

Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2011



Basilica di San Giovanni in Venere – Fossacesia (CH)



A cura di:

Lamberto Manzoli
Angelo Muraglia
Vito Di Candia

Il personale dell'ASR-Abruzzo

Dr. Guido Angeli
Dr.ssa Tiziana Di Corcia
Dr. Cristiano Di Giangiacomo
Dr.ssa Vita Di Iorio
Dr.ssa Manuela Di Virgilio
Dr.ssa Stefania Di Zio
Dr.ssa Manuela Fini
Dr.ssa Simona Martines
Dr.ssa Elodia Radica

Si ringraziano per il prezioso aiuto:

- Il Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute
- Il Servizio Gestione Flussi Mobilità Sanitaria, Procedure Informatiche
Emergenza Sanitaria della Direzione Politiche della Salute

Indice

<i>Argomenti</i>	<i>Pagina</i>
1. Premessa	1
2. Sintesi	2
3. Popolazione (Tavola 1; Figure 1-6)	4
4. Salute e bisogni della popolazione	8
4.1. Tassi di ospedalizzazione per tutte le cause (Figure 7-8)	8
4.2. Disturbi cardio- e cerebro-vascolari (Figure 9-10)	10
4.3. Tumori (Figure 11-12)	11
4.4. Disturbi dell'apparato digerente (Figure 13-14)	12
4.5. Malattie respiratorie (Figure 15-16)	13
4.6. Disturbi psichici (Figure 17-18)	14
4.7. Nefropatie (Figure 19-20)	15
4.8. Diabete (Figure 21-22)	16
4.9. Malattie infettive (Figure 23-24)	17
4.10. Alzheimer (Figure 25-26)	18
4.11. Traumatismi e avvelenamenti (Figure 27-28)	19
4.12. Malattie rare (Figura 29)	20
4.13. Mortalità (Figura 30)	21
5. L'assistenza Sanitaria	22
5.1. Assistenza ospedaliera – i ricoveri per tipologia (Figure 31-35)	22
5.2. Degenza Media (Figura 36)	25
5.3. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 2-5)	26
5.4. DRG LEA (Tavola 6)	34
5.5. Il Territorio (Tavola 7 e Figure 37-38)	37
5.6. Posti letto, fabbisogno e bacini d'utenza (Tavola 8 e Figure 39-41)..	40
5.7. Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera (Figure 42-43)....	42
5.8. Residenze Sanitarie Assistiti (RSA) / Residenze Assistenziali (RA)	43
5.9. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	43
5.10. Soddisfazione dei pazienti	43
6. La Prevenzione: screening oncologici, vaccinazioni, stili di vita	44

1. Premessa

Lo scorso anno, l'ASR-Abruzzo pubblicò il documento "Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo - Report 2010", disponibile al sito http://www.asrabruzzo.it/pubblicazioni/relazioni-sanitarie/doc_view/69-relazione-sanitaria-report-sdo-2010.raw?tmpl=component. In quel Report, per la maggioranza degli indicatori (ovvero ovunque vi fossero le informazioni), furono analizzati i dati relativi all'ultimo quinquennio (2005-2010). Oltre alla fotografia dell'esistente, infatti, è necessario fornire una visione d'insieme dell'andamento nel tempo dei principali indicatori sanitari per poter prevedere e programmare il sistema nel futuro prossimo. E' noto che, in Abruzzo, negli ultimi anni sono stati emanati una serie di provvedimenti volti alla riorganizzazione complessiva del sistema, che hanno determinato un cambiamento drastico del sistema sanitario regionale in molte delle sue principali componenti, e consentito alla Regione Abruzzo di avviare il processo di risanamento. Di conseguenza, era di particolare interesse poter documentare con dati oggettivi quanto il sistema (della domanda e dell'offerta; la sanità e la salute della popolazione) fosse effettivamente cambiato, ed in quale direzione.

Seguendo la stessa logica, anche in questo report si è deciso di riportare i dati di più anni, ovvero gli ultimi quattro anni, dal 2008 al 2011. Questo per permettere, oltre all'analisi del trend epidemiologico, anche una valutazione - per quanto assolutamente preliminare e non esaustiva - dei cambiamenti del sistema sanitario durante gli anni del Piano di Rientro.

Si è scelto di prediligere la sintesi e la chiarezza delle informazioni rispetto alla completezza ed esaustività del dato. Questo, in primo luogo, perché l'interpretazione dei dati è nella maggior parte dei casi talmente chiara da non richiedere indicatori molto dettagliati. In secondo luogo, si è cercato di evitare quel sovraffollamento di tabelle e grafici tipico di questo genere di Report, che rende davvero difficile il rinvenimento delle informazioni d'interesse da parte del lettore.

Infine, si è deciso di limitare il livello di dettaglio anche perché non avrebbe avuto senso riportare in toto quanto già disponibile presso altre fonti specializzate e di libera e gratuita consultazione. Ad esempio, altri indicatori rispetto a quelli ivi presentati, relativi al sistema socio-demografico, agli stili di vita, allo stato di salute e all'assistenza sanitaria, sono disponibili liberamente presso diverse banche dati Istat (www.istat.it, <http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html#tabreg>, <http://www.istat.it/sanita/Health/>); in diverse analisi o banche dati del Ministero della Salute (Rapporti sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO, anni 2009 e 2010, <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/paginaInternaRicoveriOspedalieri.jsp?menu=rapporti&id=1237&lingua=italiano>); nel Rapporto OsMed 2011 e precedenti (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2011>), nel Report Osservasalute 2011 e precedenti (<http://www.osservasalute.it/>); nel Programma Valutazione Esiti dell'Age.Na.S (http://151.1.149.72/pne11_new/); infine in alcuni documenti della stessa Regione Abruzzo, tra i quali il Report "Rilevazione dell'attività di Pronto Soccorso nella Regione Abruzzo", il Report "Mobilità Sanitaria Passiva extra-regionale" ed il "Rapporto sull'uso dei Farmaci in Ospedale" (<http://www.asrabruzzo.it/pubblicazioni/report-epidemiologici.html>); il Quadro Strategico Regione Abruzzo, allegato al Piano Regionale di Prevenzione Sanitaria 2010-2012 (http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/PNP_2010/programmazione/Abruzzo/Abruzzo_quadro-strategico.pdf); infine l'Analisi della mortalità in Abruzzo (<http://sanitab.regioneb.it/idossier/analisi+della+mortalita+in+abruzzo+2006-2007.htm>).

Purtroppo, nella grande maggioranza dei casi, gli indicatori predetti sono liberamente disponibili, per gli anni più recenti, solamente a livello regionale e non per singola provincia. Addirittura, la mortalità per causa non è aggiornata a livello provinciale, in formato elettronico, dall'anno 2001. Questo è l'ultimo dei motivi per cui molti dei citati indicatori non sono stati aggiunti nel presente Report.

In ultimo, è doveroso precisare che molti degli indicatori utilizzati sono basati sui dati estratti dalle Schede di dimissione ospedaliera (database SDO). Questi dati presentano diversi limiti, a partire dalla qualità della codifica, che sono ben noti da tempo. Tuttavia, essi rappresentano tuttora la più importante fonte informativa disponibile, sono utilizzati da tutti i più importanti enti di ricerca e analisi sull'assistenza sanitaria, a livello nazionale ed internazionale, infine la qualità della codifica appare in lieve ma costante miglioramento.

2. Sintesi

Continua ad aumentare, anche nel quadriennio che va dal 2008 al 2011, il numero di residenti in Abruzzo (+1,4%, pari ad oltre 18.000 abitanti). Questa crescita è tuttavia dovuta esclusivamente all'aumento dei cittadini stranieri (oltre 21.000 in più), senza i quali la popolazione totale sarebbe scesa. Non è un caso, infatti, che le province che hanno la più alta quota di residenti stranieri (Teramo e Pescara), siano proprio quelle che sono cresciute di più. Nonostante la speranza di vita alla nascita continui ad aumentare (arrivando nel 2011 a 79,2 anni per i maschi; 84,9 anni per le femmine), in tutte le province la percentuale di anziani residenti è rimasta stabile, intorno al 21% e di poco superiore alla media nazionale. Questo, probabilmente, sempre a causa dell'aumento del numero di stranieri, che sono molto spesso giovani e mantengono stabile l'età media. Detto ciò, se oltre alla media provinciale si esaminano i singoli comuni, si osservano anche contesti molto critici: in più di trenta comuni, infatti, la popolazione è composta da un anziano ogni tre residenti.

Relativamente all'assistenza ospedaliera, nel quadriennio 2008-2011 il numero di ricoveri si è ridotto nettamente in tutte le province, sia nel settore pubblico che in quello privato, proseguendo il calo degli anni immediatamente precedenti: il tasso standardizzato di ricovero è calato del 14,5%, senza che il numero di ricoveri effettuati fuori regione sia cresciuto sostanzialmente. Tradotto in cifre, rispetto al 2008 i residenti in Abruzzo hanno effettuato 3554 ricoveri in più fuori regione, ma 45.400 ricoveri in meno dentro la regione. Negli stessi anni, i ricoveri si sono ridotti anche nel resto d'Italia, ma in misura minore. Se nei primi anni del secolo la regione Abruzzo era di gran lunga la regione italiana con il più alto tasso di ospedalizzazione, il valore medio regionale dell'anno 2011, ovvero 184 ricoveri x 1000 abitanti, si è molto avvicinato alla media nazionale (173 x1000), che appare realisticamente raggiungibile nel breve termine.

Tra le possibili, molteplici cause della drastica riduzione dei ricoveri ospedalieri, vanno annoverati quegli interventi organizzativi del Piano di Rientro, così come altre misure legislative e organizzative regionali, che hanno variato le modalità assistenziali e di lavoro degli operatori sanitari. Per quanto non vi sia una certezza assoluta, infatti, difficilmente riduzioni del numero di ricoveri così rilevanti, per certi versi epocali, possono essere ragionevolmente ritenute non associate agli indirizzi di programmazione e controllo regionale messi in atto, anche ricordando che a livello mondiale l'incidenza di diverse patologie (es. diabete) è invece in aumento.

Chiaramente, la riduzione dei ricoveri rappresenta un dato positivo solo nel caso in cui siano stati tagliati solo i ricoveri inappropriati, e siano state mantenute (o migliorate) l'efficienza, l'appropriatezza organizzativa e la qualità di cura. Pur non potendo trarre conclusioni certe dai pochi indicatori a disposizione, i dati non suggeriscono un peggioramento né del sistema ospedaliero né territoriale: il tasso di occupazione è cresciuto decisamente, arrivando ad una media regionale dell'80%; la degenza media dei ricoveri ordinari è rimasta sostanzialmente stabile, nonostante una crescita marcata del peso medio DRG (ovvero della complessità della casistica); la quota di ricoveri considerati inappropriati secondo il Decreto sui Livelli essenziali di Assistenza (i cosiddetti "DRG LEA") si è ridotta, seppure non quanto era lecito attendersi; la percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da unità operative chirurgiche è cresciuta del 15% ed ha raggiunto una media del 70%; la percentuale di ricoveri ripetuti è rimasta stabile; la percentuale di parti cesarei, sebbene sia ancora troppo alta, si è anch'essa ridotta; infine si è osservata una riduzione del 9,3% del tasso di ricoveri "evitabili" (i cosiddetti "Prevention Quality Indicators") con un impiego efficiente ed efficace del sistema di cure territoriali.

Per quanto questi indicatori siano utili ed impiegati da molti Report a livello nazionale ed internazionale, in ogni caso le conclusioni vanno interpretate con cautela poiché non sono disponibili delle valutazioni rigorose della qualità dell'assistenza sanitaria prestata e dell'impatto a lungo termine sulla salute dei cittadini. Ad esempio, sebbene il tasso di mortalità generale dell'Abruzzo sia tra i più bassi d'Italia, i dati risalgono all'anno 2007. Solo quando saranno resi disponibili i tassi degli anni successivi si potranno avere indicazioni più precise sulla validità dell'ipotesi formulata.

Detto ciò, permangono margini di miglioramento in diversi ambiti, tra cui le liste di attesa, che dalle rilevazioni a campione continuano ad essere in molti casi oltre livelli accettabili per un sistema universalistico. Alcuni ospedali pubblici (Sulmona, Lanciano, Ortona e Penne) sono apparsi sotto-utilizzati anche nel 2011, con tassi di

occupazione media inferiori al 70%. Inoltre, seppure vi sia stato un leggero miglioramento rispetto al 2010, anche nel 2011 il ricorso al ricovero in regime ordinario era ancora troppo diffuso per diverse patologie che possono essere trattate con efficacia in regime diurno o ambulatoriale (ad esempio, oltre il 93% dei ricoveri per aterosclerosi senza complicanze è svolto in regime ordinario, come pure il 74% dei ricoveri per ipertensione). Identica la situazione per i parto cesarei: sebbene diminuiti al 40%, sono ancora abbondantemente al di sopra delle quote raccomandate (15%-25%) dal WHO e dalla recente Bozza avanzata dello Schema di regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera (Pres. Cons. Ministri CSR 0004911 A-4.23.2.10 del 05.11.2012, trasmessa dal Ministero della Salute alla Conferenza Stato-Regioni per definitiva approvazione). Sempre in relazione ai criteri elencati in tale schema di regolamento, nel 2011 era ancora evidente una certa dispersione delle operazioni chirurgiche di grande diffusione (colecistectomie laparoscopiche): solo 13 delle 28 unità operative attive a livello regionale avevano svolto più di 100 interventi nel 2011. Poiché questo tipo di criteri sono richiesti per gli anni 2013-2015, sarà necessario accrescere i volumi di attività continuando il processo di razionalizzazione delle reti ospedaliere (e dei relativi percorsi). Relativamente al territorio, con la notevole eccezione di Teramo (che mostra risultati tra i migliori in assoluto), le altre tre province hanno mostrato un tasso di ricoveri evitabili, specialmente nell’ambito cardiovascolare, decisamente più elevato rispetto alla media delle altre regioni considerate (per quanto in diminuzione). Inoltre, nonostante le difficoltà di alcuni dei maggiori Pronto Soccorso regionali, nel 2011 risultava attiva in Regione solamente un’unità di cure primarie con orario di accesso prolungato.

In ultimo, per quanto concerne la prevenzione, sono nel complesso positivi i dati relativi alle vaccinazioni (sostanzialmente in linea con il resto d’Italia), mentre nel 2011 non erano ancora risolti i problemi organizzativi che impedivano la corretta esecuzione dei tre screening oncologici raccomandati dal Ministero della Salute (mammella, cervice uterina, colon-retto): per due dei tre programmi di screening, le coperture erano infatti vicine allo zero. Nel momento in cui questo Report viene scritto, le informazioni disponibili dalle ASL segnalano l’avvio dei programmi, sebbene ad un ritmo diversificato, in tutte e quattro le province.

3. Popolazione (Tavola 1; Figure 1-6)

La popolazione residente in Abruzzo continua a crescere, di poco, ma costantemente e in tutte le province (Tavola 1). Nel 2011, risiedevano in Abruzzo 1.342.366 persone, ovvero 18.379 in più rispetto all'anno 2008 (+1,4%). L'aumento di popolazione in Abruzzo risulta sostanzialmente in linea con il resto d'Italia: dai 59.619.290 residenti del 2008, si è arrivati nel 2011 a 60.626.442 (+1,7%). La provincia abruzzese dove si è osservato il maggiore incremento nel numero di residenti è Pescara (+2,3%; n=7359), seguita da Teramo (2,0), mentre aumenti più contenuti si sono osservati a Chieti e L'Aquila.

Come si può osservare nelle Figure 1 e 2, l'aumento della popolazione residente, in Abruzzo come del resto in Italia, si deve interamente alla crescita, marcata e costante, dei cittadini stranieri residenti, che sono passati dai 59.749 del 2008 ai 80.987 del 2011 (ovvero dal 4,5% della popolazione totale al 6,0%). Ciò si è verificato in tutte le province, tra le quali Teramo mostra la più alta percentuale di stranieri (7,6% della popolazione totale). Da notare, inoltre, che senza i 21.238 stranieri in più, dal 2008 al 2011 la popolazione abruzzese sarebbe addirittura calata, seppure di poco (-2859 abitanti).

Probabilmente a causa dell'aumento di cittadini stranieri, quasi sempre di età non avanzata, la percentuale di residenti anziani è rimasta sostanzialmente stabile (intorno al 21,2% a livello regionale - Figura 3). Questo fenomeno si osserva in tutte le province, tra le quali, infatti, Teramo e Pescara mostrano la più alta quota di stranieri e anche la più bassa quota di anziani (di poco sotto di il 21%). Nel complesso, la percentuale di anziani in Abruzzo è oggi di poco superiore al valore nazionale (20,3%). Anche l'indice di vecchiaia / invecchiamento (N. di anziani / N. soggetti di età \leq 14 anni) appare sostanzialmente stabile negli ultimi 4 anni, e nel 2011 è pari a 163 a livello regionale. In concreto, ciò significa che in Abruzzo ci sono 163 anziani ogni 100 giovani (177 nella provincia de L'Aquila). Nel contesto italiano, questo valore continua ad essere tra i più elevati, essendo nettamente superiore sia alla media nazionale (144 nel 2011) che alla media delle regioni del Sud o del Centro Italia. Sia la quota di anziani che l'indice di vecchiaia possono essere assai diversi anche all'interno di una stessa provincia, ed è quindi importante fornire una panoramica della loro distribuzione sul territorio, come ad esempio quella mostrata nella Figure 4 e 5. Si nota come alcuni comuni dell'entroterra abruzzese presentino percentuali di anziani ed indici di vecchiaia anche elevatissimi (rispettivamente, oltre il 30% e oltre 300), confermando il percepito grave invecchiamento della popolazione in alcune zone collinari o montane.

Infine, per ciò che concerne la speranza di vita alla nascita, come nel resto d'Italia anche in Abruzzo questa continua a crescere nel lungo periodo sia per i maschi che per le femmine (Figura 6), arrivando nel 2011 a 79,2 e 84,9 anni, rispettivamente. Questi valori sono sostanzialmente in linea con la media nazionale, rispettivamente di 79,4 e 84,5 anni per maschi e femmine.

Tavola 1. Trend nel numero di residenti totali in Abruzzo, per provincia e generale.

Provincia	2008	2009	Var. % 09-08	2010	Var. % 10-08	2011	Var. % 11-08
L'AQUILA	307.643	309.131	+0,5	309.264	+0,5	309.820	+0,7
TERAMO	306.067	309.838	+1,2	311.590	+1,8	312.239	+2,0
PESCARA	315.825	319.209	+1,1	321.192	+1,7	323.184	+2,3
CHIETI	394.452	396.497	+0,5	396.852	+0,6	397.123	+0,7
REGIONE	1.323.987	1.334.675	+0,8	1.338.898	+1,1	1.342.366	+1,4

Var. % = Variazione percentuale.

Figura 1.

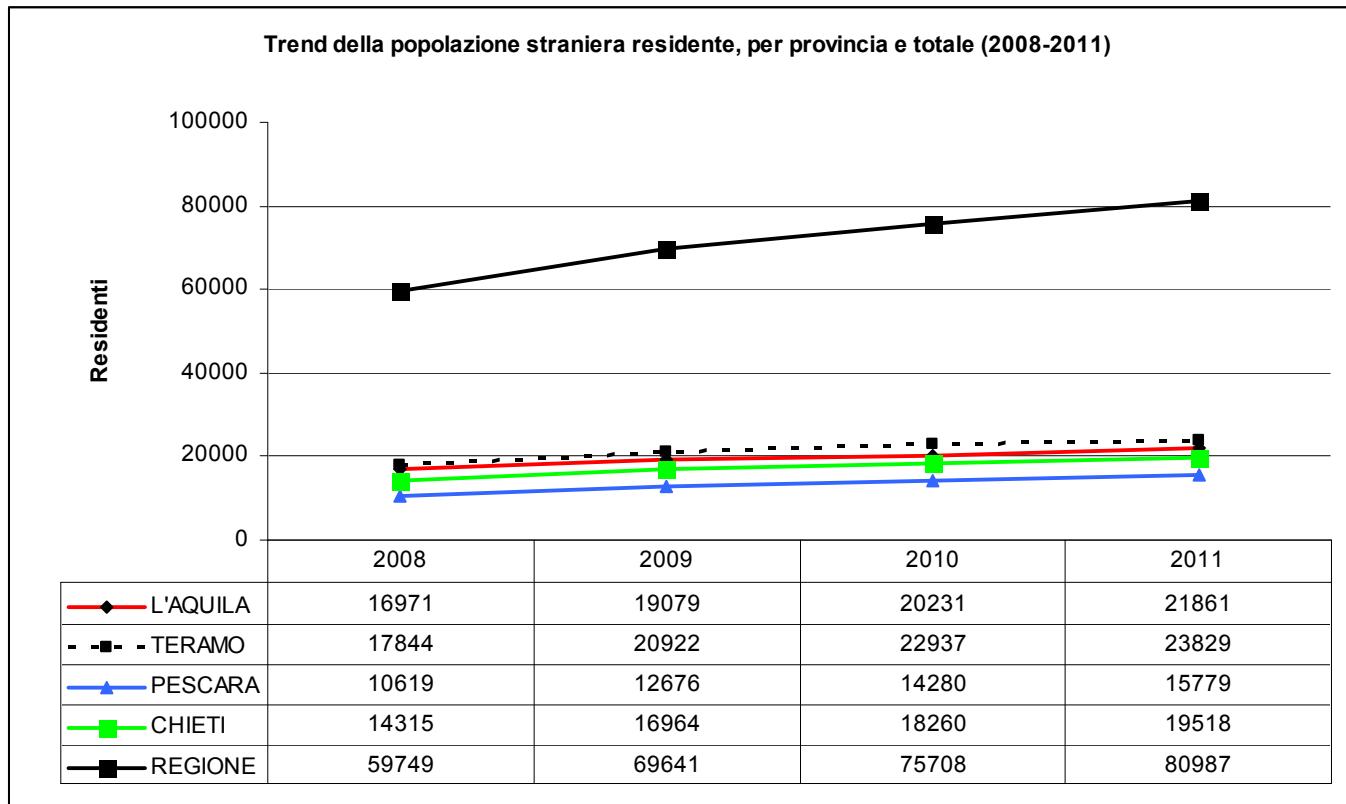


Figura 2.

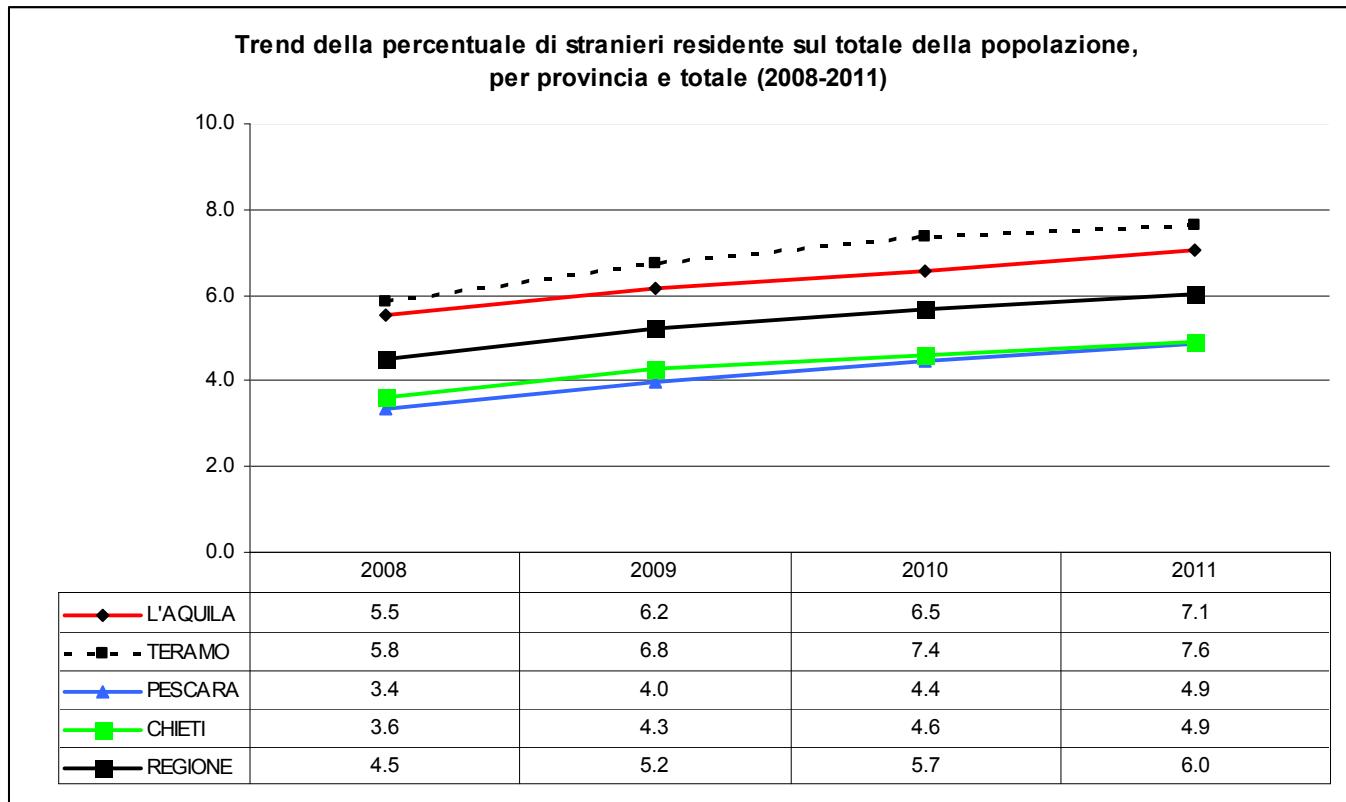


Figura 3.

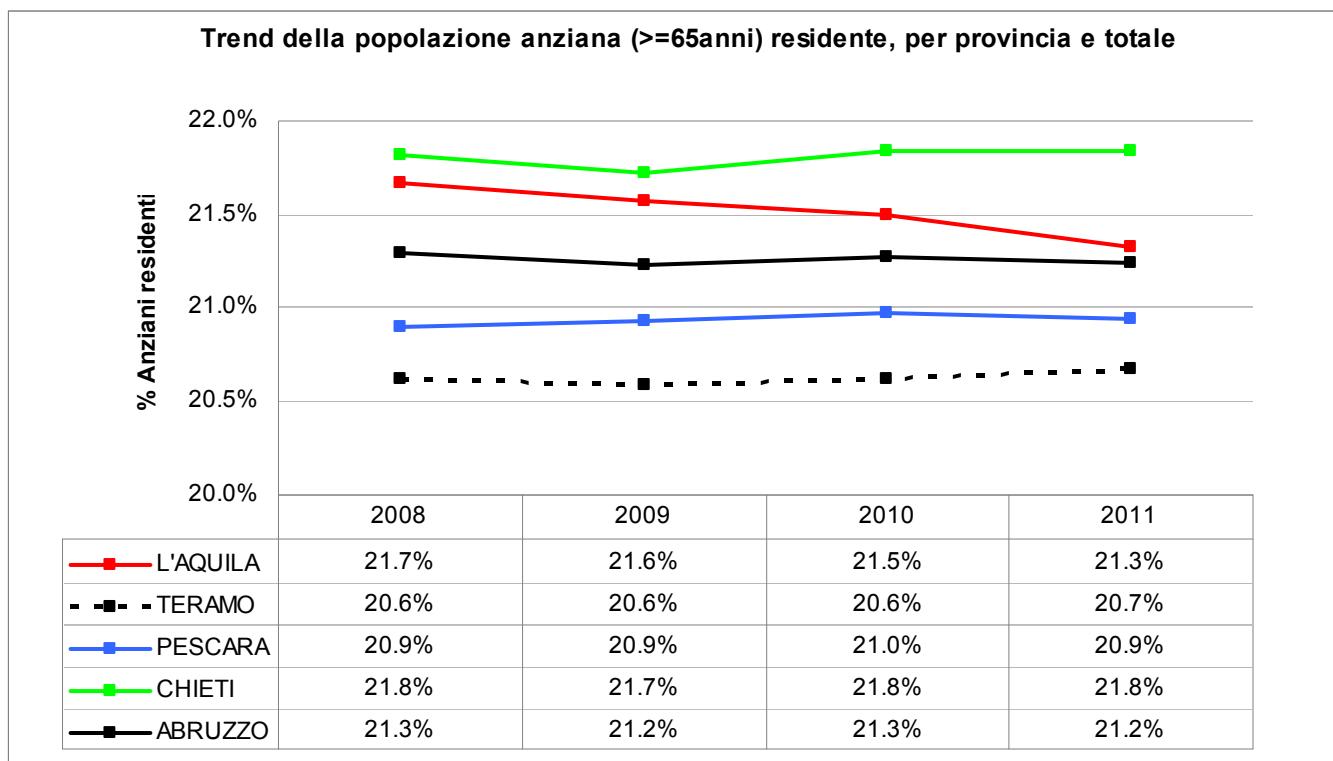


Figura 4.

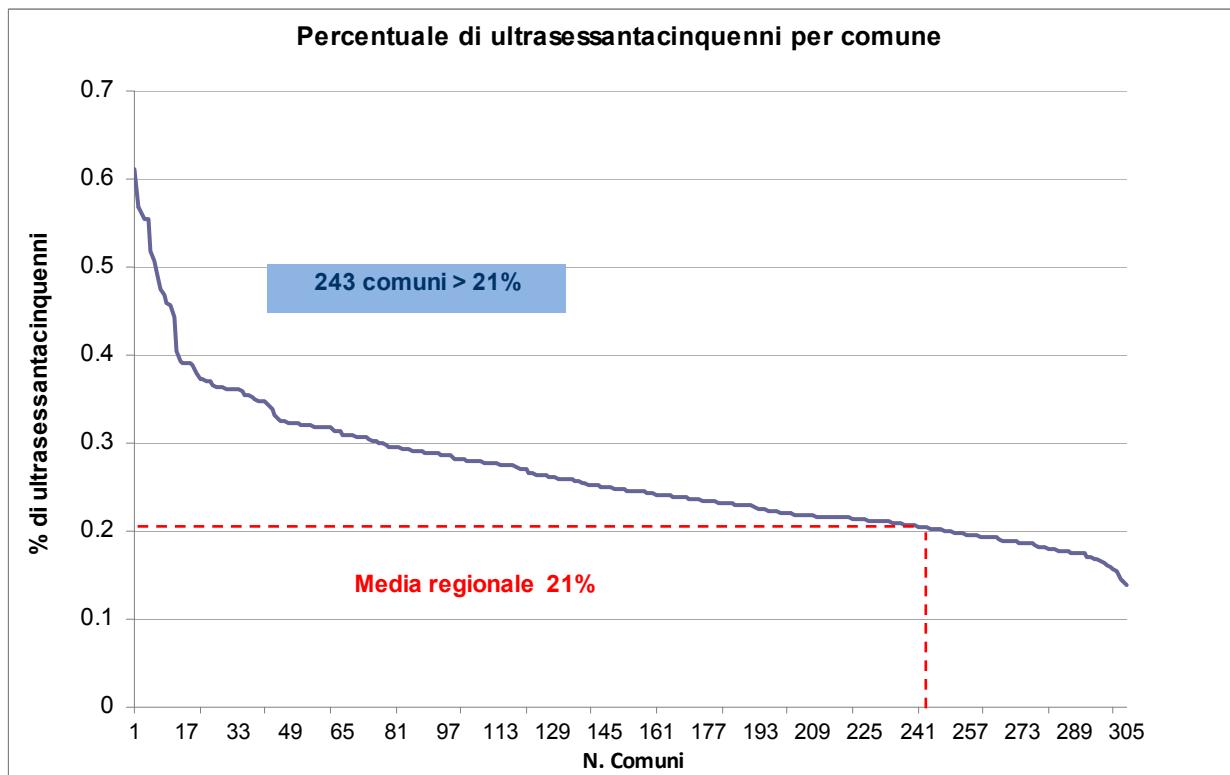


Figura 5.

Indice di vecchiaia – Comuni – Abruzzo 01/01/2011

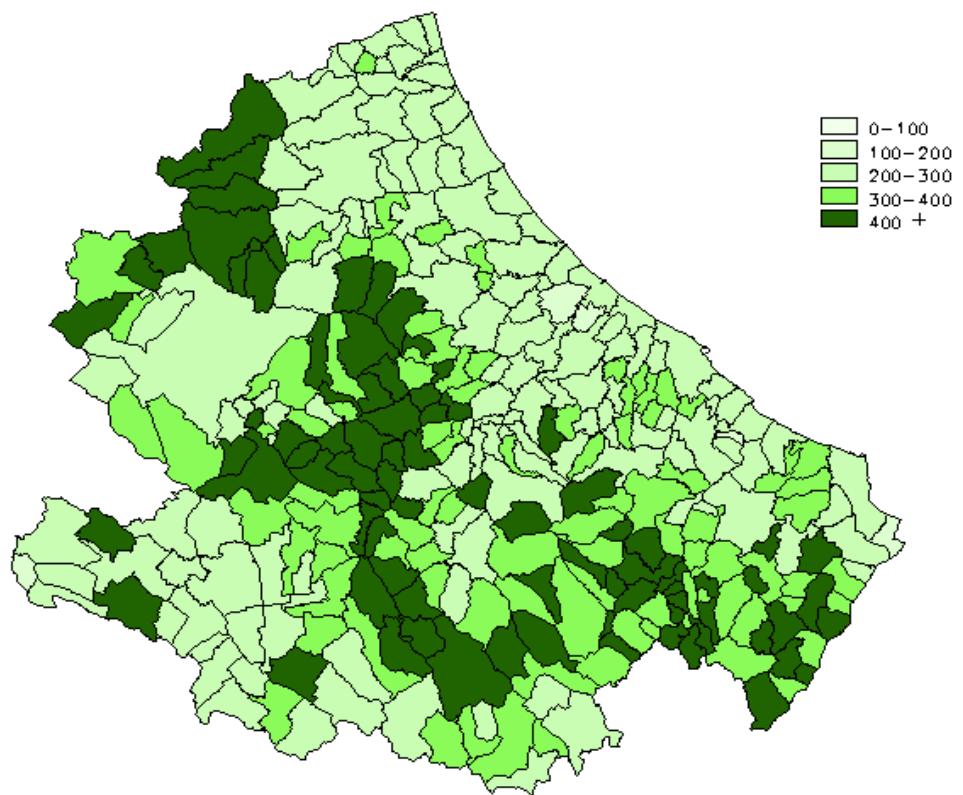
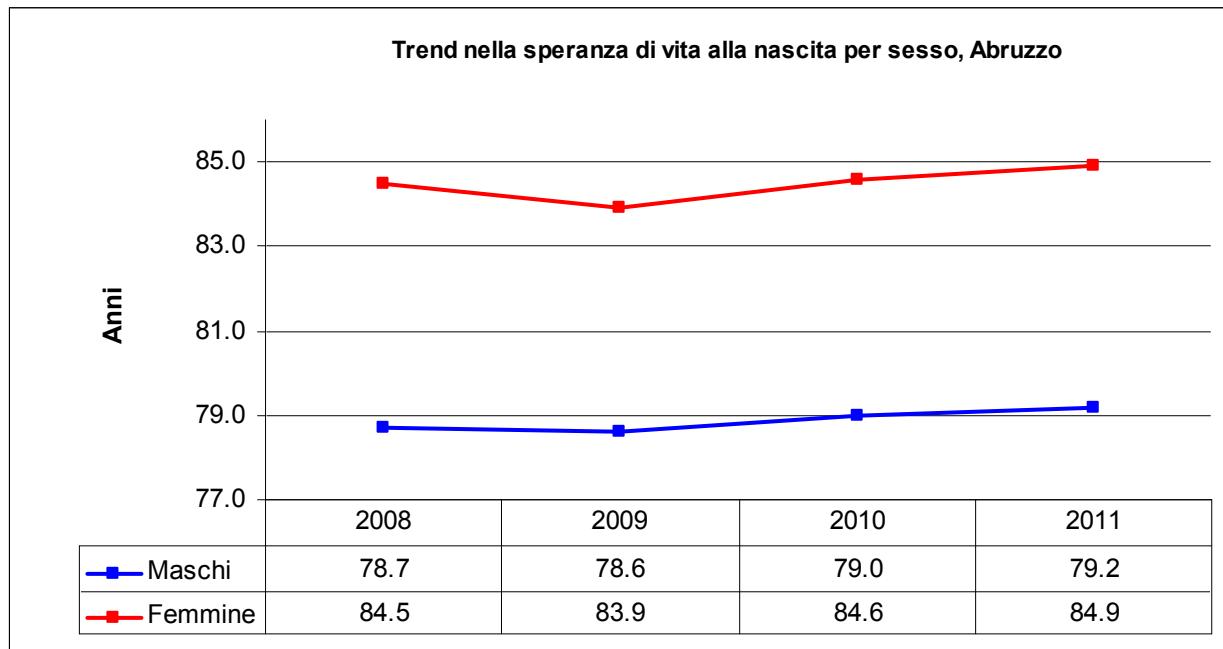


Figura 6.



4. Salute e bisogni della popolazione

4.1. Tassi di ospedalizzazione per tutte le cause (Figure 7-8)

In Abruzzo continuano a non essere attivi registri di patologia diffusi su tutto il territorio, e gli ultimi dati disponibili sulla mortalità causa-specifica si fermano all'anno 2007, per il livello regionale, al 2001 per il livello provinciale. Di conseguenza, l'unico indicatore considerato affidabile rimane il tasso di ospedalizzazione specifico per causa. Tuttavia, al fine di permettere una corretta interpretazione dei risultati che sono mostrati in questo capitolo, è doveroso ripetere la stessa premessa concettuale già espressa nel precedente Report 2010: a causa di diversi fattori, tra i quali molto probabilmente anche le numerose misure di programmazione e controllo dei vertici regionali finalizzate al contenimento della spesa sanitaria, negli ultimi anni il numero di ricoveri è diminuito in modo eccezionale. Come si può notare infatti dalla Figura 7, il tasso di ricovero, standardizzato per età, è calato sostanzialmente e costantemente in tutte le province. A livello regionale, nel 2008 il tasso di ospedalizzazione standardizzato per tutte le cause era pari al $215,4 \times 1000$ abitanti; nell'anno 2011 lo stesso tasso era invece 184,2, con una riduzione del 14,5%.

Questo dato deve essere tenuto a mente per poter interpretare correttamente i vari trend di ricovero per le diverse patologie. Per la grande maggioranza delle malattie, infatti, il tasso di ricovero è drasticamente calato negli ultimi anni, riflettendo il trend generale. Ciò non può essere interpretato, tuttavia, con una semplice manifestazione della riduzione dell'incidenza delle malattie nella popolazione abruzzese. È infatti molto probabile che il tasso di ricovero fosse eccessivamente alto nel passato recente, e sia ora più vicino al fabbisogno reale della popolazione. Di conseguenza, sebbene questi dati siano teoricamente positivi, suggerendo una diminuzione dell'incidenza delle varie malattie (cosa che peraltro potrebbe essere effettivamente avvenuta, ma difficilmente in queste proporzioni), non è possibile avere la certezza di un reale miglioramento nel tempo dello stato di salute della popolazione, anche perché il tasso di ospedalizzazione generale, per quanto sceso, continua ad essere più elevato rispetto alla media nazionale, pari al 173×1000 nell'anno 2010 (ultimo dato disponibile, ed è probabile che sia ulteriormente sceso), ed a quel 160×1000 , indicato quale target da raggiungere nel recente decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135. Pur con queste cautele, ed in attesa che anche nella nostra regione siano disponibili i dati sulla mortalità specifica per causa e si attivino registri di patologia, è in ogni caso utile presentare i dati relativi ai tassi di ospedalizzazione causa-specifici, poiché essi rappresentano l'unico indicatore attualmente esistente e riconosciuto per il confronto con altri benchmark anche a livello nazionale.

Un discorso a parte meritano, infine, i dati relativi alla mobilità passiva. Come si può evincere già dal trend generale, mostrato nella Figura 8, la quota di cittadini che si sono ricoverati fuori regione è rimasta sostanzialmente stabile, con un trend simile tra le province. Per quanto l'Abruzzo mostri un tasso di ricovero fuori regione più elevato rispetto alla media nazionale (inferiore a 15 nel 2010), è importante notare come, a fronte della marcata riduzione di ricoveri intra-regionali, non si sia assistito ad un drastico aumento dei ricoveri fuori regione, come sarebbe invece stato possibile ipotizzare. Questo rafforza l'ipotesi che, negli anni passati, molti dei ricoveri ospedalieri fossero in effetti non essenziali.

In ultimo, occorre ricordare che, per quanto sostanzialmente stabili nel numero, a causa della drastica riduzione dei ricoveri intra-regionali la percentuale di ricoveri effettuati fuori regione è cresciuta, dando l'impressione che sia cresciuto il ricorso a strutture extraregionali per compensare il mancato ricovero in strutture intra-regionali. Questa interpretazione è errata poiché, come detto, la crescita del numero di ricoveri fuori regione è stata in realtà molto limitata. Per chiarire meglio il concetto, se i ricoveri extra-regione erano 1000 nel 2008, e tali sono rimasti nel 2011, mentre i ricoveri intra-regionali erano 9000, e sono diventati 4000 nel 2011, la percentuale di ricoveri fuori-regione è salita dal 10% nel 2008, al 20% nel 2011, ma questo non significa che essi siano effettivamente aumentati di numero. In ogni caso, ulteriori dettagli sono disponibili nel Report specifico sulla Mobilità Passiva elaborato dalla ASR-Abruzzo (disponibile al sito: www.asrabruzzo.it/pubblicazioni/report-epidemiologici.html).

Figura 7. Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per tutte le cause (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni).

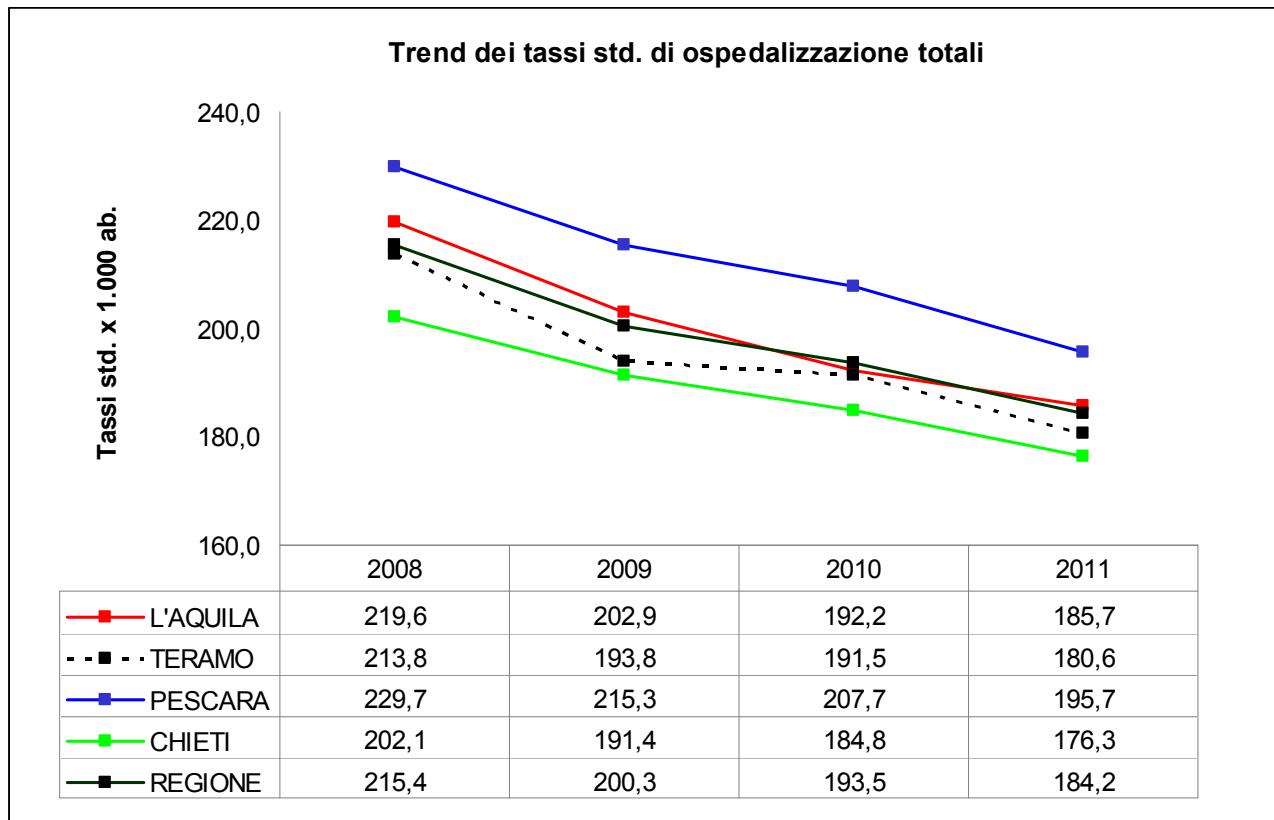
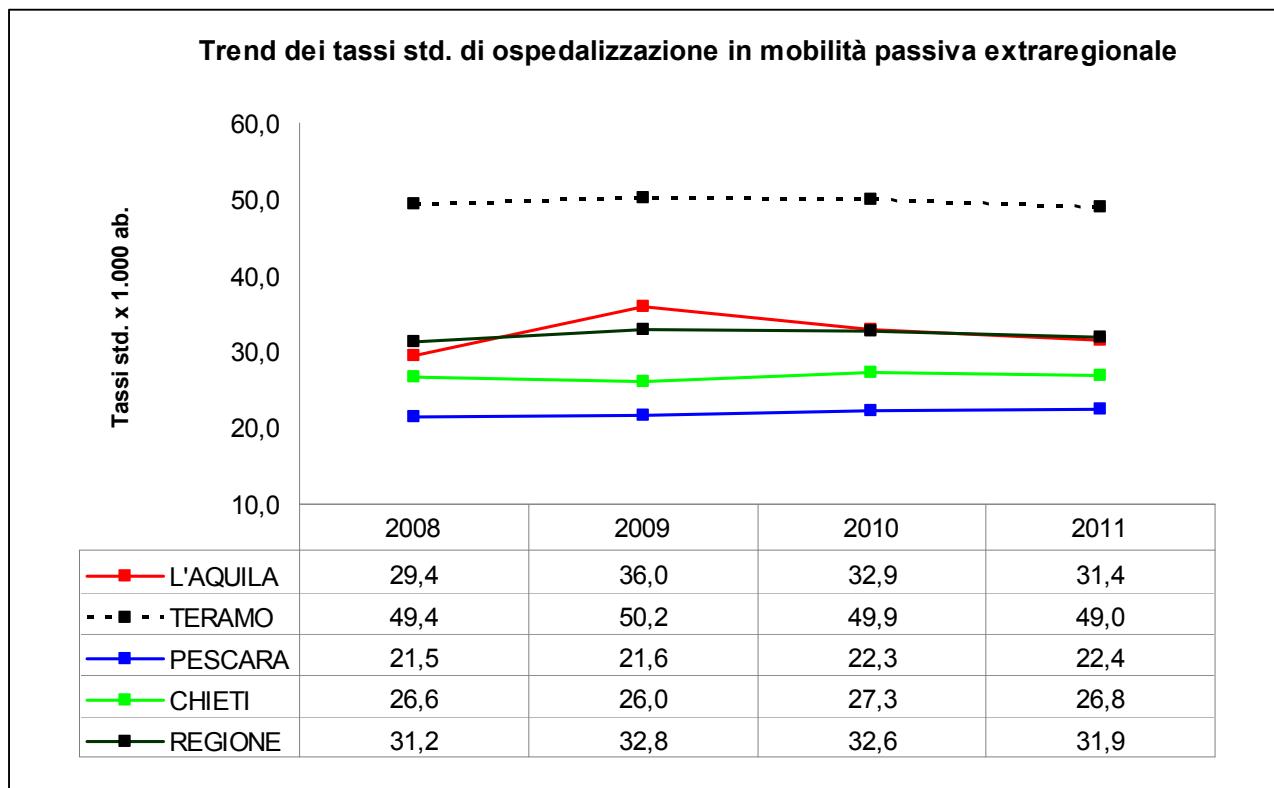


Figura 8. Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per tutte le cause (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) effettuati da residenti in Abruzzo in strutture situate fuori regione (mobilità passiva).



4.2. Disturbi cardio- e cerebro-vascolari (Figure 9 e 10)

Come era logico attendersi, alla luce della riduzione generalizzata dei ricoveri, il tasso standardizzato di ricovero per le malattie del sistema cardio- e cerebro-vascolare ha mostrato una costante riduzione negli ultimi quattro anni (-9,2% a livello regionale – Figura 9). Tale riduzione è stata relativamente simile nelle varie province, ma le differenze tra le province non si sono ridotte negli ultimi due anni (min. 247,1 x 10.000 abitanti a Teramo; max. 295,4 a L'Aquila). Nel confronto con il resto d'Italia, gli ultimi dati disponibili standardizzati continuano ad essere riferiti all'anno 2009, e in tale anno il tasso di ricovero per patologie cardiovascolari era significativamente più basso della media nazionale.

Relativamente alla mobilità passiva (Figura 10), il tasso di ricovero in strutture extra-regionali mostra un lieve aumento in termini assoluti (+2,7 ricoveri x 10.000 abitanti), con differenze tuttavia marcate tra le province (44,3 x 10.000 a Teramo; 21,7 a Chieti).

Figura 9.

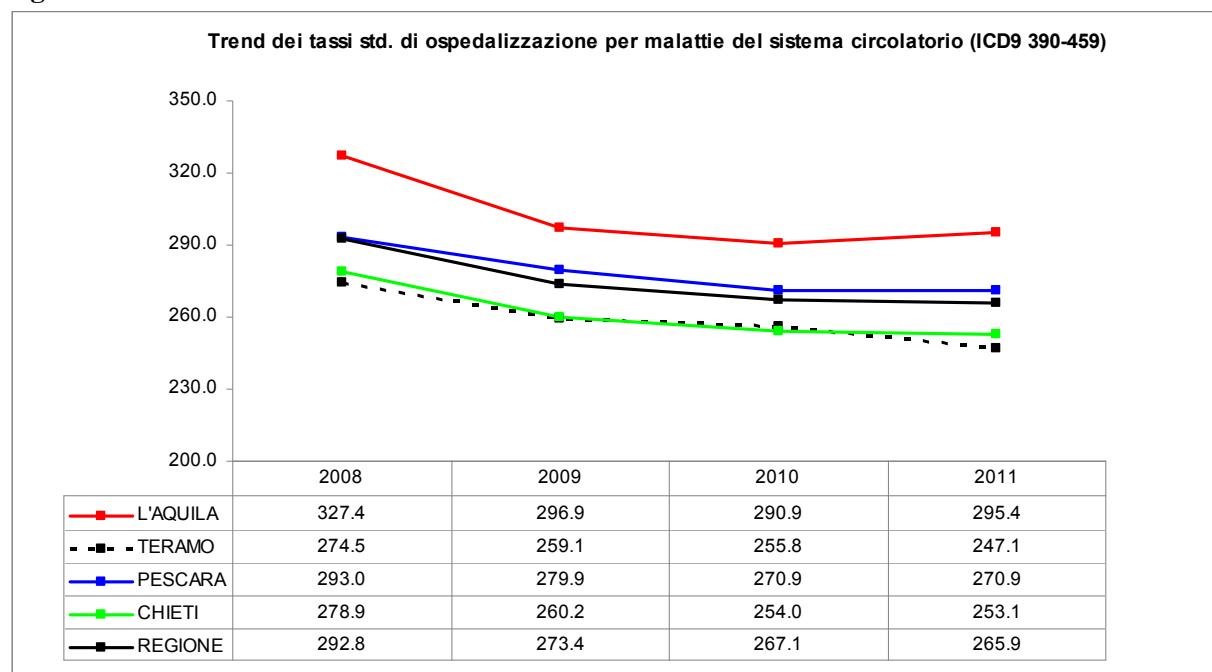
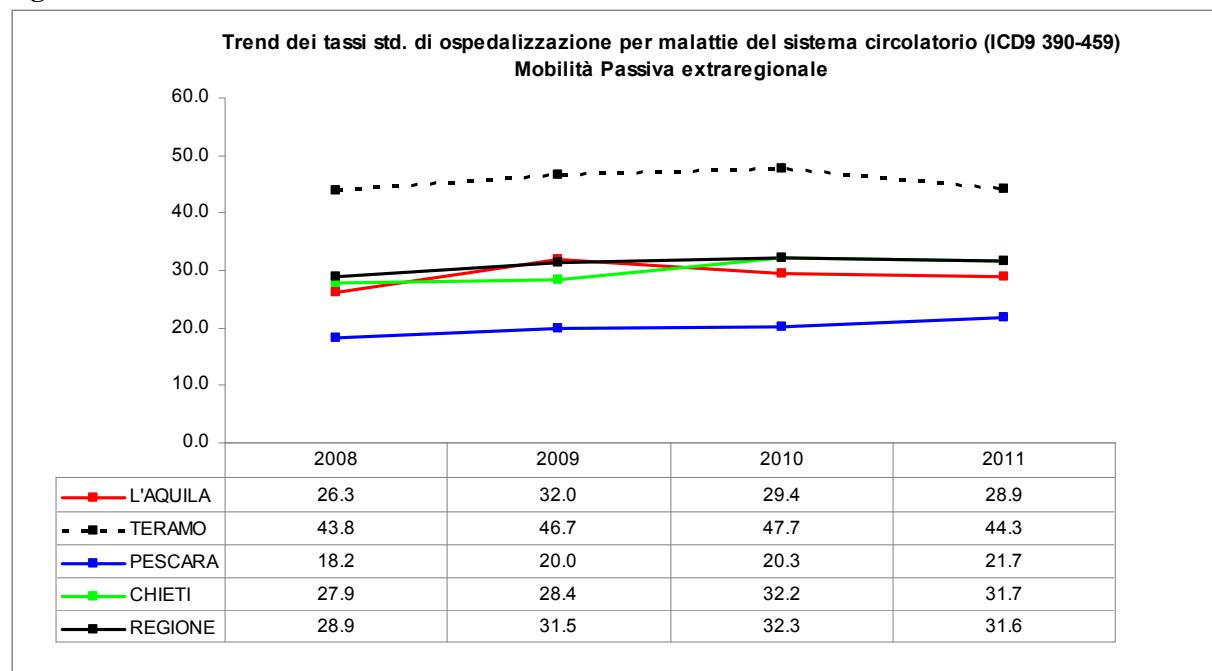


Figura 10.



Nota: i tassi sono riferiti a tutti i ricoveri ospedalieri (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.3. Tumori (Figure 11 e 12)

Anche in questo caso si osserva una riduzione del tasso standardizzato di ricovero (-12,5% a livello regionale dal 2008 al 2010 – Figura 11). La riduzione dei ricoveri, tuttavia, è stata assai più marcata nella provincia de L’Aquila (-20,1%) piuttosto che in quella di Teramo (-6,3%). Come per i disturbi circolatori, il tasso di ricovero per tumori in Abruzzo era inferiore, seppure di poco, alla media nazionale, per cui è lecito attendersi che tale risultato sia confermato nel 2011.

Come per le patologie cardiovascolari, l’aumento della mobilità passiva è stato molto contenuto (+2,5 ricoveri per 10.000 abitanti, in termini assoluti), e nell’ultimo anno il trend ha addirittura mostrato un calo (Figura 12).

Figura 11.

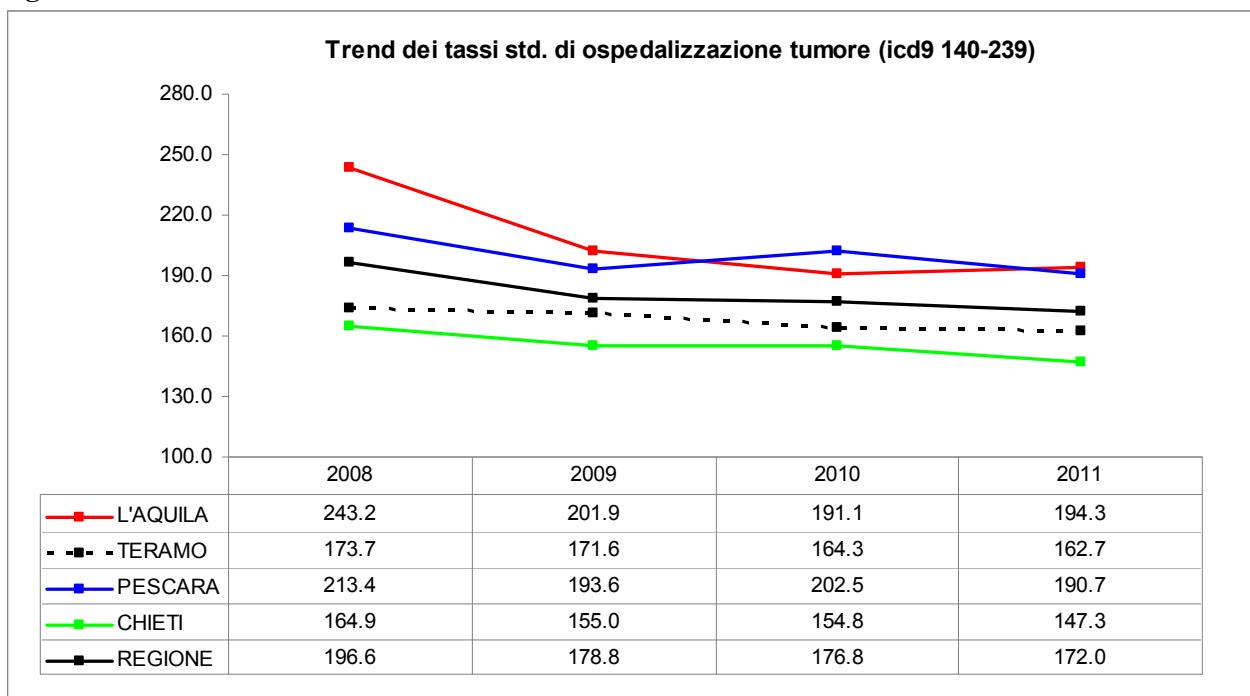
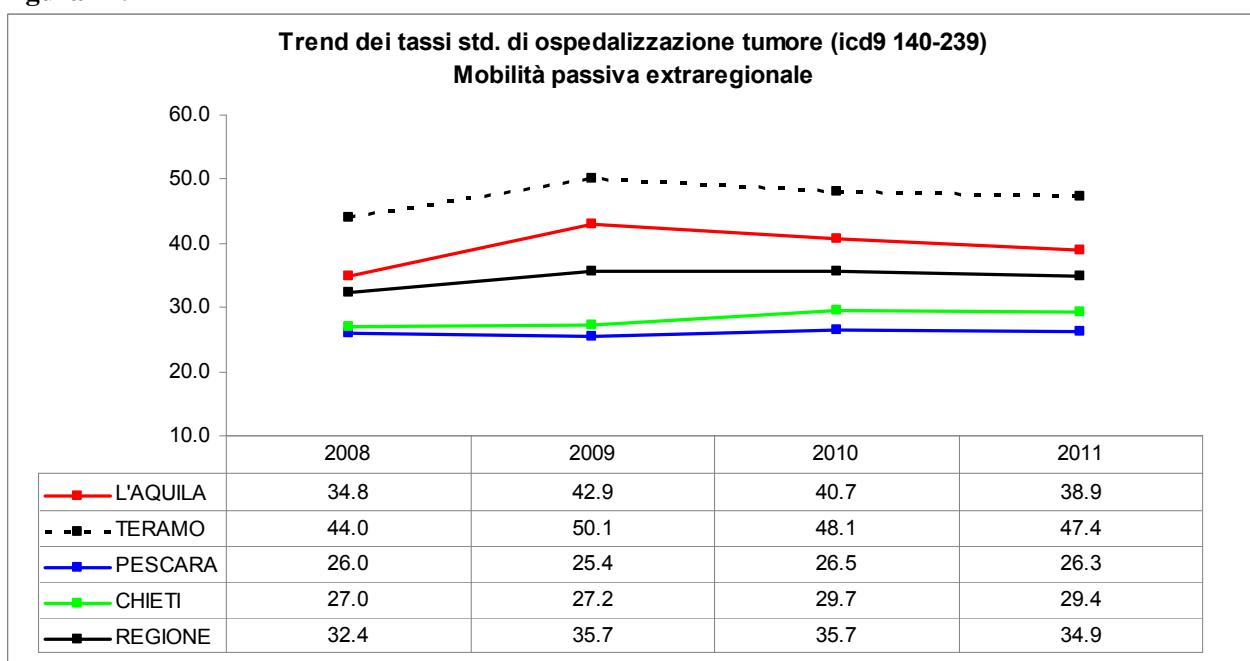


Figura 12.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.4. Disturbi dell'apparato digerente (Figure 13 e 14)

Per le patologie dell'apparato digerente valgono le stesse considerazioni fatte per il tasso ricovero per tutte le cause: si osserva una riduzione sostanziale del tasso standardizzato di ricovero (-8,7% a livello regionale dal 2008 al 2011 – Figura 13). Come per i tumori, il tasso di ricovero è calato assai più nella provincia di L'Aquila (-17,3%), che tuttavia partiva dal valore più alto, rispetto alla provincia di Teramo (-0,5%).

La mobilità passiva appare sostanzialmente stabile, con un calo lievissimo in tutte le province (-3,1% – Figura 14). Nonostante il calo dei ricoveri, nel 2009 il tasso abruzzese continuava a rimanere al di sopra della media nazionale.

Figura 13.

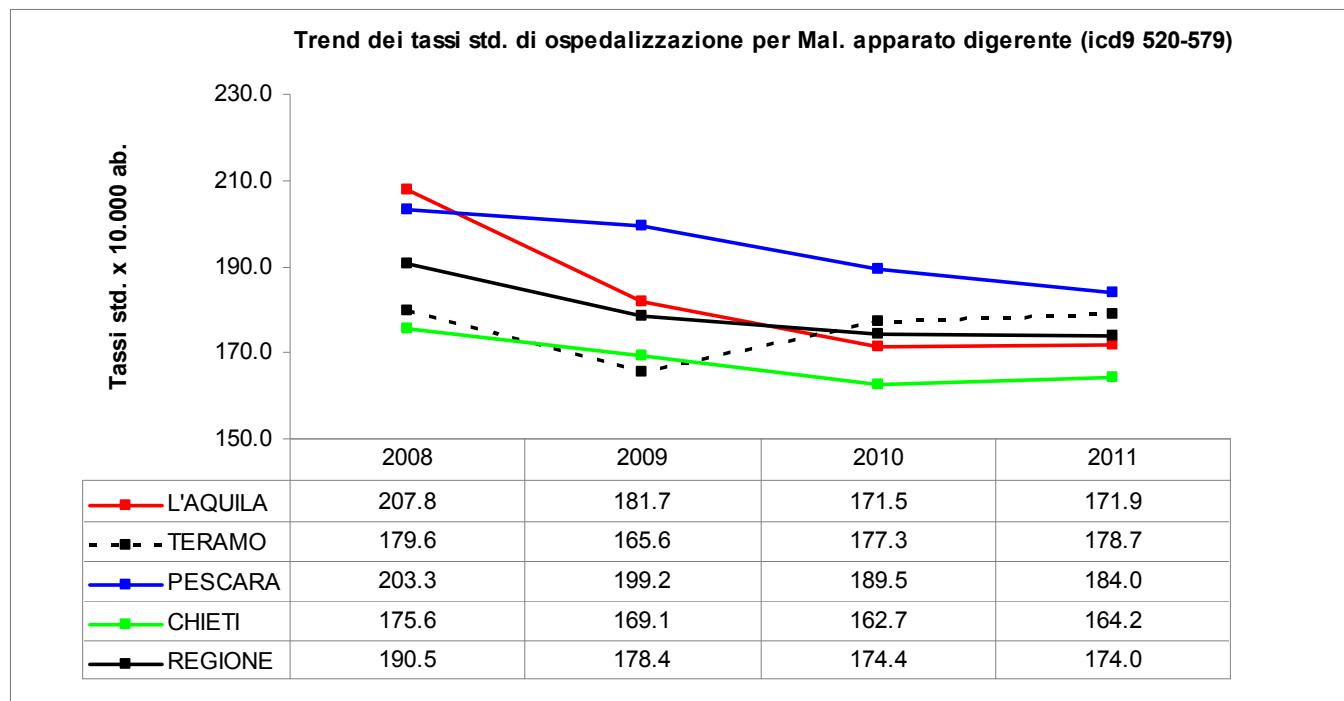
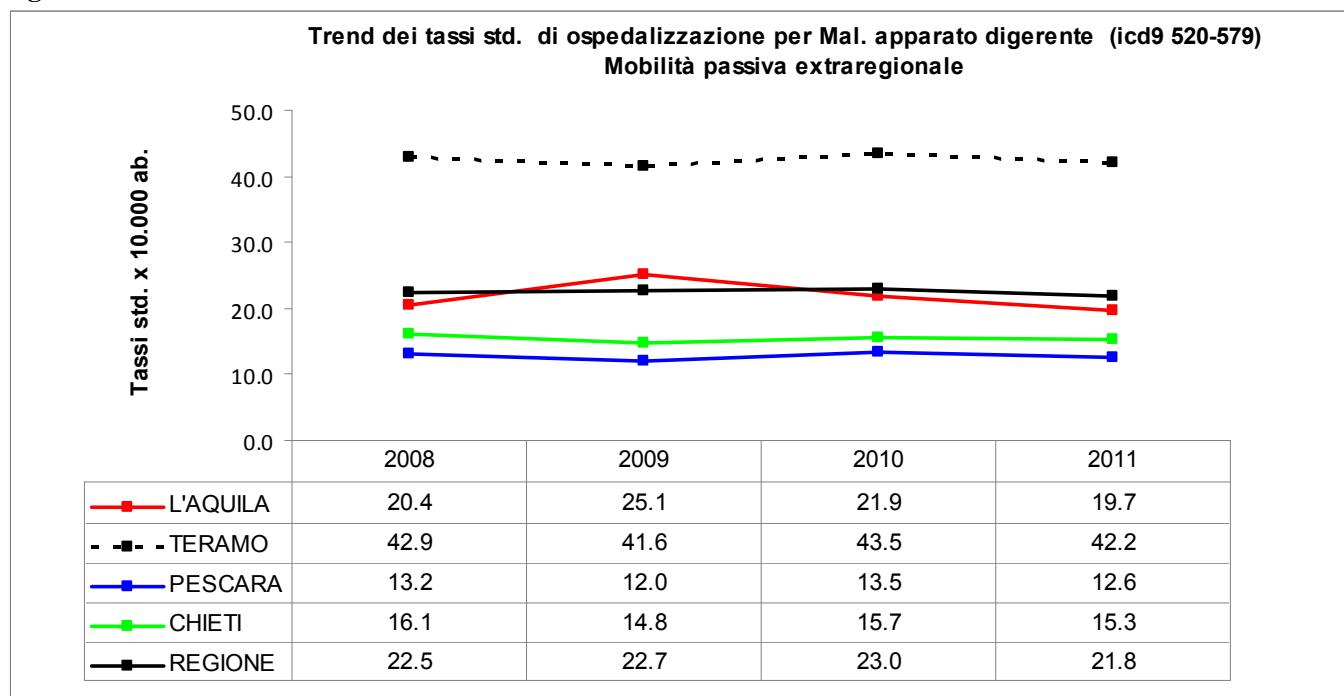


Figura 14.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.5. Malattie respiratorie (Figure 15 e 16)

Si osserva una riduzione decisa del tasso standardizzato di ricovero anche per le patologie dell'apparato respiratorio (-7,0% a livello regionale dal 2008 al 2011 – Figura 15). Le differenze tra le province, tuttavia, sono cresciute in questi anni (min. L'Aquila: 101 ricoveri x 10.000 abitanti; max. Pescara: 133 e sostanziale stabilità).

La mobilità passiva è leggermente cresciuta nelle province di Pescara e L'Aquila, mentre è diminuita, anche in questo caso lievemente, nelle province di Chieti e Teramo (Figura 16). Anche in questo caso, nel 2009 il tasso abruzzese continuava a rimanere leggermente superiore alla media nazionale.

Ulteriori dati, specifici sui ricoveri per BPCO o asma negli adulti anziani (ricoveri considerati "evitabili", ed in decisa riduzione dal 2008), sono disponibili nel Paragrafo 5.5 (Tavola 7).

Figura 15.

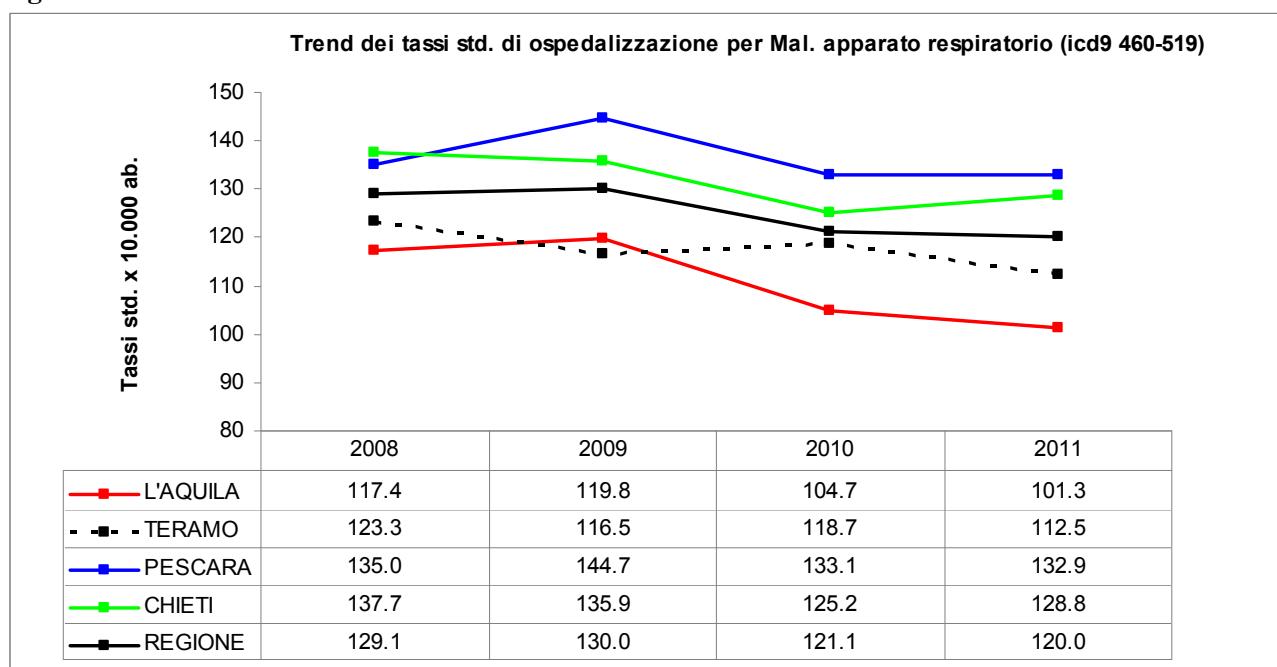
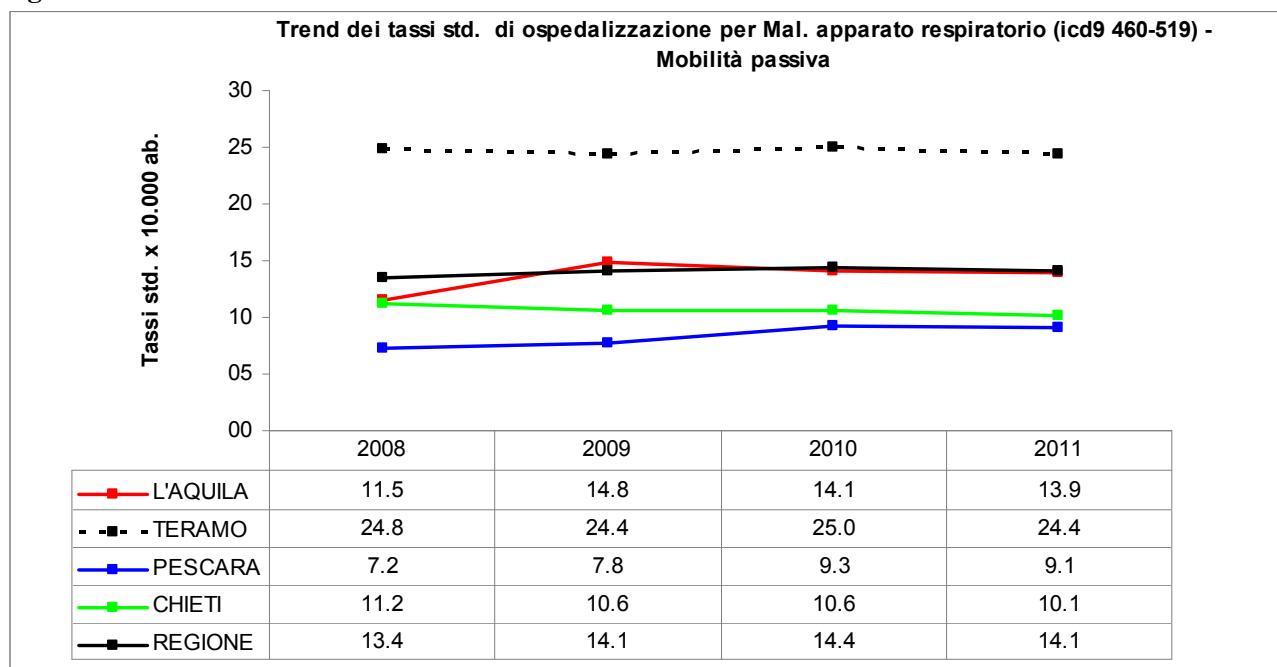


Figura 16.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.6. Disturbi psichici (Figure 17 e 18)

Il tasso di ricovero per disturbi psichici è calato drasticamente fino al 2009 (-19,3% a livello regionale, dal 2008 al 2009 – Figura 17), per poi rimanere sostanzialmente stabile fino al 2011 (-2,3% dal 2009 al 2011). Nel quadriennio, il decremento dei ricoveri ha interessato tutte le province, e come per la maggioranza delle altre patologie anche in questo caso la mobilità passiva è rimasta sostanzialmente stabile (Figura 18). L’Abruzzo è stata per anni la regione con il tasso di ricovero per disturbi psichici più elevato, ma nel 2009 si era ormai allineato con la media nazionale.

Figura 17.

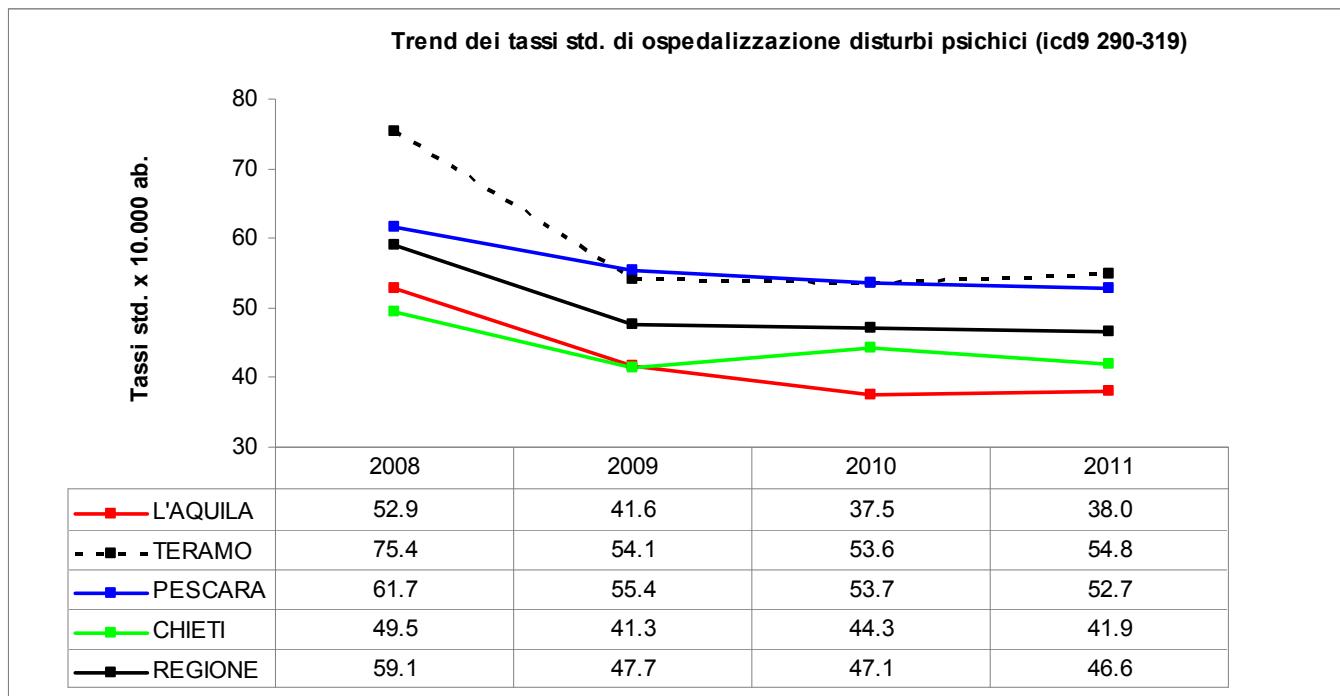
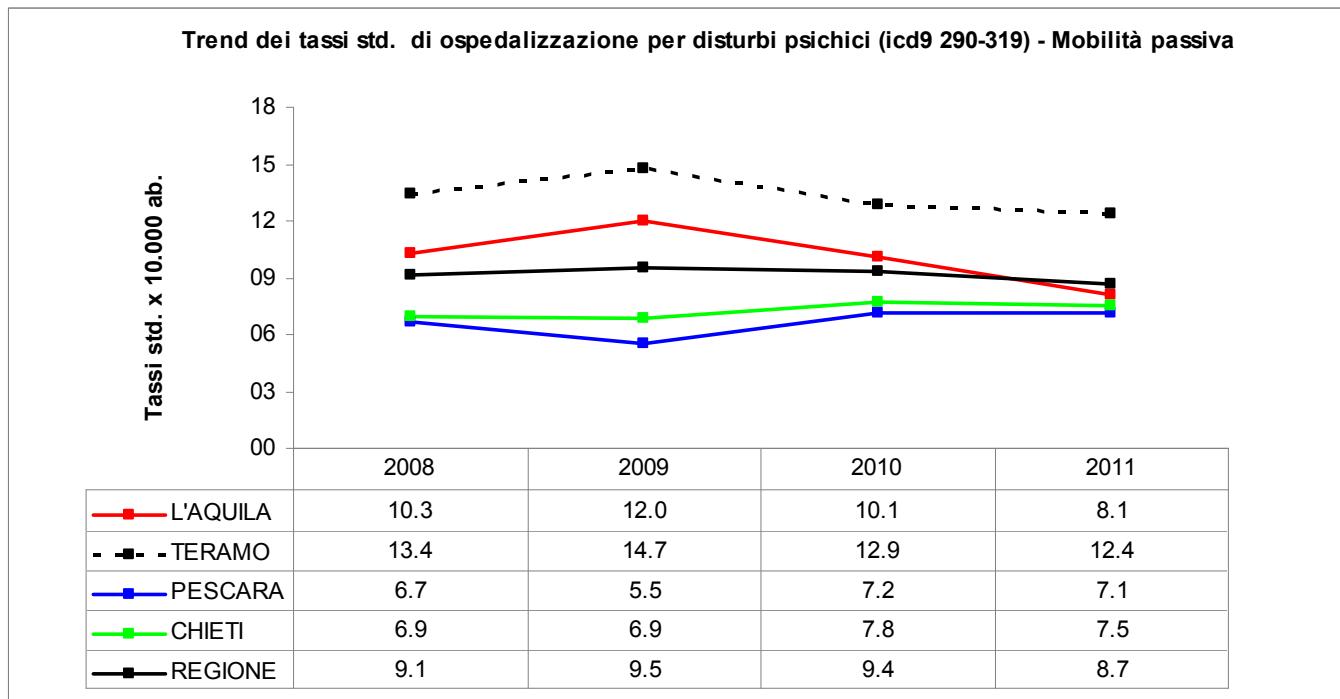


Figura 18.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.7. Nefropatie (Figure 19 e 20)

Al contrario degli altri tassi considerati sino ad ora, il tasso standardizzato di ricovero per le nefropatie non ha mostrato alcun cambiamento negli ultimi quattro anni (-0,0% a livello regionale dal 2008 al 2011 – Figura 19). Da notare, tuttavia, che tale risultato deriva dalla somma di situazioni diverse: mentre le altre tre province abruzzesi (ed in particolare L’Aquila) hanno ridotto il proprio tasso di ricovero, nella provincia di Chieti si è osservato un netto aumento (+21,8%).

La mobilità passiva appare sostanzialmente stabile in tutte le province, con l’eccezione di L’Aquila nel 2009, dove il picco è stato probabilmente dovuto alle conseguenze del terremoto sulla gestione dei servizi (Figura 20).

Figura 19.

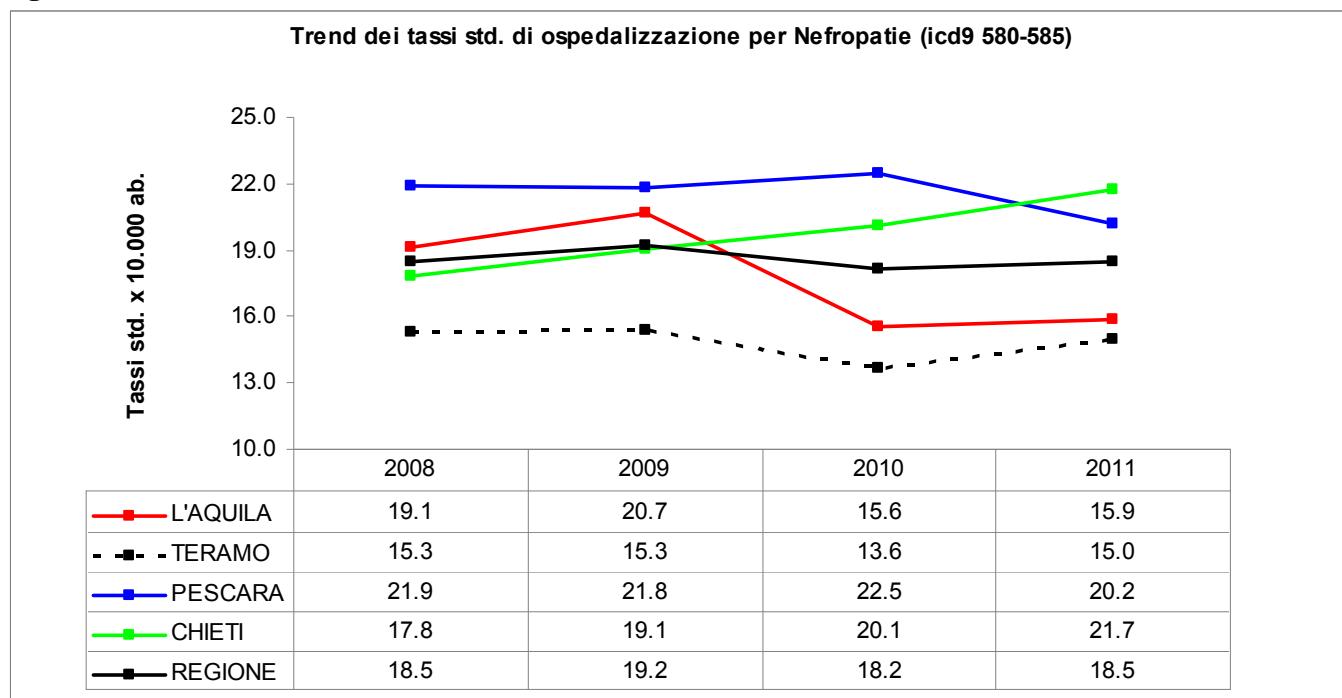
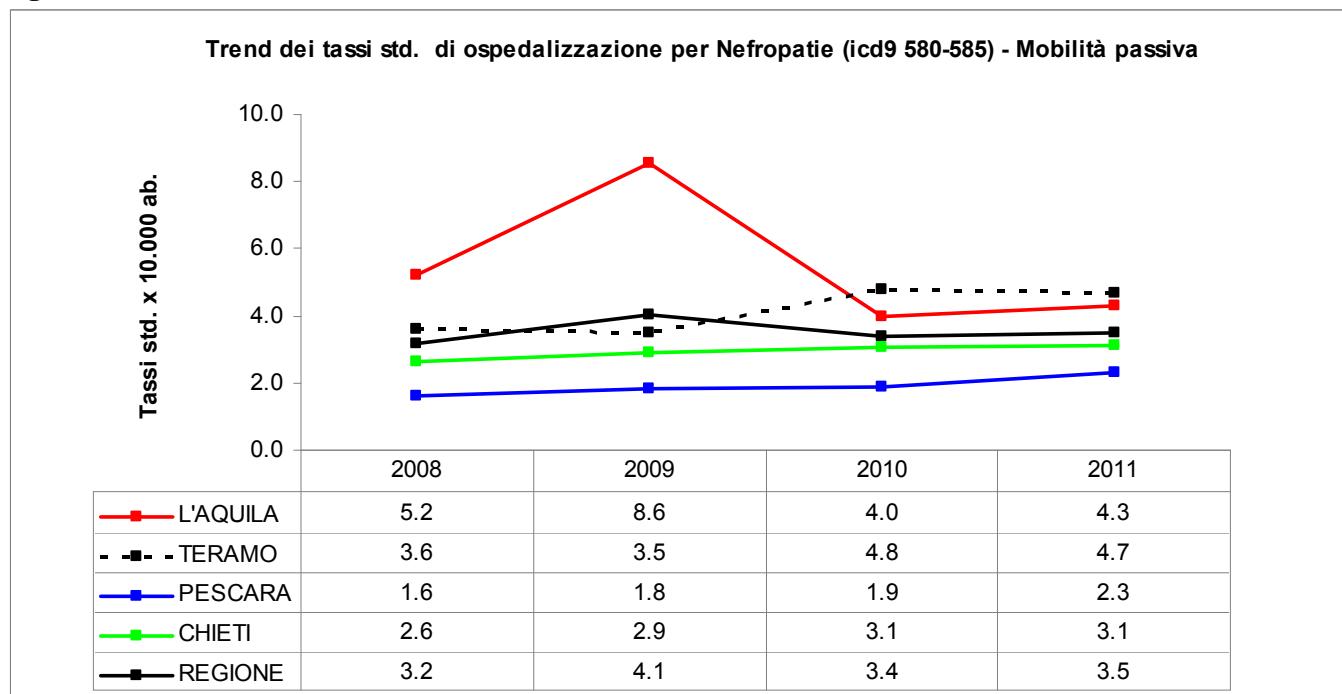


Figura 20.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.8. Diabete (Figure 21 e 22)

Di tutte le patologie, il diabete mellito continua ad essere quella che mostra la maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione (-34,9% a livello regionale, dal 2008 al 2011 – Figura 21), con un trend peraltro simile in tutte le province. Inoltre, a fronte della netta diminuzione dei ricoveri intra-regionali, si è osservato anche un calo, seppure molto contenuto, dei ricoveri fuori regione (-0,5 ricoveri per 10.000 abitanti – Figura 22). Il tasso di ricovero si è talmente ridotto negli ultimi anni, che nel 2009 la media nazionale era quasi il doppio del tasso abruzzese.

Come accennato nel Report SDO 2010, occorre ricordare che è tuttavia molto improbabile che tale drastica riduzione sia stata dovuta ad un decremento dei nuovi casi di diabete sul territorio regionale, visto l'aumento dell'incidenza della patologia segnalato dal Ministero della Salute ed altri enti. Piuttosto, è probabile che abbiano agito altri fattori, tra i quali ad esempio un miglior coordinamento tra i Medici di Medicina Generale ed i Centri diabetologici, o le manovre di riduzione dell'inappropriatezza e del contenimento della spesa.

Figura 21.

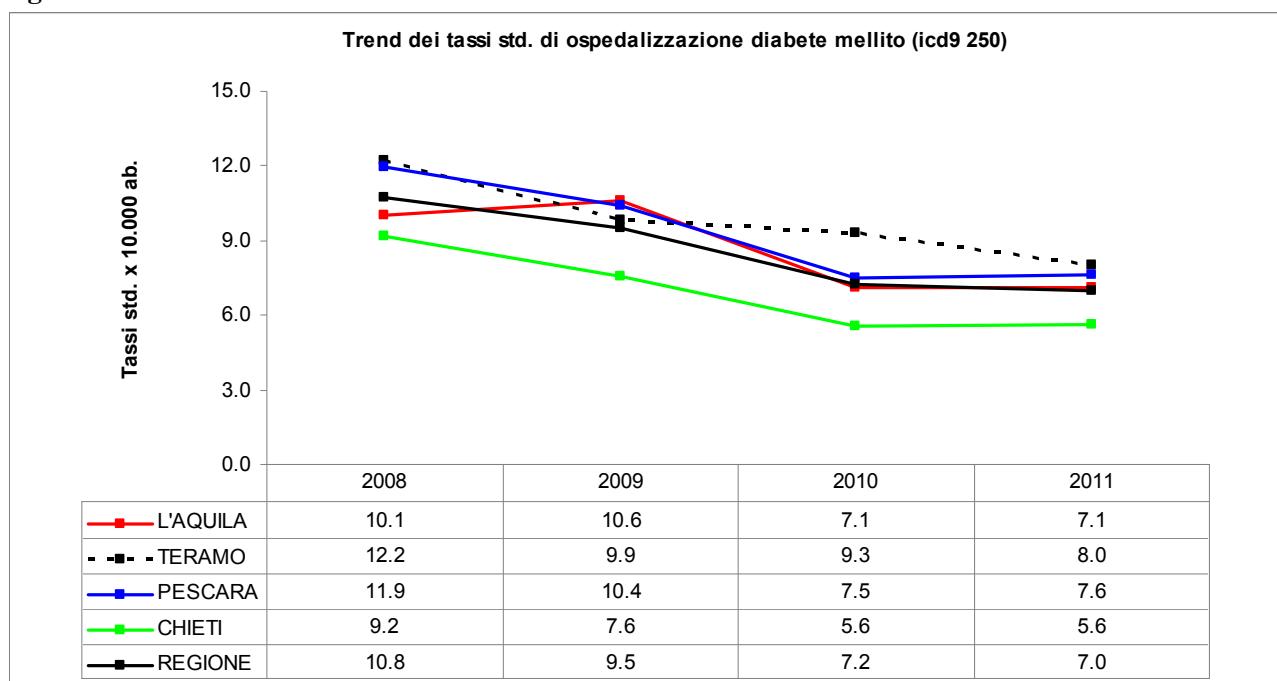
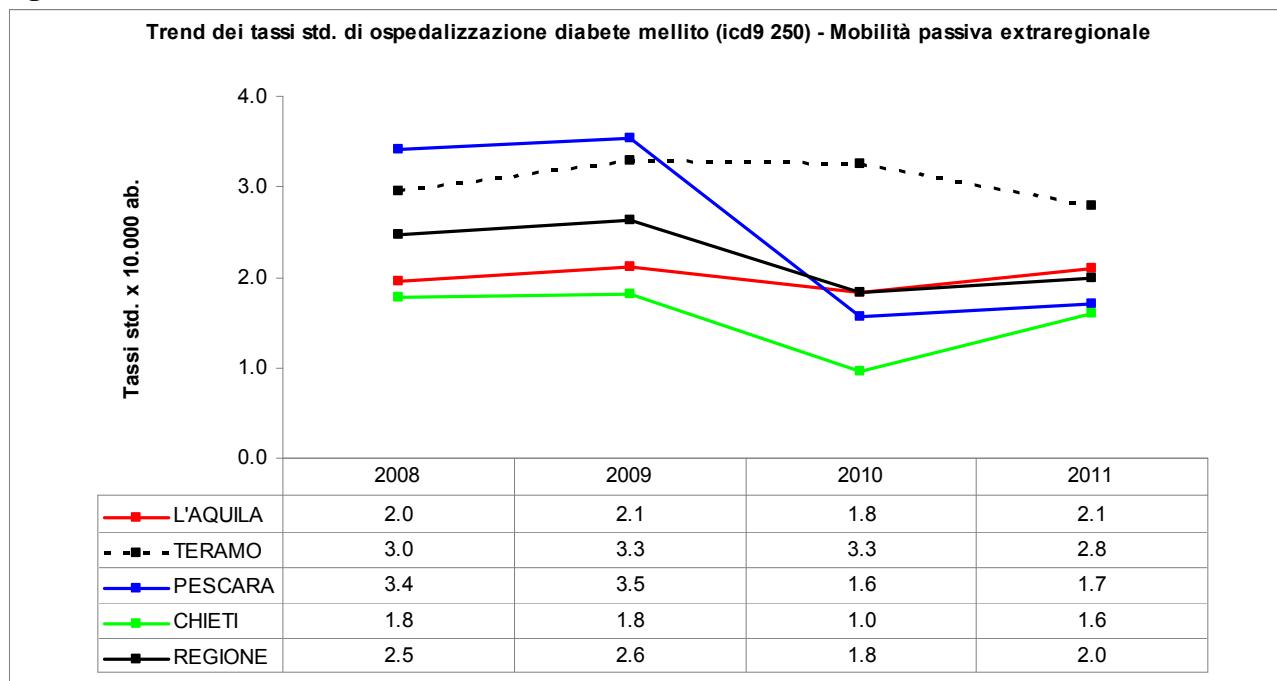


Figura 22.



Nota: i tassi sono riferiti a tutti i ricoveri ospedalieri (acuti, lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.9. Malattie infettive (Figure 23-24)

Anche i ricoveri per patologie infettive mostrano una riduzione superiore al trend generale dei ricoveri (-24,0% a livello regionale, dal 2008 al 2011 – Figura 23). Il calo è stato evidente in tutte le province, anche se Pescara ha fatto registrare un lieve aumento del tasso di ospedalizzazione negli ultimi tre anni.

Anche in questo caso, nonostante la diminuzione dei ricoveri intra-regionali, i ricoveri extra-regionali sono rimasti sostanzialmente stabili (Figura 24). Come per il diabete, il tasso medio regionale nel 2009 era talmente sceso da essere nettamente inferiore a quello medio nazionale. Diversamente dal diabete, tuttavia, in questo caso è realistico ipotizzare che il calo dei ricoveri, oltre che da fattori esterni, sia stato motivato anche da una reale diminuzione dell'incidenza di alcune malattie infettive (a causa, ad esempio, della minore diffusione dell'influenza negli ultimi anni, ai progressi nelle campagne vaccinali e agli sforzi dei dipartimenti di prevenzione).

Figura 23.

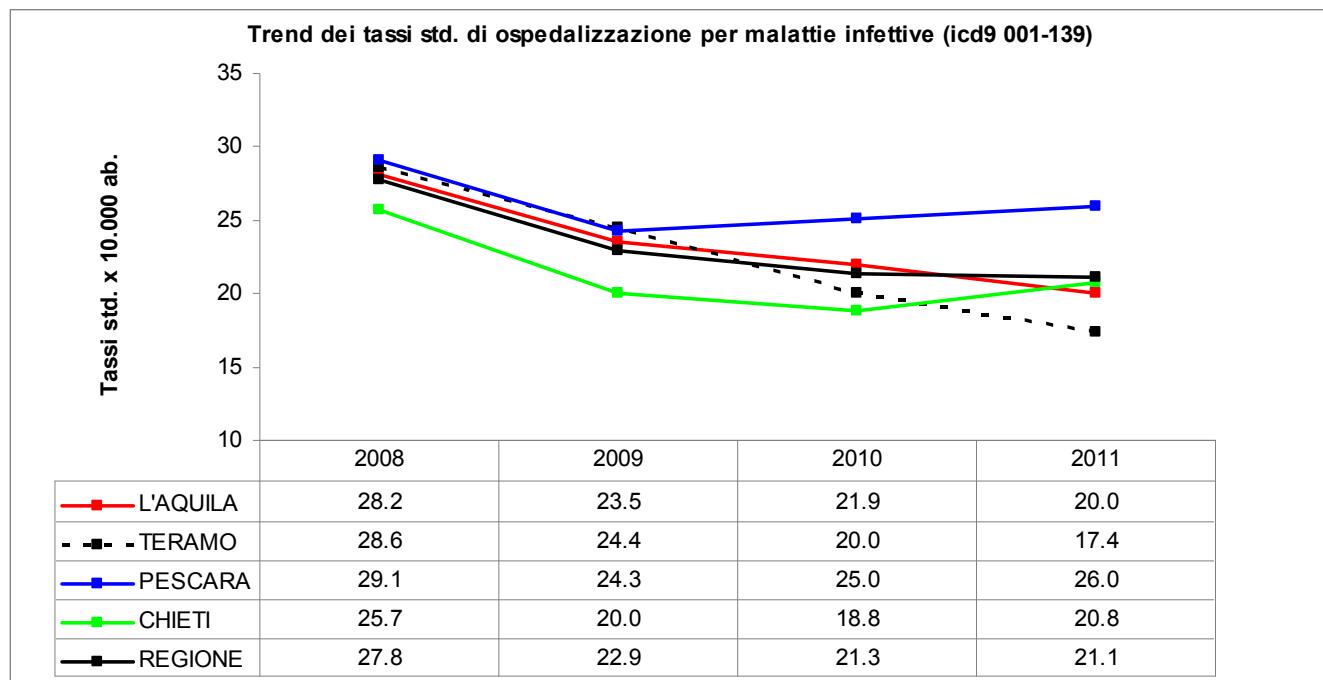
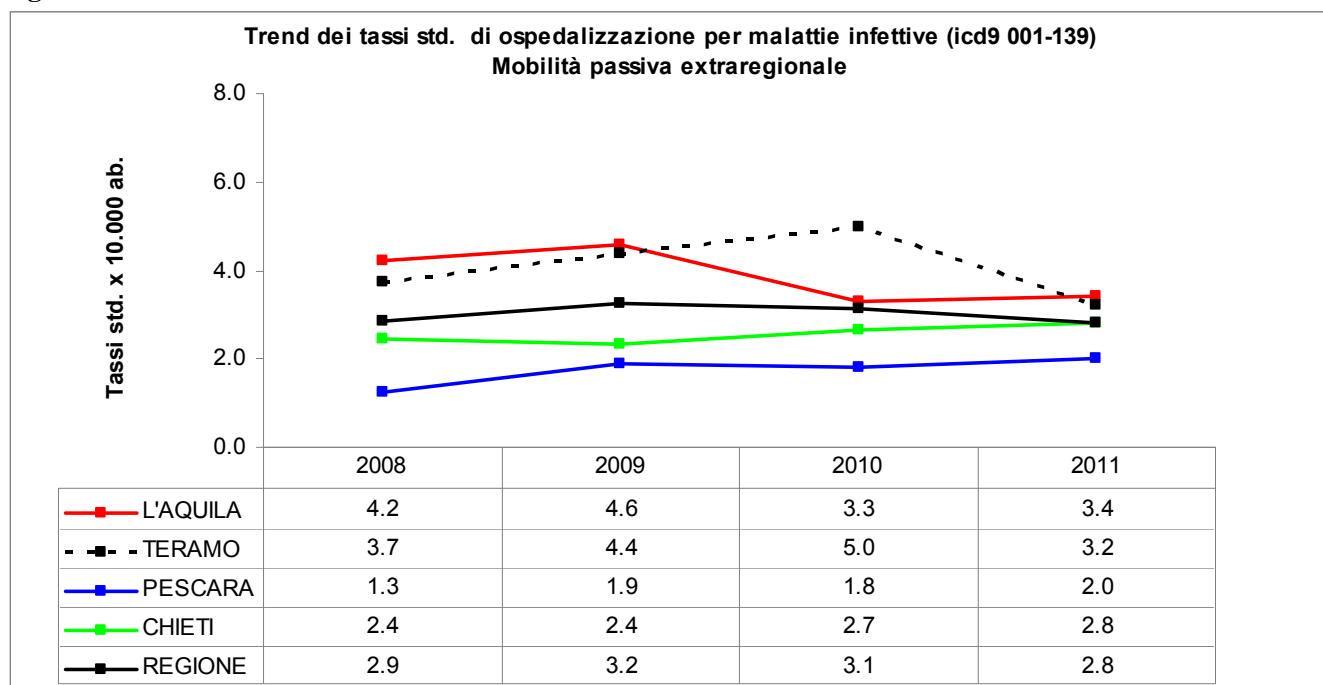


Figura 24.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.10. Alzheimer (Figure 25 e 26)

Nonostante l'invecchiamento della popolazione potesse far supporre un deciso aumento dei ricoveri, anche per la malattia di Alzheimer valgono le stesse considerazioni fatte per il tasso ricovero per tutte le cause: in tutte le province si osserva una riduzione, seppur minima, del tasso standardizzato di ricovero (-12,1% a livello regionale dal 2008 al 2011 – Figura 25), e la mobilità passiva appare sostanzialmente stabile (Figura 26).

Figura 25.

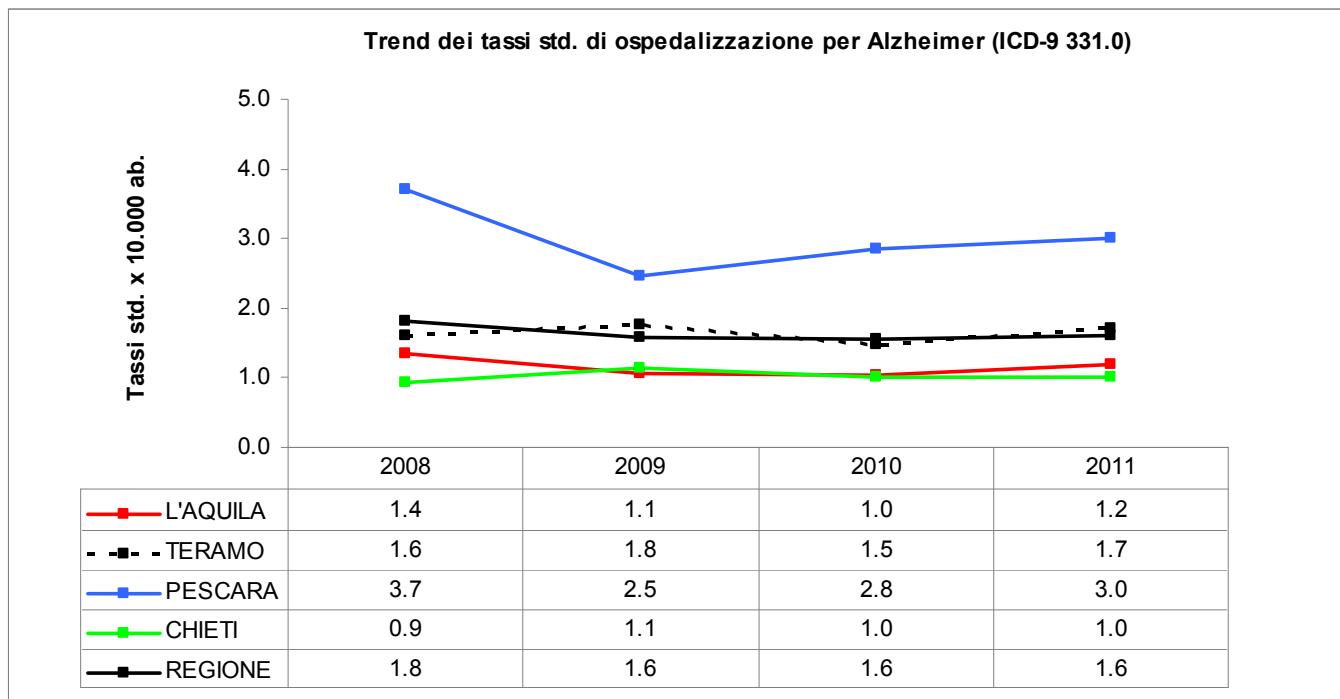
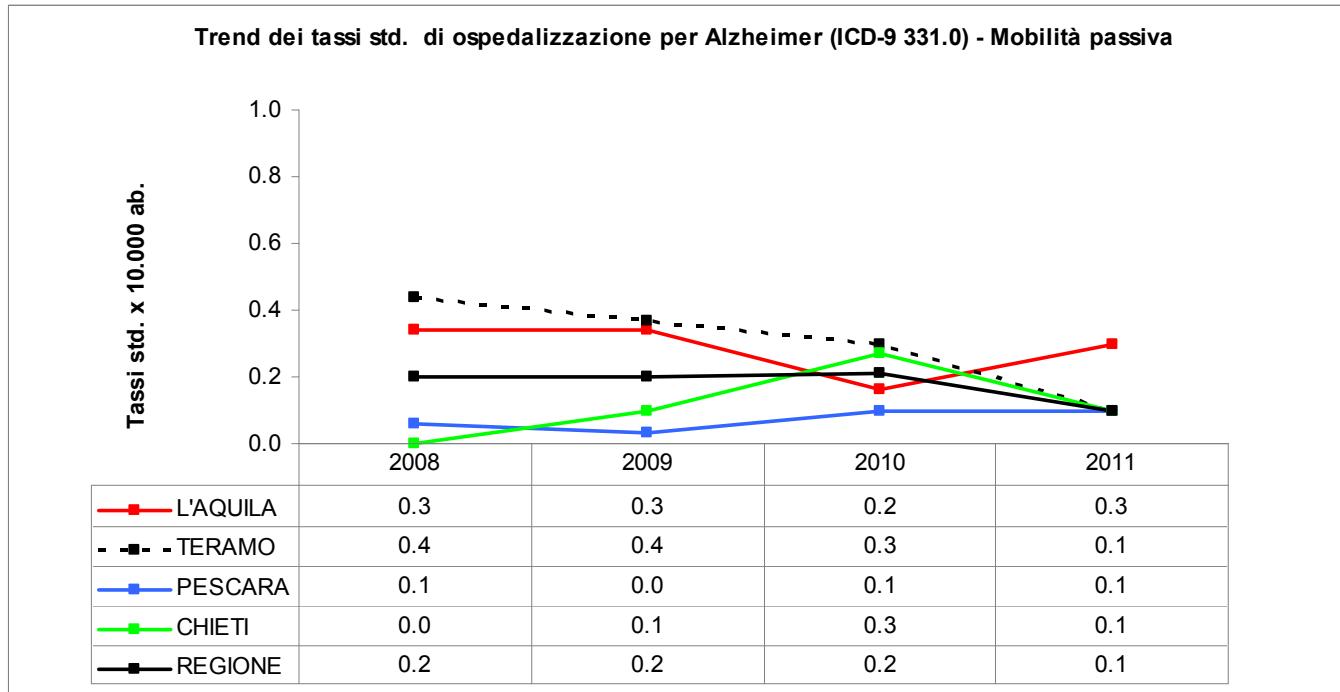


Figura 26.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.11. Traumatismi e avvelenamenti (Figura 27 e 28)

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero per traumatismi ed avvelenamenti è anch'esso diminuito negli ultimi anni, in modo marcato, costante ed in tutte le province (-9,6% a livello regionale dal 2008 al 2011 – Figura 27), con una mobilità passiva sostanzialmente stabile (Figura 28). A livello nazionale, in ogni caso, nell'anno 2009 l'Abruzzo mostrava ancora un tasso di ricovero nettamente superiore alla media nazionale.

Figura 27.

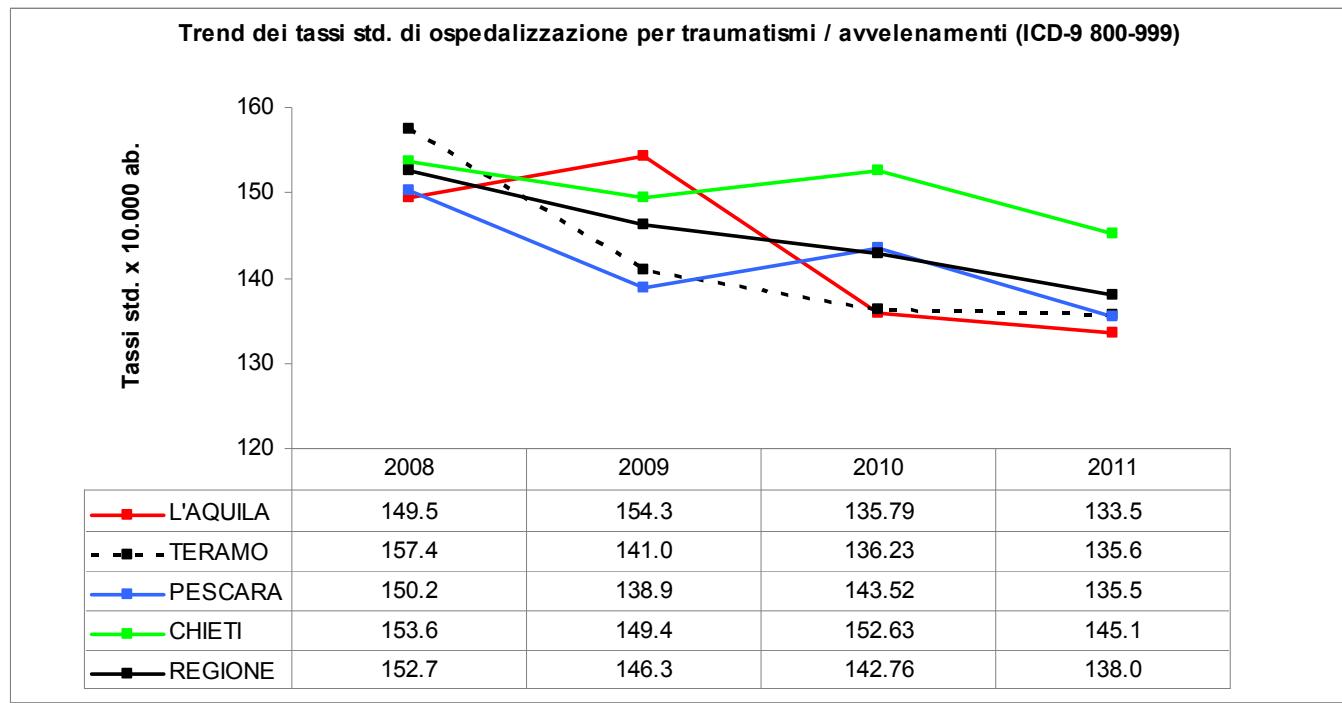
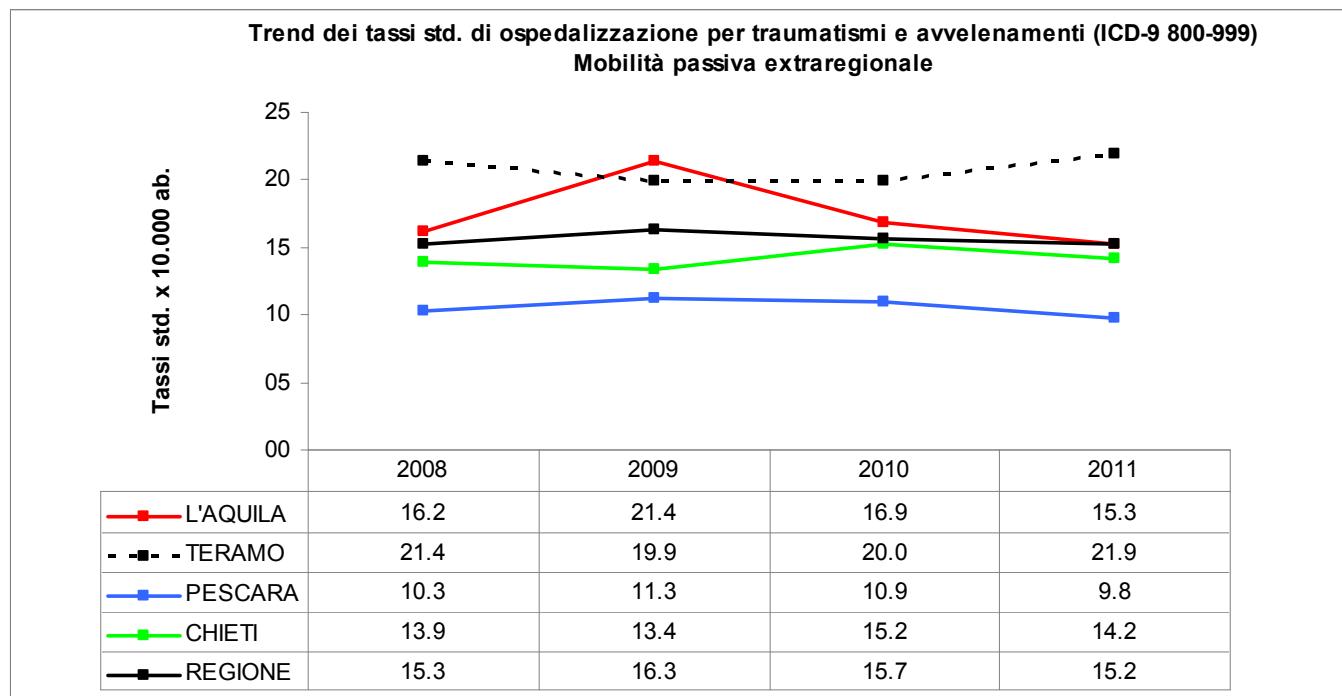


Figura 28.



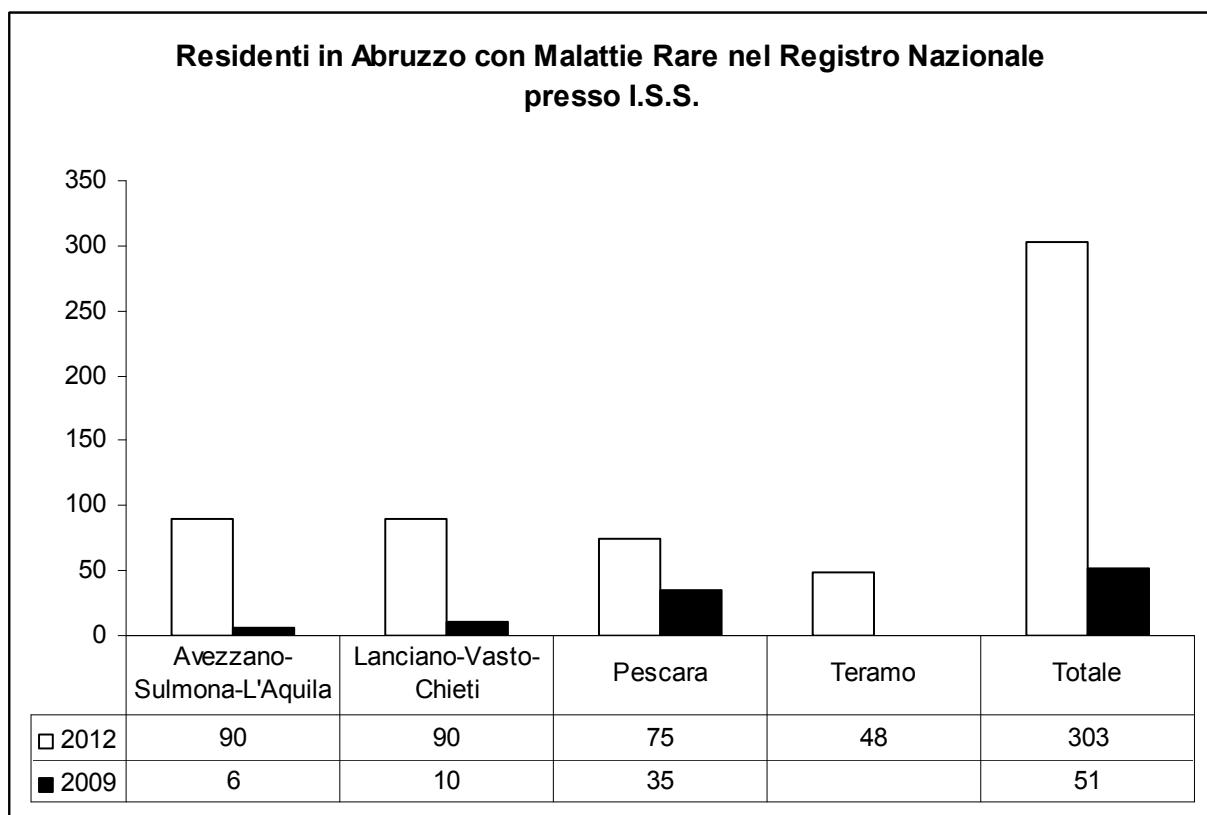
Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

4.12. Malattie Rare (Figura 29)

Purtroppo, quantificare la diffusione di queste patologie, proprio perché infrequenti, non è semplice, e sia in Italia che all'estero è stata più volte rimarcata la necessità di un registro specificamente dedicato, sia per identificare più facilmente i pochi casi che potrebbero usufruire di nuove terapie o partecipare a sperimentazioni cliniche, sia per avere una stima di massima della diffusione di tali patologie, essenziale per comprendere se la diffusione di queste patologie sia effettivamente in aumento, come da più parti segnalato. Per tali motivi, a livello nazionale è stato creato un registro presso l'Istituto Superiore di Sanità. Tuttavia, affinché tale registro possa essere realmente efficace e soprattutto completo, occorre il supporto da parte di un registro di livello regionale per coordinare la raccolta dati dai singoli centri.

Nell'attuale fase di completa implementazione del registro regionale, i dati degli anni passati sono stati estratti dal registro nazionale presso l'Istituto Superiore di Sanità. Tuttavia, come si può notare nella Figura 29, queste informazioni non possono sicuramente essere considerate esaustive. Ad esempio, nel 2009 il centro di riferimento di Teramo non era attivo nell'invio dei dati. Nonostante tali limiti, è stato scelto di mostrare comunque i dati proprio per segnalare il problema e avere una fotografia del prima e dopo l'avvio del registro. Nel 2012, in Abruzzo, sono stati segnalati oltre 300 nuovi casi, ovvero circa un terzo di quelli che ci si aspetterebbe se l'incidenza in Abruzzo fosse pari a quella del Veneto, dove è invece attivo un registro regionale.

Figura 29.



4.13. Mortalità (Figura 30)

Come anticipato all'inizio del capitolo e come già accennato anche nel Report 2010, gli ultimi dati di mortalità causa-specifica disponibili sono riferiti all'anno 2007, per il livello regionale, al 2001 per il livello provinciale. Un'analisi dettagliata della mortalità, sul livello regionale, è stata descritta nel Report "Analisi della Mortalità in Abruzzo - Anni 2006-2007". Di tale documento, in mancanza di altre fonti, come già fatto nel Report 2010 riportiamo la Tabella 3, nella quale viene efficacemente illustrata la posizione della Regione Abruzzo rispetto alle altre regioni d'Italia per ciò che concerne i tassi standardizzati di mortalità per le principali patologie (Figura 30). I dati mostrano come la mortalità in Abruzzo fosse tra le più basse per tutte le cause e per tumori e per AIDS, mentre risultasse tra le più alte per le patologie dell'apparato genito-urinario, nervoso e digerente, i disturbi psichici ed i traumatismi. Si rimanda al documento citato per ulteriori approfondimenti.

Figura 30.

Tabella 3 – Ranghi d'Abruzzo fra le Regioni d'Italia - Tassi standardizzati di mortalità tendenzialmente bassi (posizioni 1-7), medi (8-14) e alti (15-21) - Anni 2006-2007

CAUSA	Uomini		Donne	
	2006	2007	2006	2007
Mortalità generale	5	9	7	10
Tumori totali	3	2	2	3
Tumori maligni trachea, bronchi, polmone	5	2	4	5
Tumori maligni della mammella, donne			4	4
Tumori maligni del colon-retto	5	16	1	8
Tumori maligni dello stomaco	10	12	12	10
Tumore maligno dell'utero			1	3
Tumore maligno della prostata	7	3		
Tumore maligno della vescica	1	6	12	2
Tumori m. del t. linfatico ed hematopoietico	1	3	2	3
Leucemie	4	1	5	5
Malattie del sistema circolatorio	9	13	13	14
Cardiopatie ischemiche	8	9	14	10
Malattie cerebrovascolari	7	13	10	14
Diabete mellito	15	15	14	14
Malattie del sistema respiratorio	15	16	9	4
Influenza	4	16	9	9
Polmonite	9	11	9	6
Asma	5	17	15	12
Malattie dell'apparato digerente	17	15	11	16
Malattie epatiche croniche	14	9	9	9
Malformazioni congenite	9	12	12	21
Malattie infettive e parassitarie	7	17	1	12
Tubercolosi	4	20	3	15
AIDS	2	5	4	8
Malattie dell'apparato genitourinario	16	16	14	14
Malattie del sistema nervoso e organi di senso	19	17	14	20
Disturbi psichici e comportamentali	14	16	15	13
Cause esterne – Traumatismi	18	9	19	18
Accidenti da trasporto	19	13	20	9
Autolesione intenzionale (suicidi)	10	12	18	18

Fonte dati: Rapporti ISTISAN 10/26-10/27 (2010) – Dati ISTAT Anni 2006-2007 (v. ref. n. 5-6)

5. L'assistenza Sanitaria

5.1 Assistenza ospedaliera – i ricoveri per tipologia (Figure 31-35)

Come per il precedente Report, in questo capitolo vengono riportati alcuni tra gli indicatori principali relativi ai ricoveri ospedalieri. Il dato relativo al tasso complessivo di ospedalizzazione è già stato mostrato nelle Figure 7-8 e non viene quindi ripetuto, ma viene invece mostrato l'andamento del numero dei ricoveri stratificato in base alle diverse tipologie (ordinario, diurno, etc.) ed al settore (pubblico o privato). Poiché il trend delle singole ASL è stato nel complesso simile a quello medio regionale, i dati stratificati per ASL non sono stati riportati.

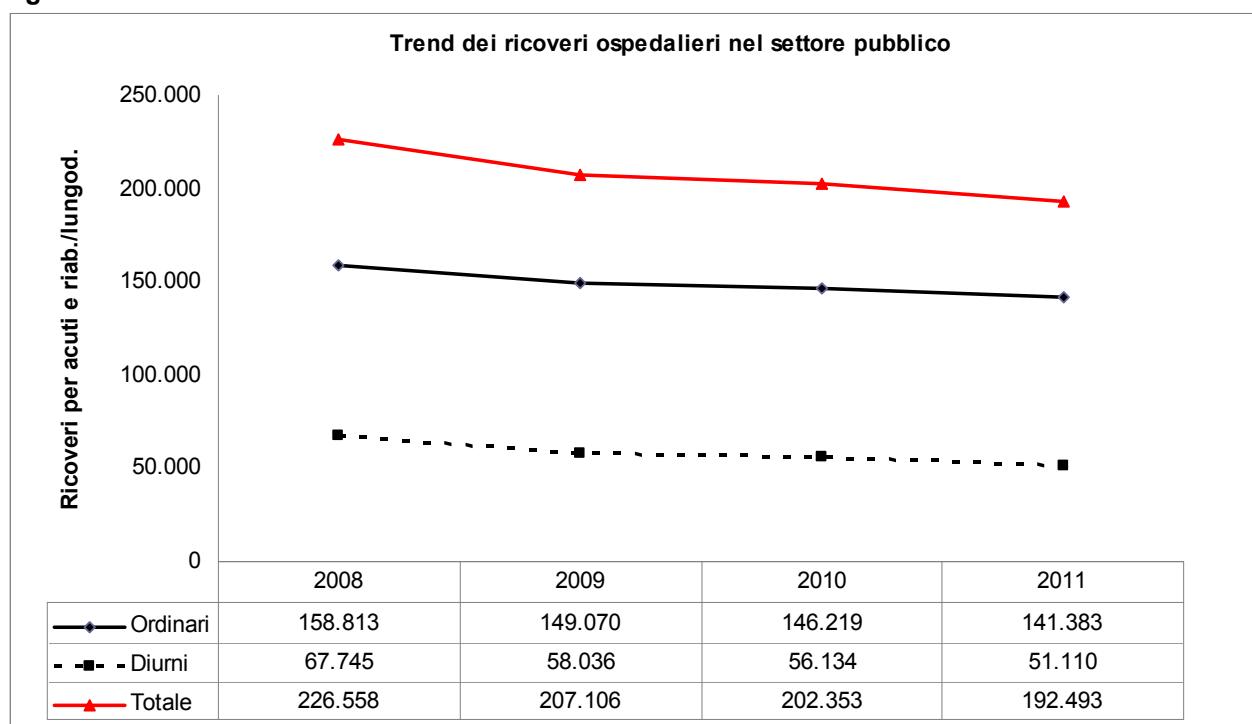
Rispetto all'anno 2008, il numero di ricoveri ospedalieri si è ridotto sostanzialmente negli ultimi anni sia nel settore pubblico (-15,0% – Figura 31), sia in quello privato (-22,1% – Figura 32). È interessante notare, inoltre, come a livello nazionale dal 2008 al 2010 il totale dei ricoveri ospedalieri di ogni genere sia invece diminuito del 9,1%, un valore più basso di quanto avvenuto in Abruzzo.

Nel settore pubblico questo calo è costante negli anni sia per i ricoveri ordinari che diurni, ed ha comportato una riduzione complessiva di 34.065 ricoveri dal 2008. Nel settore privato, invece, si è assistito nell'ultimo anno ad un'inversione di tendenza: nel 2011 si sono svolti 3792 ricoveri in più rispetto al 2010 (+10,5%). Va osservato, tuttavia, che questa crescita pare ascrivibile pressoché completamente al solo presidio di Villa Pini, che nel 2011 ha svolto 3802 ricoveri in più rispetto al 2010 (Tavola 2 nel prossimo paragrafo). Inoltre, l'aumento dell'ultimo anno non compensa assolutamente il calo che si è osservato dal 2008 al 2010 (-15.127 ricoveri). La stessa situazione si osserva per i soli ricoveri di riabilitazione/lungodegenza: sono calati notevolmente sia nel settore pubblico (-28,1%) che nel privato (18,1%), ma il calo si è interrotto nel 2011 (anno nel quale si è osservato un aumento del 21,6% rispetto all'anno precedente – Figura 33).

Nonostante quanto avvenuto, il numero di ricoveri effettuati da residenti in strutture extra-regionali è cresciuto relativamente poco (Figura 34). Ulteriori dettaglia sulla mobilità passiva extra-regionale sono disponibili nello specifico Report al sito: www.asrabruzzo.it/pubblicazioni/report-epidemiologici.html.

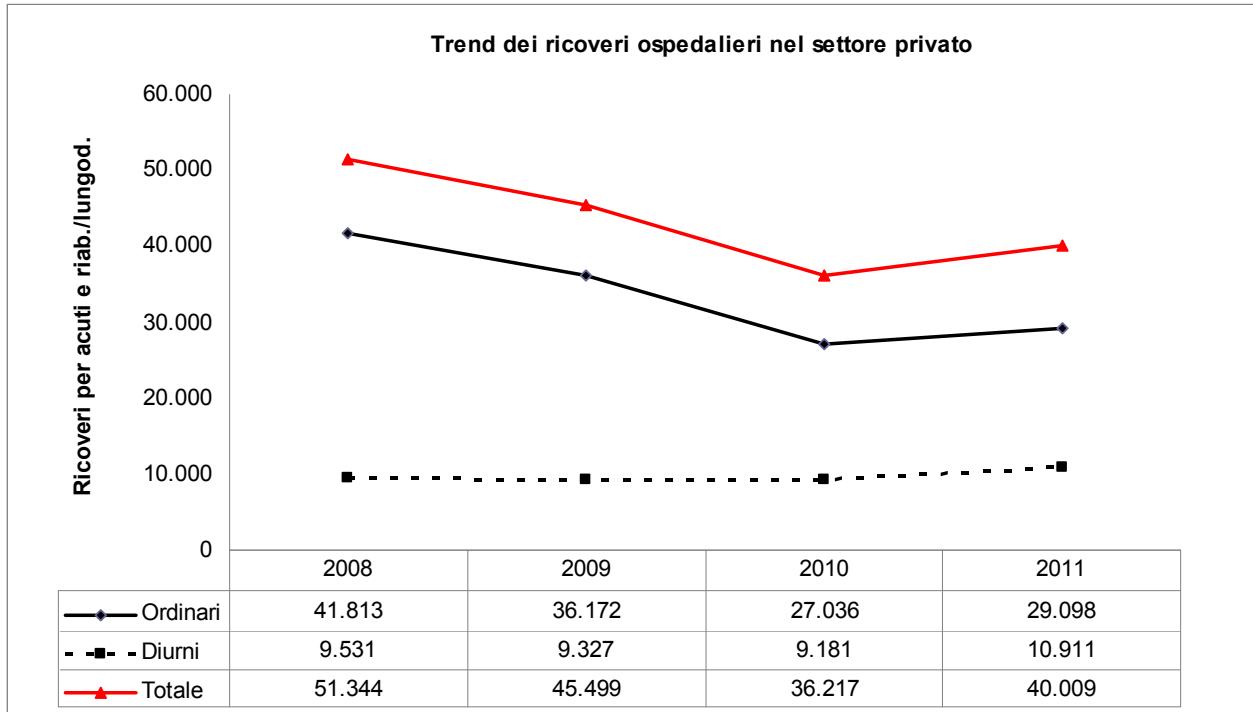
Relativamente al peso medio DRG, un indice indiretto della severità media (e del consumo atteso di risorse) dei ricoveri, questo ha fatto registrare delle oscillazioni lievi negli ultimi anni (Figura 35), ma dal 2008 al 2011 è rimasto sostanzialmente stabile nel settore pubblico (+0,9%), mentre nel privato è cresciuto del 5,9%. Questo parametro è ulteriormente discusso, valutando il trend di ciascun ospedale, nel prossimo paragrafo.

Figura 31.



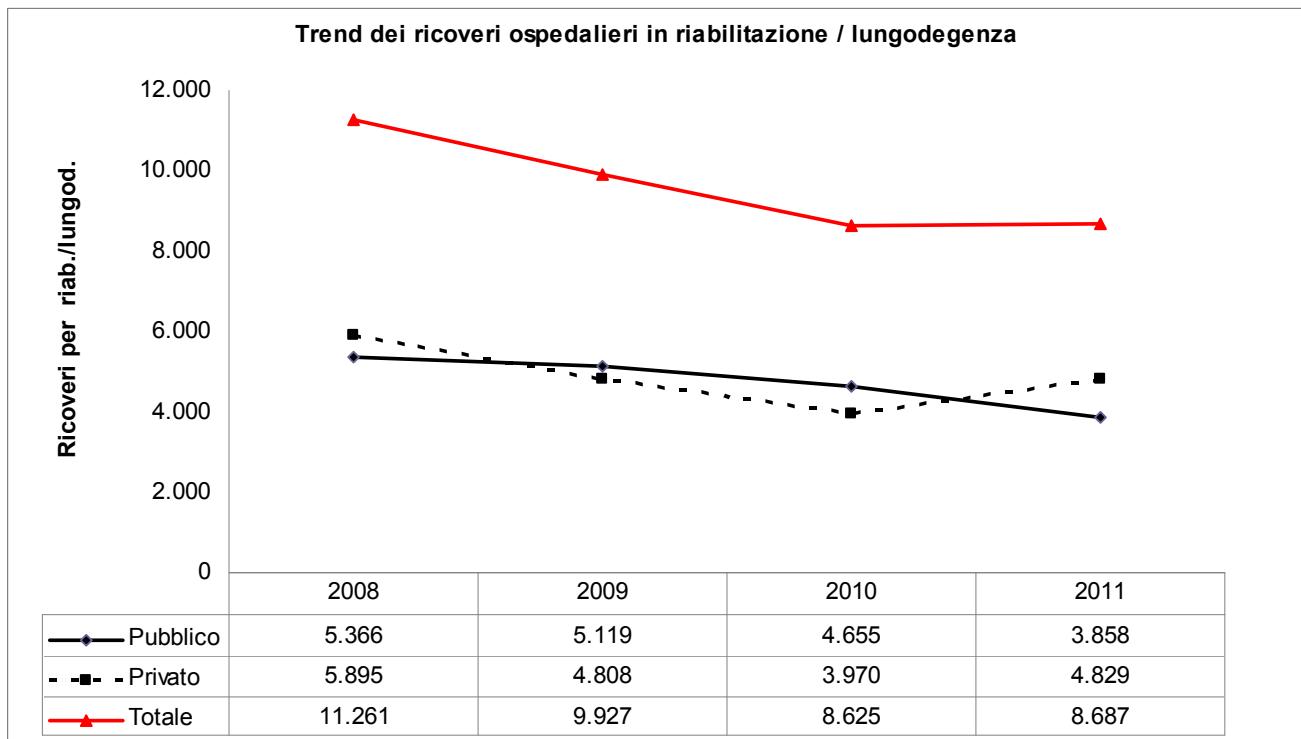
* Negli anni 2010 e 2011, sono stati effettuati anche 3642 (nel 2010) e 5065 (nel 2011) ricoveri ambulatoriali (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 32.



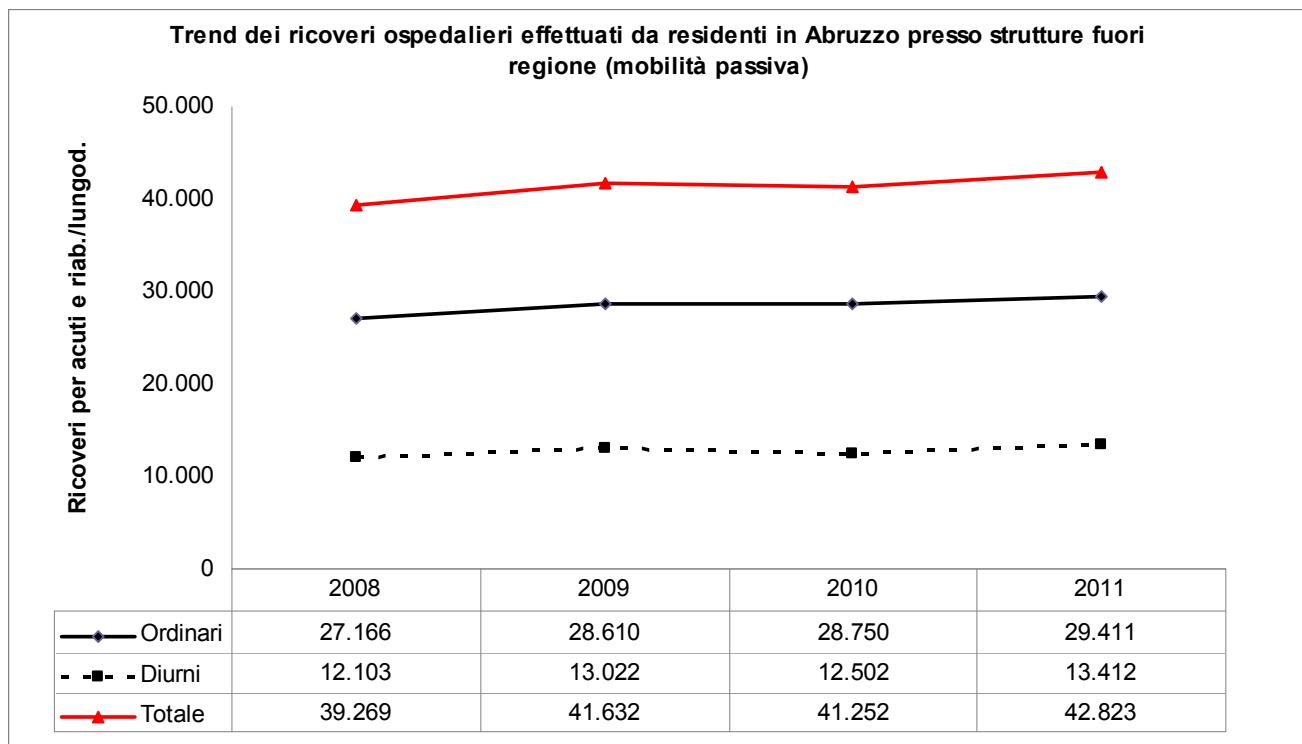
* Negli anni 2010 e 2011, sono stati effettuati anche 1368 (nel 2010) e 1728 (nel 2011) ricoveri ambulatoriali (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 33.



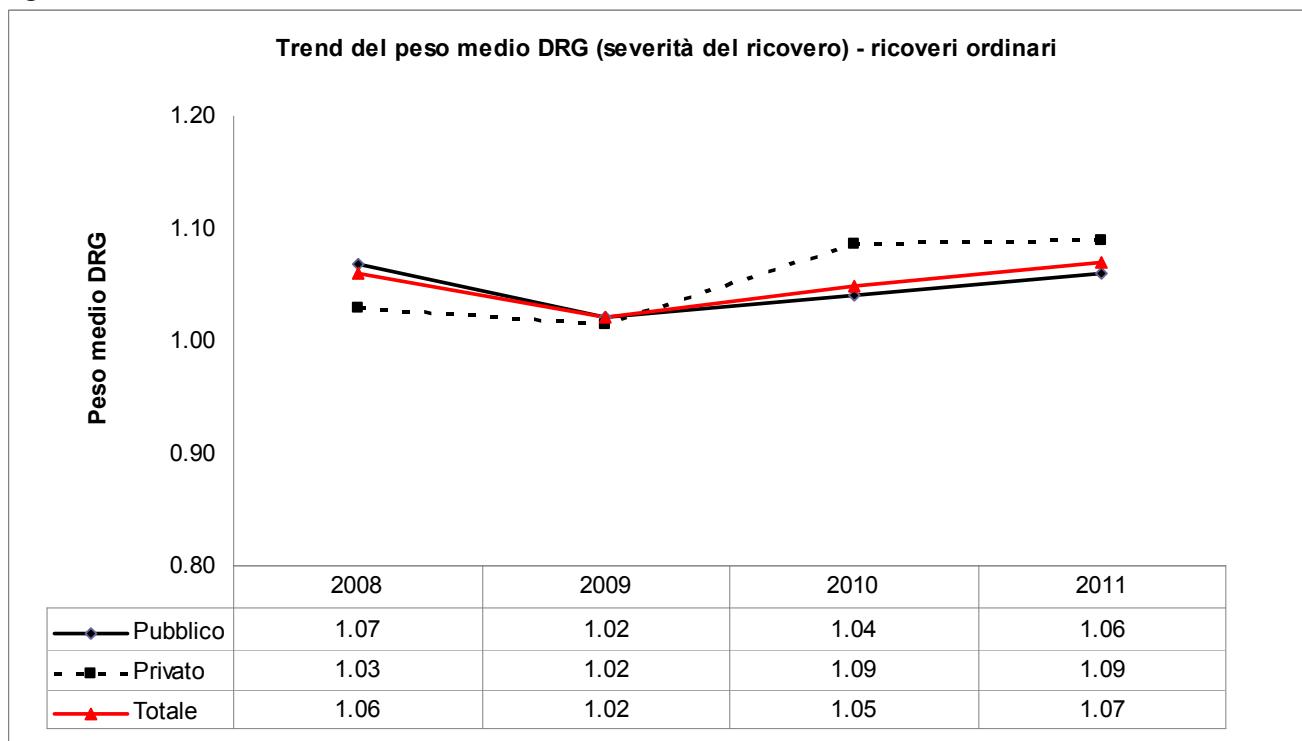
Sono stati esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 34.



Sono stati esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

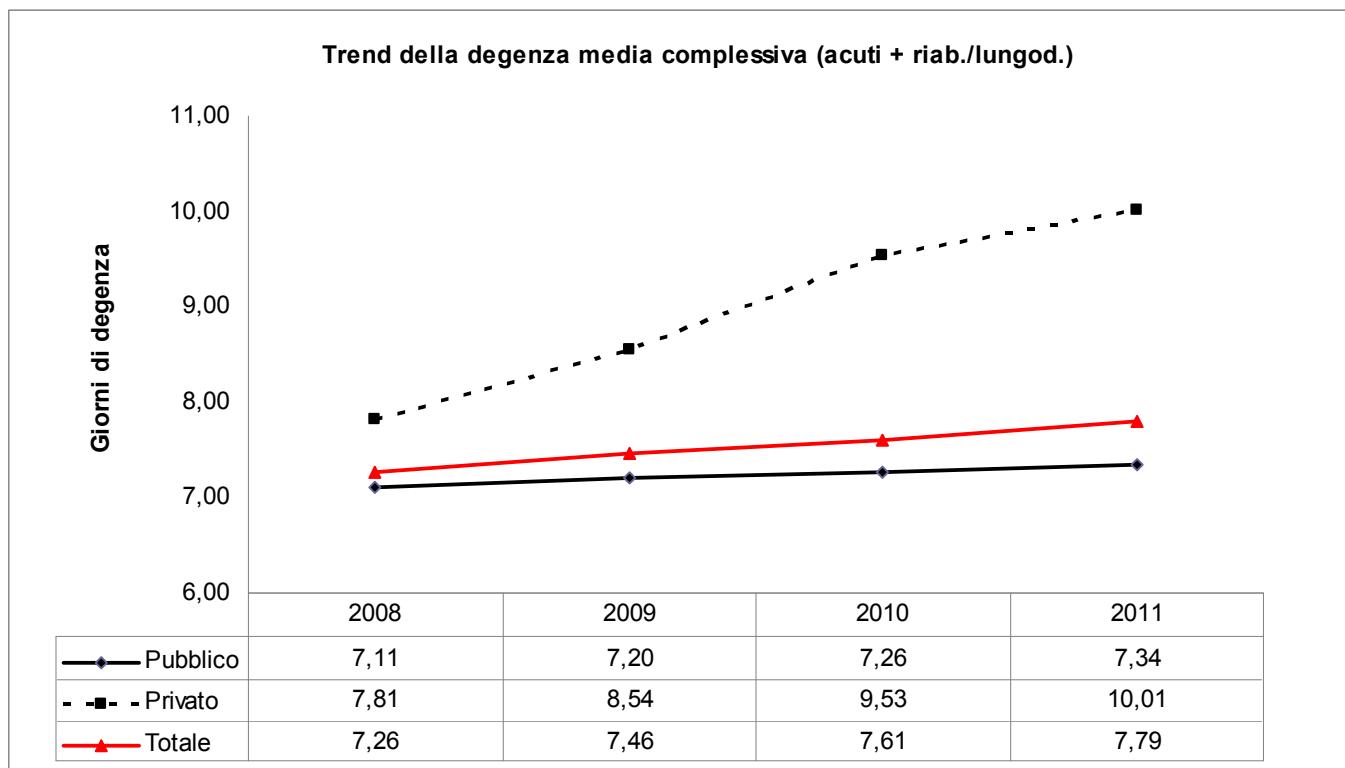
Figura 35.



5.2. Degenza Media (Figura 36)

A fronte di un calo sostanziale nel numero dei ricoveri, la degenza media complessiva non è scesa negli ultimi quattro anni, anzi è cresciuta leggermente nel settore pubblico (+3,2%), ed in misura assai maggiore nel settore privato (+28,2%, Figura 36). Se nell'anno 2008, nel settore privato, la degenza media era pari a 7,81 giorni, nel 2010 questa è salita a 10,0 giorni. Oltre ad una probabile riduzione di ricoveri di breve durata svolti nel passato (molti dei quali ad alto rischio di inappropriatezza), è plausibile che, perlomeno negli ultimi anni, alla base dell'allungarsi della degenza media nel privato vi sia anche la crescita della quota di ricoveri in riabilitazione/lungodegenza (chiaramente assai più lunghi) sul totale dei ricoveri effettuati. Infatti, nel 2010 i ricoveri di riabilitazione o lungodegenza rappresentavano il 14,1% (n=3806) del totale dei ricoveri svolti nel privato, mentre nel 2011 tale quota è salita al 16,0% (n=4660). Se si considerano solo i ricoveri ordinari, la degenza media è in ogni caso salita, ma di pochissimo: da 6,37 a 6,42 giorni nel privato; da 6,93 a 7,08 giorni nel pubblico. Ricordiamo infine che, nel 2010, la degenza media nazionale dei ricoveri ordinari era pari a 6,72 giorni.

Figura 36.



5.3. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 2-5)

Come già scritto nel precedente Report 2010, è doveroso precisare che gli indicatori riportati in questi paragrafi, per quanto in alcuni casi correlati all'efficienza ed alla appropriatezza organizzativa, possono fornire solo una visione specifica di alcuni ambiti, ma non esaustiva dell'insieme dei processi che si svolgono all'interno dell'ospedale (e, quindi, della loro efficienza complessiva). Inoltre, solo pochi di questi indicatori misurano in qualche modo l'efficacia dell'assistenza, ma non possono essere interpretati tout court quali indici della qualità complessiva di un ospedale, che dipende anche da tanti altre componenti impossibili da rilevare attraverso i sistemi informativi attualmente in essere.

Nella Tavola 2 sono riportati alcuni indici della complessità clinica della casistica trattata dai vari presidi (ma anche a livello di ASL e di regione), relativi agli anni 2011 e 2010 (che sono stati richiamati dal report precedente per agevolare un'analisi del trend). Il primo dato di rilievo riguarda la cessazione, di fatto, dell'attività di ricovero ospedaliero di tre presidi pubblici, a Pescina, Casoli e Gissi (che nel 2010 avevano svolto complessivamente 3.532 ricoveri, utilizzando 140 posti letto). Per il resto, sia per quanto riguarda il numero di posti letto che la produzione complessiva, ci sono state variazioni minime dal 2010 al 2011, con le eccezioni di Villa Pini (che ha ripreso l'attività a pieno regime), Tagliacozzo (in netta decrescita), e l'ospedale "San Salvatore" de L'Aquila, che ha visto il "ritorno" di oltre 100 posti letto, ed un aumento della produzione di oltre 300 ricoveri. Questa assenza di variazioni sostanziali si osserva, nel complesso, anche nella percentuale di ricoveri ordinari sul totale (che cresce di poco solo a causa dell'aumento del numero di ricoveri ambulatoriali complessi; includendo questi ultimi rimane costante), e nella percentuale di ricoveri da fuori regione (che continua ad essere molto più elevata nei presidi privati, ed in particolare a INI Canistro e Villa Letizia). Ciò che cresce in modo generalizzato, seppure di poco, è il peso medio DRG dei ricoveri, che passa da una media regionale di 0,93 nel 2010 allo 0,99 del 2011 (+6%). Il peso medio DRG può essere considerato un proxy della severità della casistica, ed un suo aumento suggerisce, entro certi limiti, una crescita nell'efficienza del sistema (come pure, vista l'entità del fenomeno, un miglioramento nelle modalità di compilazione delle schede di dimissione ospedaliera, perlomeno nei presidi pubblici). Per quanto siano rimaste le notevoli differenze tra i presidi pubblici di riferimento, è importante rilevare come la complessità dei ricoveri appaia in crescita in tutte e quattro le ASL e, con l'eccezione di L'Aquila, la severità clinica sia maggiore nei grandi presidi pubblici di riferimento rispetto agli ospedali satelliti (come sarebbe logico attendersi, e come invece non appariva nel 2010). Tale fenomeno potrebbe indicare, perlomeno in parte, una razionalizzazione della rete ospedaliera, nella quale i percorsi in essere portano i pazienti più severi ad essere trattati più spesso nei presidi teoricamente più specialistici.

Nella Tavola 3 sono invece riportati alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa. Il tasso di occupazione medio regionale è cresciuto decisamente, arrivando all'80%, anche nel settore privato (che nel 2010 risentiva del sotto-utilizzo del presidio di Villa Pini). Si è ritornati ad un tasso di occupazione medio nell'ospedale de L'Aquila, e si è ridotto nelle ASL di Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti lo sbilanciamento a sfavore degli ospedali pubblici di riferimento, i cui tassi di occupazione erano assai più elevati degli altri presidi satelliti. In ogni caso, alcuni ospedali pubblici rimangono sotto-utilizzati, con tassi inferiori al 70% (Sulmona, Lanciano, Ortona e Penne).

Della degenza media complessiva e per settore si è in parte già detto (Figura 38). Peraltro, per questo indicatore i confronti tra singoli presidi devono essere svolti solamente dopo aver controllato per le differenze nella severità clinica della casistica trattata, anche se ciò è in parte vero anche per altri indicatori. Per quanto utile, questo tipo di analisi va al di là delle finalità del presente documento, e la degenza media è riportata a solo scopo descrittivo.

Molto interessante il dato relativo alla percentuale di ricoveri ordinari assegnati ai 108 DRG considerati dal Ministero ad alto rischio di inappropriatezza, sul totale dei ricoveri ordinari (in base al Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza – LEA). Questo indicatore fornisce una stima, per quanto approssimativa e in parte dipendente dalla casistica trattata, dell'appropriatezza organizzativa di un presidio, poiché gran parte di questi ricoveri (i cosiddetti "DRG LEA") potrebbero essere effettuati in regime diurno o ambulatoriale senza ridurre, perlomeno teoricamente, la qualità dell'assistenza prestata. Al di là dell'analisi dei singoli presidi (tra i quali continuano a mostrare valori negativi Villa Letizia e INI Canistro), ciò che stupisce è la mancata diminuzione di questo parametro, che nonostante le ripetute sollecitazioni da parte del governo centrale e regionale, è rimasto sostanzialmente stabile tra il 2010 e il 2011.

Nel 2011, la quota di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da reparti chirurgici (potenziale indice di efficienza organizzativa del sistema), è cresciuta notevolmente rispetto al 2010, passando da 61,0% a 70,3% (+15,2%). Peraltro, con la sola eccezione dell'ospedale di Penne e dell'Immacolata di Celano, la percentuale di DRG chirurgici è cresciuta in tutti presidi. Le differenze tra le strutture, tuttavia, rimangono molto ampie, con valori molto bassi proprio a Celano nei presidi pubblici di Castel di Sangro, Sant'Omero e Pescara.

Nel complesso, rispetto al 2011, la percentuale di ricoveri ripetuti è rimasta anch'essa sostanzialmente stabile (-0,3% in termini assoluti), e nessun presidio ha mostrato valori superiori al 9%. Va ricordato, tuttavia, che la quota di ricoveri ripetuti (ovvero quei ricoveri effettuati nella stessa struttura entro 45 giorni dopo un precedente ricovero, ed assegnati alla stessa categoria diagnostica principale del precedente ricovero), rappresenta un indicatore teoricamente molto utile ma potenzialmente fallace. Visti gli elevati tassi di mobilità intra-regionale, ovvero da presidio a presidio all'interno della regione, ed i tassi meno elevati ma comunque consistenti di mobilità extra-regionale, non si può escludere che molti ricoveri effettivamente ripetuti siano stati "persi" da questo indicatore poiché il paziente si è rivolto ad una struttura ospedaliera diversa da quella del primo ricovero. Inoltre, come la degenza media, questo indicatore è particolarmente sensibile alla tipologia di pazienti trattati. Per tali ragioni, anche in questo caso l'indicatore è riportato esclusivamente per finalità descrittive.

Non è questo il caso, invece, dell'ultimo indicatore della Tavola 3, ovvero il tasso di parti cesarei sul totale dei parti. Per quanto gli obiettivi raccomandati dal WHO e più recentemente anche dal citato Schema di regolamento degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (<25% di cesarei in presidi con oltre 1000 parti annui; <15% se <1000 parti annui) non siano stati raggiunti da nessuna unità operativa, nel complesso in Abruzzo la quota di parti cesarei si è ridotta di quasi l'8%, passando dal 43,7 del 2010 al 40,5% del 2011. Tra i presidi che sono migliorati maggiormente è stato certamente quello di Pescara, dove si è passati dal 41,5% al 32,1%. Relativamente positivi anche i dati di Avezzano, Sant'Omero, e soprattutto Teramo, che continua a mostrare il tasso di cesarei più basso a livello regionale, l'unico vicino ai target di riferimento. Da notare, in ogni caso, che anche la media nazionale continua ad essere molto lontana dai valori raccomandati a livello internazionale.

E proprio in riferimento alla recente bozza di Decreto Legge sugli standard quantitativi dell'assistenza ospedaliera, sono stati riportati in Tavola 4 alcuni degli indicatori specificati nel regolamento, ai fini del monitoraggio delle soglie minime di volume di attività e del rischio di esito, per il triennio 2013-2015. Poiché i dati di questo Report sono dell'anno 2011, va tenuto presente che i risultati sono forniti a solo scopo descrittivo, ed è assolutamente comprensibile che molte unità operative non avessero raggiunto target che ancora non erano stati fissati a livello ministeriale. È opportuno precisare, inoltre, che non è stata fatta alcuna selezione degli indicatori; sono stati calcolati tutti quelli attualmente calcolabili con i database esistenti al momento nella Regione Abruzzo (per altri indicatori occorrono, ad esempio, registri di patologia).

Relativamente alla colecistectomia laparoscopica (Tavola 4), confermando il noto eccesso nel numero di unità operative a livello regionale, solo 13 su 28 unità operative nel 2011 hanno svolto più di 100 interventi l'anno, ovvero il minimo volume di attività per garantire standard qualitativi elevati secondo il Decreto in via di approvazione. Tutti i reparti, tuttavia, hanno raggiunto il target di esito, ovvero sono riusciti a contenere la degenza post-operatoria entro i 4 giorni in almeno il 60% dei ricoveri. Più critico il dato relativo agli interventi chirurgici su frattura di femore negli anziani: solo 3 su 20 unità operative sono riuscite a limitare la degenza pre-operatoria entro i 2 giorni in almeno il 60% dei pazienti. Infine, relativamente alla cardiochirurgia, entrambe le unità operative abruzzesi hanno superato il volume annuo raccomandato di 150 by-pass aorto-coronarici, mentre solo 3 delle Cardiologie interventistiche attive in Abruzzo hanno svolto un numero di angioplastiche coronarie percutanee superiore alle 250 considerate necessarie.

Nella Tavola 5, infine, è mostrato l'andamento temporale (ovvero il confronto con l'anno 2008) degli indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa presentati nella Tavola 3. Con l'eccezione della quota di ricoveri provenienti da fuori regione (mobilità attiva), che si è ridotta di oltre il 10%, e della degenza media (le cause del cui aumento sono state tuttavia discusse in precedenza), tutti gli altri indicatori sono leggermente o nettamente migliorati. Nel complesso, sebbene non si possa concludere, da questi pochi indicatori, che l'efficienza e l'appropriatezza organizzativa degli ospedali abruzzesi sia migliorata, sicuramente dai dati a disposizione non emerge un peggioramento.

Tavola 2. Indicatori di complessità per istituto di ricovero. Anni 2011 e 2010.

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati		Tot. Ricoveri ***		% Ricoveri Ordinari per acuti		% Ricoveri da fuori Regione		Peso medio DRG **		
				2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	Pubblico	331	226	21.411	18.069	50,8	49,1	14,0	12,6	0,97	0,92	
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	Pubblico	154	154	7068	7.903	74,8	72,0	6,6	6,8	0,98	0,89	
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	Pubblico	225	258	16.686	16.123	59,8	55,9	16,7	16,9	0,99	0,93	
130004	"Rinaldi"	Pescina	Pubblico	0	44	0	1.542	NC	38,5	NC	4,6		0,90	
130005	Provinciale	C. di Sangro	Pubblico	39	39	2.739	2.451	57,3	40,4	32,5	32,2	0,96	0,97	
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	Pubblico	40	56	538	1.884	0,0	20,2	21,0	24,7	0,77	0,90	
130010	Di Lorenzo	Avezzano	Privato	76	76	5.056	4.889	48,6	37,8	32,6	32,1	0,98	0,99	
130012	L'Immacolata	Celano	Privato	49	49	2.361	2.401	71,9	57,9	6,7	6,9	0,90	0,89	
130013	S. Raffaele	Sulmona	Privato	55	55	398	399	24,6	0,0	23,1	25,3	0,98	0,97	
130039	Ini Canistro	Canistro	Privato	37	37	3.340	3.178	56,1	28,7	62,0	59,6	0,84	0,85	
130040	Villa Letizia	L'Aquila	Privato	30	30	2.966	2.942	44,4	7,3	77,4	77,5	1,06	1,05	
130041	Nova Salus	Trasacco	Privato	30	30	352	334	0,0	0,0	27,0	31,7	0,69	0,72	
				Pubblico	789	777	48.442	47.972	57,2	53,3	14,9	14,3	0,98	0,92
				Privato	277	277 *	14.473	14.143	51,4	32,5	40,9	41,4	0,94	0,95
				Totale	1066	1054	62.915	62.115	55,9	48,2	20,8	20,5	0,97	0,93
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	Pubblico	403	401	26.595	28.872	66,1	63,6	6,6	6,8	1,06	0,98	
130028	"Renzetti"	Lanciano	Pubblico	237	241	12.233	11.897	68,1	68,4	3,7	4,2	0,91	0,84	
130029	Provinciale Vasto	Vasto	Pubblico	198	203	11.018	10.415	73,1	70,6	13,3	12,8	0,94	0,89	
130030	"V. Emanuele"	Atessa	Pubblico	73	81	3.076	3.147	63,3	61,4	2,4	2,7	1,05	1,03	
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	Pubblico	57	72	1.686	1.919	88,4	81,2	3,0	2,0	0,84	0,82	
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	Pubblico	88	112	7.390	8.284	54,2	57,5	3,2	3,4	0,81	0,78	
130033	"Consalvi"	Casoli	Pubblico	0	53	0	976	NC	25,1	NC	2,0	NC	0,90	
130037	Provinciale Gissi	Gissi	Pubblico	0	43	0	1.014	NC	32,7	NC	4,4	NC	0,74	

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati		Tot. Ricoveri ***		% Ricoveri Ordinari per acuti		% Ricoveri da fuori Regione		Peso medio DRG **			
				2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010		
130034	Villa Pini	Chieti	Privato	176	176	4.255	453	49,6	62,0	12,2	7,5	0,97	0,87		
130035	Spatocco	Chieti	Privato	99	99	5.472	5.619	63,8	51,9	27,4	25,9	1,05	1,06		
130042	S. Francesco	Vasto	Privato	20	30	267	263	0,0	0,0	20,2	26,2	1,04	1,03		
				Pubblico	1056	1206	61.998	66.524	66,8	64,1	6,6	6,5	0,98	0,91	
				TOTALE ASL 202	Privato	295	305	9.994	6.335	56,0	52,7	20,3	24,2	1,02	1,05
				Totale	1351	1511	71.992	72.859	65,3	63,0	8,5	8,2	0,98	0,92	
130018	"Spirito Santo"	Pescara	Pubblico	555	555	38.840	39.852	68,3	67,7	5,8	5,5	0,97	0,90		
130019	"S. Massimo"	Penne	Pubblico	112	112	5.431	5.990	69,3	65,4	1,4	1,3	0,86	0,85		
130020	"SS. Trinità"	Popoli	Pubblico	56	107	3.637	4.453	68,1	68,3	3,4	3,8	0,94	0,91		
130022	Pierangeli	Pescara	Privato	109	108	10.076	9.657	68,5	49,4	29,7	29,8	1,14	1,05		
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	Privato	304	304	7.194	7.450	62,5	52,1	14,7	14,6	0,98	1,00		
				Pubblico	723	774	47.908	50.295	68,4	67,4	5,1	4,9	0,96	0,90	
				TOTALE ASL 203	Privato	413	412	17.270	17.107	66,0	50,6	22,6	22,3	1,07	1,03
				Totale	1136	1186	65.178	67.402	67,7	63,2	9,6	9,7	0,99	0,93	
130014	"Mazzini"	Teramo	Pubblico	437	427	19.778	20.265	72,2	71,2	5,8	5,5	1,16	1,05		
130015	"Maria d. S."	Giulianova	Pubblico	153	153	5.529	5.859	78,9	73,9	7,3	6,8	0,95	0,90		
130016	"S. Liberatore"	Atri	Pubblico	167	168	8.317	8.800	67,2	67,9	5,0	5,5	0,84	0,78		
130017	Provinc. S. Omero	S. Omero	Pubblico	150	150	5.586	6.280	71,1	64,0	8,0	11,5	0,82	0,80		
				TOTALE ASL 204	Pubblico	907	898	39.210	41.204	71,9	69,8	6,2	6,6	1,01	0,94
				Pubblico	3475	3655	197.558	205.995	65,8	63,5	8,0	7,8	0,98	0,91	
				TOTALE REGIONE	Privato	985 *	994 *	41.737	37.585	58,6	44,3	27,3	28,8	1,01	1,00
				Totale	4460 *	4649 *	239.295	243.580	64,6	60,4	11,4	11,2	0,99	0,93	

* I 29 posti letto del Presidio Ospedaliero privato Santa Maria di Avezzano sono stati accreditati dalla Regione ma non ancora attivati. ** Sono esclusi dal calcolo i ricoveri a carico del cittadino, quelli ambulatoriali e quelli assegnati al DRG 391. *** Sono esclusi dal calcolo i soli ricoveri a carico del cittadino.

Tavola 3. Indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa per istituto di ricovero. Anni 2011 e 2010.

Codice	Denominazione	Sede	Tasso Occupazione		Degenza Media		% DRG LEA		% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche		% Ricoveri ripetuti		% Parti cesarei	
			2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	82,7	105,0	8,75	8,82	14,7	15,7	77,0	72,5	6,7	6,8	41,6	37,8
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	59,3	63,1	6,30	6,12	23,9	23,0	46,7	43,6	5,9	5,0	48,2	51,0
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	88,6	75,3	7,13	7,00	13,1	14,3	65,3	63,1	5,8	6,0	37,7	42,9
130004	"Rinaldi"	Pescina	NC	66,3	NC	12,4	NC	14,5	NC	100,0	NC	6,4	NC	NC
130005	Provinciale C. di Sangro	C. di Sangro	77,4	75,7	5,97	6,17	24,1	28,0	41,8	33,4	6,1	5,4	NC	NC
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	88,3	86,6	23,9	16,3	NC	17,9	NC	90,1	3,0	1,9	NC	NC
130010	Di Lorenzo	Avezzano	71,9	74,9	8,12	7,63	15,8	19,2	73,5	67,4	2,9	2,9	NC	NC
130012	L'Immacolata	Celano	84,3	74,8	8,38	8,31	8,7	17,6	24,6	30,7	0,8	1,7	NC	NC
130013	S. Raffaele	Sulmona	99,6	100,0	50,3	50,3	NC	NC	NC	NC	4,0	1,8	NC	NC
130039	Ini Canistro	Canistro	74,2	85,7	5,02	4,95	41,0	51,9	NC	100,0	6,0	4,6	NC	NC
130040	Villa Letizia	L'Aquila	66,9	66,9	5,16	5,54	50,6	49,3	NC	NC	1,6	2,9	NC	NC
130041	Nova Salus	Trasacco	100,0	101,3	31,1	33,2	NC	NC	NC	NC	4,6	3,3	NC	NC
TOTALE ASL 201	Pubblico		79,8	81,8	7,85	7,89	16,1	18,0	64,7	62,7	6,1	5,9	40,8	42,5
	Privato		82,4	83,3	9,89	9,65	24,7	29,8	59,9	53,5	3,1	3,1	NC	NC
	Totale		80,4	82,2	8,31	8,29	18,0	20,7	63,9	60,6	5,4	5,3	40,8	42,5
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	93,1	93,2	7,78	7,32	13,3	15,0	67,5	60,8	6,0	6,2	48,7	50,9
130028	"Renzetti"	Lanciano	66,6	58,5	6,69	6,54	11,2	11,5	73,8	72,3	4,1	4,3	38,8	36,9
130029	Provinciale Vasto	Vasto	72,7	67,2	6,48	6,34	14,2	15,0	77,1	73,8	5,0	6,2	43,0	43,7
130030	"V. Emanuele"	Atessa	68,4	64,5	7,72	7,97	17,9	20,5	75,7	74,1	4,4	5,0	NC	NC
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	87,6	71,1	11,6	11,0	17,4	13,0	NC	NC	8,7	9,5	NC	NC
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	61,9	54,9	4,74	4,54	18,3	18,9	81,6	78,2	5,9	6,6	54,0	61,4
130033	"Consalvi"	Casoli	NC	65,4	NC	15,9	NC	33,5	NC	100,0	NC	4,0	NC	NC
130037	Provinciale Gissi	Gissi	NC	46,5	NC	14,0	NC	18,4	NC	100,0	NC	5,0	NC	NC

Codice	Denominazione	Sede	Tasso Occupazione		Degenza Media		% DRG LEA		% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche		% Ricoveri ripetuti		% Parti cesarei		
			2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	
130034	Villa Pini	Chieti	74,2	7,9	14,1	11,2	32,1	48,4	95,1	91,0	6,2	2,2	NC	NC	
130035	Spatocco	Chieti	71,3	81,4	6,70	7,01	24,8	25,6	86,7	84,0	1,7	2,5	NC	NC	
130042	S. Francesco	Vasto	94,7	66,1	25,9	27,5	NC	NC	NC	NC	3,8	3,8	NC	NC	
TOTALE ASL 202			Pubblico	78,7	72,2	7,15	7,11	13,9	15,8	73,2	66,6	5,4	5,9	46,0	47,5
ASL 203			Privato	74,6	37,5	10,7	8,49	27,2	27,1	90,8	80,1	3,8	2,5	NC	NC
ASL 204			Totale	78,1	65,2	7,65	7,25	15,8	16,9	79,0	67,9	5,2	5,6	46,0	47,5
130018	"Spirito Santo"	Pescara	89,0	89,2	6,80	6,67	27,7	27,5	37,2	34,6	8,6	9,4	32,1	41,5	
130019	"S. Massimo"	Penne	60,6	64,0	6,43	6,49	27,3	29,1	65,1	70,9	6,3	5,4	50,8	49,8	
130020	"SS. Trinità"	Popoli	78,0	52,1	6,05	5,98	35,4	38,5	51,6	45,1	6,4	8,1	NC	NC	
130022	Pierangeli	Pescara	82,8	80,7	4,77	4,68	28,4	31,9	79,9	78,2	3,4	4,0	NC	NC	
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	85,3	90,0	15,1	15,1	14,2	11,5	95,4	93,5	0,7	1,0	NC	NC	
TOTALE REGIONE			Pubblico	83,7	80,4	6,70	6,58	28,3	29,4	45,6	39,9	8,1	8,8	34,4	42,3
ASL 203			Privato	84,6	87,5	9,68	9,83	21,7	21,4	84,2	85,8	2,1	2,5	NC	NC
ASL 204			Totale	84,0	82,9	7,46	7,49	26,6	27,2	66,3	52,7	6,6	7,1	34,4	42,3
130014	"Mazzini"	Teramo	82,9	83,7	9,08	8,79	19,9	18,1	77,2	75,7	5,2	4,9	29,7	34,7	
130015	"Maria d. S."	Giulianova	84,7	84,3	10,8	10,1	29,4	32,8	47,4	43,2	5,9	7,4	NC	NC	
130016	"S. Liberatore"	Atri	76,8	78,0	7,85	7,61	27,0	23,5	69,4	67,6	5,7	6,0	46,3	44,4	
130017	Provinciale S.Omero	S. Omero	61,4	65,8	7,97	7,92	31,0	23,5	40,0	38,3	5,2	4,7	37,3	46,2	
TOTALE REGIONE			Pubblico	78,5	79,7	8,92	8,61	24,4	23,0	66,2	63,4	5,4	5,5	35,5	39,9
ASL 204			Privato	80,0	77,8	7,57	7,47	20,2	21,2	64,5	58,4	6,2	6,5	40,5	43,7
ASL 205			Totale	80,2	76,4	8,01	7,81	21,0	21,9	70,3	61,0	5,6	5,9	40,5	43,7

NC = Non calcolabile. Per la definizione degli indicatori si prega di vedere il testo. I dati sono relativi ai soli ricoveri ordinari (ad eccezione dei DRG LEA) e non comprendono la mobilità passiva extra-regionale e i ricoveri interamente a carico dell'assistito.

Tavola 4. Applicazione di alcune delle soglie minime di volumi di attività (1, 2 e 3) e di rischio di esito (4 e 5) previste per il triennio 2013-2015 in base alla proposta di Decreto sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (trasmesso alla Conferenza Stato-Regioni), utilizzando i dati relativi all'anno 2011.

Codice	Sede/ Denomin.	Codice UU.OO.	N. Colecistectomie Laparosc. (1)	Target Decreto (100 int.)	% Degenza post-op. ≤4 gg (4)	Target Decreto (≥60%)	Codice UU.OO.	N. int. su frat fem. (5)	% Degenza pre-op. ≤2 gg (6)	Target Decreto (≥60%)	Codice UU.OO.	N. By-pass aorto-coron. (2)	Target Decreto (150 int.)	N. PTCA (3)	Target Decreto (250 int.)
130001	L'Aquila	0903	77	No	75,3	Si	3601	96	40,4	No	--	0	--	148	No
130001	L'Aquila	0909	159	Si	91,1	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130002	Sulmona	0901	28	No	75,0	Si	3601	73	15,1	No	--	0	--	0	--
130002	Sulmona	0906	44	No	95,3	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130003	Avezzano	0901	132	Si	65,9	Si	3605	74	8,1	No	--	0	--	0	--
130003	Avezzano	--	0	--	--	--	3607	44	34,1	No	--	0	--	0	--
130005	C. di Sangro	0901	66	No	87,1	Si	3601	24	4,2	No	--	0	--	0	--
130006	Di Lorenzo	0901	83	No	87,0	Si	3601	4	0	No	--	0	--	0	--
130012	Imm. Celano	0901	9	No	62,5	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130039	INI Canistro	4309	109	Si	100,0	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130026	Chieti	0902	36	No	63,9	Si	3601	157	19,2	No	--	0	--	0	--
130026	Chieti	0903	181	Si	80,0	Si	--	0	--	--	0701	250	Si	440	Si
130028	Lanciano	0990	118	Si	82,0	Si	3690	110	30,7	No	--	0	--	0	--
130029	Vasto	0901	147	Si	95,9	Si	3601	98	18,6	No	--	0	--	0	--
130030	Atessa	0990	116	Si	99,1	Si	3690	74	21,6	No	--	0	--	0	--
130032	Ortona	0901	15	No	93,3	Si	3601	1	--	--	--	0	--	0	--
130034	Villa Pini	0900	130	Si	96,8	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130035	Spatocco	0900	213	Si	94,4	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130018	Pescara	0901	66	No	92,3	Si	3601	227	14,2	No	--	0	--	1062	Si
130018	Pescara	0903	26	No	96,1	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130019	Penne	0901	43	No	97,7	Si	3601	40	65,0	Si	--	0	--	0	--
130020	Popoli	0901	172	Si	92,8	Si	3601	39	69,2	Si	--	0	--	0	--
130022	Pierangeli	0900	220	Si	91,4	Si	3600	20	40,0	No	--	0	--	51	No
130024	Villa Serena	0901-67	69	No	97,5	Si	3601	4	100,0	Si	--	0	--	0	--
130014	Teramo	0901	86	No	87,1	Si	3601	109	14,0	No	0701	319	Si	494	Si
130014	Teramo	0902	105	Si	99,0	Si	--	0	--	--	--	0	--	0	--
130015	Giulianova	0901	117	Si	64,7	Si	3601	72	33,3	No	--	0	--	0	--
130016	Atri	0901	90	No	92,2	Si	3601	81	33,0	No	--	0	--	0	--
130017	S. Omero	0901	58	No	74,1	Si	3601	34	18,8	No	--	0	--	0	--
Pubblico	21 uu.oo.	1891	9 su 21	85,6	21 su 21	17 uu.oo.	1358	24,1	2 su 17	2 uu.oo.	569	2 su 2	2144 ric.	2 su 4	
Privato	7 uu.oo.	833	4 su 7	92,9	7 su 7	3 uu.oo.	31	41,9	1 su 3	0 uu.oo.	0	--	51 ric.	0 su 1	
Totale	28 uu.oo.	2724	13 su 28	87,5	28 su 28	20 uu.oo.	1389	24,6	3 su 20	2 uu.oo.	569	2 su 2	2195 ric.	3 su 5	

UU.OO = Unità operative. Sono inclusi tutti i ricoveri. (1) Codici ICD-9-CM 51.23 o 51.24 in ogni campo "Interventi". (2) Codici ICD-9-CM 36.10-36.17 in ogni campo "Interventi". (3) PTCA = Angioplastica coronarica percutanea: dati estratti dal Giornale Italiano di Cardiologia Invasiva 2012;2:24. (4) Degenza, post-operatoria. Solo ricoveri ordinari. (5) Codici ICD-9-CM 733.14, 733.15, 820.0-821.39 in ogni campo "Diagnosi", e codici 79.15, 79.25, 79.35, 79.45, 79.55, 79.65 e 79.95 in ogni campo "Interventi". (6) Solo ricoveri ordinari, di persone ≥65 anni.

Tavola 5. Trend di alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa.

Totale regionale	% Ricoveri da fuori Regione	Tasso Occupazione	Degenza Media	% DRG LEA *	% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche	% Ric, ripetuti	% Parti cesarei
Anno 2008	12,8	67,8	7,4	24,4	58,3	6,7	43,6
Anno 2011	11,4	80,2	8,0	21,0	70,3	5,6	40,5
Differenza % 10-05	-11,2	+18,2	+8,1	-14,1	+11,5	-16,7	-7,2

5.4. DRG LEA (Tavola 6)

Come in precedenza accennato, alcuni ricoveri, se effettuati in regime ordinario, sono considerati ad alto rischio di inappropriatezza, perché potrebbero essere svolti in regime ambulatoriale o diurno senza compromettere la qualità di cura (per lo meno teoricamente). Questi ricoveri “inappropriati” sono quelli assegnati ad una lista di 108 DRG diffusa dal Ministero della Salute. Per ciascuno di questi DRG separatamente, nella Tavola 6 è riportata la percentuale di “inappropriatezza”, ovvero la percentuale di ricoveri svolti in regime ordinario, per ciascuna ASL ed nel complesso, in modo che sia possibile identificare le aree più critiche ed intraprendere gli opportuni interventi.

Anche l’analisi per DRG, in ogni caso, riporta lo stesso quadro: nonostante i decreti specifici del Commissario ad acta (n. 50 e n. 63 del 2011), il livello di appropriatezza organizzativa non è diminuito sostanzialmente, passando dal 41,3% del 2010 al 40,7% del 2011. Addirittura, nelle ASL di Teramo (che già era la peggiore) e Lanciano-Vasto-Chieti, la percentuale di ricoveri “inappropriati” è cresciuta nell’ultimo anno. Posto che una certa percentuale di ricoveri ordinari è in ogni caso da tollerare, la persistenza di alcuni valori non appare invece facilmente giustificabile e segnala, da un lato, che vi sono tuttora notevoli margini di miglioramento nella gestione organizzativa di diverse unità operative, dall’altro lato che tali cambiamenti gestionali non sono evidentemente semplici e necessitano di tempi relativamente lunghi. Per meglio comprendere a cosa ci sta riferendo, nel 2011 il 93,3% dei ricoveri per aterosclerosi senza complicanze è stato svolto il regime ordinario, così come il 73,8% dei ricoveri per ipertensione (con un miglioramento – ovviamente – minimo rispetto al 2010).

Tavola 6. Percentuale di ricoveri svolti in regime di ricovero ordinario sul totale dei ricoveri assegnati a ciascuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in base al Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

DRG	Descrizione breve DRG	% Ric. Ordin. Regione	% Ric. Ordin. Regione	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 204	% Ric. Ord. 204
		2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
6	Decompressione del tunnel carpale	1,9	2,1	0,0	0,9	5,5	3,3	1,4	3,4	0,3	0,6
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	36,4	44,9	27,4	24,4	26,6	41,0	46,7	54,7	45,9	50,0
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	34,7	34,7	21,7	30,1	17,6	12,6	91,8	95,7	86,1	81,3
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	66,0	60,3	73,3	84,8	54,0	30,1	87,5	84,7	77,6	74,6
36	Interventi sulla retina	31,7	35,9	3,6	3,8	47,6	78,9	51,8	32,8	14,0	6,5
38	Interventi primari sull’iride	50,0	37,7	0,0	5,9	64,3	84,2	21,4	13,6	66,7	100
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	2,2	1,3	0,6	1,5	2,8	0,8	4,0	2,4	0,9	0,3
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l’orbita, età > 17 anni	11,1	13,4	17,1	15,7	11,5	15,8	6,8	8,6	50,0	33,3
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l’orbita, età < 18 anni	29,4	31,5	9,1	0,0	40,0	33,3	27,8	50,0	50,0	50,0
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	9,4	10,9	3,6	3,2	10,4	6,3	6,6	18,4	93,1	88,9
47	Altre malattie dell’occhio, età > 17 anni senza CC	48,9	45,5	38,1	37,5	57,5	63,8	45,8	41,6	59,3	23,6
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	44,4	40,7	26,7	11,1	33,3	66,7	61,1	33,3	50,0	100
55	Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	42,1	41,1	33,2	22,2	38,9	41,6	88,6	83,8	32,3	36,0
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	47,6	54,5	47,5	54,4	28,1	35,7	100	100	80,8	97,1
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	57,3	70,4	55,2	63,1	41,8	59,8	100	100	63,4	78,1
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	18,8	13,8	0,0	4,3	50,0	50,0	100	100	NC	0,0
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	44,1	33,3	33,3	46,7	27,8	6,3	100	100	100	50,0
65	Alterazioni dell’equilibrio	88,6	87,5	79,2	91,7	82,7	82,4	95,8	92,3	83,8	77,6
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età < 18	61,4	48,1	93,2	90,8	92,5	91,4	40,6	24,6	98,6	100
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	80,2	74,9	61,5	68,7	73,2	68,9	94,3	94,0	86,6	69,7
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	75,2	74,5	90,9	86,7	87,5	40,9	63,0	71,9	81,0	92,5
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	92,3	95,0	93,0	97,6	87,8	85,2	92,6	96,3	99,6	99,6
119	Legatura e stripping di vene	22,7	23,7	6,1	4,7	14,3	16,0	58,6	54,6	16,7	31,0
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	64,2	58,8	44,3	34,6	76,3	86,7	68,4	68,8	91,7	87,7

DRG	Descrizione breve DRG	% Ric. Ordin. Regione	% Ric. Ordin. Regione	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 204	% Ric. Ord. 204
		2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
133	Aterosclerosi senza CC	93,3	95,7	85,1	96,0	87,2	91,9	100	100	100	96,5
134	Ipertensione	73,8	78,0	53,3	68,8	63,4	70,0	78,8	86,7	99,2	97,6
139	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca no CC	59,8	71,2	46,8	64,1	48,2	67,7	61,4	76,4	74,6	78,2
142	Sincope e collasso senza CC	89,9	86,4	77,0	89,0	91,9	89,6	89,1	94,4	93,8	73,1
158	Interventi su ano e stoma senza CC	54,9	56,2	36,0	37,8	46,7	38,3	72,6	73,5	61,1	67,1
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	72,0	72,7	58,5	68,0	59,5	59,2	95,3	92,5	75,4	72,6
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	41,1	45,7	22,9	30,1	29,8	34,2	69,1	66,9	43,7	47,5
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	43,4	44,4	27,3	0,0	42,9	55,6	45,2	46,3	0,0	0,0
168	Interventi sulla bocca con CC	52,0	80,5	36,4	84,6	0,0	100	42,9	63,6	100	100
169	Interventi sulla bocca senza CC	28,2	38,3	21,0	33,0	31,7	41,4	31,3	44,6	38,5	44,7
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	87,2	84,7	66,9	80,9	84,7	76,8	92,3	85,5	95,3	91,9
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	69,0	69,4	62,1	71,3	94,4	96,8	57,5	54,9	97,4	97,7
187	Estrazioni e riparazioni dentali	9,9	41,5	28,6	23,5	7,1	18,8	8,3	40,7	9,1	61,8
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	51,2	46,0	40,5	36,6	63,4	52,1	45,9	44,3	75,7	62,5
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	41,4	51,6	51,9	64,7	72,2	55,7	22,2	33,5	91,5	88,0
208	Malattie delle vie biliari senza CC	94,6	94,5	82,4	86,3	98,9	96,5	93,8	94,3	99,6	98,8
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	57,1	55,9	66,9	58,9	44,6	49,1	61,5	67,7	44,0	37,1
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	52,0	51,8	10,0	40,9	56,3	60,0	56,9	47,2	57,1	100
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	27,8	28,3	15,1	15,0	34,9	41,3	46,7	43,2	13,5	12,3
232	Artroscopia	27,8	28,6	11,3	13,9	76,6	69,2	78,6	80,0	53,8	43,9
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	32,3	40,9	13,0	23,4	34,3	37,5	56,7	52,3	82,7	84,3
243	Affezioni mediche del dorso	82,6	85,8	71,9	75,4	85,9	87,9	83,9	87,9	90,4	91,2
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	80,0	39,7	84,2	35,6	96,7	67,3	64,2	24,3	52,7	76,1
248	Tendinite, miosite e borsite	76,0	67,4	71,4	83,1	86,0	83,1	70,5	53,0	32,7	38,4
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	90,7	90,2	95,5	97,7	96,2	91,9	76,0	90,2	82,6	81,4
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni no CC	27,8	33,5	33,3	35,1	84,2	84,0	12,7	9,6	55,0	65,0
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	47,5	56,8	43,2	34,1	75,0	92,7	39,6	46,0	60,0	63,6
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni no CC	87,0	89,2	92,5	86,9	96,2	96,1	75,0	79,6	79,1	87,8
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	92,9	92,8	97,2	98,1	96,8	97,1	53,6	52,4	79,5	84,7
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	14,9	14,4	8,5	9,7	9,3	10,4	37,8	20,8	52,5	49,1
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	10,5	9,3	5,2	4,4	6,9	6,4	15,5	16,9	55,8	28,0
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	49,2	53,5	73,8	68,6	6,2	11,4	57,1	51,4	33,3	100
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	20,7	18,7	14,4	12,9	27,5	21,3	20,1	15,9	24,6	33,6
276	Patologie non maligne della mammella	8,9	11,7	4,2	2,8	16,7	32,3	33,3	40,0	37,5	66,7
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	73,0	78,2	79,8	83,3	64,9	80,6	83,5	86,0	67,5	65,3
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	98,3	98,3	100	100	100	97,0	100	100	94,7	100
283	Malattie minori della pelle con CC	71,0	85,1	50,0	88,9	70,6	77,8	61,3	74,1	100	100
284	Malattie minori della pelle senza CC	35,0	40,4	26,0	22,3	24,5	37,2	41,2	51,0	42,9	52,6
294	Diabete, età > 35 anni	86,7	85,6	65,2	71,1	95,9	95,3	100	97,1	75,4	73,7
295	Diabete, età < 36 anni	92,0	90,4	85,7	87,5	100	100	100	100	81,8	78,9
299	Difetti congeniti del metabolismo	59,1	66,1	23,3	69,9	53,3	68,0	84,8	90,1	14,9	10,1

DRG	Descrizione breve DRG	% Ric. Ordin. Regione	% Ric. Ordin. Regione	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 204	% Ric. Ord. 204
				2011	2010	2011	2010	2011	2010	2011	2010
301	Malattie endocrine senza CC	18,8	20,9	6,4	7,5	18,5	14,6	57,1	48,0	13,6	21,8
317	Ricovero per dialisi renale	6,8	6,5	0,0	1,5	NC	NC	100	100	NC	NC
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia tramite US	46,1	65,0	47,5	74,2	13,8	23,0	86,5	98,4	81,6	79,4
324	Calcolosi urinaria senza CC	79,8	83,9	69,6	81,6	68,1	69,2	87,0	89,4	94,0	94,7
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	90,1	87,7	67,6	68,9	100	94,6	97,8	95,7	84,0	93,3
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18	66,0	63,5	83,3	100	100	100	44,4	44,1	100	100
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	47,4	60,0	25,0	66,7	71,4	33,3	66,7	75,0	20,0	50,0
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	72,2	69,9	65,7	62,3	81,8	63,1	50,0	67,2	87,7	87,3
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	37,4	34,2	93,3	88,9	100	93,3	24,3	23,6	100	75,0
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	35,0	39,7	17,6	19,4	30,3	35,0	51,1	50,8	88,9	72,5
340	Interv. su testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 aa	57,1	57,7	44,4	36,1	52,2	60,7	59,6	60,4	100	92,3
342	Circoncisione, età > 17 anni	9,3	11,0	4,4	0,0	8,8	11,6	15,3	14,6	2,2	9,5
343	Circoncisione, età < 18 anni	16,9	12,7	0,0	0,0	6,7	18,2	21,1	11,5	50,0	40,0
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	34,8	43,5	35,3	100	50,0	33,3	26,7	17,5	100	100
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	21,6	33,1	5,9	16,7	70,0	77,8	45,2	44,8	100	100
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	36,7	34,1	32,8	32,9	31,4	25,0	35,0	37,8	52,5	37,7
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	25,6	23,7	18,4	13,4	22,5	31,1	31,7	26,5	31,2	24,6
362	Occlusione endoscopica delle tube	15,0	26,3	0,0	50,0	0,0	7,1	NC	100	100	100
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	15,2	17,9	9,3	12,0	25,6	29,1	19,3	20,3	24,1	19,5
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	46,7	48,1	31,1	40,0	72,8	68,8	62,7	50,7	56,7	45,3
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	64,4	64,7	75,0	75,0	25,0	38,9	81,3	81,3	55,6	76,9
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	19,1	21,8	18,1	18,7	10,6	14,7	31,0	34,7	20,5	23,0
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni med.	95,5	90,1	83,0	74,5	82,0	89,9	100	98,8	94,4	93,2
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	70,3	73,6	73,7	85,9	78,6	74,4	57,3	66,0	74,4	75,5
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	60,9	67,2	100	91,7	66,7	70,0	36,0	52,9	100	87,5
399	Disturbi sist. reticolocitoteliale e immunitario senza CC	52,8	50,0	35,9	57,1	59,1	36,0	54,9	49,5	65,2	63,0
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	37,8	34,2	27,4	33,1	21,7	9,6	45,0	41,6	48,3	48,3
409	Radioterapia	95,0	55,6	NC	NC	0,0	0,0	100	57,1	100	100
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	4,8	6,2	1,1	13,4	6,3	0,6	6,2	11,1	2,5	1,1
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	9,0	12,5	40,0	48,1	6,0	6,3	9,5	13,8	28,6	42,1
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	29,4	38,6	80,0	80,0	13,3	28,6	64,3	53,8	0,0	9,1
426	Nevrosi depressiva	67,1	79,8	40,9	36,4	73,3	78,9	73,7	83,1	100	100
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	28,9	35,4	0,6	5,8	78,9	61,1	77,1	66,7	100	100
429	Disturbi organici e ritardo mentale	62,6	69,6	22,0	47,0	93,1	83,3	69,9	71,9	100	93,4
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	3,2	2,3	1,8	2,9	6,0	3,6	0,0	0,0	NC	NC
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	30,6	19,4	49,3	9,5	10,7	32,7	24,2	20,9	0,0	16,7
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	54,1	60,4	44,5	51,6	41,3	43,8	65,6	73,5	60,6	51,1
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	12,2	23,7	75,0	77,8	1,8	2,1	33,3	47,9	75,0	83,3
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	44,1	40,9	28,6	27,1	69,2	62,6	68,4	78,1	55,9	31,5
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	30,0	36,2	29,5	31,4	34,2	42,3	38,8	50,4	18,5	23,6
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	96,9	98,5	98,1	100	94,1	92,3	95,0	98,1	100	100
564	Cefalea, età > 17 anni	75,1	68,3	78,6	86,8	87,1	90,5	60,0	51,0	100	90,2
	Totale DRG LEA	40,7	41,3	31,3	35,1	37,7	36,0	46,8	47,7	51,7	49,7

Ric. = Ricoveri; Ord. = Ordinari; Tot. = Totali; 201 = ASL Avezzano / Sulmona / L'Aquila; 202 = ASL Lanciano / Vasto / Chieti; 203 = ASL Pescara; 204 = ASL Teramo. NC = Non calcolabile.

5.5. Il Territorio (Tavola 7 e Figure 37 e 38)

Nello scorso Report ci siamo limitati a riportare i dati relativi al numero ed alla densità (e relativi trend) dei Medici di Medicina Generale e di Pediatri di Libera scelta. Poiché i dati del 2011 non modificano sostanzialmente il quadro precedente, tali indici non sono stati riportati nuovamente in questo Report. Al contrario, e fortunatamente, sono riportati i risultati di un Progetto Ministeriale, che ha permesso di calcolare alcuni tra i pochissimi indicatori validati della qualità dell'assistenza territoriale, ovvero i Prevention Quality Indicators (PQI), definiti dalla Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Il Progetto è svolto da Università Sapienza di Roma, Università "G' d'Annunzio" di Chieti-Pescara, ASR-Abruzzo, SIMG e Distretti di Francavilla e Pescara Nord.

In estrema sintesi, questi indicatori PQI sono semplicemente dei tassi di ricovero (pesati per età), per alcune patologie, la cui ospedalizzazione può essere il più delle volte evitata attraverso un efficace sistema di cure primarie. L'elenco delle patologie è riportato nella Tavola 7. Gli indicatori sono stati calcolati per il triennio 2008-2010 utilizzando al dettaglio le specifiche americane, disponibili nella "AHRQ QI, Prevention Quality Indicators #1, Technical Specifications" (www.qualityindicators.ahrq.gov), e sono stati estratti dalle SDO abruzzesi e di altre tre regioni (Lazio, Lombardia ed Emilia-Romagna) ed una ASL (Trieste) di riferimento. Nonostante i PQI siano stati testati in diversi rapporti italiani (es. SDO 2009, Programma Operativo Appropriatezza) per il confronto tra le regioni, è la prima volta che vengono impiegati per il confronto tra le ASL.

Oltre a diversi indicatori singoli, esistono tre indicatori composti, che derivano dalla semplice somma pesata dei precedenti. Gli indicatori composti, il PQI 90 (complessivo), PQI 91 (riferito alle sole patologie acute), e PQI 92 (riferito alle sole patologie croniche), sono stati riportati nelle Figure 37 e 38, mentre i PQI singoli sono elencati, per ciascuna ASL e ciascun anno, nella Tavola 7.

Per ciò che concerne l'indicatore composito PQI 90, indice approssimato della situazione globale, dalla Figura 37 si evince in primo luogo come l'Abruzzo mostri tassi di ricoveri "evitabili" sostanzialmente superiori alla media delle altre regioni considerate, con la significativa eccezione della ASL di Teramo, nella quale si osservano invece valori nettamente migliori delle altre ASL regionali in tutti e tre gli anni in esame. In secondo luogo, si può notare come il tasso di ricovero sia sceso dal 2008 al 2010 del 9,3% a livello regionale, con una punta del 17,1% nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti (che era tuttavia la peggiore), ed un minimo del 2,6% nella ASL di Pescara. Il PQI 92, riferito alle sole patologie croniche, mostra un andamento analogo e non è stato mostrato, mentre il PQI 91, riferito alle sole patologie acute, mostra invece un trend decisamente negativo, essendo cresciuto sia in Abruzzo, in tutte le ASL eccetto Teramo, sia nelle altre regioni di riferimento (+7,5% in Abruzzo – Figura 38).

È tuttavia l'analisi dei singoli tassi di ricovero che mostra i risultati più interessanti per capire dove potrebbe essere più logico intervenire: l'Abruzzo mostra infatti dei tassi di ricovero "evitabile" in linea o addirittura inferiori alle altre regioni per molti PQI (Tavola 7). In particolare, il sistema territoriale regionale sembra molto efficace – in tutte le ASL – nel prevenire i ricoveri per complicanze a lungo termine del diabete, per diabete non controllato, e per BPCO o asma in adulti anziani. Al contrario, con l'eccezione di Teramo, il territorio regionale mostra un efficacia assai minore nel settore cardiovascolare: i tassi di ospedalizzazione per tutti e tre gli indicatori di pertinenza cardiologia – ipertensione, scompenso cardiaco e angina senza procedure – sono decisamente più alti rispetto alla media delle altre regioni di riferimento nelle altre tre ASL regionali. Più complesso, infine, il quadro relativo ai ricoveri per asma in giovani adulti: se le ASL di Teramo e Avezzano-Sulmona-L'Aquila mostrano valori inferiori addirittura al riferimento, i dati sono negativi nell'intero triennio per le ASL di Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti.

In chiusura di questo capitolo e dei due precedenti capitoli, va segnalato che sono disponibili altri indicatori della qualità dell'assistenza, sia territoriale che ospedaliera, nel Programma Valutazione Esiti dell'Age.Na.S, disponibile (dietro richiesta di accesso) al sito: http://151.1.149.72/pne11_new/.

Figura 37.

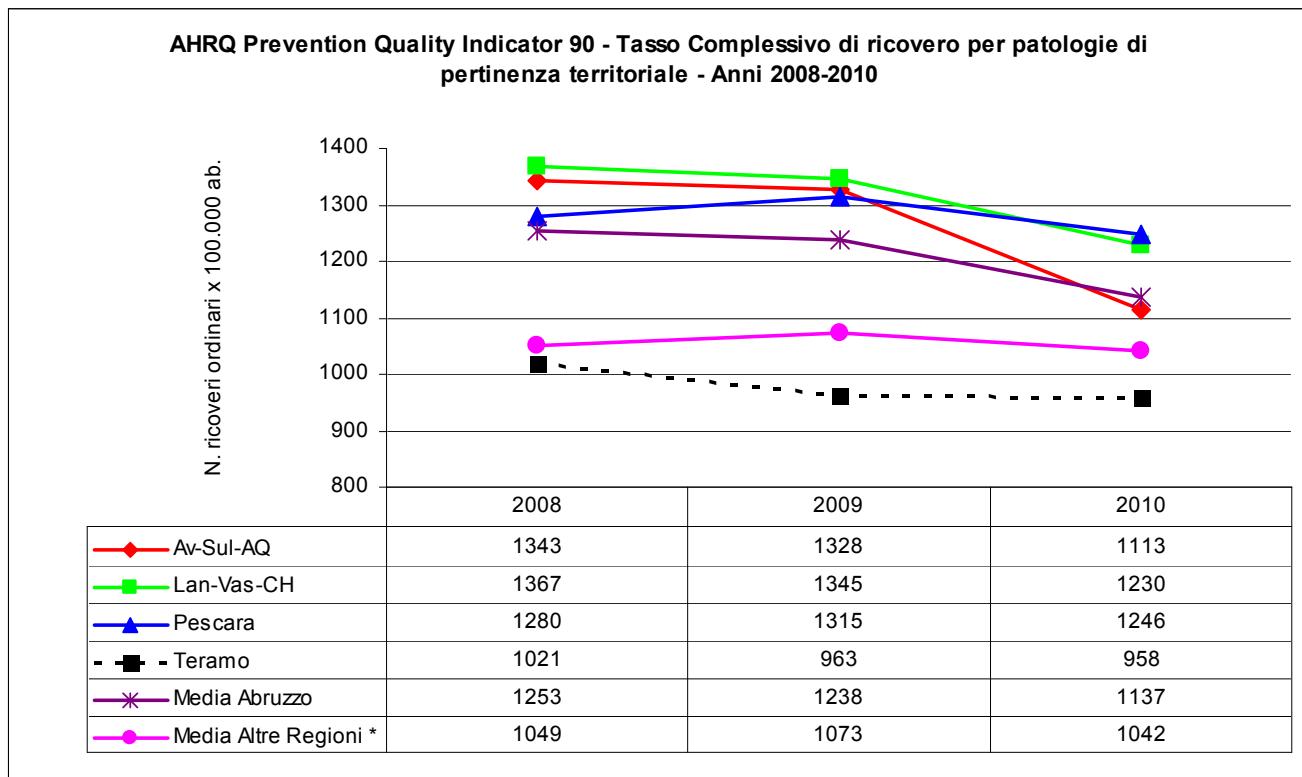


Figura 38.

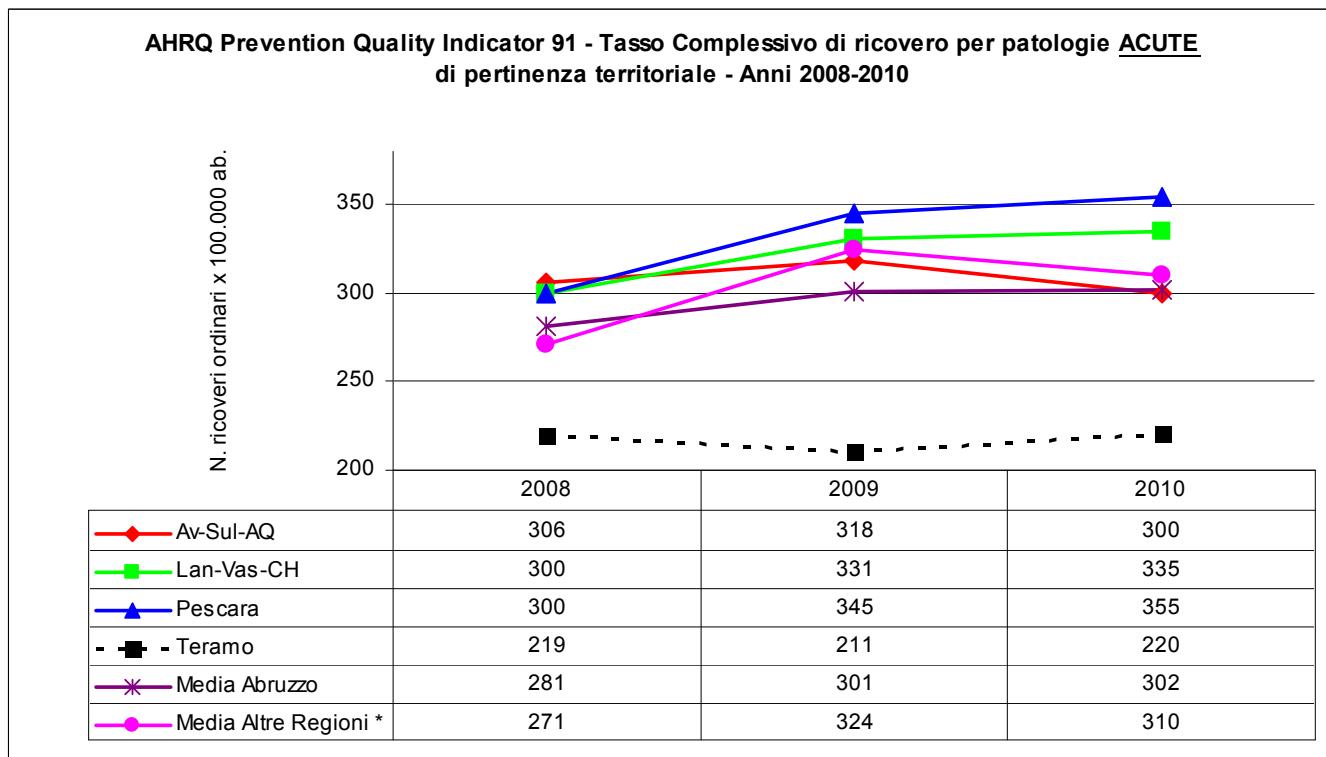


Tavola 7. AHRQ Prevention Quality Indicators – Tassi di ricovero per patologie “di ampia pertinenza territoriale”. Anni 2008-2010.

ASL	201			202			203			204			Abruzzo			Altre Regioni *		
	Anno	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009	2010	2008	2009
PQI 1 - Complicanze a breve termine del diabete	15	15	10	16	7	10	9	10	10	26	26	25	16	14	14	13	12	11
PQI 3 - Complicanze a lungo termine del diabete	48	41	35	42	41	26	68	59	37	45	38	35	51	45	33	75	65	68
PQI 5 - BPCO o asma in adulti anziani	320	317	150	391	314	110	414	367	251	330	281	226	364	320	184	282	271	225
PQI 7 - Ipertensione	137	153	68	111	103	98	95	82	64	81	63	58	106	100	72	60	51	50
PQI 8 - Scompenso cardiaco	593	557	575	556	565	611	444	491	540	366	397	427	490	503	538	395	365	411
PQI 10 - Disidratazione	46	34	56	35	33	46	35	35	40	12	9	12	32	28	38	30	30	32
PQI 11 - Polmonite batterica	197	221	200	193	235	225	187	241	239	145	140	149	180	209	203	189	217	210
PQI 12 - Infezioni delle vie urinarie	63	63	44	71	62	64	77	68	75	62	62	59	68	64	60	61	69	66
PQI 13 - Angina senza procedure	170	139	148	119	121	126	113	120	129	146	140	115	137	130	130	116	114	104
PQI 14 - Diabete non controllato	27	26	22	31	25	21	37	34	29	38	27	23	33	28	24	49	45	44
PQI 15 - Asma in giovani adulti	83	86	63	240	254	211	259	243	211	172	110	110	189	173	149	146	109	125
PQI 16 - Amputazione estremità inf. in diabetici	7	8	7	10	10	9	9	8	9	10	9	9	9	9	8	8	8	7

* Oltre all’Abruzzo, Lazio, Lombardia, Emilia Romagna e ASL di Trieste.

5.6. Posti letto, fabbisogno e bacini d'utenza (Tavola 8 e Figure 39-41)

Il numero di posti letto ospedalieri per ciascun presidio abruzzese, per gli anni 2010 e 2011, è stato riportato nella Tavola 2. È opportuno tuttavia aggiungere alcune considerazioni complessive sul trend regionale e di ciascuna ASL. A seguito delle già menzionate misure di riordino dei servizi ospedalieri regionali, in Abruzzo il totale dei posti letto accreditati e certificati per ricoveri ordinari continua a scendere, sia nel settore pubblico che nel privato, passando da un numero complessivo di 4962 nel 2008, ai 4460 del 2011 (-502 posti letto, pari a -10,1% – Figura 39). Dal 2008 i posti letto sono scesi in modo sostanzialmente simile sia nel settore pubblico (-9,9% – Figura 40) che in quello privato (-10,9% – Figura 41).

Stratificando per ASL, nel settore pubblico la riduzione è stata relativamente uniforme, mentre nel privato si sono osservate differenze marcate: se nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila i posti letto sono scesi del 26,3%, nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti essi sono rimasti sostanzialmente stabili (+0,7%). Tale dato può in parte stupire, poiché proprio quest'ultima ASL aveva nel 2008 in più elevato tasso di posti letto per abitante (Tavola 8), e continua ad averlo nel 2011. In questo senso, lo squilibrio tra le varie ASL abruzzesi, notevole anche considerando il tasso standardizzato per età, non si è ridotto dal 2008 al 2011. In ogni caso, il tasso di posti letto ospedalieri per 1000 abitanti si è ridotto nella nostra regione fino ad arrivare ad essere in linea con il target di 3,3 posti letto complessivi (di cui 3 per ricoveri per acuti e 0,3 per ricoveri in lungodegenza/riabilitazione) indicato dal Ministero della Salute per il 2013-2015. In questo senso, l'Abruzzo rappresenta una delle poche regioni del centro-sud che già nel 2011 era riuscita ad ottenere un tale risultato.

Relativamente al fabbisogno di posti letto, nel precedente Report 2010 è presente un paragrafo specifico. Poiché i valori non sono sostanzialmente cambiati, e dato che sono presenti nel decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012 n. 135, una serie di indicazioni che devono essere forzosamente integrate nel calcolo del fabbisogno di ciascuna regione, infine considerando che il calcolo previsto (3,0 posti letto ordinari per 1000 abitanti) è già stato raggiunto, non abbiamo ritenuto necessario aggiornare il Report 2010, cui si rimanda per il dettaglio della metodologia e l'analisi per ASL.

Per ciò che concerne, infine, i bacini di utenza dei diversi ospedali abruzzesi, essi sono stati analizzati dettagliatamente in un Report "Bacini d'utenza degli ospedali abruzzesi: analisi per comune", che contiene un'analisi specifica per ogni comune ed ospedale, ed è attualmente in corso di pubblicazione da parte dell'ASR-Abruzzo, e sarà presto disponibile al sito <http://www.asrabruzzo.it/pubblicazioni/report-epidemiologici.html>.

Figura 39.

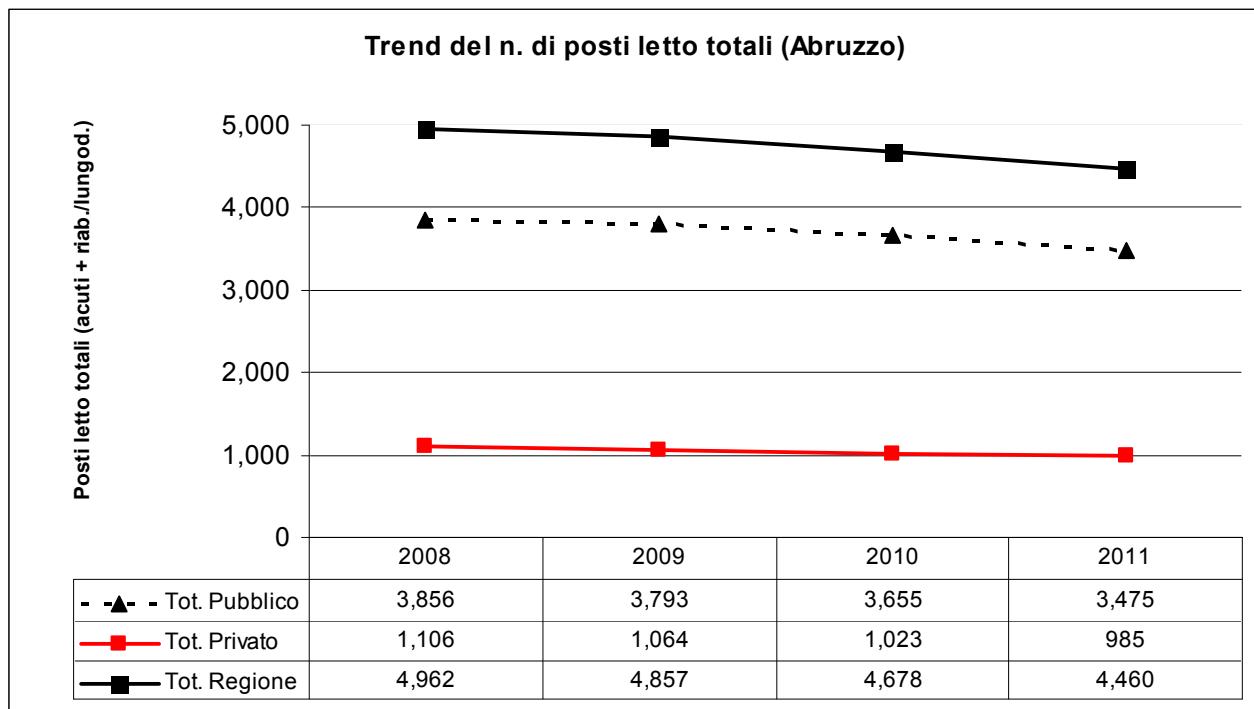


Figura 40.

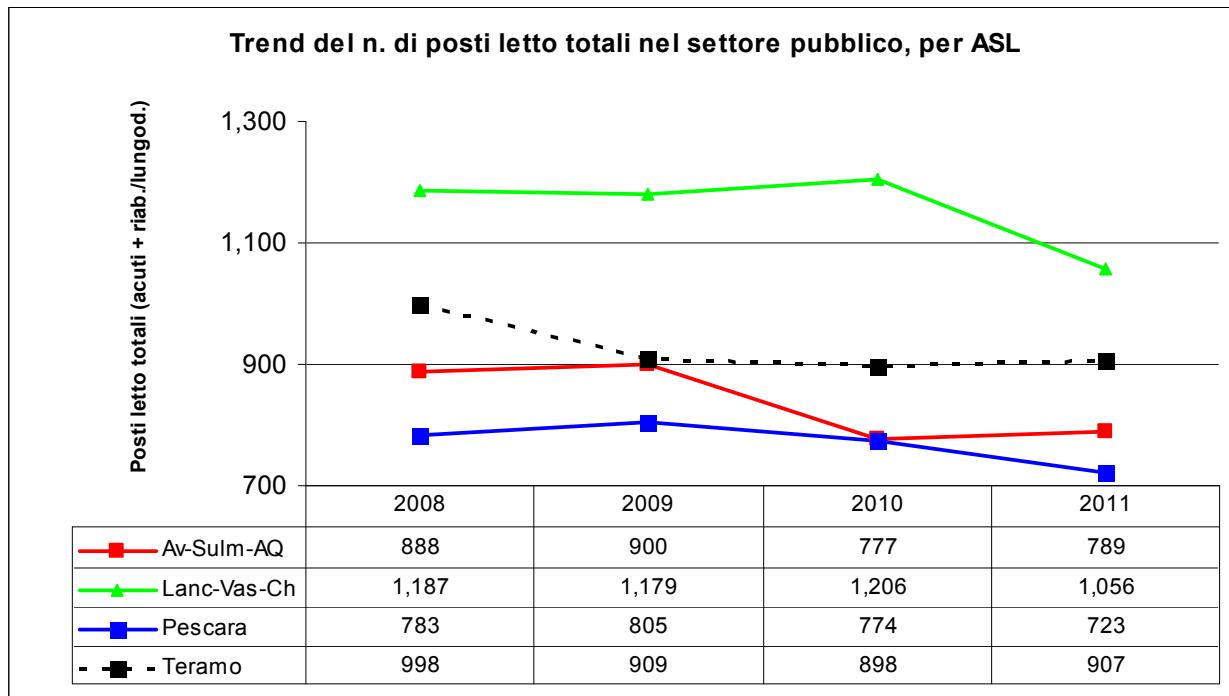


Figura 41.

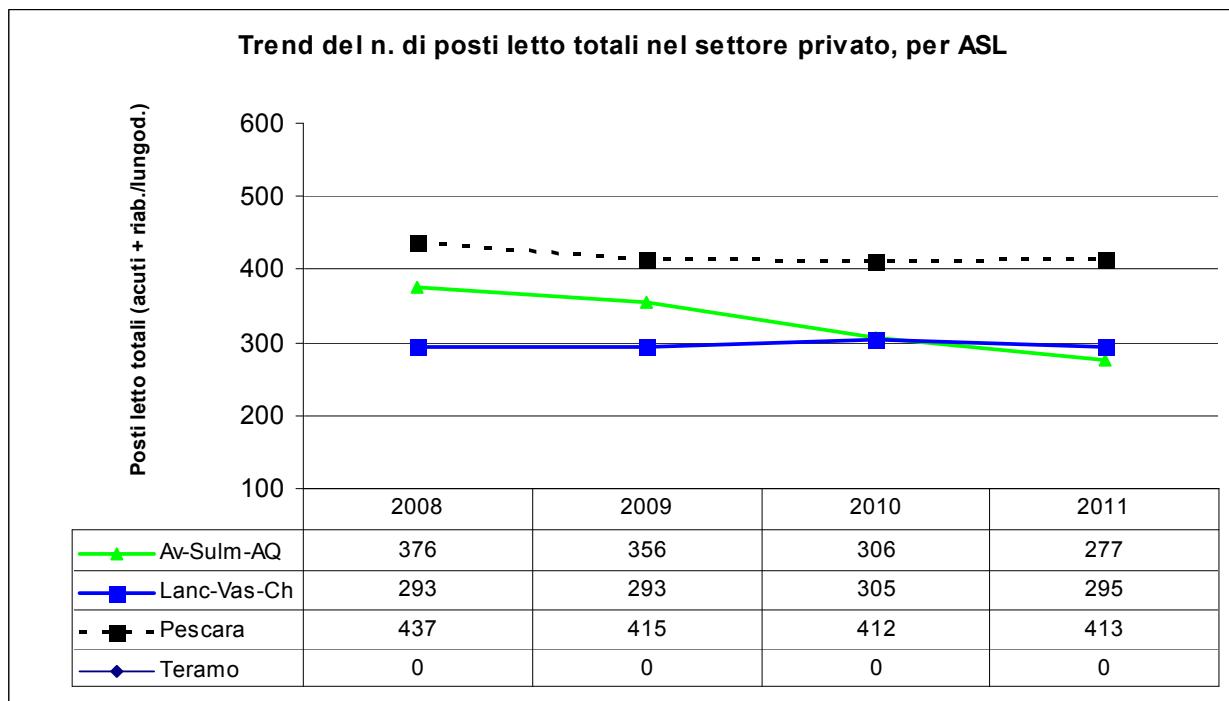


Tavola 8. Trend nel tasso di posti letto ospedalieri (inclusa riabilitazione/lungodegenza), anni 2008 e 2011.

ASL	Posti Letto 2011	Posti Letto 2008	Tasso PL X1000 ab. 2011	Tasso PL X1000 ab. 2008
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1.066	1.264	3,44	4,11
Lanciano-Vasto-Chieti	1.351	1.480	4,33	4,84
Pescara	1.136	1.220	3,52	3,86
Teramo	907	998	2,28	2,53
Totale Regione	4.460	4.962	3,32	3,75

5.7. Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera (Figure 42-43)

Il tema è talmente ampio e complesso da meritare un report specifico, con un livello di dettaglio che va molto al di là degli obiettivi del presente Report (ed è invece presente negli annuali Rapporti OsMed). Inoltre, l'uso dei farmaci negli ospedali abruzzesi è stato oggetto di un Report specifico, disponibile al sito <http://www.asrabruzzo.it/pubblicazioni/report-epidemiologici.html>. In questa sede, ci limitiamo a riportare il trend regionale, a confronto con quello nazionale, di due dei principali indicatori dell'uso dei farmaci.

Come nel resto d'Italia, anche in Abruzzo il consumo di farmaci erogati dalle farmacie a carico del SSN è in lieve ma costante aumento (Figura 42): dal 2008 al 2011, il consumo (tipicamente indicato come dosi definite giornaliera per 100 abitanti, ovvero la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti) è cresciuto del 4,2% in Italia, del 3,8% in Abruzzo. Come nel 2008, anche nel 2011 il consumo medio regionale era leggermente più elevato della media nazionale.

Negativo invece il dato relativo alla spesa farmaceutica territoriale linda pro capite a carico del SSN. Mentre in Italia, dal 2008 al 2011 la spesa si è ridotta del 4,2% (Figura 43), in Abruzzo è rimasta sostanzialmente stabile (+0,9%), e si è in tal modo accresciuta la forbice tra il valore medio abruzzese e quello nazionale (+7 euro pro capite nel 2008; +18 euro nel 2011).

Figura 42.

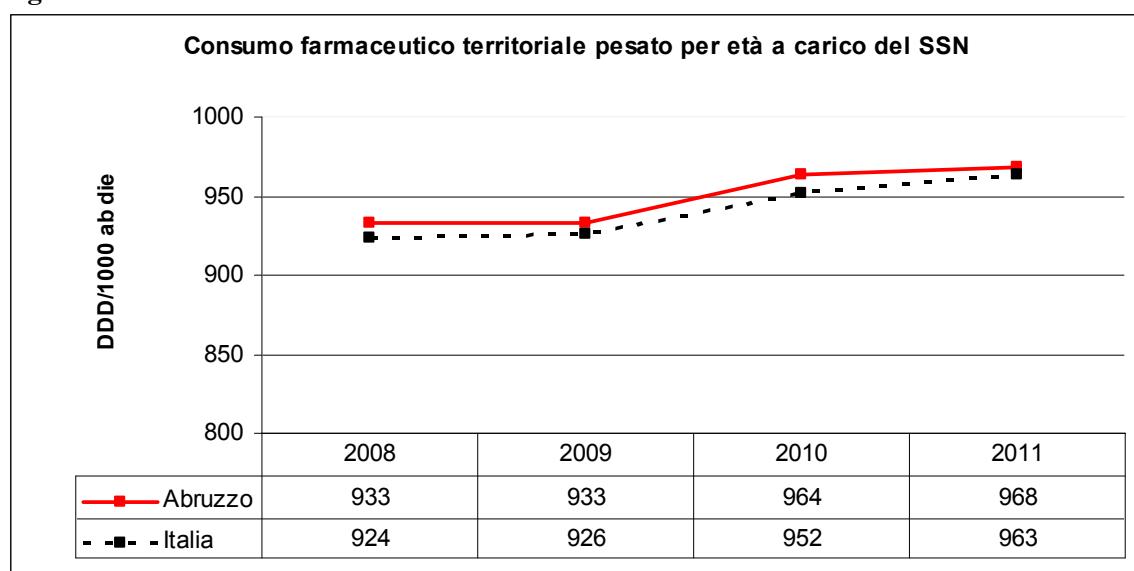
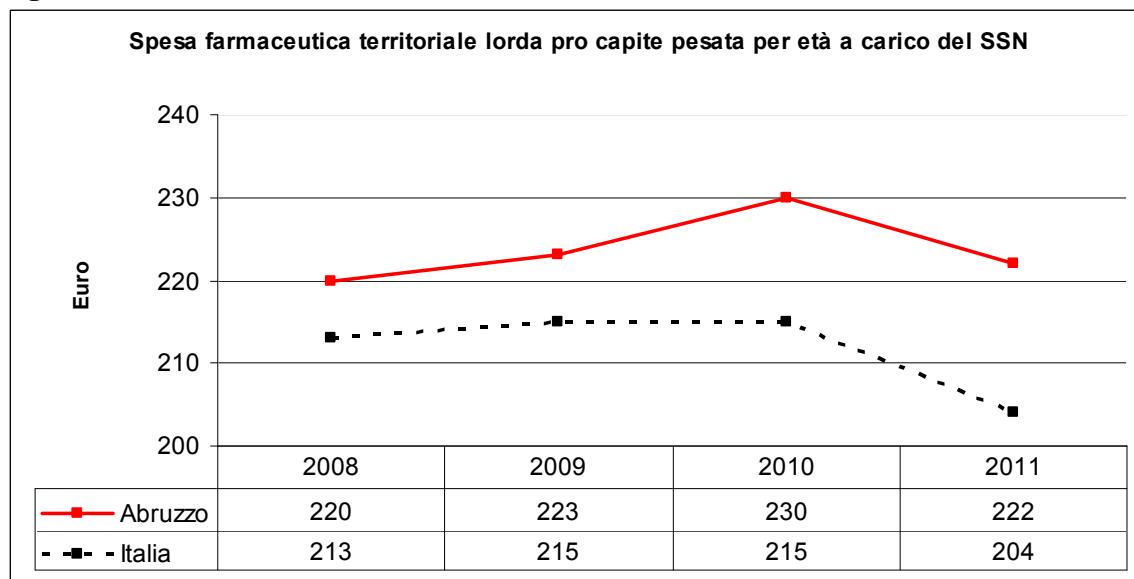


Figura 43.



5.8. Residenze Sanitarie Assistiti (RSA) / Residenze Assistenziali (RA)

Come per il fabbisogno dei posti letto ospedalieri, anche per quanto concerne le RSA o RA non sono emerse modifiche sostanziali rispetto a quanto riportato nel Report 2010 (è stato attivato tuttavia il flusso informativo specifico e, pertanto, nuovi dati assai più accurati e completi rispetto agli attuali dovrebbero essere disponibili in un futuro prossimo). Di conseguenza, si rimanda al precedente Report, le cui conclusioni erano le seguenti: “nel complesso, l’offerta residenziale destinata ad anziani / disabili non è cresciuta in modo sostanziale, continua ad essere notevolmente disomogenea tra le ASL regionali, ed è decisamente inferiore alla media nazionale, nonché al fabbisogno stimato nel 2005 dalla Commissione Nazionale per la definizione e l’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza”.

5.9. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Anche in questo caso, non possiamo che rimandare ogni analisi al precedente Report 2010, poiché al momento non sono disponibili nuovi dati. Occorre notare, tuttavia, che in diverse ASL regionali le attività ed il personale dedicato all’Assistenza Domiciliare Integrata, perlomeno a livello di Piano Aziendale, sono in via di potenziamento.

5.10. Soddisfazione dei pazienti

Non essendo ancora disponibili i dati aggiornati di Health for All, al momento della stesura del presente Report, anche le informazioni relative alla soddisfazione dei pazienti per i servizi ospedalieri sono ferme all’anno 2010, e non vi è alcuna novità rispetto a quanto riportato nel Report 2010. Ricordiamo che, se nel 2008 la percentuale di abruzzesi che si dichiarava molto soddisfatta dell’assistenza ricevuta era del 26,7%, nel 2010 tale quota era salita al 34,0% (+27%), avvicinandosi alla media nazionale, nel frattempo salita al 39,1%.

Da notare, infine, che è al momento in essere in alcuni distretti abruzzesi (Francavilla e Pescara Nord) un progetto sperimentale del Ministero della Salute, in collaborazione con le Università di Chieti e Sapienza di Roma, e la Società Italiana di Medicina Generale, che prevede la rilevazione della soddisfazione di tutti i cittadini nei confronti del proprio Medico di Medicina Generale e del proprio Distretto Sanitario di Base. I risultati di tale progetto, tuttavia, non saranno disponibili prima di alcuni mesi.

6. La Prevenzione: screening oncologici, vaccinazioni, stili di vita

Come per gli argomenti immediatamente precedenti, anche per questi ultimi ambiti, nonostante l'importanza dei temi, non è stato ritenuto necessario aggiornare le informazioni del precedente Report 2010. Questo per motivi diversi: nel caso dei tre screening oncologici tradizionali (cervice uterina, colon-retto e mammella), perché il tasso di copertura è purtroppo sceso nel 2011, fino ad avvicinarsi allo 0% in tutte le ASL, a causa di un riordino complessivo del sistema. Con la parziale eccezione dello screening della cervice uterina, il cui tasso di copertura ha superato il 20% in alcune ASL, gli altri screening oncologici (mammella e colon-retto) sono stati pressoché fermi nel 2011. Non ha quindi senso riportare (e commentare) tavole con valori pari o vicini allo zero per tutte le ASL.

Per quanto riguarda invece le vaccinazioni obbligatorie, esse si sono mantenute sugli stessi livelli del 2010 (anche la vaccinazione antinfluenzale negli anziani, ferma al 60,2%), con valori di copertura superiori al 90% in tutte le ASL per le vaccinazioni obbligatorie, ed il quadro d'insieme – sostanzialmente positivo – non è cambiato.

Infine, relativamente agli stili di vita, il database Istat Health for All non ha ancora aggiunto i dati relativi all'anno 2011 al momento della stesura del Report, e non vi sono quindi informazioni aggiuntive rispetto al precedente Report. Nel complesso, il trend era positivo (in miglioramento) sia per quanto riguarda la prevalenza di fumatori che il tasso di ricovero per abuso di sostanze stupefacenti, mentre la quota di obesi era in lieve crescita.

Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2011



Basilica di San Giovanni in Venere – Fossacesia (CH)