1

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE

REGIONE
LAZIO

Piano strategico 2016–2018 ASL Frosinone

2

Sommario Piano Strategico 2016-2018

ASL FROSINONE

Premessa pag. 7

Parte A: Analisi Aziendale e della popolazione della Asl di Frosinone pag. 9

1. Analisi del contesto della ASL Frosinone pag. 11
   1. Analisi geografica pag. 13
   2. Analisi demografica pag. 16
   3. Le principali criticità riscontrate pag. 23
2. Valutazione dello stato di salute della popolazione pag. 29
3. Valutazione esterna pag. 37
4. Valutazione socio sanitaria pag. 41
   1. Capacità di governo della domanda pag. 43
   2. Appropriatezza chirurgica pag. 53
   3. Appropriatezza medica pag. 60
   4. Area Materno Infantile pag. 69
   5. Assistenza patologie croniche pag. 76
   6. Salute mentale pag. 85
   7. Appropriatezza prescrittiva farmaceutica pag. 88
   8. Appropriatezza prescrittiva diagnostica pag. 93
5. La valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali pag. 99
   5.1. Screening oncologici pag. 101
   5.2. Copertura vaccinale pag. 108
   5.3. Malattie infettive pag. 115
1. Equità delle cure pag. 119
2. Bilancio e analisi delle Performance pag. 125
   1. Gestione delle emergenze pag. 127
   2. Integrazione ospedale territorio e performance territoriali pag. 132
   3. Performance Ospedaliere e qualità di processo pag. 136
3. Valutazione economico-finanziaria pag. 155
   1. Indicatori di Performance: il profitto netto pag. 157
   2. Governo della spesa farmaceutica pag. 158
   3. Efficienza prescrittiva farmaceutica pag. 159
   4. Sicurezza sul lavoro pag. 163

ASL FROSINONE

Parte B: le strategie aziendali

pag. 169

Sintesi delle politiche e strategie aziendali pag. 171
A1 Azioni di innovazioni nell'offerta dei servizi pag. 176
A2 Azioni di prevenzione e promozione della salute pag. 179
A2.1 I programmi di screening oncologici pag. 180
A3 Azioni per la personalizzazione e l'equità delle cure pag. 186
A4 Azioni di empowerment del cittadino nel rispetto delle differenze culturali pag. 187
B1 Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico-assistenziali pag. 189
B1.1. La riorganizzazione dei percorsi per pazienti cronici pag. 190
B1.2. La Rete Radiologica pag. 199
B2 Miglioramento della qualità e dell'efficienza della Rete Ospedaliera pag. 206
B2.1. La riorganizzazione della Rete Chirurgica pag. 208
B2.2. Il percorso nascita pag. 212
B3 Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative pag. 217
C1 Piano degli investimenti tecnologici, strutturali e re ingegnerizzazione degli spazi pag. 218
C2 Azioni di governo della gestione delle risorse: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali pag. 220
C3 Azioni per sviluppo di procedure di controllo pag. 226
C4 Piano di sviluppo di procedure di accreditamento e rispetto degli standard pag. 228
C5 Azioni per la rendicontabilità delle risorse e adeguamento alla spending review pag. 232
C5.1. La Spesa Farmaceutica pag. 234
C5.2. Il Servizio di Assistenza Protesica pag. 246
C6 Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione pag. 248
D1 Azioni di ottimizzazione della performance e benchmarking pag. 253
D2 Azioni di governo dell'appropriatezza pag. 256
D3 Azioni di governo del rischio pag. 257

Parte C: Il Piano Triennale delle Performance

pag. 259

1. Il nuovo Piano delle Performance della Asl di Frosinone 2016-2018 pag. 261
   1. Il focus sulla performance pag. 261
   2. I tempi del ciclo della performance nella Asl di Frosinone pag. 262
2. L'azienda Sanitaria Locale Asl di Frosinone pag. 264
   2.1. L'assetto aziendale pag. 264
   2.2. Presidi Ospedalieri e posti letto pag. 266
   2.3. Le strutture accreditate pag. 267
1. L'identità aziendale pag. 269
   3.1. Mission e Vision pag. 269
1. Il contesto pag. 271
   1. Il territorio e la popolazione della Asl di Frosinone e la presa in carico del paziente pag. 271
2. Il modello di misurazione e le dimensioni di analisi delle performance pag. 273
3. L'albero delle performance pag. 274
4. Pianificazione operativa 2016-2018 e monitoraggio del Piano pag. 284

pag. 285

Allegato tecnico: Tabella dei Piani Operativi

Premessa

L'elaborazione del Piano Strategico 2016-2018 avviene a distanza di sette mesi dalla nomina del Commissario Straordinario ed a dodici mesi dall'adozione dell'Atto Aziendale della ASL di Frosinone, di cui al DCA U00134 del 01/04/2015, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 32 del 21/4/2015.

La Direzione Strategica, supportata dal nuovo Commissario, si pone l'obiettivo dell'efficace ed efficiente gestione della complessa realtà sanitaria e del suo rilancio, tenendo in considerazione il fatto che il contesto generale è caratterizzato dai vincoli imposti dal piano di rientro regionale e dal rapporto critico tra la Regione Lazio ed il tavolo tecnico della Commissione Permanente per il Monitoraggio dei Lea.

Partendo dall'analisi dei bisogni di salute della popolazione e individuati i punti di forza e di debolezza dell'Azienda (Parte A del Piano Strategico), la Direzione Strategica ha individuato le linee guida e strategie aziendali per una corretta Pianificazione e Programmazione, a partire dalla fase di negoziazione di budget 2016 che dovrà concludersi entro aprile-maggio 2016 (Parte B del Piano Strategico).

Viene altresì allegato il Piano Triennale delle Performance (Parte C del Piano Strategico) che da avvio al ciclo di gestione della performance ovvero al processo che racchiude in un unico contesto le funzioni di pianificazione, monitoraggio, misurazione e valutazione.

6

ASL FROSINONE

PARTE A:

ANALISI AZIENDALE E DELLA POPOLAZIONE DELLA ASL DI FROSINONE

1. ANALISI DI CONTESTO DELLA ASL DI FROSINONE

1.1 Analisi Geografica
1.2 Analisi Demografica
1.3 Le principali criticità rilevate

ASL FROSINONE

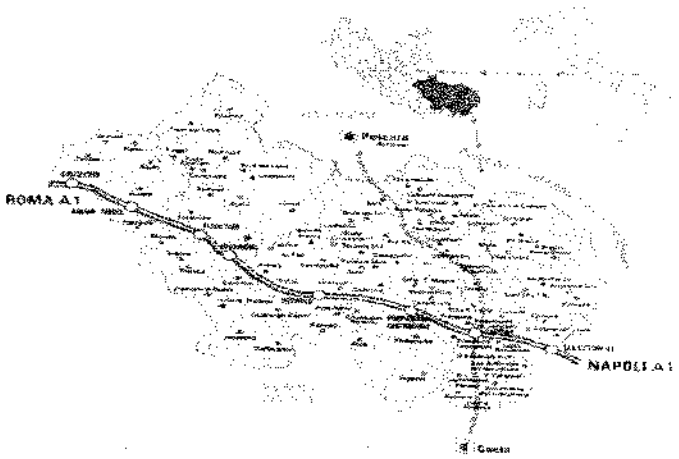
1.1 Analisi geografica

L'Azienda Asl di Frosinone coincide con il territorio della Provincia di Frosinone (vedi figura in basso); confina a nord con l'Abruzzo (ASL Avezzano Sulmona L'Aquila), a est con il Molise (ASL di Isernia), a sud-est con la Campania (ASL di Caserta), a sud con la Provincia di Latina (ASL Latina) e a ovest con la Provincia di Roma. Ha una popolazione di 496.971 abitanti con una densità abitativa di 153,05 abitanti per kmq. È articolata in 91 comuni e rispetto alle 110 province italiane risulta in termini di dimensione demografica, la 39esima.

Densità di popolazione per Provincia del Lazio

	Comuni	Popolazione	km²	abitanti/km²	n° Comuni
RM	Roma	4.321.244	5.363,28	806	121
LT	Latina	569.664	2.256,16	252	33
FR	Frosinone	497.678	3.247,08	153	91
VT	Viterbo	322.195	3.615,24	89	60
RI	Rieti	159.670	2.750,52	58	73
Totale	Totale	5.870.451	17.232,29	341	378

Fonte: http://www.tuttitalia.it/province/densita/



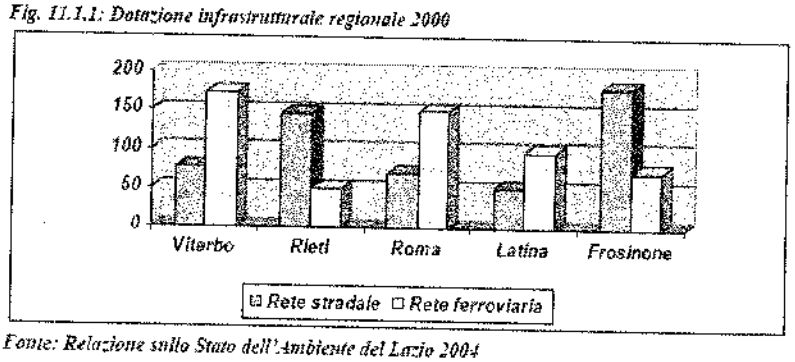
La provincia di Frosinone dal dopoguerra è spesso impropriamente fatta coincidere con la Ciociaria nella sua intera estensione. Tuttavia, per secoli il suo territorio è appartenuto in parte allo Stato della Chiesa ed in parte al Regno delle Due Sicilie e successivamente alla Provincia di Terra di Lavoro.
Questa duplice identità è ripresa nello stesso stemma provinciale, composto dal Leone, simbolo di Frosinone, e dalle Cornucopie, simbolo dell'antica Terra di Lavoro. Di conseguenza, l'equazione "Ciociaria=Provincia di Frosinone" non è accettata dalle popolazioni della Media e Bassa Valle del Liri-Garigliano, differente dalle radici storiche e culturali dei territori della Ciociaria e, quindi, oggetto più volte di proposte di istituzione di una nuova provincia. Al fine di ridare a questi territori un'identità propria, infatti, tra il 1956 ed il 2006, sono state presentate ben dieci proposte di legge; l'ultima in particolare, datata 2006, prevedeva una provincia "tripolare" con capoluoghi le città di Cassino, Sora e Formia ed era rafforzata dalle delibere favorevoli di 41 dei 63 comuni interessati, che rappresentavano la maggioranza della popolazione dell'area stessa (circa 205.000 abitanti su 310.000 complessivi).
Il sistema montuoso che interessa il territorio della provincia di Frosinone segue il naturale sviluppo delle catene montuose della penisola italiana; i due sistemi principali sono ascrivibili all'Appennino centrale a nord, e al preappennino laziale a sud, divisi da un vasto territorio vallivo attraversato dal fiume Sacco e dal Liri, definito complessivamente *Valle Latina*. La maggior parte dei bacini lacustri sono invasi artificiali per l'alimentazione di centrali idroelettriche; gli unici due bacini naturali sono di origine carsica, il lago di Canterno presso Fiuggi e il lago di Posta Fibreno. E il laghetto Solfatara a Fontana Liri formato dalla confluenza di due sorgenti, una d'acqua dolce l'altra d'acqua sulfurea. L'idrografia del territorio della provincia è segnata da due principali bacini fluviali: la Valle del Liri e la Valle del Sacco. Le vie di comunicazione principali della provincia di Frosinone seguono prevalentemente la conformazione naturale del territorio: senza dover scavalcare valichi di elevata altezza o traforare montagne, ferrovie e strade si sviluppano nei fondovalle della Ciociaria e della Valle del Liri, rispettivamente lungo le direttrici Roma-Napoli e Abruzzo-Tirreno. Le linee ferroviarie che attraversano il territorio provinciale sono due, la ferrovia Roma-Cassino-Napoli, Ora affiancata dalla linea ad alta velocità classificata nella RFI come parte della rete ferroviaria nazionale fondamentale, e la Avezzano-Sora-Roccasecca, considerata invece parte della rete complementare. Una ferrovia minore, a scartamento ridotto, un tempo attraversava il territorio dei monti Ernici, da Palestrina a Frosinone via Fiuggi, detta Ferrovia Roma-Fiuggi, oggi attiva solo in provincia di Roma. Un sistema di superstrade invece si sviluppa a est dell'autostrada, per collegare le aree interne della Valcomino e dell'alta valle del Liri con il capoluogo e il meridione. Da Frosinone ha inizio la Strada statale 214 Maria, detta anche superstrada Frosinone-Sora, a quattro corsie, che dal capoluogo raggiunge Sora. Qui l'ultima uscita non è distante dal percorso della Strada statale 690 Avezzano-Sora, strada a scorrimento veloce, di due corsie, che dalla Marsica entra attraverso la Valle Roveto in provincia di Frosinone dove diventa la Strada statale 627 della Vandra e prosegue poi per la Val Comino fino alla Strada statale 509 di Forca d'Acero e poi a Cassino.

La Provincia di Frosinone cura la manutenzione ordinaria e straordinaria di circa 1600 km di strade provinciali e la manutenzione ordinaria di circa 500 km di strade regionali.
e vie di comunicazione principali della provincia di Frosinone seguono prevalentemente la conformazione naturale del territorio: senza dover scavalcare valichi di elevata altezza o traforare montagne, ferrovie e strade si sviluppano nei fondovalle della Ciociaria e della Valle del Liri, rispettivamente lungo le direttrici Roma-Napoli e Abruzzo-Tirreno.

Le linee ferroviarie che attraversano il territorio provinciale sono due, la Roma-Napoli via Frosinone, ora affiancata dalla linea ad alta velocità classificata nella RFI come parte della rete ferroviaria nazionale fondamentale, e la Avezzano-Sora-Roccasecca, considerata invece parte della rete complementare.

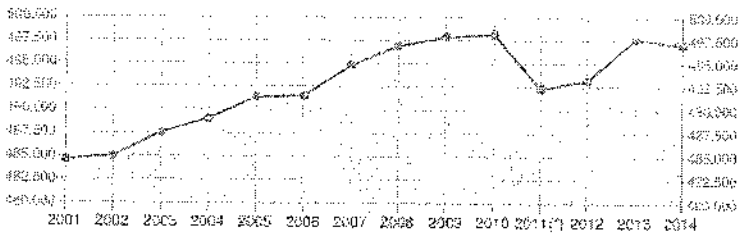
Lungo la Valle del Sacco e nell'alta Terra di Lavoro da Ceprano a Caianello si sviluppa l'autostrada del Sole; un sistema di superstrade invece si sviluppa a est dell'autostrada, per collegare le aree interne della Valcomino e dell'alta valle del Liri con il capoluogo e il meridione.

Fig. II.1.1: Dotazione infrastrutturale regionale 2000



Fonte: Relazione sullo Stato dell'Ambiente del Lazio 2004

1.2 Analisi demografica

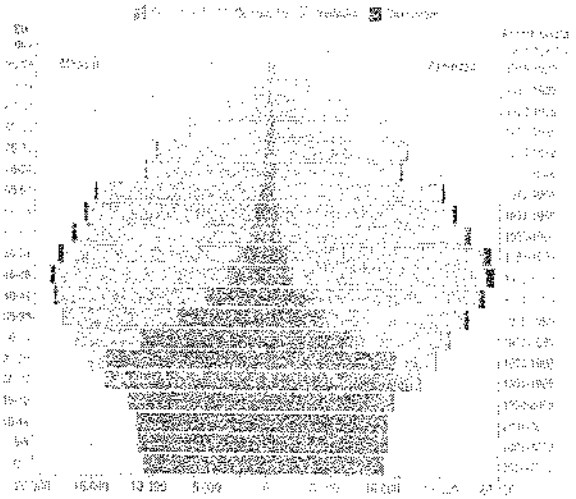


Andamento della popolazione residente

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

(*) post censimento

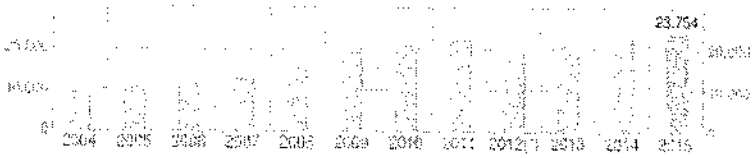
Andamento demografico della popolazione residente in **provincia di Frosinone** dal 2001 al 2014. dopo un calo nel 2011, nel 2014 risulta essere 496.971



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2015

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT 1° gennaio 2015 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

La Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Frosinone per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2015.

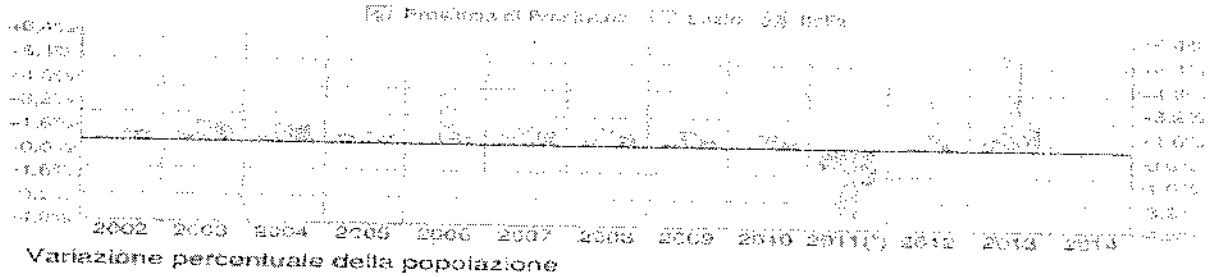


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2015

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT 1° gennaio 2015 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post censimento

Popolazione straniera residente in **provincia di Frosinone** al 1° gennaio 2015. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.Gli stranieri residenti in provincia di Frosinone al 1° gennaio 2015 sono **23.754** e rappresentano il 4.8% della popolazione residente.

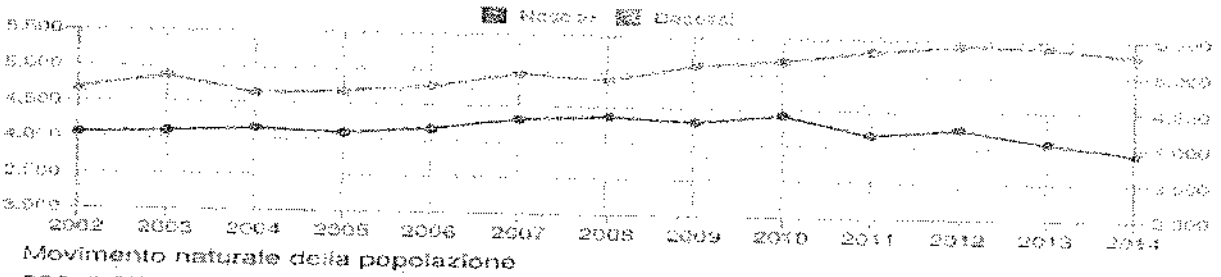


Variazione percentuale della popolazione

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT (ISS) dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

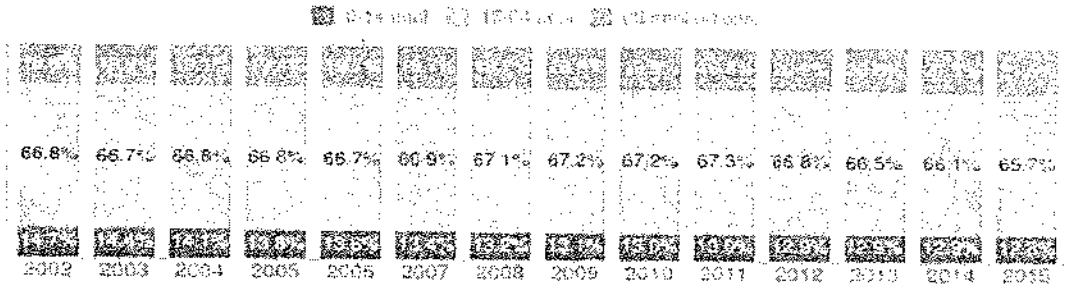
Le variazioni annuali della popolazione della provincia di Frosinone espresse in percentuale a confronto con le variazioni della popolazione della regione Lazio e dell'Italia



Movimento naturale della popolazione

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

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche **saldo naturale**. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee. Il movimento naturale della popolazione rappresentato dalle nascite (+3925 unità/anno) e dai decessi (-5290 unità/anno) evidenzia un saldo naturale negativo

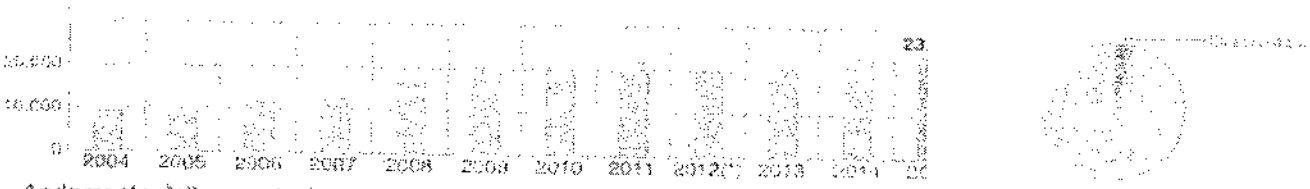


Struttura per età della popolazione

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

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.

La quota di cittadini con cittadinanza all'estero e residenti nella provincia (cittadini stranieri regolari) è progressivamente cresciuta nel tempo; al 1 gennaio 2015 risultavano 23.754 unità, pari al 4,78% della popolazione della provincia di Frosinone.

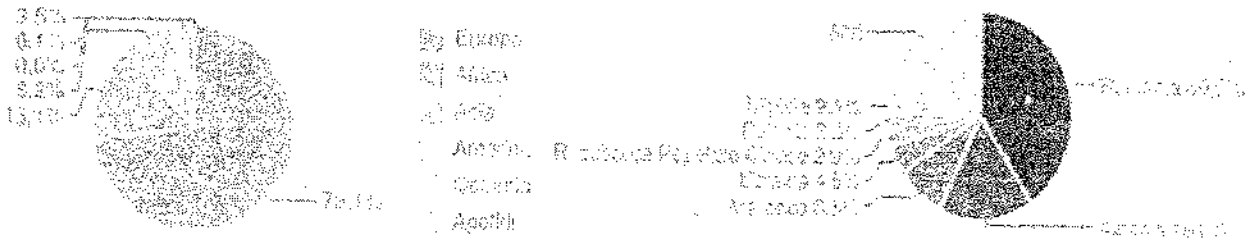


Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2015

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT 1° gennaio 2015 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 40,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio seguita dall'**Albania** (16,6%) e dal **Marocco** (8,5%).



Il mercato del lavoro del frusinate sta vivendo una fase di difficoltà, poiché:

•le forze di lavoro restano costanti negli ultimi anni;

•gli occupati mostrano una rilevante flessione dell'8,1% in quattro anni, di gran lunga superiore a quella delle altre province laziali (-1,5% nella media regionale) e di quella nazionale (-2,6%); il tasso di occupazione è il più basso a livello regionale con il 47,4%, di quasi 10 punti percentuali inferiore al dato regionale (57,4%) e 8 punti rispetto a quello nazionale (55,6%);

•i disoccupati aumentano sensibilmente, con un +106,2% in 4 anni, con tassi di crescita doppi rispetto alla media regionale (+49,0%) e molto più elevati della media nazionale (+60,0%); ne consegue un tasso di disoccupazione di 3 punti percentuali rispetto al Lazio e all'Italia (15,2% contro 12,3% nella regione e 12,2% in Italia);

•il ricorso alla Cassa Integrazione Guadagni è stato altalenante.

	Tasso di attività 15-64 anni						Tasso di occupazione 15-64 anni					
	2009	2010	2011	2012	2013	differenza ('13-'09)	2009	2010	2011	2012	2013	differenza ('13-'09)
Viterbo	61,5	61,1	61,3	61,5	62,7	1,1	54,2	51,6	54,3	53,1	51,8	-1,5
Rieti	61,8	62,4	59,8	62,2	60,4	-1,4	56,8	57,1	54,4	56,0	53,2	-3,6
Roma	67,4	67,5	66,8	67,9	67,1	-0,3	61,3	61,3	61,0	61,0	59,8	-2,5
Latina	60,0	60,6	60,1	61,0	61,9	1,9	53,6	54,2	54,1	53,2	52,0	-1,6
Frosinone	55,0	56,3	55,5	55,8	56,0	1,0	50,9	50,9	50,3	48,6	47,4	-3,5
Lazio	65,0	65,3	64,6	65,7	65,3	0,2	59,4	59,4	59,6	58,6	57,5	-2,4
ITALIA	62,4	62,1	62,2	63,7	63,5	1,1	57,5	56,9	56,9	55,8	55,6	-1,9

Fonte: Elaborazione Istituto Tagliacarne su dati ISTAT

	Forze di lavoro					
	2009	2010	2011	2012	2013	var. % ('13-'09)
Viterbo	129.481	129.981	131.803	132.851	133.647	3,3
Rieti	64.750	65.337	63.610	65.016	64.421	-0,5
Roma	1.844.647	1.873.572	1.860.904	1.897.308	1.894.160	2,7
Latina	225.066	229.124	229.191	238.142	239.537	6,4
Frosinone	185.370	189.729	186.497	189.844	186.004	0,3
Lazio	2.449.263	2.450.293	2.471.805	2.521.261	2.517.775	2,8
ITALIA	24.969.353	24.974.720	25.075.017	25.642.351	25.532.554	2,3

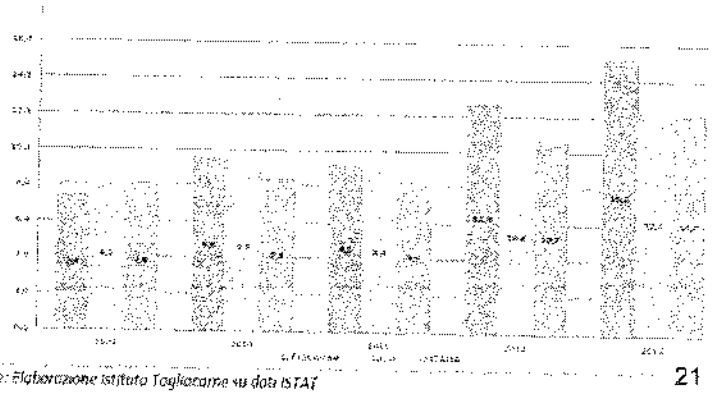
ASL FROSINONE

	2009	2010	2011	2012	2013	var. 2013-2009
Viterbo	324.157	326.222	321.063	315.074	312.756	-3,5
Rieti	56.577	60.645	57.842	59.534	56.632	-4,0
Roma	1.695.120	1.701.120	1.730.153	1.709.612	1.670.706	-0,9
Latina	300.542	304.874	306.625	304.619	293.760	-2,1
Frosinone	271.948	271.707	269.339	261.251	257.582	-5,3
Lazio	2.647.354	2.665.618	2.685.022	2.650.097	2.587.456	-2,3
ITALIA	23.035.963	23.572.620	22.867.242	22.559.736	22.410.357	-2,6

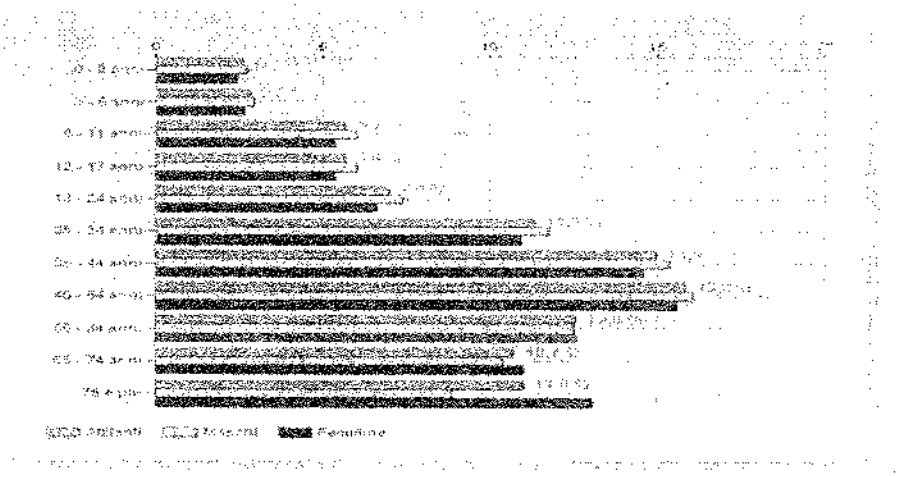
	2009	2010	2011	2012	2013	var. 2013-2009
Viterbo	15.331	18.803	18.743	17.119	20.673	34,8
Rieti	5.877	8.326	9.656	8.482	8.494	44,5
Roma	149.963	170.392	255.046	192.496	224.973	49,9
Latina	24.635	24.248	32.871	35.194	38.257	55,3
Frosinone	19.793	19.602	27.251	23.633	28.912	46,1
Lazio	209.602	241.561	343.567	277.124	320.903	53,1
ITALIA	1.944.859	2.104.564	2.402.754	2.749.617	3.113.611	60,0

Fonte: Elaborazione Istituto Tagliacarne su dati ISTAT

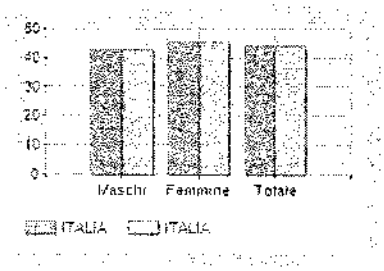
ANDAMENTO DEL TASSO DI DISOCCUPAZIONE IN PROVINCIA DI FROSINONE, LAZIO E ITALIA (2009-2013)

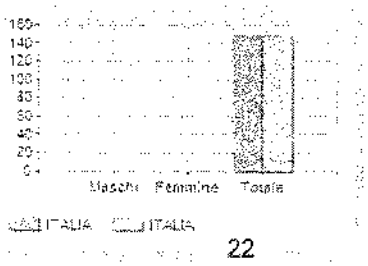


Fonte: Elaborazione Istituto Tagliacarne su dati ISTAT



ETA' MEDIA E INDICE DI VECCHIAIA (Anno 2014)			
	Maschi	Femmine	Totale
Eta' Media (Anni)	42,42	45,32	43,92
Indice di vecchiaia	-	-	147,73





1.3 Le principali criticità riscontrate

Dall'analisi di seguito riportata, la Asl di Frosinone presenta molteplici criticità.
Partendo dalla **valutazione dello stato di salute della popolazione** che rappresenta la mission di ogni istituzione sanitaria, si riscontra una **mortalità per malattie circolatorie piuttosto elevata** . Considerato che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria e che attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale, questo fa si che tale tipologia di mortalità è da annoverare tra i punti di debolezza della Asl di Frosinone. La UOSD Prevenzione Cardiovascolare, prevista dal nuovo Atto Aziendale, è stata proprio concepita in tale ottica e dovrà essere sostenuta e riorganizzata: essa dovrà quindi promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità.
Altro punto estremamente **critico** risulta essere la **mortalità infantile**: infatti la mortalità neonatale totale, la mortalità neonatale precoce e la mortalità nel primo anno di vita risultano essere al di sopra della media regionale e nazionale. In particolare la mortalità neonatale è sicuramente influenzata da cause biologiche legate alla salute della madre, dall'andamento della gestazione e del parto, alla presenza di malformazioni congenite e, per la mortalità nel primo anno di vita, risultano essere importanti anche i fattori ambientali come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre. Sempre nell'area **materno infantile** i tassi di ospedalizzazione in età pediatrica risultano essere elevati: è presumibile che essi siano legati ad un' inappropriatezza dei ricoveri, nonché ad una mancata promozione dell'assistenza territoriale attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie. In entrambi i casi sono decisivi la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria.

A tale fine la Asl di Frosinone si pone come obiettivo la creazione di un nuovo percorso nascita che si prenderà cura della madre e del bambino sin dai primi periodi della gestazione e nei mesi successivi alla nascita. Per la realizzazione di tale percorso, che porterà altresì ad uniformare l'offerta dei servizi su tutto il territorio provinciale che oggi risulta essere estremamente variegata, sarà necessario sia investire in nuove risorse umane e materiali sia procedere ad una riorganizzazione dei servizi consultoriali che attualmente sono estremamente frammentati e poco funzionali (per approfondimenti si veda parte B, politica B).

Molto importante risulta poi essere la **valutazione socio-sanitaria**: le maggiori **criticità** vengono riscontrate nel **governo della domanda**, **nell'appropriatezza medica e chirurgica**, nella prevenzione e assistenza delle **patologie croniche**, **nell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica**. Aree **borderline** risultano essere la **salute mentale** e dipendenze e la **prescrizione diagnostica**.

Nell'area del **governo della domanda** i tassi di ospedalizzazione risultano essere particolarmente elevati e ciò dimostra che si fa ricorso spesso all'ospedale anche nei casi in cui i problemi di salute potrebbero essere risolti con cure erogate dalle strutture territoriali. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante determina un utilizzo inappropriato delle risorse ed indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.
L'ospedale non può essere sostitutivo di altre più efficaci e meno onerose soluzioni assistenziali che il Territorio, ossia distretti e medicina di base, possono fornire. La Asl di Frosinone presenta un'importante criticità: infatti il tasso di ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni risulta essere piuttosto elevato e al di sopra della media regionale e, contemporaneamente, la percentuale di ricoveri ordinari chirurgici nelle Unità Operative di area chirurgica risulta essere molto al di sotto della media regionale e questo depone per un inappropriato utilizzo delle strutture ospedaliere a prevalente attività chirurgica.

Questo fenomeno è riscontrato anche dal valore dell'indice di case mix: tal indice misura la complessità della casistica (peso DRG specifico) di una struttura ospedaliera per acuti rispetto ad uno standard di riferimento (in questo caso il peso medio nazionale). Per l'Azienda Asl di Frosinone l'indice risulta essere pari a 0,75, laddove un ICM minore di 1 indica che l'erogato della struttura è meno complesso rispetto allo standard.

L'appropriatezza chirurgica (ossia quando le prestazioni specialistiche sono erogate con le giuste tempistiche ed utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici) è anch'essa rilevata tra le **criticità** della Asl di Frosinone: infatti la percentuale dei DRG medici dimessi da reparti chirurgici senza che il paziente sia stato sottoposto ad alcun intervento risulta essere elevato sia per i ricoveri ordinari che per i Day Hospital. Poiché il costo di un posto letto in un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è necessario ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali ricoveri. Lo stesso spreco di risorse si ravvisa analizzando la percentuale dei ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici che è di gran lunga inferiore alla media nazionale: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente, così come definito dal Patto per la salute, può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute, anziché essere trattenuto in ricovero ordinario, aumentando inutilmente il costo per l'azienda.

Anche **l'appropriatezza medica** (che si ha quando le prestazioni sono erogate con le giuste tempistiche e secondo standard clinici riconosciuti e condivisi) presenta **risultati negativi**: infatti i tassi di ospedalizzazione per i LEA medici, i ricoveri medici con finalità diagnostica, i ricoveri medici brevi o troppo lunghi, gli accessi in day hospital risultano essere troppo elevati evidenziando un'inappropriatezza della varie strutture nell'erogazione delle prestazioni mediche. Anche la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni risulta essere oltre la media nazionale: l'indicatore identifica i ricoveri acuti medici con un durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico e una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione.

L'assistenza per patologie croniche (scompenso, diabete e BPCO) nella Asl di Frosinone risulta essere **non troppo efficace**: ciò è espressione dell'inadeguatezza nella "presa in carico" e del servizio. Per quanto riguarda lo scompenso, va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei casi trattati e dall'invecchiamento della popolazione. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano però strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute.

In tale ottica, al fine di migliorare i tassi di ospedalizzazione soprattutto relativi alle malattie croniche e l'appropriatezza medica e chirurgica, la Direzione strategica prevede da un lato l'**organizzazione di percorsi specifici per pazienti cronici** e la riorganizzazione delle **Rete Chirurgica aziendale**.

L'esperienza della Casa della Salute di Pontecorvo sta dimostrando una migliore presa in carico del paziente cronico con miglioramento del suo stato di salute ed un costo inferiore dello stesso nel lungo periodo. Si dovrà quindi procedere alla realizzazione delle due nuove Case della Salute (Ferentino e Ceccano-Ceprano) nonché, viste le criticità riscontrate in campo diabetologico, alla istituzione di un nuovo Centro per pazienti diabetici che sia di riferimento per l'intera popolazione residente nella Asl di Frosinone (per approfondimenti si veda la riorganizzazione dei percorsi per pazienti cronici, parte B, politica B).

La realizzazione delle Rete Chirurgica aziendale prevede invece l'istituzione di un centro di riferimento con funzione di Hub collegato con gli altri centri Spoke, sempre nella piena sicurezza e garanzia del paziente. Nell' Hub, che si identifica con il Presidio di Frosinone, maggiormente attrezzato dal punto di vista tecnologico, verranno concentrate le procedure chirurgiche più complesse, mentre negli spoke ci si occuperà degli interventi di medio-bassa complessità assistenziale. Si prevede altresì la creazione di un centro specializzato di day-surgery, mentre l'attività di chirurgia ambulatoriale (APA) verrà svolta presso le Case della Salute, fornendo un servizio più capillare.

Tale riorganizzazione permetterà da un lato l'abbattimento delle liste di attesa che per la Asl di Frosinone rappresenta uno dei principali motivi della fuga dei pazienti verso altre strutture, riducendo così la mobilità passiva, e dall'altro di offrire una maggiore specializzazione dei chirurghi con conseguente maggiore sicurezza per i pazienti trattati. Per la realizzazione di tale rete sarà necessaria sia una riorganizzazione delle risorse interne sia un investimento in nuove risorse umane, strutturali e tecnologiche (per ulteriori approfondimenti si veda la riorganizzazione della rete chirurgica, parte B, politica B).

Altra **criticità** risulta essere **l'appropriatezza prescrittiva farmaceutica**: questa si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. La prescrizione del medico dovrebbe quindi coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario. Per la Asl di Frosinone si hanno valori negativi in tale ambito: l'analisi dell'appropriatezza prescrittiva ci permette di monitorare il corretto impiego dei farmaci e non soltanto l'ammontare della spesa. Per raggiungere tale appropriatezza sarà necessario prevedere nel territorio degli interventi formativi rivolti ai medici prescrittori (per approfondimenti si veda la parte relativa alla spesa farmaceutica e la spesa protesica, parte B, politica C).

Per quanto concerne la **valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali**, la Asl di Frosinone presenta **gravi criticità** per i **programmi di screening** e **risultati discreti** per i **programmi di vaccinazione e il controllo delle malattie infettive**.

La Asl di Frosinone infatti non ha raggiunto lo standard in nessuno degli indicatori dei programmi di screening oncologici (recepimento DCA 191/2015) previsti per la mammella, la cervice uterina e il colon-retto, anzi risultano essere nettamente inferiori allo standard.

In particolare lo screening per la mammella è stato implementato notevolmente nell'anno 2015 in seguito ad un progetto incentivante predisposto dalla Direzione Strategica; i progetti di screening per la cervice uterina ed il colon retto sono invece iniziati solo a partire dal 2014, ma ad oggi i risultati prodotti sono stati molto soddisfacenti. Si dovrà quindi prevedere un'implementazione del servizio di screening con la previsione di importanti risorse economiche al fine di poter raggiungere gli standard regionali previsti dal DCA 191/2015 e soprattutto al fine di migliorare la salute dei cittadini in quanto la prevenzione e la diagnosi precoce possono fare la differenza in questa tipologia di malattie (per approfondimenti sui programmi di screening oncologici si veda parte B, politica A).

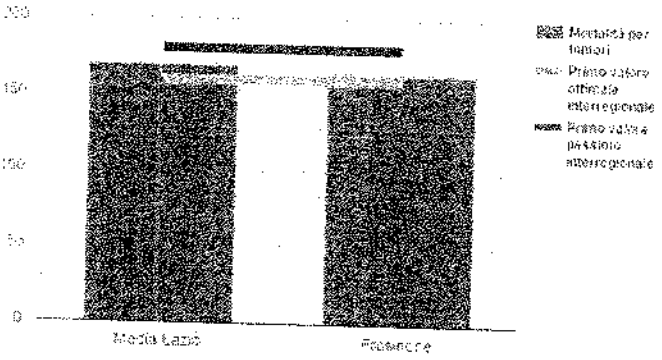
Altro ambito **borderline** risulta essere **l'appropriatezza diagnostica**. Si procederà quindi con la riorganizzazione della rete radiologica con l'obiettivo sia di ridurre le liste di attesa per esami diagnostici e la relativa mobilità passiva, sia di migliorare l'appropriatezza prevedendo interventi a livello territoriale sui medici prescrittori (per approfondimenti sulla riorganizzazione della rete radiologica si veda parte B, politica B).

2. VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

ASL
FROSINONE

Mortalità tumori

Le patologie oncologiche sono diventate un elemento rilevante per quanto riguarda lo stato di salute delle moderne società, sono, infatti, la seconda causa di morte (30% di tutti i decessi), dopo le malattie cardiovascolari (39% di tutti i decessi) (Rapporto Osservasalute 2012). Nel 2014 i cittadini italiani che, nel corso della vita, hanno ricevuto una diagnosi di tumore sono circa 2 milioni e 900 mila ("I numeri del cancro in Italia 2014", AIOM-AIRTUM). Per quanto riguarda la mortalità, i dati relativi agli ultimi anni hanno mostrato una riduzione in tutte le aree del Paese, sebbene più marcata nel Centro-Nord rispetto al Sud, nel periodo 1996-2014 la mortalità diminuisce del 18% fra gli uomini e del 10% fra le donne: ciò è da imputarsi prevalentemente al miglioramento dell'efficacia delle terapie e alla maggiore tempestività nella diagnosi, grazie anche ai programmi di screening ormai diffusi (www.epicentro.iss.it). Anche questo indicatore è stato inserito nel sistema di valutazione al fine di descrivere lo stato di salute della popolazione, il cui miglioramento rappresenta comunque lo sfondo dell'azione delle istituzioni sanitarie.
Nella Asl di Frosinone la **mortalità per tumori** al contrario presenta **un valore più che buono** da imputarsi sia al miglioramento dell'efficacia delle terapie che alla maggiore tempestività nella diagnosi, nonostante i problemi riscontrati nelle campagne di screening.



Fonte:

Definizione

tasso di mortalità per tumori

Numeratore

N. deceduti per tumore per 100.000 residenti

Denominatore

N. totale residenti

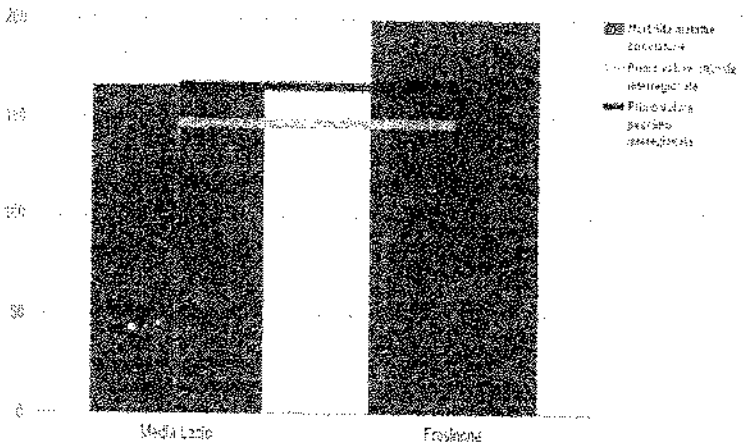
	Mortalità per tumori	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	163,72	159,48	180,01
Frosinone	163,21	159,48	180,01

ASL FROSINONE

Gli indicatori presenti in questa sezione sono finalizzati a valutare in maniera idonea lo stato di salute della popolazione il cui miglioramento rappresenta la Mission delle istituzioni sanitarie. In particolare l'azione della ASL di Frosinone è indirizzata ad un popolazione che sembra essere sempre più anziana, ma cionostante alcuni aspetti della Salute sembrano migliorare. Alcuni dati infatti dimostrano il buon andamento di alcune specifiche situazioni.

Mortalità per malattie circolatorie

Considerato che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria e che attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale, questo fa si che tale tipologia di mortalità è da annoverare tra i **punti di debolezza della Asl di Frosinone**. Si dovrà quindi promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità. In particolare questo indicatore offre informazioni utili ai fini della conoscenza del territorio e dei suoi bisogni di salute affinché l'azienda sanitaria possa riprogrammare l'attività di prevenzione e di presa in carico del cittadino utente.



Definiziona

Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio

Numeratore

N. deceduti per malattie del sistema circolatorio per 100.000 residenti

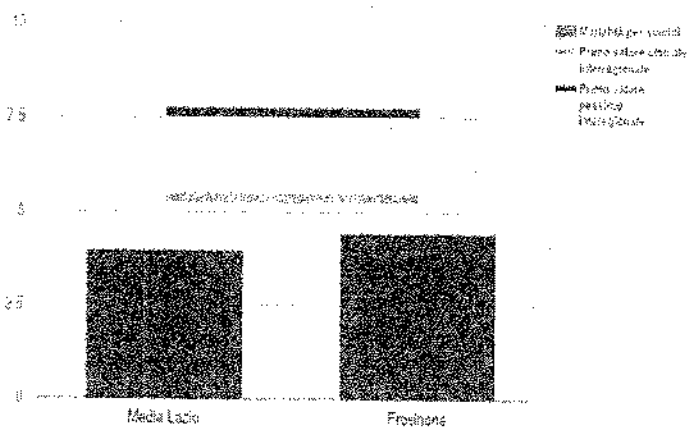
Denominatore

N. totale residenti

	Mortalità malattie circolatorie	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	166,65	146,66	165,52
Frosinone	199,97	146,66	165,52

Mortalità suicidi

La mortalità per suicidi non è ancora considerata, in molti Paesi, un problema di salute pubblica, nonostante i numeri suggeriscano il contrario. Dal primo rapporto mondiale sulla prevenzione del suicidio, pubblicato nel settembre 2014 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), risulta che ogni anno 800mila persone si tolgono la vita. Circa il 75% dei suicidi si verifica in Paesi a basso e medio reddito, ma anche quelli ad alto reddito, dove l'incidenza negli uomini è tripla rispetto a quella delle donne, si trovano a fronteggiare il problema. Il suicidio è la seconda causa di morte nelle persone con età compresa tra i 15 e i 29 anni, oltre i 70 anni aumentano le probabilità di togliersi la vita. Il tasso di suicidi nelle diverse parti del mondo è molto variabile e dipende da fattori culturali e sociali. Nel 2012, in Italia i casi di suicidio sono stati 3.908 (www.who.int) con il tasso che tende a crescere all'aumentare dell'età. Come gli altri indicatori relativi alla salute della popolazione, anche il tasso di mortalità per suicidio non vuole essere una valutazione diretta dell'operato delle Aziende Sanitarie, ma intende fornire elementi descrittivi per la fase di definizione delle priorità per la nuova programmazione.
Anche la mortalità per suicidi nella Asl di Frosinone presenta un valore leggermente più alto della media regionale.



Fonte: [illegible]

Definizione

Tasso di mortalità per suicidio

Numeratore

N. deceduti per suicidio per 100.000 residenti

Denominatore

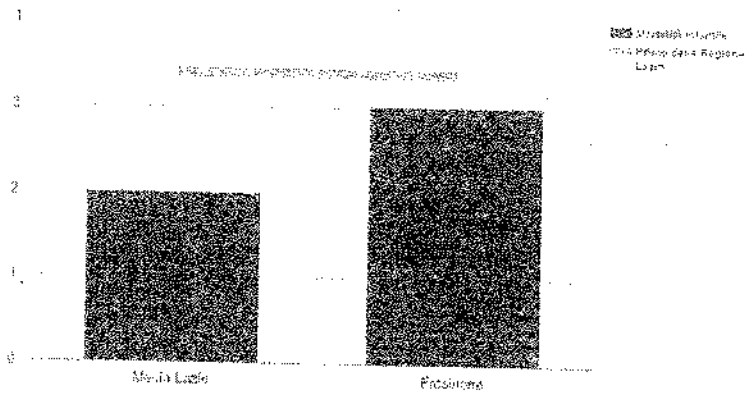
N. totale residenti

	Mortalità per suicidi	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	4	5,37	7,64
Frosinone	4,44	5,37	7,64

ASL FROSINONE

Mortalità infantile

Altro punto estremamente **critico** per la Asl di Frosinone risulta essere la **mortalità infantile**: infatti la mortalità neonatale totale, la mortalità neonatale precoce e la mortalità nel primo anno di vita risultano essere al di sopra della media regionale e nazionale. In particolare la mortalità neonatale è sicuramente influenzata da cause biologiche legate alla salute della madre, dall'andamento della gestazione e del parto, alla presenza di malformazioni congenite e, per la mortalità nel primo anno di vita, risultano essere importanti anche i fattori ambientali come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre. In entrambi i casi sono decisivi la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria sulla quale dovranno puntare le istituzioni sanitarie locali.



Definizione

Tasso di mortalità nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi

Numeratore

N. deceduti nei primi 28 giorni di vita per 1.000 nati vivi

Denominatore

N. nati vivi residenti

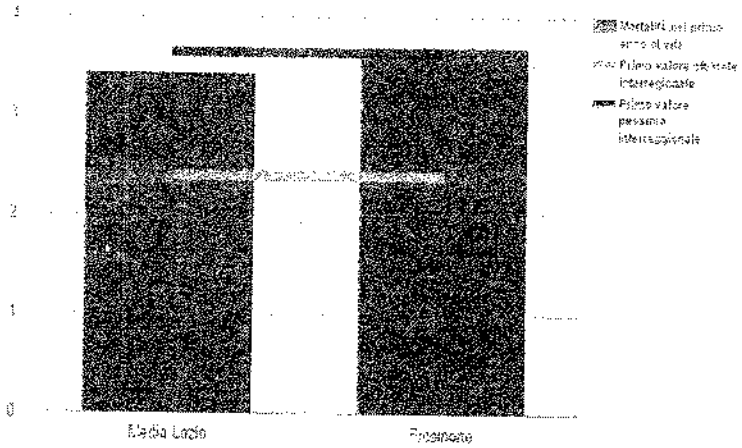
	Mortalità neonatale totale	Primo della Regione Lazio
Frosinone	3,02	3,4
Media Lazio	2,54	3,4

Fonte:

ASL FROSINONE

Mortalità nel primo anno di vita

Sul rischio di mortalità nel corso del primo anno di vita sono determinanti sia la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria che l'incidenza di fattori ambientali, come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre.



Definizione

Tasso di mortalità nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi

Numeratore

N. deceduti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi

Denominatore

N. nati vivi residenti

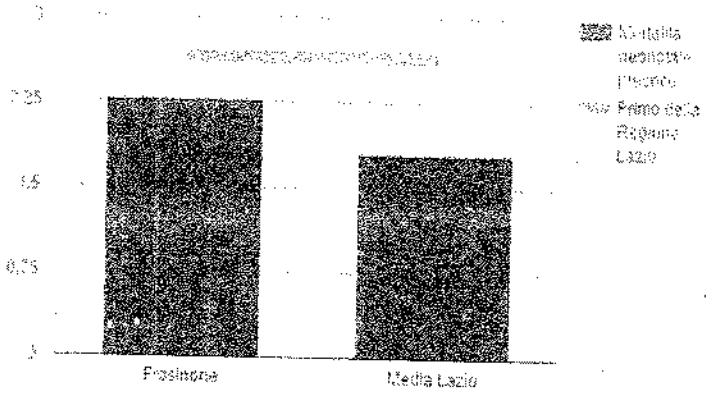
	Mortalità nel primo anno di vita	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	3,43	2,39	3,63
Frosinone	3,69	2,39	3,63

Fonte: mrs

ASL FROSINONE

Mortalità neonatale precoce

Sulla mortalità neonatale precoce (dalla nascita fino al 6° giorno di vita) oltre alle malformazioni o deficienze fetali incide sensibilmente il peso delle complicazioni legate al parto.



Definizione

Tasso di mortalità nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi

Numeratore

N. deceduti nei primi 6 giorni di vita per 1.000 nati vivi

Denominatore

N. nati vivi residenti

	Mortalità neonatale precoce	Primo della Regione Lazio
Frosinone	2,27	2,65
Media Lazio	1,8	2,65

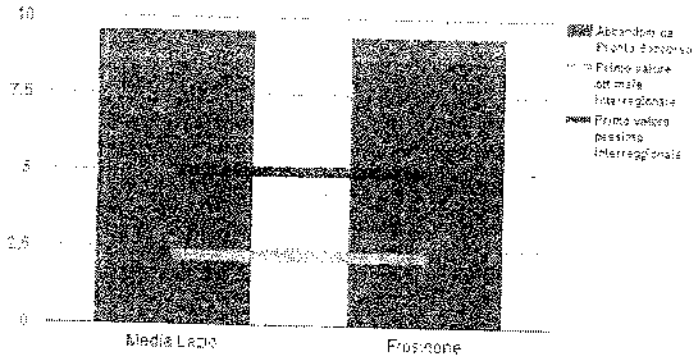
Fonte:

3. VALUTAZIONE ESTERNA

ASL
FROSINONE

Abbandoni da Pronto Soccorso

L'indicatore fornisce indicazioni sull'attivazione di una "sorveglianza" da parte degli operatori del Pronto Soccorso e sulla realizzazione di opportune procedure di formalizzazione per la rinuncia alla prestazione affinché gli allontanamenti spontanei dei pazienti non superino una determinata soglia rispetto agli accessi in Pronto Soccorso.
L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage), senza darne preavviso al personale.
Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica.



Definizione

Percentuale di accessi che si concludono con un allontanamento spontaneo del paziente dal Pronto Soccorso dopo il triage senza informare il personale

Numeratore

N. abbandoni x 100

Denominatore

N accessi al PS

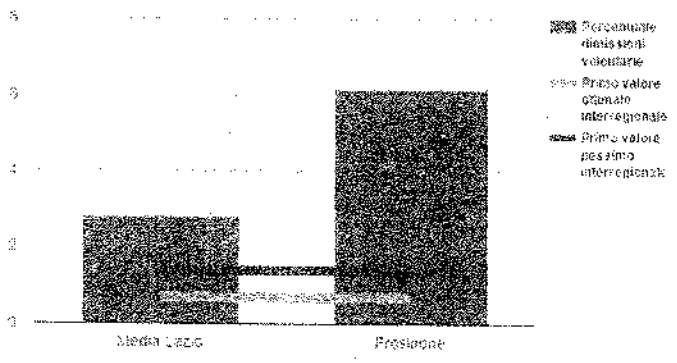
	Abbandoni da Pronto Soccorso	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	9,62	2,25	5
Frosinone	9,41	2,25	5

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Percentuale dimissioni volontarie

L'articolo 14 del DPR n.128 del 27 marzo 1969 disciplina la procedura che i sanitari devono seguire nella dimissione del paziente e, al tempo stesso, prevede la possibilità per il paziente, o un suo legale rappresentante, di richiedere la dimissione "nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile" e "previo rilascio di dichiarazione scritta". Ad eccezione dei casi in cui l'esercizio di questo diritto è limitato dalla legge (ex Art. 5 c.c., Art. 54 c.p., e in caso di trattamento sanitario obbligatorio), il paziente può, dunque, scegliere di "abbandonare" la struttura; le ragioni che lo inducono a farlo possono essere molteplici. Partendo dall'assunto che una di queste ragioni possa essere la percezione negativa della qualità del servizio, nell'ambito di uno studio sulle determinanti della variabilità della soddisfazione dei pazienti ospedalieri toscani [Murante A.M. et al., 2013] è stato osservato che negli ospedali in cui la percentuale di dimissioni volontarie è più alta, la valutazione del servizio da parte dell'assistito è più bassa. L'indicatore monitora, appunto, la percentuale di dimissioni volontarie per azienda sanitaria. L'indicatore è stato inserito nella dimensione dedicata alla valutazione dei cittadini poiché si assume che il fenomeno possa considerarsi una proxy della soddisfazione del paziente.



Fonte:

Definizione

Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero

Numeratore

Numero di dimissioni volontarie x 100

Denominatore

Numero di ricoveri

	Percentuale dimissioni volontarie	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	2,79	0,69	1,4
Frosinone	6,16	0,69	1,4

34

ASL FROSINONE

4. VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

4.1 Capacità di governo della domanda
4.2 Appropriatezza chirurgica
4.3 Appropriatezza medica
4.4 Area Materno Infantile
4.5 Assistenza patologie croniche
4.6 Salute mentale
4.7 Appropriatezza prescrittiva farmaceutica e diagnostica

4.1 Capacità di governo della domanda

La ASL di Frosinone presenta nel suo insieme una **criticità nel governo della domanda**: infatti i tassi di ospedalizzazione risultano essere particolarmente elevati e ciò dimostra che si fa ricorso spesso all'ospedale anche nei casi in cui i problemi di salute potrebbero essere risolti con cure erogate dalle strutture territoriali.(per approfondimenti si veda parte B politica B del Piano Strategico)

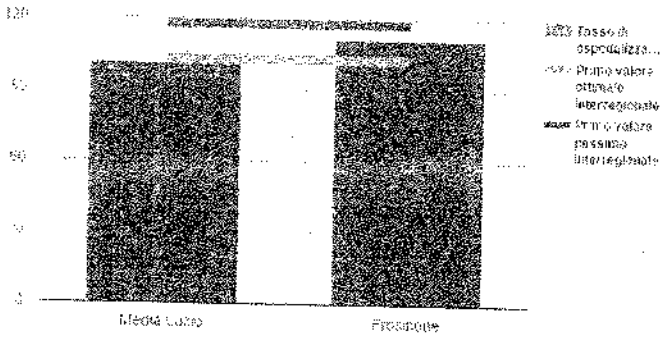
Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante determina un utilizzo inappropriato delle risorse ed indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

L'ospedale non può essere sostitutivo di altre più efficaci e meno onerose soluzioni assistenziali che il Territorio, ossia distretti e medicina di base, possono fornire. Al contrario la Asl di Frosinone presenta un'importante criticità: infatti il Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti risulta essere piuttosto elevato e al di sopra della media regionale e, contemporaneamente, la percentuale di ricoveri ordinari chirurgici risulta essere molto al di sotto della media regionale e questo rileva l'inappropriato utilizzo delle strutture ospedaliere a prevalente attività chirurgica.

Questo fenomeno è riscontrato anche dal valore dell'indice di case mix: tal indice misura la complessità della casistica (peso DRG specifico) di una struttura ospedaliera per acuti rispetto ad uno standard di riferimento (in questo caso il peso medio nazionale). Per l'Azienda Asl di Frosinone questo risulta essere pari a 0,75 e un ICM minore di 1 indica che l'erogato della struttura è meno complesso rispetto allo standard.

Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

La fisionomia dell'ospedale è mutata: da luogo di riferimento per qualsiasi problema di natura sanitaria e socio-sanitaria, ad organizzazione ad alto livello tecnologico, in grado di fornire risposte assistenziali a problemi acuti. Un ricorso al ricovero ospedaliero più intensivo di quello realmente necessario determina un utilizzo inappropriato delle risorse.



Fonte: [illegible]

Definizione

Tasso di ospedalizzazione per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e sesso per 1.000 residenti

Numeratore

Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

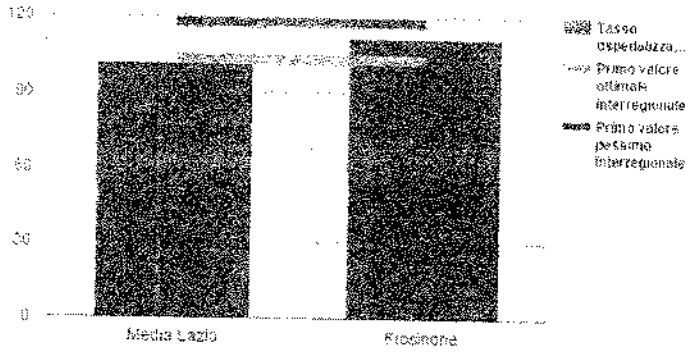
Numero residenti

	Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	101,2	102,8	117,7
Frosinone	111,28	102,8	117,7

ASL FROSINONE

Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedale rappresenta una risposta adeguata ai bisogni di media e alta complessità di carattere acuto, in cui sono fondamentali la tempestività della risposta e la disponibilità di attrezzature adeguate. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.



Definizione
Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti

Numeratore
Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000

Denominatore
Numero residenti

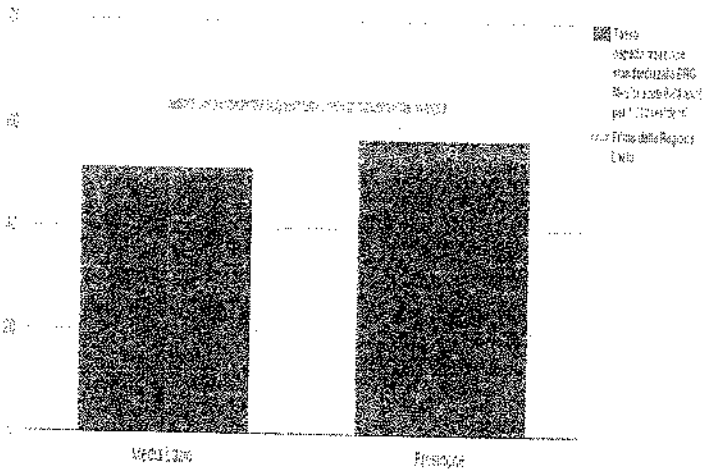
	Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	101,2	102,987	117,679
Frosinone	111,28	102,987	117,679

Fonte:

ASL FROSINONE

Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti

L'ospedale non può essere sostitutivo di altre più efficaci e meno onerose soluzioni assistenziali che il Territorio, ossia distretti e medicina di base, possono fornire. Viene considerata la popolazione inferiore ai 64 anni poiché, oltre tale età, è più frequente il verificarsi di patologie croniche e cresce il bisogno di cura, per cui è più probabile che il ricovero sia necessario.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per azienda di residenza, standardizzato per età e per sesso DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti

Numeratore

Numero di ricoveri DRG medici relativi ai residenti 0-64 anni x 1.000

Denominatore

Numero residenti 0-64 anni

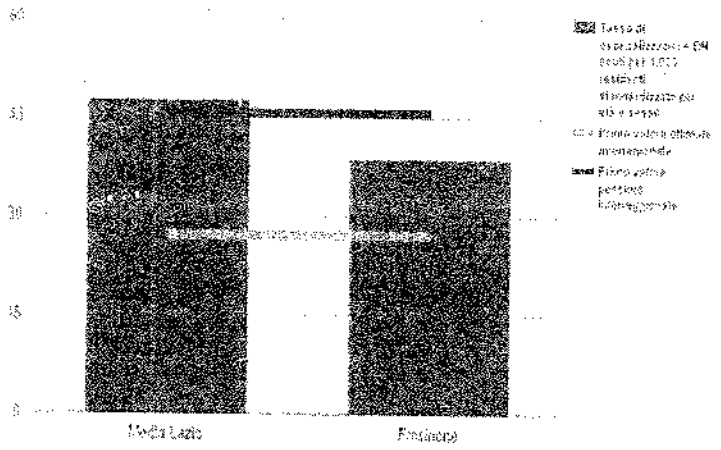
	Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	57,38	63,68
Media Lazio	51,9	63,68

Fonte:

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Le politiche di riorganizzazione della rete ospedaliera degli ultimi anni hanno inciso sulla diminuzione delle attività di ricovero ordinario, sia mediche che chirurgiche, che sono state in buona parte riconvertite in modalità di degenza diurna (Day-hospital e Day-surgery) e compensate da un parallelo incremento delle prestazioni ambulatoriali. I ricoveri in One Day Surgery, che prevedono un solo pernottamento, sono considerati come prestazioni in regime ordinario.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti

Numeratore

Numero di ricoveri in Day Hospital relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

Numero residenti

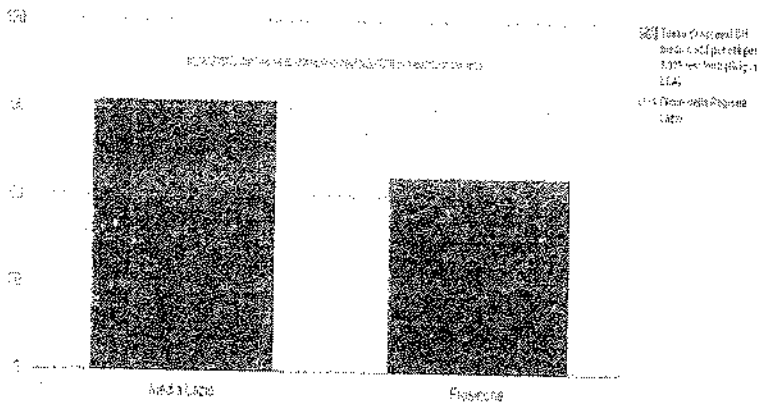
	Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	47,7	27,19	45,65
Frosinone	38,91	27,19	45,65

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Tasso di accessi DH medico std per età per 1.000 residenti (Griglia LEA)

L'indicatore, ricompreso nella Griglia LEA, è uno strumento per monitorare l'appropriatezza del ricorso al ricovero in regime di Day Hospital.



Definizione

Tasso di accessi di tipo medico standardizzato per età per 1.000 residenti (Griglia LEA)

Numeratore

N. di giornate di degenza per acuti in day Hospital x 1.000

Denominatore

N. di residenti

	Tasso di accessi DH medico std per età per 1.000 residenti (Griglia LEA)	Primo della Regione Lazio
Frosinone	67,19	105,67
Media Lazio	92,6	105,67

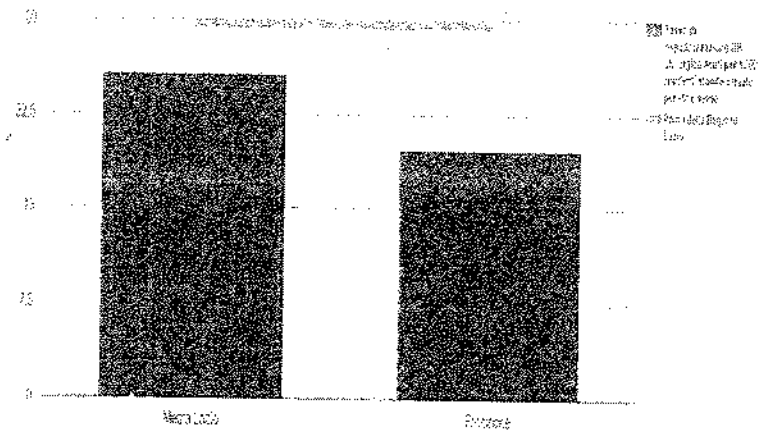
Fonte: [illegible]

H1

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

L'ospedalizzazione per ricoveri in regime di Day-hospital viene, in questo caso, calcolata prendendo in esame solamente i ricoveri chirurgici acuti, per verificare i cambiamenti avvenuti in questo ambito di ricovero. I ricoveri in One Day Surgery, che prevedono un solo pernottamento, sono considerati come prestazioni in regime ordinario.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital chirurgico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti

Numeratore

Numero di ricoveri in Day Hospital chirurgico relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

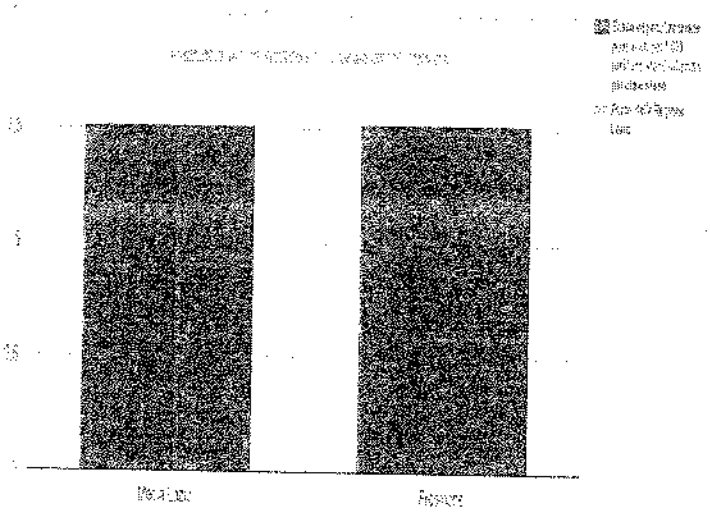
Numero residenti

	Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	Primo della Regione Lazio
Frosinone	19,64	29,68
Media Lazio	25,7	29,68

Fonte:

Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di ospedalizzazione per post-acuti viene inserito nel Sistema di Valutazione come ultima determinante del tasso di ospedalizzazione globale, permettendone una lettura più dettagliata. Il valore di tale indicatore è in relazione al numero di strutture ospedaliere, pubbliche e private accreditate, e dei relativi posti letto presenti sul territorio di ciascuna azienda.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per post acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso

Numeratore

N. ricoveri per post acuti relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

N. residenti

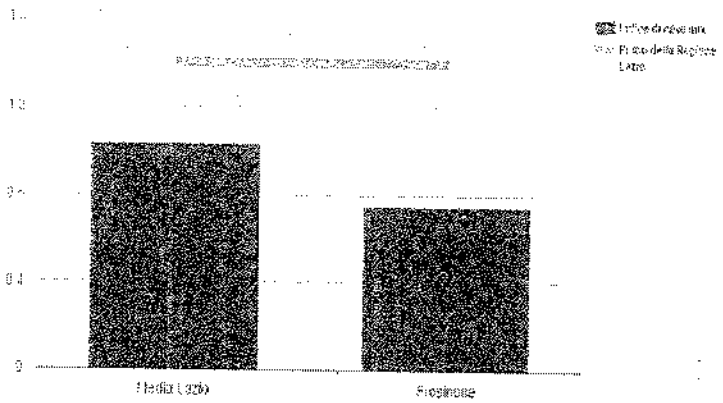
	Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso	Primo della Regione Lazio
Frosinone	7,61	9,08
Media Lazio	7,59	9,08

Fonte:

ASL FROSINONE

Indice di case mix

L'indice di Case Mix misura la complessità della casistica (peso DRG specifico) di una struttura ospedaliera per acuti rispetto ad uno standard di riferimento (in questo caso il peso medio nazionale). Un ICM minore di 1 indica che l'erogato della struttura è meno complesso rispetto allo standard; un ICM superiore ad 1 indica, invece che la struttura eroga prestazioni più complesse rispetto al riferimento.



Definizione

Indice di case mix

Numeratore

[∑(numero di dimissioni per DRG per azienda*Peso DRG)]/∑numero di dimissioni per azienda

Denominatore

Peso medio DRG nazionale (1.15)

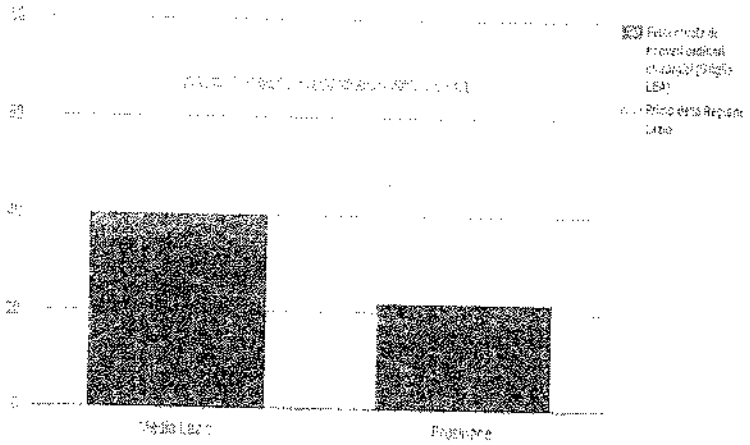
	Indice di case mix	Primo della Regione Lazio
Frosinone	0,75	1,4
Media Lazio	1,033	1,4

Fonte:

ASL
FROSINONE

Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA)

L'indicatore vuole monitorare l'appropriato utilizzo delle strutture ospedaliere a prevalente attività chirurgica. E' un indicatore previsto dalla Griglia LEA.



Definizione

Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari

Numeratore

N. ricoveri ordinari con DRG chirurgico x 100

Denominatore

N. di ricoveri ordinari

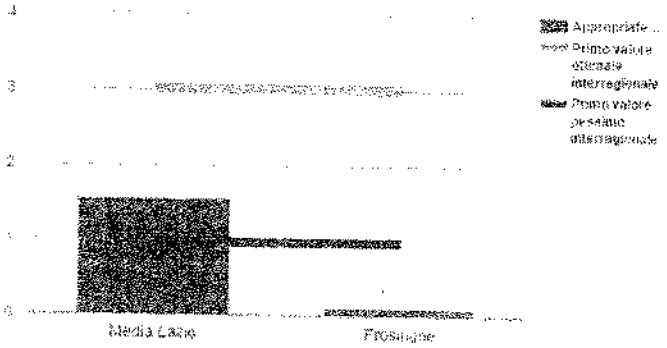
	Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA)	Primo della Regione Lazio
Frosinone	22,31	66,88
Media Lazio	40,08	66,88

Fonte:

4.2 Appropriatezza chirurgica

Si parla di appropriatezza chirurgica quando le prestazioni specialistiche sono erogate con le giuste tempistiche ed utilizzando tecniche e modalità clinicamente consolidate, in modo da rispondere efficacemente ai bisogni del paziente, ottimizzando il rapporto tra costi, rischi e benefici.

La Asl di Frosinone riporta anche in questo caso un'area di criticità; infatti l'indicatore % DRG medici dimessi da reparti chirurgici risulta essere elevato sia per i ricoveri ordinari che per i Day Hospital e questo rileva un elevato grado di inappropriatezza organizzativa risultante dalla dimissione da un reparto chirurgico di un paziente con DRG medico, senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo di un posto letto in un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è necessario ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali ricoveri. Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. La Asl di Frosione risulta essere inadempiente anche in questo caso poiché la percentuale dei ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici risulta essere di gran lunga inferiore alla media nazionale.(per approfondimenti si veda parte B politica B del Piano Strategico, focus sulla riorganizzazione delle Rete Chirurgica)

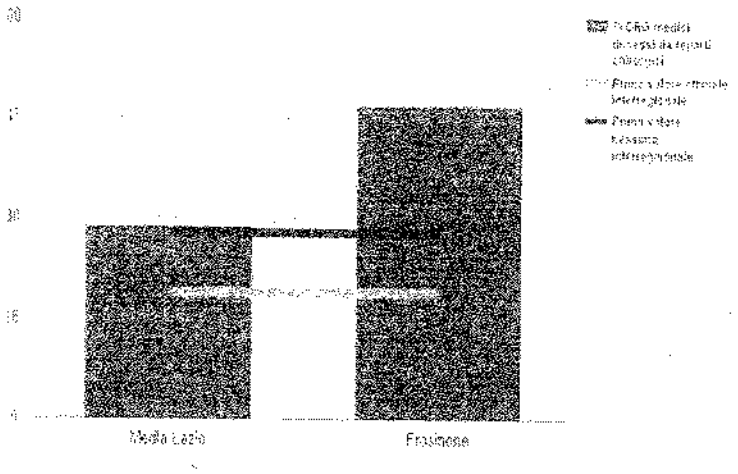


	Appropriatezza chirugica	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	1,55	3,01	0,98
Frosinone	0,11	3,01	0,98

Fonte:

% DRG medici dimessi da reparti chirurgici

L'indicatore rileva il grado di inappropriatezza organizzativa risultante dalla dimissione da un reparto chirurgico di un paziente con DRG medico, senza che lo stesso sia stato sottoposto ad alcun intervento. Poiché il costo di un posto letto in un reparto chirurgico è assai superiore a quello di un reparto medico, è necessario ricercare soluzioni organizzative che limitino il più possibile tali ricoveri. Secondo le stime di riferimento, la percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici, tendenzialmente, non dovrebbe superare il 20%.
L'indicatore prevede due sottoindicatori rispettivamente relativi ai ricoveri ordinari ed ai ricoveri in day hospital. L'approfondimento disgiunto è dovuto al fatto che, all'interno di ogni azienda, il dato sull'inappropriatezza ha andamenti molto diversi tra i due regimi di ricovero, senza che sia stata rilevata alcuna evidente correlazione; dunque, per disporre di una fotografia più precisa, i due fenomeni sono stati analizzati singolarmente.



Definizione

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

Numeratore

N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100

Denominatore

N. di dimessi da reparti chirurgici

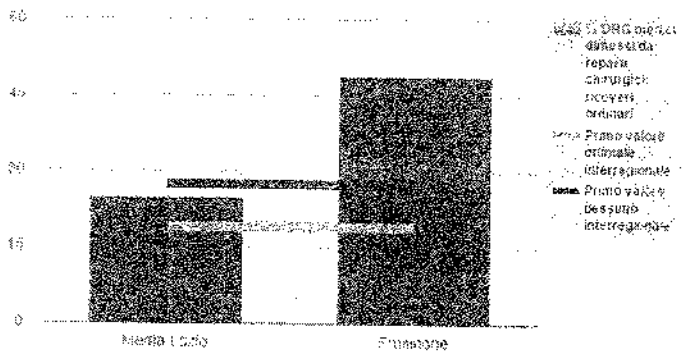
	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	28,979	18,894	27,854
Frosinone	47,02	18,894	27,854

Fonte:

ASL FROSINONE

% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari

L'indicatore misura la quota di ricoveri ordinari con DRG medico (compresa la One Day Surgery) effettuati nelle discipline di chirurgia. Tali ricoveri, non essendo caratterizzati da interventi chirurgici maggiori, avrebbero potuto essere più appropriatamente trattati in discipline non chirurgiche.



Definizione
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici
Numeratore
N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici x 100
Denominatore
N. di dimessi da reparti chirurgici

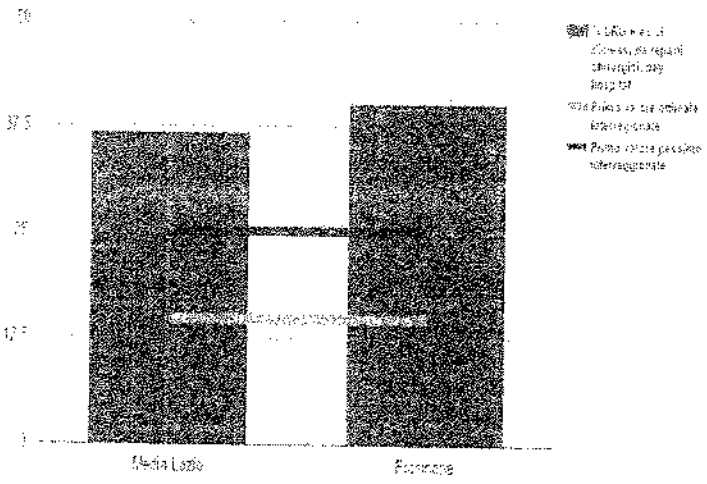
	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: ricoveri ordinari	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	24,742	18,932	27,298
Frosinone	48,68	18,932	27,298

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital

L'indicatore C4.1, oltre che per gli ordinari, viene calcolato anche per i ricoveri in Day Hospital in quanto si evidenziano andamenti molto diversi fra i due regimi di ricovero, senza che sia stata rilevata alcuna evidente correlazione.



Definizione
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
Numeratore
N. di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici per i Day Hospital
Denominatore
N. di dimessi da reparti chirurgici per i Day Hospital

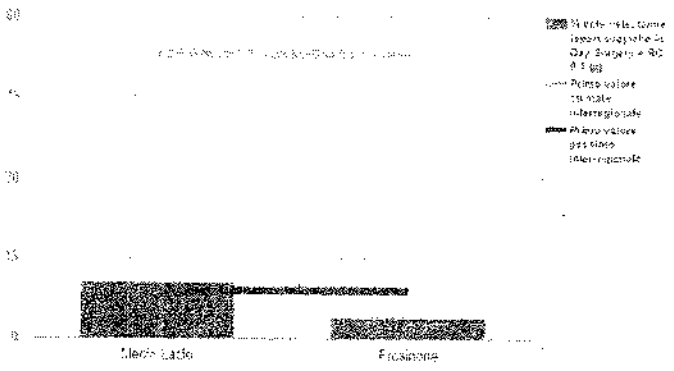
	% DRG medici dimessi da reparti chirurgici: day hospital	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	36,951	14,748	25,137
Frosinone	40,38	14,748	25,137

Fonte:

ASL FROSINONE

% colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg

In molti paesi europei e negli Stati Uniti, il paziente sottoposto a colecistectomia laparoscopica normalmente torna a casa in giornata o al massimo entro il giorno seguente. A livello internazionale lo standard di appropriatezza è stato definito all'80%, perché in alcuni casi particolari è necessario che il paziente venga monitorato più a lungo. Al fine di garantire la massima precisione del dato, l'analisi è stata ristretta ai soli interventi programmati, così da escludere le eventuali complicanze legate ad un ricovero in urgenza.(Calland et al 2001; Litwin, Mitchell 2008; National Institutes of Health 1992; Shea et al 1998; The Southern Surgeons Club 1991; Vaughan et al 2013).



Fonte: [illegible]

Definizione

Percentuale di colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno

Numeratore

N. colecistectomie laparoscopiche effettuate in Day-Surgery e ricovero ordinario 0-1 giorno x 100

Denominatore

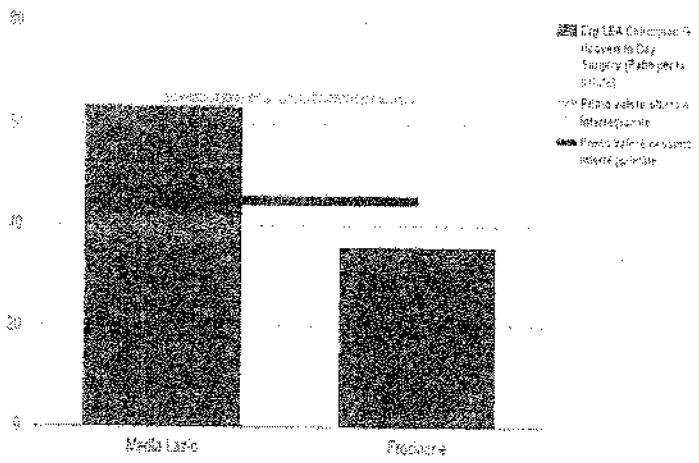
N. colecistectomie laparoscopiche

	% colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	10,633	53,03	9,045
Frosinone	4,08	53,03	9,045

ASL
FROSINONE

Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)

Il Patto per la Salute definisce alcune prestazioni chirurgiche che dovrebbero essere erogate in Day-Surgery anziché in ricovero ordinario: si tratta di interventi chirurgici per i quali il paziente può essere dimesso in giornata, senza che sia compromesso il suo stato di salute. Un ricovero più lungo risulta, quindi, inappropriato e si traduce in uno spreco di risorse. L'indicatore mette in evidenza il comportamento delle varie aziende/strutture rispetto a tali indicazioni.



Fonte: [illegible]

Definizione

Percentuale di ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici

Numeratore

N. ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici x 100

Denominatore

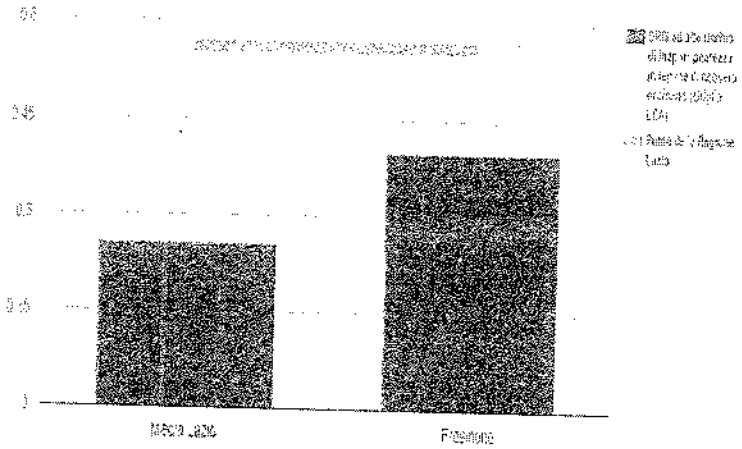
N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici

	Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	63,61	64,86	44,82
Frosinone	35,73	64,86	44,82

ASL FROSINONE

DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)

L'indicatore, previsto dalla Griglia LEA, misura il rapporto tra il numero di ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza e il numero di ricoveri per i DRG *non* a rischio di inappropriatezza. Si tratta di un indicatore di appropriatezza del *setting* assistenziale.



Definizione

DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)

Numeratore

N. ricoveri ordinari per DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria

Denominatore

N. di ricoveri ordinari per DRG NON a rischio di inappropriatezza

	DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)	Primo della Regione Lazio
Frosinone	0,4	0,56
Media Lazio	0,267	0,56

Fonte:

4.3 Appropriatezza medica

L'appropriatezza medica si rileva quando le prestazioni sono erogate con le giuste tempistiche e secondo standard clinici riconosciuti e condivisi; ad un'alta appropriatezza si associa quindi una maggiore probabilità di ottenere i risultati desiderati. (per approfondimenti si veda parte B politica D del Piano Strategico)

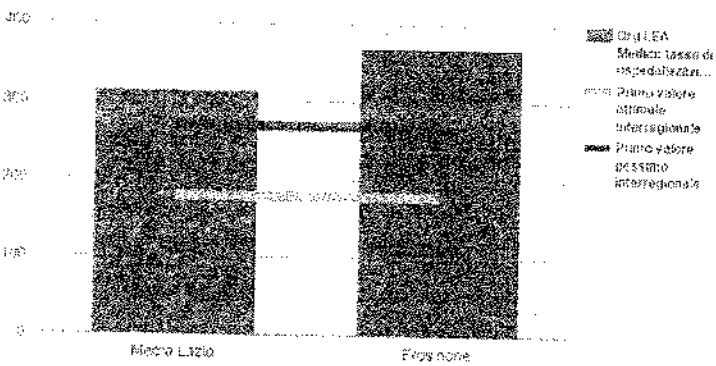
La Asl di Frosinone risulta avere valori critici riguardo all'appropriatezza medica: infatti i tassi di ospedalizzazione per i LEA medici, i ricoveri medici con finalità diagnostica, i ricoveri medici brevi o troppo lunghi, gli accessi in day hospital risultano essere troppo elevati evidenziando un'inappropriatezza della varie strutture nell'erogazione delle prestazioni mediche.

Anche la percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni risulta essere oltre la media nazionale: l'indicatore identifica i ricoveri acuti medici con un durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico e una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr Patto per la salute 2010-2012).

ASL FROSINONE

Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute)

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico (indicata all'interno del Patto per la Salute 2010-2012) che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.
Dal 2013, per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata la popolazione residente in Italia all'anno 2011 (fonte ISTAT). Pertanto, per rendere possibile il trend, anche i tassi 2012 sono stati ricalcolati utilizzando tale popolazione standard.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per i DRG Medici LEA standardizzato per età e per sesso

Numeratore

N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti x 10.000

Denominatore

N. residenti

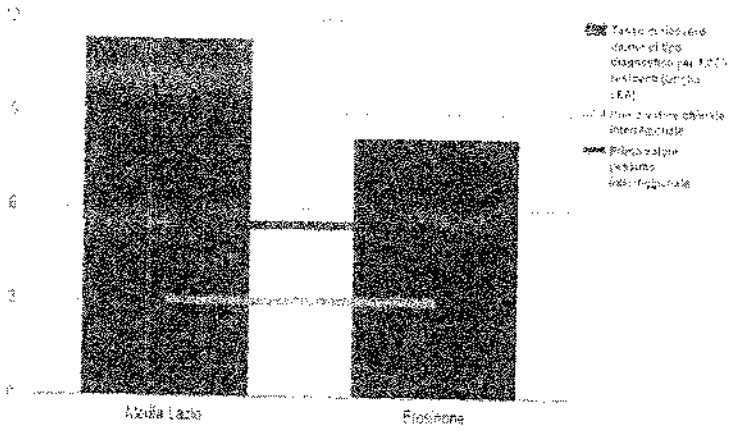
	Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	313,9	178,617	268,371
Frosinone	368,86	178,617	268,371

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)

I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. Questo indicatore misura l'appropriatezza dei ricoveri medici in Day Hospital.



Definizione
Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti
Numeratore
N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica x 1.000
Denominatore
N. di residenti

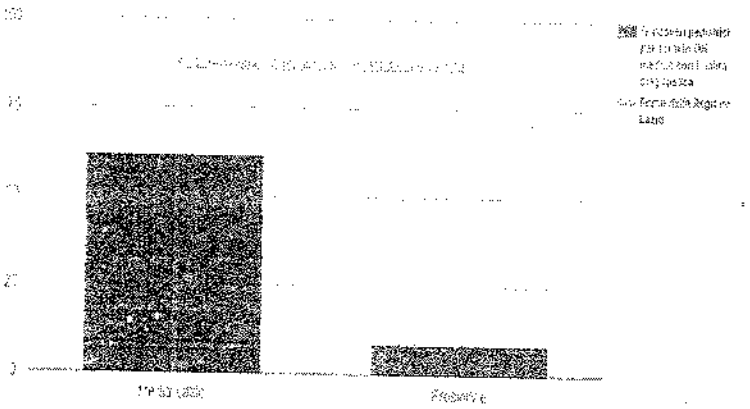
	Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	11,4	3,035	5,44
Frosinone	8,27	3,035	5,44

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

% ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica

I posti letto in ospedale devono essere disponibili per chi ne ha davvero bisogno; per questo motivo, è buona pratica che gli accertamenti diagnostici vengano eseguiti in regime ambulatoriale, evitando il ricorso ad un ricovero ospedaliero. L'indicatore C14.2 misura la percentuale di Day Hospital medici effettuati ai soli fini diagnostici (Patto per la Salute 2010-2012). Nel sotto-indicatore C14.2.2 viene presentato anche il dettaglio dei ricoveri pediatrici per la stessa finalità.



Definizione

Percentuale di ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica

Numeratore

N. di ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica x 100

Denominatore

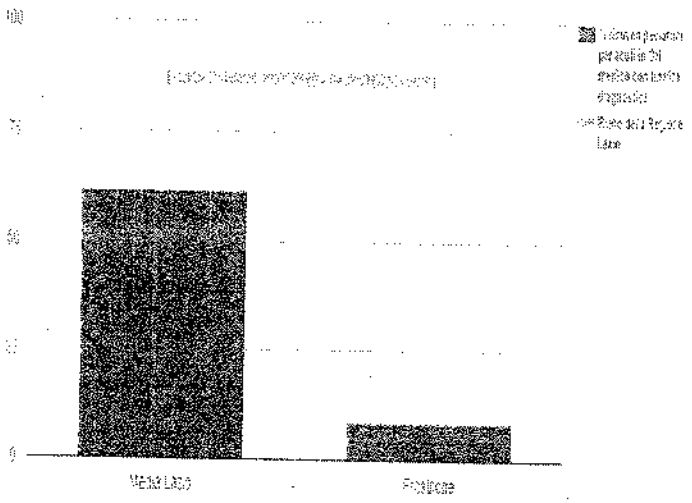
N.di ricoveri per acuti in DH medico

	% ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica	Primo della Regione Lazio
Frosinone	16,84	59,03
Media Lazio	49,735	59,03

Fonte:

ASL FROSINONE

% ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica



Definizione

Percentuale di ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica

Numeratore

N. di ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica x 100

Denominatore

N. di ricoveri pediatrici per acuti in DH medico

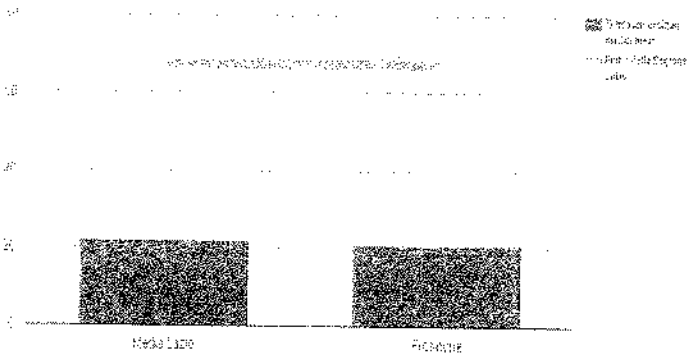
	% ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica	Primo della Regione Lazio
Frosinone	8,7	87,03
Media Lazio	61,6	87,03

Fonte:

ASL FROSINONE

% ricoveri ordinari medici brevi

Un ricovero medico breve (0-2 giorni) è, spesso, un ricovero evitabile, realizzato in contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Il numero di tali ricoveri deve essere ridotto attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi (Patto per la Salute 2010-2012). Nel sotto-indicatore viene presentato anche il dettaglio dei ricoveri pediatrici della stessa tipologia.



Definizione

Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi

Numeratore

N. di ricoveri ordinari medici brevi x 100

Denominatore

N. di ricoveri ordinari medici

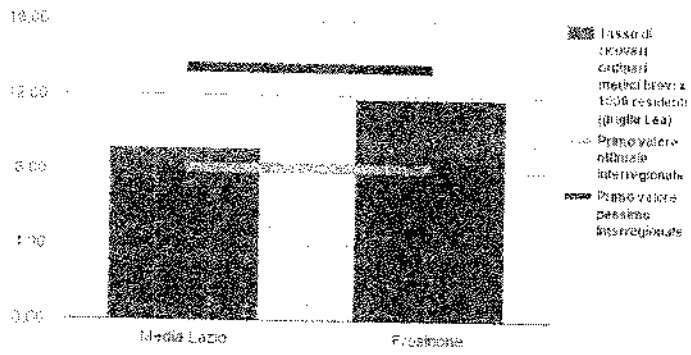
	% ricoveri ordinari medici brevi	Primo della Regione Lazio
Frosinone	20,92	67,45
Media Lazio	21,79	67,45

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti (Griglia LEA)

Un ricovero medico breve (0-2 giorni) è, spesso, un ricovero evitabile, realizzato in contesti in cui l'ospedale rappresenta ancora l'unica risposta accessibile al cittadino. Il numero di tali ricoveri deve essere ridotto attraverso il potenziamento dei servizi sul territorio, certamente più efficaci e meno onerosi (Patto per la Salute 2010-2012).



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti

Numeratore

N. di ricoveri ordinari medici brevi x 1.000

Denominatore

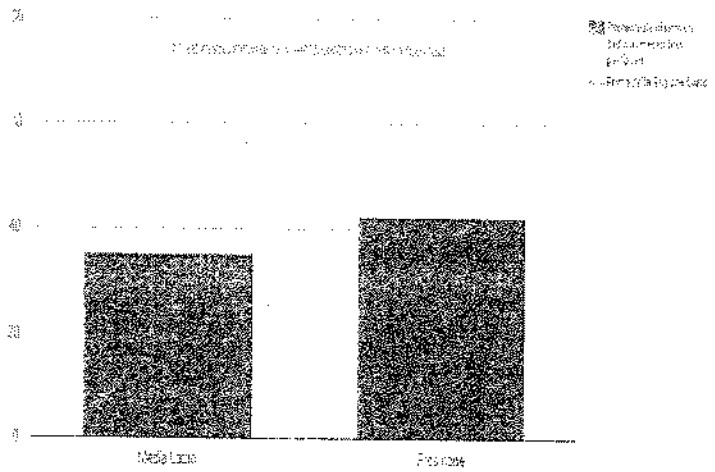
N. residenti

	Tasso di ricoveri ordinari medici brevi x 1000 residenti (griglia Lea)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	9,20	8,15	13,50
Frosinone	11,90	8,15	13,50

Fonte:

ASL FROSINONE

Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici



Definizione
Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici
Numeratore
N. di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici x 100
Denominatore
N. di ricoveri ordinari medici pediatrici

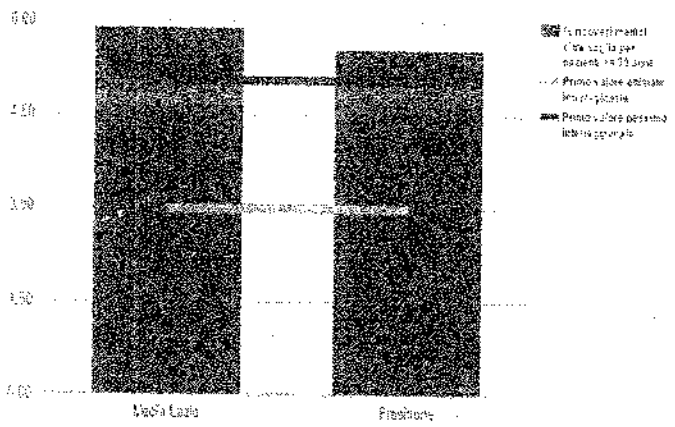
	Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici	Primo della Regione Lazio
Frosinone	42,46	74,07
Media Lazio	35,25	74,07

Fonte:

ASL FROSINONE

% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni

L'indicatore identifica i ricoveri acuti medici con un durata superiore rispetto al tempo massimo previsto per la gestione di uno specifico quadro clinico. Una degenza troppo lunga può essere dovuta, oltre che a possibili inefficienze dell'ospedale o del territorio (es. mancanza di strutture residenziali protette o di percorsi di assistenza domiciliare), ad una scarsa integrazione tra i due livelli di erogazione (cfr Patto per la salute 2010-2012). Il tempo massimo previsto per un ricovero è denominbile valore soglia di un DRG; se il ricovero perdura oltre tale soglia, al rimborso previsto per quel DRG viene aggiunta una remunerazione "a giornata" per il numero di giornate eccedenti la soglia. Si precisa che, essendo la casistica dei ricoveri medici oltre soglia particolarmente associabile alla popolazione di età superiore a 64 anni, vengono presentati i risultati limitatamente a questa fascia di età.



Definizione

Percentuale di ricoveri medici oltre soglia per pazienti di età maggiore o uguale ai 65 anni

Numeratore

N. di ricoveri medici oltre soglia x 100

Denominatore

N. di ricoveri medici

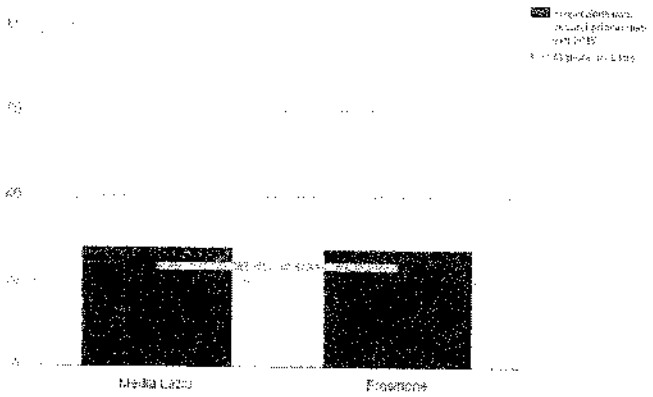
	% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	5,91	2,99	5,05
Frosinone	5,55	2,99	5,05

Fonte: [illegible]

4.4 Area Materno infantile

La qualità sanitaria del percorso nascita è misurata tramite indicatori clinico-sanitari scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale [Health Canada, Sutter Women's & Children's Services 2001] che della condivisione con i professionisti.
La Asl di Frosinone presenta criticità per quanto concerne i tassi di ospedalizzazione in età pediatrica che risultano essere elevati: è presumibile che essi siano legati ad un' inappropriatezza dei ricoveri in età pediatrica, nonché ad una mancata promozione dell'assistenza territoriale attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie. (per approfondimenti si veda parte B politica B del Piano Strategico, focus sulla Rete Perinatale)

ASL di residenza: proporzione di parti cesarei primari sul totale dei ricoveri per parto - gen-sett 2015

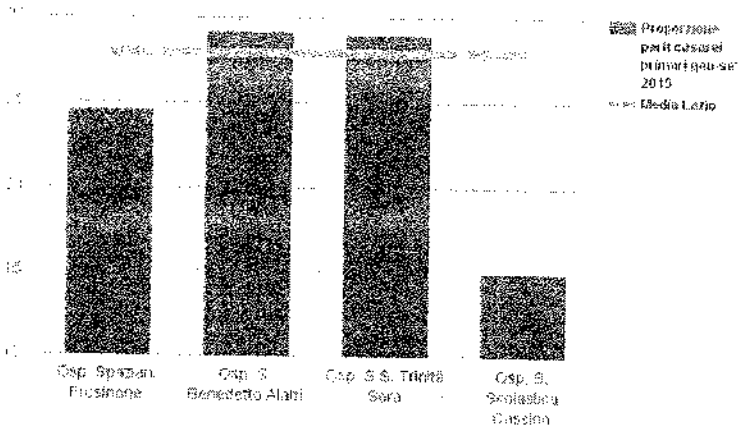


	Proporzione parti cesarei primari gen-sett 2015	Migliore del Lazio
Media Lazio	27,92	23,58
Frosinone	27,54	23,58

fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Struttura ospedaliera: proporzione di parti cesarei primari sul totale dei ricoveri per parto. gen-sett 2015
Ospedale Spanzani, s. Benedetto di Alatri, S. Scolastica di Cassino, S.S. Trinità di Sora

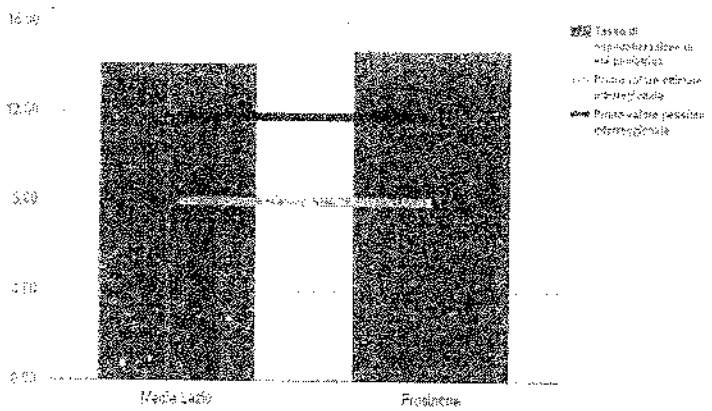


	Proporzione parti cesarei primari gen-sett 2015	Media Lazio
Osp. Spaziani Frosinone	24,61	27,92
Osp. S. Benedetto Alatri	29,22	27,92
Osp. S.S. Trinità Sora	29,02	27,92
Osp. S. Scolastica Cassino	14,98	27,92

fonte: [illegible]

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica

Pur se in diminuzione negli ultimi anni, in Italia il tasso di ospedalizzazione in età pediatrica appare più elevato di quanto si osserva in altre nazioni del mondo occidentale. Non essendo ipotizzabili nel nostro stato condizioni epidemiologiche diverse da quelle degli altri paesi europei, è presumibile che esso sia legato ad una consistente variabilità nei protocolli di accesso in ospedale, ad una differente organizzazione della rete assistenziale, nonché ad una quota di inappropriatezza dei ricoveri in età pediatrica [Fortino et al., 2005; ASSR, 2002]. Un ruolo determinante spetta alla promozione dell'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie [Zanetti et al., 2005].



Definizione

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

Numeratore

Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100

Denominatore

Popolazione residente (< 14 anni)

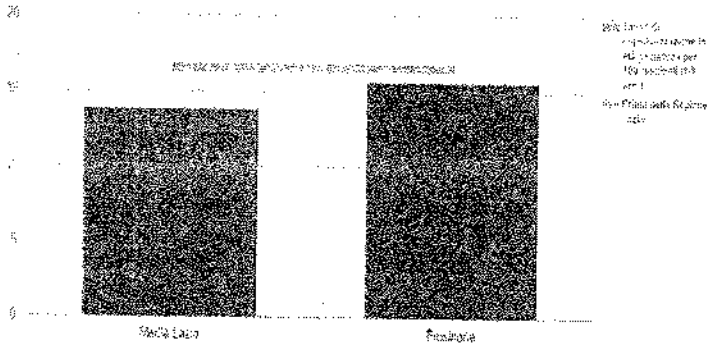
	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	14,19	7,99	11,78
Frosinone	14,74	7,99	11,78

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-5 anni)

L'indicatore misura il ricorso al ricovero ospedaliero in età pediatrica fra 1 e 5 anni. Se nel primo anno di vita l'elevato numero di ricoveri riguarda principalmente le malattie e i disturbi del periodo neonatale, nella fascia di età fra 1 e 5 anni la tendenza al ricovero diminuisce gradualmente e le cause dell'ospedalizzazione riguardano principalmente le malattie dell'apparato respiratorio e del sistema nervoso.



Fonte:

Definizione
Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (< 14 anni)

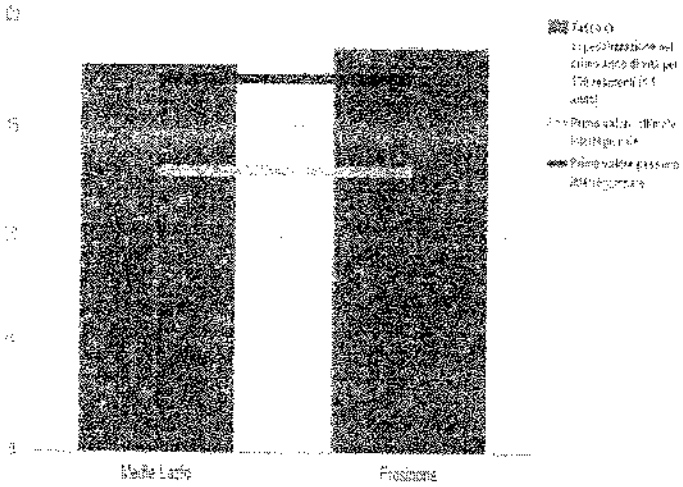
Numeratore
Numero di ricoveri dei residenti in età pediatrica (< 14 anni) x 100

Denominatore
Popolazione residente (< 14 anni)

	Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-5 anni)	Primo della Regione Lazio
Frosinone	15,69	16,58
Media Lazio	13,84	16,58

Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

L'accesso più frequente alle risorse ospedaliere da parte dei pazienti in età pediatrica riguarda proprio il primo anno di vita del bambino. Tuttavia, i dati italiani di ospedalizzazione pediatrica, con valori molto più elevati rispetto a quanto avviene nel resto del mondo, pongono la questione dei modelli organizzativi adottati, forse poco attenti al corretto utilizzo delle risorse disponibili e alle vere necessità del bambino e della sua famiglia. Fondamentali nel limitare i ricoveri inappropriati sono: una vera continuità assistenziale sul territorio e in ospedale, un efficace filtro ai ricoveri realizzato dall'osservazione temporanea in Pronto Soccorso e la garanzia di una guardia pediatrica 24h dove nasce e si ricovera un bambino.



Definizione
Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)

Numeratore
Numero di ricoveri dei residenti nel primo anno di vita (< 1 anno) x 100

Denominatore
Popolazione residente (<1 anno)

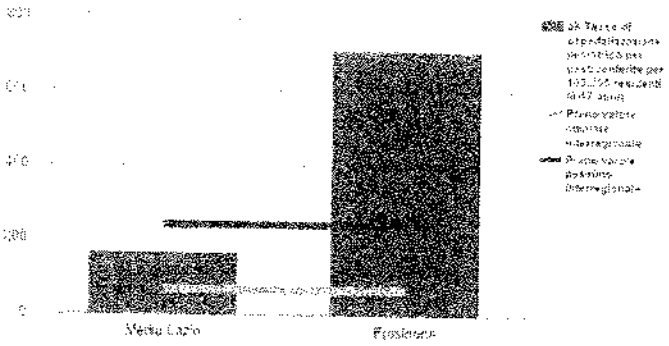
	Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	53,66	38,91	51,62
Frosinone	55,9	38,91	51,62

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)

In Italia, dove la mortalità è bassa e l'intensità generalmente non grave, la gastroenterite rappresenta la causa più frequente di accesso al pronto soccorso e/o di ricovero ospedaliero con costi importanti per le famiglie e per il sistema sanitario. La gestione si basa sulla prevenzione e sul controllo delle complicanze, prima tra tutte la disidratazione. Nella maggior parte dei casi la gastroenterite può essere gestita a livello territoriale attraverso una più diffusa aderenza dei pediatri ai percorsi diagnostico/terapeutici ed una più consapevole autonomia pratica dei genitori.



Fonte:

Definizione

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite

Numeratore

Numero ricoveri per gastroenterite relativi ai minorenni residenti nella Asl x 100.000

Denominatore

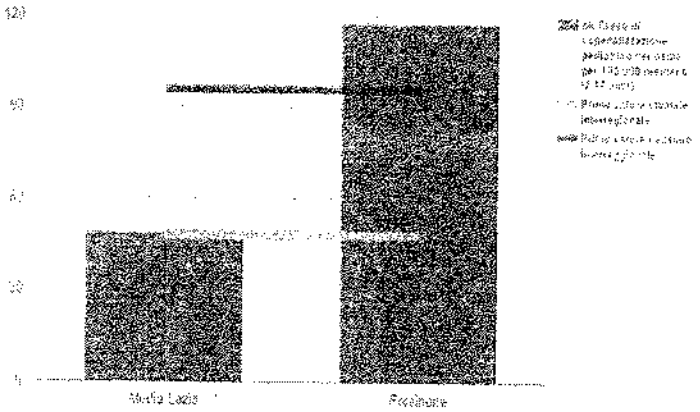
Popolazione minorenne residente

	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per gastroenterite per 100.000 residenti (0-17 anni)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	165	66,23	240
Frosinone	708	66,23	240

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)

L'asma bronchiale è la patologia cronica più frequente dell'età infantile (con livelli di morbosità in aumento) e l'asma acuto è la più frequente emergenza medica in età pediatrica. Un ruolo determinante per la gestione di tale patologia spetta all'assistenza territoriale, attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale. Il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia sono fondamentali per la definizione dei percorsi più idonei per la gestione dell'asma bronchiale sul territorio, limitando ai soli casi più gravi il ricorso all'ospedalizzazione.



Definizione
Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma

Numeratore
Numero ricoveri per asma 2-17 anni relativi ai residenti nella Asl x 100.000

Denominatore
Popolazione residente (2-17 anni)

	Tasso di ospedalizzazione pediatrico per asma per 100.000 residenti (2-17 anni)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	48,75	48,1	95,91
Frosinone	118	48,1	95,91

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

4.5 Assistenza patologie croniche

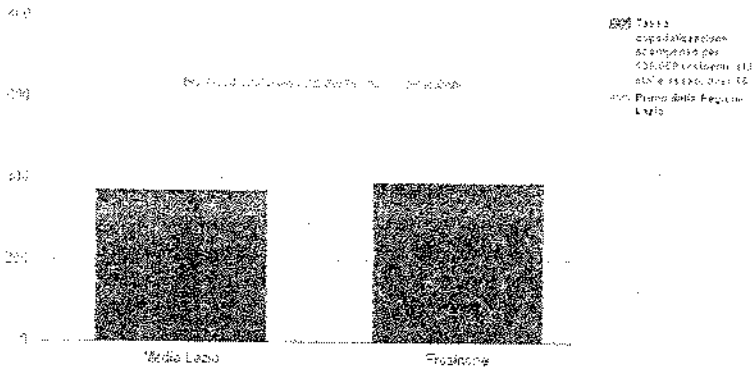
I principali fattori di rischio, come l'ipertensione, l'obesità, i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute.
L'indicatore si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.

L'assistenza per patologie croniche (scompenso, diabete e BPCO) nella Asl di Frosinone risulta essere non troppo efficace: ciò è espressione dell'inadeguatezza nella "presa in carico" e del servizio. Per quanto riguarda lo scompenso, va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei casi trattati e dall'invecchiamento della popolazione.

L'obiettivo della Direzione strategica sarà quindi quello di migliorare la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute (per approfondimenti si veda parte B politica B del Piano Strategico, focus sulla riorganizzazione dei percorsi per pazienti cronici).

ASL FROSINONE

Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18



Definizione

Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18

Numeratore

N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio relativi ai residenti nella Ausl >= 18 anni

Denominatore

Popolazione maggiore uguale a 18 anni residente nella Ausl

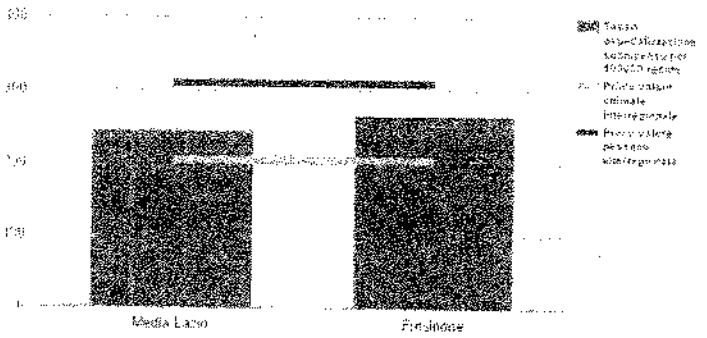
	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18	Primo della Regione Lazio
Frosinone	393	636
Media Lazio	372,83	636

Fonte:

ASL
FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per scompenso per 100.000 residenti (50-74 anni)

La prevalenza dello scompenso cardiaco è andata progressivamente aumentando come conseguenza dell'aumento dei soggetti anziani ed del calo della mortalità per malattie cardiovascolari. Tale patologia deve quindi essere prevalentemente gestita a livello territoriale e per questo il numero di ricoveri per pazienti tra i 50 ed i 74, soprattutto se ripetuti, potrebbe essere espressione dell'inadeguatezza nella "presa in carico" e del servizio. Va tuttavia considerato che, trattandosi di una malattia cronico-degenerativa, un certo numero di ospedalizzazioni possono essere giustificate dalla complessità dei casi trattati; per ottenere una stima più precisa del livello di appropriatezza dei servizi territoriali è auspicabile l'integrazione delle informazioni derivate dall'indicatore con le indicazioni relative alle complessità dei casi trattati.



Fonte: [illegible]

Definizione

Tasso di ricovero per scompenso cardiaco per 100.000 residenti 50-74 anni

Numeratore

N. ricoveri per scompenso cardio-circolatorio 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl

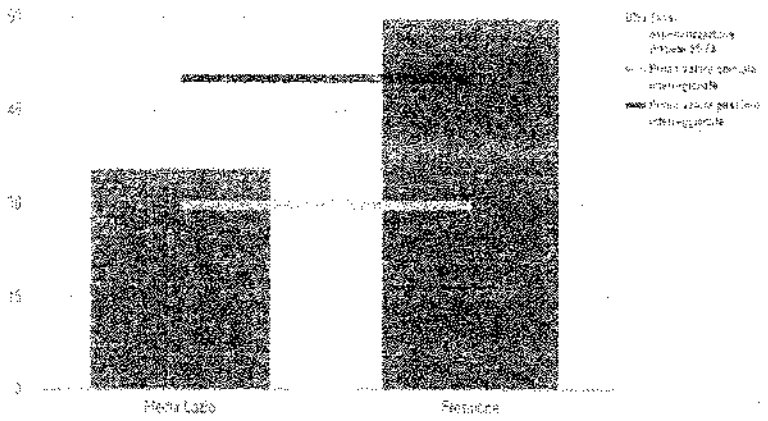
Denominatore

Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl

	Tasso ospedalizzazione scompenso per 100000 residenti	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	245,66	204,75	310
Frosinone	266	204,75	310

Tasso di ospedalizzazione per diabete per 100.000 residenti (35-74 anni)

Il diabete è una patologia cronica la cui acutizzazione può determinare complicanze di lungo periodo e l'emergere di "quadri di diabete scompensato" tali da rendere necessario il ricorso all'ospedalizzazione. La gestione della patologia attraverso un'assistenza territoriale integrata, capace di mettere a sistema attività di prevenzione, diagnosi, cura, è fondamentale per evitare il peggioramento del quadro clinico ed il conseguente ricovero in ospedale (Rapporto Osservasalute 2012). In questo caso, per monitorare l'appropriatezza organizzativa dei servizi assistenziali territoriali viene utilizzato, come variabile *proxy*, il tasso di ricovero per diabete.



Definizione
Tasso di ricoveri per diabete per 100.000 residenti 35-74 anni

Numeratore
N. di ricoveri per diabete 35-74 anni relativi ai residenti della Ausl

Denominatore
popolazione residente 35-74 anni residenti nella Ausl

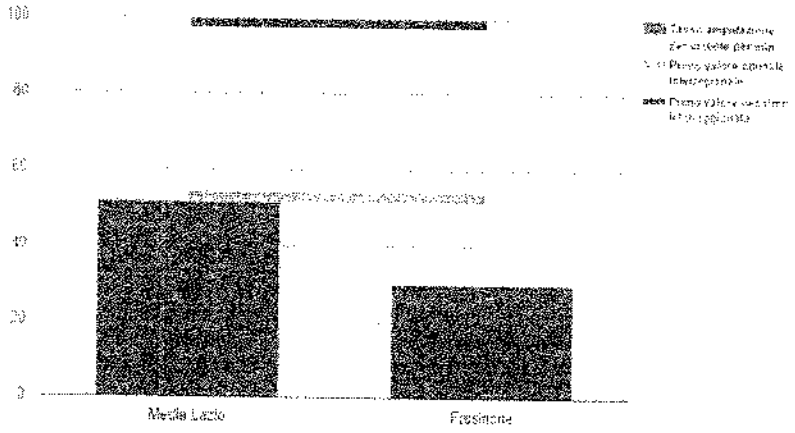
	Tasso ospedalizzazione diabete 35-74	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	35,66	29,8	50,16
Frosinone	60	29,8	50,16

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

I progressi nella cura del diabete hanno permesso un allungamento della vita dei pazienti affetti dalla patologia; a tale longevità corrisponde però l'onere della gestione delle complicazioni legate alla sua cronicità. Tra le diverse complicanze del diabete, un peso sempre più rilevante è associato al "piede diabetico", la cui degenerazione può portare all'amputazione dell'arto. Nel complesso, la chiave per il trattamento efficace di questi pazienti è l'approccio multidisciplinare: la rivascolarizzazione ed una corretta cura del piede possono migliorare la prognosi del paziente e ridurre la necessità di ulteriori interventi [Faglia et al., 2009]. Quindi per valutare l'organizzazione del percorso assistenziale e la tempestività delle cure, questo indicatore monitora il tasso di amputazioni nei pazienti diabetici, associando un giudizio positivo ad una sua riduzione.



Definizione
Tasso di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti

Numeratore
N. di amputazioni maggiori per diabete per milione di residenti anni 201X(0), 201X(1), 201X(2) x 1 000 000

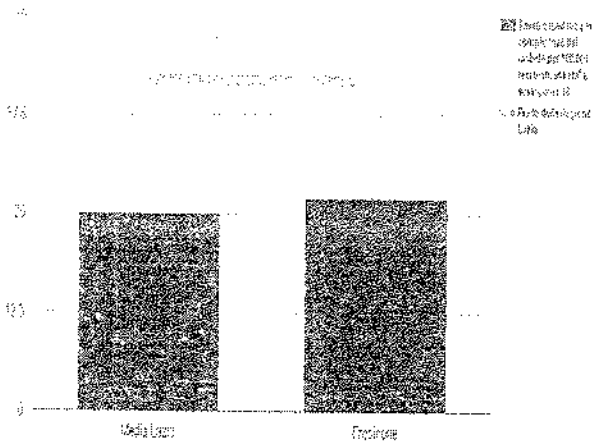
Denominatore
N. Residenti Anni 201X(0), 201X(1), 201X(2)

	Tasso amputazione per diabete per mln	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	51,66	52,91	98,63
Frosinone	30	52,91	98,63

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, età e sesso, over 18



Definizione
Tasso ospedalizzazione per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std età e sesso, over 18

Numeratore
N. ricoveri per complicanze del diabete relativi ai residenti nella Ausl >=18 anni

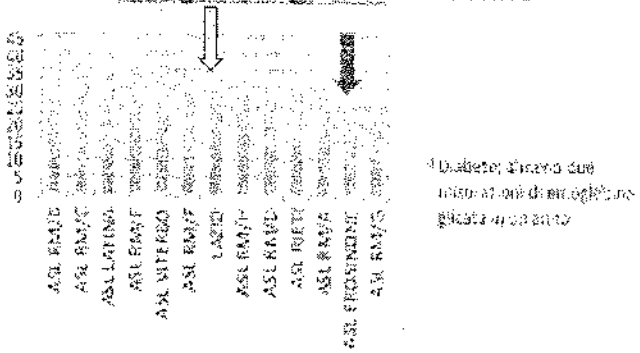
Denominatore
Popolazione residente maggiore uguale a 18 anni residente nella Ausl

	Tasso ospedaliz per complicanze del diabete per 100.000 residenti, std eta' e sesso, over 18	Primo della Regione Lazio
Frosinone	27	42
Media Lazio	25,08	42

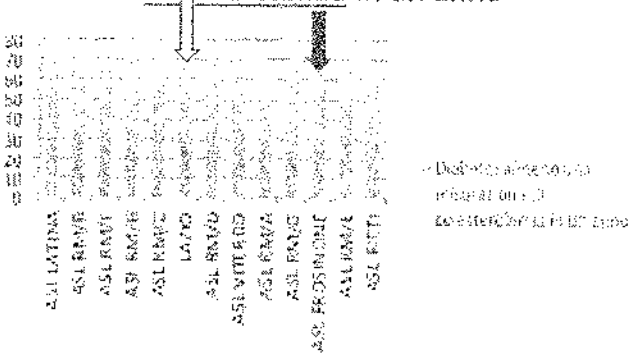
Fonte:

ASL FROSINONE

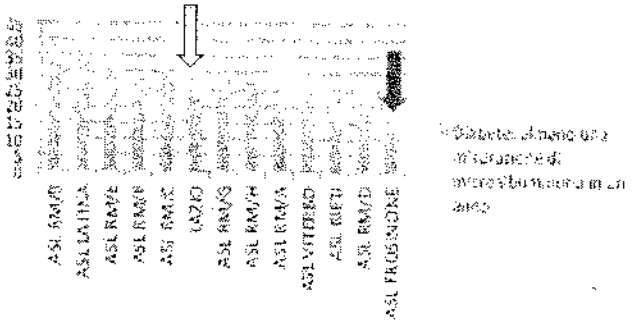
Diabete: almeno due misurazioni di emoglobina glicata in un anno



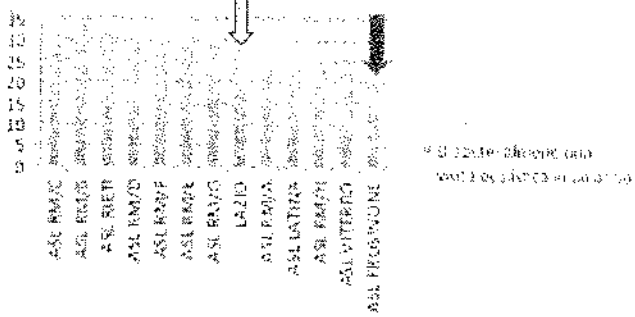
Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno



Diabete: almeno una misurazione di microalbuminuria in un anno



Diabete: almeno una visita oculistica in un anno

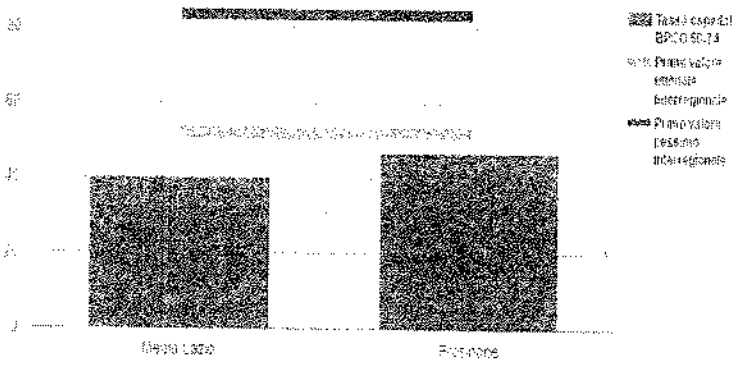


fonte

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50-74 anni)

Per le broncopneumopatie cronico-ostruttive, alla pari di molte malattie cronico-degenerative per le quali non si dispone di farmaci risolutivi, sono di fondamentale importanza l'approccio preventivo-educativo e la definizione di percorsi ottimali di diagnosi e trattamento (Tockner *et al.*, 2005). L'indicatore monitora quindi il tasso di ospedalizzazione per BPCO come proxy di qualità dei servizi assistenziali.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per BPCO (BroncoPneumopatia Cronica Ostruttiva) per 100.000 residenti 50-74 anni

Numeratore

N. ricoveri per BPCO 50-74 anni relativi ai residenti nella Ausl

Denominatore

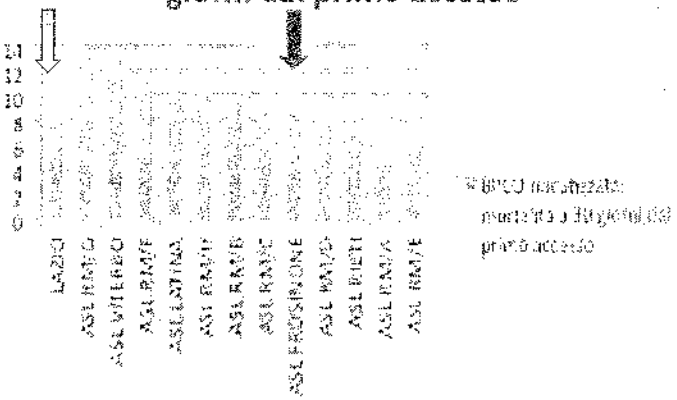
Popolazione 50-74 anni residente nella Ausl

	Tasso ospedal BPCO 50-74	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	40,08	52	83,57
Frosinone	47	52	83,57

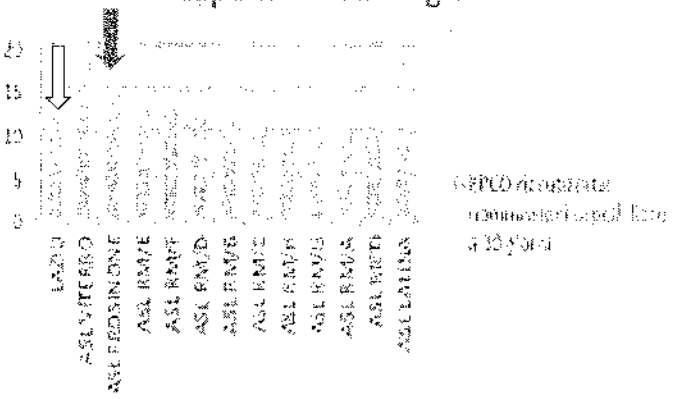
Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

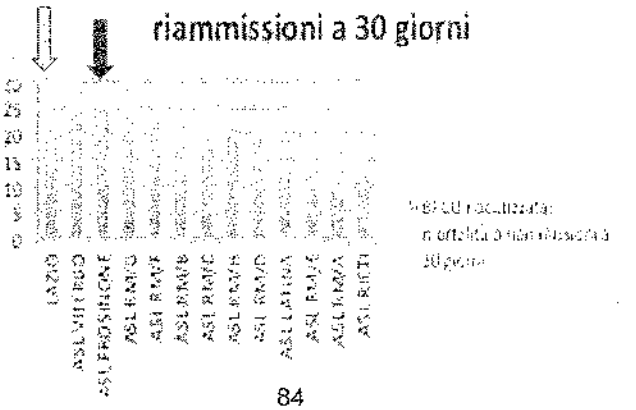
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso



BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni



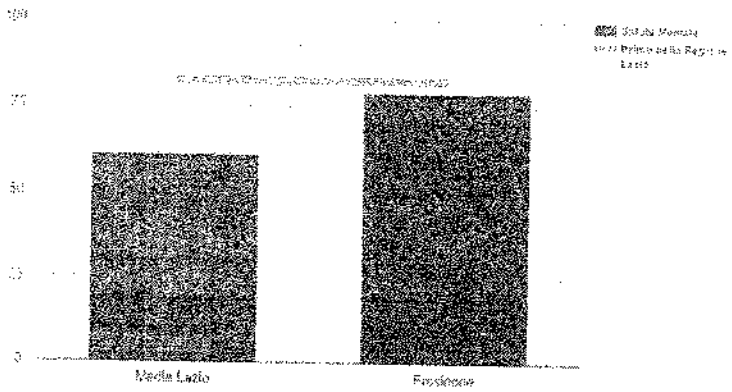
BPCO riacutizzata: mortalità o riammissioni a 30 giorni



fonte

4.6 Salute Mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi per l'elevata frequenza e i costi sociali ed economici 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 sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente. A tal 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 e 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 (Rapporto OsservaSalute, 2014).
Da quest'anno l'albero per la salute mentale è stato integrato con nuovi indicatori che misurano ambiti differenti delle attività di assistenza territoriale, in termini di appropriatezza ed efficacia del percorso assistenziale.



Fonte:

Definizione

Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni

Numeratore

N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti mminorennii x 100.000

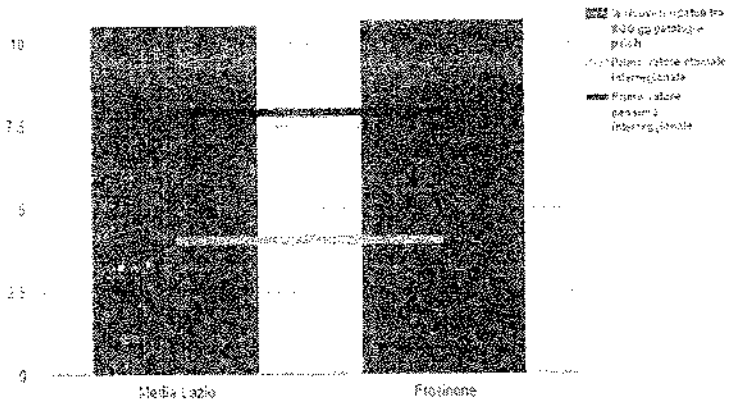
Denominatore

Popolazione residente minorenne

	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni	Primo della Regione Lazio
Frosinone	76,04	82,48
Media Lazio	60,83	82,48

Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche

Il ricovero ripetuto di pazienti con patologie mentali nel corso del mese successivo alla dimissione è indice di una scarsa integrazione tra servizi ospedalieri e territoriali ed evidenzia problematiche di presa in carico dei pazienti da parte della salute mentale territoriale (OECD 2011). A seguito del ricovero ospedaliero è pertanto necessario tracciare percorsi assistenziali integrati, che permettano la presa in carico del soggetto da parte del suo territorio e la modulazione *ad personam* delle opportunità riabilitative e terapeutiche. A partire dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 23/04/08 (Capo IV, art. 25, 26, 32) è auspicabile abbandonare il modello basato sul concetto di prestazioni e pensare invece ad un approccio che individui una sequenza di processi o di livelli all'interno di ogni singolo progetto terapeutico riabilitativo. I servizi devono essere centrati sulla persona, che deve essere coinvolta in tutte le fasi (diagnostica, terapeutica, riabilitativa) e a cui deve essere garantita la continuità assistenziale e l'integrazione. 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.



Definizione

Percentuale di ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni

Numeratore

N. ricoveri ripetuti per patologie psichiatriche fra 8 e 30 giorni dalla dimissione in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 nov, evento successivo nel periodo 1-gen-31 dic)

Denominatore

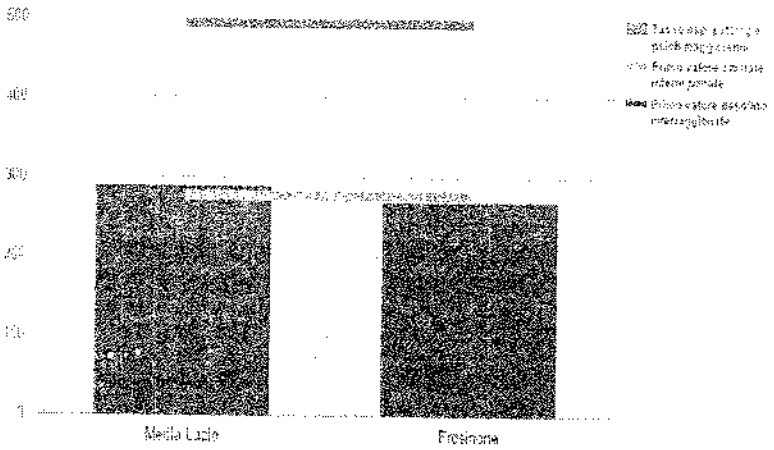
N. ricoveri per patologie psichiatriche dal 1 gennaio al 30 novembre

	% ricoveri ripetuti fra 8-30 gg patologie psich	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	10,55	4,06	7,91
Frosinone	10,7	4,06	7,91

Fonte: [illegible]

Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni

Il tasso di ricovero con patologie psichiatriche è di un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico 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.



Definizione Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

Numeratore N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti maggiorenni x 100.000

Denominatore Popolazione residente maggiorenne

	Tasso osp. patologie psich maggiorenni	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	289,08	276,71	494,24
Frosinone	270,66	276,71	494,24

Fonte: [illegible]

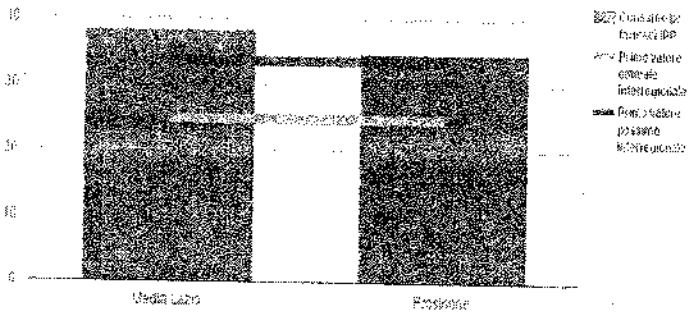
4.7 Appropriatezza prescrittiva farmaceutica

"Secondo il Codice Deontologico, l'appropriatezza prescrittiva si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario" (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, a cura della Commissione terapeutica Regione Toscana, Settembre 2010).
I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi; tuttavia gli stessi consentono di analizzare l'appropriatezza prescrittiva, perché, pur mancando nella prescrizione l'indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata.
L'indicatore costituisce un primo passo per monitorare il corretto impiego dei farmaci, perché troppo spesso i provvedimenti presi a livello istituzionale sono orientati ad un contenimento della spesa fine a se stesso.
L'indicatore monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriatezza. (per approfondimenti si veda parte B politica D del Piano Strategico)

ASL FROSINONE

Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

In Italia il consumo di inibitori di pompa protonica (IPP) è in aumento già da diversi anni. Vista la grande variabilità nell'utilizzo di questi farmaci anche a livello nazionale, difficilmente giustificabile con differenze epidemiologiche, si può ipotizzare l'esistenza di ambiti di inappropriatezza e fenomeni di iperprescrizione; l'indicatore misura il consumo di questi farmaci, considerando anche il forte impatto della categoria sulla spesa farmaceutica.



Definizione

Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP)

Numeratore

N. unità posologiche di IPP erogate

Denominatore

Popolazione residente al 1° Gennaio (pesata)

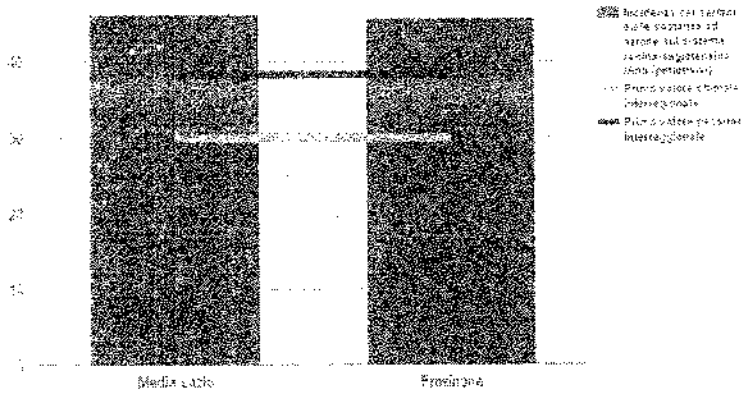
	Consumo pc farmaci IPP	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	38,38	24,86	33,61
Frosinone	34,77	24,86	33,61

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi)

Al momento attuale, l'analisi degli studi clinici presenti in letteratura indica una chiara equivalenza terapeutica tra ACE-inibitori e sartani. Considerando però la sostanziale differenza di prezzo tra le due classi e il principio etico di scegliere la terapia meno costosa a parità di efficacia clinica, deve essere rinforzato il concetto che gli ACE-inibitori sono i farmaci di prima scelta quando si decide di bloccare il sistema renina-angiotensina. La somministrazione di un sartano dovrebbe essere sempre subordinata alla documentata dimostrazione di non tollerabilità di un ACE-inibitore, perché non esiste una condizione clinica per la quale i sartani siano da preferirsi agli ACE-inibitori (fonte: *Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione*, a cura della Commissione Terapeutica Regione Toscana, con il consenso delle principali società scientifiche, Settembre 2010). L'obiettivo dell'indicatore è quello di limitare la prescrizione dei sartani ai casi in cui è realmente necessaria.



Fonte: [illegible]

Definizione

Consumo di farmaci inibitori dell'angiotensina II associati e non associati (ATC = C09C e C09D), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale, rispetto al gruppo terapeutico C09

Numeratore

N. confezioni di farmaci inibitori dell'angiotensina II, associati e non associati, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale X 100

Denominatore

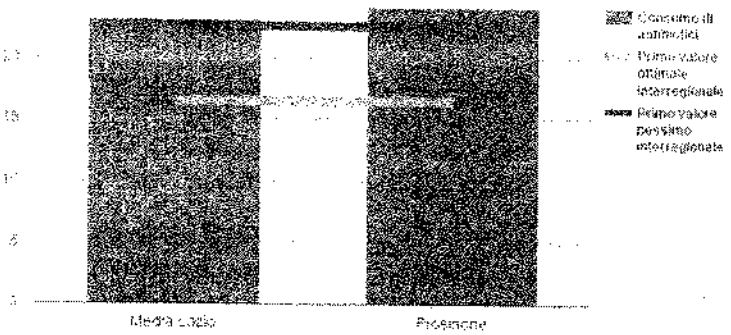
N. confezioni di farmaci appartenenti al gruppo terapeutico C09 delle "sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina" erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale

	Incidenza anti ipertensivi	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	46,29	30	38,31
Frosinone	45,77	30	38,31

ASL FROSINONE

Consumo di antibiotici (regime convenzionale, distribuzione diretta e per conto)

L'Italia è il quinto Paese europeo per incidenza della spesa pubblica e privata per farmaci antimicrobici (6,7%, esclusa la quota di spesa erogata in ambito ospedaliero), dopo Francia (11,0%), Belgio (10,3%), Austria (10,0%) e Germania (8,5%). Nel 2013 i farmaci antimicrobici generali per uso sistemico rappresentano, a livello nazionale, la quinta categoria in termini di spesa farmaceutica complessiva (2.693 milioni di euro) e la undicesima in termini di consumi (38 DDD ogni 1.000 abitanti die). La spesa per farmaci antimicrobici generali per uso sistemico è cresciuta del +1,8% rispetto all'anno precedente, così come i consumi (+3,4%). L'eccessivo utilizzo di questi farmaci è la principale causa della diffusione del fenomeno dell'antibiotico-resistenza. (Fonte: OsMed-AIFA, L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto nazionale Anno 2013, Roma: AIFA, 2013)



Fonte: [illegible]

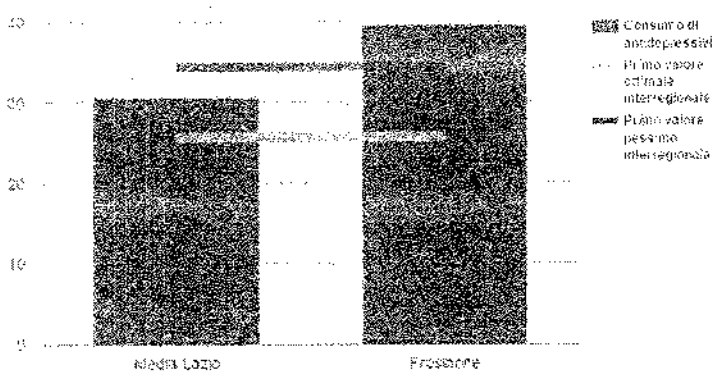
Definizione
Consumo di farmaci antibiotici, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto
Numeratore
DDD di farmaci antibiotici erogate nell'anno per principio attivo x 1000
Denominatore
N. residenti x 365

	Consumo di antibiotici	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	23,08	16,49	22,56
Frosinone	28	16,49	22,56

ASL FROSINONE

Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi)

L'indicatore è stato introdotto per monitorare la prescrizione di antidepressivi, perché l'utilizzo eccessivo di questi farmaci potrebbe essere inappropriato.



Fonte:

Definizione

Consumo di farmaci inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto

Numeratore

DDD di farmaci antidepressivi erogate nell'anno per principio attivo x 1000

Denominatore

N. residenti x 365

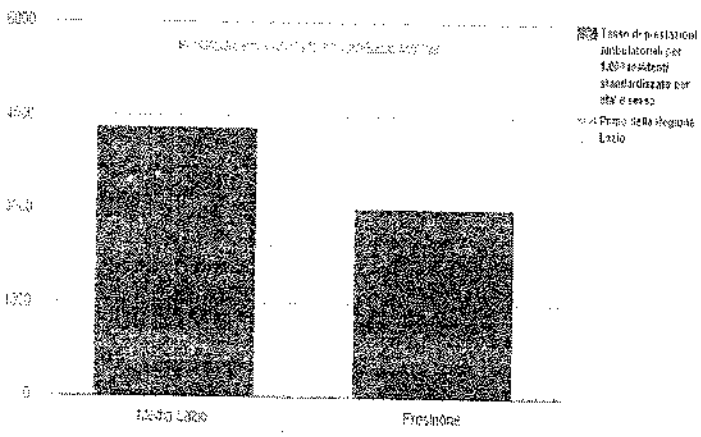
	Consumo di antidepressivi	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	30,62	25,67	34,35
Frosinone	39,65	25,67	34,35

4.8 Appropriatezza prescrittiva diagnostica

L'albero dell'indicatore "Appropriatezza diagnostica" è composto dai tassi di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di prestazioni di diagnostica per immagine. Particolare attenzione è dedicata alla realizzazione di Risonanze Magnetiche muscolo-scheletriche nei pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni poiché, in tale fascia di età, l'utilizzo di RM muscolo-scheletriche è ad alto rischio di inappropriatezza.(per approfondimenti si veda parte B politica D del Piano Strategico)

Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni ambulatoriali misura il numero di prestazioni ambulatoriali erogate a residenti in regione. E' un indicatore di governo della domanda e pone in evidenza il fabbisogno complessivo dei cittadini di visite specialistiche ambulatoriali e di diagnostica per immagini.



Definizione

Tasso di prestazioni ambulatoriali per azienda sanitaria di residenza standardizzato per età e sesso

Numeratore

N. prestazioni ambulatoriali x 1.000

Denominatore

N. residenti

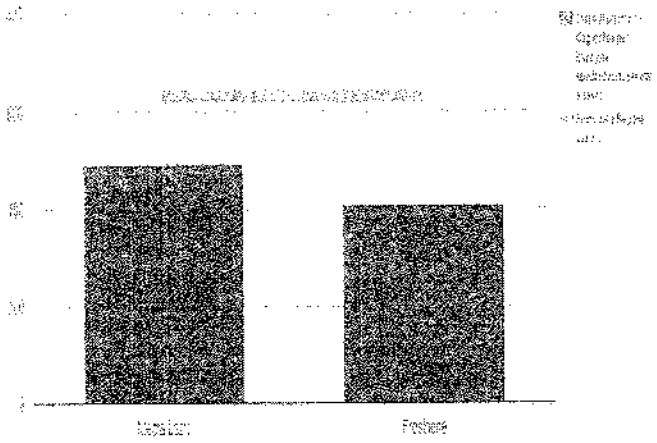
	Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per eta' e sesso	Primo della Regione Lazio
Frosinone	3020,36	5.617,90
Media Lazio	4312,13	5.617,90

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Tasso di prestazioni diagnostica per immagine standardizzato per età e sesso

Il tasso standardizzato di prestazioni di diagnostica per immagini è un indicatore di governo della domanda per il quale è auspicabile una riduzione della variabilità nell'erogazione delle prestazioni tra i differenti ambiti territoriali.



Definizione
Tasso std diagnostica per immagini
Numeratore
Prestazioni diagnostica per immagini
Denominatore
Popolazione residente

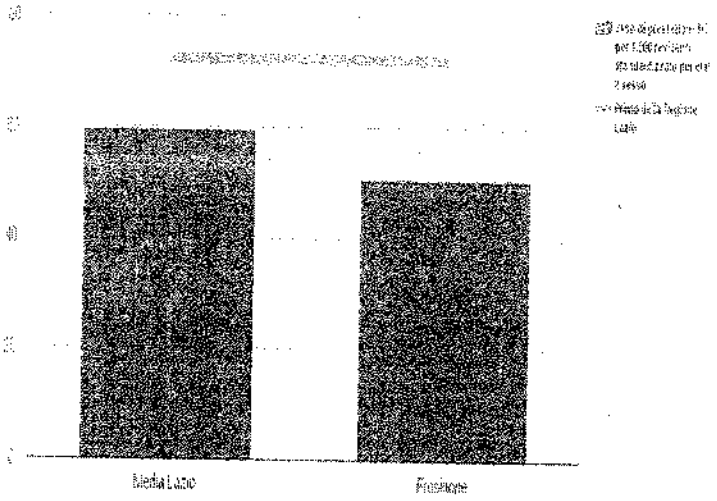
	Tasso di prestazioni diagnostica per immagine standardizzato per eta' e sesso	Primo della Regione Lazio
Frosinone	408,85	629,77
Media Lazio	493,78	629.77

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni di Tomografia Computerizzata per 1.000 residenti misura l'utilizzo di questa tipologia di indagine diagnostica. Non esiste in letteratura uno standard ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni al fine di evitare sia vuoti d'offerta che un'eccessiva esposizione a radiazioni ionizzanti potenzialmente nocive.



Definizione

Tasso di prestazioni TAC per 1.000 residenti std età e sesso

Numeratore

Numero accessi TC per azienda di residenza x 1.000

Denominatore

N. residenti

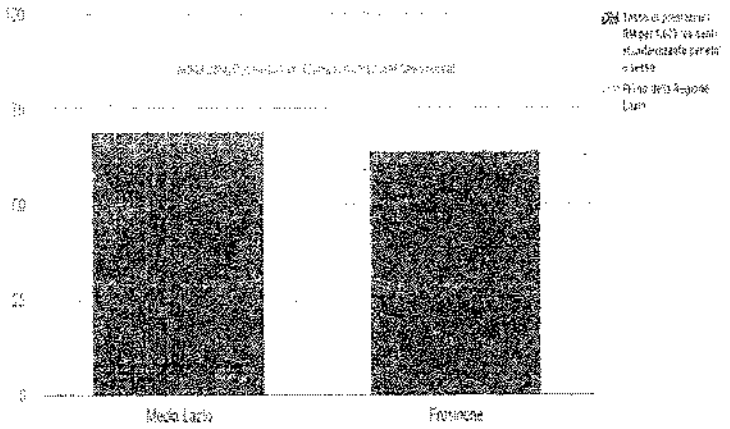
	asso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per eta' e sesso	Primo della Regione Lazio
Frosinone	50,64	72,32
Media Lazio	59,75	72,32

Fonte:

ASL FROSINONE

Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso

Il tasso di prestazioni di Risonanza Magnetica per 1000 residenti misura l'uso di questa tipologia di esame diagnostico. Non esiste in letteratura uno standard ma viene più volte sottolineata la necessità di ridurre la variabilità nell'uso di questo tipo di prestazioni in quanto sintomo di potenziale inappropriatezza prescrittiva.



Definizione

Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti std età e sesso

Numeratore

Numero accessi RM per azienda di residenza x 1.000

Denominatore

N. residenti

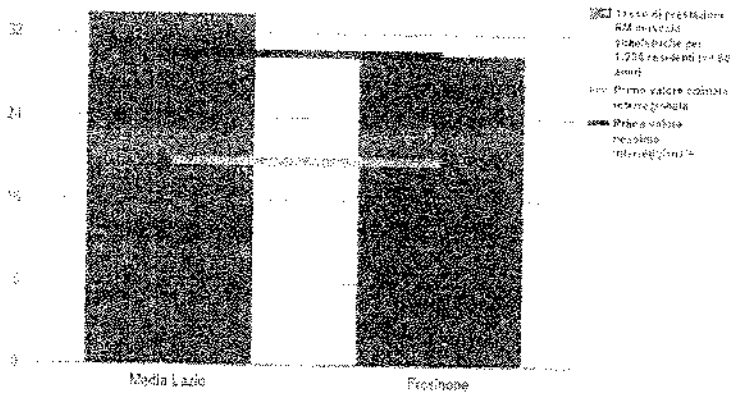
	Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per eta' e sesso	Primo della Regione Lazio
Frosinone	64,07	85,4
Media Lazio	69,34	85,4

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (>= 65 anni)

Il tasso di prestazioni RM Muscolo Scheletriche eseguite su pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni costituisce un dettaglio dell'indicatore "Tasso di prestazioni RM prescritte, extra PS, per 1.000 residenti". Nella fascia di età maggiore o uguale a 65 anni, la RM muscolo scheletrica è usata per problemi di artrosi degenerativa, nonostante tale strumento non sia risolutivo e la patologia potrebbe essere diagnosticata tramite esami alternativi. E' necessaria una maggiore sensibilizzazione sia dei prescrittori che dei cittadini sull'uso appropriato delle risorse, per evitare l'utilizzo di prestazioni, come questa, potenzialmente inappropriate.



Fonte:

Definizione

Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1000 residenti (>= 65 anni)

Numeratore

Numero accessi RM Muscolo Scheletriche pazienti >=65 anni, relativi ai residenti nelle Ausl x 1.000

Denominatore

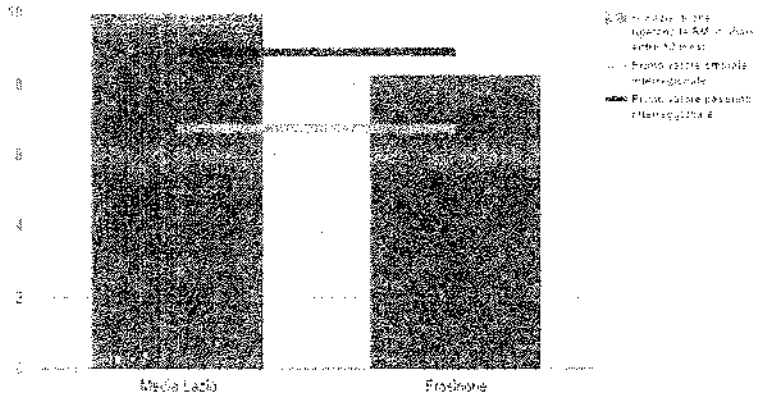
Popolazione >=65 anni

	Tasso prestazioni rm muscolo scheletrico per 1000 residenti >=65	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	33,98	19,76	30,08
Frosinone	30,08	19,76	30,08

ASL FROSINONE

% Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Nell'ambito della diagnostica per immagini, il termine inappropriatezza indica la realizzazione di esami diagnostici che non conducono ad una decisione terapeutica e inadatti a risolvere il quesito clinico. Tra le metodiche più costose e maggiormente a rischio di inappropriatezza vi è la Risonanza Magnetica (RM), con un particolare focus su RM del rachide lombosacrale, ginocchio ed encefalo. L'indicatore rileva il numero di persone che ripetono l'esame entro 12 mesi dalla prima volta, mostrando un potenziale uso improprio di tale metodica.



Definizione

% Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Numeratore

N. Persone che ripetono entro 12 mesi dalla prima volta la RM lombare

Denominatore

N. Persone che eseguono RM lombare

	% rip rm lombari entro 12 mesi	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	9,99	6,75	8,91
Frosinone	8,28	6,75	8,91

Fonte: [illegible]

5. VALUTAZIONE DELLA CAPACITA' DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

5.1 Screening oncologici
5.2 Copertura vaccinale
5.3 Malattie infettive

5.1 Screening oncologici

Le regioni hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.
La asl di Frosinone non ha raggiunto lo standard in nessuno degli indicatori dei programmi di screening, anzi risultano essere nettamente inferiori allo standard. Unica nota positiva la percentuale di adesione allo screening del tumore della mammella che risulta essere superiore allo standard regionale (per approfondimenti si veda parte B politica A del Piano Strategico, focus sugli screening oncologici).

Programmi di screening oncologici - recepimento DCA 191/2015, Confronto con ASL del Lazio anno 2015

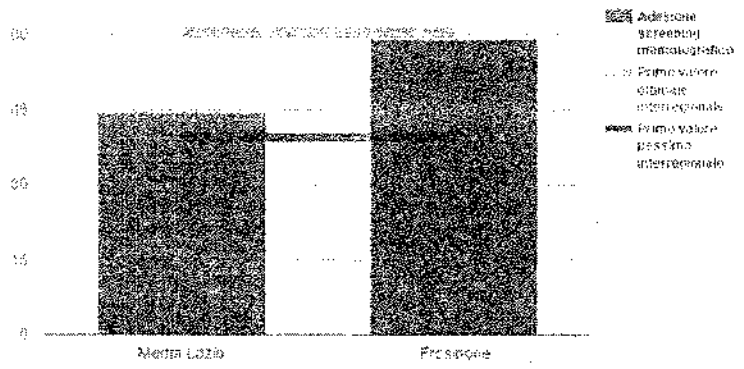
	mammella			cervice uterina			colon retto		
	% Estensione inviti	% Adesione Corretta	% Copertura LEA	% Estensione inviti	% Adesione Corretta	% Copertura LEA	% Estensione inviti	% Adesione Corretta	% Copertura LEA
RMA		64,4		100,0			100,0		
RMB	76,8	51,1	34	100,0		23	97,0	33,1	31
RMC	75,5			100,0		24			
RMD	100,0	44,4	47	100,0		35	100,0		25
RME	82,2			100,0			100,0		
RMF	100,0	62,5	58				78,2		
RMG	91,4				42,9				
RMH		41,9						46,3	
VT	100,0	56,0	63	100,0	40,7	39	100,0	34,3	36
RI		56,8							
LT		53,5		83,4		25	100,0		35
FR		67,6							
LAZIO		45,8		90,3					
standard	>90%	>50%	35-59%	>90%	>40%	25-49%	>90%	>45%	25-49%

* Estensione stimata sull'anno rispetto all'attività del II semestre 2015
** copertura LEA su I semestre 2015

ASL FROSINONE

Adesione screening mammografico

Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'adesione misura quante donne hanno partecipato allo screening rispetto alle donne invitate.
Nota: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni di riferimento degli indicatori per ogni regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio).



Definizione
Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening mammografico rispetto alle donne invitate

Numeratore
N. donne che hanno partecipato allo screening mammografico a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)

Denominatore
N. donne invitate allo screening mammografico nell'anno oggetto della rilevazione – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. Donne escluse dopo l'invito *

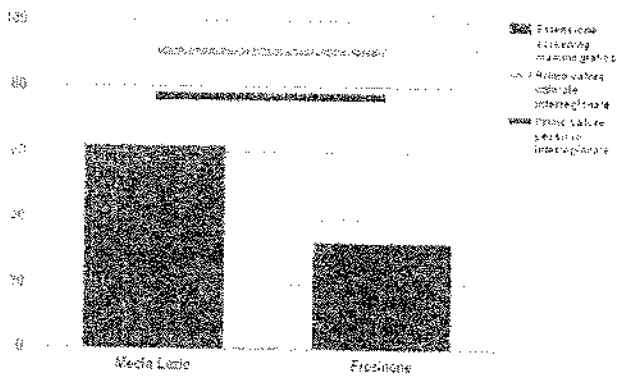
	Adesione screening mammografico	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	44,59	60,41	39,44
Frosinone	59,04	60,41	39,44

Fonte:

ASL FROSINONE

Estensione screening mammografico

Gli screening mammografici sono rivolti a donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.



Fonte: [illegible]

Definizione

Percentuale di donne invitate allo screening mammografico rispetto alla popolazione bersaglio (donne in età compresa tra i 50 ed i 69 anni) nei due anni oggetto della rilevazione

Numeratore

N. Donne invitate nell'anno x + N. Donne invitate nell'anno x-1 – N. Inviti inesitati nell'anno x – N. Inviti inesitati nell'anno x-1 *

Denominatore

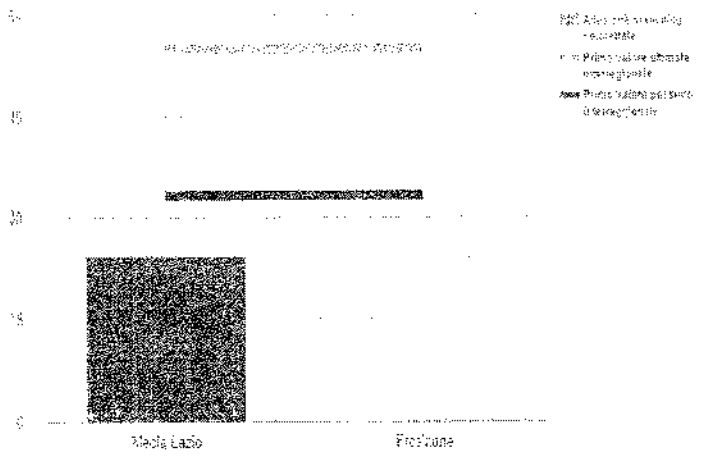
Popolazione bersaglio anno x + Popolazione bersaglio anno x-1 – donne escluse prima dell'invito nell'anno x – N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-1 *

	Estensione screening mammografico	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	62,29	90,56	76,97
Frosinone	32,91	90,56	76,97

ASL
FROSINONE

Adesione screening colorettale

Lo screening colorettale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati.
Nota: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni di riferimento degli indicatori per ogni regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio).



Definizione

Percentuale di persone che hanno partecipato allo screening colorettale rispetto alle persone invitate

Numeratore

N. persone che hanno partecipato allo screening colorettale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)

Denominatore

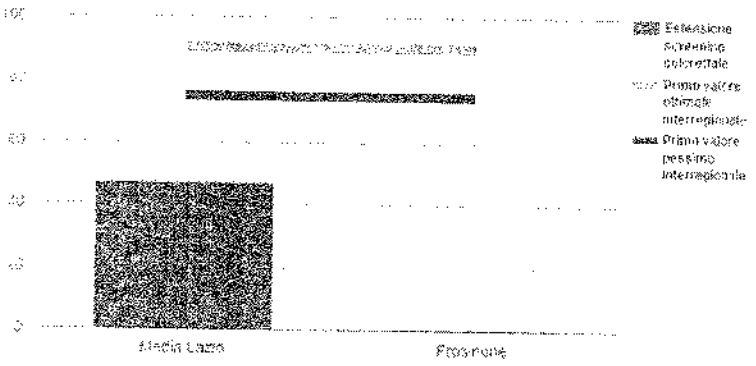
N. invitati allo screening colorettale a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito) – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. persone escluse dopo

	Adesione screening colorettale	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	24,34	55,08	33,32
Frosinone	0	55,08	33,32

Fonte:

Estensione screening colorettale

Lo screening colorettale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.
Note: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli effettivi anni di riferimento degli indicatori per ogni regione sono riportati nelle tabelle dei dati. L'anno indicato sui grafici si riferisce in questo caso all'anno della valutazione (bersaglio).



Definizione
Percentuale di persone invitate allo screening colorettale rispetto alla popolazione bersaglio (50-70) nei due anni oggetto della rilevazione

Numeratore
N. invitati nell'anno x + N. invitati nell'anno x-1 – N. Inviti inesitati nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 *

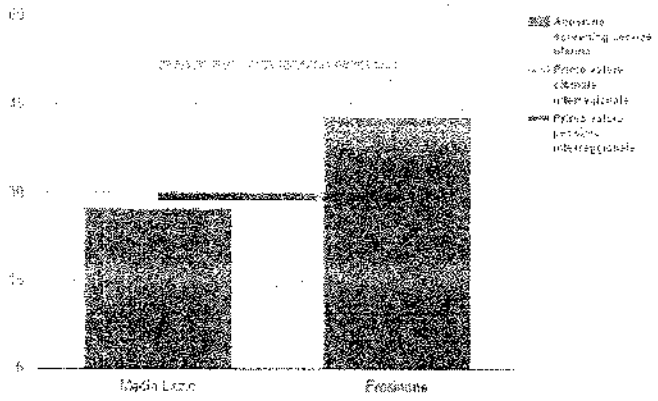
Denominatore
Popolazione bersaglio anno x + Popolazione bersaglio anno x-1 – N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x – N. persone escluse prima dell'invito nell'anno x-1 *

	Estensione screening colorettale	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	46,93	90,14	74,71
Frosinone	0	90,14	74,71

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Adesione screening cervice uterina



Fonte:

Definizione

Percentuale di donne che hanno partecipato allo screening della cervice uterina rispetto alle donne invitate

Numeratore

N. donne che hanno partecipato allo screening a seguito di un invito effettuato nell'anno oggetto di rilevazione (rispondenti fino al 30 aprile dell'anno successivo a quello di invito)

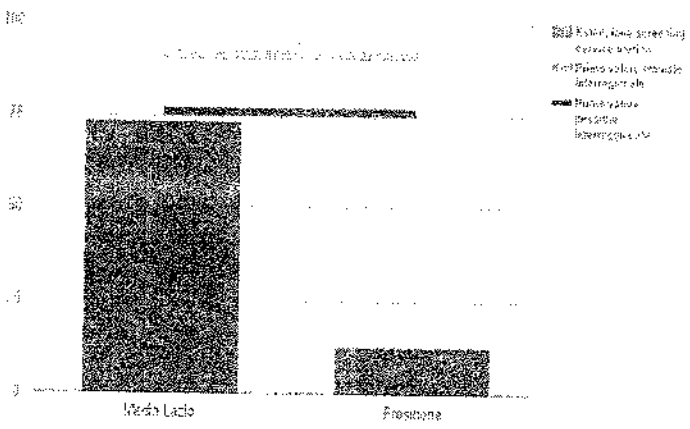
Denominatore

N. donne invitate allo screening della cervice uterina nell'anno oggetto della rilevazione – inviti inesitati nell'anno oggetto di rilevazione – N. donne escluse dopo l'invito *

	Adesione screening cervice uterina	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	27,32	51,7	29,31
Frosinone	42,79	51,7	29,31

Estensione screening cervice uterina

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione. Nota: i grafici riportano i dati più recenti a disposizione di ciascuna regione. Gli anni di riferimento dei dati per ogni regione sono riportati nelle tabelle.



Fonte: [illegible]

Definizione

Percentuale di donne invitate allo screening cervice uterina rispetto alla popolazione bersaglio (25-64) nei tre anni oggetto della rilevazione

Numeratore

N. Donne invitate nell'anno x + N. Donne invitate nell'anno x-1 + N. Donne invitate nell'anno x-2 – N. Inviti inesitati nell'anno x - N. Inviti inesitati nell'anno x-1 – N. inviti inesitati nell'anno x-2 *

Denominatore

Popolazione bersaglio anno x + Popolazione bersaglio anno x-1 + Popolazione bersaglio anno x-2 – N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x – N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-1 - N. donne escluse prima dell'invito nell'anno x-2 *

	Estensione screening cervice uterina	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	73,4	91,15	75,8
Frosinone	12,85	91,15	75,8

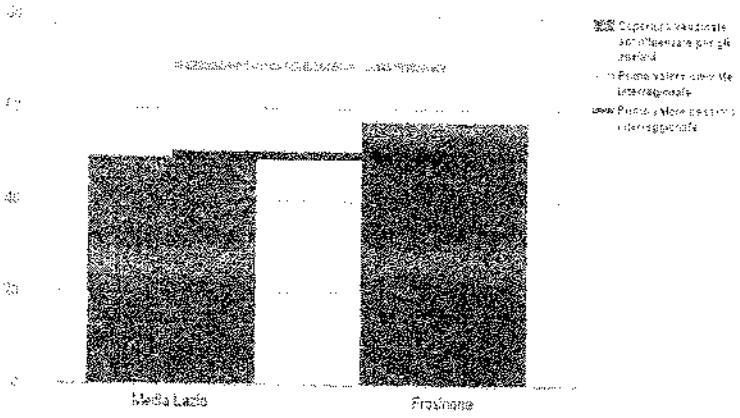
5.2 Copertura vaccinale

La vaccinazione costituisce uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. I benefici che si conseguono con tale pratica si manifestano direttamente sui soggetti vaccinati, ed indirettamente, per la protezione indotta, anche ai soggetti non vaccinati (c.d. *herd immunity*).
L'indicatore sulla copertura vaccinale è costruito sulla base di sette sottoindicatori, tutti di valutazione.
Due sottoindicatori hanno per oggetto la vaccinazione antinfluenzale e monitorano la copertura rispetto ad essa della popolazione anziana e degli operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche(questultima ancora non disponibile per la Regione Lazio).
Gli altri cinque sottoindicatori monitorano la copertura di cinque vaccinazioni da svolgersi in età pediatrica, non obbligatorie ma raccomandate e previste dal calendario vaccinale nazionale. Si tratta del vaccino per morbillo, parotite e rosolia, di quello antimeningococcico, di quello antipneumococcico, di quello esavalente somministrati entro il 24° mese di vita del bambino e di quello contro il Papilloma virus (HPV)), rivolto alle bambine dodicenni (per approfondimenti si veda parte B politica A del Piano Strategico).

100

ASL FROSINONE

Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani



Definizione
Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio

Numeratore
Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni

Denominatore
Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residenti

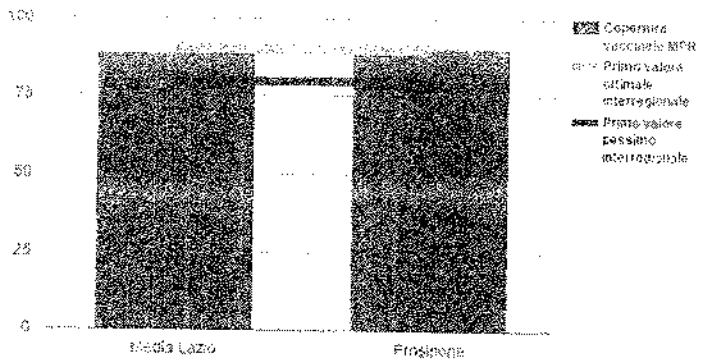
	Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	49,46	69,17	49,8
Frosinone	57,32	69,17	49,8

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Copertura vaccinale MPR

Il vaccino MPR è un unico vaccino grazie al quale è possibile prevenire morbillo, parotite e rosolia. Il calcolo della copertura vaccinale per MPR è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre di ogni anno ed il numero di bambini potenzialmente vaccinabili. L'obiettivo di copertura a livello nazionale è del 95% della popolazione target.



Fonte: [illegible]

Definizione

Copertura vaccinale MPR (morbillo, parotite, rosolia) nei bambini che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione e residenti nel territorio di competenza

Numeratore

Cicli vaccinali MPR completati al 31 dicembre (ciclo di base completo 1 dose)

Denominatore

N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione

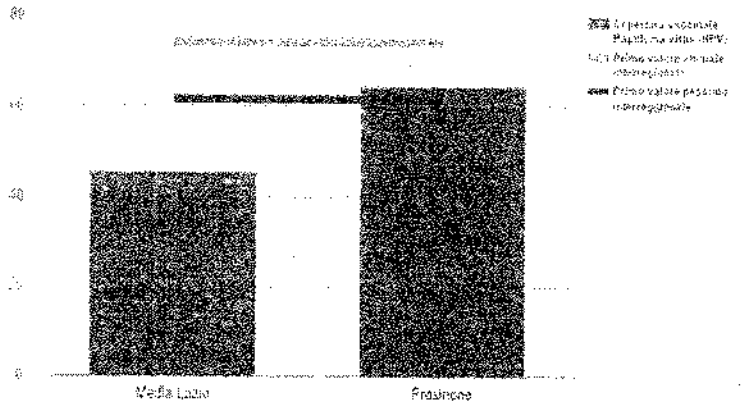
	Copertura vaccinale MPR	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	88,54	90,06	79,7
Frosinone	90,65	90,06	79,7

ASL FROSINONE

Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)

La vaccinazione contro il Papilloma virus (HPV), responsabile di infezioni genitali femminili e, a lunga distanza, anche dell'insorgere del tumore della cervice uterina, viene effettuata presso tutti i centri vaccinali dell'azienda sanitaria di appartenenza e consiste nella somministrazione di tre iniezioni intramuscolari nell'arco di sei mesi. Questa campagna vaccinale non sostituisce ma affianca il programma di screening mediante il Pap test, che rappresenta l'altro strumento fondamentale di prevenzione del tumore al collo dell'utero.

L'indicatore sulla copertura vaccinale del Papilloma virus (HPV) è dato dal rapporto tra il numero di cicli vaccinali completati al 31 dicembre dell'anno di rilevazione e il numero di bambine che hanno compiuto il dodicesimo anno di età. Questa fascia di età, precedente all'attività sessuale, risulta la più idonea alla vaccinazione universale per introdurre la migliore risposta immunitaria.



Definizione

Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio

Numeratore

Cicli vaccinali completati (3° dose registrata entro l'anno) entro 31 dicembre dell'anno di rilevazione nella coorte di riferimento

Denominatore

Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età

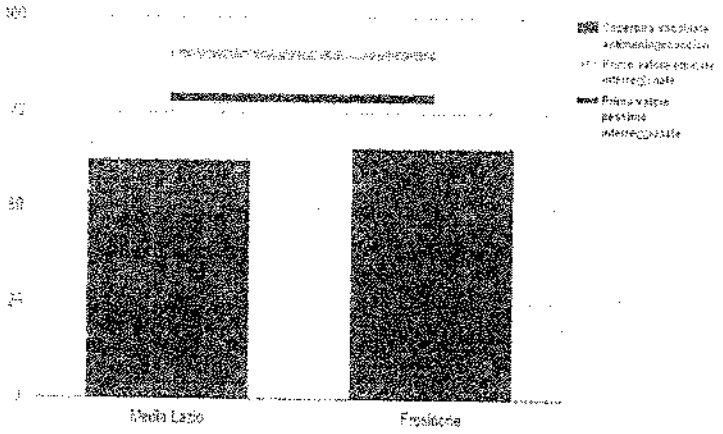
	Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	45,5	74,2	61,6
Frosinone	64,51	74,2	61,6

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Copertura vaccinale antimeningococcico

Il meningococco (o *Neisseria Menigitidis)* è un germe che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline di saliva emesse col respiro, con gli starnuti e con la tosse. E' spesso presente in gola senza dare alcun disturbo; ma se riesce a passare nel sangue può provocare malattie molto gravi come la malattia "menigococcica invasiva". Questa malattia può determinare la setticemia (un'infezione che si sviluppa nel sangue) e la meningite (l'infiammazione della membrana che avvolge il cervello).
I bambini sotto i 4 anni d'età e gli adolescenti posso essere più frequentemente colpiti da queste gravi infezioni. La prevenzione è l'arma più efficace contro le infezioni da meningococco. Dal 2002 è disponibile un vaccino che protegge dal meningococco C ed è efficace anche nei bambini di età inferiore ai 2 anni.
Questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



Definizione

Grado di copertura vaccinale antimeningococcico a 24 mesi

Numeratore

Cicli vaccinali completati (una dose registrata entro l'anno) al 31 dicembre per Antimeningococcica

Denominatore

Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

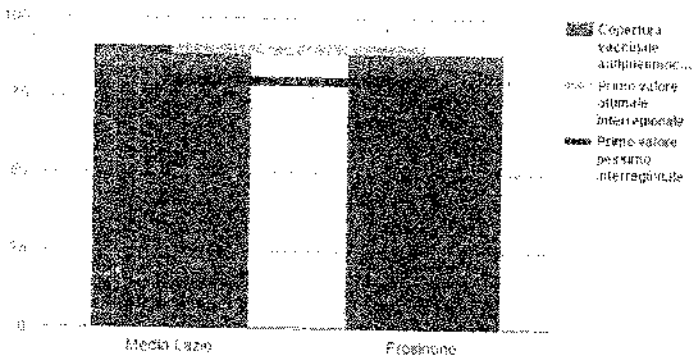
	Copertura vaccinale antimeningococcico	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	62,64	90,33	79
Frosinone	65,93	90,33	79

Fonte:

ASL FROSINONE

Copertura vaccinale antipneumococcico

Lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) appartiene ad una famiglia di batteri che comprende circa 80 sottotipi, alcuni dei quali sono responsabili di infezioni nell'infanzia. Questo germe, che si trasmette da persona a persona tramite le goccioline respiratorie, è spesso presente nella gola e nel naso di molti soggetti sani, senza dare alcun sintomo; può succedere però che arrivi nel sangue e provochi la cosiddetta "malattia pneumococcica invasiva". Questa grave infezione può colpire soggetti di ogni età, anche se sono più a rischio i bambini al di sotto dei 2 anni d'età, e soprattutto i bambini affetti da una patologia cronica. La disponibilità di un vaccino sicuro ed efficace rappresenta il più importante strumento di prevenzione contro le più gravi patologie da pneumococco nel bambino. Anche questa vaccinazione, precedentemente offerta da molte regioni, è stata introdotta nel calendario vaccinale nazionale in seguito all'approvazione del Piano nazionale prevenzione vaccinale 2012-2014.



Fonte: [illegible]

Definizione

Grado di copertura vaccinale antipneumococcico al 24° mese

Numeratore

Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)

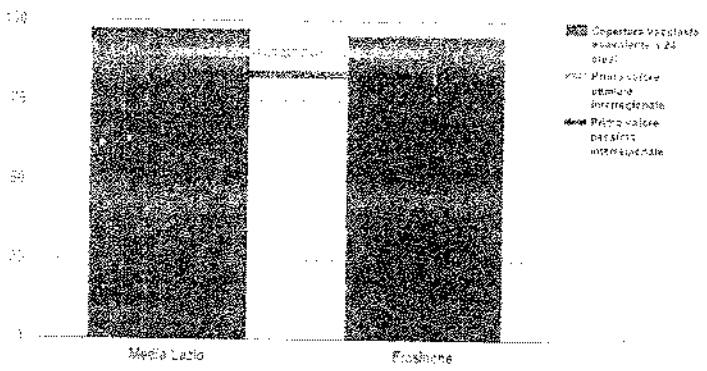
Denominatore

N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

	Copertura vaccinale antipneumococcico	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	91,25	90,07	79,77
Frosinone	89,05	90,07	79,77

ASL
FROSINONE

Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi



Definizione
Grado di Copertura vaccinale Esavalente a 24 mesi

Numeratore
Cicli vaccinali completati (3° dose) al 31 dicembre per Esavalente

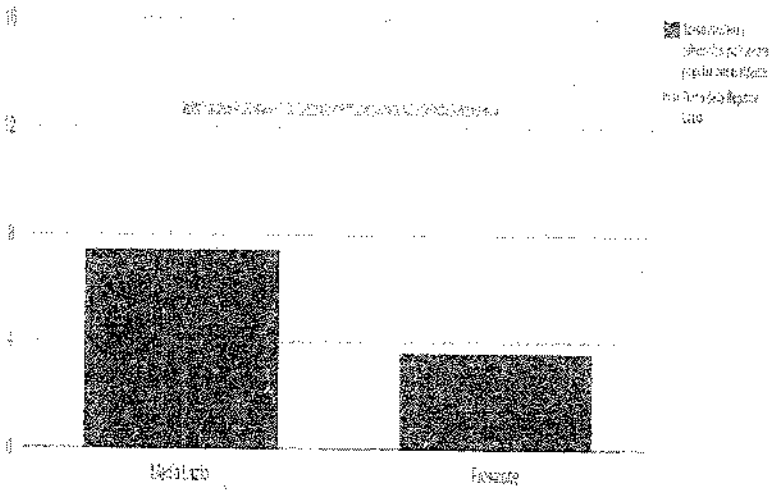
Denominatore
Numero di bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi

	Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	97,55	90,1	83,23
Frosinone	95,59	90,1	83,23

Fonte:

5.3 Malattie Infettive

Tasso incidenza tubercolosi polmonare nella popolazione residente



Definizione

Tasso incidenza tubercolosi polmonare nella popolazione residente

Numeratore

Casi tubercolosi polmonare notificati nell'anno nei residenti *100.000

Denominatore

Popolazione residente

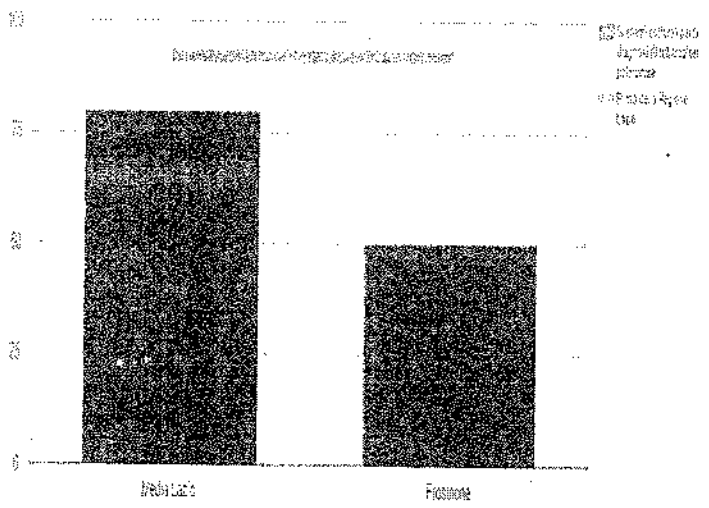
	Tasso incidenza tubercolosi polmonare popolazione residente	Primo della Regione Lazio
Frosinone	3,62	12,67
Media Lazio	7,46	12,67

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare

Questo indicatore è relativo alle attività di controllo della tubercolosi. E' dato dal rapporto tra i casi di tubercolosi polmonare per cui è stato effettuato l'accertamento colturale e i casi di tubercolosi polmonare notificati nell'anno. La coltura è quella effettuata su campioni respiratori.



Definizione

% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare

Numeratore

Numero di casi di tubercolosi polmonare per cui è stato effettuato l'accertamento colturale (*)*100

Denominatore

Casi di tubercolosi polmonare notificati nell'anno

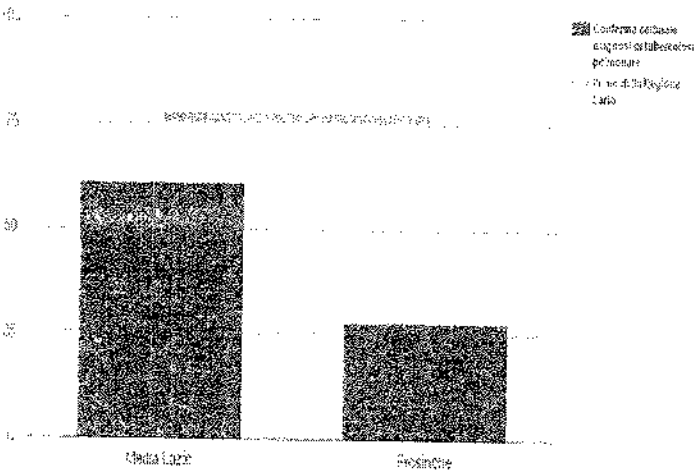
	% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare	Primo della Regione Lazio	
Frosinone	50	92,11	
Media Lazio	79,68	92,11	

Fonte:

ASL FROSINONE

Conferma colturale diagnosi di tubercolosi polmonare

Questo indicatore è relativo alla proporzione di casi di tubercolosi polmonare confermati da coltura. E' stato introdotto come indicatore di sola osservazione con lo scopo di sollevare l'attenzione delle aziende sanitarie nei confronti della materia.



Fonte:

Definizione

Conferma colturale diagnosi di tubercolosi polmonare

Numeratore

Numero diagnosi di tubercolosi polmonare confermati da coltura*100

Denominatore

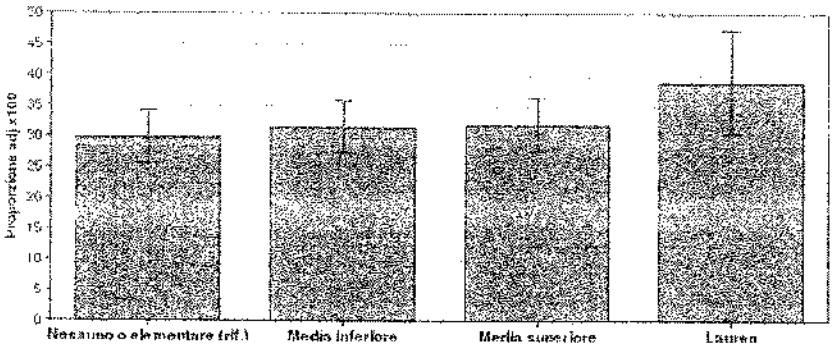
Casi di tubercolosi polmonare notificati nell'anno

	Conferma colturale diagnosi di tubercolosi polmonare	Primo della Regione Lazio
Frosinone	27,78	76,32
Media Lazio	60,73	76,32

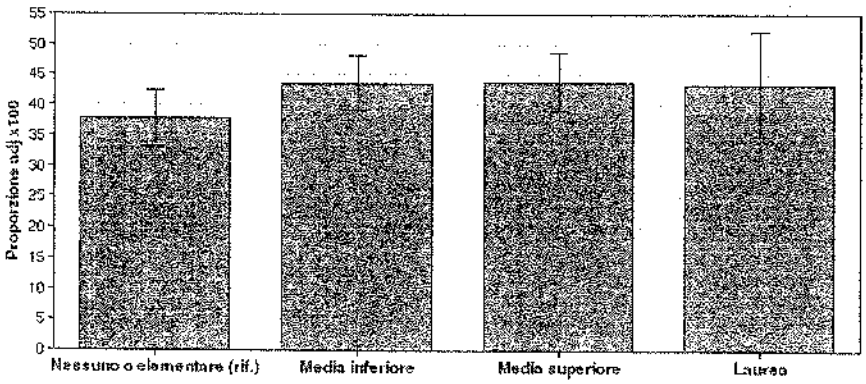
6. EQUITA' DELLE CURE

Equità delle cure (per approfondimenti si veda parte B politica A del Piano Strategico)

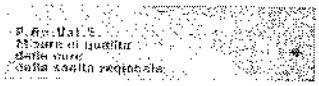
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di accesso)



STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di ricovero)

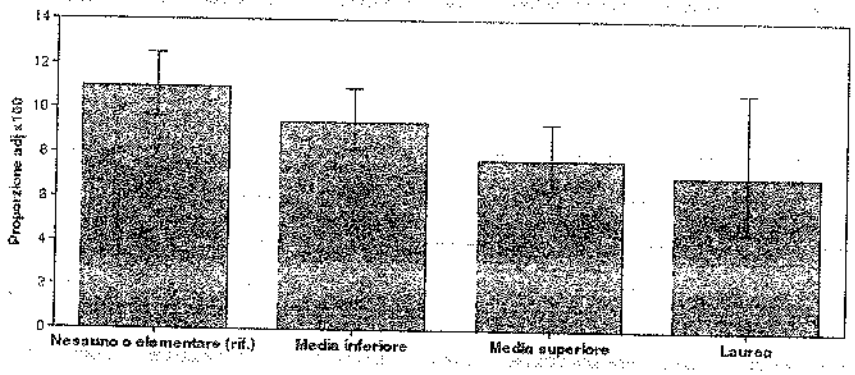


Si osserva come la proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'ora di primo accesso sia maggiore per i pazienti laureati nell'analisi per struttura di accesso (P.S. o ricovero) mentre mostri un trend più uniforme dei livelli di istruzione nell'analisi per struttura di ricovero.

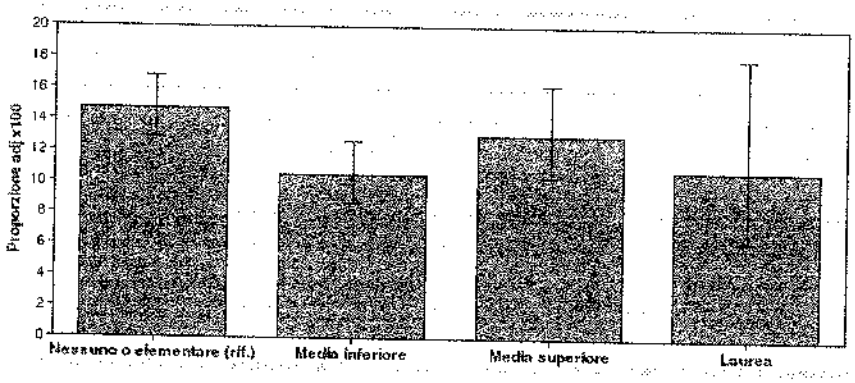
fonte 

ASL FROSINONE

Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso



Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni dal primo accesso



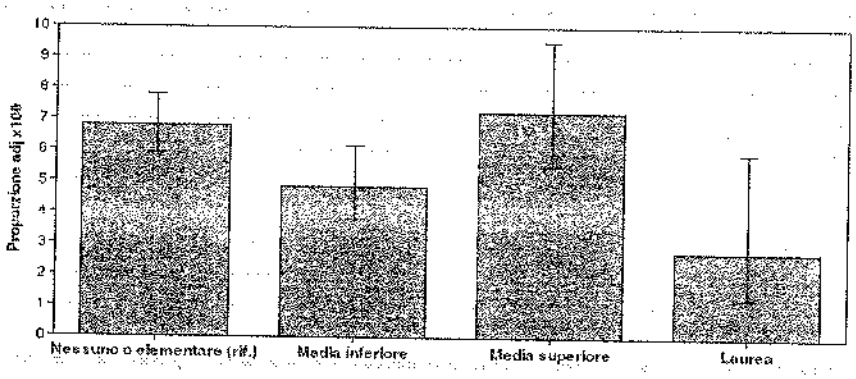
La mortalità per IMA risulta più bassa e variabile per i pazienti laureati.
Entrambi i grafici mostrano una disomogeneità della mortalità rispetto ai livelli di struttura

fonte: P.Re.Val.E. Misure di qualità della cura della sanità regionale

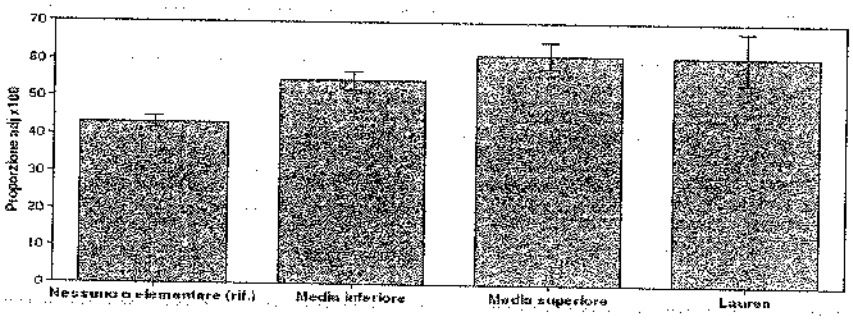
112

ASL FROSINONE

Frattura del collo del femore: mortalità a 30 giorni dal primo accesso



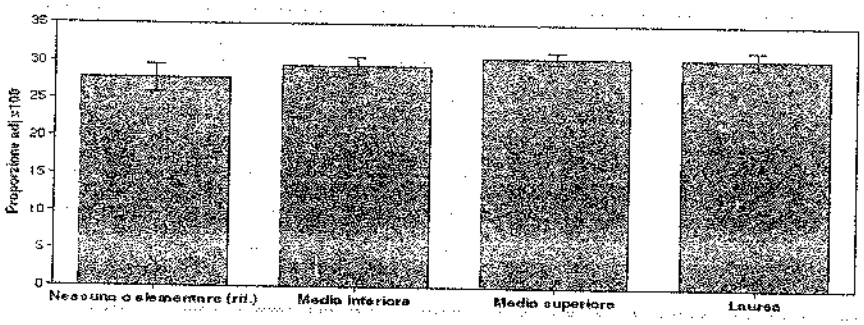
Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (struttura di ricovero)



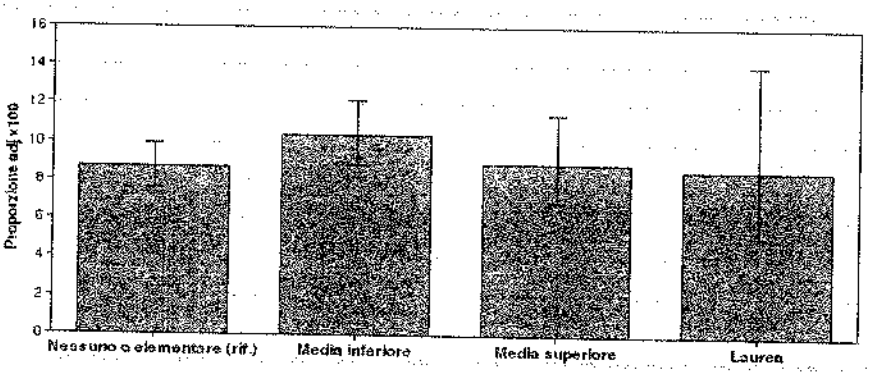
fonte: P.Ro.Val.I. Misure di qualità delle cure della sanità regionale

ASL FROSINONE

Proporzione di parti con taglio cesareo primario



BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso



fonte: [illegible]

1-4h

ASL FROSINONE

7. BILANCIO E ANALISI DELLE PERFORMANCE

7.1 Gestione delle emergenze
7.2 Integrazione ospedale territorio e performance territoriali
7.3 Performance Ospedaliere

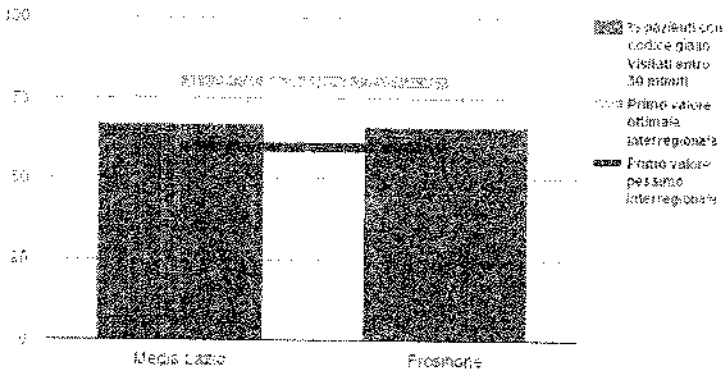
7.1 Gestione delle Emergenze

ASL FROSINONE

L'indicatore fornisce una valutazione più ampia sul "Percorso Emergenza-Urgenza": da una parte misura l' attività del Pronto Soccorso (tempi di attesa dei pazienti, tempi di permanenza per alcuni codici colore e capacità di filtro del Pronto Soccorso verso i ricoveri) e dall'altra fornisce una misura di alcuni aspetti del sistema 118.

% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice giallo che sono visitati dal medico entro 30 minuti dal momento dell'accettazione (triage).



Fonte: [illegible]

Definizione

Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice giallo e visitati entro 30 minuti rispetto al totale dei pazienti con codice giallo

Numeratore

N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100

Denominatore

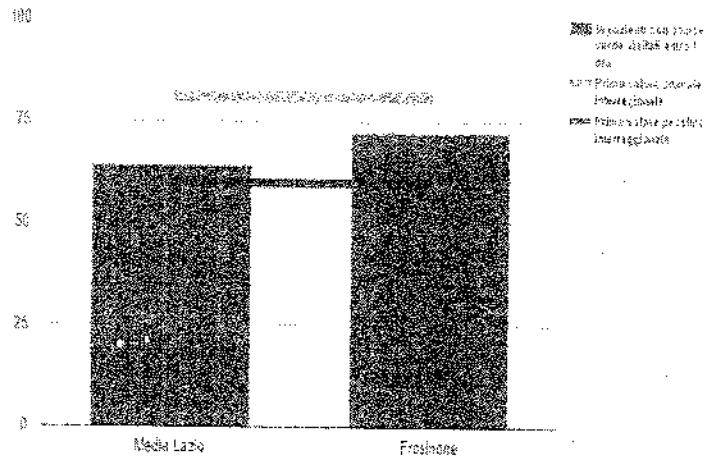
N. pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti

	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	66,97	80,37	59,83
Frosinone	68,34	80,37	59,83

ASL
FROSINONE

% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde che sono visitati dal medico entro 1 ora dal momento dell'accettazione (triage).



Fonte:

Definizione

Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde e visitati entro 1 oraati entro rispetto al totale dei pazienti con codice verde

Numeratore

N. pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100

Denominatore

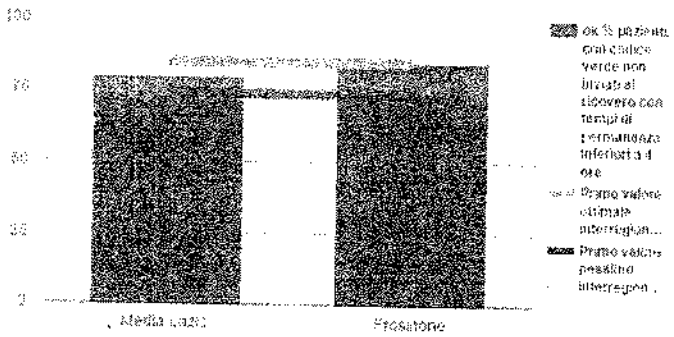
N. pazienti in PS con codice verde visit e oltre 1 ora

	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	64,18	80,9	59,79
Frosinone	72,34	80,9	59,79

ASL FROSINONE

% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

L'indicatore monitora la percentuale di pazienti con codice verde, non inviati al ricovero oppure ad Osservazione Breve, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore.



Definizione

Percentuale di pazienti registrati al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

Numeratore

N. pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore x 100

Denominatore

N. totale pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro e oltre 4 ore

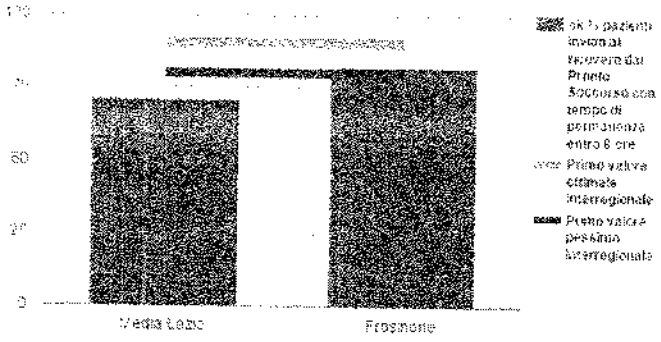
	% pazienti con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	79,7	85,03	73,94
Frosinone	85,19	85,03	73,94

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

% pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore

L'indicatore permette di valutare l'efficienza del sistema ospedale nel suo complesso e monitora la tempestività nella sistemazione dei pazienti ai quali il medico, una volta effettuata la visita in Pronto Soccorso, referta la necessità di ricovero o di atri approfondimenti. L'indicatore misura la percentuale dei pazienti che hanno un tempo di permanenza in Pronto Soccorso inferiore alle 8 ore, dal momento di assegnazione del codice colore gravità alla dimissione per ricovero o trasferimento ad altro istituto. Dal calcolo dell'indicatore vengono esclusi i casi di Osservazione Breve.



Fonte.

Definizione

Percentuale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore

Numeratore

N. pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore

Denominatore

N. Totale di pazienti inviati al ricovero con tempi di permanenza entro ed oltre le 8 ore

	% pazienti inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	70,81	90,42	79,96
Frosinone	82,33	90,42	79,96

119

ASL FROSINONE

Emergenza territoriale ed ospedaliera negli Istituti con PS/DEA Aprile 2015					
Aprile 2015	**ASL Frosinone**	**ASL Viterbo**	**Roma e Provincia**	**ASL Rieti**	**ASL Latina**
%ambulanze bloccate oltre 45'	3.7%	6.4%	26.3%	3.1%	11.4%
%ambulanze bloccate tra 30' e 45'	7.3%	3.40%	22%	3.4%	20.9%

Commento:

•La ASL di Frosinone nell'ultima rilevazione disponibile (aprile 2015) ha raggiunto discrete performance rispetto ai tempi di percentuali bloccate.

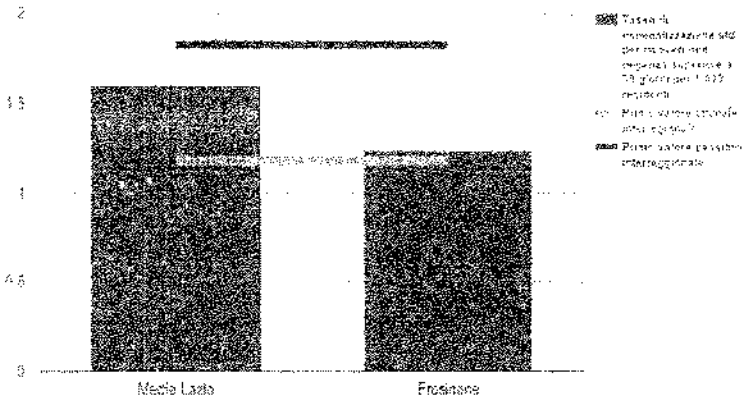
7.2 Integrazione Ospedale-territorio e performance territoriali

Uno dei principali obiettivi del SSN è garantire la continuità delle cure sia tra i diversi professionisti intra ed extarospedalieri - in modo che la frammentazione nata dallo sviluppo di competenze ultraspecialistiche si integri in un quadro unitario - sia tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto nel delicato confine tra ospedale e territorio. Il modello assistenziale orientato alla continuità delle cure prevede il disegno di appositi percorsi e la presa in carico costante nel tempo da parte di un team caratterizzato da competenze sociali e sanitarie. La carenza di strumenti e processi di integrazione può, infatti, comportare conseguenze rilevanti, sia per i pazienti che per le organizzazioni, come ad esempio la riduzione dell'efficacia della cura, la percezione da parte del paziente e dei suoi familiari di mancata presa in carico e, non meno importante, un utilizzo inappropriato delle risorse.
L'indicatore per l'integrazione fra ospedale e territorio intende, pertanto, valutare l'efficacia sanitaria delle attività territoriali ed il loro grado di integrazione con le attività ospedaliere, fondamentale nell'assicurare una buona continuità assistenziale. L'efficacia del territorio viene misurata sia in termini indiretti - attraverso le ospedalizzazioni di lungo periodo o ripetute, o le ospedalizzazioni per patologie specifiche che tendenzialmente possono essere ben seguite sul territorio - sia mediante alcuni indicatori sentinella riguardanti l'attività dei consultori (per approfondimenti si veda parte B politica B del Piano Strategico)

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti

L'indicatore misura indirettamente la capacità ricettiva del territorio ed il grado di continuità assistenziale tra ospedale e territorio. Un elevato numero di ricoveri con degenza superiore a 30 giorni - depurati dalla casistica più complessa - evidenzia una scarsa organizzazione a livello territoriale per la gestione dei cosiddetti ricoveri sociali, che richiederebbero l'accoglienza dei pazienti non autosufficienti in strutture residenziali protette per un periodo di tempo predefinito e sulla base di un progetto assistenziale individualizzato.



Fonte: [illegible]

Definizione

Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti

Numeratore

N. dimessi con degenza superiore a 30 giorni per Asl di residenza x 1000

Denominatore

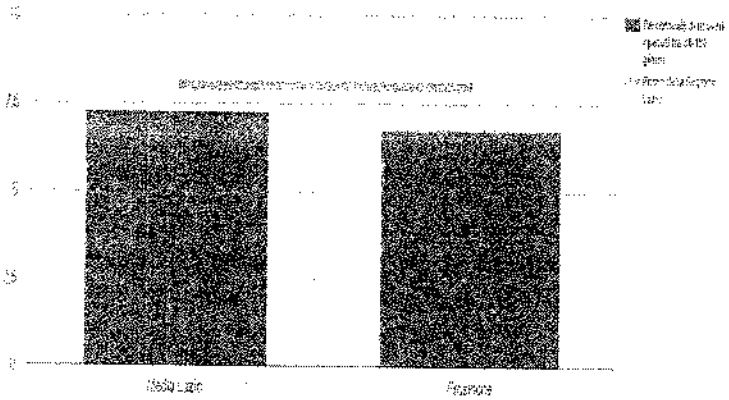
N. residenti con età > 1 anno

	Tasso di ospedalizzazione std per ricoveri con degenza superiore a 30 giorni per 1.000 residenti	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	1,6	1,18	1,83
Frosinone	1,24	1,18	1,83

ASL
FROSINONE

Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31-180 giorni

La percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni, con la stessa MDC (Categoria Diagnostica Principale), misura indirettamente la capacità di presa in carico territoriale del paziente. I pazienti che ritornano in ospedale, per un motivo di salute analogo a quello del precedente ricovero, presumibilmente, non hanno ricevuto un'assistenza adeguata a livello territoriale dopo la prima dimissione, pertanto il ricovero ripetuto viene attribuito all'azienda di residenza. Se, invece, il rientro in ospedale avviene nei 30 giorni successivi al primo ricovero, si ipotizza un'inadeguatezza delle cure ospedaliere.



Definizione

Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31 e 180 giorni dalla dimissione con stessa MDC in una struttura regionale

Numeratore

N. ricoveri ripetuti dei dimessi dal 1 gennaio al 30 giugno tra 31 e 180 giorni con stessa MDC in una qualunque struttura regionale (evento origine nel periodo 1 gen-30 giu, evento successivo nel periodo 1 gen-31 dic) x 100

Denominatore

N. ricoveri dal 1 gennaio al 30 giugno

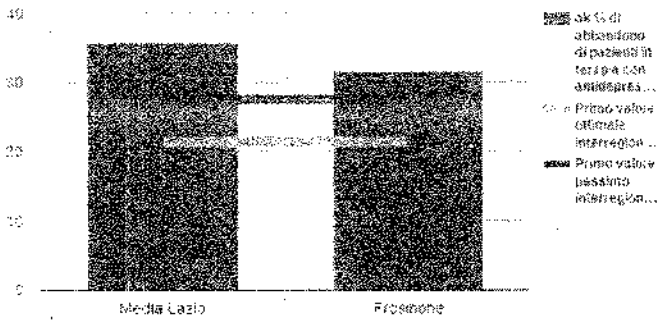
	Percentuale di ricoveri ripetuti tra 31-180 giorni	Primo della Regione Lazio
Frosinone	6,76	8
Media Lazio	7,29	8

Fonte:

ASL FROSINONE

% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

La terapia farmacologica con antidepressivi risulta efficace se protratta nel tempo e se c'è *compliance* da parte del paziente. L'indicatore misura quanti utenti hanno acquistato meno di 3 confezioni di antidepressivi in un anno, rivelando un utilizzo potenzialmente inappropriato di questi farmaci.



Definizione: % di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi

Numeratore: n. utenti che consumano 1 o 2 confezioni di antidepressivi all'anno x 1000

Denominatore: n. utenti che consumano antidepressivi

	% di abbandono di pazienti in terapia con antidepressivi	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	35,74	21,38	27,55
Frosinone	31,51	21,38	27,55

Fonte: [illegible]

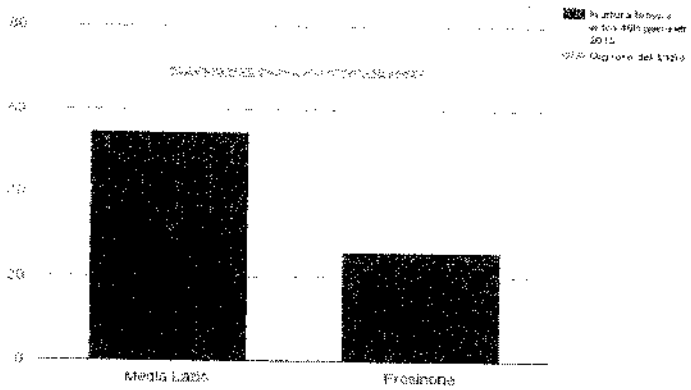
124

ASL
FROSINONE

7.3 Perfomance Ospedaliere e qualità di processo

Ogni sistema sanitario persegue l'obiettivo di fornire prestazioni di elevata qualità nell'assistenza ai pazienti. Gli indicatori di qualità clinica fanno riferimento alla componente professionale, per quanto riguarda l'adozione di tecniche strumentali e procedure diagnostiche, la tempestività delle stesse e la correttezza di esecuzione delle prestazioni, in base alle evidenze scientifiche ed alla condivisione con i professionisti (per approfondimenti si veda parte B politica D del Piano Strategico)

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (richiesto dal decreto 60%) gen-sett 2015



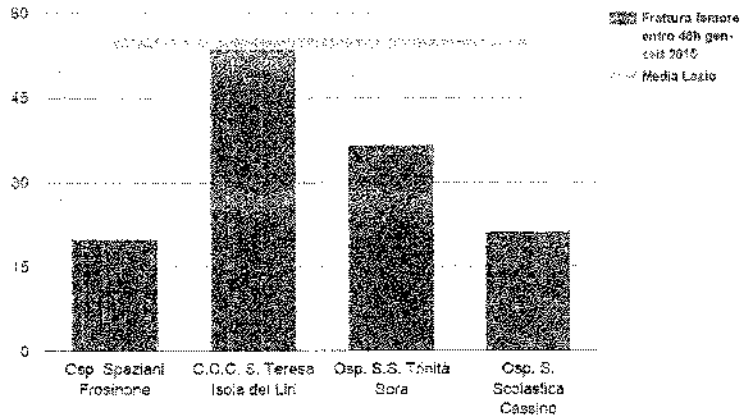
	Frattura femore entro 48h gen-sett 2015	Migliore del Lazio
Media Lazio	54,62	68,89
Frosinone	26,18	68,89

fonte: P.Re.Nat.S. Misure di qualità delle cure della sanità regionale

125

ASL FROSINONE

Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni (richiesto dal decreto 60%) ge-sett 2015
Ospedale Spaziani, Ospedale Santa Scolastica, Ospedale S.S. Trinità



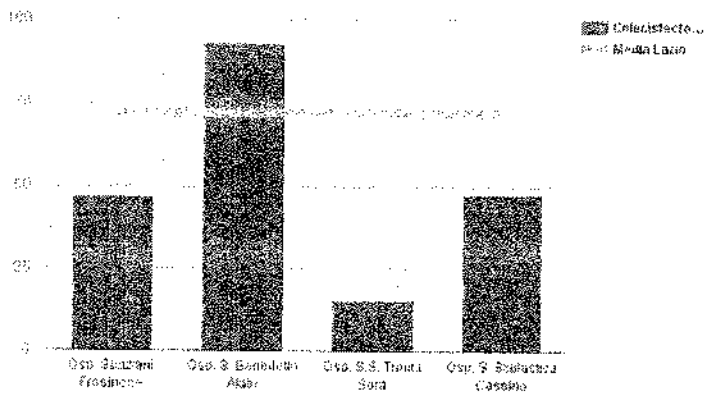
	Frattura femore entro 48h gen-sett 2015	Media Lazio
Osp. Spaziani Frosinone	20,09	54,62
C.C.C. S. Teresa Isola del Liri	53,85	54,62
Osp. S.S. Trinità Sora	36,71	54,62
Osp. S. Scolastica Cassino	21,35	54,62

fonte: P.Ra.Val.E. Misure di qualità della cura della sanità regionale

126

ASL FROSINONE

Struttura ospedaliera: proporzione di ricoveri in regime ordinario/day surgery con degenza post-operatoria entro 3 giorni dall'intervento di colecistectomia laparoscopica. gen-sett 2015



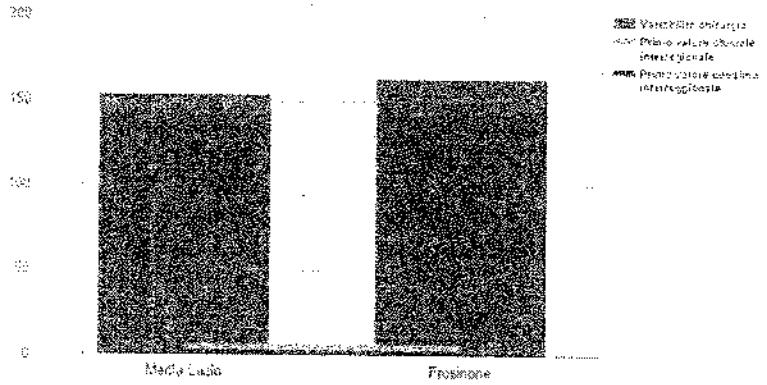
	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria <3gg gen-sett 2015	Media Lazio
Osp. Spaziani Frosinone	46,88	72,06
Osp. S. Benedetto Alatri	92,86	72,06
Osp. S.S. Trinità Sora	15,38	72,06
Osp. S. Scolastica Cassino	47,5	72,06

fonte: P.Re.Val.E. Misure di qualità delle cure nella sanità regionale

ASL FROSINONE

Variabilità chirurgia

L'elevata variabilità intra e infraregionale, registrata su buona parte degli indicatori di performance, sporadicamente è dovuta alla personalizzazione dei servizi rispetto alle esigenze socio-sanitarie dei cittadini. Numerosi studi a livello internazionale hanno dimostrato che la variabilità geografica di alcune prestazioni di chirurgia elettiva non è del tutto giustificata da una differenza reale nel bisogno espresso ma piuttosto rappresenta un problema di appropriatezza dei comportamenti professionali ed organizzativi. A questo occorre aggiungere che in sanità è spesso l'offerta a creare ed incentivare la domanda; diventano quindi cruciali i processi di selezione e allocazione delle risorse critiche (come i professionisti medici), nell'intento di limitare sia fenomeni di sovra-produzione che situazioni di vuoto d'offerta a cui corrispondono dinamiche di mobilità.
L'indicatore "Variabilità chirurgica" analizza pertanto la variabilità dei tassi di ospedalizzazione dei seguenti interventi chirurgici in elezione: tonsillectomia, colecistectomia, colecistectomia laparoscopica, sostituzione del ginocchio, sostituzione dell'anca, stripping di vene, angioplastica coronarica, prostatectomia transuretrale, isterectomia, artroscopia al ginocchio. Dal 2013 per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata, come *standard*, la popolazione residente in Italia anno 2011 - fonte ISTAT.

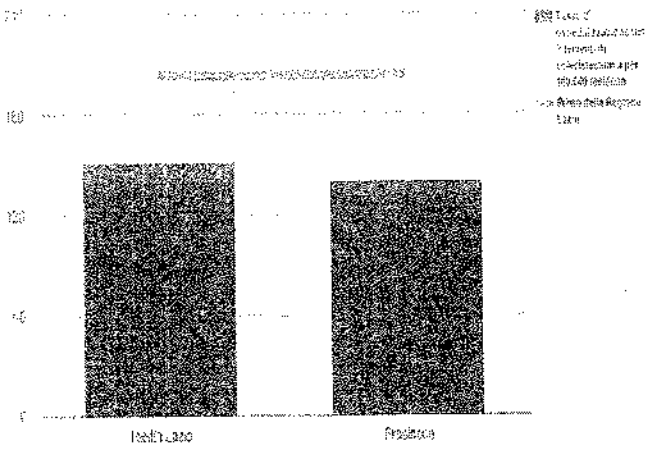


	Variabilità chirurgia	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	154	3,97	0,68
Frosinone	163	3,97	0,68

Fonte:

Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia per 100.000 residenti

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di colecistectomia, in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.



Fonte: [illegible]

Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di colecistectomia relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

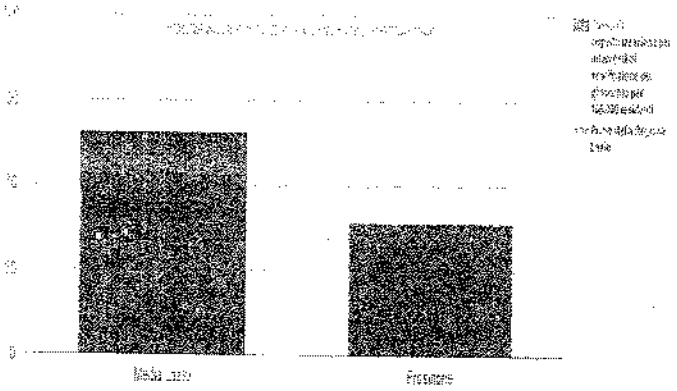
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni

	Tasso di ospedalizzazione per interventi di colecistectomia per 100.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	140	203
Media Lazio	151,08	203

ASL
FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio per 100.000 residenti

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di sostituzione del ginocchio, in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.



Fonte:

Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di sostituzione del ginocchio relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni

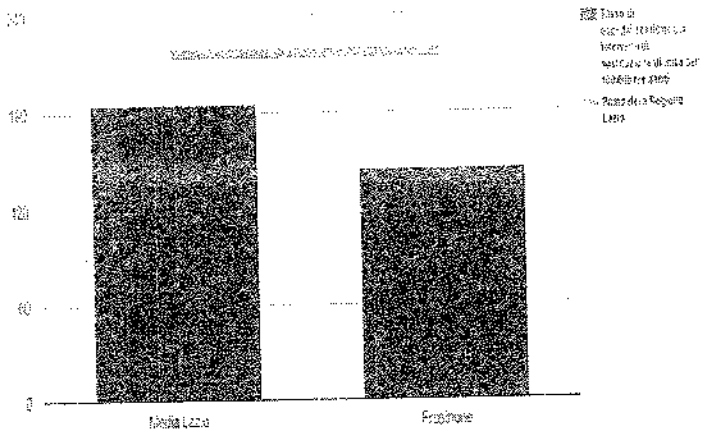
	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione del ginocchio per 100.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	47	115
Media Lazio	79,08	115

130

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca per 100.000 residenti

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di sostituzione dell'anca, in pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione dell'anca, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di sostituzione dell'anca relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

Numero residenti con età maggiore o uguale a 65 anni

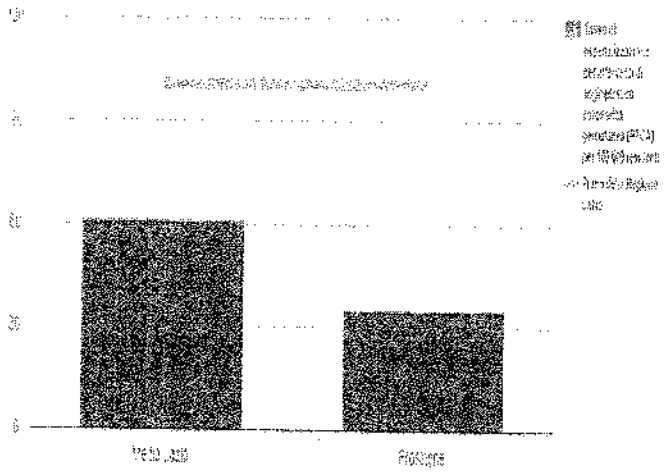
	Tasso di ospedalizzazione per interventi di sostituzione di anca per 100.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	144	216
Media Lazio	184,75	216

Fonte:

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) per 100.000 residenti

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di angioplastica coronarica percutanea (PTCA), in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.



Fonte: [illegible]

Definizione
Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA), per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso

Numeratore
Numero di ricoveri per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) relativi ai residenti x 100.000

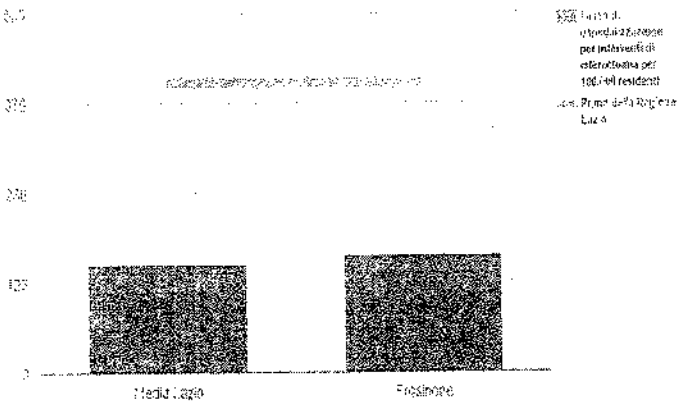
Denominatore
Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni

	Tasso di ospedalizzazione per interventi di angioplastica coronarica percutanea (PTCA) per 100.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	35	101
Media Lazio	60,91	101

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia per 100.000 residenti

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici di isterectomia, in pazienti di sesso femminile con età maggiore o uguale a 18 anni.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia, per 100.000 residenti standardizzato per età

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di isterectomia, relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

Numero residenti donne con età maggiore o uguale a 18 anni

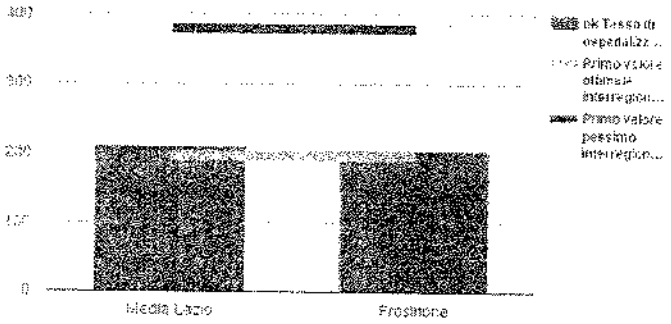
	Tasso di ospedalizzazione per interventi di isterectomia per 100.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	163	403
Media Lazio	149,83	403

Fonte: [illegible]

ASL
FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di tonsillectomia non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione al trattamento chirurgico. L'indicatore consente di evidenziare eventuali variabilità nelle pratiche cliniche e nell'equità di accesso all'assistenza sanitaria tra le diverse aree geografiche esaminate. L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione per interventi chirurgici di tonsillectomia, in pazienti con età minore o uguale a 17 anni, standardizzato per età e sesso.



Fonte: [illegible]

Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia, per 100.000 residenti std per età e sesso

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di tonsillectomia relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

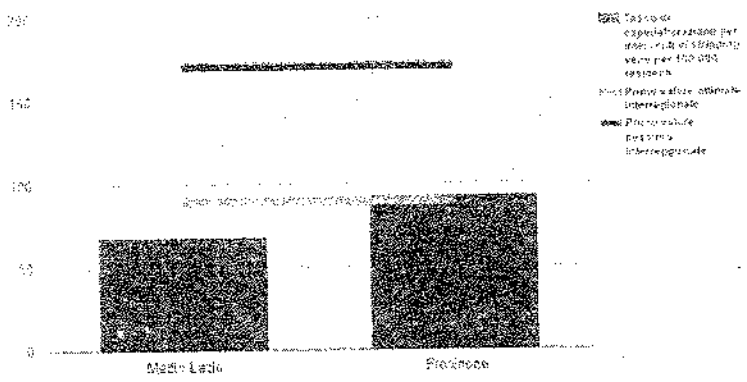
Numero residenti con età minore o uguale a 17 anni

	Tasso di ospedalizzazione per interventi di tonsillectomia per 100.000 residenti	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	209,75	196,99	379,66
Frosinone	206	196.99	379,66

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti

La variabilità negli interventi di stripping di vene non è totalmente giustificata da una differenza nel bisogno della popolazione, ma esprime presumibilmente un problema di appropriatezza, perché legata alle differenze regionali e aziendali nell'organizzazione dell'offerta sanitaria, alle diverse capacità di adeguamento e innovazione tecnologici, ai diversi comportamenti clinico-professionali. Dal momento che risulta poco probabile una variabilità sistematica delle indicazioni per l'intervento di legatura o stripping tra le aree considerate, l'indicatore consente di identificare un potenziale sovra-utilizzo o sotto-utilizzo della tecnica chirurgica. Si ricorda inoltre che per questa tipologia di intervento il D.P.C.M. 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" prevede la migrazione da trattamento in regime ordinario ad ambulatoriale.
L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di stripping vene, in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di stripping vene, relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni

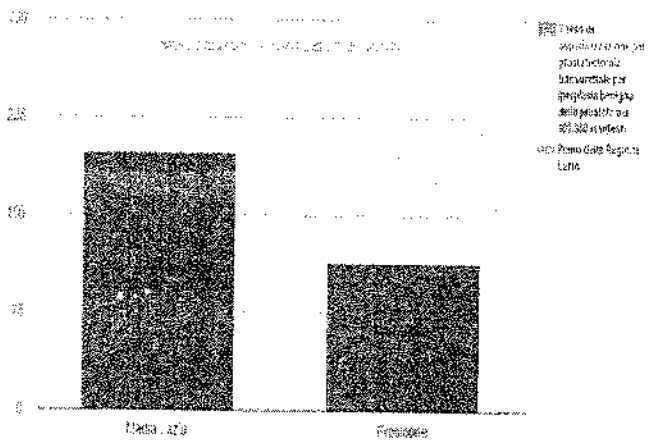
	Tasso di ospedalizzazione per interventi di stripping vene per 100.000 residenti	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	66,16	89,56	170,45
Frosinone	93	89,56	170,45

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata per 100.000 residenti

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età per interventi chirurgici di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, in pazienti di sesso maschile con età maggiore o uguale a 18 anni.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, per 100.000 residenti standardizzato per età

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata, relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

Numero residenti uomini con età maggiore o uguale a 18 anni

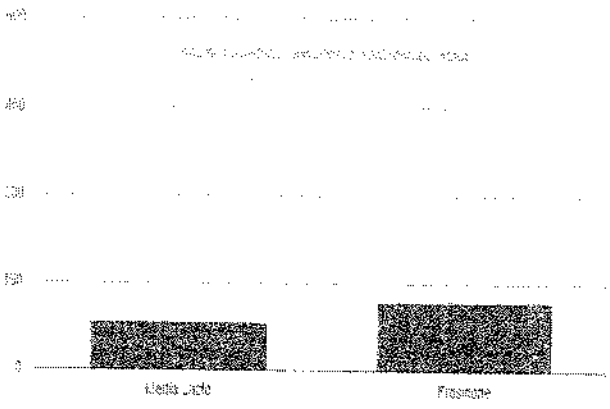
	Tasso di ospedalizzazione per prostatectomia transuretrale per iperplasia benigna della prostata per 100.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	113,00	280
Media Lazio	197,583	280

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio per 100.000 residenti

L'indicatore mostra il tasso di ospedalizzazione standardizzato per età e sesso per interventi chirurgici di artroscopia al ginocchio, in pazienti con età maggiore o uguale a 18 anni.



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio, per 100.000 residenti standardizzato per età e sesso

Numeratore

Numero di ricoveri per interventi di artroscopia al ginocchio relativi ai residenti x 100.000

Denominatore

Numero residenti con età maggiore o uguale a 18 anni

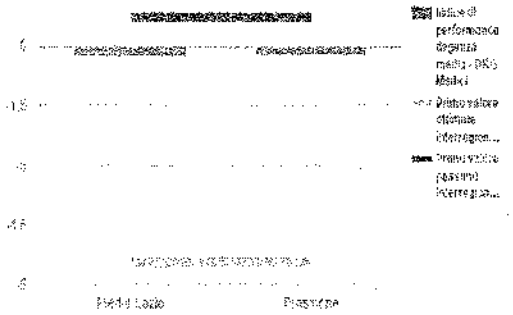
	Tasso di ospedalizzazione per interventi di artroscopia al ginocchio per 100.000 residenti	Primo della Regione Lazio
Frosinone	119,00	540
Media Lazio	83,416	540

Fonte: [illegible]

ASL FROSINONE

Indice di performance degenza media - DRG Medici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2013 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri medici.



Fonte: [illegible]

Definizione

Tasso di ospedalizzazione per Day Hospital chirurgico per acuti per azienda sanitaria di residenza, standardizzato per età e per sesso per 1.000 residenti

Numeratore

Numero di ricoveri in Day Hospital chirurgico relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

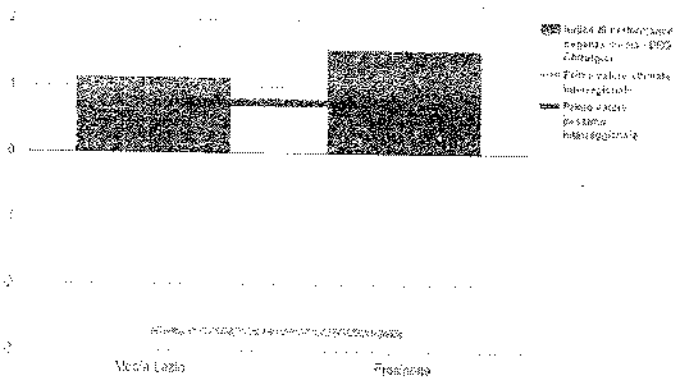
Numero residenti

	Indice di performance degenza media - DRG Medici	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	-0,25	-5,43	0,75
Frosinone	-0,24	-5,43	0,75

ASL FROSINONE

Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

L'Indice di Performance di Degenza Media (IPDM) confronta la degenza media per ciascun ricovero con la media registrata nel 2013 per la stessa tipologia di ricovero nelle diverse regioni del network. In termini gestionali, l'IPDM consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un basso livello dell'indicatore (minor numero di giorni di ricovero) si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo di risorse. L'IPDM permette una valutazione omogenea delle strutture poste a confronto, in quanto le aziende sono classificate tenendo conto della casistica erogata e, quindi, della tipologia di pazienti trattati. Il dato è qui presentato per i ricoveri chirurgici.



Fonte:

Definizione

Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici

Numeratore

∑ (giornate di degenza osservate - giornate di degenza attese)

Denominatore

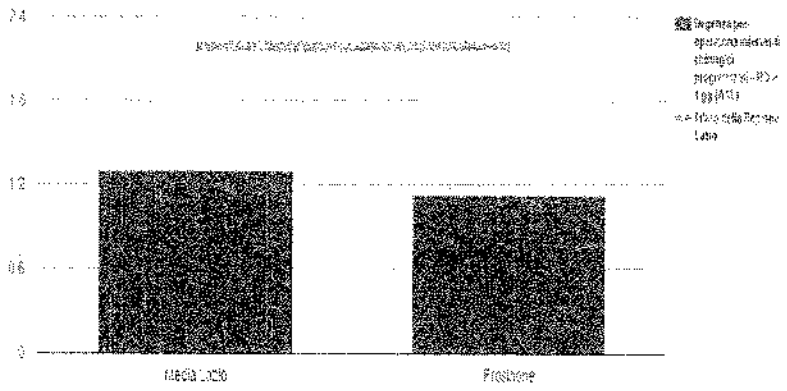
N. Dimissioni

	Indice di performance degenza media - DRG Chirurgici	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	1,15	-2,7	0,76
Frosinone	1,57	-2,7	0,76

ASL
FROSINONE

Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg (ASL)

Questo indicatore è largamente utilizzato a livello internazionale per valutare l'efficienza operativa nella gestione della chirurgia programmata, in quanto misura la durata media della permanenza in ospedale prima di un intervento. Un paziente per cui è stato programmato un intervento chirurgico dovrebbe essere ricoverato non più di un giorno prima dell'operazione; gli esami medici necessari per affrontare l'intervento dovrebbero essere eseguiti in regime ambulatoriale, prima del ricovero; un alto valore dell'indicatore rappresenta quindi un'inefficienza.
Dal punto di vista metodologico l'analisi è ristretta ai soli reparti chirurgici, escludendo quei pazienti afferenti a reparti medici che durante la degenza hanno effettuato procedure chirurgiche correlate al trattamento o diagnosi della loro patologia; in questi casi, infatti, la procedura chirurgica non risulta essere il motivo principale del ricovero e può, quindi, essere effettuata nei giorni seguenti l'ammissione.



Definizione

Giorni di degenza media precedenti l'intervento chirurgico per RO > 1 giorno (ASL)

Numeratore

Numero giorni di degenza precedenti l'intervento chirurgico

Denominatore

Numero di dimessi sottoposti a intervento chirurgico

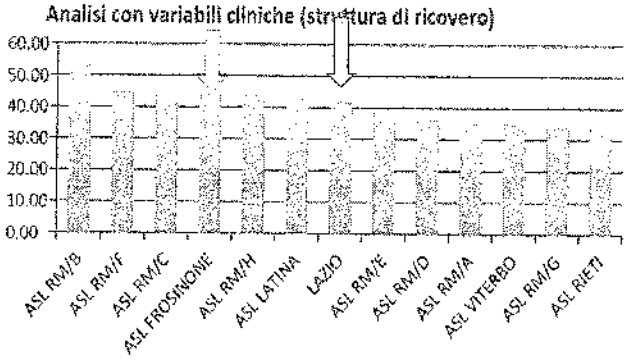
	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici programmati - RO > 1 gg (ASL)	Primo della Regione Lazio
Frosinone	1,13	2,19
Media Lazio	1,3	2,19

Fonte: [illegible]

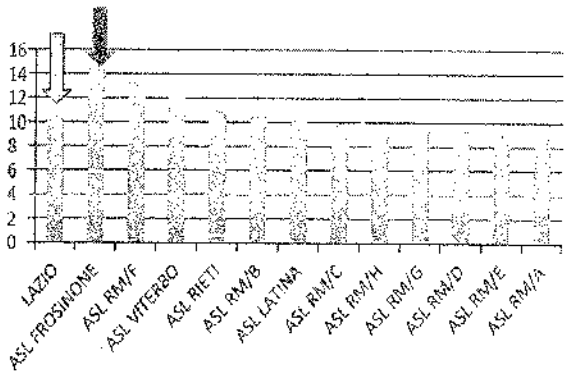
140

ASL FROSINONE

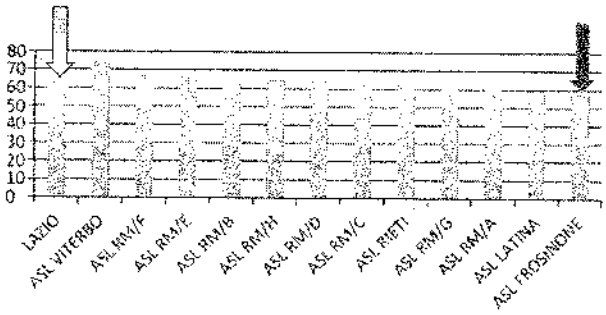
PTCA primaria - Lazio 2014
STEMI: proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti - Analisi con variabili cliniche (struttura di ricovero)



Valutare l'efficacia del trattamento - Lazio 2014.
STEMI: mortalità a 30 giorni (struttura di ricovero)

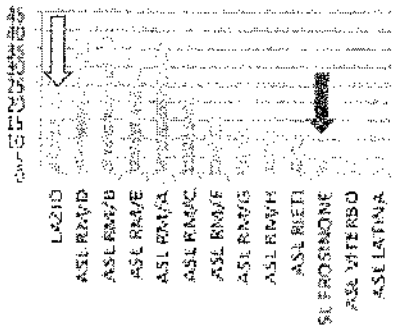


Prevenzione secondaria - Lazio 2013. IMA: trattamento con almeno 3 farmaci indicati dalle linee guida (antiaggreganti, beta-bloccanti, sostanze che agiscono sul sistema renina-angiotensina e statine) in un anno



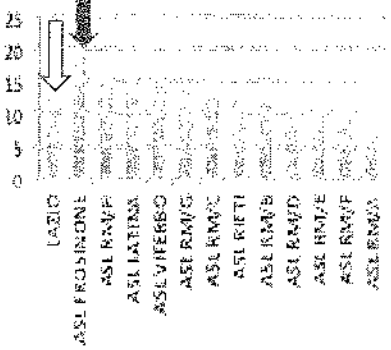
fonte: [illegible]

Ictus ischemico: ammessi in una stroke unit entro 1 giorno



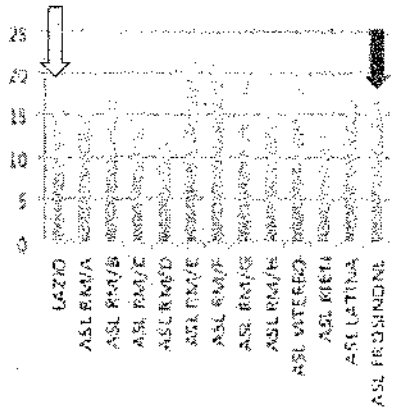
Ictus ischemico: ammessi in una stroke unit entro un giorno

Ictus ischemico: mortalità a 30 giorno dal primo accesso



Ictus ischemico: mortalità a 30 giorno dal primo accesso

Ictus ischemico: mortalità a 1 anno



Ictus ischemico: mortalità a 1 anno

fonte: [illegible]

142

ASL FROSINONE

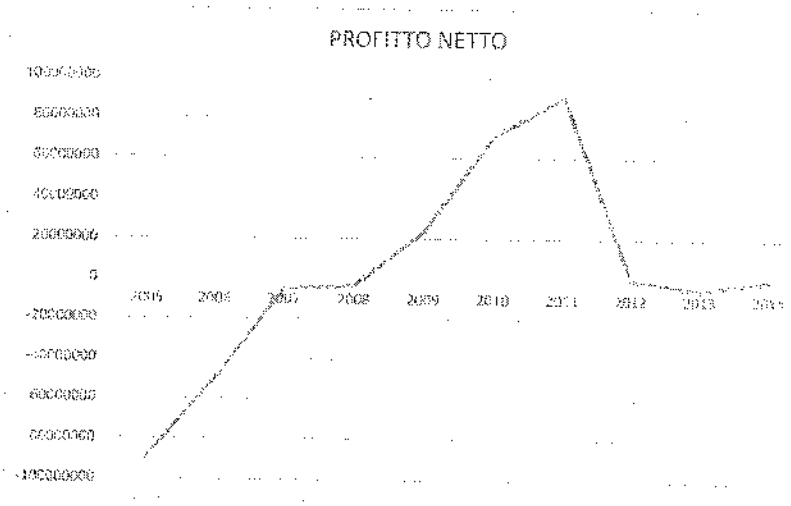
8. VALUTAZIONE ECONOMICO FINANZIARIA

8.1 Indicatori di performance:il profitto netto
8.2 Governo della Spesa Farmaceutica
8.3 Efficienza prescrittiva farmaceutica
8.4 Sicurezza sul lavoro
8.5 Mobilità passiva: Intra-regionale ed Extra-regionale

8.1 Indicatori di Performance: il Profitto netto

Per la Valutazione economica finanziaria è stato utilizzato un indicatore di performance (Key Performance Indicator) del Financial Times ed è stato applicato ai bilanci della Asl dal 2008 al 2014: l'indicatore in questione e il Profitto Netto (Net Profit).

ANNO	PROFITTO NETTO
2005	-89662433
2006	-50300469
2007	-4816476
2008	-3471571
2009	23336532
2010	71063905
2011	89865320
2012	1
2013	-4997529
2014	0

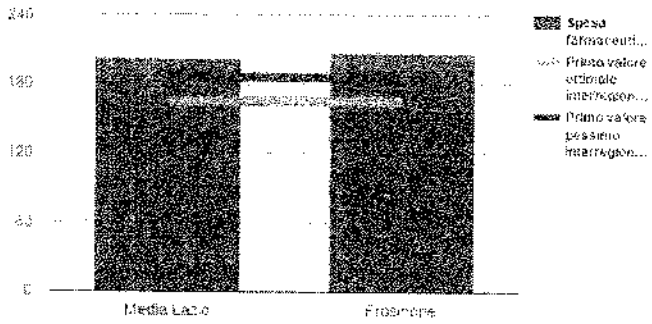


8.2 Governo della spesa farmaceutica e dispositivi

L'indicatore è finalizzato al monitoraggio del perseguimento degli obiettivi regionali di razionalizzazione e contenimento sia della spesa farmaceutica, sia della spesa inerente i dispositivi medico-chirurgici. Per quanto concerne l'ambito farmaceutico, l'indicatore rileva la spesa pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto. La spesa farmaceutica ospedaliera viene invece monitorata attraverso un altro indicatore (per approfondimenti si veda parte B politica C del Piano Strategico)

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

L'indicatore rileva la spesa farmaceutica territoriale pro-capite dei farmaci di classe A erogati a carico del sistema sanitario regionale. Il dato comprende sia i farmaci dispensati in regime convenzionale, sia quelli somministrati mediante la distribuzione diretta e per conto.



Definizione

Spesa farmaceutica territoriale pro-capite

Numeratore

Spesa netta per la farmaceutica convenzionata + spesa per distribuzione diretta e per conto

Denominatore

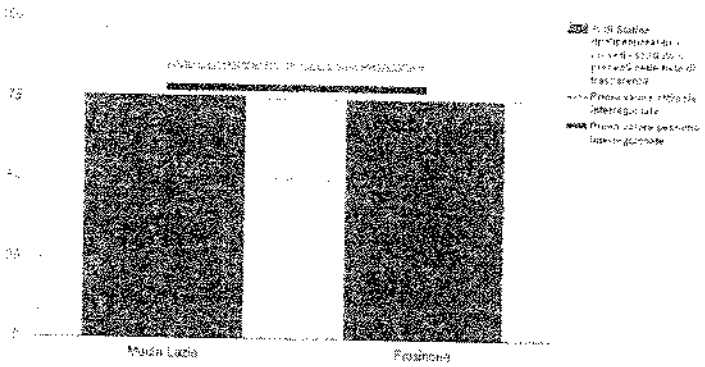
Popolazione pesata

	Spesa farmaceutica territoriale pro-capite	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	202,26	165,07	185,98
Frosinone	207,38	165,07	185,98

Fonte:

8.3 Efficienza prescrittiva farmaceutica

L'indicatore monitora alcune categorie di farmaci che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. La selezione delle categorie farmacologiche oggetto di valutazione e la determinazione degli obiettivi specifici sono state aggiornate negli anni. L'indicatore monitora, in particolare, l'utilizzo di molecole non coperte da brevetto - che hanno un costo minore rispetto a quelle che hanno ancora la copertura brevettuale - perché spesso i farmaci più nuovi e ancora coperti da brevetto non portano effettivi benefici terapeutici, a fronte di un prezzo più elevato. L'utilizzo dei farmaci equivalenti consente di liberare risorse da investire in farmaci realmente innovativi (per approfondimenti si veda parte B politica D del Piano Strategico)



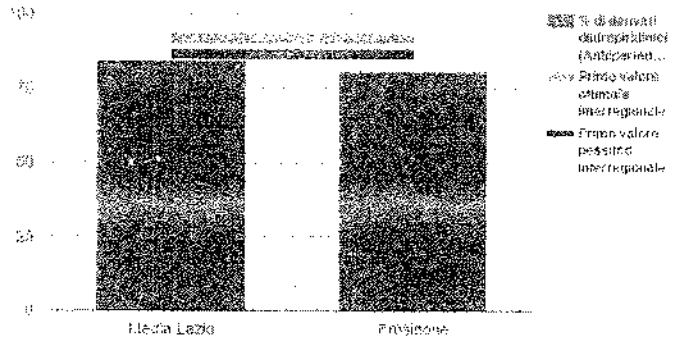
	% di Statine (Ipolipemizzanti) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	76,28	85,1	78,25
Frosinone	74,95	85,1	78,25

Fonte: [illegible]

All 5

ASL
FROSINONE

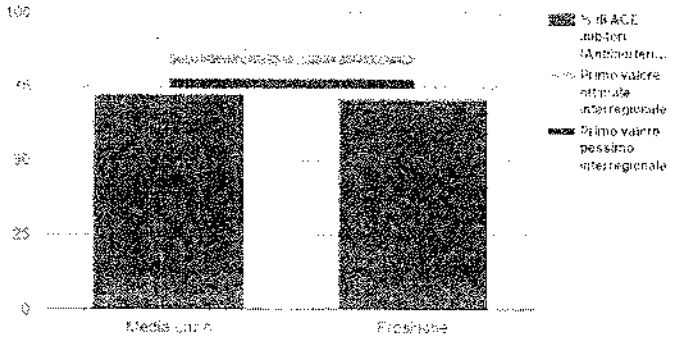
% di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



	% di derivati diidropiridinici (Antiipertensivi) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasp	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	84,2	91,72	86,47
Frosinone	80,76	91,72	86,47

Fonte:

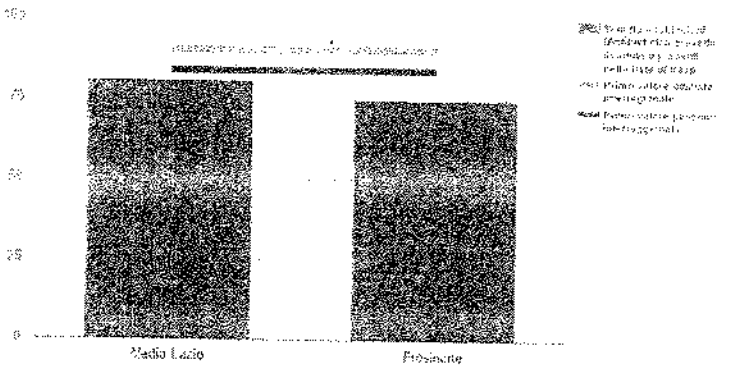
% di ACE inibitori (Antiipertensivi) associati a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



	% di ACE inibitori (Antiipertensivi associati a brev scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	72,57	84,12	75,97
Frosinone	70,91	84,12	75,97

Fonte:

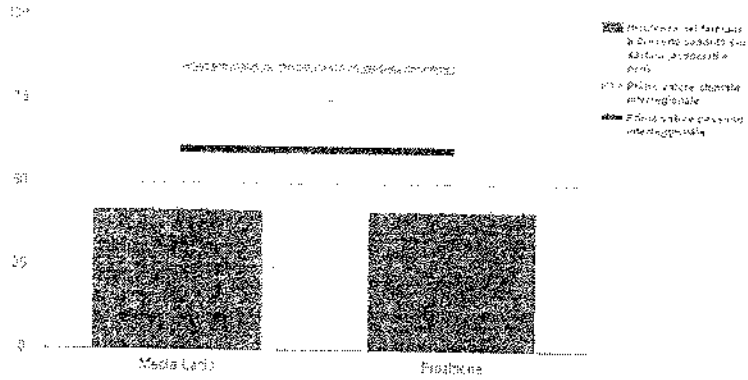
% di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza



	% di fluorochinoloni (Antibiotici) a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasp	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	81,09	90,52	84,03
Frosinone	75,28	90,52	84,03

Fonte:

Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)



	Incidenza dei farmaci a brevetto scaduto sui sartani (associati e non)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	42,28	84,8	60,05
Frosinone	42	84,8	60,05

Fonte:

ASL
FROSINONE

% di molecola a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza

	% di molecole a brevetto scaduto o presenti nelle liste di trasparenza	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	70	76,86	74,39
Frosinone	70,57	76,86	74,39

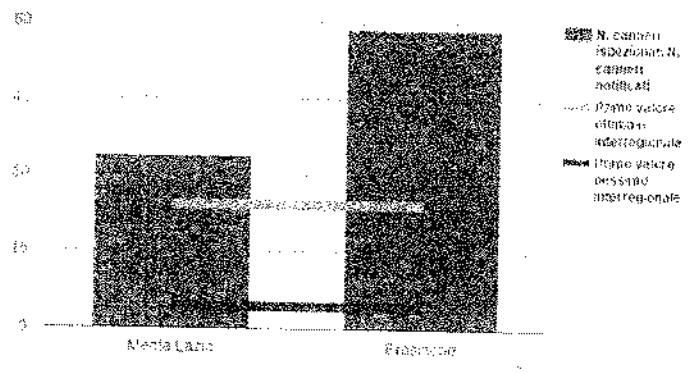
Fonte: mic

8.4 Sicurezza sul lavoro

L'indicatore è strutturato in due macroindicatori che analizzano fenomeni di rilevante importanza per il monitoraggio dell'attività del settore Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro: la Copertura del territorio e l'Efficienza produttiva. Gli indicatori sulla Sicurezza sul lavoro sono in realtà indicatori già consolidati e condivisi a livello nazionale dai diversi gruppi di lavoro a cui hanno partecipato i tecnici della materia (per approfondimenti si veda parte B politica A del Piano Strategico).

N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero di cantieri sottoposti a controllo e il numero di cantieri notificati. Misura cioè l'attività sulla base dei cantieri noti.



Fonte: [illegible]

Definizione

N.cantieri ispezionati/N.cantieri notificati

Numeratore

Numero cantieri ispezionati*100

Denominatore

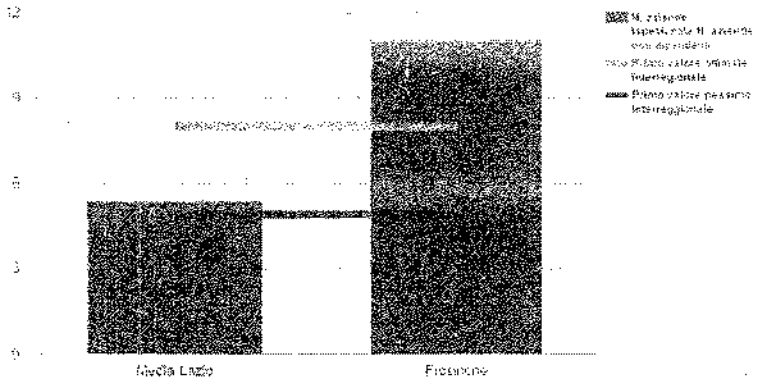
Numero cantieri notificati

	N. cantieri ispezionati/N. cantieri notificati	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	33,8	24,21	4,3
Frosinone	58,81	24,21	4,3

ASL FROSINONE

N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti

L' indicatore permette di valutare la copertura del territorio e misura la porzione di aziende sottoposte a controllo rapportato al numero di aziende con dipendenti.



Fonte: [illegible]

Definizione

n.aziende ispezionate/n.aziende con dipendenti

Numeratore

Numero aziende ispezionate*100

Denominatore

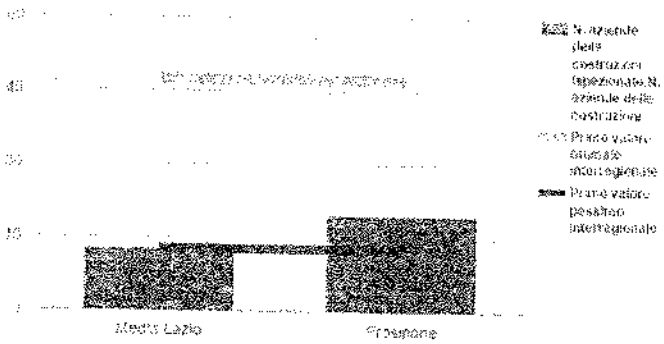
Numero aziende con dipendenti

	N. aziende ispezionate/N. aziende con dipendenti	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	5,37	8	4,9
Frosinone	11,03	8	4,9

ASL FROSINONE

N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni

L'indicatore permette di valutare la copertura del territorio ed è dato dal rapporto tra il numero delle aziende delle costruzioni sottoposte a controllo e il numero delle aziende delle costruzioni.



Definizione

N.aziende delle costruzioni ispezionate/n aziende delle costruzioni

Numeratore

Numero aziende delle costruzioni ispezionate*100

Denominatore

Numero aziende delle costruzioni

	N. aziende delle costruzioni ispezionate/N. aziende delle costruzioni	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	12,78	47,34	12,78
Frosinone	19,85	47,34	12,78

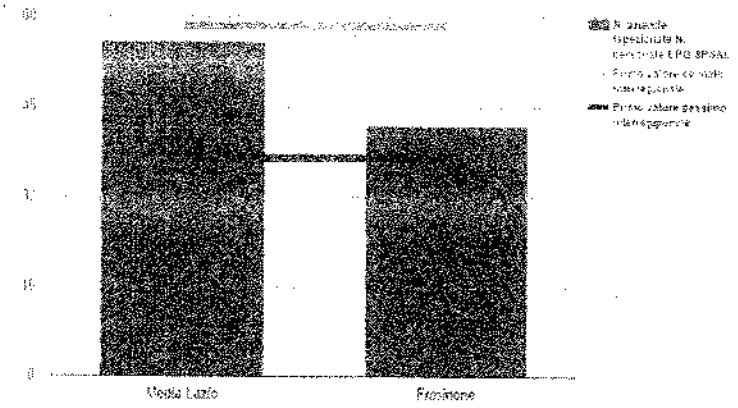
Fonte: [illegible]

152

ASL FROSINONE

N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL

Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di aziende ispezionate rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).



Definizione
N.aziende ispezionate/N.personale UPG SPSALi
Numeratore
Numero aziende ispezionate
Denominatore
Numero personale UPG ponderato SPSAL

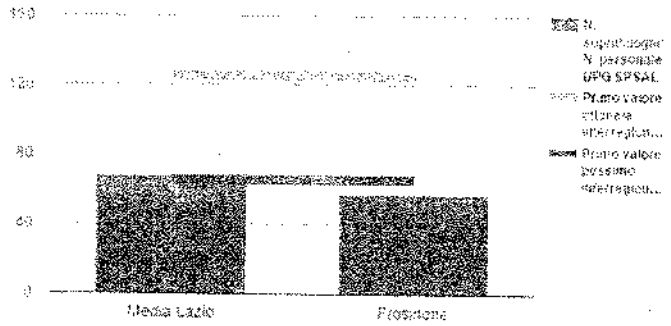
	N. aziende ispezionate/N. personale UPG SPSAL	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	56	58,6	36,6
Frosinone	42,06	58,6	36,6

Fonte: mrs

ASL FROSINONE

N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL

Questo indicatore permette di valutare l'efficienza produttiva e misura il numero di sopralluoghi eseguiti rispetto al personale Ufficiali polizia giudiziaria (UPG) e Servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL).



Definizione

n. sopralluoghi/n personale UPG SPSAL

Numeratore

Numero sopralluoghi (voce2.4 D scheda di attività)

Denominatore

n.personale UPG SPSAL

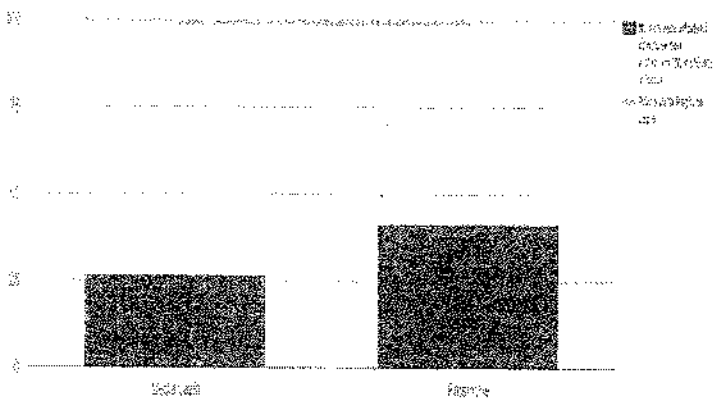
	N. sopralluoghi/N. personale UPG SPSAL	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	68	125,41	65,4
Frosinone	57,38	125,41	65,4

Fonte:

ASL
FROSINONE

N. inchieste infortuni concluse con violazioni / N. inchieste infortuni

Questo indicatore di risultato permette di rilevare, sul totale delle inchieste infortuni effettuate, la percentuale di quelle concluse con riscontro di violazione correlata all'evento.



Definizione
n. inchieste infortuni concluse con violazioni*/n inchieste infortuni
Numeratore
Numero inchieste infortuni concluse con violazioni *100
Denominatore
n. inchieste infortuni

	N. inchieste infortuni concluse con violazioni / N. inchieste infortuni	Primo della Regione Lazio
Frosinone	41,56	100
Media Lazio	26,9	100

Fonte:

155

ASL FROSINONE

PARTE B:

LE STRATEGIE AZIENDALI

156

ASL FROSINONE

Sintesi delle politiche e strategie aziendali

Nella parte che segue vengono descritte in modo dettagliato le politiche che la Asl di Frosinone intende perseguire nel prossimo triennio seguendo quanto previsto dai Nuovi Programmi Operativi 2016-2018 della Regione Lazio.

Dall'analisi svolta nella parte A del Piano Strategico, si evince che le principali **azioni di riorganizzazione** riguarderanno:

- la realizzazione e applicazione del nuovo percorso nascita principalmente attraverso la riorganizzazione della rete consultoriale e dello sviluppo di una maggior integrazione ospedale-territorio (cfr. ¶ B2.2.)
- la riorganizzazione delle rete radiologica attraverso la riorganizzazione delle risorse e l'implementazione delle stesse (cfr. ¶ B1.2.) ;
- la riorganizzazione dei percorsi per pazienti cronici attraverso la definizione e applicazione dei percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) e attraverso una maggiore integrazione ospedale-territorio da effettuarsi in collaborazione con il Dipartimento dell'Assistenza Primaria e delle Cure Intermedie (cfr. ¶ B1.1.);
- la promozione della multidisciplinarità nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando modelli di rete in grado di assicurare la presa in carico del paziente(cfr. ¶ B1.1.);
- il controllo della spesa farmaceutica: intervento, in ambito territoriale, sulla spesa farmaceutica convenzionata per l'allineamento della spesa media pro capite al valore medio nazionale e sulla spesa diretta per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva e per il maggior ricorso all'utilizzo di farmaci biosimilari; in ambito ospedaliero le azioni sono invece finalizzate ad una maggiore appropriatezza nella somministrazione dei farmaci ad alto costo; (cfr. ¶ C5.1.);
- il controllo della spesa protesica, favorendo meccanismi di acquisto competitivo e attraverso il monitoraggio dei consumi in relazione alla tipologia di prestazioni erogate (cfr. ¶ C5.2.);

- la riorganizzazione dell'ospedale secondo il modello per intensità di cure (cfr. ¶ B2);
- la riorganizzazione del personale aziendale con particolare riferimento al territorio e l'acquisizione delle risorse mancanti in considerazione dei risparmi sulle ulteriori fattispecie di costi correlate ad eventuali carenze di personale (servizi esternalizzati, prestazioni aggiuntive, personale in convenzione – SUMAI e Consulenze) (cfr. ¶ C5);
- l'implementazione dei Piani di Assistenza Individuali (PAI) per una migliore personalizzazione delle cure (cfr. ¶ A3);
- la riorganizzazione di tutti i sevizi interni per l'abbattimento delle liste di attesa (cfr. ¶ A3), con particolare riferimento al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere ed alla visibilità e prenotabilità delle aziende di tutti i soggetti erogatori;
- l'implementazione della ricetta dematerializzata farmaceutica (cfr. ¶ A1 e C2);
- l'aggiornamento continuo dell'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR) (cfr. ¶ C3),
- l'aggiornamento delle procedure amministrativo contabili che prevedano una chiara identificazione di ruoli e responsabilità all'interno dell'azienda e implementazione di un efficace sistema di controlli interni (cfr. ¶ C3);
- l'aggiornamento puntuale del sistema informativo per il monitoraggio del contenzioso (cfr. ¶ D3);
- l'aggiornamento della rete dei laboratori pubblici in base alle direttive regionali (cfr. ¶ C1);
- la riorganizzazione e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Residenziale e Semiresidenziale per persone non autosufficienti, per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale e per persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci (cfr. ¶ B1);
- l'implementazione della Cartella Clinica Informatizzata per assistenza sanitaria in ambito penitenziario (cfr. ¶ A1);
- il completamento del percorso attuativo della certificabilità del bilancio dell'azienda (cfr. ¶ C3).

Le principali **azioni di innovazione** invece riguarderanno:

- l'apertura di due nuove Case della Salute con contestuale monitoraggio delle attività e valutazione degli esiti clinici ed organizzativi (cfr. ¶ A1 e B1.1.);
- la realizzazione di un Centro Diabetologico (cfr. ¶ A1);
- la creazione della Rete Chirurgica Aziendale prevedendo l'assunzione e stabilizzazione del personale nonché il rinnovo delle colonne per chirurgia laparoscopica e la riorganizzazione dei reparti (cfr. ¶ B2.1.);
- l'implementazione delle risorse umane, strumentali e tecnologiche per il miglioramento dei programmi di screening (cfr. ¶ A2.1.) e aggiornamento al nuovo Sistema Informativo di Screening (SIPSOWEB);
- la creazione di un Punto Unico di Cure Integrate (cfr. ¶ A1);
- la realizzazione dei Punti Unici di Accesso nelle Case della Salute di nuova istituzione (cfr. ¶ B1);
- la realizzazione di incontri con i medici prescrittori per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva farmaceutica e diagnostica (cfr. ¶ B1.2 e C5.1.);
- l'attivazione di un servizio di refertazione a distanza (Teleradiologia) creando quattro centri Alatri –Cassino – Frosinone e Sora che garantiscano la refertazione per il fabbisogno di tutte le attività svolte nei presidi radiologici aziendali sia ospedalieri che territoriali (cfr. ¶ B1.2.);
- l'attivazione di un servizio di Diagnostica Domiciliare RX, Ecografie, Elettrocardiografia, holter ecc... per effettuazione di prestazioni a domicilio del paziente (cfr. ¶ B1.2.);
- l'acquisizione di un sistema PET/TAC, per l'unica medicina nucleare aziendale, comprensivo di quanto necessario al completo svolgimento di indagini diagnostiche di imaging molecolare prevalentemente in campo oncologico e cardiologico, consentendo esami di elevata qualità con qualsiasi isotopo e con basse dosi di somministrazione (cfr. ¶ B1.2.);
- l'acquisizione di una seconda gamma camera, al fine di adeguare la medicina nucleare di Sora alla normativa vigente (cfr. ¶ B1.2.);

- l'avvio della terza fase dell'art. 20 della legge 67/88: completamento dei lavori di adeguamento antincendio ed antisismico, degli interventi di manutenzione straordinaria e ristrutturazione (cfr. ¶ C1);
- l'ampliamento, completamento e nuova realizzazione degli impianti di rilevazione fumi (cfr. ¶ C1);
- l'attuazione dei programmi di ammodernamento delle grandi e piccole apparecchiature per tecnologie biomediche destinate ai presidi ospedalieri e territoriali (cfr. ¶ C1);
- l'avvio di un flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le Strutture Sanitarie Pubbliche, Private Accreditate e Private non accreditate ai sensi del DM 22/04/2014 (cfr. ¶ C1);
- la stima di fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature in funzione della programmazione regionale, anche secondo la metodologia dell'HTA (cfr. ¶ C1);
- l'implementazione di un Sistema Informativo Ospedaliero come soluzione centralizzata della gestione delle informazioni riguardanti i ricoveri ospedalieri e i dati correlati (cfr. ¶ C2);
- l'informatizzazione e automazione della gestione dei farmaci nei reparti ospedalieri e magazzini aziendali (cfr. ¶ C2);
- la realizzazione di un magazzino farmaceutico unico aziendale con piattaforma logistica integrata (cfr. ¶ C2);
- la valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane anche in considerazione dell'unificazione del trattamento economico del personale centrale e periferico, tramite il sistema informativo realizzato dal Dipartimento dell'amministrazione generale denominato NoiPA (cfr. ¶ C5);
- l'avvio del fascicolo sanitario Elettronico che riguarda l'insieme dei dati e dei 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 subordinato alla consegna delle tessere sanitarie elettroniche e la raccolta dei consensi degli assistiti (cfr. ¶ A1 e C2);
- l'avvio della ricetta specialistica dematerializzata (cfr. ¶ A1 e C2);

- l'avvio del progetto dei pagamenti elettronici delle prestazioni sanitarie (cfr. ¶ C2);
- l'attivazione del Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (SIAT) per il supporto ai Distretti Sanitari Territoriali, agli Enti erogatori ed alle strutture Regionali per la gestione del Progetto Assistenziale Domiciliare, Residenziale, Semiresidenziale, Riabilitativo e per le Cure Palliative (cfr. ¶ C2);
- l'avvio del Sistema informativo Integrato Dipartimenti di Prevenzione Collettiva (SIP) (cfr. ¶ C2);
- la partecipazione attiva al Sistema di Gestione dell'Assistenza Protesica che consente la gestione automatica del processo di assegnazione degli ausili protesici favorendo programmazione e controllo, informatizzando il processo dalla prescrizione alla fatturazione (cfr. ¶ C3);
- la definizione ed avvio del percorso di conferma dell'autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie pubbliche e delle reti specialistiche (cfr. ¶ C1);
- l'attivazione del Registro Tumori (cfr. ¶ A1);
- l'attivazione dell'UTN presso il Presidio Ospedaliero di Frosinone (cfr. ¶ C1);
- la realizzazione delle reti dei laboratori di anatomia patologica, di microbiologia e di virologia(cfr. ¶ C1);
- l'attivazione e consolidamento delle due Strutture di rete "Terapia del Dolore" previste dal DCA 568/2015(cfr. ¶ C1).

A1: Azioni di innovazioni nell'offerta dei servizi

L'obiettivo principale di tali azioni 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 delle 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 (dove 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 2013-2015 della Regione Lazio, verranno attivate nell'anno 2016:

- la Casa della Salute di Ceccano-Ceprano;
- la Casa della Salute di Ferentino

Alcune funzioni previste dalle Case della Salute saranno altresì localizzate in altre strutture del territorio provinciale come Isola del Liri (dove sarà attivato un primo nucleo pubblico di 15 posti letto di Hospice), Arpino e Veroli, andando a promuovere la medicina d'iniziativa.
L'introduzione di tale tipologia di assistenza porterà ad un miglioramento dell'assistenza primaria territoriale con conseguente alleggerimento della domanda di cure presso gli ospedali i quali potranno concentrarsi sulla cura delle patologie più gravi e complesse; si assisterà ad una migliore presa in carico del paziente soprattutto cronico con conseguente miglioramento del suo stato di salute e un notevole risparmio per l'Azienda anche in termini economici (a tal proposito si veda politica B).
Viste altresì le difficoltà in campo diabetologico, l'azienda prevede l'apertura di un Centro per i pazienti diabetici.
Altre importanti innovazioni nell'offerta dei servizi saranno rappresentate:

- dalla riorganizzazione delle reti ospedaliere tra le quali ricordiamo la Rete Chirurgica che prevede l'implementazione del modello di week-surgery, la Rete radiologica con implementazione della teleradiologia e la Rete Perinatale (la riorganizzazione delle reti sarà trattata nel capitolo successivo nella politica B);
- dalla programmazione della riorganizzazione dell'ospedale con il modello per intensità di cure, ossia un ospedale strutturato intorno al bisogno del paziente, basato sull'intensità e la natura della cura attraverso aree disciplinate integrate per rispondere in modo appropriato ai diversi gradi di instabilità clinica e complessità assistenziale;
- dalla creazione di un PUIC (Punto Unico di Cure Integrate), ossia un punto in cui il paziente dimesso dall'ospedale, verrà subito preso in carico da un team multidisciplinare che organizzerà per lui le cure successive all'ospedalizzazione e lo accompagnerà lungo tutto il percorso scelto per lui;
- dall'implementazione della ricetta dematerializzata farmaceutica e dall'avvio della ricetta dematerializzata specialistica;
- l'avvio e l'implementazione della Cartella Clinica Informatizzata per assistenza sanitaria in ambito penitenziario;

- l'avvio del fascicolo sanitario Elettronico che riguarda l'insieme dei dati e dei 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;
- l'attivazione del Registro Tumori;

Infine, l'innovazione dei servizi non può non porre al centro della sua attenzione il cittadino: per questa ragione, nel corso del 2016 verranno svolti sondaggi, su un campione statisticamente significativo, per la valutazione da parte del cittadino-utente di tutti i servizi proposti dall'Azienda al fine di poter migliorare le eventuali criticità riscontrate. Sempre in tale ottica, verrà altresì implementato il coinvolgimento delle organizzazioni del volontariato che forniscono un apporto complementare a quello strettamente sanitario soprattutto in tre direzioni: sostegno morale e materiale alle persone ricoverate (RSA) o scarsamente autosufficienti in ambito familiare, informazioni e tutela di malati (es. Alzheimer, Diabete) e trasporto sociale e/o sanitario. Tale rapporto deve però essere sistematico e inquadrato nella programmazione dell'assistenza territoriale sanitaria aziendale.

A2: Azioni di prevenzione e promozione della salute

Queste azioni hanno lo scopo di promuovere politiche che siano in grado di raggiungere i gruppi di popolazione più a rischio, di ridurre la disparità di salute e di promuovere modifiche nei comportamenti. Con tali azioni si vogliono altresì rinforzare le capacità e i livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute individuale e collettiva.
Per quanto concerne la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali, la Asl di Frosinone presenta risultati discreti per i programmi di vaccinazione e gravi criticità per i programmi di screening.
La vaccinazione costituisce uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. I benefici che si conseguono con tale pratica si manifestano direttamente sui soggetti vaccinati, ed indirettamente, per la protezione indotta, anche ai soggetti non vaccinati (c.d. *herd immunity*). La copertura vaccinale prevede quindi: la vaccinazione antinfluenzale della popolazione anziana per la quale la Asl di Frosinone presenta un valore oltre la media Regionale, ma comunque da migliorare, la vaccinazione antinfluenzale per gli operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche (valore attualmente non disponibile e in fase di misurazione) e cinque altre vaccinazioni da svolgersi in età pediatrica. Criticità vengono riscontrate per il vaccino antimeningococcico e per quello contro il Papilloma virus (HPV) rivolto alle bambine dodicenni, mentre discreti, ma da migliorare, risultano essere il vaccino per morbillo, parotite e rosolia, quello antipneumococcico e quello esavalente somministrati entro il 24° mese di vita del bambino. Si dovranno pertanto prevedere campagne di informazione sull'attività vaccinale con particolare attenzione a tutti quei soggetti a rischio come anziani e bambini. L'informazione risulterà efficace con il coinvolgimento degli operatori e professionisti che operano sul territorio e si trovano giornalmente a contatto con la popolazione a rischio come i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Una particolare attenzione sarà rivolta alla prevenzione del Papilloma virus: sono in programma campagne di comunicazione da svolgersi con incontri organizzati direttamente nelle scuole e rivolti alle bambine tra gli undici e i dodici anni di età ovvero prima che inizi la loro attività sessuale e che aumentino quindi le possibilità di contagio.

Gravi criticità vengono poi riscontrate nei programmi di screening: la Asl di Frosinone infatti non ha raggiunto i valori soglia in nessuno degli indicatori dei programmi di screening oncologici (recepimento DCA 191/2015) previsti per la mammella, la cervice uterina e il colon-retto, anzi risultano essere nettamente inferiori allo standard (segue approfondimento A2.1).
Buoni risultati provengono invece dalle attività nel settore della Prevenzione e Sicurezza nei Luoghi di lavoro sia nell'ambito della copertura del territorio sia nell'efficienza produttiva, così come quelli sulla sicurezza alimentare che riguardano controlli sulle produzioni e commercializzazione dei beni alimentari sia di origine animale che vegetale. La Asl di Frosinone dovrà quindi continuare a perseguire tali obiettivi e ad investire le medesime risorse.
In particolare, la sicurezza sul lavoro, dovrebbe sempre rappresentare per le aziende sanitarie e per il Dipartimento di Prevenzione in particolare un obiettivo di assoluta priorità in quanto, pur essendo ambizioso, assume una grande importanza non solo per i costi sociali che il fenomeno infortunistico produce (per malattie professionali e/o invalidanti), ma soprattutto per la sua dimensione sociale ed umana, in quanto tali costi costituiscono il riflesso materiale di beni inestimabili quali la vita e la salute dei lavoratori.
Per la diffusione di tali buone pratiche in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza alimentare, la Asl di Frosinone sta programmando una campagna di comunicazione con una serie di incontri che coinvolgeranno tutti gli utenti maggiormente esposti a tali rischi.

A2.1 I programmi di screening oncologici

Il Centro Unico Coordinamento Screening Oncologici aziendali, istituito nella Asl di Frosinone nel 1997, è costituito da 1 collaboratore sanitario esperto, 3 infermieri professionali, 1 ostetrica (dal 1 novembre 2015) che sotto la direzione del Coordinatore svolge, come previsto dal DCA 191/2015, le seguenti funzioni:

- programmazione e pianificazione dell'attività, apertura e gestione delle agende;
- aggiornamento periodico delle anagrafiche;
- spedizioni lettere di invito e risposte esito test di screening;

- periodico aggiornamento tramite controllo incrociato con gli elenchi del CUP delle prestazioni erogate dalle Radiologie, dai Consultori familiari, dalle Endoscopie aziendali con relativa sospensione temporanea dei soggetti target dagli inviti nei casi di esecuzione recente di esami (mammografie, colonscopie, pap test):
- monitoraggio attività e relative segnalazioni, indicazioni e solleciti agli operatori dei tre livelli di screening;
- attività di call center dalle 9:00 alle 15:00 per cinque giorni a settimana
- report periodici ai preposti uffici regionali;
- incontri e audit con gli operatori screening;
- l'attuazione di sessioni operative per la promozione della partecipazione ai Programmi dei soggetti fragili;
- attività di comunicazione.

Ciò nonostante, il Coordinamento non ha potuto assolvere appieno il proprio mandato relativamente all'aspetto della promozione dei programmi e dell'estensione degli inviti sia per le esigue risorse assegnate, sia perché consapevole di non poter promuovere ciò che sapeva di non poter garantire.

Altra importante criticità risulta essere il fatto che attualmente il Coordinamento non è riconosciuto quale struttura nel nuovo organigramma Aziendale e il Coordinatore si trova a non poter agire con la necessaria autonomia, autorevolezza ed incisività in quanto si trova a dover richiedere l'operatività di personale non assegnato e ad interfacciarsi in modo non paritario con i responsabili delle strutture erogatrici cui afferisce tale personale.

Per ottemperare quindi a quanto previsto dal DCA 191 e non concentrarsi solo sulle attività essenziali, come avviene al momento, è necessario assegnare al Coordinamento Screening nuove risorse umane (infermieri, operatori di coordinamento e personale tecnico-amministrativo) e tecnologiche (come postazioni professionali idonee all'attività di call center e relativi accorgimenti tecnologici, adeguamento numeri verdi attualmente con attivazione segreteria telefonica, messaggistica e avviso tempo d'attesa, stipula di un contratto di invio telematico degli inviti, etc.).

In ottemperanza a quanto previsto dai nuovi Programmi Operativi, Il Centro Unico Coordinamento Screening Oncologici aziendali provvederà altresì all' attivazione del Registro Tumori e all'aggiornamento del nuovo Sistema Informativo di Screening (SIPSOWEB).

157

ASL FROSINONE

Per quanto concerne lo screening mammografico, a partire da giugno 2014, in ottemperanza al riscontro della nota prot. 531/DG, è stato possibile svolgere l'attività di screening oncologico soltanto in orario istituzionale e la programmazione degli inviti è stata fatta sulla base delle disponibilità comunicate dai responsabili delle Radiologie dei diversi presidi ospedalieri. In base a tali disponibilità è stato possibile programmare in Agenda 5.120 mammografie Screening/anno contro le 29.000 previste. Per risolvere tale problematica, la Direzione strategica ha formalizzato un progetto incentivante attivo dal 15 luglio 2015 con il quale è previsto che parte dell'attività di screening venga svolta in orario istituzionale la mattina e che la rimanente venga effettuata previo compenso, extra orario di servizio con sedute pomeridiane, pre-serali ed il sabato mattina. I dati dell'attività di screening svolte presso i vari presidi dopo la formalizzazione di suddetto progetto a partire dal mese di luglio ad oggi fanno prevedere di poter migliorare notevolmente la performance: infatti considerata la popolazione target di 66.000 donne, le donne da invitare ogni anno sarebbe pari a 33.000 e quindi la corretta estensione dello screening prevede l'invito ad almeno 29.000 donne. Da gennaio a giugno 2015 è stato possibile invitare n. 3.419 donne sulla base delle disponibilità comunicate dai responsabili del UOC Radiologie; al contrario, a seguito del progetto incentivante, da luglio a dicembre 2015 sono stati spediti 14.486 inviti ed effettuate 6.819 mammografie.
Affinché quindi possano essere raggiunti gli obiettivi previsti dal DCA 191/2015 per lo screening mammografico (estensione dell'invito ad almeno il 90% della popolazione target con adesione superiore al 50%) sarà necessario prevedere:

- la proroga progetto incentivante o in alternativa l'individuazione/reclutamento con apposita procedura di selezione di personale dedicato secondo stime DCA191/2015;
- l'acquisto di strumentazione tecnologica dedicata (come mammografi digitali diretti con tomo sintesi, sistemi di Biopsia con tecnica V.A.B. ed ecografi alta fascia);
- l'utilizzo di una unità mobile a supporto delle Radiologie per favorire la penetrazione territoriale e le campagne di sensibilizzazione;

- la disponibilità delle sale operatorie presso il presidio di Sora adeguata al numero degli interventi sulla mammella necessari a completare il percorso;
- il retraining degli operatori.

Per quanto concerne lo screening cervice uterina è stato riattivato solo a partire da settembre 2014 e ha previsto altresì l'informatizzazione di tutti i Consultori familiari aziendali e dei loro punti di erogazione. Inoltre, al fine di standardizzare le modalità operative delle varie fasi previste per il percorso screening, è stata deliberata la "Procedura aziendale relativa al programma per la cervice uterina elaborata dal coordinatore e condivisa da tutte le figure professionali coinvolte". Fino ad oggi però, la programmazione degli inviti è stata condizionata dalle ore di attività dedicate allo screening di primo livello messe a disposizione dalle singole attività consultoriali e soprattutto dalla disponibilità numerica alla lettura dei campioni citologici che risulta ad oggi essere pari a seimila letture. Tutto ciò fa si che attualmente gli indicatori calcolati rispetto all'attività screening citologico erogata dalla Asl di Frosinone risultano essere non rispondenti agli standard regionali: infatti la copertura LEA prevista dal DCA 191/2015 è pari al 50% contro il 5,3% riscontrato per la Asl di Frosinone e lo standard richiesto per l'estensione è pari al 90% contro i 12,8% attualmente rilevato.
Inoltre la popolazione target risulta essere pari a 139.682 donne (25-64 anni), con un numero di inviti/anno previsti pari a 46.561, adesione al 40% pari a 18.624 test citologici/anno, colposcopie attese n. 1.388.

Per raggiungere tale obiettivo è inderogabile procedere ad una riorganizzazione del programma ed assicurare:

- l'incremento delle letture pap test;
- l'assegnazione di personale infermieristico per il test di II livello e personale ostetrico;
- la riorganizzazione delle agende per la Ginecologia consultoriale che preveda posti riservati al trattamento delle flogosi screening;

la fornitura di risorse per attivare da giugno 2016 progressivamente a partire nella coorte di età 50-64 anni, l'HPV test come test di I livello del cervico carcinoma. Il passaggio a tutte le coorti d'età dovrà essere completato entro il 2018 come previsto dalla Regione Lazio;

- l'implementazione dell'orario messo a disposizione dell'attività screening dai Consultori Familiari così da garantire l'estensione del programma a tutta la popolazione target.

L'attività di II livello cervice uterina non è stata invece mai interrotta ed è stata regolarmente svolta presso il Presidio di Ceccano in orario aggiuntivo da due Ginecologi Ospedalieri. Attualmente però il servizio di chirurgia non è più attivo in tale complesso; pertanto, al fine di poter effettuare accertamenti di II livello più complessi in regime ambulatoriale, garantendo sia agli operatori sia alle donne gli standard di sicurezza necessari, è previsto il trasferimento dell'ambulatorio di II livello presso i locali siti in via A. Fabi prossimi al P.O. di Frosinone.

Per quanto concerne l'attività del colon retto, il programma è stato attivato per la prima volta nel mese di dicembre 2014 con la spedizione alla popolazione target degli inviti per andare a ritirare il kit SOF presso otto punti di distribuzione del Distretto B. Nel mese di maggio 2015 il programma è stato esteso anche al Distretto D e nell'ottobre 2015 anche al Distretto A. Nei punti di distribuzione operativi, il personale addetto alla consegna del kit garantisce l'applicazione della procedura stabilita per il percorso, compresa la registrazione informatica della riconsegna del campione che viene recapitato dai corrieri aziendali presso il Laboratorio analisi cliniche del P.O. di Frosinone dove è allocata la strumentazione di lettura. Per garantire gli stessi standard di qualità, tutti i pazienti risultati positivi al test di I livello, vengono inviati al II livello che viene effettuato unicamente presso la UOC Endoscopia digestiva del P.O. di Frosinone in orario istituzionale.

170

ASL FROSINONE

I risultati preliminari dell'attività sono veramente incoraggianti: il Coordinamento screening aziendale ha rilevato che nell'anno 2015 sono stati spediti 39.559 inviti (di cui 38.268 primi inviti), hanno aderito spontaneamente 1.147 persone e sono stati consegnati 9.629 kit; l'estensione degli inviti è stata pari al 49% e l'adesione al programma pari al 22%, ma particolarmente brillanti risultano essere i dati relativi agli aspetti qualitativi del programma a livello di percorso diagnostico-terapeutico e identificazione dei casi.

Al fine di garantire gli standard richiesti dal Programma regionale (estensione inviti al 90% della popolazione target e adesione superiore al 45%) e le circa 2.077 colonscopie/anno, considerato che la UOC Endoscopia digestiva del P.O. di Frosinone assicura oltre all'attività di screening di II livello anche quella istituzionale, sono necessarie:

- l'adeguamento della strumentazione tecnologica e relativa manutenzione;
- l'assegnazione di personale specializzato come previsto da DCA 191/2015;
- la predisposizione di quanto necessario a rendere operativa una ulteriore sala endoscopica che potrebbe essere attivata nel locale già in dotazione della UOC Endoscopia, ma che per l'attivazione necessita in particolare di uno stativo pensile.

A3: Azioni per la personalizzazione e l'equità delle cure

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 è la riduzione delle liste d'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 adotterà un sistema atto al miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali ed ospedaliere, alla visibilità e prenotabilità delle Aziende di tutti i soggetti erogatori e all'adozione delle classi di priorità; si implementerà inoltre la collaborazione di tutti gli attori del sistema (MMG, PLA e specialisti aziendali) e ciò permetterà una concreta presa in carico dei pazienti fin dal momento della definizione della diagnosi da parte degli specialisti. E' necessario garantire l'equità d'accesso alle cure anche a pazienti provenienti da altri paesi, visto il grande flusso di migrazione. A tal proposito sarà necessario formare il personale che dovrà essere in grado di accogliere gli utenti nei punti unici di accesso, nei centri di prenotazione e nell' unità di relazioni con il pubblico affinché si possa rispondere in maniera efficiente ai bisogni di salute di tutta la popolazione, indipendentemente dal paese di provenienza.
Per garantire la personalizzazione delle cure, essenziale in quanto ogni paziente richiede di essere trattato come un individuo unico, vengono previsti dei Piani di Assistenza Individuali (PAI). Ogni paziente avrà quindi la possibilità di essere seguito secondo un piano di assistenza personalizzato che tiene conto delle necessità individuali del paziente stesso, mettendo a disposizione dell'assistito un'equipe multidisciplinare, dall' assistente socio-sanitario ad infermieri, fisioterapisti, medici specialisti. È uno strumento che permette non solo di migliorare la qualità del servizio fornito, ma consente all'Azienda di evitare sprechi in termini di assistenza.
Verranno implementati altri strumenti utili alla personalizzazione delle cure, come l'unità di valutazione multidisciplinare (UVMD) che esamina le necessità della persona in particolari condizioni di bisogno sanitario e sociale in modo da individuare gli interventi personalizzati, appropriati e un piano diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) il quale garantirà ad ogni paziente di essere seguito in tutte le fasi del suo percorso, dalla diagnosi fino alla terapia finale.

A4 Azioni di emporwement del cittadino nel rispetto delle differenze culturali

La ASL di Frosinone intende garantire i diritti di accesso alle strutture aziendali a tutta la popolazione, indipendentemente dalle differenze culturali, tramite l'implementazione di servizi specifici facilitando la comunicazione per far in modo che ci sia una risposta efficiente al bisogno di cura del paziente.

A tal proposito è prevista l'organizzazione di corsi di formazione sulle differenze culturali a tutti i dipendenti dell'Azienda e sarà prevista la figura di un mediatore culturale che svolgerà attività di mediazione tra cittadini immigrati e la società locale, promuovendo, sostenendo e accompagnando entrambe le parti. In particolare, l'Azienda si preoccupa di seguire i principi guida di un ospedale culturalmente competente per introdurre cambiamenti volti ad agevolare l'accesso dei pazienti stranieri nelle strutture sanitarie, condizione essenziale per favorire una più efficace presa in carico e conseguentemente garantire livelli appropriati di qualità delle cure e dell'assistenza.

Nel rispetto delle differenze culturali, l'Azienda provvederà:

- al rispetto delle differenze alimentari: si procederà quindi alla definizione di specifici menù multiculturali stabiliti dai medici nutrizionisti dell'ASL non soltanto all'interno dei Presidi Ospedalieri, ma anche all'interno di istituti pubblici quali le scuole dove la Asl ha il compito di vigilare;
- alla riorganizzazione dei turni ospedalieri e ambulatoriali in modo che ci sia la presenza di operatori sanitari sia di sesso maschile che femminile in quanto, in determinate culture e religioni, le donne e gli uomini non possono essere visitate/i da medici di un altro sesso;
- la creazione di protocolli specifici per evitare le trasfusioni di sangue ai testimoni di Geova.

Nella Asl di Frosinone è di fatto presente un Servizio Multietnico che si occupa dell'assistenza alla popolazione immigrata e che, in collaborazione con gli operatori dei Consultori Familiari, svolgono da anni un lavoro di rete per la presa in carico di donne immigrate, per la consulenza e visita ostetrica- ginecologica, per gli interventi di servizio sociale e di consulenza psicologica, per l'inserimento nei CAN. L'obiettivo aziendale sarà quindi quello di mantenere ed eventualmente implementare tale tipologia di servizio in vista anche della maggiore e crescente immigrazione che il nostro Paese si trova a dover affrontare.

Altra azione che l'Azienda si preoccupa di implementare è l'emporwerment che permetterà al singolo paziente/cittadino di essere informato e consapevole riguardo i servizi a sua disposizione e, quindi, avere il potere di scegliere il sistema giusto dalla quale essere servito. E' indispensabile quindi organizzare, preferibilmente in collaborazione con le associazioni di volontariato, un piano di comunicazione per spiegare i servizi che sono a disposizione del cittadino-utente, la collaborazione richiesta ai cittadini per il migliore espletamento di determinati servizi nonché la divulgazione degli obiettivi di miglioramento della salute dei pazienti e i relativi benefici economici per l'utente.

174

ASL FROSINONE

B1: Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico-assistenziali

Garantire la continuità delle cure tra i professionisti intra ed extra-ospedalieri è il principale obiettivo di ogni sistema sanitario. Un modello assistenziale orientato alla continuità delle cure deve prevedere la definizione di specifici percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA) e la presa in carico costante, nel tempo, da parte di un team che abbia competenze sia sanitarie sia sociali. La carenza di strumenti e processi di integrazione può, infatti, comportare conseguenze rilevanti, sia per i pazienti che per le organizzazioni, come ad esempio la riduzione dell'efficacia della cura, la percezione da parte del paziente e dei suoi familiari di mancata presa in carico e, non meno importante, un utilizzo inappropriato delle risorse. La presenza di strutture territoriali efficaci e la loro integrazione con la rete ospedaliera permette di assicurare una buona continuità assistenziale.
La Asl di Frosinone è costituita da un territorio internamente disomogeneo e con alcune zone poco collegate ai nodi centrali della provincia e ciò ha portato all'istituzione di molti presidi sanitari che hanno creato una forte frammentazione dell'offerta sanitaria senza peraltro incidere positivamente sulla mobilità passiva. Anche l'eccessivo ricorso all'ospedalizzazione è sinonimo di una carenza nell'organizzazione delle cure primarie e di una scarsa integrazione socio-sanitaria. Obiettivo della Direzione Strategica sarà quello di dare risposta alla domanda di salute con la prossimità della cura e la continuità della stessa. Si punterà quindi a favorire l'accesso e la conoscenza dei servizi aziendali affinché il cittadino possa essere indirizzato verso le strutture più adeguate e appropriate. A tal fine è prevista l'implementazione dei Punti Unici di Accesso (P.U.A.) e l'istituzione di altri P.U.A. presso le Case della Salute (sia attive, sia di futura attivazione). In particolare il lavoro sarà rivolto all'omogeneizzazione del funzionamento dei P.U.A. e ad una maggiore valutazione e monitoraggio dei percorsi attivati.
Inoltre, in caso di pazienti maggiormente complessi, il P.U.A. si occuperà di attivare una Unità Valutativa Multidimensionale, costituita da professionisti aziendali che si occuperà della presa in carico del paziente complesso.
Si procederà poi con l'istituzione di un Punto Unico di Cure integrate (P.U.I.C) che permetterà al cittadino di essere "preso per mano" ed accompagnato nel suo processo di cura, garantendo all'utente una continuità assistenziale importante, soprattutto dopo una dimissione ospedaliera.

Gli obiettivi del prossimo triennio prevedono altresì azioni intese a favorire la medicina d'iniziativa tramite la creazione dell'anagrafica degli assistiti suddivisi per patologia che dovrà essere condivisa con i servizi territoriali e i medici di medicina generale nonché la promozione della multidisciplinarità nell'organizzazione dei servizi assistenziali, privilegiando modelli di rete in grado di assicurare la presa in carico del paziente.
Ulteriore attenzione verrà posta nella riorganizzazione e potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Residenziale e Semiresidenziale per persone non autosufficienti, per persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale e per persone affette da patologie ad andamento cronico ed evolutivo per le quali non esistono terapie o, se esistono, sono inadeguate o inefficaci. Le azioni previste riguarderanno:

- l'adeguamento della rete residenziale e semiresidenziale per non autosufficienti agli standard nazionali;
- la regolamentazione integrata dei percorsi e delle strutture di accoglienza per disabili adulti;
- il potenziamento ed efficientamento dell'assistenza domiciliare alle persone non autosufficienti;
- lo sviluppo delle cure palliative;
- l' attivazione del Sistema Informativo di Asistenza Territoriale (SIAT).

La Asl di Frosinone si prefigge altresì di riorganizzare i percorsi per i pazienti affetti da patologie croniche, la riorganizzazione della rete perinatale e della rete radiologica.

B1.1. La riorganizzazione dei percorsi per pazienti cronici

I percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA), previsti dal DCA Regione Lazio n. 40/2014, possono essere definiti come piani multidisciplinari e multi professionali, costruiti a livello locale sulla base di raccomandazioni riconosciute, per gestire pazienti con una specifica condizione patologica, definendo la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali da svolgere al fine di raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori, con un'efficienza e un'efficacia ottimali.

La programmazione degli interventi diagnostico–terapeutico-assistenziali e preventivi multidisciplinari avviene secondo un Piano assistenziale individualizzato (PAI), ritenuto il più efficace ed appropriato per la persona, utilizzando al meglio le risorse disponibili. L'organizzazione dell'assistenza per Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), da realizzarsi nelle Case della Salute e negli altri servizi territoriali in collegamento con l'Ospedale e con i medici di medicina generale (MMG) ha l'obiettivo di un'efficace, efficiente ed equa presa in carico del paziente cronico e della corrispondenza anche a criteri di economicità, avendo l'obiettivo di migliorare l'appropriatezza diagnostica, ridurre gli accessi impropri al P.S. ed i ricoveri ripetuti in ospedale.
L'Azienda USL di Frosinone, dovendo sancire l'avvio dei PDTA all'interno della Casa della Salute di Pontecorvo, ha predispostoi con atto deliberativo (n. 422 del 7 aprile 2015) l'Adozione di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali per l'assistenza dei pazienti cronici affetti da diabete mellito di tipo 2 e da broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Nell'atto citato, dopo l'opportuna premessa relativa al fatto che i PDTA per le dette patologie sono stati elaborati da un team aziendale di professionisti che hanno tenuto conto della necessaria integrazione tra assistenza primaria e intermedia, dei percorsi di assistenza ospedaliera per acuti e dell'assistenza sociale, è stata deliberata l'adozione in via sperimentale dei PDTA sopra riportati, all'interno delle Case della Salute e in tutte le altre sedi aziendali ove siano allocate le risorse necessarie per l'espletamento delle attività previste negli stessi Percorsi.
Attualmente invece i PDTA avviati nella Casa della Salute di Pontecorvo sono i 4 previsti dai Decreti regionali relativi; i pazienti arruolati al 15 gennaio 2016 sono: 761 nel PDTA diabete, 300 nel PDTA Scompenso Cardiaco Congestizio, 190 nel PDTA Terapia Anticoagulante Orale (TAO) e 169 nel PDTA Broncopneumatia Cronico-Ostruttiva (BPCO). Nella Casa della Salute di Atina è al momento attivo il solo PDTA per il Diabete mellito e gli arruolati al 31/1 sono 167.

Per poter implementare l'adozione dei PDTA per le patologie croniche e quindi per un maggiore sviluppo del governo clinico dovranno essere messe in campo numerose azioni che possono essere così sintetizzate:

- la prosecuzione e implementazione dell'attività delle Case della Salute di Pontecorvo e Atina con l'attivazione, ove possibile, del modulo funzionale aggiuntivo e in particolare la massima implementazione delle "Unità di Degenza Infermieristica", in considerazione delle utili sinergie con l'assistenza per PDTA;
- la realizzazione delle Case della Salute di Ceccano-Ceprano e di Ferentino come da Piani Regionali e Aziendali;
- l'integrazione della delibera aziendale sui PDTA alla luce del DCA della Regione Lazio n.474/2015 onde formalizzare anche l'adozione dei PDTA per la TAO e per lo Scompenso cardiaco;
- la costituzione di gruppi aziendali per l'opportuna condivisione delle procedure previste nei documenti fino ad ora formalizzati, per la loro integrazione ed implementazione e per il loro adattamento a livello locale.
- la costituzione di un gruppo di lavoro aziendale che si occupi di uniformare, almeno in via transitoria, le procedure assistenziali sul territorio aziendale per quel che concerne la malattia diabetica (in considerazione del fatto che le Linee Guida contenute nel DCA n. 474/2015 per detta patologia attendono di essere integrate da specifico documento del gruppo di lavoro regionale sullo stesso tema).
- l'avvio di un sistema informativo informatizzato per la gestione dei PDTA che permetta una pianificazione delle prestazioni socio-sanitarie, la sincronizzazione degli attori coinvolti nel percorso, il monitoraggio dello svolgimento del percorso attraverso strumenti di misurazione adeguati che permettano di verificare lo scostamento del piano con quanto previsto dal PRGLA, la condivisione di informazioni indispensabili per valutare la gestione dei PDTA dal punto di vista dell'outcome clinico. Il sistema per la gestione informatizzata dei PDTA deve abilitare la gestione delle attività nelle reti di patologia e permettere il superamento di un approccio sanitario frammentato nei confronti del paziente (discontinuità delle cure) a favore di una continuità assistenziale e deve essere in grado di garantire l'interoperabilità con gli altri sistemi coinvolti), effettuare il monitoraggio delle attività svolte, fornire i feedback al sistema di governo, gestendo le prestazioni delle diverse strutture sanitarie coinvolte interessate;

- il monitoraggio costante delle attività come da Piano triennale degli arruolamenti e delle prestazioni contenuto nel Business Plan realizzato per la Casa della Salute di Pontecorvo, onde essere in grado di attuare le eventuali opportune azioni correttive;
- l'ampliamento dell'assistenza per PDTA anche ad altre patologie croniche come la Sclerosi Multipla (vedasi specifico DCA Regione Lazio) e morbo di Alzheimer, in stretta collaborazione con i distretti Sociali, tenuto conto in particolare che presso la Casa della Salute di Atina è attivo un Centro Diurno per 30 soggetti con detta patologia e saranno istituiti a breve 10 posti letto di sollievo temporaneo per il fine settimana.

Per quanto riguarda le risorse umane impegnate, l'incremento dell'organico dell'ASL di Frosinone negli anni 2015, 2016 e 2017 per la gestione dei PDTA del diabete, della TAO, della BPCO e dello SCC è stato stimato sulla base dei risultati del Business Plan elaborato per la Casa della Salute di Pontecorvo e in funzione del rapporto tra gli abitanti dell'intera ASL pari a 497.678 e quelli del Distretto D pari a 118.008 che, nel predetto Business Plan, sono alla base del dimensionamento dei pazienti cronici, delle prestazioni e dei fabbisogni professionali. È stato ipotizzato che la prevalenza delle quattro patologie dell'intera ASL sia la stessa del Distretto D e sono state fatte tre ipotesi:

- realizzazione del 100% del piano definito nel Business Plan;
- realizzazione del 50% del piano definito nel Business Plan;
- realizzazione del piano di arruolamento nell'intera ASL nella misura del 20% nel 2015, del 40% nel 2016 e del 50% nel 2017.

I risultati ottenuti applicando la metodologia sopra descritta sono riportati nella tabella seguente. L'incremento progressivo dell'organico rispetto alla situazione attuale è espresso in numero di professionisti necessari a tempo pieno (full time equivalent) nel 2015, 2016 e 2017, considerate le ore totali mediamente lavorate nell'anno da ciascun professionista.

ASL
FROSINONE

Sulla base dello stato di avanzamento del piano di arruolamento dei pazienti nella CdS di Pontecorvo al 30/06/2015 e considerato che a oggi è stata avviata soltanto una nuova Casa della Salute (Atina), si ritiene che l'incremento di organico più realistico sia quello relativo alla terza ipotesi (realizzazione del piano dal 20 al 50%), riferito alla realizzazione del piano di arruolamento nell'intera ASL nella misura del 20% nel 2015, del 40% nel 2016 e del 50% nel 2017.

Incremento dell'organico x 4 PDTA (Diabete, TAO, BPCO, SCC)									
ASL Frosinone									
	Realizzazione piano al 100%			Realizzazione piano al 50%			Realizzazione dal 20 al 50%		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Pazienti arruolati	20.538	59.587	63.690	10.269	29.793	31.845	4.108	23.835	31.845
Angiologi	1,7	3,0	3,0	0,8	1,5	1,5	0,3	1,2	1,5
Cardiologi	14,3	25,7	25,7	7,2	12,9	12,9	2,9	10,3	12,9
Dermatologi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Diabetologi	2,5	5,5	5,5	1,3	2,7	2,7	0,5	2,2	2,7
Internisti	3,0	4,6	4,6	1,5	2,3	2,3	0,6	1,9	2,3
Nefrologi	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Neurologi	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0,2
Oculisti	1,7	2,1	2,1	0,8	1,1	1,1	0,3	0,8	1,1
Pneumologi	3,0	18,1	19,0	1,6	9,1	9,5	0,6	7,3	9,5
Assistenti sociali	5,9	10,5	10,5	3,0	5,3	5,3	1,2	4,2	5,3
Dietisti	6,3	11,4	11,4	3,2	5,7	5,7	1,3	4,5	5,7
Infermieri	76,8	194,8	194,8	38,4	97,4	97,4	15,4	77,9	97,4
Podologi	0,4	0,8	0,8	0,2	0,4	0,4	0,1	0,3	0,4

Le Case della Salute e la gestione dei malati cronici tramite i PDTA generano sicuramente risparmi di spesa in quanto l'integrazione delle competenze e la presa in carico dei pazienti nell'ambito e con le metodologie della Casa della Salute rende il rapporto costi-benefici sicuramente positivo e migliore della situazione preesistente. La continuità assistenziale ha effetti anche sui consumi prestazionali con:

- il miglioramento della qualità di vita dei pazienti che, tramite i percorsi (PDTA) e più propriamente per effetto di puntuali e personalizzati Piani di Assistenza Individualizzati (PAI), contribuirà a rallentare significativamente l'aggravamento delle patologie croniche con grande impatto sociale ed economico. Tale beneficio inizierà a concretizzarsi nel corrente anno e si realizzerà pienamente entro il 2018 e avrà come conseguenza una significativa diminuzione dei costi sociali e dei costi a carico del sistema sanitario regionale;
- un minor numero di accessi al Pronto Soccorso, per effetto dell'arruolamento dei pazienti cronici nei PDTA;
- la riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri impropri e per complicanze che inizierà a concretizzarsi nel corrente anno per crescere nel tempo e realizzarsi più significativamente nel 2017 con un buon impatto sociale e notevoli risparmi dei costi. La riduzione della pressione sugli ospedali consentirà anche una diminuzione dei tempi di attesa e di intervento sulle patologie acute nonché una riduzione delle giornate di degenza ospedaliera;
- la riduzione della ripetizione degli esami strumentali e di laboratorio, richiesti da strutture diverse inizierà a dare risultati man mano che il numero degli arruolati diventerà più consistente e soprattutto man mano che saranno condivisi tra gli operatori, tramite il sistema informatico, le informazioni sanitarie di ciascun paziente arruolato in uno o più PDTA;
- una spesa farmacologia calmierata da una maggiore e adeguata aderenza farmacologica consistente nell'assistenza organizzata dei cronici e nella condivisione delle informazioni tra MMG, specialisti e strutture ospedaliere oltre che nella maggiore consapevolezza dei pazienti e nella possibile distribuzione diretta dei farmaci ;
- la gestione e la riduzione delle liste di attesa che consente di prendere decisioni tempestive sulle diagnosi e sulle terapie dei pazienti contribuendo a mantenere gli stessi in buona salute o a ridurre le prestazioni;

- la diffusione dell'A.D.I., con l'uso esteso della telemedicina (tecno-assistenza), consentirà anch'essa di migliorare lo stato psicofisico e la riduzione dei ricoveri ospedalieri;
- una migliore integrazione socio-sanitaria indispensabile per una corretta valutazione dei bisogni (PUA e UVM) e per l'elaborazione di Progetti individualizzati di intervento;
- una maggiore consapevolezza dei pazienti (empowerment) in grado di favorire una partecipazione attiva e una migliore collaborazione alla terapia che incide sulla situazione psico-fisica dei pazienti e sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri;

Il Business Plan è stato redatto per la Casa della Salute (CdS) di Pontecorvo e può essere preso come modello di riferimento anche per le nuove strutture che si intendono aprire; la realizzazione di tale Piano ha consentito di realizzare un tentativo di valorizzazione dei risparmi sopra descritti tenendo in considerazione anche altre esperienze italiane in merito, come ad esempio nelle Asl toscane. La AUSL indica che i risparmi medi complessivi (comprendenti tutte le voci ipotizzate di risparmio sopra riportate) ammontano a 18 euro all'anno per abitante residente. Sulla base di tale ipotesi dunque il risparmio complessivo sui 53.691 abitanti serviti dalla Casa della Salute di Pontecorvo sarebbe pari a 966.438 euro all'anno, ipotizzando che un tale risparmio potrebbe ottenersi anche sulle altre CdS comprendendo quella di Atina già realizzata e le altre due da istituire e, con una approssimazione per eccesso, si potrebbe ipotizzare un risparmio di circa 4 milioni di euro l'anno, e ciò solo per la popolazione servita dalle CdS.

Per quel che concerne i costi dei ricoveri ospedalieri e facendo riferimento al costo medio della giornata di degenza ospedaliera di 800 euro, si sono stimati, in relazione ai PDTA attivati, i costi medi giornalieri dei ricoveri ospedalieri per paziente, così come di seguito indicati:

- Pazienti con diabete: 848 euro;
- Pazienti in TAO: 810 euro;
- Pazienti con BPCO: 2.613 euro,valore nel range dei costi della ricerca Cergas (822 euro senza comorbilità e 3.141 euro con comorbilità);
- Pazienti con SCC: 3.521,6 euro, di gran lunga inferiore al range dei costi della ricerca Cergas (5.826 euro nei casi senza comorbilità e 9.241 euro in quelli con comorbilità).

Il numero dei pazienti per PDTA è stato calcolato sulla base della popolazione nella ASL di Frosinone al 1/1/2015 e sulla base della prevalenza delle patologie per le quali i PDTA sono stati attivati. Per una più completa valutazione dei benefici attesi si è fatto riferimento ad un piano articolato in cinque anni, con un arruolamento dei pazienti nella misura del 5% nel primo anno, del 10% nel secondo, del 25% nel terzo e del 30% nel quarto e nel quinto.I costi medi dei PDTA sono stati desunti dal Business Plan della CdS di Pontecorvo. Gran parte dei costi per la gestione dei PDTA non sono aggiuntivi rispetto a quelli attuali ma sono allocati nelle varie strutture distrettuali dell'Azienda.
Sulla base dei dati dello studio prodotto si stima che l'avvio dei PDTA nella ASL di Frosinone per il Diabete Mellito di tipo 2, Terapia Anticoagulante Orale, Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva e Scompenso Cardiaco Congestizio produrrà nei cinque anni i seguenti risultati (come riportato nella tab.1):

- numero di pazienti presi in carico: 71.961
- costo complessivo dei PDTA: euro 172.711.114
- riduzione degli accessi ai PS: 25.705
- riduzione giorni di ricovero ospedaliero: 75.713
- minori costi di PS e ricoveri ospedalieri: 65.261.521
- a regime un risparmio annuo di 29.547.879 euro e un minor impegno di 130 ore al giorno nei PS.

ASL FROSINONE

DATI SALIENTI ASL FROSINONE PER PDTA: DIABETE, TAO, BPCO, SCC	Anno 1	Anno 2	Anno 3	Anno 4	Anno 5	Totale
Pazienti arruolati nel PDTA	3.598	10.794	28.785	50.373	71.961	71.961
Prestazioni professionali PDTA	27.389	92.157	139.112	243.446	347.780	799.893
Prestazioni di laboratorio PDTA	7.853	23.558	69.252	121.191	173.130	394.985
Prestazioni strumentali PDTA	14.205	44.656	139.207	243.612	348.017	789.937
Totale prestazioni PDTA	39.448	118.343	347.031	607.252	867.504	1.984.815
Costi complessivi PDTA in €	3.086.006	9.294.053	30.138.548	52.742.459	77.450.048	172.711.114
Costo medio per paziente in €	*858*	*861*	*1.047*	*1.047*	*1.076*	
Riduzione accessi al PS	357	1.428	3.927	7.854	12.138	25.705
Riduzione ore PS	1.393	5.572	15.324	30.648	47.365	100.303
Riduzione media ore giornaliere al PS	4	15	42	84	130	
Riduzione numero ricoveri ospedalieri	172	491	1.349	2.698	4.170	8.880
Riduzione giorni di ricovero ospedaliero	1.093	4.373	12.027	24.054	34.166	75.713
Riduzione media numero posti letto ospedalieri	3	12	33	66	94	94
Risparmio per riduzione accessi PS in €	55.150	260.601	716.654	1.433.307	2.215.111	4.690.823
Risparmio per riduzione giorni di ricovero ospedaliero in €	874.682	3.498.730	9.621.506	19.243.012	27.332.768	60.570.698
Totale risparmi in €	939.833	3.759.331	10.338.160	20.676.319	29.547.879	65.261.521

ASL FROSINONE

B1.2. La Rete Radiologica

Al fine di garantire un servizio omogeneo e con adeguati standard qualitativi ai pazienti sul territorio, la Asl prevede la riorganizzazione della Rete Radiologica. Si procederà quindi ad una riorganizzazione dei servizi che permetta un uso efficace ed efficiente delle risorse umane e strumentali.

Attualmente i servizi di Radiologia dell'Azienda USL di Frosinone e le tipologie delle prestazioni Radiologiche sono così distribuiti:

PRESIDIO	Radiologia tradizionale	TAC	Risonanza Magnetica	Medicina Nucleare	Mammografia	Ecografia	MOC	Emodinamica	Medici Radiologi	Tecnici	Infermieri	N. tot di prestazioni anno 2015	Costo Personale anno 2014
OSPEDALE FROSINONE (Sede di DEA di 1° livello)	5	3	1	0	1	3	1	1	10	25	7	90.615	2.801.601
OSPEDALE SORA (Sede di Pronto Soccorso)	5	1	1	1	1	2	1	0	8	16	8	64.524	2.049.427
OSPEDALE CASSINO (Sede di DEA di 1° livello)	4	1	1	0	1	1	0	0	9	16	3	61.907	2.229.206
OSPEDALE ALATRI (Sede di Pronto Soccorso)	2	1	0	0	1	2	0	0	4	7	5	42.397	999.713
OSPEDALE ANAGNI (Sede di Primo intervento h24)	2	1	0	0	1	1	0	0	2	3	3	10.240	451.683
Ex-OSPEDALE CECCANO	1	0	0	0	0	0	1	0			2	3.332	31.597
AMBULATORIO V.FABI	3	0	0	0	1	0	0	0		2		8.449	72.000
Ex-OSPEDALE ISOLA DEL LIRI	1	0	0	0	1	1	1	0		2	1	8.762	120.687
CASA DELLA SALUTE PONTECORVO		1	0	0	0	1	0	0	1	7		7.995	252.000
Ex-OSPEDALE FERENTINO	2	0	0	0	1		0	0		1	1	6.119	72.999
Ex-OSPEDALE CEPRANO	2	0	0	0	1	1	0	0				2.173	
POLIAMB.VEROLI						1						60	
POLIAMB.PALIANO						1						138	
POLIAMB.CASSINO						1						582	
POLIAMB.CECCANO						1						484	
POLIAMB. ATINA						1						356	
TOTALI	27	8	3	1	9	17	4	1	34	81	29	307953	

ASL FROSINONE

I giorni di attesa per le varie tipologie di prestazioni risultano essere (dati forniti dal CUP aziendale):

PRESIDIO	Radiologia tradizionale	TAC	Risonanza Magnetica	Medicina Nucleare	Mammografia	Ecografia	MOC	Emodinamica
OSPEDALE FROSINONE	6	94	65		72	94	95	
OSPEDALE SORA	33	249		157	237	104	290	
OSPEDALE CASSINO	2	3	3		157	346		
OSPEDALE ALATRI	14	3			3	340		
OSPEDALE ANAGNI	4	140			3	324		
OSPEDALE CECCANO	50							
AMBULATORIO V.FABI	2				339			
OSPEDALE ISOLA DEL LIRI	9				340		1	
OSPEDALE PONTECORVO	1	248			340	236		
OSPEDALE FERENTINO	14				338			

Le principali criticità riscontrate risultano essere:

- la scarsa dotazione organica aziendale attuale; infatti in base alla normativa il fabbisogno organico sarebbe pari a n. 220 Tecnici di radiologia, n. 4 Coordinatori TSRM, n. 109 Radiologi e n. 4 Dirigenti medici di II livello per la copertura h12 delle attività ambulatoriali per i pazienti (esterni e ricoverati) e per la copertura h24 per le attività in regime di urgenza/emergenza notturne e festive contro gli attuali n. 79 Tecnici di radiologia, n. 2 Coordinatori TSRM, n. 33 Radiologi e n. 1 Dirigente medico di II livello. Da tale conteggio si

evince che tale esigenza di organico sottoporrebbe l'Azienda ad una spesa particolarmente gravosa, anche considerando le carenza organiche delle altre specialità altrettanto bisognose di personale. Per questo motivo si stima che, al netto del fabbisogno delle attività dei servizi di Radiologia, con una riorganizzazione più efficiente, anche in tema di appropriatezza prescrittiva, un organico calibrato su tale prospettiva prevedrebbe un numero complessivo di almeno 58 Dirigenti Medici di I livello, n° 4 Dirigenti Medici di II livello; con una carenza di n° 27 Dirigenti Medici Radiologi e di n.° 3 Dirigenti Medici di II livello ed un congruo numero di tecnici di radiologia (120) in misura minima, non inferiore al doppio dei medici radiologi, nella misura massima in numero adeguato alle apparecchiature in dotazione H12, secondo l'assioma un TSRM un'apparecchiatura diagnostica.

- il costante aumento nella ASL di Frosinone degli accessi al Pronto Soccorso e delle relative richieste di prestazioni di Radiologia, con un indice di crescita pari al 12% annuale negli ultimi quattro anni;
- gli alti costi per gli esami che possono essere parzialmente giustificati per i P.O. di Cassino, Frosinone e Sora, data la complessità e la varietà delle indagini diagnostiche prodotte, mentre risultano ingiustificati per quei presidi ed ambulatori che effettuano solo attività diagnostiche ambulatoriali;
- le liste di attesa che risultano nettamente superiori a quanto previsto dal Piano Regionale per il Governo delle Liste di Attesa (come da tabella sopra riportata) e per le quali andrebbero applicate ovunque le classi di priorità, così come indicato dal RECUP stesso;
- la gestione del RECUP; esiste una difficoltà nella gestione degli appuntamenti RECUP per errori nella compilazione delle liste con overbooking non autorizzati;
- la mancata applicazione e aggiornamento del documento della ASL di Frosinone "Percorso clinico della diagnostica per immagini", giusto atto n. 184 DG del 3 Marzo 2009;
- l'utilizzo da parte delle UOC della Asl di moduli diversi per la raccolta dei consensi informati per gli esami di Radiodiagnostica;

- Carenza oggettiva, rispetto alle linee di prodotto ed ai volumi di attività, per i grandi centri, del personale Medico e Tecnico Sanitario;

- il mancato aggiornamento delle attrezzature (necessario ad Anagni, Alatri, Sora) e la vetustà delle attrezzature dei vari ambulatori (Ferentino, Isola del Liri, etc.);

- la mancanza di una PET-TC, nell'unica Medicina Nucleare attiva in Azienda, che è provvista esclusivamente di una gamma camera, quando secondo la normativa attuale dovrebbero essercene almeno due;

- alcuni centri di diagnostica radiologica non producono attività congrua rispetto alle risorse impiegate;

- il ridotto numero di esami di risonanza magnetica nucleare, con apparecchiature non operative h12, ma operanti per alcuni turni a settimana (Sora – Cassino) e tale criticità determina un allungamento dei tempi di attesa, per questa tipologia di diagnostica;

- l'enorme difficoltà nella gestione del personale dipendente per la mancanza di un sistema on line di predisposizione dei turni, verifica contestuale delle presenze/assenze e controllo dell'orario sia ordinario che straordinario (tale carenza genera una cattiva organizzazione che incide enormemente sul costo del personale afferente le U.O).;

- la non univoca classificazione degli esami tra i vari presidi, interpretazione ad personam del tariffario e della classificazione e conteggio degli esami (ad esempio: mammografia = un esame ; mammella dx e mammella sx = due esami).

Al fine di migliorare la riorganizzazione della rete radiologica la Asl di Frosinone propone quindi:

- l'adeguamento del personale in base alle carenze riscontrate:
- la riorganizzazione interna del personale assegnato in base alle attrezzature ed ai volumi di attività;
- la realizzazione di eventi formativi/informativi per tutti i medici prescrittori e/o l'attivazione di un tavolo multidimensionale al fine di creare un sistema di valutazione per il corretto utilizzo delle classi di priorità;
- l'attivazione di un servizio di refertazione a distanza (TELERADIOLOGIA) creando quattro centri ALATRI –CASSINO – FROSINONE e SORA che garantiscano la refertazione per il fabbisogno di tutte le attività svolte nei presidi radiologici aziendali sia ospedalieri che territoriali, prevedendo un sistema di teleradiologia unico, ma modulare per rendere possibile la telegestione degli esami dai suddetti centri di riferimento, in modo da consentire la refertazione da ciascuno dei presidi suddetti, prevedendo la presenza apposita di radiologi all'uopo destinati in uno o più centri contemporaneamente, a seconda dei volumi di attività. Ad esempio, potrebbero essere attivi contemporaneamente tutti e quatto i centri di refertazione la mattina, mentre col diminuire dell'attività potrebbero essere attivi due oppure uno. Questo sistema consentirebbe la più razionale gestione delle risorse, limitando gli spostamenti inter-presidio degli specialisti.
- L'attivazione di un servizio di Diagnostica Domiciliare RX, Ecografie, Elettrocardiografia, Holter ecc... per effettuazione di prestazioni a domicilio del paziente. L'evoluzione della telemedicina in particolare della teleradiologia consente l'esecuzione di esami sul territorio extra ospedaliero e l'acquisizione da parte di tecnici di radiologia di immagini digitali. L'obiettivo è di fornire un servizio pratico e veloce con un'attrezzatura portatile e tecnologicamente evoluta, nell'interesse del paziente bisognoso che non può sopportare attese e spostamenti faticosi.

Le immagini prodotte potranno essere inviate mediante sistema di trasmissione in dotazione: all'Unità Mobile, al Centro di Refertazione di riferimento, al Radiologo che potrà provvedere alla refertazione su apposite Work-station di refertazione ed archiviarle nel Sistema PACS-RIS. Essendo la tecnica di indagine degli esami a letto negli ospedali, sovrapponibile agli esami a domicilio, è obbligatorio l'utilizzo dei mezzi di protezione individuali nonché seguire tutte le precauzioni per tale tipo di attività;

- l'acquisizione di un sistema PET/TAC, per l'unica medicina nucleare aziendale, comprensivo di quanto necessario al completo svolgimento di indagini diagnostiche di imaging molecolare prevalentemente in campo oncologico e cardiologico, consentendo esami di elevata qualità con qualsiasi isotopo e con basse dosi di somministrazione. Una metodica di indagine che permette di evidenziare aspetti morfologici e funzionali delle neoplasie e che è spesso risolutiva nel percorso diagnostico e terapeutico del paziente. Attualmente, per l'effettuazione di tali prestazioni diagnostiche abbiamo un flusso migratorio passivo di pazienti.
- l'acquisizione di una seconda gamma camera, al fine di adeguare la medicina nucleare di Sora alla normativa vigente
- l'acquisizione, per i quatto centri di refertazione, di Distributori self-service collegati in rete per erogazione e prelievo agevole e rapido di supporti CD/DVD contenenti immagini e referti medici o analisi, con Monitor Touch screen ed interfacciamento al RIS/PACS aziendale, provvisto di: capacità fino a 2000 CD/DVD, sistema di riconoscimento mediante lettore di tessera sanitaria, documento per il ritiro dell'esame o altre modalità di riconoscimento con stampante termica industriale per l'emissione dei referti, eliminazione automatica dei CD/DVD non ritirati entro un tempo programmabile, kit Pagamento con Carta di credito, Carta di debito (Bancomat) con opzione di sistema di avviso referto disponibile all'utenza tramite SMS o email. Tale acquisto consentirebbe di snellire le procedure di ritiro referti rendendole automatizzate e, contemporaneamente, di recuperare personale, dedicato alla consegna dei referti, da destinare ad altre attività. Il referto sarebbe, così, possibile ritirarlo a qualsiasi ora (h24), contrariamente a quanto avviene attualmente allo sportello di mattina o di pomeriggio per poche ore al giorno.

- l' acquisizione di un sistema integrato (tipo NoiPA) che consenta l'organizzazione e gestione del personale e dei turni aziendali on line, tale da consentire il controllo contestuale delle presenze da parte dei responsabili dell'Azienda e dell'ufficio personale di estendere la gestione limitata a specifiche funzioni dell'applicativo a persone diverse dagli operatori dell'ufficio centrale del personale che, dal loro posto di lavoro, possano accedere alla Intranet aziendale per consultare, se autorizzati, una serie di dati riguardanti i cartellini presenza dei dipendenti che fanno riferimento a loro. E' il caso in cui ci sia la necessità di demandare a determinate figure di operatori aziendali situate in periferia rispetto agli uffici centrali del personale (es. Capo-Sala o responsabili di Unità Operative periferiche che non siano connesse al sistema di rilevazione presenze tramite la rete geografica) alcune limitate presso di loro.

B2: Miglioramento della qualità e dell'efficienza della Rete Ospedaliera

La Rete Ospedaliera della Asl di Frosinone è coerente con i Piani Operativi Regionali 2013-2015 ed è fissata nel rispetto delle indicazioni di cui alle linee guida per gli Atti Aziendali e del DCA n. 00247/2014 (Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio).
La Asl di Frosinone ha quindi organizzato l'attività clinica per aree funzionali adottando un modello di ospedale gestito per livelli di assistenza ed intensità di cura, facendolo tornare ad essere un luogo di cura per le acuzie. Tale riorganizzazione prevede, tenendo in debita considerazione il patrimonio tecnologico e di risorse umane di ogni Presidio:

- l'istituzione di aree di ricovero non più per specialità ma per aree omogenee, per livello di complessità assistenziale e per aree polispecialistiche mediche e chirurgiche con l'individuazione dei posti letto per area assistenziale e non più per reparto;

- la creazione di team multidisciplinari per la definizione di linee guida e protocolli condivisi;

- il miglioramento dell'appropriatezza clinica attraverso una migliore gestione delle cure primarie e nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), favorendo il potenziamento e l'implementazione di modelli assistenziali innovativi quali Day-surgery, Day-Hospital, one-day-surgery e week-hospital a fronte di una diminuzione dei ricoveri ordinari;

- il miglioramento dell'appropriatezza organizzativa;

- la valorizzazione e implementazione delle reti per alta specialità (come la rete cardiologica e la rete perinatale);

- la rimodulazione dei servizi in coerenza con gli interventi di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici, della rete della medicina trasfusionale e delle innovazioni tecnologiche come il teleconsulto, la tele radiologia e la telecardiologia;

- l'integrazione della rete ospedaliera con i servizi offerti dalle Case della Salute.

In ottemperanza dell'atto aziendale, i Presidi Ospedalieri della Asl di Frosinone sono tre:

- Presidio Ospedaliero Frosinone-Alatri;
- Presidio Ospedaliero Sora;
- Presidio Ospedaliero Cassino

L'accorpamento dei Presidi Ospedalieri di Frosinone ed Alatri ha come obiettivo principale quello di differenziare le due strutture in quanto in precedenza si è assistito ad una duplicazione e sovrapposizione delle attività assistenziali. In particolare il Presidio di Frosinone, nel rispetto della logica dell'ospedale per intensità di cure, sarà dedicato alla gestione di patologie di maggiore complessità mentre nel Presidio di Alatri verrà trattata una casistica di medio-bassa complessità. Tale riorganizzazione permette l'applicazione di modelli assistenziali innovativi che permettono di raggiungere maggiori livelli di appropriatezza. Inoltre la vicinanza geografica dei due presidi rappresenta un ulteriore fattore di razionalizzazione che, attraverso la gestione comune del personale e delle risorse tecnologiche, può consentire sensibili economie di scala.
E inoltre prevista la riorganizzazione della rete chirurgica che si pone come obiettivo principale il miglioramento della qualità, della personalizzazione e dell'efficacia delle prestazioni con contemporanea ottimizzazione delle risorse e conseguente riduzione della spesa sanitaria.

B2.1. La riorganizzazione della Rete Chirurgica

La riorganizzazione della Rete chirurgica prevede il coinvolgimento di tutte le strutture chirurgiche, senza considerare Presidi o reparti, ma concentrandosi sui bisogni della popolazione, sulla riduzione del rischio per il paziente, su un'attenta analisi dello studio della mobilità passiva e sull'appropriatezza.

Le attività che al momento vengono effettuate nei suddetti Presidi sono così distribuite:

· Presidio Ospedaliero di Alatri: Chirurgia d'Urgenza (presenza di punto di Pronto Soccorso h.24), attività di day Surgery e chirurgia ambulatoriale per la chirurgia generale, l'ortopedia e l' urologia;

· Presidio Ospedaliero di Sora: Chirurgia d'Urgenza (per la presenza di un P.S. h 24), Chirurgia Generale, Ortopedia e traumatologia, Ginecologia ed Ostetricia. Tra le prestazioni chirurgiche erogate risulta essere fortemente preponderante la chirurgia oncologica della mammella;

· Presidio Ospedaliero di Cassino: Chirurgia d'Urgenza (Presenza di P.S. h.24, Dea I Livello), Chirurgia Generale, Chirurgia maggiore ORL, Chirurgia Urologica, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia ed Ostetricia.

Le principali criticità riscontrate risultano essere:

- l'importante mobilità passiva anche per interventi di bassa e media complessità la cui fuga risulta spesso essere legata alla lunga lista di attesa per gli interventi chirurgici (ad esempio da un'analisi effettuata risulta che un paziente che deve sottoporsi ad intervento chirurgico di Colecistectomia con priorità media presso l'Ospedale F. Spaziani di Frosinone viene trattato mediamente dopo tre mesi dall'immissione in lista di attesa contro le 2-3 settimane di attesa per il Policlinico Gemelli);

- nessuna graduazione di complessità tra i vari presidi;

- nessun collegamento organico tra le Chirurgie delle strutture ospedaliere della Asl;

- la dispersione della casistica che non permette, per alcuni interventi, di raggiungere i valori soglia minimi stabiliti dalla Regione;

- la bassa complessità della casistica trattata;
- la scarsa integrazione tra gli specialisti ambulatoriali e i MMG con i medici ospedalieri;
- la carenza di personale in quanto, in ottemperanza ai dettami della Spending review, non sono stati espletati concorsi per dirigenti apicali di secondo livello: ciò ha determinato un invecchiamento progressivo della classe medica del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, una scarsa organizzazione delle U.O., uno scarso appeal nei confronti degli utenti, la mancanza di una guida riconosciuta che porta tutti i componenti delle singole Unità Operative a diminuire l'aggiornamento e ad affrontare il lavoro giornaliero demotivati nonché il notevole allungamento delle liste di attesa;
- la mancanza della pre-ospedalizzazione per gli interventi chirurgici in regime ordinario con conseguente aumento della degenza media ospedaliera;
- l'elevata inappropriatezza chirurgica: in particolare si ravvisa che la percentuale dei ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici (ossia interventi chirurgici per i quali il paziente, così come definito dal Patto per la salute, può essere dimesso in giornata senza che sia compromesso il suo stato di salute) è di gran lunga inferiore alla media nazionale; il paziente viene quindi viene trattenuto in ricovero ordinario, aumentandone inutilmente il costo per l'azienda e allungando le liste di attesa per intervento chirurgico;
- la carenze e la disorganizzazione delle sale operatorie; le sedute operatorie non sono assolutamente sufficienti per poter affrontare una richiesta così alta di interventi e, allo stesso tempo, anche la carenza di chirurghi, anestesisti e personale di sala operatoria fa si che esistano poche sedute operatorie e le liste di attesa si allunghino.

La riorganizzazione della rete chirurgica, prevista anche dalla normativa regionale, prevedrà l'istituzione di un centro di riferimento con funzione di Hub collegato con gli altri centri Spoke, sempre nella piena sicurezza e garanzia del paziente. Nell'Hub, che si configura con il Presidio di Frosinone, maggiormente attrezzato dal punto di vista tecnologico, verranno concentrate le procedure chirurgiche più complesse, mentre negli spoke ci si occuperà degli interventi di medio-bassa complessità assistenziale. Si prevede altresì la creazione di un centro specializzato di day-surgery, mentre l'attività di chirurgia ambulatoriale (APA) verrà svolta presso le Case della Salute, fornendo un servizio più capillare.

In particolare la riorganizzazione prevede che l'attività chirurgica verrà così articolata tra i vari presidi:

- Presidio di Anagni: Chirurgia Ambulatoriale Multidisciplinare (ginecologia, chirurgia generale, urologia, otorinolaringoiatria, dermatologia, oculistica e ortopedia) con attività dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 14:00;

- Presidio di Frosinone: Chirurgia Generale e UOSD Tecnologie emergenti con attività di chirurgia d'urgenza h24, chirurgia maggiore oncologica (colon retto, stomaco e pancreas), Chirurgia VB e colecisti complicate; la UOC Ortopedia e Traumatologia con attività di traumatologia h24, fratture femore trattate entro 48 ore, artroprotesi femore e ginocchio complesse; la UOC Urologia con attività di urologia d'urgenza h24, urologia endoscopica, chirurgia urologica maggiore (cistectomie rad. E prostatectomie); la UOC Otorinolaringoiatria con attività di ORL d'urgenza h24 e chirurgia ORL maggiore; la UOC Ginecologia ed Ostetricia con attività di parto chirurgico (taglio cesareo), chirurgia maggiore ginecologica e chirurgia laparoscopica; la UOC Oculistica con attività di chirurgia oculistica d'urgenza h24;

- Presidio di Alatri: Day-surgery e Week-surgery multispecialistico con attività dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 19:00 (tre sale operatorie funzionanti dal lunedì al giovedì dalle ore 8:00 alle ore 17:00 e il venerdì dalle ore 8:00 alle ore 14:00;

- Presidio di Sora: UOC Chirurgia d' Urgenza per attività di chirurgia d'urgenza h24, la Chirurgia generale in ricoveri programmati e day-surgery, la UOSD Chirurgia ad indirizzo oncologico come centro di riferimento oncologico per il cancro della mammella; la UOSD Ortopedia e Traumatologia come centro di riferimento di chirurgia della mano; la UOC Ginecologia ed Ostetricia con attività di parto chirurgico (taglio cesareo) e chirurgia ginecologica minore o media;

- Presidio di Cassino: UOC Chirurgia Generale con attività di chirurgia d'urgenza h24, chirurgia generale anche con Day-surgery e week-surgery; la UOC Ortopedia e Traumatologia con attività di traumatologia h24 e centro di artroscopia; la UOSD Urologia con letti dedicati all'interno della UOC Chirurgia; la UOC Otorinolaringoiatria con attività di ORL d'urgenza h24 e chirurgia ORL di piccola e media complessità in Day-surery; la UOC Ginecologia ed Ostetricia con attività di parto chirurgico (taglio cesareo) e chirurgia ginecologica di piccola e media complessità; la UOC Oculistica con attività di chirurgia oculistica d'urgenza h24 e Day-Hospital oculistico.

Al fine di migliorare le performance del Dipartimento delle Scienze Chirurgiche, in vista anche della riorganizzazione della Rete, si ritengono necessarie:

- l'assunzione di chirurghi, la previsione ad ogni prossimo pensionamento della sostituzione immediata con personale a contratto e la stabilizzazione del personale precario;
- la creazione di una lista d'attesa chirurgica unica per l'intera Asl;
- l'applicazione di un protocollo per la pre-ospedalizzazione univoco per tutta l'azienda;
- le riorganizzazione delle sale operatorie e del personale dedicato;
- la corretta compilazione del registro operatorio informatizzato che dovrà essere presente in ogni sala operatoria e che dovrà prevedere la possibilità di estrazione dei dati in tempo reale;
- il potenziamento del servizio, già esistente, di Ecografia operativa Interventistica Multidisciplinare ed Intraoperatorio con upgrade tecnologico;
- la liberazione di ore di sala operatoria per permettere di concentrare nell' ospedale di Frosinone tutta la patologia maggiore in elezione dell'Azienda, come da riorganizzazione della Rete Chirurgica;
- l'istituzione di convenzioni con le scuole di Specializzazioni in Chirurgia Generale, Chirurgia Vascolare e Chirurgia D'Urgenza, Urologia, ORL delle Università Tor Vergata e La Sapienza per poter far partire servizi fondamentali per la crescita Ospedaliera come l'Endoscopia Interventistica e Radiologia interventistica (la seconda fondamentale non solo nella crescita della chirurgia generale per drenaggi trans epatici ed altri, ma soprattutto nel ruolo fondamentale della gestione combinata dei pazienti con patologie vascolari).
- il rinnovo delle colonne per chirurgia laparoscopica, dotando le Sale Operatorie di strumenti con nuova Tecnologia HD e super HD.

Una volta effettuate le azioni sopra proposte, la riorganizzazione della Rete Chirurgica potrà funzionare a pieno regime e permetterà l'abbattimento delle liste di attesa che per la Asl di Frosinone rappresenta uno dei principali motivi della fuga dei pazienti verso altre strutture, riducendo così la mobilità passiva e offrendo una maggiore specializzazione dei chirurghi con conseguente maggiore sicurezza per i pazienti trattati.

B2.2. Il percorso nascita

Il Percorso Nascita si esplicita nella continuità dell'assistenza, ovvero nell'attività di informazione, conoscenza e sostegno che il SSN offre alla donna, alla coppia famiglia, lungo tutto lo sviluppo dell'esperienza di gravidanza, parto, nascita, puerperio e allattamento. Una società giusta è sensibile alla tutela della salute della donna e del bambino, dalla fase pre-concezionale alla nascita e risponde adeguatamente alle necessità fisiche, psicologiche e sociali ad esse correlate. Le attuali difficoltà socio-economiche e culturali spesso impediscono alla donna di vivere serenamente il periodo gravidico e di accedere ai percorsi di accompagnamento all'esperienza della genitorialità. Nonostante la maternità sia riconosciuta un bene comune da tutelare, i Servizi ospedalieri e territoriali rispondono tuttora in modo poco integrato ai bisogni delle donne, dei neonati e del nucleo familiare.
Attualmente la risposta ai bisogni della popolazione viene soddisfatta all'interno di specifici contesti operativi, attraverso singole prestazioni ed iniziative isolate degli Operatori. Tale modalità d'intervento non risulta sufficiente a fornire risposte complessivamente soddisfacenti, a motivo della loro frammentarietà ed autoreferenzialità dei singoli Servizi e Dipartimenti aziendali. Nei quattro Distretti le diverse figure professionali in organico sono insufficienti per numero e distribuzione sul territorio. L'erogazione d'interventi poco integrati e l'insufficiente attivazione della rete comportano una sovrapposizione dei ruoli nella presa in carico del caso ed un arco temporale eccessivo per la risoluzione dei bisogni emersi.
L'attenzione privilegiata è riservata all'intervento sanitario nella situazione di parto ospedaliero e prima assistenza neonatale, con il rischio di un'eccessiva medicalizzazione e sottovalutazione dell'ampiezza e della complessità dell'evento, senza dare la giusta rilevanza al legame di attaccamento sicuro della diade madre-bambino per lo sviluppo psico- affettivo del neonato. Da diversi anni i Servizi della ASL Frosinone lavorano alla creazione di una rete di operatori sanitari ospedalieri e territoriali direttamente coinvolti nell'assistenza alla donna ed al neonato, al fine di strutturare un percorso multidisciplinare di integrazione delle specifiche competenze. Tuttavia tale rete, ad oggi, è stata realizzata solo in parte e attraverso iniziative da migliorare, in particolare per quanto concerne la collaborazione tra il Consultorio Familiare ed il Servizio Ostetrico ospedaliero, al fine di ridurre prestazioni inappropriate, favorire la continuità assistenziale, contenere costi umani e strumentali, garantire l'equità delle prestazioni.

Un modello d'integrazione strutturata tra Servizi è rappresentato dal Protocollo operativo tra il Consultorio Familiare di Frosinone e il Presidio Ospedaliero "F. Spaziani" di Frosinone, stilato tra il Direttore del Dipartimento APCI, i Dirigenti del Presidio Ospedaliero di Frosinone ed il Responsabile della UOS Consultorio Familiare Distretto B, in esecuzione alle disposizioni regionali inerenti la tutela della donna nel percorso parto-nascita e le indicazioni nazionali ed internazionali nel merito. Tale Protocollo operativo definisce procedure inerenti comuni linee di attività tra il Consultorio Familiare Distretto B ed i Responsabili delle UU.OO.CC. di Ostetricia e Ginecologia e Neonatologia, attinenti modalità di collaborazione Ospedale-Territorio per i Corsi di Accompagnamento alla Nascita (CAN) e alle prestazioni di Ostetricia e Ginecologia consultoriali. Nelle altre UU.OO.SS. Consultorio dei Distretti A-C-D le suddette procedure vengono applicate da anni come buona pratica, nel rispetto delle linee guida aziendali e regionali. L'auspicio è che, ove possibile, accordi operativi e procedure integrate possano essere estese a tutte le realtà aziendali consultoriali e ospedaliere, al fine di uniformare i Percorsi Nascita.

Per strutturare una rete di collaborazione efficiente ed efficace, è indispensabile individuare i nodi della rete, rappresentati da Referenti dei Servizi, incaricati dai relativi Direttori, che costituiscano un Gruppo di Lavoro interservizi con il compito di concordare protocolli. Per i Corsi di Accompagnamento alla Nascita la collaborazione Ospedale- Territorio è finalizzata a:

- migliorare la conoscenza e l'informazione della donna e della coppia in merito alle prassi ospedaliere;
- informare e promuovere la donazione solidaristica del cordone ombelicale e sostegno nell'espletamento del relativo iter burocratico;
- ridurre il ricorso ad altre strutture sanitarie extra- aziendali per l'espletamento del parto naturale ed operativo da parte delle donne residenti nel territorio aziendale;
- promuovere e sostenere il legame di attaccamento sicuro tra il bambino e la madre;
- strutturare i rapporti all'interno della triade familiare, attraverso la tutela della relazione precoce del neonato con la figura paterna e coinvolgimento del padre nell'esperienza del parto.

Le gestanti seguite nei CAN sono accompagnate dall'Ostetrica consultoriale presso il Presidio ospedaliero di appartenenza per una visita alle Divisioni di Ostetricia e Ginecologia. Il Direttore della U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia individua personale interno, Ostetrica o Ginecologo ospedaliero, che informa le gestanti su: protocolli e procedure ospedaliere riguardanti l'accudimento nelle diverse fasi del parto; cura della donna nel decorso post-partum, in caso di parto naturale o operativo; rooming-in, ove attivato; promozione dell'allattamento al seno. Per quanto concerne la visita al Reparto di Neonatologia e Pediatria, le informazioni sono inerenti l'accudimento del neonato in ambito ospedaliero, la promozione di adeguate cure neonatali e dell'allattamento al seno, l'accudimento del neonato a termine o immaturo. Il Responsabile indica le Puericultrici ed il Medico Neonatologo/Pediatra come Operatori di riferimento. Le donne con pregresso taglio cesareo o a rischio di parto distocico sono segnalate dall'Ostetrica o dal Ginecologo consultoriale al personale della UOC di Ostetricia e Ginecologia, per un rinvio mirato e la presa in carico, entro la 36° settimana di gestazione. In caso d'invio di gestanti visitate nel Consultorio Familiare cui sia stata diagnosticata una condizione di patologia ostetrica, il Ginecologo consultoriale si riferisce direttamente al Ginecologo ospedaliero, per la presentazione della situazione clinica della donna e predisporre i successivi accertamenti.

La completezza del percorso nascita dovrebbe prevedere altresì:

- le visite domiciliari in puerpere che consentono di realizzare un percorso integrato tra Ospedale e Consultorio Familiare; nel corso del ricovero ospedaliero la gestante riceve informazione e compila un modulo di adesione alla visita in puerperio a domicilio, proposto dall'Ostetrica ospedaliera. Qualora la donna accetti la visita a domicilio, è cura dell'Ostetrica ospedaliera compilare un secondo modulo e valutare la priorità di prestazione in relazione all'esigenza socio-sanitaria madre- neonato; tale modulo è inviato tramite fax/email al Consultorio di appartenenza della puerpera e sarà cura degli Operatori territoriali prendere in carico la diade. Attualmente tale servizio è stato incentivato soltanto nel Distretto C;
- il monitoraggio del benessere psico-fisico del bambino nel primo anno di vita e della relazione madre - bambino realizzato grazie ad un lavoro integrato tra i Servizi TSMREE, Consultorio Familiare e Consultorio Pediatrico (attualmente presente solo nel Distretto A);

- l'organizzazione di gruppi di sostegno settimanali per l'allattamento al seno dalla prima settimana di vita del neonato e per i primi sei mesi: tale attività ha fornito evidenze di efficacia sull'allattamento esclusivo al seno nei primi sei mesi di vita, scaturite dalla possibilità per la donna di essere accompagnata nell'esperienza dagli specialisti Ostetrica e Pediatra (attualmente organizzati nel solo Consultorio Familiare di Fiuggi) ;
- l'organizzazione di Corsi di Infant- Massage alle madri, corsi di Baby-wearing con personale specializzato della "Scuola del Portare", incontri con Operatori del SIAN, del Servizio Igiene e del Consultorio Pediatrico, per informazioni sulla nutrizione nel periodo pre-parto, in puerperio ed allattamento (anche l'organizzazione di tali corsi è prevista solo in alcune realtà territoriali).

Per una completa realizzazione del Percorso Nascita, si rende necessario:

- implementare le risorse umane, sia del personale dipendente, ridotto per messa in quiescenza senza sostituzione, che degli specialisti convenzionati (mediatori culturali, psicologi e assistenti sociali);
- la completa attivazione delle visite e consulenze in puerperio a domicilio per le quali è necessario garantire agli Operatori consultoriali l'utilizzo delle autovetture aziendali o l'utilizzo del mezzo proprio, con il riconoscimento degli emolumenti e rimborsi previsti per il personale con compiti ispettivi;
- l'attivazione di un Data Base unificato, con completamento delle procedure di acquisto già in corso, per un sistema omogeneo di registrazione dell'utenza e rilevazione dei dati indispensabili a favorire il lavoro di rete e la presa in carico della donna/coppia/famiglia. La carenza di strumenti informativi ed informatici non consente la registrazione e condivisione dei dati epidemiologici, nè l'integrazione tra le competenze e lo scambio delle buone prassi;

- strutturare la necessaria ed indispensabile collaborazione tra i Consultori Familiari i MMG ed i PLS, ancora carente per assenza di protocolli e procedure condivise, per la creazione di un percorso nascita integrato, che inizia dalla consulenza pre- concezionale e accompagna la donna nel corso del puerperio;
- garantire una maggiore efficienza e tempestiva comunicazione da parte dei Servizi ospedalieri al Consultorio Familiare di riferimento, all'atto della dimissione della donna in situazioni di fragilità, per continuità delle cure in ambito extra-ospedaliero (dimissioni protette);

- nell'ottica della tutela della triade madre/padre/bambino, implementare la collaborazione del Consultorio Familiare con gli altri servizi dell'APCI (Consultorio Pediatrico, TSMREE) al fine di offrire un reale sostegno alla genitorialità su tutte le tematiche della nascita, del ritorno a casa e della gestione della coppia e del neonato;
- l'attivazione di tutti i servizi in modo uniforme sul territorio provinciale compresa anche l'organizzazione dei corsi specifici attualmente presente solo in alcuni Consultori.

B3: Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative

La Asl di Frosinone si pone come obiettivo per il prossimo triennio di sviluppare e/o implementare sinergie con le istituzioni universitarie, gli enti e gli istituti di ricerca, le associazioni no-profit nonché collaborazioni con altre Aziende Sanitarie Regionali.

La Asl di Frosinone intende implementare le relazioni di collaborazione che già intrattiene con le Università del territorio regionale, quali l'Università "Tor Vergata", l'Università "La Sapienza", l'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, l'Università di Chieti e l'Università di Camerino finalizzate principalmente alla formazione del personale sanitario, nonché gli accordi con il Campus Biomedico nel campo dell'endocrinologia e delle malattie metaboliche. Il reciproco scambio e la promozione delle competenze professionali, della ricerca, della formazione di base e della formazione continua costituiscono l'obiettivo principale di tali attività.

Si punterà altresì all'istituzione di importanti collaborazioni con le altre Aziende Sanitarie Regionali affinché possano essere sviluppati progetti che spesso non possono essere perseguiti e sviluppati autonomamente per problemi funzionali e/o economici. La Asl di Frosinone attualmente intrattiene rapporti con la Asl Roma G, la Asl di Latina e sta avviando un'importante progetto di collaborazione con la Asl di Viterbo per la riorganizzazione del Controllo di Gestione interno. In tale ottica saranno altresì stipulati accordi di collaborazione con Enti ed associazioni con lo scopo di costruire uno scambio fruttuoso in termini di formazione e ricerca soprattutto nell'ambito del management sanitario.

Particolare attenzione viene data alla realizzazione di linee di ricerca e di sperimentazione congiunta, anche nell'ambito di progetti finalizzati regionali, nazionali ed europei. La Asl di Frosinone ha scelto quindi di implementare il Gruppo di Lavoro aziendale per la "Progettazione Europea", già istituito in precedenza, in quanto intende utilizzare i fondi europei come veicolo di supporto ai processi di cambiamento e miglioramento e non solo come fonte di finanziamento, anche se in parte può essere vista anche in quest'ottica visto l'attuale contesto della sanità italiana caratterizzato da risorse finanziarie sempre più scarse.

C1: Piano degli investimenti tecnologici, strutturali e reingegnerizzazione degli spazi

Nella Asl di Frosinone è già in atto un programma aziendale di adeguamento, potenziamento ed ammodernamento del patrimonio strutturale, impiantistico e tecnologico al fine di mettere a disposizione dei cittadini strutture sempre più confortevoli ed adeguate.
I Piani degli investimenti tecnologici e informatici sono definiti e deliberati 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 aggiornati annualmente.
Per il futuro triennio la ASL di Frosinone intende dare 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, seguendo quanto previsto dai nuovi Programmi Operativi 2016-2018, per il patrimonio immobiliare e tecnologico si provvederà:

- all'avvio della terza fase dell'art. 20 della L. 67/88 che comprende l'avvio degli interventi di adeguamento antincendio ed antisismico, all'avvio degli interventi di manutenzione straordinaria e alla ristrutturazione e acquisizione di nuove attrezzature;
- alla ricognizione degli interventi in conto capitale effettuati;
- alla manutenzione straordinaria (attuazione DGR 79/2014, DGR 695/2014, upgrade delle attrezzature esistenti anche per le annualità 2016);
- alla stima di fabbisogni relativi alle grandi apparecchiature in funzione della programmazione regionale, anche secondo la metodologia dell'HTA;
- all'attuazione dei programmi di ammodernamento delle grandi e piccole apparecchiature per tecnologie biomediche destinate ai presidi ospedalieri e territoriali;

- all'ampliamento, completamento e nuova realizzazione degli impianti di rilevazione fumi;
- all'avvio di un flusso informativo per il monitoraggio delle grandi apparecchiature sanitarie in uso presso le Strutture Sanitarie Pubbliche, Private Accreditate e Private non accreditate ai sensi del DM 22/04/2014.

Si dovranno altresì prevedere tutti gli interventi necessari per:

- la definizione ed avvio del percorso di conferma dell'autorizzazione e accreditamento delle Strutture Sanitarie pubbliche e delle reti specialistiche;
- l'attivazione dell'UTN presso il Presidio Ospedaliero di Frosinone;
- la realizzazione delle reti dei laboratori di anatomia patologica, di microbiologia e di virologia;
- l'attivazione e consolidamento delle due Strutture di rete "Terapia del Dolore" previste dal DCA 568/2015;
- l'aggiornamento della rete dei laboratori pubblici in base alle direttive regionali.

C2: Azioni di governo della gestione delle risorse: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali

Quando si parla di valutazione dei risultati in un'Azienda non si può prescindere, in un linguaggio comprensibile ai diversi portatori d'interesse, dal rendicontare quali e quante risorse umane e strumentali sono state utilizzate. Oltre alle istituzioni, l'Azienda intende rispondere del proprio operato ai Cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai Cittadini è quindi necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate.
La gestione delle risorse in modo efficiente ed efficace deve essere l'obiettivo principale di un'azienda sanitaria, soprattutto in questo periodo di diminuzione dei fondi destinati al servizio sanitario.
Le principali azioni che la Asl di Frosinone vuole porre in essere sono:
- il monitoraggio costante degli appalti con report sui controlli effettuati, l'applicazione delle penali previste per i contratti/appalti di competenza;
- l'azzeramento delle proroghe di gara a scadenza;
- la generazione di 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;
- il 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;
- l'applicazione delle proroghe dei contratti pubblici ai casi strettamente previsti dalla legge (art. 23, legge n. 62/2005);
- per i dispositivi medici la rinegoziazione dei contratti in essere al fine della riduzione dei prezzi unitari di fornitura senza alcuna modifica della durata;
- la mappatura di tutti gli acquisti effettuati in base alla modalità di gara e del centro ordinatore e l'impostazione di un sistema informatizzato per il controllo degli acquisti;
- la realizzazione di una banca dati che consenta, attraverso l'analisi del rapporto patologie/richieste ausili, la revisione del Nomenclatore Tariffario.

Nell'ambito delle tecnologie dell'informazione (ICT) le azioni strategiche aziendali riguarderanno:

- l'avvio del fascicolo sanitario Elettronico che riguarda l'insieme dei dati e dei 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 subordinato alla consegna delle tessere sanitarie elettroniche e la raccolta dei consensi degli assistiti;
- l'implementazione di un Sistema Informativo Ospedaliero come soluzione centralizzata della gestione delle informazioni riguardanti i ricoveri ospedalieri e i dati correlati che consentirà di disporre delle seguenti informazioni: disponibilità e occupazione in tempo reale dei posti letto, informazioni sulla scheda e lettera di dimissione ospedaliera, verbali di pronto soccorso, referti di anatomia patologica e dati provenienti dal SW di camera operatoria aziendali che sono abilitati al monitoraggio dei consumi farmacologici e dei dispositivi medici;
- le azioni necessarie per l'implementazione della ricetta dematerializzata farmaceutica e per l'avvio della ricetta specialistica dematerializzata;
- l'avvio del progetto dei pagamenti elettronici delle prestazioni sanitarie;
- l'attivazione del Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale (SIAT) per il supporto ai Distretti Sanitari Territoriali, agli Enti erogatori ed alle strutture Regionali per la gestione del Progetto Assistenziale Domiciliare, Residenziale, Semiresidenziale, Riabilitativo e per le Cure Palliative;
- l'avvio del Sistema informativo Integrato Dipartimento di Prevenzione Collettiva (SIP) che sarà costituito al suo interno dai seguenti moduli verticali: Anagrafe Canina e Pets, Igiene e Sanità Pubblica, Sanità pubblica veterinaria, Prevenzione e sicurezza luoghi di lavoro, Sicurezza alimentare.

Per quanto riguarda il progetto di informatizzazione dell'intera area farmaceutica aziendale per la nuova programmazione si prevede di implementare il sistema su due grandi direttrici:

- l'informatizzazione e automazione della gestione dei farmaci nei reparti ospedalieri e magazzini aziendali: viene ipotizzata una razionalizzazione ed ottimizzazione della gestione delle scorte e riduzione degli scaduti, una riduzione degli errori in terapia, l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane, l'ottimizzazione del ciclo della gestione (ordini programmati);
- la realizzazione di un magazzino unico aziendale con piattaforma logistica integrata: si prevede la realizzazione di un unico magazzino aziendale attraverso l'utilizzo dello strumento normativo Project Financing come previsto dall'art. 153 e ss del Codice dei contratti , che potrebbe essere ubicato presso struttura di proprietà aziendale sita nel comune di Ceccano, Via Morolense, "opera incompiuta risalente agli anni 70" .costituita da una corte di circa 50.000 mq ed una consistenza di circa 50.000 mc. Tale struttura, potrebbe essere in tal modo recuperata e assolverebbe ampiamente alle necessità di Magazzino Unico Aziendale. La struttura, inoltre , è posizionata in un'area baricentristica del territorio della ASL di Frosinone e ben collegata con tutte le altre strutture Sanitarie.

Per quanto concerne la gestione della corretta applicazione degli AACCNN per l'Area della Medicina Convenzionata questa viene svolta dalla nuova UOC CC.UU.NN prevista nel nuovo atto aziendale. Tale Unità Operativa si occupa della gestione degli aspetti amministrativi in termini giuridici economici e della applicazione contrattuale dei rapporti convenzionali del seguente personale in convenzione con il SSN: i Medici di Medicina Generale MMG e Pediatri di Libera Scelta PLS che assicurano sul territorio l'assistenza primaria; i Medici del servizio di Continuità Assistenziale (ex guardia medica); i Medici della medicina territoriale dei servizi; i Medici della medicina Specialistica ambulatoriale interna e delle altre professionalità. Al fine della completa attuazione degli Accordi nazionali e Regionali e per assicurare il corretto governo dei medici e l'uso appropriato delle risorse si ritiene indispensabile la collaborazione con il Dipartimento delle Cure Primarie al quale si potrà garantire il necessario supporto amministrativo nella gestione dei processi di programmazione e controllo.

Il personale a convenzione che opera presso questa Azienda, sulla base dell'ultima rilevazione della SISAC, è il seguente: n. 38 dirigenti medici per la medicina territoriale dei servizi, titolari di incarico a tempo indeterminato per un numero annuo complessivo di 38.257 ore, n. 84 medici della continuità assistenziale, titolari di incarico a tempo indeterminato, n. 37 medici della continuità assistenziale a tempo determinato, n. 402 medici della medicina generale, titolari di incarico a tempo indeterminato, n. 59 pediatri di libera scelta, titolari di incarico a tempo indeterminato, n. 117 medici specialisti ambulatoriali, titolari di incarico a tempo indeterminato, n. 3 psicologi, specialisti ambulatoriali, titolari di incarico a tempo indeterminato, n. 2 medici specialisti a tempo determinato.
Le tipologie dei provvedimenti di competenza, che derivano dall'applicazione degli Accordi collettivi Nazionali e dagli Accordi Integrativi Regionali, pubblicati sul sito ufficiale SISAC sono descritti di seguito: copertura degli ambiti territoriali carenti di assistenza primaria e di continuità assistenziale; gestione delle graduatorie Regionali della Medicina Convenzionata; attività Amministrativa per il conferimento di incarichi a tempo indeterminato ai medici di medicina Generale e Pediatri di libera scelta e ai medici della Continuità Assistenziale; gestione ed elaborazione delle graduatorie aziendali di settore; attività Amministrativa per il conferimento di incarichi a tempo determinato, provvisori e di sostituzione ai medici della Continuità Assistenziale e ai Medici della Medicina Territoriale dei Servizi; verifiche della incompatibilità; controllo e trasmissione riepiloghi mensili presenze medici C.A. e della Medicina dei Servizi al Settore Economico per l'attribuzione dello spettante trattamento; predisposizione atti deliberativi di attribuzione e revoca incarichi a tempo indeterminato, determinato, provvisori e di sostituzioni; attivazione graduatoria regionale; predisposizione atti deliberativi di costituzione commissioni esaminatrici per l'assegnazione di incarichi di specialista con specifica competenza; predisposizione note di incarichi; predisposizione atti relativi ai benefici contrattuali; predisposizione atti di sospensione o cessazione incarichi; adempimenti relativi alla pubblicazione trimestrale dei turni vacanti; corrispondenza con le OO.SS. e con la Regione Lazio;

predisposizione certificazioni di servizio; verifica autocertificazioni; predisposizione certificazioni ENPAM; gestione assenze per maternità; concessione benefici Legge 104/94; gestione esercizio libera professione intramoenia; istruzione pratiche e corrispondenza organi interni ed esterni all'Azienda; comunicazione ai Quattro Distretti; gestione fascicoli; archiviazione atti deliberativi; attribuzione competenze ed indennità previste dello spettante trattamento economico(Trattenute sindacali, trattenute previdenziali, fiscali e ritenute contro terzi); calcolo e liquidazione premio di operosità; forniture dati necessari per la predisposizione del bilancio di previsione e consuntivo; gestione dei cedolini e dei CUD; gestione rimborsi per accessi e chilometrici.

Le principali criticità riscontrate riguardano il personale assegnato in quanto attualmente la UOC CCUUN-Specialistica dispone di n. 1 collaboratore amministrativo, di n. 1 coadiutore amministrativo e si avvale della collaborazione di n. 2 dirigenti medici, titolari di incarichi di alta professionalità afferenti alla medicina di base e alla medicina specialistica. Il trattamento economico dei medici di medicina generale viene assicurato, mediante la collaborazione di un coadiutore amministrativo che in regime di straordinario si occupa di inserire le variabili mensili del relativo trattamento economico. Appare abbastanza evidente che la estrema carenza di personale amministrativo assegnato alla struttura risulta il problema più urgente a cui è necessario porre una soluzione nel più breve tempo. Allo stato attuale è in corso un avviso di mobilità interna aziendale per reperire n. 3 unità amministrative da assegnare alla UOC CCUUNN con i seguenti profili professionali: n. 1 collaboratore amministrativo, n. 1 assistente amministrativo e n. 1 coadiutore amministrativo. Dette unità risultano indispensabili per garantire l'espletamento degli atti ed adempimenti sopra descritti, che assicurano lo svolgimento dei compiti d'istituto. Inoltre l'utilizzo di queste nuove risorse consentirà l'applicazione dei numerosi istituti contrattuali previsti dall'approvazione del nuovo accordo dei medici specialisti, che saranno di seguito riportati e specificati.
Altra criticità è la dislocazione degli uffici: infatti gli uffici della medicina di base , quelli della specialistica e la sede del Comitato Zonale sono attualmente allocati in sedi diverse. La dislocazione in una unica sede degli uffici citati può garantire un processo lavorativo più veloce e continuativo, che eviterebbe dispersione di tempo, necessario per raggiungere le diverse sedi di lavoro da parte degli operatori, nonché le difficoltà di rapporto e comunicazione.

Gli obiettivi che si pone di raggiungere l'Azienda tramite questa UOC risultano essere:

- entro aprile 2016: l'individuazione di un sanitario in rapporto convenzionale col SSN da inserire all'interno dell'UPD al fine di consentire lo svolgimento delle nuove procedure disciplinari previste dall'art. 37; la predisposizione di atto formale di riconoscimento delle ore di specialistica utilizzate secondo le attuali esigenze , e tenendo conto nel rispetto della programmazione sanitaria regionale di eventuali espansioni di attività per garantire future esigenze; la pubblicazione del numero degli incarichi per branca e area professionale con le relative ore di attività ai sensi dell'art. 13 della legge n. 33/2013; la costituzione Nuovo Comitato Zonale (entro un anno dall'entrata in vigore del nuovo ANC nel rispetto delle nuove norme di rappresentatività sindacale);

- entro maggio 2016, al fine di garantire una corretta ed uniforme applicazione degli istituti contrattuali, la UOC CC.UU.NN si prefigge di garantire una uniformità nella modulistica utilizzata presso i vari Distretti dai medici convenzionati e relativa a: attività plus orario, elenco prestazioni in extramoenia, firma per riunioni aziendali, modulo mancata timbratura, modulo richiesta ferie, modulo richiesta permesso non retribuito, modulo richiesta mezzo proprio per extramoenia, scheda anagrafica, scheda presenze medico sostituto, foglio firma incaricati provvisori, modulo domanda benefici legge n.104/92, scheda riepilogativa accessi.
- Entro luglio 2016: adozione di un regolamento aziendale per disciplinare le procedure amministrative relative all'orario di lavoro e alle assenze dei medici specialisti (orario settimanale, orario di servizio prolungato, extramoenia, assenze per malattia, permessi retribuiti, sostituzioni, assenze non retribuite, formazione continua). Al fine di assicurare una corretta applicazione del nuovo accordo dei medici ambulatoriali specialisti e delle altre professionalità appare necessario assumere le seguenti iniziative secondo i termini a fianco di ciascuno specificati.
- Entro settembre 2016: ai sensi dell'art.17 si provvederà alla Pubblicazione di un graduatoria provinciale provvisoria per ciascuna branca specialistica per titoli con validità annuale.
- Entro dicembre 2016: approvazione graduatoria definitiva

C3: Azioni per sviluppo di procedure di controllo

Le azioni per lo sviluppo di procedure di controllo, unitamente a quelle per la gestione delle risorse, costituiscono azioni fondamentali per l'efficientamento di un sistema.
In ambito economico, le procedure di controllo hanno lo scopo di intervenire per uniformare i processi amministrativo-contabili ai fini della certificabilità del Bilancio, a sua volta collegato con la contabilità economico patrimoniale, la contabilità analitica e ad un sistema di indicatori delle performance.
Sempre dal punto di vista economico, le azioni di controllo che si intendono perseguire possono essere così riassunte:

- aggiornamento delle procedure amministrativo contabili che prevedano una chiara identificazione di ruoli e responsabilità all'interno dell'azienda e implementazione di un efficace sistema di controlli interni;
- implementazione e aggiornamento continuo del flusso dei sinistri collegato ai conti economici di bilancio;
- ricognizione e analisi dei crediti iscritti negli stati patrimoniali;
- monitoraggio di tutti i finanziamenti con presentazione di report trimestrali;
- controllo e sollecito mensile a tutti i settori preposti alla liquidazione delle fatture per il miglioramento dell'indice di tempestività;
- verifica di congruenza economica e di appropriatezza per acquisti di nuovi prodotti sanitari mai acquistati in precedenza;
- valutazione per gli acquisti relativi D. Lgs. 163/2006 art. 57;
- verifica della completezza, qualità e coerenza dei flussi di dati trasmessi secondo i termini e le modalità previste dai Ministeri competenti, dalla Regione e dal Tavolo di verifica del Piano di Rientro;
- registrazione del numero di repertorio dei dispositivi medici tra le specifiche tecniche della fatturazione elettronica;
- verifica del rispetto puntuale degli accordi contrattuali sottoscritti tra regione e accreditati;

- ricognizione del contenzioso aziendale;
- completamento del percorso attuativo della certificabilità del bilancio dell'azienda;
- partecipazione attiva al Sistema di Gestione dell'Assistenza Protesica che consente la gestione automatica del processo di assegnazione degli ausili protesici favorendo programmazione e controllo, informatizzando il processo dalla prescrizione alla fatturazione.

In ambito sanitario le principali azioni sono rivolte:

- alla verifica dell'appropriatezza dei ricoveri attraverso la verifica delle cartelle cliniche (con particolare riferimento ai dimessi in acuzie e post-acuzie) da parte delle Direzioni dei Presidi;
- all'implementazione delle azioni di verifica e controllo previste dal Dipartimento di Prevenzione con particolare attenzione alla sicurezza sul lavoro e alla sicurezza alimentare (come ad esempio il controllo sui residui di fitosanitari negli alimenti di origine animale e vegetale);
- al controllo dei piani di cura dei pazienti presenti negli Istituti accreditati e nelle case della salute;
- all'aggiornamento continuo dell'Anagrafe Sanitaria Unica Regionale (ASUR)

Ulteriore obiettivo specifico per la Farmacia è quello di effettuare correttamente tutte le visite ispettive previste (154 Farmacie da visitare almeno una volta ogni due anni) più le Parafarmacie, i depositi all'ingrosso ed altre attività, anche di supporto all'autorità Giudiziaria (es. smaltimento sostanze stupefacenti).

C4: Piano di sviluppo di procedure di accreditamento e rispetto degli standard

L'accreditamento istituzionale è uno strumento di selezione degli erogatori di prestazioni per conto del Ssn: è riconosciuto a strutture e professionisti e presuppone, per le funzioni assistenziali fornite, la coerenza agli indirizzi della programmazione regionale, l'adesione a predefiniti requisiti di qualificazione e la verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.
Il sistema è governato dalla Regione che — sulla base di indirizzi nazionali che dettano principi e criteri generali uniformi — individuano le condizioni e definiscono le procedure per il conferimento e si applica, allo stesso titolo, alle strutture sanitarie pubbliche e private. L'accreditamento istituzionale è obbligatorio per poter essere ammessi al finanziamento da parte del Servizio sanitario nazionale (Ssn): viene riconosciuto dal governo regionale ed ha lo scopo di individuare, sulla base di predefiniti criteri di qualità, i soggetti erogatori per conto del Ssn e quindi i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie a carico dello stesso.
La ASL di Frosinone risponde, come previsto dalla normativa vigente, ad un doppio ruolo ossia quello di controllo sulle strutture sanitarie private e accreditate che insistono sul proprio territorio e quella per le strutture pubbliche sul territorio della ASL RMH.
La ASL di Frosinone ha verificato le strutture private autorizzate e provvisoriamente accreditate così come previsto dai DCA N° 13/2011 "Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e sociosanitarie private. Regolamentazione e verifica requisiti". Tutte le strutture che rientravano in questa fattispecie hanno conseguito il titolo di accreditamento definitivo tranne per una struttura di Laboratorio Analisi cliniche che con DCA N°228 del 8 giugno 2015 ha avuto il provvedimento amministrativo di sospensione dell'autorizzazione all'esercizio e di accreditamento provvisorio DCA N° 413/2014.
Per tutte queste strutture devono essere attivate tutte quelle procedure di verifica della permanenza dei requisiti che hanno dato luogo all'accreditamento, che permette alla struttura di lavorare per conto del SSN: questo compito è assolto dal Dipartimento di Prevenzione ed è indispensabile per consentire la qualità e il miglioramento delle prestazioni rese.

Dalla fase di accreditamento si passa poi alla fase contrattuale vale a dire la stipula di specifici accordi contrattuali con gli erogatori privati accreditati. Attualmente la ASL di Frosinone ha per questi aspetti una situazione piuttosto variegata: infatti non avendo mai avuto una struttura che avesse lo specifico compito di seguire questo argomento, le strutture aziendali che per qualche motivo avevano rapporti con una struttura privata accreditata per l'invio di pazienti o per affinità di cura o di stessa tipologia assistenziale seguivano anche la stipula degli accordi contrattuali e ciò che non era possibile assimilare veniva curato direttamente dai Dirigenti in staff alla Direzione Generale.
Questo modello organizzativo per quanto abbia funzionato in questi anni ha frammentato le procedure, le informazioni, le problematiche senza di fatto seguire per gli erogatori privati le stesse regole ma solo l'assolvimento del compito. La frammentazione delle informazioni, delle necessità, delle richieste fornisce una visione parziale e incompleta dei reali bisogni della popolazione così come non permette di verificare quelle che sono le esigenze del territorio e la risposta al cittadino che è poi l'ago della bilancia tra una scelta pubblica o privata. Non ultima la funzione di controllo che deve essere attivata prima della liquidazione delle prestazioni rese che non è standardizzata per le varie tipologie ambulatoriale, territoriale, residenziale.
Il D.Lgs. 502/92 specifica poi che gli erogatori privati e accreditati rendicontano le attività svolte, ai fini della liquidazione delle competenze. La Asl riceve la richiesta di liquidazione ed attiva i controlli che sono di due livelli: uno formale circa i dati relativi alle prestazioni erogate, la corretta codifica e la congruità delle informazioni inserite; uno analitico sull'attività svolta.
Il primo sistema di controllo attivato e deliberato (Delibera N° 770/2013 e successiva Delibera N° 1291 del 13.10.2014 I revisione) riguarda le prestazioni per acuti Cod 56, Cod 75 e Lungodegenza ed è stato elaborato dalla ex S.S. Qualità, che seguiva la fase della stipula dei contratti per le strutture che erogano queste prestazioni. Il sistema individua le competenze, il personale addetto ai controlli, le griglie valutative e le procedure di invio, prevede una raccolta di dati centrale utile per il benchmarking tra le strutture private e accreditate, per migliorare l'attività di ricovero e cura, per consentire una valutazione complessiva sull'attività di controllo. Un' esperienza di controllo è riferita alla specialistica ambulatoriale esercitata sia attraverso i flussi SIAS che a campione. Mentre ai sensi del DCA N° 40/20 sono ripresi i controlli esterni presso la ASL RMH.

L'istituzione della nuova U.O.S.D. Accreditamento nasce dall'esigenza dunque di comporre una struttura che sia deputata al governo dell'enorme materia riguardante l'accreditamento e che si propone di raggiungere i seguenti obiettivi:

- ricondurre l'accreditato privato in un'unica sede per uniformare procedure, rapporti contrattuali e controlli ed elaborare un percorso univoco per tutti gli erogatori;
- la corretta applicazione delle normative e delle disposizioni regionali;
- il controllo delle strutture già accreditate, per vigilare sull'applicazione degli standard qualitativi e quantitativi delle prestazioni e/o per consentire un'attività di verifica dello stato al momento dell'accreditabilità: i controlli devono essere rigorosi, sostanziali e non formali affinché qualsiasi struttura scelta dall'utente risulti essere dotata di determinati requisiti di garanzia in termini di qualità e a parità di condizioni;
- inserire le prestazioni rese dall'erogatore privato all'interno di scelte di programmazione aziendale: l'integrazione delle attività del pubblico con quelle del privato risulta essere uno dei maggiori obiettivi da perseguire in quanto consente di offrire una più vasta offerta di servizi agli utenti con una corretta distribuzione delle risorse ed evitando la duplicazione delle prestazioni. Per favorire tale integrazione sarà necessario prevedere la condivisione e collaborazione dei centri di prenotazione affinché quando un utente deve prenotare una prestazione si trovi di fronte ad un unico canale dove l'insieme degli attori possano dare la migliore risposta al bisogno presentato nonché la condivisione di protocolli ben definiti e verificabili che individuino precisamente i trattamenti, le procedure, le prestazioni e le responsabilità al fine di garantire la salute del cittadino ovunque sia il luogo di cura pubblico o privato;
- il rispetto del tetto di spesa previsto dalla Regione;
- il rispetto dell'Accordo Pagamenti per le prestazioni rese dalla strutture accreditate: ciò permette di snellire le procedure degli accordi contrattuali, consente la fatturazione elettronica e il rispetto dei tempi di certificazione e liquidazione, ma soprattutto stabilisce un canale che è contemporaneamente visibile dalla Regione Lazio e dalla Asl.

In un'ottica di ottimizzazione delle risorse potrebbe altresì essere utile concentrare l'attività inerente la stipula degli accordi, la fatturazione e il suo controllo, la verifica delle prestazioni in un'unica articolazione aziendale che possa concentrare le varie figure che contribuiscono al percorso e lasciare la fase finale in un unico centro che, una volta ricevuta la certificazione, dovrà solo procedere con la liquidazione.
Attualmente le strutture accreditate risultano essere la Casa di Cura Villa Gioia, la Casa di Cura S. Teresa, la Casa di Cura S. Anna, la Casa di Cura Villa Serena, l'Istituto San Raffaele di Cassino, l'INI Città Bianca per un totale di n. 99 posti letto privati accreditati per i ricoveri in acuzie e n. 292 posti letto privati accreditati per i ricoveri in post-acuzie.
Inoltre, le altre strutture private accreditate forniscono la seguente tipologia di servizi: esami di laboratorio, esami diagnostici (con particolare riferimento alla risonanza magnetica), prestazioni specialistiche, riabilitazione territoriale, APA, Dialisi, Radioterapia, RSA, prestazioni rivolte a persone non autosufficienti.

C5: Azioni per la rendicontabilità delle risorse e adeguamento alla spending review

In un'ottica di revisione della spesa pubblica si collocano le azioni di ottimizzazione delle risorse volte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'azione sanitaria anche grazie all'elaborazione di un adeguato piano di sostenibilità economica. L'obiettivo principale della Asl di Frosinone non è quello di una riduzione indiscriminata della spesa, ma, a parità di costo, l'aumento della produttività che si raggiunge altresì riducendo sprechi ed inefficienze e riorganizzando in modo più efficiente le risorse a disposizione.
Le principali azioni da porre in essere riguardano il contenimento della spesa farmaceutica (vedi C5.1), dei costi del servizio di assistenza protesica (vedi C5.2) e della spesa del personale dipendente che risultano essere obiettivi regionali imprescindibili.
Per quanto riguarda la spesa del personale, l'obiettivo che si prefigge di raggiungere la Asl di Frosinone è quello di non superare il tetto previsto dalla normativa regionale; si prevedono anche ulteriori azioni in osservanza di quanto previsto dai nuovi Programmi Operativi 2016-2018 quali:

- la programmazione triennale del fabbisogno di personale anche in relazione alle ulteriori fattispecie di costo correlate ad eventuali carenze di personale (servizi esternalizzati, prestazioni aggiuntive, personale in convenzione-SUMAI, consulenze) e alle nuove politiche regionali finalizzate all'attuale superamento del blocco del turn-over;
- regolamentazione e superamento delle criticità legate al fenomeno della "stabilizzazione indiretta" di personale a tempo determinato già in servizio nel SSR, mediante il ricorso alle deroghe;
- la prosecuzione del monitoraggio della gestione dei fondi contrattuali in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente;
- l'ottimizzazione dell'allocazione del personale con accorpamento dei reparti sotto dimensionati;
- il calcolo del personale in esubero e l'adozione di atti di ricollocazione e/o dichiarazione di esubero;

- la riduzione del ricorso alle esternalizzazioni delle prestazioni aggiuntive e alle consulenze;
- la revisione del regolamento Alpi;
- la valorizzazione ed efficientamento nella gestione delle risorse umane anche in considerazione dell'unificazione del trattamento economico del personale centrale e periferico, tramite il sistema informativo realizzato dal Dipartimento dell'amministrazione generale denominato NoiPA.

Sempre nell'ottica dell'adeguamento alla spending review si procederà anche ad avviare:
- azioni per il contenimento degli interessi passivi addebitabili al ritardo nella certificazione del debito Rispetto dei tempi di lavorazione del ciclo passivo secondo quanto previsto dal DCA 501/2013;
- azioni per il raggiungimento dell'obiettivo assegnato di spesa netta convenzionata pro-capite pesata considerando la popolazione assistita da MMG;
- azioni per la riduzione del costo sanitario pro-capite e della spesa per strutture accreditate;
- il monitoraggio ore e spesa per specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari e altre professionalità sanitarie.

C5.1. La Spesa Farmaceutica

L'attuale assetto organizzativo definito nell'Atto di Autonomia 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 un'unica Unità Operativa Complessa Centrale (U.O.C. Farmacia). La U.O.C. 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 (Commissione per il Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Aziendale – Commissione del Repertorio dei Dispositivi Medici – Ufficio Sperimentazioni – Osservatorio Aziendale per l'Appropriatezza cui 9 con contratto a Tempo determinato 6 Responsabili di Struttura Semplice ed un Direttore di UOC. Il personale Prescrittiva, ecc).

La dotazione organica attuale per quanto riguarda la Dirigenza del ruolo Farmacista prevede:

16 Dirigenti Farmacisti di del Comparto è pari a 40 unità per tutte le articolazioni farmaceutiche aziendali. La proposta di dotazione organica prevede 24 Dirigenti Farmacisti e 58 unità del Comparto (vedi nota prot.717/AFD del 13/07/2015 e successive).

I Provvedimenti Regionali che definiscono i principi cardine dei Programmi Operativi, identificano valori/obiettivo sui quali l'Azienda dovrà fondare le proprie scelte organizzative ed operative, quali:

§ prossimità ed accessibilità dei servizi
§ sicurezza delle cure
§ integrazione ospedale-territorio
§ efficientamento della gestione
§ governo della rete degli operatori
§ sviluppo della valorizzazione delle risorse umane e professionali
§ razionalizzazione delle strutture al fine di evitare duplicazioni di discipline e sovrapposizione di funzioni e/o frammentazione dell'offerta.

Il raggiungimento di tali obiettivi, non potrà che essere strettamente correlato alla modernizzazione ed efficienza della struttura organizzativa ed operativa Aziendale. La "missione" della Struttura è quella di fornire uniformità delle prestazioni su tutto il territorio aziendale, considerato anche il peso specifico ed economico dell'assistenza farmaceutica convenzionata, ospedaliera e territoriale e dei compiti complessi di vigilanza, controllo e gestione che le strutture farmaceutiche sono chiamate a svolgere.

Gli obiettivi prioritari, in linea generale e già sopra enunciati, che si è chiamati a conseguire sono sostanzialmente i seguenti:

§ Promuovere l'appropriatezza delle prescrizioni e dei consumi farmaceutici stimolando il cambiamento "culturale" dalla considerazione che il "farmaco" non venga più considerato un costo, bensì una risorsa, attraverso la valutazione integrata degli esiti.

§ Razionalizzare la spesa farmaceutica diretta e convenzionata esterna, attraverso l'omogeneizzazione dei comportamenti prescrittivi, sia in ambito ospedaliero che territoriale, attraverso l'incremento di aderenza al Prontuario Terapeutico, alle Linee Guida condivise, nonché alle indicazioni terapeutiche autorizzate dall'AIFA in occasione dell'immissione in commercio dei Farmaci. Il riferimento all'EBM (medicina basata sull'evidenza) ed alle indicazioni dell'Autorità regolatoria (Nazionale e Regionale) sarà il fondamento dell'attività di analisi e monitoraggio, anche in ossequio al D.C.A. 480/2015. Dovranno essere implementati ulteriormente le attività di "reporting" ai prescrittori e le correlate attività delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali.

§ Ridurre i rischi di danni alla salute derivanti da potenziali errori nella prescrizione e/o nella somministrazione di farmaci e/o da reazioni avverse e/o da trattamenti inappropriati di farmaci, attraverso verifiche costanti dell'adesione ai prontuari/protocolli terapeutici, indicazioni terapeutiche, attinenza alle modalità di somministrazione, alla rilevazione di eventuali interazioni e/o incompatibilità, da realizzare anche mediante azioni congiunte di farmacovigilanza attiva (sia sui farmaci che sui dispositivi medici). Tutto ciò è conseguibile attraverso l'adozione e concreto avvio del Progetto di Informatizzazione della gestione dei Beni Sanitari (nota prot. 40/U.O.C.FARMACIA del 23/12/2015).

§ Razionalizzare la logistica del processo di acquisto e distribuzione, mediante una revisione critica della gestione dei magazzini, centralizzando gradualmente le attività di approvvigionamento, attraverso un "Magazzino Unico Virtuale" secondo il principio del "hub e spoke". Attivare una linea di Galenica in grado di produrre miscelazioni di farmaci in ambiente sterile (UMACA), nonché di sacche personalizzate per la nutrizione parenterale totale.

§ Accrescere il livello quali-quantitativo dell'informazione e documentazione sull'uso e le caratteristiche dei farmaci e dei dispositivi medici, implementando un'informazione a carattere capillare, rivolta a tutti gli operatori sanitari, sulle modalità (normative nazionali e regionali) di prescrizione, di utilizzo, di conservazione e di somministrazione dei farmaci. Il principale terreno di impegno è costituito dallo sviluppo dell'informazione "Indipendente" sui farmaci rivolta ai prescrittori, definendo programmi autonomi di formazione e aggiornamento, implementando l'attività editoriale già in essere con il bimensile F@rmainforma, nonché attraverso eventi ECM sull'appropriatezza prescrittiva, già presentati per il Piano Formativo 2016.

§ Implementare le modalità per rendere più efficiente e appropriata l'attività di distribuzione diretta dei farmaci, intercettando più efficacemente l'utenza cui rivolgere la prestazione, anche al fine di rendere operativa la continuità assistenziale ospedale-territorio (distribuzione diretta dei farmaci del primo ciclo di terapia dopo le dimissioni ospedaliere, per i pazienti in ADI, per i pazienti nelle strutture residenziali e/o semiresidenziali, in occasione delle visite ambulatoriali e nei moduli organizzativi "Case della Salute").

Come sopra accennato, la modernizzazione che con il nuovo assetto organizzativo e operativo verrebbe a determinarsi, deve comportare quindi l'efficientamento della gestione e dovrà essere strettamente correlata all'implementazione dell'informatizzazione dei vari processi, sia di carattere generale che specifico, ovvero sia in ambito propriamente gestionale logistico (magazzini – unità operative) che relativo all'attività di monitoraggio, controllo e verifica dei consumi (cruscotto integrato – verifica e gestione flussi).

In ambito ospedaliero la prescrizione della terapia avverrà attraverso il supporto informatico, direttamente al letto del paziente, con contestuale annotazione automatica sulla cartella clinica (ovviamente informatizzata) e sul diario terapeutico in uso al personale infermieristico. L'individuazione del paziente attraverso codice identificativo (barcode) servirà sia per garantire un maggiore livello di sicurezza delle informazioni personali (privacy) sia per consentire l'individuazione e correlazione dello stesso a tutte le attività cliniche e terapeutiche (con registrazione ed allarme per potenziali errori in terapia – Sicurezza delle Cure). Ovviamente ciò consentirà anche la verifica dell'appropriatezza nell'uso dei farmaci, attraverso la correlazione diretta e tempestiva, dal DRG alla prescrizione. Anche la gestione dell'armadio di reparto dovrà essere completamente informatizzata, in modo da garantire la completa tracciabilità del percorso del farmaco, individuare livelli ottimali di scorta, ridurre le quantità dei farmaci scaduti, ottimizzando la rotazione delle scorte e razionalizzando anche le richieste di approvvigionamento (automatizzazione), collegando le stesse richieste ai farmaci giacenti in magazzino e/o presenti nel PTOTA. Da tale sistema gestionale ne trarrebbe vantaggio anche la Struttura Farmaceutica, in quanto si ridurrebbero richieste improprie o realizzate con criteri non sempre efficienti e/o empirici, realizzando così un immediato interscambio dati, ottimizzando le richieste e verificando l'appropriatezza d'uso dei farmaci (collegamento DRG – prescrizione dal modulo di cartella clinica informatizzata), sostanzialmente rendendo attive due funzioni proprie della farmaceutica la "Logistica" e la "Clinica".
Inoltre, tale sistema di impianto, garantirebbe anche la completa tracciabilità e l'elaborazione di tutti i Flussi (FARMED – FLUSSO R – FLUSSO DM), che l'attuale norma di riferimento ci impegna a garantire. Anche il coordinamento e gestione di un laboratorio galenico centralizzato, peraltro obbligatorio secondo il D.C.A.74/09 (U.Ma.C.A. Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici), potrebbe giovarsi di tale sistema, in quanto le terapie prescritte potrebbero pervenire direttamente ad un sistema di miscelazione semiautomatico, in grado di soddisfare pienamente alle esigenze dei reparti richiedenti. Il sistema garantirebbe tutte le trascrizioni previste per norma, delle operazioni di miscelazione.

Tutto ciò, andrà collegato anche alla revisione ed ottimizzazione della logistica dei magazzini di Farmacia, con potenziali economie di scala, sia per quanto attiene la merce gestita, ma anche la razionalizzazione delle risorse umane, da poter disporre per attività più propriamente mirate alle verifiche di appropriatezza, monitoraggio e vigilanza.
Per garantire l'efficienza di tali sistemi sarà indispensabile un alto livello di supporto tecnico e personale altamente qualificato in grado di testare, validare e utilizzare al meglio gli strumenti informatizzati, di sviluppare soluzioni efficaci ai problemi di interfacciamento e di gestione. Infine, l'alto livello d'informatizzazione permetterà la produzione di report che facilitino la gestione dei vari processi e la definizione d'indicatori di performance e di flussi di lavoro, nonché la concreta attivazione della "Contabilità Analitica" e del "Controllo di Gestione". Un percorso così articolato e complesso richiede una forte capacità d'integrazione e di governo clinico ed è strategico per essere preparati alla gestione, organizzativa ed economica, delle innovazioni tecnologiche in ambito sanitario.
Tale sistema di riferimento configurerebbe, di fatto, la gestione dei farmaci in "dose unitaria", nonché la possibilità, per una nuova importante figura professionale, quale il farmacista clinico, per la verifica della correttezza e l'appropriatezza terapeutica delle prescrizioni e l'aderenza ai protocolli in termini di sicurezza, dosaggio, tossicità, mediante l'uso dei dati inseriti in cartella clinica elettronica. Pertanto, oltre alle normali attività di gestione e distribuzione dei farmaci, l'attività di Farmacia Clinica potrà garantire l'appropriatezza terapeutica, la sicurezza e la personalizzazione delle terapie, divenendo così, parte integrante dell'attività clinica dell'ospedale, grazie alla partecipazione anche all'iter decisionale per l'ottimizzazione della scelta terapeutica, quale componente di un team multidisciplinare (Multidisciplinarità e integrazione professionale). Infatti la presenza del farmacista clinico potrà contribuire al successo della terapia farmacologica poiché fornirà un valore aggiunto di fondamentale importanza anche nel trattamento di pazienti critici, spesso sottoposti a regimi terapeutici complessi e articolati o la cui funzionalità d'organo è talmente compromessa da rendere necessaria la scelta di una terapia che presenti un rapporto beneficio-rischio favorevole. Il farmacista clinico, focalizzato sulla cura del paziente e sulla "pharmaceutical care", abbraccia una "mission", i cui punti principali sono così riassumibili:

- lavorare con altre figure del team multidisciplinare clinico per promuovere l'utilizzo appropriato e sicuro dei farmaci;
- essere esperto di farmacoterapia;
- informare pazienti sull'utilizzo dei farmaci (corrette modalità di conservazione e assunzione);
- verificare la completezza e appropriatezza di tutte le prescrizioni. I dati che dovranno essere valutati riguardano l'indicazione terapeutica, il dosaggio, possibili interazioni o allergie, prescrizioni duplicate e, quindi, l'appropriatezza della prescrizione, collegata alla patologia (DRG – Cartella Clinica elettronica);
- sviluppare e condurre ricerche per migliorare la sicurezza e l'efficienza del sistema di gestione dei farmaci;
- formare il personale infermieristico attraverso corsi di formazione specifici.

Uno step successivo, di adeguamento complessivo del settore farmaceutico, come già detto, dovrà essere anche l'attivazione di un laboratorio centralizzato di Galenica Clinica, sia per la manipolazione e allestimento di chemioterapici antiblastici (U.Ma.C.A) e anche per l'allestimento di sacche per la nutrizione parenterale totale.
Al fine poi, di migliorare la conoscenza relativa ai farmaci, si dovrebbe ipotizzare l'istituzione di un Centro di Informazione sul farmaco, in uno con l'Ufficio Aziendale per la Farmacovigilanza (previsto dalla norma), in grado di fornire informazioni qualificate e indipendenti sull'utilizzo dei farmaci, per favorirne il corretto impiego, grazie alla disponibilità di numerose e accreditate fonti di informazioni. In particolare dovranno essere fornite raccomandazioni riguardanti la terapia e la correttezza dei dosaggi in funzione del profilo clinico del paziente, informazioni relative a particolari popolazioni di riferimento, interazioni e tossicità dei farmaci, aderenza alle linee guida e specifiche informazioni per la sicurezza del paziente, compresa la modalità di somministrazione o l'utilizzo di particolari dispositivi medici.

Si ritiene anche di dover implementare una serie di attività, da ritenersi strategiche, nell'ambito di una più ampia visione aziendale, quali:

- L'attività di Farmacovigilanza, che ha il compito di raccogliere, controllare e inserire nella rete nazionale di farmacovigilanza le segnalazioni delle sospette reazioni avverse ai farmaci, andrà rafforzata soprattutto per quanto attiene la sensibilizzazione degli operatori sanitari nei confronti della segnalazione delle sospette reazioni avverse, nella diffusione agli operatori sanitari di informazioni relative alla sicurezza dell'uso dei farmaci e a reazioni avverse significative verificatesi, implementando strumenti innovativi e moderni di comunicazione.

- L'attività di supporto a Segreterie tecnico-scientifiche di Commissioni e Comitati, stabilendo i criteri di inclusione/esclusione per l'inserimento dei nuovi farmaci nel prontuario terapeutico ospedaliero-territoriale e dei dispositivi medici, al fine di elaborare Prontuario e Repertorio dei Dispositivi, in linea con le esigenze aziendali ed elaborando linee guida per favorire scelte basate sull'evidenza scientifica, sul profilo di sicurezza e del rapporto costo/efficacia.

- L'attività di erogazione dei farmaci ai pazienti esterni/dimessi, rappresentando un ruolo chiave nell'iter assistenziale del paziente e assicurando la continuità di cura tramite l'erogazione diretta della terapia farmacologica per uso domiciliare, contenendo i costi e contestualmente provvedendo ad educare il paziente sulla corretta gestione della terapia domiciliare.

- L'attività di analisi e gestione dei flussi informativi, rappresentante il momento più aderente alla verifica, monitoraggio e gestione appropriata dell'allocazione delle risorse. A tale specifica attività corrisponderà un ruolo strategico, anche con valenza territoriale, potendo utilizzare dati di prescrizione, grazie all'entrata a regime dell'art.50 L.326/03 (progetto TS – Tessera Sanitaria). In tale ambito si ritiene debba essere implementato un sistema aziendale di datawerhouse, con interfaccia operativa con la Nosologica Ospedaliera (SIO) con la Specialistica Ambulatoriale (SIAS), i sistemi integrati di diagnostica interna alle Strutture Aziendali, la Banca Dati della Farmaceutica (FARMED e Convenzionata) al fine di poter costruire un "cruscotto" di controllo, in grado di poter misurare e "contabilizzare" la domanda di salute della popolazione e le prestazioni erogate. Ovviamente tale sistema consentirà anche la valutazione dell'appropriatezza di utilizzo di risorse, sia di tipo prestazionale che farmaceutico, oltre che consentire, da un punto di vista epidemiologico, uno studio sullo stato di salute della popolazione, rappresentando un prezioso strumento strategico di gestione.

SPESA FARMACEUTICA CONVENZIONATA

L'indicatore di riferimento è il costo della spesa farmaceutica SSN netta, pro capite calcolato sulla popolazione pesata. L'obiettivo Regionale è fissato a € 150/anno (DCA 480/2015). Il costo attuale sostenuto dall'AUSL di Frosinone nell'anno 2015 è pari a € 166,5 contro un valore medio regionale di circa € 159. L'obiettivo prefissato è rappresentato dalla riduzione dello scostamento dal valore atteso.

Il raggiungimento dell'obiettivo posto può essere perseguito attraverso alcune attività, già avviate nel corso del corrente anno:

a) Implementare l'utilizzo da parte dei prescrittori dei farmaci a brevetto scaduto ed allineare la prescrizione territoriale al vigente Prontuario Ospedaliero Territoriale Aziendale.
b) Verifica dell'appropriatezza prescrittiva, in particolare con l'aumento della reportistica per i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta ed incremento delle attività delle Commissioni per l'Appropriatezza Prescrittiva Distrettuali (CAPD).
c) Stimolare e monitorare l'aderenza alla terapia, per patologie croniche (individuando specifici indicatori di misurazione).
d) Presa in carico degli assistiti:
   - Erogazione del primo ciclo di terapia dopo ricovero ospedaliero, attualmente l'erogazione dopo dimissione è minore del 35 %
   - Erogazione dopo visita ambulatoriale, attualmente - ancora non attiva
   - Erogazione a RSA/Istituti di Pena/RSA-R1/Hospice/Comunità – parzialmente attiva
   - Erogazione in Distribuzione Diretta nelle Case della Salute - attivata
e) Sviluppo di protocolli e procedure con prescrittori per l'implementazione di modelli PDTA, condivise;
f) Monitoraggio di aree di iperconsumo e iperprescrizione tramite l'adozione di indicatori di consumo condivisi.
g) Implementazione di processi di audit, finalizzati all'identificazione di aree di inappropriatezza prescrittiva relativamente a patologie specifiche.
h) Completa realizzazione di una piattaforma informatizzata "web based" ove far confluire dati della Nosologica Ospedaliera, le prestazioni diagnostiche e specialistiche ambulatoriali, al fine di costituire un "cruscotto" per la verifica dell'appropriatezza d'uso e impiego delle risorse.
i) Implementazione dell'attività di formazione ed informazione rivolta ai prescrittori (Piano Formativo Aziendale).

CRITICITA' - PROPOSTE: tutte le elaborazioni necessarie all'attività di "reporting" sono effettuate dalla Soc. Lait incaricata dalla Regione Lazio, che alimenta un sistema web based su portale dedicato. La tempistica e la lentezza di estrazione degli stessi, consente con difficoltà la tempestività e capillarità d'azione. Altra criticità è rappresentata dalla dotazione hardware in essere che meriterebbe un adeguamento per migliorare le performance. Inoltre e di maggior rilevanza è la carenza, quasi assoluta, di personale da dedicare prioritariamente alle attività di governo della Farmaceutica Convenzionata. Difatti il personale in essere è già impiegato nelle attività di liquidazione delle competenze a favore delle Farmacie Convenzionate nonché quelle per gli esercizi commerciali che erogano prodotti per alimentazione particolare. Pertanto si dovrebbe dotare tale linea di attività di almeno due Dirigenti Farmacisti e due operatori amministrativi, dotati di discreta conoscenza informatica. Sembrerebbe anche utile ipotizzare la presenza di uno Statistico, al fine di poter commisurare e parametrare le analisi di contesto.

SPESA OSPEDALIERA – DISTRETTUALE

I farmaci e i beni sanitari sono gestiti dalle strutture farmaceutiche presenti nelle seguenti sedi: Anagni – Alatri – Frosinone – Sora – Cassino – Pontecorvo. Queste assicurano l'assistenza farmaceutica in ambito Ospedaliero ed in quello Territoriale di afferenza distrettuale.

L'andamento della spesa (dato su Ordinato) è riportato di seguito, secondo i raggruppamenti di Bilancio B2 (sostanzialmente Farmaci) e B3.1 (sostanzialmente Dispositivi Medici e Vaccini):

	POLI OSPED.		DISTRETTI		TOTALE AZIENDA		VARIAZIONI	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	DIFF. EURO	DIFF. %
B 2	22.147.813,21	23.901.841,10	12.384.291,85	14.496.221,45	34.532.105,06	38.398.062,55	3.865.957,49	11,20
B 3.1	25.804.096,13	24.252.007,80	3.776.087,46	4.427.809,08	29.580.183,59	28.679.816,88	- 900.366,71	- 3,04
TOT	47.951.909,34	48.153.848,90	16.160.379,31	18.924.030,53	64.112.288,65	67.077.879,43	2.965.590,78	4,63

Si sottolinea che parte della spesa sostenuta in ambito Ospedaliero è poi impiegata per farmaci somministrati in DH o Ambulatorio e rintracciabili nel Flusso FARMED.
L'obiettivo da porre è la qualificazione della spesa e quindi il contenimento della stessa. In ambito Ospedaliero, si può realizzare sostanzialmente mediante la gestione del Prontuario Terapeutico Ospedaliero Territoriale Aziendale (PTOTA) in modo dinamico, nonché intervenendo con nuove negoziazioni relativamente ai costi soprattutto per quanto attiene i Dispositivi Medici.
Imprescindibile è l'adozione di sistemi informatizzati che consentano le verifiche di movimentazione (carico/scarico/giacenze), nonché quelle più propriamente collegate all'appropriatezza d'uso, rilevabili dai dati riportati in cartella clinica, con possibilità di risalire ai farmaci somministrati in ricovero ospedaliero tramite il DRG.

Da un punto di vista logistico l'ottimizzazione/riduzione dei magazzini e la loro completa informatizzazione può determinare economie di scala.
Per quanto attiene i costi ingenti e collegati alla gestione dei farmaci chemioterapici antiblastici, la centralizzazione in una singola struttura di Galenica Clinica (U.Ma.C.A. Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici), può comportare sia una riduzione dei costi che una maggior sicurezza nella gestione di tali medicinali, ad alto rischio chimico/tossicologico.
Sulla spesa più propriamente Distrettuale, ovvero per patologie tali in cui la terapia è prescritta da Centri di Riferimento intra o extra Regionali, oppure su piattaforma AIFA che ne definisce l'eleggibilità al trattamento, su cui è meno incisiva l'azione correttiva, è da implementare comunque l'attività di controllo e verifica dell'appropriatezza prescrittivi, i formalismi nonché l'aderenza alle indicazioni normative di riferimento.
CRITICITA' - PROPOSTE: Il software in uso non consente attività gestionali rapide e soprattutto non risulta di elementare o facile maneggevolezza per operatori non esperti (es. magazzinieri). Quindi la revisione e modernizzazione dell'impianto informatizzato (lettori ottici intelligenti – sw gestionale più maneggevole – elaborazione ed estrazione di reportistiche con funzioni semplici e veloci, ecc.) risulta una priorità, correlata a quanto prospettato nel Progetto di informatizzazione. Per quanto attiene le risorse umane a disposizione, si ritiene ipotizzare un rafforzamento dei Dirigenti Farmacisti nonché del personale del comparto, soprattutto per quanto attiene il profilo dei "magazzinieri". Da un punto di vista logistico, sono stati richiesti interventi di adeguamento strutturale (Frosinone – Alatri – Cassino).
Per rendere operativa la centralizzazione della Galenica Clinica (U.Ma.C.A. Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici) necessitano due Dirigenti Farmacisti ed almeno 4 Infermieri/Tecnici preparatori, in grado di realizzare le attività di produzione, sia di miscele antiblastiche che di sacche sterili nutrizionali personalizzate. Strutturalmente non è necessario alcun intervento. Sarebbe necessario acquisire una seconda cappa sterile da dedicare alla preparazione delle sacche. Da ipotizzare anche un miscelatore automatico con abbattimento dei costi di gestione.

C5.2. Il Servizio di Assistenza Protesica

A seguito dell'accorpamento del Servizio di Assistenza Protesica alla UOC di Medicina Legale territoriale avvenuto, dapprima informalmente con decorrenza febbraio 2015 e successivamente in maniera formale con l'adozione del nuovo Atto Aziendale, si sono riscontrate le seguenti criticità:

1) ritardo ed irregolarità nella gestione delle pratiche con elevato numero di proteste da parte degli utenti;

2) spesa protesica di gran lunga eccedente rispetto alla media regionale.

Riguardo al primo punto si è dapprima provveduto alla revisione di tutte le procedure amministrative e sanitarie già in uso, alla razionalizzazione del lavoro del personale afferente al suddetto servizio, all'azzeramento delle pratiche arretrate, alla formazione del personale addetto allo sportello secondo criteri di trasparenza ed efficienza, alla consegna delle autorizzazioni protesiche entro i 20 giorni previsti dalla vigente normativa (a fronte della situazione pregressa che vedeva talvolta tale periodo dilatato sino a 6 mesi) ed alla comunicazione scritta motivata agli utenti nei casi di negata autorizzazione dei presidi protesici richiesti mediante raccomandata entro i 20 gg dalla richiesta. Tali iniziative nel loro complesso, oltre a conferire al Servizio Assistenza Protesica un carattere di legalità ed efficienza, hanno favorito una rapida riduzione delle proteste degli utenti.

Relativamente al secondo punto si è invece riscontrato che l'assenza di linee guida di appropriatezza prescrittiva aveva dato la possibilità ai medici prescrittori di interpretare in maniera molto estensiva e soggettiva il nomenclatore tariffario con la conseguente creazione di una abnorme spesa protesica eccedente la media regionale; si è quindi proceduto a convocare una serie di riunioni con i medici prescrittori finalizzate a proporre ed a divulgare una nuova filosofia prescrittiva, poi ufficializzata con una disposizione di servizio sottoscritta dal Direttore Regionale e dal Responsabile del Servizio. Tale iniziativa ha inizialmente determinato una serie di proteste da parte dei titolari delle Sanitarie operanti nella provincia di Frosinone, ma la correttezza del nuovo agire ha convinto quest'ultimi, dopo breve tempo, a rinunciare al loro atteggiamento oppositivo e ad assumere invece un atteggiamento collaborativo.

Del tutto residuali sono state le proteste degli utenti in quanto l'obiettivo di tale Servizio non era e non è certamente quello di negare i diritti degli utenti, ma quello di evitare la prescrizione di una serie di presidi protesici inutili e talvolta in contraddizione tra di loro (come ad esempio la prescrizione di carrozzelle in pazienti affetti da anni da sindrome di allettamento).

Sotto il profilo più strettamente economico, l'adozione delle suddette linee guida, unitamente ad un controllo amministrativo e sanitario più puntuale da parte del personale afferente al Servizio Assistenza Protesica, ha portato a risultati più che soddisfacenti: si osserva infatti che, a fronte di una spesa protesica aumentata negli ultimi tre anni di circa due milioni di euro ogni anno (nell'anno 2011 la spesa era pari a 12.200.000,00 di euro, nel 2012 la spesa era pari a 14.200.000,00 Euro e nel 2014 la spesa ha raggiunto il tetto di 15.700.000,00 Euro) viceversa nell'anno 2015 si è registrata una riduzione della spesa di circa 1.500.000,00 Euro rispetto al 2014.
La Asl di Frosinone quindi si propone nel prossimo triennio di continuare le iniziative intraprese al fine di ottenere una migliore appropriatezza prescrittiva a fronte di un prevista riduzione della spesa annua di circa 1,5 milioni di Euro che se si somma al mancato aumento della spesa, risulta essere un risparmio ancor più considerevole per l'Azienda.
Si prevede altresì, in ottemperanza ai Programmi Operativi 2016-2018:

- il consolidamento delle procedure di acquisto competitivo per tutti i disposi medici non infungibili, coerentemente con la legge 208/2015 e verifica ex ante del costo medio rilevato in NSIS per la quantificazione del prezzo di acquisto di dispositivi infungibili;
- la partecipazione attiva al Sistema di Gestione dell'Assistenza Protesica che consente la gestione automatica del processo di assegnazione degli ausili protesici favorendo programmazione e controllo, informatizzando il processo dalla prescrizione alla fatturazione.

C6 Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione

La Direzione Strategica, ottemperando alle linee guida regionali e nazionali, pone tra i suoi principali obiettivi la realizzazione di tutte le possibili azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla valorizzazione della trasparenza amministrativa.
Con l'entrata in vigore della Legge 190/2012, si introduce uno strumento normativo la cui innovazione è costituita dal presupposto che sia necessario prevenire il fenomeno corruttivo oltre che reprimerlo e sanzionarlo. Particolare enfasi infatti viene posta sulle azioni che consentono di promuovere la cultura dell'etica e della legalità finalizzate fra l'altro verso lo stimolo per un movimento culturale e sociale che parta dalle basi costituenti la società attraverso "i cittadini-utenti" permeando la gestione amministrativa "attraverso il cittadino-dipendente". Il processo di cambiamento sconta inevitabili ritardi connessi alla complessità del Sistema in cui tale normativa deve applicarsi; nondimeno l'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone è fortemente impegnata nella definizione degli ambiti e dei processi all'interno dei quali le disposizioni devono essere declinate in via prioritaria.
L'Azienda USL di Frosinone, in ottemperanza alla suddetta normativa, ha deliberato la nomina del Responsabile della Prevenzione della corruzione (RPC) in data 11 luglio 2013, Delibera 618 DG . Il Responsabile della Prevenzione della corruzione ha formulato una proposta di Piano Triennale di Prevenzione della corruzione che è stata adottata con Deliberazione DG n. 766 del 13 agosto 2013. A seguito delle dimissioni del Responsabile la stessa Azienda USL ha provveduto alla sua sostituzione nominando un nuovo Responsabile con Deliberazione n° 496 del 22/04/2014 attualmente in carica. Con deliberazione n 1101 del 11/08/2014 è stato approvato l'aggiornamento 2014 del Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (PTPC) e in data 31/12/2014 è stata pubblicata la relazione annuale 2014 del RPC. Con deliberazione n 87 del 30/01/2015 è stato approvato l'aggiornamento 2015 del PTPC e in data 15/01/2016 è stata pubblicata la relazione annuale 2015 del RPC.
La strutturazione aziendale sta per subire una imminente profonda rivisitazione in base al nuovo Atto di Autonomia Aziendale attualmente al vaglio delle superiori Autorità di Governo e quindi non ancora operativa per cui al momento si preferisce rimandare alla descrizione riportata nel precedente aggiornamento del Piano.

Il numero del Personale Dipendente, compreso quello a tempo determinato, della AUSL Frosinone è pari a n. 3.799 (822 dirigenti + 2.977 non dirigenti), alla data del 31.12.2015.La Provincia di Frosinone, secondo l'inchiesta del Sole 24 Ore, è al 97° posto in Italia per indice di criminalità, con 28 reati ogni 1000 abitanti, meno della metà della media regionale (58). Tale posizione molto lusinghiera però non deve indurre ad abbassare la guardia nella prevenzione del fenomeno corruttivo. Anche perché la stessa Provincia è classificata ad alta vulnerabilità socio-economica così come le confinanti Province di Roma e Latina (Unioncamere, Maggio 2015). Secondo quest'ultima fonte l'indice di illegalità finanziaria è comunque medio basso.
L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone, in attuazione della Legge, ha adottato con formale procedimento il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e provvede all'aggiornamento annuale dello stesso e, comunque, ogni qual volta intervegano rilevanti mutamenti organizzativi dell'amministrazione. Obiettivo principale è assumere ogni ulteriore iniziativa, in aggiunta a quelle già previste, al fine di contrastare la mancanza di fiducia da parte del cittadino nella pubblica amministrazione, dando risposte articolate e sistemiche al fenomeno corruttivo anch'esso sistemico attraverso le seguenti strategie:
- ridurre le opportunità in cui si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire i casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

L'adozione e la diffusione del PTPC all'interno della ASL di Frosinone e attraverso il sito internet aziendale dovrà avere la funzione di aumentare la conoscenza degli strumenti di contrasto all'illegalità attualmente vigenti; altrettanto utile viene considerata la segnalazione di comportamenti virtuosi dei dipendenti da parte di cittadini/utenti.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della ASL Frosinone e relativi compiti e funzioni secondo il PNA sono:

- la Direzione Generale che designa il responsabile, adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della funzione pubblica e, se del caso, alla regione interessata, adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- il responsabile della prevenzione della corruzione svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art. 1 l. n. 190 del 2012; art. 15 d.lgs. n. 39 del 2013); elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art. 1, comma 14, l. 190 del 2012);
- i referenti della prevenzione per l'area di rispettiva competenza: svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinchè questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale; osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza: svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria; partecipano al processo di gestione del rischio; propongono le misure di prevenzione; assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale; osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- L'O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno: partecipano al processo di gestione del rischio e considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti; svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa; esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione;

- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D. svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria, propone l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- tutti i dipendenti dell'amministrazione: partecipano al processo di gestione del rischio; osservano le misure contenute nel P.T.P.C.; segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D.; segnalano casi di personale conflitto di interessi);
- i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione: osservano le misure contenute nel P.T.P.C. e segnalano le situazioni di illecito.

Il dispositivo normativo di riferimento più volte citato prevede che il PTPC risponda all'esigenza di "individuare le attività, tra le quali obbligatoriamente quelle di cui al comma 16, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'art. 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165." I procedimenti corrispondenti alle aree di rischio indicate sono i processi finalizzati all'acquisizione e progressione del personale, all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinati dal D. Lgs. n. 163 del 2006, all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario e all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica del destinatario con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.Pur riconoscendo la necessità di individuare specifiche aree di rischio in relazione all'attività istituzionale della specifica amministrazione, la L. 190/12 considera le suddette aree ricorrenti presso tutte le pubbliche amministrazioni e ritiene che esse costituiscano un "contenuto minimale" da analizzare e indicare nel PTPC.

In relazione agli obiettivi del presente PTPC e in ottemperanza alla normativa di riferimento sono di seguito elencati i principali strumenti di prevenzione della corruzione, oltre all'adozione dello stesso Piano, che la Legge 190/2012 definisce obbligatori per tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165:

-Rotazione del personale;
-Disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
-Adempimenti relativi al D.Lgs n.39 del 08\04\2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico" : è già operativa una procedura standardizzata e concordata con gli uffici interessati finalizzata a stabilizzare la verifica sulla inconferibilità e incompatibilità, ai sensi del suddetto d.lgs. 39, dei Dirigenti interessati
-Codice di Comportamento;
-Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
-Disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio- attività ed incarichi extraistituzionali;
- Adempimenti relativi al D.Lgs n. 33 del 14\03\2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni";
-Disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti;
-Incompatibilità per specifiche posizioni dirigenziali;
- Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)
-Disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito
- Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.
Nelle previsioni del PNA sono definite "misure ulteriori" per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi quelle che "pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel PTPC". L'individuazione e la scelta di tali misure sono da concordare con i Dirigenti delle articolazioni aziendali che, nel caso specifico, sono anche responsabili della corretta attuazione delle misure di prevenzione, del loro monitoraggio e della relativa valutazione di efficacia. A tal fine il Responsabile della Prevenzione della corruzione concorderà, entro il termine previsto per l'aggiornamento del PTPC 2016, incontri cadenzati con i Dirigenti finalizzati alla predisposizione dell'elenco delle misure ulteriori e specifiche di ogni area.

D1: Azioni di ottimizzazione della performance e benchmarking

La ASL di Frosinone sviluppa azioni di confronto e ottimizzazione della performance, grazie all' implementazione di nuove tecnologie di informatizzazione e comunicazione, come indicatori, cruscotti e open data, promuovendo azioni che rendono i cittadini protagonisti dei propri percorsi assistenziali. La Direzione Strategica al fine di raggiungere gli obiettivi preposti metterà in atto tutte le azioni utili all'efficientamento del sistema e alla valorizzazione delle performance sia cliniche che
amministrative anche grazie all'ausilio della metodologia del benchmarking basata sul confronto sistematico con le migliori Aziende Sanitarie che permette alla ASl di Frosinone di individuare le criticità e conseguentemente le strumentazioni per migliorare continuamente la propria azione. Gran parte del monitoraggio della ASL di Frosinone proviene da dati MES, Pre.Val.E., Health For All e da tecniche di analisi statistica. Anche la raccolta centralizzata dei dati sulle strutture private ed accreditate fornirà materiale utile per il benchmarking la cui analisi permetterà di migliorare l'attività di ricovero e cura ed un miglior controllo sulle attività svolte dalle strutture accreditate.
La ASL di Frosinone ha numerose finalità che tendono all' ottimizzazione della performance; è importante raggiungere livelli di appropriatezza nel ricorso ai ricoveri (es: prostatectomie transuretrali nelle UU.OO. di urologia), attraverso il rispetto delle liste pre-operatorie pianificate, il potenziamento del ricorso alla day surgery e dei servizi di consulenza tramite teleconsulto e attraverso l'accrescimento della qualità clinica da parte della componente professionale, ottenuta grazie all'adozione di specifiche tecniche strumentali e procedure diagnostiche, alla tempestività delle stesse(es: efficientamento della rete di emergenza in PS) e alla correttezza di esecuzione delle prestazioni basata sulle evidenze scientifiche.

È molto importante inoltre, promuovere l'offerta di interventi di provata efficacia e migliorare la valutazione esterna del servizio, analizzando, valutando e monitorando gli abbandoni da PS e le dimissioni volontarie. Riguardo la performance produttiva l'indice di degenza media consente di comprendere il grado di efficienza con cui una struttura provvede all'erogazione delle prestazioni: ad un minor numero di giorni di ricovero si associa una buona capacità di gestione del paziente, sia rispetto alla condizione clinica che all'utilizzo delle risorse, per questo motivo l'azienda ritiene opportuno richiederne la riduzione alle strutture operative, senza che questo vada ad intaccare la sicurezza del paziente.
Per l'ottimizzazione delle performance, la Asl di Frosinone istituirà, come previsto nell'atto aziendale, l'UOC Epidemiologia valutativa sistemi informativi sanitari, Controllo di Gestione che si prefigge tra le sue attività l'obiettivo della costruzione di cruscotti aziendali che permettano alla Direzione Strategica il monitoraggio continuo e costante dell'attività aziendale e la possibilità di confrontarla con altre aziende dello stesso settore al fine di migliorarne la qualità, l'efficacia e l'efficienza. La struttura si occuperà altresì di verificare gli esiti degli interventi sanitari praticati in rapporto alle risorse impiegate, correlate altresì ai dati di popolazione (mortalità, età, mobilità,..) fornendo report puntuali ed aggiornati in tempo reale che costituiranno un supporto fondamentale per le decisioni strategiche aziendali.

D2: Azioni di governo dell' appropriatezza

Con questo obiettivo L'Azienda si impegna a misurare quanto le scelte e/o gli interventi diagnostici e terapeutici siano adeguati rispetto alle esigenze del paziente al contesto sanitario generale. Un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo) per essere appropriato dovrà sempre e necessariamente essere correlato al bisogno del paziente (o della collettività) ed essere fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.
L'implementazione di un sistema di governo clinico è uno dei principali strumenti di governo dell' appropriatezza, in quanto oltre ad una minimizzazione dei rischi e razionalizzazione delle risorse, permette anche la soddisfazione del paziente. Il governo dell'appropriatezza diagnostico terapeutica avviene grazie al potenziamento dell'attività di Health Technology Assessment e Health Need Assessment.
L'appropriatezza verrà altresì perseguita attraverso numerose azioni quali:
- l'adozione delle classi di priorità per le prestazioni ambulatoriali, le visite specialistiche, la diagnostica per immagini, le prestazioni in DS e DH, come previsto dal PRGLA 2013-2015: la classe di priorità costituisce un metodo molto valido di controllo della domanda poiché regola le prestazioni secondo l'urgenza, l'urgenza breve, differita o programmata;
- l'implementazione delle Commissioni per l'appropriatezza prescrittiva non solo sui farmaci ma anche sulla prescrizione specialistica;
- l'adozione e l'implementazione delle Reti e dei Percorsi Clinico assistenziali: il percorso assistenziale risulta essere il metodo migliore per dare evidenza a tutti i prodotti dell'assistenza sia clinici (come la diagnosi, la terapia, etc.) sia non-clinici (come la comunicazione della diagnosi, il patto di cura, l'educazione, etc.) e per analizzare i processi assistenziali rendendo misurabili i risultati generati attraverso specifici indicatori;
- la riorganizzazione delle modalità erogative della specialistica secondo una logica di intensità clinica e di complessità assistenziale attraverso lo sviluppo di una prassi di "gestione integrata" tra specialisti, tra questi e i MMG, i PLS e gli infermieri;

- favorire l'interazione, anche attraverso incontri formativi, tra i prescrittori e gli erogatori al fine di adottare linee comuni ed interventi per ridurre l'inappropriatezza e l'eccessivo ricorso ai farmaci, alle prestazioni diagnostiche e all'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri;
- favorire l'appropriatezza professionale la quale definisce appropriato un intervento (o servizio o prestazione) sanitario se è di efficacia provata, se viene prescritto solo per le indicazioni cliniche per le quali è stata dimostrata l'efficacia e se gli effetti sfavorevoli sono "accettabili" rispetto ai benefici.
- l'implementazione dell'applicazione delle linee guida aziendali previste per l'appropriatezza prescrittiva protesica.

D3: Azioni di governo del rischio

Tali azioni sono volte a promuovere la cultura della sicurezza sul paziente, attraverso un processo di formazione che permetta di riconoscere la gestione dell'errore come attività professionale e stimolo a migliorare, affinché la raccolta delle informazioni avvenga direttamente dagli operatori. Questo obiettivo viene raggiunto grazie alla riduzione del rischio clinico attraverso audit mensili all'interno delle strutture e all'attuazione del Piano annuale per la gestione del rischio clinico, il quale permette la partecipazione al flusso di segnalazione SIMES previsto dalla normativa nazionale e la riduzione degli eventi sentinella.
Altre azioni da attuare per rispettare questa politica sono l'implementazione di un processo per lo smaltimento dei rifiuti e dei materiali a rischio infettivo, la corretta compilazione delle schede di valutazione della terapia del dolore e delle check list di sala operatoria, l'alimentazione del sistema di reporting al Comitato Sicurezza Aziendale, il monitoraggio della corretta compilazione dei documenti per la profilassi antibiotica perioperatoria attraverso lo strumento dell'audit, l' applicazione del protocollo di gestione del paziente psichiatrico in pronto soccorso e frequenti audit con il risk manager sui singoli casi. Per garantire appropriatezza prescrittiva ed evitare situazioni rischiose, viene favorita la modifica di normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute.
Tutto questo produce un incremento della qualità delle prestazioni erogate ai pazienti ed una riduzione del contenzioso verso l'Azienda.
Da una ricognizione dello stesso, nel 2015 risultano: n. 88 cause in campo civile, n. 212 cause di lavoro, n. 11 cause in campo amministrativo e n. 7 cause penali. Gli indirizzi principali cha la Asl di Frosinone intende seguire per la gestione dei sinistri risultano essere:

- il raffreddamento e la diminuzione del contenzioso attraverso l'attività del Comitato Valutazione Sinistri (CVS);
- il riesame critico delle procedure in essere nei Reparti (che sono noti) interessati da maggiore sinistrosità;

- l'attivazione e la gestione di polizza assicurativa con franchigia proporzionata al reale "valore medio sinistro";
- il potenziamento della sinergia funzionale tra ufficio legale e Medicina legale ospedaliera e il Risk Management;
- la revisione delle linee di attività svolte in ambito extra-ospedaliero riguardo ai profili di possibile o concreta sinistrosità (con focus particolare su servizi vaccinali, REMS, Case della Salute);
- l'aggiornamento puntuale del sistema informativo per il monitoraggio del contenzioso.

24 h

ASL FROSINONE

PARTE C:

IL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE

1.Il nuovo Piano delle Performance della ASL di Frosinone 2016-2018

ASL FROSINONE

L'elaborazione del Piano Triennale delle Performance avviene a distanza di tre mesi dalla nomina del Commissario Straordinario ed a undici mesi dall'adozione dell'Atto Aziendale della ASL di Frosinone, di cui al DCA U00134 del 01/04/2015, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 32 del 21/04/2015.
Si apre per la Asl di Frosinone un periodo di commissariamento dove la Direzione Strategica, supportata dal nuovo Commissario, si pone l'obiettivo dell'efficace ed efficiente gestione della complessa realtà sanitaria e del suo rilancio.
Il Piano è stato redatto in considerazione della modifica della natura giuridica del contratto stipulato tra Regione Lazio e i Direttori Generali, del DCA 248/2015 che attribuisce gli obiettivi alle Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere del Lazio e della legge 125 del 06/08/2015 in materia di disposizioni urgenti per gli enti territoriali.

1.1 Il focus sulla performance

In tempi di forti ristrettezze economiche che stanno minacciando la sostenibilità delle Amministrazioni Pubbliche e, in particolare, del Servizio Sanitario Pubblico, si avverte maggiormente la necessità di rispondere in modo adeguato, efficace ed efficiente alle richieste dei cittadini in termini di qualità delle politiche e dei servizi erogati. Per raggiungere tale scopo, le pubbliche amministrazioni necessitano di informazioni precise e quantificabili circa l'attività svolta al fine di poter migliorare i servizi erogati, l'organizzazione delle attività svolte e offrire altresì una rendicontazione sul proprio operato ai cittadini ed agli stakeholder che sia la più trasparente possibile.
L'ASL di Frosinone si impegnerà quindi al miglioramento della propria perfomance intesa proprio come contributo che intende apportare per il raggiungimento degli obiettivi e alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'Azienda è stata costituita, ponendo al centro il cittadino-utente.
Il nuovo Piano della Perfomance darà quindi avvio al ciclo della gestione della performance ovvero a quel processo che racchiude le funzioni di pianificazione, monitoraggio, misurazione e valutazione.

1.2 Il Ciclo delle Performance: tempi e obiettivi

Il Piano delle Performance ha valenza triennale (2016-2018), persegue le politiche strategiche e programmatiche della Asl di Frosinone e viene redatto in conformità con gli indirizzi strategici regionali e coerentemente alle risorse assegnate. In particolare nel Piano vengono definiti gli obiettivi congrui alla mission aziendale attraverso la definizione di indicatori che siano in grado di misurare nel tempo l'andamento dell'attività e dei processi che sono soggetti a monitoraggio, misurazione, valutazione e successiva rendicontazione.
Il Piano è altresì adottato coerentemente con il ciclo e i contenuti della programmazione economico-finanziaria, del Bilancio aziendale, del Decreto Lgs 150/2009 e della Legge 125/2015 sulla spendingreview.
Il Piano comprende:

- l'analisi del contesto di riferimento;
- la mission e la vision dell'Azienda, le sue caratteristiche gestionali ed organizzative, i suoi valori, i suoi principi e gli obiettivi di performance che intende perseguire;
- gli indicatori per la misurazione e valutazione della performance che avranno valenza triennale, fatte salve eventuali modifiche che potranno essere introdotte al variare di eventuali normative di riferimento;
- i criteri per la verifica del grado di raggiungimento della performance.

Il Piano, deliberato dal Commissario, viene pubblicato nel mese di marzo a seguito di un percorso così articolato:

- nel mese di dicembre la Direzione Strategica avvia il processo di elaborazione del Piano sulla base di quanto determinato dal Piano Sanitario Regionale, dai Piani Operativi e dagli obiettivi annuali assegnati dalla Regione alle Aziende Sanitarie Locali;
- nel mese di gennaio vengono organizzati incontri preliminari con i soggetti coinvolti nel Ciclo per raccogliere le loro istanze in merito alle priorità strategiche dell'Azienda;
- la Direzione Strategica procede all'analisi delle istanze e alla validazione delle proposte presentate;
- elaborato il quadro degli obiettivi strategici, viene avviato il processo di elaborazione delle schede degli obiettivi operativi conformemente al Piano Sanitario annuale e triennale e al Bilancio di previsione;
- vengono infine elaborati gli indicatori di performance che saranno successivamente validati dall'O.I.V. nel rispetto del sistema di misurazione e valutazione adottato dall'Azienda.

TEMPI	AZIONI	SOGGETTI
Aprile 2016	Approvazione piano triennale delle performance	Direzione Strategica
Aprile 2016	Validazione degli indicatori annuali di budget (2016) da parte dell OIV ed avvio del processo di negoziazione	CdG, comitato di Budget, OIV, Direzione strategica
Aprile 2016	Consegna della documentazione relativa al raggiungimento degli obiettivi di budget 2015 e delle schede relative al contributo individuale	Tutte le UUOOCC e Dipl.li; CdG
Aprile 2016	Concluso processo di negoziazione obiettivi di budget 2016	CdG, comitato di Budget, OIV, Direzione strategica
Entro aprile 2016	Contestualizzazione processo di budget all'interno delle UUOO e assegnazione obiettivi di performance individuali	Responsabili di Struttura
Maggio 2016	Monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2016- I trimestre ; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
Aprile 2016	Approvazione bilancio consuntivo 2015	Direzione Strategica
Maggio 2016	Conclusione verifica risultati di budget 2015(misurazione performance organizzativa) e invio proposta Relazione della Performance all' OIV	Controllo di Gestione
Giugno 2016	Validazione Relazione della Performance 2015 e valutazione contributo individuale dirigenza comparto	OIV
Giugno 2016	Approvazione Relazione e pubblicazione sul sito web aziendale	Direzione Strategica
Luglio 2016	Monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2016- II trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
Luglio 2016	Erogazione saldo incentivo di risultato comparto 2015; liquidazione incentivo di risultato alla dirigenza 2014	Risorse Umane
Ottobre 2016	Monitoraggio e verifica intermedia obiettivi di budget 2016- III trimestre; invio relazione OIV	Controllo di Gestione
Dicembre 2016	Convocazione Conferenza dei Servizi e presentazione piano triennale delle performance; consegna a Direttori di UU.OO.CC. e/o Dip.te della proposta di budget 2017	Direzione Strategica
Entro il 20 dicembre 2016	Consegna contributo responsabili UUOOCC e dip.li per la definizione obiettivi di budget 2017	UUOOCC

ASL FROSINONE

2. L'Azienda Sanitaria Locale ASL Frosinone

2.1 L'assetto aziendale

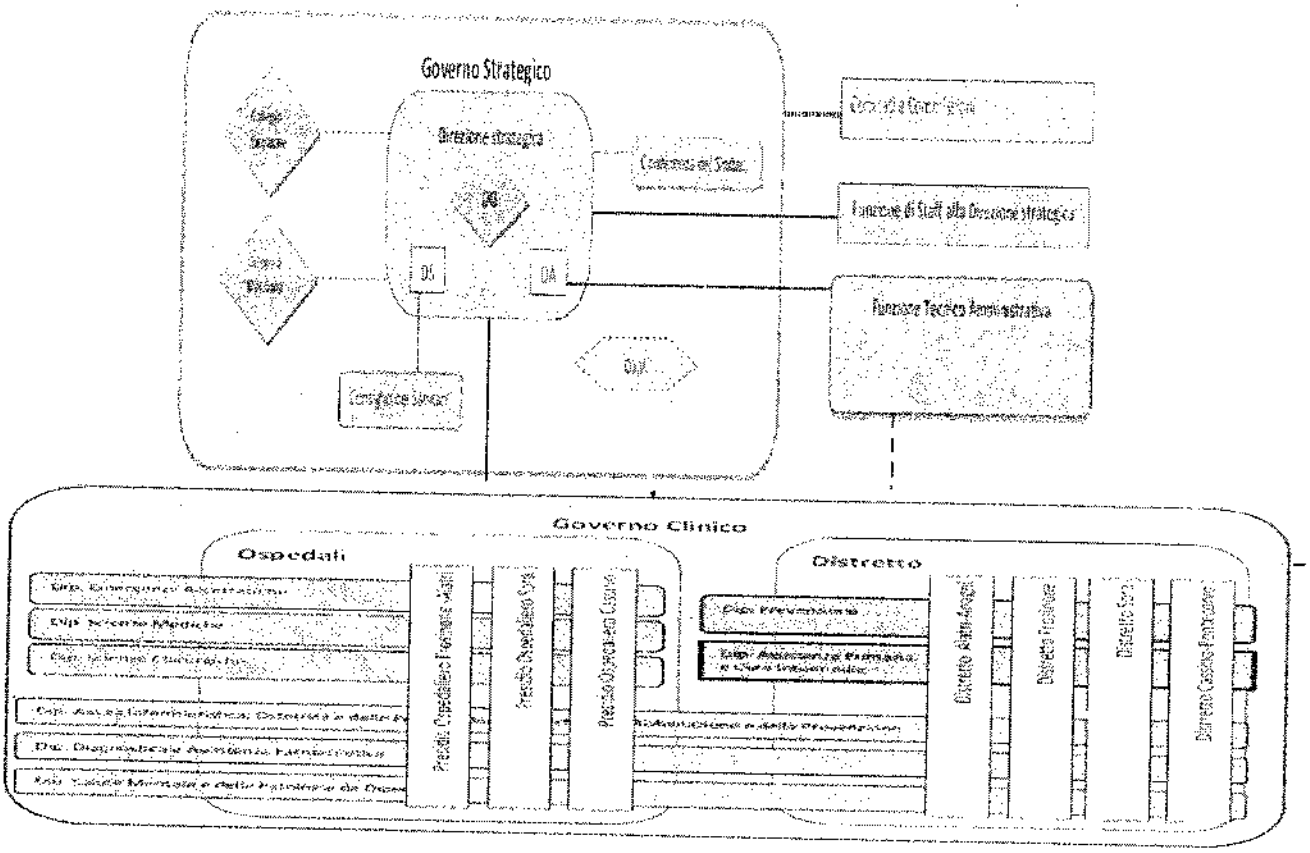
L'Azienda ASL di Frosinone è articolata territorialmente in quattro Distretti ai quali afferiscono i seguenti comuni:

- **Distretto di Alatri-Anagni**
- **Distretto Frosinone**
- **Distretto Sora**
- **Distretto Cassino-Pontecorvo**

L'organizzazione aziendale, al cui vertice si pone il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario Aziendale, è sinteticamente rappresentata come di seguito:

ASL FROSINONE

Il nuovo assetto della Asl di Frosinone secondo Atto aziendale



2.2 Presidi Ospedalieri e Posti Letto

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti e post-acuti è attualmente articolata in 4 Presidi Ospedalieri (Alatri, Frosinone, Sora e Cassino), la cui dotazione complessiva di posti letto al 1° gennaio 2014 – che si ricava dai flussi informativi del
Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) attraverso il modello HSP12 compilato dalle Direzioni Sanitarie di Presidio – ed il cui ruolo nelle Reti sono mostrati nella tabella sottostante.

Offerta prestazioni ospedaliere:

Alatri	93	15	7	115	PS	TNV/Pse	-	-	-	-
Frosinone	268		31	299	DEA I	UTN I (mai attivata)	E	CTZ	I+	Spoke
Sora	173	21	27	221	PS	TNV/PSe	C	-	I	-
Cassino	216		12	228	DEA I	TNV/PSe	C	PST	I	-

TNV/PSe = Team Neurovascolare/Pronto Soccorso esperto
UTN I = Unità di Trattamento Neurovascolare di Pavia
E = con PL di cardiologia e UTIC e servizio di emodinamica
C = con soli PL di cardiologia e UTIC
CTZ = Centro Trauma di Zona
PST = Pronto Soccorso Traumatologico
I+ = ex livello B+ del DCA 49/2010. Attività assistenziale a gravitazione e neonati a rischio
I = assistenza al parto e neonato fisiologico senza PL di patologia neonatale

252

ASL FROSINONE

2.3 Le Strutture Accreditate

Sono inoltre presenti, con funzione complementare ed integrativa, i seguenti posti letto privati accreditati per i ricoveri in acuzie.

Posti letto privati accreditati:

Casa di Cura Villa Gioia	22	Profilo monospecialistico di 18 PL di Chirurgia Generale associati a 4 PL di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "C"
Casa di Cura S. Teresa	20	Profilo monospecialistico di 12 PL di Ortopedia associati a 8 PL di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "C"
Casa di Cura S. Anna	32	Profilo monospecialistico di Chirurgia Generale associato ad attività di DS polispecialistico, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"
Casa di Cura Villa Serena	25	Profilo monospecialistico di Medicina Generale associato ad attività polispecialistica, oltre che di day service e specialistica ambulatoriale	Distretto "D"

ASL FROSINONE

L'offerta di prestazioni ospedaliere post-acuzie del privato accreditato è mostrata nella tabella che segue.

Prestazioni ospedaliere del privato accreditato

Lungodegenza	21 P.L. P.O. Sora	15 P.L. P.O. Frosinone (*)	S. Raffaele Cassino = 69
Riabilitazione			S. Raffaele Cassino = 146 ord + 24 DH INI Città Ducale = 67 ord + 6 DH

(*) trasferiti presso il P.O. di Alatri dall'1-7-2014.

Come mostra la sottostante tabella, la dotazione complessiva di posti letto provinciali ammonta a 1.254, pari a **2,5 posti letto x 1.000 abitanti.**

Dotazione complessiva posti letto

ACUTI		327	99	426
POST-ACUTI	LG	36	69	105
	RIAB	0	223	223

2,5 PL x 1000 ab.

3. L'identità aziendale

3.1. Mission e Vision

La ASL di Frosinone è inserita nel contesto economico sociale della regione Lazio e recepisce in modo "*consapevole*" le difficoltà economiche del momento senza venir meno alla mission istituzionale dell'Azienda che è deputata a garantire a tutti i cittadini del territorio di competenza una adeguata offerta di servizi. La mission strategica dell'Azienda è dare risposta ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini, assicurando interventi di promozione della salute, di prevenzione e cura efficaci, accessibili con tempestività e senza barriere di cultura, lingua e condizioni socio-economiche, nel rispetto della persona ed in condizioni di sicurezza, utilizzando con efficienza le risorse disponibili. La sua mission pertanto è la promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della comunità attraverso il rispetto di criteri e condizioni che rappresentano i principi guida per la corretta gestione dell'Azienda e che vengono di seguito riportati:

•rispetto della dignità e della libertà della persona umana, equità ed etica professionale;

•costante adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini;

•garanzia di equità e di accessibilità ai servizi ed alle prestazioni da parte dei cittadini;

•qualità clinico-assistenziale secondo il principio dell'appropriatezza e la promozione della ricerca scientifica nella pratica clinica assistenziale e gestionale;

• coinvolgimento e qualificazione delle risorse umane, tramite programmi permanenti di formazione e aggiornamento mirati alle innovazioni tecnologiche ed all'adeguamento del sistema aziendale;

•sostenibilità economica del sistema, espressa dalla compatibilità tra le risorse disponibili ed i costi dei servizi offerti, da perseguire attraverso la programmazione dell'impiego delle risorse in funzione dei bisogni prioritari e fondamentali di salute, consolidando l'integrazione interistituzionale, organizzativa e professionale, in una logica di corretto ed economico utilizzo delle risorse.

La vision dell'Azienda consiste nell'essere e nel voler essere parte di un sistema diffusamente orientato al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza per soddisfare bisogni sempre più complessi dei cittadini, avvalendosi dell'evoluzione delle tecniche e delle conoscenze.

Un'Azienda affidabile, competitiva e riconosciuta, capace di effettuare scelte sostenibili in grado di garantire qualità, sicurezza ed equità nel sistema di *governance* della salute, integrata nella rete locale e regionale, fondata su principi di etica pubblica. Riconosce i professionisti ed è riconosciuta attraverso le loro le loro competenze, quale fulcro dell'innovazione organizzativa, del governo clinico, della ricerca, dell'integrazione intra ed extra aziendale. La Vision aziendale si esplicita nel progetto di realizzare un piano strategico di forte integrazione con i vari settori della comunità locale, al fine di pervenire ad una
politica per la salute, intesa come qualità della vita dell'intera comunità. La visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare la consapevolezza che la salute non è un risultato lineare prodotto da una prestazione tecnico-professionale, ma un risultato socialmente costruito dall'interazione di numerosi fattori (culturali, sociali, relazionali, biologici, economici). Questo rende necessario e attuale il passaggio dall'assistenza sanitaria ad un piano coordinato per la salute. L'Azienda riconosce la centralità della persona e dei suoi bisogni e le aspettative di salute come la necessità di realizzare la presa in carico dei suoi utenti, attraverso la realizzazione di una rete di servizi integrati socio assistenziali, che possano rafforzare il legame ospedale territorio, assicurare la continuità delle cure e la medicina di iniziativa. La costruzione di una rete di alleanze con gli Attori sociali pubblici e privati, con le Università, deve rafforzare il valore dell'Azienda e il suo impegno nel fornire i servizi e la loro metodologia organizzativa deve essere ispirata ai principi di economicità, efficienza ed efficacia al fine di garantire un livello qualitativo tale da raggiungere la piena soddisfazione dell'utente. La Centralità del cittadino (posto al centro del sistema in quanto portatore di diritti costituzionalmente garantiti) rappresenta il punto fondamentale su cui basare la programmazione socio-sanitaria e l'organizzazione del sistema di erogazione dell'offerta, orientando i servizi ed i processi assistenziali alle reali esigenze. Da qui la scelta di modelli organizzativi che possano rispondere a pieno ai bisogni complessivi dei cittadini, che possano coniugare insieme efficacia, efficienza, equità con l'economicità e che possono promuovere l'appropriatezza clinica ed organizzativa come:

•Modello assistenziale per intensità di cure;
•Modello assistenziale di cura a ciclo diurno;
•La Medicina d'iniziativa;
•L'integrazione ospedale-territorio e la continuità delle cure.

4. Il Contesto

ASL FROSINONE

4.1 Il territorio e la popolazione della ASL di Frosinone e la presa in carico del paziente

Il territorio della Azienda Sanitaria Locale di Frosinone comprende 91 comuni.
La superficie totale è di 3.241,88 kmq ed il bacino di utenza è di 497.678 abitanti, di cui 48.9% maschi e 51.1% femmine (dato ISTAT al 31 dicembre 2013), distribuiti in 4 Distretti Sanitari:

Distribuzione della popolazione nei quattro distretti:

[illegible]	[illegible]
Distretto Alatri-Anagni	92.269
Distretto Frosinone	184.498
Distretto Sora	102.903
Distretto Cassino-Pontecorvo	118.008
[illegible]	[illegible]

Le fonti dei dati, di seguito riportati, sono: l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) ed il Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale del Lazio (DEP).

Come nel resto d'Italia, anche nella Asl di Frosinone si assiste ad un invecchiamento costante della popolazione che dovrà essere tenuto in considerazione, unitamente al quadro epidemiologico di riferimento e alle innovazioni in campo medico, per l'organizzazione dell'offerta di salute e dei servizi ad esso collegati.
In particolare il prolungamento dei tempi di vita pone l'attenzione sulla necessità di organizzare nuove e più complesse forme di assistenza, soprattutto per la gestione delle cronicità. A tal fine sarà molto importante migliorare:

- l'integrazione socio-sanitaria, intesa come l'insieme delle attività atte a soddisfare, mediante la creazione di percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona attraverso prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Tali azioni riguardano principalmente l'area materno infantile, le persone disabili e/o anziane non autosufficienti, le patologie psichiatriche, le patologie cronico-degenerative, le dipendenze.
- l'integrazione ospedale-territorio che si traduce nella creazioni di Reti la cui logica organizzativa sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale affinché quest'ultimo possa svolgersi in modo unitario anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture e professionisti diversi. Si tratta quindi di un modello di organizzazione per processi che coniuga qualità ed efficienza il cui strumento operativo è costituito dai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA), soprattutto nell'ambito delle patologie croniche (diabete, scompenso cadiaco, BPCO) che avranno la finalità di portare una soluzione all'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri.

Anche il miglioramento dei servizi ospedalieri adotta lo strumento organizzativo delle reti con particolare riferimento alla rete radiologica, alla rete chirurgica, alla rete cardiologica e alla riorganizzazione del percorso nascita: ciò porterà ad un miglioramento del servizio per gli utenti non solo in termini qualitativi e di tempi di risposta ma anche in termini di efficacia ed efficienza.

5.Il Modello di misurazione e le dimensioni di analisi delle performance

Il modello di misurazione della Asl di Frosinone è collegato agli strumenti istituzionali di programmazione annuale e pluriennale e si pone l'obiettivo di valorizzare la dimensione strategica dell'Azienda, valorizzare e riqualificare i sistemi di budget interni e garantire la chiarezza e la trasparenza delle performance.

Il modello è articolato su due livelli:

- il livello istituzionale: PSR Lazio, Piani Operativi, obiettivi regionali previsti per le Azienda Sanitarie Locali;
- il livello aziendale che comprende un livello strategico di pianificazione aziendale (in coerenza con gli obiettivi regionali) ed un livello operativo (che comprende la definizione degli obiettivi e l'individuazione degli indicatori collegati alle strategie).

In particolare, a livello strategico, le performance aziendali vengono monitorate in termini di:

- rilevanza ovvero la corrispondenza tra bisogni della collettività e gli obiettivi da raggiungere prefissati;
- appropriatezza nell'accezione clinica e in quella organizzativa;
- efficacia del raggiungimento degli obiettivi soprattutto in termini di soddisfazione dei bisogni della collettività, aspetto che risulta essere importante e significativo;
- efficienza, ossia alla capacità di fornire servizi ottimizzando il rapporto tra risorse utilizzate e qualità e quantità degli output prodotti;
- economicità intesa come il soddisfacimento dei bisogni collettivi compatibilmente con le risorse economico-finanziarie ed il budget assegnato

La valutazione delle performance avviene tramite il monitoraggio trimestrale e annuale degli obiettivi, il processo di budget e la reportistica periodica.

6. L'albero delle performance

L'analisi del contesto interno ed esterno, l'individuazione dei punti di forza e di debolezza del sistema, il recepimento dei programmi operativi regionali e del contesto normativo di riferimento, conducono all'identificazione di quattro politiche, tra loro collegate e armonizzate, sulle quali improntare la nuova azione strategica.

Politica A: le politiche di riqualificazione dell'offerta e accesso ai servizi, personalizzazione delle cure e promozione della salute

L'obiettivo di tali politiche è quello di migliorare la rete sociosanitaria e garantire la continuità assistenziale nonché fornire la migliore risposta clinica al problema di salute riscontrato, facilitando e garantendo l'accesso ai servizi sanitari. Non si tratta tanto di dare una risposta al cittadino-utente, ma darla in modo appropriato, puntuale e centrato sulla personalizzazione della cura.
Queste politiche hanno altresì lo scopo di raggiungere la popolazione più a rischio e attuare azione di promozione della salute, rinforzando così i livelli di autonomia della persona. Sono incluse tutte le attività di prevenzione: attività di vaccinazione e di screening, sicurezza animale, sicurezza alimentare, sicurezza nei luoghi di lavoro, etc.

OBIETTIVO STRATEGICO A1

Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi

L'obiettivo è quello di migliorare la rete sociosanitaria territoriale di cure primarie e di garantire la continuità assistenziale attraverso l' introduzione di servizi innovativi come le Case della Salute che dovranno garantire ai cittadini un punto di ascolto per poter essere un vero e proprio sportello di accesso al Sistema Sanitario Regionale.

ASL FROSINONE

OBIETTIVO STRATEGICO A2
Azioni di prevenzione e promozione della salute

Questa azione ha lo scopo di promuovere politiche che, agendo su vari fronti, siano in grado di raggiungere il gruppo di popolazione più a rischio, di ridurre la disparità di salute e di promuovere modifiche di comportamenti, in un' ottica orientata alla trasformazione delle condizioni sociali, ambientali, culturali, economiche e strutturali. Con questa azione si vogliono altresì rinforzare le capacità e i livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute individuale e collettiva. Si tratta di passare dalla valutazione delle prestazioni per singole persone malate alla valutazione degli esiti sulla salute dell'intera popolazione servita, dalla cura della malattia all'assistenza centrata sui bisogni e sull'autonomia della persona, dalla frammentarietà nelle specializzazioni alla globalità dell'approccio.

OBIETTIVO STRATEGICO A3
Azioni per la personalizzazione e l'equità delle cure

Al fine di garantire l'equità delle cure e il diritto alla Salute di ciascun cittadino la Direzione Strategica si pone come obiettivo la riduzione delle Liste di Attesa seguendo le linee guida regionali. E' bene specificare che il governo delle Liste di Attesa è in realtà caratterizzato da differenti ambiti tutti con specifiche criticità e ciascuno rilevante in una possibile strategia d'intervento:

- la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, con l'indicazione del quesito diagnostico e l'appropriata prestazione da eseguire discriminando prime visite o prestazioni strumentali da visite di controllo o prestazioni successive con indicazione della classe di priorità;
- la definizione di appropriati Percorsi Diagnostico-Terapeutici per le casistiche a maggior impatto sulla popolazione;
- il potenziamento della gestione dell'offerta di servizi sanitari pubblici e privati con il sistema delle prenotazioni (CUP);
- l'aumento della capacità di erogazione delle prestazioni anche con l'adeguato ricorso alla libera professione;
- la pubblicizzazione dei canali di accesso al sistema sanitario e della trasparenza delle Liste.

OBIETTIVO STRATEGICO A4
Azioni empowerment del cittadino nel rispetto delle differenze culturali

Con queste politiche la ASL di Frosinone intende porre in essere progetti ed azioni mirate per facilitare l'accesso e l'orientamento alle strutture e ai servizi aziendali con iniziative di comunicazione, di semplificazione dei percorsi e del linguaggio e di formazione del personale. L' Azienda intende garantire con specifiche azioni i diritti di accesso alle strutture aziendali tramite l'implementazione di servizi specifici come la mediazione culturale facilitando la comunicazione utile al bisogno di cura del paziente.

Politica B: Le politiche di sinergia e integrazione dei servizi

Queste politiche sono volte alla realizzazione di una vera e propria integrazione dei servizi per far si che il percorso del paziente si svolga in modo unitario per garantire la continuità assistenziale ospedale/territorio, evitare inefficaci e inefficienti duplicazioni di servizi, favorire la razionalizzazione dei servizi e l'accessibilità alle cure. I servizi sanitari integrati vedono al centro del percorso il cittadino-paziente il quale dovrà essere accompagnato nella ricerca di una soluzione alla domanda di salute. Questo sistema consente di rispondere ad alcune esigenze inefudibili del Sistema Sanitario quale quella di rispondere alla complessità dei processi assistenziali con la condivisione delle competenze. E' essenziale favorire gli strumenti di sinergia attraverso la creazione di un piano di dimissione o implementando la partecipazione dei medici di base, pediatri, specialisti ambulatoriali ai Collegi di Direzione, incontri di dipartimento e audit clinici.
Obiettivo delle politiche è anche quello di migliorare la qualità e l'efficienza della rete ospedaliera per rispondere in tempi utili ed efficaci alla domanda del cittadino-paziente anche attraverso la riorganizzazione delle reti di assistenza.
Con queste politiche l'Azienda si pone altresì lo scopo di implementare le azioni di internazionalizzazione e di promuovere la collaborazione con gli Enti e le Organizzazioni di Ricerca nazionali ed internazionali e di attivare i processi per l'accesso ai finanziamenti della Comunità Europea.

ASL FROSINONE

OBIETTIVO STRATEGICO B1

Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico assistenziali

Questa linea di intervento è finalizzata a realizzare una vera e propria integrazione tra la "zona " del territorio e l'ospedale dove si dovranno necessariamente creare ed implementare tutti i percorsi utili al cittadino. L'ospedale dovrà inserirsi all'interno di un percorso finalizzato alla cura e allo stesso tempo il cittadino dovrà essere accompagnato nella ricerca di una soluzione alla domanda di salute. I servizi sanitari integrati vedono al centro del percorso il cittadino -paziente e si basano sull'istituto delle reti.

Questo sistema consente di rispondere ad alcune esigenze ineludibili del Sistema Sanitario quale quella di rispondere alla complessità dei processi assistenziali con la condivisione delle competenze, garantire l' equità dell'accesso alle cure, migliorare la qualità dell'assistenza grazie a percorsi diagnostici e terapeutici ben definiti, utilizzando razionalmente le risorse disponibili. E' un'opportunità per coniugare qualità ed efficienza.

OBIETTIVO STRATEGICO B2

Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera

Con questa linea di intervento la Direzione Strategica mette in atto i nuovi criteri organizzativi, in linea con gli indirizzi regionali, che differenziano l'ambito ospedaliero da quello territoriale. Nello specifico con questa linea di intervento i presidi ospedalieri, integrandosi anche con il territorio, dovranno necessariamente rispondere alla domanda di prestazioni, prevalentemente di tipo diagnostico e chirurgico al fine di ridurre il dato negativo di mobilità passiva.

OBIETTIVO STRATEGICO B3

Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative

Con queste politiche l'Azienda si pone lo scopo di implementare le azioni di internazionalizzazione e di promuovere la collaborazione con gli Enti e le Organizzazioni di Ricerca nazionali ed internazionali e di attivare i processi per l'accesso ai finanziamenti della Comunità Europea, strumento indispensabile per realizzare progetti di innovazione e di crescita, specialmente nell'attuale contesto della sanità italiana caratterizzato da risorse finanziarie limitate e dalla necessità di assicurare un costante governo della spesa.

Politica C: Politiche per l'appropriata gestione delle risorse e lo sviluppo dell' accountability

Questa politica è finalizzata al miglioramento della qualità e l'efficienza, riduzione dei costi, accelerazione dei processi, rispetto dei tempi di consegna ed allineamento dell'attività produttiva dei vari reparti sulla base di quanto effettivamente richiesto, nel momento giusto e con le risorse più appropriate. Tutto questo viene attuato attraverso la rivisitazione degli aspetti organizzativi, dei modelli gestionali di presa in carico dei pazienti, di efficientamento delle risorse assistenziali, della riorganizzazione delle funzioni tecnico amministrative per il riordino ed il potenziamento dei controlli nella gestione amministrativa nonché dell'appropriata pianificazione degli investimenti. Sono previste azioni per la trasparenza e l'anticorruzione in modo da fornire ai cittadini informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. Per un'appropriata gestione delle risorse sono necessarie azioni per la rendicontabilità delle risorse stesse, con lo scopo di garantire la corretta esecuzione degli interventi previsti in un' ottica di revisione della spesa pubblica.

OBIETTIVO STRATEGICO C1

Piano degli investimenti tecnologici, strutturali e reingegnerizzazione degli spazi

Secondo le logiche definite nelle politiche precedenti sono definiti e deliberati i Piani degli investimenti tecnologici e informatici 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 aggiornati annualmente. L'azienda ha intenzione di implementare il sistema di verifica e controllo sia sull'utilizzo delle attrezzature che sulla gestione degli inventari e libro cespiti. L'obiettivo è quello di ottimizzare l'utilizzo degli spazi aziendali per garantire il miglior utilizzo anche in funzione della riorganizzazione dei servizi, per la messa in sicurezza delle strutture e per l'efficientamento del sistema. Il Piano degli Investimenti strutturali rappresenta il documento di programmazione e pianificazione degli investimenti patrimoniali sugli immobili aziendali.

OBIETTIVO STRATEGICO C2

Azioni di governo della gestione delle risorse: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali

La valutazione delle performance dei servizi sanitari, ed in particolare quella delle attività cliniche, è un elemento costitutivo delle politiche sanitarie, in quanto l'esercizio valutativo rappresenta un elemento sostanziale dei modelli di governance adottati nelle organizzazioni sanitarie. Quando si parla di valutazione dei risultati non si può prescindere, in un linguaggio comprensibile ai diversi portatori d'interesse, dal rendicontare quali e quante risorse umane e strumentali sono state utilizzate. Oltre alle istituzioni l'Azienda intende rispondere del proprio operato ai Cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai Cittadini è quindi necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi significa rendere la scelta dei cittadini libera e consapevole. A tale scopo la Direzione Strategica intende mettere a disposizione dei cittadini sia il Bilancio di Missione che il Bilancio Sociale.

OBIETTIVO STRATEGICO C3

Azioni per sviluppo di procedure di controllo

Questo obiettivo ha lo scopo di intervenire sulle procedure di controllo uniformando quelle relative ai processi amministrativo contabili anche ai fini della certificabilità di Bilancio, collegato alla contabilità economico patrimoniale, alla contabilità analitica e ad un sistema di indicatori delle performance ed intervenendo su quelle relative agli accreditamenti istituzionali, ai flussi informativi ed ai sistemi di controllo sulle attività.

OBIETTIVO STRATEGICO C4

Piano di sviluppo di procedure di accreditamento e rispetto degli standard

L'Accreditamento rappresenta uno strumento di promozione del miglioramento continuo della qualità dei servizi e delle prestazioni, dell'efficacia e dell'appropriatezza nella pratica clinica e nelle scelte organizzative, nonché nell'uso delle risorse. Tale obiettivo si pone quindi il perseguimento di tutti gli obiettivi in tale ambito previsto dalle normative regionali e nazionali.

OBIETTIVO STRATEGICO C5

Azioni per la rendicontabilità delle risorse e adeguamento alla spending review

In un ottica di revisione della spesa pubblica si collocano le azioni di ottimizzazione delle risorse volte a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell' azione sanitaria anche grazie all'elaborazione di un adeguato piano di sostenibilità economica.

OBIETTIVO STRATEGICO C6

Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione

La Direzione Strategica, ottemperando alle linee guida regionali e nazionali, pone tra i suoi principali obiettivi la realizzazione di tutte le possibili azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione e alla valorizzazione della trasparenza amministrativa. A tal fine questo obiettivo racchiude in sé tutte le azioni che verranno messe in atto dalla ASL di Frosinone per affrontare sia la lotta alla corruzione che agli sprechi e alle inefficienze nella sanità, anche a causa della giusta e dovuta implementazione di adeguati sistemi di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi, capaci di colmare quel deficit etico che viene annoverato tra le principali cause di corruzione nella sanità. Il piano dell'anticorruzione e della trasparenza saranno le linee guida dell'azioni che verranno intraprese.

Politica D: Politiche di efficientamento delle performance e di benchmarking

Politiche necessarie per monitorare l'attuazione di piani, programmi e progetti, nel rispetto delle fasi e dei tempi stabiliti, degli standard qualitativi e quantitativi, del livello di assorbimento delle risorse. L'efficientamento delle performance, perseguite anche attraverso azioni di governo dell'appropriatezza, permette il miglioramento dell'Azienda, cosa che può essere attuata grazie all'ausilio della metodologia del benchmarking,strumento principe della qualità perché, puntando al miglioramento continuo, porta chi lo utilizza a migliorare imparando dagli altri.

OBIETTIVO STRATEGICO D1

Azioni di ottimizzazione della performance e benchmarking

La ASL di Frosinone sviluppa azioni di confronto e ottimizzazione della performance, grazie all' implementazione di nuove tecnologie di informatizzazione e comunicazione, come indicatori, cruscotti e open data, promuovendo azioni che rendono i cittadini protagonisti dei propri percorsi assistenziali. La Direzione Strategica al fine di raggiungere gli obiettivi preposti metterà in atto tutte le azioni utili all'efficientamento del sistema e alla valorizzazione delle performance sia cliniche che amministrative anche grazie all'ausilio della metodologia del benchmarking basata sul confronto sistematico con le migliori Aziende Sanitarie che permette alla ASI di Frosinone di individuare le criticità e conseguentemente le strumentazioni per migliorare continuamente la propria azione. Gran parte del monitoraggio della ASL di Frosinone proviene da dati MES, Pre.Val.E., Joint Commission International e da tecniche di analisi statistica.

OBIETTIVO STRATEGICO D2

Azioni di governo dell' appropriatezza

Con questo obiettivo L'Azienda si impegna a misurare quanto le scelte e/o gli interventi diagnostici e terapeutici siano adeguati rispetto alle esigenze del paziente al contesto sanitario generale. Un intervento sanitario per essere appropriato dovrà sempre e necessariamente rispondere ai criteri di utilità, efficacia, sicurezza ed efficienza. Grazie alle linee guida internazionali e alla best practice è possibile analizzare il sistema ed individuarne le criticità.
L'implementazione di un sistema di governo clinico è uno dei principali strumenti di governo dell' appropriatezza, in quanto oltre ad una minimizzazione dei rischi e razionalizzazione delle risorse, permette anche la soddisfazione del paziente. Il governo dell'appropriatezza diagnostico terapeutica avviene grazie al potenziamento dell'attività di Health Technology Assessment e Health Need Assessment e grazie all'introduzione di percorsi clinico assistenziali che, in seguito ad attività di confronto multidisciplinare, permettono la riduzione di variabilità dei comportamenti nella pratica clinica. Interventi di integrazione tra ospedale e territorio ed una corretta allocazione delle risorse sui diversi livelli di assistenza comporterebbero un beneficio nel governo della domanda.

OBIETTIVO STRATEGICO D3

Azioni di governo del rischio

Tali azioni sono volte a promuovere la cultura della sicurezza sul paziente, attraverso un processo di formazione che permetta di riconoscere la gestione dell'errore come attività professionale e stimolo a migliorare, affinché la raccolta delle informazioni avvenga direttamente dagli operatori. Questo obiettivo viene raggiunto grazie alla riduzione del rischio clinico attraverso audit mensili all'interno delle strutture e all'attuazione del Piano annuale per la gestione del rischio clinico, il quale permette la partecipazione al flusso di segnalazione SIMES previsto dalla normativa nazionale e la riduzione degli eventi sentinella.
Altre azioni da attuare per rispettare questa politica sono l'implementazione di un processo per lo smaltimento dei rifiuti e dei materiali a rischio infettivo, la corretta compilazione delle schede di valutazione della terapia del dolore e delle check list di sala operatoria, l'alimentazione del sistema di reporting al Comitato Sicurezza Aziendale, il monitoraggio della corretta compilazione dei documenti per la profilassi antibiotica perioperatoria attraverso lo strumento dell'audit, l' applicazione del protocollo di gestione del paziente psichiatrico in pronto soccorso e frequenti audit con il risk manager sui singoli casi. Per garantire appropriatezza prescrittiva ed evitare situazioni rischiose, viene favorita la modifica di normative sulla responsabilità civile e penale dei professionisti della salute.
Tutto questo produce un incremento della qualità delle prestazioni erogate ai pazienti ed una riduzione del contenzioso verso l'Azienda.

267

ASL FROSINONE

A
Le politiche di riqualificazione dell'offerta e accesso ai servizi, personalizzazione delle cure e promozione della salute

B
Le politiche di sinergia e integrazione dei servizi

C
Politiche per l'appropriata gestione delle risorse e lo sviluppo dell'accountability

D
Politiche di efficientamento delle perfomance e di benchmarking

A1
Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi

A2
Azioni di prevenzione e promozione della salute

A3
Azioni per la loro personalizzazione e l'equità delle cure

A4
Azioni empowerment del cittadino nel rispetto delle differenze culturali

B1
Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico-assistenziali

B2
Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera

B3
Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative

C1
Piano degli investimenti tecnologici, strutturali e reingegnerizzazione degli spazi

C2
Azioni di governo della gestione delle risorse, contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali

C3
Azioni per sviluppo di procedure di controllo

C4
Piano di sviluppo di procedure di accreditamento e rispetto degli standard

C5
Azioni per la rendicontabilità delle risorse e adeguamento alla spending review

C6
Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione

D1
Azioni di confronto e ottimizzazione delle performance

D2
Azioni di governo dell'appropriatezza

D3
Azioni di governo del rischio

7. Pianificazione operativa 2016-2018 e monitoraggio del Piano

Il Piano è adottato in coerenza con la programmazione sanitaria, finanziaria e con i vincoli di bilancio e comprende gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda ed i correlati indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale. Il Piano ci permette di comprendere come la Asl di Frosinone intende agire per soddisfare i bisogni sanitari e socio sanitari della popolazione di riferimento e di tutti coloro che scelgono di rivolgersi ai servizi aziendali.
Gli obiettivi strategici vengono descritti attraverso indicatori e risultati attesi in vista della loro puntuale valutazione a consuntivo nelle tre annualità di riferimento.
Le performance vengono contestualizzate negli obiettivi e indicatori di tutte le strutture complesse e dipartimentali dell'azienda attraverso lo strumento dei budget operativi annuali che costituiscono strumenti di gestione e valutazione specifica delle unità operative (vedi Allegato Tecnico)

Il monitoraggio e l'audit sulla corretta impostazione metodologica del Piano è svolto dall'OIV in collaborazione con la Direzione Strategica Aziendale, con la dirigenza e con il personale. L'aggiornamento del Piano sarà effettuato su base annuale o all'indroduzione di normative che richiedono modifiche imprescindibili al documento.

ALLEGATO TECNICO: TABELLA PIANI OPERATIVI

270

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X		[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	A2	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

272

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

243

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

27h

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

275

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

276

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	Sviluppo sinergie innovative	Sviluppo in convergenza con Università e Ministri di Ricerca [illegible]	[illegible]	X	X	X	UCC Affari generali	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x	x	x	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x	x		[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x	x		[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x	x		[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	x			[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	[illegible]	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

280

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X		[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X		X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X		[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X			[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	X	X	X	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

A	Politiche di riqualificazione dell'offerta e accesso ai servizi, personalizzazione delle cure e promozione della salute	A1	Azioni di innovazione nell'offerta dei servizi	
		A2	Azioni di prevenzione e promozione della salute	
		A3	Azioni per la personalizzazione e l'equità delle cure	
		A4	Azioni empowerment del cittadino nel rispetto delle differenze culturali	
B	Politiche di sinergia e integrazione dei servizi	B1	Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico assistenziali	
		B2	Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera	
C	Politiche per l'appropriata gestione delle risorse e lo sviluppo dell'accountability	C1	Piano degli investimenti tecnologici, strutturali e reingegnerizzazione degli spazi	
		C2	Azioni di governo della gestione delle risorse: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali	
		C3	Azioni per sviluppo di procedure di controllo	
		C4	Azioni per sviluppo di procedure di controllo	
		C5	Azioni per la rendicontabilità delle risorse e adeguamento alla spending review	
		C6	Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	
D	Politiche di efficientamento delle perfomance e di benchmarking	D1	Azioni di confronto e ottimizzazione delle performance	
		D2	Azioni di governo dell'appropriatezza	
		D3	Azioni di governo del rischio	