



AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE FROSINONE

RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE

-

PIANO SANITARIO LOCALE

INDICE

PARTE I

L'ASL DI FROSINONE E GLI ORGANI AZIENDALI

1. CONSIDERAZIONI ED ANALISI DI CARATTERE GENERALE	pag. 9
2. GLI ORGANI DELL'AZIENDA	pag. 12
2.1. Il Direttore Generale	
2.1.1. Le Unità di Staff del Direttore Generale	
2.2. Il Collegio Sindacale	
3. LA DIREZIONE AZIENDALE	pag.22
3.1. Il Direttore Sanitario	
3.1.1. Le Unità di Staff del Direttore Sanitario	
3.2. Il Direttore Amministrativo	pag. 24
3.2.1. Unità di Staff del Direttore Amministrativo	
4. ORGANISMI COLLEGIALI CON FUNZIONI PROPOSITIVE E CONSULTIVE	pag. 27
4.1. Il Collegio di Direzione	
4.2. La Conferenza dei Sindaci	
4.3. Il Consiglio dei Sanitari	

PARTE II

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

1. PREMESSA METODOLOGICA	pag. 30
2. LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE	pag. 31
2.1. Il Distretto Sanitario	pag. 32
2.1.1. Il Direttore del Distretto	
2.1.2. L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali	
2.1.3. Il Comitato dei Sindaci di Distretto	
2.1.4. Il Dirigente Struttura Semplice Amministrativa del Distretto	
2.2. Il Polo Ospedaliero	pag. 37
2.2.1. Il Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero	

2.2.2. Il Direttore Amministrativo del Polo Ospedaliero	
2.3. Il Dipartimento	pag. 39
2.3.1. Il Dipartimento di Prevenzione	
2.4. La Funzione Amministrativa	pag. 43
2.5. Forme d'aggregazione e modalità consultive tra strutture organizzative : le Aree Ospedaliere, Territoriale e la Funzione Amministrativa	pag. 46
3. LE FUNZIONI DEI DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA E DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE E LA VALUTAZIONE DEL LORO OPERATO	pag. 47
3.1. Il Direttore di Struttura Complessa	
3.2. Il Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale ed Operativa	
3.3. Il Responsabile di Incarico Professionale – Punto di Erogazione	
3.4. Il Responsabile di Posizione Organizzativa	
3.5. Criteri generali per il conferimento e la revoca degli incarichi e processi di valutazione:	
3.5.1. La valutazione annuale: il Nucleo di Valutazione	
3.5.2. La valutazione periodica: il Collegio Tecnico	

PARTE III

L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA OSPEDALIERA - MAPPATURA DELLE STRUTTURE

1. IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	pag. 52
1.1. La rete ospedaliera per l'emergenza	
1.2. Le Strutture di Anestesia e Rianimazione	
1.3. Il Servizio di Preospedalizzazione	
2. IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	pag. 57
2.1. L'Area Dipartimentale di Chirurgia Generale	
2.2. L'Area Dipartimentale di Oculistica	
2.3. L'Area Dipartimentale di Otorinolaringoiatria	
2.4. L'Area Dipartimentale di Urologia	
2.5. L'Area Dipartimentale di Ortopedia e Traumatologia	
2.6. L'Area Dipartimentale di Neuroscienze	
3. IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE	pag. 61
3.1. L'Area Dipartimentale di Medicina Generale	
3.2. L'Area Dipartimentale di Geriatria	

3.3. L'Area Dipartimentale di Cardiologia	
3.4. L'Area Dipartimentale di Nefrologia e Dialisi	
3.5. L'Area Dipartimentale di Malattie Infettive	
3.6. L'Area Dipartimentale di Onco-Ematologia	
3.7. L'Area Dipartimentale di Specialità Interne	
4. IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	pag. 66
4.1. L'Area Dipartimentale Ostetricia e Ginecologia	
4.2. L'Area Dipartimentale di Pediatria	
5. IL DIPARTIMENTO PER LA RIABILITAZIONE E LA DISABILITA'	pag. 67
5.1. La Riabilitazione Clinica (ovvero la Rete per la Riabilitazione e la Lungodegenza medica)	
6. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE	pag. 68
6.1. Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)	
7. IL DAY HOSPITAL E LA DAY SURGERY	pag. 69
7.1. Il Day Hospital	
7.2. La Day Surgery	
7.3. La Preospedalizzazione	
7.4. La Dimissione Protetta	

PARTE IV

L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA TERRITORIALE/DISTRETTUALE – MAPPATURA DELLE STRUTTURE

1. IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE	pag. 72
1.1. La Centrale Operativa 118 e le sue postazioni	
2. IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE	pag. 72
3. IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE	pag. 73
3.1. L'Area Dipartimentale di Geriatria	
3.2. L'Area Dipartimentale di Onco-Ematologia - L'Hospice	
4. IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	pag. 76

- 4.1. L'Area Dipartimentale Procreazione Cosciente e Responsabile
- 4.2. L'Area Dipartimentale Età Evolutiva, Infanzia
- 4.3. L'Area Dipartimentale Salute Mentale e Riabilitazione Infantile

- 5. IL DIPARTIMENTO PER LA RIABILITAZIONE E LA DISABILITA' pag. 77
 - 5.1. L'Area Dipartimentale Domiciliarità
 - 5.2. L'Area Dipartimentale Residenzialità
 - 5.3. L'Area Dipartimentale di Riabilitazione Clinica: la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)

- 6. IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE pag. 79
 - 6.1. L'Area Dipartimentale Centro di Salute Mentale (CSM)
 - 6.2. L'Area Dipartimentale Strutture Residenziali e Semi-residenziali

- 7. IL DIPARTIMENTO 3D pag. 80
 - 7.1. L'area Dipartimentale Disagio
 - 7.2. L'area Dipartimentale Devianza
 - 7.3. L'area Dipartimentale Dipendenza

- 8. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE pag. 81
 - 8.1. L'Area Dipartimentale di Igiene e Sanità Pubblica
 - 8.2. L'Area Dipartimentale di Sanità Veterinaria

PARTE V

IL DIPARTIMENTO MISTO DEI SERVIZI – MAPPATURA DELLE STRUTTURE

- 1. IL DIPARTIMENTO MISTO DEI SERVIZI pag. 84
 - 1.1. L'Area Dipartimentale Farmaceutica
 - 1.2. L'Area Dipartimentale di Medicina di Laboratorio
 - 1.3. L'Area Dipartimentale di Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica
 - 1.4. L'Area Dipartimentale di Medicina TrASFusionale
 - 1.5. L'Area Dipartimentale di Medicina Legale
 - 1.6. L'Area Dipartimentale dell'Assistenza Sanitaria di Base
 - 1.7. L'Area Dipartimentale di Genetica Medica

- CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE pag. 90

APPENDICI

A. APPENDICE ALLA PARTE I

Allegato 1 – [Posti letto aziendali](#) e nelle [case di cura private](#) al 31.12.2000

Allegato 2 – [Carta Topografica](#) dei Distretti ed indicazione dei Comuni appartenenti ad ognuno

Allegato 3 – [Rete CUP Aziendale](#)

Allegato 4 – [Dati SIO: Analisi dell'attività di assistenza ospedaliera nell'A.U.S.L. Frosinone](#)

B. APPENDICE ALLA PARTE II

Allegato 5 – [Organigramma aziendale](#): Strutture Organizzative e Dipartimenti ([prevenzione](#), [salute mentale](#), [emergenza e accettazione](#), [scienze mediche](#), [scienze chirurgiche](#), [3D](#), [riabilitazione e disabilità](#), [materno infantile](#), [servizi](#), [funzione amministrativa](#)).

Allegato 6 – [Schema di processo](#) – Programmazione e Controllo

Allegato 7 – [Regolamento di dipartimento](#)

Allegato 8 – [Regolamento aziendale per la valutazione dei dirigenti](#)

Allegato 9 – Regolamenti di:

- [Day Hospital](#)
- [Day Surgery](#)
- [Preospedalizzazione](#)
- [Dimissione Protetta](#)

C. APPENDICI ALLE PARTI III E IV

Allegato 10 – [Rete ospedaliera e territoriale](#) DEA (postazioni di ambulanza–[guardia medica](#))

Allegato 11 - Mappatura delle Strutture che compongono la struttura organizzativa aziendale (Staff: [DG-DS-DA](#); [Direzioni Sanitarie Periferiche](#))

Allegato 12 – Mappatura delle Strutture dell'Area Ospedaliera ([DSM](#) - [DMI](#) - [DEA](#) – [Dipartimento Scienze Mediche](#) – [Scienze Chirurgiche](#) - [DRD](#)).

Mappatura delle Strutture dell'Area Territoriale ([DSM](#) - [DMI](#) - [DEA](#) – [Dipartimento Scienze Mediche](#) - [DRD](#) - [DIP](#) – [D3D](#))

Allegato 13 – Mappatura delle Strutture afferenti alla [Funzione Amministrativa](#)

D. APPENDICE ALLA PARTE V

Allegato 14 – Mappatura delle Strutture afferenti al Dipartimento Misto dei [Servizi](#)

Allegato 15 – Tabella riepilogativa delle [strutture](#) e dei [posti letto aziendali](#) previsti a seguito della riorganizzazione

PARTE I

L'ASL DI FROSINONE E GLI ORGANI AZIENDALI

CONSIDERAZIONI ED ANALISI DI CARATTERE GENERALE

Le peculiarità più evidenti che caratterizzano questa Azienda Sanitaria possono essere essenzialmente così descritte:

- estensione e frammentazione topologica del territorio di competenza (3263,73 ettari, con il 65% di zona montuosa);
- tipicità e multiformità (91 Comuni con abitanti da 350 - Acquafondata a 46194 - Frosinone);
- frammentazione dell'assistenza sanitaria (10 ex UUSSLL, fino alla Del. AUSL FR n.1734/97, per certi aspetti ancora operanti);
- disomogeneità delle prestazioni e dei prodotti aziendali erogati.

Il bacino di utenza al 30/06/2000 è di 495370 abitanti ed è suddiviso in 4 Distretti Sanitari: A (86075 ab. ca), B (183.056 ab. ca), C (108453 ab. ca), D (117786 ab. ca).

La popolazione totale è così suddivisa per classi di età:

0-14 anni		15-65 anni		66-80 anni		più di 80 anni	
Val.assoluti	Val. perc.	Val.assoluti	Val. perc.	Val.assoluti	Val. perc.	Val.assoluti	Val. perc.
74.400	15%	339.245	68,4%	61.855	12,5%	19.870	4,1%

Se il Distretto rappresenta il “luogo di governo della salute e di gestione di tutto il complesso delle attività sanitarie extraospedaliere”, la qualificazione dell'assistenza socio-sanitaria erogata sul territorio non può prescindere da una oculata pianificazione che risponda ai bisogni del cittadino, realizzando servizi facilmente fruibili ed adeguatamente distribuiti all'interno del bacino di riferimento aziendale.

Ineludibile è, pertanto, la necessità di coinvolgere nella programmazione tutti quei soggetti che, per il loro specifico ruolo, si pongono come strumento di forte integrazione funzionale. In tale quadro appare strategica, non soltanto la qualità dei rapporti con i medici di base, con le farmacie, con i medici specialisti, ma anche la qualificazione della professionalità di tutti gli operatori e, soprattutto, la realizzazione di un contesto organizzativo che possa consentire la piena espressione delle potenzialità del settore.

Realizzando un utilizzo integrato delle risorse professionali e strumentali, e razionalizzando l'impiego di quelle economiche di cui si potrà disporre, verranno attivati, in alternativa al ricovero ospedaliero (sia in D.O. che in D.H. e/o D.Sr.), quei servizi che permetteranno di avvicinare la sanità al cittadino.

Elementi fondamentali dell'organizzazione dei Distretti sono:

- la responsabilizzazione del Direttore del Distretto;

- l'assegnazione di un adeguato, consequenziale spazio di autonomia gestionale, che si concretizza tramite l'assegnazione del *budget di distretto*;

Esistono 13 Presidi Ospedalieri e Sanitari Pubblici (Anagni, Alatri, Frosinone, Ferentino, Ceccano, Ceprano, Veroli, Sora, Arpino, Isola del Liri, Atina, Pontecorvo, Cassino) per un numero complessivo di 1785 posti letto (al 31/12/2000), di cui 117 di Day Hospital.

I posti letto sono così suddivisi:

- ◆ 691 di Area Medica;
- ◆ 608 di Area Chirurgica;
- ◆ 150 per l'Ostetricia e Ginecologia;
- ◆ 165 per l'Area Pediatrica e Neonatale;
- ◆ 12 di Terapia Intensiva;
- ◆ 2 di Terapia Intensiva Neonatale;
- ◆ 8 di Terapia Intensiva Cardiologica;
- ◆ 8 di Terapia Antalgica;
- ◆ 121 per la Lungodegenza.

Vi sono inoltre 121 posti letto locati presso la Casa di Cura "INI Città Bianca" di Veroli (101 di Riabilitazione e 20 di Day Hospital Oncologico).

I posti letto presso le Case di Cura Private Accreditate (sempre al 31/12/2000) sono 428, di cui 47 di Day Hospital, così suddivisi:

- ◆ 49 per il Raggruppamento Medico
- ◆ 128 per il Raggruppamento Chirurgico
- ◆ 11 per il Raggruppamento di Area di Ostetricia
- ◆ 140 per la Riabilitazione
- ◆ 100 per la Lungodegenza.

La distribuzione dei posti letto presso i diversi Presidi Ospedalieri e Sanitari Pubblici e le Case di Cura Private Accreditate è illustrata negli allegati 1 e 2.

L'analisi dei dati sui ricoveri ospedalieri mette in luce aree consistenti di inappropriatezza e una rilevanza crescente di alcuni comportamenti opportunistici messi in atto dai soggetti erogatori. Tra questi, l'uso del ricovero diurno o del ricovero breve per l'assistenza a patologie e condizioni trattabili ambulatorialmente.

Fra gli obiettivi aziendali vi deve essere la riduzione del numero di trattamenti erogati a livelli assistenziali inappropriati.

L'analisi dei dati di mobilità sanitaria risulta essenziale per una corretta programmazione dell'offerta e per una efficiente allocazione delle risorse. I dati sulla domanda di servizi ospedalieri

costituiscono un punto di partenza fondamentale per il raggiungimento dell'efficienza e della razionalizzazione delle strutture che insistono sul nostro territorio.

I dati dei ricoveri ospedalieri costituiscono un elemento importante per descrivere lo stato di salute della popolazione. I tassi di ospedalizzazione possono essere utilizzati per produrre stime di prevalenza e di incidenza di patologie e, se integrati con i dati di mortalità, possono fornire indicazioni sulla distribuzione delle patologie nella popolazione e sulle differenze territoriali di fruizione dell'assistenza.

Lo studio epidemiologico ha portato un forte contributo nella individuazione dei Piani di prevenzione da adottare.

L'articolazione territoriale dell'offerta di assistenza ospedaliera per acuti e post acuti e della risposta ai bisogni assistenziali della popolazione evidenzia notevoli squilibri (per un riscontro oggettivo si vedano i dati riportati in appendice).

L'integrazione dei servizi corrisponde all'esigenza di fornire modalità assistenziali più appropriate ai bisogni dell'utenza, qualificare il ruolo dell'ospedale, superare le barriere tra servizi territoriali e strutture ospedaliere.

In tale direzione si deve operare per assicurare la continuità degli interventi e delle attività già presenti ed il loro sviluppo verso modelli organizzativi che garantiscano la continuità e l'unitarietà dell'assistenza.

Il presente Piano Sanitario Locale che determina il riassetto aziendale, persegue l'integrazione dei servizi anche attraverso la responsabilizzazione delle unità operative che costituiscono il riferimento della presenza specialistica in tutti i presidi del territorio.

Pertanto gli obiettivi specifici da perseguire possono essere identificati in:

- qualificazione degli ospedali negli interventi per acuti e nelle patologie complesse, nella specialistica medico-alta e nell'emergenza-urgenza;
- individuazione di modelli organizzativi come la Preospedalizzazione, la Dimissione Protetta, il Day Hospital e la Day Surgery, che determinano un corretto utilizzo dei posti letto ospedalieri;
- garanzia nell'accesso alla Rete Ospedaliera ed alle prestazioni più complesse da ogni punto del territorio mediante la formulazione di specifici protocolli, la creazione di collegamenti funzionali e di infrastrutture di telecomunicazione e telemedicina, anche mediante la realizzazione di una Rete Telematico – Informativa Aziendale;
- affermazione della necessità di protocolli di prevenzione, anche al fine del recupero di risorse , con ritorno economico per la società;
- adozione di protocolli per la ospedalizzazione domiciliare ed orientamento della richiesta d'intervento verso livelli più appropriati d'assistenza (specialistica ambulatoriale, assistenza sanitaria residenziale, assistenza domiciliare integrata);

- formazione permanente rivolta a tutti gli operatori e corsi di informazione-formazione per l'utenza.

Funzione indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi del piano sanitario locale è l'attività di educazione alla salute. Detta attività è compito di tutti i segmenti del sistema sanitario locale ed è strumento indispensabile:- per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie;- per soddisfare il diritto dei cittadini all' informazione per una più efficace utilizzazione dei servizi sanitari, anche con riferimento alla qualità delle prestazioni;- per sviluppare negli individui e nelle famiglie capacità di partecipare efficacemente alle proprie cure, sia ospedaliere che ambulatoriali o domiciliari. Nell' attività di educazione alla salute il volontariato integra l' intervento pubblico. L' approccio all' educazione a salute deve essere di carattere multidisciplinare, interessando varie professionalità sia del campo sociale, psicologico e pedagogico che di quello medico e sanitario. Si tratta infatti di un ambito nel quale confluiscono e al quale partecipano, tendenzialmente tutte le figure presenti nell'Azienda.

La necessità di salvaguardare la capacità operativa degli ospedali pubblici, che debbono comunque garantire prestazione d'alto costo di gestione e di basso profitto (come l'emergenza e le patologie che richiedono alta tecnologia per completare l'iter diagnostico-terapeutico), rende imperativo stabilire delle regole di governo.

È da considerare, peraltro, che la nuova normativa vigente introduce nel sistema del pagamento a prestazione una tariffa differenziata per complessità di struttura, pubblica o privata che sia, ai sensi del comma 2 dell'art. 2 del D.M. del 30 giugno 1997.

Ciò comporta che la Direzione Generale nella programmazione del bilancio aziendale deve necessariamente tenere conto delle innovazioni legislative che influenzano in maniera significativa "l'ambiente" in cui operiamo. Solo in tal caso si potranno operare variazioni nell'attribuzione di spazi e di risorse, e quindi anche di posti letto, alle Unità Operative individuate.

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 4238 dell'8 luglio 1997 si è proceduto alla ristrutturazione della Rete Ospedaliera Regionale al fine, tra l'altro, di ottemperare alle disposizioni contenute nella legge n.382/96; con il medesimo atto sono già stati individuati alcuni degli obiettivi prioritari che la Regione intende perseguire per pervenire all'ottimale utilizzo delle risorse fondando la gestione su criteri d'economicità ed efficienza per migliorare la qualità dell'assistenza ed assicurare la continuità dell'erogazione delle prestazioni.

Si è pertanto articolata la Rete Ospedaliera prevedendo una dotazione di posti letto per degenze ordinarie, compresi quelli delle strutture sanitarie private accreditate, tale da soddisfare la domanda potenziale attesa, nel rispetto dei parametri previsti dalla legislazione nazionale in vigore, nonché delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sul fabbisogno di posti letto rapportati alla popolazione residente, corrispondente ad un indice di 4.5 pp.II. per 1000 abitanti.

L'evoluzione del sistema verso la sua ottimizzazione deve transitare necessariamente attraverso la concentrazione delle funzioni di maggior contenuto specialistico nei presidi ospedalieri ad alto potenziale d'intervento, evitando duplicazioni e dispersioni d'attività ed identificando quelle da potenziare attraverso i dati della migrazione sanitaria.

L'obiettivo è quindi quello di realizzare l'impianto generale del sistema ospedaliero attraverso il superamento delle carenze finora riscontrate.

Occorre pertanto provvedere alla riorganizzazione funzionale dei presidi ospedalieri dell'Azienda prevedendo la concentrazione delle diverse attività di alta tecnologia e di elevata complessità solo in alcuni poli di riferimento.

I Direttori Generali delle AUSL, ove siano presenti più presidi ospedalieri non identificati come Aziende Ospedaliere, possono accorpate gli stessi ai fini funzionali; ciò in applicazione dell'art. 4, comma 9, del Decreto Legislativo n.502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

Tale accorpamento deve tenere conto delle dimensioni e della composizione funzionale della rete ospedaliera prevista dalla Delibera di Giunta Regionale, relativamente all'ambito provinciale; esso, comunque, deve essere guidato dai criteri dell'economicità di gestione e deve salvaguardare le esigenze d'integrazione della rete ospedaliera con i Servizi Sanitari del Territorio.

Tenuto conto dell'articolazione dell'Azienda nei 4 Distretti già configurati, si ritiene necessario accorpate le strutture ospedaliere in 4 Poli Ospedalieri ad essi geograficamente corrispondenti:

- Polo Ospedaliero A, Anagni-Alatri, comprendente le strutture ospedaliere di Alatri e di Anagni;
- Polo Ospedaliero B, Frosinone-Ceccano, comprendente le strutture ospedaliere di Frosinone e Ceccano e i Presidi sanitari di Ceprano, Ferentino e Veroli;
- Polo Ospedaliero C, Sora, comprendente la struttura ospedaliera di Sora ed i Presidi Sanitari di Isola del Liri, Arpino, Atina;
- Polo Ospedaliero D, Cassino-Pontecorvo, comprendente le strutture ospedaliere di Cassino e di Pontecorvo.

Ai poli Ospedalieri è attribuita autonomia economico-finanziaria con contabilità separata all'interno del bilancio dell'AUSL.

Il Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero, congiuntamente al Direttore Amministrativo del Polo Ospedaliero, contratterà con il Direttore Generale aziendale le risorse da attribuire al Polo in relazione alle prestazioni da erogare. Saranno inoltre responsabili della gestione dei budget, nonché della verifica del raggiungimento degli obiettivi.

L'art. 17 bis del Decreto Legislativo 502/92, così come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 229/99, definisce l'organizzazione dipartimentale come il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda Sanitaria.

Esso stabilisce che il Dipartimento è una aggregazione di Strutture Complesse; prevede l'attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti, sia professionale in materia clinico-organizzativa e

della prevenzione, sia di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi.

I Dipartimenti ad interessamento ospedaliero (come del resto quelli ad interessamento territoriale) non attraversano verticalmente i Poli Ospedalieri, bensì trasversalmente. Si tratta, quindi, di strutture di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse, che non rivestono un ruolo di direzione gerarchica sulle Unità Operative afferenti ai Poli Ospedalieri, ma assumono compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento delle funzioni alle quali sono preposti, ad eccezione del Dipartimenti “a struttura”, e cioè il Dipartimento di Prevenzione.

Ogni struttura a valenza dipartimentale, semplice o complessa, fa parte di un dipartimento.

Ogni Polo Ospedaliero è articolato in strutture complesse con sotto articolazioni (strutture semplici).

Quanto sopra tenendo sempre in debito conto la centralità del cittadino-utente, nonché la partecipazione alle scelte strategiche aziendali oltre che di Enti ed Organi già istituzionalizzati, anche del volontariato e delle rappresentanze dei cittadini.

In linea con l'evoluzione degli indirizzi di politica sanitaria, a partire dal D. Lg.vo n.502/92 fino al D. Lg.vo n.229/99, l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone intende coinvolgere soggetti privati nell'offerta di servizi sanitari, allo scopo di definire soluzioni organizzative capaci di rispondere alle modificazioni della domanda e di favorire l'offerta di servizi innovativi.

Come è noto le forme di collaborazione pubblico/private nella fase di produzione di servizi tramite la costituzione di società miste, consorzi, ecc., sono da più parte considerate soluzioni possibili alla scarsità di risorse pubbliche per gli investimenti, rappresentando strumenti che rendono compatibili l'impianto egualitario ed universalistico del Servizio Sanitario Nazionale con gli stringenti vincoli finanziari.

L'ASL di Frosinone, in ossequio all'art. 9-bis del D. Lg.vo n.502/92, così come modificato dall'art. 10 del L. Lg.vo n.229/99, nel suo tentativo di portare a termine sperimentazioni del genere, si ripromette di individuare i soci privati preferibilmente tra le organizzazioni non profit, in modo che queste detengano partecipazioni minoritarie e prevedendo nello statuto norme e procedure per lo scioglimento degli obblighi contrattuali assunti.

Diverse sono le argomentazioni a favore della costituzione di società a capitale misto nell'ambito di un assetto programmatico:

- la ricordata scarsità di fondi pubblici, con la conseguente difficoltà a modificare tempestivamente l'offerta in risposta all'evoluzione della domanda;
- lo sfruttamento di economie di scala, e dunque la possibilità di non aggravare il deficit aziendale con ulteriori oneri di investimento, nella prospettiva di aumentare la capacità di attrarre assistiti non residenti (mobilità attiva);

- la riduzione del costo dei fattori produttivi, ed in particolare i minori oneri di acquisizione del fattore lavoro, i minori costi di uscita in caso di insostenibilità finanziaria o cessazione della convenienza economico-produttiva, i minori costi di acquisizione dei beni e servizi mediante lo snellimento delle procedure di transazione;
- la riduzione e la distribuzione dei rischi che questo strumento gestionale consente rispetto ad altre forme di accordo tra pubblico e privato nell'erogazione dei servizi sanitari;
- la possibilità di avvalersi di risorse private per condurre a termine ristrutturazioni ed adeguamenti a norma di immobili di proprietà aziendale, per i quali l'accennata scarsità di risorse determinerebbe inevitabili ritardi nella possibile fruizione; tali strutture potranno essere dedicate, conseguentemente, ad attività sanitarie ed a servizi collegati, in gestione congiunta, sempre assicurando il controllo da parte della ASL (es: centri di medicina sportiva in collaborazione con il C.O.N.I.).

GLI ORGANI DELL'AZIENDA

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è il legale rappresentante dell'Azienda.

Il Direttore Generale è responsabile della complessiva gestione dell'Azienda e ne assicura il regolare funzionamento anche attraverso l'esercizio del potere di indirizzo e controllo.

Il Direttore Generale esercita direttamente tutte le funzioni non attribuite ad altri livelli direzionali o dirigenziali con disposizioni di legge o di regolamento di organizzazione ovvero non delegate.

Il Direttore Generale esercita le predette funzioni con atti di diritto privato o, nei casi stabiliti dalla legge, attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi.

Il Direttore Generale, fermo restando l'obbligo generale di motivazioni di cui all'art. 3 della legge 241/1990, è tenuto a esplicitare sui provvedimenti amministrativi in modo puntuale le ragioni per le quali ritiene di non attenersi ai pareri espressi dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Generale, sulla base di opportune intese con la Conferenza dei Sindaci, assicura i rapporti tra questa e l'Azienda, assumendo le misure organizzative e gli atti necessari affinché la conferenza possa svolgere la sua funzione di organismo di controllo e di indirizzo.

Nel caso di vacanza dell'ufficio ovvero nei casi di assenza o impedimento del Direttore generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore Sanitario o dal Direttore Amministrativo su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano di età.

Le Unità di Staff del Direttore Generale

In base alle esigenze aziendali, vengono individuate le seguenti unità di staff del Direttore Generale:

- Unità Segreteria della Direzione Generale;
- Programmazione e Controllo;
- Ufficio Qualità Totale e Promozione;
- Ufficio Relazioni con il Pubblico - Ufficio Stampa;
- Ufficio Centrale per i Servizi Socio-Sanitari;
- Unità Operativa Prevenzione e Protezione (UOCPP).

L'Unità di Segreteria della Direzione Generale, assicurando il coordinamento delle altre Unità in Staff e verificandone periodicamente l'operatività ed il raggiungimento degli obiettivi, garantisce anche il mantenimento di corretti rapporti istituzionali con Organismi di rappresentanza ed Autorità della Provincia. Essa accoglie e smista, dopo averne preso visione, la corrispondenza pervenuta al Protocollo Aziendale.

Le innovazioni introdotte nel SSN con il D.Lgs.vo 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, relative al decentramento delle autonomie e delle responsabilità gestionali, al sistema di finanziamento delle aziende sanitarie pubbliche e all' avvio di un processo di sviluppo della competitività tra aziende sanitarie pubbliche e tra queste ultime e quelle private, hanno progressivamente imposto la progettazione e l' attivazione di strumenti di gestione che, almeno in campo sanitario pubblico, hanno carattere di forte innovatività. Questi ultimi sono prevalentemente rappresentati dagli strumenti della **PROGRAMMAZIONE E DEL CONTROLLO DI GESTIONE**.

Certamente, nel caso di aziende sanitarie e/o ospedaliere, ci si trova di fronte ad un elevato grado di complessità operativa e gestionale. Il governo di tale complessità esige, per l'appunto, un sistema di controlli opportunamente articolato. Il controllo strategico ricade nell'area di responsabilità del Direttore Generale; identifica le scelte, gli strumenti, le risorse e le azioni per conseguire gli obiettivi prefissati nella fase programmatica. Esso assomma in sé il controllo operativo e quello organizzativo.

Il controllo operativo concerne i processi con i quali viene assicurato il mantenimento dell'efficienza e dell'efficacia nel portare avanti i compiti specifici. Esso possiede, pertanto, il connotato e la natura di controllo di processo e si fonda su parametri fisici o temporali, piuttosto che su quelli economico-finanziari. In tal senso è molto utile nell'adeguamento al continuo divenire della gestione in rapporto alla mutevolezza del contesto organizzativo-istituzionale.

Il controllo organizzativo è il processo attraverso il quale una organizzazione si assicura che le sue unità operino in modo coordinato e cooperativo, tendendo a rendere confluenti e convergenti le azioni.

In definitiva, il controllo strategico è il processo con cui si definiscono gli obiettivi ed i relativi programmi di attività e si controllano, rispetto ad essi, i risultati e le relative determinanti, valutandone gli scostamenti con l'adozione dei correttivi ritenuti necessari e/o idonei. Si possono individuare cinque fasi costituenti:

1. la definizione degli obiettivi finali e di quelli operativi, con la relativa programmazione dell'attività;
2. la misurazione delle prestazioni, in termini di costi e ricavi (fase dello sviluppo della contabilità analitica); questa funzione è svolta a livello di contabilità, come supporto operativo, in termini di attivazione di flussi di informazioni e di costruzione di idonea reportistica per la formulazione dei conti consuntivi delle unità operative e dei budget;
3. la rilevazione degli scostamenti tra risultati raggiunti ed obiettivi programmati;
4. la valutazione delle determinanti degli scostamenti;
5. l'attuazione degli interventi correttivi.

Il sistema può essere rappresentato attraverso la schematizzazione riportata in appendice.

Afferisce a questo Ufficio anche il settore al quale è affidata la funzione di "osservazione epidemiologica". Le attività di prevenzione, infatti, devono superare l'approccio tradizionale basato sulla "mera logica di vigilanza degli adempimenti legislativi e di attività di ufficio per spingersi verso nuove attività di servizio alla popolazione, di valutazione epidemiologica dei rischi e dei danni, di promozione della salute, di prevenzione primaria e secondaria malattie cronico-degenerative, di valutazione dei servizi".

Per lo svolgimento di tale funzione il Settore epidemiologia dovrà avvalersi della collaborazione di referenti dei distretti e di medici di Medicina Generale. Per lo sviluppo dell'osservazione epidemiologica per lo studio sugli indicatori dei bisogni sanitari della popolazione; ricognizione delle informazioni esistenti; messa a punto dei nuovi flussi informativi.

L'Azienda si impegna, in questa prima fase, a porre in essere screening di prevenzione per i tumori del colon retto, per il distiroidismo e per le patologie odontostomatologiche dell'infanzia, in considerazione della rilevata incidenza (superiore alla media) di queste patologie in ambito provinciale; ciò in aggiunta all'attività già in corso relativa allo screening del cancro della mammella e del collo uterino.

L'Ufficio per la Qualità Totale e Promozione, preside allo sviluppo della funzione valutazione e miglioramento della qualità. Esso opera in stretto raccordo con le altre strutture aziendali e in coerenza con i sistemi informativi, formativi, premianti, di comunicazione e di controllo di gestione e fornisce alla Direzione Generale dell'Azienda, negli ambiti di competenza, il supporto per le decisioni strategiche. L'Ufficio svolge, in materia di gestione per la qualità, funzioni di promozione, sviluppo organizzativo, coordinamento, informazione, formazione, consulenza interna ed esterna, ed espleta, anche se in via non esclusiva, i seguenti compiti:

- sviluppo delle azioni di valutazione e miglioramento continuo della qualità dei processi e dei prodotti;
- sviluppo delle azioni finalizzate alla promozione dell'adozione, classificazione, diffusione e aggiornamento di linee guida, regolamenti e protocolli operativi;
- sviluppo delle azioni finalizzate alla promozione, coordinamento e supporto metodologico dell'attività dei "gruppi sviluppo qualità";
- proposta di un "manuale della qualità" e suo aggiornamento,
- proposta di "piano aziendale per la qualità";
- interventi di competenza per consentire il necessario raccordo tra il piano qualità aziendale e le previsioni delle carte dei servizi;
- analisi dei processi organizzativi e dei prodotti aziendali e collaborazione alla realizzazione delle strategie e dei percorsi di ottimizzazione;
- analisi della domanda di salute e dell'offerta/erogazione dei servizi;
- analisi connesse alla gestione dei sistemi indicatori di esito e di processo;
- interventi di competenza per lo sviluppo delle analisi della qualità percepita e valutazioni su dimensione sociale della qualità dei servizi;
- attività connesse allo sviluppo e gestione dei sistemi qualità aziendali;
- attività connesse allo sviluppo e gestione della promozione pubblicitaria, sia con azioni rivolte a far conoscere e qualificare l'Azienda verso l'esterno, sia attraverso azioni pubblicitarie realizzate all'interno dell'Azienda, per conto di committenti esterni; avrà cura altresì di rendicontare periodicamente circa l'intera attività (report economico – finanziari);
- analisi di appropriato utilizzo delle risorse aziendali e collaborazione alla definizione dei sistemi premianti;
- individuazione di iniziative di formazione-aggiornamento specifiche;

La partecipazione e la tutela dei diritti del cittadino/utente sono garantite dall'URP (Ufficio relazioni con il Pubblico) di cui all'art. 12 del D. L.vo 29/93.

L'URP rappresenta, per propria funzione, l'interfaccia tra la Direzione Aziendale ed il cittadino-utente, garantendo, attraverso le risorse assegnate, una elevata capacità nel contatto con il pub-

blico nonché una approfondita conoscenza dell'amministrazione di appartenenza ed una adeguata formazione ai temi della comunicazione, delle dinamiche relazionali, della conoscenza e della gestione delle informazioni.

L'URP è dotato di idonei strumenti di raccolta e consultazione dei dati. Esso si avvale per la propria attività della collaborazione di tutti i dipendenti dell'Azienda, nel rispetto delle specifiche professionalità.

Più in particolare le funzioni dell'URP sono:

- assicurare l'informazione sulle prestazioni sanitarie e relative modalità di accesso e di partecipazione;
- promuovere la realizzazione di materiale informativo e divulgativo sulla base della "Carta dei Servizi";
- provvedere al monitoraggio dei bisogni dei cittadini e alla rilevazione del gradimento dei servizi offerti, anche attraverso la predisposizione e diffusione di questionari per il miglioramento dei rapporti con l'utenza;
- garantire all'utenza la realizzazione dei diritti di partecipazione previsti dalla Legge 241/90, informando sugli atti, sui responsabili dei procedimenti, sullo svolgimento delle attività, sui tempi di attuazione e sulle modalità di erogazione dei servizi;
- provvedere alla ricerca ed alle analisi finalizzate alla formulazione di proposte sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza;
- promuovere ed attuare iniziative di comunicazione di pubblica utilità e di pubblico interesse per assicurare la conoscenza di normative, servizi e strutture, per la tutela dei diritti dell'utente;
- accogliere ed analizzare le proposte e le doglianze degli utenti, collaborando a definire le procedure per la loro soluzione ed attuando quelle di risposta ai reclami;
- individuare i punti di informazione ed accoglienza;
- favorire l'attività di collaborazione e di raccordo con le altre articolazioni organizzative.

L'URP viene strutturato su due livelli: struttura centrale e strutture periferiche.

La Struttura Centrale ha funzioni di formazione, programmazione, organizzazione e coordinamento e viene articolata in due Uffici, individuati quali "posizioni organizzative":

- **analisi e ricerche** sull'utenza, preposto a valutare con sistematicità il grado di soddisfazione dei servizi pubblici e di evoluzione dei bisogni quali-quantitativi, ad effettuare l'analisi dei risultati di studi, ricerche e sondaggi, utilizzando tutti i dati in possesso dell'Azienda USL.
- **comunicazione**, ricerca e documentazione, preposto ad iniziative di comunicazione di pubblica utilità volte ad assicurare la raccolta e la divulgazione di normative e notizie sui servizi e sulle strutture. Cura le iniziative di comunicazione con gli organi istituzionali regionali e locali, i rapporti con gli organi di informazione, con i rappresentanti di interessi sociali diffusi, nonché l'accesso agli atti previsto dalla Legge 241/90. Inoltre è preposto alla divulgazione capillare dei

servizi erogati dall'Azienda all'interno e presso gli utenti, al coordinamento dell'attività del gruppo di lavoro che si occupa della predisposizione del foglio informativo dell'Azienda, alla diffusione di notizie relative all'organizzazione di convegni d'intesa con le Unità Operative interessate, alla gestione del servizio di documentazione con la raccolta e diffusione del materiale informativo.

Le strutture periferiche, individuate quali "posizioni organizzative", hanno funzioni di gestione di appositi punti informativi (numeri verdi) e curano i rapporti con gli utenti e con le associazioni rappresentanti gli interessi diffusi sul territorio e l'attuazione delle iniziative previste dalla Carta dei Servizi e ogni altra attività stabilita a livello centrale.

Il Direttore della Struttura potrà disporre in relazione ai carichi di lavoro o sulla base di proprie valutazioni, il trasferimento di compiti della struttura centrale da un ufficio all'altro.

A tale struttura afferisce anche l'**Ufficio Stampa**.

L'Ufficio Stampa, ai sensi della Legge n.150/2000, svolge una attività indirizzata, in via prioritaria, ai mezzi di informazione di massa. È diretto da un coordinatore, individuato quale titolare di "posizione organizzativa", che assume la qualifica di capo ufficio stampa, il quale, sulla base delle direttive impartite dal vertice aziendale, cura i collegamenti con gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni da fornire nelle materie di interesse dell'amministrazione. Cura altresì la divulgazione, attraverso idoneo periodico Aziendale, delle deliberazioni adottate, delle scelte operate e dei programmi prefissati. Circa la composizione ed il funzionamento di questo ufficio si fa rinvio al dettaglio della citata norma.

L'Ufficio Centrale per i Servizi Socio-Sanitari assume un significato di rilievo nell'ambito delle generale tensione all'unificazione dei servizi sociali e sanitari presenti nel territorio distrettuale. Sempre di più si sviluppano accordi tra l'Azienda Sanitaria e gli Enti Locali finalizzati alla promozione e alla tutela della salute e delle condizioni sociali di singoli e di famiglie. In tale ottica il Piano Sociale Nazionale, recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri, ha individuato e regolamentato le soluzioni più idonee affinché Enti Locali e Aziende Sanitarie possano garantire al meglio l'accesso al sistema dei servizi socio-sanitari. Questo obiettivo è raggiungibile garantendo convergenza tra i processi programmatici che fanno capo ai diversi organismi interessati.

L'Ufficio Centrale per i Servizi Socio-Sanitari, pertanto, si pone quale unità aziendale deputata a qualificare l'integrazione tra gli interventi più propriamente sanitari e quelli, più ampi, di natura sociale.

E' prevista una articolazione interna sul modello "dipartimento a funzione", in tre aree:

- area coordinamento dipartimentale;
- area coordinamento ospedaliero;
- area coordinamento distrettuale;

I tre responsabili di area sono titolari di "posizione organizzativa". E' prevista una ulteriore articolazione territoriale (in posizioni organizzative), in relazione diretta, rispettivamente, con la direzione sanitaria dei poli ospedalieri e con la direzione dei distretti.

L'Unità Operativa Centrale Prevenzione e Protezione è l'organizzazione di riferimento per la garanzia della salubrità e sicurezza dei luoghi di lavoro dell'Azienda. Esegue sopralluoghi conoscitivi su impianti, attrezzature e strutture dell'Azienda. Assicura altresì, con responsabilità individuale, l'iter e la risoluzione delle prescrizioni e degli atti amministrativi in tema di Legge n° 626/94.

Il Collegio Sindacale

Le funzioni del Collegio Sindacale sono le seguenti:

- verificare l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigilare sull'osservanza della legge;
- accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettuare periodicamente verifiche di cassa;
- riferire almeno trimestralmente all'Assessorato Regionale Sanità, anche su richiesta di quest'ultimo, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti qualora ricorra fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmettere periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda, sia alla Conferenza dei Sindaci, sia al Sindaco del Comune dove ha sede l'Azienda stessa.

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente.

La composizione del Collegio Sindacale è disciplinata dall'art. 3 ter, terzo comma, del Decreto Legislativo n. 229/99.

LA DIREZIONE AZIENDALE

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo costituiscono la Direzione Aziendale:

Il Direttore Generale è coadiuvato dagli altri componenti della Direzione Aziendale ai fini dello svolgimento delle sue funzioni istituzionali con particolare attenzione alla pianificazione strategica e al controllo direzionale.

La Direzione Aziendale opera come momento di coordinamento che non incide sul livello che rimane imputato al Direttore Generale, salvo la delega di funzioni.

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario:

- dirige i servizi sanitari dell'Azienda a fini organizzativi e igienico sanitari, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale;
- concorre al governo aziendale partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale dell'azienda;
- partecipa alla funzione di committenza anche attraverso l'attribuzione di obiettivi e risorse alle strutture organizzative aziendali;
- esercita la responsabilità in merito all'individuazione e all'attuazione di percorsi clinico-assistenziali che, nel quadro della compatibilità finanziaria, siano ritenuti più efficaci e appropriati per l'intervento mirato su specifiche patologie o su specifici gruppi di popolazione;
- Presiede il Consiglio dei Sanitari;
- predispose con la collaborazione del Direttore Amministrativo, dello staff della Direzione Sanitaria e dello staff della Direzione Aziendale, la relazione sanitaria annuale;
- svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente ovvero delegatagli dal Direttore Generale;
- garantisce dal punto di vista sanitario lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie.

Nell'ambito di tali percorsi il Direttore Sanitario è responsabile complessivo della qualità e dell'efficienza tecnica e operativa della produzione delle prestazioni e della distribuzione dei servizi. Sotto l'aspetto più propriamente orientato alla produzione gli interlocutori del Direttore Sanitario sono, i Direttori Sanitari di Polo Ospedaliero e di Distretto e i Direttori di Dipartimento. Per quanto attiene invece agli aspetti organizzativi e gestionali e quelli orientati all'integrazione, gli interlocutori sono rappresentati dai Direttori delle strutture organizzative.

Il Direttore Sanitario, di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase del provvedimento, avocare a sé la trattazione diretta di affari che rivestano particolare rilevanza nel contesto delle competenze dell'area sanitaria, adottando correlativamente tutti gli atti all'uopo necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Dirigente nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario stesso o, in caso di sua impossibilità, sentiti i componenti della Direzione Aziendale.

Le Unità di Staff del Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario, per l'esercizio delle proprie funzioni, si avvale del supporto organizzativo e operativo dello staff della Direzione Sanitaria.

Fanno parte dello staff della Direzione Sanitari le seguenti unità:

- Segreteria della Direzione Sanitaria;
- Ufficio Centrale per le Problematiche Ospedaliere;
- Ufficio Centrale per le Problematiche Territoriali;
- Ufficio Centrale della Formazione;
- Ufficio Centrale Coordinamento ALPI;
- Ufficio Coordinamento Trapianti.
- Ufficio Centrale di Coordinamento delle Professioni Sanitarie;

L'Unità di Segreteria della Direzione Sanitaria costituisce un organismo unico, garantendo anche il coordinamento delle altre Unità in Staff.

L'Ufficio Centrale per le Problematiche Ospedaliere coadiuva il Direttore Sanitario nella funzione di Coordinamento e per l'attività di indirizzo in materia di assistenza sanitaria ospedaliera.

L'Ufficio Centrale per le Problematiche Territoriali coadiuva il Direttore Sanitario nella funzione di coordinamento e per l'attività di indirizzo in materia di assistenza sanitaria extraospedaliera.

L'Ufficio Centrale della Formazione si occupa della formazione continua, ai sensi del Decreto Legislativo n. 229/99, comprendendo dunque l'aggiornamento professionale e la formazione permanente del personale del Servizio Sanitario Regionale. L'aggiornamento è diretto ad adeguare per tutto l'arco della vita lavorativa le conoscenze professionali. La formazione permanente tende a migliorare le competenze cliniche, mediche e manageriali ed i comportamenti degli operatori sanitari con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza erogata dal SSR. Tale attività è rivolta al miglioramento della formazione di base allo sviluppo delle

attività e al rispetto delle procedure (diagnostica terapeutiche, sanificazione ambientale, ecc.) e costituisce una leva fondamentale per il completamento del processo di aziendalizzazione.

A tale Unità fanno capo tutte le procedure necessarie a pervenire alla stipula di convenzioni e/o accordi con le Università degli Studi, per la programmazione delle specializzazioni e per l'attivazione dei corsi per il rilascio dei diplomi universitari. La programmazione stessa va realizzata sulla base dei fabbisogni rilevati indirizzando le scelte con riferimento alle specializzazioni in tutte le discipline riconosciute a livello comunitario. Il raggiungimento di tali obiettivi deve avvenire con il coinvolgimento primario delle strutture e del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

La formazione continua si sviluppa secondo le modalità indicate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua la cui composizione ed i cui compiti sono dettagliatamente previsti dal Decreto Legislativo n. 229/99.

Fa carico a tale Unità l'iter procedurale per l'autorizzazione allo svolgimento verso l'esterno di attività consulenziale e/o formativa svolta da personale dell'azienda.

L'Ufficio Centrale per il Coordinamento dell'Attività Intra-Moenia (ALPI) è costituito e funziona ai sensi delle vigenti direttive regionali. Esso provvede a:

- tenere aggiornati gli elenchi del personale che svolge attività intra-moenia;
- redigere il regolamento per l'esercizio dell'attività intra-moenia ai sensi delle disposizioni di legge;
- verificare l'idoneità delle strutture entro le quali si svolge l'attività di libera professione intra-moenia;
- svolgere l'attività di indirizzo e fissare le regole in materia di contabilizzazione delle prestazioni rese nel regime lavorativo in parola, anche ai fini fiscali;
- svolgere ogni altra attività prevista in materia da Leggi e/o Regolamenti, con particolare attenzione a quanto previsto dalla recente D.G.R. n° 376 del 13/03/01.

L'Ufficio del Coordinamento Aziendale per i Trapianti provvede, secondo le modalità stabilite dalla regione:

- ad assicurare l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore, tramite il sistema informativo dei trapianti, al centro regionale o interregionale competente ed al Centro nazionale, al fine dell'assegnazione degli organi;
- ad assicurare i rapporti, in tema di trapianti, con i Medici di Medicina Generale (MMG);
- a coordinare gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo;
- a curare i rapporti con le famiglie dei donatori;
- ad organizzare attività di informazione, di educazione e di crescita culturale della popolazione in materia di trapianti nel territorio di competenza;

- a svolgere ogni altro tipo di attività in materia, prevista da Leggi e/o Regolamenti.

L'Ufficio Centrale di Coordinamento delle Professioni Sanitarie assicura la qualità e l'efficienza tecnica e operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici di:

- ◆ Infermieri Professionali;
- ◆ Tecnici della Diagnostica;
- ◆ Tecnici della Riabilitazione;
- ◆ Tecnici della Prevenzione.

Il Direttore dell'Ufficio Centrale, individuato tra i Dirigenti delle Professioni Sanitarie, garantisce lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza e la definizione, il coordinamento e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica e tecnica, generale e specialistica di natura preventiva, diagnostica e riabilitativa. A tal fine si avvale, per le parti di rispettiva competenza, dei responsabili degli Uffici di Coordinamento delle Professioni Sanitarie, individuati quali responsabili di "posizioni organizzative", come di seguito specificato:

- ◆ Ufficio di Coordinamento degli Infermieri Professionali;
- ◆ Ufficio di Coordinamento dei Tecnici della Prevenzione;
- ◆ Ufficio di Coordinamento dei Tecnici della Diagnostica;
- ◆ Ufficio di Coordinamento dei Tecnici della Riabilitazione;

Tale Ufficio è rappresentato perifericamente da Uffici Distrettuali (uno per Distretto) e Ospedalieri (uno per Polo), individuati quali "posizioni organizzative", operanti in stretto coordinamento funzionale con le Direzioni di Distretto e Sanitaria di Polo Ospedaliero. Le ulteriori articolazioni funzionali interne ai singoli Uffici di Coordinamento, potranno essere definite, dalla Direzione Aziendale, su proposta dei Responsabili individuati, d'intesa con il Coordinatore dell'Ufficio Centrale.

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Amministrativo:

- dirige i servizi amministrativi dell'Azienda con conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale;
- concorre al governo aziendale, partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale dell'Azienda;
- partecipa alla funzione di committenza;
- coadiuva il Direttore generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico-finanziario aziendale;
- assicura il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico;

- assicura la legittimità degli atti;
- definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale;
- cura la messa a disposizione, attraverso le idonee strutture tecniche e professionali delle informazioni di base necessarie a valutare la compatibilità e la conseguenza tra i piani di attività e risorse richieste;
- assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Azienda;
- 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 del governo aziendale.

Il Direttore Amministrativo, di sua iniziativa o su indicazione del Direttore Generale, può, in qualsiasi fase del procedimento, avocare a sé la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza sul contesto delle competenze della Funzione Amministrativa, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un dirigente della Funzione Amministrativa nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo stesso o, in caso di sua impossibilità, sentiti i componenti della Direzione Aziendale.

Unità di Staff del Direttore Amministrativo

L'Unità di Staff del Direttore Amministrativo è la Segreteria Tecnica della Direzione Amministrativa (struttura complessa), cui afferisce l'Ufficio Affari Generali (Struttura Semplice), articolato funzionalmente ed operativamente nelle strutture, individuate quali "posizioni organizzative":

- Ufficio Comunicazione Interna e Procedure.
- Unità Atti Deliberativi e Contratti;

L'Ufficio Affari Generali cura e coordina tutti gli adempimenti di natura amministrativa non attribuiti, dalla Direzione Amministrativa, ad altre Strutture Amministrative. La struttura è articolata in due unità (Atti Deliberativi e Contratti - Comunicazione Interna e Procedure), di cui assicura il coordinamento funzionale ed operativo.

L'Unità Atti Deliberativi e Contratti riceve in prima istanza e sottopone le proposte deliberative alla Direzione per l'assunzione dell'atto volitivo formale. Cura l'iter previsto dagli adempimenti di legge e provvede alla conservazione dei documenti originali, nonché alla collazione e tenuta del Reperto-

rio dei Contratti. Il titolare di tale articolazione, individuata quale “posizione organizzativa” risponde gerarchicamente e funzionalmente al Responsabile dell’Ufficio Affari Generali.

L’Ufficio Comunicazione Interna e Procedure, sulla base degli indirizzi del Direttore Amministrativo, quale articolazione operativa dello Staff del Direttore Amministrativo medesimo, si occupa della diffusione della *mission* aziendale a tutto il personale, nonché della stesura e diffusione di procedure e regolamenti interni aziendali e della corretta tenuta degli stessi. Da la massima pubblicità interna a tutte le iniziative aziendali intese a raggiungere obiettivi specifici e/o generali, relazionandosi con gli altri Uffici di Staff della Direzione Aziendale, in particolare con l’Ufficio Qualità e l’URP. Il titolare di tale articolazione, individuata quale “posizione organizzativa” risponde gerarchicamente e funzionalmente al Responsabile dell’Ufficio Affari Generali.

ORGANISMI COLLEGIALI CON FUNZIONI PROPOSITIVE E CONSULTIVE

Il Collegio di Direzione

Le attività e la composizione del Collegio di Direzione sono disciplinate dalla Regione (l'art. 5 del D. Lgs. 254/2000 stabilisce che, fino all'entrata in vigore della disciplina regionale, il Collegio opera secondo le modalità stabilite da ciascuna azienda sanitaria, fermo restando la presenza dei membri di diritto). Prevede la partecipazione dei Direttori Amministrativo e Sanitario Aziendali, dei Direttori di Distretto, di Dipartimento e di Polo Ospedaliero (sia Amministrativo che Sanitario).

Struttura organizzativa:

tale organo è di supporto al Direttore Generale, il quale se ne avvale per:

- il governo delle attività cliniche;
- la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e ad alta integrazione sanitaria,
- l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda;
- l'organizzazione dei servizi (attuazione del modello dipartimentale, utilizzo delle risorse umane, sviluppo dei servizi).

Attività:

Nello specifico concorre inoltre:

- alla formulazione dei programmi di formazione;
- a suggerire soluzioni organizzative per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria;
- alla valutazione dei risultati rispetto ad obiettivi clinici.

La Conferenza dei Sindaci

L'art. 3 del D. L.vo 502/92, e sue successive modificazioni indicano, come organismo propositivo e consultivo dell'Azienda USL, la Conferenza dei Sindaci. Tale organismo esercita le competenze previste dalla suddetta normativa.

In particolare la Conferenza dei Sindaci:

- è composta dai Sindaci dei Comuni compresi all'interno del territorio dell'Azienda USL e dura in carica quattro anni;
- esercita le proprie funzioni tramite una rappresentanza, il comitato dei Sindaci, costituito da cinque membri;
- provvede alla definizione degli indirizzi per l'impostazione programmatica delle attività;
- esamina il bilancio di previsione e il conto consuntivo;
- verifica l'andamento generale delle attività.

Le modalità di funzionamento del suddetto organo sono stabiliti dalle Leggi Regionali.

Il Consiglio dei Sanitari

L'art. 3 del D.L.vo 502/92, e sue successive modificazioni ed integrazioni, istituiscono il Consiglio dei Sanitari quale organismo elettivo delle Aziende Sanitari con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria, presieduto dal Direttore Sanitario. Tale organismo esercita le competenze previste dalla suddetta normativa.

In particolare il Consiglio dei Sanitari:

- ha funzioni di consulenza tecnico/sanitaria;
- fornisce parere obbligatorio non vincolante al Direttore Generale per le attività tecnico/sanitarie (anche sotto il profilo organizzativo) e per gli investimenti relativi; fornisce inoltre parere per le attività di assistenza sanitaria richieste dal Direttore Generale. I pareri del Consiglio dei Sanitari non espressi entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta si intendono favorevoli.

I pareri espressi devono essere di natura squisitamente tecnica e non possono riguardare le scelte complessive della Direzione generale.

Le modalità di elezione e di funzionamento del suddetto organismo sono stabiliti dalla Legge Regionale.

PARTE II

STRUTTURE ORGANIZZATIVE AZIENDALI

PREMESSA METODOLOGICA

Il presente documento, inerente la riorganizzazione aziendale, e finalizzato a fornire all'Azienda uno strumento-base per il suo funzionamento e per il perseguimento degli obiettivi strategici che intende individuare, vuole essere estremamente duttile e snello, pur nella complessità della materia nonché della natura e composizione stesse dell'Azienda.

L'organizzazione aziendale pensata prevede una struttura organizzativa "a matrice", cioè con livelli di aggregazione gerarchico-operativi (Direzione Poli Ospedalieri, Direzione Distretti, Direzione Dipartimento a Struttura – Dip.PREV e Centrale Operativa 118) e livelli di aggregazione organizzativo-funzionali (i Dipartimenti Funzionali) costituenti il management che coadiuverà la Direzione strategica, attraverso la propria opera di diffusione della *mission* aziendale dentro e fuori l'Azienda, al raggiungimento degli obiettivi fissati.

Segue, poi, la ramificazione di tale modello organizzativo in tutta l'Azienda, con la presenza del management intermedio, individuato, comunque, all'interno dello schema generale a matrice di cui si è detto.

L'impalcatura del documento poggia sulla considerazione che la fotografia completa dell'Azienda la si ottiene monitorando le strutture complesse e semplici presenti all'interno di ogni dipartimento o Area Amministrativa. In seno a tale ottica, si è sostanzialmente divisa l'Azienda in Area Ospedaliera ed Area Territoriale, andando a collocare, all'interno delle due aree, le strutture di ogni dipartimento ed area amministrativa ad esse rispettivamente afferenti.

E' del tutto ovvio che una realtà complessa ed articolata come è quella di una azienda sanitaria non permette che tale suddivisione, operata soprattutto allo scopo di razionalizzare il documento rendendolo di più immediata consultazione, sia da considerarsi esaustiva e perfetta, e ciò in considerazione dei collegamenti funzionali ed operativi necessariamente presenti tra il territorio e la parte ospedaliera.

In definitiva si può affermare che, sostanzialmente e di norma, la suddivisione nelle predette aree è utile ad agglomerare servizi omogenei ivi afferenti, ma comunque viene meno laddove la tipologia delle prestazioni non si adatta ad essere inserita solo nell'una o nell'altra. In tale caso si può ben parlare di prestazioni miste. Ecco perché si è ritenuto, infine, di inserire una parte dedicata al Dipartimento Misto dei Servizi, il quale rientra in pieno nella tipologia di dipartimento che accoglie in sé prestazioni ricadenti nell'area territoriale ed in quella ospedaliera.

E' necessario precisare che il documento, per essere compreso nella sua interezza, va letto nel suo complesso, e cioè integrando la parte descrittivo-introductiva (testo) con la rappresentazione in schemi grafici, la quale ultima, quindi, ha anche lo scopo di specificare e rendere completa la fattispecie trattata.

LE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

L'azienda sanitaria è articolata nelle seguenti strutture dotate di autonomia gestionale soggette a rendicontazione analitica: Poli Ospedalieri, Distretti, Dipartimento a Struttura (Dipartimento di Prevenzione) e Centrale Operativa 118.

Le strutture organizzative funzionali sono rappresentate dai Dipartimenti e dalla Funzione Amministrativa ad eccezione di quelli citati in precedenza.

Il Distretto Sanitario

Il Distretto Sanitario, dal punto di vista territoriale, comprende un'area identificata tenendo in considerazione gli aspetti amministrativo-giuridico, morfologico, statistico-censuario, fisico-strutturale, urbanistico, socio-economico.

L'Azienda USL Frosinone si articola in 4 Distretti: A – B – C – D.

Essi comprendono, sotto il profilo censuario, i comuni così come indicati nella carta topografica ed elencati nell'apposito allegato.

Al Responsabile di Distretto spetta il compito di realizzare l'integrazione dei servizi disponibili per la costituzione di quel complesso di funzioni denominato Servizio Polifunzionale di Distretto. Egli sarà chiamato a ricercare un coinvolgimento dei cittadini nella definizione dei servizi, tramite l'attivazione dell'Assemblea dei Sindaci del Distretto e la Conferenza di Distretto. Inoltre dovrà fornire indicazioni circa il raggiungimento degli obiettivi di salute, mediante la predisposizione della Relazione Annuale di Distretto sullo stato di salute, sugli interventi adottati, sui relativi risultati ottenuti in relazione ai costi sostenuti. Il livello minimo di prestazioni che ogni Distretto è chiamato a garantire, nonché la tipologia di prestazioni specialistiche garantite presso i Distretti sono i seguenti:

A – LIVELLO MINIMO DI PRESTAZIONI DA EROGARE DA PARTE DEI DISTRETTI

- Informazione all'utenza
- Medicina Generale
- Pediatria di libera scelta
- Continuità assistenziale
- Specialistica di base (ambulatoriale e/o domiciliare)
- Specialistica integrata domiciliare
- Assistenza infermieristica ambulatoriale
- Assistenza domiciliare ordinaria
- Assistenza domiciliare integrata (infermieristica, ausiliaria, specialistica e riabilitativa)
- Assistenza sociale di area socio-sanitaria

- Assistenza all'handicap
- Autorizzazione presidi sanitari
- Autorizzazione al trasporto in ambulanza
- Autorizzazione prestazioni integrative sanitari convenzionati
- Valutazioni multidimensionali di varie aree
- Medicina legale di base
- Consultorio familiare
- Assistenza alla gravidanza
- Corsi di preparazione al parto
- Promozione della salute ed educazione sanitaria
- Prevenzione nell'età evolutiva
- Prevenzione secondaria oncologica
- Consulenza psichiatrica
- Consulenza psicologica
- Prevenzione primaria
- Controlli ambienti (rischi e sicurezza)
- Rilascio libretti sanitari
- Pareri sanitari in materia di igiene edilizia ed igiene degli alimenti
- Vaccinazioni obbligatorie e facoltative, campagne vaccinali
- Attività di medicina e prevenzione veterinaria
- Prenotazione prestazioni ed attività specialistiche
- Istruttoria amministrativa di pratiche sanitarie
- Segreteria amministrativa
- Medicina necroscopica ed igiene cimiteriale
- Pareri e proposte ai sindaci di atti localmente cogenti a fini di prevenzione e promozione socio-sanitaria

B - TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE GARANTITE PRESSO I DISTRETTI

B1 Livello minimo di prestazioni

- Cardiologia
- Consulenza psichiatrica
- Dermatologia
- Diabetologia e nutrizionistica
- Diagnostica per immagini
- Geriatria

- Laboratorio analisi
- Neurologia
- Oculistica
- Ortopedia
- Ostetricia e ginecologia
- Otorinolaringoiatria
- Pediatria
- Pneumologia
- Terapia del dolore

B2 - Prestazioni aggiuntive

- Chirurgia
- Ematologia
- Endoscopia digestiva
- Endoscopia urologica
- Fisiatria
- Neuropsichiatria infantile
- Odontoiatria
- Oncologia
- Ortodonzia
- Urologia

Il Distretto Sanitario assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie nonché il coordinamento delle proprie attività con quelle dei Dipartimenti e dei Poli Ospedalieri. Gli stessi (Distretto, Dipartimento, Polo Ospedaliero) di concerto tra di loro assicurano le 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 è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda unità Sanitaria Locale.

Il programma delle attività territoriali, basato sul principio dell'intrasettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative:

- a) Prevede la localizzazione dei servizi successivamente menzionati;
- b) Determina le risorse per l'interrogazione socio-sanitaria e le quote rispettivamente a carico delle Aziende Unità Sanitarie Locali e dei Comuni, nonché la localizzazione dei Presidi per il territorio di competenza. Sulla base delle risorse assegnate e previo parere dei Comitati dei Sindaci del Distretto, tale programma è proposto dal Direttore di Distretto ed è approvato dal Diret-

tore Generale, d'intesa, limitatamente all'attività socio-sanitaria, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, la cui organizzazione ed il cui funzionamento sono disciplinati dalla regione, concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali.

L'organizzazione del Distretto assicura:

- a) l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ambulatoriali;
- b) il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- c) l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

Il Distretto garantisce:

- a) assistenza specialistica ambulatoriale;
- b) assistenza farmaceutica
- c) attività o servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
- d) attività o servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- e) attività o servizi rivolti a disabili o anziani;
- f) attività o servizi di assistenza domiciliare integrata;
- g) attività o servizi per le patologie da HIV;
- h) attività o servizi per le patologie in fase terminale;
- i) attività o servizi legati alle patologie correlate all'immigrazione;
- j) attività o servizi di medicina legale, fiscale e necroscopica.

Inoltre hanno sede nel Distretto:

- le attività per l'educazione alla salute;
- le attività di assistenza per i portatori di handicap ("Ufficio H") con il compito di accogliere ogni domanda relativa alle problematiche dell'handicap, fornire le possibili ed immediate risposte, avviare l'utente per la presa in carico da parte del SSR, tenere i rapporti con le associazioni di volontariato, gli enti locali e gli altri soggetti istituzionali che si occupano dell'handicap.

Fa parte del livello distrettuale l'assistenza sanitaria di base da garantire alla popolazione presente, a qualunque titolo.

Il Direttore del Distretto

Il Direttore del Distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al distretto, si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. In quanto tale è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici, della direzione dell'ASL, nonché della direzione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

Il Direttore del Distretto 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 attribuite fra le strutture distrettuali;
- organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali;
- gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del distretto;
- coordinamento e concertazione con i Responsabili dei Dipartimenti dei Poli Ospedalieri dell'Asl 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;

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

L'ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali

Il Direttore del Distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali con funzioni propositive e tecnico-consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Come previsto dall'art. 3-sexies, comma 2 del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, tale ufficio è composto dal Direttore del Distretto e dalle seguenti figure professionali:

- responsabili di ciascuna Area di attività del Distretto;
- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale (MMG) e un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta (PDLs) operanti nel Distretto eletti rispettivamente dai Medici di famiglia e dai

Pediatri fra i colleghi operanti nella stesso Distretto che abbiano presentato la propria candidatura;

- un rappresentante dei Medici Specialisti Ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto, designato dagli specialisti medesimi operanti nel Distretto;
- un farmacista titolare o Direttore di Farmacia convenzionata con il SSN, designato dalle Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nel Distretto;

Competono a tale ufficio funzioni propositive e tecnico-consultive relative alle seguenti attività:

- supporto alle competenze assegnate al Direttore del Distretto;
- coordinamento funzionale, operativo e gestionale di tutte le attività distrettuali, nell'ambito degli indirizzi strategici della Direzione Aziendale;
- coordinamento tecnico-operativo fra le attività sociosanitarie di competenza dell'ASL e quelle socio-assistenziali di competenza dei Comuni, svolte nell'ambito territoriale del Distretto;
- supporto al Direttore del Distretto, ai fini dell'analisi del fabbisogno di salute di un unico piano di rilevamento, avvalendosi dei dati epidemiologici e degli indicatori di processo, di risultato di qualità;
- promozione di strategie operative condivise fra i fattori produttivi territoriali, finalizzate a soddisfare il reale bisogno di salute, sempre nell'ambito della programmazione aziendale e del budget assegnato;
- monitoraggio e valutazione di tutte le attività poste in essere nell'ambito del programma delle attività territoriali-distrettuali nonché dell'attività e dei relativi costi indotti dai medici di base e dai pediatri di libera scelta;
- individuazione delle modalità di raccordo fra la rete produttiva territoriale, i servizi socio-assistenziali, i medici di base e i pediatri di libera scelta, nonché di procedure e modalità condivise di offerte dei servizi (sportelli unici all'utenza, accordi sulle sedi e sugli orari dei servizi di reciproco rilievo, uso di cartelle sociosanitarie anche informatizzate, corsi di formazione e aggiornamento congiunti, continuità assistenziale).

Il Comitato dei Sindaci di Distretto

Il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quarter, comma 4 del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modifiche e integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

In particolare esplica le seguenti attività:

- espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al programma delle attività territoriali-distrettuali;

- espressione del parere, limitatamente alle attività sociosanitarie sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;
- diffusione dell'informazione sui settori sociosanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'ASL.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del Comitato dei Sindaci di Distretto sono disciplinati secondo quanto previsto dalla Legge Regionale.

Il Dirigente della struttura Semplice Amministrativa del Distretto

Il Dirigente della Struttura Semplice Amministrativa del Distretto coadiuva il Direttore del Distretto per tutta l'attività amministrativa, avvalendosi direttamente, per quanto attiene la gestione economica e giuridica del personale e per quella contabile e finanziaria del Distretto, delle strutture della Direzione Amministrativa del Polo Ospedaliero.

Nell'ambito delle proprie attribuzioni che con separato atto verranno definite, ha, tra l'altro, competenza nella gestione e/o concorso nella gestione nelle specifiche materie individuate nelle Strutture Centrali Amministrative.

Il Polo Ospedaliero

Le Strutture Ospedaliere dell'Azienda USL FROSINONE sono accorpate in 4 Poli Ospedalieri:

- Polo Ospedaliero di Anagni-Alatri comprendente le Strutture Ospedaliere di Alatri e Anagni;
- Polo Ospedaliero di Frosinone-Ceccano comprendente le Strutture Ospedaliere di Frosinone e Ceccano ed i Presidi di Ceprano, Ferentino e Veroli ed è sede di DEA di I Livello;
- Polo Ospedaliero di Sora comprendente la Strutture Ospedaliera di Sora ed i Presidi di Isola del Liri, Arpino, Atina;
- Polo Ospedaliero di Cassino-Pontecorvo comprendente le Strutture Ospedaliere di Cassino e Pontecorvo ed è sede di DEA di I Livello.

Il Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero

Il Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero dirige il Polo Ospedaliero, ai fini igienico-sanitari ed organizzativi e, in particolare:

- propone iniziative per la partecipazione e l'aggiornamento del personale da lui dipendente;

- 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 del Polo Ospedaliero;
- ha la vigilanza sul personale che da lui dipende anche dal punto di vista disciplinare;
- propone all'Azienda le sostituzioni temporanee del personale sanitario;
- promuove l'attività culturale, scientifica e didattica nell'Ospedale;
- 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 del Polo Ospedaliero;
- propone, d'intesa con i Direttori delle Strutture 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 postazioni sanitarie e l'applicazione delle corrispondenti tariffe;
- cura le pratiche di ospedalità per il rimborso della spesa ospedaliera totale o parziale nei confronti dei cittadini stranieri non aderenti alla 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;
- promuove e coordina le iniziative nel campo della medicina preventiva e riabilitativa, della medicina sociale e dell'educazione sanitaria, raccordando l'attività con le altre strutture dell'Azienda;

Il Direttore Amministrativo del Polo Ospedaliero

Il Direttore Amministrativo del Polo Ospedaliero è preposto al coordinamento sulla base delle direttive generali provenienti dalla Direzione dell'Azienda, delle attività amministrative economiche e tecniche.

Assicura lo svolgimento di tutte le attività relative alla gestione economica e giuridica del personale assegnato al Polo Ospedaliero ed al Distretto corrispondente, nonché lo svolgimento delle attività relative alla gestione contabile ed economico-finanziaria dei medesimi Polo e Distretto. Assicura altresì ogni altra attività amministrativa non prevista a carico della Direzione del Distretto di afferenza territoriale.

Nell'ambito delle proprie attribuzioni che con separato atto verranno definite, ha, tra l'altro, competenza nella gestione e/o concorso nella gestione nelle specifiche materie individuate nelle Strutture Centrali Amministrative.

Il Dipartimento

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

- stabilisce che il Dipartimento è una aggregazione di Strutture complesse;
- prevede l'attribuzione di responsabilità ai Dipartimenti, sia professionale in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi.

Il Dipartimento non attraversa verticalmente la struttura aziendale ma la coordina trasversalmente, intendendo con ciò che si tratta di una struttura di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Non ha di norma un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative afferenti ai Distretti ed ai Poli Ospedalieri ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento della funzione alla quale è preposto.

I Dipartimenti dell'Azienda USL Frosinone sono 9 sanitari.

I Dipartimenti Sanitari si suddividono in Dipartimenti prevalentemente Territoriali, Dipartimenti esclusivamente Territoriali, Dipartimenti prevalentemente Ospedalieri e Dipartimenti misti Ospedalieri e Territoriali.

I Dipartimenti Sanitari prevalentemente territoriali sono:

- Dipartimento per la Riabilitazione e la Disabilità (DR);
- Dipartimento di Salute Mentale (DSM);

I Dipartimenti Sanitari esclusivamente territoriali sono:

- Dipartimento di Prevenzione (DIP);
- Dipartimento Disagio Devianza e Dipendenza (3D);

I Dipartimenti Sanitari prevalentemente Ospedalieri sono:

- Dipartimento di Scienze Mediche;
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche;
- Dipartimento Materno Infantile (DMI);
- Dipartimento di Emergenza ed Accettazione (DEA).

Il Dipartimento misto è quello dei Servizi.

Le finalità e gli obiettivi dei Dipartimenti si realizzano attraverso:

- attività di coordinamento e di indirizzo rivolta alle strutture ed ai servizi ad esso afferenti;
- valutazione e verifica del servizio, al fine di migliorare il livello delle attività svolte ottimizzando le potenzialità operative;
- integrazione nelle competenze specifiche e tecniche dei singoli operatori;
- promozione dell'attività di ricerca, di didattica e di aggiornamento di tutti gli operatori;
- miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del servizio per l'utente;
- definizione di procedure per garantire il mantenimento e la riservatezza dei dati clinici;
- emanazione di linee guida mirate alla uniformità della refertazione, classificazione e rilevazione analitica delle prestazioni;
- negoziazione con la Direzione Aziendale degli obiettivi, delle risorse e degli interventi necessari per una corretta ed idonea gestione della attività propria.

Nei riguardi dei Poli Ospedalieri e dei Distretti i Dipartimenti sono organizzati "a funzione" e cioè per coordinare tecnicamente, funzionalmente ed in ambito di equa ripartizione di risorse di attività simili e sono presenti come Aree Dipartimentali secondo gli schemi allegati.

Il Dipartimento di Prevenzione essendo un Dipartimento "a struttura" è organizzato in modo alquanto diverso, con una maggiore autonomia rispetto alle strutture organizzative aziendali (Polo Ospedaliero e Distretto) e con una dirigenza "verticale" più marcata.

Esso è caratterizzato, in ragione della particolare attività che vi si svolge, da autonomia gestionale e di budget; costituisce esempio di attivazione interdisciplinare di più funzioni, professionalità e strutture che, operando in collaborazione, ma gestite in modo integrato e "verticale", determinano

validi sinergismi e portano ad affluire prestazioni con marcate caratteristiche di omogeneità, rapidità ed efficacia.

Le Aree Dipartimentali sono le seguenti:

- Dipartimento 3D
 - AD Disagio
 - AD Devianza
 - AD Dipendenza

- Dipartimento Materno Infantile
 - AD Ostetricia e Ginecologia
 - AD Pediatria
 - AD Procreazione Cosciente Responsabile
 - AD Età Evolutiva, Infanzia
 - AD Salute Mentale e Riabilitazione Infantile

- DEA
 - AD 118 Postazioni
 - AD DEA - PS Osservazione Breve e Punti di Primo Soccorso
 - AD Anestesia e Rianimazione -Terapie Intensive

- Dipartimento Salute Mentale
 - AD CSM
 - AD Strutture Residenziali e Semiresidenziali
 - AD SPDC

- Dipartimento di Prevenzione
 - AD Igiene e Sanità Pubblica
 - AD Sanità Veterinaria

- Dipartimento di Scienze Mediche
 - AD Medicina Generale
 - AD Cardiologia
 - AD Malattie Infettive
 - AD Nefrologia e Dialisi
 - AD Onco-Ematologia
 - AD Geriatria

- AD Specialità Interna
- Dipartimento di Scienze Chirurgiche
 - AD Chirurgia
 - AD Urologia
 - AD Ortopedia e Traumatologia
 - AD ORL
 - AD Oculistica
 - AD Sperimentale di Neuroscienze
- Dipartimento per la Riabilitazione e la Disabilità
 - AD Riabilitazione Clinica
 - AD Domiciliarità
 - AD Residenzialità
- Dipartimento dei Servizi
 - AD Diagnostica per Immagini e Radiologia Intensiva
 - AD Medicina di Laboratorio
 - AD Medicina Trasfusionale
 - AD Farmaceutica
 - AD Medicina Legale
 - AD Anatomia e Istologia Patologica
 - AD di Genetica Medica
 - AD Assistenza Sanitaria di Base (ASB)

Il Dipartimento di Prevenzione (ovvero Dipartimento a Struttura)

Questo Dipartimento è organizzato a struttura e non a funzione, rappresentando perciò l'eccezione alla norma, con dipendenza gerarchica al livello di responsabilità superiore. Il funzionamento, la composizione, l'organizzazione, gli obiettivi generali di questo Dipartimento sono ampiamente e dettagliatamente descritti nelle apposite fonti normative che lo hanno istituito e che lo regolano.

Il Direttore del Dipartimento congiuntamente ai Direttori di Area di Igiene e Sanità Pubblica e Area di Sanità Veterinaria, negoziano i budget della cui gestione sono responsabili nell'ambito degli indirizzi programmatici elaborati dalla Direzione Generale dell'Azienda. Provvedono congiuntamente all'assegnazione delle risorse e del personale, alle diverse strutture, sentito il Direttore del Distretto secondo le esigenze del budget negoziato.

Il Direttore del Dipartimento cura le attività di ricerca, di formazione del personale e dello sviluppo dei sistemi informativi.

Controlla, congiuntamente al Direttore di Area di pertinenza, il corretto operato di agenzie private convenzionate con l'Azienda Sanitaria e l'azione di Ditte titolari di appalti riferiti al Dipartimento medesimo.

Nella formulazione della proposta di budget, il Direttore, congiuntamente ai Direttori di Area, acquisisce il parere dei Direttori delle Strutture Complesse Organizzative del Dipartimento e delle Strutture dell'Azienda Sanitaria (Distretto, Poli Ospedalieri, altri Dipartimenti) per quanto di loro competenza, al fine di garantire la necessaria integrazione nelle attività delle diverse strutture dell'Azienda Sanitaria.

Nel Dipartimento di Prevenzione l'incarico di Direttore dell'Area Dipartimentale è incompatibile con quella di Direttore del Dipartimento.

La Funzione Amministrativa

La funzione amministrativa è articolata, per le specifiche competenze, in Strutture organizzative denominate Strutture Complesse Centrali, Strutture Complesse Ospedaliere e Distrettuali, Strutture Semplici Ospedaliere e Distrettuali e Posizioni Organizzative.

Le Strutture Centrali hanno compiti di indirizzo procedurale, consulenza e controllo, rispetto alle Strutture Ospedaliere e Distrettuali e costituiscono l'apparato tecnico-valutativo-amministrativo-contabile a servizio dell'azienda nel suo complesso e, quindi, di tutti i suoi livelli ed articolazioni.

In tale visione, la Funzione Amministrativa rappresenta il superamento del tradizionale ordinamento fondamentale burocratico e gerarchico dei servizi amministrativi, nell'ambito dei quali si è determinata una burocratizzazione anche dei servizi di natura tecnica.

La Funzione Amministrativa deve assumere, piuttosto, un vero e proprio ruolo di "servizio", sia nei confronti della direzione dell'azienda, sia dell'altra sezione del livello organizzativo sia del livello operativo.

Nell'ambito della Funzione Amministrativa, pertanto, alle tradizionali unità organizzative di contenuto prevalentemente gestionale si sostituiranno Strutture Centrali Complesse, con funzioni tecnico – scientifiche - gestionali, che supporteranno l'azienda ai vari livelli in relazione a quelle aree di attività che richiedono un elevato grado di specializzazione.

Le Strutture Complesse Centrali (S.C.C.) sono le seguenti:

- S.C.C. Risorse Umane
- S.C.C. Affari legali;
- S.C.C. Patrimonio Immobiliare

- S.C.C. Provveditorato;
- S.C.C. Amministrazione Finanza e Contabilità Analitica;
- S.C.C. Sistema Informativo Aziendale (S.I.A.).

Ognuna di queste Strutture, su proposta del proprio Direttore, può essere articolata in Strutture Semplici Operative, ovvero prevedere l'attribuzione di incarichi professionali e posizioni Organizzative.

I compiti della Funzione Amministrativa, caratterizzata dalla "plurireferenzialità" delle sue attribuzioni, vengono ad orientarsi su precise direttrici organizzative ed operative:

- a) attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'azienda delle funzioni di pianificazione e indirizzo;
- b) attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'azienda delle funzioni di gestione e di controllo delle attività;

In particolare, nell'ambito delle attribuzioni che con separato atto verranno definite, tali Strutture hanno competenza nella gestione e/o concorso nella gestione nelle rispettive specifiche materie, come appresso dichiarato:

◆ **S.C.C. Amministrazione Finanza e Contabilità Analitica**

Programmazione economico-finanziaria, organizzazione dei centri di responsabilità finanziaria, valutazione e verifica della corretta ed economica gestione delle risorse;

Gestione e distribuzione delle risorse finanziarie e organizzazione e gestione dei centri di costo ai fini del conto economico-patrimoniale.

◆ **S.C.C. Provveditorato**

Ricerche di mercato, propaganda e pubblicità, in funzione della acquisizione di beni e servizi;

Attività commerciali (acquisizione di beni e servizi e offerta dei prodotti del servizio sanitario, tenuta dell'albo dei fornitori, svolgimento delle procedure di gara, stipula dei contratti, convenzioni per l'acquisizione o l'offerta di servizi sanitari).

Gestione del patrimonio mobiliare (economato, magazzini, manutenzione ecc.).

◆ **S.C.C. Patrimonio Immobiliare**

Ottimizzazione degli impianti e delle tecnologie, progettazione tecnica, sviluppo delle nuove tecnologie, manutenzione ordinaria e straordinaria immobili;
Gestione del patrimonio immobiliare.

◆ **S.C.C. Risorse Umane**

Applicazione dei contratti di lavoro e rapporti con le organizzazioni sindacali;
Gestione del personale (stato giuridico e trattamento economico) e della sua acquisizione;
Gestione del contenzioso interno (Ufficio Istruttore per i procedimenti Disciplinari);

◆ **S.C.C. Affari Legali**

Consulenza giuridico-amministrativa (applicazione di leggi e regolamenti, consulenze in materia di contratti di lavoro, contratti per la acquisizione di beni e servizi);
Rappresentanza in giudizio (procedimenti civili, amministrativi, penali e contabili).

◆ **S.C.C. Sistema Informativo Aziendale (SIA)**

Contribuisce alla definizione delle strategie della programmazione, all'indirizzo e al controllo delle attività aziendali, mediante la selezione quali/quantitativa delle informazioni dall'interno e dall'esterno dell'Azienda, intese come base fondamentale per un consapevole esercizio della funzione di governo, da parte della Direzione Generale, e della funzione di esercizio della gestione, da parte dell'intera struttura. Garantisce quindi, un flusso informativo continuo in senso bidirezionale (centrifugo e centripeto) per tutte le articolazioni Aziendali.

Il "Sistema Informativo" svolge i propri compiti nell'area di gestione dei flussi informativi correnti, sia in quella di gestione della rete informatica.

La gestione della rete informatica, oltre a riguardare le funzioni tradizionali dei centri elaborazione dati, comprende la gestione e manutenzione dell'hardware e software e del sito internet aziendale, la predisposizione di protocolli per l'analisi del fabbisogno di tecnologie informatiche, la formazione del personale dell'Azienda sulla realizzazione di specifici progetti d'informatizzazione.

Afferiscono a questa S.C.C. (SIA), le Strutture del **SIO – SIAS - SIES**, con responsabilità attribuita al personale sanitario e con compiti organizzativi e supporto al sistema dei flussi informativi aziendali.

Le attività amministrative saranno assicurate, a livello dei Poli Ospedalieri e dei Distretti, in modo da garantire l'autonomia gestionale attribuita dalla vigente normativa ai Poli ospedalieri e ai Distretti.

Forme d'aggregazione e modalità consultive tra strutture organizzative: le Aree Ospedaliera, Territoriale e la Funzione Amministrativa

L'Area Ospedaliera, l'Area territoriale e la Funzione Amministrativa sono intese, ciascuna, come zona di elaborazione e di agglutinamento delle strutture organizzative dotate di autonomia gestionale (Poli Ospedalieri, Distretti, Dipartimento strutturato) e dalle strutture organizzative funzionali (Dipartimenti non strutturali).

Si tratta di Aree Aziendali che, senza costituirsi in struttura, esercitano, per così dire, la missione funzionale dell'Azienda intesa come forma di agglutinamento consultivo.

Nell'Area Ospedaliera confluiscono in forma di consulta i Direttori di Polo Ospedaliero e i Direttori di Dipartimenti a prevalenza ospedaliera ed il Direttore del Dipartimento Misto dei Servizi, nonché di altri Dipartimenti ovvero Direttore di S.S.C. della Funzione Amministrativa qualora interessati.

Nell'Area territoriale confluiscono in forma di consulta i Direttori dei Distretti ed i Direttori dei Dipartimenti esclusivamente e prevalentemente territoriali ed il Direttore del Dipartimento Misto dei Servizi, nonché di altri Dipartimenti ovvero Direttore di S.S.C. della Funzione Amministrativa, qualora interessati.

Nella Funzione Amministrativa confluiscono in forma di consulta i Direttori Amministrativi dei Poli Ospedalieri, i Dirigenti Amministrativi dei Distretti, i Direttori delle S.S.C. Amministrative.

Le Consulte di Area sono convocate, all'occorrenza, dal Direttore Sanitario per quelle Ospedaliere e Territoriali e dal Direttore Amministrativo per quella Amministrativa. E' facoltà dei Direttori Amministrativo e Sanitario, integrare dette consulte con esperti qualificati ovvero di professionalità non presenti, quali Coordinatori e Direttori di Area Dipartimentale.

FUNZIONI – CRITERI PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI – VALUTAZIONE DEI DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA, DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE ED OPERATIVA, DEI TITOLARI DI INCARICO PROFESSIONALE E DI POSIZIONE ORGANIZZATIVA.

Il 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:

1. 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 conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
2. adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
3. 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;
4. svolgono le attività di organizzazione e gestione del personale e di gestione dei rapporti sindacali e di lavoro;
5. 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.

I Direttori di struttura complessa riferiscono al Direttore di Dipartimento, per il tramite del Coordinatore 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.

Il Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale

I Responsabili di struttura semplice Dipartimentale, per la propria specifica valenza "sovrastrutturale", esercitano i seguenti compiti e poteri:

1. formulano proposte ed esprimono pareri ai Coordinatori di Area Dipartimentale e/o Direttori di Dipartimento, cui rispondono direttamente;
2. curano l'attuazione dei progetti e delle attività ad essi assegnati, adottando i relativi atti e provvedimenti;

3. svolgono tutti gli altri compiti ad essi delegati dai Coordinatori di Area Dipartimentale e/o Direttori di Dipartimento;
4. dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono;
5. provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali, se assegnate alla propria struttura.

Il Responsabile di Struttura Semplice Operativa

I Responsabili di struttura semplice operativa esercitano i seguenti compiti e poteri:

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

Il Responsabile di Incarico Professionale e/o Punto di Erogazione:

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

1. consulenza, studio e ricerca;
2. attività ispettiva di verifica e controllo;
3. attività connotata da precipua e specifica professionalità:

Il Responsabile di Posizione Organizzativa e/o Punto di Erogazione:

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

1. consulenza, studio e ricerca;
2. attività ispettiva di verifica e controllo;
3. attività di coordinamento;

Le Strutture Semplici Dipartimentali, le Strutture Semplici Operative, i Punti di Erogazione e le Posizioni Organizzative, già individuate nel presente piano costituiscono la dotazione strutturale ritenuta imprescindibile per il funzionamento dell'Azienda. E' rinviato ai Coordinatori di Area Diparti-

mentale, 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 di ulteriori strutture e articolazioni (anche posizioni organizzative), senza che ciò comporti un aumento nella dotazione organica aziendale.

Criteri generali per il conferimento degli incarichi e processi di valutazione

Nel conferimento degli incarichi l'Azienda si ispira al rispetto dei seguenti principi di massima:

- la maturazione di un percorso di carriera interno da parte del Dirigente;
- l'acquisizione, da parte del Dirigente, di idonea esperienza e degli idonei strumenti manageriali necessari a svolgere un'attività di direzione;
- la mappatura della struttura organizzativa aziendale e delle sue articolazioni organizzative ed operative, in modo da andare a ricoprire le posizioni dirigenziali scaturite dall'assetto disegnato;
- l'adesione del Dirigente ai valori ed alla missione dell'Azienda.

L'Azienda, adottando una metodologia trasparente ed oggettiva, gradua le singole posizioni dirigenziali nonché organizzative ed attribuisce loro idonea pesatura in coerenza con i propri obiettivi strategici. Il processo di valutazione dell'attività dirigenziale non si configura come una mera misurazione del rendimento dei singoli, bensì come uno strumento dinamico teso allo sviluppo organizzativo aziendale, nel senso di favorire la selezione del personale adatto a ricoprire determinate funzioni, nel tentativo di avvicinare sempre più le competenze e le professionalità presenti nell'Azienda a quelle determinate dall'assetto che la stessa si è dato.

Il Direttore Generale delibera le assegnazioni di incarico di Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale, su proposta del Direttore di Dipartimento, il quale ha acquisito l'indicazione del Coordinatore di Area Dipartimentale interessata.

Il Direttore Generale delibera le assegnazioni di incarico di Responsabile di Struttura Semplice Operativa, su proposta del Direttore di Struttura Complessa interessata.

La valutazione annuale del Dirigente: il Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione è l'organo preposto alla valutazione dei Dirigenti dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi dell'art. 5 del Decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

E' stato istituito con deliberazione aziendale n. 416 del 21/02/2001, al fine di poter procedere alla verifica annuale:

- a) dei risultati di gestione del Direttore di struttura complessa e del Responsabile di struttura semplice ove sia affidata la gestione di risorse;

b) dei risultati raggiunti da tutti i Dirigenti, compresi quelli della lettera a), in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato;

Al Nucleo di Valutazione è stato affidato il compito di elaborare le linee strategiche inerenti lo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative dell'Azienda, oltre a quello di effettuare valutazioni specifiche su quant'altro il Direttore Generale vorrà ad esso sottoporre in materia di programmazione ed organizzazione.

La valutazione periodica del Dirigente: il Collegio Tecnico

La valutazione periodica dei Dirigenti è prevista dall'art. 15-ter del D. Lgs. n.229/99 e successive modificazioni ed integrazioni, dall'art. 19 del D. Lgs. n.29/93 e successive modificazioni ed integrazioni e viene effettuata da un "Collegio Tecnico" di cui all'art. 21, 1° comma, lett. A del contratto collettivo di lavoro.

A tal proposito l'Azienda ha predisposto apposito regolamento, riportato in appendice.

La valutazione del titolare di posizione organizzativa

La valutazione dell'operato del titolare di posizione organizzativa, nonché i criteri generali per il conferimento dell'incarico, viene svolta secondo le vigenti disposizioni normative e secondo gli atti regolamentari Aziendali.

PARTE III

L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA OSPEDALIERA – MAPPATURA DELLE STRUTTURE AFFERENTI

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE

In aderenza alla linee guida ministeriali n.1/1996, l'insieme delle strutture preposte agli interventi di emergenza-urgenza deve essere considerato un sistema complesso ed unitario, composto da:

- a) allarme sanitario, con numero telefonico unificato (118), diretto da una Centrale Operativa (C.O.) con compiti di valutazione, filtro ed allertamento del sistema, la quale è gerarchicamente sovraordinata rispetto ai punti di erogazione "postazioni di ambulanza";
- b) una rete di mezzi di trasporto attrezzati, in grado di garantire l'intervento di soccorso, di salvaguardia e di stabilizzazione delle funzioni vitali compromesse, nonché il trasporto, nel minor tempo possibile, nel punto della Rete Ospedaliera o Territoriale adeguatamente qualificato ed attrezzato per affrontare e risolvere la situazione di emergenza e/o di urgenza;
- c) una Rete Ospedaliera e Territoriale dotata di strutture dedicate al pronto soccorso, all'accettazione e al successivo trattamento dello stato di emergenza-urgenza.

La rete ospedaliera è formata dai DEA, dai Pronto Soccorso e dai Punti di Primo Soccorso.

La rete territoriale è formata dalle Postazioni di Ambulanza e dal Servizio di Guardia Medica (medici dell'emergenza sanitaria territoriale). Le reti ospedaliera e territoriale sono rappresentate nell'apposito allegato.

I Punti di Primo Soccorso devono garantire le seguenti prestazioni:

- stabilizzare il paziente in fase critica, attivando tramite C.O. il trasporto presso il Presidio Ospedaliero più idoneo, secondo i protocolli definiti;
- effettuare un primo intervento medico in caso di:
 - a) patologie diagnosticate ed ingravescenti;
 - b) malesseri non ben definiti;
 - c) piccoli atti medico-chirurgici;
 - d) diagnostica strumentale semplice.

Il sistema di emergenza-urgenza è quindi costituito dall'insieme delle strutture del Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

Partecipano al sistema i medici dell'emergenza sanitaria territoriale, cioè i medici che, avendo superato il corso di formazione obbligatorio organizzato dall'Assessorato Regionale della Sanità per le attività di emergenza-urgenza, possono operare sui mezzi di trasporto attrezzato e nelle strutture ospedaliere e territoriali di Dipartimento.

La rete ospedaliera per l'emergenza

Con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 4238 dell'8 luglio 1997 sono stati individuati e classificati funzionalmente, all'interno del piano di ristrutturazione della rete ospedaliera regionale nel

triennio 1997-1999, i presidi ospedalieri costituenti la Rete Ospedaliera Regionale per l'emergenza.

Conseguentemente all'accorpamento delle strutture ospedaliere dell'Azienda USL Frosinone in 4 Poli Ospedalieri, la rete di emergenza sanitaria ospedaliera risulterà articolata in 4 strutture complesse:

- 2 DEA di I livello, uno per l'Area di Frosinone-Ceccano e uno per l'Area di Cassino-Pontecorvo;
- 2 Unità Operative di Pronto Soccorso, una per l'Area di Alatri-Anagni ed una per l'Area di Sora.

Il DEA del Polo Ospedaliero B – Frosinone/Ceccano - ha sede presso il Presidio di Frosinone; è dotato di 10 posti letto di Osservazione Breve e si articola in un Pronto Soccorso (struttura semplice) presso il Presidio di Ceccano e due Punti di Primo Soccorso (strutture semplici) presso i Presidi di Ferentino e di Ceprano.

La dotazione organica è unica e la responsabilità è affidata ad un Dirigente di struttura complessa. Il DEA del Polo Ospedaliero D - Cassino/Pontecorvo - ha sede presso il Presidio di Cassino; è dotato di 10 posti letto di Osservazione Breve ed ha un Pronto Soccorso (struttura semplice) presso il Presidio di Pontecorvo.

La dotazione organica è unica e la responsabilità è affidata ad un Dirigente di struttura complessa. L'Unità Operativa di Pronto Soccorso di Sora ha sede presso il Presidio di Sora; è dotata di 6 posti letto di Osservazione Breve e si articola in tre Punti di Primo Soccorso (strutture semplici) presso i Presidi di Arpino, Atina ed Isola del Liri.

La dotazione organica è unica e la responsabilità è affidata ad un Dirigente di struttura complessa. L'unità Operativa di Pronto Soccorso del Polo Ospedaliero di Alatri-Anagni (struttura complessa) è dotata di 6 posti letto di Osservazione Breve e si articola in due Pronto Soccorso, uno presso il Presidio di Anagni ed uno presso il Presidio di Alatri, ed in un Punto di Primo Soccorso presso la sede di Fiuggi. La dotazione organica è unica e la responsabilità è affidata ad un Dirigente di struttura complessa.

Mentre altri dipartimenti sono costituiti da unità operative aggregate fisicamente, il DEA comprende, oltre ai servizi che ne sono parte esclusiva (pronto soccorso e osservazione breve, unità operativa di rianimazione, di terapia intensiva e subintensiva), anche unità che appartengono ad altri dipartimenti ma fanno parte della "funzione emergenza".

I servizi di questo tipo condividono ed adottano linee guida e protocolli comuni a tutte le unità operanti nell'ambito del DEA.

Le Unità Operative di Anestesia e Rianimazione

Le competenze dell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione sono diverse: anestesia vera e propria, rianimazione e terapia intensiva, emergenza.

La scomposizione di un servizio di anestesia e rianimazione è funzione delle seguenti linee di attività:

- a) attività anestesiologicala d'elezione o d'urgenza effettuata in sala operatoria, in sala parto, ovvero in altri servizi di diagnosi e cura per l'espletamento di indagini radiodiagnostiche, endoscopiche, per i provvedimenti di rianimazione;
- b) rianimazione e terapia intensiva con monitoraggio 24 ore su 24, per grave compromissione di funzioni essenziali alla vita, tra tempestività e condizioni di emergenza e proseguimento della rianimazione dopo la fase di emergenza;
- c) emergenza, sia l'emergenza intraospedaliera (anestesiologia o rianimazione) che l'urgenza extraospedaliera, intese come primo soccorso del paziente e trasporto, nonché come intervento secondario (trasporto assistito o protetto) verso un centro di rianimazione.

Per quanto riguarda l'area intensiva e subintensiva nelle strutture ospedaliere il Piano Regionale per il triennio 1998-2000 adottato con D.G.R. n.553 del 16 febbraio 1999 prevedeva per l'Azienda Sanitaria di Frosinone 18 posti letto di terapia intensiva e 50 posti letto di terapia subintensiva, per un totale di 68 posti letto nell'area, così ripartiti nei due DEA I livello:

- Frosinone 12 posti letto di terapia intensiva, 30 posti letto di terapia subintensiva;
- Cassino 6 posti letto di terapia intensiva, 20 posti letto di terapia subintensiva.

Si rileva, comunque, la necessità di assicurare per tutti e quattro i Poli Ospedalieri una assistenza intensiva appropriata ed adeguata per i pazienti in condizioni di rischio immediato per la sopravvivenza ed una assistenza subintensiva destinata al trattamento di pazienti critici per il rischio di eventi acuti che ne possano compromettere la sopravvivenza o per patologie gravi che abbiano superato la fase più immediata di acuzie e richiedano particolare impegno.

Secondo l'indice regionale di dotazione di posti letto per popolazione di cui alla L.R. 55/93, così come corretto secondo la L. n. 832 del 1996, l'Azienda Sanitaria di Frosinone dovrebbe essere dotata di 51 posti letto di Rianimazione. Tali dati, che si sovrappongono a quello definito dalla D.G.R. n.553\1999, a causa delle peculiari caratteristiche della rete ospedaliera e del territorio dell'Azienda, vengono ritenuti non congrui rispetto alle esigenze stimate del territorio provinciale, vengono rideterminati in 29 posti letto di terapia intensiva e 28 posti letto di terapia subintensiva, così come sotto indicato:

POLO OSPEDALIERO	P.L.T. INTENSIVA	P.L.T. SUBINTENSIVA
A	5	5
B	11	10
C	5	5
D	8	8

Per quanto riguarda le U.U.O.O. (struttura complessa) di Anestesia e Rianimazione, ne sono previste una per ogni Polo Ospedaliero. Ciascuna di esse dovrà garantire l'attività di terapia antalgica e cure palliative, che si configura come una attività a prevalenza ambulatoriale, coordinata nei protocolli dalla Struttura Complessa "Hospice", cui si rimanda, per il dettaglio, alla successiva trattazione.

Il Servizio di Preospedalizzazione

Il servizio di preospedalizzazione ha come campo di azione l'insieme degli interventi ai quali viene sottoposto il paziente non urgente prima del ricovero, mirati a valutarne l'opportunità.

Al paziente che entra in contatto con l'ospedale si presentano due possibilità: se la domanda di assistenza è di tipo urgente, la sua valutazione e l'eventuale ricovero sono competenza del Pronto Soccorso; se la richiesta di assistenza è di tipo non urgente la valutazione del ricovero è compito del servizio di Preospedalizzazione.

In tale servizio si svolgono in modo coordinato alcune prestazioni propedeutiche al ricovero medico o chirurgico, sia ordinario, che di Day Hospital o di Day Surgery.

La provenienza degli utenti è importante al fine di una corretta gestione dei flussi e delle procedure e se ne individuano varie tipologie:

- utenti provenienti dall'esterno e prenotati;
- utenti inviati dal Medico di Medicina Generale;
- utenti provenienti dalle attività ambulatoriali;
- utenti che provengono dal Pronto Soccorso e dal Day Hospital.

La funzione del Servizio è quella di provvedere alla regolamentazione dei ricoveri ospedalieri non urgenti con una razionale programmazione delle prenotazioni a fronte delle disponibilità (numero dei posti letto, disponibilità del personale, ecc.).

Dall'attenta valutazione delle necessità del ricovero deriva una più razionale programmazione con una conseguente tendenza allo snellimento dei tempi e delle modalità di accesso ai servizi ospedalieri, nonché una notevole riduzione dei tempi di degenza.

Operativamente il Servizio di Preospedalizzazione interviene effettuando visite, controlli, indagini diagnostiche che sono preordinate alla decisione del ricovero e la cui esecuzione (in sede ambulatoriale o al massimo con il ricorso all'ospedale diurno) consente di ridurre la durata complessiva del ricovero, organizza la prenotazioni e predispose le liste d'attesa per il ricovero.

Per queste sue funzioni necessita di un adeguato collegamento funzionale ed organizzativo con i reparti di degenza dell'ospedale, con il D.H., con la D.Sr. , il poliambulatorio e con le strutture territoriali collegate.

Ogni Polo ospedaliero ha un servizio di preospedalizzazione (struttura semplice operativa) articolato per l'area chirurgica e per l'area medica.

IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

La rimodulazione quali-quantitativa delle Strutture afferenti al Dipartimento di Scienze Chirurgiche tiene conto dei parametri gestionali di efficacia ed efficienza della situazione presente e viene effettuata in rapporto alle necessità assistenziali con riferimento alla domanda, tenendo conto degli indici per la definizione del fabbisogno dei posti letto in relazione all'utenza.

L'Area Dipartimentale di Chirurgia Generale

Attualmente esistono 6 UU.OO. di Chirurgia Generale per un totale di 217 posti letto ed una Unità Operativa di Chirurgia Addominale d'Urgenza con 16 posti letto: totale complessivo 233 posti letto. Per la disciplina di Chirurgia Generale la Legge Regionale 55/93 prevede un indice di 0,910 per la definizione del fabbisogno di posti letto. Detto indice ricalcolato secondo le indicazioni della Legge 599/95 è pari a 0,731.

Applicando tale indice ricalcolato si avrebbe un numero di posti letto pari a 362.

Analizzati i dati sui ricoveri ospedalieri aziendali degli anni 1999 e 2000 ed i dati sulla mobilità, l'Azienda USL Frosinone prevede di riorganizzare l'Area Chirurgica prevedendo per ogni Polo Ospedaliero 1 Struttura di Chirurgia Generale e per i Poli B, C e D 1 Struttura di Chirurgia Specializzata.

Per il Polo Ospedaliero A si prevede una Struttura Complessa di "Chirurgia Generale" con 36 posti letto (di cui 26 ordinari, 6 di Day Hospital e 4 di Day Surgery).

Per il Polo Ospedaliero B si prevede una Struttura Complessa di "Chirurgia Generale" con 52 posti letto (di cui 36 ordinari, 6 di Day Hospital, 4 di Day Surgery e 6 di One Day Surgery) ed 1 Struttura Complessa di "Chirurgia Cardiovascolare" dotata di 15 posti letto (di cui 10 ordinari, 3 di Day Hospital e 2 di Day Surgery).

Per il Polo Ospedaliero C si prevede una Struttura Complessa di "Chirurgia Generale" con 40 posti letto (di cui 30 ordinari, 6 di Day Hospital e 4 di Day Surgery) e, vista l'incidenza sempre più crescente dei tumori del colon-retto, 1 Struttura Complessa di "Chirurgia Oncologica" dotata di 10 posti letto.

Per il Polo Ospedaliero D si prevede una Struttura Complessa di "Chirurgia Generale" con 40 posti letto (di cui 30 ordinari, 6 di Day Hospital e 4 di Day Surgery) ed una Struttura Complessa di "Chirurgia Toracica" con 10 posti letto.

Riepilogando, per la disciplina "Chirurgia Generale" la situazione è la seguente:

POLO OSPEDALIERO	P.L. DA INDICE RICALCOLATO	P.L. ATTUALI	P.L.PREVISTI			
			ORD	D.H.	D.Sr.	TOT.
A	63	60	26	6	4	36
B	134	50	36	6	4+6 One Day Sr.	52
C	79	60	30	6	4	40
D	86	63	30	6	4	40
TOTALE AZIENDA USL	362	233	122	24	22	168

N.B.: nei posti letto attuali della Chirurgia Generale del Polo A sono compresi i 16 posti letto della Chirurgia Addominale e d'Urgenza del Presidio di Anagni.

A questi posti letto si dovranno aggiungere i 71 posti letto delle Case di Cura Accreditate (43 nell'Area di Sora e 28 nell'Area di Cassino).

Per quanto riguarda le Struttura Complessa di "Chirurgia Specializzata" la situazione sarà la seguente

POLO OSPEDALIERO	SPECIALITÀ	P.L. PREVISTI da indice ricalcolato per tutta l'azienda	P.L.PREVISTI		
C	CHIRURGIA ONCOLOGICA		10		
B	CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE	15	15		
			10 ORD.	3 D.H.	2 D.S.
D	CHIRURGIA TORACICA	12	10		

Si prevedono inoltre 3 Strutture Semplici Dipartimentali di:

- ◆ Endoscopia Interventistica;
- ◆ Chirurgia Pediatrica;
- ◆ Plastica Ricostruttiva.

Dette strutture hanno il compito di coordinare la specifica attività in tutto l'ambito aziendale.

L'Area Dipartimentale di Oculistica

Attualmente esistono 52 posti letto di Oculistica nelle strutture aziendali.

Si prevede 1 Struttura Complessa per i Poli B, C e D, ognuna delle quali sarà dotata di 14 posti letto, di cui 10 di degenza ordinaria, 2 di Day Hospital e 2 di Day Surgery.

Per il Polo A viene prevista 1 struttura semplice di Day Hospital con 5 posti letto ed ambulatorio, correlata gestionalmente alla Struttura Complessa del Polo B. Il totale dei posti letto aziendali sarà di 47.

L'Area Dipartimentale di Otorinolaringoiatria (ORL)

Attualmente esistono 77 posti letto nelle strutture aziendali.

Si prevede 1 struttura complessa per il Polo Ospedaliero A, 1 struttura complessa per il Polo ospedaliero B ed 1 struttura complessa per il Polo Ospedaliero D. Ogni Struttura sarà dotata di 14 posti letto, di cui 10 ordinari, 2 di Day Hospital e 2 di Day Surgery. Per il polo Ospedaliero C sono previste 2 strutture complesse, funzionalmente correlate, che avranno in comune i posti letto ed il personale di assistenza infermieristico: 1 Struttura Complessa di Otorinolaringoiatria e 1 Struttura Complessa di Odontostomatologia con la dotazione di 18 posti letto totali funzionali (14 ordinari, 2 di D.H. e 2 di Day Surgery). I posti letto totali di questa area dipartimentale saranno 60. Vanno inoltre considerati i 10 pp.II. di ORL della Casa di Cura Privata Accreditata Sant'Anna di Cassino.

L'Area Dipartimentale di Urologia

Si prevede per il Polo Ospedaliero A 1 struttura complessa dotata di 14 posti letto, di cui 10 ordinari, 2 di Day Hospital e 2 di Day Surgery. Per i Poli Ospedalieri B e D, sedi di DEA, si prevede per ognuno 1 struttura complessa di 16 posti letto (di cui 12 ordinari, 2 di Day Hospital e 2 di Day Surgery). Presso il Polo Ospedaliero C viene prevista una struttura complessa di "Prevenzione in campo Urologico" comprensiva di 5 posti letto di D.H. e D.Sr. ed ambulatorio.

Si prevede inoltre una Struttura Semplice Dipartimentale di:

- ◆ Endoscopia Urologica;

Detta strutture ha il compito di coordinare la specifica attività in tutto l'ambito aziendale. I posti letto totali aziendali saranno 51. Vanno inoltre considerati i 10 posti letto della Casa di Cura Privata Accreditata "Villa Gioia" di Sora.

L'Area Dipartimentale di Ortopedia e Traumatologia

Attualmente i posti letto sono 166. Vi sono inoltre 14 posti letto di Traumatologia d'urgenza presso il Presidio Ospedaliero di Sora.

Si prevede la seguente distribuzione di posti letto per Polo Ospedaliero:

- Polo Ospedaliero A: 1 struttura complessa di Ortopedia con 24 posti letto (20 ordinari, 2 di Day Hospital, 2 di Day Surgery);
- Polo Ospedaliero B: essendo sede di DEA di I livello si prevedono 2 Strutture Complesse di Ortopedia ed 1 Struttura Complessa di Traumatologia d'Urgenza; le strutture complesse di Operative di Ortopedia sono articolate in 19 posti letto (15 ordinari, 2 di Day Hospital, 2 di Day Surgery) presso il P.O. di Frosinone e 10 posti letto presso il Presidio Ospedaliero di Ceccano; la struttura complessa di Traumatologia d'Urgenza sarà dotata di 10 posti letto;
- Polo Ospedaliero C: 1 struttura complessa di Ortopedia con 24 posti letto (20 ordinari, 2 di Day Hospital, 2 di Day Surgery);

- Polo Ospedaliero D: essendo sede di DEA di I livello si prevedono 1 Struttura Complessa di Ortopedia ed 1 Struttura Complessa di Traumatologia d'Urgenza; la Struttura Complessa di Ortopedia sarà dotata di 19 posti letto (15 ordinari, 2 di Day Hospital, 2 di Day Surgery); la Struttura Complessa di Traumatologia d'Urgenza sarà dotata di 10 posti letto;

Il totale dei posti letto sarà 96 di Ortopedia e 20 di Traumatologia d'Urgenza.

Vanno, inoltre, considerati i 17 posti letto di Ortopedia della Casa di Cura Privata Accreditata "S. Teresa" di Isola del Liri, nella zona di Sora.

Area Dipartimentale Sperimentale di Neuroscienze

Per assicurare gli interventi di neurochirurgia di elezione e d'urgenza, con particolare riferimento alla chirurgia oncologica, neurovascolare-cerebrale, stereotassica e traumatologica, oltre ad assicurare le attività di neurologia si intende attivare 1 Area Dipartimentale Sperimentale di Neuroscienze. Detta Area sarà funzionale e sarà composta da 2 strutture complesse con 10 posti letto funzionali di Chirurgia Neurospinale e 10 posti letto funzionali di Neurologia con allocazione presso il Polo Ospedaliero B, nonché 4 posti letto di D.H. e 2 di D.Sr. e ambulatori negli altri Poli Ospedalieri.

Le due strutture complesse avranno in comune i posti letto, il personale di assistenza infermieristico e tecnico.

L'utilizzo dei posti letto compresi in questa area dipartimentale è modulare rispetto alle esigenze che di volta in volta si manifestano nelle due Strutture Complesse. A questa Area Dipartimentale afferiscono funzionalmente anche gli Ambulatori di Neurologia e di Chirurgia Neurospinale, presenti in ogni Polo Ospedaliero, per un totale di 3 Strutture Semplici.

IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE

Analogamente al Dipartimento di Scienze Chirurgiche, la rimodulazione quali-quantitativa delle Strutture afferenti al Dipartimento di Scienze Mediche viene effettuata tenendo presenti la situazione attuale dal punto di vista gestionale, di efficacia e di efficienza, la domanda assistenziale e gli indici per la definizione del fabbisogno dei posti letto.

Tenendo presente che attualmente sono attivi nella nostra Azienda 331 posti letto di Medicina Generale, mentre vi sono vistose carenze di posti letto di branche di Medicina Specialistica, si prevede di riorganizzare le Unità Operative di degenza afferenti al Dipartimento di Scienze Mediche così come appresso indicato.

L'Area Dipartimentale di Medicina Generale

Si prevede la seguente riorganizzazione delle U.O. afferenti ai 4 Poli Ospedalieri:

- Polo A: 2 strutture complesse, di cui 1 presso il Presidio Ospedaliero di Anagni ed 1 presso il Presidio Ospedaliero di Alatri. Ciascuna Struttura Complessa sarà dotata di 34 posti letto (30 ordinari e 4 di Day Hospital);
- Polo B: 2 strutture complesse, di cui una presso la struttura di Frosinone con 40 posti letto (34 ordinari e 6 di Day Hospital) e l'altra presso la struttura di Ceccano con 20 posti letto (14 ordinari e 6 D.H.);
- Polo C: 1 struttura complessa con 36 posti letto (30 ordinari e 6 di Day Hospital);
- Polo D: 1 struttura complessa con 46 posti letto (40 ordinari e 6 di Day Hospital).

I posti letto totali saranno pertanto 210.

Vanno, inoltre, considerati 24 posti letto ubicati presso la Casa di Cura Privata Accreditata "Villa Serena" di Cassino. Per quanto riguarda la Reumatologia e l'Endocrinologia vengono previste come strutture semplici delle Strutture Complesse di Medicina, come attività ambulatoriale.

Infine, visti gli indici di attività si prevede 1 struttura complessa di Dermatologia presso il Polo Ospedaliero B, con 14 posti letto (degenza ordinaria) e 6 posti letto di D.H. ed una struttura semplice operativa di "Dermatologia Oncologica".

L'Area Dipartimentale di Geriatria

Attualmente esiste l'Unità Operativa di Geriatria presso il Presidio Ospedaliero di Cassino con 33 posti letto.

Vengono istituite 2 strutture complesse, 1 presso il Polo Ospedaliero B ed un'altra presso il Polo Ospedaliero D, dotate ognuna di 25 posti letto (20 ordinari e 5 di Day Hospital).

L'Area Dipartimentale di Cardiologia

Attualmente sono attivi 60 posti letto di Cardiologia e 8 posti di Terapia Intensiva cardiologica (allocati questi ultimi nelle due sedi DEA I livello, 4 presso il Presidio Ospedaliero di Frosinone e 4 presso il Presidio Ospedaliero di Cassino).

Per quanto riguarda l'area intensiva e subintensiva nelle strutture ospedaliere il Piano Regionale per il triennio 1998-2000, adottato con D.G.R. del 16/02/1999, prevedeva per la nostra Azienda 10 posti letto di UTIC così ripartiti nei due DEA di I livello:

- Frosinone 6 posti letto
- Cassino 4 posti letto.

Visti i dati sulla mortalità regionale per malattie del sistema circolatorio che evidenziano che tassi di mortalità più elevati si osservano nella provincia di Frosinone, si ritiene necessaria l'istituzione di posti letto di UTIC in tutti e quattro i Poli Ospedalieri, al fine di una omogenea distribuzione territoriale e di istituire, inoltre, un Servizio di Emodinamica.

Pertanto si prevede la seguente riorganizzazione:

- Polo Ospedaliero A: 1 struttura complessa di Cardiologia con 12 posti letto di cui 4 di UTIC (struttura semplice operativa);
- Polo Ospedaliero B: 1 struttura complessa di Cardiologia con 20 posti letto, 1 struttura complessa UTIC con 6 posti letto, 1 struttura complessa di Emodinamica con 2 posti letto;
- Polo Ospedaliero C: 1 struttura complessa di Cardiologia con 14 posti letto di cui 4 di UTIC (configuranti una struttura semplice operativa);
- Polo Ospedaliero D: 1 struttura complessa di Cardiologia con 14 posti letto, 1 struttura complessa UTIC con 4 posti letto.

Vanno inoltre considerati i 15 posti letto di Cardiologia delle Casa di Cura Privata Accreditata "Villa Serena" di Cassino.

Si prevedono inoltre 2 Strutture Semplici Dipartimentali di:

- ◆ Riabilitazione Cardiologica;
- ◆ Cardiologia Pediatrica;

Dette strutture hanno il compito di coordinare la specifica attività in tutto l'ambito aziendale.

L'Area Dipartimentale di Nefrologia e Dialisi

Visto il Piano Regionale in materia di nefrologia e dialisi, adottato con D.G.R. 619/98, e considerato che attualmente i posti letto aziendali sono 21 di Nefrologia e 77 di Dialisi, si prevede la seguente riorganizzazione per Poli Ospedalieri:

- Polo Ospedaliero A: 1 struttura complessa presso Presidio Ospedaliero di Alatri con 14 posti letto per dialisi e due posti letto di D.H. di Nefrologia, e 1 struttura semplice presso il Presidio Ospedaliero di Anagni con 13 posti letto per dialisi. Tale struttura sarà considerata complessa fintanto che un Dirigente Medico ex II livello non terminerà il proprio rapporto con l'Azienda.
- Polo Ospedaliero B: 1 struttura complessa con 17 posti letto per dialisi e con 8 posti letto di degenza ordinaria più due di D.H. di Nefrologia;
- Polo Ospedaliero C: 1 struttura complessa con 15 posti letto per dialisi e due posti letto di D.H. di Nefrologia e una struttura semplice denominata "Centro per l'Ipertensione";
- Polo Ospedaliero D: 1 struttura complessa con 8 posti letto di degenza ordinaria e due posti letto di D.H. di Nefrologia e 17 posti per dialisi presso il Presidio Ospedaliero di Cassino e 1 struttura semplice operativa presso il Presidio Ospedaliero di Pontecorvo con 8 posti letto di Dialisi.

Vanno inoltre considerati i posti letto delle 3 strutture private accreditate "Euronefro" di Frosinone con 11 posti letto (9 +2 Hbs), "S. Elisabetta" di Fiumicino con 9 posti letto (7 + 2 Hbs), "Nephros" di Cassino con 12 posti letto (10 + 2 Hbs).

Si prevede inoltre 1 Struttura Semplice Dipartimentale:

- ◆ Accessi Vascolari in Pazienti Nefropatici.

Detta struttura ha il compito di coordinare la specifica attività in tutto l'ambito aziendale.

L'Area Dipartimentale di Malattie Infettive

Visti gli indici di mobilità si prevede 1 struttura complessa di Malattie Infettive presso il Polo Ospedaliero B con 36 posti letto (30 ordinari e 6 di Day Hospital).

Si prevede inoltre l'istituzione di una Struttura Semplice Dipartimentale:

- ◆ "A.I.D.S."

Detta struttura ha il compito di coordinare la specifica attività in tutto l'ambito aziendale.

L'Area Dipartimentale di Onco-Ematologia

Si prevede l'articolazione di questa Area Dipartimentale nei seguenti due servizi, con collegamento funzionale con il Programma Hospice:

- Oncologia
- Ematologia

Oncologia

Le neoplasie possono essere considerate malattie ad andamento protratto, con un grado elevato di mortalità che richiedono un elevato impegno assistenziale in tutte le fasi di evoluzione.

Le stime di prevalenza fornite dall'OER fissano a 4300 (1900 maschi e 2400 donne) i casi prevalenti di tumore nella provincia di Frosinone. Necessitano di trattamento chirurgico circa la metà dei pazienti oncologici, di trattamento radioterapico circa il 60% e di trattamento medico circa il 40%.

I ricoveri per patologia neoplastica registrati nel 1996 nei Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL sono 5675, mentre quelli avvenuti in altri Presidi Ospedalieri del Lazio sono 3285.

Il progressivo invecchiamento della popolazione, e la netta relazione tra età e comparsa dei tumori, rende la patologia tumorale sempre più frequente.

Nella nostra Provincia la patologia neoplastica presenta un'incidenza stimata di circa 1700 nuovi casi/anno ed una mortalità attribuibile di circa 1100 casi/anno, con le seguenti patologie più frequenti: tumore del polmone, tumore del colon-retto, tumore della mammella, tumore della vescica, tumore della prostata, tumore dell'utero.

L'oncologo medico è una figura che si trova nel punto di intersezione di varie competenze specialistiche, il cui lavoro di equipe multidisciplinare è insostituibile per garantire un'assistenza qualificata e per evitare una dispersione di energie. Per questo si ritiene necessaria l'attivazione di 1 Struttura Complessa di Oncologia.

Detta struttura sarà ubicata presso il Polo Ospedaliero C e sarà dotata di 24 posti letto (20 ordinari e 4 di Day Hospital). Vi saranno, inoltre, 4 posti di Day Hospital onco-ematologico per ciascun Polo Ospedaliero A, B, C e D (detti posti letto sono configurati come struttura semplice operativa).

La struttura complessa di Oncologia richiede un'integrazione funzionale con l'anestesia per l'attivazione di un Servizio di Terapia del Dolore. Come pure deve essere affrontata la problematica relativa all'attività di inserzione e manutenzione dei cateteri venosi centrali, sempre più necessari per la somministrazione degli antibiotici e delle terapie di supporto. Deve essere, inoltre, prevista la Radioterapia, che attualmente è presente presso la struttura "INI Città Bianca". Nell'ambito della terapia di sostegno appare utile e da sviluppare la completa realizzazione del Servizio di Nutrizione Parenterale, che potrà essere centralizzato nel Polo Ospedaliero B con punti di erogazione per Polo e per Distretto.

Necessita, inoltre, un'integrazione con l'Assistenza Domiciliare al fine di fornire ai pazienti oncologici terapia di supporto praticabili a domicilio (terapie antalgiche, supporti nutrizionali e parenterali, manutenzione di cateteri venosi centrali).

Ematologia

Le stime dell'incidenza e mortalità per tumore indicano per l'Azienda USL di Frosinone, per il triennio 1993-1995, un tasso grezzo di mortalità per 100.000 abitanti pari al 6,3 per le leucemie, allo 0,4 per il morbo di Hodgkin e al 2,7 per i linfomi non Hodgkin nella popolazione femminile, al 7,8 per le

leucemie, allo 0,9 per il morbo di Hodgkin e al 3,4 per i linfomi non Hodgkin nella popolazione maschile.

Si prevede, quindi, di istituire 1 struttura complessa di Ematologia presso il Polo Ospedaliero B con 19 posti letto (15 ordinari e 4 di Day Hospital), più 1 Day Hospital Onco-ematologico, struttura semplice operativa, per i Poli A, B, C e D.

In questo contesto organizzativo i Day Hospital onco-ematologici erogano sia le prestazioni di Oncologia che quelle di Ematologia (integrazione funzionale).

L'Area Dipartimentale di Specialità Interna

Si prevede l'articolazione di questa Area Dipartimentale nelle seguenti strutture di specialità :

- ◆ Diabetologia
- ◆ Pneumologia
- ◆ Gastroenterologia

Viene istituita 1 struttura complessa, senza degenza, di Diabetologia presso il Polo Ospedaliero B ed altre 3 Strutture Semplici nei restanti Poli Ospedalieri.

Verrà inoltre potenziata l'attività della disciplina di Gastroenterologia, attualmente rappresentata da una sola struttura semplice, allocata presso il Presidio Ospedaliero di Pontecorvo con 20 posti letto, mediante l'istituzione della struttura complessa di Gastroenterologia presso il Polo Ospedaliero D con 12 posti letto (10 ordinari e 2 di Day Hospital) e con 4 posti letto di Day Hospital per i Poli Ospedalieri A e C (strutture semplici operative), ed una struttura complessa presso il Polo Ospedaliero B con 4 posti letto di D.H., per un totale complessivo di 24 posti letto.

Analogamente viene istituita la struttura complessa di Pneumologia presso il Polo Ospedaliero D con 12 posti letto (10 ordinari e 2 di Day Hospital) e con 4 posti letto di Day Hospital per ogni restante Polo Ospedaliero (configuranti ognuno dei 3 Poli una struttura semplice operativa).

IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Le Aree Dipartimentali di Ginecologia Ostetricia e di Pediatria

Vista la proposta di piano per l'assistenza perinatale per l'Azienda USL di Frosinone, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 4238 dell'8 luglio 1997, visto il volume di attività ostetrica, pediatrica e ginecologica ed i dati di mobilità passiva, si prevedono le seguenti Unità Operative:

Polo Ospedaliero A

- Ostetricia e Ginecologia: 1 Struttura complessa per il Presidio Ospedaliero di Anagni con 12 posti letto (10 ordinari e 2 di Day Hospital); 1 Struttura complessa per il Presidio Ospedaliero di Alatri con 12 posti letto (10 ord. e 2 di D.H.); i posti letto per il Nido saranno 4 per Anagni e 10 per Alatri.
- Pediatria: 1 Struttura complessa con 14 pp. II. (12 ordinari e 2 di Day Hospital) con annessa struttura semplice di Neonatologia con 4 pp.II.

Polo Ospedaliero B

- Ostetricia e Ginecologia: 1 Struttura complessa con 30 posti letto (26 ordinari e 4 di Day Hospital); i posti letto per il Nido saranno 16.
- Pediatria: 1 Struttura complessa con 26 posti letto (23 ordinari e 3 di Day Hospital);
- Neonatologia: 1 Struttura Complessa, comprendente le tre strutture semplici "TIN" con 5 posti letto, "TSN" con 10 posti letto e "Patologia Neonatale" con 6 posti letto.

Polo Ospedaliero C

- Ostetricia e Ginecologia: 1 Struttura complessa con 22 posti letto (20 ordinari e 2 di Day Hospital); i posti letto per il Nido saranno 14.
- Pediatria: 1 Struttura complessa con 15 posti letto (12 ordinari e 3 di Day Hospital) con annessa struttura semplice di Neonatologia con 4 pp.II.;

Polo Ospedaliero D

- Ostetricia e Ginecologia: 1 Struttura complessa con 22 posti letto (20 ord. e 2 di D.H.); i posti letto per il Nido saranno 14.
- Pediatria: 1 Struttura complessa con 17 posti letto (14 ordinari e 3 di Day Hospital);
- Neonatologia: 1 Struttura Complessa, comprendente la struttura semplice di Patologia Neonatale con 4 posti letto.

Presso il Polo D vi sarà una autoambulanza attrezzata per il trasporto neonatale per il "Progetto Cicogna".

Sono da considerare, inoltre, i 10 posti letto di Ginecologia presso la Casa di Cura Privata Accreditata "Villa Gioia" di Sora. Per gli 11 p.I. di Ostetricia e Ginecologia della Casa di Cura Privata Accreditata "S. Anna" di Cassino è in corso l'istruttoria per la riconversione dovuta a basso volume di attività ostetrica (inferiore a 300 parti/anno).

IL DIPARTIMENTO PER LA RIABILITAZIONE E LA DISABILITA'

La rete per la riabilitazione e la lungodegenza medica

La legge n. 537/93 e la legge N.382/96 riservano la quota di un posto letto per ogni mille abitanti alla riabilitazione e alla lungodegenza post-acuzie. Tale quota, riferita alla nostra Azienda USL, determina 495 posti letto.

La riabilitazione è un atto socio-sanitario complesso che si configura come intervento multidisciplinare sia nei confronti del danno che del reinserimento sociale. I moderni orientamenti affermano che l'intervento riabilitativo, per essere efficace, deve agire soprattutto nella primissima fase della malattia a rischio di disabilità.

È necessario, quindi, garantire una maggiore qualificazione delle tecniche riabilitative nonché l'immediata collocazione del paziente con grave disabilità in specifica struttura riabilitativa subito dopo la fase acuta della malattia.

Occorre quindi aumentare i posti letto di Riabilitazione e Lungodegenza Medica, che attualmente fra strutture pubbliche e private accreditate sono 481, al fine di aumentare il *turn-over* dei posti letto per acuti.

Si prevedono, quindi, le seguenti Strutture Semplici Operative di Lungodegenza Medica, Post Acuzie e Riabilitazione:

Polo Ospedaliero B:

- Presidio di Ferentino - 20 posti letto - Lungodegenza;
- Presidio di Ceprano - 15 posti letto – Post-acuzie;
- Presidio di Veroli - 20 posti letto – Riabilitazione;

Polo Ospedaliero C:

- Presidio di Arpino - 60 posti letto - Lungodegenza;
- Presidio di Isola del Liri - 30 posti letto - Riabilitazione;
- Presidio di Atina - 30 posti letto - Riabilitazione.

Esistono, inoltre, 140 posti letto di Riabilitazione e 100 posti letto di Lungodegenza Medica presso la Casa di Cura Privata "S. Raffaele" di Cassino e 120 posti letto di Riabilitazione utilizzati presso la struttura "INI Città Bianca" di Veroli.

È da segnalare, inoltre, che la Casa di Cura Privata "S. Raffaele" ha chiesto di riconvertire i 60 posti letto di RSA in 60 posti letto di riabilitazione.

Presso il Polo Ospedaliero B vi è la Struttura complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione, con strutture semplici operative, presso i restanti tre Poli Ospedalieri.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – Area di degenza

Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura, per i ricoveri in trattamento sanitario volontario o obbligatorio, ubicato presso Ospedali, è parte integrante del D.S.M.

Vista la D.G.R. 159 del 28/01/1997, nonché la normativa nazionale contenente gli obiettivi della tutela della salute mentale, si prevedono 3 Strutture complesse SPDC così distribuite per Polo Ospedaliero, funzionalmente correlate al Dipartimento medesimo:

- Polo B: 1 Struttura complessa con 16 posti letto (12 ordinari e 4 di Day Hospital);
- Polo C: 1 Struttura complessa con 13 posti letto (10 ordinari e 3 di Day Hospital);
- Polo D: 1 Struttura complessa con 17 posti letto (13 ordinari e 4 di Day Hospital).

DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, PREOSPEDALIZZAZIONE E DIMISSIONE PROTETTA

Il Day Hospital

Il Day Hospital è un modello organizzativo operativo finalizzato al ricovero, di norma di durata inferiore alle 12 ore, dei pazienti che necessitano di prestazioni multiple e/o complesse di carattere diagnostico, terapeutico, riabilitativo, che non comportano la necessità di un ricovero ordinario. Tale attività assistenziale non è peraltro eseguibile a livello ambulatoriale, in quanto la natura o la complessità di esecuzione delle prestazioni da erogare richiedono sorveglianza od osservazione medica e/o infermieristica protratta nell'arco della giornata.

Come modello organizzativo nella nostra Azienda si avranno posti letto di Day Hospital dedicati all'interno dell'unità operativa di degenza monospecialistica (struttura complessa).

Il numero dei posti letto di Day Hospital è indicato nelle singole unità operative afferenti ai vari Dipartimenti ospedalieri.

La Day Surgery

Analogamente al Day Hospital, che nel corso di circa un decennio si è ampiamente sviluppato come valida alternativa alla degenza ordinaria, da qualche anno si comincia a parlare anche di "Day Surgery" e di "**One Day Surgery**".

Il Piano Sanitario Nazionale incentiva infatti l'attuazione di attività per lo svolgimento nell'arco di 24 ore di attività chirurgiche e procedure diagnostiche invasive che oggi richiedono alcuni giorni di ricovero ordinario.

Lo sviluppo della Day-Surgery è favorito dall'introduzione di nuove tecniche chirurgiche, dal progresso farmacologico, dallo sviluppo di nuove tecniche anestesologiche e da una migliore assistenza al malato, fattori che hanno ridimensionato il ruolo della degenza pre e post operatoria a favore della deambulazione precoce e del tempestivo ritorno alle proprie abitudini di vita.

Come modello organizzativo nella nostra Azienda si avranno posti letto dedicati di Day-Surgery all'interno delle Unità Operative di degenza del Dipartimento di Scienze Chirurgiche in ogni Polo Ospedaliero, ciò al fine di attuare un modello di assistenza che risulti di pari efficacia rispetto a quello tradizionale, garantendo la continuità assistenziale e la riduzione delle complicanze legate all'ospedalizzazione prolungata.

I risultati attesi sono i seguenti:

- aumentare la soddisfazione degli utenti;
- liberare risorse per l'assistenza intensiva post operatoria per i pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative;

- diversificare il flusso dei pazienti chirurgici con benefici per gli stessi e per l'ospedale;
- ridurre l'incidenza delle infezioni nosocomiali;
- incrementare l'appropriatezza dei ricoveri;
- aumentare l'efficienza operativa e gestionale;
- razionalizzare il costo dell'assistenza ospedaliera.

Il numero dei posti letto di Day-Surgery è indicato, nel piano, nelle singole Unità Operative afferenti al Dipartimento di Scienze Chirurgiche.

La Preospedalizzazione

Il servizio di preospedalizzazione ha come campo di azione l'insieme degli interventi ai quali viene sottoposto il **paziente non urgente** prima del ricovero, mirati a valutarne l'opportunità.

Detti interventi consistono in visite specialistiche e/o esami di diagnostica strumentale e di laboratorio da effettuare ambulatorialmente, finalizzati all'ammissione al ricovero ospedaliero in struttura pubblica per intervento chirurgico (ad esempio, angioplastica) o indagine diagnostica invasiva (ad esempio, arteriografia) programmati. Tali prestazioni ambulatoriali vengono, pertanto, a costituire un elemento di **filtro** al ricovero con l'obiettivo di ridurre la degenza soprattutto chirurgica, limitando così il ricovero stesso al solo momento dell'intervento e del post-operatorio. Sono previste Strutture Semplici Operative in tutti i Poli Ospedalieri.

La Dimissione Protetta

Per un miglior utilizzo delle risorse disponibili, possono essere svolte parte delle attività di controllo o di completamento delle indagini attraverso ulteriori e ravvicinati accessi del paziente in regime di ricovero ordinario (dimissione protetta).

Dal punto di vista clinico a queste situazioni corrisponde un singolo episodio di degenza, variamente articolato nel tempo, e remunerabile nel suo insieme, dalla tariffa forfetaria attribuita al DRG che caratterizza l'intero episodio assistenziale. Dovranno essere considerati accessi di tale tipologia tutti gli accessi programmati al momento della dimissione che avvengono entro 30 giorni dalla dimissione stessa e che completano il profilo di cura iniziato con il ricovero (es. ritorno per rimozione punti di sutura, effettuazione di un esame programmato e non eseguito durante il ricovero per ragioni logistiche, ecc.) o che hanno il fine di completare l'iter diagnostico/terapeutico.

I regolamenti per il Day Hospital, la Day Surgery, la Preospedalizzazione e la Dimissione Protetta sono riportati negli appositi allegati.

PARTE IV

**L'ORGANIZZAZIONE DELL'AREA TERRITORIALE / DISTRETTUALE -
MAPPATURA DELLE STRUTTURE AFFERENTI**

AREA TERRITORIALE: PREMESSA

Le attività territoriali possono essere realizzate con il concorso professionale di tutti i dipartimenti individuati.

L'implementazione di dette attività potrà vedere il coinvolgimento, quindi, di tutta l'architettura aziendale. Per i dipartimenti a prevalenza ospedaliera si può ipotizzare l'attivazione di sedi di erogazione (ambulatori) sul territorio. Tale processo dinamico si concretizza a seguito dell'analisi valutativa continua della domanda di salute.

IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA ED ACCETTAZIONE

La Centrale Operativa 118 e le sue postazioni

Si prevedono per ogni Distretto punti di erogazione coincidenti con ogni postazione di ambulanza, come dettagliati nell'apposita rappresentazione grafica.

Detti punti di erogazione afferiscono alla struttura complessa "Centrale Operativa 118".

Alla C.O. 118 è affidata sia la gestione organizzativa, tecnica e funzionale dei sistemi di ricezione delle chiamate e l'invio dei mezzi di soccorso, sia quella relativa alle strutture deputate all'emergenza territoriale. Tale raccordo di tipo gerarchico è determinato dalla necessità di un immediato raccordo ed una pronta risposta coordinata sul territorio rispetto alle esigenze che vi si manifestano. Si tratta dell'unica eccezione rispetto all'impalcatura metodologica seguita per la definizione del dipartimento a funzione.

L'organizzazione della continuità assistenziale (ex servizio di Guardia Medica) deve tenere conto della rete di soccorso territoriale collegata con la Centrale Operativa.

IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE CHIRURGICHE

Obiettivo della Direzione Aziendale è rappresentato dall'incentivazione all'attività ambulatoriale chirurgica, anche a livello Distrettuale, con integrazione e partecipazione delle Strutture Complesse Chirurgiche di afferenza.

IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE

L'Area Dipartimentale di Geriatria

All'interno del più vasto campo di interventi in favore della popolazione anziana, appare prioritaria l'assistenza agli anziani non autosufficienti, parzialmente autosufficienti ed a quelli con pluripatologie ad alto rischio di invalidità, con particolare riguardo ai pazienti ultra sessantacinquenni.

In considerazione del fatto che la non autosufficienza deriva da problemi di natura fisica, psichica, socio-economica ed ambientale, il modello assistenziale non può prescindere da interventi tesi a garantire l'integrazione socio-sanitaria, l'integrazione dei diversi livelli di assistenza e la continuità di quest'ultima.

L'Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G.) è lo strumento per la valutazione globale del singolo caso, la definizione del programma preventivo, curativo e riabilitativo teso a garantire la continuità assistenziale dell'anziano non autosufficiente ed il controllo dell'efficienza dell'intervento programmato.

Le figure professionali dell'UVG sono, di norma:

- 1) 1 geriatra;
- 2) il MMG del paziente;
- 3) 1 fisiatra;
- 4) 1 assistente sociale;
- 5) 1 infermiere professionale.

Presso ogni Distretto sarà istituita una UVG distrettuale (UVGD – struttura semplice), la quale assumerà un ruolo centrale nella rete dei servizi, poiché andrà ad individuare ed identificare le soluzioni ai bisogni dell'anziano, indirizzandolo verso le possibilità assistenziali che più si addicono al caso: ADI, RSA, ospedalizzazione domiciliare, servizi di assistenza domiciliare.

Si prevedono inoltre i Centri Diurni Integrati (C.D.I.), i cui utenti possono essere persone, a vario livello di dipendenza: dal soggetto autosufficiente con problematiche di ordine prevalentemente sociale o psicologico, a persone del tutto dipendenti, il cui nucleo familiare necessita di periodi di sollievo (es.: morbo di Alzheimer ed altre demenze senili). Gli interventi previsti sono:

- assistenza diretta sulle attività quotidiane;
- intervento psicologico;
- animazione e socializzazione;
- interventi infermieristici e riabilitativi;
- interventi medico-geriatrici.

Si prevede oltre il CDI "Servizio Integrato Dottor Angelico" con sede in Aquino, un CDI per ogni Distretto, con dieci posti/letto di geriatria diurna.

Inoltre, per gli anziani autosufficienti, si prevede il progetto “Fiuggi Città della Salute per la Terza Età”, con l’offerta di un pacchetto salute-benessere-divertimento:

- salute, con un ceck-up aziendale;
- benessere, con accesso alle terme di Fiuggi e di Ferentino;
- divertimento, cioè tour culturale per visitare le abbazie della Provincia, le Grotte di Pastena, la Città dei Papi (Anagni) ecc.

L’Area Dipartimentale di Onco-Ematologia

Programma Hospice

I pazienti oncologici terminali presentano dolore in oltre l’80% dei casi, malnutrizione e declino nell’80%, astenia nell’85%. Vi sono poi malati terminali per altre patologie cronicodegenerative (in particolare Alzheimer), oltre ai malati di AIDS. Un’indagine conoscitiva effettuata sotto forma di colloquio con professionisti di varie discipline, dirigenti sanitari e dei servizi sociali ha confermato che i bisogni assistenziali dei malati terminali non sono soddisfatti per intero dalla rete dei servizi socio-assistenziali nella nostra Azienda USL. Nelle nostre zone, ancor oggi, specie fuori dai grandi centri, le famiglie curano a casa i familiari fino al termine della vita, ma in alcuni casi per motivi di carattere medico e/o sociale si presenta la necessità di offrire un ambiente in grado di dare una risposta adeguata ai bisogni. Il ricovero in ambiente ospedaliero, però, è spesso inappropriato dal punto di vista clinico ed economico ed inoltre l’ospedale non risulta idoneo per questi malati. Quindi, sulla base della più antica esperienza di altre nazioni, appare utile e necessario prevedere una struttura alternativa denominata “HOSPICE”: un luogo dove viene proseguito ed intensificato un programma di cure palliative rivolto a malati di cancro o di altre malattie inguaribili che, temporaneamente o in via definitiva, non possono essere seguiti al loro domicilio.

Si tratta di una struttura innovativa dal punto di vista funzionale, architettonico e ambientale destinata ad accogliere i malati terminali e permettere loro una vita dignitosa e il più possibile confortevole.

L’Hospice è un complemento d’assistenza domiciliare; esso rappresenta una sorta di terapia intensiva a basso contenuto tecnologico ma dotata viceversa di sofisticate procedure e prassi di intervento. La gestione di una simile struttura sanitaria assistenziale si deve basare sulla valutazione multidimensionale; l’intervento pluridisciplinare, quindi, dovrà prevedere la partecipazione, oltre che delle tradizionali figure di assistenza (medico, infermiere, assistente sociale), anche di un fisioterapista, di uno psicologo, di un sacerdote e di volontari.

Occorre una struttura che racchiuda il reparto di ricovero, l'ambulatorio, il day center e la sede del servizio di assistenza domiciliare, caratterizzata dalla presenza di una equipe multidisciplinare di cura con il sostegno di volontari "esperti", sia nel supporto domiciliare che nella presenza all'interno dell'Hospice.

La Giunta Regionale con D.G.R. 37 del 9 gennaio 2001 ha individuato nel programma per la realizzazione di Centri di cure palliative, la riconversione parziale dell'ospedale "Isola del Liri", per la realizzazione di un Hospice con 18 posti letto. Tale unità ha sede presso il Presidio di Isola del Liri, ed è una struttura complessa articolata funzionalmente in Punti di Erogazione una per ogni Distretto, per l'erogazione di prestazioni di Terapia Antalgica e cure palliative. La direzione di tale struttura viene affidata ad un Dirigente Medico specialista in Anestesia e Rianimazione, che può utilizzare, nelle altre strutture, anche i posti letto dei D.H. dell'Onco-Ematologia.

IL DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

Si prevede per ogni Distretto 1 Struttura complessa Materno - Infantile territoriale, ripartita nelle seguenti strutture semplici operative :

- consultori familiari;
- consultori pediatrici e tutela della salute delle comunità di età evolutiva;
- neuropsicopatologia in età evolutiva.

Si prevede inoltre 1 Struttura Semplice Dipartimentale:

- ◆ Disabilità Linguistiche e Cognitive in Età Evolutiva.

Detta struttura ha il compito di coordinare la specifica attività in tutto l'ambito aziendale.

Le attività specifiche erogate sono quelle stabilite dalle normative nazionali e regionali

IL DIPARTIMENTO PER LA RIABILITAZIONE E LA DISABILITÀ

Presso ogni Distretto è prevista 1 Struttura complessa di Riabilitazione (definita Modulo DRD), articolata nelle Strutture Semplici Operative afferenti alle aree dipartimentali di competenza di seguito presentate.

Area Dipartimentale Riabilitazione Clinica: la Residenza sanitaria assistenziale (RSA)

Oltre alle RSA private si prevedono RSA presso le seguenti strutture aziendali:

DISTRETTO	PRESIDIO	POSTI LETTO
Distretto B	Ferentino (struttura semplice)	20
	Veroli (struttura semplice)	20
Distretto C	Arpino (struttura semplice)	40
	Atina (struttura semplice)	40

Area Dipartimentale Residenzialità: la riabilitazione extraospedaliera

Gli interventi e le strutture per la riabilitazione extraospedaliera nei distretti vanno differenziati in aree diverse, nel medesimo contesto, al fine di ottimizzare l'uso delle risorse umane e tecnologiche. Gli interventi riguardano soggetti in età evolutiva o soggetti adulti e si concretano in:

- centri occupazionali socio-riabilitativi;
- servizi domiciliari,
- centri ambulatoriali;
- centri diurni;
- centri residenziali.

Si prevedono, quindi, le possibili realtà riabilitative che mancano nel territorio e che vanno a concludere il ciclo terapeutico-riabilitativo attivato dai posti letto:

- 1) 1 Struttura semplice operativa di riabilitazione in regime residenziale e semi residenziale, ai sensi dell'art. 26 della Legge n. 833/78, presso il Presidio di Ceprano;
- 2) 1 centro di riabilitazione ambulatoriale età adulta, di tipo neurologico-cognitivo (struttura semplice operativa), nel Distretto C di Sora,
- 3) 1 centro riabilitativo distrettuale età adulta, in regime semi residenziale (struttura semplice operativa), presso il Distretto B-Presidio di Ceccano;
- 4) 1 centro riabilitativo distrettuale età adulta (struttura semplice operativa) presso il Distretto C-Presidio di Isola del Liri.

In ogni Distretto vi sarà 1 struttura semplice operativa di assistenza protesica per i portatori di handicap, con il compito di accogliere ogni domanda relativa alle problematiche dell'handicap, fornire e quanto più immediate risposte, avviare l'utente per la presa in carico da parte dell'SSR, tenere i rapporti con le Associazioni di Volontariato, gli Enti Locali e gli altri soggetti istituzionali che si occupano della problematica.

Area Dipartimentale Domiciliarità

▪ **Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)**

Si ritiene necessaria la copertura del servizio di ADI in ogni Distretto, per il 2% della popolazione ultra sessantacinquenne. L'ADI ha un contenuto sanitario importante ed è caratterizzata dalla presa in carico globale del paziente con patologie cronic-degenerative stabilizzate, con difficoltà di movimento, per evitare o ritardare ulteriori perdite d'autonomia. E' prevista una S.S.O. per Distretto.

▪ **Nutrizione Artificiale Domiciliare**

Si ritiene necessaria la implementazione del servizio di Nutrizione Artificiale Domiciliare, attraverso l'istituzione di una Struttura Complessa, con sede presso il Distretto B e con emanazioni da attivare nei tre Distretti A,C,D. Per tale servizio sono già stati valutati i vantaggi economici derivanti dalla diminuzione della ospedalizzazione e contrazione dei tempi di degenza, favorendo le dimissioni protette dagli Ospedali. Le attività specifiche sono state definite dalla stessa Regione Lazio nelle Delibere di Giunta Regionale n° 3519 del 13/05/1993 "Erogazione diretta di presidi e prodotti per il trattamento nutrizionale domiciliare", la D.G.R. del 8/07/97 e la D.G.R. n° 7878 del 16/12/1997 "Linee guida per l'organizzazione e l'attuazione delle attività di assistenza domiciliare" che affermano che in ogni Azienda Sanitaria Locale devono essere garantite le attività connesse alla Nutrizione Artificiale, tramite una equipe interdisciplinare di medici e farmacisti, in collaborazione con i Centri di Assistenza Domiciliare (o ADI).

Si prevede inoltre l'istituzione di una Struttura Semplice Dipartimentale:

◆ **Medicina dello Sport**

Nel contesto delle attività e delle iniziative volte alla promozione e conservazione della salute e delle condizioni di benessere psico-fisico della popolazione nei suoi vari aspetti, la tutela sanitaria delle attività sportive è rivolta, oltre che all'attività agonistica, anche all'educazione sanitaria ed alla protezione di coloro che praticano o intendono praticare attività sportiva e/o motoria ai vari livelli e nelle varie forme, affinché tali attività possano essere svolte da tutti, entro i limiti fisiologici di ciascuno, nel contesto di un miglioramento morfo-funzionale, psico-fisico, comprendente anche gli aspetti riabilitativi e di ricondizionamento. A tal fine viene istituita una struttura semplice dipartimentale di medicina dello sport, che coordinerà le attività sopradescritte in tutto l'ambito aziendale, con punti di erogazione presso ogni Distretto.

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il DSM svolge le seguenti funzioni a livello distrettuale:

- ambulatorio/domiciliare, attraverso il Centro di Salute Mentale;
- semi residenziale attraverso il Centro Diurno/Day Hospital;
- residenziale attraverso la Comunità Protetta, Centro di Terapia Psichiatrica, Comunità Alloggio;
- alternativa alla residenzialità attraverso i Gruppi appartamento e altre soluzioni di piccolo nucleo previste e regolamentate dalla vigente normativa;
- attività sulla salute mentale in età infantile.

Tutte queste funzioni rappresentano articolazioni della Struttura Complessa "Modulo DSM" e sono individuate come strutture semplici operative di detto Modulo, ad eccezione dell'attività sulla salute mentale in età infantile, che è individuata quale Struttura Semplice Dipartimentale.

Si prevede 1 Modulo DSM per ogni Distretto (struttura complessa).

Si prevede inoltre una Struttura Semplice Dipartimentale:

- ◆ "Salute mentale dell'infanzia".

Detta struttura ha il compito di coordinare la specifica attività in tutto l'ambito aziendale.

Le attività specifiche erogate sono quelle stabilite dalla normativa nazionale e regionale

IL DIPARTIMENTO 3D

Le attività proprie del Dipartimento si articolano in servizi quali:

- disagio adolescenti;
- occupazione “Progetto Integra”;
- extra comunitarie e minoranze etniche;
- microcriminalità;
- detenuti ed ex detenuti;
- nuove dipendenze;
- SERT e alcolismo.

Dette attività sono coordinate da 1 struttura complessa per ogni Distretto, che è il Modulo D3D.

Detto Modulo è articolato, per ogni Distretto, in 3 strutture semplici operative (dipendenza, disagio, devianza) e in vari punti di erogazione.

Le attività specifiche erogate sono quelle stabilite dalla normativa regionale istitutiva di detto Dipartimento sperimentale.

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di prevenzione è la struttura operativa dell'Azienda unità sanitaria locale che garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento di prevenzione promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'Azienda unità sanitaria locale e delle Aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline. Partecipa alla formulazione del programma di attività dell'Azienda unità sanitaria locale, formulando proposte di intervento nelle materie di competenza ed indicazioni in ordine alla loro copertura finanziaria. In base alla definizione dei livelli essenziali di assistenza il Dipartimento di prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a) profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinamenti ambientali;
- c) tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) sanità pubblica veterinaria che comprende sorveglianza epidemiologica degli animali e profilassi delle malattie infettive parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene della produzione zootecnica, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e) tutela igienico-sanitaria degli alimenti ;
- f) sorveglianza e prevenzione nutrizionale.
- g) Il Dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

Esso rappresenta l'unico caso di Dipartimento "a struttura". È articolato in 2 Aree, una di Igiene e Sanità Pubblica, l'altra di Sanità Veterinaria, cui sono preposti due Direttori di Area (strutture complesse).

L'Area di Igiene e Sanità Pubblica si compone delle seguenti 3 Strutture Complesse Organizzative:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro;

L'Area di Sanità Veterinaria si compone delle seguenti 3 Strutture Complesse Organizzative:

- sanità animale;
- igiene ed ispezione degli alimenti di origine animale;

- igiene delle produzioni zootecniche.

Si è ritenuto di dover inserire l'Area Dipartimentale di Sanità Veterinaria in considerazioni delle innovazioni apportate dal Mercato Unico Europeo e dagli accordi internazionali nell'ambito dell'Organizzazione Mondiale del Commercio le quali hanno introdotto modifiche nel complesso delle procedure in materia di animali e dei relativi prodotti. Questi fattori comportano un'integrazione dei sistemi di produzione e, conseguentemente, l'affidamento delle funzioni di tutela dei consumatori a strutture operanti secondo criteri a livello omogeneo di qualità.

Le attività specifiche erogate sono quelle stabilite dalla normativa nazionale e regionale

PARTE V

**IL DIPARTIMENTO MISTO DEI SERVIZI –
MAPPATURA STRUTTURE AFFERENTI**

IL DIPARTIMENTO MISTO DEI SERVIZI

L'Area Dipartimentale Farmaceutica

L'area dipartimentale farmaceutica è articolata in strutture eroganti prestazioni in regime ospedaliero (Farmacia Ospedaliera) e sul territorio (Farmaceutica del Territorio e Vigilanza), come previsto da norme statali e regionali in vigore (D.R.L. 1170/90).

Le Strutture Complesse di Farmacia Ospedaliera, previste una per Polo Ospedaliero, con ulteriori articolazioni in strutture semplici (Polo Ospedaliero A / B / D), avranno la funzione di programmare, coordinare, gestire e garantire l'assistenza farmaceutica nell'ambito dei poli ospedalieri della Azienda USL.

I farmaci ed i prodotti sanitari gestiti dalla farmacia ospedaliera rappresentano una voce di spesa di grande rilevanza ed in continua crescita. Risulta quindi fondamentale che il sistema di gestione della farmacia permetta il controllo della spesa sostenuta per farmaci.

Si prevedono 4 strutture complesse di Farmacia Ospedaliera articolate in 4 strutture semplici operative in ogni Presidio Ospedaliero. Tali strutture, oltre ad adempiere le funzioni correlate alle attività menzionate, svolgono anche le seguenti altre:

- galenica;
- farmacovigilanza;
- farmacovigilanza;
- informazione e formazione
- farmacologia clinica e tossicologica.

Per ogni Distretto si prevede 1 Struttura complessa di Farmaceutica del territorio e vigilanza, considerando i compiti complessi di vigilanza, controllo e gestione che il Settore Farmaceutico è chiamato a svolgere, oltre che tutta l'attività di prestazioni dirette all'utenza.

Si prevedono inoltre articolazioni in strutture semplici, una per Distretto, in relazione alle particolari esigenze operative e del territorio.

In considerazione della notevole e sempre crescente voce di spesa correlata alla farmaceutica convenzionata, si è ritenuto opportuno istituire 1 struttura complessa di Farmaceutica Convenzionata, con sede presso il Distretto B, con possibili emanazioni Distrettuali, con compiti di controllo e vigilanza sulla spesa convenzionata. A tale unità è delegata l'intera materia circa il rapporto convenzionale con le farmacie pubbliche e private, nonché l'attività formativa, informativa e di promozione culturale circa l'utilizzo del bene "farmaco", rivolta ai sanitari convenzionati ed all'utenza.

L'Area Dipartimentale Medicina di Laboratorio

Per ogni Polo Ospedaliero si prevede 1 struttura complessa di Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia con 3 strutture semplici nel Polo A, B e D e punti di raccolta (p. erogazione) sul territorio, distribuiti capillarmente, anche su indicazioni dei Direttori di Distretto. Tutte le strutture erogano prestazioni sia in ambito Ospedaliero che territoriale.

E' prevista inoltre, in considerazione della particolare valenza specialistica, una struttura complessa di Chimica Analitica e Tossicologia Chimica con sede presso il Polo Ospedaliero B. Tale struttura opererà anche con correlazioni funzionali con il Dipartimento di Prevenzione.

L'Area Dipartimentale di Anatomia ed Istologia Patologica

Viene istituita 1 struttura complessa di Anatomia Patologica presso il Polo Ospedaliero B, al fine di garantire l'erogazione di prestazioni specifiche per l'intera azienda.

L'Area Dipartimentale di Genetica Medica

Viene istituita 1 struttura complessa di Genetica Medica presso il Polo B, con annesso un laboratorio di citogenetica presso il medesimo Polo, al fine di garantire l'erogazione di prestazioni specifiche per l'intera azienda.

L'Area Dipartimentale Diagnostica per Immagini e Radiologia Interventistica

Per ogni Polo Ospedaliero è prevista 1 struttura complessa di Radiologia Generale ed Ecografica, con strutture semplici presso i Poli A, B e D e punti di erogazione presso i Poli B e C.

Si prevede inoltre l'installazione di una apparecchiatura TAC per i presidi ospedalieri di Anagni – Alatri – Frosinone – Sora – Pontecorvo - Cassino, nonché l'offerta di prestazioni diagnostiche strumentali con una Risonanza Magnetica (RM).

D'altra parte è opportuno ricordare che nell'Azienda USL sono attive funzioni specialistiche che richiedono un numero sempre maggiore di esami in RM. La richiesta di esami RM è in netto aumento. L'opportunità di adottare la tecnologia RM deriva dalla ricaduta in termini di utilità sociale, di efficacia clinica ed efficienza operativa sui servizi attualmente esistenti.

Si prevedono inoltre:

- 2 strutture complesse di Medicina Nucleare, 1 presso il Polo Ospedaliero C e 1 presso il Polo Ospedaliero D;
- 1 struttura complessa di Radioterapia presso il Polo Ospedaliero C.

In considerazione del fatto che tale metodica rappresenta, al momento, il sistema più avanzato per l'eradicazione delle neoplasie più chemiosensibili, la sua costituzione si rende necessaria ed urgente visti anche i notevoli progressi che essa ha avuto negli ultimi anni ed i risultati ottenuti in varie patologie. È previsto pertanto che a tale procedura nell'immediato futuro siano indirizzati molti pazienti.

Tutte le strutture erogano prestazioni sia in ambito Ospedaliero che Territoriale.

L'Area Dipartimentale di Medicina Trasfusionale

Ai sensi della Legge Regionale 13.09.1995 n. 48 con D.G.R. del 05.12.1995 n. 10158 sono state individuate per l'Azienda USL Frosinone le seguenti strutture trasfusionali:

N. 1 Servizio di Immunoematologia e Trasfusione (**SIT**) presso il Presidio Ospedaliero di Frosinone
 N. 1 Centro Trasfusionale (**CT**) presso il Presidio Ospedaliero di Sora
 con i compiti previsti dalla Legge 107 del 1990.

Sono quindi previste n. 2 Strutture Complesse:

N. 1 SIT presso il Polo B
 N. 1 CT presso il Polo C

Le due Strutture svolgono le funzioni di **Centro Trasfusionale** di cui all'art. 5, comma 2, lettera da a) a j) con le seguenti afferenze:

- per i Polo Ospedalieri A e B il SIT del Presidio Ospedaliero di Frosinone
- per i poli Ospedalieri C e D il CT del Presidio Ospedaliero di Sora.

Il SIT del P.O. di Frosinone garantisce il servizio di guardia H 24 per l'intera Azienda.

Le Unità di Raccolta Sangue sono allocate nei Presidi Ospedalieri oppure possono essere gestite dalle Associazioni e Federazioni dei Donatori Volontari di Sangue.

Le Case di Cura private devono essere dotate di frigoemoteche i cui rapporti con i Servizi Trasfusionali di afferenza sono regolamentate dalle disposizioni urgenti.

L'Area Dipartimentale di Medicina Legale

Si prevede 1 struttura complessa di Medicina Legale presso il Polo Ospedaliero B e 3 strutture semplici negli altri Poli Ospedalieri, afferenti gestionalmente alla struttura complessa.

Si prevede 1 struttura complessa di Medicina Legale per il territorio, con sede presso il Distretto B, e 3 strutture semplici negli altri Distretti afferenti gestionalmente alla struttura complessa.

L'Area Dipartimentale dell'Assistenza Sanitaria di Base

Si prevedono 4 Strutture complesse di Assistenza Sanitaria di Base, 1 per ogni Distretto.

Ognuna di queste Strutture Complesse si articola nelle seguenti strutture semplici operative:

- Medicina di Base e Guardia Medica;
- Assistenza Specialistica Convenzionata Interna;
- Assistenza Specialistica Convenzionata Esterna;
- Poliambulatori.

Le sedi dei CUP e Ticket dell'Azienda, definite come punti di erogazione, afferiscono ai Responsabili di Struttura Complessa dell'Assistenza Sanitaria di Base e funzionalmente al referente per il SIAS aziendale.

Medicina di Base e GM

L'obiettivo generale dell'assistenza sanitaria di base è fissato dal PSN e consiste nel promuovere la salute, mediante attività d'educazione sanitaria, medicina preventiva individuale, diagnosi, cura e riabilitazione di primo livello e di pronto intervento. In questo ambito il ruolo centrale spetta al medico di medicina generale e al pediatra di base che sono i gestori principali della salute degli assistiti e gli interlocutori delle strutture erogatrici di servizi. La centralità riconosciuta alla medicina e alla pediatria di base deve essere armonizzata con una organizzazione che garantisca la libertà di scelta del medico da parte del singolo cittadino. A tal proposito l'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92, come modificato dal decreto legislativo n. 229/99, mantiene alla competenza dello Stato la stipula delle convenzioni che regolano i rapporti tra SSN, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e fissa i principi cui esse devono uniformarsi. Pur essendo la materia contrattuale riservata al livello centrale, a livello aziendale possono essere fissati obiettivi nell'ambito dell'applicazione delle norme; tali obiettivi possono essere così identificati:

- 1) recuperare la posizione centrale di gestore principale della salute degli assistiti assicurando al medico di medicina generale e al pediatra di libera scelta il ritorno delle informazioni cliniche relative alle varie prestazioni cui il paziente si sottopone (visite specialistiche, ricoveri ospedalieri, ecc.); la funzione di gestore principale della salute deve inoltre trovare concreta applica-

zione anche per le urgenze che non devono essere trasferite ai livelli successivi del SSR senza avere ricevuto il primo trattamento;

- 2) sviluppare l'integrazione con gli altri servizi del Distretto sanitario, con specifico riferimento alla prevenzione primaria e secondaria, all'assistenza domiciliare, alla riabilitazione e all'educazione alla salute;
- 3) realizzare programmi di formazione permanente applicando le moderne metodiche pedagogiche di gruppo;
- 4) incentivare la diffusione di strumenti informatici tra i medici e i pediatri al fine di ricomporre le informazioni anche per il loro utilizzo epidemiologico;
- 5) promuovere l'associazionismo tra i medici nel senso di stimolarne il lavoro comune, condividendo le risorse (spazi, strumenti informatici, personale, ecc.);
- 6) promuovere appositi programmi di prevenzione e di assistenza nell'età evolutiva con particolare riguardo alle patologie otorinolaringoiatriche ed oculistiche. E' necessario altresì prevedere programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva e di assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizione di particolare vulnerabilità.

Per la definizione di percorsi differenziati per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali e di diagnostica strumentale, i MMG verranno coinvolti nell'elaborazione di una proposta aziendale, assieme agli specialisti ospedalieri.

Tale collaborazione dovrà assumere aspetti di continuità e dinamismo attraverso la costituzione di gruppi di lavoro per la definizione dei profili di assistenza che garantiscano al cittadino di effettuare gli accertamenti in un'unica giornata.

Infine, è necessario sottolineare come il ruolo dei MMG risulti centrale per l'attivazione e l'implementazione di campagne di medicina preventiva: *campagna benessere donna (es: screening del cancro della mammella e del collo uterino)*, *campagne vaccinali*, *interventi a favore della popolazione anziana*, etc.. In tali casi il punto di riferimento sarà proprio il MMG.

Assistenza Specialistica Ambulatoriale (convenzionata interna ed esterna)

L'Assistenza Specialistica Ambulatoriale fa parte dei livelli di assistenza garantiti dal SSR. L'Azienda USL FR attuerà una serie di interventi riorganizzativi al fine di facilitare i percorsi assistenziali e di razionalizzare l'attività, in un contesto idoneo a rispettare il principio di equità dell'accesso e di uniformità dei tempi d'attesa in ambito aziendale.

Priorità, ai fini del perseguimento degli obiettivi evidenziati, è l'affermazione, in via generalizzata, della necessità di presa in carico del paziente da parte della struttura ambulatoriale, così come avviene nell'ambito della degenza e dell'assistenza domiciliare integrata. L'adozione di tale prassi assumerà la natura di elemento di qualificazione dell'intera area e di strumento per assicurare il

collegamento dell'attività dello specialista territoriale ed ospedaliero con quella più generale del Distretto e dell'intera Azienda.

In particolare lo Specialista Ambulatoriale assicurerà la completa integrazione con i Poli Ospedalieri per D.H. – D.Sr. e Preospedalizzazione, sia per consentire una continuità assistenziale ed evitare una duplicazione di prestazioni.

Questo risultato è raggiungibile mediante l'applicazione degli strumenti di miglioramento dell'assistenza sul territorio (in particolare per quanto attiene al servizio di continuità assistenziale ed allo sportello della salute, ai servizi integrati territoriali, alle unità valutative di Distretto), con l'obiettivo di raggiungere la riduzione delle prestazioni specialistiche duplicate e/o frammentate (prestazioni spot), a favore di una maggiore efficacia ed integrazione delle stesse, nonché di una maggiore razionalità diagnostico-terapeutica.

Tra gli interventi prioritari si segnalano:

- concentrazione in un unico accesso, per quanto possibile, delle prestazioni relative allo stesso problema clinico;
- individuazione della responsabilità di uno specialista per l'intero iter clinico-assistenziale previsto dalla struttura ambulatoriale;
- integrazione funzionale e, ove possibile, concentrazione delle attività in strutture ambulatoriali, ospedaliere e distrettuali, munite di idonea dotazione di attrezzature e personale, che garantiscano nell'arco di tempo di una settimana, la presenza contemporanea di più specialisti, così da offrire prestazioni multidisciplinari in tempi adeguati, e pongano nella possibilità di organizzare, ove necessario, il successivo accesso presso altre strutture sanitarie.

Il Poliambulatorio

Il Poliambulatorio rappresenta l'integrazione funzionale tra le attività ambulatoriali erogate sul territorio e quelle erogate a livello ospedaliero.

Le tipologie di attività sanitarie ambulatoriali sono le seguenti:

- sola consultazione;
- consultazione e visita;
- consultazione, visita ed esami diagnostici semplici (ad es. ecg);
- consultazione, visita ed esami diagnostici complessi (perché richiedenti attrezzature fisse e/o voluminose e/o con particolari requisiti impiantistici);
- esami diagnostico-terapeutici invasivi richiedenti spazi ed impianti specifici (endoscopia, chirurgia ambulatoriale);
- attività di riabilitazione;
- attività di laboratorio analisi;
- attività radiologiche.

- **CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE**

Dal confronto tra il totale delle strutture operanti nell'organizzazione sinora operante e quello scaturente dalla proiezione della nuova organizzazione così come prospettata, emerge che c'è stato un aumento delle strutture, sia semplici che complesse.

Ciò non deve, tuttavia, trarre in inganno. La contraddizione tra tale aumento ed il prescritto tentativo di semplificazione e snellimento dell'azienda è solo apparente; basta infatti considerare che il totale delle strutture finora presenti non rappresentava che una parte di quelle previste dall'intero sviluppo della micro-progettazione, buona parte della quale, appunto, non era ancora stata attivata.

Il presente documento programmatico rappresenta, invece, l'intero sviluppo delle strutture, in perfetta aderenza con il piano programmatico.

Si può pertanto concludere che tale piano rende l'Azienda più "corta" e quindi più flessibile e dinamica; più in grado, perciò, di cogliere in tempo le evoluzioni e la diversificazione della domanda sanitaria, in altre parole più reattiva. Tale snellimento viene realizzato, oltre che con la predetta riduzione di strutture operative, anche e soprattutto avvicinando la Direzione ai livelli manageriali intermedi. Tale circostanza permette di rendere più visibili, condivisi e, quindi, realizzabili gli obiettivi strategici. Per quanto riguarda la pesatura delle strutture aziendali, anche al fine dell'attribuzione dell'indennità di risultato ai responsabili individuati, si rinvia a successivo documento aziendale.