

L'individuazione del fabbisogno dei posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza per la Regione Lazio anno 2009 e conseguente riorganizzazione e riqualificazione della rete e dell'offerta ospedaliera, oggetto del decreto Commissariale integra e modifica i precedenti decreti commissariali 25/08 e 43/08, ed è solo una parte, sia pure significativa, di un piano sanitario regionale in via di definizione.

Tale parte comunque, si intende adottare a stralcio ed in anticipo sul Piano Sanitario Regionale stesso, per utilizzare subito i risparmi economici previsti; **questa decisione riteniamo assolutamente non condivisibile.**

Valutiamo pertanto la riorganizzazione della rete ospedaliera per suggerire proposte da far valere in una inedita e pur lodevole concertazione tra istituzioni Regione-Comuni-Province e per mitigare la rigidità delle finalità che si intende raggiungere con il piano di rientro, che essendo tutte legate al risanamento finanziario, rendono sempre più ipotetica la tutela dei livelli essenziali di assistenza.

A tale proposito bisognerebbe comprendere meglio non solo il senso dell'assioma che prevede di riconvertire parte della spesa eccedente, a livello ospedaliero, sull'assistenza extraospedaliera territoriale, ma soprattutto i tempi e le modalità di tale riconversione.

Non sappiamo se la A.S.L. LT ha approntato la sua proposta in applicazione dei criteri suggeriti con le direttive per la riproposizione ed approvazione dei nuovi atti aziendali dopo la sospensione dei precedenti; sappiamo però con certezza che ci saranno modifiche nel numero e nella sostanza delle Unità Operative Semplici, Dipartimentali e Complesse.

L'impatto sull'offerta sanitaria nel suo complesso sarà oggetto di ulteriore valutazione da parte della Conferenza dei Sindaci, prima che diventi realtà operativa. **Ci sentiamo però di condividere l'osservazione di chi chiede che prima di chiudere Unità Operative e letti di degenza negli Ospedali si proceda a razionalizzare l'assistenza con un'attenzione migliore ai tempi di degenza ed alla utilizzazione dei posti letto eliminando i tempi morti e le sacche di inefficienza (e questo è compito della Direzione Aziendale).**

Si proceda poi a creare e rinforzare **i servizi di assistenza sul territorio** a partire dalle cure primarie, dall'assistenza domiciliare integrata, dai poliambulatori specialistici.

E questo sarà possibile solo se la riqualificazione della rete ospedaliera sarà discussa e varata in uno con il potenziamento dell'offerta territoriale specie in quei comuni ove si sono chiuse od accorpate intere realtà ospedaliere o si è programmato di riconvertirle in residenze sanitarie assistenziali, hospice e presidi territoriali di prossimità che, in teoria e nella pratica dovrebbero aver bisogno di interventi di carattere edilizio, di attrezzature tecnologiche rinnovate, di personale adeguato, di previsioni di opportuni livelli assistenziali, di protocolli di intesa con i medici di Medicina Generale.

Premesso che:

Gli strumenti programmatori individuati

per determinare il fabbisogno regionale tanto di posti per acuti, per riabilitazione e per lungodegenza, quanto di tipologia di assistenza e di intensità di cura, prevedono:

- a) Uno standard complessivo di 4.5 posti letto per mille abitanti, suddivisi in:
 - 3.5 posti letto per acuti;
 - 0.7 posti letto per riabilitazione;
 - 0.3 unità posti letto per lungodegenza;

- b) una popolazione residente indicata nel piano di rientro e non invece quella censita ISTAT (08 e 09) nonostante essa sia per altro in incremento di centinaia di migliaia di unità nella Regione, ed in modo significativo nella provincia di Latina dove ha raggiunto al 01/01/09 le 552.000 unità. La motivazione ipotizzata è che la legge nazionale 1338/08 all'articolo 79 prevede che gli standard di posti letto per mille abitanti saranno modificati in decremento;

- c) l'indice sintetico di performance (I.S.P.) specifico per istituto di ricovero e per specialità basato sullo scarto tra dotazione effettiva di posti letto e numero atteso in base a determinati valori di appropriatezza organizzativa, degenza media e tasso di occupazione indicati e descritti al cap. 1.1 del documento allegato al decreto 43/08.

- d) la riduzione dei posti letto “non performanti” che però può essere mitigato per ogni singolo presidio secondo vincoli e criteri protettivi indicati nel capitolo 2.2.1 del documento allegato al Decreto 43/08;

- e) accorpamento dei reparti che non raggiungono la soglia minima di dimensionamento e di efficienza e riorganizzazione delle cure per livelli assistenziali;

- f) azioni di riconversione e rimodulazione dell’offerta e sua riqualificazione;

- g) adozione delle linee direttive per l’individuazione delle tipologie delle strutture, per riadattare gli atti aziendali già sospesi per effetto della L.R. 14/08

Le criticità evidenziate nel piano di rientro del disavanzo sono:

- Eccesso di offerta
di assistenza ospedaliera fortemente sbilanciato a danno di quella territoriale;

- Elevato tasso di ospedalizzazione
Con elevato numero di ricoveri per acuti ed elevata degenza media per lungodegenti;

- Inappropriatezza
Con inadeguatezza tra regimi di ricovero ordinari ed in day- hospital.

La riorganizzazione rete ospedaliera prevede:

- La riconversione degli ospedali per acuti e delle case di cura accreditate, di dimensioni piccole e con bassi volumi di attività, in poliambulatori, hospice, presidi territoriali di prossimità; saranno disattivate o riconvertite le strutture di ricovero con:
 - numero di posti letto inferiori o uguali a 90
 - tasso di occupazione inferiore o uguale a 85
 - tasso di occupazione superiore ad 85 ma con degenza media con valore superiore al valore medio regionale (7.3) maggiorato del 25%
 - prestazioni di pronto soccorso inferiori a 20.000 come media 2006/2007
 - i presidi territoriali di prossimità potranno avere unità di ricovero a degenza infermieristica gestite dai medici di medicina generale con presidi polispecialistici
 - cfr. Decreti Commissariali 25/08 e 43/08

- la separazione di percorsi tra emergenza – urgenza ed elezione con organizzazione a rete;

- la dotazione negli ospedali pubblici di unità di lungodegenza per garantire la continuità assistenziale;

- **La nuova impostazione della rete ospedaliera dovrà garantire ai cittadini:**
 - Facoltà di accesso all'assistenza ospedaliera e garanzia delle prestazioni erogate in ambito regionale;
 - Adeguata riconfigurazione degli ospedali nel territorio;
 - Collegamento delle strutture ospedaliere ai servizi territoriali aumentando i percorsi assistenziali tanto nella fase dell'accesso che in quella delle dimissioni garantendo una reale integrazione;

- **L'organizzazione interna agli ospedali dovrà essere orientata all'efficienza, alla qualità ed alla economicità:**
 - Le unità Operative Complesse con 6/10 posti letto della medesima disciplina in più ospedali diventano una unica Unità Operativa Complessa in un solo ospedale;
 - La frammentazione di posti letto della stessa disciplina nello stesso ospedale sarà contrastata con conseguente accorpamento in un numero inferiore di Unità Operative Complesse della stessa disciplina e sarà consentita solo con la differenziazione delle attività;
 - Le Unità Operative Complesse riguardanti servizi diagnostici o direzionali saranno ridotte;

- **La determinazione dell'assetto organizzativo delle discipline dovrà essere guidato da:**
 - prevalenze epidemiologiche;
 - riequilibrio territoriale con zone svantaggiate;
 - benchmark con standard nazionali;
 - dotazione di posti letto per 1000 abitanti da considerare standard per l'intera Regione, ma da valutare per Provincia o per macroarea, con i dovuti adeguamenti motivati anche dalla presenza universitaria e da attività di assistenza superspecialistica a garanzia del DEA di II Livello;
 - potenziamento delle discipline ove maggiore è il saldo di mobilità passiva extraregionale;

- **Le schede dei posti letto ospedalieri nelle strutture pubbliche inducono a valutare:**

Ospedale S. Maria Goretti

A parte la considerazione che l'articolazione definitiva sarà formalizzata solo in sede di protocollo d'intesa con l'Università "La Sapienza" e la Regione Lazio,

- C'è una indicazione oggettiva all'01/01/08 di 520 posti letto di cui:
 - 16 di terapia intensiva ,
 - 2 di riabilitazione
 - nessuno di lungodegenzamentre nel piano della rete ne sono previsti 581 di cui:
 - 22 di terapia intensiva,
 - 10 di riabilitazione
 - 12 di lungodegenza,e di questi 581 posti letto ne sono previsti 58 di day surgery e di day hospital:

semberebbe il riconoscimento di un diritto prima negato (posti letto per acuti, riabilitazione lungodegenti ogni mille abitanti scarsamente aderenti);

è invece il risultato occasionale dell'accorpamento al S. Maria Goretti delle strutture dell'ospedale di Priverno disattivato e riconvertito in presidio territoriale di prossimità.

In ogni caso la popolazione residente nel Comune capoluogo al 01/01/08 era di 127.000 abitanti (su di un totale nell'intera Provincia di 537.000) ed al 01/01/09 era di 129.000 abitanti su di un totale dell'intera Provincia di 553.000.

Sono questi i parametri da tenere come riferimento nell'attribuzione dei posti letto che oggi viene effettuata

- C'è una valutazione di 55 posti letto “ **non performanti**” (Decreto Commissariale 43/08) tra i quali risultano 22 posti letto di Ortopedia e Traumatologia (su 44 del totale della Unità Operativa Complessa) mentre al contrario uno solo riguarda la Urologia nonostante sia da molti anni senza un dirigente effettivo; questa considerazione dovrebbe indurre da un lato ad una maggiore attenzione a quanto suggeriscono gli indici di *performance* e dall'altro a bandire i concorsi nazionali per i primari adeguando i posti letto delle specialità ed integrando gli organici;
- C'è la presa d'atto oggettiva della dislocazione in via temporanea dei posti letto di Geriatria (23) e di Medicina (40); la delocazione non viene indicata ma è evidente che sia quella di Sezze ove peraltro quelle Unità Operative Complesse sono sempre esistite, e già previste nell'atto aziendale pubblicato il 28/07/08; non esiste analogia specificazione per i posti letto di Day Surgery e Day Hospital; poiché la struttura ospedaliera di Sezze è parte integrante del Presidio ospedaliero Nord è giusto rispecificarne le Unità Operative ed il relativo personale dislocato;
- C'è nel piano della rete la previsione di 14 posti letti di **cardiochirurgia** non previsti prima; anzi tale specialità era localizzata all'ICOT e lo è ancora oggi; non vengono specificati i motivi di tale decisione anche se andrebbero affrontati (*repetita iuvant*) in un ragionamento più complessivo che vede coinvolto tutto il rapporto OSPEDALE- DEA DI 2° LIVELLO e FACOLTA' DI MEDICINA anche alla luce della Deliberazione n° 325/09 D.G. ASL Latina (utilizzo 50 posti letto autorizzati Casa di Cura

ICOT per chirurgia vascolare, la neurochirurgia, l'ortopedia) e soprattutto alla luce di quanto previsto nell'atto aziendale. È utile ricordare a tal proposito che siamo ancora in attesa di conoscere e condividere "l'assetto di procedure che agevoli i rapporti istituzionali tra l'Azienda e la Facoltà di Medicina e che sviluppi i contenuti dell'accordo preliminare di programmazione" già previsto nell'atto aziendale e che agevolerà la convivenza tra la Facoltà di Medicina e l'Azienda Sanitaria con le previsioni:

- Di una presenza universitaria calibrata nelle sue esigenze assistenziali, scientifiche e didattiche e rapportata alla situazione economica della ASL;
- Dell'attivazione di strumenti permanenti di valutazione delle criticità e dei risultati e dell'attivazione di procedure per l'inserimento o la soppressione di strutture sanitarie universitarie;
- Della definizione di procedure concordate per l'individuazione dei reparti e dei dirigenti sanitari dell'Azienda da inserire nelle attività didattiche e di ricerca proprie dell'Università;

E' visibile a tutti che il rapporto con l'Università soffre oggi una problematica integrazione delle Unità Operative Universitarie con le realtà ospedaliere, che lo fa apparire inadeguato ai bisogni di assistenza della popolazione residente e alla crescita professionale e culturale che si auspicava di raggiungere; i raddoppiamenti delle unità operative complesse universitarie sulla matrice ospedaliera oggi non innovano e non migliorano la qualità dell'assistenza; hanno dunque necessità della individuazione di volumi ottimali e specifici di attività in relazione al numero ottimale di posti letto, della definizione chiara dei parametri utili alla loro organizzazione anche ai fini della didattica e della

ricerca, di una nuova organizzazione logistica che preveda spazi più ampi e confortevoli anche ai fini della frequentazione degli studenti nei reparti di degenza, di un fortificato vincolo di appartenenza ad una missione comune con idonei strumenti operativi; c'è dunque necessità della **massima aderenza al Decreto legislativo n.517/99 che disciplina i rapporti tra Sistema Sanitario Nazionale ed Università specie nelle previsioni dell'art. 2 (comma 4 e 5: utilizzazione delle case di cura convenzionate) e degli artt. 7 e 8 (costituzione delle aziende ospedaliere integrate con l'Università);**

- C'è infine la consapevolezza:

- a) Che quanto era stato previsto al 01/01/08 e riportato nella scheda riguardante i posti letto ipotizzati, **non sia per nulla corrispondente ai posti letto oggi realizzati per quelle Unità Operative Complesse**, e ciò a scapito dell'offerta di assistenza ospedaliera nelle strutture del nostro ospedale;
- b) Che il DEA di II Livello deve essere potenziato o per meglio dire realizzato **sulla scorta della relazione con rimodulazione dei provvedimenti attuativi e scheda questionario inviata il 28/08/08 Prot. 91/ Direzione Sanitaria Aziendale al Direttore Generale del Dipartimento Sociale della Regione Lazio;**
- c) Che c'è un **sovraccarico di attività nei servizi dell'Ospedale S. Maria Goretti specie in quelli di diagnostica per immagini per richieste provenienti dal territorio;** questa pur auspicata integrazione di attività oggi viene espletata a danno delle esigenze delle Unità Operative Complesse Ospedaliere con aumento delle degenze medie e del tasso di occupazione dei posti letto e dunque con una

ripercussione negativa sull'indice di *performance* che li raccoglie; ma c'è anche la riprova che **il dispiegamento dell'offerta territoriale dei servizi è totalmente inadeguata alle necessità della popolazione;**

- d) Che le aree omogenee per intensità di cura non appaiono riguardare tutte le discipline ricomprese nelle specialità chirurgiche e questo crea squilibrio nelle unità di ricovero con disparità di accesso con le sale operatorie di elezione;
- e) Che l'organizzazione **dell'utilizzo delle sale operatorie appare inadeguata alle necessità delle unità chirurgiche** tanto per le attività di elezione quanto per quelle di urgenza differibile e non differibile; è improcrastinabile una rivisitazione delle modalità di accesso e dei tempi di utilizzo con recupero degli organici;
- f) Che gli **spazi liberi all'interno del S. Maria Goretti in godimento all'utenza sono sempre più stretti;** appare impropria la destinazione di "deposito-ripostiglio-spogliatoio" per l'impresa esterna delle pulizie in locali ampi della ex farmacia interna al piano terra; appare invece inaccettabile lo spettacolo delle puerpere e dei loro parenti assiepati o seduti lungo le scale del terzo piano in attesa di incontrare i neonati; è inspiegabile la ritardata e parziale apertura della nuova ala destinata all'ostetricia-ginecologia e la mancata apertura delle strutture di degenza site al quinto piano;
- g) Che è indecoroso il cattivo funzionamento degli ascensori che perdura da parecchio tempo e la mancata riattivazione dei bagni destinati all'utenza esterna che penalizzano la parte più anziani dei visitatori costretti a defaticanti salite a piede o all'uso

dei bagni chimici posti sotto il porticato esterno adiacente l'ingresso principale;

- h) Per ultimo, ma **primo** per importanza nella programmazione sanitaria locale, è la previsione del **Nuovo Ospedale di Latina** che non è citato nella bozza del decreto commissariale ma era già stato individuato in un **Protocollo d'Intesa "Comune di Latina- Azienda USL"** ed approvato nella Conferenza dei Sindaci per la Sanità il giorno 03/06/03. L'inserimento nel piano sanitario regionale della previsione di tale realtà non comporta oneri per la Regione Lazio perché sarà realizzata con un progetto di finanza che trova substrato economico nel valore dell'area, magari attualizzato, ove oggi insiste l'Ospedale Santa Maria Goretti. L'area individuata dall'Ufficio urbanistica del Comune di Latina ed approvata all'unanimità nella seduta del Consiglio Comunale del 22/02/2006 (Delib. N.06/06) corrisponde ai requisiti previsti dal Decreto Ministero della Sanità del 21/03/2001 (Principi informativi per un Ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale), è in larga parte costituita da terreno di proprietà dell'O.N.C., e può essere trasferita a titolo gratuito al patrimonio comunale, è servita dalla viabilità primaria di collegamento urbano e dalla grossa viabilità provinciale e nazionale e guarda al Nord della provincia priva di strutture pubbliche di ricovero con forte migrazione sanitaria passiva di necessità.

Presidio Ospedaliero Centro

Dobbiamo prima di tutto segnalare come sulla scheda allegata alla bozza di decreto non compaia se non l'Ospedale Fiorini di Terracina, mentre nulla è detto dell'Ospedale di Fondi.

Però l'attribuzione di posti letto previsti nella scheda allo 01/01/08 che sono 186 e quelli previsti nel piano che sono 184 (ed anche la suddivisione schematica delle Unità Operative e dei Posti letto tutti previsti al Fiorini) corrispondono perfettamente alla suddivisione esistente ed oggi operativa su entrambe le realtà di Terracina e Fondi.

Tale suddivisione schematicamente riproponiamo con alcune osservazioni, che suggeriscono per il futuro una differenziazione di attività per livelli di intensità di assistenza e per urgenza ed elezione, peraltro già prevista nell'atto aziendale.

Presidio Sud

Al fine di contribuire alla realizzazione di un più razionale sistema assistenziale nella Provincia di Latina che risponda alle esigenze del territorio e della sua prevedibile evoluzione demografica e sociale occorre porre in atto azioni finalizzate a :

- a) Riequilibrare nel territorio pontino “le specialità” del sistema ospedaliero, nella previsione della costruzione del nuovo Ospedale del Golfo DEA di 1° Livello;
- b) Predisporre progetti-obiettivo per l’adeguamento delle strutture sanitarie territoriali alle reali necessità

A.

La questione dell’Ospedale del Golfo è fondamentale per il futuro della sanità Pontina. Occorrono chiarimenti ed iniziative su taluni aspetti di fondo.

Devono ancora essere precisati attraverso corrette analisi delle esigenze, le Unità Operative che dovrebbero far parte della nuova struttura.

Rispetto a questo importante progetto vanno quantificate le esigenze di ordine finanziario e le modalità delle loro erogazioni al fine di programmare nei tempi brevi la realizzazione e, l’operatività nella completezza, delle sue dotazioni strumentali e tecnologiche.

Poiché è auspicabile che il progetto possa essere inserito nel Piano Sanitario Regionale in via di approvazione, con una previsione realizzativa a tempi medi, si devono portare avanti le procedure per la messa a punto del progetto.

Nel frattempo va poi predisposto un vero progetto per l'utilizzo differenziato delle strutture di Formia- Gaeta- Minturno articolando diversamente le specializzazioni più importanti, anche sulla base di una approfondita indagine epidemiologica.

Tale progetto deve quindi affrontare la riqualificazione delle strutture per renderle funzionali e rispondenti alle esigenze complessive dei pazienti, considerando che in esse mancano requisiti minimi di vivibilità quali ascensori funzionanti ed "aria condizionata", che sono indispensabili per anziani e cardiopatici.

I reparti di oculistica, otorino e malattie infettive trasferiti da Formia a Gaeta presentano una problematica complessa: le prime due non hanno posti adeguati e di conseguenza gli interventi sono pochissimi, mentre l'otorino non ha neanche strumentazione adeguata, e pertanto ne deriva una notevole mobilità verso altre strutture al di fuori della ASL, anche per gli interventi più semplici.

La scelta di allontanare l'unità operativa di Malattie Infettive del DEA e la sua declassificazione a struttura semplice non appare appropriata in quanto tale reparto richiede la "copresenza" delle specialistiche complementari, mentre la sua piena funzionalità appare condizionata dalla vicinanza di un cantiere esterno.

A Formia va segnalato che il nuovo reparto di pediatria è in coabitazione con un altro, nello stesso corridoio, mentre l'ambulatorio pediatrico situato al piano terra è privo di sala d'aspetto per i bambini che soggiornano in promiscuità con pazienti di altri ambulatori in un corridoio di passaggio.

Al Pronto Soccorso DEA dovrebbe essere assicurata la continua possibilità di consulenza di un neuro-chirurgo per le specifiche condizioni del territorio nel quale si trova Formia, primo in Italia per incidenti stradali e quinto in Europa per le morti per trauma cranico post-incidente.

Vanno segnalate altre criticità nell'Ospedale di Formia, ed in particolare la vicenda del nuovo centro prelievi costato 57.000€, che potrebbe essere smantellato per la realizzazione di un progetto nuovo che vedrebbe accorparsi i reparti di chirurgia ed ortopedia con soppressione dei bagni per disabili, che sono invece indispensabili anche per corrispondere alle norme di legge, mentre risulterebbero fuori norma i posti letto di nefrologia.

A Gaeta la scheda di bozza commissariale non prevede la collocazione di alcune realtà operative mentre già oggi operano reparti di malattie infettive, di medicina, ed una unità di Day-Surgery che dovrebbero invece essere migliorate nella qualità e negli organici; a tale proposito una razionalizzazione delle strutture e di conseguenza della spesa potrebbe derivare dall'accorpamento a Gaeta di Medicina Generale attualmente presente nelle strutture di tutti e tre i Comuni e da un ampliamento dei posti letto per lungodegenza.

B.

Il potenziamento dei servizi territoriali e dell'assistenza domiciliare a favore degli anziani e dei disabili non autosufficienti al fine di ridurre il disagio dovuto alle difficoltà logistiche di spostamento verso i presidi ospedalieri ed al fine anche di ridurre il congestionamento delle strutture ospedaliere previste nel piano è anche la nostra finalità.

Attuare una forte politica di prevenzione, irrobustire l'assistenza primaria nei comuni più lontani dai centri di ricovero, è la prima risposta che riteniamo di dover sottolineare.

L'adeguamento delle dotazioni di posti letto per Residenze Sanitarie assistenziali, è reso indispensabile dall'invecchiamento della popolazione; potrebbe derivare dall'accorpamento a Gaeta, di Medicina

Generale attualmente presente nelle strutture di tutti e tre i Comuni, e da un ampliamento dei posti-letto per lungodegenti.

Minturno infine identificato come Presidio Territoriale di prossimità (P.T.P) dovrebbe vedere realizzarsi contestualmente alla sua soppressione, le previsioni di cui al Decreto Commissariale che abbiamo esaminato in bozza: letti di degenza infermieristica, poliambulatori, punto di primo soccorso, e nella previsione una residenza sanitaria ed un hospice, tanto la riconversione dei presidi ospedalieri sotto-utilizzati per il ricovero di patologie acute (Minturno), quanto l'accreditamento di quelle strutture già realizzate sono strumenti idonei a corrispondere alle necessità.

Alcuni progetti obiettivo potrebbero significativamente assecondare la "vocazione territoriale"; creare una struttura di "Medicina dello Sport" non solo legherebbe Formia alla Scuola Nazionale di Atletica Leggera ed ai suoi campioni che la frequentano, ma nei suoi poliambulatori polispecialistici potrebbero affluire, stimolati da quelle presenze, tutte le popolazioni scolastiche del territorio pontino, che all'attività sportiva non agonistica o pre-agonistica intendono guardare con interesse e con sicurezza.

C'è infine da rimodulare l'offerta sanitaria a tutela dei bisogni di salute delle popolazioni residenti nelle nostre isole di Ventotene e Ponza.

È indubitabile che la "vocazione turistica" che esse rappresentano si esalta durante il periodo estivo nel quale alcune specialità andrebbero stabilmente potenziate e qualificate (ortopedia e dermatologia prime fra tutte); ma l'acquisto di nuove attrezzature diagnostiche da utilizzare anche attraverso collegamenti telematici servirà ad evitare ricoveri ospedalieri impropri e spesso disagiati, così come una più accurata gestione delle urgenze-emergenze consentirà di raggiungere dalle isole, senza soste intermedie la destinazione ospedaliera più appropriata.

Relazioni allegate:

fanno altresì parte integrale del documento votato dalla Conferenza le relazioni dei Sindaci:

Carla AMICI, Roccagorga
Eligio TOMBOLILLO, Pontinia
Umberto MACCI, Priverno
Enzo GRECO, Prossedi
Angelo TOMEI, Roccamassima
Tommaso CONTI, Cori
Domenico D'ALESSIO, Aprilia
Antonello MEROLLA, Cisterna
Maurizio LUCCI, Sabaudia