35.414	100,0	

Tab. 7 – Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero: RESIDENTI
DISTRETTO C

MDC	n°	%	% cum
Apparato osteomuscolare e tess. connett	3.051	12,5	12,5
Apparato digerente	2.970	12,2	24,7
Apparato cardiocircolatorio	2.731	11,2	35,9
Pelle Sottocute e Mammella	1.764	7,2	43,1
Orecchio Naso Gola	1.456	6,0	49,1
Sistema Nervoso	1.455	6,0	55,1
Gravidanza Parto Puerperio	1.435	5,9	61,0
Apparato urinario	1.315	5,4	66,4
Occhio	1.273	5,2	71,6
Malattie mieloproliferative/neoplastiche	1.086	4,5	76,0
Apparato endocrino-metabolico e nutriz	1.051	4,3	80,3
Apparato respiratorio	994	4,1	84,4
Apparato epatobiliare e pancreas	941	3,9	88,3
Apparato genitale femminile	845	3,5	91,7
Apparato genitale maschile	606	2,5	94,2
Malattie mentali	359	1,5	95,7
Altri fattori di ricorso ai servizi san	263	1,1	96,8
Sangue e apparato ematopoietico-immunitario	234	1,0	97,7
Condizioni neonatali	214	0,9	98,6
Traumi e avvelenamenti	143	0,6	99,2
Malattie infettive e parassitarie	118	0,5	99,7
Altro	24	0,1	99,8
Abusi di alcol e farmaci	15	0,1	99,9
Traumatismi multipli	15	0,1	99,9
Infezioni da HIV	11	0,0	100,0
Ustioni	10	0,0	100,0
TOTALE	24.379	100,0	

Tab. 8 – Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero: RESIDENTI DISTRETTO D

MDC	n°	%	% cum
Apparato cardiocircolatorio	3.487	12,9	12,9
Apparato digerente	3.265	12,0	24,9
Apparato osteomuscolare e tess. connett	2.753	10,2	35,1
Sistema Nervoso	2.049	7,6	42,6
Gravidanza Parto Puerperio	1.821	6,7	49,3
Apparato respiratorio	1.593	5,9	55,2
Orecchio Naso Gola	1.329	4,9	60,1
Apparato urinario	1.298	4,8	64,9
Pelle Sottocute e Mammella	1.237	4,6	69,5
Malattie mieloproliferative/neoplastiche	1.222	4,5	74,0
Occhio	1.214	4,5	78,4
Apparato epatobiliare e pancreas	1.148	4,2	82,7
Apparato endocrino-metabolico e nutriz	1.068	3,9	86,6
Apparato genitale femminile	925	3,4	90,0
Malattie mentali	503	1,9	91,9
Apparato genitale maschile	494	1,8	93,7
Sangue e apparato ematopoietico-immunitario	475	1,8	95,5
Condizioni neonatali	377	1,4	96,8
Altri fattori di ricorso ai servizi san	311	1,1	98,0
Malattie infettive e parassitarie	233	0,9	98,9
Traumi e avvelenamenti	219	0,8	99,7
Abusi di alcol e farmaci	23	0,1	99,7
Ustioni	20	0,1	99,8
Infezioni da HIV	20	0,1	99,9
Traumatismi multipli	17	0,1	100,0
Altro	12	0,0	100,0
	27.113	100,0	

Si riportano nella successiva tabella (tab. 9) i flussi di destinazione per ciascun distretto.

Tab. 9 – Flussi di origine/destinazione

DISTRETTO A								
	PO ASL	CDC ASL	Osp. Regione	Abruzzo	Campania	Molise	Altre Regioni	TOTALE
n°	10.128	258	7.069	423	118	36	318	18.350
%	55,2	1,4	38,5	2,3	0,6	0,2	1,7	100,0
DISTRETTO B								
	PO ASL	CDC ASL	Osp. Regione	Abruzzo	Campania	Molise	Altre Regioni	TOTALE
n°	20.754	1.470	10.913	1.163	189	198	727	35.414
%	58,6	4,2	30,8	3,3	0,5	0,6	2,1	100,0
DISTRETTO C								
	PO ASL	CDC ASL	Osp. Regione	Abruzzo	Campania	Molise	Altre Regioni	TOTALE
n°	12.183	4.401	4.696	2.337	143	156	463	24.379
%	50,0	18,1	19,3	9,6	0,6	0,6	1,9	100,0
DISTRETTO D								
	PO ASL	CDC ASL	Osp. Regione	Abruzzo	Campania	Molise	Altre Regioni	TOTALE
n°	14.103	3.840	6.329	813	625	926	477	27.113
%	52,0	14,2	23,3	3,0	2,3	3,4	1,8	100,0

Per un esame più approfondito, matrici aggregate dei flussi di origine/destinazione sono state costruite per ciascun comune di ogni distretto e vengono riportate nelle tabelle che seguono (tabelle 10-13).

Tab. 10 – Matrice aggregata dei flussi di origine/destinazione: DISTRETTO A

Comune		PO della ASL	CDC accr nella ASL	PO del Lazio	Abruzzo	Campania	Molise	Altre reg	TOTALE
Acuto	n	182	0	173	2	1	0	1	359
	%	50,7	0,0	48,2	0,6	0,3	0,0	0,3	100,0
Alatri	n	3938	136	1755	208	19	15	131	6202
	%	63,5	2,2	28,3	3,4	0,3	0,2	2,1	100,0
Anagni	n	2423	56	1430	74	16	6	87	4092
	%	59,2	1,4	34,9	1,8	0,4	0,1	2,1	100,0
Colleparado	n	120	4	41	6	0	0	5	176
	%	68,2	2,3	23,3	3,4	0,0	0,0	2,8	100,0
Filettino	n	42	0	50	15	0	0	0	107
	%	39,3	0,0	46,7	14,0	0,0	0,0	0,0	100,0
Fiuggi	n	984	22	708	18	72	10	27	1.841
	%	53,4	1,2	38,5	1,0	3,9	0,5	1,5	100,0
Guarcino	n	261	8	115	17	1	1	4	407
	%	64,1	2,0	28,3	4,2	0,2	0,2	1,0	100,0
Paliano	n	430	4	1.153	27	4	2	27	1.647
	%	26,1	0,2	70,0	1,6	0,2	0,1	1,6	100,0
Piglio	n	451	2	440	18	0	1	10	922
	%	48,9	0,2	47,7	2,0	0,0	0,1	1,1	100,0
Serrone	n	225	0	411	11	1	0	9	657
	%	34,2	0,0	62,6	1,7	0,2	0,0	1,4	100,0
Sgurgola	n	292	9	285	5	1	0	6	598
	%	48,8	1,5	47,7	0,8	0,2	0,0	1,0	100,0
Torre Cajetani	n	7	0	7	0	0	0	0	15
	%	48,8	1,5	47,7	0,8	0,2	0,0	1,0	100,0
Trevi nel Lazio	n	102	5	192	4	0	0	5	308
	%	33,1	1,6	62,3	1,3	0,0	0,0	1,6	100,0
Trivigliano	n	222	3	106	4	0	1	4	340
	%	65,3	0,9	31,2	1,2	0,0	0,3	1,2	100,0
Vico nel Lazio	n	328	5	107	12	1	0	1	454
	%	72,2	1,1	23,6	2,6	0,2	0,0	0,2	100,0
TOTALE	n	10.128	258	7.069	423	118	36	318	18.350
	%	55,2	1,4	38,5	2,3	0,6	0,2	1,7	100,0

Tab. 11 – Matrice aggregata dei flussi di origine/destinazione: DISTRETTO B

Comune		PO della ASL	CDC accr nella ASL	PO del Lazio	Abruzzo	Campania	Molise	Altre reg	TOTALE
Amareno	n %	382 56,5	9 1,3	224 33,1	42 6,2	3 0,4	3 0,4	13 1,9	676 100,0
Amara	n %	319 65,6	11 2,3	134 27,6	13 2,7	1 0,2	3 0,6	5 1,0	486 100,0
Boville	n %	894 50,5	217 12,3	543 30,7	88 5,0	3 0,2	4 0,2	22 1,2	1771 100,0
Castro dei Volsci	n %	546 61,2	9 1,0	277 31,1	45 5,0	6 0,7	3 0,3	6 0,7	892 100,0
Ceccano	n %	2895 64,3	78 1,7	1321 29,3	121 2,7	10 0,2	16 0,4	64 1,4	4.505 100,0
Ceprano	n %	1019 57,1	120 6,7	482 27,0	106 5,9	13 0,7	6 0,3	38 2,1	1.784 100,0
Falvaterra	n %	63 62,4	6 5,9	26 25,7	0 0,0	0 0,0	3 3,0	3 3,0	101 100,0
Fermentino	n %	2404 61,2	128 3,3	1209 30,8	99 2,5	19 0,5	12 0,3	57 1,5	3.928 100,0
Frosinone	n %	5274 56,5	206 2,2	3075 32,9	277 3,0	87 0,9	99 1,1	322 3,4	9.340 100,0
Fumone	n %	307 65,3	15 3,2	126 26,8	8 1,7	1 0,2	1 0,2	12 2,6	470 100,0
Giuliano	n %	278 52,9	4 0,8	221 42,0	9 1,7	2 0,4	1 0,2	11 2,1	526 100,0
Morolo	n %	287 59,2	3 0,6	178 36,7	9 1,9	2 0,4	0 0,0	6 1,2	485 100,0
Pastena	n %	168 50,3	18 5,4	133 39,8	7 2,1	2 0,6	2 0,6	4 1,2	334 100,0
Patrica	n %	351 65,0	15 2,8	154 28,5	12 2,2	1 0,2	2 0,4	5 0,9	540 100,0
Pofi	n %	511 61,2	50 6,0	225 26,9	31 3,7	6 0,7	3 0,4	9 1,1	835 100,0
Ripi	n %	577 54,8	60 5,7	364 34,6	33 3,1	3 0,3	8 0,8	7 0,7	1052 100,0
S. Giovanni Inc.	n %	477 62,0	38 4,9	232 30,2	5 0,7	1 0,1	2 0,3	14 1,8	769 100,0
Strangolagalli	n %	322 55,3	77 13,2	151 25,9	18 3,1	4 0,7	4 0,7	6 1,0	582 100,0
Supino	n %	501 63,6	15 1,9	237 30,1	20 2,5	2 0,3	2 0,3	11 1,4	788 100,0
Torrice	n %	533 60,6	54 6,1	237 27,0	23 2,6	0 0,0	8 0,9	24 2,7	879 100,0
Vallecorsa	n %	271 51,1	4 0,8	222 41,9	10 1,9	3 0,6	7 1,3	13 2,5	530 100,0
Veroli	n %	2202 57,2	330 8,6	1046 27,2	181 4,7	18 0,5	9 0,2	63 1,6	3849 100,0
Villa S. Stefano	n %	173 59,2	3 1,0	96 32,9	6 2,1	2 0,7	0 0,0	12 4,1	292 100,0
TOTALE	n %	20.754 58,6	1.470 4,2	10.913 30,8	1.163 3,3	189 0,5	198 0,6	727 2,1	35.414 100,0

Tab. 12 – Matrice aggregata dei flussi di origine/destinazione: DISTRETTO C

Comune		PO della ASL	CDC accr nella ASL	PO del Lazio	Abruzzo	Campania	Molise	Altre reg	TOTALE
Alvito	n	320	178	131	69	4	1	13	716
	%	44,7	24,9	18,3	9,6	0,6	0,1	1,8	100,0
Arce	n	703	120	321	74	9	8	21	1256
	%	56,0	9,6	25,6	5,9	0,7	0,6	1,7	100,0
Arpino	n	839	270	305	279	12	10	40	1755
	%	47,8	15,4	17,4	15,9	0,7	0,6	2,3	100,0
Atina	n	438	128	180	103	24	10	31	914
	%	47,9	14,0	19,7	11,3	2,6	1,1	3,4	100,0
Belmonte	n	81	23	15	24	0	5	5	153
	%	52,9	15,0	9,8	15,7	0,0	3,3	3,3	100,0
Broccostella	n	293	150	85	62	2	2	5	599
	%	48,9	25,0	14,2	10,4	0,3	0,3	0,8	100,0
Campoli	n	204	80	66	30	0	0	3	383
	%	53,3	20,9	17,2	7,8	0,0	0,0	0,8	100,0
Casalattico	n	44	25	19	6	0	0	1	95
	%	46,3	26,3	20,0	6,3	0,0	0,0	1,1	100,0
Casalvieri	n	308	75	100	59	2	11	20	575
	%	53,6	13,0	17,4	10,3	0,3	1,9	3,5	100,0
Castelliri	n	443	165	138	105	1	9	13	874
	%	50,7	18,9	15,8	12,0	0,1	1,0	1,5	100,0
Colfelice	n	210	28	100	11	0	5	4	358
	%	58,7	7,8	27,9	3,1	0,0	1,4	1,1	100,0
Fontana Liri	n	365	155	150	85	0	1	15	771
	%	47,3	20,1	19,5	11,0	0,0	0,1	1,9	100,0
Fontechiari	n	124	76	26	25	2	3	9	265
	%	46,8	28,7	9,8	9,4	0,8	1,1	3,4	100,0
Gallinaro	n	156	25	58	32	5	3	9	288
	%	54,2	8,7	20,1	11,1	1,7	1,0	3,1	100,0
Isola del Liri	n	1362	632	602	338	8	18	57	3.017
	%	45,1	20,9	20,0	11,2	0,3	0,6	1,9	100,0
Monte S. Giovanni	n	1343	644	775	146	13	7	47	2975
	%	45,1	21,6	26,1	4,9	0,4	0,2	1,6	100,0
Pescosolido	n	231	71	77	31	2	0	4	416
	%	55,5	17,1	18,5	7,5	0,5	0,0	1,0	100,0
Picinisco	n	157	23	54	16	5	7	2	264
	%	59,5	8,7	20,5	6,1	1,9	2,7	0,8	100,0
Posta Fibreno	n	152	48	46	20	1	2	8	277
	%	54,9	17,3	16,6	7,2	0,4	0,7	2,9	100,0
Rocca d'Arce	n	135	30	46	12	1	2	4	230
	%	58,7	13,0	20,0	5,2	0,4	0,9	1,7	100,0
S. Biagio Sar.	n	51	3	7	7	0	0	0	68
	%	75,0	4,4	10,3	10,3	0,0	0,0	0,0	100,0
S. Donato VC	n	278	41	75	56	13	1	7	471
	%	59,0	8,7	15,9	11,9	2,8	0,2	1,5	100,0
Santopadre	n	223	51	76	25	2	4	6	387
	%	57,6	13,2	19,6	6,5	0,5	1,0	1,6	100,0
Settefrati	n	137	14	21	14	0	0	2	188
	%	72,9	7,4	11,2	7,4	0,0	0,0	1,1	100,0
Sora	n	3363	1299	1159	670	36	41	130	6698
	%	50,2	19,4	17,3	10,0	0,5	0,6	1,9	100,0
Vicalvi	n	80	34	30	18	1	2	6	171
	%	46,8	19,9	17,5	10,5	0,6	1,2	3,5	100,0
Villa Latina	n	143	13	34	20	0	4	1	215
	%	66,5	6,0	15,8	9,3	0,0	1,9	0,5	100,0
TOTALE	n	12.183	4.401	4.696	2.337	143	156	463	24.379
	%	50,0	18,1	19,3	9,6	0,6	0,6	1,9	100,0

Tab. 13 – Matrice aggregata dei flussi di origine/destinazione: DISTRETTO D

Comune		PO della ASL	CDC accer nella ASL	PO del Lazio	Abruzzo		Molise	Altre reg	TOTALE
Acquafondata	n	41	19	6	2	0	20	8	96
	%	42,7	19,8	6,3	2,1	0,0	20,8	8,3	100,0
Aquino	n	848	48	325	51	10	27	32	1341
	%	63,2	3,6	24,2	3,8	0,7	2,0	2,4	100,0
Ausonia	n	157	17	304	11	14	19	8	530
	%	29,6	3,2	57,4	2,1	2,6	3,6	1,5	100,0
Cassino	n	3664	1719	1566	281	240	292	179	7.941
	%	46,1	21,6	19,7	3,5	3,0	3,7	2,3	100,0
Castelnuovo	n	81	7	78	3	8	2	4	183
	%	44,3	3,8	42,6	1,6	4,4	1,1	2,2	100,0
Castrocielo	n	511	65	245	19	11	21	7	879
	%	58,1	7,4	27,9	2,2	1,3	2,4	0,8	100,0
Cervaro	n	746	441	289	62	53	115	38	1.744
	%	42,8	25,3	16,6	3,6	3,0	6,6	2,2	100,0
Colle S. Magno	n	98	7	40	2	0	12	5	164
	%	59,8	4,3	24,4	1,2	0,0	7,3	3,0	100,0
Coreno	n	119	9	265	13	11	8	11	436
	%	27,3	2,1	60,8	3,0	2,5	1,8	2,5	100,0
Esperia	n	516	35	291	21	12	28	7	910
	%	56,7	3,8	32,0	2,3	1,3	3,1	0,8	100,0
Pico	n	458	29	227	26	2	12	11	765
	%	59,9	3,8	29,7	3,4	0,3	1,6	1,4	100,0
Piedimonte S.G.	n	637	96	216	18	25	34	10	1.036
	%	61,5	9,3	20,8	1,7	2,4	3,3	1,0	100,0
Pignataro	n	316	47	146	9	10	14	4	546
	%	57,9	8,6	26,7	1,6	1,8	2,6	0,7	100,0
Pontecorvo	n	2153	82	859	93	59	56	30	3.332
	%	64,6	2,5	25,8	2,8	1,8	1,7	0,9	100,0
Roccasecca	n	1043	103	470	51	34	23	27	1.751
	%	59,6	5,9	26,8	2,9	1,9	1,3	1,5	100,0
S. Ambrogio sul G.	n	91	54	47	5	2	13	5	217
	%	41,9	24,9	21,7	2,3	0,9	6,0	2,3	100,0
S. Andrea sul G.	n	138	61	67	10	15	6	5	302
	%	45,7	20,2	22,2	3,3	5,0	2,0	1,7	100,0
S. Giorgio a Liri	n	339	43	232	34	33	14	10	705
	%	48,1	6,1	32,9	4,8	4,7	2,0	1,4	100,0
San Vittore	n	255	287	88	9	24	53	15	731
	%	34,9	39,3	12,0	1,2	3,3	7,3	2,1	100,0
Sant'Apollinare	n	188	98	81	16	7	27	7	424
	%	44,3	23,1	19,1	3,8	1,7	6,4	1,7	100,0
Sant'Elia F.	n	772	423	256	51	37	65	26	1630
	%	47,4	26,0	15,7	3,1	2,3	4,0	1,6	100,0
Terelle	n	88	21	14	2	2	1	1	129
	%	68,2	16,3	10,9	1,6	1,6	0,8	0,8	100,0
Vallemaio	n	169	26	43	2	3	2	4	249
	%	67,9	10,4	17,3	0,8	1,2	0,8	1,6	100,0
Vallerotonda	n	253	64	58	9	7	20	14	425
	%	59,5	15,1	13,6	2,1	1,6	4,7	3,3	100,0
Villa S. Lucia	n	349	37	105	12	5	25	8	541
	%	64,5	6,8	19,4	2,2	0,9	4,6	1,5	100,0
Viticuso	n	73	2	11	1	1	17	1	106
	%	68,9	1,9	10,4	0,9	0,9	16,0	0,9	100,0
TOTALE	n	14.103	3.840	6.329	813	625	926	477	27.113
	%	52,0	14,2	23,3	3,0	2,3	3,4	1,8	100,0

Il grado di utilizzo dell'ospedale cittadino, e più in dettaglio delle divisioni che vi operano, è un buon indicatore della “reputazione” di cui gode il PO.

Per tale ragione si presentano nelle tabelle che seguono (tab. 14-20) le strutture di destinazione dei ricoverati residenti in ciascun comune sede di ospedale.

Tab. 14 – Strutture di ricovero dei residenti nel comune di ALATRI

STRUTTURA DI RICOVERO	n°	%
Alatri	2.935	47,3
Frosinone	602	9,7
Fuori Regione	373	6,0
Bambin Gesù'	356	5,7
Pol. Gemelli	278	4,5
Pol. Umberto I	211	3,4
Anagni	165	2,7
RM/E	138	2,2
Ceccano	113	1,8
S. Teresa	108	1,7
RM/H	98	1,6
S. Camillo	95	1,5
Sora	92	1,5
Latina	83	1,3
RM/A	81	1,3
RM/C	60	1,0
Regina Elena	57	0,9
S. Andrea	55	0,9
IRCSS IDI	46	0,7
S. Filippo N.	31	0,5
RM/D	30	0,5
RM/G	30	0,5
S. Giovanni	30	0,5
RM/B	28	0,5
Tor Vergata	28	0,5
V. Gioia	28	0,5
Cassino	17	0,3
Pontecorvo	14	0,2
Campus Biomedico	9	0,1
Viterbo	6	0,1
Spallanzani	2	0,0
IRCSS INRCA	1	0,0
IRCSS S. Lucia	1	0,0
RM/F	1	0,0
TOTALE	6.202	100,0

Tab. 15 – Strutture di ricovero dei residenti nel comune di ANAGNI

STRUTTURA DI RICOVERO	n°	%
Anagni	1.797	43,9
Frosinone	354	8,7
Bambin Gesu'	236	5,8
Fuori Regione	183	4,5
Pol. Gemelli	172	4,2
Alatri	152	3,7
Pol. Umberto I	143	3,5
RM/E	125	3,1
RM/G	106	2,6
RM/A	91	2,2
Ceccano	84	2,1
S. Filippo N.	69	1,7
RM/C	60	1,5
S. Camillo	59	1,4
RM/H	58	1,4
IRCSS IDI	56	1,4
S. Teresa	49	1,2
Latina	48	1,2
RM/B	43	1,1
Regina Elena	37	0,9
S. Andrea	36	0,9
RM/D	24	0,6
S. Giovanni	22	0,5
Tor Vergata	22	0,5
Sora	19	0,5
Campus Biomedico	11	0,3
Pontecorvo	10	0,2
Cassino	7	0,2
Spallanzani	4	0,1
V. Gioia	4	0,1
IRCSS S. Lucia	3	0,1
S. Anna	3	0,1
IRCSS INRCA	2	0,0
RM/F	1	0,0
Rieti	1	0,0
Viterbo	1	0,0
TOTALE	4.092	100,0

Tab. 16 – Strutture di ricovero dei residenti nel comune di FROSINONE

STRUTTURA DI RICOVERO	n°	%
Frosinone	3.618	38,7
Fuori Regione	785	8,4
Ceccano	667	7,1
Alatri	651	7,0
Pol. Gemelli	536	5,7
Bambin Gesù'	496	5,3
Pol. Umberto I	304	3,3
RM/A	231	2,5
RM/E	210	2,2
S. Camillo	169	1,8
Sora	166	1,8
Latina	144	1,5
S. Teresa	140	1,5
RM/C	136	1,5
RM/H	120	1,3
Anagni	114	1,2
Tor Vergata	111	1,2
S. Giovanni	102	1,1
Regina Elena	101	1,1
S. Andrea	74	0,8
RM/B	64	0,7
S. Filippo N.	62	0,7
RM/D	58	0,6
Campus Biomedico	55	0,6
V. Gioia	52	0,6
IRCSS IDI	41	0,4
Pontecorvo	34	0,4
Cassino	24	0,3
Spallanzani	22	0,2
RM/G	15	0,2
S. Anna	12	0,1
IRCSS S. Lucia	9	0,1
Viterbo	7	0,1
RM/F	3	0,0
Rieti	2	0,0
S. Raffaele-Pisana	2	0,0
V. Serena	2	0,0
IRCSS INRCA	1	0,0
TOTALE	9.340	100,0

Tab. 17 – Strutture di ricovero dei residenti nel comune di CECCANO

STRUTTURA DI RICOVERO	n°	%
Frosinone	1.535	34,1
Ceccano	871	19,3
Alatri	280	6,2
Bambin Gesu'	228	5,1
Pol. Gemelli	216	4,8
Fuori Regione	211	4,7
Pol. Umberto I	148	3,3
RM/A	105	2,3
Sora	103	2,3
RM/E	98	2,2
Latina	87	1,9
Anagni	85	1,9
S. Camillo	77	1,7
S. Teresa	57	1,3
Regina Elena	53	1,2
RM/C	49	1,1
S. Filippo N.	41	0,9
S. Andrea	37	0,8
Tor Vergata	28	0,6
IRCSS IDI	24	0,5
RM/H	24	0,5
RM/D	23	0,5
RM/B	22	0,5
S. Giovanni	17	0,4
V. Gioia	17	0,4
Cassino	16	0,4
RM/G	13	0,3
IRCSS S. Lucia	9	0,2
IRCSS INRCA	6	0,1
Viterbo	6	0,1
Campus Biomedico	5	0,1
Pontecorvo	5	0,1
Spallanzani	4	0,1
S. Anna	3	0,1
S. Raffaele-Pisana	1	0,0
V. Serena	1	0,0
TOTALE	4.505	100,0

Tab. 18 – Strutture di ricovero dei residenti nel comune di SORA

STRUTTURA DI RICOVERO	n°	%
Sora	3.160	47,2
V. Gioia	890	13,3
Fuori Regione	877	13,1
S. Teresa	362	5,4
Bambin Gesu'	260	3,9
Pol. Gemelli	224	3,3
Pol. Umberto I	152	2,3
Frosinone	111	1,7
RM/E	111	1,7
RM/A	49	0,7
S. Camillo	47	0,7
RM/C	39	0,6
Regina Elena	35	0,5
V. Serena	35	0,5
Tor Vergata	34	0,5
RM/H	33	0,5
Latina	30	0,4
Alatri	28	0,4
IRCSS IDI	28	0,4
S. Andrea	26	0,4
Cassino	22	0,3
RM/B	21	0,3
Campus Biomedico	20	0,3
Pontecorvo	20	0,3
S. Giovanni	16	0,2
Ceccano	15	0,2
RM/D	13	0,2
S. Anna	12	0,2
S. Filippo N.	12	0,2
Anagni	7	0,1
Spallanzani	3	0,0
IRCSS INRCA	2	0,0
RM/G	2	0,0
Rieti	1	0,0
Viterbo	1	0,0
TOTALE	6.698	100,0

Tab. 19 – Strutture di ricovero dei residenti nel comune di PONTECORVO

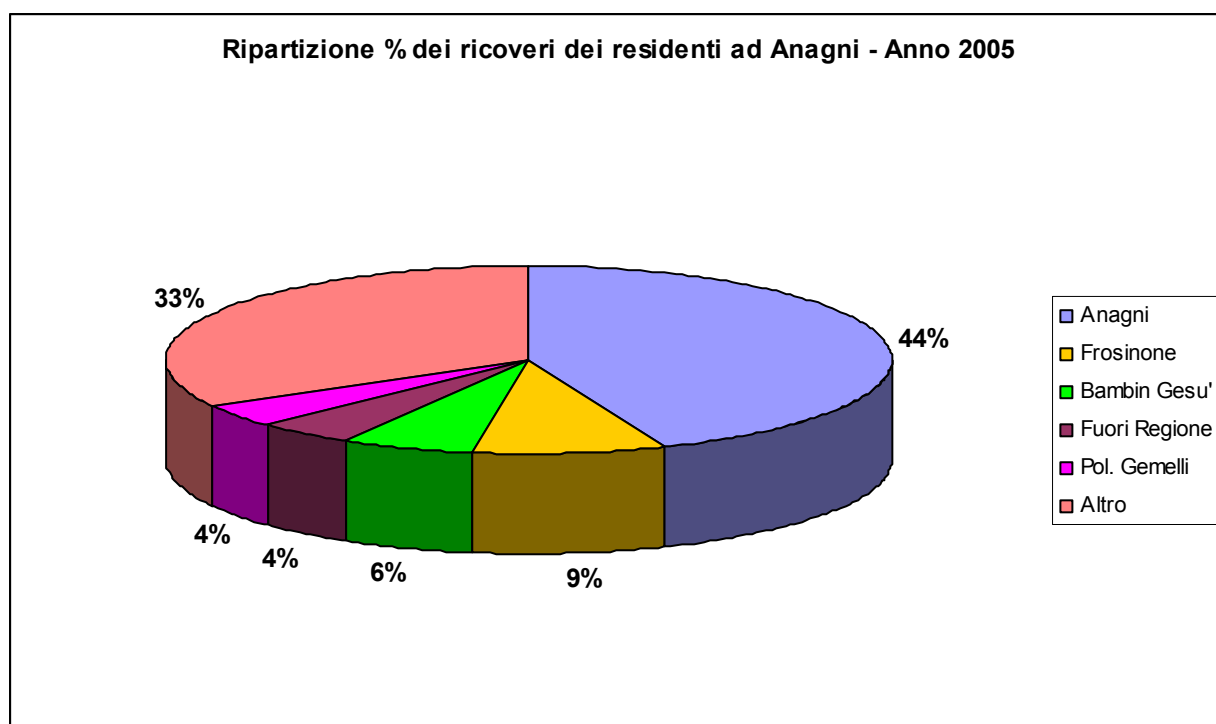
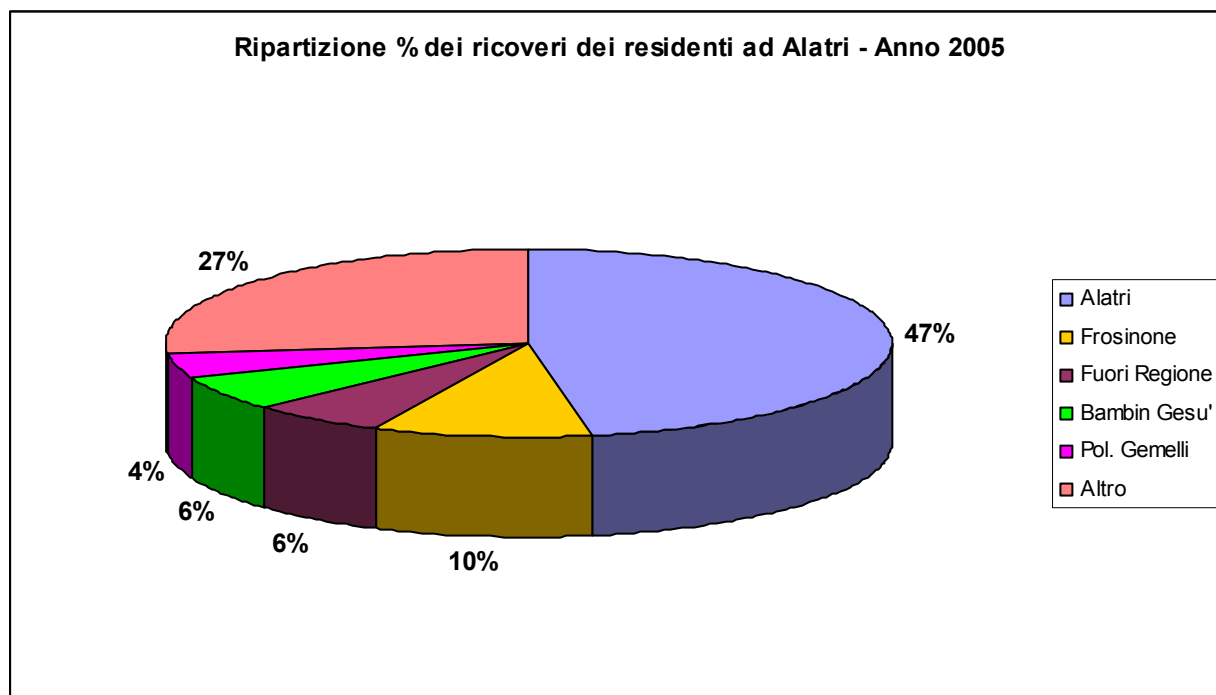
STRUTTURA DI RICOVERO	n°	%
Pontecorvo	1.459	43,8
Cassino	399	12,0
Fuori Regione	238	7,1
Latina	153	4,6
Sora	147	4,4
Pol. Gemelli	146	4,4
Bambin Gesu'	141	4,2
Pol. Umberto I	97	2,9
Frosinone	92	2,8
RM/E	46	1,4
S. Anna	43	1,3
Regina Elena	36	1,1
S. Camillo	35	1,1
RM/C	33	1,0
RM/H	29	0,9
S. Giovanni	23	0,7
S. Teresa	22	0,7
Ceccano	21	0,6
RM/A	19	0,6
S. Andrea	19	0,6
Alatri	18	0,5
S. Filippo N.	18	0,5
Anagni	17	0,5
RM/D	14	0,4
Tor Vergata	14	0,4
V. Gioia	10	0,3
IRCSS IDI	9	0,3
RM/B	9	0,3
V. Serena	7	0,2
Campus Biomedico	6	0,2
Spallanzani	4	0,1
IRCSS S. Lucia	3	0,1
RM/G	3	0,1
Rieti	2	0,1
TOTALE	3.332	100,0

Tab. 20 – Strutture di ricovero dei residenti nel comune di CASSINO

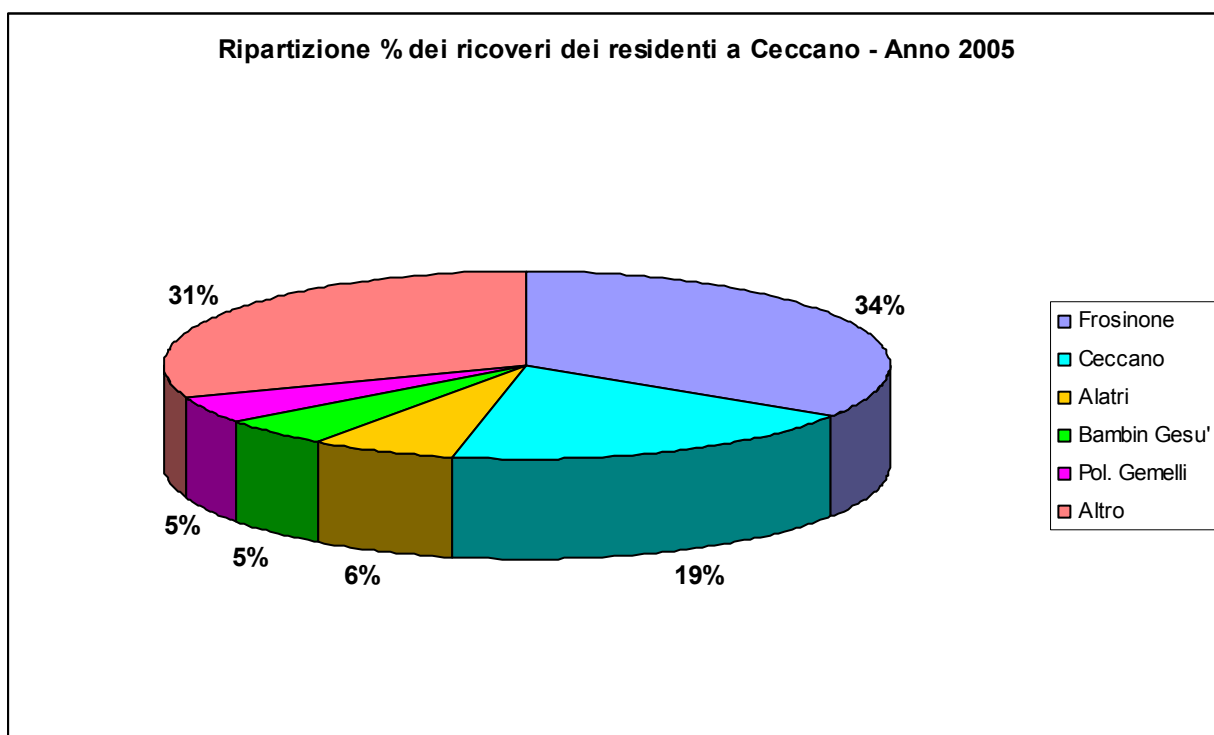
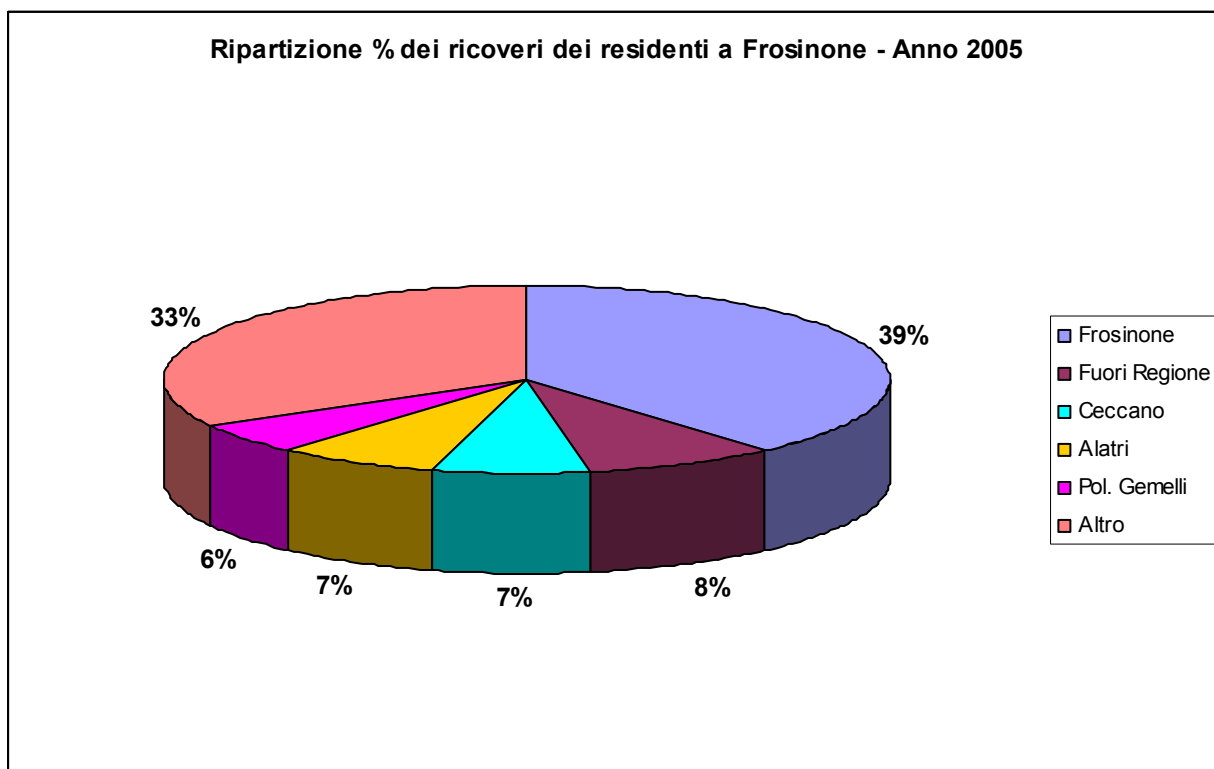
STRUTTURA DI RICOVERO	n°	%
Cassino	2.758	34,7
Fuori Regione	992	12,5
S. Anna	844	10,6
V. Serena	818	10,3
Sora	391	4,9
Pontecorvo	314	4,0
Pol. Gemelli	279	3,5
Bambin Gesu'	262	3,3
Pol. Umberto I	187	2,4
Frosinone	146	1,8
Latina	138	1,7
Regina Elena	117	1,5
RM/E	81	1,0
S. Camillo	65	0,8
RM/B	61	0,8
RM/C	57	0,7
Tor Vergata	50	0,6
RM/A	44	0,6
S. Andrea	44	0,6
Ceccano	32	0,4
RM/H	32	0,4
V. Gioia	32	0,4
RM/D	31	0,4
S. Giovanni	31	0,4
S. Teresa	25	0,3
Campus Biomedico	22	0,3
S. Filippo N.	22	0,3
IRCSS IDI	19	0,2
Alatri	13	0,2
Anagni	10	0,1
RM/G	8	0,1
IRCSS S. Lucia	6	0,1
Spallanzani	3	0,0
Viterbo	3	0,0
Rieti	2	0,0
RM/F	1	0,0
S. Raffaele-Pisana	1	0,0
TOTALE	7.941	100,0

L'orientamento al ricovero dei residenti in ciascun comune sede di ospedale si può cogliere più rapidamente osservando i grafici sottostanti che sintetizzano le precedenti informazioni.

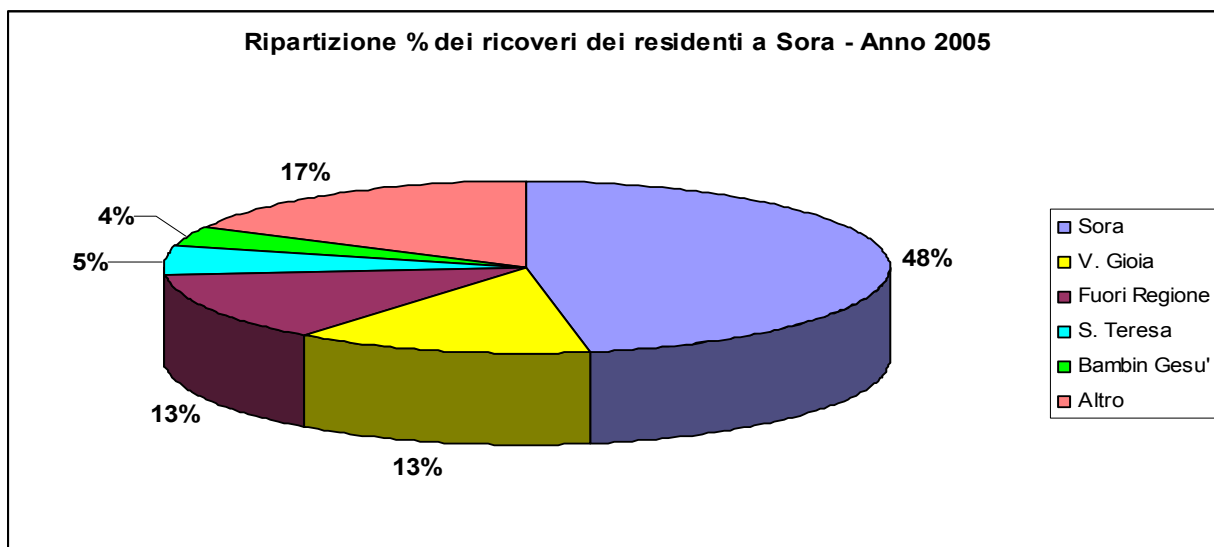
POLO A



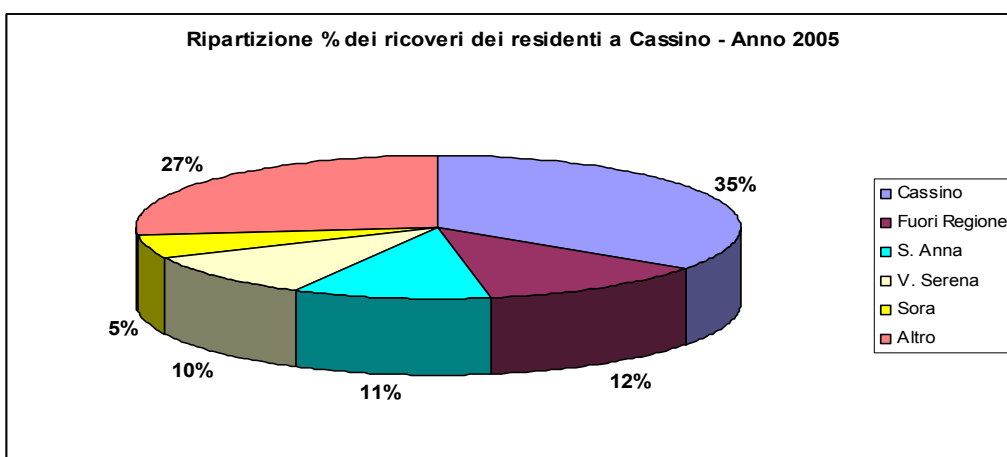
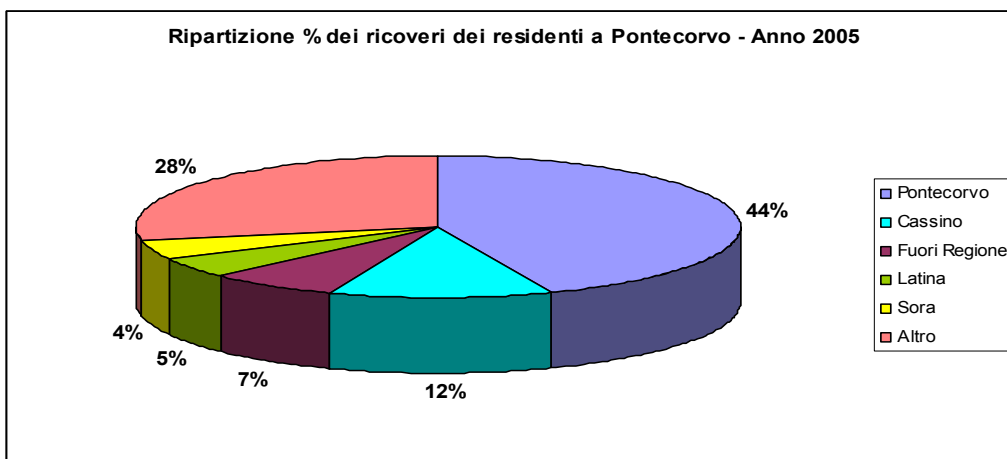
POLO B



POLO C



POLO D



Si può vedere che, escludendo dall'analisi Ceccano il cui ospedale esplica in larga parte una funzione complementare per il PO di Frosinone, nel 2005 meno della metà dei ricoverati

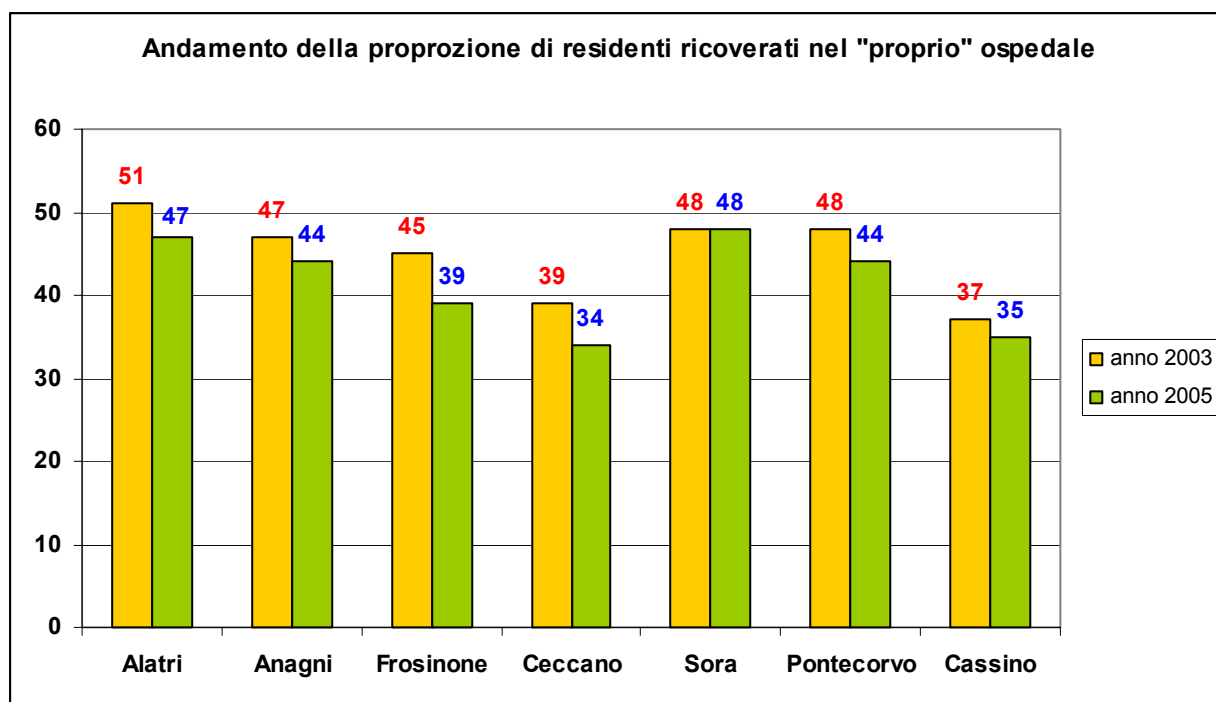
residenti nei comuni presi in esame ha fatto ricorso al “proprio” ospedale, con percentuali di utilizzo che oscillano dal 35% dei residenti a Cassino al 48% dei residenti a Sora,

Va notato che i residenti a Cassino hanno potuto avvalersi anche delle 2 Case di Cura accreditate per acuti ubicate nel territorio comunale, che hanno accolto complessivamente il 21% dei residenti.

Analoga considerazione vale per i residenti a Sora che hanno utilizzato, nella misura del 13%, anche una Casa di Cura accreditata per acuti situata nel territorio comunale e, in misura del 5%, un'altra struttura, sempre accreditata, sita a 5 Km di distanza.

Nel grafico che segue (fig. 5) si evidenziano le variazioni intercorse tra il 2003 e il 2005 nella propensione al ricovero dei residenti presso il PO del proprio comune.

Fig. 5 – Andamento della proporzione di residenti ricoverati nel “proprio” ospedale



Questa “disaffezione” dei residenti non sembra peraltro essere stata compensata da una maggiore capacità attrattiva degli ospedali aziendali nei confronti di malati provenienti da fuori provincia, il cui peso sul complesso dei ricoveri nei PO per acuti a diretta gestione è passato dal 9,7% nel 2003 al 9,8% del 2005.

Mentre la migrazione dei residenti verso altri ospedali appare giustificabile quando motivata da esigenze di cure in unità operative non presenti nella struttura, meno si comprende la fuga in reparti omologhi di altri ospedali, se non invocando l’inadeguatezza della UO rispetto alla

complessità della prestazione richiesta, la scarsa reputazione della stessa, squilibri nell'offerta di prestazioni o altri determinanti che frequentemente sono associati alla mobilità passiva.

Un contributo alla conoscenza di questo fenomeno è offerto dalle sottostanti tabelle (tab. 21-26) che mostrano, per i residenti in ciascun comune sede di ospedale, la quota di essi che utilizza le UU.OO. presenti.

Per la ricordata complementarietà delle due strutture ospedaliere che compongono il Polo B (Frosinone e Ceccano), i relativi dati sono presentati in forma aggregata.

Tab. 21 – Distribuzione delle dimissioni di residenti ad ALATRI da UU.OO. presenti nel PO

		ALATRI	altri PO ASL	CDC accr ASL	Regione Lazio	Altre Regioni	TOTALE
Medicina	n°	991	98	0	82	50	1221
	%	81,2	8,0	0,0	6,7	4,1	100,0
Chirurgia	n°	627	77	79	164	49	996
	%	63,0	7,7	7,9	16,5	4,9	100,0
Ortopedia	n°	180	44	45	109	65	443
	%	40,6	9,9	10,2	24,6	14,7	100,0
Ost-Gin	n°	443	68	5	131	25	672
	%	65,9	10,1	0,7	19,5	3,7	100,0
Pediater+Neonat	n°	395	40	0	130	7	572
	%	69,1	7,0	0,0	22,7	1,2	100,0
ORL	n°	227	33	0	44	16	320
	%	70,9	10,3	0,0	13,8	5,0	100,0
Terapia Intensiva	n°	9	3	0	17	1	30
	%	30,0	10,0	0,0	56,7	3,3	100,0

Tab. 22 – Distribuzione delle dimissioni di residenti ad ANAGNI da UU.OO. presenti nel PO

		ANAGNI	altri PO ASL	CDC accr ASL	Regione Lazio	Altre Regioni	TOTALE
Medicina	n°	410	44	0	82	17	553
	%	74,1	8,0	0,0	14,8	3,1	100,0
Chirurgia	n°	269	112	30	161	25	597
	%	45,1	18,8	5,0	27,0	4,2	100,0
Ortopedia	n°	178	26	22	104	46	376
	%	47,3	6,9	5,9	27,7	12,2	100,0
Ost-Gin	n°	278	52	2	99	7	438
	%	63,5	11,9	0,5	22,6	1,6	100,0
Cardiol + UTIC	n°	248	13	0	81	3	345
	%	71,9	3,8	0,0	23,5	0,9	100,0
ORL	n°	203	41	2	43	3	292
	%	69,5	14,0	0,7	14,7	1,0	100,0
Urologia	n°	161	22	0	33	14	230
	%	70,0	9,6	0,0	14,3	6,1	100,0
Oncologia	n°	40	8	0	72	2	122
	%	32,8	6,6	0,0	59,0	1,6	100,0

Tab. 23 – Distribuzione delle dimissioni di residenti a FROSINONE o CECCANO da UU.OO. presenti nel Polo B

		POLO B	altri PO ASL	CDC accr ASL	Regione Lazio	Altre Regioni	TOTALE
Medicina	n°	1425	137	3	325	83	1973
	%	72,2	6,9	0,2	16,5	4,2	100,0
Chirurgia	n°	1115	315	161	592	158	2341
	%	47,6	13,5	6,9	25,3	6,7	100,0
Ortopedia	n°	573	125	78	378	122	1276
	%	44,9	9,8	6,1	29,6	9,6	100,0
Ost-Gin	n°	940	96	16	318	62	1432
	%	65,6	6,7	1,1	22,2	4,3	100,0
Cardiol + UTIC	n°	458	8	0	164	30	660
	%	69,4	1,2	0,0	24,8	4,5	100,0
ORL	n°	266	195	5	144	31	641
	%	41,5	30,4	0,8	22,5	4,8	100,0
Urologia	n°	374	76	21	71	50	592
	%	63,2	12,8	3,5	12,0	8,4	100,0
Oncologia	n°	128	83	0	152	28	391
	%	32,7	21,2	0,0	38,9	7,2	100,0
Oculistica	n°	362	53	0	301	95	811
	%	44,6	6,5	0,0	37,1	11,7	100,0
Ped+Neon+TIN	n°	419	58	0	230	33	740
	%	56,6	7,8	0,0	31,1	4,5	100,0
Gastroenterologia	n°	12	14	0	106	8	140
	%	8,6	10,0	0,0	75,7	5,7	100,0
Neurologia	n°	23	0	0	98	29	150
	%	15,3	0,0	0,0	65,3	19,3	100,0
Mal. Infettive	n°	205	0	0	86	20	311
	%	65,9	0,0	0,0	27,7	6,4	100,0
Ematologia	n°	88	0	0	130	13	231
	%	38,1	0,0	0,0	56,3	5,6	100,0
Psichiatria	n°	151	26	0	53	3	233
	%	64,8	11,2	0,0	22,7	1,3	100,0
Dermatologia	n°	206	0	0	90	7	303
	%	68,0	0,0	0,0	29,7	2,3	100,0
Terapia intensiva	n°	39	5	0	28	4	76
	%	51,3	6,6	0,0	36,8	5,3	100,0
Terapia antalgica	n°	38	0	0	8	0	46
	%	82,6	0,0	0,0	17,4	0,0	100,0
Nefrologia	n°	82	10	0	5	1	98
	%	83,7	10,2	0,0	5,1	1,0	100,0

Tab. 24 – Distribuzione delle dimissioni di residenti a SORA da UU.OO. presenti nel PO

		SORA	altri PO ASL	CDC accr ASL	Regione Lazio	Altre Regioni	TOTALE
Medicina	n°	469	10	0	75	127	681
	%	68,9	1,5	0,0	11,0	18,6	100,0
Chirurgia	n°	547	17	916	130	153	1763
	%	31,0	1,0	52,0	7,4	8,7	100,0
Ortopedia	n°	304	14	104	58	67	547
	%	55,6	2,6	19,0	10,6	12,2	100,0
Ost-Gin	n°	389	24	87	80	61	641
	%	60,7	3,7	13,6	12,5	9,5	100,0
Cardiol + UTIC	n°	201	29	35	76	28	369
	%	54,5	7,9	9,5	20,6	7,6	100,0
ORL	n°	258	32	5	32	31	358
	%	72,1	8,9	1,4	8,9	8,7	100,0
Urologia	n°	121	3	152	37	52	365
	%	33,2	0,8	41,6	10,1	14,2	100,0
Oncologia	n°	194	0	0	32	70	296
	%	65,5	0,0	0,0	10,8	23,6	100,0
Oculistica	n°	259	22	0	45	30	356
	%	72,8	6,2	0,0	12,6	8,4	100,0
Ped+Neon	n°	215	6	0	74	18	313
	%	68,7	1,9	0,0	23,6	5,8	100,0
Psichiatria	n°	40	22	0	12	2	76
	%	52,6	28,9	0,0	15,8	2,6	100,0
Odontostomatol	n°	35	0	0	10	0	45
	%	77,8	0,0	0,0	22,2	0,0	100,0
Nefrologia	n°	76	0	0	4	1	81
	%	93,8	0,0	0,0	4,9	1,2	100,0

Tab. 25 – Distribuzione delle dimissioni di residenti a PONTECORVO da UU.OO. presenti nel PO

		PONTECORVO	altri PO ASL	CDC accr ASL	Regione Lazio	Altre Regioni	TOTALE
Medicina	n°	460	18	6	59	16	559
	%	82,3	3,2	1,1	10,6	2,9	100,0
Chirurgia	n°	460	36	29	100	14	639
	%	72,0	5,6	4,5	15,6	2,2	100,0
ORL	n°	123	3	13	22	3	164
	%	75,0	1,8	7,9	13,4	1,8	100,0
Oculistica	n°	94	33	0	20	8	155
	%	60,6	21,3	0,0	12,9	5,2	100,0
Pneumologia	n°	68	0	0	11	0	79
	%	86,1	0,0	0,0	13,9	0,0	100,0
Psichiatria	n°	36	0	0	4	1	41
	%	87,8	0,0	0,0	9,8	2,4	100,0
Gastroenterologia	n°	218	0	0	23	1	242
	%	90,1	0,0	0,0	9,5	0,4	100,0

Tab. 26 – Distribuzione delle dimissioni di residenti a CASSINO da UU.OO. presenti nel PO

		CASSINO	altri PO ASL	CDC accr ASL	Regione Lazio	Altre Regioni	TOTALE
Medicina	n°	402	59	523	85	74	1143
	%	35,2	5,2	45,8	7,4	6,5	100,0
Chirurgia	n°	527	97	447	197	135	1403
	%	37,6	6,9	31,9	14,0	9,6	100,0
Ost-Gin	n°	419	45	67	158	68	757
	%	55,4	5,9	8,9	20,9	9,0	100,0
Oculistica	n°	135	79	0	47	41	302
	%	44,7	26,2	0,0	15,6	13,6	100,0
Cardiol + UTIC	n°	163	30	150	106	45	494
	%	33,0	6,1	30,4	21,5	9,1	100,0
Ortopedia	n°	291	46	7	83	157	584
	%	49,8	7,9	1,2	14,2	26,9	100,0
Geriatrics	n°	289	0	145	6	5	445
	%	64,9	0,0	32,6	1,3	1,1	100,0
Urologia	n°	125	64	35	18	34	276
	%	45,3	23,2	12,7	6,5	12,3	100,0
Pediatr + Neonat	n°	292	31	0	108	31	462
	%	63,2	6,7	0,0	23,4	6,7	100,0
Nefrologia	n°	93	14	0	4	1	112
	%	83,0	12,5	0,0	3,6	0,9	100,0
Terapia intensiva	n°	9	0	0	12	12	33
	%	27,3	0,0	0,0	36,4	36,4	100,0

Si esaminano infine, con riferimento alla Unità Operative presenti in Azienda, tutte le dimissioni dei residenti di ciascun distretto, attribuendole alla struttura che le ha prodotte. Questo dovrebbe fornire una indicazione sulla “intensità di ricorso” alle specifiche strutture da parte dei residenti.

DIMESSI DALLE UOOO DI **CARDIOLOGIA-UTIC** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA.

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Anagni	553	67	10	12	642
Bambin Gesu'	35	89	68	43	235
Campus Biomedico	5	24	19	5	53
Cassino	14	8	25	458	505
Frosinone	123	1.021	143	102	1.389
Fuori Regione	25	68	81	138	312
IRCSS INRCA	2	1	3	1	7
Latina	18	19	9	110	156
Pol. Gemelli	18	62	74	40	194
Pol. Umberto I	12	35	19	28	94
RM/A	12	13	9	3	37
RM/B	12	10	3	18	43
RM/C	12	21	7	47	87
RM/D	8	4	4	10	26
RM/E	124	65	67	28	284
RM/F	0	0	0	2	2
RM/G	76	2	0	2	80
RM/H	6	3	3	5	17
Rieti	1	0	0	2	3
S. Andrea	3	5	4	7	19
S. Camillo	14	33	21	11	79
S. Filippo N.	32	23	10	23	88
S. Giovanni	3	21	4	0	28
Sora	4	27	633	20	684
V. Serena	1	1	93	366	461
Viterbo	1	0	0	0	1
TOTALE	1.114	1.622	1.309	1.481	5.526

DIMESSI DALLE UOOO DI **CHIRURGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA.

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	925	712	15	8	1.660
Anagni	500	133	24	3	660
Campus Biomedico	16	32	23	14	85
Cassino	3	21	72	1.421	1.517
Ceccano	79	1.081	23	25	1.208
Frosinone	159	1.375	64	31	1.629
Fuori Regione	112	439	537	315	1.403
Latina	16	85	14	136	251
Pol. Gemelli	109	481	199	134	923
Pol. Umberto I	84	166	68	104	422
Pontecorvo	4	99	64	1.035	1.202
RM/A	88	94	33	29	244
RM/B	10	28	5	27	70
RM/C	68	114	45	43	270
RM/D	13	18	4	5	40
RM/E	77	184	75	69	405
RM/F	0	0	1	2	3
RM/G	117	11	0	0	128
RM/H	44	66	24	24	158
Regina Elena	49	119	33	65	266
Rieti	2	1	2	0	5
S. Andrea	13	29	12	25	79
S. Anna	1	43	62	888	994
S. Camillo	17	46	5	6	74
S. Filippo N.	8	10	7	9	34
S. Giovanni	10	12	2	20	44
S. Teresa	121	600	1.344	113	2.178
Sora	13	194	1.731	137	2.075
Tor Vergata	35	64	35	57	191
V. Gioia	22	286	1.780	65	2.153
Viterbo	1	1	0	0	2
TOTALE	2.716	6.544	6.303	4.810	20.373

DIMESSI DALLE UUOO DI **MEDICINA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA.

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	1.393	492	18	7	1.910
Anagni	839	144	4	4	991
Bambin Gesu'	11	18	13	4	46
Campus Biomedico	10	10	2	5	27
Cassino	4	28	45	938	1.015
Ceccano	11	729	3	1	744
Frosinone	144	2.418	143	36	2.741
Fuori Regione	94	211	362	266	933
Latina	8	40	18	129	195
Pol. Gemelli	38	69	61	37	205
Pol. Umberto I	21	68	36	64	189
Pontecorvo	3	142	84	1.084	1.313
RM/A	12	20	6	7	45
RM/B	7	12	7	4	30
RM/C	16	39	24	16	95
RM/D	11	17	12	12	52
RM/E	65	123	63	43	294
RM/F	0	2	0	0	2
RM/G	192	23	2	0	217
RM/H	112	91	27	24	254
Rieti	0	1	1	1	3
S. Andrea	3	10	2	4	19
S. Camillo	4	21	11	7	43
S. Filippo N.	5	13	9	4	31
S. Giovanni	9	23	11	10	53
S. Raffaele-Pisana	0	5	2	1	8
Sora	6	71	1.690	65	1.832
Tor Vergata	34	95	25	37	191
V. Serena	0	15	34	1.031	1.080
Viterbo	5	4	0	5	14
TOTALE	3.057	4.954	2.715	3.846	14.572

DIMESSI DALLE UOOO DI **MALATTIE INFETTIVE** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Bambin Gesu'	81	115	36	44	276
Frosinone	99	436	56	48	639
Fuori Regione	7	25	46	19	97
Latina	0	2	1	12	15
Pol. Gemelli	1	7	4	2	14
Pol. Umberto I	16	16	25	15	72
Rieti	0	1	0	0	1
S. Andrea	3	6	2	1	12
Spallanzani	19	41	11	7	78
TOTALE	226	649	181	148	1.204

DIMESSI DALLE UOOO DI **NEFROLOGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Cassino	0	25	33	319	377
Frosinone	5	161	11	3	180
Fuori Regione	1	6	10	5	22
Latina	0	5	0	5	10
Pol. Gemelli	0	1	2	1	4
Pol. Umberto I	0	0	1	0	1
RM/A	2	2	3	1	8
RM/B	0	1	1	2	4
RM/D	2	2	2	5	11
RM/E	0	3	0	2	5
RM/G	6	1	0	1	8
RM/H	1	3	0	11	15
S. Andrea	2	0	2	2	6
Sora	6	34	248	43	331
TOTALE	25	244	313	400	982

DIMESSI DALLE UUOO DI OCULISTICA PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Bambin Gesu'	28	45	22	34	129
Campus Biomedico	0	1	1	1	3
Cassino	4	69	27	430	530
Frosinone	395	842	77	12	1.326
Fuori Regione	60	176	230	120	586
Latina	0	2	0	15	17
Pol. Gemelli	31	48	31	20	130
Pol. Umberto I	20	14	4	15	53
Pontecorvo	7	55	13	213	288
RM/A	111	304	25	42	482
RM/B	34	9	4	4	51
RM/C	66	48	17	5	136
RM/D	8	48	3	6	65
RM/E	51	73	38	44	206
RM/G	2	1	1	0	4
RM/H	9	18	11	3	41
Rieti	0	1	1	0	2
S. Andrea	1	9	1	0	11
S. Camillo	5	16	4	13	38
S. Filippo N.	4	1	0	0	5
S. Giovanni	12	29	6	5	52
Sora	38	174	732	195	1.139
TOTALE	886	1.983	1.248	1.177	5.294

DIMESSI DALLE UUOO DI **ORTOPEDIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	312	290	22	15	639
Anagni	291	60	11	28	390
Bambin Gesù'	35	78	35	43	191
Campus Biomedico	1	4	5	3	13
Cassino	4	34	51	948	1.037
Ceccano	44	392	17	63	516
Frosinone	32	795	53	21	901
Fuori Regione	189	378	233	540	1.340
Latina	135	378	73	216	802
Pol. Gemelli	20	84	33	14	151
Pol. Umberto I	12	19	5	14	50
RM/A	23	32	6	19	80
RM/B	14	23	4	13	54
RM/C	44	87	22	25	178
RM/D	7	32	8	19	66
RM/E	32	81	34	21	168
RM/G	110	10	3	2	125
RM/H	18	52	38	41	149
Regina Elena	0	2	0	1	3
Rieti	0	1	0	2	3
S. Andrea	2	10	2	6	20
S. Camillo	6	8	3	1	18
S. Filippo N.	38	65	1	4	108
S. Giovanni	2	8	0	0	10
S. Teresa	91	314	360	42	807
Sora	14	94	1.023	163	1.294
Viterbo	0	3	0	0	3
TOTALE	1.476	3.334	2.042	2.264	9.116

DIMESSI DALLE UUOO DI **OSTETRICIA E GINECOLOGIA** PER PRESIDIO E
DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	746	693	57	19	1.515
Anagni	478	128	1	1	608
Campus Biomedico	2	2	1	5	10
Cassino	2	28	43	1.155	1.228
Frosinone	113	1.449	79	54	1.695
Fuori Regione	46	123	197	177	543
Latina	21	97	48	271	437
Pol. Gemelli	87	210	87	185	569
Pol. Umberto I	50	46	15	33	144
RM/A	11	35	14	17	77
RM/B	27	46	15	23	111
RM/C	17	28	15	15	75
RM/D	26	39	6	9	80
RM/E	64	90	55	38	247
RM/F	1	1	0	0	2
RM/G	158	19	4	4	185
RM/H	10	21	3	7	41
Regina Elena	10	29	16	16	71
Rieti	0	0	0	2	2
S. Andrea	1	3	7	4	15
S. Anna	0	10	22	151	183
S. Camillo	29	33	11	8	81
S. Filippo N.	2	8	15	2	27
S. Giovanni	12	36	3	8	59
Sora	27	378	1.253	217	1.875
V. Gioia	11	58	242	28	339
Viterbo	1	7	1	1	10
TOTALE	1.952	3.617	2.210	2.450	10.229

DIMESSI DALLE UUOO DI **ORL** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	357	487	75	6	925
Anagni	345	74	24	11	454
Bambin Gesu'	57	104	54	59	274
Campus Biomedico	2	5	11	15	33
Ceccano	24	52	13	35	124
Frosinone	58	500	46	79	683
Fuori Regione	29	71	103	65	268
Latina	1	5	1	8	15
Pol. Gemelli	9	25	37	25	96
Pol. Umberto I	18	36	9	47	110
Pontecorvo	0	81	63	462	606
RM/A	8	10	4	4	26
RM/B	1	4	2	6	13
RM/C	0	3	0	0	3
RM/D	5	9	9	9	32
RM/E	30	39	11	5	85
RM/G	57	13	0	4	74
RM/H	1	3	0	0	4
Regina Elena	6	14	6	8	34
S. Andrea	9	24	6	2	41
S. Anna	2	33	36	762	833
S. Camillo	6	5	0	1	12
S. Filippo N.	29	22	4	1	56
S. Giovanni	5	8	3	3	19
Sora	3	53	674	64	794
Viterbo	0	4	6	1	11
TOTALE	1.062	1.684	1.197	1.682	5.625

DIMESSI DALLE UOOO DI **PEDIATRIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	694	333	4	0	1.031
Bambin Gesu'	108	199	82	156	545
Cassino	0	6	15	572	593
Frosinone	64	783	53	28	928
Fuori Regione	20	44	54	70	188
Latina	4	9	6	32	51
Pol. Gemelli	34	53	46	36	169
Pol. Umberto I	167	205	130	83	585
RM/A	1	1	0	0	2
RM/B	1	1	0	1	3
RM/C	1	3	4	11	19
RM/E	2	3	1	2	8
RM/F	1	0	0	0	1
RM/G	129	8	0	4	141
RM/H	10	4	15	2	31
S. Andrea	10	13	1	6	30
S. Camillo	1	0	3	1	5
S. Giovanni	0	2	0	1	3
Sora	2	48	659	57	766
TOTALE	1.249	1.715	1.073	1.062	5.099

DIMESSI DALLE UOOO DI **PSICHIATRIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Ceccano	91	268	8	2	369
Fuori Regione	6	8	6	10	30
Latina	10	19	15	29	73
Pol. Gemelli	4	7	4	3	18
Pol. Umberto I	3	13	4	4	24
Pontecorvo	0	55	21	268	344
RM/A	2	1	0	0	3
RM/B	0	5	1	0	6
RM/D	14	15	1	3	33
RM/E	15	18	9	7	49
RM/F	0	1	0	0	1
RM/G	12	14	0	5	31
RM/H	9	1	0	1	11
S. Andrea	0	1	1	0	2
S. Filippo N.	0	1	0	0	1
Sora	12	58	195	5	270
Tor Vergata	8	17	1	3	29
Viterbo	0	1	0	0	1
TOTALE	186	503	266	340	1295

DIMESSI DALLE UUOO DI **UROLOGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Anagni	376	190	10	1	577
Campus Biomedico	2	3	2	1	8
Cassino	0	9	23	283	315
Ceccano	2	21	0	2	25
Frosinone	90	745	34	32	901
Fuori Regione	55	120	291	138	604
Latina	0	1	0	13	14
Pol. Gemelli	18	14	13	7	52
Pol. Umberto I	7	11	16	6	40
RM/A	10	9	2	7	28
RM/B	7	14	2	5	28
RM/C	10	41	7	9	67
RM/D	3	3	6	0	12
RM/E	20	30	22	10	82
RM/G	50	6	0	11	67
RM/H	7	4	1	2	14
Regina Elena	10	10	8	18	46
Rieti	0	0	0	1	1
S. Andrea	1	9	2	6	18
S. Anna	0	3	5	55	63
S. Camillo	9	8	3	7	27
S. Filippo N.	0	5	1	1	7
S. Giovanni	2	5	6	0	13
Sora	10	134	405	193	742
V. Gioia	9	107	407	28	551
Viterbo	0	2	0	1	3
TOTALE	698	1504	1266	837	4305

DIMESSI DALLE UOOO DI **TERAPIA INTENSIVA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Alatri	16	9	2	5	32
Bambin Gesu'	8	1	1	2	12
Campus Biomedico	0	0	1	0	1
Cassino	0	3	7	48	58
Frosinone	7	84	7	2	100
Fuori Regione	3	9	15	26	53
Latina	2	2	3	8	15
Pol. Gemelli	1	15	1	3	20
Pol. Umberto I	3	15	8	13	39
RM/A	0	1	3	1	5
RM/B	1	1	1	0	3
RM/C	0	0	2	2	4
RM/D	2	3	0	1	6
RM/E	2	2	3	2	9
RM/G	2	0	0	0	2
RM/H	7	2	4	1	14
Regina Elena	0	3	0	0	3
S. Andrea	1	3	0	1	5
S. Camillo	3	7	0	0	10
S. Filippo N.	2	1	3	1	7
S. Giovanni	0	0	0	1	1
Tor Vergata	1	0	1	0	2
Viterbo	2	0	0	1	3
TOTALE	63	161	62	118	404

DIMESSI DALLE UOOO DI **DERMATOLOGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Bambin Gesu'	5	11	7	8	31
Ceccano	46	202	13	3	264
Frosinone	48	224	22	16	310
Fuori Regione	3	18	48	31	100
IRCSS IDI	95	126	57	47	325
Pol. Gemelli	52	78	16	29	175
Pol. Umberto I	9	7	12	3	31
RM/C	1	2	0	1	4
RM/D	2	1	0	1	4
Regina Elena	15	24	15	20	74
S. Andrea	9	4	1	3	17
TOTALE	285	697	191	162	1.335

DIMESSI DALLE UOOO DI **NEONATOLOGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Bambin Gesu'	11	29	7	22	69
Cassino	0	1	8	242	251
Frosinone	20	151	6	8	185
Fuori Regione	3	13	9	13	38
Latina	1	4	0	41	46
Pol. Gemelli	4	14	1	11	30
Pol. Umberto I	5	8	2	5	20
RM/A	2	2	1	3	8
RM/B	0	0	1	1	2
RM/C	1	2	1	1	5
RM/D	0	1	0	0	1
RM/E	0	1	0	1	2
RM/G	13	0	0	0	13
RM/H	1	0	0	0	1
S. Camillo	2	0	3	3	8
S. Filippo N.	0	4	0	0	4
S. Giovanni	0	3	0	1	4
Sora	1	24	69	10	104
Viterbo	1	0	0	0	1
TOTALE	65	257	108	362	792

DIMESSI DALLE UOOO DI **EMATOLOGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Bambin Gesu'	120	136	14	171	441
Frosinone	63	175	89	92	419
Fuori Regione	4	26	16	22	68
Latina	1	5	4	3	13
Pol. Gemelli	22	53	24	60	159
Pol. Umberto I	38	47	45	38	168
RM/B	0	1	1	0	2
RM/C	12	7	12	3	34
RM/H	1	0	0	0	1
Regina Elena	0	20	10	4	34
S. Andrea	17	8	1	0	26
S. Filippo N.	0	3	0	0	3
S. Giovanni	6	23	13	5	47
TOTALE	284	504	229	398	1.415

DIMESSI DALLE UUOO DI **GERIATRIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Campus Biomedico	1	0	0	1	2
Cassino	3	13	52	863	931
Fuori Regione	59	11	8	9	87
IRCSS INRCA	0	1	0	1	2
Latina	0	6	0	34	40
Pol. Gemelli	5	8	14	6	33
RM/A	1	0	2	0	3
RM/C	1	0	0	1	2
RM/D	2	3	0	0	5
RM/G	6	0	0	0	6
RM/H	0	2	0	1	3
S. Giovanni	0	1	0	0	1
V. Serena	0	0	16	310	326
Viterbo	0	0	0	1	1
TOTALE	78	45	92	1.227	1.442

DIMESSI DALLE UUOO DI **GASTROENTEROLOGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Bambin Gesu'	119	197	62	63	441
Campus Biomedico	4	10	8	2	24
Ceccano	0	27	0	0	27
Fuori Regione	7	12	43	10	72
Latina	0	0	0	1	1
Pol. Gemelli	6	10	2	3	21
Pol. Umberto I	7	8	1	3	19
Pontecorvo	11	105	114	781	1.011
RM/A	10	4	5	2	21
RM/B	2	3	0	2	7
RM/D	2	0	0	0	2
RM/G	12	11	0	0	23
RM/H	47	16	7	13	83
S. Andrea	9	6	2	11	28
S. Camillo	18	44	5	8	75
S. Filippo N.	8	9	8	6	31
S. Giovanni	0	2	0	2	4
TOTALE	262	464	257	907	1.890

DIMESSI DALLE UUOO DI **ONCOLOGIA** PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Anagni	98	38	3	2	141
Bambin Gesu'	19	18	2	86	125
Campus Biomedico	28	47	23	27	125
Frosinone	62	246	4	21	333
Fuori Regione	21	44	165	64	294
IRCSS IDI	9	6	25	13	53
IRCSS INRCA	2	2	1	0	5
Latina	0	4	0	8	12
Pol. Gemelli	56	138	63	52	309
Pol. Umberto I	8	18	8	10	44
RM/A	23	12	10	7	52
RM/B	1	2	0	4	7
RM/C	3	2	5	0	10
RM/D	1	4	0	1	6
RM/E	10	14	1	1	26
RM/G	22	0	0	0	22
RM/H	15	7	10	3	35
Regina Elena	60	79	29	122	290
S. Andrea	6	11	3	28	48
S. Camillo	24	48	6	29	107
S. Filippo N.	11	13	4	13	41
S. Giovanni	6	3	1	8	18
Sora	56	254	587	244	1.141
Tor Vergata	2	2	0	0	4
Viterbo	0	3	0	0	3
TOTALE	543	1.015	950	743	3.251

DIMESSI DALLE UOOO DI PNEUMOLOGIA PER PRESIDIO E DISTRETTO DI RESIDENZA

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Bambin Gesu'	50	89	57	52	248
Fuori Regione	9	21	6	20	56
Latina	1	1	0	15	17
Pol. Gemelli	4	6	2	6	18
Pontecorvo	6	35	41	209	291
RM/B	0	1	0	4	5
RM/D	0	3	0	0	3
RM/H	32	12	7	2	53
S. Andrea	1	5	6	7	19
S. Camillo	35	73	21	38	167
S. Filippo N.	5	4	0	1	10
S. Giovanni	0	5	0	3	8
Spallanzani	3	3	0	1	7
TOTALE	146	258	140	358	902

RICOVERI DEI RESIDENTI IN PRESIDI OSPEDALIERI DI LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE

Ammontano per l'anno 2005 a 5.521 distribuiti per età e sesso secondo quanto riportato in tabella 27.

Tab. 27 – Distribuzione per età e sesso dei residenti ricoverati nel 2005 nei PO per lungodegenza e riabilitazione

CLASSE DI ETA'	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0 – 20	315	183	498
21 – 40	284	235	519
41 – 60	526	550	1.076
61 – 80	1.067	1.447	2.514
> 80	291	623	914
TOTALE	2.483	3.038	5.521

La tabella 28 presenta il numero complessivo di dimissioni per distretto di residenza.

Tab. 28 – Numero di dimessi dalle strutture di lungodegenza e riabilitazione per distretto di residenza

Distretto di residenza	N° dimessi	%
A	502	9,1
B	1.383	25,1
C	1.587	28,7
D	2.049	37,1
TOTALE	5.521	100,0

La tabella seguente (tabella 29) evidenzia la distribuzione dei ricoveri per struttura e distretto di residenza.

Tab. 29 – Distribuzione dei dimessi per struttura e distretto di residenza

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA								TOTALE
	distr A		distr B		distr C		distr D		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Arpino	1	0,2	7	0,5	206	13,0	5	0,2	219
Atina	5	1,0	3	0,2	107	6,7	27	1,3	142
Ceprano	2	0,4	88	6,4	23	1,4	2	0,1	115
Ferentino	46	9,2	70	5,1	6	0,4	0	0,0	122
INI-Città Bianca	169	33,7	494	35,7	247	15,6	9	0,4	919
Isola del Liri	7	1,4	24	1,7	279	17,6	15	0,7	325
PO extra-regione	68	13,5	115	8,3	197	12,4	145	7,1	525
PO Regione	196	39,0	402	29,1	189	11,9	154	7,5	941
S. Raffaele	8	1,6	180	13,0	333	21,0	1.692	82,6	2.213
TOTALE	502	100	1.383	100,0	1.587	100,0	2.049	100,0	5.521

Le due successive tabelle mostrano invece in modo disaggregato i ricoveri in lungodegenza (tabella 30) e in riabilitazione (tabella 31), sempre distinti per struttura e distretto di residenza.

Tab. 30 – Distribuzione dei dimessi da UO di **LUNGODEGENZA** per struttura e distretto di residenza

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA								TOTALE
	distr A		distr B		distr C		distr D		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Arpino	1	5,9	7	8,9	206	30,6	5	1,3	219
Atina	5	29,4	3	3,8	107	15,9	27	7,0	142
Isola del Liri	7	41,2	24	30,4	279	41,4	15	3,9	325
PO extra-regione	1	5,9	3	3,8	4	0,6	7	1,8	15
PO regione	2	11,8	2	2,5	2	0,3	5	1,3	11
S. Raffaele	1	5,9	40	50,6	76	11,3	324	84,6	441
TOTALE	17	100	79	100,0	674	100,0	383	100,0	1153

Tab. 31 – Distribuzione dei dimessi da UO di **RIABILITAZIONE** per struttura e distretto di residenza

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA								TOTALE
	distr A		distr B		distr C		distr D		
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	
Ceprano	2	0,4	88	6,7	23	2,5	2	0,1	115
Ferentino	46	9,5	70	5,4	6	0,7	0	0,0	122
INI-Città Bianca	169	34,8	494	37,9	247	27,1	9	0,5	919
PO extra-regione	67	13,8	112	8,6	193	21,1	138	8,3	510
PO regione	194	40,0	400	30,7	187	20,5	149	8,9	930
S. Raffaele	7	1,4	140	10,7	257	28,1	1368	82,1	1772
TOTALE	485	100	1304	100,0	913	100,0	1666	100,0	4368

Infine si riporta la classificazione dei ricoveri in lungodegenza (tabella 32) e in riabilitazione (tabella 33) secondo la MDC di appartenenza.

Tab. 32 - Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero dei residenti in strutture di **LUNGODEGENZA**

MDC	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Sistema Nervoso	7	52	337	344	740
Occhio	0	0	0	1	1
Orecchio Naso Gola	0	0	5	2	7
Apparato respiratorio	1	7	74	5	87
Apparato cardiocircolat.	2	9	119	6	136
Apparato digerente	1	0	14	2	17
Apparato epatobiliare	0	2	29	6	37
Apparato osteomuscolare	2	2	19	3	26
Pelle Sottocute e Mamm	1	1	7	4	13

Apparato endocrino-metab.	0	1	8	0	9
Apparato urinario	0	0	9	2	11
Apparato genitale masch	0	0	3	1	4
Apparato genitale femm	0	2	5	0	7
Sangue e apparato ematop.	0	1	11	0	12
Malattie mieloproliferat	1	0	4	2	7
Malattie mentali	1	2	18	3	24
Traumi e avvelenamenti	0	0	1	0	1
Altri fattori di ricovero	1	0	9	2	12
Altro	0	0	2	0	2
TOTALE	17	79	674	383	1153

Tab. 33 – Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero dei residenti in strutture di **RIABILITAZIONE**

Struttura di ricovero	DISTRETTO DI RESIDENZA				TOTALE
	distr A	distr B	distr C	distr D	
Sistema Nervoso	145	469	381	1	2.218
Occhio	1	0	1	0	2
Orecchio Naso Gola	2	4	2	1	9
Apparato respiratorio	23	56	22	7	108
Apparato cardiocircolat.	58	164	102	67	391
Apparato digerente	0	1	0	0	1
Apparato epatobiliare	1	1	0	0	2
Apparato osteomuscolare	221	546	350	326	1.443
Pelle Sottocute e Mamm	0	0	1	2	3
Apparato endocrino-metab.	14	7	16	4	41
Apparato urinario	1	2	0	0	3
Condizioni neonatali	0	1	0	1	2
Sangue e apparato ematop.	0	1	2	0	3
Malattie mieloproliferat	0	1	0	0	1
Malattie infettive	1	0	0	0	1
Malattie mentali	7	26	23	19	75
Abusi di alcol e farmaci	0	0	0	2	2
Traumi e avvelenamenti	0	0	0	1	1
Ustioni	0	1	0	0	1
Altri fattori di ricovero	10	24	13	13	60
Altro	1	0	0	0	1
TOTALE	485	1.304	913	444	4.368

ANALISI DELLA DISTRIBUZIONE DELLA DOMANDA DI RICOVERO E DELLE CARATTERISTICHE DEI RICOVERATI NELLA IPOTESI DI STRUTTURAZIONE DELL'AZIENDA IN SEI DISTRETTI SANITARI

La rielaborazione dei dati relativi ai 105.256 ricoveri, effettuati nell'anno 2005 in strutture per acuti dai residenti nel territorio aziendale, sulla base di una diversa strutturazione dei distretti

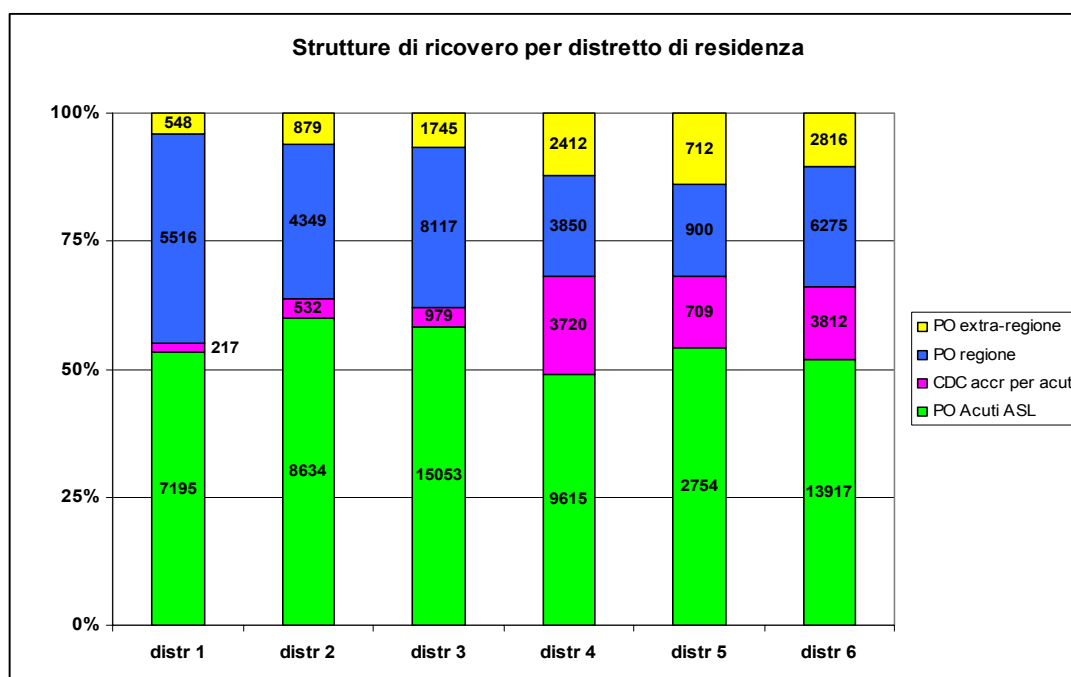
che porti il loro numero dagli attuali quattro a sei, ha prodotto le informazioni sintetizzate nelle tabelle che seguono.

Tab. 34 – Numero di dimessi e tassi di ospedalizzazione per distretto di residenza.

Distretto di residenza	N° dimessi	Tasso di ospedalizzazione/1000 abitanti (*)
1	13.476	193,3
2	14.394	205,7
3	25.894	195,3
4	19.597	239,3
5	5.075	210,2
6	26.820	237,4
TOTALE	105.256	214,2

(*) popolazione stimata al 30-6-2006

Il grafico sottostante evidenzia le strutture verso cui si indirizzano i residenti di ogni distretto per le patologie acute.



I raggruppamenti di patologie (MDC) che più frequentemente determinano il ricorso al ricovero ospedaliero dei residenti in ciascun distretto in cui si articolerebbe l’Azienda sono riportati nella successiva tabella (tab. 35) in cui si evidenziano le affezioni più frequenti.

Tab. 35 – Principali raggruppamenti di patologie (MDC) causa di ricovero

MDC	DISTRETTO DI RESIDENZA						TOTALE
	distr 1	distr 2	distr 3	distr 4	distr 5	distr 6	
Sistema Nervoso	898	1.033	1.753	1.121	363	2.020	7.188
Occhio	786	698	1.551	995	287	1.205	5.522
Orecchio Naso Gola	1.035	1.030	1.509	1.193	276	1.316	6.359
Apparato respiratorio	769	848	1.376	767	248	1.572	5.580
Apparato cardiocircol.	1.658	1.796	2.753	2.137	611	3.470	12.425
Apparato digerente	1.349	1.510	2.535	2.453	550	3.232	11.629
Apparato epatobiliare	369	455	876	749	204	1.136	3.789
Apparato osteomuscol.	1.441	1.535	3.066	2.493	586	2.725	11.846
Pelle Sottocute e Mam	701	777	1.877	1.480	293	1.228	6.356
Apparato endocrino-met.	452	585	792	866	194	1.059	3.948
Apparato urinario	623	585	1.268	1.028	303	1.282	5.089
Apparato genitale mas	290	273	538	500	113	487	2.201
Apparato genitale fem	432	433	770	661	198	911	3.405
Gravidanza Parto Puerp	986	1.133	1.826	1.153	309	1.794	7.201
Condizioni neonatali	127	160	254	161	56	374	1.132
Sangue e apparato em.	170	206	340	177	61	471	1.425
Malattie mieloprolif	564	552	1.235	891	227	1.190	4.659
Malattie infettive	81	90	178	81	37	233	700
Malattie mentali	260	291	592	282	79	501	2.005
Abusi di alcol e farm	34	16	45	13	2	23	133
Traumi e avvelenamenti	160	157	270	119	26	217	949
Ustioni	8	7	22	10	1	19	67
Altri fattori di ricovero	258	186	399	224	44	306	1.417
Traumatismi multipli	6	9	15	10	5	17	62
Infezioni da HIV	17	17	37	10	1	20	102
Altro	2	12	17	23	1	12	67
TOTALE	13.476	14.394	25.894	19.597	5.075	26.820	105.256

La tabella che segue (tab. 36) illustra i flussi di destinazione che si originerebbero da ciascun distretto

Tab. 36 – Flussi di destinazione per distretto di origine

DISTRETTO		PO della ASL	CDC accr nella ASL	PO del Lazio	Abruzzo	Campania	Molise	Altre reg	TOTALE
1	n	7195	217	5516	265	46	23	214	13476
	%	53,4	1,6	40,9	2,0	0,3	0,2	1,6	100,0
2	n	8634	532	4349	475	114	37	253	14394
	%	60,0	3,7	30,2	3,3	0,8	0,3	1,8	100,0
3	n	15053	979	8117	846	147	174	578	25894
	%	58,1	3,8	31,3	3,3	0,6	0,7	2,2	100,0
4	n	9615	3720	3850	1868	86	106	352	19.597
	%	49,1	19,0	19,6	9,5	0,4	0,5	1,8	100,0
5	n	2754	709	900	473	59	63	117	5.075
	%	54,3	14,0	17,7	9,3	1,2	1,2	2,3	100,0
6	n	13917	3812	6275	809	623	913	471	26.820
	%	51,9	14,2	23,4	3,0	2,3	3,4	1,8	100,0
TOTALE	n	57.168	9.969	29.007	4.736	1.075	1.316	1.985	105.256
	%	54,3	9,5	27,6	4,5	1,0	1,3	1,9	100,0

CONCLUSIONI

La lettura di dati aggiornati sulla domanda di servizi ospedalieri costituisce un punto di partenza fondamentale per il raggiungimento dell'efficienza e della razionalizzazione delle strutture che insistono sul territorio di riferimento.

Analizzare in che modo i cittadini utilizzano il diritto alla scelta delle strutture sanitarie, e soprattutto la frequenza e l'ampiezza degli spostamenti che essi intraprendono, può fornire infatti utili indicazioni al management aziendale per una corretta programmazione ed una efficiente allocazione delle risorse, attraverso l'eliminazione di duplicazioni e squilibri dell'offerta.

Questo lavoro permette di individuare aree la cui offerta sanitaria non sembra in grado di poter soddisfare le esigenze dei residenti ed offre un contributo per realizzare quei ridimensionamenti e potenziamenti selettivi non più differibili.

APPENDICE

Utilizzo delle strutture ospedaliere in ordine decrescente di frequenza per distretto di residenza

Residenti Distretto A			Residenti Distretto B			Residenti Distretto C			Residenti Distretto D		
PO	n°	%	PO	n°	%	PO	n°	%	PO	n°	%
Alatri	4.543	24,8	Frosinone	11.532	32,6	Sora	10.113	41,5	Cassino	7.711	28,4
Anagni	3.500	19,1	Alatri	3.118	8,8	Fuori Regione	3.099	12,7	Pontecorvo	4.052	14,9
Frosinone	1.506	8,2	Ceccano	2.818	8,0	V. Gioia	2.429	10,0	Fuori Regione	2.841	10,5
Bambin Gesù'	1.117	6,1	Fuori Regione	2.277	6,4	S. Teresa	1.704	7,0	S. Anna	1.857	6,8
RM/G	1.029	5,6	Pol. Gemelli	2.070	5,8	Pol. Gemelli	1.062	4,4	V. Serena	1.707	6,3
Fuori Regione	895	4,9	Bambin Gesù'	1.921	5,4	Bambin Gesù'	931	3,8	Sora	1.489	5,5
Pol. Gemelli	815	4,4	Sora	1.628	4,6	Frosinone	900	3,7	Bambin Gesù'	1.182	4,4
Pol. Umberto I	704	3,8	Pol. Umberto I	1.065	3,0	Pol. Umberto I	554	2,3	Latina	1.162	4,3
RM/E	503	2,7	S. Teresa	914	2,6	Cassino	402	1,6	Pol. Gemelli	970	3,6
RM/H	374	2,0	Anagni	840	2,4	Pontecorvo	400	1,6	Pol. Umberto I	669	2,5
RM/A	361	2,0	RM/E	741	2,1	RM/E	388	1,6	Frosinone	593	2,2
S. Camillo	321	1,7	Latina	713	2,0	Alatri	202	0,8	Regina Elena	310	1,1
Ceccano	312	1,7	RM/A	608	1,7	Latina	194	0,8	RM/E	282	1,0
RM/C	283	1,5	Pontecorvo	572	1,6	S. Camillo	186	0,8	S. Camillo	266	1,0
Latina	224	1,2	S. Camillo	571	1,6	RM/C	178	0,7	RM/C	201	0,7
S. Teresa	212	1,2	V. Gioia	451	1,3	RM/A	160	0,7	RM/A	184	0,7
Sora	202	1,1	RM/C	425	1,2	RM/H	159	0,7	S. Andrea	155	0,6
S. Filippo N.	192	1,0	Regina Elena	397	1,1	Regina Elena	154	0,6	S. Teresa	155	0,6
IRCSS IDI	180	1,0	RM/H	342	1,0	V. Serena	143	0,6	RM/H	148	0,5
Regina Elena	179	1,0	S. Andrea	288	0,8	S. Anna	125	0,5	RM/B	144	0,5
S. Andrea	163	0,9	Cassino	246	0,7	Tor Vergata	108	0,4	Ceccano	133	0,5
RM/B	151	0,8	S. Giovanni	243	0,7	Campus Biomedico	100	0,4	Tor Vergata	128	0,5
RM/D	123	0,7	S. Filippo N.	240	0,7	IRCSS IDI	92	0,4	V. Gioia	121	0,4
S. Giovanni	110	0,6	Tor Vergata	237	0,7	S. Andrea	91	0,4	RM/D	106	0,4
Tor Vergata	109	0,6	RM/D	227	0,6	Anagni	87	0,4	IRCSS IDI	87	0,3
Campus Biomedico	72	0,4	RM/B	212	0,6	S. Filippo N.	80	0,3	S. Giovanni	83	0,3
V. Gioia	42	0,2	IRCSS IDI	210	0,6	Ceccano	79	0,3	Campus Biomedico	80	0,3
Cassino	34	0,2	Campus Biomedico	138	0,4	RM/D	73	0,3	S. Filippo N.	80	0,3
Pontecorvo	31	0,2	RM/G	122	0,3	RM/B	70	0,3	Alatri	63	0,2
Spallanzani	22	0,1	S. Anna	89	0,3	S. Giovanni	68	0,3	Anagni	62	0,2
IRCSS S. Lucia	13	0,1	Spallanzani	44	0,1	Spallanzani	11	0,0	RM/G	40	0,1
Viterbo	12	0,1	IRCSS S. Lucia	38	0,1	RM/G	10	0,0	IRCSS S. Lucia	14	0,1
IRCSS INRCA	7	0,0	Viterbo	28	0,1	Viterbo	8	0,0	Viterbo	10	0,0
Rieti	3	0,0	IRCSS INRCA	19	0,1	IRCSS INRCA	6	0,0	Rieti	9	0,0
S. Anna	3	0,0	V. Serena	16	0,0	IRCSS S. Lucia	6	0,0	Spallanzani	8	0,0
RM/F	2	0,0	Rieti	5	0,0	Rieti	4	0,0	IRCSS INRCA	6	0,0
V. Serena	1	0,0	S. Raffaele-Pisana	5	0,0	S. Raffaele-Pisana	2	0,0	RM/F	4	0,0
S. Raffaele-Pisana	0	0,0	RM/F	4	0,0	RM/F	1	0,0	S. Raffaele-Pisana	1	0,0
TOTALE	18.350			35.414			24.379			27.113	

ALLEGATO 3

Dotazione posti letto

DOTAZIONE POSTI LETTO AL 31.12.2006

U.O.	ALATRI		ANAGNI		FROSINONE		CECCANO		FERENTINO	CEPRANO	SORA		ARPINO	ISOLA L.	ATINA	PONTECORVO		CASSINO		TOT DO	TOT DH	TOT		
	DO	DH	DO	DH	DO	DH	DO	DH			DO	DH				DO	DH	DO	DH				DO	DH
CHIRURGIA	27	2	14	2	35			8			34	6				25	2	26	2	161	22	183		
CHIRURGIA 2											10									10	0	10		
CARDIOLOGIA			10		19	2					10							9		48	2	50		
DERMATOLOGIA					12	2		4												12	6	18		
EMATOLOGIA					10	4														10	4	14		
EMODIALISI	14		12		14						12					6		15		73	0	73		
GASTROENT.								2								19	1			19	3	22		
GERIATRIA																8		28	5	36	5	41		
LUNGODEGENZA													28	15	17					60	0	60		
MEDICINA	30	2	30	3	60	2	17	2			30	6				25	2	25	4	217	21	238		
MALATTIE INF.					29	6														29	6	35		
NEFROLOGIA					6							2						12		18	2	20		
NEONATOLOGIA	4				9						4							4		21	0	21		
NEUROLOGIA						2														0	2	2		
NIDO	12		4		16						14							16		62	0	62		
OCULISTICA					5	3					10	1				2	3	2	4	19	11	30		
ONCOLOGIA				4		5					12	8								12	17	29		
ORTOPEDIA	15	1	16	2	16	2	8	1			20	3						15	4	90	13	103		
OSSERV. BREVE	4				4						2							8		18	0	18		
OSTETRICIA-GIN	33	1	13	1	25	2		1			20	2						18	1	109	8	117		
ORL	15	1	14	1	10	3		1			10	4				10	1			59	11	70		
ODONTOIATRIA											2	2								2	2	4		
PEDIATRIA	16	1			20	2					12	3						13	2	61	8	69		
PNEUMOLOGIA																10	2			10	2	12		
PSICHIATRIA								15			10	3				12	1			37	4	41		
TRAUMAT. D'URG.																				0	0	0		
T. INTENSIVA	2				6													4		12	0	12		
TIN					1															1	0	1		
UROLOGIA			16	2	12	1		2			12	2						9		49	7	56		
UTIC			4		4						4							4		16	0	16		
T. ANTALGICA						2		2												0	4	4		
RIABILITAZIONE									12	12										24	0	24		
TOTALE	172	8	133	15	313	38	40	23	12	12	228	42	28	15	17	117	12	208	22	1295	160	1455		

ALLEGATO 4

Descrizione personale dipendente

AZIENDA USL FROSINONE

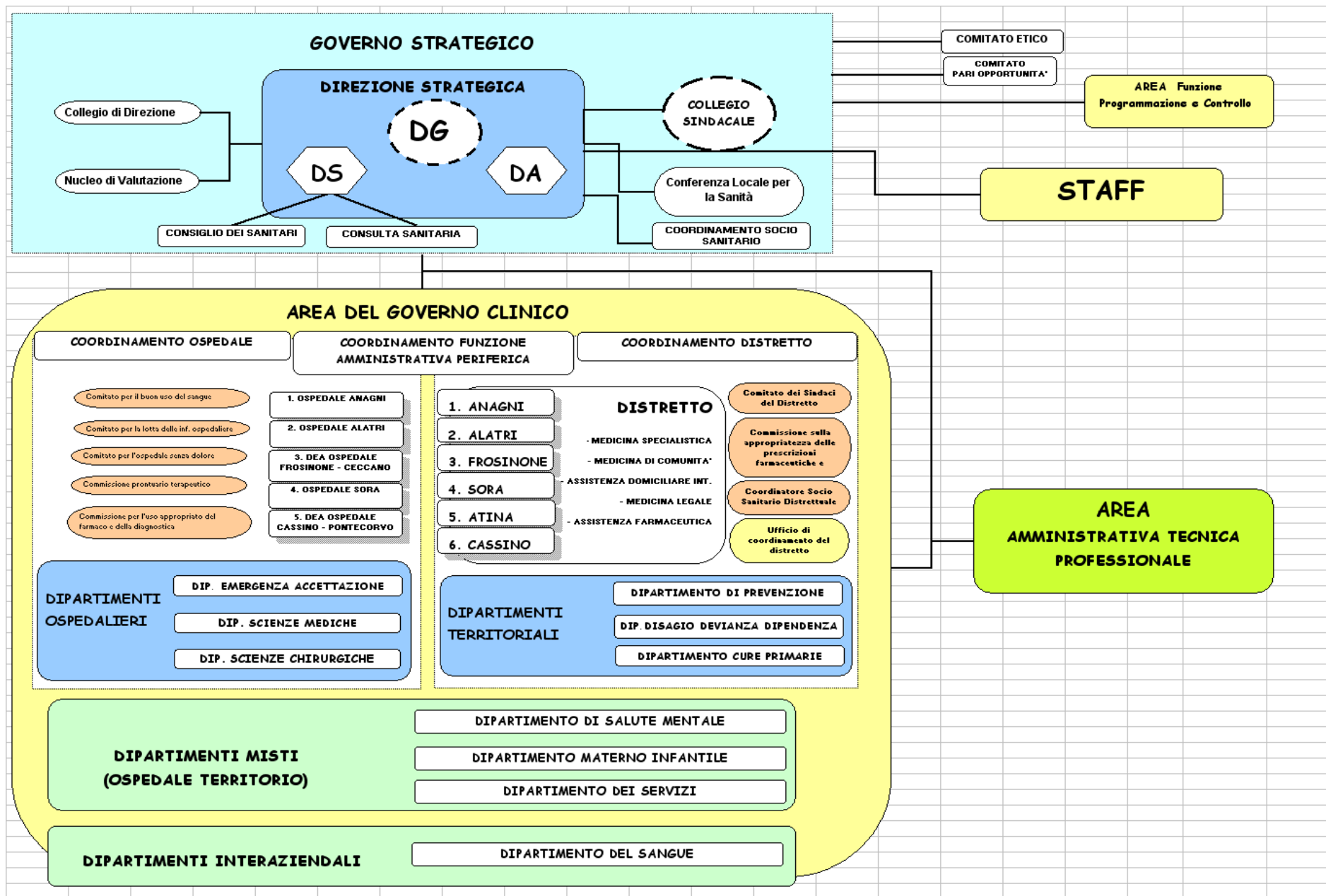
QUALIFICA			PERSONALE A TEMPO DETERMINATO AL 31 MARZO 2007	PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO AL 31 MARZO 2007
RUOLO SANITARIO				e=a-b+c+d
PERSONALE DIRIGENTE				
DIRIGENTE MEDICO STRUTTURA COMPLESSA				77
DIRIGENTE ODONTOIATRIA STRUTTURA COMPLESSA				
DIRIGENTE VETERINARIO STRUTTURA COMPLESSA				7
DIRIGENTE PSICOLOGO STRUTTURA COMPLESSA				5
DIRIGENTE CHIMICO STRUTTURA COMPLESSA				
DIRIGENTE FARMACISTA STRUTTURA COMPLESSA				3
TOTALI PARZIALI			0	92
DIRIGENTE MEDICO			92	691
DIRIGENTE ODONTOIATRA				3
DIRIGENTE VETERINARIO			0	63
DIRIGENTE PSICOLOGO			2	63
DIRIGENTE FISICO				
DIRIGENTE FARMACISTA			9	8
DIRIGENTE CHIMICO				4
DIRIGENTE BIOLOGO				20
TOTALI PARZIALI			103	852
PERSONALE RIABILITAZIONE				
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS				
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA DS				8
COLL.RE PROF.LE SANIT. FISIOTERAPISTA D			1	79
COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA DS				1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO LOGOPEDISTA D				25
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOTTISTA DS				1
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ORTOTTISTA D				3
COLL.RE PROF.LE SANIT. EDUCATORE PROF.LE D				4
COLLABORATORE AUDIOMETRISTA D				3
COLLAB. PROF.LE TERAPISTA OCCUPAZIONALE D				
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA DS				1
TERAP. NEURO PSICOMOTR. ETA' EVOLUTIVA D			2	1
MASSOFISIOTERAPISTA BS				1
TECNICO EDUCAZ. E RIABILIT. PSICH. E PSICOL. D				
TOTALI PARZIALI			3	127
PERSONALE INFERMIERISTICO				
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS				5
COLL.RE PROF.LE SANIT. ESPERTO DS (EX caposala)				73
COLL.RE PROF.LE SANIT. D (EX caposala)				
COLL.RE PROF.LE SANI. ESPERTO DS(ostetrica)				7
COLL.RE PROF.LE SANITARIO OSTETRICA D			2	67
COLL.RE PROF.LE SANITARIO INFERMIERE PED. D			0	32
INFERMIERE PEDIATRICO C				
COLL.RE PROF.LE SAN. ESPERTO DS (ass.sanitario)				8
COLL.RE PROF.LE SANITARIO ASS. SANITARIO D				7
INFERMIERE GENERICO BS				90
COLLAB. PROF.LE INFERMIERE D			5	1593
INFERMIERE C				1
COLLAB. PROF.LE ESPERTO DS (dietista)				2
COLLAB. PROF.LE DIETISTA D				4

PUERICULTRICE BS				46
TOTALI PARZIALI			7	1935
PERSONALE VIGILANZA E ISPEZIONE				
COLL. TEC. PROF. ESP. PREV. AMB. LUOGHI LAV. DS				7
COLL. TEC. PROF. PREV. AMB. LUOGHI LAV. D				76
TECNICO IMPIANTISTICA ANTINFORT. DS				1
TOTALI PARZIALI			0	84
PERSONALE TECNICO SANITARIO				
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. DS				
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. LAB. BIOMEDICO DS				4
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. LAB. BIOMEDICO D			11	86
COLL.RE SAN. PROF.LE ESPERTO TEC. RADIOLOGIA MEDICA DS				4
COLL.RE SAN. PROF.LE TEC. RADIOLOGIA MEDICA D			1	92
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. PERFUS.D				
TECNICO FISIO-PATOL. CARDIO-CIRCOL. D				2
TECNICO FISIO-PATOL. RESPIRATORIA D				
ODONTOTECNICO D				3
TECNICO CARDIOLOGIA D				1
TECNICO NEURO FISIO PATOLOGIA D			1	3
TOTALI PARZIALI			13	195
TOTALE RUOLO SANITARIO			126	3285
RUOLO TECNICO				
DIRIGENTE SOCIOLOGO				2
DIRIGENTE STATISTICO				0
DIRIGENTE ANALISTA INFORMATICO				0
TOTALI PARZIALI				2
PERSONALE ASSISTENZA SOCIALE				
COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE DS				9
COLL.RE PROF.LE ASSISTENTE SOCIALE D			1	90
TOTALI PARZIALI			1	99
PERSONALE TECNICO				
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE D				10
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE ASSISTENTE RELIGIOSO D				
COLL.RE TECNICO-PROFESSIONALE D				
COLL.RE TECNICO-PROF.LE ASS.TE TECNICO D				
COLL.RE TECNICO-PROF.LE PROGRAMMATORE D				
COLL.RE TECNICO-PROF.LE PERITO IND.LE C				
GEOMETRA C				1
ASSISTENTE TECNICO C				5
PROGRAMMATORE C				2
PERITO IND.LE C				
OPERATORE RADIO-COMPUTER				
OPERATORE TECNICO AUTISTA AUTOAMBULANZA				13
OPERATORE TECNICO VIDEOTERMINALE Bs				
O. T. A.				158
OPERATORE TECNICO DISINFETTORE				5
OPERATORE TECNICO AUTISTA				
OPERATORE TECNICO TERMINALE VIDEO				3
OPERATORE TECNICO CENTRALINISTA				40
OPERATORE TECNICO PORTIERE			1	1
AUSILIARIO SPECIALIZZATO			166	364
ANIMATORE CLUB B				1
OPERATORE TECNICO B			6	47
O.T. CENTR. OSSIGENO B				
O.T. IMBIANCHINO B				
O.T. GUARDAROBA B				3
O.T. SARTO B				3
O.T. LAVANDERIA B				2
O.T. CUCINIERE B				7
O.T. IDRAULICO B				
O.T. MURATORE B				4
O.T. MAGAZZINIERE B				

O.T. CUOCO BS					8
O.T. IDRAULICO BS					3
O.T. GUARDAROBA BS					1
O.T. ELETTRICISTA BS					5
O.T. CONDUTTORE CALDAIE BS					5
OPERATORE TECNICO BS					12
TOTALI PARZIALI				173	703
TOTALE RUOLO TECNICO				174	804
RUOLO PROFESSIONALE					
PERSONALE DIRIGENTE					
DIRIGENTE ARCHITETTO					1
DIRIGENTE AVVOCATO					2
DIRIGENTE INGEGNERE					1
TOTALI PARZIALI				0	4
TOTALE RUOLO PROFESSIONALE				0	4
RUOLO AMMINISTRATIVO					
DIRIGENTE AMM.VO STRUTT. COMPL.					9
DIRIG. AMM.VO					13
TOTALE PARZIALE				0	22
PERSONALE AMMINISTRATIVO					
COLL.RE AMM.VO PROF.LE ESPERTO					21
COLL.RE AMM.VO PROF.LE					116
COLL.RE AMM.VO PROF. SETT. SOCIOLOGICO					2
ASS. AMM.VO					126
COAD. AMM.VO ESPERTO					5
COAD. AMM.VO				23	71
COMMESSO					9
TOTALE PARZIALE				23	350
PERSONALE IN STAFF					
DIRETTORE STRUTTURA COMPLESSA					
CONTRATTI COCOCO PERSONALE AMM.VO				1	
TOTALE PARZIALE				1	
TOTALE RUOLO AMMINISTRATIVO				24	372
TOTALE GENERALE				324	4465

ALLEGATO **5**

Organigramma



ALLEGATO **6**

Il Direttore Generale: funzioni e responsabilità

Il Direttore Generale

Il direttore generale, in particolare, provvede:

- a) alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- b) alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- c) alla costituzione del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari;
- d) alla nomina dei componenti del nucleo di valutazione, del collegio tecnico e del comitato per le pari opportunità e di qualunque altro organismo.
- e) all'adozione dell'Atto Aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- f) all'adozione degli atti regolamentari;
- g) all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e all'organizzazione dello staff alla Direzione strategica;
- h) alla nomina e revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda, nonché, dei responsabili dei dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici e al conferimento degli incarichi professionali;
- i) ai provvedimenti conseguenti la valutazione dei dirigenti;
- j) all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP). Tale responsabile deve essere individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- k) all'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente atto di indirizzo;
- l) all'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente atto di indirizzo (collegio di direzione, consiglio dei sanitari e comitato di dipartimento);
- m) all'adozione della dotazione organica aziendale;
- n) all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;
- o) all'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché, degli altri atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;

- p) alla verifica, attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse, nonché, dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- q) alla verifica quali-quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;
- r) all'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

Il direttore generale, ai sensi dell'articolo 15bis, comma 1 del d.lgs. 502/1992, attribuisce al direttore amministrativo, al direttore sanitario nonché ai direttori di presidio, di distretto, di Dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura complessa le funzioni loro spettanti, con particolare riguardo alle decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno .

Ai sensi dell'articolo 8, legge regionale n. 6/2002, comma 1, così come modificato dalla l.r. 4/2006, le funzioni attribuite al direttore generale sono distinte in:

- funzioni ad esso esclusivamente riservate;
- funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario e amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.

Rimangono, infatti, di esclusiva competenza del direttore generale le funzioni di alta amministrazione e cioè quelle più propriamente "di governo", mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- la stipula dei contratti.

Il direttore generale potrà, con proprio provvedimento, delegare ai dirigenti dell'azienda sanitaria l'emanazione di atti di gestione di propria competenza.

L'atto di conferimento della delega deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilisce i limiti e la durata della delega stessa e viene pubblicato sull'albo dell'azienda e sul sito internet dell'azienda.

Il delegante non può esercitare in costanza di delega le attribuzioni delegate.

Il delegato non può sub-delegare le attribuzioni oggetto della delega ed è responsabile degli atti adottati e dei compiti assolti in attuazione della delega e dei loro effetti.

Gli atti emanati dal delegato non sono impugnabili con ricorso al delegante e sono soggetti allo stesso regime dei controlli previsto per gli atti emanati dal titolare.

Il delegante può, in qualsiasi momento, revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il delegante o il delegato.

Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela coordinamento e di vigilanza (esempio: annullamento e modifica degli atti adottati dal delegato).

ALLEGATO **7**

Il Collegio Sindacale: funzioni

Il Collegio Sindacale: funzioni

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) fornisce al direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- e) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

ALLEGATO 8

Il Direttore Sanitario: funzioni

Il Direttore Sanitario

Egli esprime parere sugli atti del direttore generale per quanto di propria competenza ed inoltre:

- esprime parere su ogni questione che venga ad esso sottoposta;
- svolge le funzioni e adotta gli atti ad lui delegati e attribuiti dal direttore generale;
- formula, per le parti di competenza, proposte al direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- cura, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda e attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- esercita i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal direttore generale degli importi determinati dallo stesso;
- determina, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- verifica e controlla l'attività dei dirigenti dei servizi e adotta i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolge ogni altra funzione attribuitagli dalle leggi e dai regolamenti.

Il direttore sanitario, di sua iniziativa o su indicazione del direttore generale, può, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del direttore sanitario le funzioni sono svolte, in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria, nominato dal direttore generale, su proposta dello stesso.

Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi dell'Azienda intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il direttore sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative

(organizzazioni a rete, reti professionali, gruppi di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il direttore sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie (technology assessment);
- accreditamento;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolta nei distretti;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa;
- piani di prevenzione attiva e degli screenings;
- coordinamento locale trapianti,

Il direttore sanitario assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolta nei distretti.

Il direttore sanitario svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del direttore generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali.

Egli presiede il consiglio dei sanitari.

ALLEGATO 9

Il Direttore Amministrativo: funzioni

Il Direttore Amministrativo

Il direttore amministrativo fa parte della direzione strategica e concorre al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuva il direttore generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

Egli esprime parere sugli atti del direttore generale per quanto di propria competenza ed inoltre:

- esprime parere su ogni questione che venga ad esso sottoposta;
- svolge le funzioni e adotta gli atti ad lui delegati e attribuiti dal direttore generale;
- formula, per le parti di competenza, proposte al direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- cura, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda e attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- esercita i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal direttore generale degli importi determinati dallo stesso;
- determina, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- verifica e controlla l'attività dei dirigenti dei servizi e adotta i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolge ogni altra funzione attribuitagli dalle leggi e dai regolamenti.

Il direttore amministrativo, di sua iniziativa o su indicazione del direttore generale, può, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del direttore amministrativo le funzioni sono svolte, in via temporanea, da un dirigente della funzione amministrativa, nominato dal direttore generale, su proposta dello stesso.

Il direttore amministrativo è responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo amministrativo complessivi dell'Azienda intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni amministrative, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla

direzione strategica, egli assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, gruppi di lavoro interdisciplinari, etc.).

Dirige i servizi amministrativi dell'azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione e 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 al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

ALLEGATO **10**

*Area Amministrativa e del Coordinamento Amministrativo: dettaglio articolazione Unità
Complesse e Semplici*

AREA AMMINISTRATIVA TECNICA PROFESSIONALE
STRUTTURE COMPLESSE

AREA	STRUTTURE CENTRALI		SC TOTALE
GIURIDICO AMMINISTRATIVA	S.C. RISORSE UMANE	S.C. AFFARI GENERALI, LEGALI E ASSICURATIVII	2
ECONOMICO FINANZIARIA	S.C. AMMINISTRAZIONE FINANZA	S.C. PROVVEDITORATO	2
TECNICA	S.C. PATRIMONIO	S.C. SISTEMA INFORMATICO	2
			6

COORDINAMENTO AMMINISTRATIVO OSPEDALI DISTRETTI E DIPARTIMENTI
STRUTTURE COMPLESSE
STRUTTURE SEMPLICI

													Totale UU.OO.			
STRUTTURE COMPLESSE STRUTTURE SEMPLICI	OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE - CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO - PONTECORVO	DISTRETTO ANAGNI	DISTRETTO ALATRI	DISTRETTO FROSINONE	DISTRETTO SORA	DISTRETTO ATINA	DISTRETTO CASSINO	DIP. PREV DIP. DSM DIP. FUNZ.	SC	SSD	SS	Totale
	S.S.	S.S.	S.C.	S.C.	S.C.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	3	0	9	12
TOTALE													3	0	9	12

AREA AMMINISTRATIVA TECNICA PROFESSIONALE
STRUTTURE SEMPLICI

				S.S.	S.S.D
RISORSE UMANE	S.S.	ACQUISIZIONE RISORSE UMANE - RELAZIONI SINDACALI	FROSINONE	1	0
	S.S.	STATO GIURIDICO E TRATTAMENTO PENSIONISTICO	FROSINONE	1	0
	S.S.	TRATTAMENTO ECONOMICO	FROSINONE	1	0
AFFARI GENERALI, LEGALI e ASSICURATIVI	S.S.	CONTENZIOSO CIVILE, PENALE E AMMINISTRATIVO	FROSINONE	1	0
	S.S.	CONTENZIOSO LAVORO E RAPPORTI ASSICURATIVI	FROSINONE	1	0
	S.S.	GESTIONE ATTI DELIBERATIVI E REGISTRAZIONE CONTRATTI	FROSINONE	1	0
	S.S.	PROTOCOLLO INFORMATICO E PUBBLICITA' ATTI S.S.N.	FROSINONE	1	0
AMMINISTRAZIONE FINANZA	S.S.	GESTIONE FISCALE E TRIBUTARIA E CONTABILITA'M GENERALE	FROSINONE	1	0
	S.S.	REDAZIONE ATTI CONTABILI	FROSINONE	1	0
PROVVEDITORATO	S.S.	ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI	FROSINONE	1	0
	S.S.	ECONOMATO, SERVIZIO LOGISTICO-ALBERGHIERO E INVENTARIO BENI MOBILI	FROSINONE	1	0
PATRIMONIO	S.S.	GESTIONE IMPIANTI TECNOLOGICI, ELETTROMEDICALI ED AUTOPARCO	FROSINONE	1	0
	S.S.	EDILIZIA SANITARIA E INVENTARIO BENI IMMOBILI	FROSINONE	1	0
SISTEMA INFORMATICO	S.S.	GESTIONE E MANUTENZIONE SERVER FARM., APPARATI HARDWARE, E SICUREZZA INFORMATICA	FROSINONE	1	0
	S.S.	REINGEGNERIZZAZIONE, GESTIONE E MANUTENZIONE SISTEMA INFORMATICO	FROSINONE	1	0
TOTALE				15	0

ALLEGATO 11

Il Collegio di direzione: funzioni

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è un organismo che supporta il Direttore Generale e concorre con la Direzione aziendale alla individuazione delle strategie aziendali, suggerendo e proponendo piani per un corretto utilizzo e gestione delle risorse (umane, tecnologiche e finanziarie), allo scopo di ottimizzare il perseguimento degli obiettivi, nell'ottica di coniugare le istanze dell'area che si può definire della "committenza" (direzione generale e area centrale) con quelle deputate alla produzione dei livelli assistenziali.

Il Collegio di Direzione collabora per:

- l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda;
- l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane.

Al Collegio di Direzione competono specifiche attribuzioni in ordine alle seguenti materie:

Programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie.

Tale compito prevede:

- il suggerimento di obiettivi aziendali;
- l'individuazione e successivamente la valutazione di tutte quelle attività che nell'ambito aziendale possono rivestire valenza strategica.

La programmazione deve contenere l'individuazione e stesura di un programma di interventi che armonizzino quelli specifici predisposti dai singoli Dipartimenti;

Il governo delle attività cliniche e per la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici aziendali

- appropriatezza del trattamento clinico e terapeutico,
- misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni nell'area della degenza, anche attraverso il processo di "benchmarking" e di accreditamento professionale

Programmazione e valutazione di attività ad alta integrazione sanitaria.

Al riguardo si intende l'individuazione di quelle attività che richiedono la partecipazione all'integrazione di aree di diversa appartenenza allo scopo di garantire servizi integrati rientranti nelle scelte strategiche dell'Azienda.

Formulazione di programmi di formazione.

A tal fine il Collegio provvede a proporre programmi di formazione sia per la dirigenza che per il comparto diretti:

- all'acquisizione di nuove tecniche assistenziali e/o cliniche;

- al continuo aggiornamento allo scopo di assicurare prestazioni sempre più orientate alla qualità totale;
- all'acquisizione di principi e criteri manageriali, come la capacità relazionale, di gestione e di valutazione.

Formulazione di ipotesi organizzative per l'esercizio dell'attività libero-professionale.

A tal fine il Collegio di Direzione:

- redige una proposta di regolamento per l'espletamento dell'attività libero-professionale, suggerendo le relative tariffe da applicare, nell'ambito e nel rispetto di quelle previste dall'Ordine dei Medici;
- valuta la congruità dei volumi di prestazioni fissati in relazione alle attività istituzionali;
- suggerisce e propone convenzioni, accordi, protocolli con strutture pubbliche o private per l'espletamento di dette attività, nonché convenzioni anche con studi professionali;
- individua, suggerendo alla Direzione, gli spazi e/o i locali per l'espletamento dell'attività libero professionale allo scopo di assicurare il regolare ed ottimale svolgimento della stessa, anche in relazione alla normativa nazionale e regionale in materia.

Il Collegio di Direzione viene convocato dal Direttore Generale almeno ogni tre mesi, previa comunicazione che deve contenere:

- data e luogo della convocazione;
- ordine del giorno.

La convocazione deve pervenire almeno 72 ore (tre giorni) prima della data prevista per la seduta. Può essere considerata valida anche la convocazione mezzo fax; in caso di convocazione telefonica, questa deve essere ratificata per iscritto.

In caso di urgenza i tempi di invio possono essere ridotti a 24 ore, fatto salvo le caratteristiche della convocazione, come indicato nel precedente punto.

La partecipazione è obbligatoria: in caso di impossibilità, il componente deve darne preventiva comunicazione scritta.

Le sedute del Collegio di Direzione sono valide quando vi è la presenza della metà più uno dei componenti aventi diritto.

Nel caso in cui l'argomento da trattare rivesta particolare complessità e/o specificità o comunque richieda il parere di professionalità non presenti nell'Azienda, il Direttore Generale, in qualità di presidente, può chiedere la presenza di un esperto nella materia oggetto della discussione.

Il Collegio di Direzione può riunirsi anche su richiesta motivata, inviata al Direttore Generale, di almeno un terzo dei componenti.

I pareri, opinioni, proposte e programmi formulati dal Collegio di Direzione sono validi solo se espressi dalla maggioranza del Collegio, nelle forme indicate nel precedente punto (metà più uno).

Le attività di segreteria, compresa la verbalizzazione delle sedute, sono assicurate da personale appartenente al ruolo amministrativo.

Di ogni seduta del Collegio di Direzione deve essere redatto apposito verbale da inviare ai componenti il collegio i quali, sulla base delle determinazioni e/o conclusioni espresse in sede di riunione, si attiveranno per la realizzazione delle strategie aziendali individuate in sede di pianificazione.

Gli originali dei verbali, numerati in ordine cronologico, devono essere conservati presso la segreteria del Direttore Generale.

ALLEGATO **12**

Il Consiglio dei Sanitari: modalità di elezione, composizione e funzionamento

Il Consiglio dei sanitari

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda Unità Sanitaria Locale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti; si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono previste da un apposito regolamento.

Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei sanitari non si pronuncia entro il 15° giorno dalla data di ricevimento della richiesta di parere.

Composizione

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal direttore sanitario dell'Azienda.

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

- n. 6 dirigenti medici ospedalieri e territoriali dipendenti dell'Azienda di cui uno 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 nella Azienda Sanitaria Locale;
- n.1 operatore dell'area infermieristica;
- n.2 operatori dell'area tecnico – sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono eletti per ogni singola Azienda USL dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale di appartenenza.

Personale avente diritto alla nomina di componente del Consiglio dei Sanitari

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei Sanitari :

- a) i dipendenti del servizio sanitario nazionale con almeno 3 anni di anzianità;

b) il personale universitario, assegnato, da almeno 3 anni, ad attività assistenziali (per le aziende in cui insiste il triennio clinico della facoltà di medicina e per le aziende in cui è presente anche la componente universitaria).

Partecipano, quindi, alla elezione del Consiglio dei Sanitari, i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo: medici ospedalieri, medici territoriali, medici universitari, personale laureato sanitario, personale laureato sanitario universitario, 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 della azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

Modalità per lo svolgimento delle elezioni

Il direttore generale indice le elezioni, previo avviso da pubblicare, almeno 30 giorni prima della data fissata, garantendone la massima diffusione, anche attraverso l'affissione dell'avviso sugli appositi spazi riservati all'interno dell'azienda e la notifica alle parti sociali. L'avviso deve contenere tutte le informazioni necessarie in merito alle elezioni: *data, ora e sede*.

Le operazioni di voto si svolgono nell'arco di una sola giornata e sono a scrutinio segreto.

L'Azienda mette a disposizione idonei locali affinché dette operazioni avvengano in modo regolare, rispettando il principio della segretezza.

Commissione elettorale e seggio elettorale

Il direttore generale costituisce una Commissione elettorale composta dal direttore amministrativo, o suo delegato, con funzioni di presidente, e da quattro dipendenti dell'azienda estratti a sorte tra il personale appartenente ai ruoli non interessati alle elezioni, di cui uno con funzioni di segretario. Alla Commissione compete la predisposizione dell'elenco dei dipendenti aventi il diritto di voto, suddivisi per categoria, nonché la verifica dei requisiti di eleggibilità. Gli elenchi sono affissi all'albo dell'Azienda almeno 10 giorni prima della data delle elezioni.

La Commissione elettorale costituisce, nelle sedi dove avvengono le elezioni, i seggi elettorali composti da 3 scrutatori, di cui uno anche con funzioni di presidente ed uno di segretario, sorteggiati tra il personale che non risulti candidato.

Compete al seggio elettorale l'espletamento di tutti gli adempimenti ed operazioni connesse al voto, nonché le operazioni di spoglio che devono essere eseguite pubblicamente.

Elezioni dei componenti

Ogni elettore partecipa con voto limitato al proprio profilo professionale, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere, esprimendo la preferenza indicando il nominativo del candidato.

Sulla base delle risultanze dello spoglio il direttore generale procede alla nomina degli eletti; risultano eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero dei voti validamente espressi.

In caso di parità di voti risulta eletto quello con più anzianità di servizio.

In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.

Qualora a causa dell'esaurimento della lista non sia più possibile procedere alla sostituzione di un eletto cessato, il direttore generale indice nuove elezioni esclusivamente per il profilo professionale carente.

Durata

Il Consiglio dei Sanitari dura in carica 5 anni. Il Consiglio dei Sanitari decaduto conserva le proprie funzioni sino al rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.

Il direttore generale provvede allo scioglimento del Consiglio dei Sanitari qualora lo stesso per tre volte consecutive non abbia raggiunto il numero legale (metà + 1).

I componenti del Consiglio dei Sanitari possono essere eletti per un massimo di due volte consecutivamente.

I componenti che non partecipano al Consiglio per tre volte, senza aver comunicato il motivo dell'assenza, vengono dichiarati decaduti.

ALLEGATO **13**

Il Coordinatore Socio Sanitario: funzioni

Il Coordinatore Socio Sanitario

- Collabora, per quanto di competenza, con il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo alle attività di programmazione aziendale, privilegiando il raccordo fra la programmazione sanitaria e la programmazione socio-assistenziale degli Enti Locali.
- Formula proposte al Direttore Generale, negli ambiti di propria competenza, ai fini dell'elaborazione degli atti di specifica programmazione.
- Dirige e coordina le attività socio-assistenziali che l'Azienda svolge sulla base degli accordi di programma con gli Enti Locali.
- Garantisce l'integrazione tra i servizi sanitari ed i servizi di assistenza sociale, anche in ambito inter e sopra dipartimentale.
- Promuove, in collaborazione con i Dipartimenti sanitari, la progettualità comune con il Terzo settore e la stipula di protocolli operativi di intesa con il privato sociale e l'associazionismo.
- Sostiene e favorisce la partecipazione attiva della cittadinanza.
- Svolge, per quanto di competenza, ogni altra funzione delegatagli dal Direttore Generale.

ALLEGATO **14**

Il Nucleo di valutazione: competenze

Il Nucleo di valutazione

Il Nucleo ha competenza ai sensi dell'art. 26 del contratto collettivo nazionale di lavoro 2002-2005 nei seguenti ambiti:

- per il personale con qualifica dirigenziale, nella verifica annuale dei risultati di gestione dei Direttori di struttura complessa e semplice, cui siano affidate risorse (in particolare, verrà valutata gestione del budget affidato, delle risorse umane e strumentali assegnate, delle funzioni delegate, del modello organizzativo adottato) e per tutti i Dirigenti nella verifica dei risultati raggiunti, con particolare riguardo all'osservanza degli obiettivi prestazionali affidati ed all'impegno ed alla disponibilità correlati all'articolazione dell'orario;
- per il personale non dirigente, nella verifica degli obiettivi annuali e nella valutazione del personale cui sia stato conferito un incarico di posizione organizzativa e/o coordinamento.

Il Nucleo si riunisce almeno una volta al mese e si avvale del supporto di strutture interne all'Azienda che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting (es. le strutture che si occupano dei sistemi informativi aziendali e del controllo di gestione).

Collabora con il Nucleo almeno un coordinatore amministrativo che può svolgere le funzioni di segretario al fine di garantire la regolarità degli atti e delle sedute, dei verbali e della documentazione, la corretta tenuta degli archivi e dello scadenziario degli incontri ed il coordinamento tra le varie strutture deputate alla raccolta ed all'analisi dei dati.

Le modalità di funzionamento del nucleo sono disciplinate in apposito regolamento.

ALLEGATO **15**

Le Unità in Staff al Governo Strategico: articolazione e descrizione Unità complesse e Semplici

STAFF GOVERNO STRATEGICO
STRUTTURE COMPLESSE

AREA		SC TOTALE
AREA FUNZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	S.C. CONTROLLO DI GESTIONE	1
	S.C. PROGRAMMAZIONE	1
	S.C. SISTEMA INFORMATIVO	1
STAFF	S.C. QUALITA' - FORMAZIONE E RAPPORTI CON L'UNIVERSITA' - COMUNICAZIONE - URP	1
	S.C. DOMICILIARE - ACCREDITAMENTO - AUTORIZZAZIONI - UFFICIO PER L'ATTIVITA' ISPETTIVA	1
AREA MEDICO LEGALE	S.C. RISK MANAGEMENT E MEDICINA LEGALE OSPEDALIERA	1
	S.C. MEDICINA LEGALE TERRITORIALE	1
		7

STAFF GOVERNO STRATEGICO
STRUTTURE SEMPLICI

			S.S.	S.S.D
AREA FUNZIONE PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	S.S.	CONTABILITA' ANALITICA, SISTEMA DI RILEVAZIONE E REPORTING	1	0
	S.S.	SISTEMA DI BUDGET E SISTEMA PREMIANTE	1	0
	S.S.	VALUTAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENTE (COMITATI TECNICI)	1	0
	S.S.	SISTEMA INFORMATIVO AZIENDALE	1	0
STAFF	S.S.	PREVENZIONE/PROTEZIONE E SORVEGLIANZA SANITARIA AZIENDALE (DG)	1	0
	S.S.	COORDINAMENTO SCREENING E COORDINAMENTO TRAPIANTI (DS)	1	0
	S.S.	UFFICIO PRIVACY (DG)	1	0
	S.S.	COORDINAMENTO PROFESSIONI SANITARIE (DS)	5	0
	S.S.	COORDINAMENTO DIREZIONE STRATEGICA	1	0
	S.S.	QUALITA'	1	0
	S.S.	FORMAZIONE (RAPPORTI CON L'UNIVERSITA')	1	0
	S.S.	COMUNICAZIONE - INFORMAZIONE E UFFICIO STAMPA	1	0
	S.S.	URP	1	0
	S.S.	UFFICIO ALPI E RETE CUP (DS)	1	0
AREA MEDICO LEGALE	S.S.	MEDICINA LEGALE TERRITORIALE - ALATRI - ANAGNI	1	0
	S.S.	MEDICINA LEGALE TERRITORIALE - SORA - ATINA	1	0
	S.S.	MEDICINA LEGALE TERRITORIALE - CASSINO	1	0
			21	0

ALLEGATO **16**

Il Direttore di Distretto: funzioni

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'AUSL, nonché della direzione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

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;
- allocazione delle risorse umane attribuite fra le strutture distrettuali;
- organizzazione e coordinamento della rete dei 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 degli Ospedalieri dell'Ausl in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari;
- elaborazione della proposta relativa al programma delle attività territoriali – distrettuali;
- monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del programma delle attività territoriali – distrettuali;
- 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 n° 626/94 e successive modificazioni.

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

ALLEGATO **17**

Il Direttore Sanitario di Ospedale: funzioni

Il Direttore Sanitario di Ospedale

- adotta le norme necessarie per la migliore organizzazione dei servizi tecnico sanitari;
- stabilisce, in rapporto alle esigenze dei servizi, l'impiego, la destinazione, i turni e i congedi del personale sanitario, tecnico, ausiliario ed esecutivo addetto ai servizi sanitari degli ospedali cui è preposto, dandone comunicazione alla Direzione Amministrativa dell'Ospedale;
- ha la vigilanza sul personale che da lui dipende anche dal punto di vista disciplinare;
- propone all'Azienda le sostituzioni temporanee del personale sanitario;
- vigila sull'archivio delle cartelle cliniche ed elabora i dati sanitari, anche a fini statistici e con supporti informatici;
- presenta la relazione annuale sull'andamento sanitario dell'Ospedale;
- propone, d'intesa con i Dirigenti e Responsabili delle UU.OO. Ospedaliere, l'acquisto e la scelta degli apparecchi, attrezzature ed arredi sanitari;
- esprime parere, ai fini sanitari, circa le trasformazioni edilizie;
- vigila sulle provviste necessarie per il funzionamento sanitario degli ospedali per il mantenimento dell'infermo;
- cura l'accettazione amministrativa degli infermi;
- cura l'accettazione delle impegnative delle prestazioni ambulatoriali;
- controlla la regolarità delle prestazioni sanitarie e l'applicazione delle corrispondenti tariffe;
- cura le pratiche di speditività per il rimborso della spesa ospedaliera totale o parziale nei confronti dei cittadini stranieri non aderenti alla UE 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;
- controlla la corretta compilazione delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (S.D.O.);
- gestisce la tariffazione delle prestazioni di ricovero e cura secondo i criteri dei R.O.D., 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;

- rilascia agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in Ospedale;
- valuta e autorizza le richieste di comando per aggiornamento professionale;
- provvede alla gestione ed allo smaltimento dei rifiuti prodotti nelle strutture ospedaliere afferenti all'ospedale;
- provvede all'attuazione, per delega del Direttore generale, degli adempimenti di sicurezza per gli ambienti di lavoro previsti dal D.Lgs n°626/94 e successive modificazioni.

ALLEGATO **18**

Il Direttore Amministrativo di Ospedale: funzioni

Il Direttore Amministrativo di Ospedale

Il Direttore Amministrativo di Ospedale attraverso il personale a lui assegnato:

- dispone la utilizzazione del personale addetto ai servizi amministrativi, economici e tecnici nell'ambito dell'Ospedale stesso;
- 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 del Presidio che svolge funzioni amministrative e tecnico-economiche e ne dispone la registrazione;
- istituisce le richieste di comando per perfezionamento professionale del personale assegnato;
- cura la tenuta di leggi, regolamenti, circolari, giurisprudenza inerenti alla attività dell'Ospedale;
- cura la tenuta del protocollo interno;
- cura lo smistamento agli uffici competenti degli atti da lui visionati;
- provvede alla liquidazione delle prestazioni ambulatoriali effettuate 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 dell'Ospedale 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, fardelleria 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 ospedaliera;
- 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, ha competenza nella gestione e/o concorso nella gestione nelle specifiche materie individuate nelle Strutture Amministrative.

ALLEGATO **19**

Il Direttore di Dipartimento: funzioni e responsabilità

Il Direttore di dipartimento

Il direttore del Dipartimento:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività, 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 della Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget, ove assegnato, secondo le modalità organizzative aziendali;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione, ove prevista;
- gestisce il budget del Dipartimento, ove assegnato;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico individuate dall'Azienda;
- risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati;
- propone il piano formativo dipartimentale;
- propone linee progettuali specifiche per il Dipartimento, anche tramite la partecipazione a progetti con fondi finalizzati.

ALLEGATO **20**

Il Comitato di Dipartimento: funzioni

Il Comitato di dipartimento

Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento (nelle forme previste) 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 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 UU.OO. e dei rispettivi budget (ove previsti);
- sulla verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- le modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

ALLEGATO 21

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE
STRUTTURE COMPLESSE

AREA		OSPEDALI					DISTRETTI						Totale UU.OO.	
		OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE - CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO - PONTECORVO	DISTRETTO ANAGNI	DISTRETTO ALATRI	DISTRETTO FROSINONE	DISTRETTO SORA	DISTRETTO ATINA	DISTRETTO CASSINO	SC	Totale
MATERNO INFANTILE TERRITORIALE	PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE						S.C.						1	1
	TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA						S.C./S.C.*						1	1
	MEDICINA PREVENTIVA DELL'ETA' EVOLUTIVA						S.C.						1	1
OSTETRICA	OSTETRICA E GINECOLOGIA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.							5	5
PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.							5	5
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			S.C.									1	1
TOTALE												14	14	

* D.C.R. DEL LAZIO N. 1017/94

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

STRUTTURE SEMPLICI

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
OSTETRICA E GINECOLOGIA	S.S.	PATOLOGIA OSTETRICA	ALATRI	1	0
	S.S.	PATOLOGIA OSTETRICA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	PATOLOGIA OSTETRICA	SORA	1	0
	S.S.	PATOLOGIA OSTETRICA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
PEDIATRIA	S.S.	NEONATOLOGIA	ALATRI	1	0
	S.S.	NEUROPIEDIATRIA	SORA	1	0
	S.S.	NEONATOLOGIA	SORA	1	0
	S.S.	NEONATOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	NEONATOLOGIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE	S.S.	CONSULTORIO FAMILIARE	ANAGNI-ALATRI	1	0
	S.S.	CONSULTORIO FAMILIARE	FROSINONE	1	0
	S.S.	CONSULTORIO FAMILIARE	SORA-ATINA	1	0
	S.S.	CONSULTORIO FAMILIARE	CASSINO	1	0
TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA	S.S.	T.SALUTE MENTALE E RIAB. ETA' EVOL.	ANAGNI-ALATRI	1	0
	S.S.	T.SALUTE MENTALE E RIAB. ETA' EVOL.	FROSINONE	1	0
	S.S.	T.SALUTE MENTALE E RIAB. ETA' EVOL.	SORA-ATINA	1	0
	S.S.	T.SALUTE MENTALE E RIAB. ETA' EVOL.	CASSINO	1	0
	S.S.D.	EQUIPE MULTIDIPARTIMENTALE GIOVANI ADULTI E DOPPIA DIAGNOSI	FROSINONE	0	33%
	S.S.D.	DISABILITA' LINGUISTICHE E COGNITIVE IN ETA' EVOLUTIVA	FROSINONE	0	1
MEDICINA PREVENTIVA ETA' EVOLUTIVA	S.S.	CONSULTORIO PEDIATRICO	ANAGNI-ALATRI	1	0
	S.S.	CONSULTORIO PEDIATRICO	FROSINONE	1	0
	S.S.	CONSULTORIO PEDIATRICO	SORA-ATINA	1	0
	S.S.	CONSULTORIO PEDIATRICO	CASSINO	1	0
TOTALE				21	1,33

ALLEGATO 22

DIPARTIMENTO DISAGIO, DEVIANZA, DIPENDENZE (3D)

DIPARTIMENTO 3 D
STRUTTURE COMPLESSE

AREA		DISTRETTO					DISTRETTO			Totale UU.OO.	
		ANAGNI-ALATRI-FROSINONE		SORA-ATINA-CASSINO			ANAGNI-ALATRI-FROSINONE-SORA-ATINA-CASSINO			SC	Totale
		S.C. SER.T.		S.C. SER.T.			S.C. SOGGETTI DEBOLI (detenuti, ex detenuti, extracomunitari, minoranze etniche)			3	3
DISAGIO	Disagio Adolescenti									0	0
	Occupazione									0	0
	Extracomunitari e Minoranze Etniche									0	0
DEVIANZA	Microcriminalità									0	0
	Detenuti ed ex Detenuti									0	0
DIPENDENZA	Nuove Dipendenze									0	0
	Ser.T.									0	0
	Alcolismo									0	0
								Totale:	3	3	

DIPARTIMENTO 3D
STRUTTURE SEMPLICI
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
DISAGIO	S.S.	DISAGIO ADOLESCENTI-OCCUPAZIONE	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	DISAGIO ADOLESCENTI-OCCUPAZIONE	FROSINONE	1	0
	S.S.	DISAGIO ADOLESCENTI-OCCUPAZIONE	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	DISAGIO ADOLESCENTI-OCCUPAZIONE	CASSINO	1	0
	S.S.	EXTRACOMUNITARI E MINORANZE ETNICHE	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	EXTRACOMUNITARI E MINORANZE ETNICHE	FROSINONE	1	0
	S.S.	EXTRACOMUNITARI E MINORANZE ETNICHE	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	EXTRACOMUNITARI E MINORANZE ETNICHE	CASSINO	1	0
	S.S.D	PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI	FROSINONE	0	1
	S.S.D.	EQUIPE MULTIDIPARTIMENTALE GIOVANI ADULTI E DOPPIA DIAGNOSI	FROSINONE	0	33%
DEVIANZA	S.S.	DETENUTI ED EX DETENUTI - MICROCRIMINALITA'	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	DETENUTI ED EX DETENUTI - MICROCRIMINALITA'	FROSINONE	1	0
	S.S.	DETENUTI ED EX DETENUTI - MICROCRIMINALITA'	CASSINO	1	0
	S.S.D	PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI	FROSINONE	0	1
DEPENDENZA	S.S.	NUOVE DIPENDENZE - SER.T. - ALCOLISMO	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	NUOVE DIPENDENZE - SER.T. - ALCOLISMO	FROSINONE	1	0
	S.S.	NUOVE DIPENDENZE - SER.T. - ALCOLISMO	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	NUOVE DIPENDENZE - SER.T. - ALCOLISMO	CASSINO	1	0
	S.S.D	PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI	FROSINONE	0	1
TOTALE				15	3,33

ALLEGATO **23**

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

**DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
STRUTTURE COMPLESSE**

		OSPEDALI					DISTRETTI						Totale UU.OO.	
AREA		OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE - CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO - PONTECORVO	DISTRETTO ANAGNI	DISTRETTO ALATRI	DISTRETTO FROSINONE	DISTRETTO SORA	DISTRETTO ATINA	DISTRETTO CASSINO	SC	Totale
TERRITORIO	S.C. AREA POLIDISTRETTUALE DSM						S.C.		S.C.				2	2
	S.C. AREA DISTRETTUALE DSM								S.C.			S.C.	2	2
OSPEDALE	SPDC			S.C.	S.C.	S.C.							3	3
TOTALE												7	7	

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
STRUTTURE SEMPLICI
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
TERRITORIO	S.S.	CSM	ANAGNI-ALATRI	1	0
	S.S.	CSM	FROSINONE	1	0
	S.S.	CSM	SORA-ATINA	1	0
	S.S.	CSM	CASSINO	1	0
	S.S.	SEMIRESIDENZIALITA' - CENTRO DIURNO	FERENTINO	1	0
	S.S.	SEMIRESIDENZIALITA' - CENTRO DIURNO	CECCANO	1	0
	S.S.	SEMIRESIDENZIALITA' - CENTRO DIURNO	FROSINONE	1	0
	S.S.	SEMIRESIDENZIALITA' - CENTRO DIURNO	SORA	1	0
	S.S.	SEMIRESIDENZIALITA' - CENTRO DIURNO	CASSINO	1	0
	S.S.	CTR	FROSINONE	1	0
	S.S.	CTR	CECCANO	1	0
	S.S.	CTR	CECCANO	1	0
	S.S.D.	DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E PSICOPAT. DI GEN.	FROSINONE	0	1
	S.S.D.	PSICOGERIATRIA	FROSINONE	0	1
	S.S.D.	CENTRO CRISI	CECCANO	0	1
	S.S.D.	PSICOPATOLOGIA CLINICA	FROSINONE	0	1
	S.S.D.	RESIDENZIALITA' E PROGETTI ABITATIVI	CASSINO	0	1
	S.S.D.	EQUIPE MULTIDIPARTIMENTALE GIOVANI ADULTI E DOPPIA DIAGNOSI	FROSINONE	0	33%
TOTALE				12	5,33

ALLEGATO **24**

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURE COMPLESSE

AREA		Distretto						Totale UU.OO.	
		DISTRETTO ANAGNI	DISTRETTO ALATRI	DISTRETTO FROSINONE	DISTRETTO SORA	DISTRETTO ATINA	DISTRETTO CASSINO	SC	Totale
IGIENE	Igiene e Sanità Pubblica	S.C.						1	1
	Igiene degli Alimenti e della Nutrizione	S.C.						1	1
	Prevenzione e Sicurezza Luoghi di Lavoro	S.C.						1	1
VETERINARIA	Sanità Animale (A)	S.C.						1	1
	Igiene ed Ispezione degli alimenti di Origine Animale (B)	S.C.						1	1
	Igiene delle Produzioni Zootecniche (C)	S.C.						1	1
TOTALE							6	6	

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
STRUTTURE SEMPLICI
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
IGIENE	S.S.D.	EPIDEMIOLOGIA	FROSINONE	0	1
	S.S.D.	MEDICINA DELLO SPORT	FROSINONE	0	1
	S.S.D.	ISPETTORATO MICOLOGICO	FROSINONE	0	1
	S.S.	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	FROSINONE	1	0
	S.S.	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	CASSINO	1	0
	S.S.	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	FROSINONE	1	0
	S.S.	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	CASSINO	1	0
	S.S.	PREVENZIONE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	PREVENZIONE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	FROSINONE	1	0
	S.S.	PREVENZIONE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	SORA - ATINA	1	0
S.S.	PREVENZIONE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	CASSINO	1	0	
VETERINARIA	S.S.	SANITA' ANIMALE	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	SANITA' ANIMALE	FROSINONE	1	0
	S.S.	SANITA' ANIMALE	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	SANITA' ANIMALE	CASSINO	1	0
	S.S.D.	ANAGRAFE BOVINA	FROSINONE	0	1
	S.S.	IGIENE ED ISPEZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	IGIENE ED ISPEZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	FROSINONE	1	0
	S.S.	IGIENE ED ISPEZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	IGIENE ED ISPEZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	CASSINO	1	0
	S.S.	IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	ANAGNI - ALATRI	1	0
	S.S.	IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	FROSINONE	1	0
	S.S.	IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	SORA - ATINA	1	0
	S.S.	IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	CASSINO	1	0
TOTALE				24	4

ALLEGATO **25**

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
STRUTTURE COMPLESSE

								Totale UU.OO.	
AREA		DISTRETTO ANAGNI	DISTRETTO ALATRI	DISTRETTO FROSINONE	DISTRETTO SORA	DISTRETTO ATINA	DISTRETTO CASSINO	SC	Totale
MEDICINA DI BASE	MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA	S.C.						1	1
ASSISTENZA DOMICILIARE	ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	S.C.						1	1
RIABILITAZIONE	RIABILITAZIONE E ASSISTENZA PROTESICA	S.C.						1	1
							TOTALE	3	3

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
STRUTTURE SEMPLICI
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
MEDICINA DI BASE	S.S.	MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA/CENTRO PER LA SALUTE	ANAGNI	1	0
	S.S.	MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA/CENTRO PER LA SALUTE	ALATRI	1	0
	S.S.	MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA/CENTRO PER LA SALUTE	FROSINONE	1	0
	S.S.	MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA/CENTRO PER LA SALUTE	SORA	1	0
	S.S.	MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA/CENTRO PER LA SALUTE	ATINA	1	0
	S.S.	MEDICINA DI BASE E SPECIALISTICA/CENTRO PER LA SALUTE	CASSINO	1	0
	S.S.D.	ASSISTENZA SPECIALISTICA E PERCORSI SANITARI TERRITORIALI	FROSINONE	0	1
ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	S.S.	ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	ANAGNI -ALATRI	1	0
	S.S.	ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	FROSINONE	1	0
	S.S.	ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	SORA -ATINA	1	0
	S.S.	ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	CASSINO	1	0
	S.S.D.	NAD	FROSINONE	0	1
	S.S.D.	RSA	SORA	0	1
RIABILITAZIONE E ASSISTENZA PROTESICA	S.S.	RIABILITAZIONE	ANAGNI -ALATRI	1	0
	S.S.	RIABILITAZIONE	FROSINONE	1	0
	S.S.	RIABILITAZIONE	SORA -ATINA	1	0
	S.S.	RIABILITAZIONE	CASSINO	1	0
	S.S.	ASSISTENZA PROTESICA	ANAGNI -ALATRI	1	0
	S.S.	ASSISTENZA PROTESICA	FROSINONE	1	0
	S.S.	ASSISTENZA PROTESICA	SORA -ATINA	1	0
	S.S.	ASSISTENZA PROTESICA	CASSINO	1	0
TOTALE				18	3

ALLEGATO **26**

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI

**DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
STRUTTURE COMPLESSE**

												Totale UU.OO.		
AREA		OSPEDALE ANAGNI DISTRETTO ANAGNI	OSPEDALE ALATRI DISTRETTO ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE - CECCANO DISTRETTO FROSINONE		OSPEDALE SORA DISTRETTO SORA DISTRETTO ATINA	DEA OSPEDALE CASSINO - PONTECORVO DISTRETTO CASSINO					SC	Totale	
FARMACEUTICA	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	5	
	MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA	S.C.										1	1	
		OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE- CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO- PONTECORVO	DISTRETTO ANAGNI	DISTRETTO ALATRI	DISTRETTO FROSINONE	DISTRETTO SORA	DISTRETTO ATINA	DISTRETTO CASSINO		
DIAGNOSTICA IMMAGINI	RADIOLOGIA GENERALE ED ECOGRAFICA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.							5	5
	RADIOTERAPIA				S.C.								1	1
LABORATORIO	PATOLOGIA CLINICA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.							5	5
	ANATOMIA PATOLOGICA			S.C.									1	1
TOTALE												18	18	

DIPARTIMENTO DEI SERVIZI
STRUTTURE SEMPLICI
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
FARMACEUTICA	S.S.	FARMACIA DISTRETTO	ANAGNI-ALATRI	1	0
	S.S.	FARMACIA DISTRETTO	FROSINONE	1	0
	S.S.	FARMACIA DISTRETTO	SORA-ATINA	1	0
	S.S.	FARMACIA DISTRETTO	CASSINO	1	0
DIAGNOSTICA IMMAGINI	S.S.	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA	SORA	1	0
	S.S.	MEDICINA NUCLEARE - TAC,PET	SORA	1	0
	S.S.	NEURORADIOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.D.	MEDICINA NUCLEARE	CASSINO-PONTECORVO	0	1
	S.S.D.	DIAGNOSTICA SENOLOGICA INTEGRATA	ALATRI	0	1
LABORATORIO	S.S.	CITOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	ANATOMIA PATOLOGICA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	BIOLOGIA MOLECOLARE	SORA	1	0
	S.S.	ANALISI CLINICHE	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	SEMINOLOGIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.D.	TOSSICOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.D.	CITOGENETICA	FROSINONE-CECCANO	0	1
TOTALE				13	4

ALLEGATO **27**

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE
STRUTTURE COMPLESSE

		Ospedale					Totale UU.OO.	
AREA		OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE-CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO-PONTECORVO	SC	Totale
MEDICINA GENERALE	MEDICINA GENERALE	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	5
	LUNGODEGENZA			S.C.			1	1
	MALATTIE INFETTIVE			S.C.			1	1
	GASTROENTEROLOGIA			S.C.		S.C.	2	2
	NEUROLOGIA			S.C.			1	1
	PNEUMOLOGIA					S.C.	1	1
	DERMATOLOGIA	S.C.					1	1
	GERIATRIA					S.C.	1	1
CARDIOLOGIA UTIC	CARDIOLOGIA-UTIC	S.C.		S.C.	S.C.	S.C.	4	4
	CARDIOLOGIA		S.C.				1	1
	EMODINAMICA			S.C.			1	1
NEFROLOGIA	NEFROLOGIA E DIALISI	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	5
ONCOEMATOLOGIA	ONCOLOGIA				S.C.		1	1
	EMATOLOGIA			S.C.			1	1
Totale:							26	26

DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE

STRUTTURE SEMPLICI

STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
MEDICINA GENERALE	S.S.	MEDICINA GENERALE	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	MEDICINA GENERALE	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	LUNGODEGENZA	SORA	1	0
	S.S.	LUNGODEGENZA	ATINA	1	0
	S.S.	LUNGODEGENZA	ALATRI	1	0
	S.S.	ALLERGOLOGIA-IMMUNOLOGIA	ALATRI	1	0
	S.S.	REUMATOLOGIA	ANAGNI	1	0
	S.S.	REUMATOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	REUMATOLOGIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	ENDOCRINOLOGIA - DIABETOLOGIA	SORA	1	0
	S.S.	ENDOCRINOLOGIA - DIABETOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	EPATOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.D.	AIDS	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.	GASTROENTEROLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	GASTROENTEROLOGIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.D.	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.	NEUROLOGIA	ANAGNI	1	0
	S.S.	NEUROLOGIA	ALATRI	1	0
	S.S.	NEUROLOGIA	SORA	1	0
	S.S.	NEUROLOGIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.D.	STROKE UNIT	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.D.	FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	CASSINO-PONTECORVO	0	1
	S.S.	UVA	SORA	1	0
	S.S.	UVA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	GERIATRIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	IMMUNOLOGIA	ANAGNI	1	0
	S.S.	DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	ANAGNI	1	0
	S.S.	VENEREOLOGIA ED IMMIGRATI	ANAGNI	1	0
ONCO EMATOLOGIA	S.S.	EMATOLOGIA	ALATRI	1	0
	S.S.	EMATOLOGIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	EMATOLOGIA	SORA	1	0
	S.S.	ONCOLOGIA	ANAGNI	1	0
	S.S.	ONCOLOGIA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	ONCOLOGIA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.D.	HOSPICE	SORA	0	1
NEFROLOGIA E DIALISI	S.S.D.	UDD	PONTECORVO	0	1
	S.S.	NEFROPATIA DIABETICA	SORA	1	0
	S.S.D.	ACCESSI VASCOLARI IN NEUROPATICI	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.D.	DIALISI PERITONEALE	FROSINONE-CECCANO	0	1
CARDIOLOGIA	S.S.	UTIC	ANAGNI	1	0
	S.S.	UTIC	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	UTIC	SORA	1	0
	S.S.	UTIC	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.D.	CARDIOLOGIA AMBULATORIALE	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.D.	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.D.	PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.D.	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	FROSINONE-CECCANO	0	1
			TOTALE	35	12

ALLEGATO **28**

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

STRUTTURE COMPLESSE

		Ospedale					Totale UU.OO.	
AREA		OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE-CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO-PONTECORVO	SC	Totale
CHIRURGIA GENERALE	CHIRURGIA GENERALE	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	5
	CHIRURGIA CARDIO VASCOLARE			S.C.			1	1
CHIRURGIA SPECIALISTICA	OCULISTICA			S.C.	S.C.	S.C.	3	3
	ORL			S.C.	S.C.	S.C.	3	3
	UROLOGIA			S.C.		S.C.	2	2
	ORTOPEDIA	S.C.	S.C.	S.C./S.C.	S.C.	S.C.	6	6
Totale:							20	20

DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE

STRUTTURE SEMPLICI
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

			S.S.	S.S.D	
CHIRURGIA GENERALE	S.S.	CHIRURGIA GENERALE	ALATRI	1	0
	S.S.	CHIRURGIA GENERALE	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA GENERALE	SORA	1	0
	S.S.	CHIRURGIA PEDIATRICA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA TORACICA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA BARIATRICA E LAPAROSCOPICA	ANAGNI	1	0
	S.S.	CHIRURGIA BARIATRICA E LAPAROSCOPICA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA ONCOLOGICA	SORA	1	0
	S.S.	CHIRURGIA VASCOLARE	ALATRI	1	0
	S.S.	SENOLOGIA CHIRURGICA	ALATRI	1	0
	S.S.	SENOLOGIA CHIRURGICA	SORA	1	0
	S.S.	CHIRURGIA D'URGENZA	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA D'URGENZA	SORA	1	0
	S.S.	CHIRURGIA D'URGENZA	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA COLONPROCT.	ANAGNI	1	0
	S.S.	CHIRURGIA COLONPROCT.	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA COLONPROCT.	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.	DAY SURGERY	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	DAY SURGERY	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.D.	ODONTOIATRIA	SORA	0	1
S.S.	ECOGRAFIA INTERVENTISTICA	FROSINONE-CECCANO	1	0	
S.S.	CH. MININVASIVA	FROSINONE-CECCANO	1	0	
CHIRURGIA SPECIALISTICA	S.S.D.	CENTRO IPOVISIONE	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.	DAY SURGERY OCULISTICA	ALATRI	1	0
	S.S.	DAY SURGERY RETINOPATIA DIABETICA	SORA	1	0
	S.S.	ORL	ALATRI	1	0
	S.S.	LITOTRIPSIA	ANAGNI	1	0
	S.S.	UROLOGIA	SORA	1	0
	S.S.D.	ENDOSCOPIA UROLOGICA	SORA	0	1
	S.S.	LAPAROSCOPIA	SORA	1	0
	S.S.	TRAUMAT. URG.	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	CHIRURGIA ARTROSCOPICA	ALATRI	1	0
	S.S.	TRAUMAT. URG.	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	TOTALE			30	3

ALLEGATO 29

DIPARTIMENTO EMERGENZA ACCETTAZIONE

DEA								
STRUTTURE COMPLESSE								
		Ospedale					Totale UU.OO.	
AREA		OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE - CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO - PONTECORVO	SC	Totale
P.S. - OSS. BREVE	PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE BREVE	S.C.	S.C.	S.C./S.C.	S.C.	S.C./S.C.	7	7
ANESTESIA e RIANIMAZIONE	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	5
TOTALE							12	12

DEA
STRUTTURE SEMPLICI
STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
P.S. OSS. BREVE	S.S.	OSSERVAZIONE BREVE	ANAGNI	1	0
	S.S.	OSSERVAZIONE BREVE	ALATRI	1	0
	S.S.	OSSERVAZIONE BREVE	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	OSSERVAZIONE BREVE	SORA	1	0
	S.S.	OSSERVAZIONE BREVE	CASSINO-PONTECORVO	1	0
	S.S.D.	C.P.U.	SORA	0	1
ANESTESIA E RIANIMAZIONE	S.S.	RIANIMAZIONE	ANAGNI	1	0
	S.S.	RIANIMAZIONE	ALATRI	1	0
	S.S.	RIANIMAZIONE	FROSINONE-CECCANO	1	0
	S.S.	RIANIMAZIONE	SORA	1	0
	S.S.	RIANIMAZIONE	CASSINO-PONTECORVO	1	0
TOTALE				10	1

ALLEGATO 30

*DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE "LAZIO SUD"
DI MEDICINA TRASFUSIONALE*

**DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE "LAZIO SUD"
DI MEDICINA TRASFUSIONALE
STRUTTURE COMPLESSE**

	OSPEDALI					DISTRETTI						Totale UU.OO.	
AREA	OSPEDALE ANAGNI	OSPEDALE ALATRI	DEA OSPEDALE FROSINONE-CECCANO	OSPEDALE SORA	DEA OSPEDALE CASSINO-PONTECORVO	DISTRETTO ANAGNI	DISTRETTO ALATRI	DISTRETTO FROSINONE	DISTRETTO SORA	DISTRETTO ATINA	DISTRETTO CASSINO	SC	Totale
MEDICINA TRASFUSIONALE			S.C.	S.C.								2	2
ORGANIZZAZIONE E GESTIONE TERRITORIALE								S.C.				1	1
TOTALE												3	3

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE "LAZIO SUD"
DI MEDICINA TRASFUSIONALE
 STRUTTURE SEMPLICI
 STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

				S.S.	S.S.D
MEDICINA TRASFUSIONALE	S.S.D.	AFERESI TERAPEUTICA E PRODUTTIVA E ALTERNATIVE ALLA TRASFUSIONE DI EMOCOMPONENTI OMOLOGH	FROSINONE-CECCANO	0	1
	S.S.D.	CRIOBIOLOGIA E MANIPOLAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI	SORA	0	1
ORGANIZZAZIONE E GESTIONE TERRITORIALE	S.S.	RACCOLTA, PRODUZIONE, PREPARAZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI E COMPENSAZIONE SUL TERRITORIO	FROSINONE-CECCANO	1	0
TOTALE				1	2

ALLEGATO 31

RIEPILOGO:

UU.OO. AZIENDALI

RIEPILOGO UNITA' OPERATIVE COMPLESSE

RIEPILOGO COMPARATIVO UU.OO. AZIENDALI

COORDINAMENTO OSPEDALE

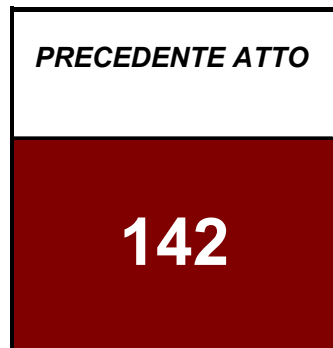
COORDINAMENTO DISTRETTO

UU.OO. AZIENDALI

Afferenza	Strutture complesse				Strutture Semplici Dipartimentali			Strutture semplici				Totale S.C. + S.S.D. + S.S.			
	Centrali	Osped.	Distret.	Totale	Osped.	Distret.	Totale	Centrali	Osped.	Distret.	Totale	Centrali	Osped.	Distret.	TOTALE
Staff Governo Strategico	7			7			0	21			21	28			28
Area Amministrativa Tecnica Professionale	9			9			0	24			24	33			33
Dipartimento Materno Infantile		11	3	14		1,33	1,33		9	12	21		20	16,33	36,33
Dipartimento Disagio Devianza Dipendenza			3	3		3,33	3,33			15	15			21,33	21,33
Dipartimento di Salute Mentale		3	4	7		5,33	5,33			12	12		3	21,33	24,33
Dipartimento di Prevenzione			6	6		4	4			24	24			34	34
Dipartimento di Cure Primarie			3	3		3	3			18	18			24	24
Dipartimento dei Servizi		15	3	18	4		4		9	4	13		28	7	35
Dipartimento di Scienze Mediche		26		26	12		12		35		35		73		73
Dipartimento Scienze Chirurgiche		20		20	3		3		30		30		53		53
Dipartimento Emergenze e Accettazione		12		12	1		1		10		10		23		23
Dipartimento Interaziendale di Medicina Trasfusionale		2	1	3	2		2			1	1		4	2	6
Igiene e Vigilanza Ospedaliera									2		2				2
TOTALE	16	89	23	128	22	17	39	45	95	86	226	61	204	126	393

UNITA' OPERATIVE COMPLESSE

OSPEDALE	DISTRETTO	AMMINISTRAZIONE	STAFF	TOTALE
89	23	9	7	128



RIEPILOGO COMPARATIVO UU.OO. AZIENDALI

	S.C.	S.S.D.	S.S.
ATTO AZIENDALE PRECEDENTE	142	22	251
		273	
ATTO AZIENDALE NUOVO 2007	128	39	226
		265	
TOTALE	-14	-8	

		COORDINAMENTO OSPEDALE						Totale UU.OO.			
		OSPEDALI									
		ANAGNI	ALATRI	DEA FROSINONE CECCANO	SORA	DEA CASSINO PONTECORVO	SC	SSD	SS	Totale	
	IGIENE E VIGILANZA OSPEDALIERA			S.S.		S.S.	0	0	2	2	
	MEDICINA GENERALE	S.C.	S.C.	S.C. - S.S.	S.C.	S.C. S.S.	5	0	2	7	
	ENDOCRINOLOGIA-DIABETOLOGIA			S.S.	S.S.		0	0	2	2	
	REUMATOLOGIA	S.S.		S.S.		S.S.	0	0	3	3	
	LUNGODEGENZA		S.S.	S.C.	S.S. - S.S.		1	0	3	4	
	ALLERGOLOGIA-IMMUNOLOGIA		S.S.				0	0	1	1	
	IMMUNOLOGIA	S.S.					0	0	1	1	
	MALATTIE INFETTIVE			S.C.			1	0	0	1	
	EPATOLOGIA			S.S.			0	0	1	1	
	AIDS	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	GASTROENTEROLOGIA			S.C. S.S.		S.C. S.S.	2	0	2	4	
	ENDOSCOPIA INTERVENTISTICA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	NEUROLOGIA	S.S.	S.S.	S.C.	S.S.	S.S.	1	0	4	5	
	STROKE UNIT	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	PNEUMOLOGIA					S.C.	1	0	0	1	
	FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	DERMATOLOGIA	S.C.					1	0	0	1	
	DERMATOLOGIA ONCOLOGICA	S.S.					0	0	1	1	
	VENEREOLOGIA ED IMMIGRATI	S.S.					0	0	1	1	
	GERIATRIA					S.C. S.S.	1	0	1	2	
	UVA				S.S.	S.S.	0	0	2	2	
	CARDIOLOGIA-UTIC	S.C.		S.C.	S.C.	S.C.	4	0	0	4	
	CARDIOLOGIA		S.C.				1	0	0	1	
	UTIC	S.S.		S.S.	S.S.	S.S.	0	0	4	4	
	CARDIOLOGIA AMBULATORIALE	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	CARDIOLOGIA PEDIATRICA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	EMODINAMICA			S.C.			1	0	0	1	
	NEFROLOGIA E DIALISI	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	0	0	5	
	UDD	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	ACCESSI VASCOLARI IN NEUROPATICI	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	DIALISI PERITONEALE	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	NEFROPATIA DIABETICA					S.S.	0	0	1	1	
	ONCOLOGIA					S.C.	1	0	0	1	
	ONCOLOGIA	S.S.		S.S.		S.S.	0	0	3	3	
	HOSPICE	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	EMATOLOGIA			S.C.			1	0	0	1	
	EMATOLOGIA		S.S.			S.S.	0	0	3	3	
	CHIRURGIA GENERALE	S.C.	S.C. - S.S.	S.C.	S.C. - S.S.	S.C. - S.S.	5	0	3	8	
	CHIRURGIA PEDIATRICA			S.S.			0	0	1	1	
	CHIRURGIA TORACICA			S.S.			0	0	1	1	
	CHIRURGIA BARIATRICA E LAPAROSCOPICA	S.S.				S.S.	0	0	2	2	
	CHIRURGIA ONCOLOGICA					S.S.	0	0	1	1	
	CHIRURGIA VASCOLARE		S.S.				0	0	1	1	
	SENOLOGIA CHIRURGICA		S.S.		S.S.		0	0	2	2	
	CHIRURGIA D'URGENZA			S.S.	S.S.	S.S.	0	0	3	3	
	CHIRURGIA COLONPROCT.	S.S.		S.S.		S.S.	0	0	3	3	
	DAY SURGERY			S.S.		S.S.	0	0	2	2	
	ODONTOIATRIA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	ECOGRAFIA INTERVENTISTICA			S.S.			0	0	1	1	
	CHIRURGIA MININVASIVA			S.S.			0	0	1	1	
	CHIRURGIA CARDIO VASCOLARE			S.C.			1	0	0	1	
	OCULISTICA			S.C.	S.C.	S.C.	3	0	0	3	
	CENTRO IPOVISIONE	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	DAY SURGERY OCULISTICA	S.S.					0	0	1	1	
	DAY SURGERY RETINOPATIA DIABETICA				S.S.		0	0	1	1	
	ORL	S.S.		S.C.	S.C.	S.C.	3	0	1	4	
	UROLOGIA			S.C.	S.S.	S.C.	2	0	1	3	
	ENDOSCOPIA UROLOGICA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	LITOTRIPSIA	S.S.					0	0	1	1	
	LAPAROSCOPIA				S.S.		0	0	1	1	
	ORTOPEDIA	S.C.	S.C.	S.C./S.C.	S.C.	S.C.	6	0	0	6	
	TRAUMAT. URG			S.S.		S.S.	0	0	2	2	
	CHIRURGIA ARTROSCOPICA		S.S.				0	0	1	1	
	P. S. E OSSERVAZIONE BREVE	S.C.	S.C.	S.C./S.C.	S.C.	S.C./S.C.	7	0	0	7	
	OSSERVAZIONE BREVE	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	0	0	5	5	
	C.P.U.	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	0	0	5	
	RIANIMAZIONE	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	0	0	5	5	
	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	0	0	5	
	PATOLOGIA OSTETRICA		S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	0	0	4	4	
	PEDIATRIA E NEONATOLOGIA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	0	0	5	
	NEONATOLOGIA		S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	0	0	4	4	
	NEUROFISIATRICA					S.S.	0	0	1	1	
	TERAPIA INTENSIVA NEONATALE			S.C.			1	0	0	1	
	SPDC			S.C.	S.C.	S.C.	3	0	0	3	
	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	S.C. 50%	S.C. 50%	S.C. 50%	S.C. 50%	S.C. 50%	2,5	0	0	2,5	
	MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA			S.C. 50%			0,5	0	0	0,5	
	RADIOLOGIA GENERALE ED ECOGRAFICA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	0	0	5	
	RADIOLOGIA INTERVENTISTICA				S.S.	S.S.	0	0	2	2	
	MEDICINA NUCLEARE - TAC, PET				S.S.		0	0	1	1	
	NEURORADIOLOGIA			S.S.			0	0	1	1	
	MEDICINA NUCLEARE	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	DIAGNOSTICA SENOLOGICA INTEGRATA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	RADIOTERAPIA				S.C.		1	0	0	1	
	PATOLOGIA CLINICA	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	S.C.	5	0	0	5	
	BIOLOGIA MOLECOLARE				S.S.		0	0	1	1	
	ANALISI CLINICHE					S.S.	0	0	1	1	
	SEMINOLOGIA					S.S.	0	0	1	1	
	TOSSICOLOGIA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	CITOGENETICA	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	ANATOMIA PATOLOGICA			S.C.		S.S.	1	0	1	2	
	CITOLOGIA			S.S.			0	0	1	1	
	MEDICINA TRASFUSIONALE			S.C.	S.C.		2	0	0	2	
	AFERESI TERAPEUTICA E PROD. T.E.O	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	CRIOBIOLOGIA E MAN. C.S.	S.S.D.+ANAGNI, ALATRI, DEA FROSINONE CECCANO, SORA, DEA CASSINO PONTECORVO					0	1	0	1	
	TOTALE	29	30	54	45	48	89	22	95	206	
	TOTALE S.C.	12,6	11,6	27,6	17,6	19,6					
	TOTALE S.S.	12	14	22	23	24					
	TOTALE S.S.D.	4,4	4,4	4,4	4,4	4,4					

COORDINAMENTO DISTRETTO													
		DISTRETTI						Totale UU.OO.					
		ANAGNI	ALATRI	FROSINONE	SORA	ATINA	CASSINO	SC	SSD	SS	Totale		
DIP. CURE PRIMARIE	MEDICINA DI BASE e SPECIALISTICA			S.C.				1	0	0	1		
	MEDICINA DI BASE/SPECIALISTICA - CENTRO PER LA SALUTE	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	S.S.	0	0	6	6		
	ASSISTENZA SPECIALISTICA E PERCORSI SANITARI TERRITORIALI	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE			S.C.				1	0	0	1		
	ASSISTENZA DOMICILIARE E RESIDENZIALE	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	NAD	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	RSA	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	RIABILITAZIONE E ASSISTENZA PROTESICA			S.C.				1	0	0	1		
	RIABILITAZIONE	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
ASSISTENZA PROTESICA	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4			
DIP. 3D	SOGGETTI DEBOLI (detenuti, ex detenuti, extracomunitari, minoranze etniche)			S.C.				1	0	0	1		
	EXTRACOMUNITARI E MINORANZE ETNICHE	S.S.				S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	DETENUTI ED EX DETENUTI - MICROCRIMINALITA'	S.S.		S.S.			S.S.	0	0	3	3		
	PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (Devianza)	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	SER.T.			S.C.			S.C.	2	0	0	2		
	DISAGIO ADOLESCENTI- OCCUPAZIONE	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (Disagio)	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	EQUIPE MULTIDIPARTIMENTALE GIOVANI ADULTI e DOPPIA DIAGNOSI (d3d)	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	0,33	0	0,33		
	NUOVE DIPENDENZE - SER.T. - ALCOLISMO	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
PROTOCOLLI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (Dipendenza)	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1			
DIP. M.I	PROCREAZIONE COSCIENTE E RESPONSABILE			S.C.				1	0	0	1		
	CONSULTORIO FAMILIARE	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA	S.C./S.C.*						1	0	0	1		
	TUTELA SALUTE MENTALE E RIABILITAZIONE ETA' EVOLUTIVA	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	EQUIPE MULTIDIPARTIMENTALE GIOVANI ADULTI e DOPPIA DIAGNOSI (DM)	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	0,33	0	0,33		
	DISABILITA' LINGUISTICHE E COGNITIVE IN ETA' EVOLUTIVA	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	MEDICINA PREVENTIVA DELL'ETA' EVOLUTIVA			S.C.				1	0	0	1		
CONSULTORIO PEDIATRICO	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4			
DIP. S.M.	AREA POLIDISTRETTUALE DSM		S.C.			S.C.		2	0	0	2		
	AREA DISTRETTUALE DSM			S.C.			S.C.	2	0	0	2		
	CSM	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	SEMIRESIDENZIALITA' - CENTRO DIURNO			S.S. FROSINONE		S.S.	S.S.	0	0	5	5		
	CTR			S.S. FROSINONE				0	0	3	3		
				S.S. FROSINONE									
				S.S. FROSINONE									
	DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE E PSICOPAT. DI GEN.	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	PSICOGERIATRIA	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	CENTRO CRISI			S.S.D. CECCANO				0	1	0	1		
	PSICOPATOLOGIA CLINICA	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	RESIDENZIALITA' e PROGETTI ABITATIVI	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	EQUIPE MULTIDIPARTIMENTALE GIOVANI ADULTI e DOPPIA DIAGNOSI (DSM)	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	0,33	0	0,33		
DIP. PREV.	IGIENE E SANITA' PUBBLICA			S.C.				1	0	0	1		
	IGIENE E SANITA' PUBBLICA	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	EPIDEMIOLOGIA	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	MEDICINA DELLO SPORT	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE			S.C.				1	0	0	1		
	IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	ISPETTORATO MICOLOGICO	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1		
	PREVENZIONE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO			S.C.				1	0	0	1		
	PREVENZIONE E SICUREZZA LUOGHI DI LAVORO	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	SANITA' ANIMALE (A)			S.C.				1	0	0	1		
	SANITA' ANIMALE (A)	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	IGIENE ED ISPEZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (B)			S.C.				1	0	0	1		
	IGIENE ED ISPEZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE (B)	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
	IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE			S.C.				1	0	0	1		
IGIENE DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4			
ANAGRAFE BOVINA	S.S.D. = ANAGNI,ALATRI,FROSINONE,SORA,ATINA,CASSINO						0	1	0	1			
DIP. SERVIZI	FARMACEUTICA OSPEDALIERA E TERRITORIALE	S.C.-50%	S.C.-50%	S.C.-50%	S.C.-25%	S.C.-25%	S.C.-50%	2,5	0	0	2,5		
	MONITORAGGIO E CONTROLLO DELLA SPESA FARMACEUTICA	S.C.-50%						0,5	0	0	0,5		
	FARMACIA DISTRETTO	S.S.		S.S.		S.S.	S.S.	0	0	4	4		
DIP. MED. TRASF.	ORGANIZZAZIONE E GESTIONE TERRITORIALE			S.C.				1	0	0	1		
	RACCOLTA PRODUZIONE PREPARAZIONE E VALIDAZIONE EMOCOMPONENTI E COMPENSAZIONE SUL TERRITORIO			S.S.				0	0	1	1		
NEU. U.C. LE TERRITORIALE	MEDICINA LEGALE TERRITORIALE	S.S.				S.S.	S.S.	0	0	3	3		
	TOTALE	16,37	16,37	33,87	17,12	15,12	26,87	23	17	86	126		
	TOTALE S.C.	3,73	3,73	4,23	3,48	3,48	4,23						
	TOTALE S.S.	10,33	10,33	24,33	11,33	9,33	20,33						
	TOTALE S.S.D.	2,31	2,31	5,31	2,31	2,31	2,31						