

**ATTO AZIENDALE**

**(in applicazione del D. Lgs. 502/1992 e s. m. e i. e del DCA 310/2024)**



## Sommario

<b>PARTE I - ELEMENTI IDENTIFICATIVI E POLITICHE SANITARIE .....</b>	<b>4</b>
1. LA CONFIGURAZIONE DELL'AZIENDA .....	4
2. LA DENOMINAZIONE E LA SEDE LEGALE DELL'AZIENDA.....	4
3. IL LOGO ED IL SITO INTERNET.....	4
4. L'AMBITO TERRITORIALE E LA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO .....	5
5. LE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE.....	5
6. I BISOGNI SOCIO ASSISTENZIALI.....	8
7. LA <i>MISSION</i> AZIENDALE.....	11
8. I VALORI E I PRINCIPI DELL'AZIENDA .....	11
9. LE POLITICHE SANITARIE.....	12
9.1. Normativa di riferimento .....	12
9.2. Obiettivi.....	13
10. INTEGRAZIONE E GOVERNO CLINICO.....	14
<b>PARTE II - L'ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA .....</b>	<b>17</b>
11. GLI ORGANI DELL'AZIENDA.....	17
11.1. Il Direttore Generale.....	17
11.2. Il Collegio di Direzione .....	18
11.3. Il Collegio sindacale .....	19
12. LA DIREZIONE AZIENDALE.....	19
12.1. Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario .....	20
13. IL SISTEMA DELLE DELEGHE E DELLE ATTRIBUZIONI DIRIGENZIALI .....	21
14. GLI ORGANISMI DELL'AZIENDA.....	23
14.1 Il Consiglio dei sanitari.....	23
14.2 Organismo Indipendente di Valutazione .....	23
14.3 Comitati e Commissioni aziendali.....	24
15. RAPPORTI INTERNI ED ESTERNI .....	27
15.1 Rapporti interni.....	27
15.2 Rapporti esterni.....	28
15.3 Rapporti con l'Università .....	30
<b>PARTE III - L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AZIENDA.....</b>	<b>32</b>
16. L'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA .....	32
16.1 Parametri e standard .....	32
16.2 Criteri generali.....	32
16.3 Il modello organizzativo .....	33
16.4 I Dipartimenti e le Aree funzionali intra o inter-dipartimentali.....	33
17. LO STAFF .....	34
18. I SERVIZI AMMINISTRATIVI E TECNICI.....	36
19. AREA OSPEDALIERA .....	38
20. AREA TERRITORIALE.....	41

20.1	Ruolo e funzioni del Distretto.....	41
20.2	Direttore di Distretto.....	43
20.3	Dipartimento della Funzione Territoriale .....	44
20.4	I Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di libera scelta (PLS) .....	47
20.5	Aree funzionali interdipartimentali.....	47
21.	IL DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE (DSM-DP)	49
21.1.	Ruolo e funzioni .....	49
21.2.	Il Direttore del Dipartimento: .....	49
22.	IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	50
22.1	Funzioni specialistiche ed esclusive del Dipartimento di Prevenzione .....	50
22.2	Funzioni svolte in raccordo con altre strutture aziendali.....	50
22.3	Integrazione funzionale .....	51
22.4	Approccio “one health” .....	52
23.	DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI: ASSISTENZA INFERNIERISTICA, OSTETRICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE, PROFESSIONI SOCIALI .....	54
24.	DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI .....	55
25.	DIPARTIMENTO FUNZIONALE PER L'INTEGRAZIONE UNIVERSITARIA.....	55
<b>PARTE IV - MODELLO GESTIONALE.....</b>		<b>56</b>
26.	GLI INCARICHI DIRIGENZIALI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO	
	56	
27.	LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA E LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE .....	56
27.1	Il Ciclo della performance ed il Sistema di valutazione .....	57
28.	IL SISTEMA DELLE REGOLE .....	58
<b>PARTE V - ADOZIONE, APPROVAZIONE, MODIFICA DEGLI ATTI AZIENDALI .....</b>		<b>59</b>
29.	LA PROCEDURA PER L'ADOZIONE, L'APPROVAZIONE E LA MODIFICA DEGLI ATTI AZIENDALI.....	59
30.	DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI.....	59
DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ATTO AZIENDALE:		60
GLOSSARIO E ACRONIMI .....		61

## PARTE I - ELEMENTI IDENTIFICATIVI E POLITICHE SANITARIE

### 1. LA CONFIGURAZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda sanitaria locale Latina, di seguito denominata "Azienda", è un ente, senza fini di lucro, con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, parte integrante del Sistema Sanitario della Regione Lazio, avente la finalità di assicurare nel proprio territorio la tutela della salute della popolazione in conformità alla normativa nazionale e regionale, agli obiettivi stabiliti dalla Regione e ai livelli di assistenza definiti a livello nazionale e regionale.

Il presente Atto aziendale, adottato nel rispetto dei principi e criteri indicati nell'atto di indirizzo emanato dalla Regione Lazio con Deliberazione della Giunta Regione Lazio n. 310 del 2 maggio 2024 rappresenta lo strumento di diritto privato diretto a formalizzare l'autonomia imprenditoriale ed organizzativa dell'Azienda per la realizzazione delle proprie finalità, nel rispetto dei principi, criteri e vincoli contenuti nella normativa emanata dalla Regione.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati dal presente Atto aziendale, nonché dai regolamenti e dagli altri atti organizzativi emanati in conformità ai criteri e principi sanciti dall'Atto stesso e nel rispetto della vigente normativa.

L'Azienda, nell'esercizio della propria autonomia imprenditoriale, opera, ai sensi dell'art. 3, comma 1 ter, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni, mediante atti di diritto privato ed esercita i poteri di diritto pubblico ad essa direttamente attribuiti dalla legge mediante procedimenti ed atti di diritto amministrativo assoggettati alla normativa prevista dalla legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.

### 2. LA DENOMINAZIONE E LA SEDE LEGALE DELL'AZIENDA

La denominazione è la seguente: Azienda Sanitaria Locale di Latina – ASL Latina  
Cod. Azienda LT 111 - C.F. e P. IVA P.IVA 01684950593

La sede legale dell'Azienda è in viale Pier Luigi Nervi – Complesso Latina Fiori Torre 2G - CAP 04100 - Latina. Il legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore generale pro-tempore, il quale ha la propria sede in Latina presso la sopracitata sede legale.

### 3. IL LOGO ED IL SITO INTERNET

Il logo dell'Azienda, come definito dalla Regione Lazio, è il seguente:

Il sito internet aziendale è un importante strumento di divulgazione delle informazioni istituzionali e di comunicazione tra l'Azienda, i cittadini e altri stakeholder.

Lo scopo del sito quello è quello di fornire e visibilità e accessibilità ai servizi e alle attività offerte ai diversi target di utenza, garantendo trasparenza, chiarezza, sicurezza, completezza, aggiornamento delle informazioni, nel rispetto del diritto alla riservatezza dei dati personali.

Sono assolti sul predetto sito, ai sensi dell'art.32 della Legge 18 giugno 2009, n.69, gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi nonché tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella apposita sezione "Amministrazione trasparente".

Il sito internet aziendale è all'indirizzo web: <http://www.asl.latina.it>.

Altri contatti:

**Facebook** <https://www.facebook.com/ASLLatina/>

**Instagram** <https://www.instagram.com/ASLLatina/>

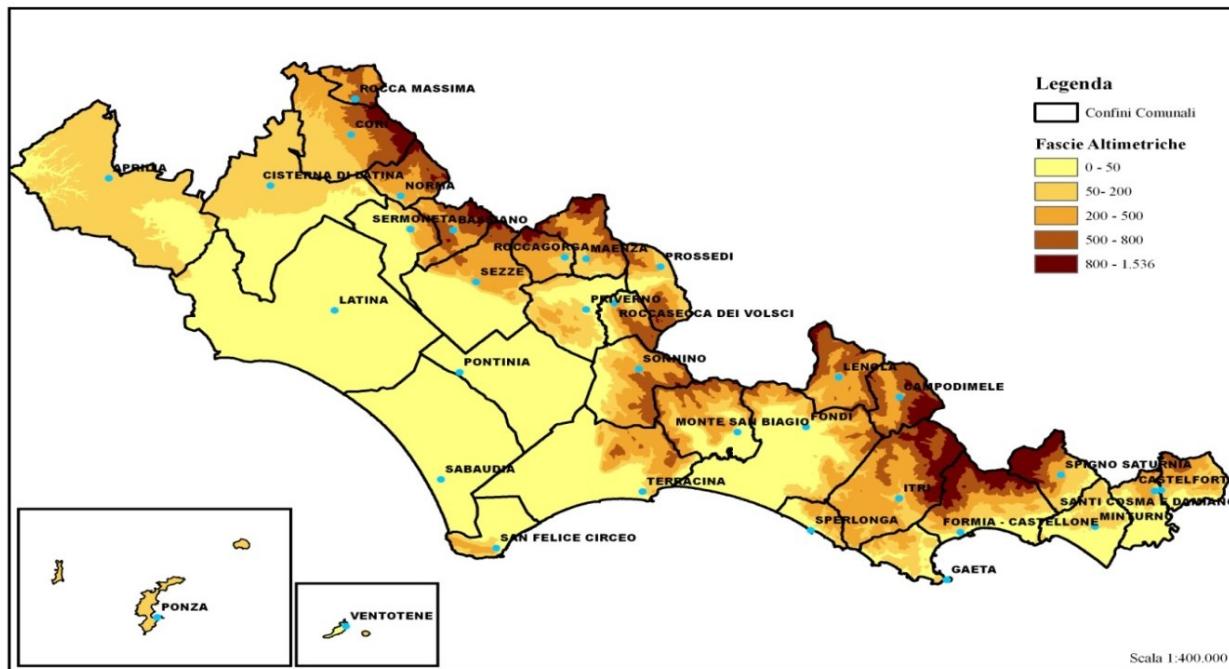
**PEC** [amministrazione@pec.ausl.latina.it](mailto:amministrazione@pec.ausl.latina.it)

**Telefono** 0773 6551

#### 4. L'AMBITO TERRITORIALE E LA POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO

La provincia di Latina si estende per 2.250 kmq, è costituita da 33 comuni ed ha una popolazione residente di 565.999 abitanti, di cui il 49,5% di sesso maschile (Fonte: ISTAT - dati anno 2023).

Il territorio, diviso tra aree collinari, montuose e piane costiere comprende anche le isole dell'arcipelago pontino.



#### 5. LE STRUTTURE PUBBLICHE E PRIVATE ACCREDITATE.

Il territorio dell'Azienda Sanitaria Locale Latina è organizzato in 5 Distretti Sanitari come indicato nella tabella seguente con poliambulatori territoriali, consulti, sedi del Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche (centri di salute mentale, centri diurni, comunità terapeutiche, centri per tutela e riabilitazione salute mentale età evolutiva), sedi del dipartimento di prevenzione.

La rete ospedaliera comprende:

- Ospedale “S. Maria Goretti” di Latina: sede di DEA di II livello;
- Ospedale “A. Fiorini” di Terracina: sede di pronto soccorso;
- Ospedale “S. Giovanni di Dio” di Fondi: sede di pronto soccorso;
- Ospedale “Dono Svizzero” di Formia: sede di DEA di I livello.

Sono presenti sul territorio aziendale strutture ospedaliere e territoriali private accreditate di cui all'allegato 3.

Tabella 1- Distribuzione della popolazione per comuni, sesso e classi d'età

POPOLAZIONE RESIDENTI 2023 (fonte dati ISTAT)							
Comune	Uomini	Donne	Totale	00 - 14 Anni	15 - 64 Anni	65 - 74 Anni	> 75 Anni
Aprilia	36.773	37.353	74.126	10.620	49.103	7.584	6.819
Cisterna di Latina	17.983	18.176	36.159	5.005	23.675	3.961	3.518
Cori	5.141	5.225	10.366	1.180	6.644	1.243	1.299
Rocca Massima	555	509	1.064	115	687	114	148
<b>DISTRETTO 1 Totale</b>	<b>60.452</b>	<b>61.263</b>	<b>121.715</b>	<b>16.920</b>	<b>80.109</b>	<b>12.902</b>	<b>11.784</b>
Latina	62.467	65.097	127.564	16.555	82.708	14.252	14.049
Norma	1.741	1.882	3.623	426	2.308	446	443
Pontinia	7.514	7.532	15.046	2.178	9.662	1.672	1.534
Sabaudia	9.847	9.587	19.434	2.519	12.498	2.263	2.154
Sermoneta	5.061	4.976	10.037	1.655	6.517	964	901
<b>DISTRETTO 2 Totale</b>	<b>86.630</b>	<b>89.074</b>	<b>175.704</b>	<b>23.333</b>	<b>113.693</b>	<b>19.597</b>	<b>19.081</b>
Bassiano	740	700	1.440	140	898	181	221
Maenza	1.443	1.509	2.952	390	1.891	356	315
Priverno	6.775	6.960	13.735	1.811	8.731	1.554	1.639
Prossedi	582	555	1.137	134	686	174	143
Roccagorga	2.074	2.095	4.169	486	2.656	500	527
Roccasecca dei Volsci	517	526	1.043	110	654	136	143
Sezze	11.947	11.750	23.697	3.061	15.668	2.524	2.444
Sonnino	3.655	3.697	7.352	1.032	4.653	809	858
<b>DISTRETTO 3 Totale</b>	<b>27.733</b>	<b>27.792</b>	<b>55.525</b>	<b>7.164</b>	<b>35.837</b>	<b>6.234</b>	<b>6.290</b>
Campodimele	294	266	560	48	344	85	83
Fondi	19.766	19.784	39.550	5.431	26.128	4.439	3.552
Lenola	2.027	2.028	4.055	467	2.543	533	512
Monte San Biagio	3.077	2.967	6.044	793	3.754	777	720
San Felice Circeo	5.270	4.867	10.137	1.127	6.582	1.189	1.239
Sperlonga	1.527	1.523	3.050	309	1.874	443	424
Terracina	22.432	22.288	44.720	5.292	28.672	5.294	5.462
<b>DISTRETTO 4 Totale</b>	<b>54.393</b>	<b>53.723</b>	<b>108.116</b>	<b>13.467</b>	<b>69.897</b>	<b>12.760</b>	<b>11.992</b>
Castelforte	1.972	2.053	4.025	501	2.444	551	529
Formia	17.798	19.338	37.136	4.502	23.248	4.674	4.712
Gaeta	9.370	10.053	19.423	1.973	11.777	2.718	2.955
Itri	5.243	5.114	10.357	1.278	6.564	1.320	1.195
Minturno	9.997	10.271	20.268	2.565	12.897	2.489	2.317
Ponza	1.727	1.562	3.289	384	2.063	457	385
Santi Cosma e Damiano	3.373	3.512	6.885	920	4.383	818	764
Spigno Saturnia	1.378	1.474	2.852	375	1.743	421	313
Ventotene	389	315	704	59	468	86	91
<b>DISTRETTO 5 Totale</b>	<b>51.247</b>	<b>53.692</b>	<b>104.939</b>	<b>12.557</b>	<b>65.587</b>	<b>13.534</b>	<b>13.261</b>
<b>AUSL TOTALE</b>	<b>280.455</b>	<b>285.544</b>	<b>565.999</b>	<b>73.441</b>	<b>365.123</b>	<b>65.027</b>	<b>62.408</b>

Tabella 2 - Piramide per età, sesso Popolazione pontina 2023 (fonte ISTAT)

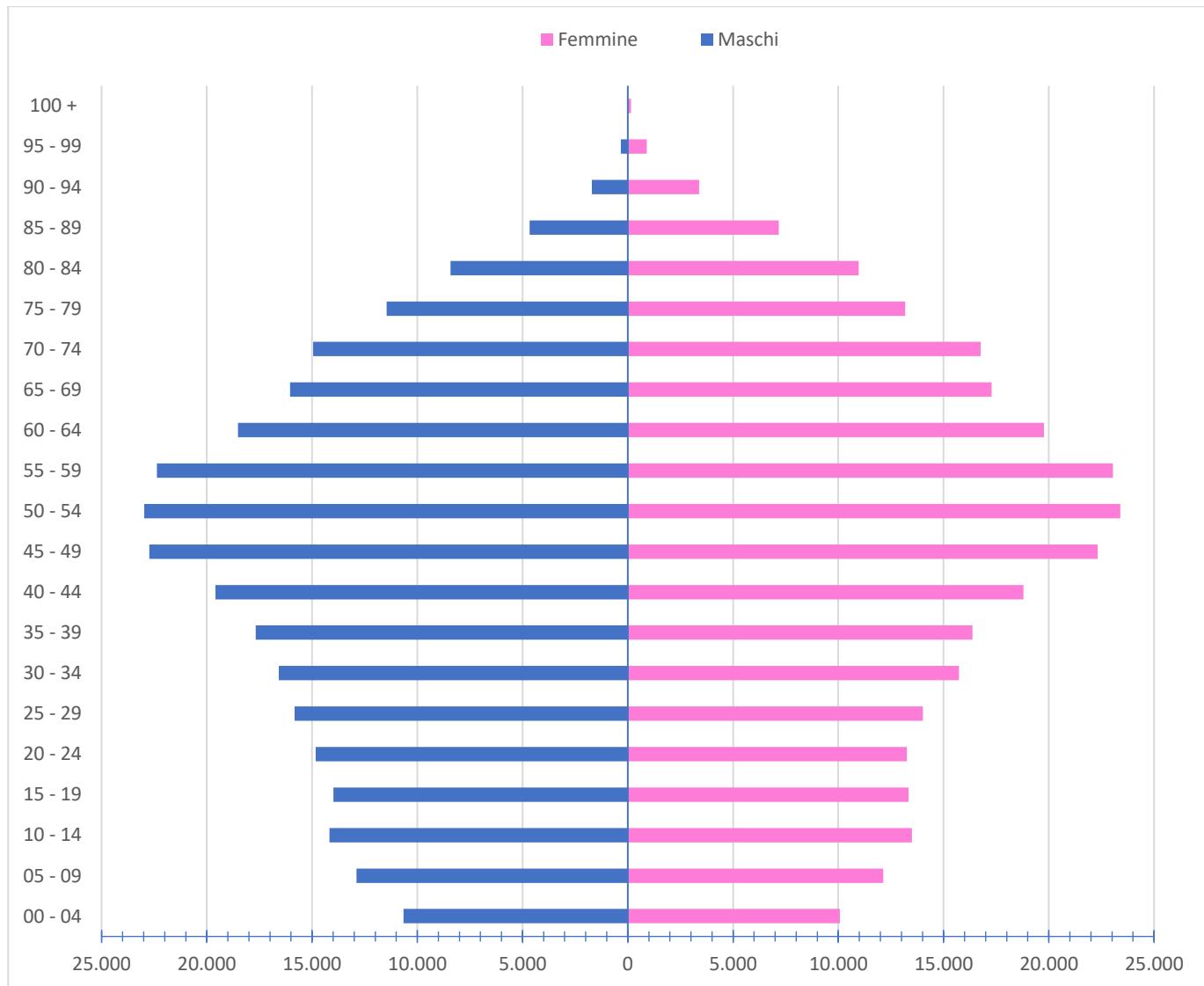


Tabella 3 - Distribuzione della popolazione straniera residente per Distretto

DISTRETTO	POPOLAZIONE STRANIERA (%)
Distretto 1	11,9%
Distretto 2	9,6%
Distretto 3	11,3%
Distretto 4	10,5%
Distretto 5	4,2%

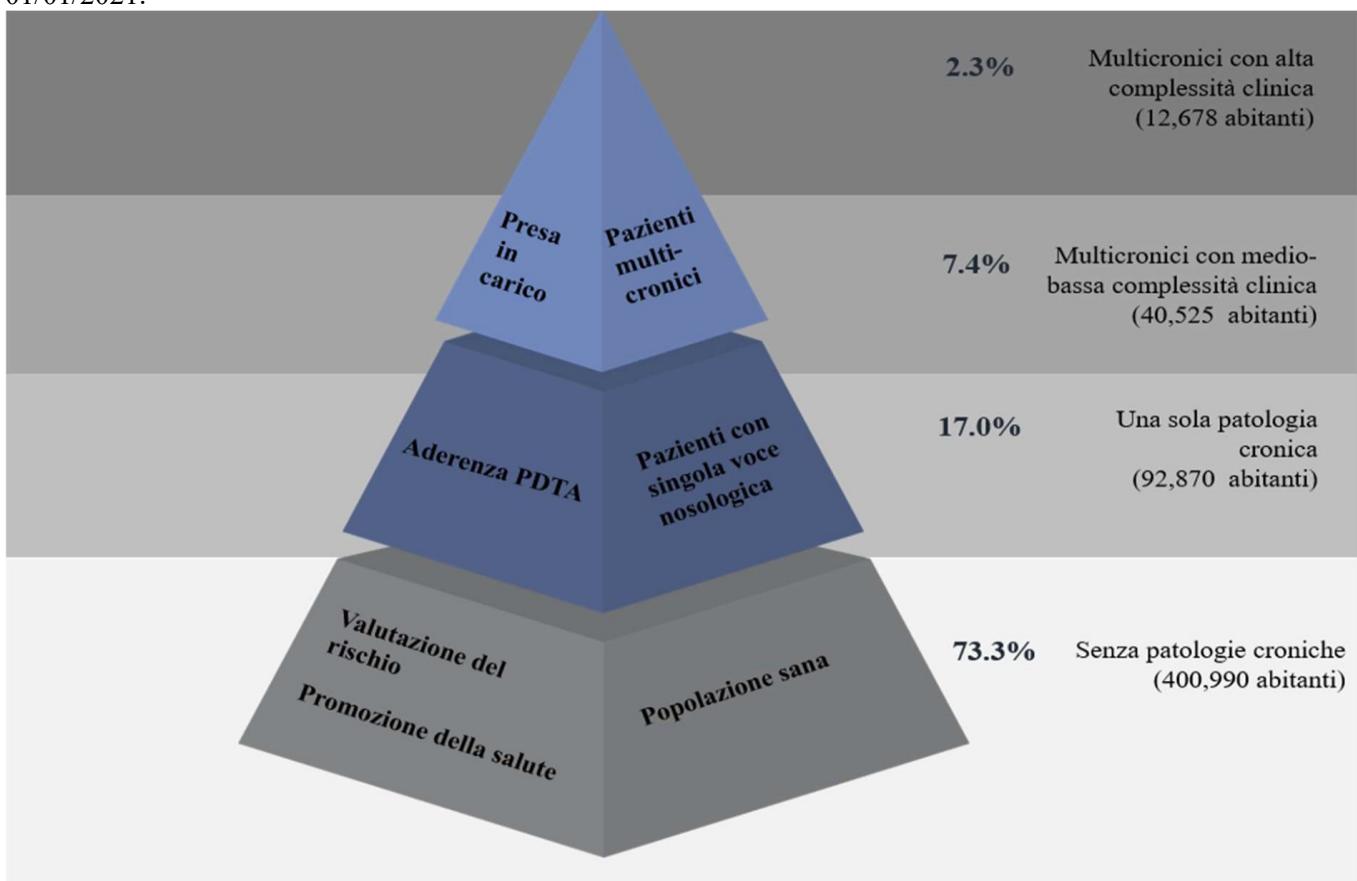
L'analisi rappresentata non considera, tuttavia, la significativa quota di immigrati irregolari che è difficilmente quantificabile.

## 6. I BISOGNI SOCIO ASSISTENZIALI

La ASL di Latina ha partecipato ad un gruppo di lavoro con il Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio, nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)- Missione Salute, per la valutazione della Stima dei Bisogni Assistenziali per la Programmazione e la Presa in Carico e per la stratificazione della popolazione nella ASL e nei singoli distretti (dati al 01.01.2021)

La stima dei bisogni socio-assistenziali costituisce un valido strumento di supporto alla programmazione di specifici interventi sanitari, diversificati in base alle caratteristiche della popolazione assistita, al fine di definire le strategie di intervento e personalizzare i percorsi assistenziali. I bisogni assistenziali vengono dunque stimati stratificando la popolazione in una logica di "Population Health Management by District"

Popolazione sana, cronici, multi-cronici a medio-bassa e ad alta complessità clinica. ASL di LATINA, 01/01/2021.



La “complessità clinica” nei pazienti multi-cronici è stata stimata analizzando sia il numero che la tipologia di patologie croniche da cui il paziente è affetto: le patologie che hanno un maggior impatto sulla mortalità a 5 anni determinano valori più elevati dell’indice.

Tra i 53.203 pazienti identificati come multi-cronici, il 44.8% assumeva contemporaneamente un numero di farmaci differenti compreso tra 5 e 9, mentre il 33.6% era esposto a 10 o più farmaci differenti. La multicronicità porta alla necessità di definire percorsi assistenziali, per quanto possibile, “personalizzati sul paziente”, volti ad evitare la frammentarietà delle cure ed il mancato coordinamento tra gli erogatori.

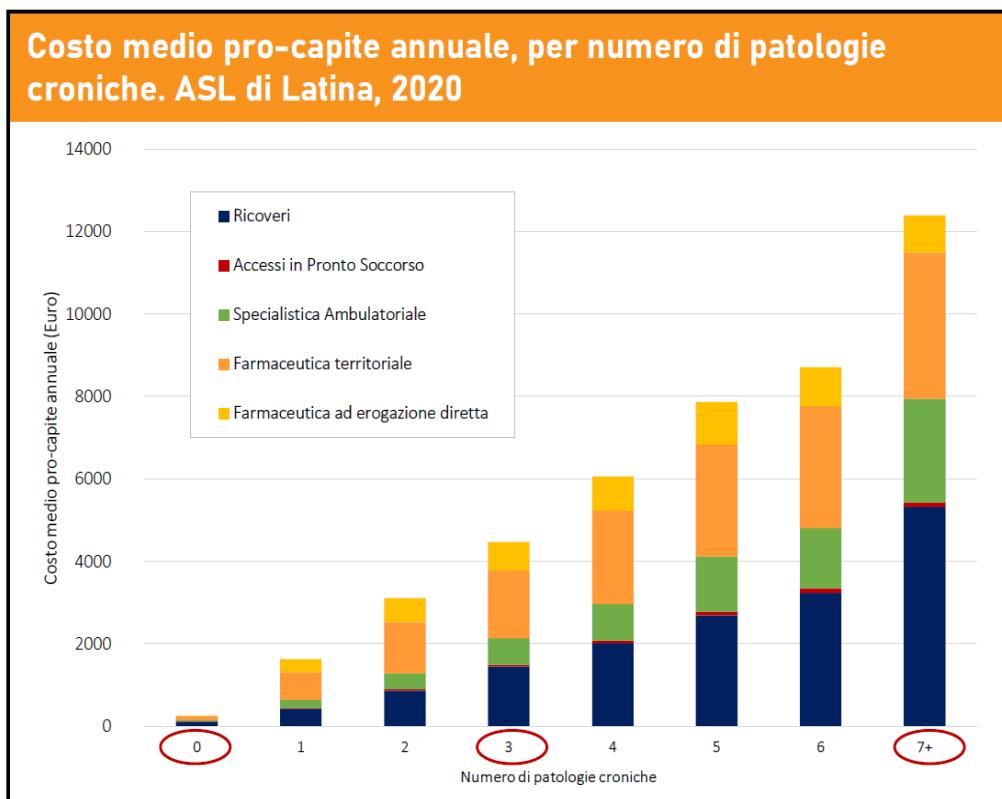
I pazienti cronici che presentano “contemporaneamente” i fattori di vulnerabilità socioeconomica sono 25.035 (17% della popolazione con patologie croniche e 4.6% dell’intera popolazione ASL)

I pazienti multi-cronici che presentano “contemporaneamente” i fattori di vulnerabilità socioeconomica sono 13.603 (25.6% della popolazione con 2 o più patologie croniche e 2.5% dell’intera popolazione ASL)

La gestione della cronicità ha un impatto rilevante se si considera che, tra gli assistiti con condizioni patologiche, vi è la significativa presenza di pazienti con pluri-patologie cardiache, neoplastiche, cerebrovascolari, respiratorie e metaboliche. Dall’analisi dei dati della tabella sottostante, riferiti alla popolazione assistita nella ASL di Latina e residente nel Lazio, si evince chiaramente come la percentuale di

persone con pluri-patologie tra gli ultra sessantacinquenni sia oltre quattro volte superiore a quella nella fascia d'età 35-64 anni.

Alle conseguenze di natura organizzativa legate all'erogazione di servizi socio sanitari a favore dei pazienti cronici, si accompagna inevitabilmente un incremento dei costi. Il grafico sottostante mostra le variazioni del costo medio pro capite annuale degli assistiti, in funzione del numero di patologie



Da rilevare, inoltre, che la distribuzione della popolazione con patologie non è uniforme sul territorio provinciale e, in termini percentuali, la maggiore incidenza di pazienti cronici e multi-cronici e con vulnerabilità socio economica si registra nel Distretto 3 nel quale l'integrazione dei servizi socio sanitari può essere sfavorita dalle caratteristiche del territorio, che ha natura prevalentemente collinare.

Con il progressivo invecchiamento della popolazione residente nella regione Lazio e il conseguente aumento della prevalenza di malattie croniche, i responsabili delle politiche sanitarie sono sempre più consapevoli della necessità di migliorare la gestione dei pazienti cronici e multi-cronici attraverso un'assistenza sempre più centrata sul paziente, piuttosto che sulle singole patologie da cui il paziente è affetto. Le persone che hanno più patologie croniche presentano un rischio maggiore di sperimentare esiti negativi, come elevata mortalità, disabilità, ridotta qualità di vita e un rilevante consumo di risorse. Per questi pazienti, multi-cronici e clinicamente complessi, il percorso assistenziale dovrebbe essere basato sull'integrazione tra diverse figure professionali e diverse competenze in ambito socio-sanitario.

Tuttavia, a causa dell'approccio assistenziale orientato alla cura della singola patologia (disease management), questi pazienti sono seguiti da molteplici provider che non interagiscono tra loro e seguono linee guida differenti pertanto la presa in carico può rivelarsi frammentata, incompleta, con interventi poco efficaci e, in alcuni casi, dannosi per il paziente stesso come l'esposizione ad un numero eccessivo di trattamenti farmacologici. Questo fenomeno, da un lato, riduce l'aderenza ai trattamenti e, dall'altro, può generare interazioni nocive tra i diversi farmaci.

Pertanto, per un corretto "sistema di presa in carico" del paziente multi-cronico, clinicamente complesso o che presenta elementi di vulnerabilità socio-economica, è necessario:

- istituire sul territorio una rete di team multidisciplinari e coordinati, volti alla valutazione globale (case management) del paziente e alla sua continuità assistenziale.
- implementare percorsi integrati centrati sui bisogni assistenziali del paziente; alla base di questa forma di assistenza c'è un patto di cura tra medico e paziente, ma anche tra medico e i membri della famiglia che aiuta il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, facilita l'accesso alle cure appropriate, rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute.

Le metodologie in grado di identificare fasce di popolazione omogenee in termini di bisogni assistenziali e socio-assistenziali consentono:

- di pianificare gli interventi di presa in carico
- di differenziare la popolazione sana, tenendo conto della presenza di fattori di rischio, sia individuali che “contestuali”, su cui agire con interventi di promozione della salute: nella ASL di Latina, lo studio condotto ha evidenziato che oltre il 18% della popolazione adulta e senza patologie croniche presenta almeno 2 fattori di rischio comportamentali (abitudine al fumo, obesità, consumo di alcool e sedentarietà) ed il 13% presenta fattori di rischio clinico come ipertensione o ipercolesterolemia.

La stima dei bisogni assistenziali nei distretti della ASL di Latina (dati al 01.01.2021)

**Popolazione cronica per distretto di assistenza.**

Distretto	Cronici	Popolazione totale	%
LT/1	30,322	115,654	26.2
LT/2	45,558	174,015	26.2
LT/3	15,165	53,283	28.5
LT/4	27,058	103,285	26.2
LT/5	27,970	100,826	27.7
ASL LT	146,073	547,063	26.7

**Popolazione multicronica (2 o più patologie) per distretto di assistenza.**

Distretto	Multicronici	Popolazione totale	%
LT/1	10,857	115,654	9.4
LT/2	16,656	174,015	9.6
LT/3	5,694	53,283	10.7
LT/4	9,962	103,285	9.6
LT/5	10,034	100,826	10.0
ASL LT	53,203	547,063	9.7

**Popolazione multicronica ad alta complessità clinica per distretto di assistenza.**

Distretto	Multicronici	Popolazione totale	%	alta complessità
LT/1	2,705	115,654	2.3	
LT/2	3,935	174,015	2.3	
LT/3	1,331	53,283	2.5	
LT/4	2,443	103,285	2.4	
LT/5	2,264	100,826	2.2	
ASL LT	12,678	547,063	2.3	

**Popolazione cronica con fattori di vulnerabilità socio-economica.**

Distretto	Cronici	Popolazione totale	%	vulnerabilità socio economica
LT/1	5,240	115,654	4.5	
LT/2	6,357	174,015	3.7	
LT/3	3,062	53,283	5.7	
LT/4	5,519	103,285	5.3	
LT/5	4,857	100,826	4.8	
ASL LT	25,035	547,063	4.6	

**Popolazione multicronica con fattori di vulnerabilità socio-economica**

Distretto	Multicronici	Popolazione totale	%	vulnerabilità socio-economica
LT/1	2,824	115,654	2.4	
LT/2	3,586	174,015	2.1	
LT/3	1,713	53,283	3.2	
LT/4	2,986	103,285	2.9	
LT/5	2,494	100,826	2.5	
ASL LT	13,603	547,063	2.5	

## 7. LA MISSION AZIENDALE

La mission aziendale consiste nell'assunzione della responsabilità pubblica nella tutela della salute dei cittadini, la universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio provinciale, la globalità di copertura in base alla necessità assistenziale di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza, nel rispetto dei principi di appropriatezza e qualità e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche e delle evidenze epidemiologiche assicurando, al contempo, il rispetto del finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale, la promozione e partecipazione ad iniziative e progetti in ottica “one health/planetary health” integrati con altre istituzioni, aziende, associazioni.

## 8. I VALORI E I PRINCIPI DELL'AZIENDA

L’Atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l’Azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri definiti dalla Regione.

La Regione Lazio, con l’Atto di indirizzo di cui alla Deliberazione Regione Lazio n. 310 del 2 maggio 2024, ha delineato i principi ed i criteri in base ai quali adottare il presente Atto aziendale, ai sensi di quanto disposto dall’articolo 3, comma 1-bis, del D. Lgs n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni.

L’Azienda svolge, pertanto, la sua azione ispirandosi ai seguenti valori:

- centralità della persona, titolare del diritto alla salute, che si esprime sia a livello individuale sia a livello collettivo: l’Azienda persegue l’attenzione ai bisogni, alle preferenze, ai valori del paziente, alle convinzioni etiche e religiose, nel rispetto del principio di libera scelta del luogo di cura, sviluppando rapporti di fiducia con gli utenti;
- equità di accesso alle cure per tutte le persone presenti nel territorio, tutelando in particolare la salute dei soggetti fragili, con vulnerabilità socio-economica, dei migranti: l’Azienda rende facilmente accessibili le informazioni necessarie a consentire una fruibilità consapevole, corretta e tempestiva dei servizi e delle prestazioni; garantisce, in base al bisogno, pari e tempestive opportunità all’accessibilità dei servizi e delle prestazioni senza distinzioni sociali, economiche, culturali, ideologiche e religiose; assicura trasparenza e integrità delle modalità di accesso ed erogazione dei servizi e delle prestazioni pur nel rispetto della legislazione in materia di tutela dei dati personali;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori del SSR: l’Azienda sviluppa politiche aziendali attente alla valorizzazione economica e professionale del personale, alla formazione, al benessere organizzativo, ai principi di pari opportunità, al contrasto di qualsiasi forma di discriminazione; favorisce la partecipazione consapevole ai processi decisionali, direttamente ed attraverso le organizzazioni di rappresentanza collettiva anche al fine di promuovere il senso di appartenenza;
- sviluppo delle attività di ricerca e di formazione al fine di implementare nuove tecnologie, migliorare i processi diagnostici, terapeutici, assistenziali, sviluppare nuovi modelli organizzativi sempre più rispondenti ai bisogni della popolazione;
- miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e dell’attività amministrativa: la prima attraverso la promozione dei percorsi fondati sulle migliori evidenze scientifiche in grado di assicurare efficacia, qualità, sicurezza, appropriatezza delle cure e la seconda attraverso l’adozione di procedure amministrative volte a garantire la massima efficienza, uniformità, integrazione a livello aziendale, nonché basate sui principi di legalità, trasparenza e buon andamento dell’attività amministrativa;
- riorientamento dei servizi sanitari secondo un approccio One Health basato sull’interazione e la collaborazione con altri settori coinvolti, più o meno direttamente, nella tutela di condizioni di salute ottimali sia per l'uomo, che per il mondo animale e l'ambiente: il concetto di One Health rappresenta un approccio integrato che riconosce l'interdipendenza tra la salute umana, animale e ambientale; questo approccio olistico mira principalmente a migliorare la salute collettiva, prevenire malattie e promuovere il benessere. Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

considera l'approccio One Health come un elemento chiave per affrontare le disuguaglianze e promuovere un modello di salute globale. In un'epoca caratterizzata da rapidi mutamenti, l'importanza di agire in un contesto interdisciplinare diventa sempre più evidente, richiedendo la progettazione di interventi innovativi e lo sviluppo di competenze trasversali: è auspicabile l'adozione di un approccio One "Digital" Health, basato sull'interoperabilità delle piattaforme e sull'utilizzo dei dati per influenzare politiche e comportamenti;

- valore Pubblico: il Valore Pubblico è il livello equilibrato di benessere economico-sociale e ambientale dei destinatari delle politiche e dei servizi di una Pubblica Amministrazione, riferito sia al miglioramento degli impatti esterni prodotti e diretti ai cittadini, utenti e stakeholder, sia alle condizioni interne alla stessa Amministrazione; creare Valore Pubblico significa quindi riuscire ad utilizzare le risorse a disposizione con efficienza, economicità ed efficacia, valorizzando il proprio patrimonio intangibile in modo funzionale al reale soddisfacimento delle esigenze del contesto sociale e del contesto aziendale.

Il concetto di Valore pubblico applicato alla specificità di una azienda sanitaria si identifica con l'assunto secondo cui la salute è un bene primario costituzionalmente protetto, per cui la ASL svolge la funzione pubblica di tutela e promozione della salute, attraverso una rete integrata di servizi sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione e una rete di servizi socio-sanitari.

L'ASL Latina, inoltre, può considerarsi una delle maggiori aziende presenti sul territorio pontino, sia per valore di bilancio sia per l'impiego di risorse umane e professionali.

La contemporanea presenza nel territorio dell'Azienda, del Polo Pontino dell'Università La Sapienza e del secondo, in ordine di importanza a livello nazionale, Distretto Industriale Farmaceutico e Biomedicale, costituisce un'opportunità per una collaborazione mirata all'innovazione e alla ricerca applicata, ove ritenuto utile e importante alla programmazione regionale, nelle forme tutelanti la centralità dell'interesse pubblico e collettivo. Tutto ciò, può avere forte impatto sullo sviluppo economico, sociale, ambientale, sanitario del territorio, sia in termini di miglioramento delle condizioni di vita delle persone coinvolte direttamente nelle attività aziendali e in quelle dell'indotto produttivo, sia in termini di benessere della collettività, in un'ottica di one-health.

## 9. LE POLITICHE SANITARIE

### 9.1. Normativa di riferimento

Di seguito è indicata la principale normativa di riferimento

- d.lgs. n. 502/92 concernente "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni e integrazioni.
- Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera
- Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) – Missione 6
- Deliberazione di Giunta Regionale del 7 dicembre 2023, n. 869 "Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015"
- Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 976 "Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024-2026.",
- Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2021, n. 970 "Adozione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.",
- Programmi Operativi 2024-2026 della Regione Lazio
- Deliberazione di Giunta Regionale 20 giugno 2024, n. 416 "Linee guida di indirizzo regionale per l'Infermiere di Famiglie e Comunità" (IFeC)

## 9.2. Obiettivi

Gli interventi e le azioni previsti nei provvedimenti sopra indicati ed in particolare nei Programmi Operativi individuano i seguenti valori/obiettivi per la definizione delle scelte organizzative alla base del presente Atto aziendale e saranno sistematicamente aggiornate alla luce di nuovi indirizzi formulati dalla regione:

- rafforzamento strutturale della rete di offerta e del sistema di presa in carico al fine di garantire accessibilità, appropriatezza, efficienza degli interventi e di ridurre la frammentazione dell'assistenza, nell'ottica della continuità di cura e di una omogenea erogazione dei LEA in tutto il territorio; gli interventi, riguardano in particolare:
  - potenziamento delle strutture territoriali,
  - integrazione tra gli interventi e i percorsi di prevenzione e cura,
  - estensione dell'assistenza domiciliare,
  - sviluppo della telemedicina,
  - coordinamento tra i diversi setting di cura
  - integrazione con i servizi socio- sanitari
- sviluppo di un modello sanitario “*One Health/planetary health*”, centrale nella rete di offerta e nella presa in carico, in quanto persegue un approccio olistico alla salute della persona, esteso e collegato con la salute animale e la salubrità ambientale, la personalizzazione delle cure, la gestione di prossimità, il miglioramento dell'equità di accesso alle cure rispetto al genere ed alle fasce di popolazione svantaggiate (Piano aziendale equità)
- attuazione Piano Aziendale Prevenzione (PRP) mediante un approccio intersetoriale con attori esterni al settore sanitario (es. Scuola, luoghi di lavoro, Enti Locali, soggetti ed enti del Terzo settore, etc) al fine di fornire una risposta coordinata alle principali sfide della sanità pubblica secondo un approccio One Health; le azioni previste in tale macroarea sono orientate a:
  - promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro,
  - miglioramento della qualità dei percorsi di prevenzione (vaccinazioni e screening),
  - sicurezza alimentare e sanità veterinaria,
  - sorveglianza e contrasto delle malattie infettive,
  - prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA),
  - trasparenza delle informazioni: gli obiettivi presuppongono un'attività periodica di monitoraggio di quanto programmato, di governo e rivalutazione dell'offerta stessa in relazione al fabbisogno, nonché in ragione dell'appropriatezza e dei risultati assistenziali,
- riorganizzazione della rete ospedaliera al fine di rispondere in modo organico e progressivo a diversificati bisogni di salute; gli interventi consistono essenzialmente in:
  - rimodulazione delle aree disciplinari e organizzazione per aree funzionali omogenee, per garantire una gestione appropriata di posti letto finalizzata a recuperare i tempi di attesa in Pronto Soccorso e la mobilità,
  - riconversione dei posti letto verso il setting di post-acuzie con l'obiettivo di migliorare i tempi di degenza e permettere la prossimità delle cure,
  - efficientamento del percorso chirurgico e delle sale operatorie al fine di consentire un utilizzo appropriato dei posti letto delle discipline chirurgiche e recuperare progressivamente la lista d'attesa,
  - completamento dell'area critica, secondo quanto previsto dal DL 34/2020, al fine di migliorare la qualità assistenziale;
- trasparenza delle informazioni
  - governo delle liste di attesa dell'attività specialistica ambulatoriale e utilizzo degli strumenti di digitalizzazione
- per quanto riguarda gli investimenti, si procederà ad:
  - interventi sul patrimonio immobiliare e tecnologico finalizzati alla riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali per l'integrazione Ospedale-Territorio,
  - completamento di interventi finanziati con fondi del PNRR,
  - completamento del percorso di messa a norma e in sicurezza, di adeguamento tecnologico e di ristrutturazione degli spazi sanitari;
- politiche di reclutamento e sviluppo del personale sanitario.

## 10. INTEGRAZIONE E GOVERNO CLINICO

La “clinical governance” o governo clinico è “una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali, stimolando la creazione di un ambiente che favorisca l'eccellenza professionale”.

L'elemento chiave è la responsabilizzazione delle strutture e dei professionisti della sanità rispetto al continuo miglioramento della qualità assistenziale, in tutte le sue dimensioni, al fine di sviluppare una prospettiva sinergica e integrata tra gli aspetti economico-gestionali e quelli clinici.

Ogni programma deve assicurare che ogni paziente riceva la prestazione che produce il miglior esito possibile, in base alle conoscenze disponibili, con il minor consumo di risorse, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento e con la massima soddisfazione del paziente.

In questa definizione sono contenuti i principi che sono alla base del miglioramento della qualità

- orientato al raggiungimento dei migliori esiti possibili (efficacia)
- con il minor consumo di risorse (efficienza)
- con soddisfazione del paziente (centralità del paziente)
- con il minor rischio di danni (sicurezza)
- orientato all'equità di accesso rispetto al genere e ad altri determinanti di salute sfavorevoli.

L'attuazione del governo clinico richiede un approccio di sistema, realizzato con l'integrazione di numerosi strumenti che permettono di realizzare l'equilibrio ideale tra sostenibilità economica e qualità assistenziale:

- il *clinical risk management*;
- la progettazione ed implementazione di percorsi;
- l'audit clinico
- *Health Technology Assessment*
- la ricerca e lo sviluppo comprensivi di adozione di sistemi informativi e tecnologie;
- la formazione continua
- il coinvolgimento degli stakeholders, primi tra tutti operatori e pazienti
- l'integrazione con diverse professionalità: il governo clinico si realizza con un approccio trasversale multidisciplinare e multiprofessionale che coinvolge strutture cliniche, strutture deputate alla gestione, staff, funzioni tecnico amministrative.

L'azione di governo clinico è centrata sul miglioramento dei flussi assistenziali attraverso la programmazione integrata di percorsi con connessioni strutturate e identificazione, ai vari livelli, di ruoli di riferimento e di responsabilità, al fine di integrare, armonizzare e coordinare la gestione dei servizi in comune e le attività tra i diversi setting aziendali.

La ridefinizione di modelli di “presa in carico” e di “continuità assistenziale” che mettono il paziente al centro dell'assistenza, in un continuum dalla prevenzione alla diagnosi, al trattamento, al follow up e al fine vita, trova supporto nello sviluppo e nel disegno dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) che prevedano anche i percorsi di Prevenzione (PPDTA). Il PDTA è uno strumento che riorganizzando e standardizzando i processi di cura, definendo gli obiettivi, i ruoli e le funzioni di ciascuno, i tempi e gli ambiti di azione, attraverso una condivisione ed integrazione di interventi, permette oltre ad un razionale ed efficiente utilizzo delle risorse disponibili, un miglioramento della presa in carico del paziente, pur sempre nel rispetto della sua centralità e della personalizzazione delle cure.

E' uno strumento importante per la gestione attiva e programmata della patologia, per definire gli standard assistenziali, verificare l'appropriatezza, uniformità ed equità dell'assistenza erogata. Infatti, il PDTA permette di individuare ex ante la filiera assistenziale appropriata sia in termini di prestazioni che di servizi territoriali, ospedalieri, sociali.

I dati demografici ed epidemiologici, visti precedentemente, in particolare il progressivo invecchiamento della popolazione, il conseguente aumento della prevalenza di malattie croniche, rendono la gestione dei pazienti cronici complessi e multi cronici un target molto rilevante per il futuro dei servizi sanitari. Le persone che hanno più patologie croniche presentano un rischio maggiore di avere esiti negativi, come elevata mortalità, disabilità, ridotta qualità di vita, sovraesposizione a farmaci e un rilevante consumo di risorse; questi pazienti spesso ricevono un'assistenza frammentata, fornita da molteplici provider che non interagiscono tra loro e seguono linee guida differenti per cui il meccanismo di presa in carico potrebbe rivelarsi incompleto, con interventi poco efficaci e, in alcuni casi, dannosi per il paziente stesso.

Per questi pazienti, multi cronici e clinicamente complessi, il percorso assistenziale basato centrato sui bisogni assistenziali e socioeconomici e sull'integrazione tra diverse figure professionali e diverse competenze in ambito socio-sanitario rappresenta una grande potenzialità per migliorare la qualità delle cure.

In tale ottica diventa centrale il ruolo del territorio previsto dal PNRRR e dal DM 77 che attraverso il PUA, la COT, la Casa di Comunità, in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali ad esempio assistenza domiciliare, ospedale di comunità, *hospice* e rete delle cure palliative, RSA, riabilitazione, con l'attività ospedaliera, con i servizi sociali, con può seguire il paziente in tutte le fasi della sua malattia; nei diversi attori sono compresi associazioni e organizzazioni del Terzo Settore, pazienti e *caregiver*.

La costruzione di modelli centrati sui pazienti è garanzia di effettiva presa in carico di bisogni globali ma anche un modo per ridurre la discontinuità tra i livelli di assistenza; inoltre, per molte patologie, prevede un collegamento con gli interventi di prevenzione e con gli interventi di fine vita/cure palliative.

In pazienti multi-cronici e complessi, le modalità di presa in carico devono adattarsi al profilo ed al contesto dell'assistito attraverso un Piano Assistenziale Individuale (PAI).

Nei percorsi aziendali è utilizzata una metodologia uniforme come base per un modello di pianificazione, sviluppo e rappresentazione ha portato all'utilizzazione del *PDCA (Plan-Do-Check-Act)*, o ciclo di Deming,

	<p><u>Criteri per la scelta dei percorsi/PDTA:</u> i percorsi da implementare sono individuati da obiettivi di salute regionali ed aziendali, di solito assegnati anche come obiettivi di performance, i principali sono indicati nel paragrafo delle politiche sanitarie</p> <p><u>Campo di applicazione e destinatari:</u> individuazione servizi/dipartimenti/aree/uuoo e relativi referenti che costituiscono il gruppo di lavoro; è un gruppo multidisciplinare, multiprofessionale in quanto il coinvolgimento, a diversi livelli, di tutte le competenze professionali interessate è indispensabile per assicurare il consenso e la reale applicazione del percorso.</p> <p><u>Il Coordinatore/Referente di percorso:</u> deve possedere adeguate capacità di tipo organizzativo, gestionale, relazionale oltre che di leadership</p> <p><u>Il Componente/Referente di struttura:</u> è il riferimento tra la struttura di appartenenza e le altre strutture coinvolte; questo sistema permette di costruire una rete in grado di presidiare l'intero percorso prevede un sistema di responsabilità (incarichi gestionali e professionali) che non sia ancorato esclusivamente alle strutture e articolazioni organizzative, ma sia integrato con i processi assistenziali e organizzativi di tipo trasversale.</p>
PLAN	<p><u>Descrizione epidemiologica /valutazione dei bisogni assistenziali:</u> la descrizione epidemiologica del problema di salute, permette di definire l'impatto in termini di incidenza e prevalenza della malattia, presupposto fondamentale per la rilevazione dei bisogni assistenziali e per la pianificazione del percorso</p> <p><u>Definizione del ragionamento clinico:</u> definizione del percorso ideale sulla base di linee guida, letteratura scientifica, linee di indirizzo regionali o nazionali</p> <p><u>Riconoscimento di offerta/risorse/processi esistenti:</u> al fine della riorganizzazione dei processi assistenziali è necessario provvedere alla riconoscimento dell'offerta e della risposta attuale</p> <p><u>Ripianificazione processi/offerta: definizione del percorso:</u> in questa fase si deve contestualizzare nella realtà quanto definito nel ragionamento clinico, tenendo presente l'analisi dell'offerta, delle risorse, dei processi condotta nelle fasi precedenti e le criticità rilevate, al fine di riorientare i processi, l'offerta e le risorse.</p> <p><u>Descrizione del percorso clinico ed organizzativo con indicazione delle modalità di coordinamento dei gruppi e di condivisione delle informazioni</u></p> <p><u>Definizione del sistema di monitoraggio</u></p> <p><u>Redazione, verifica ed approvazione del documento</u></p>
DO	<p><u>Formazione:</u> è necessario garantire un'adeguata formazione delle professionalità coinvolte: la formazione è una delle leve per stimolare un lavoro di collaborazione multidisciplinare, per favorire una visione integrata sull'intero processo di presa in cura del paziente; deve essere finalizzata non solo a implementare competenze specialistiche e manageriali ma a modificare modelli di comportamento, a definire nuovi profili di competenza e nuovi ruoli nel mutato contesto organizzativo.</p>

	<b>Diffusione:</b> è necessaria una adeguata comunicazione a soggetti interni ed esterni: il PDTA nasce dall'esigenza di assicurare una presa in carico globale del paziente, attore attivo e principale del processo; pertanto, il supporto delle associazioni e del volontariato risulta rilevante in particolare nelle relazioni tra operatori e pazienti/familiari e nell'aiutare i pazienti a divenire consapevoli ed esperti, nel gestire al meglio la propria qualità di vita.
<b>Attuazione ed implementazione:</b>	
<b>CHECK</b>	<p>Monitoraggio, valutazione degli scostamenti e analisi delle criticità, valutazione della disponibilità delle risorse strutturali, tecnologiche, umane.</p> <p>Generalmente la valutazione degli standard viene effettuata attraverso un pannello di indicatori misurabili, forniti dal Programma Regionale di Valutazione Esiti, o costruiti ad hoc sulla base dei sistemi informativi correnti disponibili, ma anche attraverso la verifica sul campo delle procedure attuate, effettuando ad esempio interviste al personale e agli utenti.</p> <p>L'analisi sistematica degli indicatori è la base dell'audit: nei percorsi aziendali, la metodologia di riferimento per gli audit è quella <i>"Audit &amp; Feedback"</i> (A&amp;F) secondo il modello sviluppato a livello regionale <a href="https://easy-net.info/centri/wp1-dep-lazio/">https://easy-net.info/centri/wp1-dep-lazio/</a>.</p> <p>Gli incontri periodici di Audit e Feedback costituiscono la modalità di condivisione dei risultati assistenziali e la sede per definire il piano di miglioramento annuale e gli obiettivi della formazione sul campo per ciascuna linea di attività.</p> <p>La periodicità degli Audit è generalmente annuale, ma può essere a intervalli più ravvicinati in rapporto a possibili criticità rilevate, eventuali reclami dell'utenza, processi particolarmente complessi, nuove linee guida, nuove situazioni organizzative.</p> <p>Il monitoraggio dei percorsi costituisce lo strumento per consentire alla programmazione aziendale la flessibilità in grado di soddisfare le esigenze della comunità, garantire una risposta efficace alle mutevoli esigenze sanitarie, fornire servizi sanitari efficienti e mantenere elevati standard di sicurezza e di qualità delle cure.</p>
<b>ACT</b>	Il ciclo ricomincia...

Il sistema di obiettivi, indicatori, verifica del raggiungimento dei risultati non è solo uno strumento di monitoraggio dei processi di cura ma anche un meccanismo di valutazione della performance.

In tale ottica, il controllo di gestione, articolato nel budget e nei sistemi di consuntivazione delle attività, dei ricavi e dei costi, ma anche dei processi di integrazione e degli esiti diventa uno strumento critico per il governo clinico.

Di seguito i percorsi, individuati da obiettivi ragionali ed aziendali, descritti nella tabella C allegata:

- Percorso nascita e promozione della salute nei primi 1000 giorni e in età infantile
- Percorso promozione e tutela della salute di adolescenti e giovani adulti
- Percorso prevenzione e trattamento delle dipendenze
- Percorso prevenzione e cura delle patologie croniche in età adulta
- Percorso chirurgico
- Percorso oncologico
- Percorso malattie rare
- Percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive
- Percorsi Rete Tempo-Dipendenti, in particolare Rete ictus, Rete trauma grave, Rete emergenza cardiovascolare
- Percorso nutrizione preventiva e clinica, sicurezza alimentare e Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA)
- Percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting
- Liste di attesa
- Percorso accertamento di morte cerebrale e prelievo di organi e tessuti
- Percorso per persone con patologia psichiatrica e/ con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in PS e il ricovero

## PARTE II - L'ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA

### 11. GLI ORGANI DELL'AZIENDA

Sono organi dell'Azienda:

- il Direttore Generale;
- il Collegio di Direzione;
- il Collegio Sindacale.

#### 11.1. Il Direttore Generale

Il Direttore generale, nominato dalla Regione, ha la rappresentanza legale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva dell'Azienda stessa, assicura l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa, indirizza ed orienta il funzionamento dell'Azienda secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati.

Le funzioni del Direttore generale, previste dall'articolo 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. e dell'articolo 9 della legge regionale n. 18/1994 e ss.mm.ii., sono le seguenti:

- l'adozione dell'Atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- la nomina del Collegio sindacale e la sua prima convocazione nei termini di legge;
- la nomina, la sospensione e la decadenza del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo;
- la costituzione del Collegio di direzione e del Consiglio dei sanitari;
- l'adozione degli atti programmati e di organizzazione con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse, in particolare l'adozione del Piano integrato di attività e organizzazione – PIAO - (introdotto tra le misure di riforma della pubblica amministrazione per l'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza -PNRR, previsto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021 convertito, con modificazione, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113); il PIAO è un documento unico di programmazione e *governance* che sostituisce diversi Piani e documenti che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre, tra cui: il Piano della Performance, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT), il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale (PTFP), il Piano Organizzativo del Lavoro Agile (POLA), il Piano di Formazione e aggiornamento, il Piano delle Azioni Positive; ha durata triennale, ma è aggiornato annualmente;
- l'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale, nonché del bilancio di esercizio;
- l'adozione del Piano Aziendale Prevenzione;
- l'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali, individuati nell'Atto aziendale;
- la nomina dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione, dei Collegi tecnici, del Comitato per le pari opportunità e degli altri organismi previsti nell'Atto aziendale o la cui nomina è ad esso demandata dalla vigente legislazione;
- la nomina e revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda, dei dipartimenti, delle aree di coordinamento, nonché dei responsabili delle unità operative complesse e semplici e il conferimento degli incarichi professionali;
- i provvedimenti conseguenti la valutazione dei dirigenti ivi comprese le decisioni di recesso di cui agli articoli 2118 e 2119 c.c.;
- l'adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP);
- la verifica, attraverso il sistema dei controlli, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;

Al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione dalle funzioni di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 6/2002, così come **modificato dalla** legge regionale n. 4/2006, le funzioni attribuite al direttore generale devono essere distinte in funzioni al

medesimo esclusivamente riservate e funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario e amministrativo e agli altri dirigenti dell'Azienda.

Sono di esclusiva competenza del Direttore generale le “funzioni di alta amministrazione”, o più propriamente “di governo”, mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le “funzioni di carattere gestionale”, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda come di seguito indicato, nel paragrafo relativo al sistema delle deleghe e delle attribuzioni dirigenziali.

Le funzioni gestionali esercitate dai dirigenti dell'Azienda ai diversi livelli possono essere, dunque, sia funzioni delegate dal Direttore generale - con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega - sia funzioni proprie agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico o con specifico atto del Direttore generale.

Nel funzionigramma allegato al presente Atto aziendale vengono specificati gli ambiti delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

Il Direttore generale esercita le proprie funzioni direttamente, ovvero, in caso di assenza o impedimento, delegandole al Direttore amministrativo o al Direttore sanitario. In mancanza di delega, il Direttore generale è sostituito dal direttore più anziano per età. In caso di contestuale assenza o impedimento temporaneo del Direttore generale e del direttore individuato sulla base dei due criteri precedenti, il Direttore generale è sostituito dal direttore presente in Azienda.

## **11.2. Il Collegio di Direzione**

Il Direttore generale si avvale del Collegio di direzione, quale organo dell'Azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il Collegio di direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore generale, che partecipa alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il Collegio di direzione svolge, altresì, le ulteriori funzioni previste dalla normativa vigente.

Il Direttore generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione così composto:

- il Direttore generale con funzioni di Presidente;
- il Direttore amministrativo;
- il Direttore sanitario
- i Direttori dei dipartimenti, inclusi quelli interaziendali;
- i Direttori dei Distretti;
- i Direttori medici di presidio;
- il Coordinatore aziendale delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
- il Direttore del Dipartimento delle professioni sanitarie.

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

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore generale, che lo presiede, e si riunisce almeno una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, deve essere inviata via mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza).

L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore generale, sentiti il Direttore sanitario ed amministrativo aziendali.

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

Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.

Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:

- maggioranza assoluta (metà più uno dei componenti) per l'espressione del parere in ordine al Piano Strategico triennale, all'Atto aziendale, al Programma annuale di formazione, ai Progetti di ricerca e innovazione, e più in generale per tutti gli atti a valenza programmativa;
- maggioranza semplice (metà più uno dei presenti) negli altri casi.

Per ogni riunione del Collegio viene redatto apposito verbale, che verrà inoltrato ai componenti via mail ed approvato nella seduta successiva.

La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso. L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute ed ai dati trattati.

Il Collegio di direzione si dota di uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto aziendale, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.

### **11.3. Il Collegio sindacale**

È nominato dal Direttore generale ai sensi dell'articolo 10 della legge regionale 18/1994 ss.mm.ii., della legge regionale 14 luglio 2014 n.7 e, per effetto di quanto previsto dall'articolo 22, comma 5, della legge regionale 4/2013 e dall'art.13 del "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016", è composto da tre componenti, di cui uno designato dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze ed uno dal Ministro della salute.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni e i relativi componenti possono essere confermati.

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

Il Collegio sindacale, ai sensi dell'articolo 11 della legge regionale 18/1994 e successive modificazioni e integrazioni, verifica la regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda. In particolare:

- a) verifica la regolare tenuta della contabilità e la corrispondenza del bilancio, delle situazioni dei conti e dei rendiconti parziali alle scritture contabili;
- b) effettua verifiche periodiche di cassa e rileva le non coincidenze contabili con i conti del tesoriere;
- c) invia relazioni trimestrali alla Regione, ai ministeri della salute e dell'economia e delle finanze,
- d) nonché alla Conferenza locale per la sanità;
- e) svolge ogni altra funzione ad esso affidata in materia contabile dalla normativa statale e regionale.

## **12. LA DIREZIONE AZIENDALE**

La Direzione Aziendale, composta dal Direttore generale, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario, avvalendosi del Collegio di direzione, esercita il governo strategico dell'Azienda.

Il Direttore amministrativo ed il Direttore sanitario partecipano, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda, assumendo diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale come previsto dall'art.3, comma 1 quinque, d. lgs n. 502/92).

La Direzione Aziendale rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione aziendale", intendendo per tali i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi

La Direzione Aziendale:

- definisce, sulla base della programmazione regionale, le strategie ed i programmi aziendali attraverso il sistema di budget attribuendo gli obiettivi e le risorse necessarie al loro conseguimento e ne controlla l'attuazione
- definisce l'organizzazione aziendale, finalizzata principalmente a perseguire la produttività dei servizi, nonché l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni;
- pianifica le risorse e gli investimenti;
- governa le relazioni interne ed esterne;
- garantisce la sicurezza e la prevenzione.
- governa e gestisce le risorse umane comprese le politiche di reclutamento e sviluppo professionale e formativo

Strettamente correlate al governo strategico aziendale è la Conferenza locale per la sanità: partecipa alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività nelle Aziende Sanitarie Locali, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e sociosanitarie della popolazione.

## 12.1. Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario

I servizi amministrativi ed i servizi sanitari dell’Azienda sono diretti, rispettivamente, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario.

Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del Direttore generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere e avuto riguardo agli specifici requisiti previsti dall’articolo 3, comma 7, del d. lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. e dall’articolo 15 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii. e tenuto conto delle indicazioni di cui all’Atto di indirizzo approvato con Deliberazione Ragione Lazio n. 310 del 2 maggio 2024.

In particolare, il Direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantottesimo anno di età, ai sensi dell’art. 8 bis, D.L. 22 giugno 2023 n. 75, convertito con modificazioni dalla legge 10 agosto 2023 n. 112 e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Egli dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche ed economiche che non abbia compiuto il sessantottesimo anno di età, ai sensi dell’art. 8 bis, D.L. 22 giugno 2023 n. 75, convertito con modificazioni dalla legge 10 agosto 2023 n. 112 e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione; dirige i servizi amministrativi della Azienda.

Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo svolgono le funzioni previste dall’articolo 3, d. lgs n. 502/92 e ss.mm. ii e dall’articolo 16, legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii.

Il Direttore sanitario ed il Direttore amministrativo, per quanto di propria competenza:

- esprimono parere, per aspetti e materie di competenza, sugli atti del Direttore generale e su ogni questione che venga loro sottoposta;
- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal Direttore generale;
- formulano, per le parti di competenza, proposte al Direttore generale;
- coordinano i Direttori di Dipartimento e delle aree funzionali;
- esercitano i poteri di spesa nell’ambito delle deleghe eventualmente conferite dal Direttore generale e degli importi determinati dallo stesso;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi, di rispettiva competenza, nell’ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- verificano e controllano l’attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, ivi compresi quelli di carattere sostitutivo, riferendone al Direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
- curano l’attuazione di programmi e piani della ASL attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Inoltre, il Direttore sanitario:

- presiede il Consiglio dei Sanitari.
- ha la responsabilità del governo delle liste di attesa della medicina specialistica ambulatoriale, come da PRGLA 2019-2021, pubblicato con DCA 302/2019 (punto 3). In tale funzione, viene affiancato dal Referente Unico Aziendale (RUA) per il governo delle liste individuato, con apposito atto formale, dal Direttore Sanitario aziendale stesso: il RUA avrà la funzione di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni relative alla gestione delle agende della specialistica ambulatoriale, alla trasparenza delle agende, alle modalità di prioritarizzazione delle stesse, attraverso l’analisi dei dati dei sistemi informativi e la valutazione delle criticità rappresentate in tale ambito.

In caso di assenza o impedimento, il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo, sono sostituiti da dirigenti nominati dal Direttore generale, su proposta degli stessi.

### 13. IL SISTEMA DELLE DELEGHE E DELLE ATTRIBUZIONI DIRIGENZIALI

Il sistema delle deleghe e delle attribuzioni dirigenziali rappresenta lo strumento attraverso il quale, ferma restando la responsabilità della gestione complessiva dell'Azienda spettante al Direttore generale, affidare compiti e responsabilità alla dirigenza per l'attuazione degli obiettivi definiti nei piani programmatici e nel budget aziendale, in attuazione dei principi contenuti nel D. Lgs 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni e integrazioni, concernente la disciplina del pubblico impiego.

Finalità di tale sistema sono, in particolare, le seguenti:

- attuare il principio della distinzione tra le “funzioni di alta amministrazione o di governo” quali la programmazione, l’indirizzo dell’attività, la verifica della rispondenza dei risultati e della gestione agli indirizzi impartiti e le “funzioni di carattere gestionale” quali l’adozione di atti e provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l’amministrazione verso l’esterno, la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa e di organizzazione delle risorse umane e strumentali;
- responsabilizzare i dirigenti nella gestione aziendale;
- rendere certa e trasparente la gestione;
- rendere l’azione amministrativa più snella, trasparente e tempestiva.

#### *Le deleghe di funzioni*

Il Direttore generale può delegare al Direttore amministrativo ed al Direttore sanitario funzioni di gestione di particolare rilevanza, che impegnano l’Azienda verso l’esterno, con i relativi poteri di spesa.

Il Direttore generale può delegare ai dirigenti funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l’autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell’Azienda, che comportano l’esercizio di autonome facoltà di spesa o che impegnano l’Azienda verso l’esterno, nell’ambito dei programmi stabiliti dalla Direzione aziendale ed in particolare:

- l’attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l’adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l’esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro limiti di valore prefissati;
- l’approvazione degli atti di gara per lavori e per l’acquisizione di beni o servizi entro limiti di valore prefissati;
- la stipula di contratti senza limiti di valore;
- provvedimenti di modifica dei contratti in corso di esecuzione ai sensi dell’articolo 120 del D.lgs. n.36 del 2023;
- strumenti alternativi di risoluzione delle controversie anche ai sensi degli artt. 210, 211 e 212 del D.lgs. n.36 del 2023;
- eventuali atti di liquidazioni per prestazioni rese
- attribuzione delega ai sensi degli articoli 16, 17, 18 del D.Lvo 81/2008 in materia antincendio

La delega è conferita per iscritto nei modi e nelle forme necessarie in relazione alla tipologia delle attività delegate. L’atto di conferimento della delega contiene l’esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilisce i limiti e la durata della delega.

Gli atti di delega di categorie di atti sono pubblicati sul sito internet aziendale.

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

Il delegato è tenuto ad agire nell’ambito e nei limiti previsti nell’atto delega del Direttore generale.

Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela e, in particolare, l’annullamento, la riforma e la revoca degli atti adottati dal delegato.

In caso di omissione da parte dei dirigenti di atti delegati, i poteri sostitutivi sono esercitati dal Direttore generale, previa diffida e fissazione di un termine perentorio.

In caso di atti che vedano coinvolti direttamente o indirettamente interessi personali del soggetto delegato, questi è tenuto ad astenersi dall’adozione dell’atto, rimettendolo, motivatamente al Direttore generale.

Il sistema delle deleghe può essere aggiornato e/o modificato con successive deliberazioni aziendali da pubblicare all’Albo dell’Azienda e sul sito internet aziendale.

### ***Le attribuzioni dirigenziali***

L'articolo 4 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni, prevede che ai dirigenti spetta l'adozione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, ivi compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa, mediante autonomi poteri di spesa all'interno di un budget predeterminato, di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo.

Il d.lgs. 502/1992, all'articolo 3, comma 1-quater, attribuisce al Direttore generale la gestione complessiva dell'Azienda e all'art. 15-bis, comma 1, prevede che l'Atto aziendale disciplini l'attribuzione al Direttore amministrativo, al Direttore sanitario, nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'Azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale.

Fermi restando i compiti attribuiti in via esclusiva al Direttore generale e quelli attribuiti al Direttore sanitario e al Direttore amministrativo aziendali, ai dirigenti sono, pertanto, attribuite, in via generale, le attività di ordinaria amministrazione dell'Azienda, anche a rilevanza esterna, con particolare riferimento agli atti senza contenuto discrezionale, nell'ambito di eventuali limiti di spesa o di oggetto predefiniti. Le attribuzioni dei dirigenti comprendono, in via di carattere generale e non esaustiva:

- l'attuazione dei piani, dei programmi e delle direttive definiti dalla Direzione aziendale;
- la direzione, organizzazione, coordinamento e gestione delle strutture cui sono preposti, nonché la verifica e il controllo delle relative attività;
- l'individuazione, ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241 e successive modificazioni e integrazioni, dei responsabili dei procedimenti di competenza;
- la firma degli atti istruttori, anche diretti all'esterno, nell'ambito dei procedimenti amministrativi di competenza, salve diverse prescrizioni della normativa vigente;
- la firma di tutti gli atti interni di esecuzione degli obiettivi e dei programmi definiti dalla Direzione aziendale;
- l'adozione degli atti di esecuzione, anche a rilevanza esterna, di provvedimenti esecutivi adottati dal Direttore generale, nonché, per delega dello stesso, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario;
- la liquidazione delle spese derivanti da atti deliberativi, contratti o convenzioni ovvero riferite a prestazioni da assicurare alle persone assistite nell'ambito dei livelli di assistenza;
- la presidenza di commissioni di gara e di concorso;
- la responsabilità delle procedure di gara e di concorso;
- la gestione del personale assegnato;
- gli atti di accertamento tecnico o sanitario nonché le attestazioni, certificazioni, diffide, verbali ed ogni altro atto costituente manifestazione di giudizio non discrezionale o di conoscenza;
- ogni altro atto ad essi attribuito dalla vigente legislazione o dagli atti organizzativi e regolamentari aziendali.

Tenuto conto che tra le attribuzioni dei dirigenti rientra anche la potestà di adottare atti a rilevanza esterna, imputabili direttamente all'Azienda, la tipologia degli atti attribuiti ai dirigenti nonché le attribuzioni dirigenziali sono indicati nel funzionigramma allegato al presente Atto aziendale.

L'individuazione delle attribuzioni dirigenziali può essere aggiornata e/o modificata con successive deliberazioni aziendali da pubblicare all'Albo dell'Azienda e sul sito internet aziendale.

Gli atti previsti nell'ambito del sistema di attribuzioni dirigenziali sono adottati con determinazione, da pubblicarsi all'albo dell'Azienda come previsto dalla normativa vigente.

I dirigenti possono delegare le funzioni e gli adempimenti loro attribuiti ad altri dirigenti ovvero ad altri funzionari. Le funzioni delegate non possono essere subdelegate.

Le deleghe di funzioni dirigenziali conferite possono essere in ogni momento revocate anche per singoli atti.

In caso di omissione di atti delegati da parte dei soggetti cui è stata conferita la delega, i poteri sostitutivi sono esercitati, previa diffida e fissazione di un termine perentorio, dal soggetto delegante.

Atteso quanto sopra, con apposito atto del Direttore Generale saranno attribuite tutte le deleghe ritenute necessarie per il corretto funzionamento dell'Azienda, anche in deroga a quanto enunciato.

In caso di atti dirigenziali che vedano coinvolti direttamente o indirettamente interessi personali del soggetto competente ad assumerli, la relativa adozione è effettuata da un dirigente preventivamente individuato dalla Direzione Generale.

## 14. GLI ORGANISMI DELL'AZIENDA

### 14.1 Il Consiglio dei sanitari

Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del Direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico – sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore generale per le attività tecnico – sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

Il Direttore generale, con proprio provvedimento, disciplina le modalità per lo svolgimento delle elezioni, la commissione elettorale ed il seggio elettorale, l'elezione dei componenti e la durata.

#### *Composizione*

Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal Direttore sanitario dell'Azienda ed è composto da:

- n. 6 dirigenti medici ospedalieri e territoriali dipendenti/universitari dell'Azienda di cui uno del Dipartimento di Prevenzione;
- n. 1 dirigente medico veterinario;
- n. 1 medico specialista ambulatoriale;
- n. 1 medico di medicina generale;
- n. 1 medico pediatra di libera scelta;
- n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nell'azienda unità sanitaria locale;
- n. 1 operatore dell'area infermieristica;
- n. 2 operatori dell'area tecnico – sanitaria, della riabilitazione e della prevenzione.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono eletti dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale.

#### *Personale avente diritto alla nomina di componente del Consiglio dei sanitari.*

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari:

- i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno 3 anni di anzianità;
- il personale universitario assegnato, da almeno tre anni, ad attività assistenziali.

Partecipano all'elezione del Consiglio dei sanitari, i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, dei ruoli: medici ospedalieri, medici territoriali, medici universitari, personale laureato sanitario, personale laureato sanitario universitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico – sanitario. Tutti i componenti del Consiglio dei sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori dell'Azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

Il Direttore generale indice le elezioni, previo avviso da pubblicare, almeno 30 giorni prima della data fissata. Il Consiglio dei sanitari dura in carica 5 anni. Il Consiglio dei sanitari decaduto conserva le proprie funzioni sino al rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.

Il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, almeno una volta al mese, su convocazione del presidente ovvero su richiesta di almeno cinque dei suoi componenti.

Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei sanitari non si pronuncia entro 15 (quindici) giorni dalla data di ricevimento della richiesta di parere.

### 14.2 Organismo Indipendente di Valutazione

La legge regionale 16 marzo 2011, n. 1 recante “Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali” ha previsto che tutti gli enti pubblici dipendenti della Regione, compresi gli enti del SSR, istituiscano l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), il quale riferisce direttamente agli organi di indirizzo politico-amministrativo.

L'OIV sostituisce il nucleo di valutazione e controllo strategico o altri analoghi organismi di controllo e opera in staff alla direzione aziendale, in posizione di autonomia.

L'Organismo indipendente di valutazione della performance cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 14, d. lgs n. 150/2009.

In particolare, monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza ed integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso anche formulando proposte al fine di garantirne la correttezza nonché la conformità agli indirizzi regionali, promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da tre componenti, nominati dal Direttore Generale dell'Azienda, secondo le modalità previste dai regolamenti di organizzazione di detti organismi, di cui uno con funzioni di presidente, dotati di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della pianificazione e controllo di gestione, della misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati.

I componenti dell'OIV durano in carica tre anni e possono essere rinnovati una sola volta.

Al fine di salvaguardare la caratteristica di indipendenza dell'OIV, non possono essere nominati quali componenti:

- coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OIV;
- coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;
- coloro che rivestono incarichi pubblici elettori o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione;
- coloro che hanno legami di parentela o di affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative.

Gli organi di indirizzo politico-amministrativo, in caso di gravi inadempienze da parte dell'OIV, possono, motivando, deciderne lo scioglimento anticipato.

Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del Direttore generale e senza maggiori oneri per i bilanci delle Aziende Sanitarie, un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne delle Aziende Sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting. Le modalità di funzionamento e i compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

Ai componenti dell'Organismo non può essere riconosciuto un compenso superiore a quello già previsto per i componenti del Nucleo di valutazione.

#### **14.3 Comitati e Commissioni aziendali**

Presso l'Azienda vengono costituiti i seguenti organismi collegiali, disciplinati dalla normativa vigente, che promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed assistenziali in funzione della risoluzione di specifiche problematiche della realtà organizzativa e professionale dell'Azienda, utilizzando anche metodologie di autoapprendimento organizzativo.

- Comitato unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni
- Comitato etico
- Commissione per il prontuario terapeutico
- Comitato per il buon uso del sangue
- Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA)
- Comitato per l'ospedale senza dolore
- Commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica, il cui ruolo va rafforzato con strumenti di monitoraggio più incisivi in grado di fornire al medico prescrittore informazioni in tempo reale, passando dall'appropriatezza basata sui costi all'appropriatezza clinica
- Comitato Valutazione Sinistri

Il Direttore generale, tenuto conto delle specifiche esigenze dell'Azienda, potrà prevedere nell'atto aziendale l'istituzione di ulteriori comitati o commissioni, anche se non disciplinati dalla normativa vigente, per far sì che le problematiche di rilevanza aziendale siano affrontate in maniera coordinata e sinergica, purché ciò non comporti oneri aggiuntivi a carico del bilancio dell'Azienda.

### **Comitato unico di Garanzia (CUG)**

Il Comitato Unico di garanzia con funzioni di promozione delle pari opportunità, della valorizzazione del benessere lavorativo e del contrasto alle discriminazioni è stato istituito con delibera n. 541/2022 (in attuazione della L.183/2012 e ss.mm.ii.), Il Regolamento del Comitato è stato adottato con deliberazioni nn. 652 e 1448 del 2023. Il CUG ha funzioni propulsive, consultive e di verifica su tematiche di conciliazione vita – lavoro, benessere organizzativo/lavorativo, interventi e progetti idonei a prevenire o rimuovere situazioni di discriminazione, molestie sessuali, morali o psicologiche nei luoghi di lavoro, interventi e progetti atti a promuovere la parità di trattamento e di opportunità tra donne e uomini e di verifica su esiti delle azioni di promozione del benessere organizzativo e prevenzione del disagio lavorativo, formazione del personale e sviluppo delle carriere, riorganizzazione dei servizi nell’ambito delle materie di propria competenza, progetti per servizi alla famiglia e alla persona a favore dei dipendenti, promozione della cultura di genere e contro le discriminazioni.

Con la suddetta deliberazione n. 541/2022 si è anche provveduto ad individuare il team del Comitato guida per la parità di genere della ASL ai sensi del DPR/UNI 125/2022: il Comitato Guida ha la finalità di promuovere la trasparenza sui processi per ridurre il *gender gap* e per il riconoscimento e mantenimento della Certificazione per la Parità di Genere ai sensi della L 162/2011 e 234/2021. Infatti l'ASL di Latina, il 19 dicembre 2023, è stata tra le prime Aziende pubbliche in Italia ad aver ottenuto il riconoscimento della Certificazione per la Parità di Genere ai sensi della DPR/UNI 125/2022 con vantaggi sul piano economico (come previsto della legge 5 novembre 2021, n. 162), vantaggi competitivi e di reputazione.

e reputazionali. Il “Sistema di certificazione della parità di genere” è un intervento del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), volto ad accompagnare ed incentivare le imprese ad adottare policy adeguate a ridurre il divario di genere in tutte le aree maggiormente critiche per la crescita professionale delle donne. Il progetto volto ad ottenere la Certificazione di genere, è nato in seno al Comitato Unico Garanzia che, insieme al team di lavoro specificatamente individuato, ha portato avanti il percorso volto ad ottenere il rilascio della Certificazione da parte di un Ente federato dell’Unione Italiana di Normazione e Organismo di certificazione accreditato.

L’Azienda, ha anche adottato un Piano delle Azioni Positive (deliberazione 869/2023), per la promozione del benessere organizzativo.

### **Comitato etico - Ufficio Sperimentazioni Cliniche**

I Comitati Etici, secondo la Determinazione n. G01659 del 10/2/2023 della Regione Lazio sono stati riorganizzati in Comitati Etici Territoriali (CET), ai sensi del D. l.vo 3/2018: l’ASL LATINA è stata inserita nell’Area 1, con AOU Policlinico Umberto I, AOU Sant’Andrea, ASL Rieti, ASL RM1, AO San Giovanni Addolorata, con sede e Segreteria Tecnico Scientifica presso l’AOU Policlinico Umberto I.

I Comitati Etici Territoriali regionali hanno valenza presso le strutture sanitarie o i territori individuati e sono competenti ad emettere parere sulla parte I e II del Reg. EU 536/2014; Reg. EU Medical Device 745/2017 e per ogni altra tipologia di studio clinico che riguarda gli esseri umani arruolati presso le strutture identificate ed autorizzate: gli studi clinici sono definiti come ricerche mediche che richiedono la partecipazione di volontari, sia pazienti che soggetti sani per sviluppare e analizzare trattamenti o modelli adatti alla prevenzione, alla diagnosi, epidemiologia e cura delle malattie o stato di salute.

Nella ASL di Latina, con deliberazione n. 286/2024 è stata aggiornata la “Procedura aziendale per le sperimentazioni cliniche” che prevede un Comitato per le sperimentazioni cliniche ed un ufficio di supporto amministrativo alle sperimentazioni cliniche afferente alla UOC Affari Generali e Controllo Interno.

### **Commissione per il prontuario terapeutico**

La Commissione Terapeutica Aziendale la cui costituzione è stata aggiornata con deliberazione n. 340 del 17.03.2023, ha il compito di aggiornare il Prontuario Terapeutico Aziendale, strumento scientifico, culturale e gestionale per gestire problematiche relative ad un uso sicuro efficace economico del farmaco, sulla base del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Regionale –P.T.O.R. che, ai sensi del DCA 238/2013, rappresenta uno strumento di indirizzo nonché un atto di direttiva.

A tal fine, la Commissione adotta moduli di richiesta, schede informative, raccomandazioni d’uso su singoli farmaci e linee guida terapeutiche.

### **Comitato per il buon uso del sangue**

Il comitato ha, tra le sue funzioni principali, quella di determinare standard, procedure e tecnologie di sicurezza per l’utilizzazione degli emocomponenti, di definire indicatori clinici di appropriatezza prescrittiva e loro

monitoraggio, attivare programmi di risparmio sangue, emocomponenti e plasmaderivati oltre che di contribuire al perseguitamento dell'autosufficienza aziendale e regionale. Le funzioni del Comitato e la sua composizione sono in fase di aggiornamento.

#### ***Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA).***

Le infezioni correlate all'assistenza - I.C.A rappresentano uno fra i principali problemi dei sistemi di salute pubblica e sono determinate da un eterogeneo insieme di condizioni differenti sotto il profilo microbiologico, fisiologico ed epidemiologico. Con deliberazione n. 286 del 05.03.2024, è stata aggiornata la Composizione del Comitato per la sorveglianza ed il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (CC-ICA) ed i Gruppi operativi per sorveglianza, prevenzione, controllo delle ICA. Il Comitato ha le seguenti funzioni:

- elaborare, monitorare ed implementare un programma annuale;
- promuovere e programmare gli interventi di formazione del personale, promuovere la partecipazione ad iniziative e processi in ottica *one health/planetary health* integrati con altre istituzioni, aziende, associazioni
- promuovere la raccolta dati sulla incidenza e prevalenza delle ICA e sulla antibiotico-resistenza, segnalare epidemie ed eventi sentinella associati alle pratiche assistenziali,
- validare e diffondere linee guida su utilizzo appropriato di antibiotici, presidi, dispositivi medici, procedure di disinfezione/sterilizzazione e protocolli assistenziali mirati alla riduzione del rischio infettivo/biologico per assistiti, operatori ed altri soggetti coinvolti, monitorare l'applicazione degli stessi,
- avviare programmi di sorveglianza e controllo nelle aree di cura ad elevato rischio di I.C.A. e nelle infezioni del sito chirurgico;

Le misure approvate dal CCICA sono contenute nel Piano per la Gestione del Rischio Sanitario (PARS).

#### ***Comitato per l'ospedale senza dolore.***

L'Azienda con deliberazione n.213 del 22.05.2024 ha istituito e definito le funzioni del Comitato ospedale senza dolore (COSD). Il Comitato svolge le seguenti funzioni:

- assicurare un osservatorio specifico del dolore nelle strutture ospedaliere e territoriali;
- promuovere gli interventi idonei ad assicurare nelle strutture sanitarie la disponibilità dei farmaci analgesici;
- promuovere protocolli di rilevazione e di trattamento dei diversi tipi di dolore;
- promuovere l'educazione continua del personale coinvolto nel processo assistenziale sui principi di trattamento del dolore, sull'uso dei farmaci e sulle modalità di valutazione del dolore;
- coordinare i servizi preposti al trattamento del dolore
- assicurare il monitoraggio dell'attuazione delle linee guida e la valutazione di efficacia;
- promuovere l'elaborazione e la distribuzione di materiale informativo agli utenti, relativo alla cura del dolore

#### ***Commissione interdistrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica (CAPI)***

Con deliberazione n. 672 del 30.05.2023 è stata aggiornata la composizione delle due CAPI della ASL di Latina. Le Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva svolgono la propria attività uniformandosi, per quanto attiene al funzionamento ed alla composizione, a quanto previsto dalla vigente normativa (DCA 238/2020). L'attività della CAPI è finalizzata a migliorare l'appropriatezza prescrittiva, in ambito aziendale, dei medici dipendenti del Servizio Sanitario Regionale e/o operanti per conto dello stesso (MMG, PLS, specialisti convenzionati), in riferimento a linee guida condivise, all'applicazione di percorsi diagnostico-terapeutici concordati, al rispetto delle note AIFA e delle indicazioni autorizzate, al fine di promuovere comportamenti appropriati. A tal fine l'azienda si è dotata di un sistema di monitoraggio e reportistica. La CAPI si occupa anche dell'appropriatezza delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale/ospedaliera relativamente a linee guida regionali e promuove iniziative di sensibilizzazione, formazione, indirizzo e supporto per il conseguimento di comportamenti adeguati.

#### ***Comitato Valutazione Sinistri (CVS)***

L'azienda con deliberazione 667 del 29.05.2023 ha proceduto alla nomina del Comitato Valutazione sinistri il cui Regolamento di funzionamento è stato adottato con deliberazione 576 del 08.05.2023. Ha altresì avviato la procedura per l'aggiornamento del Regolamento di funzionamento coerentemente alla Determinazione 23

novembre 2023, n. G15665 della Regione Lazio recante "Approvazione del "Documento di indirizzo sulla gestione dei sinistri da responsabilità medico-sanitaria e sul funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri. Il CVS è un comitato multidisciplinare strutturato nell'ambito dell'attività di gestione del contenzioso giudiziario ed extragiudiziario, con apporti dell'Avvocatura, degli Affari Generali, del Rischio Clinico, della Medicina Legale, del *Loss adjuster*, quest'ultimo in fase di individuazione. Il CVS è deputato alla analisi ed alla gestione dei sinistri in relazione alle richieste di risarcimento danni formulate in danno dell'Azienda. L'obiettivo del CVS è principalmente il controllo e la riduzione dell'impatto economico e sociale del sinistro, per il cui raggiungimento il CVS pone in essere ogni iniziativa utile e necessaria; inoltre il Comitato ha il compito di monitorare e gestire i sinistri, valutare la fondatezza delle richieste risarcitorie, promuovere e/o organizzare eventuali incontri preliminari ai fini conciliativi anche in caso di richieste formulate dalla eventuale Compagnia assicurativa, nonché di elaborare le strategie organizzative più opportune per l'Azienda. Spetta al CVS la quantificazione e valutazione complessiva, anche ai fini dell'eventuale attivazione e conclusione delle procedure risarcitorie, di ciascun sinistro (richiesta di risarcimento danno) sottoposto alla sua attenzione, nonché la considerazione di merito relativa all'opportunità e, in caso affermativo, alle modalità di partecipazione e svolgimento dei procedimenti di mediazione, come disciplinati dal Decreto Legislativo n. 28/2010 e ss.mm.ii.

## **15. RAPPORTI INTERNI ED ESTERNI**

L'Azienda presta particolare attenzione e cura alla gestione dei rapporti interni ed esterni, individuando nel coinvolgimento, nella consultazione e nella partecipazione il metodo privilegiato per il perseguitamento della propria missione.

### **15.1 Rapporti interni**

Al proprio interno, l'Azienda assume quale metodo di lavoro quello della partecipazione e del coinvolgimento della dirigenza e delle professioni, degli operatori e delle organizzazioni sindacali per promuovere il senso di appartenenza all'Azienda medesima, la condivisione delle scelte e la diffusione della conoscenza e delle informazioni a tutti i livelli.

Le politiche di gestione delle risorse umane, nel massimo rispetto dei diritti, della professionalità e delle legittime aspettative dei singoli, devono essere funzionali, oltre che alla crescita professionale, allo sviluppo delle strategie aziendali, nella piena consapevolezza da parte dell'Azienda che solo una larga condivisione degli obiettivi da parte dei professionisti e degli operatori ne può consentire il raggiungimento.

I rapporti interni devono essere pertanto finalizzati a:

- favorire il confronto e la condivisione delle conoscenze, realizzando all'interno dell'Azienda la più ampia informazione ai diversi livelli organizzativi, sulle scelte programmatiche, sugli atti normativi e organizzativi, sui processi di sperimentazione e innovazione;
- promuovere l'apporto alle scelte aziendali e la responsabilizzazione dei dirigenti, dei professionisti e degli operatori a tutti i livelli, in relazione ai rispettivi compiti e ruoli, assicurando la possibilità che tutti possano essere ascoltati per raccoglierne le esperienze e le proposte in funzione del processo di miglioramento;
- creare un clima di collaborazione e condizioni di contesto favorevoli per facilitare la progettazione, l'attuazione e il sostegno degli interventi di cambiamento e miglioramento;
- promuovere una cultura della salute personale e collettiva in tutti i suoi aspetti, stili di vita salubri, prevenzione dei rischi e delle malattie, sensibilità ai problemi climatici, sensibilità ai temi della qualità, donazione del sangue/organi/tessuti.

Costituiscono aspetti particolari dei rapporti interni le azioni volte a realizzare all'interno dell'Azienda le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni per tutti i lavoratori nonché quelle dirette a contrastare le situazioni di mobbing e discriminazione.

L'Azienda attribuisce, altresì, particolare rilievo al sistema delle relazioni sindacali per uno sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane.

Le relazioni sindacali, si connotano, pertanto, come:

- strumento per la corretta gestione dell'informazione, della contrattazione collettiva integrativa aziendale, della concertazione e della consultazione, con riferimento alla contrattazione collettiva;

- elemento di confronto per la migliore definizione dei programmi di tutela e promozione della salute. Le modalità operative che regolamentano lo svolgimento degli incontri con le OO.SS. per la contrattazione, concertazione e consultazione a livello aziendale, distrettuale e di presidio sono previste in un apposito regolamento.

## 15.2 Rapporti esterni

L’Azienda si pone come un soggetto attivo delle politiche sanitarie, della pianificazione locale e del rapporto con le istituzioni, con le categorie professionali, nonché con i cittadini e le loro associazioni.

L’Azienda assume come metodo privilegiato, ai fini del perseguimento della propria missione e della programmazione aziendale, quello della consultazione e della partecipazione di tutti i soggetti aventi titolo o impegnati, nel territorio dell’Azienda, nella tutela del diritto alla salute della popolazione.

Il rapporto con le istituzioni, finalizzato al perseguimento dei rispettivi compiti istituzionali, è improntato alla massima trasparenza, collaborazione ed interscambio di informazioni.

Particolare rilievo assumono i rapporti con:

- la Regione, quale soggetto istituzionale a cui spettano compiti di programmazione, finanziamento, indirizzo e controllo sull’Azienda;
- i Comuni, anche nell’ambito della Conferenza locale per la sanità, di seguito descritta.

Nell’esercizio delle sue funzioni l’Azienda intrattiene, inoltre, rapporti di fattiva collaborazione istituzionale con gli altri soggetti pubblici coinvolti direttamente o indirettamente nell’esercizio delle attività finalizzate alla tutela della salute, in particolare, la Provincia, le Comunità Montane, la Prefettura, le articolazioni periferiche delle amministrazioni dello Stato, le direzioni provinciali dell’Istituto nazionale previdenza sociale (INPS) e dell’Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni (INAIL), l’Istituto zooprofilattico sperimentale del Lazio e della Toscana, l’Agenzia regionale per la protezione ambientale (ARPA), gli ordini e collegi professionali, le istituzioni scolastiche.

L’Azienda si impegna, altresì, a mantenere rapporti collaborativi con la Magistratura e le Forze dell’Ordine, al fine di contribuire alle azioni dirette alla promozione e mantenimento di un sistema sanitario fondato sulla legalità e sul rispetto delle regole e dei diritti individuali e collettivi.

Una speciale attenzione l’Azienda pone ai rapporti e alla collaborazione con il Terzo Settore e, in particolare, con le associazioni dei cittadini e dell’utenza, con il Tribunale dei diritti del malato, con la Consulta dipartimentale per la salute mentale, con il volontariato, con le cooperative sociali, nonché con le OO.SS. Confederali e di categoria rappresentative dei cittadini anziani (Sindacati dei Pensionati), organizzazioni che rappresentano, senza dubbio, una risorsa utile e costruttiva per il miglioramento dei servizi e della loro qualità. Per rendere più trasparenti e costruttivi i rapporti di collaborazione con le predette organizzazioni, l’Azienda si riserva di assumere con gli stessi appositi protocolli d’intesa per stabilire le modalità della loro collaborazione alle attività aziendali.

Nell’ambito delle azioni volte al rispetto della dignità e della riservatezza delle persone assistite e alla loro partecipazione alla tutela del loro stato di salute, assumono, inoltre, particolare importanza le iniziative dirette a sviluppare all’interno dell’Azienda, quali aspetti qualificanti della qualità nell’erogazione dei servizi e delle prestazioni, la cultura e la pratica del consenso informato e il rispetto della normativa in materia di protezione e sicurezza dei dati personali, nonché strumenti diretti a favorire la diretta partecipazione dei cittadini e ad assicurare la tutela dei loro diritti, come previsto dalla vigente normativa.

### **Rapporti con gli enti locali: Conferenza locale per la Sanità**

Fondamentale importanza riveste la Conferenza locale per la sanità, disciplinata dagli articoli 12 e 13 della legge regionale n. 18/1994 e ss.mm.ii., ai sensi di quanto previsto dall’articolo 3, comma 14, del D. Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii.

È attraverso tale Conferenza che le istituzioni locali, al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini, concorrono alla definizione degli indirizzi e della programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie, inclusi gli interventi di promozione della salute e prevenzione,

La Conferenza, istituita in questa Azienda, ha sede presso la sede legale dell’Azienda medesima, è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio aziendale ed è presieduta dal sindaco del comune con maggior numero di abitanti. Nei comprensori socio-sanitari nei quali sono compresi più comuni, circoscrizioni, ovvero comuni e circoscrizioni in numero superiore a cinque, la Conferenza esercita le proprie funzioni attraverso un

Comitato di rappresentanza composto da cinque membri eletti nel suo seno, che ha sede presso la sede della Conferenza ed elegge il proprio presidente a maggioranza dei componenti.

Per la validità delle sedute, è richiesta la maggioranza dei componenti, che si esprimono a loro volta a maggioranza.

La Conferenza Locale o il Comitato di rappresentanza svolgono le seguenti funzioni:

- definiscono, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività dell'Azienda unità sanitaria locale;
- esaminano il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio dell'ASL e rimettono alla Giunta regionale le relative osservazioni;
- verificano l'andamento generale dell'attività dell'ASL;
- contribuiscono alla definizione dei piani programmatici dell'ASL;
- trasmettono le proprie valutazioni e i propri suggerimenti al Direttore generale e alla Giunta regionale che sono tenuti a fornire entro trenta giorni risposta motivata.

Ai fini dell'esercizio delle suddette funzioni, la Conferenza Locale o il Comitato di rappresentanza, ove costituito, può prendere visione degli atti e dei documenti amministrativi e contabili dell'ASL e chiedere notizie sull'andamento della stessa al Direttore generale, al Collegio sindacale e alla Regione.

Il Comitato di rappresentanza della Conferenza Locale informa della propria attività la Conferenza stessa e acquisisce dai sindaci le indicazioni dei bisogni sanitari della popolazione. A tal fine, il presidente della Conferenza Locale convoca annualmente un'assemblea di tutti i sindaci e presidenti dei Municipi compresi nel territorio dell'ASL

La Conferenza Locale adotta un regolamento per il proprio funzionamento.

Per quanto non previsto nel presente Atto di Indirizzo, si rinvia alla disciplina statale e regionale sopra richiamata.

Qualora il Sindaco che partecipa alla Conferenza, ovvero il suo delegato, sia anche dipendente dell'Azienda, è tenuto ad astenersi dal partecipare a quelle sedute ed a quelle decisioni che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Egli è tenuto altresì ad astenersi in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

#### ***Modalità di partecipazione e di tutela dei diritti dei cittadini, modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema***

L'Azienda Sanitaria Latina pone al centro della sua azione la persona e i suoi diritti, nella consapevolezza che l'organizzazione delle attività e il lavoro degli operatori sono al servizio del cittadino.

L'Azienda si impegna ad assicurare al cittadino-utente:

- comunicazione e ascolto del cittadino,
- informazione e chiarezza su procedure di accesso ai servizi e modalità di erogazione degli stessi,
- diritto di scelta dei servizi offerti,
- comunicazione sulle scelte programmatiche,
- partecipazione allo sviluppo di politiche sanitarie attraverso i canali previsti;
- costante verifica dell'adeguatezza delle prestazioni erogate e miglioramento degli standard qualitativi delle stesse
- esercizio dei propri diritti in materia di: accesso agli atti, dignità di trattamento, riservatezza, informazione, consenso informato, privacy e pubblica tutela.

Tali obiettivi vengono raggiunti sviluppando le potenzialità offerte da alcuni strumenti di partecipazione, quali l'URP, l'Audit civico, la Conferenza dei servizi, la Carta dei Servizi, il Tavolo Misto Permanente di Partecipazione.

In tale ottica sarà intrapreso un percorso di revisione/modifica del sito web per amplificare l'accessibilità: la creazione di un Portale vocale consentirà la navigazione e l'accesso alle informazioni e ai servizi attraverso il telefono così da favorire l'accessibilità non solo ad utenti disabili ma anche a coloro che non dispongono di strumenti informatici:

- Ufficio per le relazioni con il pubblico (U.R.P.) – comunicazione istituzionale: assicura la gestione della comunicazione con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività, agli altri enti, in particolare, ha il compito di:

- elaborare la Carta dei Servizi,
- verificare la percezione della qualità delle prestazioni erogate
- coordina il Tavolo permanente del Volontariato con UOSD comunicazione e relazioni con il pubblico,
- Processo di Audit civico: le iniziative di valutazione civica favoriscono la partecipazione attiva dei cittadini e delle Associazioni di tutela dei pazienti, l’Azienda partecipa ai programmi di Audit civico, promossi dalla Regione Lazio e Cittadinanzattiva Lazio Onlus;
- Conferenza dei servizi (art. 14, comma 4 del d.lgs. 502/1992 e ss.mm.ii.): il Direttore Generale convoca, almeno una volta l’anno, apposita conferenza dei servizi quale strumento per verificare l’andamento dei servizi;
- Carta dei Servizi pubblici sanitari: la Carta dei servizi, pubblicata sul sito internet dell’Azienda, rappresenta un impegno programmatico e operativo, previsto dalle vigenti normative, da parte dell’Azienda Sanitaria nei confronti del cittadino-utente e risponde ai doveri di trasparenza e esplicitazione del proprio mandato istituzionale; il contenuto, in modo chiaro ed esplicito, consente un’adeguata informazione dei servizi e dei processi di cura e di mantenimento della salute e riporta, gli impegni sanitari che l’Azienda assume nei confronti dei cittadini per una migliore qualità dei servizi.
- Organismi di partecipazione di cui all’art.14, comma 2, del d.lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.
  - Il Tavolo Misto Permanente della partecipazione (TMPP): l’istituzione è prevista dal programma di Audit Civico, promosso dalla Regione Lazio e Cittadinanzattiva Lazio Onlus e, attraverso la partecipazione civica, realizza pienamente il circolo virtuoso di trasformazione dei risultati di Audit civico in obiettivi e azioni di politica civica e aziendale nell’interesse comune di una sanità di qualità, equa e sostenibile. In linea con le indicazioni normative, al TMPP partecipano oltre all’Azienda, le organizzazioni civiche e di volontariato che con l’Azienda interagiscono. Si caratterizza per la centralità sull’interesse generale e trasversale della comunità, piuttosto che su quello soggettivo di singole categorie di cittadini-utenti;
  - Consulta del terzo settore: è l’organismo di rappresentanza delle organizzazioni di volontariato e del terzo settore che operano in ambito sanitario e/o sociale, in maniera rilevante per operatività, diffusione e radicamento sul territorio pontino. Ogni Comune della provincia di Latina, a mezzo del proprio legale rappresentante, propone un rappresentante da nominare nella Consulta del Terzo Settore. La Consulta del Terzo Settore partecipa al percorso di costruzione del Piano attuativo Locale (PAL) e dei Piani di Zona, in linea con le indicazioni dei Piani sanitari e sociali della Regione Lazio,
  - La tutela delle persone assistite: è priorità dell’azione dell’Azienda che, attraverso il Regolamento di pubblica tutela e l’U.R.P., offre al cittadino e ai pazienti gli strumenti per essere informati sui servizi erogati e le modalità di accesso. Permette di segnalare o proporre reclami sulle prestazioni ricevute, disservizi, violazioni di leggi o regolamenti.

### **15.3 Rapporti con l’Università**

La presenza dell’Università degli Studi di Roma “La Sapienza” nelle strutture assistenziali dell’Azienda, necessita di una condivisione di dinamiche e procedure che agevolino i rapporti istituzionali, regolamentati da appositi protocolli, convenzioni e procedure operative.

Lo sviluppo della collaborazione tra Facoltà e Azienda non può prescindere da specifici intenti quali:

- l’impegno a concordare e definire la presenza universitaria nelle strutture della Azienda compatibile con le esigenze assistenziali, didattiche, scientifiche ed economiche delle parti;
- il monitoraggio delle attività che coinvolgono la Facoltà per individuare eventuali criticità
- la definizione di procedure concordate per l’attivazione o la soppressione di strutture assistenziali.

L’Azienda si riserva di apportare eventuali modifiche all’assetto organizzativo qualora rese necessarie da aggiornamenti/modifiche del Protocollo d’intesa Regione-Università.

IL DCA Regione Lazio n.208 del 08.08.2026 avente ad oggetto il Protocollo d’Intesa tra la Regione Lazio e l’Università degli Studi di Roma "La Sapienza", prevede all’art.2, comma 2 bis, un *Comitato di Coordinamento azienda ed università* per l’integrazione delle attività assistenziali, con quelle di didattica e ricerca, composto da quattro componenti di cui due dell’Università, uno della Regione ed uno dell’Azienda Sanitaria.

L’azienda ha istituito anche un “Dipartimento funzionale per l’integrazione tra assistenza, didattica e ricerca” delle unità operative a direzione universitaria al fine di garantire, fermo restando la dipendenza delle strutture assistenziali ai Dipartimenti di afferenza gerarchica, l’integrazione ottimale tra assistenza, didattica e ricerca tramite la necessaria flessibilità operativa e l’integrazione con le attività aziendali.

Inoltre, l’Azienda valuterà, nel prossimo futuro, congiuntamente con l’Università e la regione, la possibilità di progettare la realizzazione di servizi di odontoiatria sociale comprensivi di programmi di igiene dentale.

## PARTE III - L'ASSETTO ORGANIZZATIVO DELL'AZIENDA

### 16. L'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

La disciplina relativa all'assetto organizzativo dell'Azienda trova il suo principale riferimento nelle leggi nazionali e regionali di settore di cui al paragrafo 10 e nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

#### 16.1 Parametri e standard

L'organizzazione aziendale prevista dal presente Atto tiene conto dei parametri e degli standard previsti dall'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, approvato con Deliberazione regione Lazio n.310 del 02 maggio 2024.

La metodologia seguita per l'individuazione degli standard è quella adottata dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di seguito indicati:

- strutture complesse ospedaliere: posti letto pubblici / S.C. ospedaliere = 17,5 l'applicazione dei parametri deve essere effettuata con riferimento ai posti letto programmati secondo quanto contenuto nei Programmi Operativi 2024/2026;
- strutture complesse non ospedaliere: popolazione residente / S.C. non ospedaliere = 1 ogni 13.515 residenti;
- le strutture complesse, laddove non previste da specifiche norme, sono costituite in presenza di elementi oggettivi che le giustifichino (bacino di utenza, volumi di produzione, complessità della casistica trattata, risorse economiche gestite, rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate, contingente di personale assegnato, organizzazione autonoma, etc.); e strutture complesse costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità professionale e clinica, nonché di gestione di risorse umane direttamente assegnate;
- strutture semplici totali (comprese le dipartimentali): 1,31 ogni struttura complessa:
  - le strutture semplici a valenza dipartimentale sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità professionale e clinica costituite la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di strutture complesse;
  - le strutture semplici costituiscono, di norma, articolazioni organizzative interne delle strutture complesse;
- dipartimenti: possibilità di istituire un Dipartimento almeno ogni 6 strutture operative (Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali), di cui almeno 4 complesse, fatta salva l'istituzione dei dipartimenti obbligatori per legge o specifiche finalità autorizzate da Regione.
- aree funzionali: “*possono inoltre essere istituite delle Aree Funzionali, intra o inter-dipartimentali nei casi in cui occorre rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi e processi assistenziali o gestionali comuni, senza che vi siano le condizioni per l'istituzione di un Dipartimento. In tal caso l'incarico di direzione dell'Area può dar luogo a una differente graduazione della funzione dirigenziale ma non al diritto a percepire l'indennità aggiuntiva di direzione di Dipartimento di cui all'art. 39 vigente CCNL*” (paragrafo 5.2 DGR n. 310/2024).
- nel calcolare il numero delle UOC Ospedaliere e non Ospedaliere in ragione dei parametri sopra descritti, si dovrà tenere conto della percentuale del 5% riservata alla Regione;
- le Aziende possono, per far fronte a specifiche esigenze aziendali, nel rispetto del plafond di unità assegnato e nei limiti del 10% dello stesso, derogare alla regola della ripartizione delle unità in ospedaliere e non ospedaliere.

#### 16.2 Criteri generali

L'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio non definisce un unico modello organizzativo al quale attenersi e neppure determina il numero delle strutture per singole macro-articolazioni, ma fornisce alle Aziende Sanitarie criteri generali per la definizione delle rispettive strutture organizzative.

Tra questi criteri rientrano:

- caratteristiche della rete delle strutture a gestione diretta presenti sul territorio, attuale ed in prospettiva, tenendo conto della presenza di altri soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati;
- valutazione dell'impatto della soluzione scelta in termini di miglioramento quali-quantitativo dei livelli assistenziali: maggiore appropriatezza del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, continuità assistenziale, riduzione dei tempi di attesa);
- dimensionamento delle strutture tale da garantire il raggiungimento della soglia minima quali-quantitativa di attività che garantisca l'efficienza gestionale, la sicurezza delle cure e la qualità assistenziale;
- aggregazione delle attività complementari o simili in dipartimenti o altre forme di aggregazione;
- efficienza gestionale, in termini di rapporto tra costi di produzione e valorizzazione della produzione, tariffaria e per funzioni;
- orientamento all'innovazione dei processi assistenziali e gestionali.

Autonomia, flessibilità e responsabilizzazione sono fondamentali in un'organizzazione aziendale che ricerca soluzioni adeguate alle specifiche esigenze gestionali ed al miglioramento della qualità e dell'efficienza dell'assistenza erogata. L'autonomia organizzativa si accompagna alla responsabilizzazione sia in termini di risultati assistenziali che di risultati gestionali ed economici sulla base alle risorse assegnate.

### **16.3 Il modello organizzativo**

Il modello organizzativo è orientato ai bisogni del cittadino, alla presa in carico del paziente, ma anche alla proattività degli interventi di promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce, attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali”, ivi includendo pazienti e loro caregiver, associazioni e organizzazioni del Terzo Settore. L'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare deve pertanto costituire il perno di nuovi modelli organizzativi in grado di superare una programmazione a silos degli interventi e delle prestazioni. Il modello organizzativo basato su percorsi/PDTA è esplicitato nel paragrafo relativo all'integrazione ed al governo clinico.

Articolazioni imprescindibili dell'Azienda sono la Direzione Aziendale e le Strutture Operative: Dipartimenti, Distretti, Aree funzionali, Staff alla Direzione Aziendale e Servizi Amministrativi e Tecnici, organizzati in articolazioni che aggregano risorse multiprofessionali, tecnologiche ed economiche e che assicurano, attraverso la direzione e l'organizzazione delle attività, il raggiungimento degli obiettivi aziendali. La valenza strategica, la complessità organizzativa, il contenuto tecnico professionale e il livello di autonomia sono gli elementi che caratterizzano l'articolazione e ne specificano le diverse responsabilità.

L'impianto organizzativo ed il funzionigramma sono dettagliatamente riportati in allegato.

### **16.4 I Dipartimenti e le Aree funzionali intra o inter-dipartimentali**

L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali che permette di dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ai compiti assegnati.

Il Dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari, sotto il profilo delle attività, delle risorse impiegate o delle procedure operative adottate che perseguono finalità comuni e che, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse (personale, spazi, attrezzature, risorse economiche). I Dipartimenti sono centri di responsabilità di livello aggregato: hanno responsabilità gestionale delle risorse loro assegnate.

L'individuazione dei dipartimenti ha tenuto conto delle caratteristiche organizzative e territoriali dell'Azienda, delle esigenze di coordinamento ed integrazione, al fine di evitare frammentazione e duplicazione di funzioni. Alcune funzioni aziendali, in ragione delle loro peculiarità, non sono aggregate in dipartimenti; ciascuna struttura complessa o semplice a valenza dipartimentale può far capo strutturalmente ad un solo dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente anche ad altri dipartimenti/aree.

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

In ciascun Dipartimento è costituito un *Comitato di Dipartimento*, quale organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica, la cui composizione e funzionamento verrà normata da apposito regolamento. Componenti del Comitato di dipartimento sono:

- il direttore del dipartimento che lo presiede;
- i direttori delle unità operative complesse;
- i dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali;
- i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza ed ispezione e dell'assistenza sociale, del ruolo amministrativo ove previsti nel dipartimento;
- i dirigenti medici e sanitari e degli altri ruoli, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del dipartimento.

La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento, fermo restando che di norma il Comitato di Dipartimento si riunisce per l'esame congiunto delle attività almeno una volta al mese.

Il Comitato di dipartimento:

- definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento, in particolare i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza
- elabora la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento che verranno negoziati dal direttore con la Direzione
- si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse,
- si esprime su budget, acquisizione ed allocazione delle risorse delle singole unità operative
- verifica la corrispondenza dei risultati di attività ed economici raggiunti rispetto agli obiettivi concordati

Il Dipartimento e le Aree Funzionali rappresentano strumenti per l'innovazione organizzativa e gestionale, attraverso il coordinamento e la gestione integrata di funzioni complesse. In tali articolazioni organizzative si realizzano convergenze di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali allo scopo di ottimizzare risorse e attività perseguitando obiettivi e finalità comuni in una logica d'integrazione e sviluppo della rete ospedaliera e territoriale

## 17. LO STAFF

Le funzioni di staff sono individuate, dall'atto di indirizzo, sulla base dei seguenti criteri:

- supporto al processo di programmazione e di gestione del ciclo della performance;
- trasversalità delle funzioni svolte;
- funzioni strategiche essenziali.

È stata istituita un Dipartimento di staff costituito dalle seguenti U.U.O.O che operano, in supporto alla Direzione strategica, per il raggiungimento degli obiettivi aziendali.:

- UOC Programmazione Controllo e Governo Clinico: supporta la Direzione Aziendale nella pianificazione strategica e nel processo di programmazione e di budgeting annuale, garantisce il supporto tecnico all'Organismo Indipendente di Valutazione nello svolgimento delle funzioni ad esso assegnate, gestisce il sistema di reporting aziendale, coordina le attività correlate al governo clinico ed alla programmazione integrata di percorsi al fine di migliorare i flussi assistenziali, coordina la programmazione ed il monitoraggio dei Percorsi e dei PDTA
- UOC Sviluppo organizzativo, Formazione e Bilancio Sociale: supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nella realizzazione di processi innovativi organizzativi, nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo; rappresenta per l'Azienda uno strumento strategico per la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti, il miglioramento dell'efficacia e efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni ed organizzativa, la diffusione e la condivisione di una cultura organizzativa orientata al miglioramento della qualità; favorisce l'accesso alla formazione di tutto il personale e rivolge la propria offerta formativa sia alle professioni previste dal sistema di Educazione Continua in Medicina ("ECM") che

- alle altre professionalità presenti in Azienda; cura, con altre strutture, l'analisi del clima lavorativo e conseguenti proposte; si occupa con le altre strutture competenti del Bilancio sociale;
- UOC Rischio Clinico, medicina legale e qualità: attiva le iniziative volte a migliorare la sicurezza delle cure. Attiva tutte le iniziative volte a migliorare la sicurezza delle cure: in particolare, tra l'altro, predispone il Piano Annuale per il Rischio Sanitario (PARS), implementa le attività di Patient Safety, i documenti regionali di indirizzo e le *raccomandazioni ministeriali in materia di qualità e sicurezza delle cure, il sistema di incident reporting*; soddisfa il debito informativo nei confronti del Sires (Sistema Regionale di Segnalazione) e del SIMES (Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità) secondo le indicazioni regionali e nazionali; governa il *risk assessment*, gestisce gli eventi avversi anche con audit clinici, coordina le indagini epidemiologiche, analisi e studi sul rischio clinico e sulle infezioni correlate all'assistenza; inoltre coordina e gestisce le attività aziendali di Medicina Legale; cura i processi di valutazione della qualità, attraverso forme di Audit e iniziative di valutazione civica; cura, con altre strutture, l'analisi del clima lavorativo e conseguenti proposte; alimenta il fondo riserva sinistri e il fondo rischi per l'ambito di competenza, garantendo gli opportuni aggiornamenti
  - UOC Governo liste di attesa specialistica ambulatoriale - ALPI: propone il Piano per il governo delle liste d'attesa aziendale; al suo interno è individuato il Referente Unico Aziendale liste di attesa specialistica ambulatoriale (RUA) che affianca il Responsabile del governo liste di attesa: il RUA ha la funzione di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni relative alla gestione, trasparenza, modalità di prioritarizzazione delle agende della specialistica ambulatoriale, attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi e la valutazione delle criticità rappresentate in tale ambito; gestisce e controlla l'attività di libera professione;
  - UOC Accreditamento: verifica il possesso ed il mantenimento dei requisiti di accreditamento delle strutture sanitarie private, partecipa alla programmazione e valutazione della rete dell'offerta per quanto attiene alle strutture private accreditate, verifica e controlla i tetti di prestazioni, i budget economici, la qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate;
  - UOSD Gestione adempimenti processi di attivazione strutture interne: svolge un ruolo di coordinamento per attività/processi di autorizzazione e accreditamento e per atti istruttori ai fini dell'autorizzazione all'esercizio delle strutture interne (pubbliche), con il supporto di tutte le strutture aziendali coinvolte; svolge audit presso le strutture interne (pubbliche) ai fini della verifica del possesso/mantenimento dei requisiti ulteriori di accreditamento, supporta il Dipartimento di Prevenzione che svolge l'istruttoria per il rilascio dell'autorizzazione e accreditamento delle strutture pubbliche di altra azienda sanitaria, oggetto di controllo della ASL Latina, e ne verifica gli ulteriori requisiti di accreditamento;
  - UOSD Comunicazione e Relazioni con il Pubblico: assicura la gestione della comunicazione istituzionale con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e ad altri enti, anche mediante l'attivazione di campagne di comunicazione, coordina la rete degli Uffici relazioni con il pubblico (URP), elabora la Carta dei Servizi e coordina il tavolo permanente del volontariato e del terzo settore con la rete degli URP, collabora con UOC Sviluppo organizzativo, Formazione e Bilancio Sociale al Bilancio Sociale;

Nello staff sono previste anche funzioni che non rientrano nell'area

- Avvocatura: si occupa del patrocinio diretto delle controversie che coinvolgono l'Azienda avanti ogni ordine e grado di giudizio, nonché dell'assistenza stragiudiziale e della consulenza legale agli altri servizi aziendali; collabora con l'Avvocatura Regionale nelle cause comuni; alimenta il fondo riserva sinistri e il fondo rischi per l'ambito di competenza, garantendo gli opportuni aggiornamenti
- Servizio di prevenzione e protezione: cura la corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al d.lgs n. 81/08 e s.m.i.
- Medico competente: cura la corretta applicazione delle normative in vigore riguardanti la sorveglianza sanitaria dei lavoratori nonché degli altri obblighi previsti dalla normativa in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro
- Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza: funzioni preposte alla definizione

e gestione del Piano della Trasparenza e del Piano per l'Anticorruzione, con il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali, e ad una periodica rendicontazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.

- Ufficio stampa: funzione preposta a garantire l'informazione ai mezzi di comunicazione di massa

In staff è presente un'Area funzionale trasversale interdipartimentale

- ✓ Area funzionale interdipartimentale per la programmazione ed il governo dell'offerta

E' un'area di coordinamento trasversale per la programmazione ed il governo dell'offerta dei servizi sanitari che deve essere organizzata in modelli orientati ai bisogni del cittadino ed alla presa in carico del paziente. L'area è stata individuata in considerazione delle indicazioni della DGR 310/2023 per cui, come indicato in paragrafo 11:

- l'azione di governo clinico, attraverso la programmazione integrata di percorsi, è centrata al miglioramento dei flussi assistenziali, la qualità e la sicurezza delle cure e la soddisfazione dei pazienti e del personale....
- l'attività clinica e l'organizzazione funzionale devono essere sviluppate per obiettivi di salute e percorsi di presa in carico e continuità assistenziale, privilegiando la partecipazione multiprofessionale e multidisciplinare, prevedendo coordinamento e ruoli di riferimento, connessioni tra UU.OO, servizi e setting...

L'area si occupa di:

- analisi di dati demografici ed epidemiologici per la valutazione dei bisogni assistenziali
- ricognizione offerta/servizi esistenti
- integrazione con informazioni relative a personale, altre risorse e budget
- programmazione percorsi/processi sulla base dei bisogni assistenziali e delle risorse
- riorientamento dell'offerta secondo i percorsi/processi definiti
- monitoraggio e valutazione

Le strutture che partecipano all'area, in ragione delle loro funzioni, sono:

- UOC programmazione, controllo e governo clinico che supporta la Direzione nella pianificazione e coordina le attività correlate al governo clinico,
- UOC accreditamento che partecipa alla programmazione e valutazione dell'offerta della rete degli erogatori privati,
- UOC governo liste di attesa specialistica ambulatoriale per quanto attiene all'offerta specialistica ambulatoriale ed alle liste di attesa
- Distretti aventi funzioni di coordinamento locale relativamente alle attività di governo clinico/percorsi
- Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche avente funzioni di coordinamento locale relativamente alle attività di governo clinico/percorsi
- Dipartimento Professioni sanitarie.

## 18. I SERVIZI AMMINISTRATIVI E TECNICI

Per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione di servizi ai cittadini, sono essenziali funzioni di supporto amministrativo e tecnico. L'articolazione delle funzioni amministrative e tecniche è stata progettata tenendo conto del grado di complessità, dell'entità delle risorse gestite, delle dimensioni territoriali e di popolazione dell'azienda, del livello tecnologico, della complessità dei processi assistenziale.

Sono state individuati due Dipartimenti che afferiscono alla Direzione Amministrativa

- **Dipartimento dei processi di governo delle risorse umane, economiche, ICT**

Riveste un ruolo strategico nella gestione delle attività volte a produrre valore per la complessiva struttura aziendale e si caratterizza per lo svolgimento di funzioni a forte carattere gestionale e di programmazione, orientate:

- ad una visione aziendale delle problematiche, con una diretta funzione di supporto alle scelte della Direzione Aziendale;

- ad un efficiente utilizzo delle risorse, nel rispetto dei principi di legalità trasparenza e buon andamento dell'amministrazione pubblica, e in una logica di servizio interno nei confronti delle altre strutture aziendali e in particolare di quelle deputate all'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari;
- ad una riqualificazione in senso gestionale di funzioni amministrative tradizionali, in un'ottica di governo e programmazione di risorse più che di mera amministrazione delle stesse;
- alla semplificazione e al decentramento dei servizi, anche attraverso la digitalizzazione delle procedure e dei processi;
- all'introduzione di soluzioni operative e gestionali innovative sfruttando anche il massimo potenziale del settore informatico;
- a rendere coerente il sistema informativo con l'evoluzione organizzativa in una ottica di progressivo completamento della interoperabilità dei sistemi e di acquisizione e accesso alle informazioni *once only*;
- alla realizzazione di tutti i progetti di investimento rientranti nelle missioni del PNRR;
- al potenziamento degli strumenti di trasparenza e anticorruzione, anche attraverso il progressivo impiego dell'intelligenza artificiale (IA) e dell'applicazione di tecnologie blockchain.

Si articola nelle seguenti strutture operative:

- UOC gestione giuridica ed economica del personale
- UOC programmazione e gestione del fabbisogno del personale e reclutamento
- UOC affari generali e controllo interno
- UOC bilancio e contabilità
- UOC ICT, sistemi informativi e centro servizi telemedicina
- UOSD personale convenzionato

#### **• Dipartimento della committenza e gestione del patrimonio**

Riveste un ruolo strategico legato alla necessità di coordinarsi ed interfacciarsi con la gran parte delle strutture aziendali, sanitarie e socio-sanitarie, considerata la forte multidisciplinarietà delle funzioni in cui si articola. Per l'ottimale funzionamento, deve garantire un importante impulso alla programmazione delle attività.

Si caratterizza per lo svolgimento di funzioni a forte carattere tecnico-amministrativo, orientate a:

- definire le strategie e le modalità di espletamento delle gare d'appalto di lavori e di acquisizione di beni e servizi, favorendo l'inserimento dei Criteri ambientali minimi (C.A.M.) e l'applicazione delle clausole sociali (generazionali e di genere) anche in ottica premiale, l'utilizzo di metodologie e approcci multidisciplinari e multidisciplinari, anche in materia di impatti ambientali di prodotti, di attività o processi lungo le fasi del ciclo di vita, il tutto a supporto delle decisioni;
- sviluppare formule di appalti innovativi attraverso l'inserimento di algoritmi di intelligenza artificiale (IA);
- valorizzare l'assetto e la riqualificazione patrimoniale, anche attraverso la realizzazione di tutti i progetti di investimento finanziati con fondi PNRR;
- garantire la corretta esecuzione degli interventi esternalizzati nel rispetto delle norme e delle procedure;
- definire e programmare gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria per mantenere in efficienza e a norma le strutture e gli impianti in cui si svolgono le attività dell'Azienda;
- garantire il processo di completamento della digitalizzazione degli appalti pubblici;
- curare le relazioni istituzionali con gli altri Enti autorizzativi e di controllo (Regione, Comuni, Vigili del Fuoco, Enti di vigilanza e controllo a livello locale e statale) anche al fine di concordare le più opportune soluzioni, con assunzione di responsabilità allo scopo di garantire la perfetta esecuzione formale e sostanziale di tutti gli interventi attuati;

Si articola nelle seguenti strutture operative:

- UOC acquisizioni farmaci, dispositivi medici e service sanitari
- UOC acquisizione beni non sanitari, servizi e gestione dei contratti della logistica
- UOC tecnico e patrimonio
- UOC ingegneria clinica e I.A.
- UOC gestione attività amministrative degli ospedali
- UOSD gestione attività amministrative del territorio

## 19. AREA OSPEDALIERA

La Rete Ospedaliera Aziendale è stata strutturata in accordo con la Deliberazione di Giunta Regionale del 7 dicembre 2023, n. 869 "Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" prevedendo per ciascuna struttura ospedaliera l'identificazione del "livello gerarchico di complessità" e per ciascuna rete il modello di relazioni funzionali organizzato in base alla specificità assistenziale:

- Ospedale "S. Maria Goretti" di Latina: sede di DEA di II livello;
- Ospedale "A. Fiorini" di Terracina: sede di pronto soccorso;
- Ospedale "S. Giovanni di Dio" di Fondi: sede di pronto soccorso;
- Ospedale "Dono Svizzero" di Formia: sede di DEA di I livello.

In allegato, in tabella D, per ogni ospedale è indicato il ruolo nelle reti, il numero di posti letto, per regime e disciplina e sono definite le Unità Operative Complesse (UOC), Dipartimentali (UOSD) e Semplici (UOS), indicando la denominazione, l'afferenza alla disciplina secondo quanto previsto nella DGR n. 869 del 7.12.2023.

A tal proposito, si rappresentano le modifiche alla DGR di cui sopra, proposte dalla ASL e relative alle seguenti UOS/UOSD:

- in DGR 869/2023 ospedale di Latina, disciplina Direzione Sanitaria sono previste 1 UOC e 2 UOS; nella proposta di atto aziendale della ASL, 1 UOS diventa "UOSD coordinamento TOH e bed management della rete ospedaliera" per potenziare "percorso flusso di ricovero e gestione tra setting" e "percorsi rete tempo dipendenti"
- in DGR 869/2023 ospedale di Latina, disciplina Laboratorio Analisi sono previste 1 UOC e 2 UOS; nella proposta di atto aziendale della ASL la "UOS microbiologia" è trasformata in incarico di alta professionalità

L'aggregazione delle strutture ospedaliere si orienta verso un modello in grado di superare l'articolazione per reparti specialistici differenziati e realizzare l'integrazione delle risorse e dei professionisti nella rete di assistenza, la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi di cura a livello inter-ospedaliero.

Le articolazioni ospedaliere sono state aggregate in Dipartimenti in base a:

- intensità e gradualità delle cure
- area funzionali omogenee
- organo apparato
- percorsi assistenziali

Sono presenti:

- Dipartimento di *governance* della Rete Ospedaliera e dell'Area critica: promuove l'integrazione organizzativa degli ospedali e delle funzioni di emergenza-urgenza ed alta intensità dell'intera rete ospedaliera, include le funzioni del DEA di II° livello e del DEA di I° livello la cui sede viene rispettivamente individuata negli Ospedali "S. Maria Goretti" di Latina e "Dono Svizzero" di Formia; promuove e coordina le funzioni di facilitazione dei flussi di ricovero e dimissione e le transizioni verso i setting territoriali, la programmazione e la gestione delle attività delle sale operatorie, le funzioni igienico-sanitarie della rete ospedaliera; la nuova UOSD Direzione Medica dei Presidi di Terracina e Fondi, garantisce la *governance* più autorevole ed incisiva di tali ospedali, in particolare relativamente al percorso nascita/materno infantile, al percorso chirurgico, al percorso pronto/soccorso ricoveri, alla prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza ed alla piena integrazione con il resto delle reti ospedaliere ed il territorio.
- Dipartimento Alte specialità neuro-cardiovaskolari: Il Dipartimento è stato creato al fine di promuovere la collaborazione di discipline trainanti e fortemente connesse tra loro come formazione clinica e scientifica e perseguire strategie di assistenza integrata in grado di dare una efficace risposta a patologie che rappresentano la maggior causa di mortalità, morbilità e assorbimento di risorse. L'attivazione della cardiochirurgia, la presenza di due "UOC di emodinamica, UTIC e cardiologia"

rispettivamente nel DEA II e nel DEA I, la presenza di chirurgie specialistiche come la “UOC chirurgia vascolare” e la “UOC neurochirurgia” nel DEA II, la presenza della “UOC neurologia” con sede nel DEA II e DEA I e della “UOSD neurologia” presso l’ospedale di Terracina, richiedono una *governance* specifica all’interno di un Dipartimento autonomo, per coordinare ed indirizzare le competenze ed attività di alta complessità clinica, tecnica, chirurgica, per favorire l’implementazione delle nuove specialità e l’evoluzione di quelle già presenti, per promuovere il miglioramento della qualità, l’appropriatezza e la sostenibilità economico finanziaria;

come evidenziato da recenti Documenti di Consenso (Società Europea di Cardiologia, Società Europea di Cardiology Council on Stroke, European Stroke Organization), è fondamentale favorire una stretta collaborazione tra cardiologi e neurologi per garantire un utilizzo ottimale delle cure e delle misure preventive nei pazienti con patologie neurologiche; il Dipartimento e le rispettive UOC/UOS garantiscono le funzioni delle reti tempo dipendenti (infarto, cardiochirurgica, ictus, trauma/neurotraumatologia), la presa in carico delle patologie croniche tramite i PDTA (scompenso), la continuità assistenziale con la rete territoriale anche mediante la telemedicina

- Dipartimento Area dei Servizi: la mission del dipartimento che copre l’intera rete ospedaliera è quello di supportare la attività di produzione delle prestazioni sanitarie, gestendo servizi e prestazioni diagnostico-interventistiche di altissima qualità e complessità professionale e tecnologica e forte spinta all’innovazione, quali la medicina di precisione, la diagnostica molecolare, la digitalizzazione, l’intelligenza artificiale, la telemedicina, comunque guidate dall’appropriatezza e dalla sostenibilità economico finanziaria; gestisce e contribuisce in modo rilevante e qualificato all’offerta specialistica ambulatoriale esterna, sia di primo accesso che dedicata ai percorsi/PDTA, ed al rispetto dei tempi di attesa
- Dipartimento Materno-Infantile: è costituito dalle unità operative di “ginecologia-ostetricia” e di “pediatria-neonatologia” della rete ospedaliera che garantiscono le funzioni della rete perinatale, le attività chirurgiche secondo il Piano strategico aziendale, la salute della donna e dei minori. Al dipartimento afferiscono funzionalmente “UOC Consultori familiari”, “UOSD vaccinazioni”, “UOSD gestione fragilità e progetti di equità, pediatrici e medicina di genere”; inoltre il dipartimento è integrato, in un’Area di coordinamento, con le altre strutture coinvolte nella salute materno infantile e dell’età evolutiva quali il Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza e delle Dipendenze patologiche, il Dipartimento della funzione territoriale con le unità viste prima (“UOC Consultori familiari”, “UOSD vaccinazioni”, “UOSD gestione fragilità e progetti di equità, pediatrici e medicina di genere”), con i Distretti per le cure primarie ed i MMG/PLS, il dipartimento di prevenzione per la presa in carico/continuità assistenziale di donne, neonati, bambini, adolescenti, screening neonatali e femminili, umanizzazione delle cure, equità di accesso soprattutto alle fasce fragili;
- Dipartimento Area Medica DEA II Livello (ospedale di Latina): a tale dipartimento afferiscono strutture integrate nella gestione delle attività di area medica di degenza per acuti per intensità di cure ed area funzionale omogenea, sia ordinaria che diurna multidisciplinare, in continuità assistenziale con i setting territoriali con le apposite funzioni (*Bed Manager/TOH/COT*); strutture a vocazione specialistica ambulatoriale con funzione di presa in carico precoce e continuità assistenziale per i percorsi cronici e di alta specialità clinica (PDTA/percorsi per diabete, BPCO, nefropatie croniche, endocrinologiche, gastroenterologiche) e che contribuiscono, anche in modo rilevante ed altamente qualificato, all’offerta specialistica ambulatoriale esterna ed al rispetto dei tempi di attesa; servizi di endoscopia digestiva, sia diagnostico/interventistica che di screening, di riferimento aziendale dislocata in tutti i presidi; strutture onco-ematologiche che garantiscono l’intera offerta nella rete ospedaliera integrate con la rete territoriale; la struttura di riabilitazione di riferimento per le attività di valutazione di appropriatezza setting assistenziali e specialistica, sia della rete ospedaliera che territoriale; la struttura di nutrizione clinica;
- Dipartimento Area Medica DEA I Livello (ospedale di Formia) e Presidi di Fondi e Terracina: a tale dipartimento afferiscono strutture integrate nella gestione delle attività di area medica di degenza per acuti per intensità di cure ed area funzionale omogenea, sia ordinaria che diurna multidisciplinare, in continuità assistenziale con i setting territoriali con le apposite funzioni (*Bed Manager/TOH/COT*); strutture a vocazione specialistica ambulatoriale con funzione di presa in carico precoce e continuità assistenziale per i percorsi cronici e di alta specialità clinica (PDTA/percorsi per diabete, nefropatie croniche, patologie dermatologiche oncologiche e non) e che contribuiscono in modo rilevante e

- qualificato all'offerta specialistica ambulatoriale esterna ed al rispetto dei tempi di attesa; l'attivazione di una nuova UOSD Lungodegenza di Terracina qualifica e potenzia l'offerta di posti letto per acuti
- per le patologie croniche e multi-croniche dell'intera area centro/sud, altrimenti non rappresentata, in particolare per le fasce di età più avanzate, che richiedono una osservazione/stabilizzazione prima della presa in carico territoriale residenziale o domiciliare;
  - Dipartimento Area Chirurgica DEA II Livello: a tale dipartimento afferiscono strutture integrate nella gestione delle attività di degenza per acuti per area omogenea/intensità di cura, differenziati per urgenza/elezione week/long e per regime ordinario/day-surgery multidisciplinare, gestione delle attività chirurgica di urgenza/programmata in regime di degenza o ambulatoriale (accorpamenti di prestazioni ambulatoriali - APA), seguendo la programmazione prevista dal Piano strategico aziendale orientato all'appropriatezza, efficienza ed al rispetto delle classi e tempi di attesa; il Dipartimento e le rispettive UOC/UOS garantiscono le funzioni delle reti tempo dipendenti (emergenza, trauma), i PDTA/percorsi di patologia oncologica (mammella, colon-retto, prostata) tramite la *breast unit* e il piano oncologico, l'offerta specialistica ambulatoriale esterna, sia di primo accesso che dedicata ai percorsi/PDTA, il rispetto dei tempi di attesa; la continuità assistenziale con la rete territoriale anche mediante la telemedicina.
  - Dipartimento Area Chirurgica DEA I Livello e Presidi di Fondi e Terracina: a tale dipartimento afferiscono strutture integrate nella gestione delle attività di degenza per acuti per area omogenea/intensità di cura, differenziati per urgenza/elezione week/long e per regime ordinario/day-surgery multidisciplinare, gestione delle attività chirurgica di urgenza/programmata in regime di degenza o ambulatoriale (APA), seguendo la programmazione prevista dal Piano strategico aziendale orientato all'appropriatezza, efficienza ed al rispetto delle classi e tempi di attesa; il Dipartimento e le rispettive UOC/UOS garantiscono le funzioni delle reti tempo dipendenti (emergenza, trauma), i PDTA/percorsi di patologia oncologica (ca mammella, colon-retto, prostata) tramite la *breast unit* e il piano oncologico, l'offerta specialistica ambulatoriale esterna, sia di primo accesso che dedicata ai percorsi/pdta, ed il rispetto dei tempi di attesa; la continuità assistenziale con la rete territoriale anche mediante la telemedicina; particolare valenza strategica riveste la UOSD Day surgery multispecialistico con sede a Fondi, che valorizza la qualità strutturale e le competenze professionali di tale Ospedale, rinforza la sua funzione strategica di concentrare le maggior parte delle attività chirurgiche mininvasive (day surgery ed APA), soprattutto delle discipline chirurgiche di Fondi e Terracina, ma anche in parte di Formia e Latina.
- ✓ **Area funzionale coordinamento Direzioni mediche:** è preposta al coordinamento interdipartimentale e inter-ospedaliero di:
- UUOO delle direzioni mediche *di presidio*: funzioni igienico sanitarie dei presidi, con particolare riguardo alla prevenzione e controllo delle ICA, tramite il CCICA, le UOS di igiene e tecnica ospedaliera delle Direzioni mediche, la UOC malattie infettive, gli incarichi di coordinamento/ funzione delle professioni sanitarie,
  - percorso di gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento del PS, con le UUOO dei PS tutte le UUOO interessate
  - percorso ricoveri e dimissioni tramite la UOSD TOH/ bed management della rete ospedaliera,
  - percorso chirurgico, tramite il Gruppo aziendale programmazione attività chirurgica (GAPAC), le UUOCC anestesia e rianimazione, le UUOSS sale operatorie, le UUOO dei dipartimenti di area chirurgica, gli incarichi di coordinamento/ funzione delle professioni sanitarie,
  - percorso di accertamento di morte, donazione/trapianto organi e tessuti tramite il coordinamento trapianti,

Di seguito sono indicati i documenti di riferimento aziendali relativi a:

- Piano per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso: delibera n. 1414 del 30.12.2022 e ss.sm.ii.;
- Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura con il Regolamento per la gestione delle Liste di attesa per intervento, il Regolamento della Sala Operatoria, le indicazioni operative relative alla chirurgia non programmata, utilizzo del buon uso del sangue, prevenzione e gestione della sepsi: deliberazione n. 1049 del 06.10.2022 "Piano strategico

aziendale per l'attività chirurgica (PSAAC)" e ss.sm.ii, da ultimo deliberazione n.1 del 04.01.2024 "Indicazioni operative relative al percorso chirurgico e alle liste di attesa per intervento chirurgico"

- Linee di indirizzo Interconnessione COT – TOH: delibera n. 105 07.09.2023 è stato approvato il modello organizzativo delle Centrali operative territoriali aziendale (COT-A) e distrettuali (COT-D)
- Piano Oncologico Aziendale: nota prot. n. nota 56479 del 14.06.2024
- Per quanto riguarda i PDTA di riferimento per le reti regionali e aziendali, sono indicate nella tabella C allegata.

## 20. AREA TERRITORIALE

L'emergenza pandemica, il PNRR, il DM 77/2022 hanno promosso il passaggio da un modello di assistenza centrato sull'offerta di singole prestazioni a nuovi "modelli" di assistenza orientati alla presa in carico globale dei bisogni della popolazione e dell'individuo.

Per programmare e governare l'offerta, diventa quindi necessario conoscere i bisogni della popolazione che possono essere individuati con processi di stratificazione della popolazione (*population e community health management*). I bisogni assistenziali, come indicato nella I parte dell'atto, sono stimati quantificando la popolazione cronica, multi-cronica, con elevata complessità clinica o con fattori di vulnerabilità socioeconomica, fino alla stima dei fattori di rischio individuali (comportamentali, clinici e socio-economici) e contestuali (inquinamento atmosferico) della popolazione sana, su cui intervenire con azioni di promozione della salute, con un approccio "*One-Health*".

### 20.1 Ruolo e funzioni del Distretto

Il distretto diventa l'articolazione dell'Azienda Sanitaria Locale, in cui si realizza la garanzia dell'erogazione dei LEA distrettuali attraverso l'integrazione delle attività sociali e sanitarie, il coordinamento delle attività dei dipartimenti territoriali ed il raccordo con le attività dei dipartimenti ospedalieri.

Esercita la funzione di tutela, gestione e coordinamento (funzionale e organizzativo) della rete dei servizi sociosanitari dei propri assistiti, che si esprime attraverso il ruolo di garante dell'accesso alle prestazioni, della presa in carico, dell'appropriatezza delle risposte ai bisogni, della qualità dei servizi, dell'unitarietà e armonizzazione dei percorsi e processi. In particolare, l'adozione di un approccio per percorsi assistenziali rappresenta la vera sfida per garantire la continuità dell'assistenza/presa in carico dell'utente

Il Distretto si configura come una Macrostruttura con compiti di programmazione, organizzazione, coordinamento; è responsabile dell'attuazione delle linee di programmazione aziendale, in particolare per la funzione di coordinamento locale relativamente alle attività di governo clinico, programmi di prevenzione, promozione e tutela della salute; coordina l'assistenza ai cronici, fragili, non autosufficienti, l'integrazione socio sanitaria, l'assistenza materno infantile.

In sintesi, il Distretto deve esercitare le funzioni proprie, così come definite dall'art.3-quinquies del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.:

- valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- valutazione e conduzione dell'assetto erogativo di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, anche ai fini della qualità e dell'appropriatezza della domanda e delle risposte assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali per le patologie croniche e le persone fragili;
- programmazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- partecipazione, con gli Enti locali, le aziende per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000 e ss.mm.ii., alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il piano di zona e gli accordi di programma, attraverso il servizio sociale di distretto, nonché attraverso una adeguata politica di integrazione sociosanitaria;
- garanzia della presa in carico e della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisizione degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati accreditati.

Inoltre, si ritiene fondamentale che il Distretto, in relazione a quanto previsto dal DM 77/2022, assolva alle seguenti funzioni:

- individuazione delle persone a rischio di malattia, promozione della salute ed educazione ai corretti comportamenti e stili di vita, presa in carico delle persone negli stadi iniziali delle patologie secondo un modello di Sanità di iniziativa coerente con gli obiettivi e azioni del Piano Regionale della Prevenzione.
- facilitazione dei processi di transizione tra i setting attraverso l'armonizzazione dei modelli delle Centrali Operative e annesso coordinamento delle stesse da setting ospedalieri e Pronto Soccorso.
- realizzazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali con le direzioni sanitarie ospedaliere per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, in particolare oncologiche
- realizzazione di protocolli di interoperabilità con le direzioni ospedaliere e gli assessorati sociali dei municipi per la presa in carico di pazienti con problemi sociali per i quali è difficile la dimissione dai reparti per acuti.
- azioni e iniziative volte a favorire il massimo coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali nell'organizzazione delle attività distrettuali e nella gestione dei percorsi assistenziali, anche attraverso le diverse forme aggregative della medicina generale e della pediatria di libera scelta, sulla base degli accordi collettivi nazionali e regionali e in modo trasversale a tutte le articolazioni distrettuali.
- ruolo di coordinamento attivo per le Unità di Continuità assistenziale

Come disposto dal DM 77/2022, per quanto attiene un distretto con un bacino di popolazione pari a 100.000 abitanti, fatte salve specifiche peculiarità in relazione a densità abitativa e/o caratteristiche oro-geografiche del territorio, sono previste le seguenti funzioni, dimensionate in base alla popolazione di riferimento:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti in rete con Case della Comunità *spoke* e Aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale (AFT) per garantire la capillarità dei servizi, specialmente nelle zone interne e rurali.
- Presenza di Infermiere di Famiglia o Comunità, con un rapporto di 1 ogni 3.000 abitanti: secondo la DGR 416/2024 (“Linee guida di indirizzo regionale per l’Infermiere di Famiglie e Comunità (IFeC)” ha l’obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, per promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria, favorendo l’integrazione delle diverse figure professionali, assicura l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità perseguiendo l’integrazione interdisciplinare con altri servizi infermieristici, sanitari e sociali presenti sul territorio e ponendo al centro la persona al fine di fornire risposte globali e personalizzate, ha un forte orientamento alla prevenzione e alla gestione proattiva della salute, si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell’assistenza
- 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti e 1 Centrale Operativa Territoriale ogni distretto, con personale dedicato
- 1 Ospedale di Comunità con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

## Elenco di Case della Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali

<b>ASL LT</b>	<b>CASA DI COMUNITA'</b>	<b>Tipologia Casa di comunità</b>	<b>OSPEDALE DI COMUNITA'</b>	<b>CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE</b>
<b>Distretto 1</b>	CDC APRILIA	hub		COT D Distrettuale - Aprilia
	CDC CISTERNA DI LATINA	hub		
			ODC CORI	
<b>Distretto 2</b>	CDC LATINA	hub		COT Distrettuale - Latina
	CDC LATINA SCALO	spoke		
	CDC BORGO SABOTINO	spoke		
	CDC PONTINIA	hub		
	CDC SABAUDIA	hub		
<b>Distretto 3</b>	CDC SEZZE	hub	ODC SEZZE	COT Distrettuale - Sezze
<b>Distretto 4</b>	CDC TERRACINA	hub		COT Distrettuale - Terracina
	CDC SPERLONGA	spoke		
	CDC SAN FELICE CIRCEO	spoke		
<b>Distretto 5</b>	CDC GAETA	hub	ODC GAETA	COT Distrettuale - Gaeta
	CDC FORMIA	hub		
	CDC SAN COSMA E DAMIANO	hub		
	CDC MINTURNO	hub	ODC MINTURNO	

L'art.3-quater del D. Lgs. n.502/92 e ss.mm.e ii. prevede che i distretti siano istituiti "garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente", con la possibilità di dimensionamento sotto-distrettuale ai fini dei processi di stratificazione della popolazione, della territorializzazione dei servizi e delle funzioni, del coinvolgimento delle comunità presenti.

### 20.2 Direttore di Distretto

Il Direttore di Distretto, dirigente in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il cui incarico è attribuito ai sensi della normativa vigente, garantisce la funzione direzionale delle attività distrettuali integrando la propria attività con i responsabili delle altre UU.OO. territoriali e con i dirigenti delle eventuali articolazioni funzionali.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

- conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati e assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di budget;

- organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari propri del Distretto;
- coordinamento delle necessarie collaborazioni e organizzazione delle risorse affinché il MMG/PLS svolga il proprio ruolo di referente-unico per l'assistito;
- utilizzo dello strumento del budget per definire gli obiettivi e monitorare i relativi indicatori di risultato attribuiti alle UO distrettuali, alle articolazioni funzionali e alle AFT/ACP,

Il Direttore di Distretto assume, pertanto, il ruolo di “garante della salute della comunità”, facilitatore della rete territoriale in grado di armonizzare servizi e risorse del territorio, delle strutture ospedaliere e del Dipartimento di prevenzione.

È dunque in grado di:

- analizzare i bisogni
- conoscere l'offerta
- pianificare e programmare i servizi
- negoziare e gestire le risorse;
- valutare i risultati.

Il Direttore di Distretto si avvale di un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2, D. Lgs. n. 502/1992), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali e nominati dal direttore di distretto:

- direttore distretto
- direttore dipartimento della funzione territoriale o suo delegato
- direttore dipartimento di prevenzione o suo delegato
- direttore Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche o suo delegato
- direttore dipartimento professioni sanitarie o suo delegato
- direttore direzione medica ospedale di riferimento o suo delegato
- rappresentante dei medici di medicina generale,
- rappresentante dei pediatri di libera scelta
- rappresentante degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

Il Comitato è convocato dal direttore di distretto, anche su richiesta degli altri componenti, di norma ogni tre mesi

In ogni Distretto è previsto un Coordinamento delle Aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale (AFT), composto dai Referenti delle AFT attivate nel territorio distrettuale. Svolge funzioni consultive e propositive al fine di assicurare un collegamento costante tra gli obiettivi e le attività assegnate alle AFT e gli obiettivi e attività aziendali, oltre che fungere da luogo di confronto nella organizzazione delle attività proprie previste nei contratti di esercizio. Le modalità di funzionamento di detto Coordinamento sono disciplinate da apposito regolamento aziendale, specie per quanto concerne il contributo dello stesso nell'implementazione del modello operativo delle Case di Comunità (CdC), la relazione operativa tra AFT e CdC, l'armonizzazione dei processi di committenza e produzione.

Il Direttore del Distretto supporta altresì la direzione aziendale nei rapporti con i sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della legge n. 328/2000 s.m.i.

Il Direttore del Distretto assicura il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per le iniziative di cui all'art.7-bis, II comma del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii e per i programmi e azioni definiti a livello regionale dal Piano di Prevenzione.

## 20.3 Dipartimento della Funzione Territoriale

Il governo dell'assistenza territoriale in funzione dell'accesso alle prestazioni, della presa in carico, dell'appropriatezza delle risposte ai bisogni, della qualità dei servizi, dell'unitarietà e armonizzazione dei percorsi e processi sarà garantito da un Direttore di Dipartimento della Funzione Territoriale, responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

- sovrintende alla funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti e definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.

Il Direttore del Dipartimento della funzione territoriale, opera in una logica di rete aziendale, in accordo con la Direzione, lo staff, l'area tecnico amministrativa, le Direzioni dei Distretti, le altre articolazioni del territorio, il Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche, il Dipartimento di prevenzione, le strutture ospedaliere, assicura il perseguitamento degli obiettivi aziendali per quanto attiene:

- funzioni di coordinamento locale relativamente alle attività di governo clinico/percorsi
- assistenza alla cronicità/percorsi
- rapporti con la medicina generale/pediatria di famiglia,
- programmi di prevenzione, promozione e tutela della salute
- salute della donna e dell'età evolutiva;
- medicina generale, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- medicina legale;
- assistenza protesica, riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- assistenza domiciliare integrata, assistenza semiresidenziale e residenziale;
- l'assistenza alla popolazione detenuta;
- la garanzia dei processi di transizione tra i setting assistenziali.

Il coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni e/o i municipi avviene tramite la figura del coordinatore per l'integrazione sociosanitaria in rapporto gerarchico con il Direttore di Dipartimento e funzionale con Direzioni di Distretto, di Presidio, con rete COT, è componente dell'ufficio di coordinamento delle attività dipartimentale, concorre all'attuazione del Programma delle attività territoriali. Il coordinatore è individuato tra i dirigenti del dipartimento funzione distrettuale

Al Dipartimento della funzione distrettuale afferiscono:

- UU.OO.CC. Direzioni Distretti, le cui funzioni sono state già indicate  
UOC assistenza domiciliare integrata e assistenza nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): assicura e gestisce l'assistenza domiciliare ed in RSA, assicura i rapporti con le strutture private accreditate per ADI e RSA autorizzando e valutando i piani assistenziali;
- UOC Disabili Adulti, assistenza protesica e riabilitativa:  
garantisce la tutela e la presa in carico sanitaria e socio-sanitaria della persona disabile (art. 3 L.104/92 al fine della prevenzione, individuazione, e contenimento della disabilità, promuovendo il miglioramento della qualità della vita: l'accesso avviene, al compimento della maggiore età, attraverso il passaggio dalla UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza; eroga prestazioni sanitarie di rilevanza sociale, programma l'attivazione e l'integrazione della rete di servizi sanitari e sociali, assicura l'assistenza protesica ed integrativa, redige verifica i Piani assistenziali; assicura i rapporti con i centri accreditati ex art.26 L. 833/78 autorizzando e valutando i piani riabilitativi);
- UOC Oncologia territoriale universitaria:  
assicura la presa in carico dei pazienti affetti da patologie oncologiche, utilizzando il setting assistenziale adeguato, in collaborazione con le altre strutture coinvolte attraverso l'Area funzionale Rete oncologica e nei Percorsi oncologici specifici;
- UOSD Rete delle Cure palliative e terapia del dolore:  
gestisce la Rete aziendale delle cure palliative e della terapia del dolore con il Coordinamento aziendale; la Rete rappresenta un modello integrato delle attività di Cure Palliative (CP) erogate nei vari setting assistenziali che mette in collegamento CP, strutture ospedaliere, territoriali (COT, PUA, ADI, Assistenza Primaria), strutture accreditate con l'obiettivo di garantire un indirizzo e un accompagnamento facilitato e appropriato nel percorso di cure e assistenza al paziente ed ai suoi familiari; tale servizio non è limitato alla fase terminale della malattia, ma può attivarsi fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, affiancando le cure attive con l'obiettivo di prevenire o attenuare gli effetti del declino funzionale; assicura e gestisce l'assistenza residenziale e domiciliare *Hospice*
- UOC Consultori familiari, UOSD Vaccinazioni, UOSD Gestione fragilità pediatriche, progetti di equità e medicina di genere  
Assicurano la promozione della salute della donna e dei minori, la tutela della salute della donna e dei minori, l'assistenza alla coppia nella pianificazione familiare, la continuità assistenziale alla donna ed al neonato durante la gravidanza, il parto ed il puerperio, la continuità assistenziale al bambino e

all'adolescente, l'umanizzazione delle cure, l'equità di accesso soprattutto alle fasce fragili, anche in base all'identità ed alle differenze di genere, la corretta applicazione del Piano vaccinale per l'età evolutiva previsto dalla vigente normativa. Le strutture sopra indicate afferiscono funzionalmente al Dipartimento materno infantile ed all'Area funzionale interdipartimentale dell'assistenza materno infantile;

- **UOSD salute in carcere**

garantisce i LEA alla popolazione detenuta con l'erogazione di assistenza primaria, specialistica, multiprofessionale assicurando prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione secondo i principi della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sicurezza clinica con il fine di garantire alla popolazione detenuta gli stessi standard assistenziali assicurati ai cittadini in libertà; assicura, inoltre, la gestione unitaria di tutte le attività sociosanitarie a favore della persona detenuta con la collaborazione inter-istituzionale dei settori dell'Amministrazione penitenziaria, della Magistratura e del Centro di Giustizia minorile; le prestazioni erogate dalle suddette UU.OO. possono inquadrarsi nelle seguenti macroaree, secondo quanto disciplinato dal DPCM 12 gennaio 2017:

- medicina generale e specialistica;
- salute mentale e dipendenze patologiche;
- emergenza-urgenza;
- assistenza infermieristica;
- assistenza protesica;

la Sanità penitenziaria per lo svolgimento delle proprie funzioni collabora con Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche, il Dipartimento di prevenzione, il Distretto, la rete ospedaliera;

nell'ospedale di Latina, è presente un reparto di Medicina protetto (art. 7, della Legge n. 296/93), per soggetti detenuti che necessitano di degenze ospedaliera.

- **UOSD Assistenza sanitaria alla popolazione migrante:**

l'Azienda alla luce della cospicua presenza di stranieri e migranti nel contesto territoriale della ASL, intende garantire l'equità di accesso all'assistenza e promuovere la reale fruibilità dei servizi, in grado di rispondere ai bisogni di salute della popolazione migrante e garantire livelli di presa in carico efficaci; garantisce, nei limiti previsti dalle vigenti normative nazionali e regionali l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini stranieri, attraverso una rete fra le strutture aziendali, extra aziendali e di volontariato presenti sul territorio; gestisce direttamente le attività assicurate dagli ambulatori aziendali per STP e coordina le attività sanitarie in favore dei richiedenti asilo, ospiti nelle strutture di accoglienza presenti sul territorio aziendale; nell'ambito delle vigenti norme assicura le procedure amministrative aziendali relative all'erogazione delle prestazioni assistenziali di cittadini italiani assistiti di altro Stato o di cittadini di stati esteri assistiti presso le nostre strutture sanitarie e le procedure autorizzative relative al diritto delle cure all'estero in particolare nei paesi dell'Unione Europea.

- **UOSD isole pontine:**

gestisce le attività assistenziali sanitarie presso le Isole di Ponza e di Ventotene in particolare:

- continuità assistenziale;
- attività ambulatoriale;
- assistenza domiciliare;
- presa in carico pazienti cronici e fragili.
- Piano vaccinale per l'età evolutiva,

assicura i rapporti con i MMG / PLS e le altre strutture aziendali per l'assistenza nelle isole  
gestisce l'assistenza sanitaria nelle isole in collegamento con le altre strutture aziendali

Fondamentale è l'implementazione della telemedicina che ha l'obiettivo di garantire un'assistenza sanitaria ancora più efficace e accessibile, attraverso l'uso di piattaforme regionali e applicazione delle linee guida regionali (DGR 643 del 2022); nelle attività di telemedicina si distinguono

- Centro Servizi con competenze prevalentemente tecniche e di help desk, con un ruolo proattivo verso operatori e pazienti, le cui funzioni sono nella UOC ICT e Sistemi informativi.
- Centri erogatori con competenze prettamente di tipo clinico e sanitario: sono le strutture ospedaliere e territoriali che erogano prestazioni di telemedicina (Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio, Teleassistenza, ecc), in collegamento funzionale anche con la COT.

## 20.4 I Medici di Medicina Generale (MMG) ed i Pediatri di libera scelta (PLS)

I Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di libera scelta sono il primo contatto del cittadino con il Sistema Sanitario, rappresentano la figura di riferimento per il paziente, in un rapporto di reciproca fiducia, ne hanno la responsabilità clinica e ne assicurano la promozione e la salvaguardia della salute.

Sono funzionalmente incardinati all'interno del distretto e presenti all'interno della Casa della Comunità in forme aggregative, integrati e collegati con tutte le figure professionali e i servizi previsti dal DM 77/2022 e dalla programmazione territoriale regionale.

Proprio in virtù di tale ruolo, costituiscono un riferimento fondamentale sia per i cittadini che per il sistema sanitario nella presa in carico e continuità assistenziale delle cronicità e nell'attuazione dei PDTA/percorsi che si snodano sia all'interno della stessa CdC, sia all'esterno mediante le funzioni di gestione/cambio setting con le quali collaborano attivamente, secondo il modello di medicina di iniziativa.

## 20.5 Aree funzionali interdipartimentali

Sono previste delle aree funzionali interdipartimentali per rafforzare l'integrazione tra il Dipartimento della funzione territoriale, i dipartimenti ospedalieri, la salute mentale e la prevenzione relativamente ad obiettivi e processi assistenziali o gestionali comuni.

### ✓ Area funzionale interdipartimentale delle transizioni tra setting assistenziali:

E' un'area che attraverso il coordinamento dei servizi aziendali, di seguito indicati, orientati ad un modello organizzativo condiviso, garantisce la presa in carico del paziente da qualsiasi punto acceda, la valutazione globale dei suoi bisogni, la scelta del livello di assistenza maggiormente adeguato ed il passaggio a setting diversi, secondo l'evoluzione dei bisogni, evitando discontinuità assistenziale.

- Dipartimento funzioni territoriali:  
Distretti (PUA, UVMD – unità valutazione multidimensionale, COTA, COTD), UOC ADI e RSA; UOC disabili adulti, fragilità, assistenza protesica e riabilitazione, UOSD cure palliative, UOC migranti, UOSD salute in carcere
- Rete ospedaliera: Direzioni mediche: UOS TOH, bed management; UOSD riabilitazione per le attività di UVDM
- Dipartimento Integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche: UUOOCC salute mentale, UOC SPDC (Servizio psichiatrico diagnosi e cura), UOC SERD (Servizi per le dipendenze patologiche), UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- UUOO Dipartimento professioni sanitarie

### ✓ Area funzionale interdipartimentale della rete oncologica:

E' un'area di coordinamento transmurale che garantisce la presa in carico del paziente oncologico secondo percorsi formalizzati che prevedono team multidisciplinari e multiprofessionali.

- Distretti: PUA, UVMD, COTA, COTD, MMG, PLS
- UUOO del Dipartimento di prevenzione
- Direzioni mediche: UOS TOH, bed management
- UOC oncologia DEA II Latina,
- UOC oncologia territoriale Aprilia, Terracina, Formia
- UOC ematologia DEA II con ambulatori a Terracina e Formia
- UOSD breast unit
- UOC medicina nucleare
- UOC radioterapia
- UOSD cure palliative
- UUOO del Dipartimento del farmaco e dei dispositivi medici
- UUOO del Dipartimento professioni sanitarie

### ✓ Area funzionali interdipartimentali dell'assistenza materno infantile:

E' un'area di coordinamento transmurale la cui mission è assicurare la salute della donna e del bambino in tutte le fasi della vita, attraverso interventi di educazione sanitaria, prevenzione, cura, riabilitazione, che prendano in considerazione aspetti fisici, psicologici, sociali, ambientali.

Il raggiungimento degli obiettivi di salute non può prescindere dall'integrazione tra UUOO ospedaliero e territoriali, MMG e PLS, neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. La definizione di percorsi condivisi fra cui il percorso nascita, la promozione dell'allattamento al seno e delle vaccinazioni è essenziale per l'efficacia delle attività e per la crescita della qualità degli interventi.

Nei nuovi modelli assistenziali si deve tener conto delle richieste provenienti dalle fasce più fragili della popolazione anche con la costruzione di percorsi a domicilio.

Unità Operative:

- UOSD Screening
- UOSD coordinamento PAP, promozione salute, PAE, one health, attività fisica
- Distretti MMG/PLS
- UOC Consultori familiari
- UOSD Vaccinazioni
- UOSD Gestione fragilità pediatriche, progetti di equità e medicina di genere
- UOC Ginecologia ed ostetricia DEA II - UOS PMA (procreazione medicalmente assistita)
- UOC Ginecologia ed ostetricia DEA I
- UOC Ginecologia ed ostetricia Fondi
- UOC Pediatria, neonatologia, terapia intensiva DEA II
- UOC Pediatria, neonatologia Formia Fondi
- UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza
- UUOO Dipartimento professione sanitarie

✓ Area funzionali interdipartimentali per l'integrazione digitale/ fascicolo sanitario elettronico FSE:

Il Fascicolo Sanitario Elettronico assume il ruolo di "portale clinico integrato", capace di mettere in sinergia i sistemi informatici verticali: rappresenta l'accesso unico ai servizi sanitari digitali, documenti e dati per l'utente, operatore sanitario e cittadino.

Il FSE regionale infatti consentirà:

- caricamento dei dati personali del cittadino (Personal Generated Health Data - PGHD).
- erogazione di servizi come la gestione dei MMG/PLS, variazioni di regione o azienda sanitaria di assistenza, esenzioni per patologie, gestione di soggiorni all'estero, richieste di assistenza da cittadini di altri Stati membri dell'UE, gestione delle deleghe, prenotazioni e pagamenti di prestazioni, erogazione di alimenti speciali,
- attivazione dei servizi di emergenza, ricerca e geolocalizzazione di ospedali e pronto soccorso, informazioni sul percorso di cura, condivisione di informazioni tra professionisti e altro,
- gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), servizi di Telemedicina, e gestione delle prestazioni.

Unità Operative:

- UOC affari generali e controllo interno: tematiche relative alla privacy
- UOC ICT, sistemi informativi e centro servizi telemedicina: aspetti tecnici relativi ad implementazione ed estrazione dati
- UOC Programmazione Controllo e Governo Clinico: elaborazione dati per programmazione, gestione percorsi
- Dipartimento funzioni territoriali, MMG/PLS: elaborazione dati per programmazione, gestione percorsi, erogazione servizi
- Area funzionale coordinamento Direzioni mediche: erogazione servizi, gestione percorsi

## 21. IL DIPARTIMENTO INTEGRATO DI SALUTE MENTALE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE (DSM-DP)

### 21.1. Ruolo e funzioni

La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale (Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, 2005). Nel corso degli anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di prestazioni in ambito salute mentale, anche conseguenza alla pandemia da COVID-19.

L'impatto della disabilità provocata dalle malattie mentali e i relativi costi rappresentano circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e dei costi delle malattie cardiovascolari.

La prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione delle patologie psichiatriche necessitano di interventi multidisciplinari connotati, sovente, da una forte integrazione sociosanitaria.

Il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in termini di erogazione, deve essere garantito dal servizio pubblico e, in via integrativa, dal privato accreditato.

La programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari deve necessariamente prendere avvio e trarre fondamento dal bisogno di salute della popolazione di riferimento, anche in relazione ai bisogni emergenti con le aree di confine (dipendenze, minori, disabilità, anziani), ivi comprese le necessità dei gruppi vulnerabili come la popolazione detenuta, senza discriminazione né di genere, né di razza.

Le risorse umane e strumentali dovranno essere standardizzate e omogeneamente distribuite. In particolare, dovrà essere fatto riferimento alla definizione di appropriati Percorsi diagnostici terapeutici **assistenziali** (PDTA) che consentano di erogare prestazioni dotate di efficacia, efficienza ed economicità.

Particolare rilievo va dato sia alla valutazione della qualità del servizio, così come percepito dall'utente (rendicontazione sociale, conferenze dei servizi), che alla valutazione della qualità del clima organizzativo, così come percepito dagli stessi operatori.

E' un Dipartimento strutturale (d. lgs 502/92, d. lgs 517/93 e d. lgs 229/99), garante per tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito salute mentale, per il trattamento dei disturbi neurologici e del neuro-sviluppo per l'età infantile e adolescenziale, per la prevenzione, riduzione del rischio, trattamento e riabilitazione dei pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze anche in comorbilità con disturbi psichiatrici, opera come dipartimento transmurale, tra ospedale e territorio, sviluppando sinergie con altre U.O. aziendali, con i servizi sociali, con le risorse della comunità locale, con gli stakeholder esterni, con le associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato.

Si occupa della salute in carcere, tramite la UOC Salute mentale Distretti 1,2,3 e la UOC dipendenze patologiche territoriali.

Il principio fondamentale è la centralità del paziente intesa come coinvolgimento attivo dello stesso e della famiglia nel processo di cura.

### 21.2. Il Direttore del Dipartimento:

- è responsabile del Dipartimento
- adotta strumenti di governo clinico
- è responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse a esso assegnate,
- assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative,
- promuove gli interventi preventivi,
- assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, assicura la promozione delle attività di miglioramento continuo.

## 22. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è la principale articolazione di riferimento per il macro-livello dei LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” ed è, quindi, la struttura aziendale preposta alla promozione della salute della popolazione, alla prevenzione delle malattie e delle disabilità, al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni volte alla sorveglianza, prevenzione e gestione dei rischi per la salute.

In tale prospettiva, il Dipartimento di Prevenzione promuove e coordina interventi intersetoriali, realizzati in collaborazione con Istituzioni, Enti e soggetti extra sanitari, che mirano, da un lato, ad affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali- ecosistemi, dall'altro a potenziare i determinanti socio-ambientali di salute, mediante iniziative coordinate con i Distretti e con gli altri Dipartimenti territoriali e ospedalieri, prevedendo l'azione congiunta di operatori sociosanitari di diverse discipline attraverso un approccio “One Health”.

Pertanto, il Dipartimento di Prevenzione annovera funzioni svolte in maniera specialistica ed esclusiva a livello aziendale e funzioni svolte in raccordo con altre strutture aziendali.

### 22.1 Funzioni specialistiche ed esclusive del Dipartimento di Prevenzione

Ai sensi d.lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. il Dipartimento di Prevenzione aggrega le funzioni dedicate a:

- Igiene e sanità pubblica che comprende la funzione relativa ai programmi vaccinali;
- Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- Sanità animale che comprende anche le attività di sanità pubblica veterinaria in ambito urbano;
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

### 22.2 Funzioni svolte in raccordo con altre strutture aziendali

Il Dipartimento di Prevenzione deve garantire i programmi e le attività a tutela della salute collettiva incluse dai LEA “Prevenzione collettiva e sanità pubblica” di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017

- Prevenzione attiva attraverso gli screening di popolazione: promozione, organizzazione, coordinamento e monitoraggio degli screening oncologici che costituiscono (LEA), degli screening neonatali (LEA) in accordo con le strutture deputate all'assistenza materno infantile, ulteriori programmi di screening definiti a livello nazionale.
- Coordinamento del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP), promozione salute, Piano aziendale equità (PAE), *one health*, attività fisica:
  - coordinamento, monitoraggio e valutazione del PAP e supporto alle azioni trasversali del PAP;
  - definizione e aggiornamento del profilo di salute di comunità e coordinamento delle sorveglianze di popolazione, in raccordo con il Dipartimento della Funzione territoriale;
  - coordinamento delle attività di promozione della salute e prevenzione delle patologie croniche anche attraverso l'équipe della prevenzione;
  - coordinamento degli interventi di promozione della salute realizzati in setting extra-sanitari (es. la scuola) anche in collaborazione con altri servizi aziendali;
  - coordinamento delle attività di contrasto al tabagismo;
  - promozione dell'attività fisica in tutte le fasce di popolazione, incluse quelle con patologia e disabilità.
- Coordinamento delle attività di Prevenzione e mitigazione dei rischi ambientali e climatici:
  - prevenzione e valutazione dei rischi sanitari conseguenti all'esposizione della popolazione a inquinanti ambientali;
  - valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica;
  - individuazione e contrasto dei fattori di rischio fisico, chimico e biologico negli ambienti di vita;

- gestione delle emergenze ambientali e comunicazione dei rischi;
- partecipazione e supporto a Enti e istituzioni per programmi di miglioramento ambientale;
- collaborazione con le altre UO su tematiche trasversali (ad es. traumi da traffico, incidenti domestici).

Il Dipartimento assicura anche forme di integrazione operativa nell'ambito dei seguenti Piani e Reti Regionali:

- Piano Aziendale di Prevenzione (PAP): rappresenta il principale strumento programmatorio e attuativo delle politiche di prevenzione della ASL e del Livello di Assistenza “Prevenzione collettiva e sanità pubblica”, comprendendo il complesso delle attività di promozione della salute e prevenzione sia a livello centrale che distrettuale
- Piano Pandemico Aziendale – PANFLU
- Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali in sicurezza alimentare (PRIC);
- Piano Regionale Prevenzione vaccinale e programmi vaccinali e di profilassi attivati in occasione di epidemie o emergenze;
- Piano Regionale al Contrastò dell'Antimicrobico Resistenza
- Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici (SRPS) per la gestione integrata degli aspetti sanitari in tema di ambiente, clima e salute

Il Dipartimento:

- assume un ruolo di coordinamento delle attività/processi di autorizzazione ed accreditamento delle strutture private, integrando tutte le strutture aziendali coinvolte;
- assicura gli atti istruttori per i provvedimenti di autorizzazione all'esercizio delle strutture sanitarie private in attuazione della normativa regionale nonché tutte le attività relative al rilascio di autorizzazioni nelle materie di competenza e collabora con la UOC Accreditamento per eventuali successivi adempimenti;
- svolge un ruolo di consulenza e supporto tecnico/giuridico nel processo di autorizzazione delle strutture private
- svolge istruttoria per il rilascio dell'autorizzazione e dell'accreditamento delle strutture pubbliche di altra azienda sanitaria, oggetto di controllo della ASL Latina, con il supporto della “UOSD Gestione adempimenti processi di attivazione sedi interne” che ne verifica gli ulteriori requisiti di accreditamento
- Gestisce e coordina le attività previste da TU di polizia mortuaria nel territorio

### 22.3 Integrazione funzionale

Le diverse strutture in cui si articola il Dipartimento di Prevenzione sono fortemente integrate al loro interno nell'ambito del Comitato di Dipartimento.

Inoltre sono presenti livelli di integrazione con altre strutture aziendali per garantire l'efficacia degli interventi, ma anche a migliorare l'efficienza nell'uso delle risorse nei seguenti ambiti:

- contenimento delle malattie infettive e trasmissibili attraverso un'offerta vaccinale proattiva;
- incremento dell'adesione e della copertura dei programmi di screening e miglioramento dell'accesso ai II livello
- prevenzione primaria e promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie croniche e le loro complicanze, in particolare
  - contrasto al fumo ed all'alcool,
  - promozione attività motoria,
  - prevenzione obesità
  - valutazione e contrasto dei rischi chimici e biologici negli ambienti di vita e lavoro
- riduzione incidenti domestici e traumi attraverso interventi di educazione sanitaria,

Il raccordo con le altre strutture aziendali territoriali, ospedaliere, con le professioni sanitarie si realizza, principalmente attraverso:

- équipe integrate e multidisciplinari come l'équipe della prevenzione che mira a favorire l'implementazione del modello operativo integrato delle Case di Comunità

- attuazione del PAP
- attuazione di percorsi/PDTA
- interventi coordinati dall'Area della rete oncologica aziendale
- interventi coordinati dall'Area di assistenza materno infantile
- azioni del Piano aziendale Equità

L'integrazione si realizza anche attraverso

- ✓ Area funzionale intra-dipartimentale della Sicurezza Alimentare e Sanità pubblica veterinaria

E' un'area che coordina le UO che agiscono trasversalmente lungo la filiera agroalimentare, di seguito elencate, in tutte le fasi della produzione, lavorazione, trasformazione, distribuzione, vendita e somministrazione degli alimenti, con un approccio multidisciplinare per garantire in ogni fase la salubrità degli alimenti, contribuire alla prevenzione delle patologie, nutrizionali, in linea con gli obiettivi del Piano Regionale delle Prevenzione. Tale approccio one health garantisce sviluppo sostenibile alle imprese della Provincia, tra le quali si annoverano numerosissime eccellenze riconosciute a livello mondiale, in quanto oltre a massimizzare l'impiego delle risorse, riduce gli oneri amministrativi e le limitazioni delle attività produttive per gli operatori e tutela la salute e la possibilità di scelta dei consumatori.

L'Area realizza quindi il Percorso nutrizione preventiva e clinica, sicurezza alimentare e Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA), descritto in allegato.

L'Area, inoltre, assicura l'unitarietà di pianificazione, programmazione, esecuzione dei controlli e delle altre attività ufficiali attraverso la predisposizione e attuazione del Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali in Sicurezza Alimentare previsto tra le funzioni del dipartimento di prevenzione.

Le strutture che partecipano:

- UOSD igiene alimenti e nutrizione
- UOC igiene alimenti di origine animale
- UOC sanità animale
- UOSD allevamenti e produzioni zootecniche
- UOSD coordinamento PAP, promozione salute, PAE, one health, attività fisica
- UOC professioni sanitarie dipartimenti non ospedalieri

Inoltre per il raggiungimento degli obiettivi il Dipartimento di Prevenzione collabora con altri Enti istituzionali territoriali e locali, con associazioni di categoria, con l'Autorità Giudiziaria e gli altri organi di controllo.

#### **22.4 Approccio “one health”**

In un momento storico come quello attuale, caratterizzato dalle emergenze pandemico-ambientali e di crisi internazionali, la comunità scientifica ed i governi hanno messo in discussione il concetto di salute così come era noto fino a poco tempo fa, dichiarando quanto sia necessario e non più rinviabile un cambio di orientamento, anche per quanto riguarda i modelli organizzativi sanitari, per l'attuazione di strategie di transizione ecologica e di sviluppo sostenibile a tutela della salute e dell'ambiente, al fine di preservare e consegnare alle nuove generazioni una Terra ancora compatibile con l'Habitat umano.

La portata delle nuove sfide planetarie non può essere affrontata solamente dalla sanità pubblica e dalla medicina umana, ma implementando azioni concrete secondo un nuovo approccio che ponga l'attenzione sulle relazioni intercorrenti tra la diffusione delle malattie, la salute umana, ambientale, animale e la distribuzione delle risorse. Detto approccio inter e transdisciplinare, definito *“One Health”* e *“Planetary Health”*, si pone come principale obiettivo ottimizzare la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi nel loro complesso.

La frequentazione degli ambienti naturali produce effetti positivi sul benessere e sulla salute delle persone, con particolare riguardo:

- al miglioramento della qualità della vita (contrast stress psico-fisico, riduzione morbilità e mortalità);
- alla salute fisica (direttamente: miglioramento delle difese immunitarie, riduzione del tasso della

glicemia e cortisolo nel sangue, pressione arteriosa, calore corporeo, obesità, rischi cardio-vascolari; indirettamente: mitigazione ondate di calore, inquinamento acustico ed atmosferico, regimentazione delle acque e dei fenomeni erosivi);

- alla salute mentale degli adulti e bambini (riduzione problematiche cognitive e neuro-comportamentali
- ad opportunità di socializzazione, favorendo l'inclusione e la coesione nelle comunità.

Nell'ambito del contesto Nazionale:

- la visione olistica “*One Health*” è riconosciuta ufficialmente dal Ministero della Salute, come modello ideale per raggiungere la salute globale; il Ministero della Salute, nell'ambito del programma “Salute-Ambiente-Biodiversità-clima” del Piano Nazionale per gli investimenti complementari al PNRR, promuove investimenti nella ricerca applicata con approcci multidisciplinari in specifiche aree di intervento salute-ambiente-clima;
- l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha avviato da tempo collaborazioni multidisciplinari e azioni congiunte, trasversali ai suoi settori di ricerca, per promuovere detto approccio;
- il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, prende in considerazione la drammatica esperienza della pandemia da SARS-COV 2, rimarcando come uomo, animali e ambiente siano fortemente connessi in una relazione di interdipendenza, portando alla luce le già note implicazioni dell'equità sulla salute, dal momento che le fasce deboli della popolazione (anziani, malati cronici, portatori di disabilità psico-fisica) sono risultate essere i target in cui l'impatto della pandemia è stato peggiore. Il Piano rafforza una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*) che sono interconnessi, promuove l'applicazione di un approccio multidisciplinare, intersetoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi. In tale prospettiva, si è in grado di affrontare la questione trasversale della biodiversità e della salute umana, così come contrastare efficacemente l'antimicrobico-resistenza, problema crescente di dimensioni globali o l'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni (c.d. *spillover*) dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo. L'elemento strategico di innovazione sta nella scelta di sostenere il riorientamento di tutto il sistema della prevenzione verso un “approccio” di Promozione della Salute dal momento che per agire efficacemente su tutti i determinanti di salute sono necessarie alleanze e sinergie intersetoriali tra forze diverse, secondo il principio della “Salute in tutte le Politiche” (*Health in all policies*). L'intersetorialità si basa sul riconoscimento della salute quale processo complesso e dinamico che implica interdipendenza tra fattori e determinanti personali, socioeconomici e ambientali. in modo proattivo. Lo svantaggio sociale rappresenta il principale singolo fattore di rischio per salute e qualità della vita;
- il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): la Missione 6 è dedicata interamente alla salute, che è un elemento trasversale al PNRR e un vero e proprio obiettivo sussidiario delle Missioni 2 (Transizione Ecologica e Rivoluzione verde), 4 (Educazione e Ricerca) e 5 (Inclusione e Coesione). In particolare, all'interno della Missione 6 la salute viene riconosciuta come un elemento trasversale che abbraccia le dimensioni ambientale, climatica e sociale. Le Componenti della Missione si concentrano sulle disparità territoriali, sui servizi di prossimità e sulla ricerca nel settore sanitario; rispetto all'Agenda 2030, si registra nel Goal 3 (Salute e Benessere) una convergenza con il PNRR.

Per quanto attiene alla Regione Lazio, i principali documenti di riferimento riguardano:

- il Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2021-2025, approvato con DGR n. 970 del 21/12/2021, prevede il Programma Ambiente, Clima e Salute (PP09), in particolare, tra gli obiettivi:
  - la promozione della creazione di contesti favorevoli alla salute, di aree verdi e spazi pubblici sicuri, inclusivi e accessibili anche alle persone più anziane;
  - l'implementazione del modello della “Salute in tutte le politiche”;
  - la promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali;
  - programmi di attività intra e inter istituzionali e progetti multi ed inter disciplinari, intersetoriali e integrati su ambiente e salute;
  - la sorveglianza epidemiologica, la valutazione di impatto sanitario da esposizione a fattori ambientali antropici e naturali, la comunicazione e la gestione sistematica, integrata e strutturata dei rischi;
  - la realizzazione di una rete integrata ambiente e salute, interventi di formazione per i professionisti sanitari sui temi ambiente e salute;

- gli interventi per migliorare le conoscenze e la consapevolezza pubblica sui benefici della biodiversità sulla salute umana, sui benefici allo sviluppo psico-fisico dei bambini nell'interazione con la natura, sulla diffusione di spazi verdi e blu biodiversi, particolarmente nei contesti urbani;
- la definizione/adozione di buone pratiche sanitarie e ambientali integrate per una corretta progettazione, gestione e manutenzione del verde e blu urbani e peri-urbani
- il rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria tramite l'approccio “One Health” valorizzando il ruolo dei servizi veterinari
- la sorveglianza dei fattori di rischio di malattie croniche e degli stili di vita nella popolazione.

Numerosi studi epidemiologici documentano, a Roma e nel Lazio, gli effetti acuti dell'inquinamento sulla salute (es aumento della mortalità per infarto ed ictus) e gli effetti per esposizioni croniche (es incremento di BPCO e tumore polmonare): infatti i valori previsti dalla normativa di riferimento vengono spesso superati, con impatto sulla salute dei residenti; sono stati finanziati dalla Regione Lazio diversi studi secondo l'approccio *One Health*.

La ASL LATINA ha intrapreso ormai da diversi mesi un percorso di gestione dei bisogni di salute della cittadinanza orientato ad un approccio globale alla persona inserita nel suo ambiente, ha colto l'importanza di attuare politiche di integrazione, determinanti per ridurre le disuguaglianze di accesso alle cure; il fattore abilitante per questa integrazione è l'informatizzazione e la digitalizzazione dei percorsi di cura già dal momento della prenotazione e della gestione della mobilità degli diversamente abili, quali soggetti fragili.

Il Piano di Prevenzione Aziendale (PAP 2023-25) della Asl di Latina recependo il piano regionale, prevede la sezione Ambiente, Clima e Salute (PP9).

La ASL ha proposto diversi progetti in tale ambito, in quanto dal punto di vista naturalistico-ambientale, il territorio provinciale si caratterizza per la presenza di un insieme articolato di Parchi, Monumenti Naturali e Zone Speciali di Conservazione:

- Proposta progetto pilota promozione attività fisica per i dipendenti Asl Latina (Rif. Prot. n. 328 del 17.03.2015);
- Progetto “Movimenta il lavoro” – Intervento di promozione dell’attività fisica nel contesto occupazionale per i dipendenti della Asl di Latina-Torrino 1 (Rif. Prot. n. 39461 del 30.04.2021);
- Studio di fattibilità di un programma di presa in carico: Sospettare la pre-Fragilità” (Rif. Del 21.02.2023),.

### **23. DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E SOCIALI: ASSISTENZA INFERNIERISTICA, OSTETRICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE, PROFESSIONI SOCIALI**

L’organizzazione aziendale, nelle sue articolazioni, prevede la separazione della linea clinica, il cui governo è affidato ai Dipartimenti a Direzione Clinica, da quella assistenziale, il cui governo è proprio delle UU.OO. delle Professioni Sanitarie, che, a tal fine, sono aggregate nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie.

Il dipartimento delle professioni sanitarie è dotato di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico e riabilitativo, tecnico sanitario e tecnico della prevenzione, nonché degli operatori di supporto assistenziale che operano nell’Azienda, comprende anche le strutture di governo delle professioni sociali; assicura la programmazione, la gestione, l’organizzazione la valutazione, il rispetto delle norme etiche e deontologiche ed il miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali garantite dal personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione, di ispezione e vigilanza, degli operatori di supporto e degli assistenti sociali.

Per quanto riguarda le articolazioni del dipartimento, il numero può essere in deroga a quanto indicato nei criteri già citati.

Il Dirigente Sanitario responsabile del Dipartimento è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/2000 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, scelto tra i Dirigenti delle strutture complesse individuate all'interno del dipartimento stesso.

## 24. DIPARTIMENTO DEL FARMACO E DEI DISPOSITIVI MEDICI

E' l'articolazione di riferimento che garantisce la corretta declinazione degli obiettivi strategici, realizzando il miglior governo della spesa farmaceutica, dei dispositivi medici e dei beni a valenza terapeutica; persegue il rispetto dei tetti di spesa previsti dalla vigente normativa nazionale e coordina nell'ambito dell'azienda sanitaria, le attività utili a recepire gli indirizzi strategici regionali in tema di migliore performance prescrittiva e gestionale.

L'attuale contesto sanitario richiede l'applicazione di modelli gestionali che siano orientati a garantire l'ottimale allocazione economica e contestualmente assicurare una immediata disponibilità dell'innovazione terapeutica attuando politiche volte a declinare la disponibilità di cura creando un valore di sistema coniugando le tre principali dimensioni della performance gestionale:

- la dimensione allocativa in ottica *evidence based allocation* che ha l'obiettivo della corretta attribuzione della facoltà prescrittiva alle strutture che abbiano dimostrato di saper massimizzare il valore ottenuto per unità di costo;
- la dimensione tecnica che valorizza le scelte clinico organizzative a supporto delle differenti opzioni diagnostico terapeutiche;
- la dimensione del coinvolgimento dei pazienti nel creare valore sanitario.

Garantisce inoltre la presenza di una infrastruttura tecnico-informativa integrata che fornisce le evidenze necessarie per allocare le risorse ai migliori professionisti, per selezionare i percorsi costo efficaci, per permettere ai pazienti una scelta informata e consapevole.

Le specifiche macroaree che caratterizzano le attività dipartimentali sono:

- Area dell'assistenza territoriale e della farmaceutica convenzionata
- Area dell'assistenza ospedaliera e della produzione di terapie personalizzate
- Area dell'assistenza diretta e della presa in carico assistenziale;

Tali aree sono strettamente connesse alla pratica clinica, impattano sulla definizione dei percorsi e dei processi di cura e sono indispensabili per la corretta ed efficiente gestione dell'assistenza sanitaria

Garantisce altresì l'attuazione delle disposizioni della normativa di riferimento in merito a identificazione, valutazione, comprensione e alla prevenzione degli effetti avversi correlati all'utilizzo dei farmaci e dei dispositivi medici nella *real life*, al fine di garantire un uso sicuro di farmaci e di dispositivi medici nella reale pratica clinica (ambito non verificato nei trial registrativi).

Il sistema dipartimentale offre una visione integrata dei processi di cura, corredata da disponibilità di dati e fonti, promuovendo azioni di governo dell'attività di vigilanza delle terapie, potenziando il sistema di sorveglianza attiva attraverso:

- la revisione delle cartelle cliniche in siti sentinella, in modo da garantire dati completi e accurati sugli eventi avversi;
- il *Drug Event Monitoring* analizzando i dati di prescrizione, attraverso i dati contenuti nei registri di patologia o esposizione.

Un sistema di sorveglianza attiva consente il miglior governo delle attività e promuove politiche di accesso al finanziamento nazionale per la promozione di progettualità di farmaco e dispositivo-vigilanza con un evidente vantaggio in termini di output come di salute e performance aziendale

## 25. DIPARTIMENTO FUNZIONALE PER L'INTEGRAZIONE UNIVERSITARIA

Il Dipartimento funzionale per l'integrazione universitaria: è l'articolazione organizzativa deputata a garantire, fermo restando la dipendenza delle strutture assistenziali ai Dipartimenti di afferenza gerarchica, l'integrazione tra gli obiettivi/attività di assistenza propri dell'azienda sanitaria e quelli di didattica e ricerca proprie dell'università; cura i rapporti con le strutture amministrative aziendali e universitarie di riferimento. Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale, sentito il Rettore dell'Università, ed è scelto fra i responsabili delle strutture complesse a direzione universitaria di cui si compone il Dipartimento sulla base di requisiti di capacità gestionale e organizzativa, esperienza professionale e curriculum scientifico; rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

## PARTE IV - MODELLO GESTIONALE

### 26. GLI INCARICHI DIRIGENZIALI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO

- Gli incarichi

Il sistema di governo delle risorse umane favorisce la valorizzazione delle singole professionalità prevedendo, tra l'altro, percorsi di sviluppo per le figure professionali inserite nelle reti e nei nuovi modelli organizzativi, nonché per la graduazione degli incarichi dirigenziali e del personale di comparto, nel rispetto delle risorse disponibili nei fondi contrattuali costituiti e validati.

Gli incarichi dirigenziali

Il sistema di conferimento degli incarichi dirigenziali in armonia con quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro, disciplina le tipologie di incarico (differenziando gli incarichi di tipo prevalentemente gestionale da quelli di tipo prevalentemente professionale), la graduazione degli stessi e le procedure per l'attribuzione al personale dirigente al fine di garantire, tra l'altro, la trasparenza, l'oggettività e l'imparzialità nell'affidamento.

- Gli incarichi per il personale del comparto.

Le modalità di conferimento degli incarichi al personale di comparto, in armonia con quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro prevede, in tutti i ruoli, i seguenti incarichi:

- incarico di posizione;
- incarico di funzione organizzativa;
- incarico di funzione professionale.

### 27. LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA E LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE

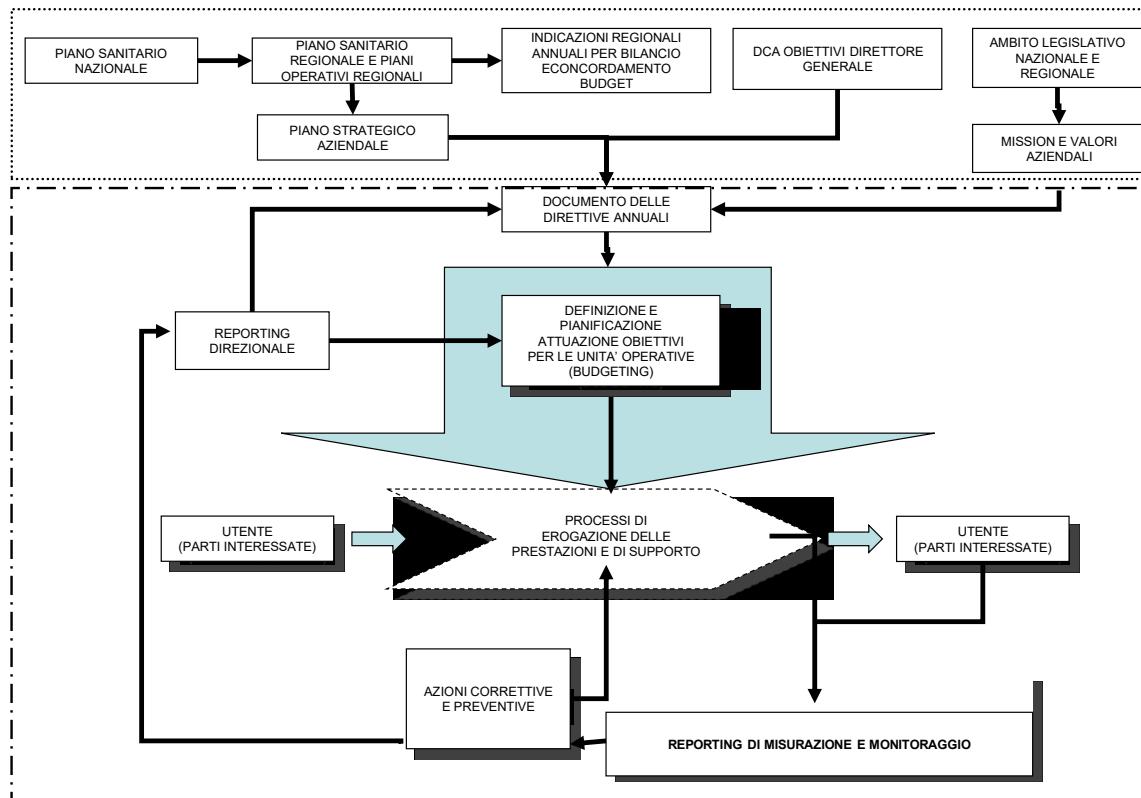
La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Aziendale, nel rispetto dei Piani e degli obiettivi regionali, definisce gli obiettivi aziendali e le strategie per il loro raggiungimento.

Il processo di programmazione e controllo direzionale è il meccanismo attraverso il quale l'Azienda procede al coinvolgimento dei dirigenti nell'assegnazione o negoziazione degli obiettivi per livello di responsabilità interna e procede al loro sistematico monitoraggio al fine di garantirne il raggiungimento, avvalendosi delle funzioni previste dalla normativa vigente (D. Lgs. n.286/1999 e D. Lgs. 150/2009) relativamente al sistema di programmazione e controllo.

Il sistema di programmazione e controllo di gestione si dota di strumenti di supporto, tra i quali:

- il sistema di budget: è il sistema operativo principale, può essere definito come l'insieme delle regole aziendali attraverso le quali vengono articolati e pesati gli obiettivi di breve periodo con riferimento al Dipartimento e alla Unità Operative Complesse e Semplici Dipartimentali che vi afferiscono nel rispetto delle responsabilità e autonomie interne, al fine del loro concreto perseguitamento
- il sistema di contabilità direzionale: è lo strumento operativo mediante il quale l'Azienda misura e archivia tutti i dati utile al fine di supportare il processo decisionale,
- il sistema di reporting rappresenta lo strumento di rappresentazione, comunicazione, diffusione periodica delle misure di performance, utilizzato dal management, nei diversi livelli, a supporto delle attività di pianificazione e controllo.

L'Azienda, mediante l'applicazione dei sistemi operativi sopra descritti e il loro progressivo sviluppo ed affinamento, intende realizzare l'integrazione operativa fra la Direzione Aziendale e tutte le articolazioni organizzative riconoscendo spazio e senso strategico alla responsabilizzazione diretta dei professionisti. Il contributo partecipativo dei professionisti rappresenta infatti lo strumento essenziale per la qualificazione dell'offerta del servizio e per la realizzazione delle finalità istituzionali.



## 27.1 Il Ciclo della performance ed il Sistema di valutazione

Il tema della valutazione delle performance, oltre ad avere una rilevanza sul piano normativo e contrattuale, riveste un ruolo imprescindibile nella gestione aziendale, rappresenta un'opportunità di crescita e sviluppo dell'organizzazione e del patrimonio professionale. La valutazione dei risultati conseguiti dalle diverse articolazioni organizzative dell'Azienda e dai singoli professionisti, infatti, è componente essenziale per avviare processi di miglioramento delle performance aziendali. La performance è il concetto centrale introdotto dal D. Lgs 150/09, modificato con il DL.gs 74/2017 che assume il significato di contributo che il soggetto (organizzazione, unità organizzativa, gruppo di individui, singolo individuo) apporta al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

Nell'Azienda ASL Latina la valutazione annuale della performance è articolata in performance organizzativa e performance Individuale. La valutazione della Performance Organizzativa dell'Azienda, nel complesso e per le singole articolazioni organizzative/funzioni, è strettamente collegata al sistema degli obiettivi strategici, declinati dalla programmazione regionale ed aziendale, ed è resa operativa attraverso il sistema di budget aziendale. La valutazione della Performance Individuale è finalizzata ad apprezzare sia il contributo fornito dal singolo al perseguitamento degli obiettivi della o delle articolazioni organizzative di appartenenza, sia la capacità dello stesso di mantenere e/o sviluppare le conoscenze e le competenze tipiche del ruolo ricoperto.

Il Sistema di misurazione e valutazione della performance, costituisce la struttura di riferimento per il ciclo di gestione della performance definendone i principi, le modalità di svolgimento, la tempistica, gli attori e gli strumenti:

- Assegnazione degli obiettivi;
- Monitoraggio della performance ed attuazione eventuali azioni correttive;
- Valutazione annuale della performance organizzativa;
- Valutazione annuale della performance individuale;
- Rendicontazione a soggetti interni ed esterni.

## 28. IL SISTEMA DELLE REGOLE

La ASL di Latina, come ogni organizzazione complessa, si avvale di un sistema di regole interne finalizzate a definire e rendere conoscibili e fruibili a tutti i soggetti dell'organizzazione, norme comportamentali e procedurali omogenee, finalizzate ad agevolare la gestione e pertanto il raggiungimento dei propri fini istituzionali, prevenire i conflitti, promuovere il benessere organizzativo, tutelare il patrimonio aziendale, prevenire fenomeni corruttivi e garantire la trasparenza.

Il regolamento rappresenta lo strumento, particolarmente agile, flessibile e adattabile all'evoluzione del contesto, della normativa, delle linee guida, delle evidenze.

A mero titolo esemplificativo, attraverso i propri regolamenti la ASL definisce le modalità di funzionamento degli uffici e degli organismi, i processi amministrativi e le procedure assistenziali, le modalità di relazione, la corretta fruizione dei beni aziendali.

## PARTE V - ADOZIONE, APPROVAZIONE, MODIFICA DEGLI ATTI AZIENDALI

### 29. LA PROCEDURA PER L'ADOZIONE, L'APPROVAZIONE E LA MODIFICA DEGLI ATTI AZIENDALI

L'Atto Aziendale e le successive modifiche (che non rivestano carattere meramente formale) dello stesso necessitano di specifica approvazione regionale, mediante Deliberazione di Giunta.

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

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

La deliberazione di adozione viene trasmessa alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria, In fase di prima attuazione, le proposte di Atto Aziendale devono essere adottate e trasmesse alla Regione entro sessanta (60) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto di indirizzo.

La Regione effettua, entro il termine di sessanta (60) giorni dalla data di ricevimento della proposta di atto aziendale, la verifica della stessa, con facoltà di acquisire direttamente atti, documenti, informazioni esplicative etc., interrompendo, dalla data di richiesta di approvazione dell'atto aziendale, i termini di cui sopra.

L'Atto Aziendale, una volta approvato dalla Regione, sarà pubblicato sul BUR e sul sito internet dell'Azienda. Una volta approvato il nuovo Atto Aziendale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno.

### 30. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Una volta approvato l'Atto Aziendale, l'Azienda adotterà un piano di attuazione che preveda tempi e fasi per:

- approvazione dei regolamenti aziendali;
- graduazione delle funzioni dirigenziali;
- attribuzione degli incarichi dirigenziali;
- costituzione dei Comitati di Dipartimento;
- nomina dei Direttori di Dipartimento;
- individuazione e attribuzione delle posizioni organizzative e dei coordinamenti;
- procedura per l'adozione, l'approvazione e la modifica degli atti aziendali

L'Azienda, entro 60 giorni dalla pubblicazione dell'Atto Aziendale procederà all'adozione e/o revisione dei seguenti Regolamenti, anche in termini di verifica di compatibilità con il nuovo assetto organizzativo:

- Regolamento di Dipartimento;
- Regolamento di Distretto;
- Regolamento per il funzionamento del Collegio di Direzione;
- Regolamento per il funzionamento del Consiglio dei Sanitari;
- Regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali;
- Regolamento per l'affidamento e la revoca delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- Regolamento per l'esecuzione di acquisti in economia.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo all'approvazione dell'atto aziendale, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'Azienda, si dovrà attestare che la statuizione è conforme alle previsioni dell'atto aziendale, citandone il punto e/o la pagina di pubblicazione sul BUR.

**DOCUMENTI ALLEGATI ALL'ATTO AZIENDALE:**

“Tabelle “A”, “B” “C” e “D” di cui alla DGR 310/2024:

- tabelle A e B: funzioni non ospedaliere
- tabella C: articolazione dei percorsi integrati
- tabella D: rete ospedaliera

Allegato: 1 Organigramma

Allegato: 2 Funzionigramma dal quale risulta anche la individuazione delle seguenti funzioni;

- a) la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili
- b) la figura del responsabile della prevenzione della corruzione
- c) la figura del responsabile della trasparenza, che coincide con la persona del responsabile della prevenzione della corruzione.
- d) la figura del responsabile della privacy

Allegato: 3 Elenco strutture private accreditate

Allegato 4: Dotazione di personale con specificazione dei ruoli e dei profili professionali

Allegato 5: Elenco Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali operative territoriali

## GLOSSARIO E ACRONIMI

ADI – Assistenza domiciliare integrata

AFT - Aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale

APA – Accorpamento di prestazioni ambulatoriali (chirurgiche)

CAPI – Commissione appropriatezza prescrittiva inter-distrettuale

CCNL – Contatto collettivo nazionale di lavoro

CDC – Casa di comunità

CICA – Controllo infezioni correlate all’assistenza

COT – Centrale operativa territoriale

COT A - Centrale operativa territoriale aziendale

COT D - Centrale operativa territoriale distrettuale

CP – Cure palliative

CVS – Comitato valutazione sinistri

CUG – Comitato unico di garanzia

DEA – Dipartimento emergenza accettazione

FSA - Fascicolo sanitario elettronico

HTA – *Health technology assessment* (valutazione tecnologie sanitarie)

IA – Intelligenza artificiale

ICA – Infezioni correlate all’assistenza

ICT – Tecnologia dell’informazione e della comunicazione

LEA – Livelli essenziali di assistenza

MMG – Medico di medicina generale

ODC – Ospedale di comunità

OIV – Organismo indipendente di valutazione

OOSS – Organizzazioni sindacali

PDCA – Plan-do-check-act

PAE – Piano aziendale equità

PAI – Piano assistenziale individuale

PDTA – Percorso diagnostico terapeutico assistenziale,

PPDTA – Percorso prevenzione diagnostico terapeutico assistenziale

PIAO – Piano integrato attività ed organizzazione

PLS – Pediatra di libera scelta

PNRR – Piano nazionale di ripresa e resilienza

PRP – Piano aziendale prevenzione

PUA – Punto unico di accesso

RSA – Residenza sanitaria assistenziale

SerD – Servizio dipendenze patologiche

SPDC- Servizio psichiatrico diagnosi e cura

TMPP - Tavolo misto permanente di partecipazione

TOH – Team operativo ospedaliero

UCA – Unità di continuità assistenziale

UOC – Unità operativa complessa

UOSD – Unità operativa semplice dipartimentale

UOS - Unità operativa semplice

URP – Ufficio relazioni con il pubblico

UVMD – Unità di valutazione multidimensionale