



SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
FROSINONE



REGIONE
LAZIO

Piano strategico 2017-2019 ASL Frosinone

Sommario Piano Strategico 2017-2019

Premessa	pag. 7
Parte A: Analisi Aziendale e della popolazione della Asl di Frosinone	pag. 9
1. Analisi del contesto della ASL Frosinone	pag. 11
1.1. Analisi geografica	pag. 12
1.2. Analisi demografica	pag. 15
1.3. Le principali criticità riscontrate	pag. 22
2. Valutazione dello stato di salute della popolazione	pag. 29
3. Valutazione esterna	pag. 37
4. Valutazione socio-sanitaria	pag. 47
4.1. Capacità di governo della domanda	pag. 48
4.2. Appropriatazza chirurgica	pag. 59
4.3. Appropriatazza medica	pag. 66
4.4. Area Materno Infantile	pag. 76
4.5. Assistenza patologie croniche	pag. 83
4.6. Salute mentale	pag. 90
4.7. Appropriatazza prescrittiva farmaceutica	pag. 93
4.8. Appropriatazza prescrittiva diagnostica	pag. 98
5. Valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali	pag. 105
5.1. Screening oncologici	pag. 108
5.2. Copertura vaccinale	pag. 108
5.3. Malattie infettive	pag. 115
6. Equità delle cure	pag. 119
7. Bilancio e analisi delle Performance	pag. 125
7.1. Integrazione ospedale territorio e performance territoriali	pag. 126
7.2. Performance Ospedaliere e qualità di processo	pag. 130
8. Valutazione economico-finanziaria	pag. 151
8.1. Governo della spesa farmaceutica e dispositivi	pag. 162
8.2. Efficienza prescrittiva farmaceutica	pag. 163
8.3. Sicurezza sul lavoro	pag. 157

Parte B: le strategie aziendali

pag. 163

Sintesi delle politiche e strategie aziendali	pag. 165
A1 Azioni di innovazioni nell'offerta dei servizi	pag. 170
A2 Azioni di prevenzione e promozione della salute	pag. 173
A2.1 I programmi di screening oncologici	pag. 175
A3 Azioni per la personalizzazione e l'equità delle cure	pag. 181
A4 Azioni di empowerment del cittadino nel rispetto delle differenze culturali	pag. 187
B1 Azioni di integrazione ospedale-territorio e percorsi clinico-assistenziali	pag. 189
B1.1. La riorganizzazione dei percorsi per pazienti cronici	pag. 195
B1.2. La Rete Radiologica	pag. 204
B2 Miglioramento della qualità e dell'efficienza della Rete Ospedaliera	pag. 211
B2.1. La riorganizzazione della Rete Chirurgica	pag. 213
B2.2. Il percorso nascita	pag. 217
B3 Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative	pag. 222
C1 Piano degli investimenti tecnologici, strutturali e reingegnerizzazione degli spazi	pag. 223
C2 Azioni di governo della gestione delle risorse: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali	pag. 225
C3 Azioni per sviluppo di procedure di controllo	pag. 231
C4 Piano di sviluppo di procedure di accreditamento e rispetto degli standard	pag. 236
C5 Azioni per la rendicontabilità delle risorse e adeguamento alla spending review	pag. 240
C5.1. La Spesa Farmaceutica	pag. 242
C5.2. Il Servizio di Assistenza protesica	pag. 254
C6 Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione	pag. 257
D1 Azioni di ottimizzazione della performance e benchmarking	pag. 263
D2 Azioni di governo dell'appropriatezza	pag. 266
D3 Azioni di governo del rischio	pag. 271



Parte C: il Piano Triennale delle Performance

pag. 273

1.	Il nuovo Piano delle Performance della Asl di Frosinone 2017-2019	pag. 275
1.1.	Il focus sulla performance	pag. 275
1.2.	I tempi del ciclo della performance nella Asl di Frosinone	pag. 275
2.	L'azienda Sanitaria Locale Asl di Frosinone	pag. 279
2.1.	L'assetto aziendale	pag. 279
2.2.	Presidi Ospedalieri e posti letto	pag. 281
2.3.	Le strutture accreditate	pag. 282
3.	L'identità aziendale	pag. 285
3.1.	Mission e Vision	pag. 285
4.	Il contesto	pag. 287
4.1.	Il territorio e la popolazione della Asl di Frosinone e la presa in carico del paziente	pag. 287
5.	Il modello di misurazione e le dimensioni di analisi delle performance	pag. 289
6.	L'albero delle performance	pag. 290
7.	Pianificazione operativa 2017-2019 e monitoraggio del Piano	pag. 302

Allegato tecnico: Tabella dei Piani Operativi

pag. 303

Premessa

Con l'elaborazione del Piano Strategico 2017-2019, la Direzione Strategica, supportata dal Commissario, si pone l'obiettivo dell'efficace ed efficiente gestione della complessa realtà sanitaria e del suo rilancio, considerando che il contesto generale è caratterizzato dai vincoli nazionali e regionali con particolare riferimento all'adozione del Programma Operativo 2016 - 2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale" avvenuta con l'approvazione del Decreto del Commissario ad acta n. 52 del 22 febbraio 2017.

Partendo dall'analisi dei bisogni di salute della popolazione e individuati i punti di forza e di debolezza dell'Azienda (Parte A del Piano Strategico), la Direzione Strategica ha individuato le linee guida e strategie aziendali per una corretta Pianificazione e Programmazione, a partire dalla fase di negoziazione di budget 2017 che si è conclusa a Febbraio (Parte B del Piano Strategico).

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

PARTE A:

**ANALISI AZIENDALE E DELLA
POPOLAZIONE DELLA ASL DI
FROSINONE**

Figure 1. Schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair and views the target through a video camera. The target is a light source that is controlled by a computer. The subject's hand is positioned over the target. The target is a light source that is controlled by a computer. The subject's hand is positioned over the target. The target is a light source that is controlled by a computer. The subject's hand is positioned over the target.

1. ANALISI DEL CONTESTO DELLA ASL DI FROSINONE

- 1.1 Analisi Geografica
- 1.2 Analisi Demografica
- 1.3 Le principali criticità riscontrate

1.1 Analisi geografica

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

Densità di popolazione per Provincia del Lazio

	Comuni	Popolazione	km ²	abitanti/km ²	n° Comuni
RM	Roma	4.321.244	5.363,28	806	121
LT	Latina	569.664	2.256,16	252	33
FR	Frosinone	497.678	3.247,08	153	91
VT	Viterbo	322.195	3.615,24	89	60
RI	Rieti	159.670	2.750,52	58	73
Totale	Totale	5.870.451	17.232,29	341	378

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



La provincia di Frosinone dal dopoguerra è spesso impropriamente fatta coincidere con la Ciociaria nella sua intera estensione. Tuttavia, per secoli il suo territorio è appartenuto in parte allo Stato della Chiesa ed in parte al Regno delle Due Sicilie e successivamente alla Provincia di Terra di Lavoro.

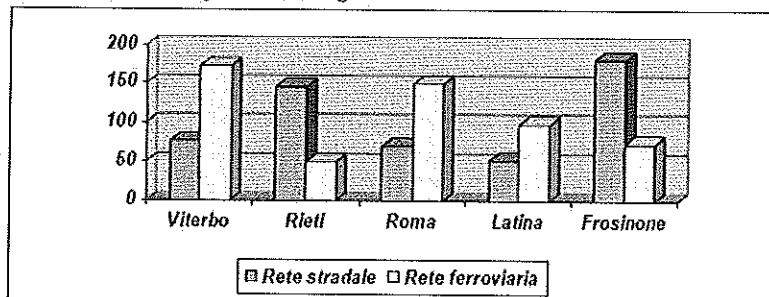
Questa duplice identità è ripresa nello stesso stemma provinciale, composto dal Leone, simbolo di Frosinone, e dalle Cornucopie, simbolo dell'antica Terra di Lavoro. Di conseguenza, l'equazione "Ciociaria=Provincia di Frosinone" non è accettata dalle popolazioni della Media e Bassa Valle del Liri-Garigliano,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

Da Frosinone ha inizio la Strada statale 214 Maria, detta anche superstrada Frosinone-Sora, a quattro corsie, che dal capoluogo raggiunge Sora. Qui l'ultima uscita non è distante dal percorso della Strada statale 690 Avezzano-Sora, strada a scorrimento veloce, di due corsie, che dalla Marsica entra attraverso la Valle Roveto in provincia di Frosinone dove diventa la Strada statale 627 della Vandra e prosegue poi per la Val Comino fino alla Strada statale 509 di Forca d'Acero e poi a Cassino.

La Provincia di Frosinone cura la manutenzione ordinaria e straordinaria di circa 1600 km di strade provinciali e la manutenzione ordinaria di circa 500 km di strade regionali.

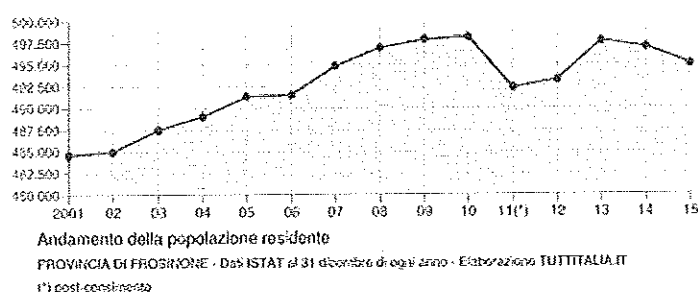
Lungo la Valle del Sacco e nell'alta Terra di Lavoro da Ceprano a Caianello si sviluppa l'autostrada del Sole; un sistema di superstrade invece si sviluppa a est dell'autostrada, per collegare le aree interne della Valcomino e dell'alta valle del Liri con il capoluogo e il meridione.

Fig. 11.1.1: Dotazione infrastrutturale regionale 2000

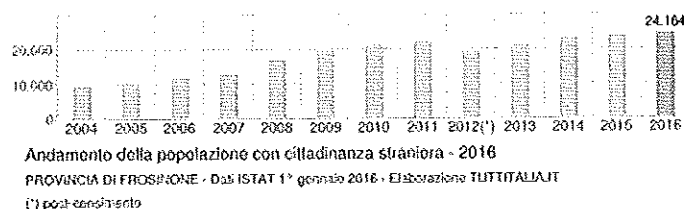


Fonte: Relazione sullo Stato dell'Ambiente del Lazio 2004

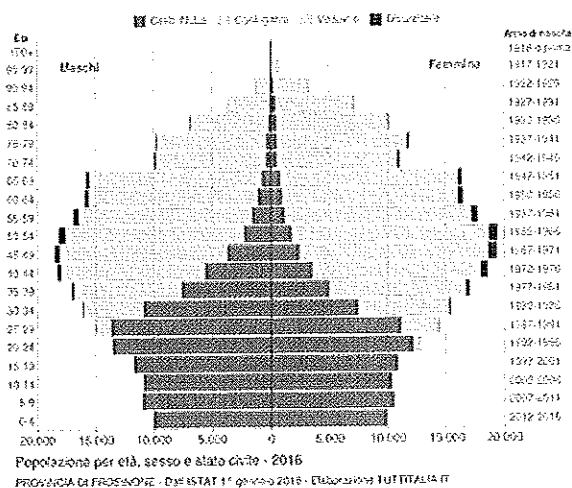
1.2 Analisi demografica



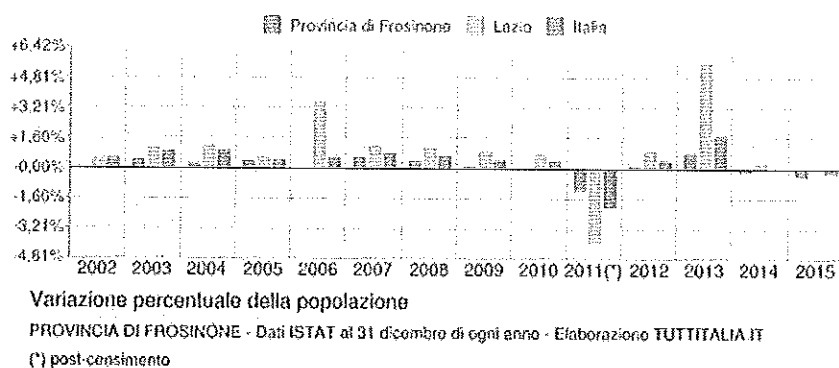
Andamento demografico della popolazione residente in provincia di Frosinone dal 2001 al 2015. Nel 2014 risultava essere 496.971, nel 2015 è pari a 495.026.



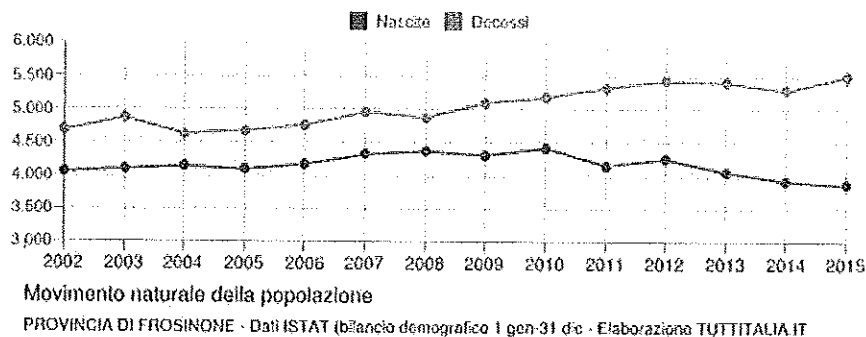
Popolazione straniera residente in provincia di Frosinone al 1° gennaio 2016. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia. Gli stranieri residenti in provincia di Frosinone al 1° gennaio 2016 sono 24.164 e rappresentano il 4,9% della popolazione residente.



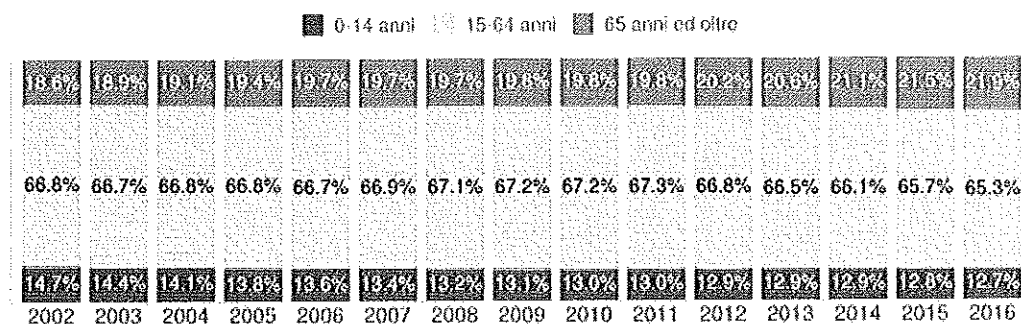
La Piramide delle Età, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Frosinone per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2016.



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



Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche saldo naturale. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee. Il movimento naturale della popolazione rappresentato dalle nascite (+3869 unità/anno) e dai decessi (-5502 unità/anno) evidenzia un saldo naturale negativo.

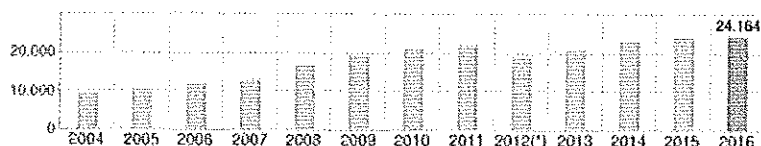


Struttura per età della popolazione

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

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

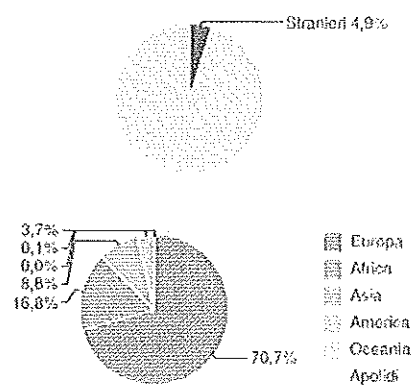
Gli stranieri residenti in provincia di Frosinone è progressivamente cresciuta nel tempo: al 1° gennaio 2015 risultavano 23.754 unità, pari al 4,78% della popolazione della provincia di Frosinone, mentre al 1° gennaio 2016 sono 24.164 e rappresentano il 4,9% della popolazione residente.



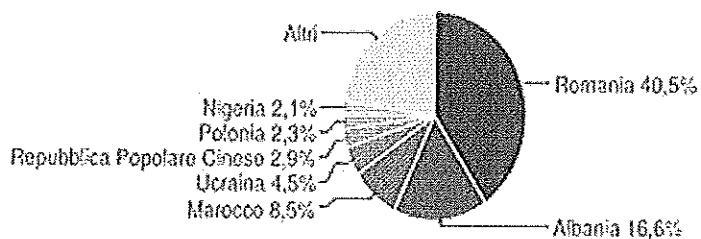
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2016

PROVINCIA DI FROSINONE - Dati ISTAT 1° gennaio 2016 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 39,2% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dall'Albania (15,4%) e dal Marocco (8,2%)

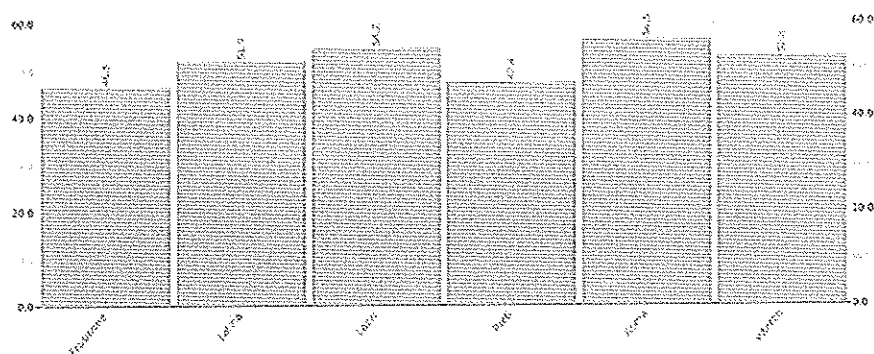


Tipo di dati: Tasso di occupazione
 Grafico e dati estratti da: dati.istat.it
 Misura: Valori Percentuali
 Classe di età: 15 anni e più
 Titolo di studio: totale
 Cittadinanza: totale
 Durata disoccupazione: totale

Il tasso di occupazione, calcolato sulla totalità della cittadinanza con un'età ≥ 15 anni, vede Frosinone come la provincia meno virtuosa della regione Lazio, prendendo come riferimento l'anno 2016. Roma risulta essere quella con il tasso di occupazione più elevato.

Tempo e frequenza	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Territorio													
Lazio	48,949342	48,494838	48,832720	48,854511	47,302215	48,709772	48,50974	48,074332	48,877179	48,103364	48,82318	48,844169	48,303374
Lazio Viterbo	43,168165	40,840791	40,13935	40,630192	42,771106	42,042129	42,07328	41,720281	41,177559	40,512002	43,28418	42,777813	42,194124
Lazio Rieti	42,783687	43,295126	43,871794	43,39217	43,136513	43,021548	42,845652	41,218539	42,532508	40,83448	40,085593	39,982262	40,911083
Lazio Roma	48,597288	48,316955	48,641792	48,757056	49,204283	48,665082	49,312972	47,877042	47,856738	47,135181	48,085837	47,914493	48,523842
Lazio Latina	44,870951	44,152491	45,447504	44,282924	44,023556	43,181213	43,185294	43,155787	42,132488	41,382805	41,439251	40,204117	41,06047
Lazio Frosinone	40,197655	39,272798	39,295021	39,613124	40,000094	39,978197	39,884003	39,083504	37,951258	38,633176	38,365447	38,4074	37,617233

Dati estratti il 22 mar 2017, 09h44 UTC (GMT), da I.Stat



(Il grafico si riferisce all'anno 2016)

Tipo di dati: Tasso di disoccupazione

Grafico e dati estratti da: dati.istat.it

Misura: Valori Percentuali

Classe di età: 15 anni e più

Titolo di studio: totale

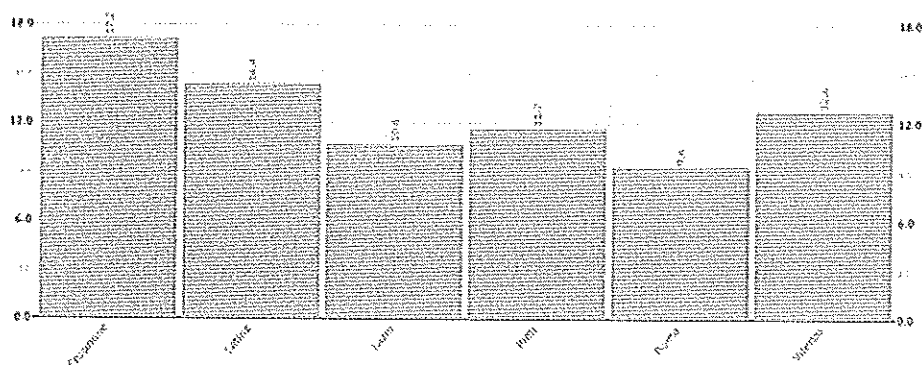
Cittadinanza: totale

Durata disoccupazione: totale

Come si può notare dalla tabella e dal grafico sottostante, la provincia di Frosinone risulta essere "bandiera nera" del Lazio essendo quella con il maggior tasso di disoccupazione nel 2016, in crescita rispetto al 2015.

Territorio		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Lazio		7,85517	7,731251	7,524535	6,334526	7,465821	8,387542	9,1709	8,730173	10,606874	11,974457	12,505003	11,823337	11,128278
Lazio	Viterbo	8,086053	8,9574	7,420183	8,784253	9,732212	11,382603	10,617553	10,468276	12,425419	15,418059	15,624935	13,872331	14,916124
	Rieti	7,685567	7,70935	5,88027	5,36291	6,930233	7,932483	8,025259	8,692352	9,518104	11,638756	12,338705	12,411877	12,038434
	Roma	7,440794	7,256312	7,138093	5,822516	6,587355	7,597459	8,506297	8,437549	9,837223	11,04452	11,295444	10,869339	9,759274
	Latina	8,908725	8,505147	9,203822	7,852231	8,544321	10,510705	10,527456	9,6993	13,775512	15,273371	15,597813	16,545534	15,455481
	Frosinone	10,682111	8,932694	9,295543	8,72693	9,338954	7,513833	9,512735	9,255569	12,935318	14,990212	18,454079	18,255423	18,797585

Dati estratti il 22 mar 2017, 09h36 UTC (GMT), da I.Stat



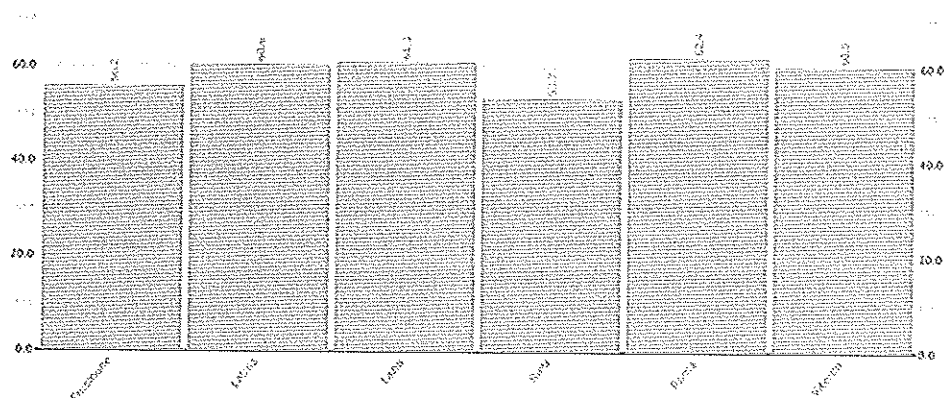
(Il grafico si riferisce all'anno 2016)

Tipo di dati: Tasso di attività
 Grafico e dati estratti da: dati.istat.it
 Misura: Valori Percentuali
 Classe di età: 15 anni e più
 Titolo di studio: totale
 Cittadinanza: totale
 Durata disoccupazione: totale

Come si nota dai dati estrapolati dall'ISTAT, per quanto riguarda il tasso di attività la provincia di Frosinone mostra un andamento positivo nell'ultimo quinquennio, con una leggera flessione nel 2016 rispetto all'anno precedente.

Territorio		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Lazio	Lazio	50,95803	50,35072	50,64338	50,06018	51,11921	50,85826	51,20574	50,48153	51,32075	51,23897	52,45835	51,98158	52,10189	51,98158	52,10189	52,10189
	Viterbo	49,56377	48,85855	49,35721	44,43374	47,35263	47,43052	47,07124	46,82789	47,01999	47,69675	51,27581	49,55325	49,59122	49,55325	49,59122	49,59122
	Rieti	46,33834	46,91197	46,60284	45,85112	46,34857	46,73039	46,85287	46,14243	47,00541	46,21235	46,71297	45,66305	46,61017	45,66305	46,61017	46,61017
	Roma	52,50439	52,12137	52,409	51,77145	52,90339	52,76948	53,03859	52,26598	53,10662	52,99753	54,15943	53,63738	53,77155	53,63738	53,77155	53,77155
	Latina	49,03939	48,73002	50,06442	48,38494	48,13849	48,44834	48,27774	47,77591	48,62316	48,84383	49,29519	48,17593	48,57435	48,17593	48,57435	48,57435
	Frosinone	45,00515	43,13933	43,32347	43,40092	44,14413	43,22392	43,85325	43,07016	43,60498	43,09258	44,80024	45,86252	45,21192	45,86252	45,21192	45,21192

Dati estratti il 22 mar 2017, 10h06 UTC (GMT), da I.Stat



(Il grafico si riferisce all'anno 2016)

1.3 Le principali criticità riscontrate

Dall'analisi di seguito riportata, la Asl di Frosinone presenta molteplici criticità.

Partendo dalla **valutazione dello stato di salute della popolazione** che rappresenta la mission di ogni istituzione sanitaria, si riscontra una **mortalità per malattie circolatorie piuttosto elevata**. Considerato che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia cardiovascolare una priorità sanitaria e che attualmente in Italia le cause di morte più frequenti sono quelle connesse alle malattie del sistema circolatorio (39% di tutti i decessi registrati annualmente) e, in particolare, le malattie cardiovascolari costituiscono circa il 24% della mortalità generale, questo fa sì che tale tipologia di mortalità sia da annoverare tra i punti di debolezza della Asl di Frosinone. La UOSD Prevenzione Cardiovascolare, prevista dal nuovo Atto Aziendale, è stata proprio concepita in tale ottica e dovrà essere sostenuta e riorganizzata: essa dovrà quindi promuovere programmi di prevenzione dei principali fattori di rischio delle malattie cardiovascolari quali ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia, glicemia, fumo, sedentarietà ed obesità.

Altro punto estremamente critico risulta essere la **mortalità infantile**: infatti la mortalità neonatale totale, la mortalità neonatale precoce e la mortalità nel primo anno di vita risultano essere al di sopra della media regionale e nazionale. In particolare la mortalità neonatale è sicuramente influenzata da cause biologiche legate alla salute della madre, dall'andamento della gestazione e del parto, alla presenza di malformazioni congenite e, per la mortalità nel primo anno di vita, risultano essere importanti anche i fattori ambientali come ad esempio traumi o trasmissione di malattie infettive, legati alle condizioni ed alle abitudini di vita della madre. Sempre nell'area **materno infantile** i tassi di ospedalizzazione in età pediatrica risultano essere elevati: è presumibile che essi siano legati ad un' inappropriatelyzza dei ricoveri, nonché ad una mancata promozione dell'assistenza territoriale attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie. In entrambi i casi sono decisivi la disponibilità ed il livello dell'assistenza sanitaria.

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

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

Nell'area del **governo della domanda** i tassi di ospedalizzazione risultano essere particolarmente elevati e ciò dimostra che si fa ricorso spesso all'ospedale anche nei casi in cui i problemi di salute potrebbero essere risolti con cure erogate dalle strutture territoriali. Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante determina un utilizzo inappropriato delle risorse ed indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In particolare lo screening per la mammella è stato implementato notevolmente nell'anno 2015 in seguito ad un progetto incentivante predisposto dalla Direzione Strategica; i progetti di screening per la cervice uterina ed il colon retto sono invece iniziati solo a partire dal 2014, ma ad oggi i risultati prodotti sono stati molto soddisfacenti. Si dovrà quindi prevedere un'implementazione del servizio di screening con la previsione di importanti risorse economiche al fine di poter raggiungere gli standard regionali previsti dal DCA 191/2015 e soprattutto al fine di migliorare la salute dei cittadini in quanto la prevenzione e la diagnosi precoce possono fare la differenza in questa tipologia di malattie nonostante si sia già verificato un miglioramento nella copertura LEA nel 2016 rispetto agli anni 2014-2015 (per approfondimenti sui programmi di screening oncologici si veda parte B, politica A)

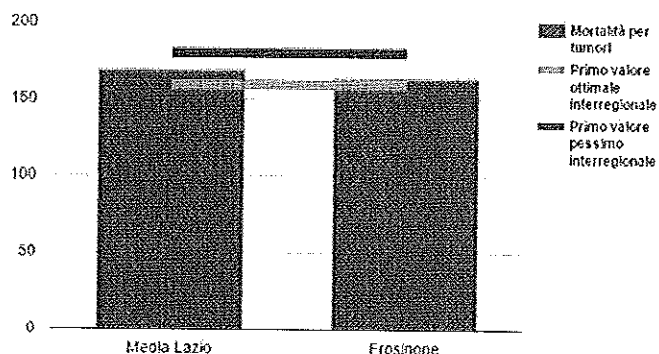
Altro ambito **borderline** risulta essere l'**appropriatezza diagnostica**. Si procederà quindi con la riorganizzazione della rete radiologica con l'obiettivo sia di ridurre le liste di attesa per esami diagnostici e la relativa mobilità passiva, sia di migliorare l'appropriatezza prevedendo interventi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

2. VALUTAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE

Mortalità tumori (2014)

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

Nella Asl di Frosinone la mortalità per tumori al contrario presenta un valore più che buono, da imputare sia al miglioramento dell'efficacia delle terapie che alla maggiore tempestività nella diagnosi, nonostante i problemi riscontrati nelle campagne di screening.



Definizione

tasso di mortalità per tumori

Numeratore

N. deceduti per tumore per 100.000 residenti

Denominatore

N. totale residenti

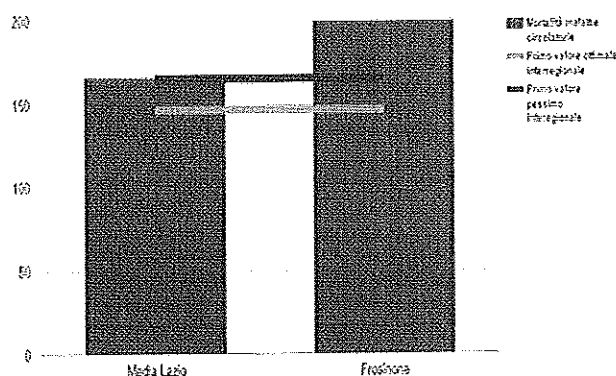
	Mortalità per tumori	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	168,72	159,48	180,01
Frosinone	163,21	159,48	180,01

Fonte:

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

Mortalità per malattie circolatorie (2014)

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



Fonte:

Definizione

Tasso di mortalità per malattie del sistema circolatorio

Numeratore

N. deceduti per malattie del sistema circolatorio per 100.000 residenti

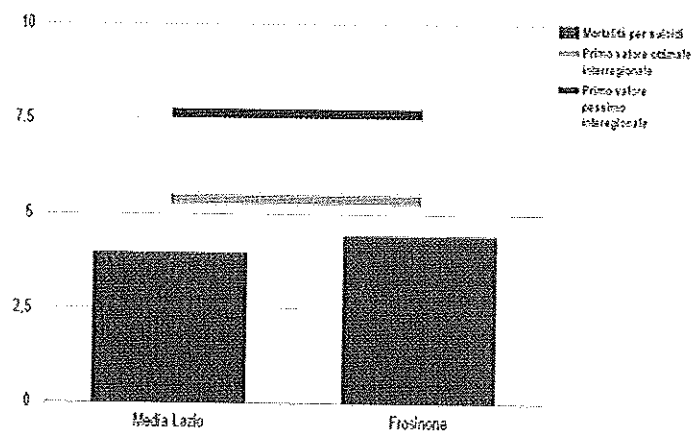
Denominatore

N. totale residenti

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

Mortalità suicidi (2014)

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



Fonte: **mcs**

Definizione

Tasso di mortalità per suicidio

Numeratore

N. deceduti per suicidio per 100.000 residenti

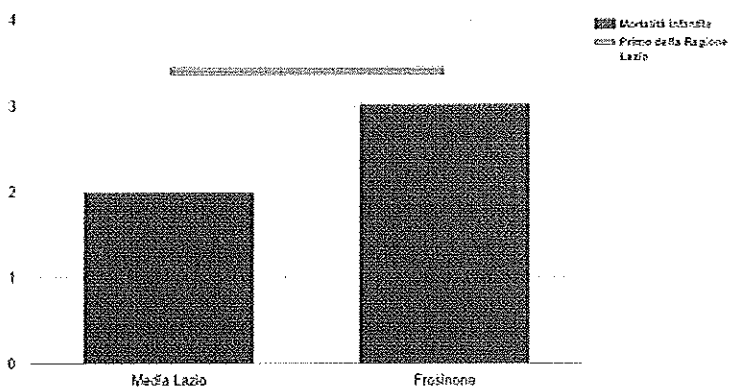
Denominatore

N. totale residenti

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

Mortalità infantile (2014)

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



Fonte: **m/c**

Definizione

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

Numeratore

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

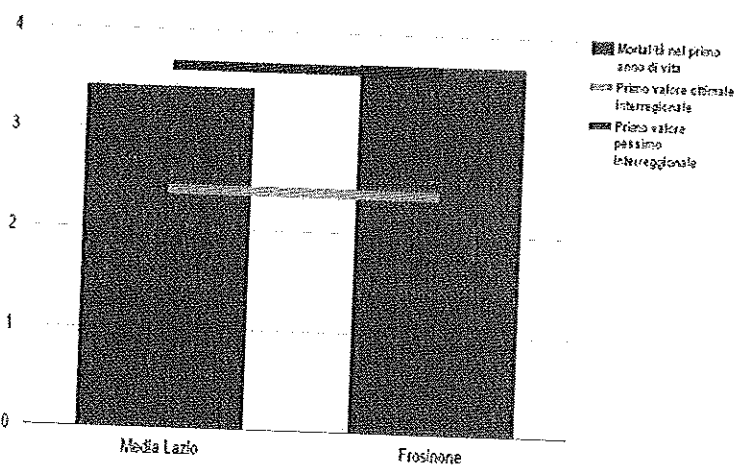
Denominatore

N. nati vivi residenti

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

Mortalità nel primo anno di vita (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

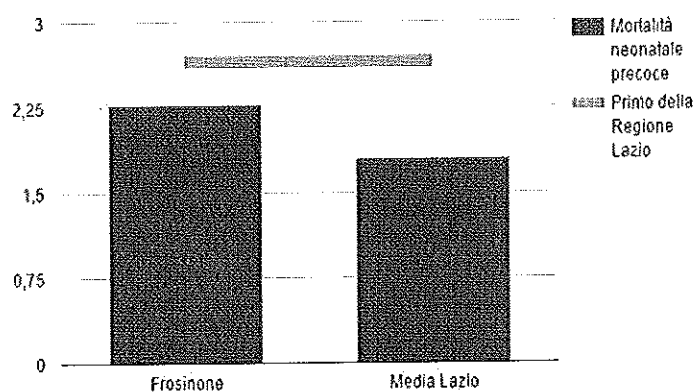
N. nati vivi residenti

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

Fonte: **mcs**

Mortalità neonatale precoce (2014)

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



Fonte: **mc**

Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

N. nati vivi residenti

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

111 444
112 445
113 446
114 447
115 448
116 449
117 450
118 451
119 452
120 453
121 454
122 455
123 456
124 457
125 458
126 459
127 460
128 461
129 462
130 463
131 464
132 465
133 466
134 467
135 468
136 469
137 470
138 471
139 472
140 473
141 474
142 475
143 476
144 477
145 478
146 479
147 480
148 481
149 482
150 483
151 484
152 485
153 486
154 487
155 488
156 489
157 490
158 491
159 492
160 493
161 494
162 495
163 496
164 497
165 498
166 499
167 500
168 501
169 502
170 503
171 504
172 505
173 506
174 507
175 508
176 509
177 510
178 511
179 512
180 513
181 514
182 515
183 516
184 517
185 518
186 519
187 520
188 521
189 522
190 523
191 524
192 525
193 526
194 527
195 528
196 529
197 530
198 531
199 532
200 533
201 534
202 535
203 536
204 537
205 538
206 539
207 540
208 541
209 542
210 543
211 544
212 545
213 546
214 547
215 548
216 549
217 550
218 551
219 552
220 553
221 554
222 555
223 556
224 557
225 558
226 559
227 560
228 561
229 562
230 563
231 564
232 565
233 566
234 567
235 568
236 569
237 570
238 571
239 572
240 573
241 574
242 575
243 576
244 577
245 578
246 579
247 580
248 581
249 582
250 583
251 584
252 585
253 586
254 587
255 588
256 589
257 590
258 591
259 592
260 593
261 594
262 595
263 596
264 597
265 598
266 599
267 600
268 601
269 602
270 603
271 604
272 605
273 606
274 607
275 608
276 609
277 610
278 611
279 612
280 613
281 614
282 615
283 616
284 617
285 618
286 619
287 620
288 621
289 622
290 623
291 624
292 625
293 626
294 627
295 628
296 629
297 630
298 631
299 632
300 633
301 634
302 635
303 636
304 637
305 638
306 639
307 640
308 641
309 642
310 643
311 644
312 645
313 646
314 647
315 648
316 649
317 650
318 651
319 652
320 653
321 654
322 655
323 656
324 657
325 658
326 659
327 660
328 661
329 662
330 663
331 664
332 665
333 666
334 667
335 668
336 669
337 670
338 671
339 672
340 673
341 674
342 675
343 676
344 677
345 678
346 679
347 680
348 681
349 682
350 683
351 684
352 685
353 686
354 687
355 688
356 689
357 690
358 691
359 692
360 693
361 694
362 695
363 696
364 697
365 698
366 699
367 700
368 701
369 702
370 703
371 704
372 705
373 706
374 707
375 708
376 709
377 710
378 711
379 712
380 713
381 714
382 715
383 716
384 717
385 718
386 719
387 720
388 721
389 722
390 723
391 724
392 725
393 726
394 727
395 728
396 729
397 730
398 731
399 732
400 733
401 734
402 735
403 736
404 737
405 738
406 739
407 740
408 741
409 742
410 743
411 744
412 745
413 746
414 747
415 748
416 749
417 750
418 751
419 752
420 753
421 754
422 755
423 756
424 757
425 758
426 759
427 760
428 761
429 762
430 763
431 764
432 765
433 766
434 767
435 768
436 769
437 770
438 771
439 772
440 773
441 774
442 775
443 776
444 777
445 778
446 779
447 780
448 781
449 782
450 783
451 784
452 785
453 786
454 787
455 788
456 789
457 790
458 791
459 792
460 793
461 794
462 795
463 796
464 797
465 798
466 799
467 800
468 801
469 802
470 803
471 804
472 805
473 806
474 807
475 808
476 809
477 810
478 811
479 812
480 813
481 814
482 815
483 816
484 817
485 818
486 819
487 820
488 821
489 822
490 823
491 824
492 825
493 826
494 827
495 828
496 829
497 830
498 831
499 832
500 833
501 834
502 835
503 836
504 837
505 838
506 839
507 840
508 841
509 842
510 843
511 844
512 845
513 846
514 847
515 848
516 849
517 850
518 851
519 852
520 853
521 854
522 855
523 856
524 857
525 858
526 859
527 860
528 861
529 862
530 863
531 864
532 865
533 866
534 867
535 868
536 869
537 870
538 871
539 872
540 873
541 874
542 875
543 876
544 877
545 878
546 879
547 880
548 881
549 882
550 883
551 884
552 885
553 886
554 887
555 888
556 889
557 890
558 891
559 892
560 893
561 894
562 895
563 896
564 897
565 898
566 899
567 900
568 901
569 902
570 903
571 904
572 905
573 906
574 907
575 908
576 909
577 910
578 911
579 912
580 913
581 914
582 915
583 916
584 917
585 918
586 919
587 920
588 921
589 922
590 923
591 924
592 925
593 926
594 927
595 928
596 929
597 930
598 931
599 932
600 933
601 934
602 935
603 936
604 937
605 938
606 939
607 940
608 941
609 942
610 943
611 944
612 945
613 946
614 947
615 948
616 949
617 950
618 951
619 952
620 953
621 954
622 955
623 956
624 957
625 958
626 959
627 960
628 961
629 962
630 963
631 964
632 965
633 966
634 967
635 968
636 969
637 970
638 971
639 972
640 973
641 974
642 975
643 976
644 977
645 978
646 979
647 980
648 981
649 982
650 983
651 984
652 985
653 986
654 987
655 988
656 989
657 990
658 991
659 992
660 993
661 994
662 995
663 996
664 997
665 998
666 999
667 1000
668 1001
669 1002
670 1003
671 1004
672 1005
673 1006
674 1007
675 1008
676 1009
677 1010
678 1011
679 1012
680 1013
681 1014
682 1015
683 1016
684 1017
685 1018
686 1019
687 1020
688 1021
689 1022
690 1023
691 1024
692 1025
693 1026
694 1027
695 1028
696 1029
697 1030
698 1031
699 1032
700 1033
701 1034
702 1035
703 1036
704 1037
705 1038
706 1039
707 1040
708 1041
709 1042
710 1043
711 1044
712 1045
713 1046
714 1047
715 1048
716 1049
717 1050
718 1051
719 1052
720 1053
721 1054
722 1055
723 1056
724 1057
725 1058
726 1059
727 1060
728 1061
729 1062
730 1063
731 1064
732 1065
733 1066
734 1067
735 1068
736 1069
737 1070
738 1071
739 1072
740 1073
741 1074
742 1075
743 1076
744 1077
745 1078
746 1079
747 1080
748 1081
749 1082
750 1083
751 1084
752 1085
753 1086
754 1087
755 1088
756 1089
757 1090
758 1091
759 1092
760 1093
761 1094
762 1095
763 1096
764 1097
765 1098
766 1099
767 1100
768 1101
769 1102
770 1103
771 1104
772 1105
773 1106
774 1107
775 1108
776 1109
777 1110
778 1111
779 1112
780 1113
781 1114
782 1115
783 1116
784 1117
785 1118
786 1119
787 1120
788 1121
789 1122
790 1123
791 1124
792 1125
793 1126
794 1127
795 1128
796 1129
797 1130
798 1131
799 1132
800 1133
801 1134
802 1135
803 1136
804 1137
805 1138
806 1139
807 1140
808 1141
809 1142
810 1143
811 1144
812 1145
813 1146
814 1147
815 1148
816 1149
817 1150
818 1151
819 1152
820 1153
821 1154
822 1155
823 1156
824 1157
825 1158
826 1159
827 1160
828 1161
829 1162
830 1163
831 1164
832 1165
833 1166
834 1167
835 1168
836 1169
837 1170
838 1171
839 1172
840 1173
841 1174
842 1175
843 1176
844 1177
845 1178
846 1179
847 1180
848 1181
849 1182
850 1183
851 1184
852 1185
853 1186
854 1187
855 1188
856 1189
857 1190
858 1191
859 1192
860 1193
861 1194
862 1195
863 1196
864 1197
865 1198
866 1199
867 1200
868 1201
869 1202
870 1203
871 1204
872 1205
873 1206
874 1207
875 1208
876 1209
877 1210
878 1211
879 1212
880 1213
881 1214
882 1215
883 1216
884 1217
885 1218
886 1219
887 1220
888 1221
889 1222
890 1223
891 1224
892 1225
893 1226
894 1227
895 1228
896 1229
897 1230
898 1231
899 1232
900 1233
901 1234
902 1235
903 1236
904 1237
905 1238
906 1239
907 1240
908 1241
909 1242
910 1243
911 1244
912 1245
913 1246
914 1247
915 1248
916 1249
917 1250
918 1251
919 1252
920 1253
921 1254
922 1255
923 1256
924 1257
925 1258
926 1259
927 1260
928 1261
929 1262
930 1263
931 1264
932 1265
933 1266
934 1267
935 1268
936 1269
937 1270
938 1271
939 1272
940 1273
941 1274
942 1275
943 1276
944 1277
945 1278
946 1279
947 1280
948 1281
949 1282
950 1283
951 1284
952 1285
953 1286
954 1287
955 1288
956 1289
957 1290
958 1291
959 1292
960 1293
961 1294
962 1295
963 1296
964 1297
965 1298
966 1299
967 1300
968 1301
969 1302
970 1303
971 1304
972 1305
973 1306
974 1307
975 1308
976 1309
977 1310
978 1311
979 1312
980 1313
981 1314
982 1315
983 1316
984 1317
985 1318
986 1319
987 1320
988 1321
989 1322
990 1323
991 1324
992 1325
993 1326
994 1327
995 1328
996 1329
997 1330
998 1331
999 1332
1000 1333
1001 1334
1002 1335
1003 1336
1004 1337
1005 1338
1006 1339
1007 1340
1008 1341
1009 1342
1010 1343
1011 1344
1012 1345
1013 1346
1014 1347
1015 1348
1016 1349
1017 1350
1018 1351
1019 1352
1020 1353
1021 1354
1022 1355
1023 1356
1024 1357
1025 1358
1026 1359
1027 1360
1028 1361
1029 1362
1030 1363
1031 1364
1032 1365
1033 1366
1034 1367
1035 1368
1036 1369
1037 1370
1038 1371
1039 1372
1040 1373
1041 1374
1042 1375
1043 1376
1044 1377
1045 1378
1046 1379
1047 1380
1048 1381
1049 1382
1050 1383
1051 1384
1052 1385
1053 1386
1054 1387
1055 1388
1056 1389
1057 1390
1058 1391
1059 1392
1060 1393
1061 1394
1062 1395
1063 1396
1064 1397
1065 1398
1066 1399
1067 1400
1068 1401
1069 1402
1070 1403
1071 1404
1072 1405
1073 1406
1074 1407
1075 1408
1076 1409
1077 1410
1078 1411
1079 1412
1080 1413
1081 1414
1082 1415
1083 1416
1084 1417
1085 1418
1086 1419
1087 1420
1088 1421
1089 1422
1090 1423
1091 1424
1092 1425
1093 1426
1094 1427
1095 1428
1096 1429
1097 1430
1098 1431
1099 1432
1100 1433
1101 1434
1102 1435
1103 1436
1104 1437
1105 1438
1106 1439
1107 1440
1108 1441
1109 1442
1110 1443
1111 1444
1112 1445
1113 1446
1114 1447
1115 1448
1116 1449
1117 1450
1118 1451
1119 1452
1120 1453
1121 1454
1122 1455
1123 1456
1124 1457
1125 1458
1126 1459
1127 1460
1128 1461
1129 1462
1130 1463
1131 1464
1132 1465
1133 1466
1134 1467
1135 1468
1136 1469
1137 1470
1138 1471
1139 1472
1140 1473
1141 1474
1142 1475
1143 1476
1144 1477
1145 1478
1146 1479
1147 1480
1148 1481
1149 1482
1150 1483
1151 1484
1152 1485
1153 1486
1154 1487
1155 1488
1156 1489
1157 1490
1158 1491
1159 1492
1160 1493
1161 1494
1162 1495
1163 1496
1164 1497
1165 1498
1166 1499
1167 1500
1168 1501
1169 1502
1170 1503
1171 1504
1172 1505
1173 1506
1174 1507
1175 1508
1176 1509
1177 1510
1178 1511
1179 1512
1180 1513
1181 1514
1182 1515
1183 1516
1184 1517
1185 1518
1186 1519
1187 1520
1188 1521
1189 1522
1190 1523
1191 1524
1192 1525
1193 1526
1194 1527
1195 1528
1196 1529
1197 1530
1198 1531
1199 1532
1200 1533
1201 1534
1202 1535
1203 1536
1204 1537
1205 1538
1206 1539
1207 1540
1208 1541
1209 1542
1210 1543
1211 1544
1212 1545
1213 1546
1214 1547
1215 1548
1216 1549
1217 1550
1218 1551
1219 1552
1220 1553
1221 1554
1222 1555
1223 1556
1224 1557
1225 1558
1226 1559
1227 1560
1228 1561
1229 1562
1230 1563
1231 1564
1232 1565
1233 1566
1234 1567
1235 1568
1236 1569
1237 1570
1238 1571
1239 1572
1240 1573
1241 1574
1242 1575
1243 1576
1244 1577
1245 1578
1246 1579
1247 1580
1248 1581
1249 1582
1250 1583
1251 1584
1252 1585
1253 1586
1254 1587
1255 1588
1256 1589
1257 1590
1258 1591
1259 1592
1260 1593
1261 1594
1262 1595
1263 1596
1264 1597
1265 1598
1266 1599
1267 1600
1268 1601
1269 1602
1270 1603
1271 1604
1272 1605
1273 1606
1274 1607
1275 1608
1276 1609
1277 1610
1278 1611
1279 1612
1280 1613
1281 1614
1282 1615
1283 1616
1284 1617
1285 1618
1286 1619
1287 1620
1288 1621
1289 1622
1290 1623
1291 1624
1292 1625
1293 1626
1294 1627
1295 1628
1296 1629
1297 1630
1298 1631
1299 1632
1300 1633
1301 1634
1302 1635
1303 1636
1304 1637
1305 1638
1306 1639
1307 1640
1308 1641
1309 1642
1310 1643
1311 1644
1312 1645
1313 1646
1314 1647
1315 1648
1316 1649
1317 1650
1318 1651
1319 1652
1320 1653
1321 1654
1322 1655
1323 1656
1324 1657
1325 1658
1326 1659
1327 1660
1328 1661
1329 1662
1330 1663
1331 1664
1332 1665
1333 1666
1334 1667
1335 1668
1336 1669
1337 1670
1338 1671
1339 1672
1340 1673
1341 1674
1342 1675
1343 1676
1344 1677
1345 1678
1346 1679
1347 1680
1348 1681
1349 1682
1350 1683
1351 1684
1352 1685
1353 1686
1354 1687
1355 1688
1356 1689
1357 1690
1358 1691
1359 1692
1360 1693
1361 1694
1362 1695
1363 1696
1364 1697
1365 1698

3. VALUTAZIONE ESTERNA

Abbandoni da Pronto Soccorso (2015/gen-ott 2016)

L'indicatore fornisce indicazioni sull'attivazione di una "sorveglianza" da parte degli operatori del Pronto Soccorso e sulla realizzazione di opportune procedure di formalizzazione per la rinuncia alla prestazione affinché gli allontanamenti spontanei dei pazienti non superino una determinata soglia rispetto agli accessi in Pronto Soccorso. L'indicatore monitora il numero di pazienti che lasciano spontaneamente il Pronto Soccorso dopo l'accettazione (triage), senza darne preavviso al personale.

Il dato include sia i pazienti che si allontanano prima di essere visitati dal medico sia i pazienti che lasciano i locali del Pronto Soccorso dopo la visita medica e in corso di accertamenti e/o prima della chiusura della cartella clinica. La Asl di Frosinone presenta un valore superiore alla media regionale.

Presidi	2015	2016	2016 vs 2015
P.S. ALATRI	5,4%	7,4%	⇨ 2,0%
P.S. CASSINO	7,7%	7,9%	⇨ 0,2%
P.S. FROSINONE	17,0%	18,0%	⇨ 1,0%
P.S. SORA	5,9%	5,5%	⇦ -0,5%
Totale complessivo	9,9%	10,9%	⇨ 0,9%

Definizione

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

Numeratore

N. abbandoni x 100

Denominatore

N. accessi al PS

Fonte: Controllo interno di gestione

Tasso di compilazione database errato (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	2015				2016			
	Somma di attesa negativo	Tasso di valori negativi di permanenza	Somma di Tempo di attesa pari a zero	Tasso di valori zero di permanenz	Somma di Tempo di attesa negativo	Tasso di valori negativi di permanenza	Somma di Tempo di attesa pari a zero	Tasso di valori zero di permanenz
P.S. ALATRI	5	0,02%	328	1,22%	0	0,00%	2	0,01%
P.S. CASSINO	0	0,00%	491	1,19%	0	0,00%	0	0,00%
P.S. FROSINONE	0	0,00%	3	0,01%	0	0,00%	0	0,00%
P.S. SORA	0	0,00%	2010	6,74%	0	0,00%	1	0,00%
Totale complessivo	5	0,00%	2832	1,94%	0	0,00%	3	0,00%

Il valore dovrebbe essere il più basso possibile.

Accessi in Pronto Soccorso e punti di primo intervento per presidio ospedaliero (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	2015	2016	stima anno 2016	differenza stima anno 2016 e anno 2015	% accessi rispetto al totale ASL
P.S. ALATRI	26.919	21.098	25.318	-1.601	18%
P.S. CASSINO	41.344	32.221	38.665	-2.679	28%
P.S. FROSINONE	47.981	40.848	49.018	1.037	35%
P.S. SORA	29.826	22.672	27.206	-2.620	19%
Totale complessivo	146.070	116.839	140.207	-5.863	100%

Fonte: Report per il Direttore Generale

Dati estratti dal flusso SIES-GIPSE di pronto soccorso in data: 16 Febbraio 2017
Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 ottobre 2016

**Accessi in Pronto Soccorso e punti di primo intervento per presidio ospedaliero e per descrizione triage
(2015/gen-ott 2016)**

Etichette di riga	2015	2016	stima anno 2016		differenza stima anno 2016 e anno 2015	Rapporto codici verdi/codici bianchi
⊗ P.S. ALATRI	26.919	21.098	25.318	↓	-1.601	104,4
TRIAGE NON ESEGUITO	1.014	29	35	↓	-979	
CODICE BIANCO	205	148	178	↓	-27	
CODICE VERDE	19.570	15.445	18.534	↓	-1.036	
CODICE GIALLO	5.977	5.343	6.412	↑	435	
CODICE ROSSO	153	133	160	↑	7	
⊗ P.S. CASSINO	41.344	32.221	38.665	↓	-2.679	45,9
TRIAGE NON ESEGUITO	1.940	498	598	↓	-1.342	
CODICE BIANCO	906	406	487	↓	-419	
CODICE VERDE	24.321	18.616	22.339	↓	-1.982	
CODICE GIALLO	13.203	11.822	14.186	↑	983	
CODICE ROSSO	974	879	1.055	↑	81	
⊗ P.S. FROSINONE	47.981	40.848	49.018	↑	1.037	23,3
TRIAGE NON ESEGUITO	1.284	1.123	1.348	↑	64	
CODICE BIANCO	967	934	1.121	↑	154	
CODICE VERDE	25.174	21.752	26.102	↑	928	
CODICE GIALLO	18.202	15.037	18.044	↓	-158	
CODICE ROSSO	2.354	2.002	2.402	↑	48	
⊗ P.S. SORA	29.826	22.672	27.206	↓	-2.620	20,2
TRIAGE NON ESEGUITO	3.470	144	173	↓	-3.297	
CODICE BIANCO	760	715	858	↑	98	
CODICE VERDE	16.733	14.476	17.371	↑	638	
CODICE GIALLO	8.388	6.923	8.308	↓	-80	
CODICE ROSSO	475	414	497	↑	22	
Totale complessivo	146.070	116.839	140.207	↓	-5.863	

Fonte: Report per il Direttore Generale

Dati estratti dal flusso SIES-GIPSE di pronto soccorso in data: 16 Febbraio 2017
Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 ottobre 2016

% accessi in PS inviati al ricovero dal Pronto Soccorso con tempo di permanenza entro 8 ore (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	2015	2016 vs	
		2016	2015
P.S. ALATRI	98%	92%	↓ -6,6%
P.S. CASSINO	84%	74%	↓ -9,9%
P.S. FROSINONE	77%	76%	→ -1,8%
P.S. SORA	83%	70%	↓ -13,0%
Totale complessivo	84%	76%	↓ -7,6%

Il valore dovrebbe essere il più alto possibile

% accessi in PS con codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza inferiori a 4 ore (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	2015	2016 vs	
		2016	2015
P.S. ALATRI	92%	88%	↓ -3,8%
P.S. CASSINO	81%	82%	↑ 0,3%
P.S. FROSINONE	78%	79%	↑ 0,7%
P.S. SORA	78%	78%	↑ 0,0%
Totale complessivo	82%	82%	→ -0,8%

Il valore dovrebbe essere il più alto possibile

Fonte: Report per il Direttore Generale

Dati estratti dal flusso SIES-GIPSE di pronto soccorso in data: 16 Febbraio 2017
Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 ottobre 2016

C16.4 - Scheda Indicatore

Definizione: Percentuale di accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore

Numeratore: N. accessi inviati al ricovero con tempi di permanenza entro le 8 ore

Denominatore: N. Totale accessi inviati al ricovero

Note: Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Si considerano gli accessi con esito 2 "ricovero in reparto di degenza" e 3 "trasferimento ad altro istituto" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso). Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.

C16.3 - Scheda Indicatore

Definizione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde, non inviati al ricovero, con tempi di permanenza inferiori a 4 ore

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

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

Note: Si considera il colore triage verde (colore in entrata). Sono esclusi i pazienti in Osservazione Breve. Si considerano gli accessi con esito 1 "dimissione a domicilio" e 8 "dimissione a strutture ambulatoriali" (codifica da flusso Ministeriale EMUR Pronto Soccorso). Il tempo di permanenza è calcolato come differenza tra la data di dimissione e la data di accettazione.

**% accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti
(2015/gen-ott 2016)**

Etichette di riga	2015	2016	2016 vs 2015
P.S. ALATRI	83%	69% ↓	-14,4%
P.S. CASSINO	72%	71% →	-1,2%
P.S. FROSINONE	43%	43% ↑	0,0%
P.S. SORA	80%	79% →	-0,6%
Totale complessivo	63%	61% ↓	-2,0%

Il valore dovrebbe essere il più alto possibile

**% accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora
(2015/gen-ott 2016)**

Etichette di riga	2015	2016	2016 vs 2015
P.S. ALATRI	29%	29% ↑	0,3%
P.S. CASSINO	47%	55% ↑	7,4%
P.S. FROSINONE	42%	39% ↓	-2,2%
P.S. SORA	47%	44% ↓	-2,3%
Totale complessivo	41%	42% ↑	0,9%

Il valore dovrebbe essere il più alto possibile

C16.1 - Scheda Indicatore

Definizione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice giallo visitati entro 30 minuti

Numeratore: N. accessi in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti x 100

Denominatore: N. accessi in PS con codice giallo

Note: Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita

C16.2 - Scheda Indicatore

Definizione: Percentuale di accessi al Pronto Soccorso con codice verde visitati entro 1 ora

Numeratore: N. accessi in PS con codice verde visitati entro 1 ora x 100

Denominatore: N. accessi in PS con codice verde

Note: Il codice colore a cui fa riferimento l'indicatore è quello in entrata e non in uscita.

Fonte: Report per il Direttore Generale

Dati estratti dal flusso SIES-GIPSE di pronto soccorso in data: 16 Febbraio 2017
Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 ottobre 2016

**Misure di performance presenti nel sito PREVALE
(2015/gen-ott 2016)**

Etichette di riga	2015					2016				
	totale accessi	(prevale) % pazienti con	(prevale) % pazienti con permanenza	(prevale) % pazienti con permanenza	(prevale) % ricoverati in OBI	totale accessi	(prevale) % pazienti con permanenza	(prevale) % pazienti con permanenza	(prevale) % pazienti con permanenza	(prevale) % ricoverati in OBI
		permanenz	tra 12h e 48h	>48h	<12h		tra 12h e 48h	>48h		
P.S. ALATRI	26.919	100%	0%	0%	0%	21.098	98%	2%	0%	0%
P.S. CASSINO	41.344	96%	4%	0%	0%	32.221	93%	7%	0%	1%
P.S. FROSINONE	47.981	88%	9%	2%	1%	40.848	88%	10%	2%	1%
P.S. SORA	29.826	90%	7%	2%	0%	22.672	89%	9%	3%	0%
Totale complessivo	146.070	93%	6%	1%	0%	116.839	91%	7%	1%	1%

La permanenza in P.S. dovrebbe essere la minore possibile.

Fonte: Report per il Direttore Generale

Dati estratti dal flusso SIES-GIPSE di pronto soccorso in data: 16 Febbraio 2017
Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 ottobre 2016

Tipologie di accesso ed esito degli accessi in Pronto Soccorso (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	totale accessi	% sul totale accessi
Decisione Propria	73.012	62,5%
Altro	20.719	17,7%
Trasp. Urgente	18.221	15,6%
Specialista	2.333	2,0%
MMG/PLS	1.070	0,9%
Trasferito	984	0,8%
Guardia medica	500	0,4%
Totale complessivo	116.839	

Esito degli accessi in Pronto Soccorso (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	totale accessi	% sul totale accessi
A domicilio	61.096	52,3%
Ricoverato	21.726	18,6%
Dimissione a strutture ambulatoriali	10.285	8,8%
Rifiuta ricovero	9.222	7,9%
Non risponde a chiamata	6.395	5,5%
Paziente si allontana spontaneamente	6.296	5,4%
Trasferito	1.619	1,4%
Deceduto in P.S.	164	0,1%
Giunto cadavere	35	0,0%
Trasferito al PS		
Richiedente	1	0,0%

% ricoverati sul numero di accesso (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Totale ricoverati	% sul totale accessi
P.S. ALATRI	21.098	P.S. ALATRI	2.704	12,8%
P.S. CASSINO	32.221	P.S. CASSINO	6.157	19,1%
P.S. FROSINONE	40.848	P.S. FROSINONE	8.717	21,3%
P.S. SORA	22.672	P.S. SORA	4.148	18,3%

% che rifiuta il ricovero sul numero di accessi (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Pazienti che rifiutano il ricovero	% sul totale accessi
P.S. ALATRI	21.098	P.S. ALATRI	2.214	10,5%
P.S. CASSINO	32.221	P.S. CASSINO	2.036	6,3%
P.S. FROSINONE	40.848	P.S. FROSINONE	3.522	8,6%
P.S. SORA	22.672	P.S. SORA	1.450	6,4%

Fonte: Report per il Direttore Generale

Dati estratti dal flusso SIES-GIPSE di pronto soccorso in data: 16 Febbraio 2017
Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 ottobre 2016

% pazienti che si allontanano spontaneamente sul numero di accesso (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	si allontana spontaneamente	% sul totale accessi
P.S. ALATRI	21.098	P.S. ALATRI	481	2,3%
P.S. CASSINO	32.221	P.S. CASSINO	1.021	3,2%
P.S. FROSINONE	40.848	P.S. FROSINONE	4.242	10,4%
P.S. SORA	22.672	P.S. SORA	552	2,4%

% a domicilio sul numero di accessi (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Dimessi a domicilio	% sul totale accessi
P.S. ALATRI	21.098	P.S. ALATRI	11.074	52,5%
P.S. CASSINO	32.221	P.S. CASSINO	19.378	60,1%
P.S. FROSINONE	40.848	P.S. FROSINONE	18.832	46,1%
P.S. SORA	22.672	P.S. SORA	11.812	52,1%

Fonte: Report per il Direttore Generale

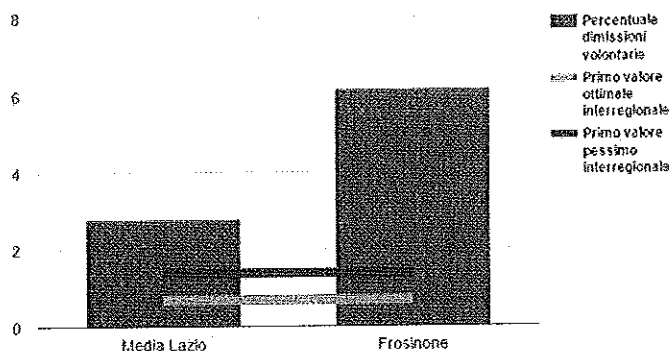
% dimissioni a strutture ambulatoriali sul numero di accessi (2015/gen-ott 2016)

Etichette di riga	totale accessi	Etichette di riga	Dimissioni a strutture ambulatoriali	% sul totale accessi
P.S. ALATRI	21.098	P.S. ALATRI	2.903	13,8%
P.S. CASSINO	32.221	P.S. CASSINO	1.596	5,0%
P.S. FROSINONE	40.848	P.S. FROSINONE	2.082	5,1%
P.S. SORA	22.672	P.S. SORA	3.704	16,3%

Dati estratti dal
 flusso SIES-GIPSE
 di pronto soccorso
 in data: 16
 Febbraio 2017
 Periodo di
 riferimento: 1
 gennaio 2015 – 31
 ottobre 2016

Percentuale dimissioni volontarie (2014)

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



Definizione

Percentuale di dimissioni volontarie di pazienti in regime di ricovero

Numeratore

Numero di dimissioni volontarie x 100

Denominatore

Numero di ricoveri

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

Fonte: **inps**

4. VALUTAZIONE SOCIO-SANITARIA

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

4.1 Capacità di governo della domanda

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

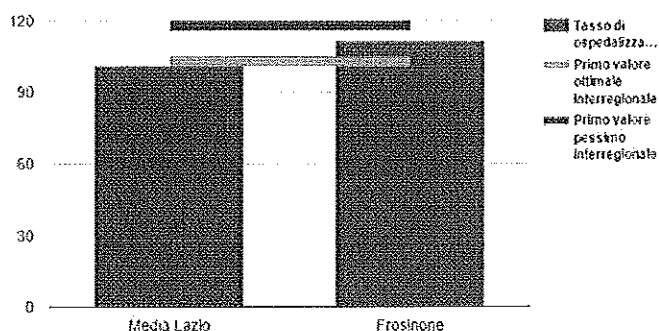
Un numero troppo elevato di ricoveri per abitante determina un utilizzo inappropriato delle risorse ed indica sia un problema nella capacità di orientare la domanda, sia una difficoltà a riallocare le risorse per l'attivazione di servizi territoriali adeguati.

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

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

Tasso di ospedalizzazione per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

Numero di ricoveri relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

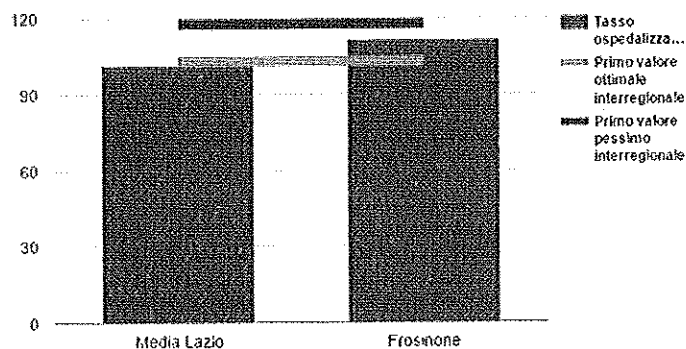
Numero residenti

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

Fonte: 

Tasso ospedalizzazione ricoveri ordinari acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

Numero di ricoveri ordinari relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

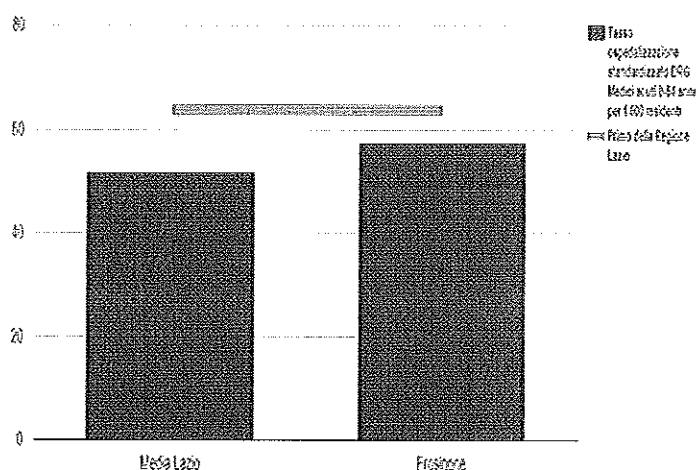
Numero residenti

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

Fonte: *m/c*

Tasso ospedalizzazione standardizzato DRG Medici acuti 0-64 anni per 1.000 residenti (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

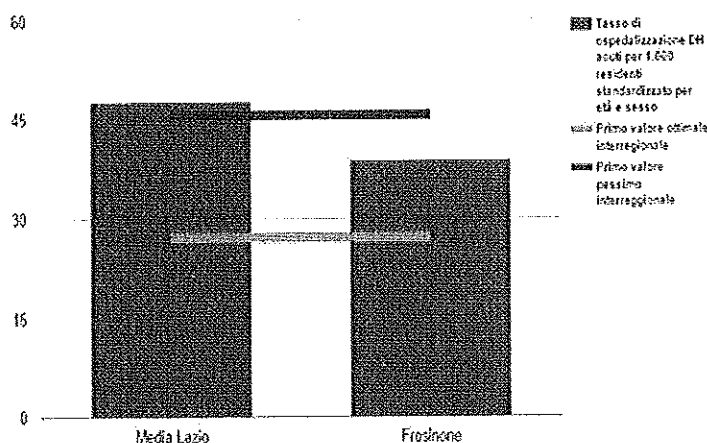
Numero residenti 0-64 anni

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

Fonte: 

Tasso di ospedalizzazione DH acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

Numero di ricoveri in Day Hospital relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

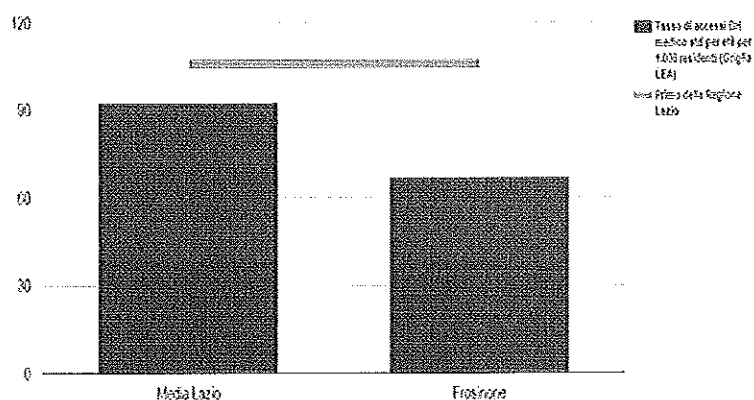
Numero residenti

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

Fonte: *m&s*

Tasso di accessi DH medico std per età per 1.000 residenti (Griglia LEA) - 2014

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

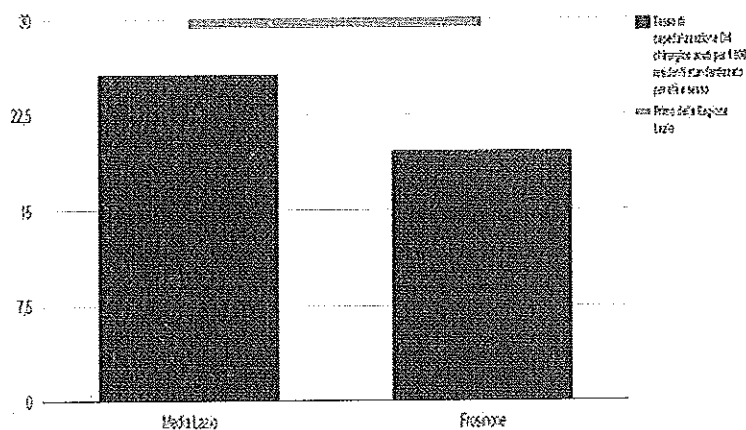
N. di residenti

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

Fonte: 

Tasso di ospedalizzazione DH chirurgico acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

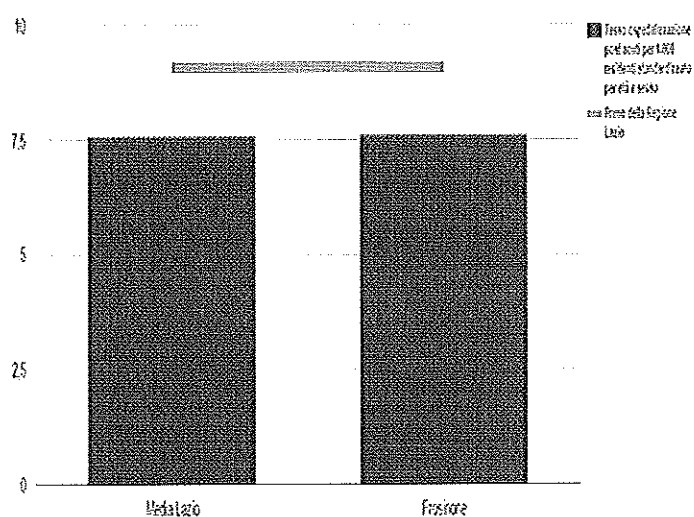
Numero residenti

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

Fonte: **m/c**

Tasso ospedalizzazione post acuti per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

N. ricoveri per post acuti relativi ai residenti x 1.000

Denominatore

N. residenti

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

Fonte: 

Indice di case mix (2016)

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

(x) Indice di performance degenza media		AD	2015	2016	2016 vs 2015
H_desc	Reparto				
Alatri	Chirurgia generale	0,522	1,822	1,30	
	Medicina generale	2,781	-8,904	-11,68	
	Ortopedia e Traumatologia	5,654		-5,65	
	Ostetricia e Ginecologia	-0,335		0,33	
	Pediatria	-4,523	-10,523	-6,00	
Alatri Totale		0,481	1,480	0,98	
Cassino	Chirurgia generale	0,228	0,375	0,15	
	Medicina generale	-3,210	-0,657	2,55	
	Ortopedia e Traumatologia	4,707	5,040	0,33	
	Ostetricia e Ginecologia	0,703	0,253	-0,45	
	Cardiologia	-2,133	-0,466	1,67	
	Geriatria	-0,378		0,38	
	Nefrologia	4,128	6,026	1,90	
	Otorinolaringoiatria	1,269	1,592	0,32	
	Pneumologia	-8,294		8,29	
	Unità coronarica	-5,134	-3,665	1,47	
	Urologia	0,508	0,162	-0,35	
	Astuteria		-1,889	-1,89	
Cassino Totale		1,563	1,790	0,23	
Frosinone	Chirurgia generale	3,488	4,205	0,72	
	Medicina generale	10,139	0,004	-10,14	
	Ortopedia e Traumatologia	3,188	4,476	1,29	
	Ostetricia e Ginecologia	-0,325	-0,277	0,05	
	Pediatria	-2,794	-2,340	0,45	
	Cardiologia	-0,095	0,326	0,42	
	Nefrologia	9,837	6,495	-3,34	

Definizione

Indice di case mix

Numeratore

$\frac{\sum(\text{numero di dimissioni per DRG per azienda} \times \text{Peso DRG})}{\sum \text{numero di dimissioni per azienda}}$

Denominatore

Peso medio DRG nazionale (1.15)

Valore minimo tra le aziende del Network -3,88
 Valore massimo tra le aziende del Network 3,26
 Media aziende del Network 0,40
 Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Fonte: Flusso SDO 16/02/2017

Indice di case mix (2016)

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

Cassino Totale		1,563	1,790	0,23
Frosinone				
Chirurgia generale	3,468	4,205	0,72	
Medicina generale	10,139	0,004	-10,14	
Ortopedia e Traumatologia	3,188	4,476	1,29	
Ostetricia e Ginecologia	-0,325	-0,277	0,06	
Pediatria	-2,794	-2,340	0,45	
Cardiologia	-0,095	0,326	0,42	
Nefrologia	9,837	6,495	-3,34	
Otorinolaringoiatria	-0,623	-0,257	0,37	
Terapia Intensiva	13,457	4,800	-8,66	
Unità coronarica	-2,201	-2,156	0,05	
Urologia	2,305	1,273	-1,03	
Asisteria	-5,523	-3,154	2,37	
Ematologia	23,982	23,068	-0,91	
Malattie infettive	9,924	4,764	-5,16	
Ocullistica	5,237		-5,24	
Psichiatria	3,878	2,544	-1,33	
Frosinone Totale	1,875	2,493	0,62	
Sora				
Chirurgia generale	1,093	2,423	1,33	
Medicina generale	9,117	5,397	-3,72	
Ortopedia e Traumatologia	3,158	3,337	0,18	
Ostetricia e Ginecologia	-0,845	-0,555	0,29	
Pediatria	-8,523	-6,859	1,66	
Cardiologia	0,186	-0,532	-0,72	
Terapia Intensiva	-0,394	7,011	7,40	
Unità coronarica	-2,117		2,12	
Psichiatria	-3,456	-12,456	-9,00	
Lungodegenza	15,040	26,346	11,31	
Nido		-1,755	-1,76	
Oncologia	5,047	2,106	-2,94	
Sora Totale	1,065	1,286	0,22	
Totale complessivo	1,561	1,937	0,38	

Definizione

Indice di case mix

Numeratore

$$\frac{\sum(\text{numero di dimissioni per DRG per azienda} \times \text{Peso DRG})}{\sum \text{numero di dimissioni per azienda}}$$

Denominatore

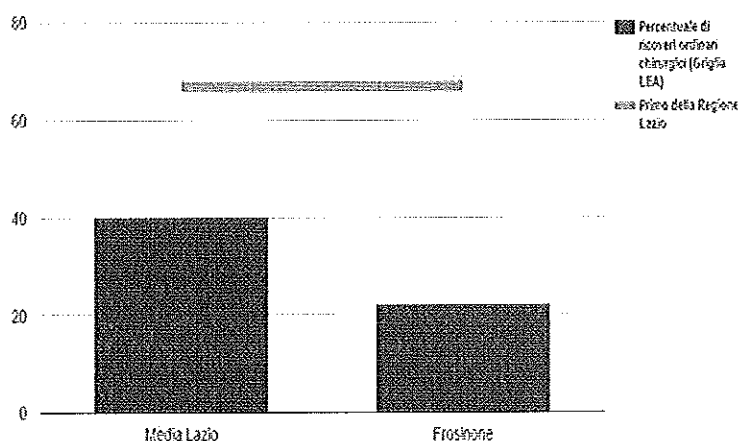
Peso medio DRG nazionale (1.15)

Valore minimo tra le aziende del Network -3,88
Valore massimo tra le aziende del Network 3,26
Media aziende del Network 0,40
Il valore dell' indicatore dovrebbe decrescere

Fonte: Flusso SDO 16/02/2017

Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici (Griglia LEA)

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



Definizione

Percentuale di ricoveri ordinari chirurgici sul totale dei ricoveri ordinari

Numeratore

N. ricoveri ordinari con DRG chirurgico x 100

Denominatore

N. di ricoveri ordinari

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

Fonte: **m/c**

4.2 Appropriatazza chirurgica (2014)

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

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



	Appropriatezza chirurgica (2014)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	1,55	3,01	0,98
Frosinone	0,11	3,01	0,98

Fonte: 

DRG chirurgici

DRG chirurgici per presidio ospedaliero

Etichette di riga	2015	2016	Stima a fine anno	differenza tra stima anno 2016 e anno 2015 in n. casi
Alatri	1.007	649	779	- 228
Cassino	2.318	1.853	2.224	- 94
Frosinone	3.551	2.608	3.130	- 421
Sora	2.106	1.764	2.117	- 11
Totale complessivo	8.982	6.874	8.249	- 733

Dettagli analisi:

Sono inclusi tutti i DRG chirurgici relativi alle SDO chiuse riguardanti:

- Ricoveri in urgenza e programmati;
- Ricoveri in tutti i regimi di ricovero.

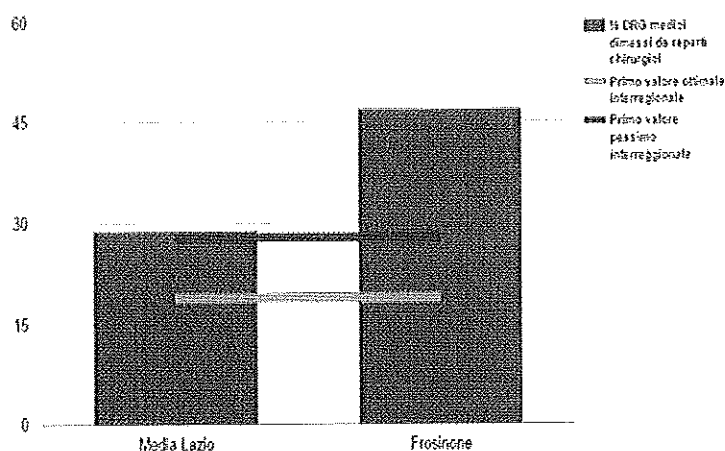
Non sono inclusi:

- Tutte le SDO che alla data di estrazione non presentavano ancora la diagnosi principale e che verranno pertanto trasmesse in Regione nei mesi successivi;
- Tutti i DH/DS afferenti al periodo relativi a cartelle non ancora chiuse.

Dati estratti dal flusso SIO in data: 25 ottobre 2016

% DRG medici dimessi da reparti chirurgici (2014)

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



Definizione

Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici

Numeratore

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

Denominatore

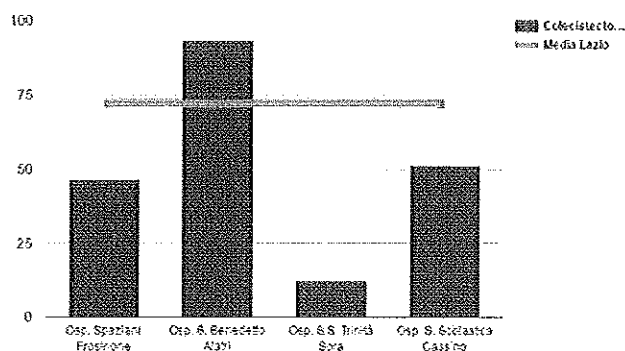
N. di dimessi da reparti chirurgici

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

Fonte: 

% colecistectomie laparoscopiche in Day Surgery e RO 0-1 gg (2015)

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



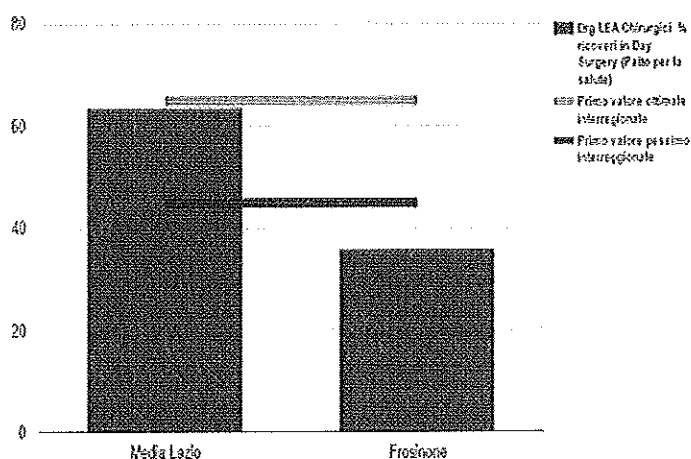
	Colecistectomie laparoscopiche con degenza post-operatoria <3gg (% grezza PREVALE 2015)	Media Lazio
Osp. Spaziani Frosinone	46,36	72,18
Osp. S. Benedetto Alatri	93,33	72,18
Osp. S.S. Trinità Sora	12,5	72,18
Osp. S. Scolastica Cassino	51,06	72,18

Fonte:



Drg LEA Chirurgici: % ricoveri in Day Surgery (Patto per la salute) - 2014

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

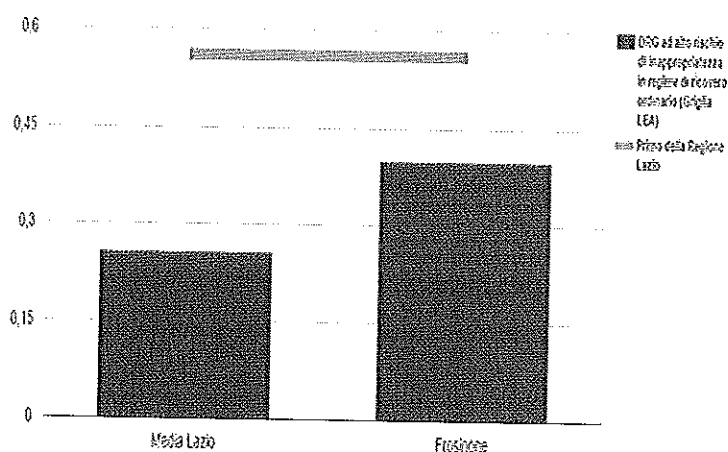
N. ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici

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

Fonte: 

DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA) - 2014

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

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

	DRG ad alto rischio di inappropriatezza in regime di ricovero ordinario (Griglia LEA)	Primo della Regione Lazio
Frosinone	0,4	0,56
Media Lazio	0,257	0,56

Fonte: **m&c**

DRG ad alto rischio di Inappropriatezza in regime di ricovero ordinario

N. desc. di Alzati	UO	2015		2016		2016 vs 2015
		Conteggio di DRG	% DRG a rischio inappropriatezza su (di) gg tot totale DRG	Conteggio di DRG	% DRG a rischio inappropriatezza su (di) gg tot totale DRG	
Alzati Totale di Casale	UOC Pediatria Frosinone-Alzati	979	20,63%	646	20,55%	-0,08%
	UOC Chirurgia Generale Frosinone	816	18,63%	770	12,47%	-6,2%
	UOC Medicina Generale e Urgenze Alzati	2.120	5,41%	1.365	2,70%	-4,7%
	UOC Ostetricia e Ginecologia Frosinone-Alzati	373	13,14%			-13,14%
	UOC Ortopedia Frosinone	20	20,00%			-20,00%
	UOC Oncologia Frosinone	20	20,00%			-20,00%
Alzati Totale		4.310	10,41%	2.781	9,31%	-1,10%
Casale Totale	UOC Endoscopia Urologia	223	12,55%	263	14,07%	14,07%
	UOC Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza Casale	1.171	13,01%	1.015	12,15%	-9,8%
	UOC Ostetricia e Ginecologia Casale	1.427	14,30%	1.140	10,58%	-7,7%
	UOC Pediatria Casale	1.121	12,13%	615	6,18%	-5,5%
	UOC Chirurgia Generale Casale	591	4,04%	434	4,15%	-0,1%
	UOC Ostetricia Casale	658	2,10%	554	3,25%	1,15%
	UOC Endoscopia Casale	335	1,81%	352	2,60%	1,6%
	UOC Oncologia	306	0,65%	354	9,78%	9,13%
	UOC Medicina ad Indirizzo pneumologico Casale	1.655	0,45%	1.163	0,77%	-0,6%
	UOC Gastroenterologia e endoscopia digestiva Casale			279	0,72%	0,72%
	UOC Cardiologia Casale	1.150	0,60%	611	0,59%	-0,01%
	UOC Nefrologia e Dialisi Alzati-Sora-Casale	345		249	0,37%	-0,37%
	UOC Anestesia e Rianimazione Casale	24		22		-0,04%
Casale Totale		9.404	6,88%	7.382	5,68%	-0,81%
Frosinone Totale	UOC Oncologia	276	21,66%	161	17,78%	-4,18%
	UOC Ostetricia e Ginecologia Frosinone-Alzati	2.131	6,53%	1.828	9,31%	2,55%
	UOC Urologia	611	4,75%	507	9,27%	4,52%
	UOC Ortopedia Frosinone	1.119	5,40%	812	6,42%	1,02%
	UOC Chirurgia Generale Frosinone	1.304	5,41%	519	3,61%	-1,45%
	UOC Pediatria Frosinone-Alzati	1.757	4,15%	1.721	3,54%	-0,62%

UOC Medicina ad Indirizzo pneumologico Casale	1.655	0,45%	1.163	0,77%	0,77%
UOC Gastroenterologia e endoscopia digestiva Casale			279	0,72%	0,72%
UOC Cardiologia Casale	1.154	0,50%	611	0,49%	-0,01%
UOC Nefrologia e Dialisi Alzati/Sora/Casale	345		249	0,37%	-0,27%
UOC Anestesia e Rianimazione Casale	24		22		-0,02%
Casale Totale	9.404	6,36%	7.382	5,55%	-0,61%
Frosinone					
UOC Oncologia	276	31,06%	172	17,74%	-3,24%
UOC Ostetricia e Ginecologia Frosinone-Alzati	2.131	6,93%	1.812	9,31%	2,31%
UOC Urologia	611	4,71%	507	9,27%	4,52%
UOC Ortopedia Frosinone	1.119	5,40%	874	6,42%	1,02%
UOC Chirurgia Generale Frosinone	1.257	5,43%	519	3,61%	-1,45%
UOC Pediatria Frosinone-Alzati	1.757	4,15%	1.721	3,54%	-0,62%
UOC Anestesia e Rianimazione Frosinone	39	3,01%	107	1,87%	-1,15%
UOC SPDC Frosinone-Alzati	369	0,77%	120	1,25%	0,48%
UOC Cardiologia Endoscopia Frosinone	1.377	1,01%	1.314	1,01%	-0,07%
UOC Pronto Soccorso - Medicina d'Urgenza Frosinone	467	2,60%	155	1,04%	-1,56%
UOC Medicina Generale Frosinone	2.526	0,87%	1.922	0,55%	-0,31%
UOC Maternità Infanzia	11	6,15%	287	0,35%	-6,45%
UOC Ostetricia, Chirurgia e Neonatologia	31				-0,04%
UOC Radiologia e Diagnostica Frosinone-Alzati	211		179		-1,07%
UOC Endoscopia	419	0,45%	344		-0,45%
UOC Neurologia e Fisiologia-Alzati					0,15%
Frosinone Totale	13.471	4,02%	10.451	4,12%	-0,15%
Sora					
UOC Chirurgia Generale Sora	1.255	8,50%	1.040	8,45%	-0,11%
UOC Ostetricia e Ginecologia Sora	1.261	8,50%	1.220	8,55%	-0,11%
UOC Pediatria Sora	1.475	5,51%	1.287	3,57%	-1,55%
UOC Cardiologia Sora	690	1,53%	580	2,73%	1,17%
UOC Ortopedia e Maniaco-PSI Appareato					
Ostetricia e Ginecologia Sora	537	2,11%	428	1,47%	-0,70%
Ostetricia e Ginecologia Sora	598	0,34%	514	0,51%	-0,25%
UOC Ostetricia Sora					
UOC Medicina Generale e Urgenze Sora	1.831	0,76%	1.380	0,61%	-0,25%
UOC SPDC Sora/Casale	341	0,63%	289	0,33%	-0,25%
UOC Anestesia e Rianimazione Sora	28		12		-0,04%
Sora Totale	8.021	4,90%	6.750	4,21%	-0,25%
Totale complessivo	35.456	6,53%	27.364	5,06%	-0,45%

Fonte: Report per il Direttore Generale

Dati estratti dal flusso SIO in data: 16 Febbraio 2017
Periodo di riferimento 1 gennaio 2015 – 31 ottobre 2016

4.3 Appropriatazza medica

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

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

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

DRG medici

DRG medici per presidio ospedaliero

Etichette di riga	2015	2016	Stima a fine anno	differenza tra stima anno 2016 e anno 2015 in n. casi	
Alatri	4.111	2.612	3.134	-	977
Cassino	8.392	6.416	7.699	-	693
Frosinone	11.023	8.334	10.001	-	1.022
Sora	7.629	6.078	7.294	-	335
Totale complessivo	31.155	23.440	28.128	-	3.027

Dettagli analisi:

Sono inclusi tutti i DRG medici relativi alle SDO chiuse riguardanti:

- Ricoveri in urgenza e programmati;
- Ricoveri in tutti i regimi di ricovero.

Non sono inclusi:

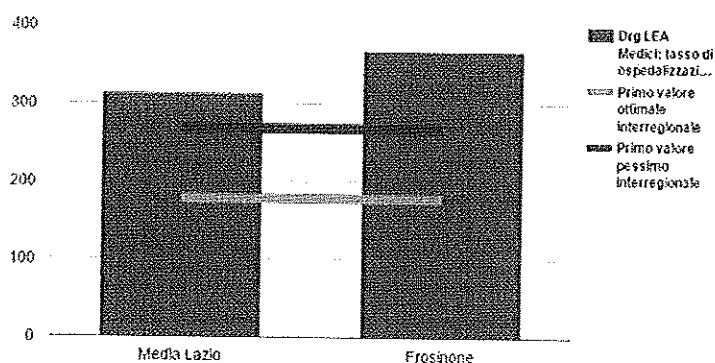
- Tutte le SDO che alla data di estrazione non presentavano ancora la diagnosi principale e che verranno pertanto trasmesse in Regione nei mesi successivi;
- Tutti i DH/DS afferenti al periodo relativi a cartelle non ancora chiuse.

Dati estratti dal flusso STO in data: 25 ottobre 2016

Drg LEA Medici: tasso di ospedalizzazione standardizzato per 10.000 residenti (Patto per la Salute) - 2014

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono quelle prestazioni identificate dal Ministero della Salute, attraverso l'apposita Commissione nazionale, che il SSN deve garantire equamente a tutti i cittadini. All'interno dei LEA è compresa una casistica di tipo medico (indicata all'interno del Patto per la Salute 2010-2012) che non dovrebbe comportare un ricovero ospedaliero, bensì dovrebbe più appropriatamente essere seguita sul territorio dal medico di famiglia e dagli specialisti, mediante visite ambulatoriali. L'indicatore misura il numero di ricoveri medici potenzialmente inappropriati realizzati in ciascuna azienda per 10.000 abitanti.

Dal 2013, per il calcolo dei tassi di ospedalizzazione standardizzati è stata utilizzata la popolazione residente in Italia all'anno 2011 (fonte ISTAT). Pertanto, per rendere possibile il trend, anche i tassi 2012 sono stati ricalcolati utilizzando tale popolazione standard.



Definizione

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

Numeratore

N. ricoveri per DRG Medici relativi ai residenti x 10.000

Denominatore

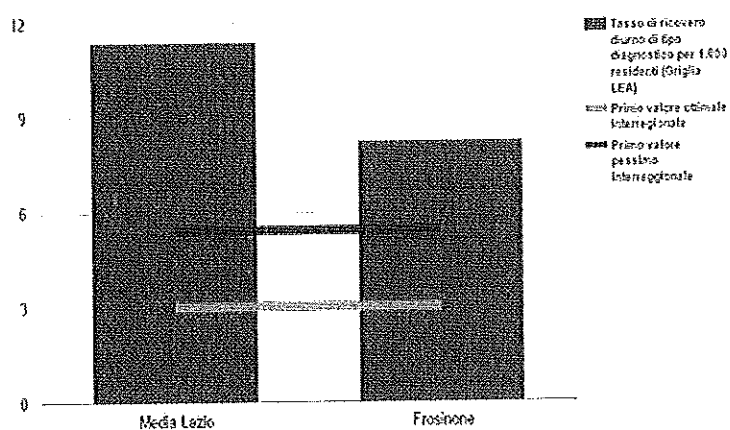
N. residenti

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

Fonte: **INCS**

Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti (Griglia LEA) - 2014

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



Definizione

Tasso di ricovero diurno di tipo diagnostico per 1.000 residenti

Numeratore

N. di ricoveri per acuti in DH con finalità diagnostica x 1.000

Denominatore

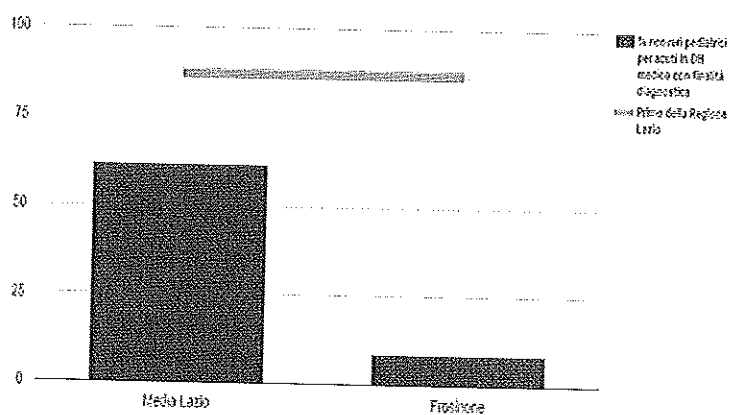
N. di residenti

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

Fonte: 

% ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica (2014)

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



Definizione

Percentuale di ricoveri per acuti in DH medico con finalità diagnostica

Numeratore

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

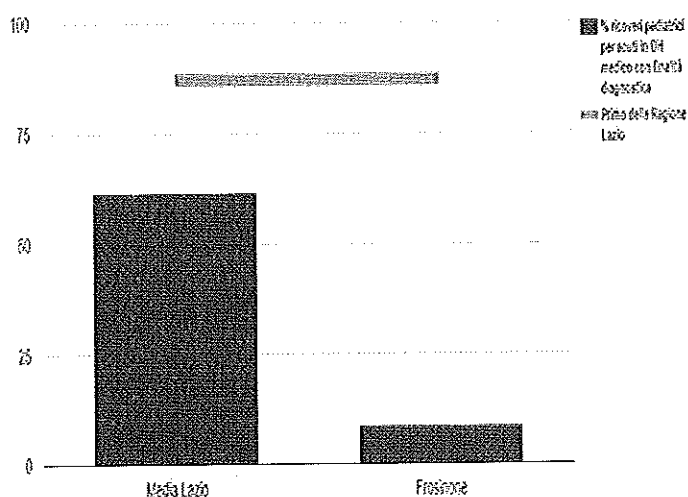
Denominatore

N. di ricoveri per acuti in DH medico

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

Fonte: **INCA**

% ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica (2014)



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

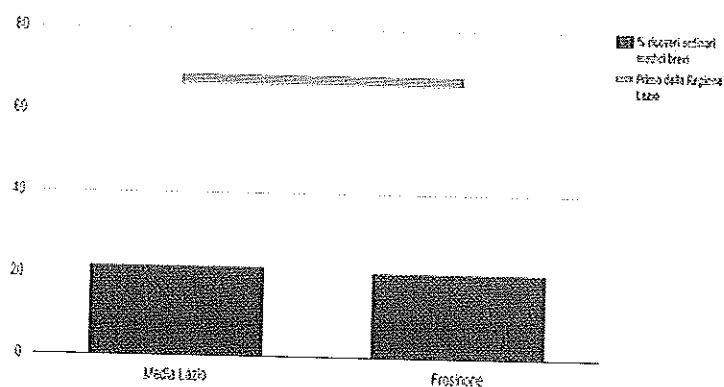
N. di ricoveri pediatrici per acuti in DH medico

	% ricoveri pediatrici per acuti in DH medico con finalità diagnostica	Primo della Regione Lazio
Frosinone	8,7	87,03
Media Lazio	81,6	87,03

Fonte: 

% ricoveri ordinari medici brevi (2014)

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



Definizione

Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi

Numeratore

N. di ricoveri ordinari medici brevi x 100

Denominatore

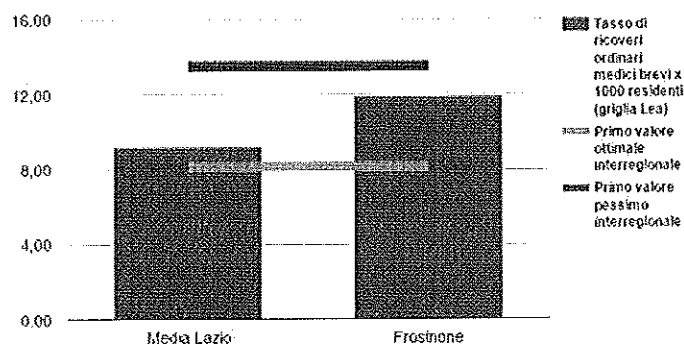
N. di ricoveri ordinari medici

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

Fonte: 

Tasso di ricoveri ordinari medici brevi per 1.000 residenti (Griglia LEA) - 2014

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



Definizione

Tasso di ospedalizzazione per ricoveri ordinari medici brevi x 1.000 residenti

Numeratore

N. di ricoveri ordinari medici brevi x 1.000

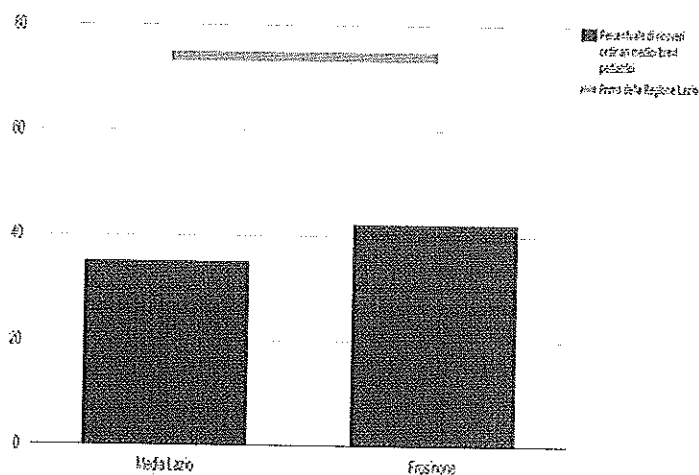
Denominatore

N. residenti

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

Fonte: 

Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici (2014)



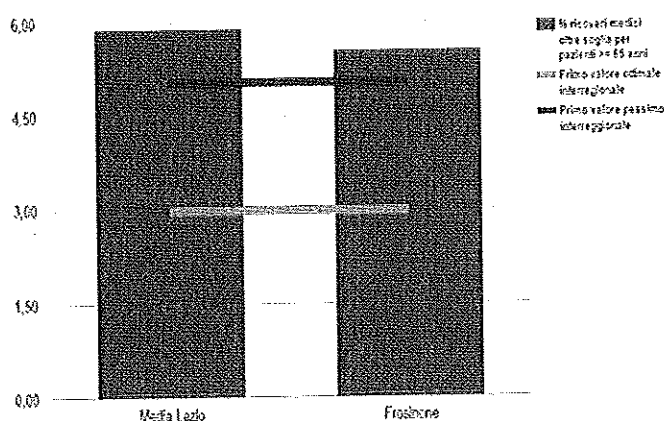
Definizione
 Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici
Numeratore
 N. di ricoveri ordinari medici brevi pediatrici x 100
Denominatore
 N. di ricoveri ordinari medici pediatrici

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

Fonte: 

% ricoveri medici oltre soglia per pazienti >= 65 anni (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

N. di ricoveri medici oltre soglia x 100

Denominatore

N. di ricoveri medici

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

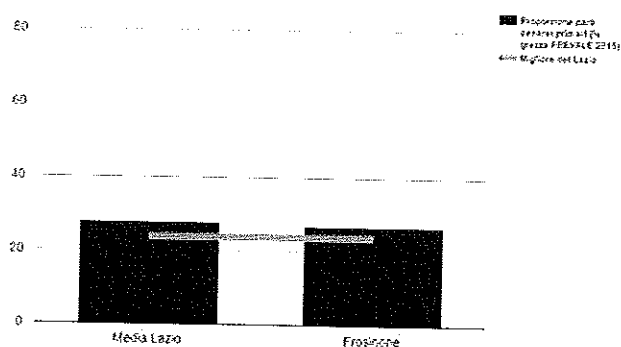
Fonte: **INCS**

4.4 Area Materno Infantile

La qualità sanitaria del percorso nascita è misurata tramite indicatori clinico-sanitari scelti tenendo conto sia della bibliografia internazionale [Health Canada, Sutter Women's & Children's Services 2001] che della condivisione con i professionisti.

La Asl di Frosinone presenta criticità per quanto concerne i tassi di ospedalizzazione in età pediatrica che risultano essere elevati: è presumibile che essi siano legati ad un' inappropriatazza dei ricoveri in età pediatrica, nonché ad una mancata promozione dell'assistenza territoriale attraverso la rivisitazione del rapporto con l'ospedale, il miglioramento della continuità assistenziale e la valorizzazione del pediatra di famiglia nella definizione dei percorsi più idonei per la gestione delle varie patologie. (per approfondimenti si veda parte B politica B del Piano Strategico, focus sulla Rete Perinatale)

ASL di residenza: proporzione di parti cesarei primari sul totale dei ricoveri per parto (2015)

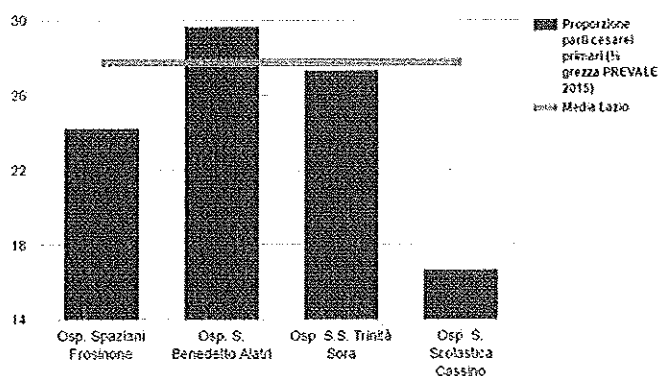


	Proporzione parti cesarei primari (% grezza PREVALE 2015)	Migliore del Lazio
Media Lazio	27,74	23,86
Frosinone	26,83	23,86

Fonte:



Struttura ospedaliera: proporzione di parti cesarei primari sul totale dei ricoveri per parto (2015)
Ospedale Spaziani, s. Benedetto di Alatri, S. Scolastica di Cassino, S.S. Trinità di Sora



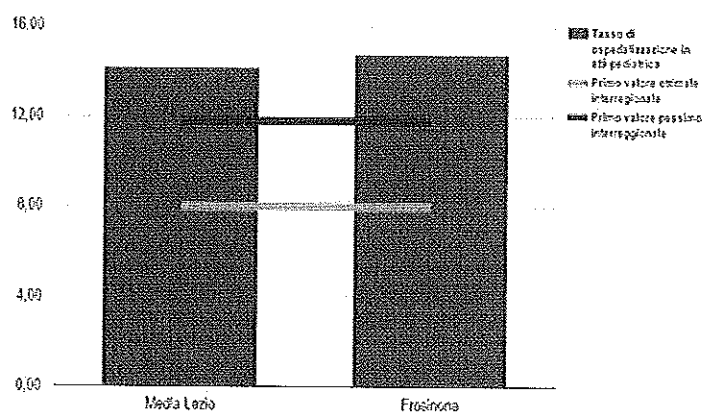
	Proporzione parti cesarei primari (% grezza PREVALE 2015)	Media Lazio
Osp. Spaziani Frosinone	24,29	27,74
Osp. S. Benedetto Alatri	29,68	27,74
Osp. S.S. Trinità Sora	27,3	27,74
Osp. S. Scolastica Cassino	16,67	27,74

Fonte:



Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica (2014)

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

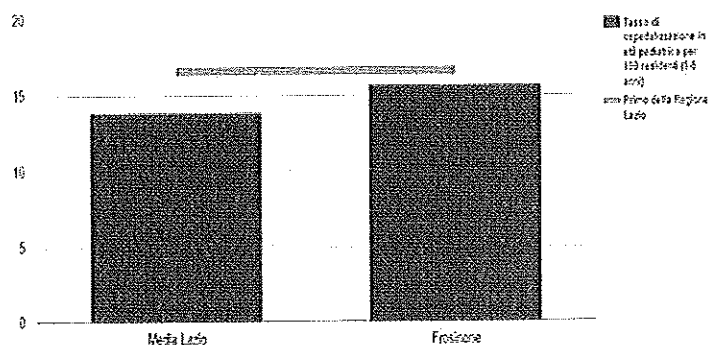
Popolazione residente (< 14 anni)

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

Fonte:

Tasso di ospedalizzazione in età pediatrica per 100 residenti (1-5 anni) - 2014

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



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

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

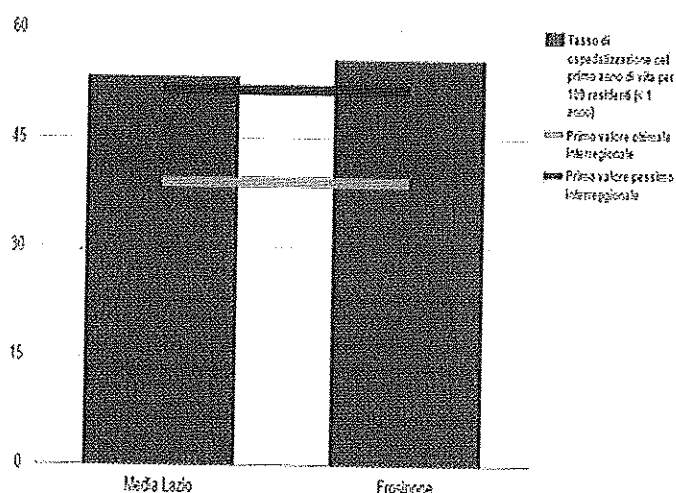
Denominatore
Popolazione residente (< 14 anni)

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

Fonte: 

Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di vita per 100 residenti (< 1 anno) - 2014

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



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

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

Denominatore
Popolazione residente (<1 anno)

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

Fonte: **mgc**

Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica (PREVALE 2015)

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



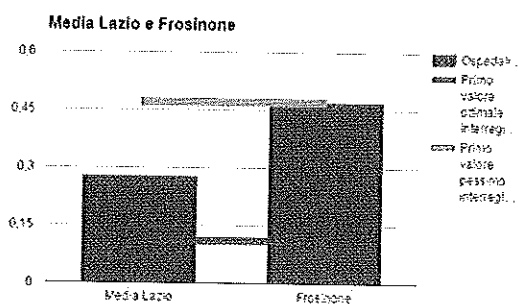
	Ospedalizzazione per gastroenterite pediatrica (tasso grezzo x1000 - PREVALE 2015)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	1,55	0,29	7,66
Frosinone	7,66	0,29	7,66

Fonte:



Ospedalizzazione per asma pediatrico (2015)

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



	Ospedalizzazione per asma pediatrico (tasso grezzo x1000 - PREVALE 2015)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	0,28	0,11	0,47
Frosinone	0,47	0,11	0,47

Fonte:



4.5 Assistenza patologie croniche

I principali fattori di rischio come l'ipertensione, l'obesità, i livelli elevati di colesterolo e glicemia, sono modificabili mediante interventi, in ambito sociale, mirati a promuovere la competenza dei cittadini a conservare e migliorare la propria salute. La prevenzione e la terapia delle malattie croniche rappresentano, pertanto, strumenti fondamentali per assicurare alla popolazione una vita più lunga ed un invecchiamento in buona salute.

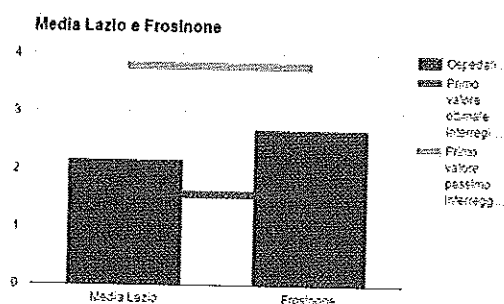
L'indicatore si propone di misurare indirettamente la capacità di intervento preventivo e continuativo delle cure erogate a livello territoriale. Le misurazioni di efficacia indiretta delle cure primarie attraverso i tassi di ospedalizzazione per patologie croniche ad alta prevalenza, sono integrate con rilevazioni sulla capacità di presa in carico e compensazione della malattia sul territorio stesso.

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

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

Ospedalizzazione per scompenso cardiaco (2015)

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



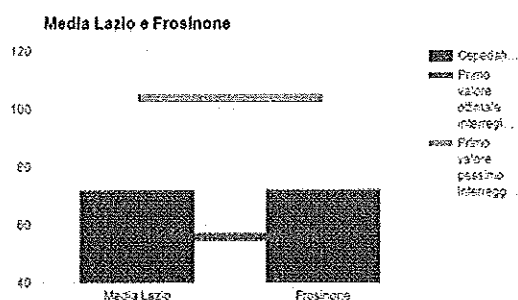
	Ospedalizzazione per scompenso cardiaco (tasso grezzo x1000 - PREVALE 2015)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	2,17	1,57	3,79
Frosinone	2,71	1,57	3,79

Fonte:



Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici (2015)

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



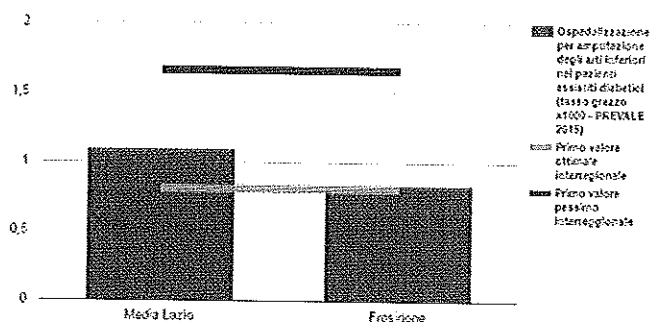
	Ospedalizzazione per complicanze a breve e lungo termine del diabete nei pazienti assistiti diabetici (tasso grezzo x1000 - PREVALE 2015)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	71,85	55,72	103,67
Frosinone	72,18	55,72	103,67

Fonte:



Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti assistiti diabetici (2015)

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

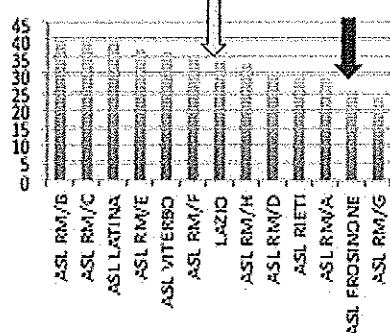


	Ospedalizzazione per amputazione degli arti inferiori nei pazienti assistiti diabetici (tasso grezzo x1000 - PREVALE 2015)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	1,1	0,81	1,66
Frosinone	0,84	0,81	1,66

fonte:

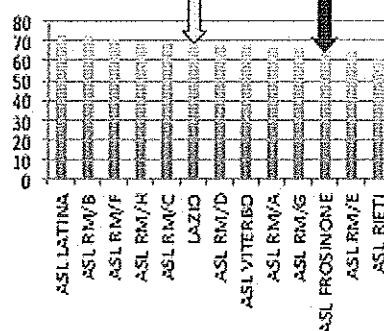
P.Ro.Val.1.
Misure di qualità
delle cure
della sanità regionale

Diabete: almeno due misurazioni di emoglobina glicata in un anno



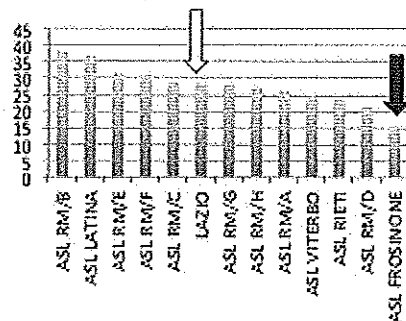
Diabete: almeno due misurazioni di emoglobina glicata in un anno

Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno



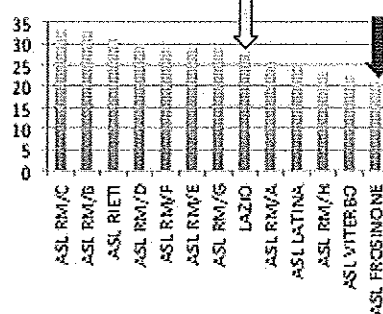
Diabete: almeno una misurazione di colesterolemia in un anno

Diabete: almeno una misurazione di microalbuminuria in un anno



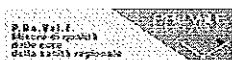
Diabete: almeno una misurazione di microalbuminuria in un anno

Diabete: almeno una visita oculistica in un anno



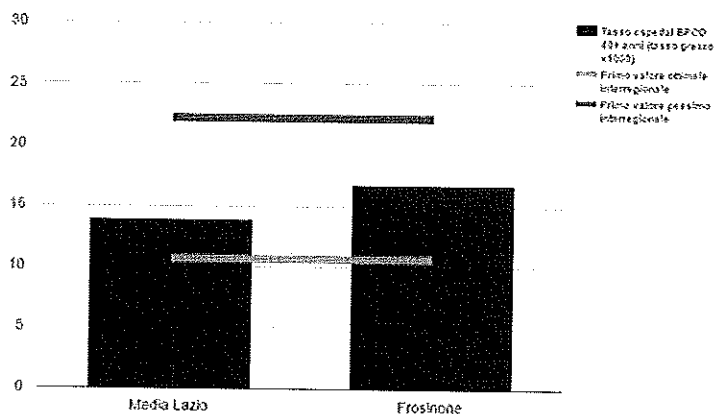
Diabete: almeno una visita oculistica in un anno

Fonte



Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (>40 anni) - 2015

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



Definizione

Per ASL e distretto di assistenza: tasso di ospedalizzazione per broncopneumopatia cronico ostruttiva

Numeratore

Ricoveri ordinari per acuti con durata della degenza > di 1 giorno, con dimissione tra il 1 gennaio 2012 ed il 30 novembre 2015

Denominatore

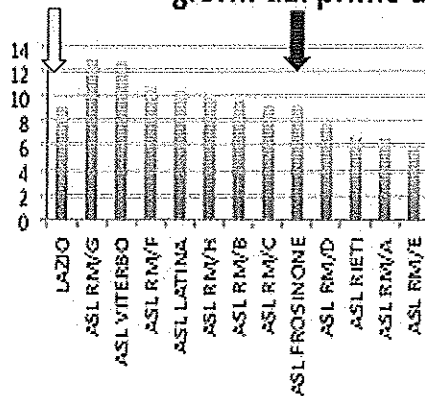
Popolazione assistita e residente nel Lazio di età 40+ anni (popolazione viva al 31 dicembre 2014)

	Tasso ospedal BPCO 40+ anni (tasso grezzo x1000)	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	13,82	10,66	22,16
Frosinone	16,72	10,66	22,16

Fonte:

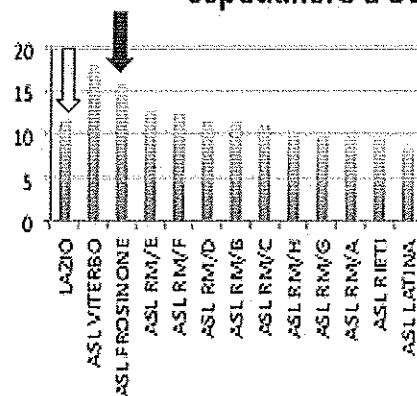


BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso



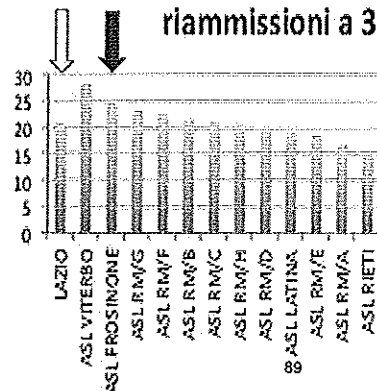
■ BPCO riacutizzata:
mortalità a 30 giorni dal
primo accesso

BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni



■ BPCO riacutizzata:
riammissioni ospedaliere
a 30 giorni

BPCO riacutizzata: mortalità o riammissioni a 30 giorni



■ BPCO riacutizzata:
mortalità o riammissioni a
30 giorni

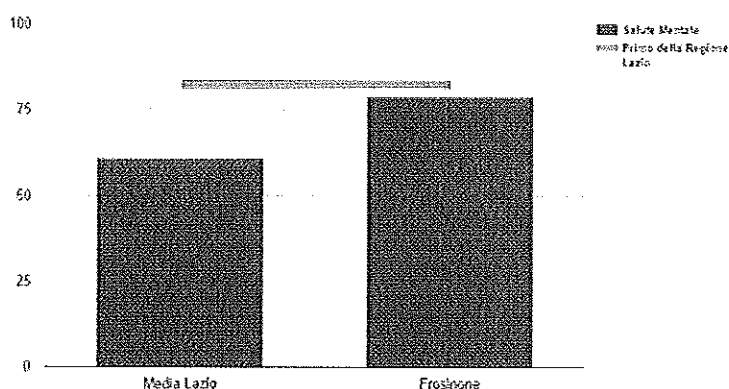
Fonte

P.R. VALLE
Mappa di qualità
della cura
VITA e SALUTE

4.6 Salute Mentale

I disturbi relativi alle malattie mentali e alle dipendenze rivestono un'importanza crescente nei bilanci di salute di tutti i Paesi per l'elevata frequenza e i costi sociali ed economici conseguenti all'alto grado di disabilità dei soggetti colpiti. Si stima che le attuali condizioni sociali, legate all'invecchiamento della popolazione, alla solitudine e anche al consumo di sostanze, renderanno la patologia mentale sempre più frequente. A tal fine l'OMS ha posto la diagnosi precoce e l'adeguato trattamento della stessa come obiettivo prioritario. Numerose iniziative, in ambito nazionale e regionale, hanno formulato obiettivi e standard per garantire un adeguato trattamento della patologia a livello territoriale, che riduca al minimo la necessità di interventi coercitivi e privilegi forme di cura che favoriscano l'integrazione sociale (Rapporto OsservaSalute, 2014).

Da quest'anno l'albero per la salute mentale è stato integrato con nuovi indicatori che misurano ambiti differenti delle attività di assistenza territoriale, in termini di appropriatezza ed efficacia del percorso assistenziale.



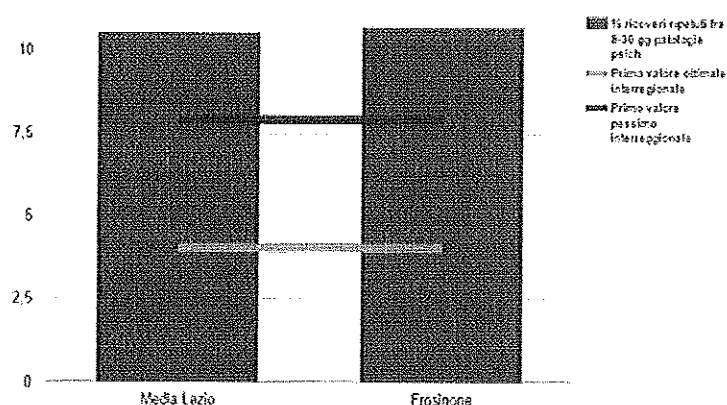
Fonte: 

Definizione
Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti minorenni
Numeratore
N. ricoveri per patologie psichiatriche relativi ai residenti minorenni x 100.000
Denominatore
Popolazione residente minorenni

	Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti minorenni (2014)	Primo della Regione Lazio
Frosinone	76,04	82,48
Media Lazio	60,83	82,48

Percentuale di ricoveri ripetuti fra 8 e 30 giorni per patologie psichiatriche (2014)

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



Fonte: 

Definizione

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

Numeratore

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

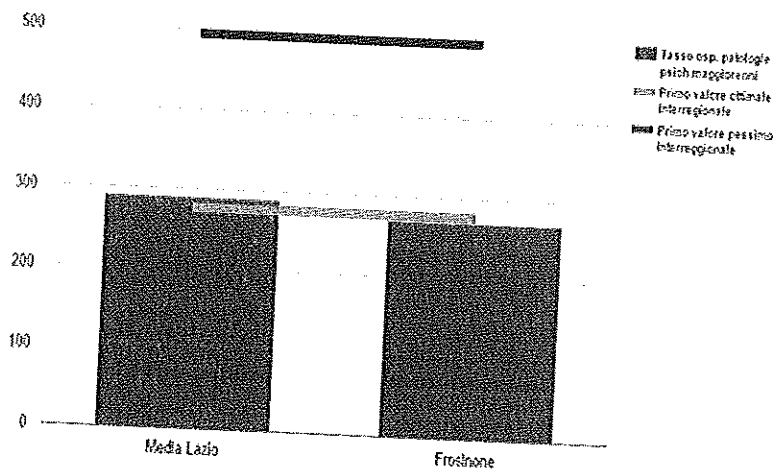
Denominatore

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

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

Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per residenti maggiorenni (2014)

Il tasso di ricovero con patologie psichiatriche è di un indicatore di risultato, atto a valutare l'efficacia dei servizi territoriali di assistenza al paziente psichiatrico in termini di prevenzione delle emergenze e degli episodi di acuzie della patologia. L'ospedalizzazione di soggetti con malattie mentali dovrebbe essere limitato ai soli casi più gravi, garantendo, al contempo, al malato psichico una rete capillare ed integrata di servizi sul territorio, che permetta ai centri di salute mentale la migliore gestione del paziente incentivando gli interventi preventivi e curativi.



Definizione Tasso di ospedalizzazione per patologie psichiatriche per 100.000 residenti maggiorenni

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

Denominatore Popolazione residente maggiorenne

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

Fonte: 

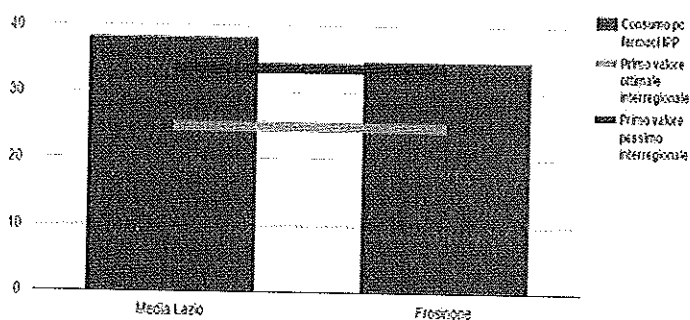
4.7 Appropriata prescrizione farmaceutica

Secondo il Codice Deontologico, "l'appropriata prescrizione si realizza quando il medico fonda le sue decisioni su evidenze scientifiche metodologicamente rigorose e accreditate, valuta la loro trasferibilità alle caratteristiche peculiari del singolo paziente e tiene nella dovuta considerazione l'impiego di risorse. L'autonomia nella prescrizione del medico, che è un elemento da difendere, deve coniugare la salvaguardia delle specifiche esigenze del paziente (rapporto beneficio/rischio favorevole) con la logica beneficio/costo sostenibile per il sistema sanitario" (fonte: Linee di indirizzo sulla terapia farmacologica dell'ipertensione, a cura della Commissione terapeutica Regione Toscana, Settembre 2010). I dati sui consumi dei farmaci sono elaborati su flussi regionali nati prevalentemente per fini amministrativi; tuttavia gli stessi consentono di analizzare l'appropriata prescrizione, perché, pur mancando nella prescrizione l'indicazione della patologia per cui il farmaco è prescritto, è altrettanto vero che un farmaco, contrariamente a quanto accade per la prescrizione di una prestazione specialistica che serve a diagnosticare una patologia, viene prescritto - o almeno dovrebbe esserlo - per una patologia già diagnosticata.

L'indicatore costituisce un primo passo per monitorare il corretto impiego dei farmaci, perché troppo spesso i provvedimenti presi a livello istituzionale sono orientati ad un contenimento della spesa fine a se stesso. L'indicatore monitora nello specifico alcune categorie di farmaci, come ad esempio le statine o gli antiipertensivi, che fanno registrare i maggiori consumi e che impattano in modo significativo sulla spesa. Sebbene l'indicatore non sia esaustivo, perché non consente di associare l'utilizzo del farmaco con la diagnosi e le caratteristiche dell'utilizzatore, la variabilità che si osserva tra le aziende e tra le regioni permette di individuare alcuni fenomeni di potenziale inappropriata prescrizione (per approfondimenti si veda parte B politica D del Piano Strategico).

Consumo pro-capite di farmaci Inibitori di Pompa Protonica (IPP) - 2014

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



Definizione

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

Numeratore

N. unità posologiche di IPP erogate

Denominatore

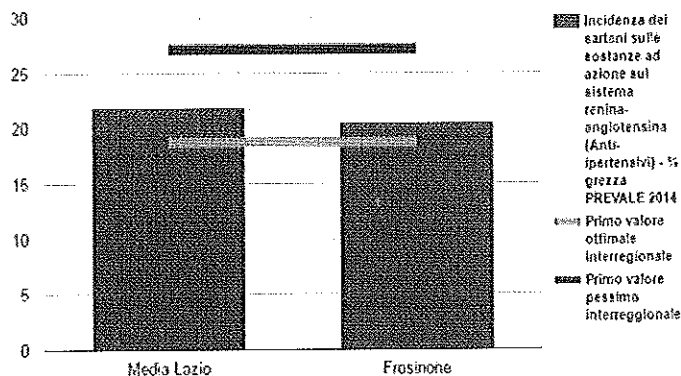
Popolazione residente al 1° Gennaio (pesata)

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

Fonte: 

Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi) - 2014

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



Definizione

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

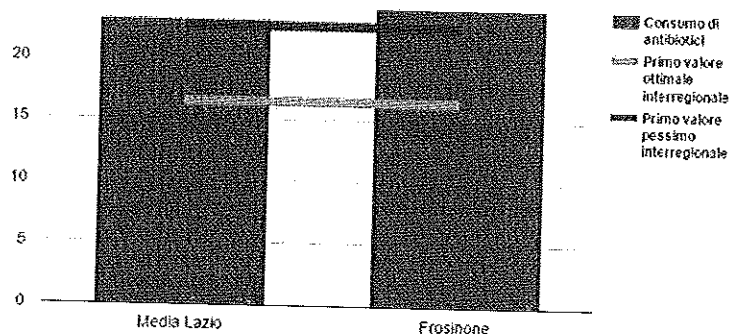
	Incidenza dei sartani sulle sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (Anti-ipertensivi) - % grezza PREVALE 2014	Primo valore ottimale interregionale	Primo valore pessimo interregionale
Media Lazio	21,86	18,75	27,12
Frosinone	20,51	18,75	27,12

Fonte:



Consumo di antibiotici (regime convenzionale, distribuzione diretta e per conto) - 2014

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



Definizione

Consumo di farmaci antibiotici, erogati dalle farmacie territoriali in regime convenzionale e tramite distribuzione diretta o per conto

Numeratore

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

Denominatore

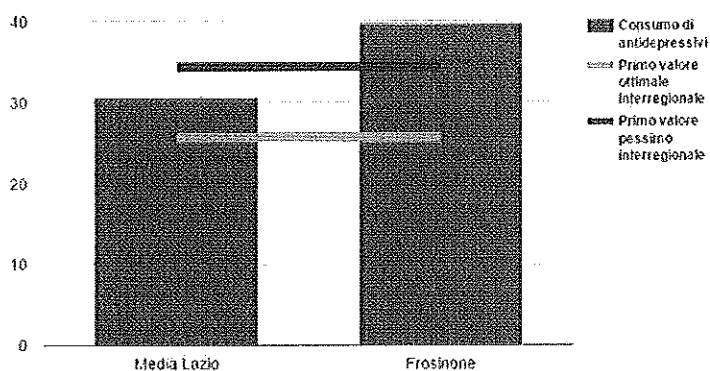
N. residenti x 365

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

Fonte: **mis**

Consumo di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (Antidepressivi) - 2014

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

N. residenti x 365

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

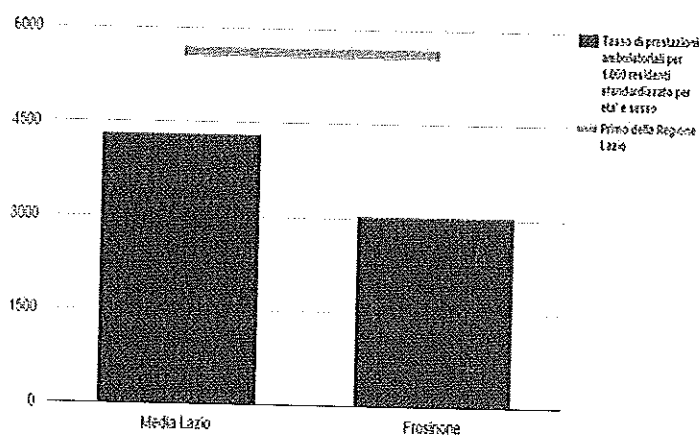
Fonte: 

4.8 Appropriata prescrizione diagnostica

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

Tasso di prestazioni ambulatoriali per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Fonte: msc

Definizione

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

Numeratore

N. prestazioni ambulatoriali x 1.000

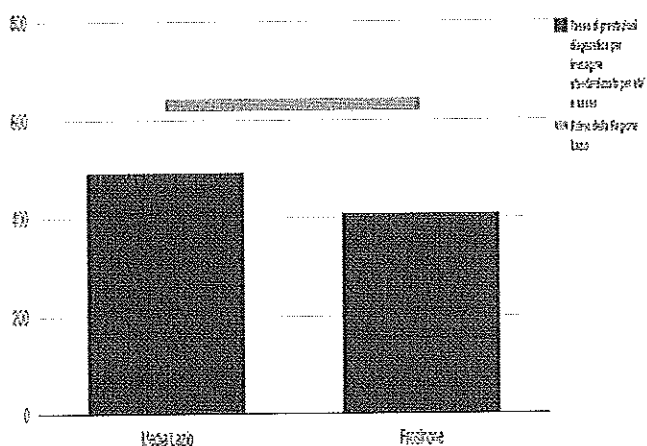
Denominatore

N. residenti

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

Tasso di prestazioni diagnostica per immagine standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

Tasso std diagnostica per immagini

Numeratore

Prestazioni diagnostica per immagini

Denominatore

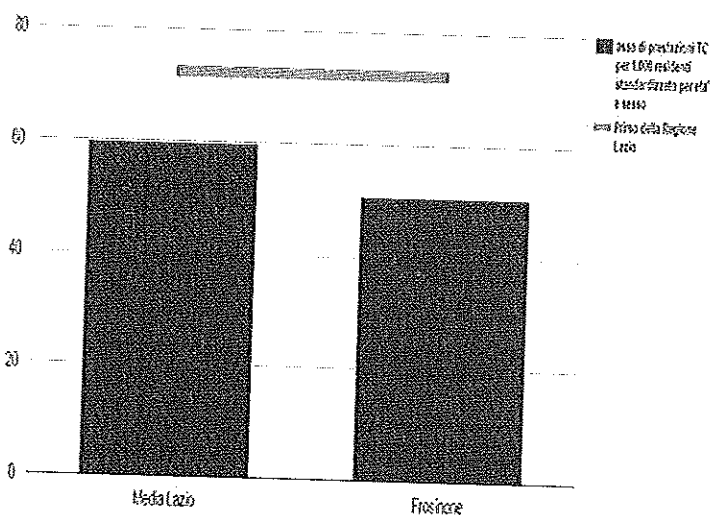
Popolazione residente

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

Fonte: 

Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

Tasso di prestazioni TC per 1.000 residenti std età e sesso

Numeratore

Numero accessi TC per azienda di residenza x 1.000

Denominatore

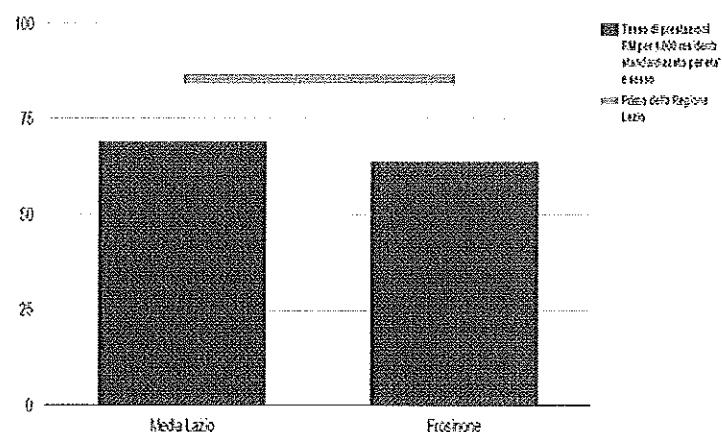
N. residenti

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

Fonte: **mcs**

Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti standardizzato per età e sesso (2014)

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



Definizione

Tasso di prestazioni RM per 1.000 residenti std età e sesso

Numeratore

Numero accessi RM per azienda di residenza x 1.000

Denominatore

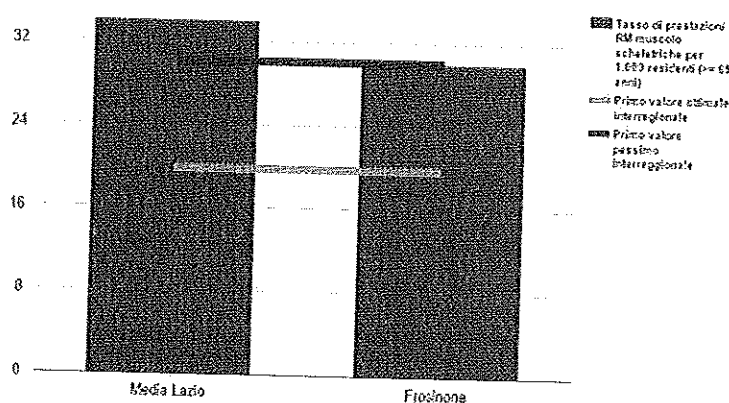
N. residenti

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

Fonte: 

Tasso di prestazioni RM muscolo scheletriche per 1.000 residenti (≥ 65 anni) - 2014

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



Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

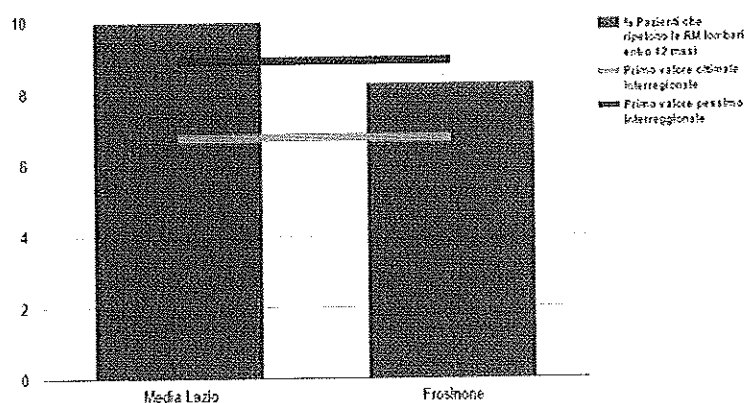
Popolazione ≥ 65 anni

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

Fonte: **MAC**

% Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi (2014)

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



Definizione

% Pazienti che ripetono le RM lombari entro 12 mesi

Numeratore

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

Denominatore

N. Persone che eseguono RM lombare

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

Fonte: **mte**

5. VALUTAZIONE DELLA CAPACITÀ DI PERSEGUIMENTO DELLE STRATEGIE REGIONALI

- 5.1 Screening oncologici**
- 5.2 Copertura vaccinale**
- 5.3 Malattie infettive**

5.1 Screening oncologici

Le regioni hanno dimostrato negli ultimi anni un forte impegno per la definitiva messa a regime dei programmi di screening oncologico. Va rilevato che, se da una parte l'estensione può essere garantita tramite una gestione dell'offerta che potenzi l'accesso della popolazione obiettivo, fattori difficilmente controllabili influiscono sui livelli di partecipazione.

Nel 2015, la asl di Frosinone non ha raggiunto lo standard in nessuno degli indicatori dei programmi di screening, anzi risultano essere nettamente inferiori allo standard. Unica nota positiva la percentuale di adesione allo screening del tumore della mammella che risulta essere superiore allo standard regionale.

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

	mammella			cervice uterina			colon retto		
	% Estensione inviti	% Adesione Corretta	% Copertura LEA	% Estensione inviti	% Adesione Corretta	% Copertura LEA	% Estensione inviti	% Adesione Corretta	% Copertura LEA
RMA	75,8	64,4	1	100,0	11,9	12	100,0	22,8	10
RMB	76,8	51,1	34	100,0	23,8	23	97,0	33,1	31
RMC	75,5	22,2	1	100,0	20,2	24	99,5	10,3	4
RMD	100,0	44,4	47	100,0	20,2	35	100,0	20,2	25
RME	82,2	11,1	1	100,0	21,2	19	100,0	17,7	12
RMF	100,0	62,5	58	97,2	18,9	2	78,2	20,7	10
RMG	91,4	8,9	3	100,0	42,9	10	100,0	20,2	5
RMH	100,0	41,9	1	100,0	11,0	10	100,0	46,3	6
VT	100,0	56,0	63	100,0	40,7	39	100,0	34,3	36
RI	100,0	56,8	1	100,0	10,0	0	100,0	8,7	0
LT	83,6	53,5	23	83,4	10,0	25	100,0	25,2	35
FR	100,0	67,6	30	100,0	13,8	11	97,1	20,0	0
LAZIO	80,8	45,8	27	90,3	16,6	20	90,7	23,0	18
standard	>90%	>50%	35-59%	>90%	>40%	25-49%	>90%	>45%	25-49%

* Estensione stimata sull'anno rispetto all'attività del II semestre 2015

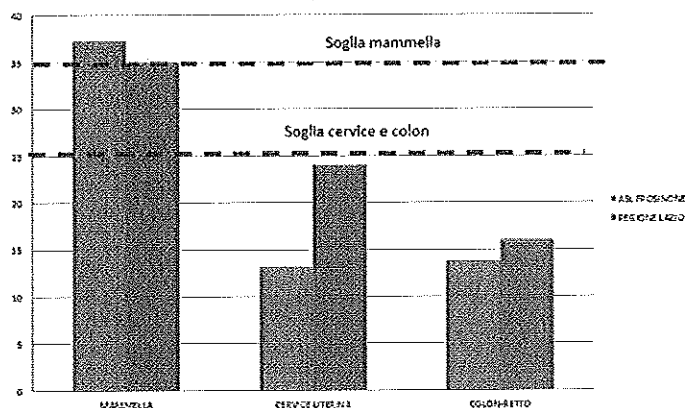
** copertura LEA su I semestre 2015

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

Lo screening coloretale è rivolto a persone di ambo i sessi in età compresa fra i 50 ed i 70 anni. L'adesione misura quanti hanno partecipato allo screening rispetto agli invitati. L'estensione misura quanti sono stati invitati rispetto alla popolazione bersaglio, nel biennio di riferimento.

Lo screening della cervice uterina è rivolto a donne in età compresa tra i 25 ed i 64 anni. L'estensione misura quante donne sono state invitate rispetto alla popolazione bersaglio, nel triennio di rilevazione

Indicatore LEA di copertura per i 3 programmi di screening - ottobre 2016



Per quanto riguarda la copertura dei tre programmi di screening, si evidenzia nel 2016 un importante incremento in tutti e tre i programmi, come dimostrato dal grafico, a testimonianza dell'impegno profuso dall'Asl Frosinone nel garantire tale livello di assistenza.

Fonte: Responsabile programmi screening Asl Frosinone

5.2 Copertura vaccinale

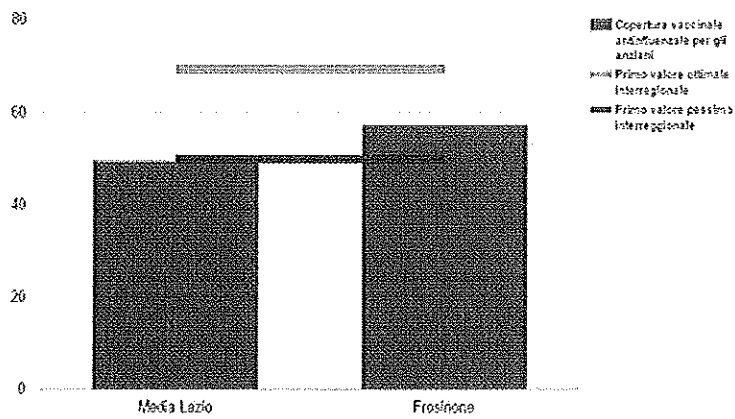
La vaccinazione costituisce uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. I benefici che si conseguono con tale pratica si manifestano direttamente sui soggetti vaccinati, ed indirettamente, per la protezione indotta, anche ai soggetti non vaccinati (c.d. *herd immunity*).

L'indicatore sulla copertura vaccinale è costruito sulla base di sette sottoindicatori, tutti di valutazione.

Due sottoindicatori hanno per oggetto la vaccinazione antinfluenzale e monitorano la copertura rispetto ad essa della popolazione anziana e degli operatori sanitari che lavorano nelle aziende sanitarie pubbliche (quest'ultima ancora non disponibile per la Regione Lazio).

Gli altri cinque sottoindicatori monitorano la copertura di cinque vaccinazioni da svolgersi in età pediatrica, non obbligatorie ma raccomandate e previste dal calendario vaccinale nazionale. Si tratta del vaccino per morbillo, parotite e rosolia, di quello antimeningococcico, di quello antipneumococcico, di quello esavalente somministrati entro il 24° mese di vita del bambino e di quello contro il Papilloma virus (HPV), rivolto alle bambine dodicenni (per approfondimenti si veda parte B politica A del Piano Strategico).

Copertura vaccinale antinfluenzale per gli anziani (2014)



Definizione

Copertura vaccinale antinfluenzale nella popolazione bersaglio

Numeratore

Soggetti vaccinati di età pari o superiore a 65 anni

Denominatore

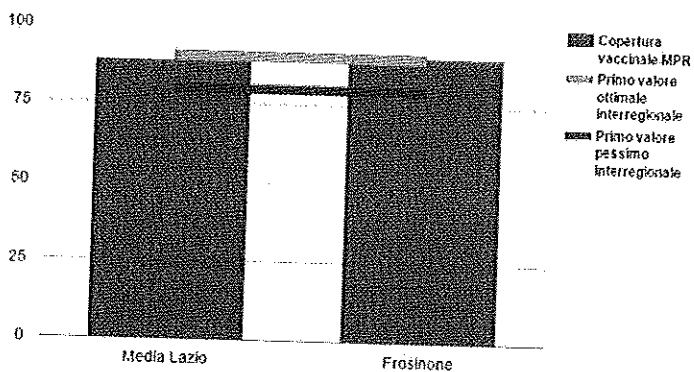
Popolazione di età pari o superiore a 65 anni residenti

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

Fonte: 

Copertura vaccinale MPR (2014)

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



Fonte: m&c

Definizione

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

Numeratore

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

Denominatore

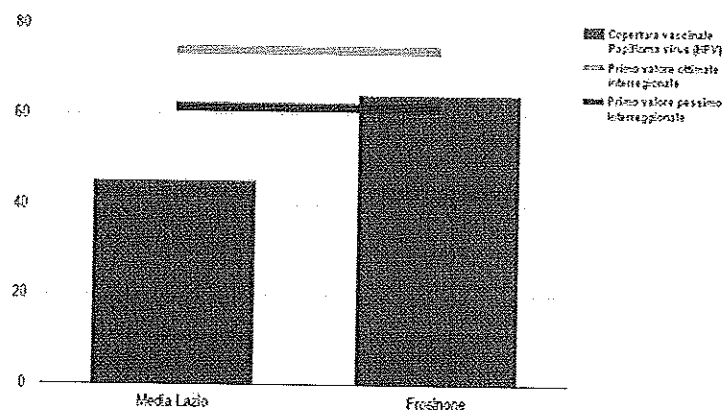
N. bambini residenti che compiono 24 mesi nell'anno di rilevazione

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

Copertura vaccinale Papilloma virus (HPV) - 2014

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

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



Definizione

Copertura vaccinale HPV nella popolazione bersaglio

Numeratore

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

Denominatore

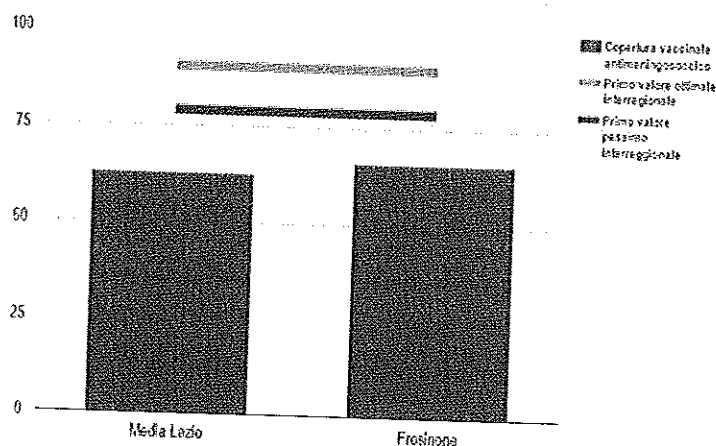
Numero bambine residenti nel territorio di competenza che hanno compiuto il dodicesimo anno di età

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

Fonte: **m&c**

Copertura vaccinale antimeningococcica (2014)

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



Definizione

Grado di copertura vaccinale antimeningococcica a 24 mesi

Numeratore

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

Denominatore

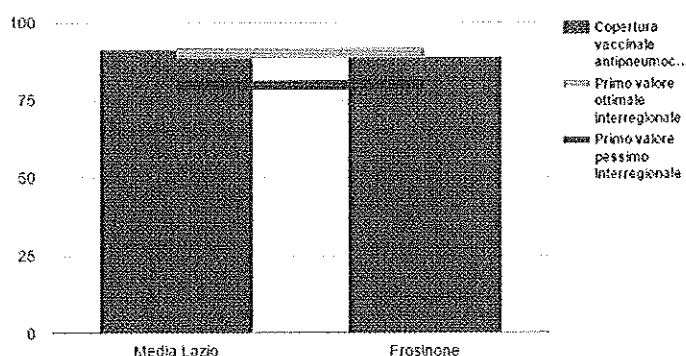
Numero bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

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

Fonte: 

Copertura vaccinale antipneumococcica (2014)

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

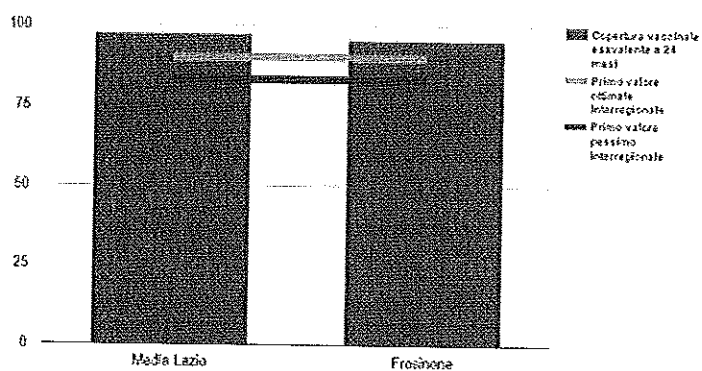


Fonte: 

Definizione
Grado di copertura vaccinale antipneumococcica al 24° mese
Numeratore
Cicli vaccinali completati (3°dose) al 31 dicembre per Antipneumococcica (*)
Denominatore
N. bambini residenti nel territorio di competenza con età inferiore a 24 mesi al 31 dicembre

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

Copertura vaccinale esavalente a 24 mesi (2014)



Fonte: **m/c**

Definizione

Grado di Copertura vaccinale Esavalente a 24 mesi

Numeratore

Cicli vaccinali completati (3^a dose) al 31 dicembre per Esavalente

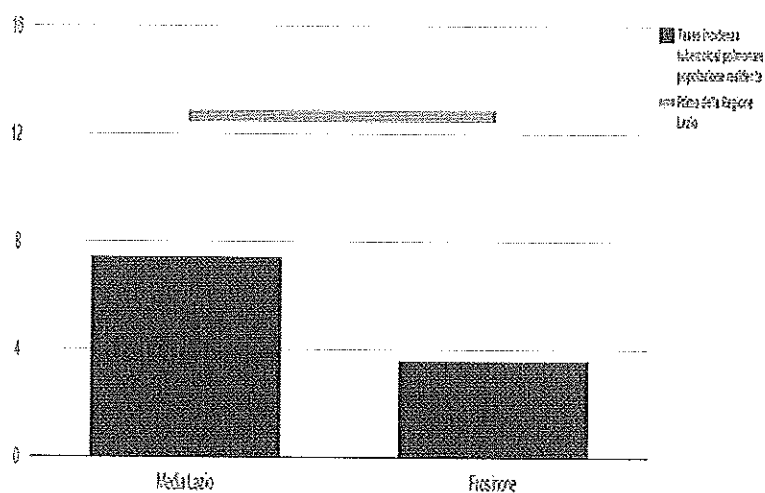
Denominatore

Numero di bambini vaccinabili di età inferiore a 24 mesi

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

5.3 Malattie Infettive

Tasso incidenza tubercolosi polmonare nella popolazione residente (2014)



Definizione

Tasso incidenza tubercolosi polmonare nella popolazione residente

Numeratore

Casi tubercolosi polmonare notificati nell'anno nei residenti *100.000

Denominatore

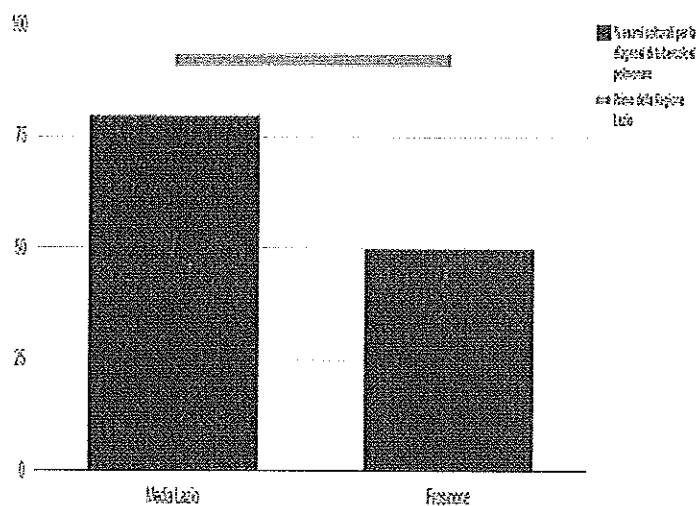
Popolazione residente

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

Fonte: 

% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare (2014)

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



Definizione

% esami colturali per la diagnosi di tubercolosi polmonare

Numeratore

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

Denominatore

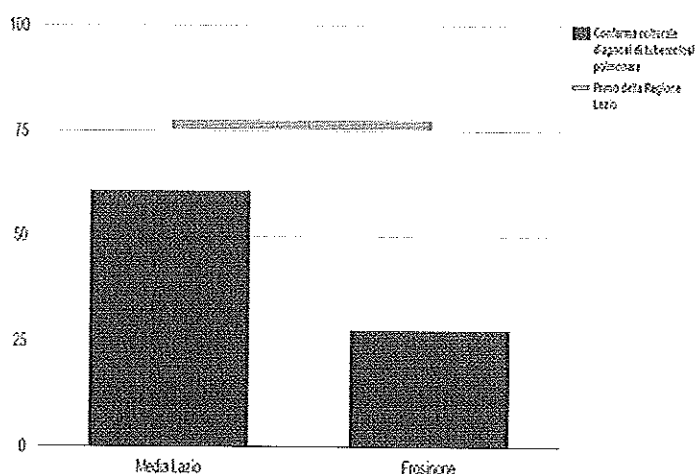
Casi di tubercolosi polmonare notificati nell'anno

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

Fonte: 

Conferma culturale diagnosi di tubercolosi polmonare (2014)

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



Fonte: **m&c**

Definizione

Conferma culturale diagnosi di tubercolosi polmonare

Numeratore

Numero diagnosi di tubercolosi polmonare confermati da cultura*100

Denominatore

Casi di tubercolosi polmonare notificati nell'anno

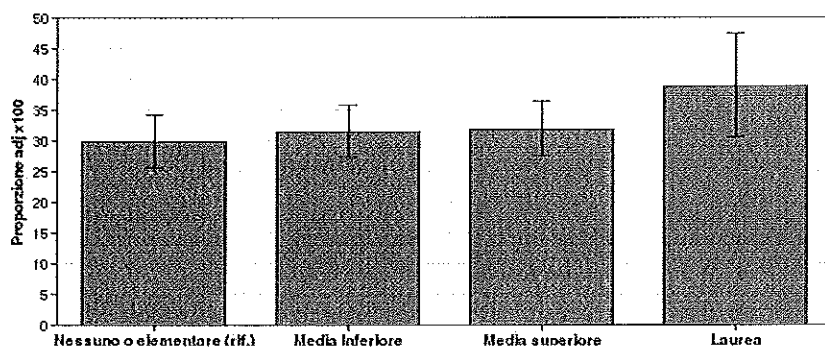
	Conferma culturale diagnosi di tubercolosi polmonare	Primo della Regione Lazio
Frosinone	27,78	76,32
Media Lazio	60,73	76,32

118

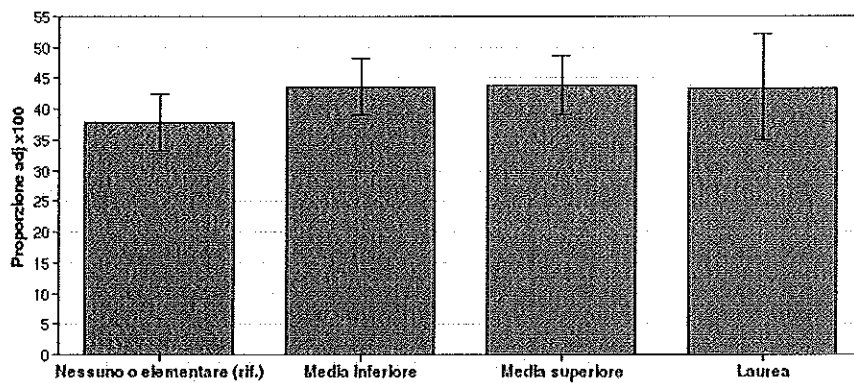
6. EQUITA' DELLE CURE

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

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



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

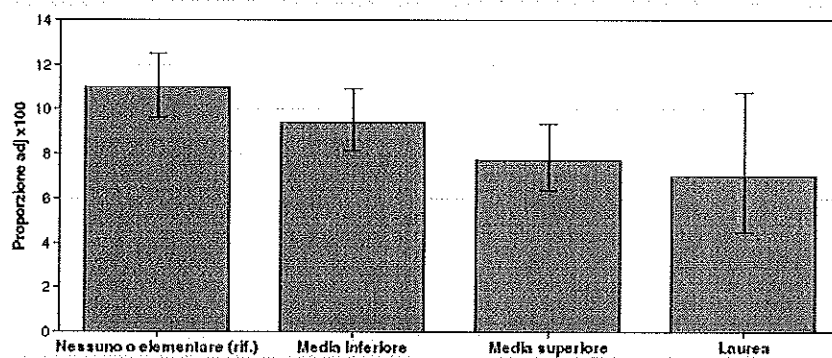


Si osserva come la proporzione di trattati con PTCA entro 90 minuti dall'ora di primo accesso sia maggiore per i pazienti laureati nell'analisi per struttura di accesso (P.S. o ricovero) mentre mostri un trend più uniforme dei livelli di istruzione nell'analisi per struttura di ricovero.

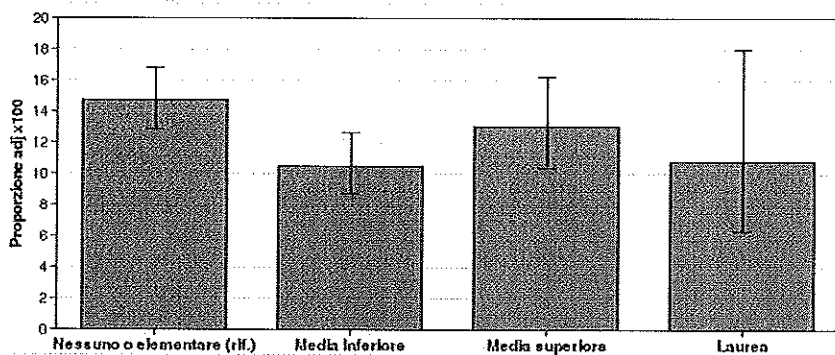
Fonte:



Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni dal primo accesso

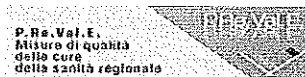


Ictus Ischemico: mortalità a 30 giorni dal primo accesso

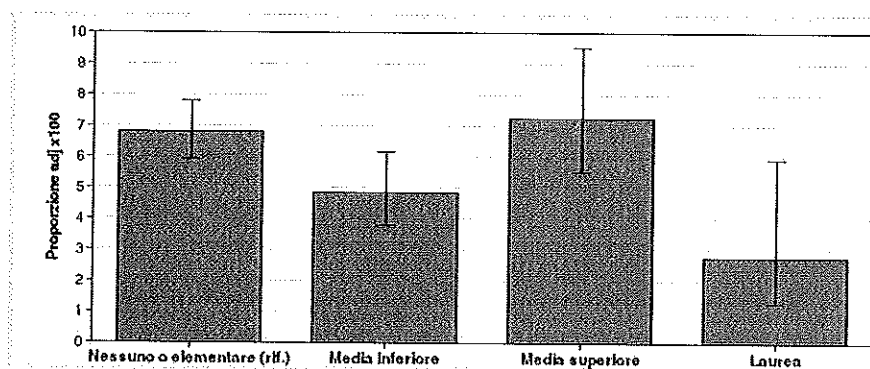


La mortalità per IMA risulta più bassa e variabile per i pazienti laureati. Entrambi i grafici mostrano una disomogeneità della mortalità rispetto ai livelli di struttura.

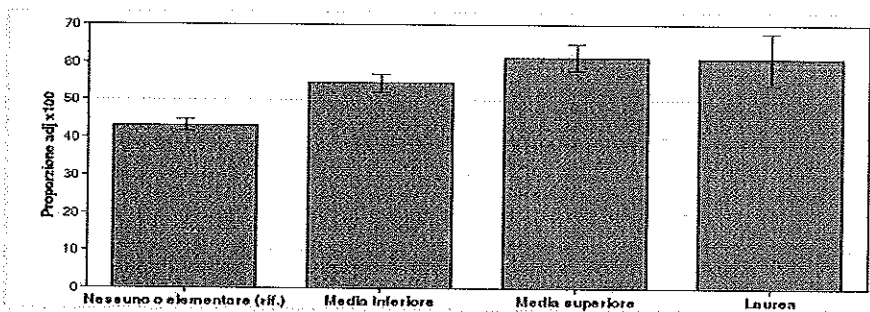
Fonte:



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



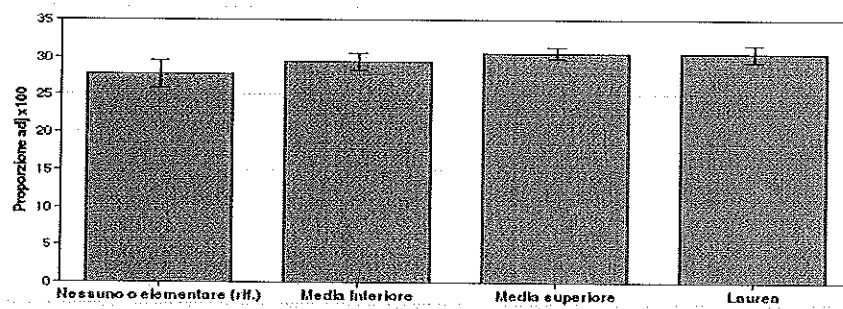
Frattura del collo del femore: Intervento chirurgico entro 2 giorni (struttura di ricovero)



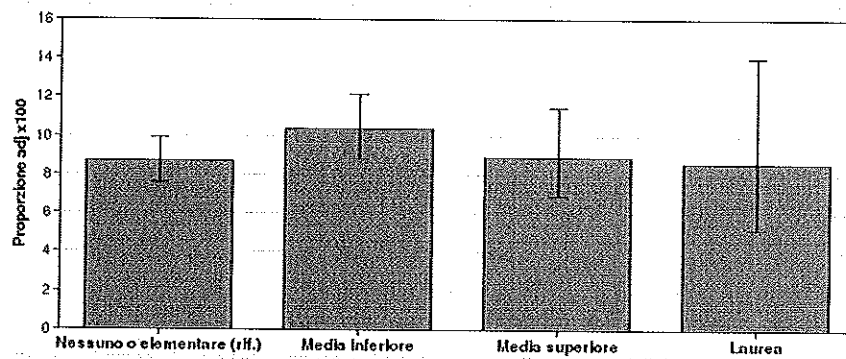
Fonte:



Proporzione di parti con taglio cesareo primario



BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni dal primo accesso



Fonte:

P.Ro.Vet.I.
Misura di qualità
delle cure
della sanità regionale

