

AZIENDA SANITARIA LOCALE FROSINONE

PIANO STRATEGICO AZIENDALE
2014 - 2016

PIANO STRATEGICO 2014-2016

Introduzione	8
Il quadro normativo di riferimento	8

PARTE PRIMA

Analisi ambientale esterna ed interna - Punti di forza e di debolezza

1. Analisi Ambientale Esterna (ambiente epidemiologico - sanitario)	10
1.1 Mortalità e morbosità	12
1.1.1 Mortalità	12
1.1.2 Morbosità	14
1.2 Ospedalizzazione	15
1.3 Salute e ambiente	15
2. Analisi Ambientale Esterna (ambiente socio-economico)	15
2.1 Povertà e fragilità sociale	17
3. Analisi Ambientale Interna	18
3.1 Sistema di <i>governance</i>	19
3.2 Personale	19
3.3 Assistenza ospedaliera	19
3.4 Specialistica Ambulatoriale Ospedaliera	25
3.5 Area Emergenza	25
3.6 Tele-consulto e tele-assistenza	26
3.7 La rete socio-sanitaria e l'assistenza territoriale	27
3.7.1 Medicina Generale e Pediatria di libera scelta	29
3.7.2. Case della Salute	29
3.7.2.1 Casa della Salute di Pontecorvo	30
3.7.3 Assetto degli altri servizi territoriali	30
3.7.3.1 Salute della donna e dell'età evolutiva (consulitori)	30
3.7.3.2 I Poliambulatori	31
3.7.3.3 Specialistica ambulatoriale interna	32
3.7.3.4 I consulтори pediatrici e la tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età Evolutiva	33
3.7.3.5 Assistenza domiciliare e cure palliative	34
3.8 Attività riabilitativa, residenzialità e semiresidenzialità	35
3.9 Area Politica del farmaco	36
3.10 Il Dipartimento di Prevenzione	37
3.11 Il Dipartimento di Salute Mentale	39
3.12 Il Dipartimento 3D	39
3.12.1 Salute e Immigrazione	40
3.13 Comunicazione e Ufficio Relazione con il Pubblico	41
3.13.1 Trasparenza e Integrità	41
3.14 Formazione	41

3.15 Ufficio Stampa	42
3.16 Clima organizzativo	42
3.17 Rapporti con l’Università	42
3.18 Il sistema organizzativo, le risorse strumentali ed economiche	43
3.18.1 Sintesi delle risorse strumentali	43
3.18.2 Le risorse economiche	46
3.19 Punti di forza e di debolezza	47

PARTE SECONDA

Le linee programmatiche e gli obiettivi

1. Sostenibilità economica	49
2. Accessibilità ai servizi	50
3. Qualità e sicurezza	51
4. La rete sociosanitaria e l’assistenza territoriale	53
5. Punto Unico di Accesso (PUA)	56
6. Integrazione Socio Sanitaria	57
7. Case della Salute	58
8. Specialistica ambulatoriale interna	59
9. Assistenza domiciliare e cure palliative	60
10. Attività riabilitativa e residenzialità	60
11. Qualificazione dell’offerta ospedaliera	60
12. Riorganizzazione emergenza-urgenza	62
12.1 Previsione di un DEA di II° livello nel Presidio Unificato Frosinone-Alatri	65
13. La nuova rete ospedaliera pubblica	66
14. Tele-consulto e tele-assistenza	69
15. Area politica del farmaco	69
16. Sviluppo del sistema informativo, dell’edilizia sanitaria e innovazioni tecnologiche	71
17. Ufficio Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, Accoglienza, Tutela e Partecipazione	74
17.1 Trasparenza e Integrità	74
18. Formazione	75
19. Risorse Umane	76
20. Rapporti con le Università e con le altre Aziende limitrofe	78
21. Il Dipartimento di Prevenzione	79
21.1 Il Registro Tumori	80
22. Il Dipartimento di Salute Mentale - il Dipartimento 3D	81
23. Progetti speciali	82
23.1 An European Model for Chronic Care Management	82
23.2 La cicogna vola in Ciociaria: dimissione integrata per la puerpera ed il neonato	82
23.3 Istituzione di un Centro per la calcolosi urinaria	83
23.4 Sperimentazione di percorsi per la prevenzione primaria e secondaria di disturbi psico-emotivi, prosecuzione “Progetto “Didattica...Mente Interattivi”	83
23.5 Organizzazione di una struttura specialistica di riferimento per il trattamento e la prevenzione delle ulcere cutanee	84

23.6 Progetto di Educazione Sanitaria per la Prevenzione dell'infezione da HIV e delle MST nella Provincia di Frosinone con particolare riferimento alla popolazione scolastica-giovanile	84
23.7 Avvio indagine conoscitiva sui fondi integrativi	85
23.8 Predisposizione di protocolli di intesa e/o convenzioni con Fondazioni e Associazioni	85
23.9 Organizzazione Centro Antitrombosi e Decentramento Centri di Sorveglianza Terapia Anticoagulante (ex TAO)	85
23.10 Centrale Unica di Ascolto per le Guardie Mediche	85
23.11 Gruppo di lavoro aziendale per l'utilizzo dei Fondi Europei	86
23.12 Medicina Penitenziaria	87
 PARTE TERZA	
<i>Monitoraggio delle strategie e obiettivi: il Cruscotto Aziendale</i>	
Contabilità analitica	88
<i>Appendice</i>	94

INDICE DELLE FIGURE

Figura 1 - Territorio della ASL di Frosinone	10
Figura 2 - Piramide dell'età.....	12
Figura 3 - Tassi di disoccupazione	16
Figura 4 - Rete informatica.....	45
Figura 6 - Scheda di Budget	89
Figura 7 - Scheda di Budget	90
Figura 8 - Scheda di Budget	91
Figura 9 - Scheda di Budget	92
Figura 10 - Scheda di Budget	93
Figura 11 - Stranieri residenti in provincia di Frosinone.....	98

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione per Distretto e residenza	1
Tabella 2 - Distribuzione della popolazione per genere	1
Tabella 3 - Principali cause di mortalità	13
Tabella 4 - Attuale Struttura organizzativa.....	18
Tabella 5 - UU.OO. con Dirigente	18
Tabella 6 - Distribuzione del personale	19
Tabella 7 - Offerta prestazioni ospedaliere.....	20
Tabella 8 - Posti letto privati accreditati.....	20
Tabella 9 – Posti Letto di post-acuzie	20
Tabella 10 – Ricoveri ordinari. Anno 2013.....	21
Tabella 11 - Ricoveri diurni. Anno 2013.....	21
Tabella 12 - Tempi di attesa	23
Tabella 13 - Attività specialistica ambulatoriale 2013	25
Tabella 14 - Strutturazione rete emergenza	26
Tabella 15 - PUA attivi.....	28
Tabella 16 - Rilevazione MMG e PLS suddivisi per Distretto e relativa organizzazione	29
Tabella 17 - Consultori ASL di Frosinone	31
Tabella 18 - Poliambulatori ASL di Frosinone	32
Tabella 19 - Dati spesa anno 2013.....	32
Tabella 20 - Dati di spesa I° semestre 2014	33

Tabella 21 - Consultori pediatrici.....	34
Tabella 22 - Servizi Salute Mentale e Riabilitazione Età evolutiva	34
Tabella 23 - Asssitenza domiciliare e cure palliative	35
Tabella 24 - Attività riabilitativa, residenzialità e semiresidenzialità	36
Tabella 25 - Dotazione personale dirigente farmacista	36
Tabella 26 - Farmaceutica convenzionata - spesa SSN.....	37
Tabella 27 - Spesa aziendale per farmaci	37
Tabella 28 - Dipartimento Salute Mentale	39
Tabella 29 - Dipartimento 3D.....	40
Tabella 30 - Comunicazione e Relazioni con il Pubblico.....	41
Tabella 31 - Rapporti con le Università.....	43
Tabella 32 - Sintesi delle risorse strumentali.....	44
Tabella 33 - Prospetti delle strutture di gestione aziendale	44
Tabella 34 - Andamento della nuova contabilità economica.....	46
Tabella 35 – Individuazione delle UOC e delle UOS/UOSD.....	49
Tabella 36 - Budget anni 2015-2016	49
Tabella 37 - Riduzione costi	50
Tabella 38 - Azioni prioritarie	51
Tabella 39 - Qualità e sicurezza	52
Tabella 40 - Obiettivi protocollo di intesa del 23/07/2014.....	56
Tabella 41 - Azioni di miglioramento PUA	57
Tabella 42 - Azioni miglioramento Integrazione sociosanitaria.....	58
Tabella 43 - Azioni miglioramento Case della Salute.....	59
Tabella 44 - Specialistica ambulatoriale interna.....	60
Tabella 45 - Assistenza domiciliare e cure palliative	60
Tabella 46 - Attività riabilitativa e residenzialità	60
Tabella 47 - miglioramento offerta ospedaliera	62
Tabella 48 - Rete dell'Emergenza Urgenza	64
Tabella 49 - Rete del Trauma grave e del Neurotrauma.....	64
Tabella 50 - Rete dell'Ictus	64
Tabella 51 - Rete Perinatale.....	65
Tabella 52 - Miglioramento organizzazione emergenza urgenza.....	65
Tabella 53 - Nuova rete ospedaliera	66
Tabella 54 - Ripartizione UOC ospedaliere	69

Tabella 55 – Obiettivi area politica del farmaco	70
Tabella 56 - Ammodernamento tecnologico	71
Tabella 57 - Programma di implementazione apparecchiature sanitarie.....	72
Tabella 58 - Lavori di adeguamento.....	72
Tabella 59 - Miglioramento Comunicazione.....	74
Tabella 60 - Miglioramento Trasparenza	75
Tabella 61 - Miglioramento Risorse Umane	77
Tabella 62 – Limitazioni personale	78
Tabella 63 - Rapporti con altri Enti.....	79
Tabella 64 - Miglioramento Dipartimento di Prevenzione.....	80
Tabella 65 - Piano da perseguire	80
Tabella 66 - Obiettivi DSMD	81
Tabella 67 - Bilancio demografico provinciale 2013	94
Tabella 68 - Principali indicatori demografici.....	94
Tabella 69 - Dati di mortalità	99
Tabella 70 - Dati di morbosità.....	100
Tabella 71 - Tendenziali.....	104

PIANO STRATEGICO AZIENDALE 2014-2016

INTRODUZIONE

Il Piano Strategico Aziendale per gli anni 2014-2016, come previsto dal Decreto del Commissario ad acta n. U00251 del 30 luglio 2014, è il documento programmatico ove sono esplicitati gli indirizzi e gli obiettivi aziendali, gli indicatori per la misurazione e la valutazione dei risultati della programmazione e dei risultati dei dipendenti in rapporto agli obiettivi assegnati.

Nella definizione della programmazione triennale dell’Azienda si è tenuto conto dello scenario normativo nazionale e regionale ed economico attuale, caratterizzato dalla necessità di garantire l’assistenza ai cittadini secondo i criteri di appropriatezza, efficacia, efficienza, economicità, qualità e sicurezza in un quadro di risorse limitate per la condizione di commissariamento della Sanità Regionale.

Secondo quanto previsto nelle Linee Guida Regionali, emanate con DCA n. U00251 del 30 luglio 2014, il presente Piano Aziendale sarà articolato in tre parti. La prima fornisce una fotografia dell’ambiente esterno ed interno dell’Azienda con la descrizione dei punti di forza e di debolezza del sistema. La seconda parte definisce i principali interventi che saranno operati nei tre livelli di assistenza ospedaliera, territoriale e di sanità collettiva. La terza parte descrive il monitoraggio delle strategie ed obiettivi, ovvero definisce le linee generali del cruscotto aziendale.

Il Piano è stato oggetto di un percorso partecipato che ha seguito le seguenti linee di attività:

- pubblicazione, nel link “Amministrazione Trasparente”, dei Programmi Operativi e delle linee Guida per la redazione dei Piani Strategici Aziendali, chiedendo ai cittadini di formulare proposte e suggerimenti;
- svolgimento della Prima Conferenza Sanitaria Locale con la presenza di Sindaci, stakeholders, cittadini;
- svolgimento di un incontro con Unindustria, Federlazio, Confercooperative, Legacoop, Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale;
- con diverse iniziative di confronto sono state interessate al percorso le 115 Associazioni che stabilmente collaborano con la ASL di Frosinone.

IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La programmazione aziendale è inserita nel quadro normativo nazionale e regionale vigente che ha fissato gli obiettivi di salute da raggiungere per garantire il diritto alla tutela della salute dei cittadini.

Le principali disposizioni nazionali e regionali che delineano il quadro di riferimento sono:

- D.L. n. 95 del 06 luglio 2012 (*Spending Review*) convertito con modificazioni dalla L. del 7 agosto 2012 n. 135 che con la L. del 24 dicembre 2012 n. 228 (Legge di Stabilità) definisce il quadro della finanza pubblica;.
- D.L. n. 158 del 13 settembre 2012 - Legge Balduzzi;
- D.Lgs. n. 118 del 23 giugno 2011 sui principi contabili aziendali applicati per il settore sanitario;
- Patto per la Salute 2014-2016 ed il relativo regolamento sui requisiti di qualità, strutturali, tecnologici ed organizzativi della rete ospedaliera;
- Programmi Operativi 2013-2015 attuati con DCA n. U00247 del 25 luglio 2014;

- DCA nn. U00428 e U00429 del 04 ottobre 2013 - raccomandazioni per la stesura degli Atti Aziendali e DCA n. U00040 del 14 febbraio 2014 - schema d'intesa e requisiti della “Casa della Salute”;
- DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 - Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di Rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio;
- Atto Deliberativo dell'Azienda Sanitaria Frosinone n. 999 del 24 luglio 2014 - Concordamento del Budget 2014.
- DCA n. U00368 del 31 ottobre 2014 – Riorganizzazione della rete ospedaliera a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio (Decreto del Commissario ad Acta n. U00247/2014).

A tali atti, si aggiungono gli obiettivi fissati per il Direttore Generale in sede di sottoscrizione del contratto individuale di lavoro.

PARTE PRIMA

ANALISI AMBIENTALE ESTERNA ED INTERNA - PUNTI DI FORZA E DI DEBOLEZZA

Il processo di programmazione ed orientamento di una Azienda Sanitaria, deve necessariamente partire dalle caratteristiche socio demografiche e dello stato della salute della popolazione assistita, per valutare l'efficacia delle azioni intraprese, in termini di produzione e di indotto sullo stato di salute della popolazione, indipendentemente dalle condizioni socio-economiche. Ad essa è legata l'analisi dell'offerta dei servizi con i relativi punti di forza e di debolezza.

1. Analisi Ambientale Esterna (ambiente epidemiologico - sanitario)

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

Il territorio dell'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 I.S.T.A.T al 31 dicembre 2013), distribuiti in 4 Distretti.



Figura 1 - Territorio della ASL di Frosinone

Tabella 1 - Distribuzione della popolazione per Distretto e residenza

Distretto Sanitario	Abitanti
Distretto A	92.269
Distretto B	184.498
Distretto C	102.903
Distretto D	118.008
Totale	497.678

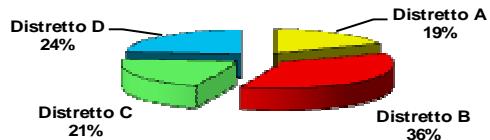
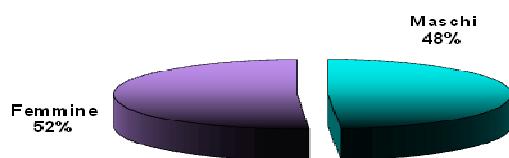


Tabella 2 - Distribuzione della popolazione per genere

Genere	Abitanti	%
Maschi	242.876	48,1%
Femmine	253.802	51,9%
Totale	496.678	100%



Il bilancio demografico provinciale relativo all'anno 2013 è riassunto nella tabella 67 riportata in appendice, mentre nella successiva tabella 68 si riportano i principali indicatori demografici e gli indici di struttura che caratterizzano la popolazione regionale e provinciale.

Dall'esame dei dati emergono le seguenti evidenze:

- la provincia di Frosinone mostra un tasso di crescita totale della popolazione positivo, comunque inferiore a quello delle altre province del Lazio;
- il bilancio positivo nell'equazione della popolazione dipende essenzialmente dal saldo migratorio la cui entità è tale da compensare il saldo naturale negativo;
- la speranza di vita alla nascita continua ad aumentare in entrambi i generi (anno 2002: M = 77,9 F = 83,6; anno 2012: M = 78,6 F = 83,9). Gli anziani costituiscono una componente importante della popolazione provinciale (la proporzione di over 65 è passata dal 18,5% nel 2002 al 20,6% nel 2013, mentre l'indice di vecchiaia, pari a 126,1 nel 2002, si attesta a 159,2 nel 2013). Con l'invecchiamento della popolazione cresce il numero delle persone affette da gravi disabilità e da malattie cronico-degenerative che necessitano di cure continuative e per le quali non sempre l'ospedalizzazione rappresenta la risposta più appropriata. Stime ISTAT sull'evoluzione nel medio-lungo periodo della struttura della popolazione provinciale residente, costruite supponendo un ulteriore miglioramento dei livelli di sopravvivenza rispetto a quanto già rilevato negli ultimi anni, un aumento, sia pur contenuto, della fecondità e un incremento dei flussi migratori, prevedono che nell'anno 2050 il peso della popolazione ultrasessantacinquenne sia non inferiore al 30%. Tenuto conto che gli anziani sono forti consumatori di servizi sanitari ed ipotizzando invariati i loro modelli di consumo, è prevedibile un ulteriore drammatico aumento di domanda di prestazioni soprattutto legate alla presenza di polipatologie e di malattie cronico-degenerative la cui incidenza e prevalenza aumenta con il crescere dell'età;
- la proporzione di anziani di età 65-74 anni residenti nel territorio della ASL Frosinone con livello di fragilità elevato (indicatore costruito in base all'età, al sesso, allo stato civile, stato socio-economico, diagnosi di ricovero ospedaliero) è pari all'1,5% nei maschi e all'1,8% nelle femmine (Distretto A: 1,2% M e 2,1% F. Distretto B: 1,4% M e 1,6% F. Distretto C: 1,1% M e 1,6% F. Distretto D: 2,3% M e 2,1% F). Lo stesso indice nella fascia di età 75+ è pari al 5,4% nei maschi e al 7,9% nelle femmine (Distretto A: 5,8% M e 7,9% F. Distretto B: 4,6% M e 6,7% F. Distretto C: 5,0% M e 7,5% F. Distretto D: 6,8% M e 10,3% F);
- la proporzione di popolazione a maggior livello di deprivazione (calcolato in base ai profili socio-economici) è pari al 13,7% nella ASL e segnatamente del 17,3% nel Distretto A, dell'11,1% nel Distretto B, del 10,8% nel Distretto C e del 17,9% nel Distretto D.

Poiché le popolazioni non si differenziano soltanto per la loro velocità di accrescimento ma anche per la loro struttura, appare utile esaminare la composizione della popolazione provinciale per

età e sesso al 1 gennaio 2013, così come risulta dalla piramide dell'età riportata nella sottostante figura. Da essa si rileva una più elevata consistenza del contingente femminile nelle età più avanzate, effetto dell'invecchiamento della popolazione e della più elevata speranza di vita del sesso femminile.

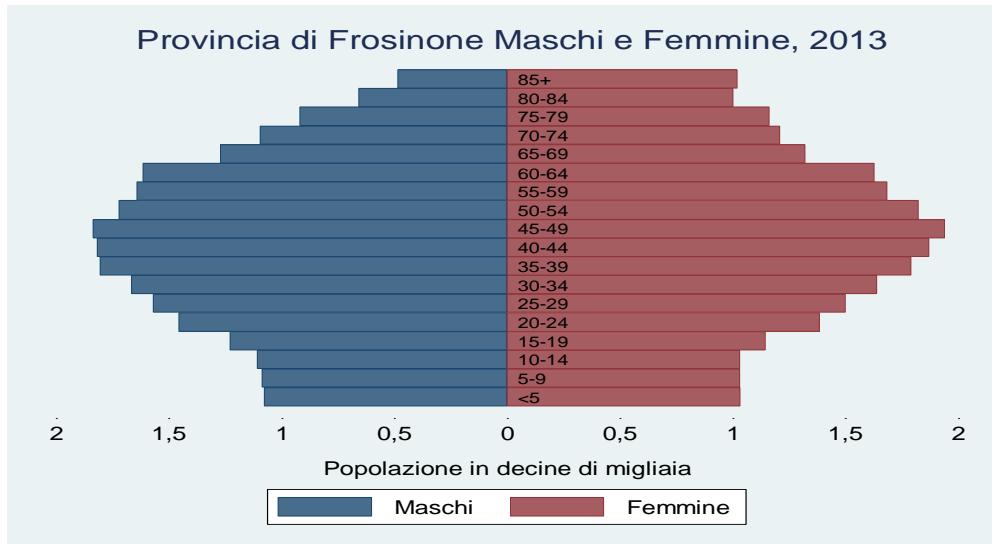


Figura 2 - Piramide dell'età

La popolazione straniera residente in provincia al 31-12-2013 ammonta a 22.932 unità (di cui 10.632 maschi [46,4%] e 12.300 [53,6%] femmine) e rappresenta il 4,5% della popolazione residente. Tale popolazione è distribuita per il 25% nel Distretto “A”, per il 40% nel Distretto “B”, per il 16% nel Distretto “C” e per il 19% nel Distretto “D”. La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 40% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'**Albania** (18%) e dal **Marocco** (8%). La fascia di età più rappresentata in entrambi i sessi è quella della classe 20-49 anni che comprende il 60% della popolazione straniera residente in provincia. Tale popolazione, benché ancora esigua, merita comunque particolare attenzione, sia perché la sua fragilità sociale costituisce un potente fattore di rischio per la salute, sia per il suo trend in costante aumento, come si vede nella figura 11 riportata in appendice.

1.1 Mortalità e morbosità

La malattia e la morte rappresentano gli eventi sanitari più importanti e più frequentemente oggetto di misurazione, in quanto indicatori dello stato di salute di una popolazione. Le misure di morbosità e di mortalità sono pertanto utilissime sia per definire i bisogni sanitari della collettività, sia per valutare i risultati dei servizi sanitari in termini di efficacia delle potenziali strategie di prevenzione e di cura.

1.1.1 Mortalità

L'analisi della mortalità proporzionale, espressa come proporzione tra le morti dovute ad una specifica causa rispetto alle morti totali, evidenzia come i tumori sono la causa più frequente di morte nei maschi, seguiti dalle malattie del sistema circolatorio. Nelle femmine le malattie del sistema circolatorio costituiscono la prima causa di decesso, seguite dai tumori. Nella tabella 69 in appendice è mostrata la mortalità per causa rilevata nella ASL Frosinone e nei distretti in cui essa è articolata relativa al periodo 2010-2012. Sono riportati i decessi osservati nel periodo, il tasso grezzo di mortalità (x 100.000 residenti), il tasso standardizzato per età (x 100.000 residenti),

l'IC95%, il Rischio Relativo (RR calcolato come rapporto tra il tasso dell'area di interesse e il tasso regionale) e l'IC 95% del RR.

Una sintesi in forma grafica della mortalità per i principali gruppi di causa nella ASL Frosinone e nei relativi distretti è riportata nella sottostante tabella (fonte: D/EP/Lazio modificata) che evidenzia gli scostamenti rispetto al riferimento regionale. Con segno + rosso si indica un tasso standardizzato superiore a quello regionale di riferimento (quindi un rischio di morte più elevato), con segno - blu un tasso standardizzato minore di quello complessivo regionale (quindi un rischio di morte più basso) e con segno = verde un tasso standardizzato uguale a quello regionale di riferimento (e quindi un rischio di morte non significativamente diverso rispetto a quello regionale).

CAUSA	ASL FR M F		DISTR. A M F		DISTR. B M F		DISTR. C M F		DISTR. D M F	
Tutte le cause	+	=	+	+	+	=	=	=	=	=
Tumori maligni	=	-	=	-	=	-	=	-	=	=
Stomaco	+	+	=	=	=	=	=	=	=	=
Intestino, colon, retto	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Fegato e vie biliari	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Trachea, bronchi e polmoni	=	-	=	-	=	-	=	-	=	-
Mammella		-		=		=		=		=
Prostata	=		=		=		=		+	
Utero		+		=		=		=		+
Ovaio		+		=		=		=		+
T. linfatico e emopoietico	=	-	=	=	=	=	=	-	=	=
Diabete mellito	-	=	=	=	-	=	-	-	-	-
Malattie del s. circolatorio	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
M. ischemiche del cuore	=	=	=	=	=	=	=	=	+	+
Altre malattie del cuore	+	+	+	+	+	+	=	+	+	+
Ictus	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
BPCO	=	-	=	=	+	-	=	-	=	=
M. dell'apparato digerente	+	-	+	+	=	=	=	=	=	=
Cirrosi	+	+	+	+	=	=	=	+	=	+
Traumatismi ed avvelenamenti	+	=	=	=	=	=	=	=	+	=
Incidenti stradali	+	=	=	=	=	=	+	=	+	=

Tabella 3 - Principali cause di mortalità

In sintesi, assumendo come riferimento i valori osservati nella regione Lazio, si registra in provincia di Frosinone un tasso di mortalità standardizzata per tutte le cause più elevato tra i maschi, mentre tra le femmine non ci sono differenze statisticamente significative. In provincia di Frosinone si osserva un rischio di morte per malattie del sistema circolatorio significativamente più elevato, fatta eccezione per le malattie ischemiche del cuore, in particolare per l'infarto. Entrambi i sessi mostrano incrementi significativi del rischio di morte per ictus.

Il rischio di mortalità per tutti i tumori tra i maschi non si discosta significativamente da quello osservato nella regione Lazio, mentre le femmine residenti in provincia hanno un rischio del 13% più basso di morire per tumore maligno rispetto alle donne residenti nel Lazio. Si osservano comunque rischi più elevati per sedi specifiche: stomaco in entrambi i sessi, esofago (tra le femmine), laringe (tra i maschi), utero e ovaio.

Per quanto riguarda le malattie dell'apparato respiratorio, si riscontra un incremento di mortalità nei maschi, mentre, relativamente alle malattie dell'apparato digerente, il rischio di morte per cirrosi risulta significativamente più elevato in entrambi i sessi.

Per quanto riguarda i profili di mortalità dei singoli distretti della ASL, si evidenziano alcune peculiarità.

Il Distretto “A” mostra un profilo abbastanza simile all’intera ASL, ma presenta un aumento del rischio di morte per tutte le cause tra le donne, mentre non si osservano incremento del rischio di morte per i tumori, tranne che per il tumore dell’esofago tra le donne.

Il Distretto “B” mostra un profilo simile all’intera ASL. Rischi più elevati si osservano per i tumori della laringe e, solo tra i maschi, per malattie dell’apparato respiratorio.

Il Distretto “C” non condivide con la ASL il maggior rischio di morte per tutte le cause e per le malattie dell’apparato respiratorio.

Il Distretto “D” presenta un maggior rischio di morte nei maschi per tumori della laringe e della prostata e nelle femmine per tumori dell’utero e dell’ovaio. Si segnala anche un rischio maggiore di morte per le malattie ischemiche di cuore, in entrambi i sessi. Si evidenzia infine un maggior rischio di morte per cirrosi tra le femmine e per traumatismi tra i maschi.

1.1.2 Morbosità

I mutamenti demografici precedentemente descritti, in special modo l’aumento dell’aspettativa media di vita, hanno condotto ad una crescente esposizione della popolazione alle patologie croniche degenerative invalidanti. Rimane poi fondamentale considerare l’impatto di patologie acute ad alta letalità come gli eventi coronarici e cerebrovascolari, che possono comportare disabilità progressive.

Risulta pertanto di notevole importanza misurare la variabilità geografica e l’andamento temporale della prevalenza delle malattie cronico-degenerative, unitamente all’incidenza di patologie acute sopra menzionate.

Per quanto riguarda la **prevalenza** si riportano, nella tabella 4 in appendice, il numero di casi prevalenti osservati nel periodo 2006-2009, il tasso grezzo di prevalenza (x 1.000 residenti), il tasso standardizzato per età (x 1.000 residenti), gli intervalli di confidenza al 95%, e il rischio relativo (RR) calcolato come rapporto tra tasso dell’area di interesse e tasso regionale, unitamente agli intervalli di confidenza del RR al 95%.

Per quanto riguarda invece l’**incidenza** si riportano, nella stessa tabella 4 in appendice, il numero di casi incidenti osservati nel periodo 2006-2009, il tasso grezzo di incidenza (x 100.000 residenti), il tasso standardizzato per età (x 100.000 residenti), gli intervalli di confidenza al 95%, e il rischio relativo (RR) calcolato come rapporto tra tasso dell’area di interesse e tasso regionale, unitamente agli intervalli di confidenza del RR al 95%.

In sintesi, i dati evidenziano relativamente alla provincia di Frosinone:

- tassi di prevalenza della BPCO più elevati nei maschi rispetto ai tassi regionali, specie nel Distretto “D”;
- tassi di prevalenza di diabete più elevati sia nei maschi che, soprattutto, nelle femmine rispetto ai tassi regionali;
- tassi di incidenza di eventi coronarici acuti più bassi nei maschi, rispetto ai tassi regionali;
- tassi di incidenza di eventi cerebrovascolari acuti più elevati rispetto ai tassi regionali, sia nei maschi che nelle femmine.

1.2 Ospedalizzazione

Il tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario nell'anno 2012 (ultimi dati disponibili) in provincia di Frosinone è stato pari a 118 per 1000, in entrambi i sessi, mentre quello per il ricovero diurno è stato pari a 34 per mille per entrambi i generi. Tali tassi risultano significativamente più elevati rispetto al valore regionale per quanto riguarda il ricovero ordinario e significativamente più bassi per quanto riguarda i ricoveri diurni.

Le cause di ospedalizzazione riflettono il profilo di mortalità, con incrementi rispetto al valore medio regionale per le stesse condizioni patologiche. Si segnala tuttavia un maggiore ricorso all'ospedalizzazione in regime ordinario, rispetto al valore regionale, per disturbi psichici, infarto non STEMI e BPCO in entrambi i sessi e per diabete, malattie della tiroide e malattie dell'apparato genito-urinario nel sesso femminile.

L'analisi relativa alla classe di età 0-14 ha mostrato un aumento del rischio di ricovero, rispetto alla media regionale, per tutte le cause in entrambi i sessi e in tutti i distretti sanitari della ASL, con particolare rilevanza delle malattie infettive, delle gastroenteriti e dell'asma bronchiale.

1.3 Salute e ambiente

Le principali criticità riscontrate nella ASL di Frosinone sono rappresentate dalla qualità dell'aria (Alatri, Anagni, Frosinone, Cassino), dal radon (nel Distretto B alcuni comuni presentano concentrazioni $> 300 \text{ Bq/m}^3$), dall'amianto (alcuni comuni del Distretto C presentano valori elevati: 54 ton/Km²). Altre criticità ambientali risultano essere costituite dall'inquinamento chimico della Valle del Sacco (Distretti A, B e C), dall'inceneritore pneumatici (Distretto A), dagli impianti per il trattamento dei rifiuti solidi urbani: TMB Colfelice (Distretto C), dal termovalorizzatore di San Vittore e dalla discarica di Roccasecca (Distretto D) e dalle cartiere (Distretto C).

2. Analisi Ambientale Esterna (Ambiente socio-economico)

Le fonti dei dati, di seguito riportati, sono: l'Istituto Tagliacarne e l'ISTAT.

La Provincia di Frosinone si estende per una superficie di 3.244 kmq. confina a nord con l'Abruzzo (Provincia dell'Aquila), a est con il Molise (Provincia di Isernia), a sud-est con la Campania (Provincia di Caserta), a sud con la Provincia di Latina e a ovest con la Provincia di Roma. Nonostante una densità demografica non particolarmente elevata (151,9 abitanti per kmq) rispetto alla media nazionale, risulta essere la quinta area maggiormente popolata del Centro Italia. Le vie di comunicazione principali si sviluppano lungo le direttive Roma-Napoli e Abruzzo-Tirreno. L'autostrada del Sole percorre la Valle del Sacco e l'alta Terra di Lavoro da Ceprano a Caianello. 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 superstrada Frosinone-Sora, che dal capoluogo raggiunge Sora dove si realizza il collegamento con Avezzano tramite una strada a scorrimento veloce e con Cassino.

La provincia di Frosinone si contraddistingue come un'area a scarsa connotazione imprenditoriale, con appena 9,4 imprese ogni 100 abitanti. Il settore predominante è rappresentato dal commercio (che raggruppa il 28% delle imprese). La provincia registra una notevole presenza delle imprese artigianali (21%), buona appare la percentuale di quelle dedito all'edilizia (15,2%), mentre quasi del tutto inesistenti appaiono essere le attività che erogano servizi alle imprese. Il territorio, infine, si contraddistingue per la notevole incidenza di micro imprese (con 1 o 2 addetti). L'apparato industriale della provincia di Frosinone è fortemente variegato, in conseguenza di fattori economici, storici e politici molto diversi fra loro. Gli unici settori che presentano una discreta organizzazione in grado di fornire rappresentanze nazionali sono quelli relativi al polo chimico-

farmaceutico di Anagni e quello della metalmeccanica di Frosinone e Cassino, sorti grazie agli interventi politici ed economici della cassa per il Mezzogiorno. Si tratta per lo più di produzioni localizzate in grandi stabilimenti presso le periferie cittadine.

Un altro sistema industriale spontaneo, storicamente legato ad uno dei primi processi di industrializzazione del Mezzogiorno, è caratterizzato da un gruppo di imprese di media dimensione in cui è impiegata una quota abbastanza rilevante dei lavoratori provinciali. Recentemente tali industrie sono state organizzate nei distretti industriali della carta e del vestiario tra Sora ed Isola del Liri. Il distretto dell'estrazione e lavorazione del marmo a Coreno Ausonio è un sistema produttivo più giovane, unico distretto industriale del Lazio insieme a quelli di Sora.

Discreto infine l'apporto delle imprese a conduzione familiare di carattere artigianale, fra cui emergono i settori del tessile e del mobile nella media valle del Liri, della gomma in Valcomino e l'indotto dello stabilimento Fiat di Piedimonte San Germano. Tra le attività agricole maggiormente rappresentate si annoverano la produzione ortofrutticola, la viticoltura e l'olivicoltura. Molto sviluppato è l'allevamento e il pascolo di bovini, caprini e ovini, specialmente nella Valle del Sacco e lungo in confine con l'Abruzzo. Per quanto riguarda il mercato del lavoro i tassi di disoccupazione per età e sesso risultano tutti al di sopra dei corrispettivi dati nazionali, denotando un livello di disoccupazione tra i più alti dell'Italia Centrale (soprattutto per quel che riguarda le donne). Non particolarmente incoraggianti appaiono le prospettive di lavoro per il 2014.

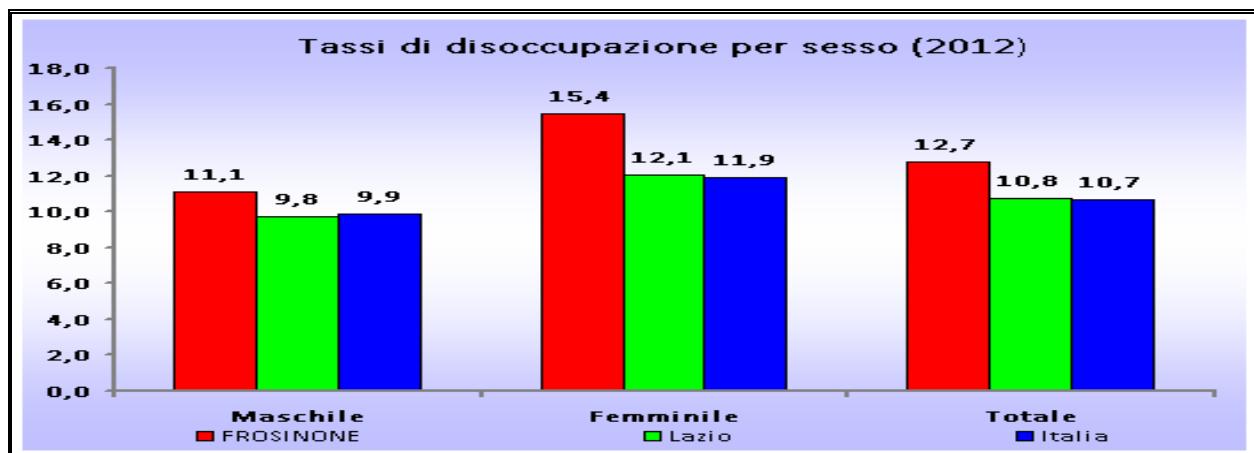


Figura 3 - Tassi di disoccupazione

La produzione dell'economia ciociara rappresenta lo 0,67% dell'intero valore aggiunto nazionale, un dato di modesto rilievo. Il trend temporale analizzato a livello settoriale mostra come il commercio ed i servizi destinati alla vendita siano notevolmente cresciuti negli ultimi anni. Il settore che è stato principalmente penalizzato è quello dell'industria in generale e manifatturiera in particolare, mentre il settore che principalmente contribuisce al valore aggiunto provinciale è quello dei servizi. Di contro le imprese artigiane non offrono un valido contributo alla formazione del Valore aggiunto provinciale così come poco rilevante risulta il contributo del settore agricolo. Il reddito a disposizione dei residenti di Frosinone è di 13.670 euro contro i 17.336 nazionali (circa il 22% in meno) Decisamente bassa appare la quota procapite di consumi. Ogni abitante della provincia spende, infatti, in media 11.961 euro all'anno per l'acquisto di beni e servizi. La dotazione infrastrutturale della provincia di Frosinone è di un livello inferiore a quello medio nazionale. Infatti, posta uguale a 100 la media nazionale, la provincia fa segnare un valore di 74,5 nel 2012 Il

risultato senza dubbio più soddisfacente viene conseguito dalla rete stradale che è l'ottava in Italia e la prima nel Centro. Si registrano poi un elevato ricorso alla cassa integrazione per occupato e difficoltà evidenti con il sistema creditizio. Buoni appaiono i livelli di sicurezza sia da un punto di vista generale che più in particolare di quelli stradali. Nella classifica dei delitti denunciati ogni 100.000 abitanti risulta in 96-esima posizione, mentre per quanto riguarda il rapporto fra incidenti stradali (per 1000 abitanti) Frosinone si colloca in 80-esima posizione. Giudizi severi su Frosinone provengono dagli autori dei principali studi sulla qualità della vita. Per tutti Frosinone è la provincia del Centro Italia meno vivibile, mentre nel panorama nazionale oscilla fra il 97° posto assegnato da Legambiente e l'86° de Il Sole 24 Ore, passando per il 63° di Italia Oggi.

2.1 Povertà e fragilità sociale

La povertà è un fenomeno multidimensionale complesso nel quale possono essere contemporaneamente presenti difficoltà legate a fattori di natura personale, familiare, sociale ed ambientale. Spesso la persona è portatrice di richieste di intervento diverse non solo legate al fabbisogno economico o alle difficoltà lavorative ma anche a bisogni di cura, assistenza ed istruzione. La riduzione della capacità di sostenere spese sanitarie, di acquistare alimenti o di far fronte agli affitti risultano tutti indicatori di un disagio materiale che molte volte si associa a difficoltà relazionali e familiari.

I dati forniti dai Centri di Ascolto della Caritas, presenti nella provincia, fanno emergere per l'anno 2013 un trend ascendente sintetizzabile nei seguenti fattori:

- crescenti difficoltà socio-economiche nel corso del 2013 legate all'aumento della disoccupazione, alla diminuzione del potere di acquisto di stipendi e pensioni con un aumento delle situazioni di disagio delle persone e dei nuclei familiari;
- aumento del numero di persone in gravi difficoltà economiche e sociali con particolare riferimento alla popolazione immigrata;
- aumento di minori in condizione di indigenza e di depravazione psico-fisica con ricadute negative in termini di salute e di accesso all'istruzione;
- aumento di separati e divorziati in condizione di difficoltà economica.

Inoltre le difficoltà collegate alla disoccupazione e alla scarsa natalità spesso incidono sulla struttura della popolazione della provincia che in alcune zone (piccoli comuni montani in particolare) si caratterizza per una crescente situazione di fragilità degli anziani, spesso privi del necessario sostegno tradizionalmente fornito dalle generazioni più giovani.

Anche i legami informali, efficace fonte di protezione per gli anziani residenti nei piccoli centri, risultano indeboliti in conseguenza della diminuzione complessiva di popolazione in alcune aree territoriali.

Tutto ciò genera la necessità di sviluppare strategie nuove nelle politiche sanitarie che si associno sempre di più alla programmazione prevista dagli Enti locali ma anche alle attività svolte dai diversi attori della provincia quali la Caritas ed il Terzo settore.

È in tale quadro di rinnovati accordi che si colloca la recente sottoscrizione di un comodato d'uso gratuito, tra la ASL e la Caritas di Frosinone, finalizzato all'organizzazione di una mensa per le persone bisognose che verrà gestito dai volontari Caritas all'interno di idonei spazi allestiti nel Distretto Sanitario di viale Mazzini a Frosinone.

3. Analisi Ambientale Interna

L'attuale struttura organizzativa della ASL Frosinone è espressione dell'Atto Aziendale del 2004, ed è articolata in strutture di staff, strutture amministrative, poli ospedalieri, distretti e dipartimenti. All'interno di tali Strutture sono presenti Unità Operative Complesse, Semplici Dipartimentali e Semplici, come da tabella sottostante.

Tabella 4 - Attuale Struttura organizzativa

MACROSTRUTTURA	UOC	UOSD	UOS
STAFF DIREZIONE GENERALE	2	0	16
STAFF DIREZIONE SANITARIA	0	0	6
STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA	0	0	3
DIREZIONE SANITARIA POLI	4	0	9
DIREZIONE DISTRETTI	4	0	0
FUNZIONE AMMINISTRATIVA	10	0	13
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	6	2	24
DSM	7	1	15
DEA	9	0	20
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE	27	8	38
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE	25	5	16
DIPARTIMENTO MISTO DEI SERVIZI	25	4	35
D3D	2	0	12
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE	21	2	44
TOTALE	142	22	251

La tabella sottostante mostra le Unità Operative nelle quali è presente un Dirigente responsabile con incarico con contratto (ASS.) ovvero con altre tipologie di incarico/strutture non assegnate (VAC.).

Tabella 5 - UU.OO. con Dirigente

	SS.CC.		SS.SS.		SS.CC. OSP.		SS.CC.		SS.SS. OSP.		SS.SS.		SS.SS.DD.	
	ASS.	VAC.	ASS.	VAC.	ASS.	VAC.	ASS.	VAC.	ASS.	VAC.	ASS.	VAC.	ASS.	VAC.
STAFF DIREZIONE GENERALE	1	1	10	6										
STAFF DIREZIONE SANITARIA			5	1										
STAFF DIREZIONE AMMINISTRATIVA			2	1										
DIREZIONI PERIFERICHE (DISTRETTI/POLI)	4	4	1	8										
FUNZIONE AMMINISTRATIVA		10	5	8										
DEA					5	3			9	3				
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE						3	2	2			12	3	1	
D3D							1	1			9	3		
DIPARTIMENTO INTEGRAZIONE					1	9	1	8	20	6	5	12	1	1
DIPARTIMENTO MISTO DEI SERVIZI					8	5	3	7	8	6	6	15	2	2
DIPARTIMENTO SCIENZE MEDICHE					9	14			19	20			7	1
DIPARTIMENTO SCIENZE CHIRURGICHE					3	15			9	6			4	1
DIPARTIMENTO PREVENZIONE							4	2			21	3	1	1
TOTALE	5	15	23	24	26	49	11	20	65	41	53	36	16	6

Legenda: ASS - incarico con contratto VAC. - altre tipologie di inc./non assegnate

3.1 Sistema di governance

Le funzioni di indirizzo e controllo, garantite dal Direttore Generale, coadiuvato dai Direttori Sanitario e Amministrativo, sono finalizzate alla *governance* aziendale e si caratterizzano per il contenuto di pianificazione, programmazione, organizzazione generale, di allocazione delle risorse e di committenza. Lo Staff della Direzione Generale supporta la Direzione nelle funzioni di analisi, programmazione e monitoraggio dei programmi annuali di attività. I Dipartimenti supportano la Direzione Aziendale nella definizione degli obiettivi, delle strategie, dei progetti e dei programmi operativi. Ad essi inoltre è affidata la gestione integrata degli spazi, delle tecnologie e delle risorse, nonché la sperimentazione e l'adozione di modelli assistenziali ed organizzativo, con valutazione periodica dei risultati ottenuti. I Distretti si configurano come Strutture Complesse con compiti precipui di erogazione dei servizi territoriali alla persona e di realizzazione a livello locale dei programmi e progetti di governo della domanda.

3.2 Personale

La distribuzione del personale, per area e per i diversi ruoli, è mostrata nella tabella che segue, rilevato al 31 agosto 2014.

Tabella 6 - Distribuzione del personale

AREA	Ruolo Sanitario	Ruolo tecnico	Ruolo amministrativo	Ruolo professionale	TOTALE
Assistenza ospedaliera	2057	403	117		2577
Assistenza territoriale	802	139	148		1089
Strutture centrali	35	69	128	5	237
TOTALE	2894	611	393	5	3903

Oltre gli squilibri tra i profili professionali che impongono una rivisitazione della dotazione organica con forti processi di riqualificazione, vi è da sottolineare anche la caratteristica di avere una dotazione che per il 36% presenta un'anzianità fino a 50 anni, per il 46% tra i 50 e 60 anni e, per quasi il 18% oltre gli anni sessanta, con una ripartizione complessiva tra femmine e maschi rispettivamente del 65% e del 35%.

Nell'Azienda ASL di Frosinone è presente un alto livello di disagio lavorativo con rischi di evoluzione possibile in fenomeni di *burn-out* e di conflittualità patologica il che comporta la scarsa condivisione degli obiettivi, fenomeni di competitività egoistica, ambiguità delle relazioni interpersonali; ciò può spiegare in parte l'elevata quota del contenzioso sussistente tra Azienda e dipendenti.

Occorre inoltre sottolineare la presenza di un 18% del personale che presenta giudizi di idoneità con limitazioni a vario titolo, che influiscono sulla forza lavoro effettiva presente nelle strutture assistenziali, condizionandone l'attività in termini di organizzazione del lavoro.

3.3 Assistenza ospedaliera

L'offerta pubblica di prestazioni ospedaliere per acuti è attualmente articolata in 4 Presidi Ospedalieri, la cui dotazione complessiva di posti letto all'01 gennaio 2014, ricavata dai flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a cura delle Direzioni Sanitarie di Presidio tramite appositi moduli chiamati HSP12 ed il cui ruolo nelle reti sono mostrati nella sottostante tabella.

Tabella 7 - Offerta prestazioni ospedaliere

PO	PL ordinari acuti		PL ordinari post- acuti		PL DH/DS	PL totali	Rete emergenza	Rete ictus	Rete cardiologica	Rete trauma	Rete perinatale	Rete emergenza pediatrica
	ordinari	acuti	ordinari	post- acuti	DH/DS	totali	emergenza	ictus	cardiologica	trauma	perinatale	pediatrica
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	-
Totale	750	36		77	863							

LEGENDA:

TNV/PSe = Team NeuroVascolare/Pronto Soccorso esperto

UTN I = Unità di Trattamento Neurovascolare di I° livello

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 II+ del DCA 56/2010.

Attività assistenziale a gravidanze e neonati a rischio

I = assistenza al parto e neonato fisiologico senza PL di patologia neonatale

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

Tabella 8 - Posti letto privati accreditati

Struttura	PP.LL.	Tipologia Assistenziale	Sede
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"
Totale	99		

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

Tabella 9 – Posti Letto di post-acuzie

Tipologia	Pubblico		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 + 14 DH INI Città Bianca = 57 ord + 6 DH

(*) trasferiti presso il PO di Alatri dall'1-7-2014

La produzione ospedaliera relativa ai ricoveri ordinari effettuati nell'anno 2013 è mostrata

nella tabella che segue.

Tabella 10 – Ricoveri ordinari. Anno 2013

Presidio Ospedaliero					
	Alatri	Cassino	Frosinone	Sora	Totale
n° DRG	6.289	10.932	13.081	8.759	39.061
Peso medio	0,6198	0,807	0,8938	0,8186	0,7848
Degenza media	4,2	6,8	7,6	7,5	6,5
Giornate di degenza	26.337	73.997	99.535	66.055	265.924
Tasso di occupazione	64,4%	87,4%	92,4%	87,0%	86,0%
n° Parti	570	750	1.160	806	3.286
Valore SDO (*)	10.664.249	26.106.753	36.648.129	22.352.396	95.771.527

La tabella successiva mostra invece i ricoveri effettuati nell’anno 2013 in regime diurno (DH e DS).

Tabella 11 - Ricoveri diurni. Anno 2013

Presidio Ospedaliero					
	Alatri	Cassino	Frosinone	Sora	Totale
n° DRG	821	1.546	1.524	1.843	5.734
Peso medio	0,763	0,7267	0,7541	0,7168	0,7402
n° accessi	821	1.546	1.524	1.843	5.734
Media accessi	2,76	2,17	1,03	4,83	2,70
Valore SDO (*)	630.296	1.232.311	852.171	2.704.030	5.418.808

(*) valore complessivo della produzione che include anche i DRG tariffati ma esclusi dalla valorizzazione a carico del SSR perché derivanti da SDO consegnate in ritardo.

Per quanto riguarda la complessità dei DRG prodotti, utilizzando come *cut off point* un peso medio pari a 1, per discriminare i DRG a bassa complessità ($PM < 1$) da quelli ad alta complessità ($PM \geq 1$), si evidenzia che l’intera produzione di DRG del PO di Alatri consta dell’86% di DRG a bassa complessità e del 14% di DRG ad alta complessità, l’intera produzione di DRG del PO di Cassino, così come quella del PO di Frosinone, consta del 71% di DRG a bassa complessità e del 29% di DRG ad alta complessità, mentre l’intera produzione di DRG del PO di Sora consta del 78% di DRG a bassa complessità e del 22% di DRG ad alta complessità.

Relativamente all’elenco dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza in regime di degenza ordinaria, individuati dal DPCM del 23 aprile 2008, indipendentemente dalle soglie definite dalla Regione Lazio, sono potenzialmente a rischio di inappropriatezza il 38% dei DRG ordinari prodotti ad Alatri, il 26% dei DRG ordinari prodotti a Cassino, il 24% dei DRG ordinari prodotti a Frosinone e il 22% dei DRG ordinari prodotti a Sora (media aziendale pari al 26%).

Importanti indicazioni per la riorganizzazione dell’offerta assistenziale e della rete ospedaliera possono emergere **dall’analisi della domanda di ricovero per acuti espressa dalla popolazione residente**. La ripartizione dei ricoveri dei residenti per struttura mostra che il 49,9% sceglie i PO a diretta gestione ASL, il 5,8% le CDC accreditate ubicate nel territorio della ASL, il 32,4% i PO della Regione Lazio (mobilità passiva intra-regionale) e l’11,9% i PO di altre regioni (mobilità passiva extra-regionale). Di un certo interesse appare il rilievo che almeno il 4% delle dimissioni ospedaliere dei residenti è legato al diabete, alla BPCO e allo scompenso cardiaco.

Per quanto riguarda la **mobilità passiva intra-regionale** si riporta nella figura 2 dell’appendice l’andamento dei volumi e dei costi correlati. Nell’anno 2013 ammontano a **26.108** le dimissioni di residenti in provincia di Frosinone effettuate da strutture regionali extra-ASL. La

mobilità riguarda in particolare le malattie e i disturbi del sistema muscolo-scheletrico e del connettivo, le malattie e i disturbi del sistema circolatorio e le malattie e i disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate. Tali condizioni costituiscono circa il 30% della mobilità in uscita. Policlinico Gemelli, OPBG, Policlinico Umberto I°, Ospedale di Colleferro e Campus Biomedico rappresentano le principali sedi di destinazione dei flussi migratori, drenando complessivamente il 54% della domanda. Quanto ai DRG a più frequente migrazione nell'anno 2013 si ricordano il DRG 410 (Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta) il DRG 467 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute), il DRG 359 (Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne senza CC), il DRG 391 (Neonato normale), il DRG 381 (Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia) e il DRG 290 (Interventi sulla tiroide). Il complesso di questi DRG rende conto del 14% dei flussi in uscita. Le principali UU.OO. verso cui si dirigono i flussi in uscita sono nell'ordine Chirurgia generale (13,1%), Ostetricia e ginecologia (8,8%), Ortopedia e Traumatologia (8,1%), Oncologia (6,3%) e Pediatria (5,4%)

L'andamento dei volumi (fino all'anno 2011) relativi alla **mobilità passiva extra-regionale** e dei costi (fino all'anno 2006) è riportato nella figura 3 dell'appendice. Nell'anno 2011 sono stati **9.588** i residenti in Provincia dimessi da ospedali extra-regionali. Il 76% di tale mobilità si indirizza nelle regioni limitrofe Abruzzo (4.400 dimissioni nell'anno 2011), Molise (1.619 dimissioni) e Campania (1.243 dimissioni). Come si può vedere nella figura 68 in appendice, a fronte di un sostanziale equilibrio con la regione Campania tra i flussi in entrata e in uscita (almeno fino al 2010), si registra per l'Abruzzo e il Molise un elevato differenziale di mobilità, essendo la mobilità passiva molto più rilevante rispetto a quella attiva. Dall'analisi della serie storica si evince che i DRG a più frequente migrazione in sede extra-regionale risultano essere il DRG 39 (Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia), il DRG 209 (Interventi su articolazioni maggiori e reimpianto di arti inferiori), il DRG 503 (Interventi sul ginocchio senza DP di infezione), il DRG 323 (Calcolosi urinaria con c/c e/o litotripsia), il DRG 410 (Chemioterapia non associata a DS di leucemia acuta) e il DRG 256 (Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo).

Si evidenziano, inoltre, una serie di **criticità**, in termini di appropriatezza clinico-organizzativa ed in termini gestionali, che vengono di seguito descritte, per le quali sono in corso di attuazione processi di miglioramento:

- **inappropriatezza organizzativa nell'erogazione di prestazioni di ricovero**, che comportano un utilizzo delle risorse non efficiente, con ripercussione anche in termini di accesso alle prestazioni (liste di attesa), in particolar modo per quello che concerne n. **108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza**;
- **ritardo nella chiusura delle SDO nei reparti**, con consequenziale **ritardo** nell'invio dei **flussi informativi istituzionali** rispetto alle tempistiche indicate dalla regione e nella loro **mancata valorizzazione economica** e nella contestuale chiusura della cartella clinica, con ritardo nell'invio nell'archivio centrale e successivo **ritardo nel rilascio della cartella clinica** agli aventi diritto;
- trattamento della **frattura di femore oltre i tempi** stabiliti dalle Linee Guida del Ministero della Salute e dalla Regione;
- percentuale di **tagli cesarei primari oltre gli standard nazionali e regionali**, con un picco presente presso l'Ospedale di Alatri pari al 44,8%;
- **tassi di occupazione dei posti letto inferiori in alcune strutture** (Alatri pari al 65%),

rispetto agli standard nazionali e regionali;

- **scarso sviluppo dei modelli organizzativi alternativi al ricovero ordinario**, con percentuali di ricovero diurno pari al 12,8%, nettamente inferiori alla media nazionale e regionale;
- **assenza di un Dirigente delle professioni sanitarie**, per una valorizzazione e gestione efficiente ed efficace delle professionalità sanitarie, nelle loro diverse articolazioni, che costituiscono il tessuto connettivo dei servizi per un loro migliore funzionamento.

La recente informatizzazione delle liste di attesa di ricovero dei Presidi Ospedalieri dell’Azienda, secondo classi di priorità, ha consentito una gestione più efficiente e trasparente delle stesse nonché una migliore programmazione delle sedute operatorie e dei *setting* assistenziali.

Vengono di seguito riportati i dati, per presidio ospedaliero e per specialità, dei tempi di attesa estrapolati dal sistema informatico alla data del 9 ottobre 2014.

Tabella 12 - Tempi di attesa

ESTRAZIONE PAZIENTI IN LISTA P.O. ALATRI									
CHIRURGIA GENERALE									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
6	4	0	0	29	9	0			
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				10	Tot. Paz. in lista DH		38		
ORTOPEDIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
0	2	1	0	8	0	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				3	Tot. Paz. in lista DH		8		
OSTETRICIA E GINECOLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
2	0	0	0	2	0	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				2	Tot. Paz. in lista DH		2		
Tot. Paz. in lista RO PO Alatri				15	Tot. Paz. in lista DH PO Alatri		48		
ESTRAZIONE PAZIENTI IN LISTA P.O. CASSINO									
CHIRURGIA GENERALE									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
0	39	0	0	0	0	0			
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				39	Tot. Paz. in lista DH		0		
ORTOPEDIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
2	6	6	0	6	17	8	2		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				14	Tot. Paz. in lista DH		33		
OTORINO									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
7	34	22	1	0	0	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				64	Tot. Paz. in lista DH		0		

OSTETRICIA E GINECOLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
0	2	6	0	0	13	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				8	Tot. Paz. in lista DH		13		
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
3	13	0	0	1	4	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				16	Tot. Paz. in lista DH		5		
NEFROLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
0	1	0	0	0	0	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				1	Tot. Paz. in lista DH		0		
Tot. Paz. in lista RO PO Cassino				142	Tot. Paz. in lista DH PO Cassino		51		
ESTRAZIONE PAZIENTI IN LISTA P.O. FROSINONE									
CHIRURGIA GENERALE									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
31	237	11	0	22	264	57			
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				279	Tot. Paz. in lista DH		343		
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
7	40	1	0	13	4	1	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				48	Tot. Paz. in lista DH		18		
OSTETRICIA E GINECOLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
0	11	19	0	0	0	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				30	Tot. Paz. in lista DH		0		
OTORINOLARINGOIASTRA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
3	9	15	196	4	2	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				223	Tot. Paz. in lista DH		6		
UROLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
43	95	5	0	8	1	0	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				143	Tot. Paz. in lista DH		9		
CARDIOLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
36	0	0	0	0	14	1	0		
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari				36	Tot. Paz. in lista DH		15		
EMATOLOGIA									
Ricoveri Ordinari				Day Hospital					
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D		
5	0	0	0	27	0	0	0		

Tot. Paz. in lista Ric Ordinari	5	Tot. Paz. in lista DH	27
OCULISTICA			
Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
0	0	0	0
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari	0	Tot. Paz. in lista DH	20
Tot. Paz. list RO PO Frosinone	764	Tot. Paz. list DH PO Frosinone	438
ESTRAZIONE PAZIENTI IN LISTA P.O. SORA			
CHIRURGIA GENERALE			
Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
12	35	39	16
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari	102	Tot. Paz. in lista DH	17
ORTOPEDIA			
Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
0	1	8	20
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari	29	Tot. Paz. in lista DH	11
OSTETRICIA E GINECOLOGIA			
Ricoveri Ordinari		Day Hospital	
Classe A	Classe B	Classe C	Classe D
12	8	0	0
Tot. Paz. in lista Ric Ordinari	20	Tot. Paz. in lista DH	23
Tot. Paz. in lista RO PO Sora	151	Tot. Paz. in lista DH PO Sora	51

3.4. Specialistica Ambulatoriale Ospedaliera

Nella tabella sottostante viene presentata l'attività specialistica ambulatoriale ospedaliera riferita all'anno 2013.

Tabella 13 - Attività specialistica ambulatoriale 2013

Presidio Ospedaliero	Visite specialistiche e esami specialistici	Radiologia	Laboratorio
Polo A Alatri - Anagni	13363 11436	15014 6422	398137 214100
Polo B Frosinone - Ceccano Via Fabi/Mazzini	60620 17609 3411	19790 1307 270	1.222.329
Polo C Sora	34438	20546	716884
Polo D Cassino - Pontecorvo	32851 4716	10951 9792	771443
Totale	178.444	84.092	3.322.893

3.5 Area Emergenza

L'attuale Rete dell'emergenza dell'Azienda è caratterizzata dalla presenza di un DEA di I° livello, presso i Presidi Ospedalieri di Frosinone e Cassino, e dalla presenza di un Pronto Soccorso H24, presso i Presidi Ospedalieri di Alatri e Sora.

La strutturazione della rete dell'emergenza nella ASL Frosinone e i dati di attività riferiti all'anno 2013, dati rilevati dal Sistema Informativo GIPSE (Gestione Informazioni Pronto Soccorso ed Emergenza), sono mostrati nella sottostante tabella.

Tabella 14 - Strutturazione rete emergenza

Struttura	Tipologia	n° accessi	% codice rosso	% codice giallo	% codice verde	% codice bianco	% triage non eseguito
FROSINONE	DEA I	49.437	4,3	40,5	48,9	1,6	4,7
ALATRI	PS	30.132	0,3	14,7	76,6	1,2	7,2
SORA	PS	32.327	1,1	27,8	53,1	3,0	14,9
CASSINO	DEA I	45.194	1,8	28,6	60,1	1,0	8,3

La reportistica regionale sul monitoraggio mensile dell'emergenza territoriale ed ospedaliera, mette in evidenza una serie di criticità tra le quali emerge, tra l'altro, come evidenziato nella tabella sovrastante, una quota elevata di codici rossi e gialli sul Presidio di Frosinone, per i quale sono in corso interventi correttivi da parte del Direttore del DEA, di concerto con i Direttori/Responsabili dei Pronto Soccorsi.

Dalla reportistica regionale emerge, inoltre, un valore non adeguato relativamente agli accessi chiusi entro le 12 ore per l'Ospedale di Sora e di Frosinone.

Per quel che concerne la dotazione di Elisuperfici, le stesse risultano presenti H24 presso i Presidi Ospedalieri di Alatri, Sora e Cassino mentre quella di Frosinone è da attivare e, presumibilmente, nell'ottica di una ottimizzazione delle risorse, sarà individuata presso un presidio militare prossimo all'Ospedale di Frosinone.

L'Azienda, garantisce, attraverso apposita Convenzione con l'ARES 118, il supporto anestesiologico al sistema di Elisoccorsa.

Per quanto riguarda inoltre l'ARES 118, accanto ad una Centrale Operativa presente presso il Presidio di Frosinone, risultano dislocate sul territorio 14 Postazioni, 20 mezzi MSB, 1 mezzo MSA e 4 Automediche.

Risultano inoltre attivi due Punti di Primo Intervento (PPI), presso il Presidio di Pontecorvo (Casa della Salute) aperto H12, ed uno presso il Presidio di Anagni aperto H24.

3.6. Tele-consulto e tele-assistenza

La telemedicina e teleassistenza è una modalità particolare di eseguire prestazioni mediche e ne può usufruire sia il territorio che l'ospedale. L'incremento dell'età media implica inevitabilmente un aumento delle patologie cronico-degenerative, delle pluripatologie e della comorbosità e la maggior parte di queste non richiede ricovero, ma un controllo clinico costante che può essere eseguito direttamente a domicilio. La telemedicina permette di ridistribuire in modo ottimale le risorse umane e tecnologiche tra diversi presidi, consentendo di coprire la necessità di competenze professionali spesso carenti ed assicurare la continuità dell'assistenza sul territorio.

Grazie alla disponibilità di servizi di teleconsulto la telemedicina può offrire sia un valido supporto ai medici di medicina generale, con o senza la tele diagnostica, sia ai servizi mobili d'urgenza mediante l'utilizzo di risorse cliniche a distanza, anche dislocate direttamente a bordo delle ambulanze. È stato ampiamente dimostrato che la telemedicina, attraverso il tele monitoraggio, migliora notevolmente la gestione domiciliare delle patologie croniche determinando nel tempo non solo una riduzione delle visite ospedaliere ma soprattutto le ospedalizzazioni inappropriate e ciò si traduce inevitabilmente in una riduzione dei costi della spesa sanitaria.

Tale aspetto non risulta ancora ampiamente sviluppato presso l’Azienda di Frosinone se non relativamente ad una esperienza limitata alla cardiologia ed alla radiologia.

3.7 La rete socio-sanitaria e l’assistenza territoriale

L’articolo 3 septies del D.Lgs. n. 502/92, modificato dal D.Lgs. n. 229/99, definisce l’assistenza sociosanitaria come “tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente 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”. In particolare nel DPCM del 2001, vengono individuate le aree in cui gli interventi integrati di carattere sanitario e sociale rivestono un carattere di particolare rilevanza.

L’Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha perseguito un processo di confronto e collaborazione con i servizi sociali presenti nel territorio. Ciò ha permesso in alcuni Distretti Sociali l’attivazione di percorsi di integrazione e l’avvio di attività congiunte nei Punti Unici di Accesso presenti nei quattro ambiti distrettuali e nella Casa della Salute di Pontecorvo, con la funzione di accoglienza, ascolto, informazione e primo orientamento per i bisogni semplici. Il PUA ha anche la funzione di migliorare la connessione tra i nodi della rete territoriale per favorire l’accesso alle prestazioni e ai percorsi assistenziali.

La necessità di una opportuna integrazione tra i distretti sociali e quelli sanitari, è assicurata al momento esclusivamente per il distretto di Alatri, attraverso risorse umane operanti presso lo stesso.

In aggiunta la ASL partecipa, in virtù del mandato istituzionale regionale, ad alcuni progetti integrati stipulando, attraverso i Piani di Zona, Accordi di Programma, Accordi Operativi e Protocolli d’Intesa con i Comuni afferenti ai Distretti Socio Assistenziali che corrispondono ai quattro Distretti Sanitari della Provincia di Frosinone.

Per tali progetti integrati tra Distretto Socio Assistenziale e ASL i quattro CAD Aziendali valutano, attraverso le U.V.M.D., con gli operatori degli Enti locali di ogni distretto, le persone che presentano annualmente le domande per l’integrazione economica, secondo i Bandi della Regione Lazio, per i progetti di Non Autosufficienza e disabilità grave (L. 162/98), Alzheimer, SLA, Home Care Premium ecc. Per tali pazienti, inoltre, vengono elaborati i piani di assistenza individuali personalizzati (P.A.I.), al fine di valutare congiuntamente le necessità sanitarie e sociali e condividere con gli operatori dei Comuni i risultati.

Infine gli operatori della ASL intervengono in alcuni Tavoli tematici organizzati, nelle aree di maggior interesse socio-sanitario, e la Dirigenza Aziendale prende parte all’approvazione dei Piani di Zona elaborati dai Distretti sociali che sono ricompresi nel territorio dell’azienda: Distretto socio assistenziale A Alatri; Distretto sociale B Frosinone; AIPES Distretto C, Consorzio dei Comuni del Cassinate Distretto D.

L’Azienda è articolata in 4 Distretti, come sopra evidenziato con i principali dati di attività.

Il Distretto costituisce il punto centrale della presa in carico del paziente ed, in tal senso un ruolo fondamentale è costituito dai Punti Unici di Accesso, già attivi presso varie articolazioni distrettuali come da tabella sottostante.

Tabella 15 - PUA attivi

PUA Distrettuali	Integrazione con Distretti sociali	Personale	Interventi Apr-Dic 2013
Distretto A Alatri Presso Distretto socioassistenziale Alatri via Caduti di Nassirya Alatri	Con Operatori ASL in collaborazione con Distretto socioassistenziale Alatri	1 Assistente sociale a tempo pieno 1 Dirigente Medico a tempo parziale	n. 337
Distretto B Frosinone presso Distretto Sanitario viale Mazzini Frosinone	Solo con Operatori ASL	1 Assistente sociale a tempo pieno 1 Infermiere prof. a tempo pieno 1 Dirigente Medico a tempo parziale	n. 342
Distretto C Sora presso Distretto Sanitario via Piemonte Sora	Con Operatori ASL in collaborazione con AIPES Sora	2 Assistenti sociali a tempo parziale 1 Dirigente Medico a tempo parziale	n. 150
Distretto D Cassino presso Distretto Sanitario via G.De Bosis Cassino	Con Operatori ASL in collaborazione con Consorzio dei Comuni del Cassinate	2 Assistenti sociali a tempo parziale 1 Infermiere prof. a tempo parziale 1 Dirigente Medico a tempo parziale	n. 205
Distretto D Casa della Salute Pontecorvo Attivo dal 31 marzo 2014	Con Operatori ASL in collaborazione con Consorzio dei Comuni del Cassinate	1 Amministrativo a tempo pieno 6 Assistenti sociali a tempo parziale	
Totale n.5		n.19 (4 Dirigenti medici, 2 infermieri professionali, 1 amministrativo e 12 Assistenti Sociali)	

Il personale aziendale presente nei P.U.A. nei Distretti A-B-C-D afferisce alla Struttura Complessa Servizi Socio Sanitari. Inoltre per favorire l'avvio delle funzioni PUA presso la Casa della Salute di Pontecorvo il personale della S.C. Servizi Socio sta svolgendo attività di supporto sia per quanto riguarda l'organizzazione che per quanto concerne la gestione delle attività previste, con particolare riferimento alle procedure di inizio del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA Diabete).

Tra le attività dei Distretti dell'Azienda, vengono di seguito presentate le seguenti linee di attività, con i relativi dati di produzione:

- Medicina Generale e Pediatria di libera scelta, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- Case della Salute;
- Salute della donna e dell'età evolutiva;
- Poliambulatori;
- Tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva;
- Assistenza Domiciliare e Cure Palliative;
- Assistenza domiciliare e residenzialità.

Si evidenziano, inoltre, una serie di **criticità**, che vengono di seguito descritte, per le quali sono in corso di attuazione processi di miglioramento:

- **scarsa integrazione socio-sanitaria** con un **funzionamento non omogeneo dei P.U.A.;**
- **scarso rapporto con la componente sociale** della spesa dei Comuni, per addivenire ad una sinergia standardizzata per un approccio socio-sanitario alle criticità e fragilità del territorio.

3.7.1 Medicina Generale e Pediatria di libera scelta

Ad oggi la situazione presso la ASL di Frosinone è la seguente:

Tabella 16 - Rilevazione MMG e PLS suddivisi per Distretto e relativa organizzazione

Distretto A	Numero	UCP-S	UCP-P
MMG	67	6	6
PLS	10	1	0
Totale	77	7	6

MMG totali 67; MMG liberi 8 – PLS totali 10; PLS liberi 5

Distretto B	Numero	UCP-S	UCP-P	UCP/8h
MMG	152	10	16	1
PLS	21	3	0	0
Totale	173	13	16	1

MMG totali 152; MMG liberi 20 – PLS totali 21; PLS liberi 8

Distretto C	Numero	UCP-S	UCP-P
MMG	105	5	8
PLS	15	2	0
Totale	120	10	8

MMG totali 105; MMG liberi 35 – PLS totali 15; PLS liberi 5

Distretto D	Numero	UCP-S	UCP-P
MMG	95	6	10
PLS	14	3	0
Totale	109	9	10

MMG totali 95; MMG liberi 14 – PLS totali 14; PLS liberi 2

3.7.2 Case della Salute

Con il DCA n. 428 del 4 ottobre 2013 “ Raccomandazioni per la stesura degli Atti Aziendali di cui al DCA n. 206 del 2013, relativamente all’organizzazione delle Case della Salute”, la Regione Lazio ha individuato le Case della Salute come articolazioni del Distretto, in rapporto con le altre attività da quest’ultimo garantite (tutela salute mentale, dipendenze, consultori) e le ha definite, richiamando le Linee Guida ministeriali del 2007, “Strutture polivalenti e funzionali in grado di erogare materialmente l’insieme delle cure primarie, di garantire la continuità assistenziale e le attività di prevenzione; sedi pubbliche dove trovano allocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie e sociali; luogo di prevenzione e promozione della salute e del benessere sociale”.

Con il successivo DCA n. 40 del 14 febbraio 2014 “Approvazione dei documenti relativi al percorso attuativo, allo schema di intesa ed ai requisiti minimi della “Casa della Salute”, la Regione Lazio ha definito le indicazioni attuative per l’attivazione delle stesse, precisando che la Casa della Salute è un luogo fisico immediatamente riconoscibile dai cittadini, in grado di erogare l’assistenza primaria e, se presenti modelli aggiuntivi, l’assistenza intermedia, che si colloca e si connette con l’ospedale e con gli altri servizi territoriali. Obiettivo della Casa della Salute è un’efficace presa in carico del paziente, in particolare del paziente cronico, in grado di ridurre gli accessi impropri al Pronto Soccorso ed i ricoveri ripetuti in ospedale. Secondo il *Chronic Care Model*, tale modalità di presa in carico è proattiva e prevede la partecipazione del team multidisciplinare e multi professionale (medico di medicina generale, pediatra di libera scelta ove presente, medico specialista territoriale e ospedaliero, infermiere e le altre figure professionali del caso). Le attività

svolte all'interno della Casa della Salute dovranno essere in grado di facilitare l'accesso a tutti i soggetti fragili e in particolare alle persone non autosufficienti, anche anziane nonché di garantire la gestione della continuità assistenziale.

Presso la ASL di Frosinone, ad oggi, è attiva soltanto la Casa della Salute di Pontecorvo - Cassino.

3.7.2.1 Casa della Salute di Pontecorvo

La Casa della Salute di Pontecorvo è stata inaugurata il 31 marzo 2014; le funzioni previste dalla normativa vigente ad oggi attive sono riportate nell'Atto deliberativo aziendale n. 642 del 21 maggio 2014 avente come oggetto "Organizzazione Casa della Salute Pontecorvo Cassino".

In essa sono garantite tutte le funzioni di base di cui ai Decreti Regionali (DCA n. 428/13 e dal DCA n. 40/2014) e i moduli funzionali aggiuntivi di seguito specificati; sono inoltre presenti nella struttura tutti i servizi distrettuali già attivi alla data del 31 marzo 2014.

Il personale in attività all'interno della Casa della Salute, ivi comprendendo il personale proveniente dall'Ospedale di Cassino e quello in carico a tutti i servizi distrettuali, è costituito da 171 unità.

In particolare sono presenti nell'Area dell'Assistenza Primaria:

- Ambulatori di Medicina Generale con 11 Medici di Medicina Generale organizzati in 2 UCP;
- Assistenza Specialistica Ambulatoriale con 18 specialità, di seguito elencate: cardiologia, oculistica, pneumologia, ortopedia, urologia, endocrinologia, otorino, neurologia, dermatologia, diabetologia, nefrologia, angiologia, chirurgia, gastroenterologia, endoscopia digestiva, medicina interna, odontoiatria, fisiatra e fisioterapia;
- Ambulatorio infermieristico, Radiologia e Diagnostica per Immagini, Centro Prelievi;

Inoltre sono organizzate le attività dell'Area Pubblica (PUA, URP, CUP, Area del Volontariato e Continuità Assistenziale) e i seguenti moduli funzionali aggiuntivi:

- Unità di cure intermedie ad elevata attività assistenziale infermieristica (con 20 posti letto);
- Assistenza farmaceutica;
- Attività fisica adattata;
- Punto di primo intervento h.12.

Nella struttura sono inoltre allocati tutti i servizi distrettuali già attivi alla data del 31.03.2014.

Nella Casa della Salute è attivo il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per pazienti affetti da Diabete Mellito tipo 2, avviato il 3 giugno 2014. I soggetti arruolati alla data del 31 Agosto 2014 sono 220.

3.7.3 Assetto degli altri servizi territoriali

3.7.3.1 Salute della donna e dell'età evolutiva (consultori)

I Consultori Familiari sono Servizi ad alta integrazione socio-sanitaria territoriale, collocati all'interno del Distretto Sanitario e punto nodale dell'intera rete assistenziale. Il personale che vi opera è organizzato in equipe pluridisciplinari, al fine di garantire interventi per la promozione ed il mantenimento dello stato di benessere della popolazione, in particolare della donna, del minore, della coppia e della famiglia. Le aree di intervento sono: Prevenzione e promozione; sostegno e cura.

▪ **Area della Prevenzione**

In tale ambito, i Consultori del Distretto aderiscono alle campagne di prevenzione e di screening ed attuano programmi di educazione alla salute, soprattutto nelle Scuole di primo e secondo grado.

All'interno dei Percorsi Nascita viene posta attenzione al benessere psico-fisico della gestante e della coppia, cercando d'individuare precocemente situazioni di disagio tali da costituire fattori di rischio per la relazione madre-bambino.

▪ **Area del sostegno e della cura**

La maggior parte delle prestazioni si caratterizzano come richieste di presa in carico per problematiche di carattere sanitario, nello specifico in ambito ginecologico e psicologico.

Nelle tabelle che seguono sono presentati i Consultori presenti nei vari Distretti, il personale assegnato e le prestazioni erogate nell'anno 2013.

Tabella 17 - Consultori ASL di Frosinone

Distretto	Distretto "A"	Distretto "B"	Distretto "C"	Distretto "D"
Sede	Alatri Anagni Fiuggi Paliano	Ceccano Ceprano Ferentino Frosinone Veroli	Alvito Atina Isola del Liri Monte S. G. Campano S. Donato Valcomino Sora	Aquino Ausonia Cassino Pontecorvo
Totale	4	5	6	4
			19	
Consultori	Personale	Prestazioni		
Consultori Distretto A Anagni-Alatri-Fiuggi-Paliano (n. abitanti 92.269)	10 operatori		23.448	
Consultori Distretto B Ceccano,Ceprano,Ferentino, Frosinone, Veroli (n. abitanti 184.498)	20 operatori		34.484	
Consultori Distretto C Alvito, Atina, Isola del Liri, Monte San Giovanni Campano, San Donato Val Comino, Sora (n. abitanti 102.903)	18 operatori		27.245	
Consultori Distretto D Aquino, Ausonia, Cassino, Pontecorvo (n. abitanti 118.008)	19 operatori		29.850	
Totale	67			

3.7.3.2 I Poliambulatori

In tutta la ASL di Frosinone sono attivi 17 Poliambulatori. Nelle tabelle che seguono viene descritta la loro distribuzione, la dotazione di personale e le prestazioni erogate.

Tabella 18 - Poliambulatori ASL di Frosinone

Distretto	Distretto "A"	Distretto "B"	Distretto "C"	Distretto "D"
Sedi	Alatri Anagni Fiuggi Paliano	Boville Ernica Ceccano Ceprano Ferentino Frosinone Veroli Ripi	Atina Isola del Liri Monte S. G. Campano Sora	Aquino Cassino Pontecorvo
Totale	4	7	4	3
			18	
Poliambulatori	Personale	Prestazioni		
Distretto A	Operatori 14		249.385	
Distretto B	Operatori 117		820.279	
Distretto C	Operatori 41		456.123	
Distretto D	Operatori 36 (di cui 14 C.d.S.)		454.859	
Totale	208		1.980.646	

3.7.3.3 Specialistica ambulatoriale interna

In tutta la ASL di Frosinone sono presenti 126 specialisti ambulatoriali a tempo indeterminato, così ripartiti: 114 Medici Ambulatoriali, 10 di Medicina Specialistica Penitenziaria; 1 Psicologo Ambulatoriale e 1 Psicologo di Medicina Specialistica Penitenziaria nonché 3 Medici ambulatoriali a tempo determinato. Le prestazioni erogate dai Medici della specialistica ambulatoriale nell'anno 2013 sono pari a 389.275 mentre nel primo semestre 2014 sono pari a 192.978 (fonte RECUP aziendale)

La tabella sottostante rileva i dati di spesa dell'anno 2013 pari ad € 7.887.032,52.

Tabella 19 - Dati spesa anno 2013

Gruppo	Variabile	Valore (€)	Ore
	Quota Oraria (art. 42 lett. A)		
	Total Quota Oraria	€ 3.722.298,30	129.928,66
	Quota di Anzianità	€ 233.081,34	45.292,20
	Quota Variabile (art. 42 lett. A)		
	Fondo di Ponderazione	€ 398.871,63	130.584,43
	AIR	€ 40.436,84	98.463,02
	Spesa per altre Prestazioni (Odontoprostesi)	€ 2.780,52	-
	Compensazione per Attività Esterna	€ 395.339,42	13.273,76
	Prestazioni oltre l'Orario di Incarico (Plus Orario)	€ 42.483,92	€ 1.245,91
	Indennità Rischio RX	€ 3.718,44	-
	Rimborso Spese Viaggio e Indennità KM	€ 214.755,65	-
	Ulteriori Voci di Costo		
	Reimborso Attività di Branca	€ 51.922,44	-
	Indennità di Ponderazione	€ 2.368,80	-
	Attività di Sostituzione	€ 583.369,49	19.288,51
	Assegni ad Personam	€ 5.343,60	-
	Attività Libera Professione - INTRA MOENIA	€ 12.644,85	-
	Premio di Collaborazione	€ 372.995,76	-
	Premio Operosità corrisposto nel periodo	€ 158.441,03	-
	Pronta Disponibilità	€ 2.615,86	-
	Quota Accantonamento Premio Operosità	€ 6.691,00	126,60
	ENPAM - Carico Ente	€ 833.970,70	-
	I.R.A.P.	€ 459.526,76	-
Total Compressivo - Specialisti Ambulatoriali - Tempo Indeterminato	€ 7.568.481,04	436.203,09	
	Specialisti Ambulatoriali		
	Tempo Determinato		
	Fondo di Ponderazione - AIR	€ 136.190,80	3.517,31
	Compensazione per Attività Esterna	€ 6.221,36	3.564,64
	Rimborso Spese Viaggio e Indennità KM	€ 11.535,74	608,55
	Prestazioni oltre l'Orario di Incarico (Plus Orario)	€ 11.521,28	-
	Ulteriori Voci di Costo		
	Attività di Sostituzione	€ 30.902,60	1.016,09
	ENPAM - Carico Ente	€ 27.650,57	-
	I.R.A.P.	€ 16.563,07	-
Total Compressivo - Specialisti Ambulatoriali - Tempo Determinato	€ 247.693,77	€ 8.733,59	
	Psicologi Ambulatoriali		
	Tempo Indeterminato		
	Costo Orario	€ 40.931,88	1.759,68
	Quota di Anzianità	€ 7.147,72	1.802,68
	Quota Variabile (art. 43 lett. A)		
	Fondo di Ponderazione	€ 3.681,80	1.802,68
	Premio di Collaborazione	€ 4.421,60	-
	Rimborso Spese Viaggio e Indennità KM	€ 293,09	-
	Ulteriori Voci di Costo		
	Attività di Sostituzione	€ 909,09	38,80
	Attività Psicoterapeutica	€ 422,50	65,00
	ENPAP - Carico Ente	€ 8.161,29	-
	I.R.A.P.	€ 4.888,74	-
Total Compressivo - Psicologi Ambulatoriali - Tempo Indeterminato	€ 70.857,71	€ 6.468,84	
Total Compressivo Spesa	€ 7.887.032,52	452.405,62	
Voci di Spesa in Contabilità generale	€ 7.230.853,21	452.405,62	

I dati di spesa del I semestre del 2014, di cui alla tabella sottostante, mostrano un valore pari

a € 3.750.101,32 - tendenzialmente positivo rispetto all'anno precedente - ma da approfondire in relazione al numero di ore attivate rispetto alla popolazione di riferimento.

Tabella 20 - Dati di spesa I° semestre 2014

Gruppo	Variabile	Valore (€)	Ore
	Quota Oraria (art. 42 lett. A)		
	Totale Quota Oraria	€ 1.966.797,92	68.492,86
	Quota di Anzianità	€ 114.947,53	22.446,76
	Quota Variabile (art. 42 lett. A)		
	Fondo di Ponderazione	€ 202.013,12	68.492,86
	AIR	€ 28.067,78	68.458,18
	Spesa per altre Prestazioni (Odontoprotesi)	€ 1.390,26	-
	Compenso per Attività Esterna	€ 192.187,25	6.420,63
	Prestazioni oltre l'Orario di Incarico (Plus Orario)	€ 30.733,64	914,18
	Indennità Rischio RX	€ 2.478,96	-
	Rimborso Spese Viaggio e Indennità KM	€ 107.694,52	118,84
Specialisti Ambulatoriali Tempo Indeterminato	Ulteriori Voci di Costo		
	Responsabilità di Branca	€ 25.961,22	-
	Indennità di Funzione	€ 1.184,40	-
	Attività di Sostituzione	€ 255.370,95	9.154,87
	Assegno ad Personam	€ 2.649,00	-
	Attività Libera Professione - INTRA MOENIA	€ 4.646,00	-
	Premio di Collaborazione	€ 0,00	-
	Premio Operosità corrisposto nel periodo	€ 0,00	-
	Pronta Disponibilità	€ 1.094,98	53,00
	Quota Accantonamento Premio Operosità	€ 0,00	-
	ENPAM - Carico Ente	€ 406.778,07	-
	I.R.A.P.	€ 222.714,21	-
	Totale Complessivo - Specialisti Ambulatoriali - Tempo Indeterminato	€ 3.566.709,81	244.552,18
	Costo Orario	€ 6.629,80	173,33
	Fondo di Ponderazione - AIR	€ 333,70	190,67
Specialisti Ambulatoriali Tempo Determinato	Compenso per Attività Esterna	€ 143,55	5,00
	Rimborso Spese Viaggio e Indennità KM	€ 16,20	-
	Prestazioni oltre l'Orario di Incarico (Plus Orario)	€ 41,08	1,00
	Ulteriori Voci di Costo		
	Attività di Sostituzione	€ 3.481,10	82,90
	ENPAM - Carico Ente	€ 1.506,18	-
	I.R.A.P.	€ 902,23	-
	Totale Complessivo - Specialisti Ambulatoriali - Tempo Determinato	€ 13.053,84	452,90
Psicologi Ambulatoriali Tempo Indeterminato	Quota Oraria (art. 43 lett. A)		
	Costo Orario	€ 22.624,51	996,35
	Quota di Anzianità	€ 3.332,32	832,02
	Quota Variabile (art. 43 lett. A)		
	Fondo di Ponderazione	€ 1.734,85	849,35
	Premio di Collaborazione maturato non ancora corrisposto.	€ 133.842,48	-
	Rimborso Spese Viaggio e Indennità KM	€ 436,85	-
	Ulteriori Voci di Costo		
	Attività di Sostituzione	€ 1.164,45	49,00
	Attività Psicoterapeutica	€ 600,22	92,34
	ENPAP - Carico Ente	€ 4.179,86	-
	I.R.A.P.	€ 2.422,13	-
	Totale Complessivo - Psicologi Ambulatoriali - Tempo Indeterminato	€ 170.337,67	2.819,06
	Totale Complessivo Spesa	€ 3.750.101,32	247.824,14
	Voci di Spesa In Contabilità generale comprensive del rateo di premio di collaborazione maturato al 30 giu. 2014	€ 3.750.101,32	247.824,14

3.7.3.4 I consulti pediatrici e la tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva

I consulti pediatrici, svolgono una serie di attività e compiti istituzionali, di seguito dettagliati:

- vaccinazioni in età pediatrica e adolescenziale (0 – 18 anni), facoltative e raccomandate;
- medicina scolastica: visite mediche ad alunni di 6 anni, sorveglianza malattie infettive, screening pediculosi, monitoraggio obesità e nutrizione, valutazione dello stato di nutrizione e dell'incidenza dei disturbi del comportamento alimentare, screening oculistico – odontoiatrico di primo livello, interventi di sanità pubblica in collaborazione con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, consulenze pediatriche asilo nido comunale, campagne di educazione sanitaria;
- assistenza medica a manifestazioni sportive, esonero educazione fisica, certificazioni mediche per soggiorni vacanza estivi.

Tabella 21 - Consultori pediatrici

Consultori Pediatrici	Personale	Prestazioni
Distretto A (n. abitanti 92.269)	5 operatori	11.715
Distretto B Frosinone, Ceccano, Ceprano, Ferentino (n. abitanti 184.498)	19 operatori	27.736
Distretto C Atina, Isola del Liri, Monte San Giovanni Campano, Sora (n. abitanti 102.903)	10 operatori	24.495
Distretto D Cassino, Pontecorvo (n. abitanti 118.008)	10 operatori 2 medici a tempo parziale	12.798
Totale	44 + 2 a tempo parziale	76.744

I Servizi di Salute Mentale e Riabilitazione dell’Età Evolutiva (S.M.R.E.E.), garantiscono la prevenzione, l’identificazione precoce dei rischi, la cura e il trattamento dei disturbi in età evolutiva fornendo una presa in carico da parte dei servizi con trattamenti specialistici ambulatoriali. Inoltre collaborano con le scuole e gli enti locali al fine di attivare adeguati percorsi assistenziali. Svolgono interventi su richiesta dell’autorità giudiziaria e di prevenzione secondaria.

Tabella 22 - Servizi Salute Mentale e Riabilitazione Età evolutiva

Salute Mentale Riabilitazione Età Evolutiva	Personale	Prestazioni
Distretto A Anagni, Alatri, Fiuggi (n. abitanti 92.269)	5 operatori 7 operatori a tempo parziale	15.999
Distretto B Frosinone, Ceccano, Ferentino (n. abitanti 184.498)	24 operatori	28.275
Distretto C Sora (n. abitanti 102.903)	11 operatori	18.302
Distretto D Cassino, Pontecorvo (n. abitanti 118.008)	19 operatori	16.162
Totale	57+ 10 a tempo parziale	78.738

3.7.3.5 Assistenza domiciliare e cure palliative

L’assistenza domiciliare della Azienda ASL di Frosinone, con le varie linee di attività sottoelencate, si sta affermando sempre più come una valida assistenza alle persone non autosufficienti anche anziane:

- **assistenza domiciliare programmata:** è svolta dai Medici di medicina Generale e dai pediatri di Libera scelta per i propri pazienti previa redazione di un progetto assistenziale con relativo calendario di accessi a domicilio e autorizzazione del CAD;
- **assistenza domiciliare integrata:** rappresenta la tipologia assistenziale di maggior impegno professionale nell’assistenza ai pazienti cronici non autosufficienti e non deambulanti che necessitano di interventi sanitari integrati e complessi, per i quali sono erogate prestazioni comprese in un Piano Assistenziale Individualizzato ovvero prestazioni infermieristiche di tipo saltuario senza presa in carico;
- **assistenza domiciliare ad Alta attività assistenziale:** viene erogata da infermieri ed operatori sociosanitari per una durata variabile dalle 8 alle 24 ore giornaliere (servizio

esternalizzato). Il CAD effettua la valutazione dei Piani Assistenziali, il controllo e il monitoraggio dell'assistenza erogata;

- **cure Palliative e Nutrizione artificiale:** questa tipologia di assistenza per i malati terminali è assegnata all'ADI dal giugno 2012.

Tabella 23 - Asssitenza domiciliare e cure palliative

Attività anno 2013	Prestazioni	Numero pazienti	Operatori
Assistenza domiciliare programmata	60.600 visite domiciliari	3.465	230 Medici di Medicina Generale
Assistenza domiciliare integrata	87.000 prestazioni nell'ambito di PAI (valutazioni mediche, visite specialistiche, prestazioni infermieristiche e di fisioterapia)	6.800 pazienti totali (3.500 con PAI e 3.300 con prestazioni saltuarie)	
Assistenza domiciliare ad Alta attività assistenziale		30	
Cure Palliative e Nutrizione artificiale		300	2 equipe (1 per i Distretti A e B e 1 per i Distretti C e D)

3.8 Attività riabilitativa, residenzialità e semiresidenzialità

Le tipologie di strutture dedicate a tale attività sono di seguito elencate con tabella riassuntiva di quelle presenti sul territorio:

- **RSA:** la valutazione delle richieste di ricovero nelle Residenze Sanitarie Assistenziali e il loro monitoraggio sono assicurati dai CAD per il tramite delle Unità Valutative Multidimensionali;
- **R 1:** analogamente vengono effettuate le valutazioni per l'accesso e le relative proroghe per le strutture accreditate come R1, per il ricovero di pazienti in coma vegetativo, tracheostomizzati e in nutrizione artificiale;
- **Hospice:** un ulteriore attività valutativa di controllo e verifica viene svolta per i pazienti terminali che richiedono l'accesso in Hospice in regime residenziale o domiciliare;
- **Riabilitazione ex-art. 26:** il processo di valutazione e di autorizzazione per l'accesso ai Centri accreditati di riabilitazione per i vari setting assistenziali per la disabilità viene svolta dalle UVM Distrettuali istituite da Aprile 2012.

Tabella 24 - Attività riabilitativa, residenzialità e semiresidenzialità

Struttura	Nome Struttura	Posti letto/offert a resid.le	Totale ricov.ti residenti ASL FR	Offerta semi-resid.le	Assistenza/ offerta domiciliare	Offerta ambulatoriale
RSA (attive 8 strutture accreditate)	S. Elisabetta 1 e 2- Fiuggi	40 + 95 p.l.	35+11			
	Clinica S.Antonio- Frosinone	40 p.l.	32			
	INI Città Bianca- Veroli	98 p.l.	67			
	Salus- Isola del Liri	80 p.l.	70			
	Madonna delle Grazie-Pontecorvo	95 p.l.	69			
	S.Germano- Pied. S. Germano	110 p.l.	92			
	S.Maria –Castrocielo	70 p.l.	67			
	Villa degli Ulivi- S. Elia F.Rapido	120 p.l.	102			
Totale		748	545			
R 1 (2 strutture accreditate)	San Raffaele- Cassino	20 p.l.	8			
	INI Città Bianca- Veroli	20 p.l.	5			
	Totale		40	13		
Hospice (una struttura accreditata)	Casa di Cura S. Raffaele di Cassino	15 p.l.			60 posti	
	Totale		15		60	
Riabilitazione ex art.26 (4 centri accreditati)	CRN- Piedimonte S. Germano				20 posti	50 posti
	San Raffaele – Cassino			30 posti		100 posti
	Villa Alba- Veroli			60 posti		30 posti
	Piccolo Rifugio- Ferentino	10 p.l.				
	Totale		10	90	20	180

3.9 Area Politica del Farmaco

L’attuale assetto organizzativo aziendale prevede l’articolazione in Strutture che mantengono l’omogeneità della gestione farmaceutica nel suo complesso, determinando la necessaria sinergia tra assistenza Ospedaliera e Distrettuale.

La “mission” di questa Area 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.

L’attuale dotazione di personale dirigente farmacista è rappresentata nella tabella sottostante.

Tabella 25 - Dotazione personale dirigente farmacista

	NUMERO
Direttore Struttura Complessa	2
Responsabile Struttura Semplice	6
Dir. Contratto Tempo Determinato	9
TOTALE	17

Gli indicatori di riferimento, sostanzialmente riconducibili ai costi, sono riportati di seguito.

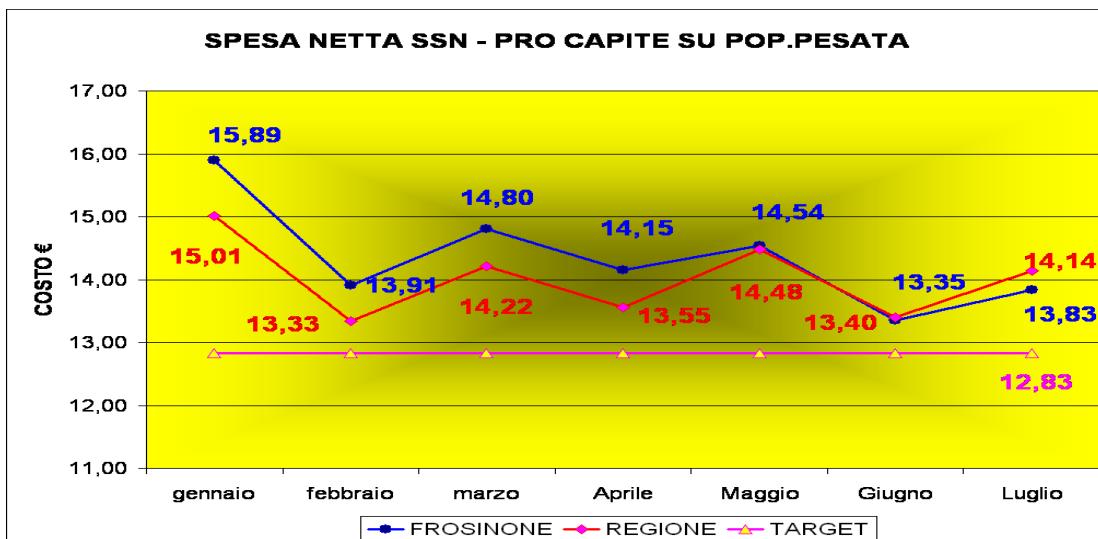
1) Farmaceutica Convenzionata – Spesa SSN

(7 mesi 2014 – i valori % indicano l’andamento rispetto all’analogo periodo dell’anno 2013 – fonte dati Sogei – Sistema TS – Cruscotto Integrato).

Tabella 26 - Farmaceutica convenzionata - spesa SSN

ricette		confezioni		spesa lorda		Sconto		ticket (**)		spesa netta	
Numero	ΔΔ %	Numero	€	Δ %	€	% su spesa lorda	€	% su spesa lorda	€	Δ %	
3.621.482	1,22%	6498209	63.363.016	-1,50%	4.076.943	6,43%	8.628.833	13,62%	50.657.240	-3,26%	

L’indicatore di riferimento è il costo della spesa farmaceutica SSN pro capite calcolato sulla popolazione pesata. L’obiettivo Regionale è fissato a € 154/anno. Il costo attuale sostenuto dall’ASL di Frosinone nei primi 7 mesi dell’anno 2014 è pari a 102.4 €. L’andamento di tale indice nel corso dell’annualità è rappresentato nel grafico seguente, da cui è evidente un forte scostamento dai valori di riferimento e medi regionali nei primi mesi, mentre da Maggio tale indice si è allineato alla media e nei mesi successivi ha registrato valori inferiori a quelli medi.



2) Spesa Ospedaliera e Distrettuale

La spesa Aziendale per farmaci e beni sanitari gestiti dalle strutture farmaceutiche sono riportate di seguito.

Tabella 27 - Spesa aziendale per farmaci

	Spesa I sem.2013		Spesa I sem. 2014	
	POLI	DISTRETTI	POLI	DISTRETTI
Raggruppamento B2 – Farmaci	10.433.341 €	6.024.407 €	11.428.411 €	5.988.862 €
Raggruppamento B3 – Dispositivi Medici	13.355.751 €	1.755.024 €	13.584.618 €	1.792.060 €

3.10 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione, per il suo particolare mandato istituzionale, è un Dipartimento “a struttura” essendo caratterizzato da autonomia gestionale e di budget; costituisce altresì esempio di attivazione interdisciplinare di più funzioni, professionalità e strutture che, operando in collaborazione, ma gestite in modo integrato e “verticale”, determinano validi sinergismi e portano ad affluire prestazioni con marcate caratteristiche di omogeneità, rapidità ed efficacia.

Si riconosce pertanto nella autorevole definizione che del dipartimento ha dato il Prof. Elio Guzzanti, secondo il quale “è una federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che le costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, dai profondi risvolti etici, medico-legali ed economici”.

Alla luce di quanto sopra il Dipartimento di Prevenzione, cardine della Sanità Pubblica, deve coordinare azioni ed interventi che hanno un impatto sulla salute della popolazione, anche al di là dell'ambito dei servizi sanitari in senso stretto; ma anche, ovviamente, fornire tutti i servizi sanitari necessari alla promozione della salute, alla prevenzione della malattia, alla riabilitazione fisica, sociale e lavorativa.

La struttura attuale è la seguente: S.C. Igiene e Sanità Pubblica; S.C. Igiene degli alimenti e della nutrizione; S.C. Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro; S.C. Sanità Animale; S.C. Ispezione degli alimenti di origine animale; S.C. Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche. Ciascuna S.C. è articolata in 4 S.S.O. su base territoriale ed inoltre è attiva la S.S.D. Anagrafe zootecnica.

Il Dipartimento di Prevenzione della ASL Frosinone si trova a fronteggiare sfide di notevole complessità che rappresentano, stando alle definizioni riportate dal DCA n. 251/14, sia “minacce” che “opportunità”.

Le più significative sono:

- la presenza della grave problematica ambientale e le conseguenti ricadute in ambito sanitario rappresentata dal Sito di Interesse Nazionale “Valle del Sacco”, vera e propria emergenza nata a seguito dell’ accertamento di un inquinamento ambientale di ampia estensione legato alla contaminazione del fiume Sacco da discariche di rifiuti tossici di origine industriale (contaminazione dell’acque e utilizzo nelle aziende a scopo irriguo), a cui sono stati esposti non solo gli animali di interesse zootecnico, ma anche la popolazione umana;
- la presenza di uno stato di inquinamento atmosferico da PM10 ben superiore ai limiti consentiti che interessa tutti i comuni più popolosi della Provincia;
- la presenza della più grande concentrazione di industrie manifatturiere e di imprese di costruzioni edili del Lazio (quasi il 13% degli addetti dell’intera Regione);
- la presenza di alcune migliaia di microaziende agricole;
- la presenza di ben 91 Comuni e quindi di 91 Sindaci (autorità sanitarie);
- la presenza del 40% degli allevamenti bovi-bufalini del Lazio con il 19% dei capi;
- la presenza del fenomeno del randagismo di raggardevoli proporzioni;
- la presenza di grandi sorgenti (tra le maggiori in Europa) che alimentano acquedotti destinati all’Area Romana e all’Area Napoletana;
- la presenza di una notevole porzione di popolazione appartenente alla fascia di età da sottoporre a screening.

Il contesto di riferimento sopra riportato in sintesi determina già di per sé una esigenza di soddisfacimento dei LEA di grado massimale.

Il Dipartimento, peraltro, non è solo impegnato nell’erogazione dei LEA ma è sempre più la partitura aziendale maggiormente impegnata per il conseguimento degli obiettivi fissati dal DCA n. 90/10 e s.m.i. “verifiche requisiti delle strutture sanitarie private ai fini della conferma dell’accreditamento” e per quelli previsti dal Piano Regionale della Prevenzione.

Di fronte a tali criticità (ed opportunità) il Dipartimento di Prevenzione nel corso degli anni ha prodotto significativi sforzi organizzativi che hanno portato allo sviluppo di veri e propri punti di forza che si possono così riassumere:

- elaborazione di procedure di lavoro definite e standardizzate comprensive dei carichi di lavoro;
- conoscenza capillare della realtà epidemiologica del territorio;
- sviluppo di piani di attività particolarmente dettagliati e dotati di un sistema di indicatori atti a monitorarli.

3.11 Il Dipartimento di Salute Mentale

I problemi di salute mentale rappresentano quasi il 20% del totale delle malattie e colpiscono generalmente una persona su quattro nell'arco della vita. Secondo dati OMS il carico più alto di cronicità proviene proprio dalle malattie psichiche e le complicanze psichiatriche ad esse legate sono aumentate di circa il 50% negli ultimi 10 anni. Le minacce più rilevanti sono rappresentate dall'incremento dei fattori di rischio per lo sviluppo di disturbi psichici nella popolazione giovanile e anziana, l'emergere di nuove forme di disagio quali le sindromi polimpulsive e i disturbi del controllo alimentare, l'incremento del rischio di istituzionalizzazione dei pazienti con disturbi psichiatrici per mancanza di opportunità di reinserimento territoriale, l'incremento dell'uso/abuso di sostanze e lo sviluppo di dipendenza che producono complicanze temporanee e permanenti di tipo psichiatrico.

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) nasce e lavora a partire da un'ottica psichiatrica, a seguito della legge di riforma 180 del 1978, in cui si riconoscono il valore della società e della famiglia quale leva per migliorare la qualità della vita dei pazienti e la centralità del lavoro territoriale rispetto a quello ospedaliero, che rimane valido per le situazioni emergenziali e/o di acuzie. Stante il quadro sopra descritto il DSM sta progressivamente modificando le proprie modalità organizzative adottando una logica di lavoro per obiettivi e per progetti, favorendo i processi di miglioramento continuo della qualità e di aderenza ai cambiamenti dei quadri psicopatologici e degli interventi clinici.

Tabella 28 - Dipartimento Salute Mentale

Servizi	Utenti	Prestazioni/Trattamenti	Personale (TI+TD)
DSM	7.260	Prestazioni = 62.078	Medici = 43 Psicologi = 18 Infermieri Prof.= 116 Ass. Sociali = 34 Amministr. = 11 Educatori = 1 OSS = 8 Altro = 16
TOTALE PERSONALE 255			

3.12 Il Dipartimento 3D

L'espansione dei comportamenti di *addiction* (alcool, fumo, gioco d'azzardo, aumento consumi cannabis e cocaina) comporta un aumento della domanda di trattamento. Nell'Italia Centrale circa il 4,4% della popolazione generale consuma almeno una sostanza illegale (Fonte "Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia 2013") Si stima che il 7,5% della popolazione abbia un consumo di alcoolici non moderato (Fonte "Relazione al Parlamento sui

consumi di alcool 2014”). In mancanza di rilevazione sui consumi su scala provinciale si stima che più di 20.000 persone siano i possibili consumatori di sostanze illegali nella Provincia di Frosinone e che più di 35.000 persone abbiano un consumo non moderato di alcoolici. In ambito penitenziario circa il 25% dei detenuti presenta disturbi da uso di sostanze che necessitano di interventi sanitari specialistici comprensivi di piani di trattamento riabilitativo. In Provincia di Frosinone sono presenti 3 Istituti Penitenziari con una media di popolazione detenuta pari a circa 850 soggetti.

Il Dipartimento Disagio, Devianza, e Dipendenza (D3D) è stato ideato ed istituito dalla considerazione che i disturbi trattati siano frutto di problemi di integrazioni tra l'individuo e l'ambiente circostante ovvero interni all'individuo stesso, in cui la sostanza gioca come elemento di complessificazione e di modificazione della relazione tra il soggetto e l'ambiente. Pertanto la multidisciplinarietà è l'elemento focale e fondante ogni tipologia di intervento. Il D3D ha mantenuto, nonostante il modello organizzativo statico, una logica di lavoro per obiettivi e per progetti, favorendo i processi di miglioramento della qualità e di aderenza ai cambiamenti del fenomeno e della clinica dell'*addiction*.

Tabella 29 - Dipartimento 3D

Servizi	Utenti	Prestazioni/Trattamenti	Personale (TI+TD)
D3D	3.968 soggetti in carico 1.995 soggetti in consulenza 16.950 contatti	Prestazioni = 58.625	Medici = 15 Psicologi = 18 Infermieri Prof.= 17 Ass. Sociali = 12 Amministr. = 2 Ausiliari = 1
TOTALE PERSONALE 65			

3.12.1 Salute e Immigrazione

La Provincia di Frosinone, pur non presentando particolari emergenze dal punto di vista della residenzialità di stranieri, ha alcuni elementi molto interessanti dal punto di vista dell'ospitalità per gli stranieri richiedenti asilo e rifugiati e per i minori stranieri non accompagnati. Negli ultimi 10 anni, in ogni caso, si registra un raddoppio della presenza di stranieri residenti in provincia, con circa 21.000 presenze, mentre è in forte crescita la presenza di strutture residenziali e di accoglienza rivolte agli stranieri. Al momento si registrano 5 Enti che hanno un rapporto diretto con il Ministero degli interni e che fanno parte della Rete SPRAR (Servizio Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati) con circa 200 posti in accoglienza, che diventeranno 500 entro il 2015, mentre la Prefettura di Frosinone sta gestendo l'accoglienza in emergenza con circa 10 enti per 500 posti complessivi in accoglienza su tutto il territorio provinciale. Per i minori stranieri non accompagnati, invece, si sta diffondendo una rete di strutture di accoglienza composta da circa 15 enti (cooperative e associazioni) con una media di circa 10 posti di accoglienza per struttura, nella quasi totalità inviati dal Comune di Roma. La ASL Frosinone sta definendo e strutturando una rete (RE.P.I.S. Rete Professionale immigrazione e Salute) in collaborazione con la Prefettura di Frosinone, la Caritas, Enti del terzo settore, l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, per la cogestione di queste situazioni al fine di evitare emergenze sanitarie e di ordine pubblico. Attualmente la ASL di Frosinone ha in carico oltre 1.000 stranieri per il 2014, ha rilasciato circa 8.000 tesserini STP ed ENI ed è il punto di riferimento per la rete degli Enti che a vario titolo si occupano di cittadini stranieri.

3.13 Comunicazione e Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Unità Operativa si articola in n. 5 sportelli di Front Office ubicati nei Distretti e nei Presidi Ospedalieri aziendali oltre ad un Back Office situato nella sede centrale dell'Azienda. E' una struttura in staff alla Direzione Generale. Dispone di un numero verde e di n. 15 operatori. Le attività sono svolte secondo la legge n. 150/2000 e la Legge n. 241/90 ss.ii.mm. Le linee di attività prevalenti sono: la Comunicazione interna ed esterna, l'Accoglienza, la Tutela e la Partecipazione così come rappresentato nella seguente tabella riassuntiva.

Tabella 30 - Comunicazione e Relazioni con il Pubblico

Tipologia	Azioni
Front Office Urp	Anno 2013 e primo semestre 2014: Informazioni telefoniche compreso numero verde 8901; informazioni dirette 63.789; Reclami scritti e procedimenti amministrativi svolti e risolti 806; elogi con notifica agli interessati 38
Carta Servizi	Aggiornamento On line costante
Umanizzazione Audit	Progetto Agenas: "La sanità dal punto di vista del cittadino" in corso di ultimazione; 3° Progetto Audit con Cittadinanzattiva in corso di svolgimento.
Piano di Comunicazione Aziendale interna ed esterna	Delibera DG n. 961 del 15.10.2013 in corso di svolgimento secondo il programma ivi previsto
Commissione Mista Conciliativa	Delibera DG n. 640 del 21.05.2014
Tavolo misto per la Partecipazione	Delibera DG n. 641 del 21.05.2014 che ha istituito il Tavolo e nominato i componenti di parte pubblica. E' in corso di implementazione la composizione del Tavolo con i rappresentanti delle Associazioni.
Consulta delle Associazioni	Strutturate n. 34 Associazioni. La rete delle Associazioni che collaborano con la ASL di Frosinone sono n. 115 tutte inserite in progetti specifici partecipati e condivisi: Casa della Salute, Salute Mentale, Contrasto alla violenza di Genere, Oncologia, Pediatria, Dipendenze, Disabilità.

3.13.1 Trasparenza e Integrità

Con Deliberazione del DG n. 687/2013 è stato nominato il Responsabile Aziendale per la Trasparenza e l'Integrità e con Deliberazione del DG n.767/2013 è stato approvato il relativo programma triennale per la Trasparenza.

Sul sito web aziendale è stato attivato il link "Amministrazione Trasparente" implementato con tutte le voci corrispondenti agli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge n. 33/2013. Attualmente il Programma è in corso di svolgimento.

3.14 Formazione

Nell'ambito della pianificazione strategica di una Azienda Sanitaria, la formazione continua rappresenta un elemento fondamentale per la crescita professionale, lo sviluppo e il rafforzamento delle competenze e il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza nel raggiungimento degli obiettivi di salute.

Essa costituisce altresì un potente strumento finalizzato alla diffusione e alla condivisione dell'impostazione culturale di tipo organizzativo orientata al miglioramento della qualità nel sistema aziendale. Le tematiche proprie dei progetti formativi possono concernere competenze di tipo culturale, professionale, gestionale, relazionale in senso lato: il ruolo dei singoli operatori all'interno dell'organizzazione si può sviluppare in chiave di miglioramento processuale solo a

partire dall'individuazione di un orizzonte formativo che tenga conto delle prospettive di gestione integrata delle risorse.

Questo quadro può portare a esiti diversificati, a seconda dell'impostazione di fondo da cui ci si muove: si può assistere ad un puro e semplice impoverimento lineare dell'offerta formativa per gli operatori della sanità - magari con una parallela crescita delle occasioni "esterne", di diverso valore qualitativo - oppure si può pensare all'evoluzione da un approccio prevalentemente operativo- molecolare per la formazione a uno di tipo strategico, che sia in grado di passare dalla qualità formativa valida per il singolo operatore al raggiungimento di obiettivi aziendali ed istituzionali nell'ambito del S.S.N.

Pur mantenendo la suddivisione tematica dell'orizzonte formativo in obiettivi formativi di processo, di sistema e tecnico-professionali, un approccio complessivo come quello suesposto implica che l'approfondimento e l'assimilazione operativa dei contenuti formativi non vengano considerati come finalità a sé stanti in funzione di una pura e semplice implementazione delle conoscenze degli operatori, ma si pongano come uno strumento-cardine del cambiamento organizzativo intervenendo sui reali bisogni evolutivi del sistema cogliendone i nodi problematici e le possibili aree critiche.

Questa attività di valutazione-programmazione si effettua in sinergia con il Comitato Scientifico aziendale, nominato con Atto Deliberativo, che ha il compito di valutare la congruità scientifica e tematica delle attività formative programmate dall'Azienda.

3.15 Ufficio Stampa

La ASL di Frosinone assicura una relazione costante con gli organi di informazione per fornire alla cittadinanza ed all'opinione pubblica un'informazione completa, tempestiva, efficace e trasparente in merito all'attività assistenziale realizzata, agli obiettivi di salute perseguiti ed ai servizi erogati.

Per questo è dotata di un Ufficio Stampa aziendale che, in staff alla Direzione Aziendale, assicura ed indirizza la propria attività secondo l'articolo 9 della Legge n. 150 del 7 giugno 2000.

La ASL, inoltre, ha attivato specifiche convenzioni con diverse Università cui, l'Ufficio Stampa, garantisce una costante attività di formazione e tutoraggio per gli studenti che intendono svolgere la professione giornalistica.

Nel corso del 2014 è stato avviato ed autorizzato un progetto di implementazione tecnologica e strumentale con prospettive innovative, che consentirà l'introduzione di prodotti editoriali necessari ma non ancora attivi (newsletter, diffusione di contenuti on line, altri prodotti editoriali, ecc.).

3.16 Clima Organizzativo

La possibilità di valutare il benessere organizzativo di una Azienda Sanitaria rappresenta una opportunità per conoscere le opinioni di tutti gli operatori sulle dimensioni che determinano la qualità della vita e delle relazioni. In tutte le Amministrazioni pubbliche è in aumento la complessità dei problemi da affrontare. L'insoddisfazione per gli strumenti tradizionali di gestione del personale è diffusa ed evidente e cresce l'esigenza di individuare nuovi modelli di politica del personale.

3.17 Rapporti con l'Università

Le Università hanno sempre avuto un ruolo fondamentale nelle dinamiche evolutive dei

processi culturali e delle società nel loro complesso e, in quanto produttrici di cultura, sono sempre state il veicolo del cambiamento.

La ASL di Frosinone intrattiene allo stato attuale relazioni di costante collaborazione con le Università del territorio regionale finalizzati alla formazione di personale sanitario. Le strutture di Ceccano e Sora ospitano il Corso di laurea triennale dell'Università "Tor Vergata", la struttura di Frosinone e la Casa della Salute di Pontecorvo ospitano l'analogo Corso di Laurea dell'Università "La Sapienza". Sono altresì vigenti accordi, tra l'altro, con il Campus Bio-Medico e con l'Università di Cassino.

I rapporti convenzionali sono esplicitati nella tabella sottostante.

Tabella 31 - Rapporti con le Università

Università	Rapporti Convenzionali
Università degli Studi di Roma "La Sapienza"	Utilizzazione del potenziale didattico nell'ambito della Scuola di specializzazione in Anatomia Patologica (Del. N.1006 del 08.10.2012). Corso di laurea Triennale in Infermieristica (Del. 1156 del 08.09.2014) sedi di Frosinone e Cassino/Pontecorvo. Master di I° livello Management per le funzioni di coordinamento infermieristico e per le professioni sanitarie 2014-2015 Tecnici sanitari di Radiologia (Pontecorvo). Tecnici sanitari di Radiologia (Sora) Tecnici della Prevenzione (Frosinone).
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"	Corso di laurea Triennale in Infermieristica (sedi di Sora e Ceccano Del.n.1157 del 08.09.2014). Convenzione per il funzionamento della Scuola di specializzazione in "Otorinolaringoiatria" (Del. N.1173 del 17.09.2014). Convenzione per il Management per le funzioni di coordinamento infermieristico e per le professioni sanitarie 2014-2015 (Del. 1041 del 05.08.2014).
Università Campus Bio Medico di Roma	Convenzione per attività ambulatoriali e day hospital di Endocrinologia e Malattie Metaboliche (Del. n. 753 del 20.07.12).
Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale	Protocollo operativo (Del. N. 946 del 25.09.2012). Protocollo d'intesa RePIS (rete Professionale Immigrazione e Salute Del. N.507 del 22.04. 2014 e n.838 del 23.06.2014 e n.1091 del 08.08.2014). Tirocini formativi studenti Corso di Laurea in Servizio Sociale (2014).
Università degli Studi di Chieti – Facoltà di Farmacia	Tirocinio Professionale in Farmacia (Del. N.308 del 23.03.2012).
Università degli Studi di Camerino	Tirocinio, Formazione e orientamento (Del. Nn. 334 del 28.03.2012).
Università degli Studi di Napoli Federico II	Utilizzo delle strutture didattiche integrative (Del. N.243 del 10.04.2013).
Università degli Studi di Modena e Reggio-Emilia	Convenzione a scopo di didattica integrativa - Master wound care

3.18 Il sistema organizzativo, le risorse strumentali ed economiche, punti di forza e di debolezza

3.18.1 Sintesi delle risorse strumentali

L'Azienda Sanitaria Locale di Frosinone ha acquisito nel tempo un consistente patrimonio edilizio e tecnologico. Per quanto attiene la dotazione del parco tecnologico si specifica che esso viene distinto in apparecchiature di alta tecnologia, come riportato nella tabella sottostante, ed a bassa tecnologia.

Tabella 32 - Sintesi delle risorse strumentali

DOTAZIONE DI APPARECCHIATURE PER DIAGNOSTICA D'IMMAGINE AD ALTA TECNOLOGIA						
	P.O. "F. Spaziani" di Frosinone	P.O. "S. scolastica" di Cassino	P.O. "SS. Trinità" di Sora	P.O. "S. Benedetto" di Alatri	Casa della salute di Pontecorvo	P.S. di Anagni
Risonanza Magnetica fino a 2 Tesla	1	1	1			
TAC 64 slice	2		1			
TAC 16 slice	1	1		1		
TAC 10 slice					1	
TAC 1 slice			1			1
Radioterapia acceleratore lineare 15 Mev			1			
Radioterapia acceleratore lineare 6 Mev			1			
Angiografo	1					

Quelle a bassa tecnologia presenti all'interno dell'azienda sono valorizzate, al 01/04/2014 per **€ 40.615.611,56**.

Per quanto attiene la dotazione del parco edilizio/impiantistico si riportano nelle tabelle sottostanti i prospetti riepilogativo delle strutture di gestione aziendale con le relative destinazioni d'uso, volumetrie e dati catastali.

Tabella 33 - Prospetti delle strutture di gestione aziendale**Prospetto Ospedali**

Ospedali							
Ord	Città	Denominazione	Dest. d'uso	Sup. MQ	Cons. MC	R.C.	Valore di mercato in €
1	Frosinone	F. Spaziani	Ospedale	43.625,36	263.800,00	354.228,00	€ 62.000.000,00 ⁽¹⁾
2	Cassino	S. Scolastica	Ospedale	39.692,63	178.000,00	131.957,76	€ 52.670.888,00 ⁽¹⁾
3	Sora	S.S. Trinità	Ospedale	56.580,62	252.000,00	201.293,99	€ 116.855.720,00 ⁽²⁾
4	Alatri	S. Benedetto	Ospedale	20.256,88	75.533,00	78.018,79	€ 41.350.000,00 ⁽²⁾
TOTALE				120.462,86	591.333,00	765.498,54	€ 272.876.608,00
(1) valore di costruzione (2) valore di mercato							

Prospetto Presidi

Presidi							
Ord	Città	Denominazione	Dest. d'uso	Sup. MQ	Cons. MC	R.C.	Valore di mercato in €
1	Frosinone	Viale Mazzini	Distretto	31.654,20	105.266,00	141.350,13	€ 43.822.578,00
2	Pontecorvo	Via S. G. Battista	Casa della Salute	24.498,07	46.046,00	35.671,38	€ 34.152.955,00
3	Sora	Via Piemonte	Distretto	10543,27	46.949,00	52.647,85	€ 5.528.024,00
4	Anagni	Via O. Capo	Distretto	11.160,47	40.177,00	47.724,25	€ 11.500.000,00
5	Isola del Liri	Via Ospedale	Hospice	15.201,51	60.000,00	=	€ 4.325.862,59
6	Ceccano	Via borgo S. Lucia	poliambulatorio	13.822,00	56.130,00	63.775,47	€ 21.027.518,00
7	Ceprano	Via Principe Margherita	poliambulatorio	4.956,00	22.737,00	25.948,00	€ 5.064.210,00
8	Ferentino	P.zza dell'Ospizio	poliambulatorio	6.129,97	24.520,00	16.298,72	€ 1.711.355,10
9	Frosinone	Via A. Fabi	Polifunzionale	=	78.538,00	=	€ 12.000.000,00
TOTALE				93.467,42	355.779,00	383.415,80	€139.132.502,69

Prospetto Presidi Minori

Presidi Minori					
Ord.	Provincia	Denominazione	Dest. d'uso	Sup. MQ	Valore di mercato in €
1	Frosinone	Servizi vari	Presidi minori	25.916,92	€ 37.967.563,00
TOTALE				25.916,92	€37.967.563,00

Prospetto Terreni

Terreni					
Ord.	Provincia	Denominazione	Dest. d'uso	Sup. MQ	Valore di mercato in €
1	Frosinone	=	terreni	1.834.032,00	€ 2.751.048,00
TOTALE				1.834.032,00	€2.751.048,00

La rete informatica della ASL è basata sul sistema SPC (Sistema Pubblico di Connettività) definito nell'articolo 73 comma 2 del Codice di Amministrazione Digitale (Decreto Legislativo n. 235/2010).

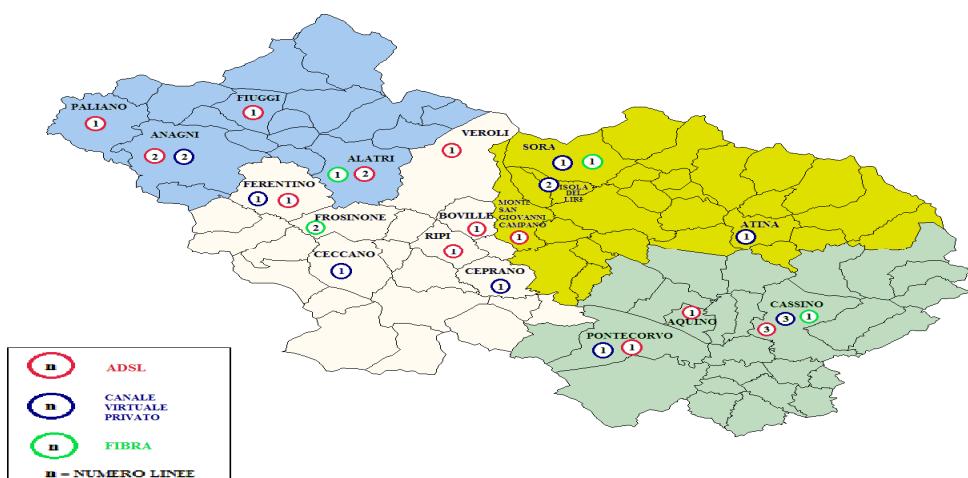


Figura 4 - Rete informatica

3.18.2 Risorse Economiche

La tabella sottostante mostra l'andamento negli anni, dall'istituzione della nuova contabilità economica, fino ad oggi. Il risultato di esercizio è pari ad un saldo negativo di circa 170 milioni di euro, come risulta a pag. 24 del bilancio d'esercizio 2013.

Tabella 34 - Andamento della nuova contabilità economica

Azienda USL Frosinone - ricavi - costi 2004 - 2013 con risultato di esercizio										
Tipologia	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Quota FSR	605.675.306	616.917.029	710.090.422	774.131.432	783.049.576	787.360.618	827.237.421	830.194.958	768.370.287	794.104.579
Altre entrate	31.784.463	30.945.693	36.088.308	59.429.360	63.216.295	104.753.482	72.584.960	98.146.014	77.886.990	66.844.280
Totali entrate	637.459.769	647.862.722	746.178.730	833.560.793	846.265.871	892.114.100	899.822.381	928.340.972	846.257.277	860.948.859
Costo del personale	238.767.016	229.794.412	232.010.541	226.553.001	237.656.000	237.312.011	237.221.093	231.322.079	221.990.162	218.578.120
Specialistica	4.987.999	6.003.707	6.284.370	6.383.653	6.257.983	6.668.336	6.920.736	6.774.128	6.870.069	7.230.379
Beni	48.763.301	51.924.860	53.243.319	58.607.921	64.789.000	69.742.035	70.075.378	71.744.097	74.061.880	78.740.088
Servizi	395.949.635	411.779.623	443.814.381	472.485.606	459.062.000	455.311.010	462.530.534	468.061.900	463.812.135	474.259.889
Altri costi della produzione	24.140.663	17.979.985	28.999.413	54.111.843	61.613.000	33.755.381	29.952.605	36.274.731	54.978.486	54.346.565
Costo della produzione	707.620.695	711.478.880	758.067.654	811.758.371	823.120.000	796.120.437	799.780.409	807.402.807	814.849.662	825.924.662
Altri costi e rettifiche	27.606.220	26.046.276	38.411.545	26.618.896	19.674.298	71.072.982	28.978.066	31.072.846	31.407.615	40.021.726
Risultato di esercizio	97.767.146	89.662.433	50.300.469	4.816.475	3.471.572	24.920.681	71.063.907	89.865.320	0	4.997.529

3.19 Punti di forza e di debolezza

ANALISI SWOT	
PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
Distribuzione capillare dei servizi distrettuali	Mobilità passiva
Patrimonio edilizio nuovo e dotazione tecnologica adeguata	Scarso sviluppo del processo di gestione budgetaria e del controllo di gestione
Competenze professionali rilevanti in alcune UUOO che risultano attrattive e competitive	Comunicazione e condivisione degli impegni all'interno delle strutture aziendali
Aspettative al cambiamento	Focalizzazione, specie nell'area chirurgica, sulle patologie a bassa/media complessità
Regolamento organizzativo	Insufficiente analisi dei processi produttivi, del clima e della cultura aziendale
	Insufficiente capacità di attrazione di donazioni e di attivazione di modalità di <i>fund raising</i>
	L'area amministrativa risulta poco integrata con la componente sanitaria, ha obiettivi autonomi e spesso introduce elementi di rigidità nei processi
	Assenza di servizi strategici per la conquista di nuovi segmenti di mercato (radiologia interventistica, <i>stroke unit</i> ecc.)
	DRG a bassa complessità e ad alto rischio di inappropriatezza in regime ordinario
	Clima organizzativo
MINACCE	OPPORTUNITÀ
Incremento progressivo della popolazione anziana con conseguente aumento delle patologie croniche ed a più elevato costo.	Legislazione Regionale innovativa e centrata sulla riorganizzazione ed integrazione Ospedale/Territorio
Condizioni di forte disagio sociale ed economico di parte della popolazione residente, con livelli di depravazione particolarmente elevati nelle donne anziane	Superamento dell'attuale frammentazione dell'offerta dei servizi per i pazienti con pluripatologie ed orientamento verso forme innovative di gestione delle patologie croniche (medicina di iniziativa)
Carenza di risorse con conseguente riduzione degli interventi socio-assistenziali da parte degli enti locali e del terzo settore	Adozione del <i>Chronic Care Model</i> per la risposta rapida e puntuale ai bisogni assistenziali della popolazione con lo sviluppo di un sistema a rete con nodi costituiti dall'assistenza primaria, dalla casa della Salute e da tutte le strutture che tutelano la salute della donna, della coppia e del bambino
Limitate possibilità di acquisizione di risorse umane dati i vincoli del Piano di Rientro	Strutturazione di una rete ospedaliera per livelli di complessità assistenziale e per aree polispecialistiche, con introduzione di modelli organizzativi innovativi ed orientata all'efficacia, efficienza, economicità ed etica
Resistenze delle categorie portatrici di interessi agli interventi di razionalizzazione e riorganizzazione dell'Azienda.	Significativi margini per il recupero di efficienza
Difficoltà ad introdurre i cambiamenti culturali, organizzativi, progettuali ed operativi richiesti dagli indirizzi legislativi innovativi di riforma del sistema sanitario regionale	Riorganizzazione del personale e valorizzazione delle eccellenze
	Rafforzamento del legame con le università per incentivare ricerca sanitaria e biomedica, formazione, sviluppo e aggiornamento del personale
	Politica del personale nell'ottica di una gestione complessiva del cambiamento e dello sviluppo organizzativo
	Rivisitazione complessiva dell'organizzazione con individuazione di funzioni da accentrare e da decentrare
	Valorizzazione del ruolo dei dipartimenti nei processi di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse, della formazione permanente del personale, di valutazione e verifica dell'assistenza fornita, di omogeneizzazione delle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle tecnologie
	Sviluppo delle reti inter-istituzionali e di network informali basati sulla <i>information communication technology (ICT)</i>
	Disponibilità delle OO.SS. all'ascolto e al confronto costruttivo sulle principali problematiche aziendali per il raggiungimento degli obiettivi programmati.

PARTE SECONDA

LE LINEE PROGRAMMATICHE E GLI OBIETTIVI

L'azione della ASL è finalizzata al miglioramento dello stato di salute della popolazione, alla qualità dei servizi erogati, all'appropriatezza e continuità di cura nei percorsi assistenziali, al mantenimento delle condizioni di equilibrio economico-finanziario. Il raggiungimento di tali obiettivi, attenendosi ai principi di uguaglianza, imparzialità, partecipazione, efficacia, efficienza ed economicità, richiede interventi volti a:

- prendersi cura dei pazienti con risposte adeguate ai bisogni di salute, nel rispetto della centralità della persona e perseguiendo l'umanizzazione nei rapporti tra operatori sanitari e utenti;
- favorire l'adozione di modelli organizzativi innovativi per l'erogazione delle prestazioni in tutti i *setting* assistenziali;
- garantire la legalità, assicurando che atti e comportamenti posti in essere dall'Azienda siano rispondenti alle normative vigenti;
- garantire ai portatori di interessi relazioni trasparenti, instaurando un rapporto produttivo e collaborativo con le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali e tutte le associazioni di volontariato;
- favorire la crescita professionale, con idonei percorsi formativi, in relazione alle capacità individuali, a quanti mettono la loro professionalità a servizio dell'azienda.

Il Piano Strategico 2014-2016 mira quindi a:

- favorire lo sviluppo delle aree in cui la domanda è insufficientemente soddisfatta dalle strutture esistenti;
- privilegiare gli investimenti nei settori in cui l'azienda ha maggiori potenzialità rispetto ai *competitors* o le cui prospettive di evoluzione appaiano incoraggianti;
- definire un piano di sviluppo coerente con le linee di indirizzo nazionali e regionali, perseguiendo in particolare un disegno di integrazione ospedale-territorio ed evitando sovrapposizioni e ridondanze di offerta di servizi sia territoriali che ospedalieri;
- approfondire disegni di specializzazione delle strutture ospedaliere;
- progettare lo sviluppo in un'ottica di sostenibilità economico-finanziaria;
- promozione della ricerca e della sperimentazione in un novellato rapporto con le Università.

L'Azienda opera in relazione alle politiche regionali, agli obiettivi istituzionali previsti nella nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 e agli obiettivi di contratto e di *budget* assegnati ai Direttori Generali. Le strategie aziendali e le conseguenti attività di programmazione e gestionali riguardano i tre livelli assistenziali:

- assistenza ospedaliera;
- assistenza distrettuale;
- assistenza sanitaria collettiva.

Il nuovo assetto determinerà l'individuazione di 88 U.O.C. e 115 U.O.S./U.O.S.D. come da tabella seguente.

Tabella 35 – Individuazione delle UOC e delle UOS/UOSD

TIPO DI STRUTTURA		INDICATORE	tot	TOTALE (-5%)
COMPLESSE	OSPEDALIERE	PL/SCO = 17,5	55,8	53
	NON OSPEDALIERE	POP/SCNO = 13.515	36,8	35
TOTALE COMPLESSE			88	
TOTALE SEMPLICI (incluse le SSD)		SST/SCT = 1,31		115

1. Sostenibilità economica

La strategia da perseguire nel triennio 2014-2016 individuata dalla Regione Lazio ed indicata all'interno dei Programmi Operativi 2013-2015, nonché la formulazione degli obiettivi di mandato assegnati ai Direttori Generali determinano, attraverso la loro implementazione il conseguimento, da parte delle Aziende Sanitari, del miglior livello di appropriatezza sia organizzativa sia clinica, che deve riflettersi nell'obiettivo economico del pareggio di bilancio. Vale la pena sottolineare che i valori tendenziali dei bilanci fino al 2016 riportati nell'allegata tabella 5 in appendice, sono formulati sulla base delle strategie e degli obiettivi che sono descritti nei successivi punti, per giungere ad una riorganizzazione dell'Azienda tale da consentire prospetticamente la puntuale definizione di conti economici programmatici sulla scorta di quanto stabilito nella seconda parte del DCA n. U00251 di adozione delle Linee Guida del Piano Strategico.

In una situazione di risorse limitate con l'obbligo del raggiungimento dell'equilibrio di bilancio ed il rispetto dei tetti di spesa è complesso garantire obiettivi di efficienza e di governo dei consumi.

La ASL di Frosinone ha contrattato con La Regione Lazio un budget di € 794.105.162 per gli anni 2015-2016 ed i seguenti obiettivi economici.

Tabella 36 - Budget anni 2015-2016

CONTO ECONOMICO	ASL FROSINONE	
	TENDENZIALE 2015	TENDENZIALE 2016
Contributi F.S.R.	794.105.162	794.105.162
Saldo Mobilità	- 143.696.106	- 143.696.106
Entrate Proprie	24.001.070	24.023.845
Saldo Intramoenia	764.000	764.000
Rettifica Contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 14.668.496	- 19.445.523
Saldo per quote inutilizzate contributi vincolati	-	-
Totale Ricavi Netti	660.505.630	655.751.378
Personale	216.912.000	216.912.000
Prodotti Farmaceutici ed Emoderivati	35.417.562	35.952.200
Altri Beni e Servizi	96.592.997	97.558.927
Ammortamenti e Costi Capitalizzati	5.419.000	5.419.000
Accantonamenti	27.510.525	27.510.525
Variazione Rimanenze	-	-
Totale Costi Interni	381.852.084	383.352.652
Medicina Di Base	55.377.302	55.506.906
Farmaceutica Convenzionata	82.440.218	80.235.990
Prestazioni da Privato – Ospedaliera	34.430.373	34.430.373
Prestazioni da Privato – Ambulatoriale	18.443.586	18.443.586
Prestazioni da Privato – Riabilitazione Extra Ospedaliera	6.162.000	6.162.000
Altre Prestazioni da Privato	59.286.421	60.310.600

Prestazioni da Privato	118.322.381	119.346.560
Totale Costi Esterni	256.139.900	255.089.456
Totale Costi Operativi (B+C)	637.991.985	638.442.108
Margine Operativo (A-D)	22.513.645	17.309.270
Svalutazione Immobilizzazioni, Crediti, Rivalutazioni e Svalutazioni Finanziarie	-	-
Saldo Gestione Finanziaria	11.086.000	11.086.000
Oneri Fiscali	17.025.765	17.025.765
Saldo Gestione Straordinaria	177.000	177.000
Totale Componenti Finanziarie e Straordinarie	28.288.765	28.288.765
Risultato Economico (E-F)	- 5.775.120	- 10.979.495

Pertanto, gli obiettivi aziendali da raggiungere nel triennio 2014-2016 sono individuati tenendo conto dei vincoli economici definiti dalla Regione Lazio e la programmazione aziendale non può prescindere dal loro rispetto. Tutta la politica di contenimento, mantenimento del livello dei costi passa, necessariamente, attraverso la razionalizzazione dei processi produttivi e lavorativi; pertanto si ritiene persino che, una volta poste in essere le azioni di riorganizzazione, l'Azienda possa ridurre ulteriormente alcune categorie di costi, secondo lo schema riportato.

Tabella 37 - Riduzione costi

Obiettivo	2014	2015	2016
Rispetto dei vincoli economici	Rispetto vincoli economici fissati dal budget. Rispetto tetti di spesa fissati dalla Regione per persone, farmaci, dispositivi, AIR, protesica	Rispetto vincoli economici fissati dal budget. Rispetto tetti di spesa fissati dalla Regione per persone, farmaci, dispositivi, AIR, protesica	Rispetto vincoli economici fissati dal budget. Rispetto tetti di spesa fissati dalla Regione per persone, farmaci, dispositivi, AIR, protesica
Prestazioni aggiuntive (costi)	Euro 5.100.000	-15% = Euro 4.335.000	-15% = Euro 3.684.750
Corretto utilizzo dei fondi contrattuali con effetto di contenimento della spesa del personale	- Euro 1.000.000	- Euro 2.000.000	- Euro 3.000.000
Realizzazione di magazzino farmaceutico unico centralizzato con effetto di riduzione delle scorte e razionalizzazione del costo dei prodotti farmaceutici		- Euro 1.400.000	- Euro 1.500.000

2. Accessibilità ai servizi

I problemi dell'accessibilità ai servizi riguardano sostanzialmente due temi scottanti: la gestione delle liste di attesa e lo sviluppo del governo clinico attraverso la riorganizzazione dell'offerta dei servizi. A tale scopo sono individuate le seguenti azioni prioritarie

Tabella 38 - Azioni prioritarie

Obiettivo	2014	2015	2016
Gestione delle liste di attesa	Aumento della prenotabilità tramite sistemi pubblici (ReCup, Sportelli Aziendali e Farmacie) delle agende delle prestazioni specialistiche	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Adozione ed attuazione del Piano Aziendale per il Governo delle liste di attesa	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Almeno un evento formativo finalizzato al richiamo all'appropriatezza prescrittiva e al corretto uso delle classi di priorità	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Accordo con erogatori privati accreditati per le prestazioni critiche da inviare alla Regione	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Verifica bimestrale delle liste di attesa della ASL	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Adesione a campagne della Regione per progetti abbattimento liste di attesa	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Definizione ed applicazione di corretti rapporti tra i volumi e i tempi di attesa dell'ALPI e dell'attività istituzionale	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Promozione e monitoraggio del ricorso alla prescrizione elettronica da parte degli specialisti di struttura	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Sviluppo del governo clinico	Riorganizzazione dell'offerta dei servizi attraverso l'adozione dei principali processi clinico assistenziali che devono essere più razionali, efficienti ed efficaci in quanto costituiscono un migliore impiego delle risorse e un migliore risultato di salute	Proseguimento attività	Proseguimento attività
	Adozione di percorsi clinico assistenziali per le principali patologie (diabete, BPCO, tumore della mammella, colon retto) attraverso l'organizzazione del percorso che prevede la presa in carico del paziente e l'audit clinico ed assistenziale per la verifica e l'efficacia del percorso adottato	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Collegio di Direzione	Quale Organo dell'Azienda concorre al governo delle attività cliniche ed alle altre funzioni previste dalle Linee Guida alla stesura degli Atti Aziendali	Proseguimento attività	Proseguimento attività

3. Qualità e sicurezza

In un sistema complesso, quale quello sanitario, riveste notevole importanza la gestione della qualità e della sicurezza.

La qualità, della quale si possono dare numerose definizioni, ciascuna delle quali è appropriata in relazione al contesto in cui viene definita, si riporta quella data da Palmer nel 1988: *“La qualità dell'assistenza consiste nella sua capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie esistenti, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza”*.

Per misurare, analizzare e valutare la qualità in modo da comprendere quali aspetti dell'assistenza non funzionano e quindi stabilire come possano essere migliorati, è possibile suddividere il concetto di qualità in sette aspetti definibili e misurabili. Questi aspetti sono

conosciuti come le sette dimensioni della qualità, di seguito riportate: efficacia attesa, efficacia pratica, competenza tecnica, accettabilità, efficienza, accessibilità, appropriatezza. È sulla base di tali elementi ed aspetti scientifici che sarà incrementato l'impegno dell'Azienda a continuare a perseguire obiettivi di qualità nei vari servizi e linee di attività, anche nell'ottica di un *Continuous Quality Improvement* (CQI).

La tematica della sicurezza, per gli operatori ed i pazienti costituisce, parimenti, tematica di costante attenzione per l'Azienda, che sarà analogamente oggetto di impegno per una sua diffusione maggiore all'interno delle articolazioni aziendali.

Tabella 39 - Qualità e sicurezza

Obiettivo	2014	2015	2016
Rilevazione qualità percepita	Indagine annuale qualità percepita dai degenti e dai fruitori dei servizi delle Case della Salute e dei Poli Ospedalieri	Proseguire attività	Proseguire attività
Gestione rischio clinico	Adozione ed attuazione del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico con raggiungimento di almeno il 70% degli obiettivi programmati: applicazione del PARM; gestione a regime della piattaforma Light-Simes	Adozione ed attuazione del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico con raggiungimento di almeno il 95% degli obiettivi programmati	Adozione ed attuazione del Piano Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico con raggiungimento di almeno il 100% degli obiettivi programmati
	Adozione di tutte le raccomandazioni ministeriali con almeno 2 eventi formativi per il personale	Garantire almeno 4 eventi formativi per il personale sulle raccomandazioni ministeriali	Garantire almeno 4 eventi formativi per il personale sulle raccomandazioni ministeriali
	Individuazione di responsabili aziendali dell'uso delle check list in Sala Operatoria e monitoraggio costante sul relativo utilizzo, ed almeno 1 evento formativo per il personale	Proseguire attività	Proseguire attività
	Predisposizione ed adozione di un documento sulla gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria, per gli aspetti medico-legali ed organizzativo gestionali, e divulgazione al personale dell'Azienda anche con 1 evento formativo	Proseguire attività	Proseguire attività
	Programmazione della revisione delle modalità di acquisizione del consenso informato nelle varie articolazioni aziendali	Proseguire attività	Proseguire attività
Comitato buon uso del sangue	Alimentazione sistemi Lait e e Simes riguardo la sinistrosità aziendale e gli eventi sentinella	Proseguire attività	Proseguire attività
	Inizio attività CVS (Comitato Valutazione Sinistri) Garantire l'operatività del Comitato con almeno 4 sedute l'anno, anche finalizzate alla stesura di interventi di miglioramento dell'uso del sangue e di incremento delle donazioni di almeno il 5% anno (circa 550 sacche) rispetto alla media del periodo 2011-2013	Proseguire attività	Proseguire attività

Comitato infezioni ospedaliere	Garantire l'operatività del Comitato con almeno 4 sedute l'anno, anche con la programmazione ed attivazione di protocolli e procedure di intervento e monitoraggio e contenimento delle ICA, estese sui 3 Poli Ospedalieri	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Sviluppare e realizzare percorsi Formativi per il potenziamento delle competenze sui modelli organizzativi da implementare in Ospedale con particolare riferimento ai modelli assistenziali per intensità di cura	Programmazione ed attuazione di almeno 2 eventi formativi sui 3 Poli Ospedalieri	Programmazione ed attuazione di almeno 1 evento formativo sui 3 Poli Ospedalieri per la presentazione delle esperienze attuate in ASL	Proseguimento attività

4. La rete socio-sanitaria e l'assistenza territoriale

Il modello distrettuale che si andrà a delineare terrà conto della DCA n. 429/2013, con una forte connotazione della funzione di produzione, con una tendenza al potenziamento di quella di committenza, ed un ruolo del Direttore del Distretto riconducibile a quello del Direttore del Presidio Ospedaliero, in termini di *governance* della struttura e di rapporti con le varie UU.OO.CC., anche in termini di garanzia della funzionalità complessiva del Distretto.

Si richiamano alcuni aspetti della citata DCA n. 429/2013 che individua il Distretto quale struttura operativa dell'Azienda Sanitaria a cui vengono assegnate responsabilità relativamente alla programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, al funzionamento di tutti i servizi sul territorio direttamente gestiti, nonché alle risorse umane, strumentali, e finanziarie assegnate per il perseguitamento degli obiettivi specifici. Tali funzioni sono da attribuirsi alla Direzione di Distretto.

Il Distretto quindi, inteso come articolazione territoriale della ASL ad elevata complessità, assicura alla popolazione di riferimento nell'area di competenza tutti i servizi territoriali di tipo sanitario e sociosanitario, direttamente o attraverso l'azione coordinata e sinergica con le altre articolazioni aziendali.

Il Distretto viene individuato quale macrostruttura con produzione diretta di servizi sanitari e sociosanitari da parte delle Unità Operative direttamente afferenti, e garantisce tutte le altre prestazioni attività attraverso produttori esterni al Distretto, aziendali e non.

Dal punto di vista organizzativo ad ogni Distretto sono assegnate risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento.

Le funzioni assicurate nel Distretto sono: committenza, produzione ed integrazione.

Il Direttore del Distretto contribuisce alle politiche di welfare, attraverso il *Piano di zona, e gli Accordi di programma*, finalizzata alla presa in carico integrata.

Il Distretto rappresenta la struttura nella quale si compiono le politiche sanitarie e sociosanitarie per la salute di un determinato territorio. Per quanto attiene all'integrazione Ospedale-Territorio, vanno potenziati specifici PDTA (Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali) integrati, anche prevedendo la condivisione di risorse e tecnologie.

L'Ufficio di Coordinamento Distrettuale, ha il compito di contestualizzare l'integrazione nel territorio di competenza, identificando i settori d'intervento, le modalità di coordinamento tra i servizi e i relativi percorsi operativi.

Le 4 funzioni strategiche direttamente assegnate alla Direzione distrettuale sono quelle sotto elencate:

- *Punto Unico di Accesso (PUA);*

- *Integrazione sociosanitaria;*
- *Integrazione Ospedale-Territorio;*
- *Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD).*

1) Punto Unico di Accesso (PUA): svolge un ruolo fondamentale nell'ambito della *governance* distrettuale attraverso:

- l'accesso, in termini di accoglienza, informazioni orientamento e accompagnamento;
- l'avvio della presa in carico, mediante una prevalutazione integrata sociosanitaria funzionale alla identificazione dei percorsi sanitari, sociosanitari e sociali appropriati;
- l'integrazione con l'intera rete dei servizi territoriali sociali e sanitari per l'accesso unitario ai diversi percorsi assistenziali;
- il monitoraggio e valutazione degli interventi avviati.

I PUA risultano attivati a livello aziendale e devono prendersi in carico e garantire una stretta collaborazione con le attività del Comune, anche attraverso la messa a disposizione di personale di quest'ultimo, ad esempio assistenti sociali, come già in essere presso alcune realtà aziendali.

2) L'Integrazione sociosanitaria: rappresenta l'insieme delle attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono 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, che si realizzano nelle seguenti aree d'intervento: materno infantile; handicap; anziani non autosufficienti; patologie cronico-degenerative; patologie psichiatriche; dipendenze da droga, alcool e farmaci; patologie per i infezioni da HIV; patologie in fase terminale.

3) L'integrazione Ospedale-Territorio: si traduce nella previsione di percorsi assistenziali diversificati (domiciliari, residenziali, riabilitativi), in relazione alle specifiche necessità per le principali patologie croniche ad alto assorbimento di risorse (es. Diabete mellito, Scompenso cardiaco, BPCO, etc.). L'obiettivo aziendale è rivolto prioritariamente al potenziamento dell'integrazione ospedale-territorio come concreta soluzione al problema dell'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri. In particolare, anche alla luce della recente estensione ai distretti della possibilità di erogare i PAC, andrà incrementata la collaborazione e la sinergia ospedale-territorio, prevedendo l'apporto bidirezionale in termini di prestazioni specialistiche e di diagnostica-strumentale tra le due strutture, con particolare riguardo per i Dipartimenti Ospedalieri.

4) L'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD): esplora le condizioni e le necessità sanitarie, sociali e relazionali e ambientali della persona e individua interventi personalizzati e appropriati da erogarsi da parte della rete dei servizi territoriali.

L'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, sulla base delle indicazioni del DCA 259/2014, sarà garantita attraverso la definizione di uno specifico modello organizzativo che tiene conto della presenza di più istituti penitenziari sul territorio aziendale, del numero di detenuti e di particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, sex offender). In particolare, in considerazione del fatto che i tre istituti di pena (Cassino, Frosinone e Paliano) insistono rispettivamente negli ambiti territoriali del Distretto D, B e A, andrà garantita assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, assicurando la valutazione dello stato di salute dei nuovi

ingressi, le prestazioni infermieristiche, le prestazioni specialistiche, la risposta alle urgenze, la cura delle malattie infettive, la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, la tutela della salute delle detenute e della loro prole, la tutela della salute della popolazione immigrata. Quanto sopra può essere realizzato con l'istituzione di un servizio di medicina penitenziaria distrettuale nell'ambito dei Distretti sede degli istituti di pena.

Andrà parimenti rivisto il ruolo e la funzione della Medicina Legale, ampiamente estesa in termini di risorse sul territorio aziendale, per quel che concerne la protesi e gli ausili, che costituiscono una voce di spesa in costante aumento, anche in relazione al *trend* epidemiologico della popolazione. In particolare, in analogia ad altre Aziende sanitarie, e con il superamento dell'attuale assetto organizzativo, sarà cura della Medicina Legale gestire la funzione protesica e degli ausili, supportata dalle altre professionalità specialistiche, nonché dalla stesura di un Regolamento Aziendale in materia e dall'attivazione di sistemi di rigenerazione dei principali ausili, anche con l'apporto di soggetti esterni.

Parimenti oggetto d'intervento saranno i S.M.R.E.E., per affrontare quel disagio adolescenziale sempre più crescente a vario titolo, attraverso un maggior raccordo funzionale con i PLS e le strutture di pediatria aziendali.

Nel prossimo triennio si avvierà una riorganizzazione dei Poliambulatori con l'obiettivo di razionalizzare i costi di gestione impiegando al meglio le risorse umane esistenti, per garantire ai cittadini servizi efficienti.

Contestualmente verrà riavviata riorganizzazione, *reengineering* dei Consultori, in termini di presa in carico della paziente e di un maggiore raccordo con la componente ospedaliera attraverso una migliore definizione dei percorsi assistenziali, anche con l'obiettivo di razionalizzare i costi impiegando al meglio le risorse.

Sulla base del Nuovo Accordo Collettivo Regionale dei MMG e PLS siglato in data 3 ottobre 2014, la medicina generale del Lazio si rende pertanto disponibile insieme all'istituzione a consentire lo sviluppo di una riorganizzazione strutturale della rete dei servizi usando come strumenti l'informatizzazione, la modernizzazione, la semplificazione, la telemedicina, la programmazione, l'appropriatezza; piuttosto che l'adozione di provvedimenti di taglio di spesa lineare, garantendo quindi ai cittadini un servizio sanitario migliore, in linea con gli obblighi di bilancio e valorizzando la professionalità degli operatori. L'obiettivo di questo accordo è strutturare le basi di un sistema di cure di prossimità che grazie al riequilibrio di funzioni e processi assistenziali dalla rete ospedaliera per acuti alla rete sociosanitaria territoriale consenta, nella Regione Lazio, una volta usciti dai vincoli del piano di rientro, di avere un sistema sanitario regionale in linea con quello delle regioni e dei Paesi più organizzati. Il coinvolgimento attivo della medicina generale nell'innovazione del sistema rappresenta un elemento fondamentale per il successo di questa strategia e per garantire ai cittadini i livelli essenziali di assistenza e per arrivare progressivamente ad una copertura assistenziale h24, sette giorni su sette. Il presente accordo rende pienamente operativi gli obiettivi espressi nel protocollo d'intesa del 23 luglio 2014.

Tabella 40 - Obiettivi protocollo di intesa del 23/07/2014

Obiettivo	2014	2015	2016
Riorganizzazione dell'attività dei Medici di Medicina Generale	Riorganizzazione delle UCP responsabilizzazione dei MMG nella gestione integrata all'interno della Case della Salute di Pontecorvo	Prosecuzione attività nelle altre Case della Salute Promozione dei nuovi modelli di associazionismo dei MMG e PLS dopo la sottoscrizione dei relativi Accordi Nazionali e Regionali	Prosecuzione attività

Il potenziamento dell'assistenza primaria e la conseguente migliore integrazione socio sanitaria sono legate alla valorizzazione e responsabilizzazione dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e degli altri professionisti del territorio nell'ottica del lavoro di equipe.

A tale scopo è individuato il Dipartimento di Coordinamento tecnico sull'Assistenza primaria e cure intermedie che è un Dipartimento funzionale e non ha quindi un ruolo di direzione gerarchica sulle Unità Operative Complesse afferenti ai Distretti ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione della funzione alla quale è preposto e non è destinatario di budget.

Per quel che concerne la continuità assistenziale, al fine di realizzare un servizio più efficiente e di maggiore qualità per l'utenza, si realizzerà una **Centrale Unica di Ascolto** (CUA) con le seguenti funzionalità:

- numero telefonico unico (eventualmente numero verde);
- dotazione di n. 4 postazioni operatore di tipo call center;
- dotazione di sistema di registrazione delle conversazioni a norma di legge;
- possibilità di effettuare statistiche sulla gestione del servizio;
- registrazione ed archiviazione su data base di tutti i dati della “scheda chiamata”;
- individuazione automatica del medico disponibile per la visita domiciliare.

5. Punto Unico di Accesso (PUA)

Al fine di organizzare azioni di miglioramento delle funzioni di orientamento e di prima presa in carico degli utenti da parte del Punto Unico di Accesso Integrato Socio-Sanitario si prevede l'adozione di un Regolamento operativo condiviso con i Distretti Sociali e dello strumento di valutazione *InterRai Contact Assessment*.

Il PUA costituisce l'articolazione più importante del Distretto, il punto di partenza di ogni azione rivolta verso l'utente, dove viene preso in carico lo stesso. Andrà, inoltre, previsto uno stretto raccordo con i Comuni, anche con la messa a disposizione di personale di quest'ultimi, ad es. assistenti sociali, per un approccio ed una integrazione socio-sanitaria alle problematiche dell'utente, con il superamento di informazioni ed interventi frammentati e dispersivi.

Tabella 41 - Azioni di miglioramento PUA

Obiettivo	2014	2015	2016
Implementare gli interventi di orientamento e di prima presa in carico degli utenti nei 5 PUA presenti nel territorio Aziendale	Adozione di un Regolamento operativo del P.U.A integrato socio-sanitario condiviso con i Distretti Sociali	Adozione presso i P.U.A. aziendali dello strumento InterRai Contact Assessment	Prosecuzione attività (Adozione del supporto informatico per lo sviluppo, utilizzo, consuntivazione e monitoraggio delle attività del P.U.A.)
Rafforzare il sistema di rete e coordinare gli interventi socio-sanitari sul territorio di riferimento	Progettazione percorsi socio-sanitari integrati per la presa in carico di pazienti fragili	Attivazione di due percorsi integrati per la presa in carico di pazienti fragili	Prosecuzione attività

6. Integrazione Socio Sanitaria

La legislazione vigente sul tema è rappresentata dalla DGR 316/2014 avente ad oggetto: “L.R. n. 38/96, art. 51. *“Approvazione documento concernente linee guida agli ambiti territoriali individuati ai sensi dell’art. 47, comma 1 lettera c) della L. R. n. 38/96 per la redazione dei Piani sociali di zona periodo 2012-2014”*”. L’Azienda Sanitaria di Frosinone rappresenta l’interlocutore privilegiato per la realizzazione dell’integrazione Socio-Sanitaria nell’ambito delle attività previste nel Piano di Zona. La ASL si propone di sottoscrivere gli accordi di programma con cui sono adottati i Piani di Zona di tutti i Distretti secondo quanto approvato nel documento di Economia e Finanza regionale 2014-2016 (macro Area “Una Regione che Cura e Protegge”). In particolare il Piano di Zona dovrà, secondo la Deliberazione Consiliare n. 14 del 21.12.2013, essere lo strumento primario di attuazione della Rete dei Servizi sociali e di integrazione Socio-Sanitaria secondo i seguenti obiettivi:

- trasformazione dei progetti annuali dei Piani di Zona in servizi sociali essenziali, distrettuali, permanenti;
- recepimento degli indirizzi di Giunta della DGR n. 321/2013 sul sistema integrato degli interventi e servizi sociali della Regione Lazio;
- rafforzamento del Distretto Socio-Sanitario attraverso il superamento degli attuali accordi di programma utilizzando le forme legislative del D.Lgs. 267/2000;
- introduzione di strumenti contabili ed organizzativi omogenei a livello distrettuale (organizzazione dell’ufficio di Piano);
- soppressione delle duplicazioni di interventi distrettuali, con quali regionali e comunali
- implementazione di una piattaforma informatica;
- individuazione e distinzione degli interventi distrettuali socio assistenziali e di quelli socio sanitari tramite il raccordo e la coerenza della programmazione distrettuale con quella della ASL di Frosinone;
- integrazione con tutte le strutture pubbliche, private accreditate, terzo settore (volontariato, associazionismo) per la creazione di un pool di risorse umane e finanziarie comuni.

Per quanto sopra stabilito, la ASL avvierà fattive politiche di coordinamento organizzativo ed operativo con i Comuni per l’attuazione di strategie politiche condivise. Al termine del percorso delineato si dovrà giungere in tutta la Provincia ad una integrazione vera delle attività socio sanitarie (Materno infantile, Anziani, Disabili fisici, Psichici e sensoriali, Salute mentale e dipendenze, Patologie cronico degenerative, etc.), anche attraverso la formulazione di protocolli innovativi di “Dimissione Socio Sanitaria Protetta”.

In particolare, sarà cura dell’Azienda valorizzare la figura dell’Assistente Sociale, inserendola nella programmazione dei servizi distrettuali (in particolare rapporti con il Dipartimento di Salute

Mentale e delle Patologie da Dipendenza e il Dipartimento dell'Assistenza Primaria e Cure Intermedie) e nell'ufficio di coordinamento distrettuale.

Di seguito in breve i principali obiettivi:

Tabella 42 - Azioni miglioramento Integrazione sociosanitaria

Obiettivo	2014	2015	2016
Partecipazione ai Tavoli Tecnici per la stesura dei Piani di Zona	Implementazione della collaborazione nei Distretti sociali di riferimento	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Protocolli operativi per specifiche aree di intervento rivolti a popolazione fragile (Alzheimer, SLA, Disagio Psichico, Minori, Non autosufficienza)	Attivazione di protocolli	Proseguimento attività	Proseguimento attività

7. Case della Salute

Le Case della Salute rappresentano l'articolazione funzionale del Distretto più idonea a garantire gli obiettivi previsti dalle direttive regionali (DCA nn. 428 e 429 e 40). Nella ASL di Frosinone sono previste quattro Case della Salute di cui una già avviata (Pontecorvo) e tre da avviare nel triennio 2014-2016.

Per l'importanza strategica di tale obiettivo è stato completato uno studio comprendente la pianificazione triennale di tutte le attività presenti e di quelle da intraprendere, con la valutazione di tutti i costi relativi e dei benefici attesi (*business plan*) che sarà presentato in Regione entro l'anno.

1. *Casa della Salute di Pontecorvo*

Saranno potenziate e integrate le attività già presenti. Sarà inoltre attivato un punto di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

2. *Casa della Salute di Ceccano - Ceprano*

La Casa della Salute Ceccano - Ceprano interesserà entrambe le strutture. Presso la struttura di Ceccano oltre alle attività già in essere, funzionali allo svolgimento degli interventi previsti dai DCA Regionali per l'organizzazione delle Case della Salute, verrà implementato un "Centro Integrato di Endocrinologia e Malattie Metaboliche" organizzato in collaborazione con l'Università del Campus Biomedico di Roma. Presso questa Struttura si svilupperà un modello di Casa della Salute con la partecipazione dell'Università, ma anche di altre istituzioni e organizzazioni pubbliche, il privato e il privato sociale secondo un progetto a tale scopo elaborato e presentato in Regione.

3. *Casa della Salute Atina*

La Casa della Salute di Atina è la Struttura di riferimento nella quale garantire le funzioni previste dalla normativa regionale in tema di case della Salute. Atina ospiterà anche una Struttura semiresidenziale per i malati di Alzheimer. Altre due Strutture partecipano al completamento dei servizi Distrettuali sul modello Case della Salute: Isola del Liri e Arpino. Isola del Liri parteciperà alla Casa della Salute prevalentemente con l'Hospice. In base al DCA n. 80 del Presidente Polverini confermato dalle Linee Guida del Presidente Zingaretti, l'Hospice di Isola del Liri è accreditato per n. quindici (15) posti letto. La realizzazione dell'Hospice ad Isola del Liri costituisce, per il momento, l'unica offerta residenziale pubblica nella provincia di Frosinone. Per questo motivo, sono già state prese iniziative regionali per l'Hospice e presso l'ex ospedale di Isola del Liri ci sono

locali dedicati. L'Hospice è collocato nell'Ex Ospedale Civile, di cui è parte integrante, e usufruisce di tutte le opportunità messe a disposizione dalla struttura, coerente con le necessità della struttura stessa. Arpino parteciperà alla Casa della Salute con servizi socio-sanitari collocati presso l'ex Ospedale Santa Croce. Altre comunità, ad esempio Veroli, saranno individuate come sedi, presso strutture esistenti, di servizi socio assistenziali ed ambulatoriali in collegamento con le Case della Salute di riferimento.

4. Casa della Salute Ferentino

Presso la struttura di Ferentino saranno organizzate, secondo quanto previsto dalla vigente normativa, i moduli funzionali di base della Casa della Salute, mentre i moduli funzionali aggiuntivi saranno organizzati tenendo conto del rilievo dei bisogni di salute che l'analisi del contesto geosanitario in atto nel Distretto di riferimento della struttura rileverà.

La funzione di assistenza sociale sarà valorizzata attraverso il pieno degli assistenti sociali sia nei PUA che nei percorsi di integrazione sociosanitaria (case manager) per le problematiche sociali.

Per tutte le istituende Case della Salute sarà attivato un punto di erogazione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

I Programmi Operativi regionali prevedono almeno una Casa della Salute per Distretto, ma il recente protocollo d'intesa con i MMG per la riorganizzazione dell'assistenza territoriale e la medicina d'iniziativa consentirà di individuare anche altre sedi, messe a disposizione dei Comuni, per implementare la medicina di iniziativa e quindi molte delle attività previste proprio a tale scopo. In questo panorama si inserisce la disponibilità della struttura di Arpino che, a partire dal 2015, potrà ospitare i servizi legati alla medicina di iniziativa.

Tabella 43 - Azioni miglioramento Case della Salute

Obiettivo	2014	2015	2016
Implementazione attività Casa della Salute di Pontecorvo	Avvio PDTA Diabete, BPCO, Scompenso cardiaco e Tao	Attivazione di moduli funzionali aggiuntivi: Sportello di ascolto antiviolenza Counseling psicologico/psichiatrico Servizio Multietnico Area di sorveglianza temporanea Odontoiatria Sociale Arruolamento di 1000 soggetti nel PDTA Diabete	Proseguimento attività
Casa della Salute di Ceprano Ceccano		Apertura della Casa della Salute	Proseguimento delle attività
Casa della Salute di Atina		Apertura Casa della Salute	Proseguimento delle attività
Casa della Salute di Ferentino			Apertura Casa della Salute

8. Specialistica ambulatoriale interna

Il contributo della specialistica ambulatoriale interna alle attività assistenziali dell'Azienda, costituisce un importante elemento che necessita di una attenta analisi e valorizzazione, anche al fine di una corretta e razionale allocazione delle risorse, legate alle necessità epidemiologiche del territorio.

La gestione di tale attività vedrà, in sinergia e collaborazione con le articolazioni aziendali di riferimento, una partecipazione attiva e propositiva del vertice aziendale anche attraverso una revisione dei processi autorizzativi e, soprattutto, attraverso una costante ed aggiornata gestione delle graduatorie del Comitato Consultivo Zonale, anche in considerazione della spesa complessiva 2013, e del *trend* del 2014, in relazione alla popolazione di riferimento.

Tabella 44 - Specialistica ambulatoriale interna

Obiettivo	2014	2015	2016
Graduatorie Comitato Consultivo Zonale	Aggiornamento graduatorie Comitato Consultivo Zonale nel rispetto della normativa in materia	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Processi di autorizzazione e revisione delle ore di specialistica	Revisione dei processi di autorizzazione e revisione delle ore di specialistica	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Sviluppo delle aggregazioni funzionali territoriali monoprofessionali nonché forme organizzative multiprofessionali	Sviluppo delle aggregazioni funzionali territoriali monoprofessionali nonché forme organizzative multiprofessionali	Proseguimento attività	Proseguimento attività

9. Assistenza domiciliare e cure palliative

L’Azienda ASL intende proporre una riorganizzazione delle varie attività distrettuali in modo da raggiungere l’omogeneizzazione dell’offerta assistenziale in tutto il territorio aziendale.

Tabella 45 - Assistenza domiciliare e cure palliative

Obiettivo	2014	2015	2016
Omogeneizzazione procedure in tutti i CAD e informatizzazione Dati/SIAD con Regione	100%	100%	100%
Rispetto delle direttive	100%	100%	100%
Presa in carico dei pazienti >65 gg	3%	3%	3%

10. Attività riabilitativa e residenzialità

Tabella 46 - Attività riabilitativa e residenzialità

Obiettivo	2014	2015	2016
Omogeneizzazione lista unica	100%	100%	100%
Informatizzazione dati SIRA	100%	100%	100%
Valutazione e controllo dei paz. c/o RSA	100%	100%	100%

11. Qualificazione dell’offerta ospedaliera

Di seguito si elencano i principali criteri ispiratori per la riorganizzazione della rete ospedaliera provinciale:

- superamento graduale delle aree di ricovero per specialità mediante un’organizzazione non più articolata per disciplina, ma per aree omogenee per livello di complessità assistenziale e per aree polispecialistiche mediche e chirurgiche per quanto riguarda i ricoveri diurni;
- individuazione nelle singole strutture ospedaliere di posti letto per area assistenziale: medica, chirurgica, intensiva/sub-intensiva, materno-infantile, mantenendo solo alcune discipline specifiche (psichiatria, malattie infettive, post-acuzie);
- valorizzazione delle reti di alta specialità, sia tempo-dipendenti che di quelle oggetto di specifici decreti commissariali (oncologica, delle malattie infettive ecc.);
- potenziamento delle specialità connesse all’area dell’emergenza (medicina d’urgenza, terapia intensiva, TIN, UTIC, stroke-unit);
- rimodulazione dei servizi in coerenza con gli interventi di riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici, della rete della medicina trasfusionale e delle innovazioni tecnologiche (teleprenotazione, teleconsulto, teleradiologia, telecardiologia);

- miglioramento dell'appropriatezza clinica e organizzativa. Per quanto riguarda l'ambito clinico l'azienda conforma la propria attività ad un modello di clinical governance. Relativamente all'ambito organizzativo l'azienda è impegnata ad implementare e potenziare modelli assistenziali innovativi, alternativi al ricovero ordinario (week hospital, one-day surgery, day surgery, day hospital, day service). Quanto sopra si inquadra in un più ampio disegno di riequilibrio con le altre componenti dell'assistenza sanitaria, dato che i fattori epidemiologici e sociali precedentemente esaminati non consentono di esaurire il bisogno di assistenza all'interno dell'ospedale per acuti, ma richiedono di affrontare in modo nuovo le esigenze che scaturiscono dalle condizioni di cronicità, polipatologia e disabilità, in costante e progressivo incremento. A tale complessità dei bisogni si devono contrapporre approcci pluridisciplinari e forme di integrazione in grado di garantire la continuità dell'assistenza nel lungo periodo, l'appropriatezza dei setting assistenziali, l'integrazione socio-sanitaria, il decentramento delle cure con permanenza degli assistiti nel proprio contesto sociale;
- modifiche sulla rete ospedaliera contestuali e sinergiche all'attivazione delle Case della Salute;
- collocazione geografica delle strutture funzionale il recupero di quote di mobilità passiva.

Alla luce di tali considerazioni si ritiene che la ridefinizione della rete ospedaliera debba essere impostata:

- sulla caratterizzazione degli ospedali in base al patrimonio tecnologico e di risorse umane, al posizionamento geografico (facendo affidamento anche sulla saturazione delle capacità di offerta di aziende limitrofe per il recupero di mobilità passiva);
- sulla presenza di nicchie di specializzazione a forte capacità di attrazione;
- sul raccordo con la medicina primaria e i servizi di assistenza domiciliare che sono considerati “fattori di successo” di un ospedale per acuti.

Pertanto, si pensa di individuare nell'ospedale unico Frosinone-Alatri la sede di servizi di alta specializzazione per pazienti critici (ad es. UTN per il trattamento dell'ictus), caratterizzandolo inoltre come centro di eccellenza per le patologie materno-infantili e come luogo di implementazione di modelli assistenziali innovativi. Il P.O. di Sora sarà dotato di tutti quei servizi in grado di rafforzare la sua vocazione oncologica, ormai già abbastanza consolidata. Inoltre, sulla scorta di un'analisi dettagliata dei flussi in uscita, dovrà ospitare quelle discipline necessarie per limitare la cospicua mobilità verso l'Abruzzo. Il P.O. di Cassino infine ha le sue opportunità di sviluppo nell'area medico-riabilitativa e nel rafforzamento dei collegamenti con il territorio. Deve inoltre potenziare la sua attrattiva e competitività nei confronti degli utenti/strutture del casertano.

Per quel che concerne il Presidio di Anagni è in corso un piano di riorganizzazione delle attività, dei servizi e delle prestazioni con il potenziamento di modelli alternativi al ricovero ordinario e la previsione di un Centro per la sorveglianza sanitaria ed epidemiologica sulle problematiche della Valle del Sacco, che sarà dotato di due Unità Operative Complesse sulla tutela dei rischi ambientali degli alimenti e delle produzioni zootecniche. Inoltre, al fine di fornire una migliore risposta qualitativa alle prestazioni rese dal PPI, in collegamento con il DEA di I° livello di Frosinone e nell'ambito delle risorse umane in dotazione, sarà possibile individuare posti di Osservazione Breve Intensiva (OBI) per l'osservazione e la stabilizzazione di pazienti fino alla dimissione o al trasferimento al DEA di riferimento

In linea con le direttive regionali, sarà infine prevista una figura attualmente assente in Azienda, il Dirigente delle professioni sanitarie, attraverso una articolazione aziendale che verrà successivamente definita.

Tabella 47 - miglioramento offerta ospedaliera

Obiettivo	2014	2015	2016
Implementazione degli indicatori di qualità ed esito in particolare in ambito chirurgico	rispetto tempi di intervento fratture del femore	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Definire nuovi modelli organizzativi dell'offerta del Polo di Alatri	implementazione week hospital, Day Surgery, APA, PAC	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Avviare sperimentazione ospedale per intensità di cura, area medica Cassino	implementare la sperimentazione dell'ospedale per intensità di cura	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Preospedalizzazione su tutti e tre i Poli Ospedalieri	Implementazione della preospedalizzazione	Proseguimento attività	Proseguimento attività
Riorganizzazione attività ambulatoriali, ospedaliere e agende	riorganizzazione attività ambulatoriali, ospedaliere e agende	Proseguimento attività	Proseguimento attività

Si provvederà inoltre, in ottemperanza a specifici DCA, alla riorganizzazione della rete laboratoristica (DCA n. 219 dello 02/07/2014 - *"Riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici"*) per la quale sta lavorando specifico Gruppo di lavoro aziendale anche tenendo conto dell'assetto orografico dell'Azienda, nonché al riordino della Rete Trasfusionale (DCA n. 207 dello 20 giugno 2014 - *"Recepimento accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 149 del 25/07/2012. Piano di riordino dei Servizi Trasfusionali"*), per la quale sta parimenti lavorando specifico Gruppo di lavoro aziendale; riordino che dovrà tener conto della connotazione dell'Ospedale di Cassino quale DEA di I° livello, della necessità di un servizio H24 e delle esigenze delle strutture assistenziali del privato accreditato presenti nel territorio.

12. Riorganizzazione emergenza urgenza

La Rete dell'emergenza riveste un ruolo fondamentale per garantire la sicurezza dell'intera popolazione, ma incide anche sull'efficienza dell'intero sistema di offerta sanitaria. È necessario promuoverne una maggiore appropriatezza introducendo elementi correttivi di razionalizzazione, quali per esempio:

- individuare modelli organizzativi che privilegino l'integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali in una logica a rete allestendo ad esempio percorsi alternativi al pronto soccorso come l'istituzione delle UCCP all'interno delle Case della Salute almeno h 12 per la gestione integrata dei codici a bassa gravità ;
- regolamentare l'apporto del volontariato;
- favorire i rapporti con le istituzioni coinvolte nella gestione dell'emergenza anche alla luce dell'imminente attivazione del numero unico europeo 112;
- garantire interventi equi e omogenei anche nelle zone più svantaggiate;
- realizzare o implementare progetti regionali o locali di defibrillazione precoce sul territorio;
- promuovere la formazione del personale per la gestione dell'arresto cardiaco intraospedaliero e l'istituzione di registri ospedalieri e regionali;
- promuovere la diffusione della metodologia del triage ospedaliero, tenendo conto delle

peculiarità dell’ambito pediatrico;

- attivare l’Osservazione Breve Intensiva (OBI) e la medicina d’urgenza;
- attivare la Discharge Room in tutti i Poli Ospedalieri.

Infine, elemento fondamentale per garantire la continuità dell’assistenza in emergenza è la realizzazione o il completamento della rete delle patologie acute ad alta complessità assistenziale, quali la sindrome coronarica acuta, l’ictus, il trauma, le urgenze ostetrico-ginecologiche e pediatriche.

Per incrementare l’efficacia ed efficienza del trattamento del paziente critico è necessario prevedere adeguati percorsi diagnostico terapeutici relativi alle suddette aree dell’emergenza.

Nell’Area della patologia coronarica acuta, la tipologia di offerta sarà di tipo E che prevede posti letto di cardiologia, UTIC e servizio di emodinamica già attiva presso il P.O. di Frosinone; e la tipo C che prevede soli posti letto di cardiologia ed UTIC attiva presso i P.O. di Sora e Cassino.

Per tale motivo:

- è necessario lo sviluppo della rete cardiologica attraverso l’adozione di PDTA condivisi e unificati per tutta l’Azienda Sanitaria con incremento delle interrelazioni tra i centri di tipo C e il centro di riferimento di Frosinone;
- è fondamentale il miglioramento dell’interconnessione tra il sistema 118 e la rete della cardiologia con emodinamica, anche in funzione dei trasporti secondari urgenti relativi ai pazienti che autonomamente si recano presso presidi sede di P.S. privi di emodinamiche;
- è infine auspicabile l’estensione del sistema di trasmissione del tracciato ECG dal mezzo di trasporto al centro di cardiologia con servizio di emodinamica di riferimento.

Il trattamento del trauma grave e neuro trauma necessita la presenza di un team multidisciplinare polispecialistico (Neurochirurgo, Chirurgo toracico, Chirurgo vascolare, Radiologo interventista, etc.), che al momento non è disponibile nella ASL di Frosinone. Pertanto, i pazienti affetti da tali patologie devono essere necessariamente trasferiti presso i DEA di II° Livello individuati dal citato DCA n. 368/2014 secondo schemi e criteri ben codificati.

Sarebbe auspicabile lo sviluppo e la sperimentazione di un sistema di trasmissione di immagini e teleconsulenza che colleghi i Trauma Center di II livello con la periferia.

Per i pazienti con lesione ictale non traumatica è necessaria l’implementazione della Stroke Unit, Unità di Trattamento Neurovascolare di primo livello (UTN I) con stesura di protocolli operativi condivisi idonei a selezionare i malati che possono effettuare la trombo lisi e realizzare un sistema di trasmissione di immagini e teleconsulenza per la riduzione dei trasporti secondari verso gli Hub.

Per l’Area dell’emergenza perinatale vanno riconsiderati i punti nascita in relazione al numero di parto/anno prevedendo la sola funzione di assistenza al parto e neonato fisiologico senza posti letto di patologia neonatale (livello I-) per un volume di parto compreso fra 600 e 1000 parto/anno.

Nell’Area della emergenza pediatrica la domanda assistenziale è rivolta solo ai casi specifici facendo riferimento ai quattro Hub individuati dalla Regione ossia A.O. San Camillo, Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto I, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, quest’ultimo si configura come unico centro che svolge il ruolo di Hub per l’emergenza pediatrica sia medica sia chirurgica (centro di chirurgia neonatale/pediatrica, neurochirurgia e cardiochirurgia). Per quanto riguarda il modello organizzativo del trasporto di emergenza neonatale (STEN) e del trasporto assistito materno (STAM), si fa riferimento a quanto contenuto nel DCA n. 56/2010.

Così come indicato dalla Regione e già oggetto di specifico progetto aziendale, Progetto Astrid, andrà posta particolare attenzione agli aspetti legati alla violenza sulle donne, i cui dati nazionale e regionali sono sempre più allarmanti, attraverso la previsione di un servizio multidisciplinare attivo presso i Presidi Ospedalieri, nell'area dell'emergenza-urgenza.

Il nuovo assetto della Rete dell'emergenza-urgenza, del trauma grave e neurotrauma, della Rete ictus e della Rete perinatale, con le relative afferenze, è schematizzato nel prospetto sottostante.

Tabella 48 - Rete dell'Emergenza Urgenza

120906	RMA	POLICLINICO UMBERTO I	Roma	DEA II	h12 (da attivare h24)	135.486
120053	RMG	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli	DEA I	-	40.799
120216	FR	F SPAZIANI	Frosinone	DEA I	Da attivare	47.500
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino	DEA I	h24	41.449
120046	RMG	L.PARODI DELFINO	Colleferro	PS	-	28.706
120051	RMG	CONIUGI BERNARDINI	Palestrina	PS	-	35.633
120049	RMG	SS GONFALONE	Monterotondo	PS		22.250
120052	RMG	A. ANGELUCCI	Subiaco	PS	Da attivare	9.178
120226	FR	SS TRINITA`	Sora	PS	h24	27.133
120217	FR	SAN BENEDETTO	Alatri	PS	h24	27.932

Tabella 49 - Rete del Trauma grave e del Neurotrauma

RMA	120906	AU POLICLINICO UMBERTO I	Roma	DEA II	CTS
RMB	120267	SANDRO PERTINI	Roma	DEA I	PST
RMB	120165	POLICLINICO CASILINO	Roma	DEA I	PST
RMC	120902	AO S.GIOVANNI/ADDOLORATA	Roma	DEA II	CTZ
RMG	120053	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli	DEA I	PST
RMG	120046	L.PARODI DELFINO	Colleferro	PS	PST
RMG	120051	CONIUGI BERNARDINI	Palestrina	PS	PST
FR	120216	P.O. Unificato Frosinone-Alatri	Frosinone	DEA I	CTZ
FR	120228	OSPEDALE CIVILE	Cassino	DEA I	PST
FR	120226	SS TRINITA`	Sora	PS	PST
RMB	120920	AU PTV	Roma	DEA I	CTZ
RMC	120076	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma	DEA I	PST

Tabella 50 - Rete dell'Ictus

120920	RMB	AU PTV	Roma	DEA I	UTN II
120165	RMB	POLICLINICO CASILINO	Roma	DEA I	TNV/PSe
120076	RMC	MADRE GIUSEPPINA VANNINI	Roma	DEA I	TNV/PSe
120044	RMH	OSP.RIUNITI	Albano/Genzano	PS	TNV/PSe
120047	RMH	S.SEBASTIANO	Frascati	PS	TNV/PSe
120054	RMH	OSP. PAOLO COLOMBO**	Velletri	DEA I	TNV/PSe
120216	FR	P.O. Unificato Frosinone-Alatri	Frosinone/Alatri	DEA I	UTN I
120226	FR	SS TRINITA`	Sora	PS	TNV/PSe
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino	DEA I	TNV/PSe

Tabella 51 - Rete Perinatale

120906	RMA	POICLINICO UMBERTO I	Roma	DEA II	1.602	II	31	24	20
120072	RMA	SG CALIBITA FATEBE NEFRATELLI	Roma	DEA I	4.172	II	48	13	16
120053	RMG	S. GIOVANNI EVANGELISTA	Tivoli	DEA I	769	I	25	11	-
120051	RMG	CONIUGI BERNARDINI	Palestrina	PS	628	I	25	6	-
120046	RMG	L'PARODI DELFINO	Colleferro	PS	409	-	-	-	-
120049	RMG	SS GONFALONE	Monterotondo	PS	419	-	-	-	-
120216	FR	F SPAZIANI	Frosinone	DEA I	906	I	34	8	-
120217	FR	SAN BENEDETTO	Alatri	PS	576	-	-	-	-
120228	FR	OSPEDALE CIVILE	Cassino	DEA I	754	I	15	2	-
120226	FR	SS TRINITA'	Sora	PS	818	I	15	2	-

Il funzionamento delle reti verrà monitorato utilizzando gli indicatori definiti nel DCA n. 368/2014.

12.1 Previsione di un DEA II nel Presidio Unificato Frosinone-Alatri

Preso atto che gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 5 agosto 2014 prevedono che il DEA di II° livello serva "un bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, con un numero di accessi annui appropriati superiore a 70.000" e atteso che nel Presidio Unificato Frosinone-Alatri si stimano in 80.000/anno il numero di accessi in P.S., si avvierà fin da ora una intensa opera di qualificazione e di maggiore appropriatezza del triage nonché si procederà alla attivazione delle discipline, dei servizi e delle funzioni che caratterizzano un DEA di II° livello ai sensi del documento sugli standard della Conferenza. Pertanto, saranno potenziate le aree materno-infantile e anestesiologico-ortopedica e più in generale l'area chirurgica e saranno attivate l'UTN (Unità Terapia Neurovascolare), e alcune alte specialità e discipline (chirurgia vascolare, neurochirurgia, radiologia interventistica) per addivenire alla formulazione di una richiesta ufficiale ai Tavoli Tecnici del Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) e del Ministero della Salute, per tramite della Regione Lazio, volta al riconoscimento del DEA di II° livello nel Presidio Unificato Frosinone-Alatri.

Tabella 52 - Miglioramento organizzazione emergenza urgenza

Obiettivo	2014	2015	2016
Attivare l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) e la medicina d'urgenza	Attivazione in almeno un Presidio Ospedaliero	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Attivazione Discharge Room in tutti i Poli Ospedalieri	Attivazione in almeno un Presidio Ospedaliero	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Attivazione Holding Area in tutti i Presidi Ospedalieri	Attivazione in almeno un Presidio Ospedaliero	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Attivazione di un servizio antiviolenza in tutti i Presidi Ospedalieri	Attivazione in almeno un Presidio Ospedaliero	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Richiesta del riconoscimento di un DEA di II° livello nel Presidio Unificato Frosinone-Alatri	Qualificazione e appropriatezza triage dei PS Istituzione di un gruppo di lavoro dedicato	Potenziamento delle attività esistenti e individuazione nuove discipline ai sensi del Regolamento della Conferenza Stato-Regioni 5/8/2014. Invio ufficiale della richiesta con relativa documentazione alla Regione Lazio.	Consolidamento e implementazione delle attività indicate nel 2015

13. La nuova Rete Ospedaliera pubblica

Il citato DCA n. 368/2014 modifica l'assetto della rete ospedaliera, così come precedentemente disegnata dal DCA n. 80/2010 e ss.mm.ii. che deve ritenersi definitivamente superato. Viene di seguito riportata nelle tabelle sottostanti la nuova rete ospedaliera pubblica, così come scaturita dalle indicazioni regionali.

Tabella 53 - Nuova rete ospedaliera

P.O UNIFICATO FROSINONE - ALATRI		POSTI LETTO	
		ORD	DH
CARDIOLOGIA		24	
AREA MEDICA		137	
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		10	
TOTALE		161	10
			171
AREA CHIRURGICA		110	
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		14	
TOTALE		110	14
			124
TERAPIA INTENSIVA		6	
UNITA' CORONARICA		8	
ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA		20	
UTN		6	
TOTALE		40	0
			40
OSTETRICIA		34	
PEDIATRIA		15	2
NEONATOLOGIA		8	
TOTALE		57	2
			59
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI		14	
TOTALE		14	0
			14
PSICHIATRIA		16	
TOTALE		16	0
			16
LUNGODEGENTI		15	
TOTALE		15	0
			15
TOTALE			439

Ruolo nella rete:

Emergenza: DEA I Trauma: CTZ Ictus: UTN I
Cardiologica: E Perinatale: I+ Pediatria: Spoke

P.O. SORA		POSTI LETTO	
		ORD	DH
CARDIOLOGIA		12	
AREA MEDICA		70	
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		8	
TOTALE		82	8
			90
AREA CHIRURGICA		50	
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		6	
TOTALE		50	6
			56
TERAPIA INTENSIVA		6	
UNITA' CORONARICA		4	
ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA		10	

TOTALE	20	0
OSTETRICIA	15	
PEDIATRIA	8	
NEONATOLOGIA	2	
TOTALE	23	0
PSICHIATRIA	16	3
TOTALE	16	3
LUNGODEGENTI	21	
TOTALE	21	0
TOTALE	21	231
Ruolo nella rete: Emergenza: PS Trauma: PST Ictus: TNV/Pse Cardiologica: C Perinatale: I Pediatria:		
P.O. CASSINO		POSTI LETTO
	ORD	DH
CARDIOLOGIA	12	
AREA MEDICA	113	
DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		8
TOTALE	125	8
		133
AREA CHIRURGICA	70	
DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		8
TOTALE	70	8
		78
TERAPIA INTENSIVA	8	
UNITA' CORONARICA	4	
ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	20	
TOTALE	32	0
		32
OSTETRICIA	15	
PEDIATRIA	10	1
NEONATOLOGIA	2	
TOTALE	27	1
		28
PSICHIATRIA	16	1
TOTALE	16	1
		17
LUNGODEGENTI	21	
TOTALE	21	0
TOTALE	21	309
Ruolo nella rete: Emergenza: DEA I Trauma: PST Ictus: TNV/Pse Cardiologica: C Perinatale: I Pediatria: Spoke		

Rispetto al numero di posti letto dichiarati a NSIS al giugno 2014 si registra un incremento di 17 PL nel P.O. unificato Frosinone-Alatri, di 10 PL nel P.O. di Sora e di 75 PL nel P.O. di Cassino. La rete ospedaliera pubblica dispone quindi di 979 PL che, unitamente ai 421 PL delle strutture private accreditate rideterminati dal DCA n. 412/14, danno una dotazione complessiva di 1.400 PL, pari a 2,81 PL x 1.000 abitanti.

Per quanto riguarda la complementarietà nell'ambito del P.O. Unificato Frosinone-Alatri e le sinergie che andranno a realizzarsi, si prevede, nel rispetto della dotazione complessiva di PL attribuiti, di mantenere ad Alatri una UO di Medicina generale con 38 PL, una Lungodegenza con

15 PL e la costituzione di un'area funzionale omogenea chirurgica dotata di 10 PL ordinari e 10 PL a ciclo breve (week surgery) per le patologie chirurgiche ed ortopediche, ulteriormente incrementata di 16 PL di day surgery multidisciplinare. A supporto dell'attività chirurgica saranno resi disponibili 6 PL di terapia sub intensiva.

Si prevede inoltre la degenza infermieristica con 20 P.L. dedicati ai pazienti che hanno superato la fase acuta della malattia e alle persone affette da patologie cronico-degenerative nell'ottica di un approccio *Chronic Care Model*. Verranno mantenuti la Dialisi con 15 PL e tutti i servizi di supporto all'attività assistenziale. Il Pronto Soccorso sarà dotato di 5 PL (2 di OBI e 3 di Osservazione temporanea, mentre si darà contestualmente corso all'attivazione di una discharge room con l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa dei pazienti in ingresso. Il predetto assetto comporta nella struttura di Alatri la presenza di 135 P.L. La ratio di tale riorganizzazione risiede nella possibilità di differenziare le due strutture, che hanno visto finora una duplicazione e una sovrapposizione delle rispettive attività assistenziali, in un presidio dedicato alla gestione di patologie di maggiore complessità ed in un presidio in cui trattare casistica di media-bassa complessità, applicando quei modelli assistenziali innovativi che permettono di raggiungere più alti livelli di appropriatezza. La vicinanza geografica dei due presidi rappresenta un ulteriore fattore di razionalizzazione che, attraverso la gestione comune del personale e delle risorse tecnologiche, può consentire sensibili economie di scala.

L'Azienda recepisce i suggerimenti pervenuti dall'Amministrazione comunale di Sora relativamente alla "Proposta di Sviluppo del Polo Oncologico Provinciale", sia perché va nella direzione del rafforzamento della vocazione oncologica del Presidio Ospedaliero di Sora, già pianificato da questa ASL, sia perché coerente con le indicazioni regionali. Il miglioramento dell'offerta sanitaria per i pazienti oncologici richiede però un complesso di azioni coordinate e sinergiche, volte ad ampliare la gamma dei servizi necessari alla realizzazione di una rete in grado garantire la presa in carico e la gestione integrale della patologia neoplastica. È quindi imprescindibile porre in essere tutte le azioni di reclutamento delle figure professionali necessarie e di potenziamento dei servizi di supporto, tra le quali si segnala il reperimento di un chirurgo esperto in chirurgia oncologica addominale, il potenziamento dell'endoscopia digestiva, l'attivazione della radiologia interventistica, l'implementazione di una "breast unit" che possa avvalersi dell'apporto di un chirurgo plastico, la creazione di una struttura di anatomia patologica orientata all'oncologia, la previsione di un servizio di psico-oncologia, il potenziamento della radioterapia e la disponibilità di strutture di medicina nucleare, pneumologia, endocrinologia, cardio-oncologia e preparazione dei farmaci antiblastici.

La trasposizione in ambito dipartimentale della strutturazione della rete ospedaliera, così come precedentemente definita, comporta la individuazione di 51 UOC ospedaliere, ripartite come di seguito:

Tabella 54 - Ripartizione UOC ospedaliere

Dipartimento di Scienze Mediche	21 UOC
Dipartimento di Scienze Chirurgiche	10 UOC
Dipartimento di Emergenza Urgenza	6 UOC
Dipartimento di Salute Mentale	2 UOC
Dipartimento della Diagnostica e della Farmaceutica	8 UOC
Non inquadrabili in ambito dipartimentale	4 UOC
TOTALE UOC	51

La definizione delle UOC con la specificazione dei posti letto avverrà all'interno dei PO con separato provvedimento della Direzione Strategica sulla base delle risorse umane disponibili e di quelle recuperate dalla riorganizzazione delle attività di ricovero.

14. Tele-consulto e Tele-assistenza

Andranno potenziate le esperienze già in essere presso l'Azienda, attraverso una estensione della tele-assistenza e del tele-consulto, nell'ottica di una organizzazione Hub e Spoke, che meglio risponda anche alle caratteristiche orografiche del territorio.

15. Area Politica del Farmaco

La politica del farmaco comprende l'insieme delle azioni in tema di acquisto, prescrizione, distribuzione, informazione e vigilanza con l'obiettivo di garantire al sanitario ed al cittadino, che la scelta del principio attivo sia orientata da evidenze cliniche documentate, da processi di condivisione e informazione su tali evidenze, dalla loro trasferibilità alla pratica clinica e dalla valutazione di compatibilità fra efficacia pratica e costi sostenuti.

L'approccio alla politica del farmaco si traduce, omogeneamente sia in ambito ospedaliero e territoriale, in promozione della “cultura” del farmaco, attraverso il miglioramento costante dell'appropriatezza terapeutica e prescrittiva ed anche della sicurezza.

Il perseguitamento di questi obiettivi si realizza attraverso la formazione/informazione indipendente degli operatori sanitari, volta a sviluppare una “cultura” del farmaco aggiornata nel tempo che garantisca, ad ogni assistito, sia in ospedale che sul territorio, efficacia e qualità della prescrizione/somministrazione individuale e la vigilanza su farmaci e Dispositivi Medici (DM), al fine di promuovere la corretta gestione del rischio terapeutico/assistenziale, ovvero della prevenzione di errori, attraverso interventi di profonda reingegnerizzazione informatica, mirata alla minimizzazione del rischio clinico (errore in terapia e/o assistenza).

Per realizzare un processo di ridefinizione strategica della politica del farmaco e del ruolo dell'assistenza farmaceutica, nell'ambito di un sistema integrato e trasversale di supporto a percorsi appropriati di formazione, informazione (rivolta a professionisti e anche a cittadini), prescrizione e utilizzo/somministrazione in sicurezza dei farmaci, nell'ambito della continuità terapeutico-assistenziale ospedale-territorio, occorre ripensare innanzitutto l'assetto organizzativo ed operativo, nonché le relazioni interne, con l'Area Amministrativa, ad una modernizzazione della piattaforma informatica, ed una riorganizzazione dei percorsi di logistica complessivi della Farmaceutica e sul tema della verifica e promozione dell'appropriatezza prescrittiva, adeguate azioni di informazione/formazione sulla componente professionale.

Vengono di seguito elencati gli obiettivi triennali.

Tabella 55 – Obiettivi area politica del farmaco

Obiettivo	2014	2015	2016
Implementare l'utilizzo da parte dei prescrittori dei farmaci a brevetto scaduto ed allineare la prescrizione territoriale al vigente Prontuario Ospedaliero Territoriale Aziendale	Aumento di 2 % farmaci a brevetto scaduto	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
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)	Media Report per MMG/PLS e Distretti 3/anno	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Stimolare e monitorare l'aderenza alla terapia, per patologie croniche (individuando specifici indicatori di misurazione)	Individuare indicatore per classi omogenee	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Presenza 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; erogazione in Distribuzione Diretta nelle Case della Salute	Incremento del 5 % della distribuzione diretta	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Sviluppo di protocolli e procedure con prescrittori per l'implementazione di modelli PDTA, condivise	Stesura di PDTA per almeno una cronicità	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Monitoraggio di aree di iperconsumo e iperprescrizione tramite l'adozione di indicatori di consumo condivisi	Definire Indicatori e condividerli con i MMG/PLS Prescrittori Aziendali	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Realizzazione di processi di audit, finalizzati all'identificazione di aree di inappropriatezza prescrittiva relativa-mente a patologie specifiche	Attivazione su almeno una patologia cronica il percorso di AUDIT	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Implementare l'adozione di percorsi formativi specifici, attraverso l'attività dell'Osservatorio Aziendale per l'Appropriatezza Prescrittiva 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	Stesura di almeno 1 percorso terapeutico di continuità ospedale-territorio Fase di beta testing - Perfezionamento	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Implementazione dell'attività di formazione ed informazione rivolta ai prescrittori Adempire a tutte le attività correlate alla Vigilanza Farmaceutica sul territorio, uniformando criteri e procedure	Realizzazione di almeno un evento formativo Effettuare la Vigilanza sul servizio Farmaceutico nel rispetto delle visite ispettive biennali	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Supportare mediante la Segreteria Tecnico Scientifica la stesura ed aggiornamento del Prontuario Terapeutico Ospedaliero-Territoriale Aziendale, del Repertorio dei Dispositivi Medici, dell'Osservatorio dell'Appropriatezza Prescrittiva	Aggiornamento del P.T.O.T.A. e Repertorio dei Dispositivi Medici	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività

Promuove la collaborazione con l'area Amministrativa dell'Azienda per la realizzazione di gare d'appalto per l'acquisizione e la distribuzione dei beni	Noviziare gli affidamenti in essere	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Collaborare con tutte le unità aziendali che concorrono al raggiungimento di obiettivi similari o sovrapponibili, incluso il "risk management"	Rispetto dell'80% sugli Obiettivi del Rischio Clinico – Attivazione piattaforma di informatizzazione della gestione dei beni sanitari	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Promuovere la "cultura" del farmaco e della Farmacovigilanza mediante specifiche attività di informazione e formazione, rivolte a sanitari operatori del settore e cittadini	Realizzazione di attività formativa ed informativa – Aumento del bimestrale "Farmainforma"	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Centralizzazione delle attività di approvvigionamento dei farmaci e beni sanitari	Attivazione di una piattaforma virtuale propedeutica all'attivazione del Magazzino Unico Aziendale	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Qualificazione Flussi	Assicurare i tempi stabiliti dalla Regione Lazio per la realizzazione e trasmissione dei flussi Farmed – Flusso R – DM – Verifica ed abbattimento degli errori	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività
Attività di Galenica Clinica	Attivazione di una Unità Manipolazione Chemioterapici Antiblastici centrale con possibilità di predisporre anche altre preparazioni sterili (Parenterale)	Prosecuzione attività	Prosecuzione attività

16. Sviluppo del sistema informativo, dell'edilizia sanitaria e innovazioni tecnologiche

È già in atto un programma aziendale di adeguamento, potenziamento e ammodernamento del patrimonio strutturale, impiantistico e tecnologico, al fine di mettere a disposizione dei cittadini del territorio strutture sempre più confortevoli e adeguate.

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 le attività che saranno poste in essere permetteranno per quanto concerne il Parco tecnologico e lo sviluppo dell'edilizia sanitaria:

- l'attuazione dei programmi di ammodernamento delle grandi e piccole apparecchiature per tecnologie biomediche destinate ai presidi ospedalieri e territoriali.

In particolare sono in corso le seguenti acquisizioni:

Tabella 56 - Ammodernamento tecnologico

ACQUISIZIONE DI NUOVE APPARECCHIATURE IN CORSO ANNO 2014							TOTALE
REPARTO	gastroenterologia	neurologia- medicina fisica riabilitativa	neonatologia	anatomia patologica- laboratorio analisi	urologia	anestesia e rianimazione	
P.O. "F. Spaziani" di Frosinone	€ 309.069,92	€ 46.360,00	€ 34.160,00	€162.260,00	€115.290,00	€91.500,00	€758.730,92

- con atto deliberativo n. 1126 del 26/08/2014 è stato approvato il programma di implementazione apparecchiature sanitarie ed informatiche destinate ai vari presidi Aziendali a valere sulla D.G.R. 499/2011 e riguardano specificatamente i presidi/reparti di seguito specificati:

Tabella 57 - Programma di implementazione apparecchiature sanitarie

IN CORSO APPROVAZIONE R. L. DI NUOVE APPARECCHIATURE ANNO 2014						
STRUTTURA	P.O. "F.Spaiani" di Frosinone	P.O. "S. scolastica" di Cassino	P.O. "SS. Trinità" di Sora	P.O. "S. Benedetto" di Alatri	Distretto "B"	TOTALE
Ostetricia e Ginecologia	€ 85.400,00		€115.900,00			€ 201.300,00
cardiologia	€141.520,00	€30.500,00				€ 172.020,00
SMREE					€ 30.500,00	€ 30.500,00
radiologia		€ 35.380,00	€ 97.600,00		€ 85.400,00	€ 218.380,00
poliambulatorio					€ 113.460,00	€ 113.460,00
ortopedia	€122.000,00			€ 15.860,00		€ 137.860,00
oculistica				€ 32.940,00		€ 32.940,00
gastroenterologia	€ 36.600,00		€ 48.800,00			€ 85.400,00
Pneumologia		€ 42.700,00				€ 42.700,00
Pronto soccorso		€ 48.800,00	€ 73.200,00	€ 30.500,00		€ 152.500,00
farmacia		€ 17.080,00				€ 17.080,00
Laboratorio analisi	€ 25.620,00	€ 13.420,00	€ 26.840,00	€ 13.420,00		€ 79.300,00
radioterapia			€268.400,00			€ 268.400,00
TOTALE	€411.140,00	€ 187.880,00	€630.740,00	€ 92.720,00	€ 229.360,00	€ 1.551.840,00

- l’Azienda allo stato attuale, per ulteriori ammodernamenti tecnologici relativi agli arredi ed attrezzature sanitarie e strumentazione informatica può contare su un ulteriore finanziamento concesso di € 1.548.000,00 che verrà declinato nella terza parte del presente documento.

Infine, l’Azienda per quel che concerne l’ulteriore sviluppo futuro del programma di ammodernamento tecnologico, mirato al rinnovamento delle apparecchiature, e meglio esposto nella parte III, ha richiesto alla regione Lazio con deliberazione n. 288 del 11 marzo 2014 un finanziamento di € 2.500.000,00 e allo stato si è in attesa di comunicazione da parte degli organi regionali;

- sono in corso di completamento dei lavori di adeguamento antincendio in essere a valere su finanziamento derivante dalla retrocessione del valore monetario corrispondente al risparmio derivante dalla percentuale del ribasso di aggiudicazione della gara di appalto multiservizio tecnologico e fornitura vettori energetici agli immobili di proprietà o nella disponibilità delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali Classificati o assimilati e degli Istituti Scientifici ubicati nella Regione Lazio da parte della ATI Mandataria SIRAM SpA, alla quale l’Azienda ha aderito nel gennaio 2007 come da tabella seguente:

Tabella 58 - Lavori di adeguamento

Ord.	Presidi	Impianti climatizzazione, termico, idrico (C.C.)	Impianto gas medicali (C.C.)	Impianto Antincendio (C.C.)	lavori in corso per adeguamento antincendio e impianti
1	P.O. Sora		Lavori in corso det. Reg. n. B09467/2012	Lavori in corso det. Reg. n. B09467/2012 e n. C3724/2009	€ 6.250.000,00
2	P.O. Alatri	Lavori in corso det. Reg. n. C2700/2008		Lavori in corso det. Reg. n. C3724/2009	€ 1.835.000,00
3	Complesso Via Fabi Frosinone	Lavori in corso det. Reg. n. B2495/2011		Lavori in corso det. Reg. n. C3724/2009	€ 6.138.257,49
4	Complesso Via Fabi Frosinone	Lavori in corso det. Reg. n. B2495/2011		Lavori in corso det. Reg. n. C3724/2009	
5	O.D. Pontecorvo			Lavori in corso det. Reg. n. C3724/2009	€ 1.100.000,00
TOTALI					€ 15.323.257,49

Con riferimento all’emanazione dei decreti commissariali di riordino della rete ospedaliera, DCA delle reti di specialità e del DCA U0080/10 e del DCA U00247 del 25 luglio 2014 approvazione Programmi Operativi 2013-2015, l’Azienda Sanitaria Locale di Frosinone con il Piano Strategico 2014-2016 intende dare un forte 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. Il programma si presenta nei suoi valori tanto ambizioso quanto necessario, e prevede interventi per oltre **60.000.000,00** milioni di euro.

In particolare le attività che verranno poste in essere permetteranno:

- l’attuazione dei programmi di ammodernamento delle grandi e piccole apparecchiature per tecnologie biomediche destinate ai presidi ospedalieri e territoriali;
- l’utilizzo delle economie in corso di recupero - finanziamenti ex art. 20 L.67/88- per attivazione case della salute e presidi territoriali;
- il completo adeguamento delle strutture sanitarie ai requisiti strutturali impiantistici previsti nel DCA n. 8/2011 con l’utilizzo dei finanziamenti ex art. 20 terza fase, valutati, in prima istanza, positivamente dalla Regione Lazio nella seduta del giugno 2014 e che saranno concessi a seguito della sottoscrizione dell’accordo di programma Regione/Ministero per le annualità 2014-2016;
- con l’attuazione dei programmati trasferimenti di alcuni servizi all’interno di strutture di proprietà aziendali si conta di ridurre i canoni annui di oltre il 50% rispetto agli attuali liberando ulteriori risorse.

Nell’ambito delle tecnologie dell’informazione (ICT) le azioni strategiche aziendali si possono suddividere in due grandi macrosettori:

- 1- **Implementazione di un Sistema Informativo Ospedaliero Completo** costituito da cartella clinica informatizzata - digitalizzazione delle cartelle - innalzamento della sicurezza informatica - attivazione sistema di disaster recovery - sistema di autenticazione centralizzata e storage condiviso - archiviazione dei log per l’amministratore di sistema;
- 2- **Implementazione di un Sistema Informativo Ospedaliero Completo** interoperabile con il sistema informativo ospedaliero.

Per quanto riguarda il progetto di informatizzazione dell’intera area farmaceutica aziendale per la nuova programmazione 2014-2016 si prevede di implementare il sistema su due grandi direttive:

- **la prima - Informatizzazione e automazione gestione dei farmaci nei reparti ospedalieri e magazzini aziendali:** viene ipotizzata una razionalizzazione ed ottimizzazione della gestione delle scorte e riduzione degli scaduti, Riduzione errori in terapia, Ottimizzazione utilizzo risorse umane, Ottimizzazione ciclo gestione (ordini programmati);
- **la seconda linea di attività – Realizzazione di un magazzino unico aziendale con piattaforma logistica integrata:** 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

baricentrica del territorio della ASL di Frosinone e ben collegata con tutte le altre strutture Sanitarie.

Implementazione della gestione documentale

Il progetto prevede la gestione del flusso documentale aziendale a partire dal protocollo. I documenti in entrata sono gestiti dall'ufficio protocollo, quelli in uscita possono essere trattati anche da altri uffici abilitati attraverso l'ausilio di software d'ufficio (Open Office, Microsoft Office). L'accesso ai documenti è limitato dalle assegnazioni. A ciascun protocollo in entrata e in uscita sarà indicato quali uffici dell'organigramma potranno accedere.

17. Ufficio Relazioni con il Pubblico/Comunicazione, Accoglienza, Tutela e Partecipazione

Le Delibere Commissariali relative ai Programmi Operativi 2013/2015, alle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale 2014/2016 e a quelle per la redazione degli Atti Aziendali, individuano nella Comunicazione e nella Partecipazione due strumenti essenziali per implementare in senso positivo le nuove politiche sanitarie regionali e determinare un cambiamento reale, anche culturale, rispetto alle nuove domande di salute della popolazione e alle moderne metodologie di gestione della sanità pubblica.

Tabella 59 - Miglioramento Comunicazione

Obiettivo	2014	2015	2016
Consultazione cittadini associazioni stakeholder condivisione conferenza locale sanità	13/09/2014 consultazione associazioni, cittadini e stakeholder per redazione PSA	monitoraggio azioni PSA con incontri, seminari, customer e audit con associazioni, cittadini, pazienti e stakeholder	valutazione risultati raggiunti dal Piano Strategico aziendale
Piano di comunicazione aziendale esterna ed interna	aggiornamento del Piano di Comunicazione aziendale alla luce del PSA e del nuovo Atto Aziendale. Inserimento ASL sui social network	misurazione e valutazione dei risultati raggiunti dal Piano di Comunicazione	
Tavolo misto per la partecipazione	implementazione delibera n. 621 del 21/05/2014: istituzione tavolo misto permanente per la partecipazione	elezione componenti tavolo afferenti alle associazioni, stesura e approvazione regolamento e funzionamento	monitoraggio e valutazione risultati
Reti sociali	Consolidamento e promozione della rete delle ass.ni di volontariato da inserire nelle CdS sul modello di quella di Pontecorvo per la quale è in corso di ultimazione il relativo corso di formazione. Redazione del Piano di Comunicazione delle CdS orientato a favorire un positivo impatto della popolazione sull'utilità delle CdS	Consolidamento, promozione ed estensione della rete delle Associazioni di volontariato attive ed afferenti ai servizi socio sanitari tramite la stipula di appositi protocolli d'intesa	
Carta dei servizi	Aggiornamento on line della vigente Carta dei Servizi	Redazione nuova Carta dei Servizi Aziendale alla luce delle apposite nuove linee guida regionali di prossima approvazione	
Trasparenza	Realizzazione di uno spazio on line nel link "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale per favorire e promuovere la partecipazione di cittadini, associazioni e stakeholder alla vita dell'Azienda, potenziando e regolamentando nel contempo l'Accesso Civico anche tramite l'attivazione del Protocollo on line		
Bilancio sociale	Implementazione e attivazione della Direttiva Ministero della Funzione Pubblica del 17 febbraio 2006 sulla rendicontazione sociale nelle Pubbliche Amministrazione		
Audit civico	Costante partecipazione dell'Azienda ai progetti di Audit Civico in collaborazione con la Regione Lazio e Cittadinanzattiva nonché ai percorsi di valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo il punto di vista del cittadino promossi da AGENAS		
Accoglienza delle specificità culturali e religiose nelle strutture sanitarie e ospedaliere territoriali	Adesione al progetto della ASL Roma B ed azione della specifica deliberazione aziendale di istituzione di un Tavolo permanente aziendale rappresentativo di tutte le Comunità culturali e religiose presenti sul territorio amministrato. Monitoraggio e verifica risultati		

17.1 Trasparenza e Integrità

Nell'ambito di tali tematiche vengono presentati nella tabella sottostante i relativi obiettivi.

Tabella 60 - Miglioramento Trasparenza

OBIETTIVO	2014	2015	2016
Implementazione Programma Triennale per la Trasparenza	Aggiornamento Link “Amministrazione Trasparente” e Regolamento per l’Accesso Civico	Aggiornamento Link “Amministrazione Trasparente”	Verifica risultati raggiunti come da Programma Triennale e adozione nuovo programma triennale.

18. Formazione

Obiettivo centrale della strategia aziendale - che governa la funzione formativa- può essere considerato il processo stesso della formazione, inteso come evoluzione della competenza complessiva del sistema in vista di un miglioramento qualitativo delle attività erogate, piuttosto che i singoli eventi o progetti formativi diretti a soddisfare le esigenze tecnico-professionali che emergono in situazioni particolari; questo risulta tanto più necessario in quanto ci si confronta con un quadro di risorse limitate che quindi spinge a utilizzare meglio le possibilità di crescita e di sviluppo che si possono mettere in pratica.

È opportuno comunque che tali “chances” evolutive vengano colte ed utilizzate nel processo della formazione per sostenere ed incoraggiare i percorsi di trasformazione dei comportamenti dei singoli operatori, puntando a modificare gli eventuali processi disfunzionali legati a problematiche di tipo operativo, invece di puntare alla mera trasmissione di nozioni o di procedure non supportate a livello didattico da una visione allargata delle condizioni reali in cui si svolge l’attività dell’Azienda Sanitaria. In questo senso, l’attività formativa può essere valutata e gestita anche in funzione di possibili interventi correttivi nei confronti di quelle situazioni contestuali che rendono difficile o talvolta impediscono l’effettiva trasposizione dei contenuti formativi nell’operatività concreta; i fattori ostacolanti – sia che provengano da comportamenti individuali sia che rimandino a condizioni organizzative – possono essere affrontati in chiave trasformativa, tramite modalità di formazione sul campo e di confronto tra pari, a partire da una corretta lettura delle difficoltà incontrate dalle innovazioni veicolate dal processo formativo nel farsi pratiche correnti in sanità.

Lo sviluppo della formazione in funzione della qualità e più in generale del governo clinico può dunque contribuire alla definizione e al raggiungimento degli obiettivi istituzionali nel campo della sanità, facendo da traino al cambiamento e al miglioramento organizzativo: è vincolante il fatto che questo debba avvenire all’insegna dell’integrità e della trasparenza di tutte le azioni formative, rendendo pienamente operanti tutte le forme di controllo etico e di esclusione di conflitti di interesse che sono necessarie per garantire indipendenza e autentica scientificità al percorso formativo in essere.

In quest’ottica, se la formazione viene concepita come una delle leve strategiche per puntare all’evoluzione qualitativa del sistema della sanità, in funzione di un miglioramento delle professionalità e – in chiave manageriale – di un governo integrato delle funzioni complesse che partecipano alla vita dell’Azienda Sanitaria, si potrà attraversare l’attuale contingenza critica con uno slancio propositivo che valorizzi ed estenda le buone pratiche già presenti e attive in campo sanitario.

Richiamandosi alle Linee di Intervento contenute nei Programmi Operativi della Regione Lazio (all’interno del DCA 247/2014), alcune delle quali si possono così richiamare:

- Cure Primarie e Rete Territoriale;

- Riorganizzazione dell'Offerta Assistenziale;
- Efficientamento della Gestione;
- Flussi Informativi ed Altri Interventi Operativi.

Appare necessario, per quanto concerne la **programmazione formativa** su scala triennale (2014-2016), ribadire il Focus di Obiettivi Formativi Prioritari, già evidenziati nel “Piano per la formazione continua in sanità 2013-2015” (DCA 44/2014), e declinati in un ottica di modularità anche secondo le indicazioni delle Linee di indirizzo sulla Formazione, contenute nella Det. Reg. n° G10752/2014. Essi saranno poi integrati dagli obiettivi specifici risultanti dai fabbisogni formativi rilevabili a livello aziendale nelle varie realtà organizzative e professionali.

Si richiamano in tal senso le seguenti linee di attività:

- Percorsi clinico- assistenziali/diagnosticici/riabilitativi, profili di assistenza – profili di cura;
- Integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera;
- Modello per intensità di cura;
- Modelli organizzativi e assistenziali per il funzionamento delle Case della Salute;
- Percorsi Clinico - assistenziali per l'Emergenza (vittime di violenza, ecc.) e Rete della gestione delle patologie tempo-dipendenti;
- Applicazione del DPCM 1.4.2008: dalla valutazione alla presa in carico territoriale dei pazienti internati in OPG;
- Sicurezza e rischio clinico;
- Legge 190/2012 in materia di prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione;
- Screening - qualificazione programmi di screening oncologici e adeguamento agli standard nazionali. Screening audiologico neonatale. Malattie infettive e vaccinazioni.
- Interpretazione dei risultati di un sistema di valutazione basato su indicatori di esito e di processo.

19. Risorse Umane

È ormai diventato luogo comune affermare che il fattore critico di successo, nelle organizzazioni sanitarie, sono le “persone” (Risorse Umane) che vi operano.

Esse rappresentano, l'elemento strategico su cui puntare grazie alle competenze professionali ed alle conoscenze possedute che determinano la qualità delle prestazioni erogate in termini di efficacia, efficienza ed appropriatezza.

L'attenzione alle risorse umane deve pertanto rappresentare una caratteristica costante di ogni Direzione Aziendale che vuole raggiungere risultati di cambiamento orientati al principio di autonomia e responsabilizzazione per rispondere ad una domanda sanitaria sempre più esigente ed informata, in un ambiente organizzativo assai complesso ove si debbano contemplare esigenze di partecipazione dei cittadini, utenti, operatori e portatori di interessi diffusi, collettivi e pubblici e privati.

È fondamentale ricordare che nel rapporto utente/operatore si forma spesso il giudizio sulla qualità dei servizi; tale rapporto si costruisce sulle persone e si caratterizza perciò dal grado di personalizzazione ed umanizzazione delle prestazioni.

Purtroppo il riconoscimento di questo ruolo strategico delle risorse umane, non ha trovato nella ASL di Frosinone un forte riscontro.

Gli istituti giuridico-economici finalizzati a gestire il personale in termini di percorsi formativi, sviluppo di carriera, sistemi premianti e riconoscimenti economici non hanno trovato applicazione, se non in forma distorta, generando spesso abusi, privilegi, contenziosi.

Si tratta pertanto di (ri)costruire gli elementi che insieme all'autonomia di gestione e la ricerca del benessere organizzativo dovrebbero favorire lo sviluppo di un “sistema” di valorizzazione delle risorse umane con l'obiettivo immediato di uscire da un contesto di diffuso malessere e demotivazione del personale per favorire tra l'altro l'allineamento di tutto il personale con gli obiettivi dell'azienda stessa.

Il fine programmato della ASL pertanto è quello di adottare opportune misure volte ad accrescere il benessere organizzativo, in particolare in tema di: valorizzazione delle risorse umane, miglioramento dei rapporti dirigenti e operatori, incremento del senso di appartenenza e soddisfazione degli operatori, diffusione della cultura della partecipazione, attenzione della formazione continua in special modo nell'accezione della formazione sul campo, implementazione dei livelli di sicurezza dei lavoratori e dei luoghi di lavoro. L'avvio di tale politica ha portato alla costituzione del Comitato Unico di Garanzia (Delibera n.801 del 17.06.2014).

Tabella 61 - Miglioramento Risorse Umane

Obiettivo	2014	2015	2016
Sistema di valutazione dei dipendenti per ottimizzare il processo di budget	linee guida nuovo budget 2015	valutazione risultati 2014 e condivisione schede 2016	
Valorizzazione delle competenze e dei ruoli	Analisi fabbisogno nuovo organigramma funzionigramma	Regolamentazione e conferimento e definizione dei quadri intermedi .Posizioni organizzative e coordinamenti	Valutazione riassetto organizzativo
Regolamentazione della libera professione e graduale riconduzione all'interno dell'Azienda	Ricognizione spese proposta nuovo assetto organizzativo	Approvazione nuovo regolamento conferimento spazi	Riconduzione all'interno
Attivazione del Comitato Unico di Garanzia	Costituzione del CUG e stesura del relativo Delibera n.801 del 17.06.2014. Stesura di un Regolamento	Attivazione dei Gruppi di lavoro sulle aree di maggior interesse	Prosecuzione delle attività
Gestione dei Fondi Contrattuali	Rideterminazione fondi CCNL Comparto/Dirigenza	Individuazione e scomposizione per singoli istituti contrattuali	Analisi spesa e rideterminazione
Sistema premiante	Accordi, valutazione e conguagli	Revisione e implementazione qualità individuale	

Gli obiettivi posti rappresentano indubbiamente una breve panoramica degli strumenti possibili per il miglioramento del sistema lavorativo ove si intende ridurre il fattore di stress e ci si orienti verso un'equilibrata distribuzione degli elementi di garanzia (retribuzione, sicurezza sul lavoro, condizioni di lavoro, ecc.) e di aspirazione del personale (opportunità di carriera, responsabilizzazione, autonomia ecc.) al fine di prevenire e limitare atteggiamenti negativi nei confronti del lavoro.

In considerazione delle limitazioni/benefici di legge, a vario titolo, che presenta il personale assistenziale che opera presso le articolazioni ospedaliere e territoriali (cfr. a titolo esemplificativo, e non esaustivo, la tabella sottostante di un reparto ospedaliero dell'Azienda), si procederà ad una quantificazione delle dotazioni di personale necessarie alla funzionalità dei servizi, anche in relazione ad una eventuale quantificazione del ricorso ad istituti normativi aggiuntivi per garantirne il funzionamento.

Tabella 62 – Limitazioni personale

REPARTO DI xxxxxx		PRESIDIO OSPEDALIERO DI xxxxxxx	
N. Posti letto attivi	Ordinari		DH/DS
	7		1
Personale	N. (complessivo)		Di cui con limit/L.104/etc
Direttore/Responsabile		1	
Medici		4	2 (Dlgs 81/08)
Infermieri		13	8 (Dlgs 81/08); 2 (L. 104/92)
Ausiliari		2	1 (Dlgs 81/08); 1 (L. 104/92)
O.S.S.		1	1 (Dlgs 81/08)

Per quel che riguarda le deroghe del personale da richiedere in Regione si riporta quanto stabilito nei programmi operativi 2013-2015.

L'effetto di trascinamento della manovra sul personale			
	2014	2015	Totale
Valorizzazione economica BTO 2013	23.089.804	23.089.804	
Valorizzazione economica BTO 2014	23.239.509	23.239.509	46.479.018
Valorizzazione economica BTO 2015	22.772.496	22.772.496	
Valorizzazione BTO	46.329.313	46.012.005	92.341.318
IRAP	3.208.213	3.186.240	6.394.452
Totali	49.537.526	49.198.245	98.735.771

Calcolo Impatto turnover																			
Qualifica	2012					2013					2014								
	Costo medio 2012 [€]	Presenti 31/12/2012 tot		... di cui PUI	Presenti 31/12/2012 tot	Cessati 2012 ... di cui PUI	Cessati 2012	Valore			Presenti turnover 2013 31/12/2013 [€]	% cessazione 2013	Valore						
		A	B					C	D=10% B	E=A+C+D			F=beta1*E	G=0,1% F	H=E+F+G				
													I=beta2*H	J=0,1% F	K=beta3*H				
Personale Sanitario	59.622	35.806	1.361	34.245	1.112	50	1.062	608	106	33.743	35.226.098	1,8%	598	91	33.237	35.386.219	588	90	34.693.676
Medici	109.212	8.602	228	8.374	407	3	404	230	40	8.194	20.705.646	2,7%	225	35	7.994	20.782.270	220	34	20.296.775
Infermieri	40.925	21.146	990	20.156	510	39	471	268	47	19.935	9.040.312	1,3%	265	40	19.710	9.202.401	262	40	9.098.163
Riabilitatori	35.717	1.059	13	1.046	28	-	28	13	3	1.036	364.313	1,2%	13	2	1.025	380.145	13	2	385.975
Tecnici	41.857	2.874	109	2.565	92	6	86	41	9	2.533	1.356.174	1,6%	40	6	2.498	1.437.047	40	6	1.417.328
Dirigenti Sanitari non medici	93.769	1.361	19	1.342	48	2	46	33	5	1.314	2.683.042	2,5%	32	5	1.288	2.564.738	32	5	2.511.494
Farmacisti	84.666	198	2	195	4	-	4	6	0	190	474.129	3,1%	6	1	185	417.282	6	1	406.685
Altro	42.278	566	-	566	23	-	23	17	2	551	621.481	3,0%	17	3	537	592.245	16	2	577.266
Personale Tecnico	35.896	5.770	267	5.903	277	12	265	157	27	5.373	4.766.284	2,9%	153	24	5.243	4.739.415	150	23	4.619.733
Dirigenti	89.592	75	-	75	8	-	8	4	1	72	286.695	5,3%	4	1	69	289.323	4	1	276.186
Comparto	35.189	5.895	267	5.428	269	12	257	153	26	5.301	4.479.598	2,6%	149	23	5.174	4.450.092	146	22	4.343.597
Personale Amministrativo	35.037	5.645	161	5.484	306	11	295	151	30	5.363	4.291.812	2,8%	148	23	5.238	4.489.265	144	22	4.383.910
Dirigenti	89.592	167	4	163	18	1	17	2	2	163	26.878	1,2%	2	0	161	151.977	2	0	150.162
Comparto	35.189	5.178	157	5.321	288	10	278	149	28	5.200	4.264.934	2,6%	146	22	5.077	4.337.288	142	22	4.233.748
Personale Professionale	71.837	133	5	128	16	1	15	3	2	127	112.827	2,3%	3	0	124	179.382	3	0	175.336
Dirigenti	89.592	82	5	77	10	1	9	2	1	76	98.551	2,6%	2	0	74	149.747	2	0	146.241
Comparto	35.189	51	-	51	6	-	6	1	1	51	14.076	2,0%	1	0	50	29.635	1	0	29.095
Altro Personale	31.873	33	-	33	4	-	4	3	0	30	82.869	9,1%	3	0	28	73.742	3	0	68.168
Contrattisti	31.873	33	-	33	4	-	4	3	0	30	82.869	9,1%	3	0	28	73.742	3	0	68.168
Organi Direttivi																			
Totale netto PUI	53.795	47.187	1.794	45.393	1.715	74	1.641	922	164	44.635	44.479.599	2,0%	904	138	43.869	44.868.023	887	136	43.940.873
Correttivo Azienda mancante	53.795		1.794	-	74	39	7	1.762	1.699.919	2,0%	36	6	1.732	1.610.995	35	5	1.604.119		
Totale	53.795	47.187			1.715	961	172	46.398	46.179.869	2,0%	940	144	45.601	46.479.018	922	141	45.544.993		

Figura 5 - Manovre risparmio blocco del turnover

20. Rapporti con le Università e con altre Aziende limitrofe

Obiettivo strategico della Azienda sarà quello di attivare un collegamento con le altre ASL e con le Aziende Ospedaliere regionali onde programmare strategie coordinate per la realizzazione di filiere di alta specialità.

In considerazione del ruolo storico delle Facoltà di Medicina nel campo della ricerca e dell'attività formativa del personale medico e delle altre professioni sanitarie; nella consapevolezza che dette attività di formazione non possano più essere orientate al solo settore ospedaliero ma debbano orientarsi anche verso quello territoriale con la conseguente necessità di attualizzare i percorsi formativi del medico e delle altre professioni sanitarie essenziali nei sempre più complessi sistemi assistenziali, in ciò corrispondendo ad un preciso interesse del Servizio Sanitario Regionale;

tenuto conto che i Piani operativi 2013-2015, approvati con DCA 247/2014, introducono il principio del necessario collegamento operativo funzionale tra le Aziende territoriali e quelle ospedaliere eventualmente insistenti sul loro territorio o più prossime; nell'intento di creare una rete di collaborazioni costanti per garantire al cittadino una maggiore completezza delle risposte assistenziali disponibili, non solo nei termini di garantire il livello di intensità e di cura ma anche in termini di prossimità territoriale e di tempi di trasferimento; la ASL di Frosinone intende strutturare rapporti di sinergia con i Poli Universitari ed in particolare con l'Università Tor Vergata di Roma della quale si è verificato il corrispondente interesse a sviluppare una collaborazione tesa all'analisi e allo sviluppo di un modello formativo coerente con i principi sopra enunciati e quindi maggiormente funzionale alle esigenze del servizio sanitario regionale.

Per lo sviluppo di questo progetto, subordinatamente alla condivisione regionale, la ASL e l'Ateneo hanno assicurato la reciproca disponibilità a prevedere la collocazione di personale docente e ricercatore della Facoltà di medicina nei servizi territoriali ed ospedalieri della ASL.

Tabella 63 - Rapporti con altri Enti

Obiettivo	2014	2015	2016
Collaborazione con la ASL Roma G	Avvio iniziative per forme di collaborazione interaziendale	Proseguzione attività	Proseguzione attività
Campus Bio Medico	In collaborazione con il Campus Bio-Medico presso il Presidio di Ceccano vengono effettuate le seguenti prestazioni assistenziali: visite di endocrinologia; per malattie metaboliche (Diabete e Obesità); ecografie della tiroide; servizio di ago aspirato della tiroide; Day Hospital endocrino-metabolici; servizio gratuito di dietistica e counseling alimentare; densitometria ossea e visite specialistiche per osteoporosi e malattie metaboliche dell' osso.	Centro integrato di Endocrinologia, Malattie Metaboliche e cura dell'osteoporosi finalizzato al potenziamento delle attività attraverso la collaborazione con figure specialistiche affini e realizzazione di strutture multifunzionali aperte	Proseguzione dell'attività
Università "Tor Vergata"	Implementazione dell'attività in essere e avvio di una attività strutturata di collaborazione ai fini di ricerca, formazione e completamento dell'offerta assistenziale	Proseguzione attività	Proseguzione attività
Università "La Sapienza"	Implementazione dell'attività in essere	Proseguzione attività	Proseguzione attività
Università degli studi di Cassino e del Lazio Meridionale	Implementazione dell'attività in essere	Proseguzione attività	Proseguzione attività

21. Il Dipartimento di Prevenzione

La promozione di sani comportamenti e stili di vita, la tutela della salute collettiva e l'attivazione di prevenzione e diagnosi precoce rappresentano obiettivi strategici che richiedono una concreta azione di partecipazione delle associazioni e di enti del territorio. In particolare, nell'ambito della prevenzione delle malattie, riveste importanza quella delle patologie trasmissibili e prevenibili con diagnosi precoce.

In tale contesto culturale ed in linea con le disposizioni regionali, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione transiteranno ed andranno garantite le funzioni di *screening*, attraverso l'attivazione di specifici programmi, che costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), da rivolgere a tutta la popolazione bersaglio.

Tabella 64 - Miglioramento Dipartimento di Prevenzione

Obiettivo	2014	2015	2016
Attività di vaccinazione ed incremento dell'adesione alle vaccinazioni	copertura vaccinale 95%	copertura vaccinale 95%	copertura vaccinale 95%
Proseguimento e avvio dei tre programmi di screening dei tumori previsti a livello regionale: citologico, mammografico e del colon retto	Avvio del citologico e del colon retto Tasso per adesione ≥40 % mammografico	Tassi per adesione ≥40% citologico ≥50 % mammografico ≥45% colon retto Tasso di estensione del mammografico al ≥90%	Tassi per adesione ≥40% citologico ≥50 % mammografico ≥45% colon retto Tasso di estensione del mammografico al ≥90%

Per quanto riguarda le risorse destinate alla prevenzione, è noto che nella Regione Lazio le risorse destinate a tale settore sono ben al disotto della soglia del 5% ritenuta accettabile in sede di PSN e, al momento si attestano attorno al 3% (dati ASSR). Per supplire, almeno parzialmente, a tale situazione deficitaria, va adeguatamente valorizzato il dettato normativo previsto dalla L.R. 28 aprile 2006, n. 4 *Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2006* che, all'art. 134, prevede che vengano contabilizzate su appositi capitoli di entrata non solo le somme derivanti dalle sanzioni irrogate a norma del D.Lgs. 758 dal Servizio Pre.S.A.L. – come già previsto dalla L.R. n° 6/99 – ma altresì le somme derivanti dalle prestazioni erogate dalle varie strutture del Dipartimento a favore dei privati.

Tali somme vanno ad incrementare il budget economico finanziario del FSR destinato a finanziare le attività di prevenzione.

Quindi ogni anno, con apposita deliberazione, andranno utilizzati tali fondi sia per l'acquisizione di materiali, mezzi e strumenti sia per realizzare appositi progetti di prevenzione che vadano ad integrare e/o potenziare quelli previsti nelle politiche di Piano.

Pertanto, il piano strategico da perseguire per il triennio 2014-2016 è il seguente:

Tabella 65 - Piano da perseguire

2014	2015	2016
Completamento delle attività già in essere ai fini del raggiungimento dei LEA e dei singoli obiettivi assegnati nell'ambito del Piano Regionale della Prevenzione + avvio delle procedure per la realizzazione di un Centro di Coordinamento "Valle del Sacco" che raccordi le attività di tutti i soggetti impegnati nella problematica (ASL, ARPA, IZS, Regione, Ministeri, Comuni, Stakeholders)	Raggiungimento dei LEA + coordinamento operativo del Piano Regionale della Prevenzione + attivazione del- la campagna di screening prevista dallo stesso Piano + coordinamento delle attività di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro + istituzione dell'Area Dipartimentale della sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare + miglioramento dell'attività di controllo ufficiale in ambito sicurezza alimentare + compimento della realizzazione del Centro di Coordinamento "Valle del Sacco"	Mantenimento obiettivi del 2015 + potenziamento del Centro di Coordinamento "Valle del Sacco"

21.1 Il Registro tumori

La ASL Frosinone è impegnata in un processo di consolidamento e sviluppo delle attività di prevenzione oncologica che richiedono un attento monitoraggio ai fini della qualità degli stessi programmi di screening ed il superamento delle semplici registrazioni derivanti dai flussi informativi correnti attraverso una ricerca attiva ed una valutazione dei casi di tumore incidenti nel territorio aziendale.

Con tale scopo è stata programmata l'istituzione di un Registro Tumori che consegua l'accreditamento AIRTUM ed è stata acquisita la disponibilità della associazioni di volontariato a cofinanziare il progetto.

La costruzione del Registro si realizzerà attraverso le seguenti azioni da attivare progressivamente:

- implementazione di un software specifico di archiviazione ed analisi dei dati;
- formazione specifica del personale ad opera di esperti AIRTUM;
- selezione della casistica incidente attraverso:
 - analisi dati SDO;
 - analisi dati esenzioni ticket;
 - analisi dati RENCAM;
 - farmaceutica territoriale;
 - file F;
 - invalidità;
 - ricerca attiva dei dati di interesse attraverso:
 - raccolta dati di anatomia patologica;
 - raccolta dati da cartella clinica.

22. Dipartimento di Salute Mentale e delle Patologie da Dipendenza

L'Azienda ASL ha intenzione di unificare le aree della Salute Mentale e quella delle Dipendenze, Disagio, Devianza, pur differenziate per culture e tradizioni operative, in un unico Dipartimento, con la finalità di mettere in comune alcune azioni trasversali che coinvolgono entrambe le partiture (miglioramento qualità, valutazione esiti, formazione, promozione reti) e ottimizzare alcune azioni di sovrapposizione di intervento (doppia diagnosi, ambito penitenziario).

L'unificazione avverrà garantendo l'adeguata autonomia professionale ad entrambi gli ambiti di competenza, con il riconoscimento reciproco della specificità di approccio, ciò al fine di diminuire il rischio di riduzionismo relativamente a patologie multifattoriali e complesse. D'altro canto i vantaggi che si potranno ottenere della prospettata unificazione sono: la contrazione del numero totale delle unità complesse; l'unificazione delle azioni di supporto e delle funzioni trasversali (azioni di rete, valutazione qualità e miglioramento, progettazione e inclusione dell'assistenza per la salute mentale nell'assistenza in ambito penitenziario).

Sarà garantita l'assistenza anche alla popolazione detenuta nell'ambito della Salute Mentale e delle patologie da Dipendenza con interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Si assicura la collaborazione con le Istituzione dell'amministrazione penitenziaria e con le altre Strutture ASL che operano nello stesso ambito.

Tabella 66 - Obiettivi DSMD

Obiettivo	2014	2015	2016
-----------	------	------	------

Cure Primarie e rete territoriale Altri interventi sulla rete territoriale	<ul style="list-style-type: none"> -Definizione della rete di assistenza territoriale ed ospedaliera in ambito della Salute Mentale - Coordinamento e gestione progetti FLD e successivi servizi in via di accreditamento -Predisposizione delle procedure di controllo e verifica delle fatturazioni per trattamenti residenziali e semiresidenziali - Definizione di Protocolli operativi con materno Infantile ed altri servizi del sistema sanitario per cogestione minori con disturbi da abuso di sostanza 	<ul style="list-style-type: none"> Proseguzione attività -Definire i modelli di intervento per casistiche specifiche (urgenza, doppia diagnosi, giovani) -Migliorare ed uniformare il fabbisogno di personale nei DSM -Migliorare ed uniformare i Protocolli diagnostico terapeutici 	<ul style="list-style-type: none"> Proseguzione attività Proseguzione attività Proseguzione attività Proseguzione attività Proseguzione attività
Interventi operativi di gestione Sanità Penitenziaria	Verifica della Presa in carico da parte della ASL di competenza territoriale dei pazienti OPG dimisibili dal punto di vista sanitario	Predisposizione della messa in rete del Presidio sanitario presso istituti penitenziari e utilizzo della cartella clinica informatizzata per le dipendenze	Proseguzione attività
Recepimento e avvio sistema di valutazione degli esiti come indicato dalla Determina B02807 del 04.07.2023	Attuazione delle Direttive fornite dalla Direzione del Dipartimento		
Migliorare la presa in carico dei pazienti con pluripatologie	Approvazione e adozione di protocollo d'intesa per la cogestione dei pazienti interessati		
Migliorare i flussi informativi			
Diversificare i percorsi terapeutico riabilitativi	Promozione di progetti di residenzialità diversificati attraverso l'attuazione di una metodologia di integrazione sociosanitaria		
Promuovere l'appropriatezza dei trattamenti	Potenziamento della continuità terapeutica ospedale territorio		

23. Progetti speciali

23.1 An European Model for Chronic Care Management

Trattasi di un progetto a livello europeo, coordinato dalla Regione Lazio, che vede impegnata anche l’Azienda di Frosinone in partnership con l’Università di Valencia e con quella di Dresden, per la realizzazione di tale progetto.

Il progetto, che ha la finalità generale di promuovere l’efficienza, la sicurezza e la qualità delle cure sanitarie ha i seguenti obiettivi specifici:

- lo sviluppo di linee guida per la promozione di servizi di supporto per la popolazione anziana;
- il miglioramento del benessere dei cittadini e l’implementazione dei percorsi clinici integrati per il management delle malattie croniche;
- l’adozione di modelli comuni validati per il monitoraggio dei fattori di rischio della fragilità e la gestione dei pazienti con polipatologie.

23.2 La cicogna vola in Ciociaria: dimissione integrata per la puerpera ed il neonato

Il percorso di “Dimissione Integrata per la puerpera ed il neonato” nasce come naturale conseguenza del lungo confronto avviato tra le Ostetriche dell’area Materno Infantile che operano nei Consultori Familiari e nei Punti Nascita ponendo particolare attenzione alla necessità/opportunità di integrare e coordinare le attività dei diversi contesti.

Il progetto vuole garantire la promozione della fisiologia dell'evento nascita, dove sono sostenute e incoraggiate “la simmetria, la pariteticità e la reciprocità con le/gli utenti”. L’idea è quella di favorire *empowerment* e responsabilità nelle/nei destinatarie/i degli interventi. Il progetto nella sua concretizzazione aspira anche a creare momenti d’incontro e di socializzazione in merito alle cure post-natali. Il punto rilevante del progetto è l’attivazione di una Rete Socio-Sanitaria tra Punti Nascita e Consultori dei diversi Distretti dell’ASL, quale garanzia di un appropriata assistenza a domicilio della madre e del neonato.

Il percorso intende pertanto coinvolgere tutte le donne che partoriscono presso i Punti Nascita delle Strutture ospedaliere, residenti e domiciliate nei Comuni del territorio dell’ASL di Frosinone, ed i loro familiari. All’interno delle richieste che giungono all’attenzione dei Coordinatrici Ospedaliere e Consultoriali sono individuate, quali destinatarie privilegiate, le donne che presentino alla dimissione condizioni particolari, definite in base ad una scheda di triage concordata.

Le finalità del progetto, di durata biennale, sono riconducibili a: sostenere la nascita; sostenere l’avvio e il proseguimento dell’allattamento al seno; sostenere la competenza materna, agendo anche sul contesto ambientale.

23.3 Istituzione di un Centro per la calcolosi urinaria

Nella Regione Lazio la calcolosi urinaria rappresenta circa il 30% della patologia urologica ed è gravata da un elevato tasso di recidività e complicanze. Fino ad oggi per vari motivi la calcolosi urinaria nella ASL di Frosinone è sempre stata affrontata in modo frammentario e disorganico senza mai un’attenzione che consentisse di sviluppare una struttura efficace e competitiva, anche alla luce delle potenzialità espresse dalle vicine Terme di Fiuggi ove giungono pazienti anche extra regionali e stranieri.

L’organizzazione di un Centro per la Calcolosi Urinaria capace di fornire risposte tempestive ed efficaci ai numerosi malati avverrà attraverso il potenziamento della struttura ospedaliera di Frosinone-Alatri in grado di fornire un servizio altamente qualificato, capace di limitare la mobilità passiva dei pazienti, e attraverso una maggiore sinergia con i servizi ambulatoriali polispecialistici della ASL presso il Comune di Fiuggi integrandoli con i servizi termali. A tale proposito il Sindaco di Fiuggi ha messo a disposizione adeguati locali di proprietà.

L’istituzione del Centro consentirà inoltre una maggiore appropriatezza nell’esecuzione di esami di laboratorio e diagnostici, una più efficace gestione delle risorse umane (medici, infermieri e tecnici) nonché un rilancio della immagine della Azienda ed una migliore qualificazione dei servizi ambulatoriali termali: tale attività sarà implementata stabilendo anche connessioni con l’Università Tor Vergata per gli aspetti della ricerca e dell’insegnamento.

23.4 Sperimentazione di percorsi per la prevenzione primaria e secondaria di disturbi psico-emotivi prosecuzione “Progetto “Didattica...Mente Interattivi”

La ASL intende proseguire i proficui rapporti con gli enti e le istituzioni (Microsoft, che ha fornito supporto tecnologico; il Dipartimento di Scienze della Comunicazione dell’Università di Roma “La Sapienza, che ha curato il disegno sperimentale; l’Associazione Nazionale Presidi, Steluted, Banca Popolare del Frusinate) che hanno portato alla messa a punto di un protocollo formativo per la prevenzione primaria e secondaria di disturbi psicoemotivi nell’apprendimento.

Sulla base delle evidenze risultanti dall’esperienza pregressa, la ASL intende farsi promotrice di un Progetto di ricerca/studio osservazionale avente per target gli studenti della scuola primaria e secondaria di classi selezionate finalizzato al raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- misurazione e valutazione delle competenze dei discenti a seguito dell'adozione sistematica del modulo didattico già sperimentato e validato;
- azioni di prevenzione primaria e secondaria in relazione all'individuazione precoce sia relativamente ai disturbi specifici dell'apprendimento sia in relazione ai disturbi emotivi ad essi correlati passibili di evoluzione psicopatologica in senso peggiorativo.

23.5 Organizzazione di una struttura specialistica di riferimento per il trattamento e la prevenzione delle ulcere cutanee

Il Progetto ha l'obiettivo di configurare il Centro Specialistico Ulcere Cutanee presente nella ASL Frosinone (Distretto B) come Struttura di riferimento di prevenzione diagnosi e cura delle ulcere cutanee che possa attivare sui tutti i distretti territoriali, ambulatori vulnologici di 1° livello e integrarsi con centri specialistici di 3° Livello, anche con il potenziamento in termini di personale ed ore specificatamente dedicate per il centro di assistenza specialistica di 2° Livello (Centro Ulcere ASL FR).

Gli obiettivi sono riconducibili a: sviluppare protocolli di prevenzione diagnosi e cura delle lesioni cutanee croniche condivisi da Ospedale e Territorio; promuovere nuovi modelli di continuità assistenziale attraverso la determinazione di un Struttura Territoriale Intermedia dedicata al wound care (Centro di Riferimento); realizzare ambulatori vulnologici di I Livello per ogni distretto aziendale, la cui sede ideale strategica si trovi all'interno delle Case della Salute; follow-up periodico dei pazienti anche attraverso sistemi elementari di telemedicina; coordinamento con strutture di 3° livello; formazione del personale infermieristico e dei MMG coinvolti nella gestione integrata delle Case della Salute; educazione sanitaria sulla prevenzione della patologia ulcerativa cronica rivolta ai soggetti a rischio, ai loro familiari e ai caregivers.

I risultati attesi sono da ricondurre: ad una riduzione dell'incidenza di nuove ulcere cutanee e dei tempi di guarigione della singola ulcera cutanea; alla presa in carico di un numero maggiore di pazienti; ad una riduzione delle recidive; alla deospedalizzazione dei pazienti con ulcera; ad una riduzione dei costi.

23.6 Progetto di Educazione Sanitaria per la Prevenzione dell'infezione da HIV e delle MST nella Provincia di Frosinone con particolare riferimento alla popolazione scolastica-giovanile

Nella popolazione generale la percezione del rischio HIV e delle infezioni sessualmente trasmissibili (MST) è bassa in tutte le fasce di età. La modalità di trasmissione dell'infezione da HIV è al momento prevalentemente, o esclusivamente, la via sessuale. Il ritardo nella diagnosi conferma che bisogna ancora aumentare il livello di attenzione alla problematica ed in particolare devono essere potenziati e resi più accessibili i servizi di testing e counselling per la popolazione generale oltre che offrire un 'informazione più puntuale sul vantaggio personale e collettivo di una diagnosi precoce di infezione da HIV.

La popolazione scolastica destinataria dell'intervento è stata individuata fra i 13 ed i 17 anni in coerenza agli studi scientifici che la indicano come quella più recettiva ed esposta ai fattori di rischio. Vengono individuate le terze medie inferiori e le terze classi delle scuole Medie Superiori che aderiranno al progetto.

Gli obiettivi generali del progetto sono di tipo informativo, educativo e sanitario.

23.7 Avvio indagine conoscitiva sui fondi integrativi

I fondi integrativi sanitari possono trarre origine “dalla contrattazione collettiva, da accordi o da regolamenti aziendali” (cfr. D.Lgs. 502/92; 517/93; 229/99). I fondi sanitari integrativi sono particolari forme di assistenza che garantiscono a chi li sottoscrive rimborsi e sussidi per le spese sanitarie sostenute per fare prevenzione, in caso di malattia o di infortunio, sia utilizzando il Servizio Sanitario nazionale come anche centri sanitari privati. Sono presenti in molte aziende del Frusinate e saranno oggetto di un’indagine conoscitiva specifica per valorizzarne il ruolo e consentire alla ASL di offrire i propri servizi.

23.8 Predisposizione di protocolli d’intesa e/o convenzioni con Fondazioni e Associazioni

Rappresenta obiettivo della ASL la formulazione di un progetto organico per la predisposizione di protocolli di intesa e/o convenzioni con le fondazioni e le associazioni di volontariato e di promozione sociale regolarmente iscritte negli albi regionali, al fine di implementare azioni di supporto e integrazione delle attività sanitarie e sociali da svolgere.

23.9 Organizzazione Centro Antitrombosi e Decentramento Centri di Sorveglianza Terapia Anticoagulante (ex TAO)

Il Centro si prefigge l’obiettivo di individuare le classi di rischio vascolare nella popolazione, di applicare le carte del rischio, di impostare l’idonea terapia monitorandone gli effetti e le eventuali complicanze, di promuovere l’attività di ricerca e la formazione del personale. Il modello individuato prevede la centralizzazione della sorveglianza della terapia con gestione periferica del paziente attraverso un collegamento bidirezionale via internet tra il Centro Ospedaliero di riferimento e le strutture esterne. Ciò consentirà una migliore accessibilità al servizio, limitando la perdita di ore lavorative per pazienti e familiari e superando i disagi relativi ai collegamenti stradali, specie nelle zone montane.

23.10 Centrale Unica di ascolto per le Guardie Mediche

Attualmente il cittadino che vuole richiedere un servizio di Guardia Medica (GM) telefonicamente, ha a disposizione tre numeri telefonici a seconda dell’area geografica di appartenenza.

La chiamata viene gestita da un medico secondo la seguente procedura:

- intervista il chiamante al fine di ottenere dati anagrafici, l’indirizzo, l’esigenza;
- annota i dati su un registro cartaceo;
- se necessà una visita domiciliare chiama il medico di zona disponibile.

La suddetta procedura presenta alcune carenze:

- non c’è un numero telefonico unico, ma 3 numeri diversi, a seconda della zona di appartenenza;
- non c’è un sistema di registrazione della chiamata così come previsto dalla legge;
- possono nascere equivoci nello scambio di informazioni tra i medici coinvolti nel processo;
- non c’è tracciatura informatica degli eventi;
- non sono presenti servizi delle code di chiamate;
- non sono presenti servizi di “cortesia” per l’utenza (messaggio di benvenuto e di attesa in coda, musica di attesa, messaggi informativi, etc.).

Al fine di realizzare un servizio assistenziale più efficiente e di maggiore qualità per l’utenza, si propone la realizzazione di una Centrale Unica di Ascolto (CUA) avente le seguenti funzionalità:

- è contattabile con un unico numero telefonico (eventualmente numero verde);
- è dotata di n. 4 postazioni operatore di tipo call center;
- è dotata di sistema di registrazione delle conversazioni a norma di legge;
- permette di effettuare statistiche sulla gestione del servizio (n. di chiamate pervenute, tempo di attesa in coda, tempo di gestione delle stesse, sovraccarico degli operatori, etc.);
- permette di registrare ed archiviare su data base i dati della “scheda chiamata”:
 - anagrafica del chiamante;
 - esigenze manifestate;
 - operatore della CUA che ha gestito la chiamata;
 - azioni intraprese;
- permette di individuare automaticamente il Medico disponibile per la visita domiciliare in funzione della zona del chiamate e dell’agenda di disponibilità dei Medici di zona;
- permette di attivare via sms/email il medico di zona con contestuale trasferimento telematico della “scheda chiamata”;
- permette la compilazione del modello di visita (mod. M4) da parte del medico intervenuto a domicilio, mediante PC fisso o dispositivi mobili (PC portatile/Palmare/Smartphone);
- permette l’accesso via web da parte del Medico curante all’archivio delle visite domiciliari effettuate dalla GM, al fine di visionare diagnosi e prescrizioni.

Le postazioni degli operatori centrali della CUA potranno allocarsi in Frosinone presso la sede aziendale di Viale Mazzini.

23.11 Gruppo di lavoro aziendale per l'utilizzo dei Fondi Europei

La Direzione della ASL Frosinone ha scelto di “apprendere” dalla strategia europea che mira ad una crescita intelligente, sostenibile ed inclusiva, adottando modelli di riorganizzazione dei servizi che concilino innovazione, sostenibilità e accessibilità alle cure.

La ASL intende perseguire il collegamento con le azioni e le misure programmate a livello europeo per sostenere l’ambizioso obiettivo di collegare le azioni in ambito della salute con le linee di sviluppo locale promosse dalle altre Istituzioni e dal mondo produttivo. L’utilizzo di fondi europei è quindi da considerare importante in quanto veicolo di supporto ai processi di cambiamento e di miglioramento, piuttosto che come mera fonte di finanziamento. Ha pertanto formalmente istituito, sin dallo scorso mese di giugno, un Gruppo di Lavoro aziendale per la “Progettazione europea”. Il Gruppo di Lavoro, partendo dell’analisi delle risorse esistenti e della realtà economica e sociale della provincia, ha identificato particolari linee programmatiche, sulle quali costruire la partecipazioni a specifici bandi europei.

Il Gruppo di Lavoro ha già effettuato un primo censimento interno all’azienda per verificare competenze, punti di forza, idee e reti professionali nazionali e internazionali attive da poter utilizzare per sviluppare specifiche linee progettuali.

Si sta già lavorando per la promozione, lo sviluppo e la gestione di progetti e programmi in ambito delle misure previste dalla strategia europea sia nei Fondi Diretti (partecipazione a singoli bandi) sia nei Fondi Indiretti (Piano Operativo Nazionale e Piano Operativo Regionale).

Personale aziendale si è appositamente formato alla europrogettazione e nei prossimi mesi si attiverà la formazione interna aziendale, che prevede soprattutto la “formazione sul campo”, con affiancamento di esperti alla ideazione, preparazione e presentazione di progetti europei.

23.12 Assistenza penitenziaria

L'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, sulla base delle indicazioni del DCA n. 259/2014, sarà garantita attraverso la definizione di uno specifico modello organizzativo che tiene conto della presenza di più istituti penitenziari sul territorio aziendale, del numero di detenuti e di particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, sex offender). In particolare, in considerazione del fatto che i tre Istituti di pena (Cassino, Frosinone e Paliano) insistono rispettivamente negli ambiti territoriali del Distretto D, B e A, andrà garantita la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, assicurando la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi, le prestazioni infermieristiche, le prestazioni specialistiche, la risposta alle urgenze, la cura delle malattie infettive, la prevenzione, cura e riabilitazione delle dipendenze patologiche, la tutela della Salute mentale, la tutela della salute delle detenute e della loro prole, la tutela della salute della popolazione immigrata.

Quanto sopra può essere realizzato con l'istituzione di un servizio di medicina penitenziaria distrettuale nell'ambito dei Distretti sede degli Istituti di pena.

La Regione ha avviato un progetto comune ad alcune ASL dove insistono Istituti di pena per l'individuazione di un modello organizzativo autorizzato per migliorare l'assistenza della popolazione detenuta.

PARTE TERZA

MONITORAGGIO DELLE STRATEGIE E OBIETTIVI: IL CRUSCOTTO AZIENDALE

Si sono descritte sinora le strategie aziendali che, coerentemente alle indicazioni regionali, si svilupperanno per il triennio 2014-2016. Il collegamento tra l'elaborazione e l'attuazione delle strategie e i sistemi di misurazione, monitoraggio e valutazione delle performance si attuerà attraverso il cruscotto aziendale, vale a dire quello strumento di rappresentazione la cui costruzione corrisponde con il processo di budget. Esso rende possibile il controllo di gestione, permette il coordinamento e la sintesi dei dati relativi alle varie aree di intervento e alle aree funzionali dell'Azienda e definisce i livelli di responsabilizzazione dei Dirigenti. Il cruscotto realizza pertanto il collegamento tra gli strumenti del percorso di pianificazione e programmazione aziendale, comprendente la sua declinazione annuale, e le schede di budget nelle quali vengono esplicitati gli obiettivi specifici di tutte le Unità Operative Complesse dell'Azienda con i relativi indicatori. Per l'assegnazione di tali obiettivi la Direzione Aziendale ha definito le cinque aree di pertinenza di tutte le UOC aziendali: l'Area medica ospedaliera, l'Area chirurgica ospedaliera, l'Area dei servizi, l'Area dei Servizi territoriali e l'Area delle Case della Salute. È stato elaborato un modello di scheda di budget specifica per ognuna delle aree su descritte, di seguito riportate con l'indicazione di un obiettivo a titolo di esempio-tipo. Nelle schede si evidenzia come il monitoraggio sia incentrato sul rispetto dei vincoli di efficacia, efficienza, economicità e qualità organizzativa.

L'affidamento degli obiettivi di budget alle Macrostrutture ospedaliere e territoriali ed alle Unità Operative avverrà previa una dettagliata ricognizione delle risorse umane presenti per singole attività con il relativo calcolo delle ore/uomo effettivamente disponibili in modo da giungere alla dotazione organica attiva per disciplina.

Contabilità analitica

Stante lo stato attuale presente nella ASL, si propone l'implementazione di progetto a più ampio raggio da realizzarsi in due step:

PRIMO STEP (01/10/2014-31/12/2015):

In questo primo step si parte con la proposta di atto deliberativo di approvazione dei nuovi CdC ai soli destinatari di budget; come azione successiva alla deliberazione si opererebbe una notifica alla ditta Engineering Sanità gestore dell'applicativo OLIAMM dei CdC deliberati per poter eseguire l'operazione di rimodulazione e conseguente chiusura dei codici delle strutture non più in essere e contestuale migrazione dei dati nelle strutture codificate (si passerebbe dagli attuali 1.446 a circa 170 CdC).

SECONDO STEP (01/01/2015-31/12/2016):

Il secondo step rappresenta il completamento della linea progettuale con riferimento all'attività territoriale, ad oggi totalmente assente, al fine di poter costruire il cruscotto informatico del Controllo di Gestione.

Gli step programmati risultano fondamentali per meglio definire le manovre relative alla individuazione degli indicatori di efficienza per quanto riguarda il consumo di farmaci di beni sanitari e la logistica.

SCHEMA DI BUDGET ANNO 2015										
U.O.C. :	Area Medica									
DIRETTORE :										
N° Posti Letto :										
Oibettivo	Indicatore	Modalità di rilievo	Resp. Verifica	Valore Rilevato anno 2014	Valore traguardo anno 2015	Peso indicatore	I rilevazione anno 2015	scostamento	II rilevazione anno 2015	Grado raggiungimento
Soddisfazione del paziente	numero di reclami su numero di processi attivi	scheda di segnalazione	URP							
VINCOLI DI EFFICACIA										
VINCOLI DI EFFICIENZA										
Abattimento ripetizione esami non patologici	n. ripetizione esami non patologici/cto.esami richiesti	Flusso di laboratorio			<50%					
VINCOLI ECONOMICI										
VINCOLI ORGANIZZATIVI										
Partecipazione audit rischio clinico										

Figura 6 - Scheda di Budget

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2015										
U.O.C. :	Area Chirurgica									
DIRETTORE :										
N° Posti Letto :										
Oibettivo	Indicatore	Modalità di rilievo	Resp. Verifica	Valore Rilevato anno 2014	Valore traguardo anno 2015	Peso indicatore	I rilevazione anno 2015	scostamento	II rilevazione anno 2015	Grado raggiungimento
Soddisfazione del paziente	numero di reclami su numero di processi attivi	scheda di segnalazione	URP							
VINCOLI DI EFFICACIA										
VINCOLI DI EFFICIENZA										
Riduzione Degenza Media preoperatoria	tot. Giorni di degenza preoperatoria/n.ricoveri	Analisi flussi SDO	X		y (uguale o minore di X)					
VINCOLI ECONOMICI										
VINCOLI ORGANIZZATIVI										
Partecipazione audit rischio clinico										

Figura 7 - Scheda di Budget

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2015										
U.O.C. : Area Servizi										
DIRETTORE :										
Oibettivo										
Oibettivo	Indicatore	Modalità di rilievo	Resp. Verifica	Valore Rilevato anno 2014	Valore traguardo anno 2015	Peso indicatore	I rilevazione anno 2015	scostamento	Il rilevazione anno 2015	Grado raggiungimento
Soddisfazione del paziente	numero di reclami su numero di processi attivi	scheda di segnalazione	URP							
VINCOLI DI EFFICACIA										
VINCOLI DI EFFICIENZA										
VINCOLI ECONOMICI										
Riduzione del costo relativo all'acquisto dei reagenti	analisi dei costi	contabilità analitica	Controllo di gestione	X	Riduzione del 50%					
VINCOLI ORGANIZZATIVI										

Figura 8 - Scheda di Budget

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2015										
U.O.C. :		Area Servizi Territoriali								
DIRETTORE :										
Oibettivo	Indicatore	Modalità di rilievo	Resp. Verifica	Valore Rilevato anno 2014	Valore traguardo anno 2015	Peso indicatore	I rilevazione anno 2015	scostamento	Il rilevazione anno 2015	Grado raggiungimento
Soddisfazione del paziente	numero di reclami su numero di processi attivi	scheda di segnalazione	URP		<1 dei processi attivi					
VINCOLI DI EFFICACIA										
Riduzione accessi impropri al P.S.	% di codici bianchi e verdi nel P.S.	Flusso GIPSE	Resp. le Flusso informativo		Scostamento <0,5 rispetto alla media regionale					
Miglioramento dei servizi territoriali	tasso di accessi ripetuti al P.S.	Flusso GIPSE	Resp. le Flusso informativo		<5% anno precedente					
VINCOLI DI EFFICIENZA										
Velocizzazione iter diagnostico codici verdi e bianchi	tempo di attesa medio per completamento iter diagnostico codici verdi e bianchi	Flusso GIPSE	Resp. le Flusso informativo		<5% anno precedente					
Implementazione PDTA per pazienti con patologie croniche	protocolli diagnostico terapeutici condivisi/10 malattie croniche maggiormente rappresentate	Documento PDTA specifico	Dirigente Medico Distretto CdS		almeno 5 percorsi sui 10 previsti					
Potenziamento integrazione con servizi sociali e associazioni vol. per attività su territorio	N.Piani assistenziali individuazionati per pa.complessi sul totale dei soggetti afferenti al PUA	Documento P.A.I. presso il PUA	Referente Distretto		>20%					
Riduzione dei tempi medi di guarigione delle ulcere cutanee croniche	%pa. con tempo di guarigione max.3mesi/ % pa. con ulcere cutanee croniche in trattamento presso Centro Ulcere	Cartella clinica Centro Ulcere	Res.le Centro Ulcere Aziendale		>....%					
Diminuzione delle recidive delle ulcere cutanee croniche	%pa. Con recidiva/ % pa. con ulcere cutanee croniche in trattamento presso Centro Ulcere	Cartella clinica Centro Ulcere	Res.le Centro Ulcere Aziendale		>....%					
VINCOLI ECONOMICI										
Diminuzione della spesa Farmaceutica	%di prescrizione di farmaci con copertura brevettuale scaduta sul totale delle prescrizioni di farmaci	Flusso informativo Farmaceutico	Resp. Servizio Farmaceutico		>5% anno precedente					
Diminuzione della spesa Farmaceutica	%di farmaci con miglior rapporto costo indicazioni per profilo terapeutico/totale di farmaci prescritti	Flusso informativo Farmaceutico	Resp. Servizio Farmaceutico		>5% anno precedente					
VINCOLI ORGANIZZATIVI										
Implementazione dei Corsi di Formazione su Medicina di Iniziativa	n.di MMG partecipanti ai Corsi tot.MMG	Programma dei Corsi	Resp. ASB		>40%					

Figura 9 - Scheda di Budget

SCHEDA DI BUDGET ANNO 2015										
U.O.C. :	Casa della Salute									
DIRETTORE :										
Oibettivo	Indicatore	Modalità di rilievo	Resp. Verifica	Valore Rilevato anno 2014	Valore traguardo anno 2015	Peso indicatore	I rilevazione anno 2015	scostamento	Il rilevazione anno 2015	Grado raggiungimento
Soddisfazione del paziente	numero di reclami su numero di processi attivi	scheda di segnalazione	URP							
VINCOLI DI EFFICACIA										
Monitoraggio appropriatezza prescrittiva	% visite diabetologiche prescritte secondo indicazioni del percorso/totale delle visite	Flusso Informativo	Referente PDTA		>80%					
Approntamento Piano di Ottimizzazione delle funzioni attività	Realizzazione Business Plan	documento	Dirigente Medico Distretto CdS		si					
Implementazione PDTA	numero PDTA attivati/tot.set minimo di PDTA da attivare secondo indicazioni regionali	Regolamento di funzionamento della CdS	Dirigente Medico Distretto CdS		100%					
Sviluppo attività di empowerment dei cittadini	n.soggetti che ricevono counselling di gruppo/tot.soggetti	Cartella sociosanitaria utenti CdS	Dirigente Medico Distretto CdS		20%					
Appropriatezza monitoraggio clinico del Diabete mellito	%di pz.con n.1 esame annuale fundus oculi/totale pz. arruolati	Flusso Informativo	Referente PDTA		>80%pz.					
Appropriatezza monitoraggio clinico del Diabete mellito	%di pz.con n.2 controlli annuali di HbA1c/totale pz. arruolati	Flusso Informativo	Referente PDTA		>80%pz.					
VINCOLI DI EFFICIENZA										
Appropriatezza progressione degli arruolamenti nei PDTA	%pz. arruolati/ tot. dei pz. arruolabili	Flusso Informativo	Referente PDTA		scostamento inf.10%rispetto alle previsioni					
VINCOLI ECONOMICI										
Approntamento di un Piano di ottimizzazione dei costi	realizzazione di Business Plan	Documento	Dirigente Medico Distretto CdS		si					
VINCOLI ORGANIZZATIVI										
Implementazione della qualità organizzativa	effettuazione audit organizzativo	Documenti di audit	Dirigente Medico Distretto CdS		si					

Figura 10 - Scheda di Budget

APPENDICE

Tabella 67 - Bilancio demografico provinciale 2013

	Maschi	Femmine	Totale
Popolazione al 1° gennaio	240.648	252.581	493.229
Nati	2.067	1.996	4.063
Morti	2.658	2.746	5.404
Saldo Naturale	-591	-750	-1.341
Iscritti da altri comuni	3.958	4.150	8.108
Iscritti dall'estero	808	790	1.598
Altri iscritti	4.147	3.815	7.962
Cancellati per altri comuni	4.407	4.702	9.109
Cancellati per l'estero	369	339	708
Altri cancellati	987	1.074	2.061
Saldo Migratorio e per altri motivi	3.150	2.640	5.790
Popolazione residente in famiglia	242.654	253.498	496.152
Popolazione residente in convivenza	553	973	1.526
Unità in più/meno dovute a variazioni territoriali	0	0	0
Popolazione al 31 dicembre	243.207	254.471	497.678
Numero di Famiglie		202.236	
Numero di Convivenze		157	
Numero medio di componenti per famiglia		2.45	

Tabella 68 - Principali indicatori demografici

Provincia/Regione	Quoziente di natalità (per mille)											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viterbo	7,7	7,9	7,9	7,8	8,3	8,3	8,6	8,7	8,5	8,6	8,4	7,7
Rieti	7,9	7,6	8,0	7,8	8,3	8,1	8,4	8,5	7,8	8,3	8,0	7,4
Roma	9,7	10,2	10,5	10,1	10,5	10,2	11,0	10,4	10,2	10,2	9,8	9,4
Latina	9,9	10,0	10,0	9,7	10,0	9,9	10,4	10,3	10,4	10,1	9,9	9,4
Frosinone	8,4	8,4	8,5	8,4	8,6	8,8	8,9	8,7	9,0	8,4	8,6	8,2
Lazio	9,5	9,8	10,0	9,7	10,1	9,9	10,6	10,1	9,9	9,9	9,6	9,1
Provincia/Regione	Quoziente di mortalità (per mille)											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viterbo	11,0	11,9	10,5	11,3	11,2	11,0	11,5	11,4	11,5	11,3	11,9	11,3
Rieti	11,9	12,1	11,4	11,3	12,0	11,8	11,9	11,8	12,1	11,7	12,3	12,3
Roma	9,3	9,8	9,5	9,4	9,1	9,3	9,5	9,8	9,7	9,7	9,9	9,2
Latina	8,0	8,7	8,0	8,3	8,3	8,0	8,4	8,4	8,9	8,5	9,1	8,4
Frosinone	9,7	10,0	9,5	9,6	9,8	10,1	9,9	10,3	10,5	10,8	11,0	10,9
Lazio	9,4	9,9	9,5	9,5	9,3	9,4	9,6	9,8	9,8	9,8	10,1	9,5

Provincia/Regione	Quoziente di nuzialità (per mille)											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viterbo	5,2	5,0	5,0	4,5	4,9	4,7	4,5	4,2	3,8	3,2	3,3	..
Rieti	5,2	4,6	4,7	4,4	4,1	4,4	3,8	3,6	3,8	2,6	3,5	..
Roma	4,6	4,6	4,5	4,5	4,4	4,4	4,2	3,8	3,4	3,2	3,4	..
Latina	4,6	5,0	4,3	4,4	4,5	4,5	4,3	4,1	3,8	3,3	3,4	..
Frosinone	4,9	4,4	4,3	4,2	4,3	4,4	4,0	3,8	3,5	3,6	3,8	..
Lazio	4,7	4,7	4,5	4,5	4,4	4,4	4,2	3,9	3,5	3,2	3,5	3,2
Provincia/Regione	Numero medio di figli per donna											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viterbo	1,07	1,10	1,12	1,11	1,21	1,21	1,27	1,29	1,30	1,32	1,32	..
Rieti	1,14	1,11	1,17	1,14	1,24	1,25	1,30	1,33	1,25	1,34	1,32	..
Roma	1,20	1,28	1,33	1,30	1,38	1,38	1,52	1,47	1,48	1,53	1,49	..
Latina	1,26	1,27	1,29	1,28	1,35	1,35	1,45	1,45	1,49	1,48	1,48	..
Frosinone	1,14	1,16	1,18	1,17	1,21	1,26	1,28	1,28	1,33	1,27	1,31	..
Lazio	1,20	1,26	1,30	1,28	1,35	1,36	1,48	1,44	1,46	1,48	1,46	1,43

Provincia/Regione	Speranza di vita alla nascita e a 65 anni per sesso											
	2004				2005				2006			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
Viterbo	77,5	16,9	83,3	21,2	77,8	16,8	82,8	20,8	77,7	17,1	83,2	20,9
Rieti	78,2	17,6	83,5	21,2	78,6	17,9	83,7	21,4	78,1	17,7	83,3	21,2
Roma	77,3	16,9	82,6	20,5	77,9	17,3	83,1	20,8	78,3	17,8	83,6	21,2
Latina	77,7	17,3	83,0	20,9	78,0	17,3	82,9	20,7	78,1	17,5	83,5	21,2
Frosinone	77,9	17,2	83,6	21,1	78,4	17,6	83,3	21,0	78,1	17,5	83,6	21,3
Lazio	77,4	17,0	82,8	20,7	77,9	17,3	83,0	20,8	78,1	17,7	83,4	21,1
Provincia/Regione	2007				2008				2009			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
	77,7	17,2	83,6	21,6	77,5	17,5	83,3	21,0	77,7	17,4	83,7	21,2
Viterbo	78,4	17,8	83,8	21,5	78,5	17,8	83,6	21,3	78,9	18,1	83,5	21,1
Rieti	78,5	17,8	83,7	21,3	78,7	17,8	83,7	21,2	78,7	17,9	83,4	21,1
Roma	78,6	18,0	84,1	21,5	78,7	18,0	83,9	21,2	78,6	18,0	84,3	21,7
Frosinone	78,0	17,3	83,8	21,2	78,3	17,7	84,4	21,7	78,5	17,9	84,0	21,3
Lazio	78,3	17,7	83,6	21,2	78,5	17,8	83,6	21,1	78,5	17,8	83,4	21,1
Provincia/Regione	2010				2011				2012			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65	0	65
	78,1	17,6	83,8	21,2	78,9	17,9	84,1	21,6	78,9	17,8	83,3	21,0
Viterbo	78,7	18,1	83,8	21,7	79,5	18,8	84,3	21,8	79,4	18,7	83,9	21,6
Rieti	78,9	18,0	83,7	21,3	79,2	18,2	83,8	21,5	79,4	18,4	84,0	21,6
Roma	78,6	17,8	84,0	21,4	79,5	18,7	84,2	21,7	78,9	18,4	84,0	21,4
Frosinone	78,5	17,9	84,1	21,5	78,4	17,6	84,1	21,7	78,6	17,7	83,9	21,4
Lazio	78,7	17,9	83,7	21,3	79,0	18,2	83,8	21,5	79,1	18,2	83,8	21,4

Provincia/Regione	Crescita naturale (per mille)											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viterbo	-3,4	-4,0	-2,6	-3,5	-2,9	-2,7	-2,9	-2,7	-3,0	-2,7	-3,5	-3,6
Rieti	-4,0	-4,5	-3,4	-3,5	-3,6	-3,7	-3,6	-3,3	-4,2	-3,4	-4,3	-4,9
Roma	0,4	0,4	0,9	0,7	1,3	0,9	1,5	0,6	0,5	0,5	-0,1	0,1
Latina	1,9	1,3	2,0	1,4	1,7	1,9	2,1	1,9	1,5	1,5	0,8	0,9
Frosinone	-1,3	-1,6	-1,0	-1,2	-1,2	-1,3	-1,0	-1,6	-1,5	-2,4	-2,4	-2,7
Lazio	0,1	-0,1	0,5	0,2	0,8	0,5	0,9	0,3	0,1	0,1	-0,5	-0,4
Provincia/Regione	Saldo migratorio totale (per mille)											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viterbo	7,5	15,8	11,4	10,0	8,5	19,2	17,4	7,9	6,6	7,0	12,9	24,2
Rieti	7,1	11,6	10,3	10,5	6,2	14,3	16,2	7,7	2,6	1,2	14,6	24,8
Roma	2,4	6,2	9,2	4,8	5,3	11,3	9,3	7,7	8,0	6,3	11,2	67,2
Latina	4,9	9,6	10,1	7,3	5,5	14,1	14,2	9,7	5,8	6,0	12,3	30,4
Frosinone	1,0	4,6	3,1	2,8	1,2	7,9	5,8	1,7	1,4	1,4	4,3	11,7
Lazio	3,0	7,1	8,8	5,3	5,2	11,8	10,1	7,3	7,0	5,7	10,9	55,2
Provincia/Regione	Tasso di crescita totale (per mille)											
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Viterbo	4,1	11,8	8,8	6,5	5,6	16,5	14,5	5,2	3,6	4,3	9,4	20,6
Rieti	3,1	7,1	6,9	7,0	2,6	10,6	12,6	4,5	-1,6	-2,1	10,4	19,9
Roma	2,9	6,6	10,1	5,5	6,6	12,2	10,8	8,3	8,5	6,8	11,1	67,3
Latina	6,8	10,9	12,1	8,7	7,2	16,0	16,3	11,6	7,3	7,5	13,1	31,3
Frosinone	-0,3	3,0	2,1	1,6	0,0	6,6	4,8	0,1	-0,1	-1,0	1,9	9,0
Lazio	3,0	7,0	9,4	5,6	5,9	12,2	11,0	7,6	7,1	5,8	10,4	54,8

Provincia/Regione	Struttura per età della popolazione al 1° gennaio											
	2002			2003			2004			2005		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Viterbo	12,8	66,2	21,0	12,7	66,1	21,2	12,5	66,2	21,2	12,4	66,1	21,5
Rieti	13,1	64,4	22,5	13,0	64,3	22,7	12,9	64,3	22,9	12,7	64,3	23,0
Roma	13,6	68,5	17,9	13,7	68,0	18,3	13,8	67,6	18,6	13,8	67,3	18,9
Latina	15,5	69,0	15,5	15,4	68,7	15,9	15,2	68,6	16,3	15,0	68,4	16,6
Frosinone	14,7	66,9	18,5	14,4	66,8	18,8	14,1	66,9	19,0	13,9	66,9	19,3
Lazio	13,8	68,1	18,0	13,9	67,7	18,4	13,9	67,5	18,7	13,8	67,2	19,0
Provincia/Regione	2006			2007			2008			2009		
	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Viterbo	12,3	66,0	21,7	12,4	65,8	21,8	12,4	66,0	21,6	12,5	66,0	21,6
Rieti	12,6	64,2	23,2	12,5	64,1	23,4	12,4	64,5	23,1	12,4	64,6	23,0
Roma	13,9	66,8	19,3	14,0	66,4	19,6	14,0	66,3	19,7	14,1	66,1	19,8
Latina	14,8	68,1	17,1	14,7	67,9	17,4	14,6	67,9	17,5	14,5	67,9	17,7
Frosinone	13,6	66,8	19,6	13,4	66,9	19,7	13,2	67,1	19,7	13,2	67,1	19,8
Lazio	13,9	66,8	19,3	13,9	66,5	19,6	13,9	66,4	19,7	13,9	66,3	19,8
Provincia/Regione	2010			2011			2012			2013		

	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre									
Viterbo	12,5	65,9	21,6	12,5	65,8	21,7	12,6	65,4	22,0	12,7	65,0	22,3
Rieti	12,3	64,7	22,9	12,2	64,7	23,1	12,2	64,5	23,3	12,1	64,3	23,6
Roma	14,1	66,0	19,9	14,1	66,0	19,9	14,1	65,7	20,2	14,1	65,2	20,7
Latina	14,4	67,8	17,8	14,3	67,8	17,9	14,2	67,4	18,4	14,2	67,0	18,8
Frosinone	13,1	67,0	19,9	13,0	67,1	19,9	12,9	66,9	20,2	12,9	66,5	20,6
Lazio	13,9	66,2	19,9	13,9	66,2	19,9	13,8	65,9	20,2	13,9	65,4	20,7

Provincia/Regione	Indici di struttura della popolazione al 1° gennaio							
	2002				2003			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Viterbo	51,1	31,7	163,5	43,4	51,3	32,1	167,3	43,7
Rieti	55,2	34,9	172,5	44,0	55,5	35,3	174,3	44,2
Roma	46,0	26,1	131,5	42,0	47,0	26,9	133,1	42,3
Latina	45,0	22,5	100,3	39,9	45,6	23,2	103,8	40,2
Frosinone	49,6	27,6	126,1	41,2	49,6	28,1	130,3	41,6
Lazio	46,8	26,5	130,4	41,9	47,6	27,1	132,6	42,1
Provincia/Regione	2004				2005			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
	51,0	32,1	169,2	43,8	51,3	32,5	173,2	44,0
Viterbo	55,6	35,6	177,9	44,4	55,5	35,8	180,9	44,6
Rieti	47,9	27,5	134,5	42,4	48,6	28,0	136,3	42,6
Latina	45,9	23,7	107,4	40,5	46,2	24,3	111,2	40,8
Frosinone	49,4	28,3	134,2	41,8	49,6	28,9	139,2	42,1
Lazio	48,2	27,7	134,5	42,3	48,8	28,2	137,0	42,5
Provincia/Regione	2006				2007			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
	51,6	32,9	175,8	44,2	51,9	33,1	176,2	44,4
Viterbo	55,9	36,2	184,5	44,8	55,9	36,4	186,6	45,0
Rieti	49,7	28,8	138,4	42,7	50,6	29,5	139,8	43,0
Latina	46,8	25,0	115,2	41,1	47,2	25,6	118,3	41,4
Frosinone	49,7	29,3	143,6	42,4	49,6	29,5	146,8	42,7
Lazio	49,7	28,9	139,6	42,7	50,4	29,5	141,3	42,9
Provincia/Regione	2008				2009			
	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
	51,5	32,8	174,7	44,5	51,6	32,7	173,0	44,5
Viterbo	55,1	35,8	185,5	45,1	54,7	35,5	185,1	45,1
Rieti	50,9	29,8	140,6	43,1	51,4	30,0	140,3	43,2
Latina	47,3	25,8	120,4	41,6	47,4	26,0	121,9	41,8

Frosinone	49,1	29,3	148,5	42,9	49,1	29,5	150,5	43,2
Lazio	50,5	29,7	142,1	43,1	50,9	29,9	142,1	43,2
2010					2011			
Provincia/Regione	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Viterbo	51,8	32,8	172,7	44,6	52,1	33,0	172,8	44,8
Rieti	54,5	35,4	185,7	45,3	54,5	35,6	188,9	45,5
Roma	51,5	30,1	140,8	43,3	51,6	30,2	141,5	43,5
Latina	47,5	26,2	123,1	42,0	47,4	26,3	124,9	42,3
Frosinone	49,2	29,7	152,2	43,4	49,0	29,6	152,5	43,6
Lazio	51,0	30,0	142,7	43,3	51,0	30,1	143,6	43,5
2012					2013			
Provincia/Regione	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Viterbo	52,8	33,5	173,9	44,9	53,8	34,3	175,6	45,0
Rieti	55,0	36,2	192,0	45,7	55,5	36,6	194,2	45,8
Roma	52,2	30,8	144,0	43,7	53,5	31,8	147,1	43,9
Latina	48,3	27,2	129,4	42,5	49,2	28,1	133,0	42,7
Frosinone	49,6	30,2	156,1	43,9	50,4	31,0	159,2	44,1
Lazio	51,7	30,7	146,3	43,7	52,8	31,6	149,3	43,9

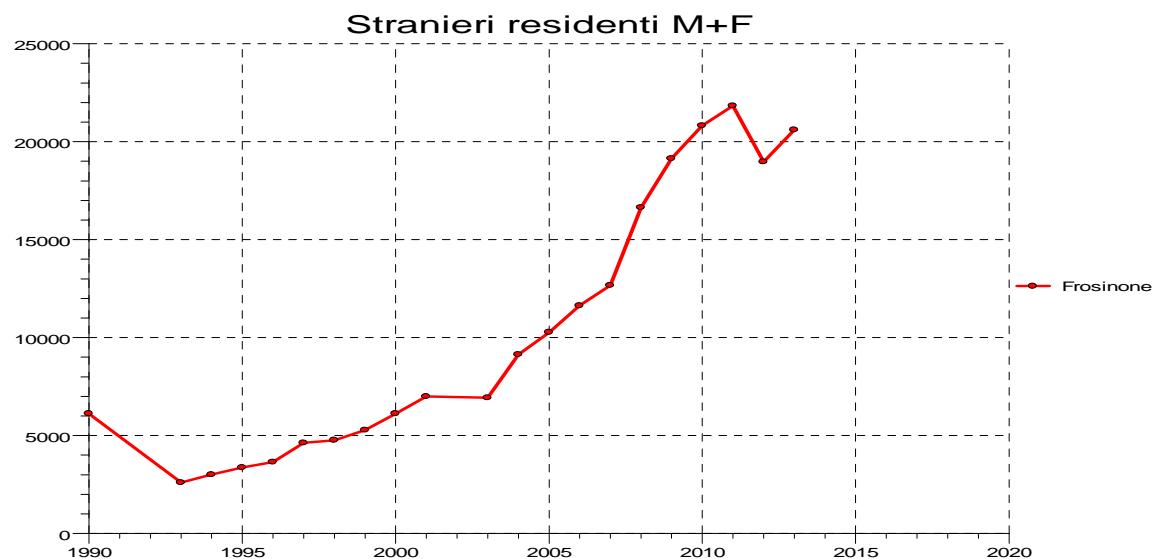


Figura 11 - Stranieri residenti in provincia di Frosinone

Tabella 69 - Dati di mortalità

Mortalità per tutte le cause. Tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza.																		
Area	MASCHI										FEMMINE							
	Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		RR	
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	78264	963,7	1184,8	1176,4	1193,3	1,00			82465	938,3	785,4	780	790,8	1,00				
Frosinone	7975	1097,6	1257,9	1230,4	1286,0	1,06	1,04	1,09	7667	1006,6	789,4	771,6	807,5	1,01	0,98	1,03		
Distr A	1343	992,6	1285,0	1216,7	1357,1	1,08	1,03	1,15	1339	961,0	851,0	806,3	898,1	1,08	1,03	1,14		
Distr B	2981	1103,4	1271,7	1226,6	1318,5	1,07	1,03	1,11	2801	984,9	779,4	750,7	809,2	0,99	0,96	1,03		
Distr C	1765	1173,8	1216,0	1160,5	1274,3	1,03	0,98	1,08	1779	1117,5	778,3	742,0	816,2	0,99	0,94	1,04		
Distr D	1886	1104,4	1257,0	1201,2	1315,4	1,06	1,01	1,11	1748	977,6	770,7	734,8	808,4	0,98	0,94	1,03		
Mortalità per tumori maligni. Tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza.																		
Area	MASCHI										FEMMINE							
	Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		RR	
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	26866	330,8	387,1	382,5	391,8	1,00			21110	240,2	214,7	211,8	217,7	1,00				
Frosinone	2515	346,1	382,6	367,8	397,9	0,99	0,95	1,03	1603	210,4	186,1	177,1	195,6	0,87	0,82	0,91		
Distr A	449	331,9	401,2	365,2	440,8	1,04	0,94	1,14	260	186,6	179,6	158,9	203,0	0,84	0,74	0,95		
Distr B	926	342,8	381,0	357,1	406,5	0,98	0,92	1,05	596	209,6	186,4	171,9	202,2	0,87	0,80	0,94		
Distr C	549	365,1	368,9	339,3	401,2	0,95	0,88	1,04	355	223,0	180,1	161,9	200,3	0,84	0,75	0,93		
Distr D	591	346,1	384,2	354,2	416,6	0,99	0,91	1,08	392	219,2	194,4	175,7	215,0	0,91	0,82	1,00		
Mortalità per malattie del sistema circolatorio. Tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati, per genere e area di residenza.																		
Rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2010-2012.																		
Area	MASCHI										FEMMINE							
	Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		RR	
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	27207	335,0	427,6	422,5	432,8	1,00			34311	390,4	315,7	312,4	319,1	1,00				
Frosinone	3203	440,8	519,6	501,8	538,0	1,22	1,17	1,26	3900	512,0	380,8	368,2	392,3	1,20	1,16	1,24		
Distr A	527	389,5	531,4	487,1	579,7	1,24	1,14	1,36	646	463,6	394,9	365,5	426,7	1,25	1,16	1,35		
Distr B	1220	451,6	534,1	504,8	565,1	1,25	1,18	1,32	1410	495,8	372,9	353,8	393,1	1,18	1,12	1,25		
Distr C	724	481,5	508,2	472,4	546,8	1,19	1,10	1,28	947	594,9	386,1	361,9	411,9	1,22	1,15	1,31		
Distr D	732	428,6	498,7	463,7	536,4	1,17	1,08	1,26	897	501,7	374,9	350,9	400,7	1,19	1,11	1,27		
Mortalità per malattie dell'apparato respiratorio. Tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati per genere e area di residenza.																		
Rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2010-2012																		
Area	MASCHI										FEMMINE							
	Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Decessi 2010-12	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		RR	
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	5231	64,4	84,2	81,9	86,5	1,00			4667	53,1	43,3	42,1	44,6	1,00				
Frosinone	587	80,8	96,8	89,3	105,0	1,15	1,06	1,25	355	46,6	35,3	31,8	39,2	0,82	0,73		0,91	
Distr A	89	65,8	94,0	76,1	116,1	1,12	0,90	1,38	60	43,1	37,8	29,3	48,8	0,87	0,68		1,13	
Distr B	220	81,4	97,5	85,4	111,3	1,16	1,01	1,33	120	42,2	32,0	26,7	38,3	0,74	0,62		0,89	
Distr C	136	90,4	96,2	81,3	113,9	1,14	0,96	1,36	80	50,3	34,1	27,3	42,7	0,79	0,63		0,99	
Distr D	142	83,2	98,2	83,3	115,9	1,17	0,99	1,38	95	53,1	40,0	32,6	49,0	0,92	0,75		1,13	

Prevalenza di broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO). Tassi (per 1.000 residenti) grezzi e standardizzati per genere e area di residenza. Rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Tabella 70 - Dati di morbosità

Area	MASCHI									FEMMINE								
	Casi prevalentii	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Casi prevalentii	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%			
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	137.907	117,1	100,9	100,4	101,5	1,00			127.376	90,4	71,9	71,5	72,3	1,00				
Frosinone	13.726	127,4	106,5	104,6	108,3	1,05	1,04	1,07	10.585	86,8	65,6	64,3	67,0	0,91	0,89	0,93		
Distr A	2.183	115,8	99,8	95,6	104,2	0,98	0,94	1,02	1.701	80,7	63	59,8	66,4	0,87	0,82	0,92		
Distr B	4.712	117	97,4	94,6	100,3	0,96	0,93	0,99	3.872	84,7	66,2	63,9	68,5	0,91	0,88	0,94		
Distr C	2.447	118,8	95,7	92,0	99,6	0,94	0,91	0,98	2.087	78,1	56,7	54,0	59,5	0,78	0,74	0,82		
Distr D	4.084	160,2	135,8	131,5	140,2	1,34	1,29	1,38	2.925	102,9	75,2	72,3	78,4	1,04	0,89	1,08		

Prevalenza di diabete. Tassi (per 1.000 residenti) grezzi e standardizzati per genere e area di residenza. Rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Area	MASCHI									FEMMINE								
	Casi prevalentii	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Casi prevalentii	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%			
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	156.896	96	87,2	86,8	87,7	1,00			156.957	82,9	67,6	67,2	67,9	1,00				
Frosinone	14.345	99,5	88,5	87,0	90,0	1,01	1,00	1,03	14.624	91,4	72,7	71,4	74,0	1,08	1,06	1,10		
Distr A	2.484	96,4	88,2	84,7	91,8	1,01	0,97	1,05	2.621	93,2	77,7	74,5	80,9	1,14	1,09	1,19		
Distr B	5.029	92,9	82,6	80,3	85,0	0,94	0,92	0,97	5.141	85,3	67,9	65,9	70,0	1,00	0,97	1,03		
Distr C	2.986	98,5	84,7	81,6	87,9	0,97	0,93	1,00	3.084	89,8	68,2	65,6	71,0	1,00	0,96	1,04		
Distr D	3.846	113,1	101,6	98,3	105,0	1,16	1,12	1,20	3.778	101,5	80,8	78,1	83,7	1,19	1,15	1,23		

Incidenza di eventi coronarici acuti. Tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati per genere e area di residenza. Rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Area	MASCHI									FEMMINE								
	Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%			
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	23.220	367,4	331,1	326,7	335,5	1,00			11.619	162,8	109,7	107,6	111,9	1,00				
Frosinone	1.953	350,8	309,3	295,4	323,9	0,93	0,89	0,98	928	154,5	103,8	96,6	111,5	0,95	0,88	1,02		
Distr A	316	313,3	285,6	255,1	319,8	0,86	0,77	0,97	170	159,2	112,1	95,2	132,0	1,02	0,87	1,20		
Distr B	765	365,9	326,4	303,3	351,2	0,99	0,92	1,06	314	138,9	93,4	82,6	105,7	0,85	0,75	0,96		
Distr C	430	362,2	307,8	278,7	339,9	0,93	0,84	1,03	229	176,4	115,9	100,1	134,3	1,06	0,91	1,23		
Distr D	442	345	302,4	274,6	330,0	0,91	0,83	1,01	215	155,9	103,4	82,9	120,0	0,94	0,81	1,09		

Incidenza di eventi cerebrovascolari acuti. Tassi (per 100.000 residenti) grezzi e standardizzati per genere e area di residenza. Rischi relativi (RR) rispetto alla Regione Lazio. Anni 2006-2009.

Area	MASCHI									FEMMINE								
	Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%		Eventi incidenti	Tasso grezzo	Tasso standard	IC95%		RR	IC95%			
				inf	sup		inf	sup				inf	sup		inf	sup		
Lazio	14.222	225	182,8	179,7	185,9	1,00			12.808	179,4	115,3	113,1	117,5	1,00				
Frosinone	1.452	260,8	195,2	184,9	206,0	1,07	1,01	1,13	1.308	217,8	127,3	119,8	135,3	1,10	1,04	1,18		
Distr A	253	250,9	200,2	176,2	227,4	1,09	0,96	1,25	235	220,1	137,5	119,4	158,4	1,19	1,03	1,38		
Distr B	551	263,5	205,7	188,5	224,4	1,13	1,03	1,23	459	203,1	122,9	111,0	136,2	1,07	0,96	1,18		
Distr C	277	233,3	156	137,6	176,7	0,85	0,75	0,97	271	208,8	106	92,5	121,5	0,92	0,80	1,05		
Distr D	371	289,6	212,3	190,8	236,3	1,16	1,04	1,29	343	248,7	148,2	131,7	166,7	1,29	1,14	1,45		

Fig. 12 - Mobilità passiva intra-regionale. Andamento dei volumi e dei costi

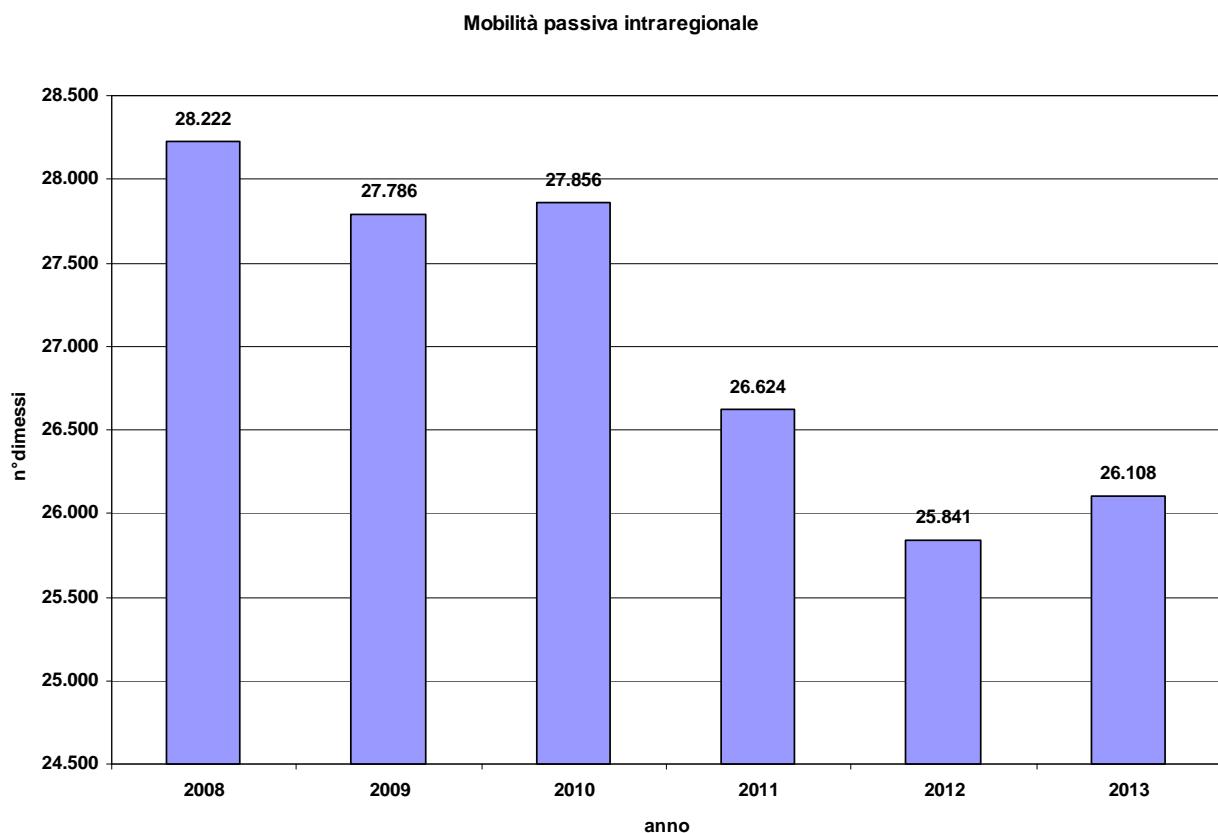
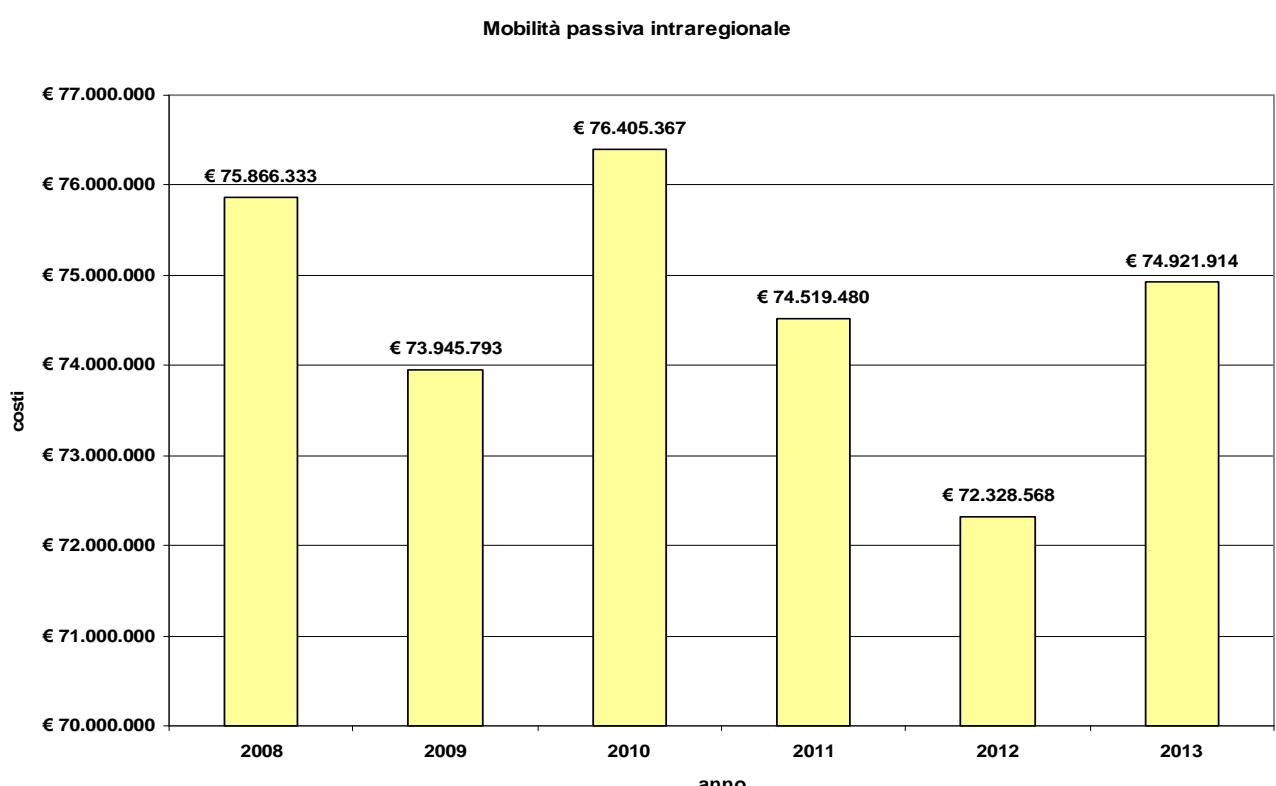


Fig. 13 – Mobilità passiva extra-regionale. Andamento dei volumi e dei costi



Mobilità passiva extra-regionale

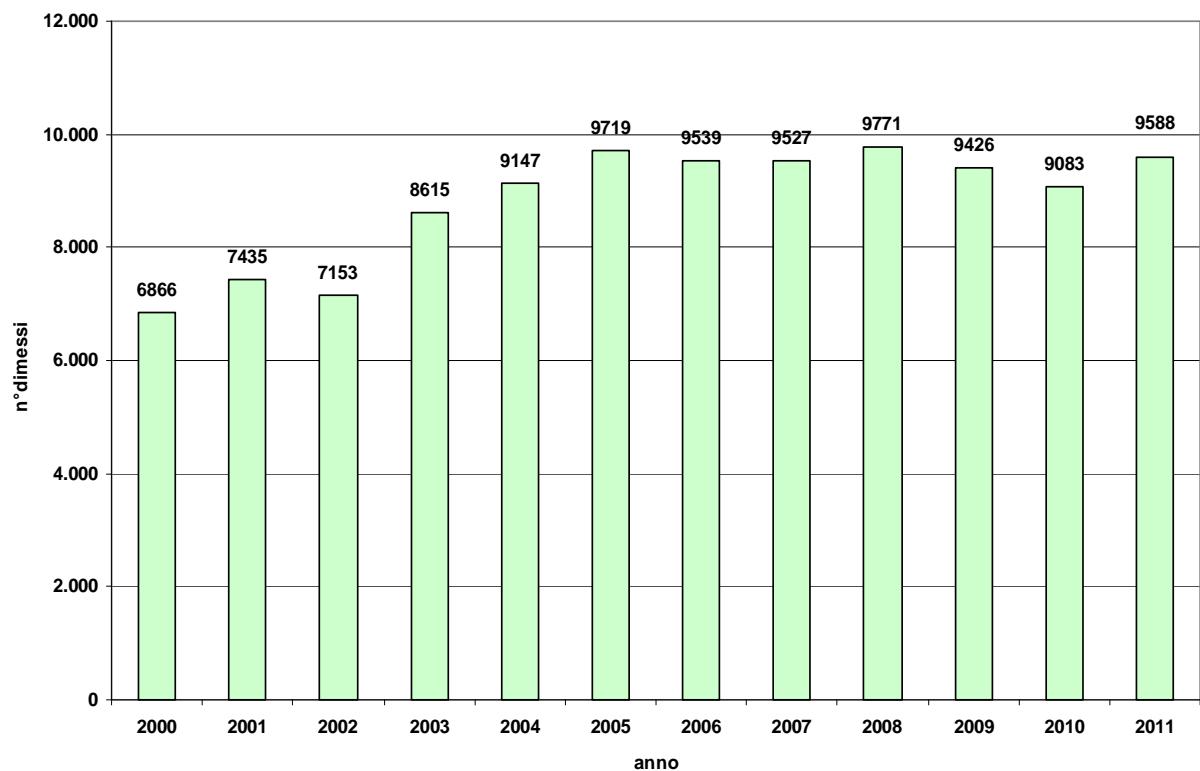
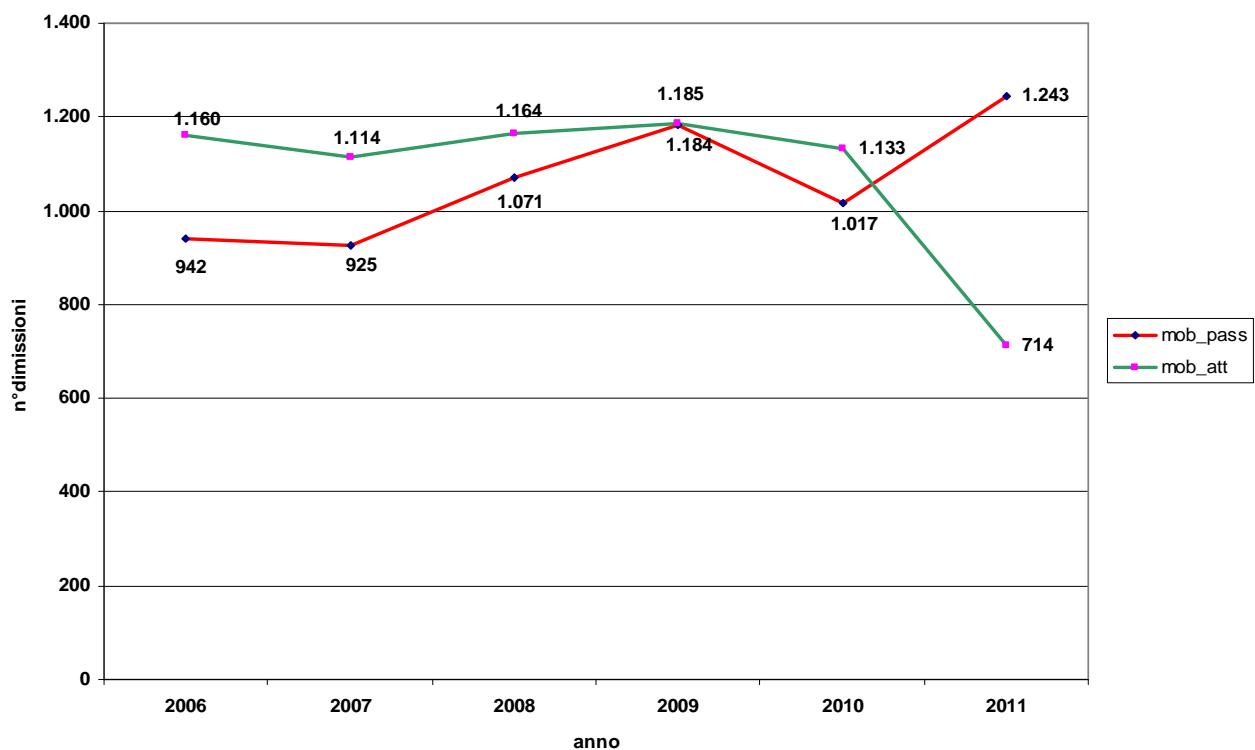
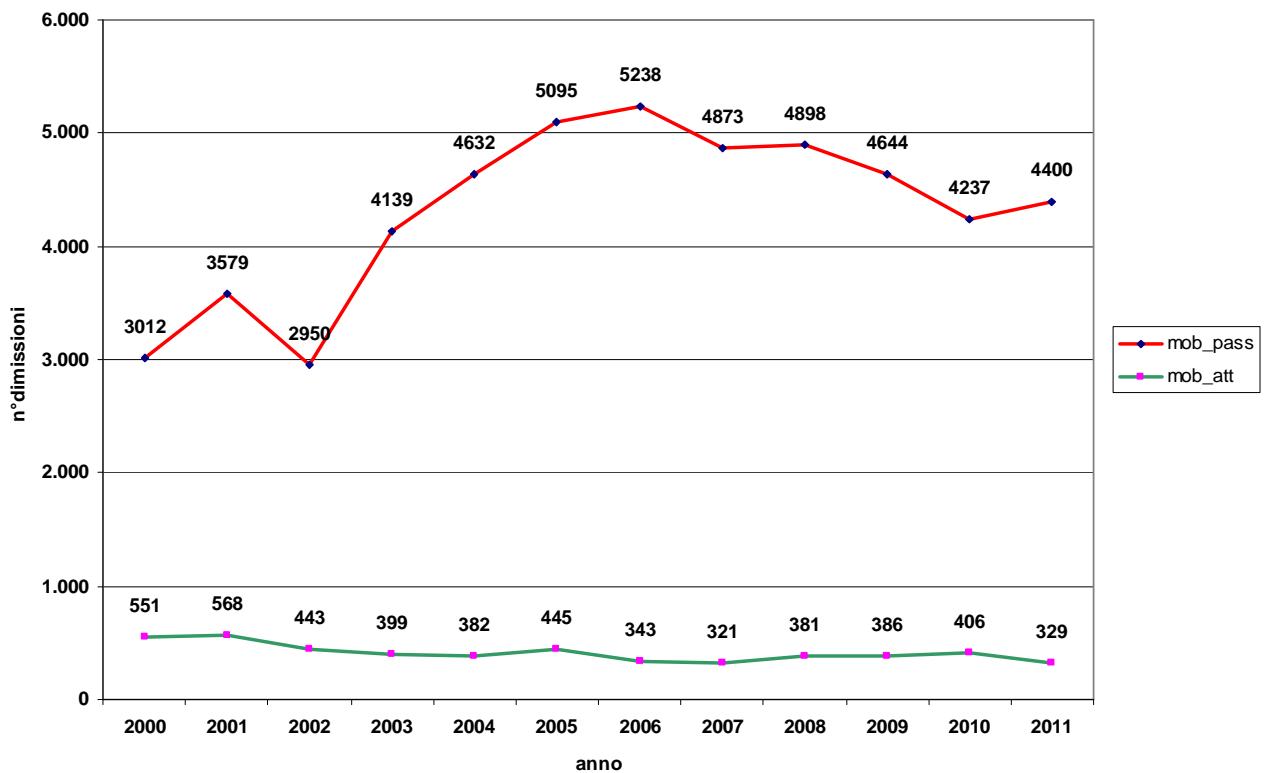


Fig. 14 – Mobilità passiva extra-regionale. Differenziali di mobilità.

Interscambi ASL FR - Campania



Interscambi ASL FR - Abruzzo



Interscambi ASL FR - Molise

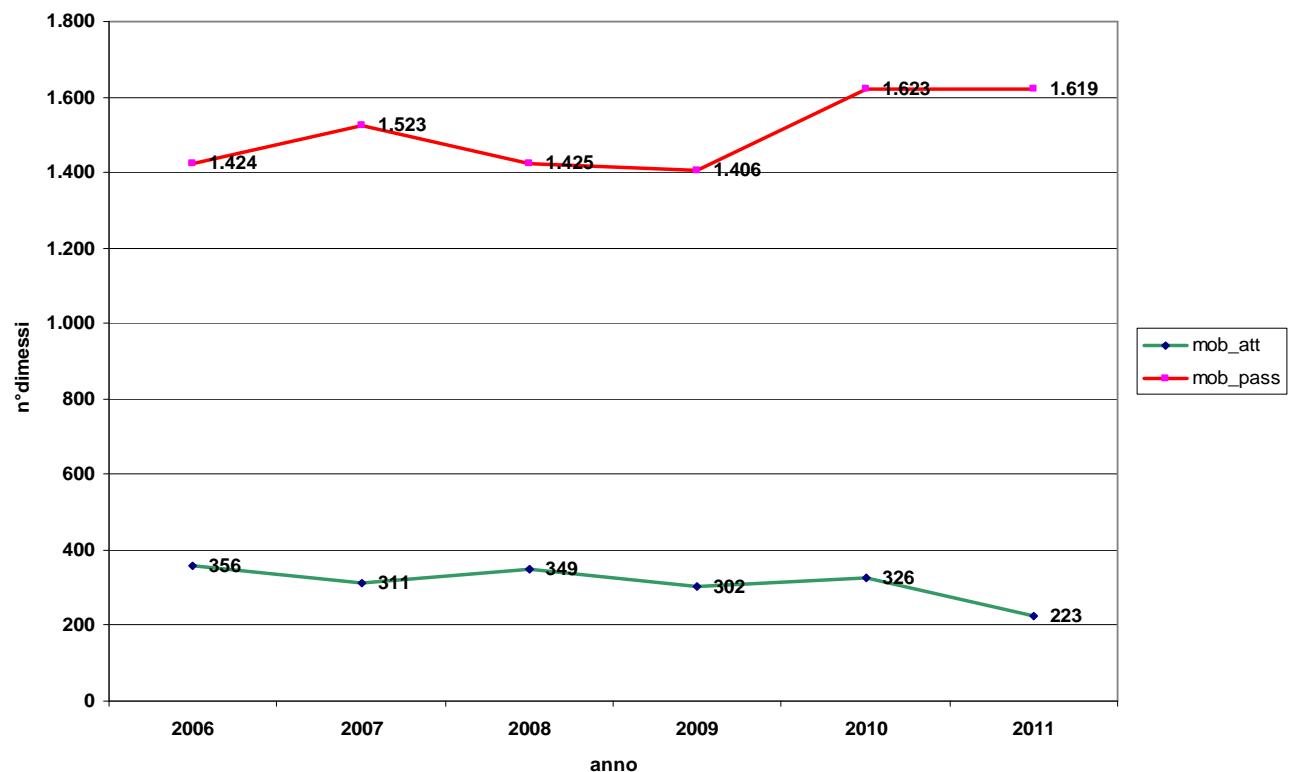


Tabella 71 - Tendenziali

CODICE MIN	CODICE	VOCE	Consuntivo 2013	PREVISIONALE		
				2014	2015	2016
	A	Valore della produzione	860.947	837.795	837.795	837.795
AA0010	A.1	Contributi in c/esercizio	803.024	804.734	804.734	804.734
AA0020	A.1.A	Contributi da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	794.105	794.105	794.105	794.105
AA0050	A.1.B	Contributi c/esercizio (extra fondo)	8.618	10.629	10.629	10.629
AA0180	A.1.C	Contributi c/esercizio per ricerca	-	-	-	-
AA0220	A.1.C.4	Contributi da privati per ricerca	-	-	-	-
AA0230	A.1.D	Contributi c/esercizio da privati	301	-	-	-
AA0240	A.2	Rettifica contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	3.465	11.072	11.072	11.072
AA0250	A.2.A	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale	3.465	11.072	11.072	11.072
AA0260	A.2.B	Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi	-	-	-	-
AA0270	A.3	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	-	-	-	-
AA0280	A.3.A	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato	-	-	-	-
AA0290	A.3.B	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da soggetti pubblici (extra fondo) vincolati	-	-	-	-
AA0300	A.3.C	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti per ricerca	-	-	-	-
AA0310	A.3.D	Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti da privati	-	-	-	-
AA0320	A.4	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	33.162	33.858	33.858	33.858
AA0330	A.4.A	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a soggetti pubblici	24.798	24.787	24.787	24.787
AA0610	A.4.B	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate da privati v/residenti Extraregione in compensazione (mobilità attiva)	4.410	4.410	4.410	4.410
AA0660	A.4.C	Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria erogate a privati	2.426	3.232	3.232	3.232
AA0670	A.4.D	Ricavi per prestazioni sanitarie erogate in regime di intramoenia	1.528	1.429	1.429	1.429
AA0750	A.5	Concorsi, recuperi e rimborsi	357	341	341	341
AA0760	A.5.A	Rimborsi assicurativi	6	6	6	6
AA0770	A.5.B	Concorsi, recuperi e rimborsi da Regione	-	-	-	-
AA0800	A.5.C	Concorsi, recuperi e rimborsi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	57	57	57
AA0840	A.5.D	Concorsi, recuperi e rimborsi da altri soggetti pubblici	219	212	212	212
AA0880	A.5.E	Concorsi, recuperi e rimborsi da privati	132	66	66	66
AA0940	A.6	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	9.704	9.740	9.740	9.740

AA0950	A.6.A	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale	8.243	8.269	8.269	8.269
AA0960	A.6.B	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie - Ticket sul pronto soccorso	-	-	-	-
AA0970	A.6.C	Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket) - Altro	1.461	1.471	1.471	1.471
AA0980	A.7	Quota contributi c/capitale imputata all'esercizio	17.945	-	17.945	17.945
AA0990	A.7.A	Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti dallo Stato	-	-	-	-
AA1000	A.7.B	Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per investimenti da Regione	12.140	-	12.140	12.140
AA1010	A.7.C	Quota imputata all'esercizio dei finanziamenti per beni di prima dotazione	-	-	-	-
AA1020	A.7.D	Quota imputata all'esercizio dei contributi in c/ esercizio FSR destinati ad investimenti	3.041	-	3.041	3.041
AA1030	A.7.E	Quota imputata all'esercizio degli altri contributi in c/ esercizio destinati ad investimenti	-	-	-	-
AA1040	A.7.F	Quota imputata all'esercizio di altre poste del patrimonio netto	2.764	-	2.764	2.764
AA1050	A.8	Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-	-
AA1060	A.9	Altri ricavi e proventi	220	194	194	194
AA1070	A.9.A	Ricavi per prestazioni non sanitarie	13	27	27	27
AA1080	A.9.B	Fitti attivi ed altri proventi da attività immobiliari	70	66	66	66
AA1090	A.9.C	Altri proventi diversi	137	101	101	101
AZ9999	A	Totale valore della produzione (A)	860.947	837.795	855.740	855.740
BA0010	B.1	Acquisti di beni	78.738	73.117	73.117	73.117
BA0020	B.1.A	Acquisti di beni sanitari	76.932	71.713	71.713	71.713
BA0310	B.1.B	Acquisti di beni non sanitari	1.806	1.404	1.404	1.404
BA0390	B.2	Acquisti di servizi	475.454	468.689	468.689	468.689
BA0400	B.2.A	Acquisti servizi sanitari	430.122	425.503	425.503	425.503
BA1560	B.2.B	Acquisti di servizi non sanitari	45.332	43.186	43.186	43.186
BA1910	B.3	Manutenzione e riparazione (ordinaria esternalizzata)	421	366	366	366
BA1920	B.3.A	Manutenzione e riparazione ai fabbricati e loro pertinenze	112	67	67	67
BA1930	B.3.B	Manutenzione e riparazione agli impianti e macchinari	54	15	15	15
BA1940	B.3.C	Manutenzione e riparazione alle attrezzature sanitarie e scientifiche	105	94	94	94
BA1950	B.3.D	Manutenzione e riparazione ai mobili e arredi	4	23	23	23
BA1960	B.3.E	Manutenzione e riparazione agli automezzi	126	135	135	135
BA1970	B.3.F	Altre manutenzioni e riparazioni	20	32	32	32
BA1980	B.3.G	Manutenzioni e riparazioni da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-
BA1990	B.4	Godimento di beni di terzi	2.353	3.343	3.343	3.343
BA2000	B.4.A	Fitti passivi	207	282	282	282
BA2010	B.4.B	Canoni di noleggio	1.786	2.055	2.055	2.055
BA2040	B.4.C	Canoni di leasing	360	1.006	1.006	1.006
BA2070	B.4.D	Locazioni e noleggi da Aziende sanitarie pubbliche della Regione	-	-	-	-
BA2090	B.5	Personale del ruolo sanitario	182.176	179.445	179.445	179.445
BA2100	B.5.A	Costo del personale dirigente ruolo sanitario	90.551	89.163	98.720	91.868

BA2190	B.5.B	Costo del personale comparto ruolo sanitario	91.625	90.282	95.282	91.282
BA2230	B.6	Personale del ruolo professionale	470	490	490	490
BA2240	B.6.A	Costo del personale dirigente ruolo professionale	470	490	490	490
BA2280	B.6.B	Costo del personale comparto ruolo professionale	-	-	-	-
BA2320	B.7	Personale del ruolo tecnico	22.144	21.913	21.913	21.913
BA2330	B.7.A	Costo del personale dirigente ruolo tecnico	105	106	106	106
BA2370	B.7.B	Costo del personale comparto ruolo tecnico	22.039	21.807	26.807	22.807
BA2410	B.8	Personale del ruolo amministrativo	13.789	13.745	13.745	13.745
BA2420	B.8.A	Costo del personale dirigente ruolo amministrativo	792	808	808	808
BA2460	B.8.B	Costo del personale comparto ruolo amministrativo	12.997	12.937	12.937	12.937
BA2500	B.9	Oneri diversi di gestione	1.515	1.908	1.908	1.908
BA2510	B.9.A	Imposte e tasse (escluso IRAP e IRES)	437	842	842	842
BA2520	B.9.B	Perdite su crediti	-	-	-	-
BA2530	B.9.C	Altri oneri diversi di gestione	1.078	1.066	1.066	1.066
BA2570	B.10	Ammortamenti delle immobilizzazioni immateriali	115	115	115	115
BA2580	B.11	Ammortamenti delle immobilizzazioni materiali	23.927	14.505	14.505	14.505
BA2590	B.12	Ammortamento dei fabbricati	12.594	7.670	7.670	7.670
BA2600	B.12.A	Ammortamenti fabbricati non strumentali (disponibili)	-	-	-	-
BA2610	B.12.B	Ammortamenti fabbricati strumentali (indisponibili)	12.594	7.670	7.670	7.670
BA2620	B.13	Ammortamenti delle altre immobilizzazioni materiali	11.333	6.835	6.835	6.835
BA2630	B.14	Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	46	-	46	46
BA2640	B.14.A	Svalutazione delle immobilizzazioni immateriali e materiali	-	-	-	-
BA2650	B.14.B	Svalutazione dei crediti	46	-	46	46
BA2660	B.15	Variazione delle rimanenze	335	1.717	1.717	1.717
BA2670	B.15.A	Variazione rimanenze sanitarie	335	1.717	1.717	1.717
BA2680	B.15.B	Variazione rimanenze non sanitarie	-	-	-	-
BA2690	B.16	Accantonamenti dell'esercizio	25.107	19.805	19.805	19.805
BA2700	B.16.A	Accantonamenti per rischi	23.807	13.300	13.300	13.300
BA2760	B.16.B	Accantonamenti per premio di operosità (SUMAI)	52	-	-	-
BA2770	B.16.C	Accantonamenti per quote inutilizzate di contributi vincolati	791	-	-	-
BA2780	B.16.C.1	Accantonamenti per quote inutilizzate contributi da Regione e Prov. Aut. per quota F.S. vincolato	-	-	-	-
BA2820	B.16.D	Altri accantonamenti	457	6.505	6.505	6.505
BZ9999	B	Totale costi della produzione (B)	825.920	795.724	795.770	795.770
MARGINE OPERATIVO			35.027	42.071	22.514	17.309

N.B Nella colonna Consuntivo 2013 il totale dei costi della produzione (B) del presente modello differisce dal totale del CE del Bilancio di Esercizio 2013 poiché nel presente modello somma gli ammortamenti alle immobilizzazioni materiali all'ammortamento dei fabbricati ed agli ammortamenti per le altre immobilizzazioni materiali che invece sono ricompresi nella prima categoria di ammortamenti per € 23.972.000,00. Il totale esatto è di € 825.920.000,00. La stessa cosa succede sia per il Budget 2014, che per i Previsionali 2015 e 2016.

