

Piano Performance

2020-2022

ASL Frosinone

Sommario Piano Performance 2020-2022

Premessa

1. Analisi del contesto della ASL Frosinone:

- Analisi geografica
- Analisi demografica

2. La Mission

3. Analisi del Contesto esterno

4. Analisi del Contesto interno:

- Le Articolazioni dell'Azienda
- Dipartimento Salute Mentale
- Dipartimento di Prevenzione
- Gli Ospedali
- Il Territorio
- I Distretti
- Farmaceutica
- Liste di Attesa
- Piano degli Investimenti Tecnologici e Infrastrutturali
- La Gestione delle Risorse
- Le Linee di indirizzo e gli obiettivi aziendali 2020-2022
- La Programmazione annuale 2020
- Gli Obiettivi annuali 2020

Premessa

Il Piano della Performance (art. 10 del D.Lgs n. 150 del 27/10/2009) è un documento programmatico a breve e medio termine, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici. L’Azienda si propone di promuovere la Tutela della Salute dei cittadini, come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, nel rispetto della dignità e della libertà della persona. La soddisfazione dei bisogni dell’utenza e il miglioramento della salute, senza distinzioni di condizioni individuali e sociali, sono obiettivi prioritari che richiedono misure preventive, curative e riabilitative da realizzarsi in stretta collaborazione tra i servizi ospedalieri e territoriali. L’Azienda dovrà porre una significativa attenzione ai fattori economici e sanitari non perdendo di vista la sensibilità degli effetti organizzativi e la razionalizzazione del lavoro. L’Azienda si impegna a sviluppare tutte le azioni necessarie per promuovere il principio della responsabilizzazione diffusa del personale e il continuo coinvolgimento dello stesso, sviluppando anche iniziative formative specifiche, migliorando il benessere organizzativo.

Costituisce impegno fondamentale proseguire nella attuazione del programma di informatizzazione aziendale, in particolare la gestione informatica delle cartelle cliniche e del registro operatorio; nonché promuovere le iniziative finalizzate al controllo, ottimizzazione e contenimento dei costi mediante il continuo coinvolgimento sia dei Centri di attività che dei Centri di risorse, sviluppando i Sistemi integrati. La promozione riguarda lo sviluppo di tutte le attività ritenute strategiche per l’Azienda, continuando il potenziamento dell’assistenza agli anziani: con l’integrazione e il potenziamento della Medicina di Base nei Distretti al fine di una maggiore azione di filtro e di controllo dei Flussi di ricovero. Contestualmente dovrà essere potenziata l’attività di Day Hospital e di Day Surgery consentendo così una progressiva gestione del Trend del numero di ricoveri ordinari. Occorre promuovere ulteriori creazioni di Protocolli Operativi interni ai singoli servizi e reparti, finalizzati al miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutici o dei processi di lavoro, per ridurre le Liste di Attesa per le prestazioni da erogare.

E’, attività necessaria implementare per lo svolgimento delle attività legate ai nuovi sistemi amministrativi e contabili al fine di rendere più efficiente ed efficace l’attività di supporto svolta dagli uffici amministrativi nei confronti dell’utenza interna ed esterna.

Questi interventi si pongono in continuità con le esperienze già maturate in una prospettiva di elevare i livelli aziendali di efficienza ed efficacia.

1.Analisi del contesto della Asl Frosinone:

Analisi geografica

L'Azienda Asl di Frosinone coincide con il territorio della Provincia di Frosinone (vedi figura in basso); confina a nord con l'Abruzzo (provincia dell'Aquila) (ASL Avezzano Sulmona L'Aquila), a est con il Molise (provincia di Isernia), a sud-est con la Campania (provincia di Caserta), a sud –ovest con la Provincia di Latina (Latina) e a nord-ovest con la città metropolitana di Roma Capitale. Ha una popolazione di 489.083 abitanti con una densità abitativa di 150,62 abitanti per kmq. È articolata in 91 comuni e rispetto alle 110 province italiane risulta in termini di dimensione demografica, la 39esima. La sede legale dell'Azienda è in Via Armando Fabi snc – Frosinone.

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

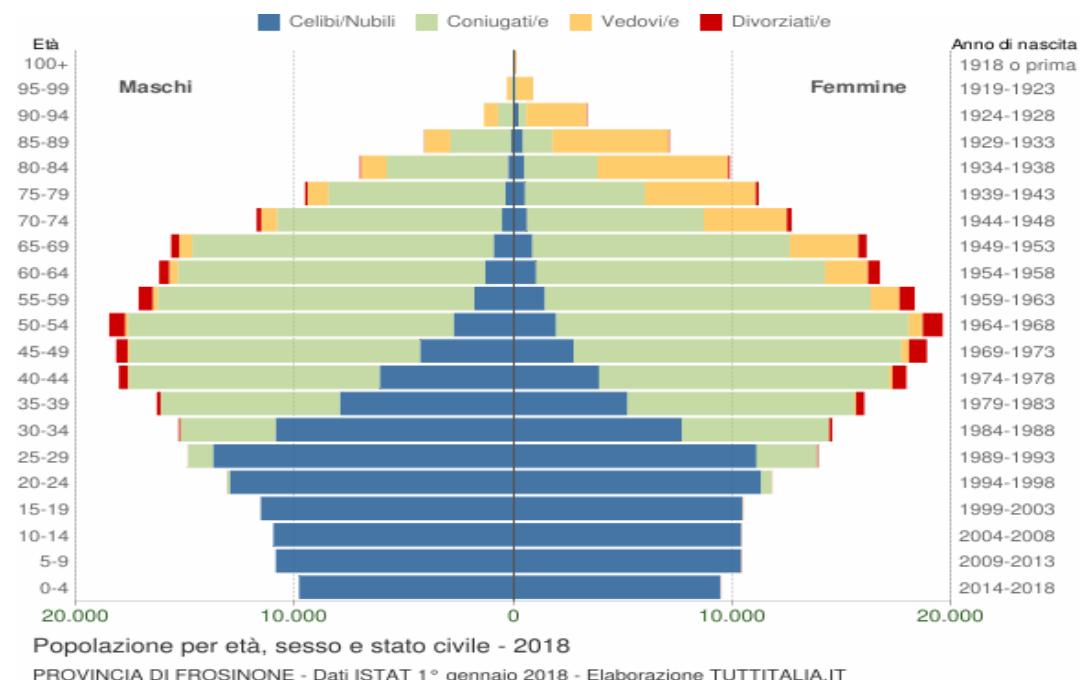
	Comuni	Popolazione	Superficie Km ₂	Densità Abitanti/ Km ₂	N°Comuni
R M	Roma	4.342.212	5.363,28	810	121
LT	Latina	575.254	2.256,16	255	33
FR	Frosinone	489.083	3.247,08	151	91
VT	Viterbo	317.030	3.615,24	88	60
RI	Rieti	155.503	2.750,52	57	73



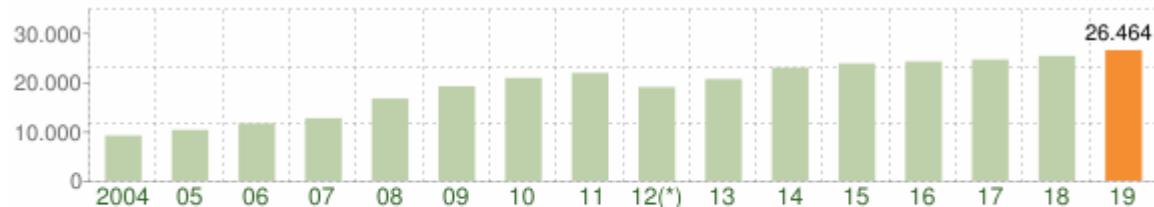
Analisi demografica

La Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Frosinone per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2018 su dati ISTAT.

L'andamento demografico della popolazione residente in **provincia di Frosinone** al 1° Gennaio 2018 è pari a 489.083 .



Gli stranieri residenti in **provincia di Frosinone** al 1° gennaio 2019 sono **26.464** e rappresentano il 5,4% della popolazione residente. La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 34,6% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (13,1%) e dal **Marocco** (8,2%).

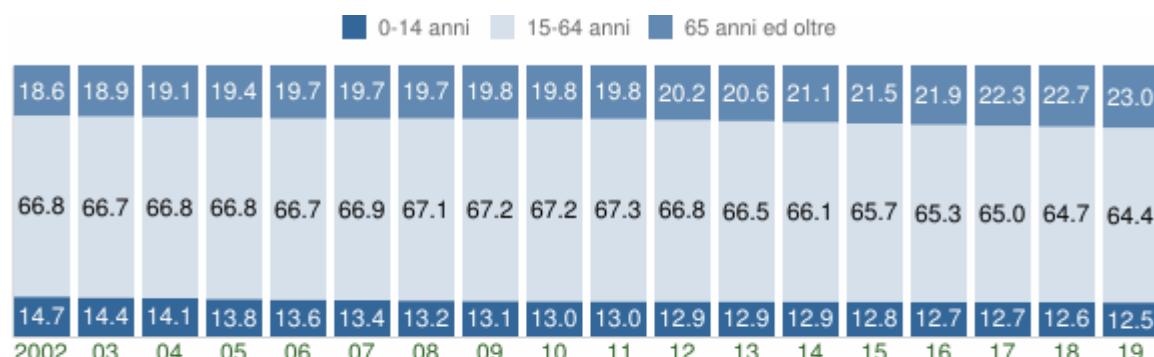


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2019

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

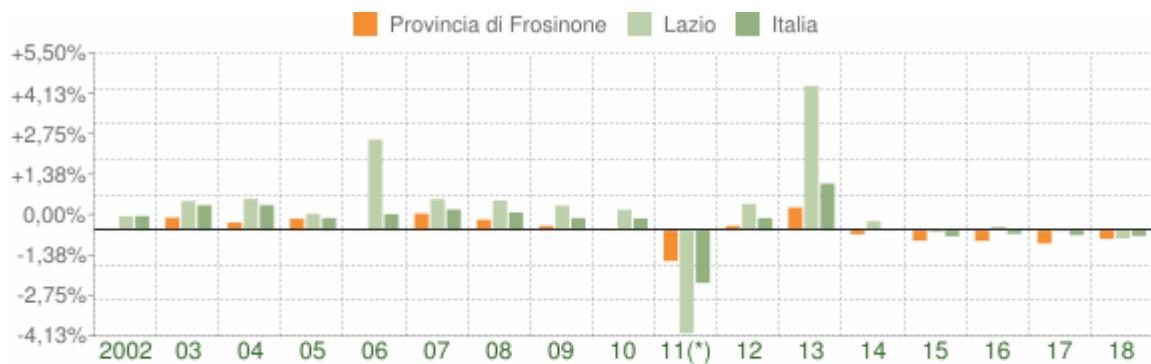
(*) post-censimento

L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.



Struttura per età della popolazione (valori %)

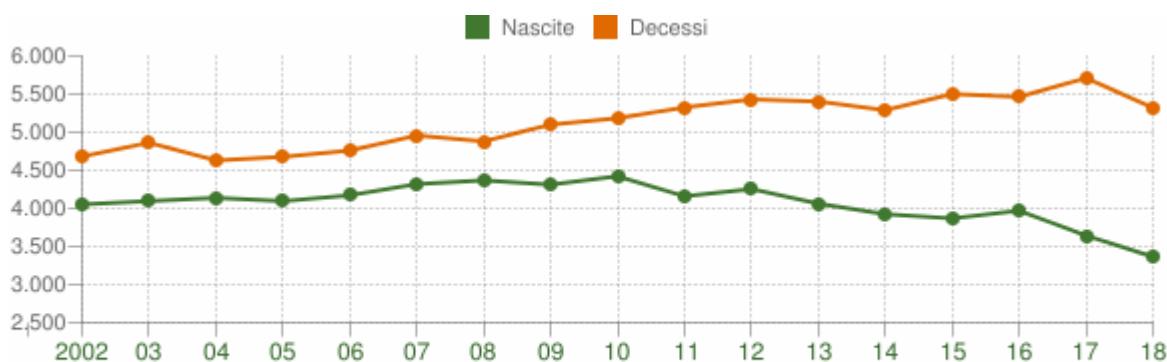
PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT



Variazione percentuale della popolazione

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



Movimento naturale della popolazione

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Anno	Indice di vecchiaia	Indice di dipendenza strutturale	Indice di ricambio della popolazione attiva	Indice di struttura della popolazione attiva	Indice di carico di figli per donna feconda	Indice di natalità (x 1.000 ab.)	Indice di mortalità (x 1.000 ab.)
	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1° gennaio	1 gen-31 dic	1 gen-31 dic
2002	126,4	49,8	87,6	89,6	25,0	8,4	9,7
2003	131,2	49,9	87,3	91,5	24,5	8,4	10,0
2004	135,2	49,7	87,3	92,7	23,9	8,5	9,5
2005	139,9	49,7	85,4	94,4	23,6	8,4	9,5
2006	144,5	49,8	83,0	97,1	23,4	8,5	9,7
2007	147,4	49,5	89,1	99,8	23,4	8,8	10,1
2008	149,0	49,0	97,1	101,5	23,2	8,8	9,8
2009	150,9	48,9	107,1	104,0	22,8	8,7	10,3
2010	152,5	48,9	116,7	106,8	22,4	8,9	10,4
2011	152,4	48,7	129,1	110,5	22,0	8,4	10,8
2012	156,1	49,6	134,0	113,9	21,6	8,6	11,0
2013	159,2	50,4	136,7	115,7	21,1	8,2	10,9

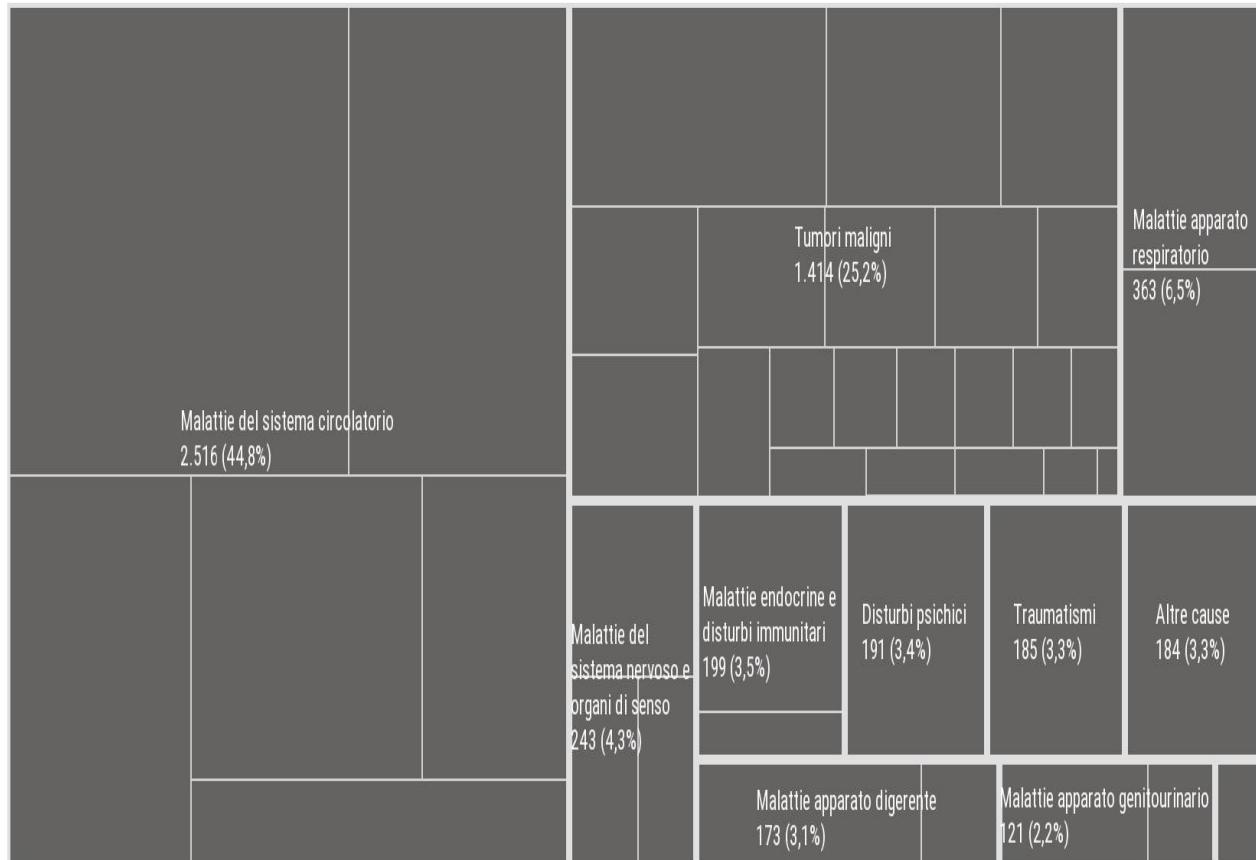
2014	163,7	51,3	137,9	118,4	20,8	7,9	10,6
2015	167,6	52,2	140,5	121,6	20,7	7,8	11,1
2016	172,5	53,0	143,3	124,4	20,9	8,0	11,1
2017	175,7	53,9	145,8	127,3	21,0	7,4	11,6
2018	179,5	54,5	149,4	130,2	21,3	6,9	10,9

La popolazione di Frosinone è regressiva con un indice di invecchiamento superiore alla media regionale.

Stato di salute della popolazione

Cause di morte ASL Frosinone - 2017

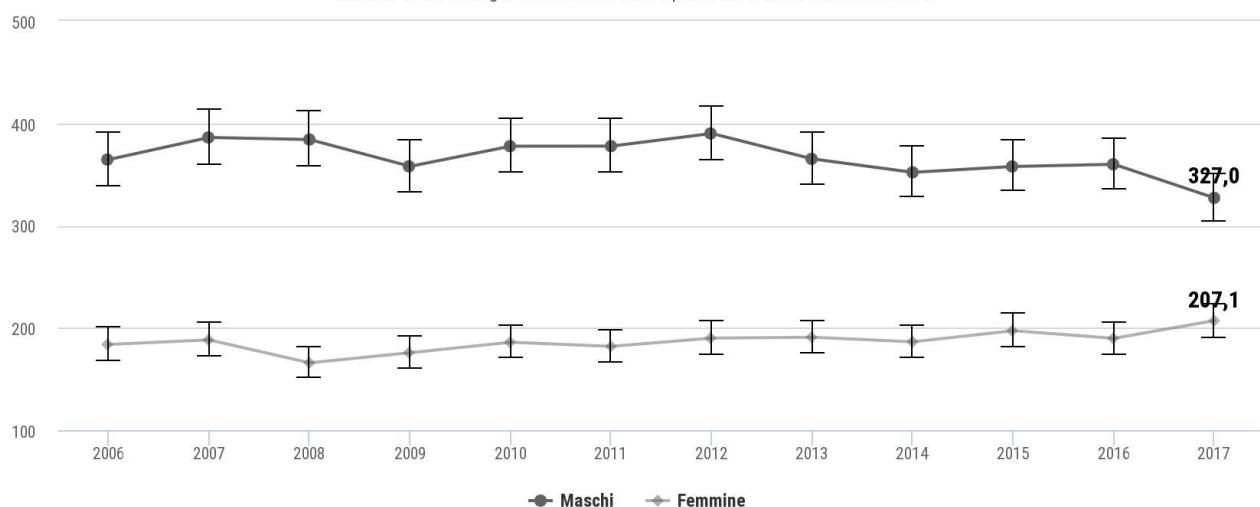
Tutte le cause di decesso 5.619 (100%)



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

TUMORI MALIGNI, Tasso stand. ASL Frosinone - 2017

Numero di decessi ogni 100.000 residenti. Popolazione di riferimento Lazio 2011.



Fonte: www.inginforgf.com

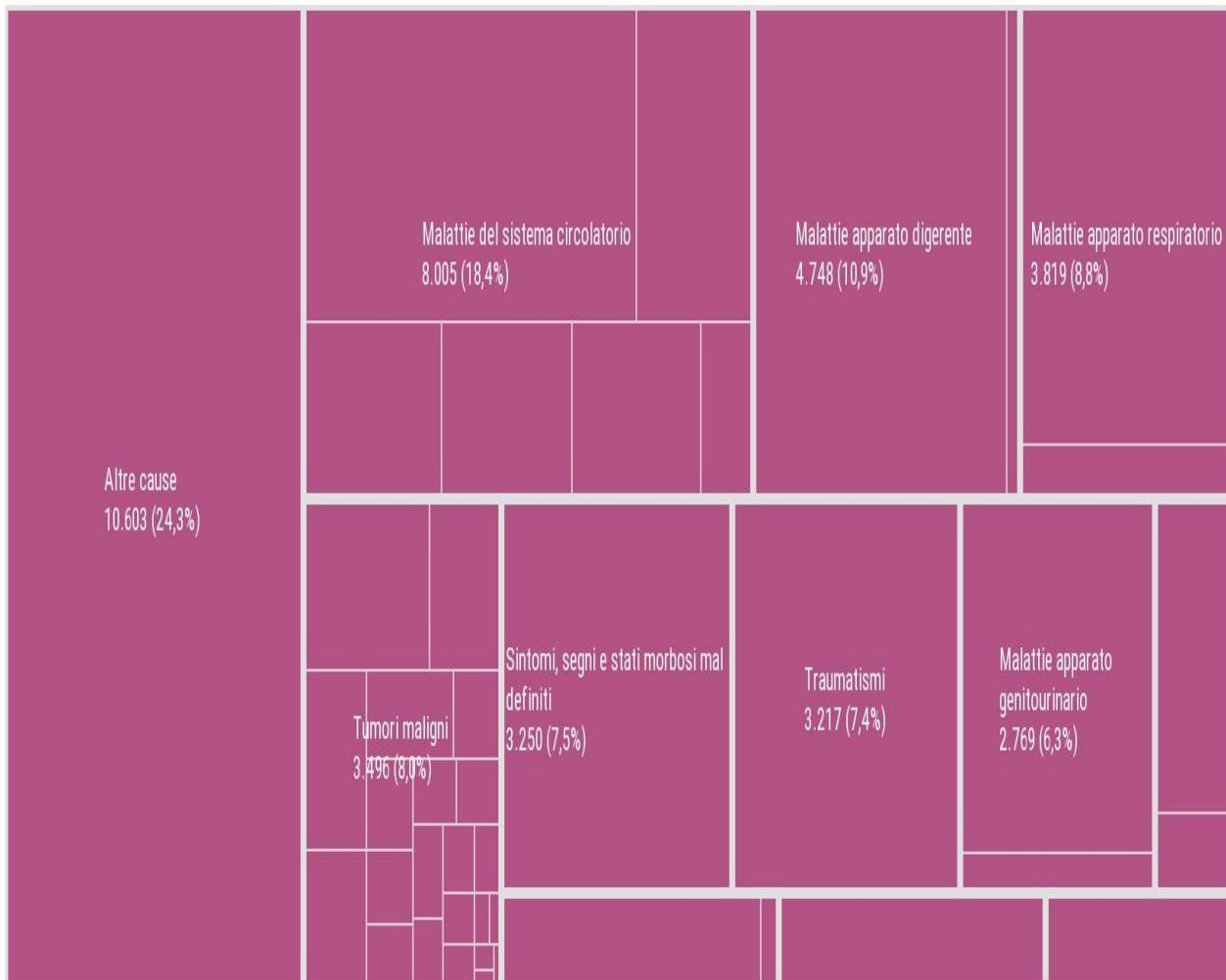
Tasso standardizzato anno 2017		
	ASL Frosinone	Lazio
Mortalità per malattie del sistema circolatorio	964.3 (932.2-990.2)	902 (895.2-909.8)
Mortalità per tumori maligni	256.1(242.9-296.9)	260.1 (256.1-264.1)

Mortalità infantile

Tasso standardizzato anno 2017		
	ASL Frosinone	Lazio
Mortalità nel primo anno di vita	3,07 (1,53-5,49)	3,48 (2,95-4,07)
Mortalità neonatale a 0-28 gg	2,51 (1,15-4,76)	2,40 (1,97-2,90)

Cause di ricovero ASL Frosinone - 2017

Tutte le cause di ricovero 43.620 (100%)



Fonte Sistemi Informativi Sanitari Lazio

Commento: apparato cardiovascolare

Prevenzione e Stili di vita

Le malattie cardiovascolari riconoscono una eziologia multifattoriale, cioè più fattori di rischio (età, sesso, pressione arteriosa, abitudini al fumo di sigaretta, diabete, colesterolemia) contribuiscono contemporaneamente al loro sviluppo. I fattori di rischio sono caratteristiche che aumentano la probabilità di insorgenza della malattia. I fattori di rischio sono stati identificati ed è stata dimostrata la reversibilità del rischio, pertanto la malattia cardiovascolare è oggi prevedibile. E' probabile dunque evitare ammalarsi di infarto e di ictus. I fattori di rischio cardiovascolare si dividono in modificabili (attraverso cambiamenti dello stile di vita o mediante assunzione di farmaci) e non modificabili.

I fattori di rischio non modificabili sono: età (il rischio aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età); sesso maschile (gli uomini sono più a rischio delle donne; nelle donne il rischio aumenta sensibilmente dopo la menopausa), familiarità (parenti con eventi cardiovascolari in età giovanile; meno di 55 anni negli uomini e di 65 nelle donne).

I fattori di rischio modificabili sono: fumo, pressione arteriosa elevata, ipercolesterolemia, ipo HDL colesterolemia, diabete).

2. La Mission

Il mandato istituzionale dell’Azienda, nel rispetto della Costituzione è quello di garantire la tutela della salute della popolazione di riferimento. La missione aziendale pertanto è quella di farsi carico dei problemi di salute della comunità, nonché di contrastare l’insorgenza delle malattie che impattano sulla qualità della vita, attraverso l’utilizzo delle risorse assegnate garantendo l’equità nell’accesso. L’Azienda persegue come finalità, il soddisfacimento dei LEA secondo i principi di sostenibilità e rafforzando il ruolo di committenza. Pertanto l’Azienda si pone come soggetto attivo delle politiche sanitarie locali e del rapporto con le istituzioni, aprendosi al dialogo con i cittadini e Associazioni, rispettando gli indirizzi strategici e i vincoli economici stabiliti dalla Regione.

L’Azienda svolge la sua azione ispirandosi ai seguenti valori: sostenibilità e valorizzazione del personale e dei professionisti del SSR ; trasparenza e integrità; equità e uguaglianza; ricerca e innovazione; miglioramento per la qualità dell’assistenza e della attività amministrativa; centralità della persona,perseguendo nel contempo la sostenibilità organizzativa ed economico-finanziaria.

3. Analisi del Contesto Esterno

Il territorio della Azienda Unità Sanitaria di Frosinone coincide con quello provinciale. La provincia di Frosinone si estende per 3.247,08 Km² è costituita da 91 Comuni e una popolazione residente di 489.083. La densità della provincia di Frosinone è di 151 ab/Kmq.

L’invecchiamento della popolazione determina la prevalenza delle patologie croniche. La preoccupazione riguarda il tema della cronicità che interessa in prevalenza le persone con più di 65 anni, pertanto l’invecchiamento della popolazione incrementa显著mente la spesa per l’assistenza. Oggi il cittadino-utente del servizio sanitario si divide in due grandi aree: l’utente fragile, anziano, cronico che ricorre frequentemente ai servizi e ha sempre più bisogno di un intervento sanitario e sociale da parte del sistema pubblico e privato non profit; l’utente informato, competente ed attivo, che vuole essere partecipe delle scelte riguardanti la sua salute, fortemente attento alla qualità della propria vita e delle prestazioni erogate.

4. Analisi del Contesto Interno

In questi anni l' ASL ha attivato una serie di iniziative che nel prossimo futuro occorre consolidare per giungere ad una strutturazione più moderna ed efficiente.

• Le Articolazioni dell'Azienda

Il territorio dell'Azienda sanitaria Locale Frosinone È suddiviso in 4 Distretti sanitari:

Distretto A composto da 15 Comuni

Distretto B composto da 23 Comuni

Distretto C composto da 27 Comuni

Distretto D composto da 26 Comuni

Distretti	Popolazione	Comuni
Distretto "A"	82.848	15
Distretto "B"	178.196	23
Distretto "C"	108.562	27
Distretto "D"	119.477	26
Totale	489.083	91

Ripartizione dei Comuni nei 4 Distretti Sanitari

I 4 Distretti sul territorio

DISTRETTO SANITARIO “A”	DISTRETTO SANITARIO “B”	DISTRETTO SANITARIO “C”	DISTRETTO SANITARIO “D”
ALATRI – ANAGNI	FROSINONE	SORA	CASSINO
Acuto	Amaseno	Alvito	Acquafondata
Alatri	Arnara	Arce	Aquino
Anagni	Boville Ernica	Arpino	Ausonia
Collepardo	Castro dei Volsci	Atina	Cassino
Filettino	Ceccano	Belmonte Castello	Castelnuovo Parano
Fiuggi	Ceprano	Broccostella	Castrocielo
Guarcino	Falvaterra	Campoli Appennino	Cervaro
Paliano	Ferentino	Casalattico	Colle San Magno
Piglio	Frosinone	Casalvieri	Coreno Ausonio
Serrone	Fumone	Castelliri	Esperia
Sgurgola	Giuliano di Roma	Colfelice	Pico
Torre Cajetani	Morolo	Fontana Liri	Piedimonte San Germano
Trevi nel Lazio	Pastena	Fontechiari	Pignataro Interamna
Trivigliano	Patrica	Gallinaro	Pontecorvo
Vico nel Lazio	Pofi	Isola del Liri	Roccasecca
	Ripi	Monte San G. Campano	San Giorgio a Liri
	San Giovanni Incarico	Pescosolido	San Vittore del Lazio
	Strangolagalli	Picinisco	Sant’Ambrogio sul G.
	Supino	Posta Fibreno	Sant’Andrea sul Garigliano
	Torrice	Rocca D’Arce	Sant’Apolinnare
	Vallecorsa	San Biagio Saracinisco	Sant’Elia Fiumerapido
	Veroli	San Donato Valcomino	Terelle
	Villa Santo Stefano	Santopadre	Vallemaio
		Settefrati	Vallerotonda
		Sora	Villa Santa Lucia
		Vicalvi	Viticuso
		Villa Latina	

La rete ospedaliera aziendale è costituita da tre ospedali:

Ospedale Frosinone/Alatri; Ospedale Sora e Ospedale Cassino

- Dipartimento Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze è il garante per la presa in carico dei bisogni della Salute Mentale e delle Dipendenze della popolazione anche detenuta. All'interno del Dipartimento sono inseriti i servizi per la Tutela della Salute Mentale e i Servizi per le Dipendenze Patologiche.

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze rivestono una importanza crescente nei Bilanci di Salute di tutti i paesi per l'elevata frequenza e per i costi sociali conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanza, renderanno la patologia mentale sempre più frequente. A tale fine l'OMS ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative, in ambito nazionale e regionale, hanno formulato obiettivi standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale. A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati che permettono la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione *ad personam* delle opportunità riabilitative e terapeutiche. L'obiettivo dei percorsi, accanto agli esiti clinici, tiene conto anche di aspetti quali la qualità della vita e la soddisfazione da parte del paziente e dei suoi familiari. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali deve essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichiatrico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.

Le forme di Dipendenza da alcool, farmaci, droga e ludopatia sono i principali effetti su cui intervenire con azioni di diagnosi, terapia e riabilitazione. I SERD, essendo le strutture di riferimento dell' Unità Sanitaria Locale per i tossicodipendenti e per le loro famiglie, devono garantire agli interessati la riservatezza degli interventi oltre alla disponibilità dei trattamenti di carattere psicologico, socio riabilitativo e medico farmacologico. Pertanto il programma di tali funzioni deve tendere ad: aumentare gli interventi di sostegno ed orientamento per i tossicodipendenti e le loro famiglie; aumentare gli interventi di prevenzione nei confronti delle fasce giovanili della popolazione; accettare lo stato di salute psicofisico del soggetto anche con riferimento alle condizioni sociali; certificare lo stato di tossicodipendenza; definire i programmi terapeutici individuali e socio -riabilitativi; aumentare gli interventi di prevenzione della diffusione delle infezioni da HIV; valutare i risultati degli interventi in maniera periodica; rilevare i dati statistici ed epidemiologici.

Si prendono quindi in considerazione le Unità Operative Complesse e UOSD all'interno delle quali sono collocati i Servizi corrispondenti; il dettaglio delle prestazioni, del numero e tipologia di personale coinvolto con relativa tipologia di contratto di lavoro, ripartito per categoria professionale e numero di ore prestate è riportato nelle tabelle allegate.

Allo scopo di documentare il carattere innovativo delle attività Dipartimentali e la continua ricerca di confronto finalizzato alla individuazione e all'apprendimento di best practice, vengono descritti, sinteticamente, i progetti e le azioni messe in campo:

Progettazione e progetti di formazione:

Progetto Conscious: Progetto Europeo della durata di 20 mesi di cui il Dipartimento Salute Mentale e Patologie da Dipendenza è capofila, co-finanziato dal programma europeo Diritti Uguaglianza e Cittadinanza, in partenariato con il Garante dei Detenuti del Lazio, con **l'European Network for the Work with Perpetrators of Domestic Violence** e il Centro Nazionale Studi e Ricerche sul diritto della Famiglia e dei Minori. Il progetto introduce in ambito intra ed extra carcerario, un modello di trattamento e supporto dedicato a perpetrators e costruisce una rete intersistemica di cooperazione finalizzata alla riduzione della recidiva.

Nelle attività di trattamento saranno coinvolti 42 sex offenders, di cui 9 recidivi, e 12 colpevoli di maltrattamenti in famiglia detenuti presso la casa circondariale di Cassino, mentre un servizio esterno sarà attivato presso l'ASL di Frosinone per perpetrators ex detenuti o sottoposti a misure alternative segnalati all'ASL dal Tribunale di Sorveglianza o dallo sportello antiviolenza presente presso la Procura di Frosinone. Attraverso le attività previste nel programma di trattamento specialistico, le relazioni di sostegno e la possibilità di sperimentare modalità di giustizia riparativa, gli autori di reato potranno acquisire strumenti concreti per la gestione del proprio comportamento ed un migliore controllo degli impulsi violenti.

Contemporaneamente operatori di polizia penitenziaria, amministratori penitenziari, educatori, operatori UEPE, personale ASL e i rappresentanti delle istituzioni associate, prenderanno parte ad attività di formazione e capacity building, di apprendimento reciproco e all'implementazione di protocolli e metodi di lavoro. Sarà anche svolta un'attività di sensibilizzazione sull'efficacia del trattamento e sulla sostenibilità del modello nei confronti dei magistrati del Tribunale di Sorveglianza, degli avvocati, dei direttori di altri istituti penitenziari italiani ed europei e delle autorità regionali e nazionali competenti. I risultati attesi riguardano le competenze professionali acquisite e/o migliorate per il trattamento e la gestione dei perpetrators da parte degli operatori sanitari, penitenziari e dell'Ufficio di Esecuzione Penale

Esterna; nuovi servizi trattamentali disponibili e accessibili sia in abito carcerario che nel settore socio-sanitario; incrementata applicazione di misure di giustizia riparativa; Governance strutturata e sinergie operative attivate in materia di lotta alla violenza e prevenzione della recidiva da parte del sistema socio-sanitario, giudiziario, di esecuzione della pena, di pubblica sicurezza.

Piano locale di contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico:

Il “Piano Regionale di Prevenzione 2017-2018 Gioco D’Azzardo Patologico” approvato con DGR 904 del 19.12.2017 e pubblicato sul BURL n.4 del 11.01.2018 delinea a definisce le azioni di potenziamento e ampliamento degli interventi resi dai servizi delle amministrazioni sanitarie locali (ASL) in particolare dai Ser.D; con Deliberazione n. 2050 del 04.10.2018 la ASL di Frosinone ha approvato il Piano Locale Gioco d’Azzardo Patologico (prima annualità) stabilendo che la realizzazione avvenga con le risorse economiche provenienti dal fondo GAP di cui alla determinazione Regionale n. G 16620 del 23.12.2015. Il “Piano Locale di contrasto al Gioco d’Azzardo” si pone quale obiettivi: a) l’incremento di interventi di informazione e prevenzione dei rischi connessi alle dipendenze senza sostanza ed in particolare al gioco d’azzardo patologico; b) garantire trattamenti specialistici delle forme di dipendenza senza sostanza; c) garantire la qualità dei servizi e la competenza professionale degli operatori. La popolazione target è individuata nelle persone con problematiche di dipendenza senza sostanza che attualmente non si rivolgono ad alcun servizio; a soggetti che accedono al SerD inviati da altri servizi sanitari; ai familiari di pazienti in carico al SerD. I risultati attesi sono di incrementare il numero di soggetti trattabili con particolare riguardo alla prevenzione delle recidive. In riferimento all’obiettivo a) del Piano Locale, il DSMPD ha integrato e potenziato le azioni svolte dalle Unità di Strada CRD1 e CRD2, con specifico riferimento alle azioni di Informazione e Sensibilizzazione; tale linea di azione è stata definita attraverso l’Atto Deliberativo n. 408 del 01.03.2019 in cui gli Enti Partner di progetto Unità Mobile (ex FLD) Associazione in Dialogo (CRD1) e Cooperativa Exodus (CRD2) hanno dato la disponibilità a partecipare al Piano Locale contrasto al Gioco d’Azzardo nella parte relativa alle azioni citate, con l’adozione di metodologie e specifiche declinate nello stesso Atto.

Formazione Regionale sul Disturbo da Gioco d’Azzardo:

In attuazione del “Piano biennale Regionale 2017-2018 Gioco d’azzardo patologico” (DGR 904 del 19.12.2017) è stato approvato il Programma Formativo Regionale biennale sul Disturbo da Gioco d’Azzardo (Determinazione dirigenziale R.L n. G17153 del 20.12.2018) .che prevede, quali realizzatori, ASL Roma 1, ASL Roma 4, ASL Frosinone, ASL Rieti. L’obiettivo generale prevede l’incremento delle conoscenze e delle competenze degli operatori sanitari, sociali e del Terzo Settore sul fenomeno DGA e sugli strumenti e strategie efficaci per la cura e la riabilitazione in una logica di rete per la garanzia di una

offerta di trattamento omogenea appropriata su scala regionale. I destinatari personale sanitario ASL, personale sanitario delle Strutture Accreditate, operatori sociali di Enti Pubblici, del Terzo Settore e scolastici. La metodologia formativa prevede: formazione frontale con lezioni magistrali, a piccoli gruppi, discussioni con esperti; formazione sul campo con accompagnamento dei professionisti e dei servizi attraverso supervisione, audit, ecc.; formazione a distanza con utilizzo di sito web Lazio Crea per la messa a disposizione del materiale formativo.

Progetto formativo regionale per operatori delle REMS

Il progetto formativo si propone, in prima istanza, di offrire la possibilità di un confronto tra gli Enti e le Istituzioni della Regione Lazio coinvolti negli accordi sanciti dalla Conferenza Unificata del 26

Febbraio 2015. Il Progetto sarà realizzato in collaborazione con la ASL Roma 5, la ASL Rieti con la ASL di Frosinone capofila.

Nello specifico si intende analizzare la corretta applicazione della normativa di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e al decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 aventi ad oggetto specificamente *"la garanzia della tutela della salute delle persone con restrizione della libertà personale, incluse le persone internate nelle Rems"*, che il passaggio ad una organizzazione esclusivamente sanitaria deve garantire nella sua prospettiva ampliativa. Il progetto verificherà le problematiche delle procedure organizzative inerenti la tutela della salute degli internati nelle Rems in relazione alla normativa penitenziaria di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e succ. ricercandone le relative soluzioni migliorative. Tale primario obiettivo assume un ruolo rilevante al fine di garantire una effettiva conoscenza e un confronto fra gli operatori del settore sanitario per la salute mentale e del settore giudiziario, favorendo nei primi il comprendere come il percorso terapeutico possa adattarsi ai tempi propri del procedimento penale e ai secondi le basi del ragionamento e, dunque, delle scelte terapeutiche e riabilitative

Il Progetto prevede il coinvolgimento della rete degli Enti e delle Istituzioni coinvolte tra cui: UPE; Tribunale di Sorveglianza; Tribunale ordinario; Procura della Repubblica; Prefettura; Questura. Personale REMS

I destinatari sono: personale DSM operante nelle Case di Reclusione e Circondariali nelle sezioni psichiatriche e ambulatori presenti; Personale SPDC e CSM; personale di Polizia Penitenziaria; Magistratura.

Report delle attività delle Unità Operative Complesse e UOSD

I dati relativi ai Servizi per la Salute Mentale sono registrati attraverso il Sistema Informativo per i Servizi Psichiatrici (SISP) della Regione Lazio. Il sistema è stato concepito con finalità epidemiologiche con lo scopo di permettere un'analisi della domanda e dell'offerta nel campo dei Servizi Psichiatrici ed il software di gestione è stato distribuito gratuitamente ai Dipartimenti di Salute Mentale. I dati relativi agli utenti delle strutture ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali sono organizzati secondo tre tabelle: anagrafica, trattamenti e prestazioni. Il trattamento ambulatoriale registra tutte le prestazioni erogate dal servizio in una data, luogo, con modalità e specifica attività. Le strutture residenziali e semiresidenziali registrano esclusivamente gli accessi. Va sottolineato che il mancato aggiornamento del suddetto software, non consente una precisa registrazione dei dati che possono essere riportati nel sistema gestionale solo ed esclusivamente attraverso computer di vecchia generazione attualmente in dismissione in ASL di Frosinone.

Alcuni CSM hanno a disposizione un computer in grado di supportare il software, altri ne sono sprovvisti; il CSM di Frosinone ha subito la perdita dell'intero data base a causa di un allagamento del servizio che ha reso inservibili tutti i computer.

I dati relativi ai Servizi per le dipendenze patologiche sono registrati attraverso il Sistema Informativo Dipendenze Patologiche Regione Lazio (SIRD). Il sistema nato nel 2007, viene continuamente aggiornato e adattato alle esigenze dei servizi. I SerD della ASL di Frosinone sono in grado di registrare tutte le prestazioni a singolo utente, famiglia, a gruppi e istituzioni. Di facile accessibilità, ogni operatore ha a disposizione un computer su cui operare. Periodicamente vengono effettuati riscontri interne al fine di verificare la rispondenza al debito informativo.

UOC Centro Salute Mentale Distretti A-B-C

La UOC comprende i CSM di Anagni con sede ambulatoriale di Alatri, Frosinone con sede ambulatoriale Veroli e Ferentino, Ceccano con sede ambulatoriale Ceprano, Sora con sede ambulatoriale Atina. Il personale opera su diversi servizi attraverso la “quota oraria” che consente di effettuare le prestazioni all’utenza del territorio nel minimo rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza. La tipologia delle prestazioni rese è specificata nel dettaglio SISP- Sistema Informativo per i Servizi Psichiatrici (Alleg.1-2) e nella **Tab. 1**. Nel CSM di Sora (**Tot. prest. 5277**) nel primo semestre 2019, la maggior percentuale delle prestazioni (67,77%) è resa presso la sede del servizio con una significativa percentuale effettuate presso il domicilio dell’utente (15,18%). La prestazione a domicilio è particolarmente onerosa in termini di tempo e di risorse professionali necessarie e si configura come una delle prestazioni maggiormente significative e

indispensabili in casi di particolare fragilità psicologica e sociale. Anche la modalità di prestazione presenta una maggiore frequenza verso il singolo utente (64,53%) mentre la famiglia è coinvolta per il 17,98%. Nella sede di Ceccano (**Tot. prest. 4914**) le prestazioni presso la sede sono di poco superiori al 90% con la metà resa al singolo utente mentre la famiglia si coinvolge per il 13,27%. La differenza nel dato relativo alle prestazioni effettuate presso la sede è verosimilmente da attribuire alla maggiore facilità di accesso ai servizi dell'area di Ceccano/Ceprano rispetto al territorio di Sora in cui è presente un maggior numero di centri ubicati in zone montuose o collinari. Il totale degli operatori presenti vede un saldo negativo di n. 6 operatori. Si sottolinea che la ripartizione degli operatori per “quota orario” riguarda sia le prestazioni rese verso la UOC di appartenenza sia le prestazioni rese verso altre UOC/UOSD nelle quali si registra una grave carenza di figure professionali.

UOC Centro Salute Mentale Distretto D

La UOC del Distretto D comprende i CSM di Cassino e Pontecorvo. Il personale opera su diversi servizi attraverso la “quota oraria” che consente di effettuare le prestazioni all’utenza del territorio nel minimo rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza. Dal dettaglio delle prestazioni del CSM del Cassino, (**Alleg. 3**)

Tab. n. 1 (Tot. prest. 5756) si conferma che queste vengono rese in prevalenza presso la sede (89,16%) con una maggiore frequenza al singolo utente (71,32%) e il coinvolgimento dei familiari si ferma al 14,99%. La maggiore percentuale di prestazioni è resa dalle figure sanitarie con una importante percentuale di trattamenti a lungo termine (psicoterapie = 14,12%). Il ricovero in SPDC risulta necessario nello 0,09% dei casi trattati, percentuale omogenea nei tre servizi esaminati, a conferma che la ritenzione al trattamento ambulatoriale ha una positiva funzione nella prevenzione delle recidive. Il totale degli operatori presenti vede un saldo negativo di n. 4 operatori. Si sottolinea che la ripartizione degli operatori per “quota orario” riguarda sia le prestazioni rese verso la UOC di appartenenza sia le prestazioni rese verso altre UOC/UOSD nelle quali si registra una grave carenza di figure professionali.

UOC Residenzialità e Semiresidenzialità

La UOC Residenzialità e Semiresidenzialità comprende tre Strutture Residenziali Terapeutico-Riabilitative di tipo estensivo e cinque Centri Diurni. **Tab.2**

La SRTR Romolo Priori Frosinone 20 p.l. ha avuto nel primo semestre 2019 un notevole turn-over con n. 6 dimissioni e n. 7 nuovi inserimenti. Va rilevato che il momenti della dimissione e dell'inserimento rappresentano fasi di passaggio particolarmente delicate sia per il singolo utente che per il gruppo già presente, in cui l'operatore è massimamente impegnato nel guidare l'adattamento del paziente alla

struttura e alle attività di trattamento. La SRTR Priori segue, con prestazioni a domicilio, due gruppi appartamento presso il comune di Ceccano.

La SRTR Franco Basaglia Frosinone con 10 posti letto più un progetto semiresidenziale che prevede 2 gruppi appartamento per n. 9 ospiti che hanno terminato il programma e che necessitano di un accompagnamento nella fase di reinserimento sociale e lavorativo; il progetto è ancora in fase di realizzazione.

La SRTR Maxwell Jones Ceccano con 20 p.l. Il turn-over del primo semestre ha fatto registrare 4 dimissioni con altrettanto nuovi ingressi raggiungendo la copertura totale dei posti letto. La SRTR Maxwell Jones, nel primo semestre ha effettuato due attività all'esterno della durata di 8 ore. Per quanto riguarda le attività nelle tre strutture, esse prevedono il coinvolgimento attivo del paziente nelle mansioni di vita quotidiana della struttura ed in attività riabilitative e di risocializzazione di tipo espressivo, motorio, ludico anche all'esterno in raccordo con la rete sociale. Le attività riabilitative coinvolgono l'intera giornata degli ospiti compatibilmente alle risorse economiche e di personale esistenti. Le prestazioni prevedono, inoltre, il continuo monitoraggio delle condizioni psicopatologiche dei pazienti al fine di mantenere la condizione di stabilizzazione clinica.

Il totale degli operatori presenti nelle tre strutture vede un importante saldo negativo: - 16. Va sottolineato che nelle tre strutture non vi sono figure specialistiche per la riabilitazione quali tecnici della riabilitazione psichiatrica né psicoterapeuti: tali figure rappresentano elementi imprescindibili del trattamento, della cura e della riabilitazione psichiatrica.

I cinque Centri Diurni per la riabilitazione psichiatrica hanno reso prestazioni agli 89 ospiti per un totale di 4634 accessi. Le prestazioni sono rese nelle fasce orarie diurne, negli spazi ambulatoriali dedicati oppure attraverso attività all'esterno che hanno la funzione di facilitare il mantenimento e/o il recupero delle abilità psicosociali.

Anche in questo caso il totale degli operatori presenti nei cinque CD vede un saldo negativo di 16 operatori.

UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Distretto B

La UOC comprende gli SPDC di Frosinone e Sora. Il reparto di Sora è stato riaperto il 31.05.2019 dopo diversi mesi in cui la struttura è stata sottoposta ad una accurata ristrutturazione e messa a norma degli ambienti. La grave carenza di medici psichiatri in cui il DSMPD ha operato in questi mesi, hanno suggerito l'apertura del reparto per soli n.10 posti letto per ricoveri volontari di cui 2 riservati ai pazienti affetti da Disturbi dell'alimentazione. Il numero dei ricoveri è stato tuttavia significativo (37 dal 30.05) a conferma della necessità di posti letto dedicati alla crisi, nel territorio dell'ASL. Il personale dell'SPDC di Sora è sostanzialmente lo stesso in forza al reparto di Frosinone; alcuni turni vengono abitualmente coperti da psichiatri provenienti dai CSM di Sora e di Cassino.

L'SPDC di Frosinone ha 12 posti letto più 1 posto per le emergenze. Non di rado, nel periodo di chiusura del reparto di Sora, ha accolto pazienti in sovrannumero a causa di particolari situazioni di emergenze non collocabili altrove. **Tab. 3** Nel primo semestre 2019 si sono registrati 197 ricoveri di cui 44 in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio. Con notevoli difficoltà gli operatori della UOC mantengono attivo un ambulatorio dedicato ai Disturbi dell'umore in cui nel periodo indicato sono state effettuate 154 visite e 75 consulenze. Le prestazioni connesse alla richiesta di intervento/consulenza in Pronto Soccorso sono state numerose (455) e la loro esecuzione incide notevolmente sulla attività di reparto in relazione alla presenza di un solo psichiatra in turno. Il totale degli operatori presenti nei due reparti vede un saldo negativo di n. 29 operatori. Il saldo negativo è particolarmente preoccupante in quanto le figure professionali carenti riguardano gli psichiatri (-9), gli psicoterapeuti, con un solo psicoterapeuta presente nei tre SPDC della ASL di Frosinone, gli infermieri e i tecnici della riabilitazione psichiatrica.

UOC Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura Distretto D

La UOC comprende l'SPDC di Cassino con 12+1 posti letto. **Tab. 3** I ricoveri nel primo semestre sono stati 153 di cui 16 TSO; 212 le consulenze effettuate fra Pronto Soccorso e reparti di degenza. Si rileva, in questo reparto, l'assenza dello psicoterapeuta e di infermieri. In seguito alla procedura per l'immissione in ruolo di n. 19 psichiatri recentemente conclusa e di cui sono stati assunti solo 5 fra i primi in graduatoria, uno psichiatra è stato destinato all'SPDC di Cassino. Il totale degli operatori presenti vede un saldo negativo di 18 operatori. (tab.

UOC Patologie da Dipendenza Distretti A-B-C

La UOC comprende i Servizi per le Dipendenze (SerD) di Frosinone, Sora e Ceccano. In numero totale di prestazioni della UOC per il primo semestre 2019 è stato di 44863. **Tab. 4** La complessità degli interventi

diretti alle popolazioni target e la molteplicità delle aree di competenza, l'eziologia multifattoriale e multidimensionale delle forme psicopatologiche di afferenza sono tali da richiedere trattamenti fortemente incentrati sulla multidisciplinarietà. Per tale motivo viene privilegiato il lavoro di equipe in tutti i SerD. Nei servizi per le dipendenze, la prestazione per quote orario è particolarmente rilevante in quanto, nella UOC, ricadono le esigenze della UOC Dipendenze e Psicopatologie nel circuito penitenziario, il Centro Clinico Cocaina, progetto regionale attualmente in corso di accreditamento, le Rems di Pontecorvo e Ceccano per la copertura delle guardie mediche e per il coordinamento infermieristico, la prevenzione. Il dettaglio delle prestazioni è reso comprensibile dal Sistema Informativo Regionale Dipendenze (SIRD) che consente di analizzare e verificare l'operato del servizio (alleg. 4). Nel numero delle prestazioni il dato di maggiore frequenza è relativo alla somministrazione di farmaci sostitutivi, di colloqui psicosociali individuali e di visite mediche. Di particolare rilevanza è la costante collaborazione con gli altri Enti e Istituzioni del territorio che sono coinvolti nel trattamento e nel monitoraggio dell'utenza: Ufficio per l'esecuzione penale esterna, servizi sociali dei distretti e dei comuni del territorio, Strutture Residenziali Pedagogico Riabilitative sia del territorio della provincia che della Regione Lazio, altri servizi sanitari della ASL (SPDC, Malattie Infettive). La particolare tipologia di utenze e i continui cambiamenti negli stili di consumo richiedono, agli operatori dei SerD, un assiduo aggiornamento professionale. I servizi per le dipendenze del DSMPD si sono sempre distinti per la particolare attenzione dedicata alla prevenzione che negli ultimi anni è stata sacrificata a fronte del rispetto delle priorità; programmi di prevenzione nelle scuole di ogni ordine e grado della Provincia, progetti mirati di rilevanza nazionale quali "Il filo di Arianna" e "Unplugged", validati a livello internazionale, sono stati portati avanti per diversi anni dagli operatori del Dipartimento con ricadute importanti sul piano della prevenzione dell'abuso di sostanze, del bullismo, del disagio adolescenziale. Attualmente l'ambito della prevenzione viene sostenuto faticosamente garantendo la continuità del progetto Unplugged in alcune scuole di Frosinone e attraverso il Servizio CRD1 e CRD2 Unità Mobile (ex FLD), autorizzato dalla Regione Lazio, in partenariato con l'Associazione "In Dialogo" di Trivigliano e la Fondazione Exodus. Il totale degli operatori presenti vede un saldo negativo di 14 operatori rispetto a quelli previsti.

UOC Patologie da Dipendenza Distretto D

La UOC comprende il SerD di Cassino. Le prestazioni del primo semestre 2019 sono state 44834 (Alleg. 5).

Tab. 4 La carenza di personale registra un saldo negativo di 9 unità di personale in cui spicca il -3 relativo ai medici. Valgono per questa UOC tutte le considerazioni fatte in precedenza. Il dettaglio delle prestazioni è descritto nei tabulati SIRD in allegato. Anche in questo caso le prestazioni di maggiore frequenza sono relative all'erogazione dei farmaci sostitutivi e alle prestazioni medico e psicosociali.

UOC Patologie Dipendenze e Psicopatologie nel circuito Penitenziario

La UOC effettua le prestazioni all'interno delle Case Circondariali di Frosinone e Cassino e nella Casa di Reclusione di Paliano. La particolarità di questa UOC si rileva nel fatto che essa non ha personale proprio ma ha personale proveniente da altre UOC e per quota oraria e personale con diverso contratto di lavoro (SAI). **Tab. 5** Nonostante tale difficile condizione, gli operatori hanno reso n. 10.741 (Alleg. 6) prestazioni presso gli ambulatori penitenziari fra cui: erogazione farmaci, visite mediche specialistiche, visite psichiatriche, colloqui psicologici e sociali, certificazioni e relazioni all'Autorità Giudiziaria, Avvocati, Servizi Sociali, UEPPE, SRPR. All'interno delle due Case Circondariali è attivo il Progetto Conscious di cui si è trattato a parte. In ragione della particolare delicatezza delle prestazioni erogate, della complessità delle manifestazioni psicopatologiche della popolazione detenuta, della peculiarità del contesto ambientale, la UOC dedica particolare attenzione alla formazione e all'aggiornamento degli operatori con corsi di formazione specifici e gruppi di supervisione. Il saldo degli operatori, in considerazione di quanto già specificato in proposito registra una differenza di -12 rispetto agli operatori previsti.

UOSD Disturbi del Comportamento Alimentare

La UOSD ha sede presso l'ex Ospedale di Frosinone in via Mazzini ed eroga prestazioni ambulatoriali a persone con patologie caratterizzate da alterazioni significative delle abitudini alimentari e da una eccessiva preoccupazione per il peso e il corpo in generale. Il servizio si propone di offrire un intervento integrato e interdisciplinare con la collaborazione di tutte le figure professionali previste dalle buone pratiche (internisti, nutrizionisti, psichiatri, psicologi clinici e psicoterapeuti, dietisti, assistenti sociali). Nella UOSD confluisce la linea di attività "Salute mentale donna" rivolta a donne vittime di maltrattamenti; a tal proposito esiste una confluenza con il progetto Conscious. Attualmente il servizio opera con personale che rende prestazioni per "quota oraria" provenienti da altre UOC. **Tab. 6** Le prestazioni rese nel primo semestre sono state 277 e hanno riguardato prima accoglienza, consulenza, diagnosi, rinforzo della motivazione e orientamento. Il saldo degli operatori, in considerazione di quanto già specificato in proposito registra una differenza di -7 rispetto agli operatori previsti.

UOSD Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza

La UOSD comprende la Rems di Pontecorvo con n. 11 posti letto dedicati a pazienti di sesso femminile e la Rems di Ceccano con n. 20 posti letto per pazienti di sesso maschile. Le Rems ospitano pazienti, autori di reato, ritenuti non imputabili per vizio totale o parziale di mente nonché socialmente pericolosi; hanno il compito di garantire l'assistenza nonché, soprattutto, di erogare prestazioni terapeutiche e riabilitative finalizzate al reinserimento sociale. I pazienti vengono inviati direttamente dall'Autorità Giudiziaria. Le prestazioni rese all'interno delle strutture riguardano: assistenza h24, valutazione diagnostica, trattamento farmacologico, assistenza infermieristica, attività terapeutico-riabilitative; le prestazioni relative alla parte strettamente sanitaria hanno il compito di monitorare le condizioni psicopatologiche dei pazienti al fine di raggiungere e\o mantenere la condizione di stabilizzazione clinica. L'intento primario, tuttavia, è rivolto ad una presa in carico corretta e unitaria del paziente con il coinvolgimento di équipes multidisciplinari in grado di gestire la multi problematicità dei pazienti e strutturare i Progetti Terapeutici Individualizzati finalizzandoli al recupero e al potenziamento delle abilità presenti. In tal senso nelle due strutture sono stati attivati progetti terapeutici sia individuali che rivolti al gruppo. Anche in questo caso la carenza di personale medico/psichiatri e della riabilitazione ha condizionato l'area riabilitativa: i progetti realizzati, infatti, pur evidenziando la positiva impostazione del modello riabilitativo proposto, non hanno avuto le risorse necessarie per consentire una replicazione e una pianificazione stabile. Tra le prestazioni rese dall'équipes delle Rems, oltre alle attività sanitarie e terapeutico-riabilitative, va segnalata la funzione di raccordo con l'Autorità Giudiziaria sia per la gestione dei flussi dei pazienti, sia per le certificazioni e relazioni necessarie alla gestione della fase del reinserimento nel territorio. A ciò si aggiunge il necessario collegamento con i Centri di salute Mentale di appartenenza dei pazienti, i quali sono invitati periodicamente a verifiche nelle strutture; le relazioni con la rete delle Associazioni del territorio con le quali è necessario dialogare per le attività riabilitative esterne; la gestione dei rapporti familiari particolarmente delicata in ragione della tipologia di reato commesso dal congiunto. Nel primo semestre 2019 **Tab. 7** il turn-over nelle due strutture è stato intenso con 12 ricoveri nella Rems di Pontecorvo e 24 nella Rems di Ceccano (Alleg. 7). Il saldo tra gli operatori previsti e gli operatori in servizio registra un -19 complessivo che mette in evidenza le difficoltà in cui operano le due Rems. Si sottolinea la totale mancanza della figura dello Psicoterapeuta

Azioni previste per il 2020 come implementazione delle attività\servizi

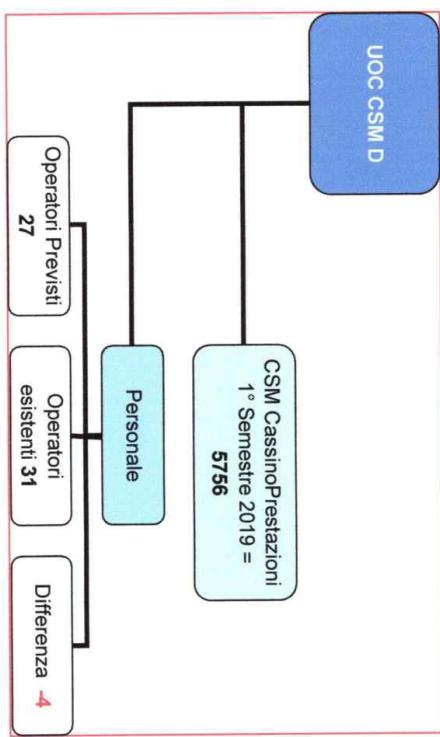
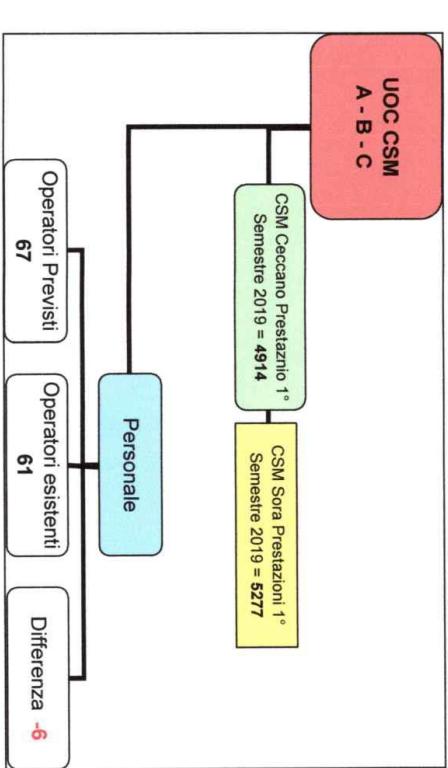
Acquisizione di personale di varie qualifiche a copertura delle gravi carenze documentate

- 1) Acquisizione di adeguata strumentazione informatica (computer, stampanti ecc.)**
- 2) Potenziamento dell' SPDC di Sora fino al raggiungimento dei 12 p.l. previsti**
- 3) Potenziamento delle Rems di Pontecorvo e Ceccano con ampliamento rispettivamente di 5 e 20 posti letto**
- 4) Potenziamento dei sistemi informatici per la gestione dei flussi informativi e dei dati sanitari/giuridico/amministrativi delle strutture della salute mentale e delle Rems**
- 5) Potenziamento, attraverso una adeguata pianificazione e programmazione delle risorse economiche attualmente a disposizione, delle attività terapeutico-riabilitative delle Rems di Pontecorvo e Ceccano; individuazione di uno staff di coordinamento, per la gestione delle suddette attività.**

tabella 1

		PSICHIATRI	PSICOLOGI	INFERNERI	ASS. SOCIALI	AMM.VI	ALTRO	TOTALI
		operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti
UOC CSM A - B - C	Sedi							
	CSM Alatri	4	1	-3	2	1	-1	4
	Sede Anagni	1	1	0	2	1	-1	1
	CSM Frosinone + Sede Veroli	4	2	-2	3	1	-2	4
	Sede Ferentino	1	1	0	1	1	0	1
	CSM Ceccano + Sede Cepano	4	2	-2	3	2	-1	4
	CSM Sora + Sede Atina	4	2	-2	3	2	-1	4
	TOTALE CSM A-B-C	18	9	-9	14	8	-6	20
UOC CSM D	PSICHIATRI	PSICOLOGI	INFERNERI	ASS. SOCIALI	AMM.VI	ALTRO	TOTALI	
	Sedi	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti
	CSM Cassino	4	2	-2	3	5	2	4
	CSM Pontecorvo	4	3	-1	2	1	-1	4
	TOTALE CSM D	8	5	-3	5	6	1	8
	UOC CSM A - B - C	PSICOLOGI	INFERNERI	ASS. SOCIALI	AMM.VI	ALTRO	TOTALI	
	Sedi	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti
	CSM Ceccano Prestazioni 1° Semestre 2019 = 4914	4	1	-3	2	1	-1	4
	CSM Sora Prestazioni 1° Semestre 2019 = 5277	2	1	0	1	0	-1	2
	TOTALE CSM A-B-C	9	9	-9	14	8	-6	20

		PSICHIATRI	PSICOLOGI	INFERNERI	ASS. SOCIALI	AMM.VI	ALTRO	TOTALI
		operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti
UOC CSM D	Sedi							
	CSM Cassino	4	2	-2	3	5	2	4
	CSM Pontecorvo	4	3	-1	2	1	-1	4
	TOTALE CSM D	8	5	-3	5	6	1	8



		PSICHIATRI	PSICOLOGI	INFERNERI	TEC. R. PSIC.	OSS	ASS. SOCIAU	AMM. VI	ALTRIO	TOTALI
		operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.
UOC	Sedi	0	0	0	1	1	0	2	0	2
RESIDENZIALITA'	CD Frosinone	0	0	0	1	1	0	1	0	1
SEMRIDENZIALI	CD Ferentino	0	0	0	1	1	0	1	0	1
TA'	CD Cecano	0	0	0	1	1	0	1	0	1
	CD Isola del Liri	1	0	-1	1	0	-1	1	0	1
	CD Cassino	0	0	0	1	1	0	2	1	3
	SRTR "F. B." Frosinone	2	1	-1	2	0	-2	10	8	5
	SRTR "R. P." Frosinone	2	1	-1	2	0	-2	7	5	5
	SRTR "M. J." Cecano	2	1	-1	2	0	-2	6	4	5
	TOTALE Residenz. Semires.	7	3	-4	11	3	-8	33	22	36
										-17

tabella 2

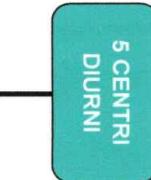
3 SRTR h 24

SRTR "F. B." FR
P 10
Semiresidenziale Basaglia 2 Gruppi

SRTR "R. P." FR
P 10
Appartamenti 9 P. L.

Prestazioni 1° Semestre 2019
n. 89 pz x 4.634 accessi

5 CENTRI
DIURNI



Operatori
Previsti 36

Operatori
esistenti 19

Differenza
-17

Operatori
Previsti 57

Operatori esistenti 41

Differenza
-16

		PSICHIATRI	MEDICI	PSICOLOGI	INFERMIERI	ASS. SOCIALE	AMM. VI	ED. RE PROF.	ALTRO	TOTALI
		operat. previsti	operat. esistenti							
UOC Patologie Dipendenza A	Sedi	1	0	4	2	4	0	4	1	18
B-C	Frosinone	1	0	4	1	3	4	2	1	10
	Cecano	1	0	4	1	3	4	2	1	10
	Sora	1	0	4	2	4	2	4	1	10
	TOTALE Dipendenza ABC	3	1	-2	12	5	-7	12	8	54
UOC Patologie Dipendenza D	Sedi	1	0	4	1	3	4	2	1	18
	Casino	1	0	4	1	3	4	2	1	10
	TOTALE Dipendenza D	1	0	-1	4	1	-3	4	1	-12
										40
										-14

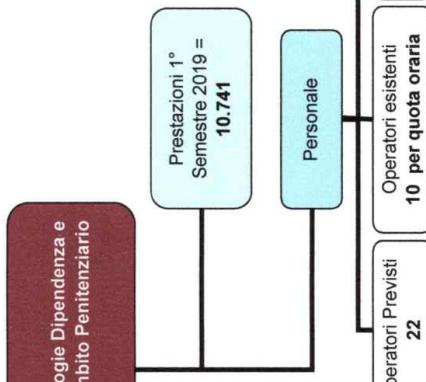
tabella 4

UOC Patologie Dipendenza e psicopatologico ambito penitenziario	Sedi	PSICHIATRI		MEDICI		PSICOLOGI		INFERMIERI		ASS. SOCIALI		AMMINISTRATIVI		TOTALI		
		previsti	esistenti	previsti	esistenti	previsti	esistenti	previsti	esistenti	previsti	esistenti	previsti	esistenti	previsti	esistenti	diff.
Paliano		1	0	1	0	-1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	-2
Frosinone		2	1	-1	2	-1	2	0	-2	2	0	-2	1	1	1	-8
Cassino		2	1	-1	1	0	1	0	1	0	-1	1	1	0	0	4
TOTALE Patol. Dip. Psic. Penitenziario		5	3	-2	4	2	-2	4	2	-2	4	2	-2	1	1	-12

operatori in servizio per quota oraria provenienti da altre UOC

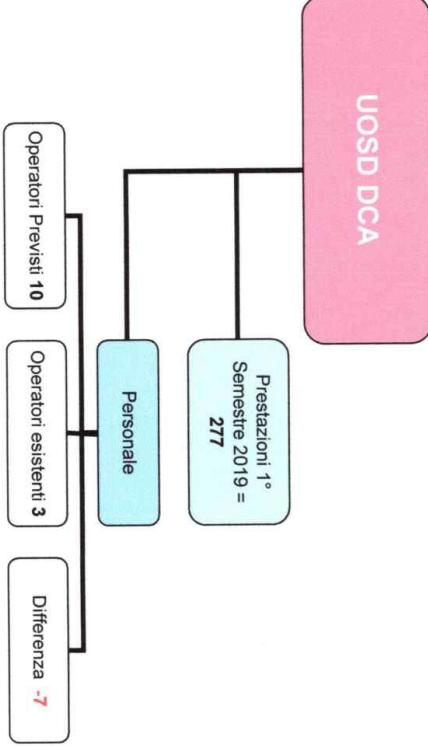
tabella 5

UOC UOC Patologie Dipendenza e
Psicopatologico in ambito Penitenziario



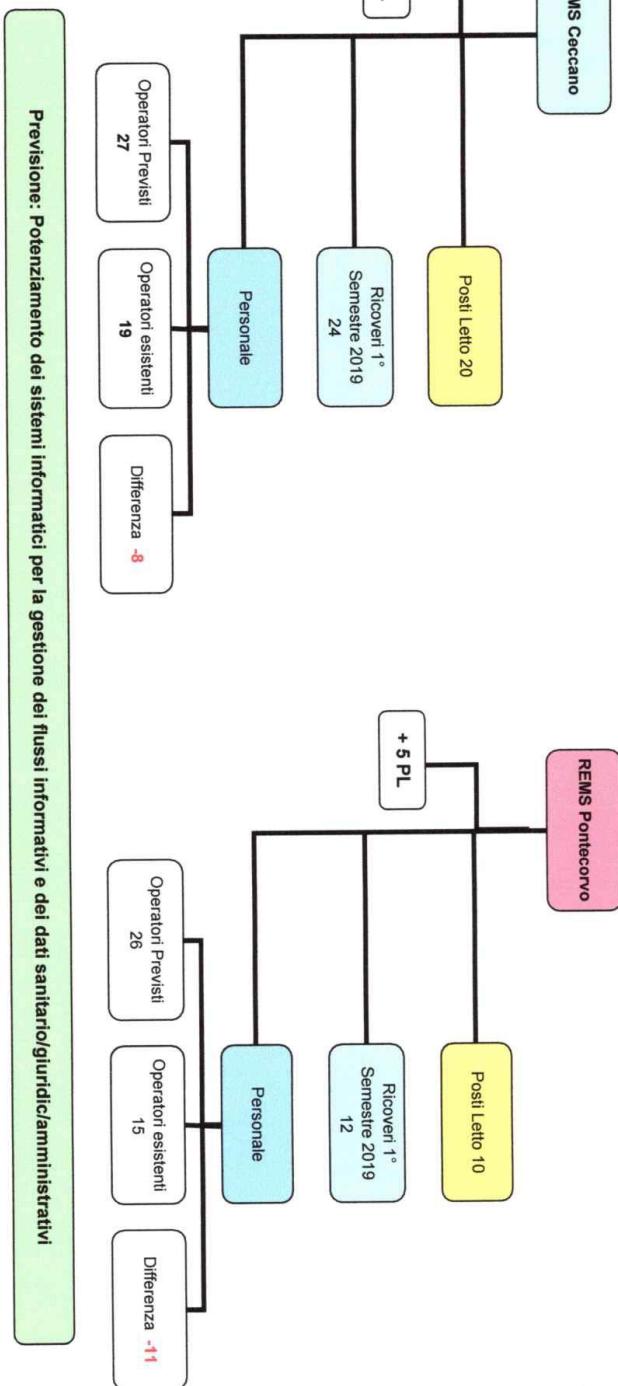
UOSD Disturbi Comportamento Alimentare	Sedi	UOSD DCA												TOTALI
		PSICHIATRI	MEDICI Nutriz.	PSICOLOGI	INFERMIERI	TEC. R. PSIC.	ASS. SOCIALI	AMMINISTRATIVI	NEUR-TRA INF.	DIETISTA				
		operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti
	Frosinone	1	0	-1	1	0	-1	3	1	-2	0	2	2	1
	TOTALE UOSD DCA	1	0	-1	1	0	-1	3	1	-2	0	2	2	1

tabella 6



REMS	PSICHIATRI		PSICOLOGI		INFERMIERI		TEC. R. PSIC.		OSS		ASS. SOCIALE		AMM. VI		TOTALI			
	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.	operat. previsti	operat. esistenti	diff.			
Sedi																		
Ceccano	3	3	0	2	0	-2	12	12	0	2	0	-2	6	3	-3	27	19	-8
Pontecorvo	2	1	-1	1	0	-1	12	12	0	3	0	-3	6	1	-5	1	0	-1
TOTALE UOSD	5	4	-1	3	0	-3	24	24	0	5	0	-5	12	4	-8	2	0	-2
																53	34	-19

tabella 7



Previsione: Potenziamento dei sistemi informatici per la gestione dei flussi informativi e dei dati sanitario/giuridici/amministrativi

● Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa della ASL preposta alla organizzazione, alla gestione e alla attuazione delle attività sanitarie volte alla promozione e alla tutela della salute della popolazione. Queste finalità si raggiungono mediante interventi di prevenzione nella comunità e di controllo di una serie di variabili negative per la salute pubblica, agenti eziologici e fattori di rischio, di natura biologica, chimica e fisica, che provengono dall'ambiente naturale, dal contesto lavorativo, dagli alimenti , dagli stili di vita. Il Dipartimento di Prevenzione è pertanto la principale organizzazione dei servizi sanitari, cioè l'arte e la scienza di prevenire le malattie, prolungare la vita, promuovere la salute, favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile e attraverso l' impegno organizzato della società. Esso si indirizza in primo luogo verso la prevenzione delle malattie, nonché nell'informazione e l'educazione in materia sanitaria. Il nostro piano propone il raggiungimento di tre obiettivi: migliorare le conoscenze e le informazioni in materia di sanità ai fini di strutturare un sistema informativo esaustivo in grado di fornire informazioni chiare per la salute agli operatori sanitari e ai cittadini; reagire rapidamente alle minacce che incombono sulla salute per la necessaria sicurezza in un territorio esteso in cui possono circolare liberamente merci e professionisti; far fronte a fattori di rischio affrontando le cause di malattia attraverso efficaci misure di promozione della salute e di prevenzione.

Il Dipartimento deve innanzitutto indicare come obiettivo strategico la promozione di stili di vita favorevoli alla salute, definendo obiettivi di prevenzione sia nel rapporto tra ambiente e salute; sia rispetto alle principali patologie riconosciute; sia promovendo programmi per una migliore qualità della vita; sia interventi di prevenzione per le malattie infettive e multifattoriali.

Il Dipartimento di Prevenzione deve avere un ruolo centrale nella realizzazione delle politiche di sanità pubblica raggiungibile attraverso: l'assicurazione di una programmazione unitaria delle strategie e degli obiettivi di sanità pubblica; la garanzia, la qualità e l'efficacia degli interventi; nonché la realizzazione dell'integrazione tra i servizi di prevenzione. Bisogna accentuare, quindi, il processo che individua "l'attività collettiva in ambienti di vita e di lavoro."

Le principali linee di sviluppo per il Dipartimento di Prevenzione dovranno riguardare: la promozione e il radicamento delle logiche della sanità pubblica e della prevenzione basata sulle prove di efficacia; superamento dei limiti che possono emergere nell'attuazione di questi programmi.

Sulla base di questa concezione bisogna perseguire lo sviluppo e la valutazione di politiche sanitarie e di programma di intervento efficace di "pubblic HEALTH" con il supporto di metodi scientifici che utilizzano sistematicamente i dati di letteratura e i modelli di programmazione. Inoltre bisogna definire

l'orientamento della pratica assistenziale che porti ad attuare operativamente, dal punto di vista tecnico professionale gli interventi e i programmi di prevenzione rivolti alla comunità, sostenuti dalle prove di efficacia presenti in letteratura.

Tre indirizzi principali possono consentire lo sviluppo virtuoso del Dipartimento di Prevenzione:

- **il primo** riguarda la necessità di un maggior grado di esplicitazione degli obiettivi di prevenzione e dei meccanismi di scelta ed attuazione degli stessi.

I risultati attesi devono esprimere bisogni di salute quantificati da un punto di vista epidemiologico ed essere scelti sulla base di criteri di priorità quali: frequenza, urgenza, gravità della malattia, efficacia, esemplarità, appropriatezza dell'intervento.

- **Il secondo indirizzo** altrettanto chiaramente deve esplicitare la responsabilità con cui ogni attore partecipa agli interventi finalizzati al raggiungimento degli obiettivi in termini di promozione, collaborazione e azione.

Esso indica la necessità di sviluppo di programmi di intervento e di comprovata efficacia e di modelli organizzativi che tengano conto della multidimensionalità degli interventi di sanità pubblica e della continuità del percorso assistenziale in organizzazioni differenti. Pertanto è opportuna la costituzione di gruppi di lavoro ed altre forme di organizzazioni flessibili, interni ed esterni al Dipartimento di Prevenzione, che consentono di lavorare al meglio, per il raggiungimento di obiettivi prioritari. Di seguito riportiamo alcune metodologie caratterizzanti sulle quali investire:

Valutazione dei bisogni ed identificazione del rischio: devono rappresentare le basi per qualsiasi progettazione per obiettivi.

Sanità pubblica basata sulle prove di efficacia: la diffusione di questa metodologia consente non soltanto lo sfoltimento delle pratiche rituali del Dipartimento stesso, ma deve cercare di eliminare quelle inefficaci ed incrementare quelle efficaci.

Analisi sistematica: capacità di realizzare gli strumenti propri dell'approccio sistematico(analisi organizzativa, analisi dei processi ed altro) per facilitare i meccanismi di integrazione tra le varie categorie di professionisti della prevenzione e tra il Dipartimento di Prevenzione e le altre istituzioni con cui esso ha relazioni funzionali.

Comunicazione: deve contribuire alla analisi della percezione del rischio e quindi alla gestione delle relazioni con la comunità in situazioni di rischio. Pertanto grande importanza rivestono le settimane Sicurezza nei Luoghi di Lavoro, espressione in chiave locale della Campagna Europea Sicurezza e Salute sul Lavoro. Tale iniziativa offre un contributo alla diffusione della cultura della sicurezza rendendo partecipi in primo luogo, coloro che hanno il dovere morale e la responsabilità giuridica di garantire la sicurezza e la

salute collegate all' attività lavorativa. L'importanza, infatti, delle buone prassi, quali atti cardine nel contenimento degli infortuni e delle malattie professionali consiste anche nell' attività di promozione della cultura della prevenzione.

Assicurazione di qualità : bisogna promuovere la valutazione critica dei processi e degli esiti dei progetti e predisporre i professionisti alla verifica continua delle loro attività rispetto agli obiettivi identificati. Tutto ciò al fine di stimolare, oltre ad un atteggiamento più critico e costruttivo anche un meccanismo di revisione e miglioramento continuo della qualità professionale.

- **Il terzo indirizzo** deve riguardare le modalità con cui tradurre i LEA della prevenzione in scelte programmatiche ed operative caratterizzate da: definizione di progetti obiettivi o piani della prevenzione specifici di breve periodo (annuale); concordamento di tali progetti con la Regione; progettazione di interventi di formazione continua per gli operatori della prevenzione sulla base della individuazione degli specifici fabbisogni formativi.

Assicura le funzioni degli Screening oncologici (mammella,cervice uterina e colon retto).

Screening Mammografico anno 2018

Estensione FR	Standard Regionale richiesto	Adesione FR	Standard Regionale richiesto	Indicatore LEA risultato FR	Indicatore LEA atteso/contrattato	LEA	Standard Regionale richiesto
92%	90%	52,7%	50%	50,4	≥ 40%		35

Screening Cervice Uterina anno 2018

Estensione	Standard Regionale richiesto	Adesione	Risultato Indicatore LEA	Indicatore LEA Atteso/contrattato
100%	90%	29,9%	38,6	≥ 30%

Screening Colon Retto anno 2018*

Indicatore LEA atteso/contrattato	Risultato Indicatore LEA
Miglioramento Performance rispetto al 2017 (il cui valore era stato 15%)	15,4%

* Considerato che l'incidenza dei tumori del Colon Retto è più elevata , si ritiene di dover migliorare gli standard di estensione e di adesione allo screening dedicato anche attraverso campagne di sensibilizzazione alla popolazione.

Sanità Pubblica Veterinaria anno 2018

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione la Sanità Pubblica Veterinaria con strutture organizzative specificatamente organizzate, è preposta alla promozione della tutela della salute collettiva, della prevenzione delle malattie, del miglioramento della qualità della vita e del benessere animale e della sicurezza alimentare.

Igiene degli Alimenti di origine Animale anno 2018

Controllo presenza di contaminanti nelle produzioni alimentari e dei loro residui negli alimenti di origine animale	Campioni analizzati come da programmi del Piano Nazionale Residui = 100%
Piano Regionale Integrato dei Controlli (PRIC) elaborazione dei campioni in base alla programmazione regionale	100% di campioni elaborati rispetto alla programmazione regionale
Allert	Numero di risposte all'allert ricevute = 100%

Sanità Animale anno 2018

Allevamenti controllati per Brucellosi ovicaprina, bovina, bufalina = 1245	N° Allevamenti Controllati = 100%
Allevamenti controllati per TBC Bovina = 7891	N° Allevamenti Controllati = 100%

Sicurezza sul Lavoro

La disciplina della materia è da ritenersi misura generale opportuna al fine di garantire il miglioramento nel tempo dei criteri di sicurezza su lavoro. L'obiettivo è appunto quello di migliorare i criteri di tutela definiti legislativamente: la cultura della sicurezza, da sempre ambizioso traguardo anche per questa Azienda Sanitaria, non si costruisce, infatti, necessariamente e/o esclusivamente attraverso le norme di legge. Si tratta, infatti, di mettere in essere soluzioni organizzative e/o procedurali coerenti con la normativa vigente, finalizzate a promuovere la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro. La tutela della salute sui luoghi di lavoro rappresenta uno dei settori privilegiati delle buone pratiche come da D.Lgs n. 81/2008 atta a perseguire e consolidare la cultura della prevenzione. La Prevenzione e Promozione della Sicurezza e della Salute ha come obiettivo prioritario la rilevazione dei dati relativi alla valutazione dei rischi nelle Strutture, sugli impianti e sulle attrezzature. Tale attività va rafforzata con l'istituzione di gruppi di lavoro che devono confrontarsi con le Strutture aziendali preposte alla risoluzione delle

problematiche rilevate.(Unità di crisi ratificata dall’Azienda con Atto Deliberativo 1785 del 16/09/2019). Il gruppo di lavoro ha il compito di verificare le criticità e soprattutto le priorità di intervento al fine di assicurare e/o implementare la sicurezza sui luoghi di lavoro per la tutela e la salute dei lavoratori.

Si svilupperà inoltre un sistema documentale per consentire un controllo più attento attraverso il potenziamento delle strutture preposte con la declaratoria di procedure chiare e condivise, al fine di assicurare un sistema di gestione più adeguato e più appropriato, con Atto Deliberativo n° 1963 del 30/10/2019 si è attivato funzione di delega ai Dirigenti secondo l’art. 16 del Decreto Legislativo n. 81/2008.

Altro anello fondamentale della sicurezza del lavoro è rappresentato dal team di dirigenti medici che svolgono sorveglianza sanitaria dei lavoratori, dove il medico competente ha l’obbligo di prevenzione, di vigilanza attraverso anche iniziative di formazione e informazione.

Pre.S.A.L. anno 2018

Standard di riferimento regionale:% ispezioni aziende agricole = 98%	ASL FR 100%
Vigilanza delle strutture private autorizzate ed accreditate = 90%	ASL FR 100%
Prevenzione degli infortuni sul lavoro: % cantieri ispezionati/cantieri notificati	ASL FR 89%

Salute e Ambiente

La definizione dei percorsi di prevenzione nel settore delle correlazioni tra ambiente e salute e la valutazione della loro applicazione, alfine, in particolare, del miglioramento delle attività di prevenzione e protezione della salute nell’ambito della integrazione interprofessionale e dell’accesso alle prestazioni, è in stretto raccordo con le funzioni sanitarie territoriali. L’attività è lo studio e la valutazione delle correlazioni tra ambiente e salute per il miglioramento delle condizioni di salute in rapporto all’ambiente. La gestione delle verifiche sugli effetti sulla salute collettiva dell’inquinamento atmosferico e delle smaltimenti dei rifiuti nelle attività lavorative deve avvenire in collaborazione con le altre strutture aziendali coinvolte e con gli altri Enti competenti in materia di protezione ambientale. La regolamentazione e programmazione della gestione dei rifiuti in ambito aziendale e dei relativi

adempimenti e della gestione dell'attività tecnico-amministrative a riguardo devono essere in testa alla struttura.

Nel triennio si ritiene di poter sviluppare un progetto per la definizione della programmazione sanitaria e sociosanitaria nel settore contenente le correlazioni tra Ambiente e Salute in coerenza con i Piani regionali in materia

• Gli Ospedali

Gli ospedali sono diventati centri di assistenza dedicati alla fase acuta della malattia, limitando la propria area di intervento a quelle prestazioni che per ragioni di complessità, di sicurezza e di impatto tecnologico, non possono essere garantite dalla Medicina Generale e dagli Specialisti territoriali. I servizi erogati nell'ambito di ciascuno ospedale dovranno essere basati sulla gestione di percorsi clinico-assistenziali nei quali la singola struttura operativa affronta specifici problemi di salute in sinergia con le altre strutture operative. L'efficacia della presa in carico dell'utente dipenderà in modo rilevante dalla efficienza delle relazioni e della comunicazione tra i professionisti. Un sistema ospedaliero integrato deve garantire la complessità dei trattamenti sia per i cittadini sia per la comunità dei professionisti.

Gli ospedali devono erogare le prestazioni dei LEA "assistenza ospedaliera". In quest'ambito rientrano tanto gli interventi ambulatoriali quanto i ricoveri ordinari e diurni classificati con il sistema dei DRG.

I presidi ospedalieri della nostra ASL sono identificati come articolazioni organizzative funzionali e con un certo ambito di autonomia, sia tecnico gestionale, sia economico finanziaria.

L'assistenza al paziente in un ospedale per acuti può essere considerata secondo diverse dimensioni: in base alle modalità di programmazione dell'ingresso (assistenza in emergenza); in base alle modalità di realizzazione del trattamento (ricoveri ordinari, ricoveri a ciclo diurno, trattamenti ambulatoriali); in base alle finalità cliniche dell'assistenza (acuzie o riabilitazione).

Per cui sulla base di quanto esposto il posto letto deve diventare strumentale ad una pluralità d'approcci diagnostici e terapeutici da effettuare nel più breve tempo possibile.

Gli ospedali quindi devono tendere a cambiare la loro struttura di reparti e servizi in un nuovo assetto organizzativo che centra l'attenzione, non tanto sulle singole funzioni e discipline, quanto sull'integrazione delle unità operative secondo approcci di Lean Organization .

Più specificatamente tali risposte devono orientarsi a collocare i pazienti al centro dei percorsi assistenziali; coordinare e valorizzare le diverse professionalità, aumentare le linee di specializzazione delle unità operative, migliorare la qualità della assistenza nelle sue diverse dimensioni attraverso un approccio multidisciplinare; aumentare l'efficienza delle risorse utilizzate; incentivare e consolidare gli utilizzi dei meccanismi operativi. All'interno dei nostri ospedali per acuti si svolgono varie tipologie assistenziali.

Attività d'urgenza- emergenza:

Sono caratterizzate dagli interventi volti alla stabilizzazione iniziale dei pazienti critici per condizioni che necessitano di interventi nel breve periodo onde salvaguardare la vita del paziente. I nostri Pronto Soccorso sono aree funzionali collocati all'interno del DEA. (DEA di I° livello FR e Cassino.) L'attività di emergenza / urgenza può trarre vantaggio da una adeguata collocazione logistica e funzionale di aree, prevedendo lo sviluppo e/o il potenziamento di punti di Primo Intervento (PPI) per interventi minori, dislocati nel territorio, fuori dall'ospedale per acuti; questi potrebbero assorbire circa la metà degli annuali interventi di Pronto Soccorso, consentendo all'attività di emergenza/urgenza ospedaliera di concentrarsi sui pazienti più gravi. L'unità di valutazione medica di emergenza andrebbe a ricevere i pazienti dai medici del territorio e potrebbe svolgere funzione di filtro in ingresso per i casi di minore complessità, fornendo prestazioni diagnostiche e terapeutiche e consentendo l'osservazione dell'evoluzione clinica del paziente, senza che questo sia immediatamente ricoverato.

Tale unità di ricovero, organizzata con Staff esperto e multidisciplinare , deve poter affrontare in 48 ore la fase di maggiore acuzie del paziente e consentire una dimissione precoce o l'invio in strutture per non acuti.

Attività in elezione alcune condizioni facilitanti potrebbero migliorare lo svolgimento dell' attività programmata:

.Miglioramento nell'organizzazione dell'assistenza primaria per la riduzione dei ricoveri inappropriati con ricoveri alternativi. L'assistenza primaria migliorando la propria organizzazione attraverso profili di cura condivisi e basati sull'evidenza scientifica può incrementare le potenzialità di trattamento di alcune patologie acute e sub acute, nonché ridurre le complicanze di patologie croniche. La responsabilizzazione dei medici prescrittori nei sistemi di prioritarizzazione delle richieste di interventi ospedalieri può contribuire ad un accesso più corretto in ospedale indirizzando i pazienti secondo tempi e modalità dimensionate alla tipologia del bisogno di salute.

Le innovazioni dei trattamenti ambulatoriali devono riguardare sia le modalità dei trattamenti ai pazienti che le modalità di accesso. Le prime prevedono vantaggi derivanti dalla riorganizzazione delle risorse umane, tecnologiche e logistiche che si integrano multidisciplinariamente per il trattamento di specifiche dimensioni cliniche; offrire quindi, non esclusivamente servizi e prestazioni monospecialistiche ambulatoriali, ma anche "pacchetti integrati" multidisciplinari diagnostici e /o terapeutici per patologie

frequenti nella popolazione (PDTA). Le seconde devono tendere ad introdurre meccanismi di prenotazione sempre più organizzati che consentano di ridurre i tempi di attesa.

Sviluppo dei ricoveri a ciclo diurno

L'applicazione di tali modelli è in grado di aumentare l'efficacia operativa, aumentare la sicurezza degli interventi, razionalizzare i costi della assistenza, migliorare la qualità percepita e diversificare i flussi dei pazienti, liberando risorse per il trattamento di casi di maggiore complessità curabili appropriatamente in regime ordinario o di emergenza.

Organizzazione delle degenze ordinarie basata sulla intensità di assistenza:

possono costituirsi unità organizzative che operino in base all'intensità di assistenza di cui necessita il paziente (alta, media, bassa intensità assistenziale), con ricollocazione di competenze professionali e tecnologiche funzionali al grado di assorbimento assistenziale polispecialistico richiesto dalle condizioni cliniche del paziente. In questa ottica si prevede la riapertura del DH oncologico presso il P.O. di Cassino.

Potenziamento delle strutture intermedie per una dimissione precoce del paziente: tale organizzazione prevede che il paziente continua il suo percorso assistenziale all'esterno dell'ospedale per acuti, che si caratterizza appropriatamente sia dal punto di vista organizzativo che professionale come struttura sanitaria per il trattamento delle fasi post acuzia della malattia, in grado di rispondere esaustivamente a tutti i bisogni di salute del paziente.

Decentramento servizi diagnostici: alcuni servizi tradizionalmente centralizzati, quali quelli di radiologia e laboratori, potrebbero essere dislocati, sia all'interno dell'ospedale che all'esterno, seguendo un approccio centrato sul percorso del paziente e sfruttando quindi al meglio le opportunità fornite dalle innovazioni nelle diagnostiche,(immagazzinamento digitale, trasmissione dei dati telemedicina, test al letto del paziente, miniaturizzazione dei macchinari).

Tutto questo genera efficienza, recupero dei costi fissi, vantaggi in termini di competenze.

P.O. Unificato Frosinone/Alatri

La ratio della riorganizzazione del Presidio unificato Frosinone/Alatri passa attraverso la possibilità di differenziare le due strutture, in un Presidio (Frosinone) dedicato alla gestione di patologie di maggiore complessità stante la presenza in questo Presidio di UOC di Alta Specializzazione (Neurochirurgia, Ematologia, Malattie Infettive, UTN) che lo configurano come possibile DEA di I° livello rafforzato; e un Presidio(Alatri) in cui trattare casistica di medio-bassa complessità, applicando quei modelli assistenziali

innovativi che permettono di raggiungere più alti livelli di appropriatezza. La vicinanza geografica dei due Presidi rappresenta un ulteriore fattore di razionalizzazione che, attraverso la gestione comune del personale, delle risorse tecnologiche, può consentire sensibili economie di scala.

Presidio di Cassino

Per il P.O. di Cassino rimane l'indicazione di un DEA di primo livello potenziato con specialità come Nefrologia e Dialisi, Pneumologia,Geriatria e con l'ulteriore sviluppo dell'arruolamento del personale dirigenziale e infermieristico cosicché le attività previste potranno essere ulteriormente incrementate e consolidate , come già fatto con l'attivazione di una Medicina di Urgenza come modulo aggiuntivo del Pronto Soccorso; nonché sviluppare l'attività chirurgica con l'incremento di ulteriori tecnologie.

Presidio di Sora

La vocazione oncologica del Presidio ospedaliero di Sora va sempre più rafforzata in coerenza con le indicazioni regionali. Il miglioramento dell'offerta sanitaria per i pazienti oncologici richiede però un complesso di azioni coordinate e sinergiche, volte ad ampliare sempre più la gamma dei servizi necessari ad una rete in grado di garantire la presa in carico e la gestione integrale della patologia neoplastica. E' quindi imprescindibile porre in essere tutte le azioni di reclutamento delle figure professionali necessarie e il potenziamento dei servizi di supporto, come per la Radioterapia.

Presso il Presidio di Sora, inoltre, è prevista una Struttura Complessa di Lungodegenza, tale implementazione nasce dalla necessità di rafforzare la risposta ai cittadini bisognosi di questa tipologia assistenziale.

Si riportano i dati PReValE dell'attività ospedaliera

STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di ricovero). Strutture ASL Frosinone - 2018

STRUTTURA	COMUNE - tutti ▼	N(n/N)	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
Lazio		2887	55,91	-	-	-
Osp. F.Spaiani	Frosinone	188	64,36	63,49	1,14	0,026
Osp. SS.Trinita'	Sora	16	0,00	-	-	-
Osp. S.Scolastica	Cassino	9	0,00	-	-	-
Osp. S.Benedetto	Alatri	1	0,00	-	-	-

STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di accesso). Strutture ASL Frosinone 2018

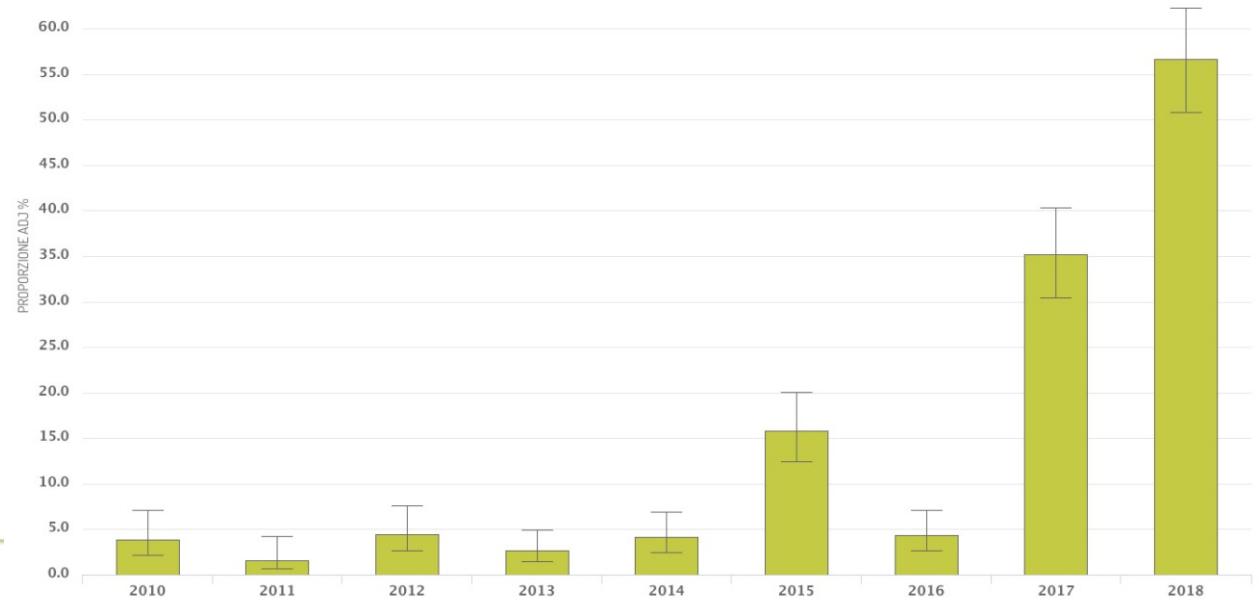
STRUTTURA	COMUNE - tutti ▼	N(n/N)	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
Lazio		2887	43,47	-	-	-
Osp. F.Spaiani	Frosinone	130	45,38	44,60	1,03	0,798
Osp. SS.Trinita'	Sora	40	0,00	-	-	-
Osp. S.Scolastica	Cassino	37	0,00	-	-	-
Osp. S.Benedetto	Alatri	23	4,35	-	-	-

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (struttura di ricovero). Strutture ASL Frosinone 2018

STRUTTURA	COMUNE - tutti	ASL FROSINONE	N (n/N)	% GREZZA	% ADJ	RR ADJ	P
Lazio			6489	57,64	-	-	-
Osp. F.Spaiani	Frosinone	ASL FROSINONE	294	56,46	57,21	0,99	0,886
Osp. S.Scolastica	Cassino	ASL FROSINONE	152	38,16	39,33	0,68	0,000
Osp. SS.Trinita'	Sora	ASL FROSINONE	144	25,69	24,93	0,43	0,000
C.C.A. S.Teresa	Isola Del Liri	ASL FROSINONE	13	84,62	-	-	-
C.C.A. S.Raffaele	Cassino	ASL FROSINONE	1	0,00	-	-	-



Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni Ospedale Spaziani 2010 - 2018



Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni. Strutture ASL Frosinone - 2018

STRUTTURA	COMUNE - tutti ▼	N (n/N)	% GREZZA ↓↑	% ADJ ↓↑	RR ADJ ↓↑	P
Lazio		6630	81,99	-	-	-
Osp. S.Scolastica	Cassino	130	72,31	65,09	0,79	0,001
Osp. S.Benedetto	Alatri	74	50,00	50,72	0,62	0,000
Osp. SS.Trinita'	Sora	59	54,24	49,46	0,60	0,000
Osp. F.Spaiani	Frosinone	50	32,00	27,33	0,33	0,000
C,C,A. Villa Gioia	Sora	23	39,13	-	-	-
C,C,A. S.Anna	Cassino	18	50,00	-	-	-
C,C,A. S.Teresa	Isola Del Liri	16	100,00	-	-	-

 PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019



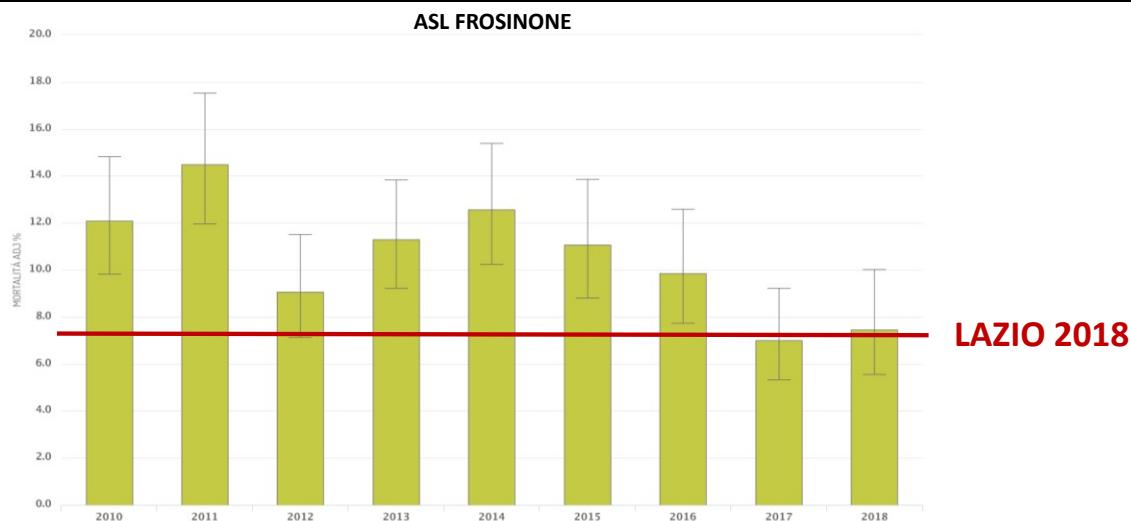
Volume di ricoveri per interventi di colecistectomia laparoscopica. Strutture ASL Frosinone 2018

STRUTTURA	COMUNE - tutti ▼	N (n/N)
Lazio		9692
Osp. S.Scolastica	Cassino	207
Osp. SS.Trinita'	Sora	106
Osp. S.Benedetto	Alatri	91
Osp. F.Spaiani	Frosinone	72
C,C,A. S.Anna	Cassino	67
C,C,A. Villa Gioia	Sora	38
C,C,A. S.Teresa	Isola Del Liri	21

 PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019



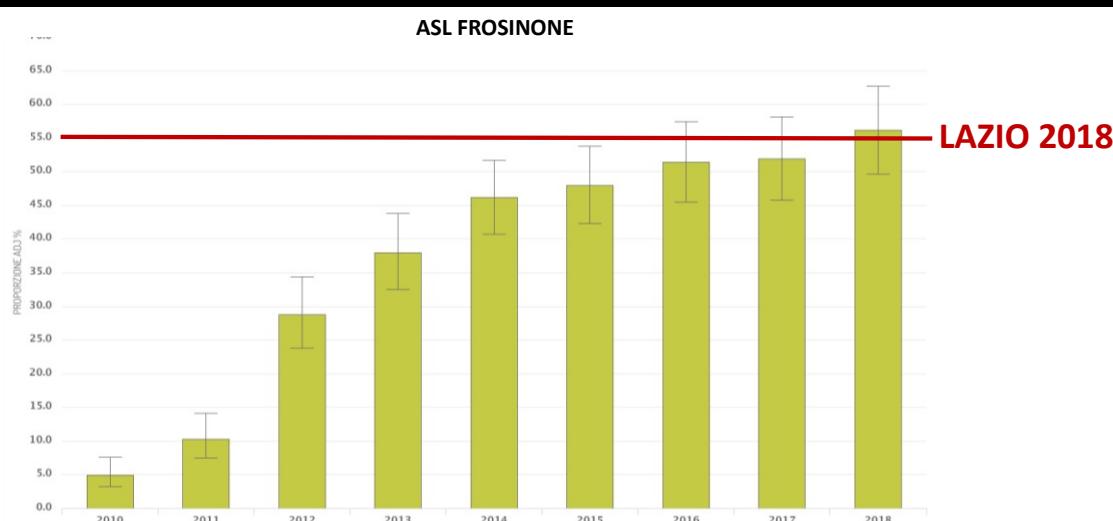
INFARTO MIOCARDICO ACUTO: Mortalità a 30 giorni dal primo accesso (struttura di ricovero). Andamento temporale. 2010 - 2018



 PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019



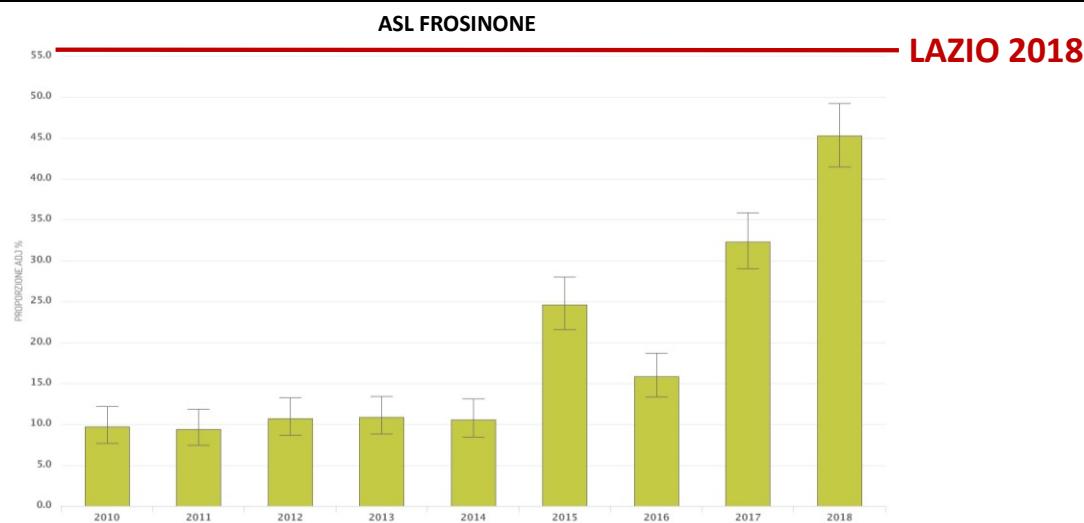
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di ricovero). Andamento temporale. 2010 - 2018



 PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019



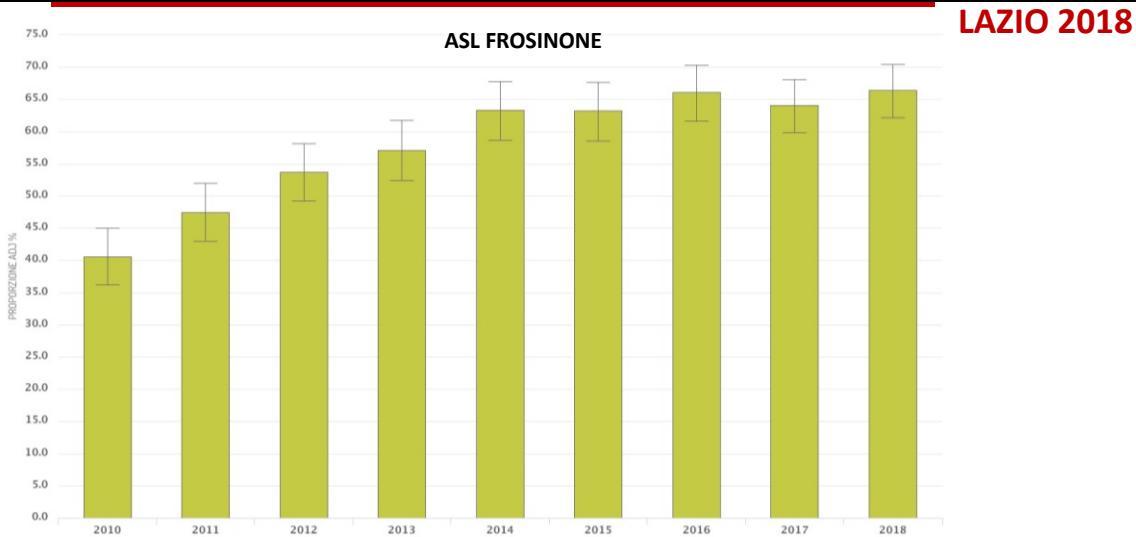
**Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni
(struttura di ricovero). Andamento temporale. 2010 – 2018**



PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019



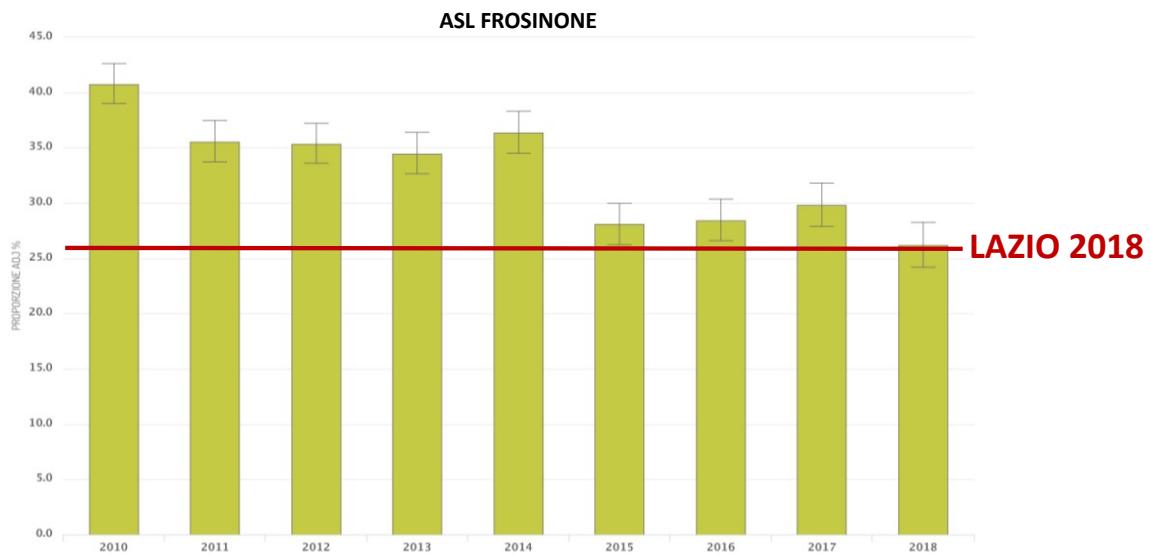
**Colecistectomia laparoscopica: degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni.
Andamento temporale. 2010 - 2018**



PREVALE Programma Regionale Valutazione degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019



Proporzione di partori con taglio cesareo primario. Andamento temporale. 2010 - 2018



PREVALE Programma Regionale Valutazione
degli Esiti degli Interventi Sanitari 2019



● Il Territorio

Il territorio deve assumere la presa in carico complessiva dei bisogni clinici, assistenziali e sociali del cittadino. I servizi territoriali devono garantire la presenza delle U. C. P. , nei quali i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta si integrano con gli Specialisti, gli Infermieri, i Fisioterapisti, le Ostetriche e altre professione dedicate. Questi professionisti devono gestire l'intero percorso clinico-assistenziale per i pazienti cronici, fragili e non autosufficienti, trattando diversamente, anche a domicilio, episodi del percorso.

In questo contesto territoriale, la prevenzione assume sempre più un ruolo fondamentale.

L'Azienda inoltre opera mediante Strutture Private Accreditate, presenti nel territorio provinciale: Case di Cura, Hospice, RSA, Strutture Ambulatoriali, Strutture Riabilitative Ex art. 26 L.833/1978, Strutture Riabilitative Psichiatriche, Stabilimenti Termali.

Elementi cardini dell'attività territoriale sono:

● I Distretti

I distretti assicurano l'erogazione di servizi sanitari e socio-sanitari a livello territoriale. Tale garanzia è comprensiva delle attività tradizionalmente definite di “base”, di quelle domiciliari, residenziali e semi-residenziali, nonché della specialistica ambulatoriale. La produzione può essere qualificata in due macro livelli: cure primarie e cure intermedie.

Le cure primarie includono le attività ambulatoriali e/o domiciliari per un primo livello d'intervento.

Le cure intermedie, che negli ultimi anni hanno ridefinito lo scenario aziendale sottolineando la necessità e l'urgenza di focalizzare l'attenzione sulle modalità e sull'organizzazione dell'assistenza per garantire la continuità assistenziale nelle fasi di trattamento esterno al ricovero ospedaliero, sono un'area di servizi integrati, sanitari e socio-sanitari, residenziali e semi-residenziali finalizzati a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera per favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia del paziente. Pertanto nel nostro piano si è sentito forte il bisogno di rafforzare quest'area assistenziale per scongiurare i ricoveri non necessari e/o impropri, con modalità di assistenza socio-sanitarie che si presentano alternative al ricovero ospedaliero. Queste, anche se in genere sono caratterizzate, rispetto all'assistenza ospedaliera per acuti, da un maggiore impegno di risorse infermieristiche e/o tecniche-riabilitative e/o di servizio alle persone producono un migliore impiego delle

risorse mediche specialistiche. Esse, infatti, si pongono come anello di congiunzione tra le cure primarie e le cure ospedaliere nella prospettiva della continuità assistenziale e del contenimento dei costi. L'integrazione ha acquistato una nuova centralità in epoca recente, per il cambiamento del quadro epidemiologico, con crescente aumento delle patologie croniche stabilizzate e di quelle croniche degenerative, legate soprattutto all'invecchiamento della popolazione e a patologie d'origine sociale dovute all'aumento delle differenze sociali (immigrazione, barriere culturali per l'ingresso nel mercato del lavoro). Questo tipo di patologie che non possono trovare una risposta esaustiva nei tradizionali centri sanitari, ospedali per acuti, richiedono la costruzione di rete dei servizi socio-sanitari che si prenda carico complessivamente dei problemi. Nell'ambito della Programmazione Aziendale si vuole affrontare il tema in modo più coordinato e incisivo possibile potenziando i seguenti aspetti: "integrazione istituzionale", definizione capillare tra ASL Frosinone- Amministrazioni comunali per organizzare e conseguire comuni obiettivi di salute globale per la vita della persona nella comunità; "integrazione gestionale" che riguarda le scelte organizzative e operative tra le diverse strutture operative: in modo unitario nei distretti e specifico nei diversi servizi che lo compongono; "integrazione professionale" che è strettamente correlata alla adozione di profili aziendali e linee guida finalizzate ad implementare il lavoro inter-professionale nella produzione dei servizi sanitari domiciliari, semi-residenziali e residenziali.

Con questi aspetti s'intendono creare le basi per costruire l'unitarietà del percorso diagnostico assistenziale del cittadino. Integrazione, per il cittadino, significa essenzialmente unitarietà e coerenza del percorso assistenziale da seguire, senza necessità d'innumerevoli e frammentari passaggi tra operatori, servizi etc.

Una delle funzioni più complesse dei Distretti, accanto a quelle di produzione e integrazione, è quella riconducibile al governo della domanda d'assistenza sanitaria e socio-sanitaria del territorio. Pertanto si sono individuate le principali attività di tipo programmatico per un percorso logico che si svolga essenzialmente nei seguenti passaggi: rilevazione dei bisogni assistenziali per garantire un'adeguata programmazione d'assistenza territoriale; identificazione delle priorità rispetto ai bisogni rilevati e alla concreta possibilità d'intervento; scelta sulla modalità di risposta assistenziale e delle risorse necessarie; valutazione sull'opportunità di produrre i servizi all'interno o di acquistarli all'esterno; attuazione e monitoraggio dell'attività programmata.

Pertanto i distretti dovranno tendere, come strutture operative dell'azienda, ad essere sempre più centri di servizi e prestazioni dove la domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale, garantendo accessibilità, continuità e tempestività della risposta assistenziale e favorendo un approccio

intersettoriale alla promozione della salute, assicurando un elevato grado d'integrazione tra i diversi servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-assistenziali.

I distretti per quanto detto devono ricollocare al centro le necessità dei cittadini, ed il loro sviluppo dovrà tendere nel piano a spostare l'attenzione di operatori e utenti dalla assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale. Lo sforzo della nostra azienda sarà quello di risolvere i problemi che rendono difficile l'attuazione delle funzioni distrettuali e i rapporti che i distretti devono garantire con gli Ospedali per acuti (implementare continuità assistenziale e dimissioni protette) e con il Dipartimento di Prevenzione. Il successo dell'organizzazione dei distretti si realizzerà quando saranno raggiunti obiettivi cruciali quali : accessibilità alla rete dei servizi; accompagnamento del cittadino; Continuità Assistenziale (interna tra servizi territoriali e transmurale tra ospedale e territorio); progetti assistenziali personalizzati.

Il principale strumento di programmazione strategica dei distretti è il PAT. Questo piano è impostato come un patto per la salute tra diversi interlocutori, in particolare, tra i distretti e gli amministratori locali per quanto attiene alla funzione di definizione delle attività e degli obiettivi, l'allocazione delle risorse e la valutazione dei risultati. Pertanto, per la formulazione di un PAT adeguato è necessario eseguire un'accurata analisi dei bisogni al fine di poter selezionare gli obiettivi di salute e le strategie per conseguirli. Una serie di difficoltà devono essere superate per consentire adeguatamente l'attuazione di tali piani nell'ambito dei nostri quattro distretti: la mancata conoscenza degli operatori di ogni servizio del distretto della professionalità e potenzialità degli altri servizi rappresentati nel territorio; lo scarso collegamento strutturale e funzionale d'unità organizzativa distrettuale; la settorialità di risposta dei servizi in base alle funzioni per cui sono stati istituiti; la staticità nei confronti della domanda (le risorse sufficienti o insufficienti che siano, sono indirizzate a dare lo stesso tipo di risposta indipendentemente dal bisogno del paziente); la presenza di un sistema " servizio centrico" e non " centrato sull'assistito" (è l'utente che si deve riconoscere nella tipologia del servizio) per cui, se non trova risposta adeguata o di "competenza", è costretto a bussare alla porta di altri servizi sino al soddisfacimento dei propri bisogni; la diffusione di una cultura degli operatori dei distretti orientata alla centralità del paziente e ad una maggiore integrazione dei servizi; lo sviluppo di un sistema informativo che consenta non solo di aggregare i dati elementari di costo per classi di consumo (farmaceutica, specialistica ambulatoriale ed altro) ma soprattutto, di imputarli al singolo paziente, adeguatamente classificato; la chiarezza sul ruolo dei MMG /PLS che devono essere sempre più integrati nella organizzazione distrettuale e quindi più coinvolti nel perseguimento degli obiettivi aziendali di maggiore equità, efficacia ed efficienza delle prestazioni erogate.

I possibili ruoli del MMG per quanto riguarda la responsabilità sull'intervento sanitario nel territorio, possono essere così schematizzati: responsabilità tecnica di scelta degli interventi preventivi, di diagnosi e cura, conseguente alla capacità di rappresentare il bisogno sanitario dei cittadini; responsabilità di coordinamento delle prestazioni sanitarie a livello dei distretti; responsabilità economica, in quanto ordinatore d'opera conseguente alle sue scelte tecniche. Pertanto il nostro piano dei distretti deve tendere a sempre maggiore coinvolgimento dei MMG i quali a loro volta saranno senz'altro agevolati dal potenziamento della loro integrazione: rafforzare la loro rappresentanza e quindi il loro ruolo nei confronti di altri attori del sistema di assistenza (referenti distrettuali, aziendali ed ospedalieri); consentire di sviluppare economie di scala, attraverso la condivisione di risorse comuni, tecnologiche, personale di supporto, logistica, sostituzioni reciproche, consulti ed altro; facilitare il miglioramento delle prestazioni sanitarie tramite il confronto tra pari ed altri meccanismi che possono ridurre l'eterogeneità del comportamento individuale dei professionisti su un singolo paziente (linee guida cliniche, percorsi assistenziali).

P.A.T. (Presidi Ambulatoriali Territoriali)

I PAT presenti sul territorio aziendale sono quattro: Anagni e Pontecorvo(h.24) ; Ceccano e Ceprano (h.12).Questo spazio organizzativo ha meglio definito una rete assistenziale di servizio pubblico extra ospedaliero, consentendo, grazie alla razionalizzazione ed efficientamento del sistema di poter aumentare l'ambito di offerta dei servizi sanitari. L'efficientamento del sistema deve essere realizzato compiutamente attraverso l'appropriatezza organizzativa che consenta di deburocratizzare l'atto medico a vantaggio del servizio reso ai cittadini.

PAT	ANNO	N° ACCESSI
Pontecorvo h.24	Da Gennaio 2018 A Giugno 2019	12.729
Anagni h.24	Da Luglio 2018 A Giugno 2019	4.595
Ceccano h.12	Da Gennaio 2018 A Giugno 2019	10.465
Ceprano h.12	Da Gennaio 2018 A Giugno 2019	10.115

Servizi di Continuità Assistenziale

Strettamente legato alla riorganizzazione del settore delle Cure Primarie vi è anche il Servizio di Continuità Assistenziale i cui operatori dovranno realizzare sinergie importanti con i MMG nel governo non solo della cronicità ma anche dei bisogni a bassa e media complessità evitando che l'utente si rivolga all'ospedale per patologie non urgenti e differibili. Il servizio di Continuità Assistenziale assicura interventi domiciliari e territoriali per urgenze notturne, festive e prefestive. Il servizio è indirizzato a tutta la popolazione, appartenete ad ogni fascia di età, presente in ambito territoriale. Attualmente nella ASL di Frosinone ciascun "Punto Guardia" opera in un preciso ambito territoriale. Le prestazioni del Servizio di Continuità Assistenziale sono realizzate da Medici convenzionati con la ASL sulla base della disciplina del capoverso dell'Accordo Collettivo nazionale della medicina generale.

La riorganizzazione del servizio è finalizzata a garantire tempestività delle risposte ed evitare l'accesso al P.S., in modo da assicurare l'effettiva continuità dell'assistenza rispetto sia ai medici di assistenza primaria sia al sistema del 118.

Il processo di riorganizzazione passa attraverso l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse ponendo, in un sistema di rete e circolarità, gli operatori del servizio di continuità assistenziale così da realizzare le necessarie e opportune sinergie con i MMG, PLS e la Rete della Urgenza/Emergenza.

N° Prestazioni		
Continuità Assistenziale	164.322	Anno 2018

ACP CASSINO

COORDINATORE: Dott. Alfonso Gargaro

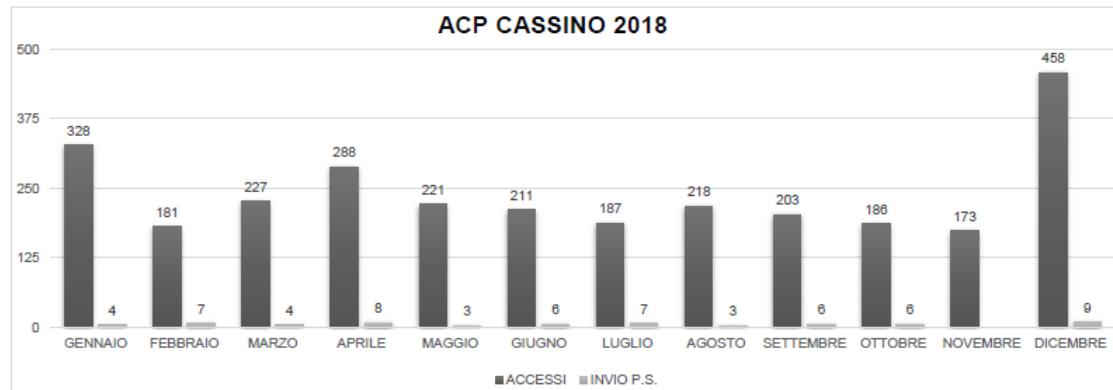
SEDE: Ex Inam Via de Bosis Cassino (FR)

PERSONALE SANITARIO: Medico e Infermiere

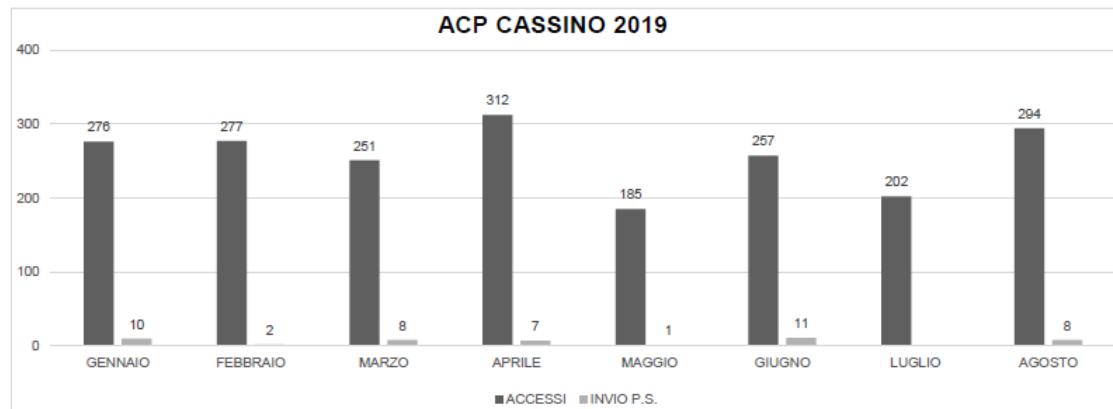
ORARI DI APERTURA: Ambulatorio H9, dalle 10:00 alle 19:00 nei Prefestivi e Festivi

TOTALE ACCESSI DA APERTURA: 4935

INVII TOTALI PRONTO SOCCORSO: 110 (pari al 2,2% del totale)



11



12

ACP FROSINONE

COORDINATORE: Dott.ssa Caterina Pizzutelli

SEDE: Presidio Sanitario Viale Mazzini Frosinone

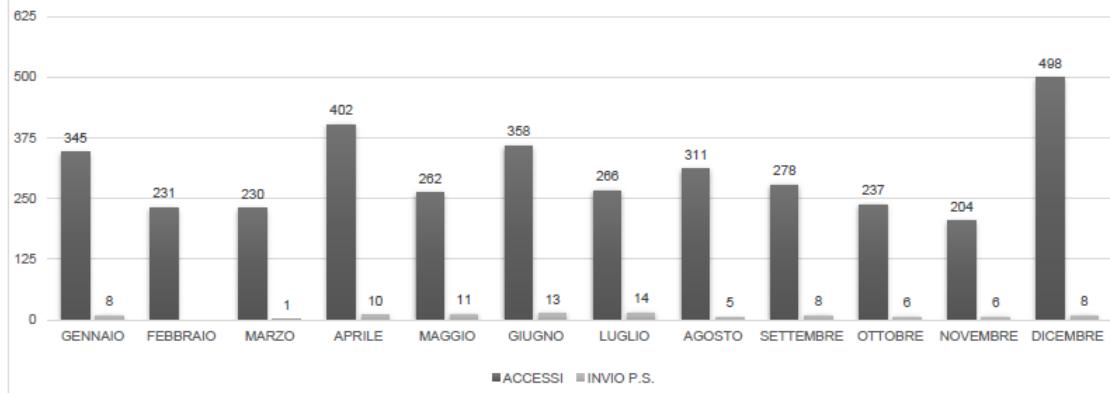
PERSONALE SANITARIO: Medico e Infermiere

ORARI DI APERTURA: Ambulatorio H9, dalle 10:00 alle 19:00 nei Prefestivi e Festivi

TOTALE ACCESSI DA APERTURA: 6168

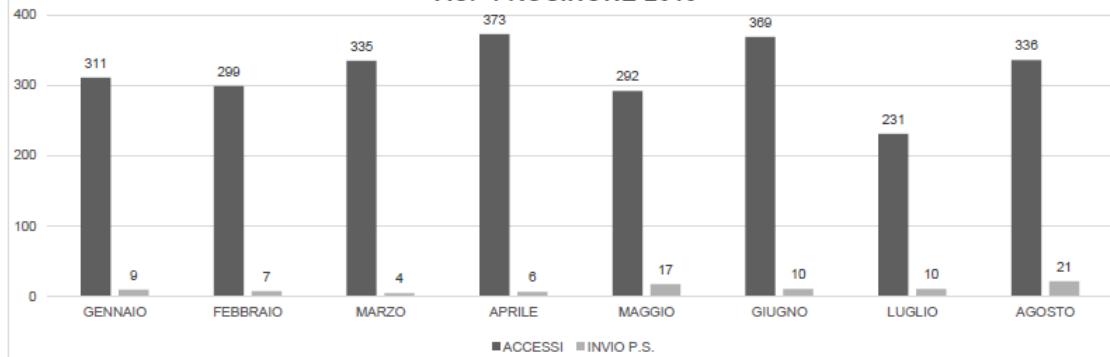
INVII TOTALI PRONTO SOCCORSO: 174 (pari al 2,8% del totale)

ACP FROSINONE 2018

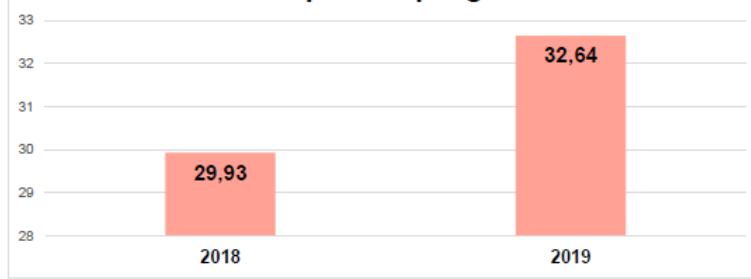


13

ACP FROSINONE 2019



Media pazienti per giorno



14

ACP SORA

COORDINATORE: Dott. Francesco Ganino

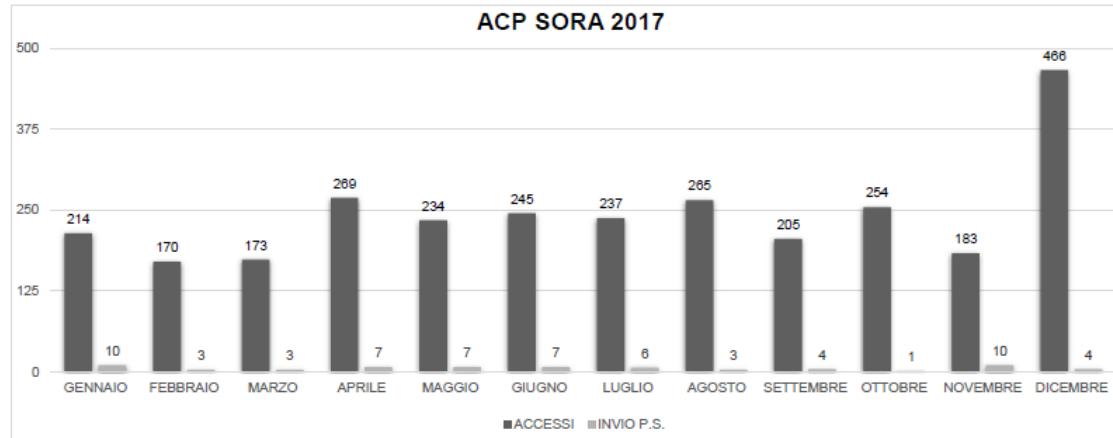
SEDE: Presidio Sanitario Via Piemonte Sora (FR)

PERSONALE SANITARIO: Medico e Infermiere

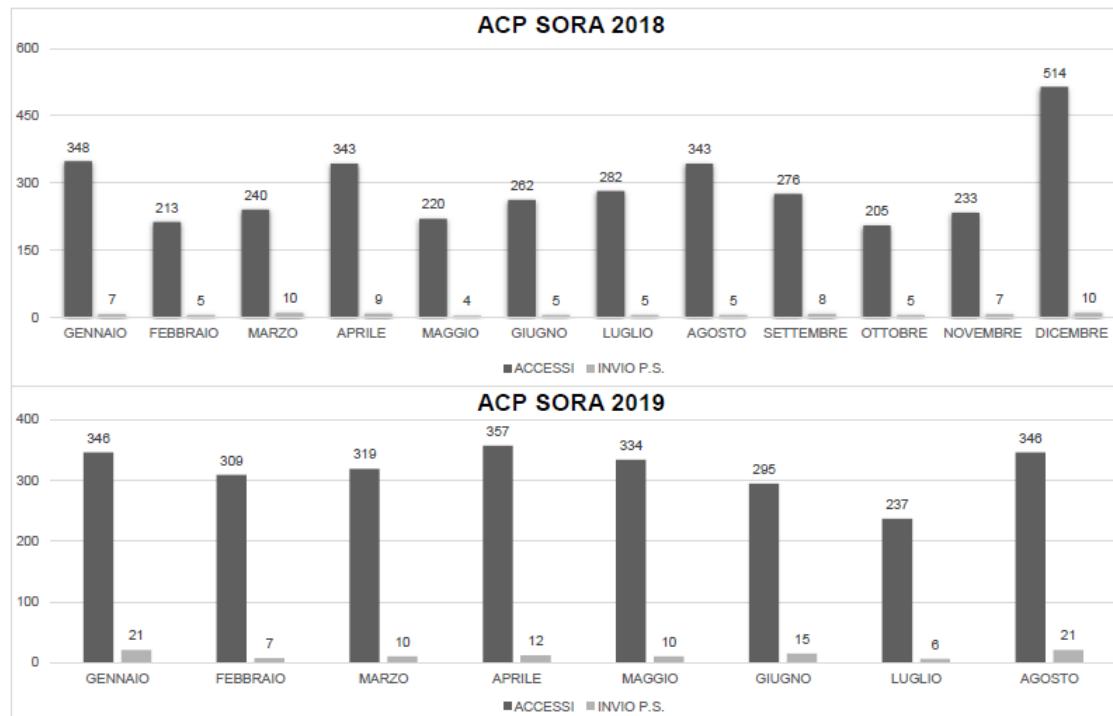
ORARI DI APERTURA: Ambulatorio H9, dalle 10:00 alle 19:00 nei Prefestivi e Festivi

TOTALE ACCESSI DA APERTURA: 8937

INVII TOTALI PRONTO SOCCORSO: 247 (pari al 2,8% del totale)



15



16

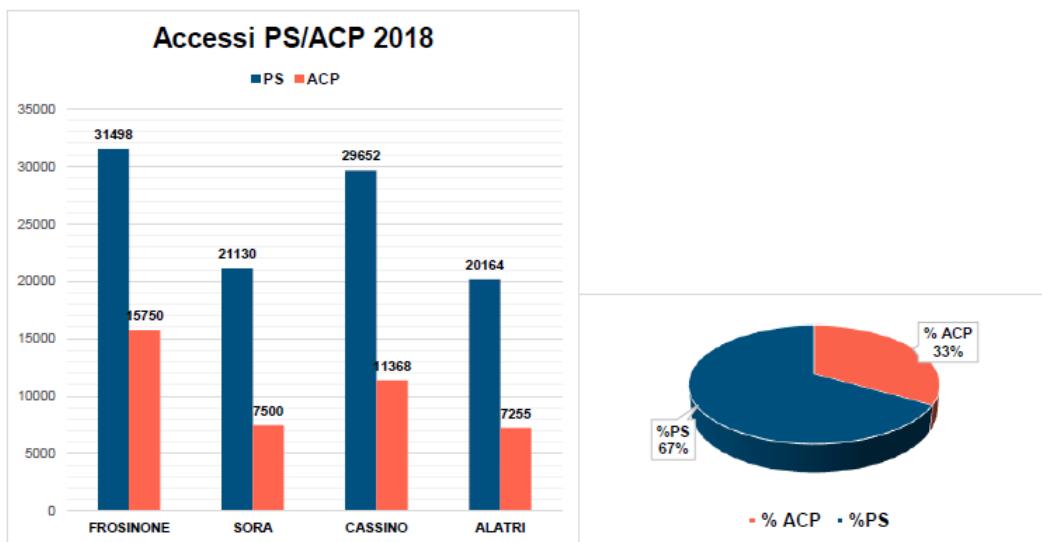
Media pazienti al giorno	
2017	25,57
2018	28,75
2019	32,60



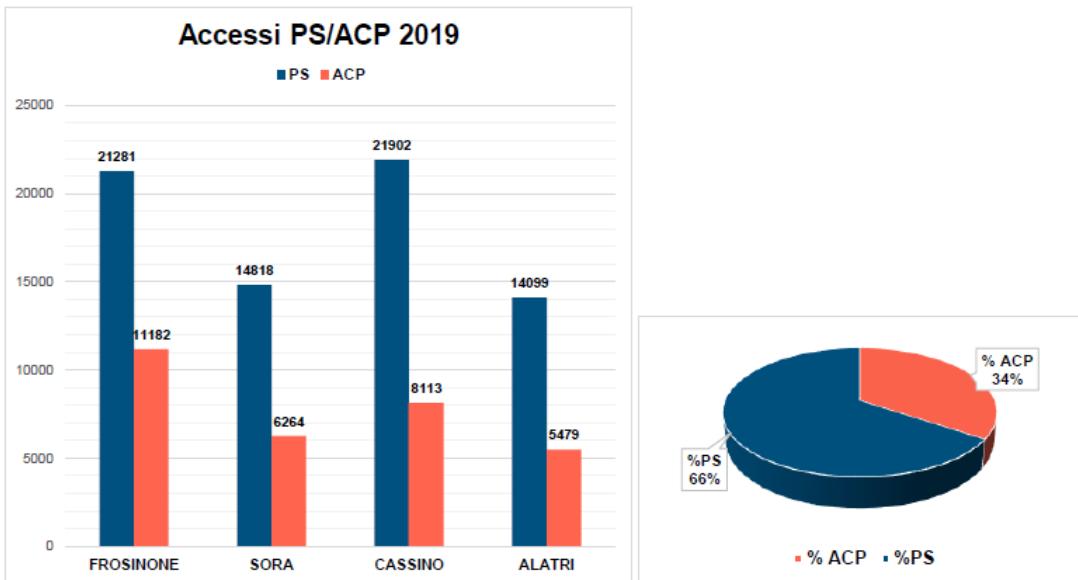
17

Ambulatorio ACP nei PS aziendali

COORDINATORE: Dott.ssa Caterina Pizzutelli
 SEDE: PS Frosinone, Sora, Cassino, Alatri
 PERSONALE SANITARIO: Medico e Infermiere
 ORARI DI APERTURA: Ambulatorio H12, dalle 8:00 alle 20:00 7 giorni su 7
 TOTALE ACCESSI DA APERTURA: 72911



18



Le Case della Salute

L'obiettivo principale è quello di migliorare la rete sociosanitaria territoriale di cure primarie e di garantire la continuità assistenziale attraverso l'introduzione di servizi innovativi.

Negli ultimi decenni il contesto sociosanitario di tutti i paesi del mondo e specie di quelli industrializzati è profondamente cambiato. Una delle principali evidenze è rappresentata da una transizione epidemiologica per la quale è diminuito il numero di malattie acute a fronte di un incremento delle patologie ad andamento cronico. Queste hanno una naturale evoluzione peggiorativa verso la disabilità e la non autosufficienza e rappresentano la principale causa di morte in quasi tutti i paesi sviluppati. Anche l'invecchiamento della popolazione è un fatto altrettanto consolidato e riconosciuto e ciò si accompagna ad un aumento delle persone che perdono, per malattia, la loro autonomia e la loro autosufficienza. In tale ottica va quindi riorganizzata l'offerta dei servizi sanitari.

L'innovazione nella ASL di Frosinone è stata perseguita con l'apertura delle Case della Salute di Pontecorvo e di Atina (ove è presente anche una struttura semi-residenziale per i malati di Alzheimer) che garantiscono ai cittadini un punto di ascolto ed un vero e proprio sportello di accesso al Sistema Sanitario Regionale. Il modello Casa della Salute va dunque inteso come un cantiere aperto sul futuro dell'assistenza primaria, una tappa del percorso di riorganizzazione per far fronte alle criticità odierne e migliorare la qualità dei servizi.

Nelle Case della Salute i cittadini trovano: i medici di Medicina Generale, associati nella forma della medicina di gruppo (UCP), gli infermieri professionali per le cure domiciliari, gli specialisti ambulatoriali, il centro unico di prenotazione, il punto prelievi, l'ambulatorio infermieristico per le medicazioni, i servizi per la prevenzione e di igiene pubblica, i servizi di prevenzione delle malattie cardiovascolari, i servizi dell'area della salute mentale e dipendenze, la continuità assistenziale che si integrerà con la guardia medica.

In ossequio alle indicazioni contenute nei programmi operativi 2016-2018 della Regione Lazio sono state attivate:

La Casa della Salute di Ceccano-Ceprano;

- La Casa della Salute di Ferentino

Inoltre per la Casa della Salute di Pontecorvo si prevede l'incremento dei posti letto della degenza infermieristica passando dagli attuali 15 a 20 e il potenziamento delle attività ambulatoriali.

U.D.I. (Unità Degenza Infermieristica)

L'UDI è un modulo aggiuntivo di ricovero a media- bassa intensità assistenziale costituito da posti letto tecnici funzionali in cui i pazienti sono affidati alla responsabilità organizzativa-assistenziale del personale infermieristico, fermo restando la responsabilità clinica del medico. L'UDI ha costituito un primo passo per cominciare a riorganizzare l'offerta assistenziale. I pazienti che vi afferiscono sono: senza limiti di età, affetti da patologie croniche degenerative, che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica ed assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore.

Le prestazioni quindi sono ad Alta Intensità Infermieristica e Bassa Intensità Medica cioè patologie multidisciplinari ,post acuzie croniche e degenerative, stabilizzate e non curabili a domicilio. Le UDI presenti sul territorio dell'azienda sono quattro: Anagni, Ceccano, Isola del Liri, Pontecorvo.

UDI	ANNO	RICOVERI	POSTI LETTO
Pontecorvo	Dal 2018	250	15
	A Gennaio/Giugno 2019	163	
Anagni	Dal 2018	199	12
	A Gennaio/Giugno 2019	54	
Ceccano	Dal 2018	64	14
	A Gennaio/Giugno 2019	135	
Isola del Liri	Dal 2018	7	10
	A Gennaio/Giugno 2019	107	

Hospice e Cure Palliative

L'Hospice di Isola del Liri ospita temporaneamente persone adulte non assistibili presso proprio domicilio per offrire una risposta organizzata ai bisogni assistenziali, clinici, psicologici e spirituali dei malati affetti da malattie progressive in fase avanzata, di rapida evoluzione a prognosi infausta. Si tratta di persone che giungono alla fase finale del proprio percorso esistenziale, a causa di malattie oncologiche e non oncologiche non più suscettibili di terapie volte alla guarigione. La complessità degli interventi deve garantire sostegno al paziente e alla famiglia creando un sistema integrato fra tutti i soggetti, non solo quelli della rete sanitaria, a vario titolo coinvolti nel percorso di cura, assistenza e supporto partendo dal proprio ruolo professionale, dalle proprie competenze e dalle motivazioni: si tratta di creare la rete delle cure palliative.

Obiettivo principale è accompagnare la persona e i propri familiari in questa fase della vita, nel pieno rispetto della dignità, mediante il controllo del dolore e dei sintomi fisici e psichici fornendo un luogo di accoglienza e ricovero temporaneo per il sostegno psicologico e sociale.

L'Hospice di Isola del Liri è una struttura residenziale territoriale a carattere sociosanitario che rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le prestazioni sono garantite da un equipo multidisciplinare.

Le cure palliative sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia è in fase avanzata e non risponde più a terapie in grado di modificare la naturale evoluzione di essa.

Attualmente sono attivi 8 posti letto; con l'attivazione di ulteriori 7 posti letto previsti si raggiungerà la piena disponibilità prevista dal Piano regionale dei posti letto.

HOSPICE “Casa delle Farfalle” ISOLA DEL LIRI

COORDINATORE: Dott. Alessandro Dubla

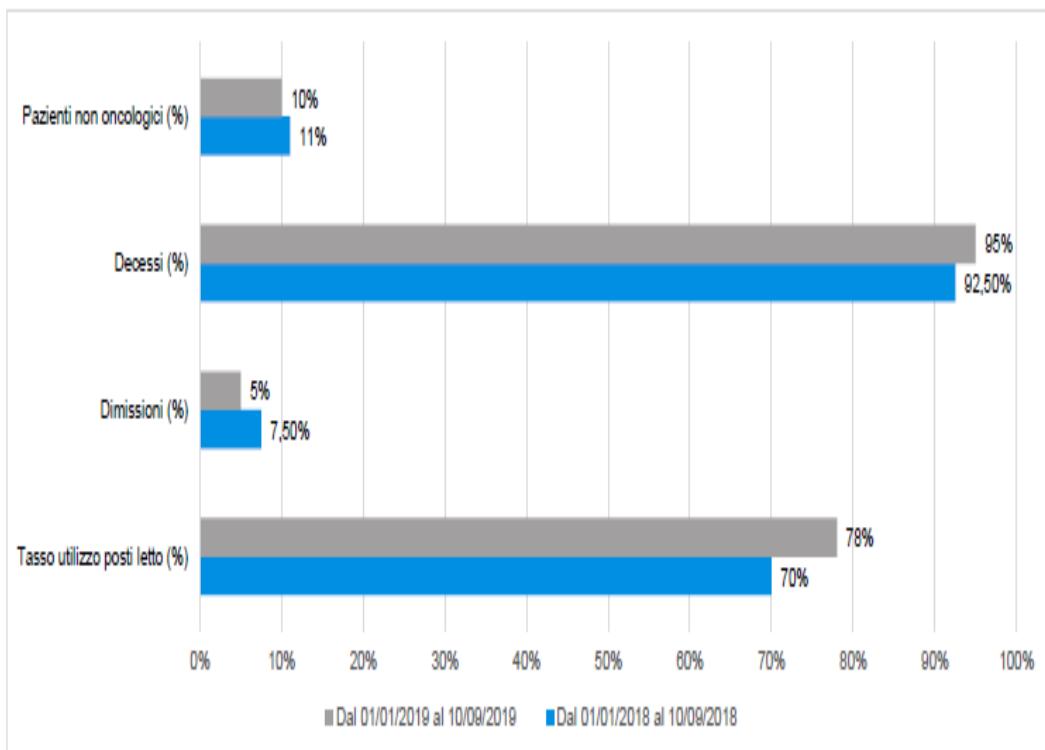
SEDE: Presidio Sanitario Isola del Liri (FR)

PERSONALE SANITARIO: Infermiere, OSS, Medico, Ausiliare

ORARI DI APERTURA: Reparto di degenza

POSTI LETTO: 12

	Giornate di degenza	Degenza media
Dal 01/01/2018 al 10/09/2018	2095	20
Dal 01/01/2019 al 10/09/2019	2352	21



Cronicità

La ASL di Frosinone prevede di realizzare un Progetto aziendale di supporto ai pazienti affetti da patologie croniche.

La sfida più importante, per qualità di vita delle persone e l' impatto sui costi, è senza dubbio quella di riuscire ad assistere a domicilio, i pazienti affetti da patologie croniche, supportando la famiglia e riducendo i ricoveri impropri.

Per affrontare tutto ciò, diversi report dell'OMS evidenziano la necessità di definire nuovi modelli di supporto centrati sull'assistenza primaria, capace di offrire un servizio accessibile, continuativo, esaustivo e coordinato creando così una interfaccia tra la comunità e il sistema sanitario. In questi nuovi modelli, l'infermiera di famiglia e di comunità (Family and Community Nurse: FCN) è un elemento chiave.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), nel 2000, attraverso il documento '*The family health nurse - Context, conceptual framework and curriculum*' introdusse un nuovo tipo di infermiere, l'infermiera di famiglia, individuato come componente di un team multidisciplinare di operatori sanitari per il raggiungimento dei 21 obiettivi per il ventunesimo secolo stabiliti dall'Oms Europa nel 1998.

L'infermiera di famiglia è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia. Proprio sull'aiuto al nucleo familiare è incentrato il suo lavoro e sotto il profilo organizzativo il modello prevede che l'infermiera di famiglia sia responsabile di un gruppo predefinito di "famiglie".

Nei Paesi a sanità avanzata la figura dell'IFC è oggi considerata un tassello fondamentale per la cura e la prevenzione delle malattie, specialmente di quelle a più elevato impatto sociale.

Norme di riferimento italiane

La base normativa della figura dell'infermieristica di famiglia in Italia è la cosiddetta legge Balduzzi del 2012 che all'articolo 1 prova a mettere a regime anni di iniziative nazionali e locali per le cure primarie prevedendo espressamente il coinvolgimento degli infermieri nelle diverse articolazioni dell'assistenza primaria territoriale.

In Regione Lazio, è stato presentata la proposta di legge n. 106 "Disposizioni per la promozione dell'assistenza infermieristica familiare", e in alcune ASL di Roma, dal mese di luglio è partita la sperimentazione.

L'obiettivo è:

Fornire ai cittadini nuovi modelli cioè l'assistenza continua e la continuità di cure tra ospedale, territorio e domicilio in particolare ai pazienti anziani, soli, cronici e non autosufficienti. Il team è composto da medici di medicina generale, gli specialisti, e i servizi socio sanitari.

Il progetto prevede che tutti gli anziani residenti, con patologie o non autonomi vengano affidati ad un infermiere, che, attraverso la valutazione identifica le modalità di intervento e la frequenza delle visite, agendo di concerto con il Medico di Medicina Generale.

La sperimentazione mira a promuovere un modello di cura che mette gli anziani al centro dei servizi sanitari e sociali.

Attraverso visite periodiche l'infermiere di famiglia e di comunità, agendo di concerto con il Medico di Medicina Generale, ne valuta i fattori di rischio, gestisce la necessità di attivare misure di assistenza sanitaria o sociale, promuove stili di vita più sani.

La sperimentazione in Asl partirà inizialmente nel comune di Anagni, area identificate dalla progettualità, in stretta collaborazione con il Sindaco ed i Medici di Medicina Generale.

L'obiettivo è creare le basi per l'acquisizione di **competenze specifiche** nei campi della continuità assistenziale, della promozione della salute, della prevenzione sanitaria, della riabilitazione e della gestione delle patologie a maggiore incidenza sul territorio : BPCO, diabete, ipertensione e scompenso cardiaco.

Fornisce inoltre preziosi spunti di riflessione sul lavoro in team, in quanto l'infermiere di famiglia e di comunità attiva molteplici reti di assistenza e svolge un rigoroso lavoro di collegamento fra i servizi che intervengono nel percorso di malattia del soggetto assistito e della sua famiglia.

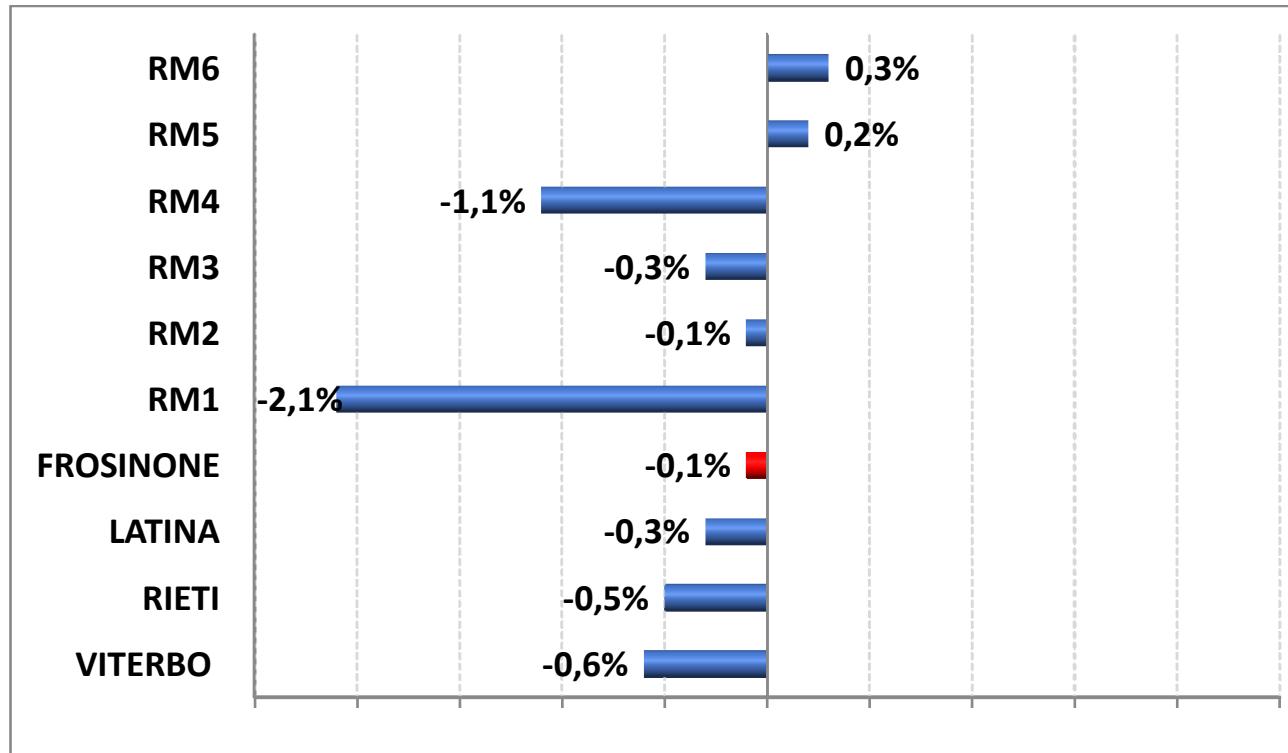
Alla luce di quanto sopra detto, i risultati ottenuti dalla sperimentazione, potranno essere esportati anche ad altri comuni, in quanto i risultati rappresenteranno non solo il frutto di una rilevazione e analisi dei dati, ma anche l'adozione di un modello assistenziale e pertanto la possibilità di confronto tra diverse realtà organizzative.

● Farmaceutica

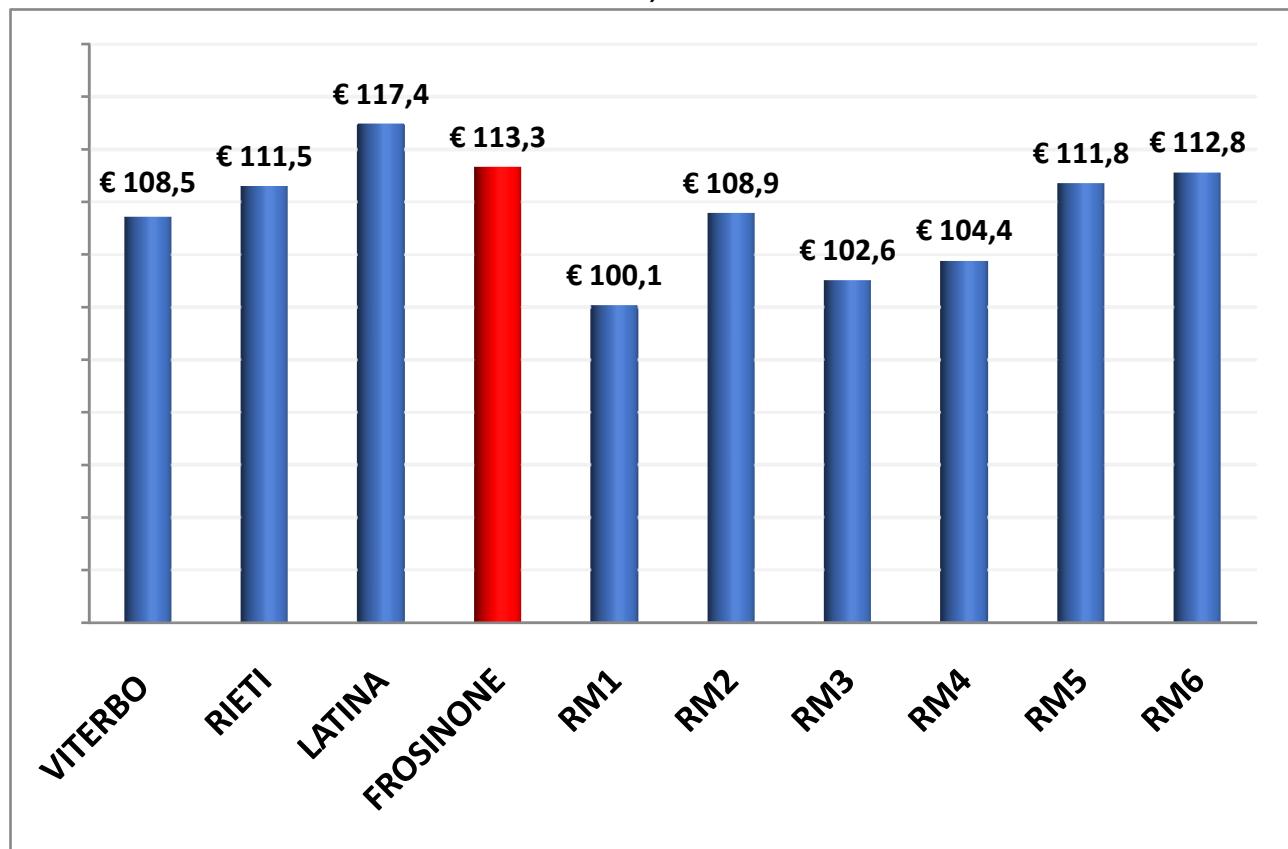
L'attuale assetto organizzativo definito nell'Atto Aziendale vigente prevede l'articolazione in Strutture che mantengono l'omogeneità della gestione farmaceutica nel suo complesso, determinando la necessaria sinergia tra assistenza Ospedaliera e Distrettuale, attraverso l'afferenza ad unica Unità Operativa Complessa Centrale (UOC Farmacia). La UOC quindi interviene mediante l'analisi e il controllo continuo dell'utilizzo delle risorse, promuovendo l'appropriatezza di uso sia in ambito Ospedaliero che Territoriale, gestisce operativamente l'anagrafica unica aziendale dei Farmaci e dei Dispositivi Medici, fungendo da fisiologico raccordo delle varie Commissioni di cui assicura la segreteria tecnica.

La UOC Farmacia promuove l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi farmaceutici, mediante attività di formazione e di invio di reportistica informativa ai MMG e PLS. Attraverso Audit razionalizza la spesa farmaceutica diretta e convenzionata esterna, omogeneizzando i comportamenti prescrittivi, sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale, secondo le indicazioni terapeutiche autorizzate dall'AIFA. Attraverso la razionalizzazione della logistica, migliora il processo di acquisto e distribuzione, con revisione critica della gestione dei magazzini, sviluppando attraverso l'informatizzazione economie nell'intero ciclo gestionale. L'implementazione di nuove modalità di distribuzione diretta dei farmaci rende la stessa più efficiente ed appropriata e permette una razionalizzazione della spesa e quindi il contenimento della stessa. Tali economie possono essere reinvestite in ambito territoriale.

VARIAZIONE % SPESA NETTA SSN LAZIO PER ASL, GENNAIO - SETTEMBRE 2019 VS 2018



SPESA NETTA SSN PROCAPITE LAZIO PER ASL , GENNAIO - SETTEMBRE 2019



● Liste di attesa

Al fine di garantire l'equità delle cure e il diritto alla Salute di ciascun cittadino, l'azione principale che l'Azienda si propone di attuare, in ottemperanza al nuovo "Piano regionale delle Liste di Attesa (PRGLA) 2019-2021, in continuità con il precedente "Piano Regionale Liste di Attesa (PRGLA)2016-2018 e in coerenza con i programmi Operativi, è la riduzione delle Liste di Attesa attraverso il potenziamento dell'offerta di prestazioni e la semplificazione dell'accesso ai cittadini, partendo dall'analisi delle prestazioni critiche.

Per gestire al meglio il governo delle Liste di Attesa e, quindi, ridurre le tempistiche di attesa per il paziente, si adotteranno:

1. *Sistemi di prioritarizzazione*, intesi come:

- Indicazione, da parte del medico prescrittore, del grado di urgenza della prestazione richiesta sulla base di criteri condivisi;
- Strutturazione, da parte dei soggetti erogatori, delle agende di prenotazione per classe di priorità ;
- Il continuo monitoraggio dell'andamento del sistema

2. *Netta separazione dei canali per le diverse tipologie di accesso*, garantendo sistemi di prenotazione basati su criteri di priorità per il Primo accesso, anche direttamente utilizzabili dai medici prescrittori; nel caso di controlli successivi, si realizzerà la "*presa in carico*" del paziente cronico(anche neo-diagnosticato) secondo i percorsi diagnostico-terapeutici, con la prenotazione delle prestazioni di "*controllo*"da parte del medico e/o della struttura.

Questo tipo di richiesta dovrà essere gestite dal medico Specialista della struttura, senza rimandare al MMG/PLS la prescrizione su ricetta SSN, realizzando la "*presa in carico*" dell'assistito. L'organizzazione aziendale prevederà la prenotazione dell'appuntamento direttamente mediante l'accesso al sistema regionale ReCUP –web da parte del prescrittore o indirizzando l'assistito verso lo sportello CUP aziendale, se presente nella struttura stessa, facendo in modo che il paziente non sia costretto ad uscire dalla sede o a rivolgersi al ReCUP. Qualora l'assistito si rivolga comunque al ReCUP per prenotare una prestazione di "*Controllo Successivo*", la prenotazione verrà effettuata sulla quota di agende riservate ai "*Ritorni*" (comunque visibili al sistema ReCUP, seppure in modalità esclusiva).

L'indicazione del quesito diagnostico per il "*Primo Accesso*", o della diagnosi, quando si tratta di Controlli Successivi, sarà sempre obbligatoria e dovrà essere riferita all'insieme di prestazioni che confluiscono in una stessa ricetta.

3. *Gestione trasparente e totale visibilità da parte dei Sistemi Informativi aziendali e regionali delle agende di prenotazione*, tanto in modalità condivisa che riservata, sia per il primo accesso che per i controlli successivi, nonché delle prestazioni specialistiche rese includendo tutta l'attività erogata a carico del SSR o in regime ALPI.

Tutte le agende dovranno essere visibili al ReCUP anche se riservate e non prenotabili.

Inoltre ad ogni prestazione erogata corrisponderà una prenotazione; per i casi in cui è previsto l'accesso senza prenotazione sarà predisposta un'agenda e registrata l'occupazione della seduta, eventualmente in back office, al fine di non limitare il tempo dedicato alle prestazioni.

Infine le agende, entro il 1° gennaio 2020, saranno configurate per classi di priorità, comprese quelle in classe "P", con distinzioni delle agende riservate a controlli, follow-up e percorsi interni.

Al fine di consentire la corretta gestione delle agende, i casi in cui si accede senza prenotazione (es. Laboratorio Analisi) o in cui la prestazione sia prescritta e prenotata contestualmente, in collegamento ad una prestazione regolarmente prenotata(necessità di approfondimenti diagnostici a seguito di visita, ulteriori consulti, sostituzione di ricette mal compilate, etc.) saranno inseriti a sistema comunque con una prenotazione effettuata il giorno stesso (la data di richiesta coinciderà con la data dell'appuntamento) dedicando, anche giornalmente, una quota di posti esclusivi in funzione delle necessità.

I calendari delle agende non verranno chiusi e le agende non avranno scadenza inferiore alle 52 settimane (o 365 giorni). Per gli erogatori privati la scadenza annuale del contratto non comporterà la chiusura delle agende fatto salvo quanto previsto dalle disposizioni contrattuali di budget. Nel caso di eventi straordinari, non prevedibili e non programmabili, per cui si determini una sospensione dell'attività ne deve essere data, da parte della Direzione aziendale, comunicazione immediata alla Direzione Regionale (DCA 437/2013), specificando in particolare la durata prevista e le disposizioni date ai Servizi interessati per la protezione delle prenotazioni in essere.

Tra gli strumenti per l'ottimizzazione delle Liste di Attesa, l'Azienda provvederà ad un overbooking sistematico per consentire la copertura di eventuali rinunce degli utenti non comunicate per tempo. Si considera ottimale un livello di overbooking del 20% che potrà comunque essere prenotate. Tale overbooking dovrà essere dinamico per adeguarlo alla reale quota di appuntamenti disattesi, che potrebbe ridursi nel momento in cui l'attesa diminuisca sensibilmente.

4. *Programmazione dell'offerta attraverso la definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche, la gestione efficiente delle risorse disponibili, il rafforzamento del ruolo di committenza.*

5. Definizione dei criteri generali per l'individuazione degli ambiti territoriali di garanzia per le prestazioni di primo accesso per consentire di quantificare l'offerta necessaria a garantire i tempi massimi di attesa per i propri residenti:

l'ambito territoriale di garanzia verrà definito in base alla residenza del cittadino e tale garanzia decade qualora l'assistito scelga liberamente di prenotare la prestazione presso una struttura specifica(ospedale e/o ambulatorio), rinunciando alla prima disponibilità offerta in ambito di garanzia e nel rispetto dei tempi massimi stabiliti. Pertanto, nella fase di prenotazione, dovrà essere acquisita l'informazione circa il fatto che la prestazione sia/non sia stata prenotata "in garanzia".

L'ambito territoriale di garanzia varrà per le sole prestazioni "critiche", per le quali sia stata indicata la classe di priorità B (breve entro 10 giorni) o D (differibile entro 30/60 giorni).

6. Partecipazione al coordinamento degli interventi regolatori nei confronti delle Aziende in merito alle attività di Libera Professione Intramoenia con particolare riferimento a quanto previsto dalla Legge Baldazzi n. 189/2012 ovvero interventi regolatori con eventuali riduzione o sospensione delle attività Libero Professionale Intramoenia nei casi in cui i tempi di attesa dell'attività istituzionale superino, in modo sistematico e rilevante, quelli massimi indicati dalla programmazione regionale di 30/60 giorni per la "priorità" "D" e di 120 giorni per le priorità "P"; tale riduzione e/o sospensione cesserà dal momento in cui saranno ripristinati tempi di attesa per l'attività istituzionale inferiori ai valori massimi previsti.

7. Partecipazione all'istituzione di un Comitato Tecnico costituito dalla rete di Referenti aziendali sulle Liste di Attesa per portare a compimento le azioni già avviate, con particolare riguardo alla trasparenza delle agende, alla modalità di prescrizione e alla prioritizzazione.

- **Piano degli Investimenti Tecnologici e Patrimonio Immobilare**

Nella Asl di Frosinone è già in atto un programma aziendale di adeguamento,potenziamento e ammodernamento del patrimonio strutturale, impiantistico e tecnologico con Piani degli investimenti tecnologici e informatici definiti e liberati secondo una griglia di valutazione predisposta dal Nucleo dell' Health Technology Assessment(HTA) in relazione a dei criteri tecnici di priorità di sicurezza e/o alle richieste delle diverse unità operative che vengono aggiornate annualmente.

Per il futuro triennio la ASL di Frosinone intende dare un ulteriore impulso all'attuazione dei Programmi di Ammodernamento che contemplano, oltre alla necessità di completare la messa a norma e in sicurezza di tutte le strutture e gli impianti , anche l'innovazione di un forte sviluppo tecnologico a servizio del territorio.

In particolare, per il Patrimonio Immobiliare e Tecnologico: ulteriori interventi di adeguamento antincendio e antisismico, interventi di manutenzione straordinaria, ristrutturazione e acquisizione di nuove attrezzature. Stima di fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature in funzione della programmazione regionale secondo la metodologia dell'HTA. Ammodernamento delle grandi e piccole attrezzature per tecnologie biomediche destinate ai Presidi Ospedalieri e Territoriali. Flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso Strutture Sanitarie Pubbliche, Private Accreditate e Private non accreditate.

- **Predisposizione dei Piani di Investimento**

1	Acquisizione degli arredi e delle attrezzature sanitarie necessarie per l'ammobrenamento tecnologico e implementazione delle attività dei reparti e dei servizi dei Presidi Ospedalieri e dei Presidi Territoriali della ASL FR
2	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e messa a norma edile ed impiantistica dell'Ospedale San Benedetto di Alatri(FR)
3	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e messa a norma edile ed impiantistica del complesso polifunzionale – palazzina A T della Asl FR
4	Interventi di manutenzione straordinaria per intervento edile ed impiantistica della Casa della Salute - REMS di Pontecorvo (FR)
5	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e messa a norma dei reparti e dei servizi afferenti la Rete perinatale dei Presidi Ospedalieri di Sora, Fr/Alatri e Cassino della ASL FR
6	Interventi di manutenzione straordinaria per l'adeguamento e messa a norma antincendio dei Presidi di proprietà della ASL FR

- **La Gestione delle Risorse**

La gestione delle risorse in modo efficiente ed efficace deve essere l'obiettivo principale di una Azienda sanitaria. Le principali azioni sono:

- Miglioramento della qualità dei capitolati di gara per l'azzeramento dei ricorsi al bando sulle aggiudicazioni e per la riduzione dei chiarimenti da parte delle Ditte sul bando;
- Mappatura di tutti gli acquisti effettuati in base alla modalità di gara ed del centro ordinatore e l'impostazione di un sistema informatizzato per il controllo degli acquisti.
- Programmazione triennale del fabbisogno di personale finalizzata al superamento del blocco del turnover.

- Potenziamento del Piano del Fabbisogno del personale con riduzione di ricorso ai Contratti Libero Professionali.
- Generare risparmi nell'acquisto di beni attraverso l'aggregazione della domanda e l'espletamento di gare centralizzate programmate e attraverso le revisioni dei bandi di gara e negoziazioni .
- Riduzione dei Tempi di pagamento e dello Stock di Debito.

Stock debito al 31 Dicembre 2018	€. 16.253.094,51	Indicatori tempi di pagamento	+ 7,25 gg.
Stock debito al 31 Marzo 2019	€. 18.854.882,86	Indicatori tempi di pagamento	+ 14,79 gg.
Stock debito al 30 Giugno 2019	€. 7.869.186,93	Indicatori tempi di pagamento	+ 21,06 gg.

Nell'ambito delle Tecnologie delle Informazioni (ICT) si ritiene strategico: il fascicolo sanitario elettronico che riguarda l'insieme dei dati e di documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario, generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti il cittadino relativi ai processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione che documenti la storia clinica e sanitaria del cittadino .

La gestione economico-finanziaria dell'Azienda - Bilancio di Esercizio 2018 - si è chiusa in pareggio.

COSTO DEL PERSONALE

Nonostante le assunzioni operate nel corso dell'anno, il costo del personale si è ridotto rispetto all'anno 2017 di circa 1 Milione di euro a causa dei pensionamenti.

COSTO BENI E SERVIZI

Il costo per l'acquisto di beni sanitari è aumentato rispetto al 2017 di circa 5.000.000 euro, aumento dovuto per buona parte al costo dei medicinali e alla spesa per vaccini, conseguenza delle nuove normative al riguardo.

In particolare tali incrementi sono dovuti ad una serie di circostanze e di iniziative intraprese dall'Azienda già a partire da qualche anno in risposta ai bisogni assistenziali indifferibili e non più procrastinabili, nonché finalizzate a dare attuazione a precise indicazioni regionali in merito; le più importanti di tali iniziative sono le seguenti:

- Deciso incremento del numero dei pazienti trattati in emodinamica H24 ed utilizzo di nuovi dispositivi tecnologicamente più avanzati;
- Deciso incremento dell'attività chirurgica svolta presso il P.O. di Cassino, in seguito all'assunzione del nuovo primario di chirurgia;
- Intensa attività di neurochirurgia presso il P.O. di Frosinone, anche in tal caso in seguito all'assunzione del nuovo Primario;
- Implementazione di alcune linee di attività cardiologica quali, in particolare, l'elettrofisiologia e gli impianti di Pace maker, mediante lo svolgimento delle stesse in Presidi Ospedalieri aziendali di particolare rilevanza, con sostanziale allargamento dell'offerta di tali servizi sul territorio provinciale;
- Aumento dei pazienti trattati in Malattie Infettive di circa il 20% con sempre maggiore incidenza delle malattie rare, che fanno registrare un tasso di crescita decisamente superiore alla media nazionale;
- Incremento del numero dei pazienti oncologici;
- Incremento consistente del costo dei trattamenti chemioterapici dei pazienti in Ematologia, dal momento che si registra un aumento del numero dei pazienti trattati;
- Implementazione dell'attività operatoria per il trattamento della frattura del collo del femore entro 24/48 ore, con utilizzo di impianti protesici di nuova generazione e sistemi avanzati di sintesi ossea;
- Implementazione trattamenti CPRE;
- Incremento dei vaccini obbligatori, con particolare riguardo alla copertura della popolazione in età scolastica.

Menzione particolare merita il decremento di oltre 3 Mln/€ della Farmaceutica Convenzionata.

Molto attenta è stata la gestione delle voci di costo "Prestazioni da privato – Ospedaliera – Ambulatoriale – Riabilitazione", visto che tutte si posizionano entro i tetti di Budget fissati dalla Regione.

Per l'anno 2019 l'andamento dei costi di esercizio è fissato dal concordamento di Bilancio con la Regione Lazio, rappresentato dalla Tabella di cui sotto.

ASL FROSINONE						
ID	CONTO ECONOMICO	Concordamento Budget 2018	Consuntivo 2018	Proposta Concordamento Budget 2019	DELTA Consuntivo 18 budget 18	DELTA Consuntivo 18 Concordamento 19
		€/000	A	B	C	C = B - A
A1	Contributi F.S.R.	820.440	820.112	811.281	- 328	8.831
A2	Saldo Mobilità	- 174.680	- 161.585	- 161.297	13.094	- 289
A3	Entrate Proprie	26.615	18.952	18.607	- 7.663	346
A4	Saldo Intramoenia	259	1.528	1.528	1.269	-
A5	Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 4.756	- 8.193	- 7.804	- 3.437	- 389
A6	Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	771	-	-	- 771	-
A	Totale Ricavi Netti	668.649	670.814	662.315	2.165	8.499
B1	Personale	203.779	201.497	201.999	- 2.282	- 502
B2	Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	47.000	48.879	51.278	1.879	- 2.399
B3.1	Altri Beni Sanitari	34.314	34.279	34.468	- 35	- 189
B3.2	Beni Non Sanitari	1.396	1.009	1.023	- 387	- 14
B3.3a	Servizi Appalti	35.438	39.990	38.907	4.552	1.083
B3.3b	Servizi Utenze	4.385	3.967	4.015	- 418	- 48
B3.3c	Consulenze	7.184	11.917	11.018	4.733	900
B3.3d	Rimborsi, Assegni e Contributi	4.016	3.962	3.962	- 54	-
B3.3e	Premi di assicurazione	2.871	886	886	- 1.985	-
B3.3f	Altri Servizi Sanitari e Non	11.719	10.797	9.926	- 922	871
B3.3g	Godimento Beni di Terzi	2.359	2.479	2.509	120	- 30
B3.3	Servizi	67.972	74.001	71.224	6.029	2.777
B3	Altri Beni e Servizi	103.682	109.289	106.715	5.607	2.574
B4	Ammortamenti e Costi Capitalizzati	3.200	- 0	- 0	- 3.200	-
B5	Accantonamenti	24.017	25.068	22.725	1.051	2.343
B6	Variazione Rimanenze	- 345	- 685	-	- 340	- 685
B	Totale Costi Interni	381.333	384.048	382.716	2.715	1.332
C1	Medicina Di Base	54.630	55.076	55.076	446	-
C2	Farmaceutica Convenzionata	76.000	75.887	71.865	- 113	4.022
C3.1	Prestazioni da Privato - Ospedaliera	38.067	38.426	35.433	360	2.993
C3.2	Prestazioni da Privato - Ambulatoriale	20.041	20.206	20.105	165	102
C3.3	Prestazioni da Privato - Riabilitazione Extra Ospedaliera	6.355	7.367	8.326	1.012	- 958
C3.4	Altre Prestazioni da Privato	66.580	67.991	67.831	1.412	160
C3	Prestazioni da Privato	131.042	133.992	131.695	2.949	2.297
C	Totale Costi Esterni	261.672	264.955	258.636	3.283	6.319
D	Totale Costi Operativi (B+C)	643.005	649.003	641.352	5.998	7.651
E	Margine Operativo (A-D)	25.644	21.811	20.963	- 3.833	848
F	Totali Componenti Finanziarie e Straordinarie	25.644	21.811	20.963	- 3.833	848
G	Risultato Economico (E-F)	0	- 0	0	- 0	- 0

- Le Linee di indirizzo strategiche:

- . **Perseguire l'equità** nella tutela della salute e nell'accesso alle cure;
- . **Promuovere l'integrazione** di servizi sanitari e sociali e di continuità delle prestazioni erogate in setting assistenziali differenti;
- . Garantire reali recuperi di efficienza;
- . **Rafforzare le attività di controllo** delle prestazioni in una logica di miglioramento degli esiti di salute;
- . **Promuovere la multidisciplinarietà** nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando “modelli di rete” in grado di assicurare la presa in carico;
- . **Valorizzare gli aspetti** di umanizzazione dell'assistenza promuovendo le competenze dei cittadini nei riguardi delle scelte per la tutela della propria salute;
- . **Valorizzazione ed efficientamento** nella gestione delle risorse umane;
- . **Sviluppare le attività** di promozione della salute e prevenzione delle malattie;
- . **Riequilibrare i livelli assistenziali** a favore di interventi indirizzati alla prevenzione e presa in carico di gruppi particolarmente fragili;
- . **Ricondurre l'ospedale** per acuti al suo naturale ambito di risposta assistenziale prevalentemente indirizzata all'emergenza ed a quelle condizioni cliniche di elevata complessità;
- . **Individuare gli interventi** per il contenimento delle liste d'attesa, con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni e alla visibilità e prenotabilità delle agende di tutti i soggetti erogatori;
- . **Migliorare** i meccanismi di controllo della spesa farmaceutica sia ospedaliera che territoriale al fine di conseguire una maggiore appropriatezza prescrittiva.
- . **Rafforzare** il governo regionale dell'acquisizione di beni e servizi con un'attenta stima di fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature, anche secondo la metodologia del HTA e all'attuazione dei programmi di ammodernamento delle grandi e piccole apparecchiature per tecnologie biomediche destinate ai Presidi ospedalieri e territoriali;
- . **Configurare** il percorso dell'accreditamento, anche nelle strutture pubbliche, come strumento per il raggiungimento di qualità;
- . **Rafforzare** i sistemi informativi come strumenti per la programmazione sanitaria
- . **Miglioramento della qualità** dei dati contabili e del sistema dei controlli interni: Sistema informativo amministrativo-contabile unico del SSR, Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) dei Bilanci delle Aziende del SSR, sistema regionale di contabilità analitica, riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori
- . **Politiche del personale**: programmazione triennale del fabbisogno di personale, prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali, riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze

. **Approvvigionamento Beni e Servizi:** estensione della copertura degli acquisti centralizzati, pianificazione degli acquisti e analisi degli effettivi fabbisogni, monitoraggio della spesa e valutazione dei contratti in corso

. **Iniziative per la promozione dell'appropriatezza dell'uso del farmaco e dei dispositivi medici:** razionalizzazione della spesa farmaceutica, monitoraggio dell'uso di farmaci innovativi, appropriatezza e razionalizzazione dell'uso di farmaci per HIV, razionalizzazione e monitoraggio della spesa per i dispositivi medici

. **Patrimonio immobiliare e tecnologico:** ricognizione degli investimenti in conto capitale assegnati, avvio della terza fase dell'art. 20 della L.67/88, manutenzione straordinaria, stima dei fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature

. **Sistemi Informativi:** completamento dell'integrazione dei Sistemi Informativi Sanitari

. **Prevenzione:** realizzazione degli obiettivi contenuti nel Piano Regionale della Prevenzione e nel Piano Regionale integrato dei controlli in Sicurezza alimentare, Sanità e benessere animale, riorganizzazione dei programmi di screening oncologici delle ASL

. **Cure Primarie, servizi territoriali ed Integrazione Socio –Sanitaria:** governo del rapporto con i MMG/PLS, riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale, Case della Salute, potenziamento della rete e delle attività dei Consultori Familiari, Salute Mentale, Dipendenze, Sanità Penitenziaria

. **Governo delle liste di attesa:** qualificazione dei PDTA a livello territoriale

. **Riorganizzazione e potenziamento delle reti assistenziali:** rete emergenza, rete ospedaliera, medicina di laboratorio di base e reti specialistiche, rete Terapia del Dolore, servizi Trasfusionali, rete Malattie Rare

. Gestione del Rischio Clinico

. **Rapporti con gli erogatori pubblici e privati:** sicurezza delle cure, appropriatezza delle prestazioni ed efficienza,, implementazione della funzione di committenza in capo alle ASL, autorizzazione e accreditamento.

● La Programmazione Annuale 2020

Le politiche e le strategie definite dalla Direzione Generale con cadenza annuale vengono declinati in obiettivi operativi da negoziare con i Direttori delle Strutture Aziendali.

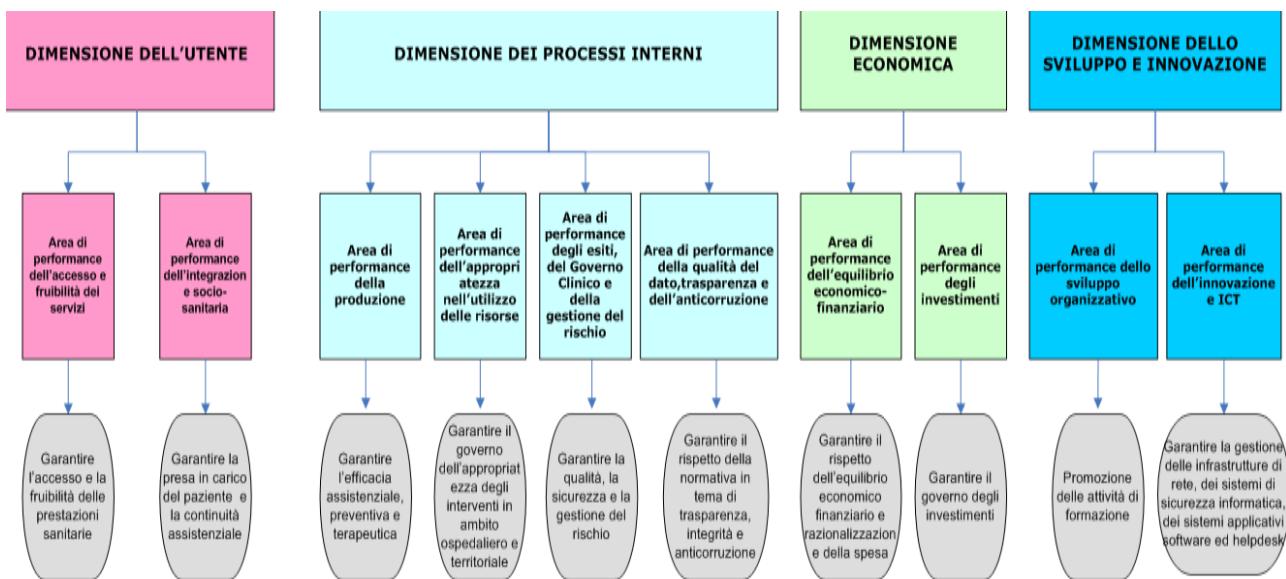
L'Albero della Performance è un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi. Tale rappresentazione grafica dimostra come gli obiettivi ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente alla missione, secondo indicazioni regionali, integrate con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno. Le stesse vengono tradotte in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Direttori. Gli obiettivi sono dettagliati e vengono associati ad indicatori.

Le strategie, gli obiettivi e le azioni sono riferibili alle seguenti dimensioni di performance:

1. Dimensione dell'utente/paziente
2. Dimensione dei processi interni
3. Dimensione economica
4. Dimensione dello sviluppo e innovazione

Ogni dimensione identifica specifiche Aree di performance e obiettivi strategici

L'Azienda ASL FR opera all'interno del SSR garantendo la tutela della salute come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività attraverso specifici interventi sanitari e sociosanitari nell'ambito del sistema di cure e prevenzione, ispirandosi a criteri di efficacia-appropriatezza, di efficienza, di equità, di professionalità, in una logica di miglioramento continuo ed in un quadro di compatibilità con le risorse disponibili



Rispetto alle quattro Dimensioni sono individuate specifiche Aree strategiche di performance e definiti gli obiettivi strategici da conseguire.

Dimensione dell'Utente/paziente sono individuate Aree di performance tese a garantire l'accessibilità e fruibilità dei servizi, l'appropriatezza dei percorsi assistenziali quale capacità nel dare risposta adeguata e tempestiva al bisogno di salute, nella fase di prevenzione e cura.

- Area di performance dell'accesso e fruibilità dei servizi
- Area di performance dell'integrazione socio-sanitaria

Dimensione dei processi interni sono individuate Aree di performance tese a garantire il riordino della assistenza ospedaliera e territoriale, l'attività di prevenzione e promozione della salute nonché il rispetto dei piani della trasparenza e anticorruzione.

- Area di performance della produzione
- Area di performance dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse
- Area di performance degli esiti, del governo clinico e della gestione del rischio
- Area di performance della qualità del dato, Trasparenza e dell'anticorruzione

Dimensione economica sono individuate Aree di performance tese a garantire il perseguimento dell'equilibrio economico attraverso la predisposizione di un Piano di rientro per il monitoraggio della spesa con la finalità di garantire la razionalizzazione e il contenimento della spesa e l'utilizzo appropriato delle risorse disponibili in funzione della migliore efficacia.

- Area di Performance dell'equilibrio economico
- Area di performance degli investimenti

Dimensione dello sviluppo e innovazione sono individuate Aree di performance tese a garantire la promozione di attività formative e la valorizzazione delle capacità tecniche e umane del personale,

- Area di performance dello sviluppo organizzativo
- Area di performance dell'innovazione e ITC

GLI OBIETTIVI STRATEGICI ANNUALI - 2020

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITÀ DEI SERVIZI	Garantire il Governo delle Liste d'Attesa per le prestazioni oggetto di monitoraggio come previsto dal PNGLA e PRGLA attraverso percorsi di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e di gestione delle priorità cliniche al fine di garantire una risposta sollecita oltreché la tempestiva esecuzione della prestazione.	% di prestazioni oggetto di monitoraggio garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità	70%-90%
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'ACCESSO E FRUIBILITÀ DEI SERVIZI	Definizione di un progetto di riorganizzazione del processo di erogazione delle prestazioni ambulatoriale in tutte le ASSL	Progetto	Riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni oggetto di monitoraggio
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	Garantire l'Integrazione Ospedale - Territorio al fine di colmare il gap fra l'ospedalizzazione per la gestione dell'evento acuto e il domicilio del paziente per assicurare la continuità delle cure, superando il confine tra Ospedale e territorio per tutti pazienti post-acute con rischi elevati di riospedalizzazione se non assistiti adeguatamente, e per tutti i pazienti cronici con elevati bisogni assistenziali e a rischio di ricovero inappropriate.	% di dimissioni protette	Aumentare la % di dimissioni protette e monitorare la continuità assistenziale migliorando l'integrazione Ospedale/Territorio
DIMENSIONE UTENTE	AREA DI PERFORMANCE DELL'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA		Nº gg di degenza per le UU.OO dei presidi ospedalieri oltre la richiesta di dimissione protetta	2gg
DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire il miglioramento del tasso di adesione reale ai programmi di screening oncologico organizzato	Nº di persone che hanno aderito all'invito/popolazione bersaglio annuo*100	T.cervice=40%; T.colon retto=30%; T.mammella=35%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Estensione grezza screening mammografico/Popolazione di riferimento	70%-95%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Estensione grezza screening Cervice uterina/Popolazione di riferimento	70%-95%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Estensione grezza screening Colon retto/Popolazione di riferimento	70%-95%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire i controlli dell'attività di vigilanza e sicurezza sui luoghi di lavoro con particolare riferimento al settore dell'edilizia e agricoltura	Numero di interventi ispettivi in aziende edili, agricole e altri compatti/Numero totale interventi ispettivi programmati secondo piano locale/regionale	100%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire la salute degli animali allevati dall'uomo attraverso l'attività di eadicazione e di profilassi delle malattie infettive e diffuse degli animali e la sorveglianza della zoonosi, in particolare la peste suina africana, la tubercolosi bovina, la brucellosi ovina e caprina e la blue tongue	Numero aziende suine certificate/Numero aziende suine controllabili*100	>80%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Numero di allevamenti controllati per TBC Bovina, peste suina, Blue tongue/Numero di allevamenti controllabili*100	>99,9% dei controllati

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire il controllo ufficiale sugli operatori del settore alimentare e delle strutture che producono alimenti di origine animale	% Controlli ufficiali	100% programmati
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Aumentare le Cure Domiciliari Integrate di I° e II° livello a favore degli anziani non autosufficienti di età = > di 65 anni e le Cure Domiciliari Integrate di III° livello e Palliative ai malati terminali.	% di ultra 65 anni in CDI /totale popolazione residente anziana età >=65*100	>4%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		N° pazienti inseriti in Cure palliative domiciliari oncologiche (CPDO) /n° pazienti che sono arruolabili	100%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		% di pazienti inseriti in cure palliative deceduti in ospedale	2%-5%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Tasso di ricovero per scompenso per 100.000 residenti 50-74 anni	<=200
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Garantire l'efficacia assistenziale per le patologie croniche	Tasso di ricovero per diabete globale per 100.000 residenti 20-74 anni	<=40
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE		Tasso di ricovero per BPCO per 100.000 residenti 50-74 anni	<=100
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Riorganizzazione dell'assistenza specialistica e delle Casedella Salute	Progetto di riorganizzazione dell'assistenza specialistica delle Case della Salute	100%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Promozione e realizzazione di percorsi di integrazione tra servizi del DSMD rivolti a persone che presentano problematiche di doppia diagnosi e co-morbilità psichiatrica e dipendenze con l'obiettivo di garantire un percorso terapeutico e riabilitativo che coinvolga tutti i servizi del DSMD.	N° di PDTA	PDTA attivati
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA PRODUZIONE	Miglioramento degli indicatori della griglia LEA	Incremento % rispetto al punteggio 2018	>10%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Aumento dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso la riduzione dei ricoveri diurni medici con finalità diagnostica	N° di ricoveri in DH medico con finalità diagnostica / N° ricoveri in DH medico * 100	<=23%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Aumento dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso la riduzione dei ricoveri ordinari medici brevi	N° di ricoveri ordinari medici brevi/N° di ricoveri ordinari medici brevi *100	<=17%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Aumentare i ricoveri in Day Surgery dei DRG a rischio di inappropriatezza	N° ricoveri effettuati in Day Surgery per i DRG LEA chirurgici/ N° totale di ricoveri per i DRG LEA chirurgici *100	>=87%

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Garantire la riduzione dei ricoveri in regime ordinario per i DRG ad alto rischio di inappropriatezza	% DRG a rischio di inappropriatezza	<=30%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELL'APPROPRIATEZZA	Garantire l'appropriatezza chirurgica	% di colicistectomie laparoscopiche in day surgery e ricoveri ordinari 0 -1 gg	>=80% entro 3gg
<hr/>				
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Aumento della qualità e dell'efficacia degli interventi per frattura di femore	% interventi per frattura di femore con durata di degenza tra l'ammissione e l'intervento <=2 gg / N° interventi per frattura del femore *100	>=70%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Riduzione dei parto cesarei	% di parto cesarei primari	15%-27%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Riduzione del rischio clinico	Predisposizione delle procedure su misure di contenimento/ controllo ICPA e igiene ospedaliera a rischio biologico	Procedure di controllo ICPA e igiene ospedaliera a rischio biologico
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Garantire l'accreditamento istituzionale nelle UU.OO e degli erogatori privati e verifica del mantenimento dei requisiti di accreditamento	Predisposizione delle procedure di accreditamento e di vigilanza	Procedure di vigilanza
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Garantire la vigilanza per un corretto uso del farmaco e porre attenzione alla possibile insorgenza di reazioni avverse.	Predisposizione delle note informative di farmaco vigilanza per i farmaci in uso al fine di garantire un corretto uso del farmaco e porre attenzione alla possibile insorgenza di reazioni avverse.	Garantire il corretto uso del farmaco per evitare l'insorgenza di reazioni avverse.
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DEGLI ESITI, DEL GOVERNO CLINICO E DELLA GESTIONE DEL RISCHIO	Garantire il controllo di qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dai privati convenzionati	% di controlli sull'appropriatezza delle prestazioni di assistenza riabilitativa e residenziale erogate dai privati convenzionati	100% programmati
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' DEL DATO, TRASPARENZA, INTEGRITA' E ANTICORRUZIONE	Garantire la diminuzione del livello di rischio per episodi corruttivi nelle Aree a rischio generale e specifico	Numero di processi con rischio generale diminuito/Numero totale dei processi a rischio generale mappati nel PTPCT	80%

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' DEL DATO, TRASPARENZA, INTEGRITA' E ANTICORRUZIONE		Numero di processi con rischio specifico diminuito/Numero totale dei processi a rischio specifico mappati nel PTPCT	80%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' DEL DATO, TRASPARENZA, INTEGRITA' E ANTICORRUZIONE		Numero di corsi di formazione attivati in tema di prevenzione della corruzione/Numero totale di corsi di formazione programmati in tema di prevenzione della corruzione	100%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' DEL DATO, TRASPARENZA, INTEGRITA' E ANTICORRUZIONE	Garantire l'accessibilità totale dei dati e dei documenti aziendali, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere al tempo stesso la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali.	Numero di Giornate della Trasparenza attuate in ASL/Numero totale di Giornate della Trasparenza programmate	100%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' DEL DATO, TRASPARENZA, INTEGRITA' E ANTICORRUZIONE		Numero di segnalazioni di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione	
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' DEL DATO, TRASPARENZA, INTEGRITA' E ANTICORRUZIONE	Monitoraggio e controllo delle scadenze nella trasmissione dei flussi informativi aziendali e in particolare del rispetto della chiusura e della qualità della codifica nelle SDO.	% di SDO trasmesse entro 15 gg	100%
DIMENSIONE DEI PROCESSI INTERNI	AREA DI PERFORMANCE DELLA QUALITA' DEL DATO, TRASPARENZA, INTEGRITA' E ANTICORRUZIONE	Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF	Trasmissione dei flussi informativi entro i termini e bassa percentuale di errori logico-formale	0

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata rispetto al 2019	1%
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Riduzione della spesa per l'acquisto dei dispositivi medici implantabili rispetto al 2019	2%
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Aumento del numero di accessi di erogazione diretta in dimissione post ricovero	10%
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Aumento del numero di accessi di erogazione diretta post prima visita ambulatoriale	10%
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO		Riduzione della spesa per l'acquisto di servizi sanitari di assistenza integrativa e protesica rispetto al 2019	2%
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Contenimento della spesa per l'acquisto di servizi sanitari di assistenza integrativa e protesica	Numeri di autorizzazioni di spesa per assistenza integrativa e protesica sottoposte a controllo di appropriatezza/numero totale di autorizzazioni di spesa di assistenza integrativa e protesica	100%

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Contenimento dell'acquisto dei farmaci non inseriti in PTR	% di acquisto farmaci fuori prontuario	Rispetto del tetto di spesa
			% incidenza nella spesa linda per farmaci PHT dispensati in convenzionata	<0,9%
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Migliorare l'appropriatezza prescrittiva aumentando la % di prescrizioni di medicinali a brevetto scaduto per inibitori della pompa protonica, vitamina D, sartani e statine	Rispetto delle UP anno pro-capite per inibitori di pompa protonica	<28%
			Rispetto dell'incidenza su UP totali per sartani	<40%
			Rispetto incidenza UP rosuvastatina	<15%
			Rispetto incidenza confezioni Fans anno per 100 abitanti	<50
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Monitoraggio e controllo dei profili prescrittivi dei medici generici e specialisti	Controllo dei MMG e PLS che presentano un profilo prescrittivo >di 1,5 Z SCORE	100% dei MMG e PLS
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il rispetto del tempo medio di pagamento nei termini di legge e/o contrattuali al fine di ridurre gli interessi di mora	Tempo medio di pagamento <= 60gg	<= 60gg
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DELL'EQUILIBRIO ECONOMICO - FINANZIARIO	Garantire il monitoraggio trimestrale dei volumi di attività e dei costi per C.D.R.	Monitoraggio volumi di attività/costi per CDR	Report trimestrale e analisi scostamenti per l'adozione delle azioni correttive
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI	Garantire l'approvvigionamento di beni e servizi	Predisposizione e adozione della proposta di Piano biennale dell'acquisto di beni	Piano biennale dell'acquisto di beni
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI		Governo dei processi di acquisto tramite adesione alle convenzioni attivate da CONSIP	Adesione alle convenzioni attivate da CONSIP
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI	Garantire la gestione dell'area tecnica e del patrimonio	Predisposizione e adozione del Piano triennale delle opere pubbliche	Piano triennale delle opere pubbliche
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI		Definizione di un piano di azioni per la razionalizzazione dei fitti passivi	Riduzione dei fitti passivi
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI		Definizione di un piano di azioni per la valorizzazione del patrimonio al fine di incentivare i fitti attivi	Incentivazione dei fitti attivi
DIMENSIONE ECONOMICA	AREA DI PERFORMANCE DEGLI INVESTIMENTI		Numero di strutture aziendali conformi alla normativa di accreditamento e antincendio	80%

DIMENSIONE	AREA DI PERFORMANCE	OBIETTIVO	INDICATORE	TARGET
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E ITC	Consolidamento delle procedure per la gestione delle infrastrutture di rete, dei sistemi di sicurezza informatica, degli applicativi software di base ed help desk	N° di procedure definite	
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E ITC	Garantire la standardizzazione dei processi legati all'utilizzo dei sistemi informativi amministrativi e sanitari	Numero di procedure dei sistemi informativi amministrativi/sanitari uniformate/Numero totale di procedure coinvolte nell'uso dei sistemi informativi aziendali	60%
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E ITC	Avvio di un sistema per la gestione dell'appropriatezza prescrittiva dei servizi diagnostici ASL FR	Numero regole di controllo di appropriatezza prescrittiva introdotte	20
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E ITC	Garantire la dematerializzazione nei processi amministrativi/sanitari attraverso il corretto utilizzo dei sistemi informatici (atti, protocollo, e-prescription...) in linea con le disposizioni nazionali, regionali e i regolamenti	numero atti firmati digitalmente in linea con i regolamenti /numero totale di atti pubblicati	100%
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELL'INNOVAZIONE E ITC	Garantire la dematerializzazione nei processi amministrativi/sanitari attraverso il corretto utilizzo dei sistemi informatici (atti, protocollo, e-prescription...) in linea con le disposizioni nazionali, regionali e i regolamenti	numero di prescrizioni informatiche(specialistiche, farmaci)/numero totale di prescrizioni dei medici prescrittori ;	100%
<hr/>				
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Promozione delle attività formative per la valorizzazione delle capacità tecniche e del benessere del personale.	% eventi formativi attuati	100% eventi formativi programmati
DIMENSIONE DELLO SVILUPPO E DELL'INNOVAZIONE	AREA DI PERFORMANCE DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO	Rilevazione della soddisfazione e della qualità percepita dall'utente mediante somministrazione di questionari di valutazione dei servizi di ricovero e cura ospedalieri, dei servizi diagnostici e dei servizi territoriali e ambulatoriali	% di questionari somministrati per UU.OO	60- 100%