

Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2012



Abbazia di San Clemente a Casauria (PE)



A cura di:

Lamberto Manzoli

Vito Di Candia

Adriano Murgano

Maria Elena Flacco

Amedeo Budassi

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 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

ASR ABRUZZO – AGENZIA SANITARIA REGIONALE

Via Attilio MONTI, 9 – 65127 Pescara – Tel. 085 450871 – Fax 085 4508720

agenzia.sanita@asrabruzzo.it - www.asrabruzzo.it

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 (Tavole 2-3)	21
5. L'assistenza Sanitaria	24
5.1. Assistenza ospedaliera – i ricoveri per tipologia (Figure 30-35)	24
5.2. Mobilità sanitaria (Figure 8 e 35; Tavole 4-6)	28
5.3. Peso Medio DRG e Degenza Media (Figure 36-37)	32
5.4. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 7-9)	34
5.5. DRG LEA (Tavola 10)	41
5.6. Il Territorio (Figure 38-39; Tavola 11)	44
5.7. Posti letto, fabbisogno e bacini d'utenza (Figure 40-42; Tavola 12)..	47
5.8. Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera (Figure 43-44)	49
5.9. Residenze San. Assistiti (RSA e RA) (Tavola 13; Figura 45)	50
5.10. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Figura 46).....	51
5.11. Soddisfazione dei pazienti (Figura 47)	52
6. La Prevenzione: screening oncologici, vaccinazioni, stili di vita (Tavola 14; Figure 48-50)	53

1. Premessa

Questo Report segue i due analoghi pubblicati da ASR-Abruzzo nel 2010 e 2011 (entrambi disponibili al sito: <http://www.asrabruzzo.it/relazioni-sanitarie.html>); sia nel Report 2010 che in quello 2011, per la maggioranza degli indicatori (ovvero ovunque vi fossero le informazioni) sono stati analizzati i dati relativi a più anni (5 o 4). 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 profondo del sistema sanitario regionale in molte delle sue principali componenti, e consentito alla Regione Abruzzo di avviare il processo di risanamento economico. Di conseguenza, è 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 cinque anni, dal 2008 al 2012. 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 il quinquennio del Piano di Rientro.

Anche in questo Report si è scelto di prediligere la sintesi e la chiarezza delle informazioni rispetto alla completezza ed esaustività del dato. Questo, in primo luogo, per 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. In secondo luogo, non avrebbe avuto senso riportare in toto quanto già disponibile presso altre fonti specializzate e di libera 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 (<http://demo.istat.it/>, <http://www.istat.it/sanita/Health/> - Health for All); in diverse analisi o banche dati del Ministero della Salute (Rapporti sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO, anni 2010 e 2011, <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/paginaInternaRicoveriOspedalieri.jsp?menu=rappor&id=1237&lingua=italiano>); nel Rapporto OsMed 2012 e precedenti (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rappor&id=1237&lingua=italiano>), nel Rapporto Osservasalute 2012 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 i Report "Bacini di utenza degli ospedali abruzzesi - Analisi per comune", "Dati di attività 2011 dei Pronto Soccorso della Regione Abruzzo", "Mobilità Sanitaria Passiva extra-regionale", "Rapporto sull'uso dei Farmaci in Ospedale", e altri ancora (<http://www.asrabruzzo.it/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.regione.abruzzo.it/idossier/analisi+della+mortalita+in+abruzzo+2006-2007.htm>).

Purtroppo, diversi degli indicatori predetti sono liberamente disponibili, per gli anni più recenti, solamente a livello regionale e non per singola provincia. Questo è un ulteriore motivo per cui alcuni indicatori non sono stati inseriti. Degno di nota è il recente aggiornamento (Health for All Giugno 2013), dopo una pausa di diversi anni, dei dati sulla mortalità per causa, che è stata aggiornata all'anno 2010 sia a livello regionale che provinciale.

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

Dopo circa 10 anni di aumento costante, nell'anno 2012 il numero di residenti in Abruzzo (e in Italia) è sceso. Rispetto al 2008, il calo complessivo è stato dell'1,3% (pari ad oltre 17.500 abitanti), concentrato soprattutto nelle province di L'Aquila e Chieti. Questo calo sembra essere dovuto in buona parte alla diminuzione degli stranieri residenti (oltre 12.000 unità in meno nel solo 2012), ma anche ad un più preciso calcolo da parte dell'Istat sulla base del Censimento 2011. Probabilmente per effetto di questa diminuzione di stranieri, mediamente più giovani, la percentuale di anziani ha ripreso a crescere in tutte le province dopo anni di stabilità, superando il 22% (nettamente al di sopra della media nazionale). Osservando i singoli comuni, emergono contesti molto critici: i comuni con un anziano ogni tre residenti sono passati da trenta a settanta. I dati relativi alla speranza di vita alla nascita sono fermi al 2011, anno nel quale si registrava una continua crescita, arrivando a 79,2 anni per i maschi e 84,9 anni per le femmine (dati molto simili a quelli nazionali, pari a 79,4 anni per i maschi e 84,5 anni per le femmine).

Relativamente all'assistenza ospedaliera, nel quinquennio 2008-2012 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 16,3%, mentre il numero di ricoveri effettuati fuori regione è rimasto sostanzialmente stabile. Tradotto in cifre, rispetto al 2008 gli abruzzesi hanno effettuato 64 ricoveri in più fuori regione, ma sono stati svolti 55.386 ricoveri in meno dentro la regione (-39.989 nel settore pubblico, pari a -17,7%; -15.397 nel privato, pari a -20,0%). Negli stessi anni, i ricoveri si sono ridotti anche nel resto d'Italia, ma in misura minore (-11,2%). 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 2012, ovvero 180 ricoveri x 1000 abitanti, si è molto avvicinato alla media nazionale (168 x1000), che appare realisticamente raggiungibile nel breve termine.

Tra le possibili, molteplici cause della drastica riduzione dei ricoveri ospedalieri (così come del miglioramento dell'efficienza generale del sistema, discusso nel paragrafo seguente), vanno annoverati quegli interventi organizzativi del Piano di Rientro, così come altre misure legislative e organizzative regionali (tra le quali, ad esempio, il riordino della rete ospedaliera), 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, continue per diversi anni, 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 (ovvero l'impiego dell'adeguato ambito assistenziale per un ricovero: ordinario, diurno o ambulatoriale) 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: i tassi di mortalità per tutte le cause, per tumori e per malattie cardiovascolari sono rimasti stabili fino al 2010 (ultimo dato disponibile), e sono in linea con la media nazionale; il tasso di occupazione medio dei posti letto ospedalieri è cresciuto decisamente, arrivando ad una media regionale dell'81%; la degenza media dei ricoveri ordinari è rimasta sostanzialmente stabile (anche se rimane superiore alla media nazionale), 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 del 21,3%, e la percentuale di questi DRG svolti in regime ordinario è diminuita, anche se di poco (-6,5%); la percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da unità operative chirurgiche è cresciuta del 29,3% ed ha raggiunto una media del 75%; la percentuale di ricoveri ripetuti è rimasta sostanzialmente stabile; la percentuale di parti cesarei si è anch'essa ridotta (-12,6%); infine il tasso di ricoveri "evitabili" (i cosiddetti "Prevention Quality Indicators") con un impiego efficiente ed efficace del sistema di cure territoriali si è ridotto dell'11,7%, e la spesa farmaceutica territoriale pro-capite è drasticamente diminuita (-30,5%) sebbene i consumi siano rimasti stabili.

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. In particolare, sebbene il tasso di mortalità generale dell'Abruzzo sia in linea con il resto d'Italia, i dati risalgono all'anno 2010 e

gli effetti di politiche sanitarie su questo fondamentale indicatore sono tipicamente evidenti solo dopo diversi anni. Al momento, l'unica ipotesi formulabile, riferita in particolare ma non esclusivamente al contesto ospedaliero, è che il tasso di ricovero fosse troppo elevato nel passato, e che ora sia più vicino al fabbisogno reale della popolazione, con una riduzione dell'inappropriatezza ed un miglioramento dell'efficienza generale del sistema. Tuttavia, solo quando saranno resi disponibili i tassi degli anni successivi si potranno avere indicazioni più precise sulla validità di questa ipotesi.

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 a livelli accettabili per un sistema universalistico. Alcuni ospedali pubblici (Atri, Lanciano, Ortona e Sulmona) sono apparsi sotto-utilizzati anche nel 2012, con tassi di occupazione media inferiori al 70%. Inoltre, seppure vi sia stato un leggero miglioramento rispetto al 2011, anche nel 2012 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 l'88% dei ricoveri per aterosclerosi senza complicanze è svolto in regime ordinario, come pure il 64% dei ricoveri per ipertensione). Identica la situazione per i partori cesarei: sebbene diminuiti al 38,1%, 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). Il livello di soddisfazione dei cittadini per le cure ospedaliere, per quanto salito rispetto al 2008, è diminuito nel biennio 2010-2011 ed era inferiore alla media nazionale. Relativamente al territorio, con la notevole eccezione di Teramo (che mostra risultati tra i migliori in assoluto), nelle altre tre province il tasso di ricoveri evitabili per patologie cardiovascolari è salito, ed è decisamente più elevato rispetto alla media nazionale. Inoltre, nonostante le difficoltà di alcuni dei maggiori Pronto Soccorso regionali, nel 2012 risultavano attive in Regione meno di dieci unità di cure primarie con orario di accesso prolungato. Infine, l'offerta di assistenza in residenze sanitarie per anziani e disabili, per quanto in fase di potenziamento, nel 2012 appariva ancora assolutamente insufficiente.

In ultimo, per quanto concerne la prevenzione, sono nel complesso positivi i dati relativi alle vaccinazioni (sostanzialmente in linea con il resto d'Italia), alla prevalenza di obesità (in diminuzione del 18% tra gli adulti) ed al tasso di ricovero per disturbi psichici da abuso di sostanze stupefacenti (-19%). Al contrario, nel 2011, e dai dati preliminari anche nel 2012, non erano ancora risolti i problemi organizzativi che impedivano il raggiungimento di valori di copertura accettabili dei tre screening oncologici raccomandati dal Ministero della Salute (mammella, cervice uterina, colon-retto), con una quota di popolazione coperta inferiore al 10% per tutti e tre i programmi. Nel corso del 2013, tuttavia, le ASL hanno segnalato il definitivo avvio di tutti i programmi, sebbene ad un ritmo diversificato, in tutte e quattro le province.

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

Dopo un periodo molto lungo di crescita della popolazione, nel 2012 il numero di residenti in Abruzzo si è ridotto, rispetto all'anno prima, di ben 35.950 unità (-2,7% - Tavola 1). Rispetto all'anno 2008, la riduzione della popolazione è stata evidente soprattutto nelle province di Chieti (-1,7%) e L'Aquila (-3,1%), mentre Teramo e Pescara sono rimaste sostanzialmente stabili. Va chiarito, tuttavia, che tale decremento è certamente causato, almeno in parte, alle correzioni dei dati demografici avvenute in seguito al Censimento dell'anno 2011 (i cui dati sono stati disponibili nell'anno 2012). Nella prima stima post-Censimento, infatti, anche la popolazione nazionale dopo anni di crescita è apparsa in diminuzione: dai 60.626.442 residenti del 2011 ai 59.394.207 del 2012 (-2,0%).

Addirittura maggiore il decremento di cittadini stranieri residenti in Abruzzo: dopo anni di crescita costante, dal 2011 al 2012 gli stranieri sono calati del 15,1% (-12.226 - Figure 1 e 2). Questa riduzione si è verificata in tutte le province, anche se è stata particolarmente evidente in quella di Teramo, dove gli stranieri residenti sono passati dal 7,6% della popolazione totale (nel 2011) al 6,5% nel 2012.

Probabilmente anche a causa della riduzione dei cittadini stranieri, quasi sempre di età non avanzata, la percentuale di residenti anziani è cresciuta, dopo anni di sostanziale stabilità. Dal 2011 al 2012 la percentuale di ultrasessantacinquenni abruzzesi è aumentata dal 21,2% al 22,1% (Figura 3), un valore superiore a quello nazionale (20,8%), anch'esso in aumento rispetto al 2011 (quando era pari al 20,3%). Il preoccupante aumento dei residenti anziani si osserva in tutte le province abruzzesi, anche se è più evidente a Chieti, dove gli ultrasessantacinquenni nel 2012 erano il 22,5% dei residenti (ed il 21,8% nel 2011). Anche l'indice di vecchiaia / invecchiamento (N. di anziani / N. soggetti di età ≤ 14 anni) è cresciuto: se nel 2011, a livello regionale, era pari a 163, nel 2012 è passato a 168. In concreto, ciò significa che in Abruzzo vi sono 168 anziani ogni 100 giovani (179 in provincia de L'Aquila). Questo valore continua ad essere tra i più elevati sia rispetto alla media nazionale, che nel 2012 era pari a 149, sia rispetto alla media delle Regioni del Sud o del Centro Italia. Tanto la quota di anziani quanto 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 ingraescente fenomeno di invecchiamento della popolazione, in particolare nelle zone interne della Regione.

Infine, per ciò che concerne la speranza di vita alla nascita, non vi sono stati aggiornamenti e gli ultimi dati disponibili sono quelli relativi all'anno 2011, già riportati nel Report dell'anno scorso, e mostrati nuovamente per completezza d'informazione (Figura 6). Per ulteriori approfondimenti, si rimanda al Report SDO 2011.

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	2012	Var. % 12-08
L'AQUILA	307.643	309.131	+0,5	309.264	+0,5	309.820	+0,7	298.087	-3,1
TERAMO	306.067	309.838	+1,2	311.590	+1,8	312.239	+2,0	306.177	+0,04
PESCARA	315.825	319.209	+1,1	321.192	+1,7	323.184	+2,3	314.391	-0,5
CHIETI	394.452	396.497	+0,5	396.852	+0,6	397.123	+0,7	387.761	-1,7
REGIONE	1.323.987	1.334.675	+0,8	1.338.898	+1,1	1.342.366	+1,4	1.306.416	-1,3

Var. % = Variazione percentuale.

Figura 1.

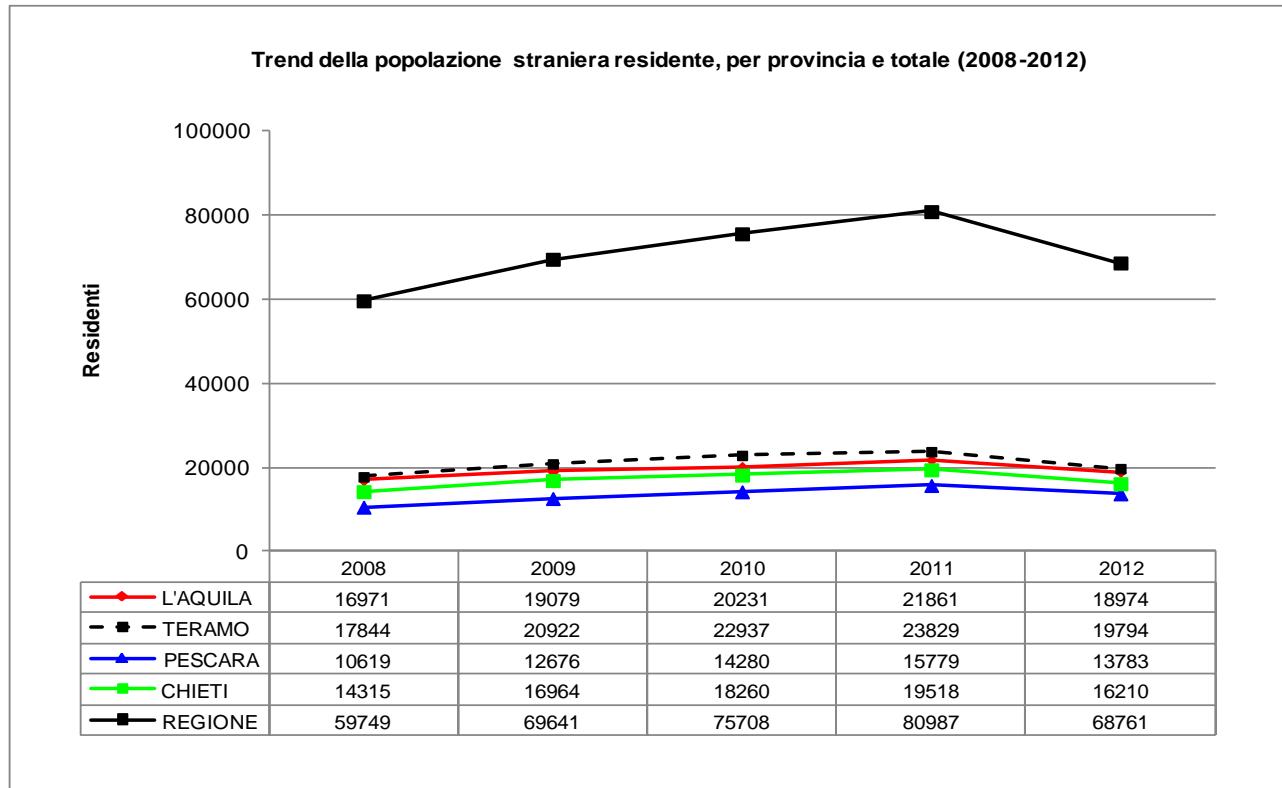


Figura 2.

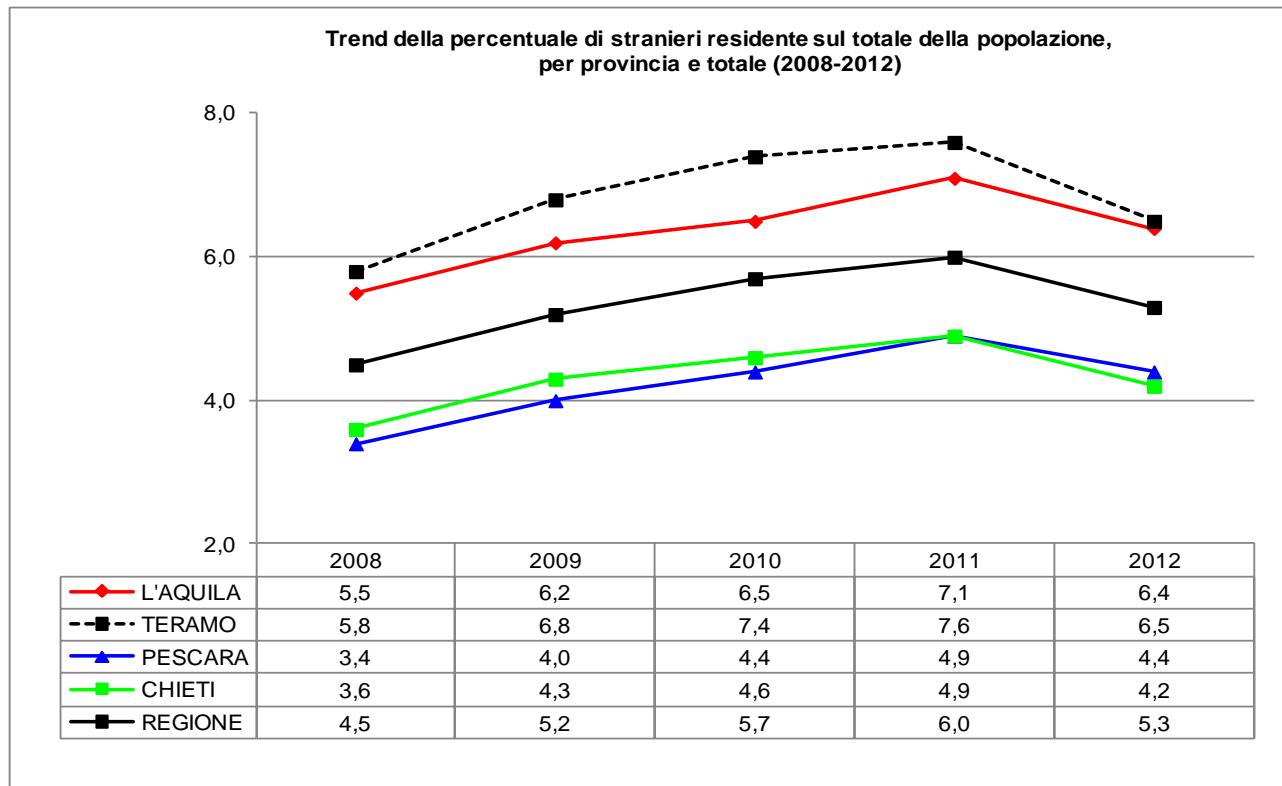


Figura 3.

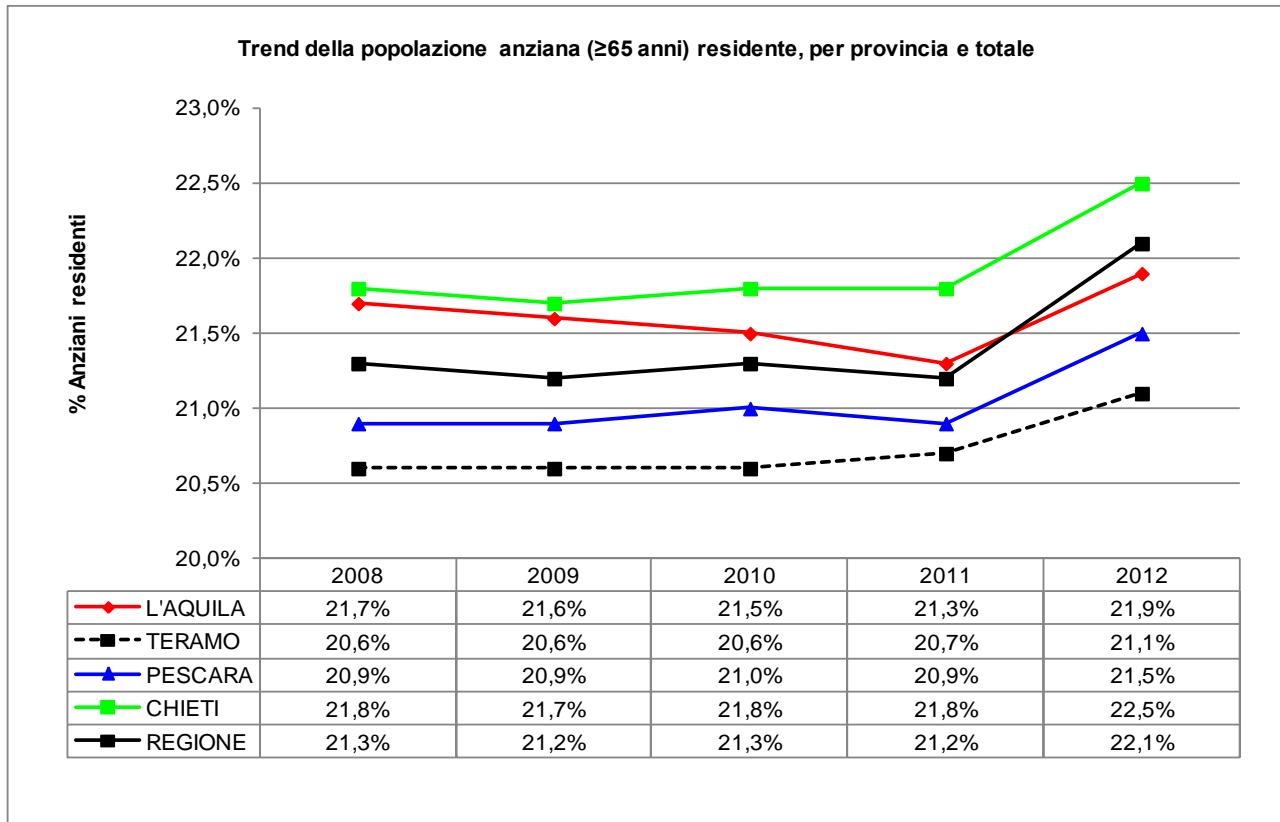


Figura 4.

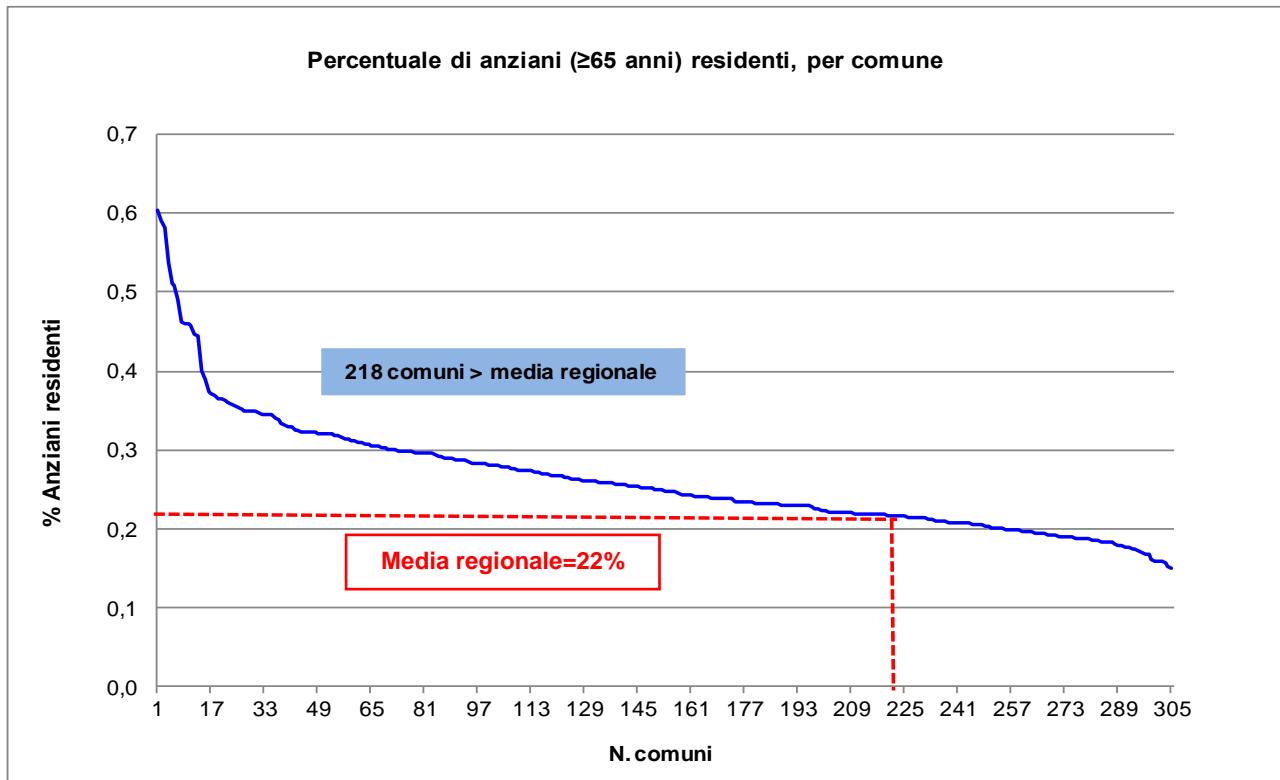


Figura 5.

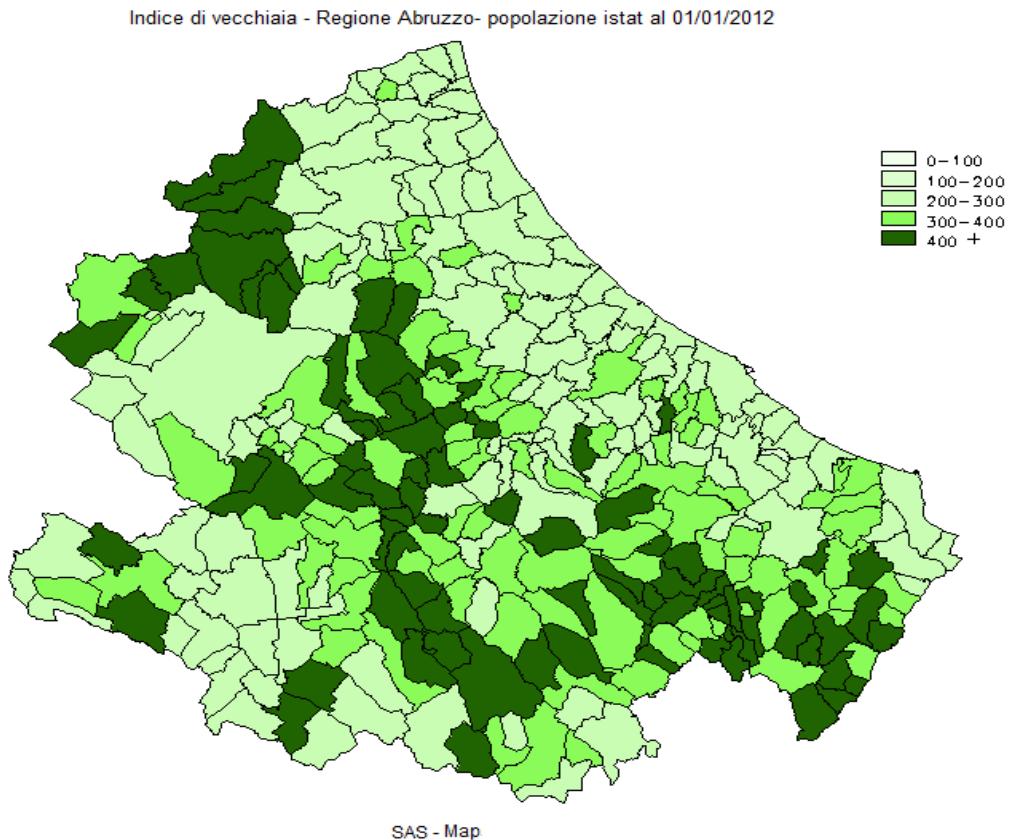
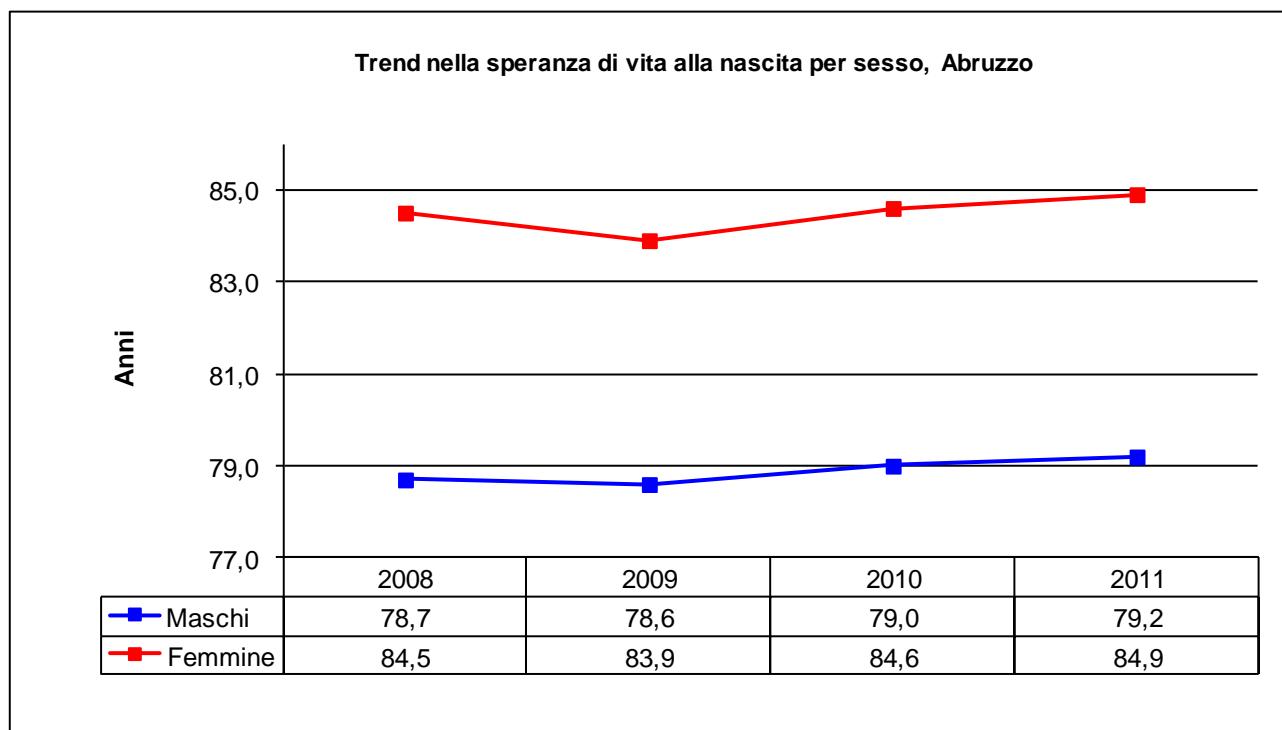


Figura 6.



4. Salute e bisogni della popolazione

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

A causa della persistente assenza nella Regione di registri attivi di patologia, gli unici indicatori considerati affidabili rimangono il tasso di mortalità ed il tasso di ospedalizzazione specifico per causa (in entrambi i casi, teoricamente a valori più bassi dovrebbe corrispondere un livello di salute maggiore della popolazione). 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 per tutte le cause era pari al 215,4 x 1000 abitanti; nell'anno 2012 lo stesso tasso era invece 180,3 (-16,3%). Questo dato, tuttavia, non può essere interpretato tout court come se l'incidenza di malattie si fosse ridotta del 16,3%, perché il tasso di ricovero risente inevitabilmente e tipicamente di strategie volte alla razionalizzazione della spesa ed al miglioramento dell'appropriatezza. In altri termini, è possibile che la salute degli abruzzesi sia migliorata, ma di certo non in queste proporzioni, ed è in ogni caso più probabile che il tasso di ricovero fosse eccessivamente alto nel passato recente, e sia ora più vicino al fabbisogno reale della popolazione. Quest'ultima interpretazione è supportata dai dati relativi alla mortalità, che negli ultimi anni (fino al 2010, ultimo anno disponibile) è rimasta assolutamente stabile (Tavola 2), suggerendo che lo stato di salute globale degli abruzzesi non sia peggiorato, ma nemmeno sostanzialmente migliorato. Se confermato dai dati più aggiornati sulla mortalità e da auspicabili altre indagini, questa stabilità sarebbe in ogni caso da interpretare positivamente, alla luce della sorprendente riduzione dei ricoveri (e più in generale della spesa sanitaria) verificatasi in questi anni.

Detto ciò, è doveroso ricordare anche che il tasso di ospedalizzazione generale, per quanto in riduzione dal 2006, continua ad essere più elevato rispetto alla media nazionale, pari al 168 x1000 nell'anno 2011 (ultimo dato disponibile; è probabile che sia ulteriormente sceso), ed a quel 160 x1000, indicato quale target da raggiungere nel decreto-legge 6 luglio 2012 n. 95 convertito, con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

Un discorso a parte meritano i dati relativi alla mobilità passiva. La quota di cittadini che si sono ricoverati fuori regione è rimasta sostanzialmente stabile, con il miglioramento significativo di Teramo (-14,0%), che tuttavia continua ad essere la provincia con il più alto ricorso a strutture ospedaliere extraregionali (Figura 8). Per quanto l'Abruzzo mostri un tasso di ricovero fuori regione più elevato rispetto alla media nazionale (inferiore a 15 nel 2011), 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. La mobilità passiva (e attiva) extra-regionale, in ogni caso, è stata discussa in maggiore dettaglio nel Paragrafo 5.2.

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

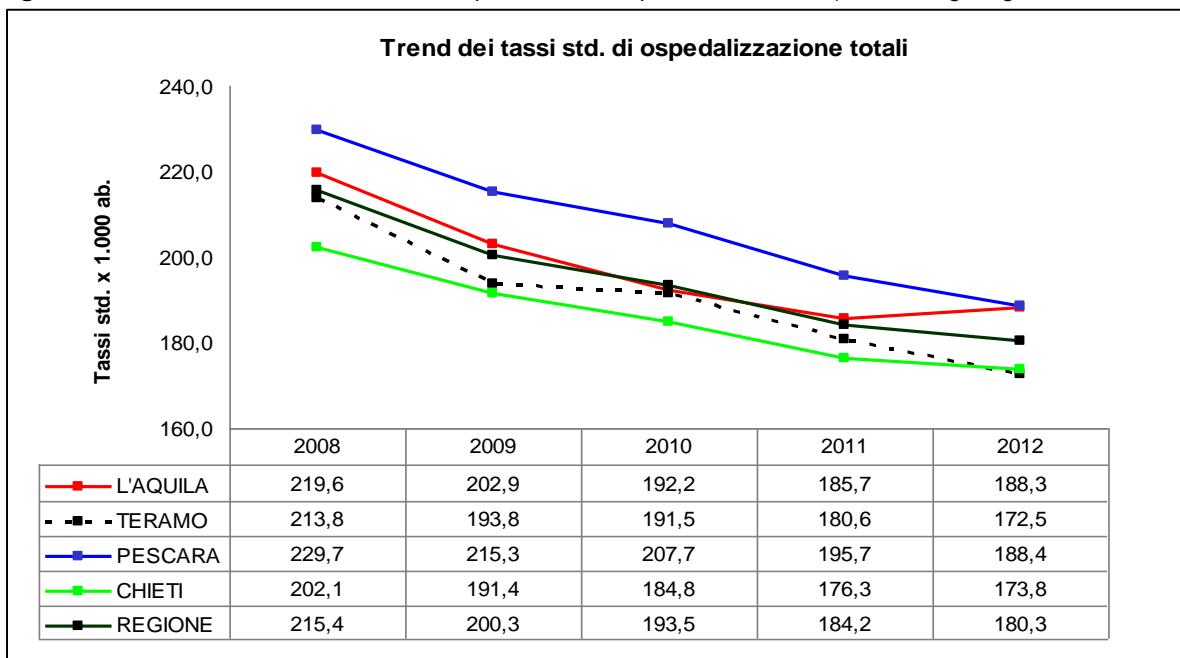
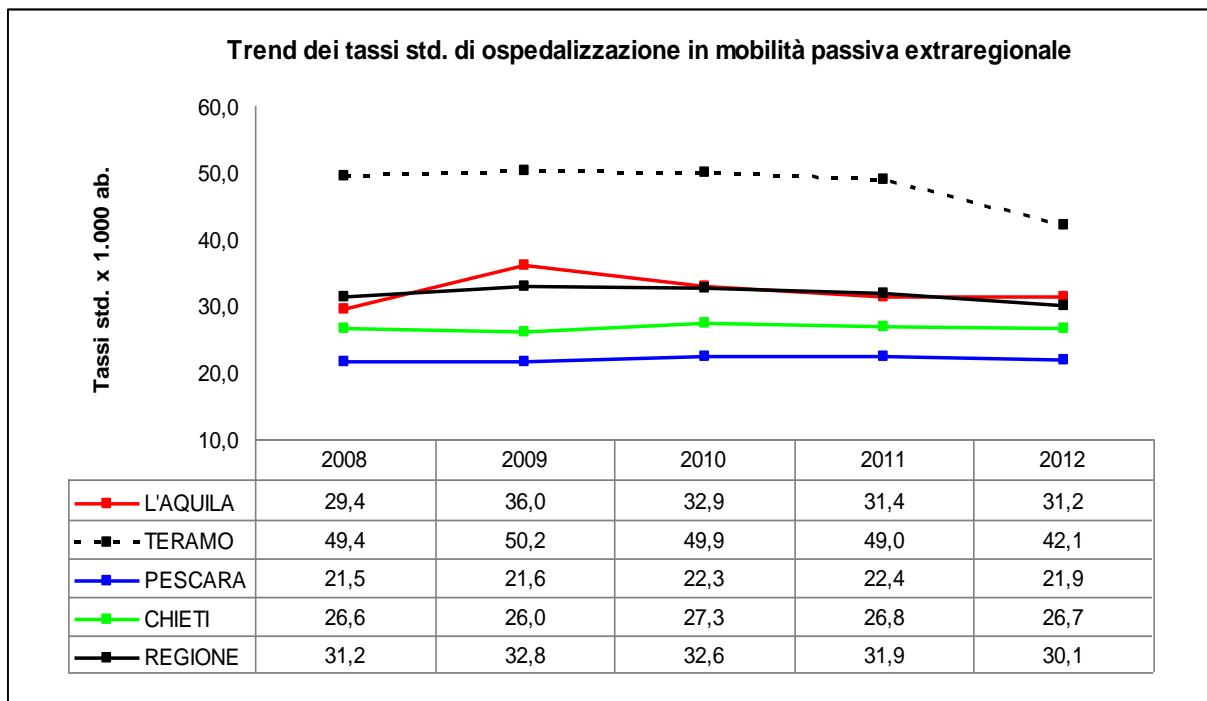


Figura 8. Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per tutte le cause (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) effettuati da residenti in Abruzzo in strutture situate fuori regione (mobilità passiva).



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

Negli ultimi cinque anni, il tasso standardizzato di ospedalizzazione per le malattie del sistema cardio- e cerebro-vascolare ha mostrato un costante decremento (-9,3% a livello regionale – Figura 9), anche se nell'ultimo anno il tasso si è sostanzialmente stabilizzato. Nonostante la netta riduzione, tuttavia, il tasso di ricovero per patologie cardiovascolari, in Abruzzo, nel 2011 (ultimo dato disponibile) continuava ad essere nettamente superiore alla media nazionale. Questa criticità è emersa anche dall'analisi dei ricoveri potenzialmente evitabili, di pertinenza territoriale (discussa nel paragrafo 5.5): l'efficacia del territorio abruzzese nel prevenire i ricoveri cardiovascolari è apparsa inferiore rispetto al resto della nazione (con la significativa eccezione della provincia di Teramo).

Le differenze tra le province, già ampie nel 2008, non sono diminuite. Addirittura, la provincia con il tasso di ricovero più basso nel 2008 (Teramo), ha mostrato la maggiore riduzione percentuale. Di conseguenza, Teramo continua ad avere il tasso di ricovero più basso (243,4 x10.000), in particolare rispetto a L'Aquila (295,7 x10.000).

Il tasso di ricovero in strutture extra-regionali (mobilità passiva) mostra un lieve aumento in termini assoluti (+2,5 ricoveri x10.000 abitanti), sebbene negli ultimi due anni si sia osservato un calo (Figura 10). Le differenze nella mobilità passiva tra le province si sono drasticamente ridotte, dato che Teramo (la peggiore nel 2008) è sensibilmente migliorata, mentre le altre sono peggiorate.

Figura 9.

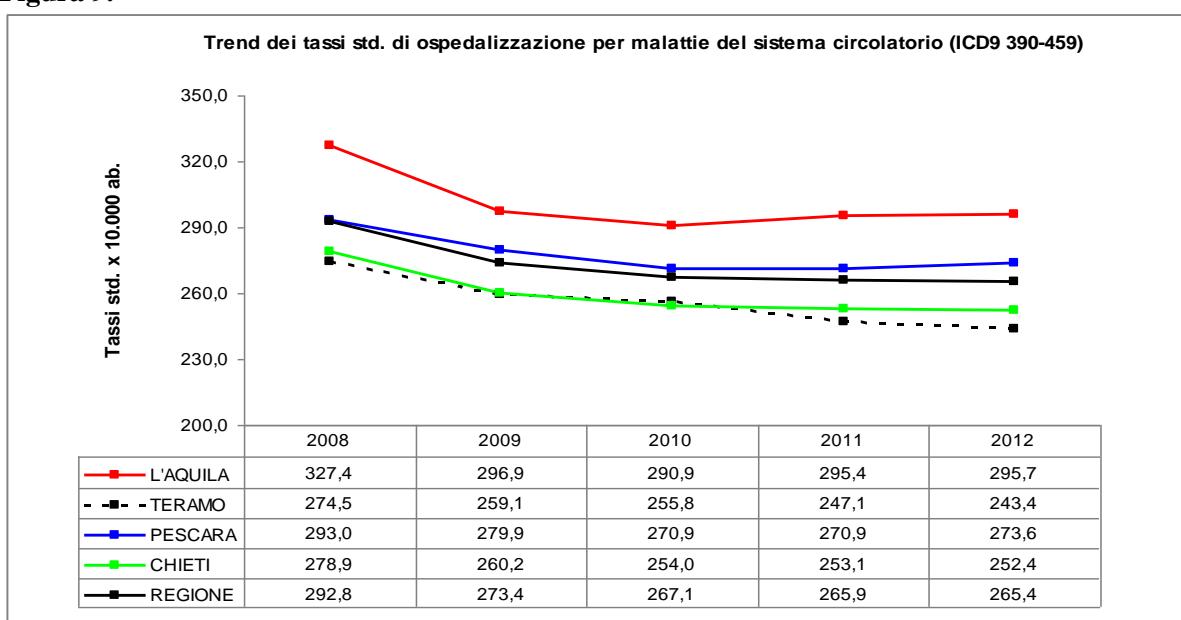
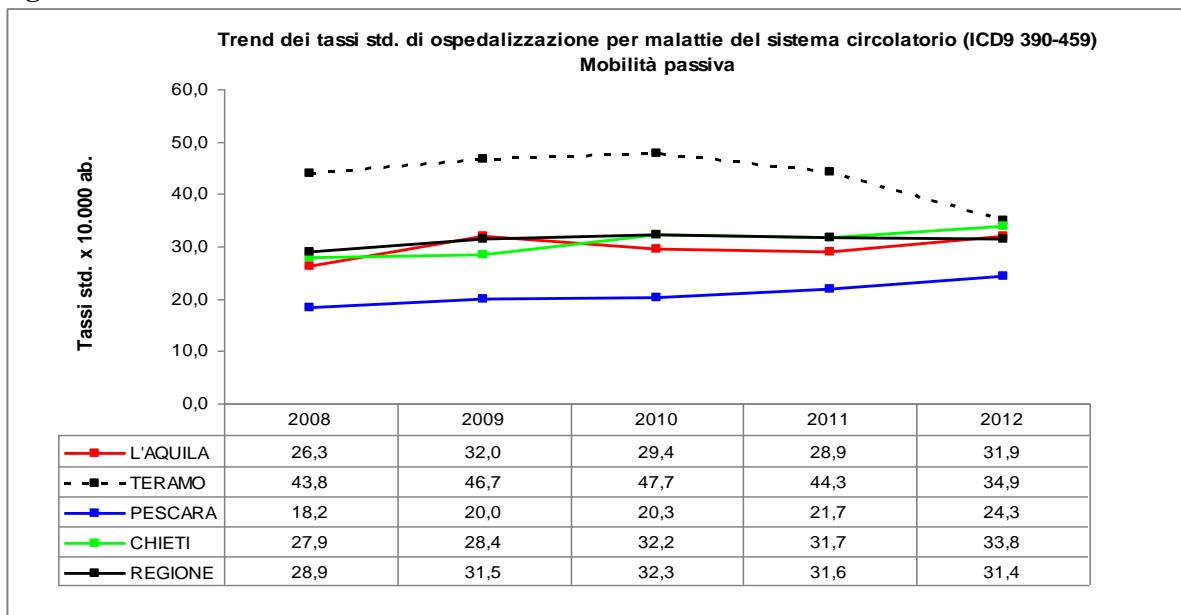


Figura 10.



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 11-12)

Anche in questo caso si osserva una riduzione del tasso standardizzato di ricovero (-13,3% a livello regionale dal 2008 al 2010 – Figura 11). Come era logico supporre, la riduzione dei ricoveri è stata assai più marcata nella provincia de L’Aquila (-21,1%), che mostrava il tasso più elevato, piuttosto che nelle altre province. Ciò ha determinato un parziale riequilibrio delle differenze tra province, che tuttavia rimangono ampie (in particolare tra Chieti - 149 ricoveri x10.000 abitanti - e la stessa L’Aquila, ancora la peggiore con 192 ricoveri x10.000 abitanti). Nel 2011 il tasso di ricovero per tumori in Abruzzo era in linea (superiore di soli 2,5 punti) rispetto alla media nazionale, per cui è lecito attendersi che tale risultato sia confermato nel 2012.

La mobilità passiva, dopo il plateau del 2009-2010, è ritornata ai livelli del 2008 in tutte le province (Figura 12).

Figura 11.

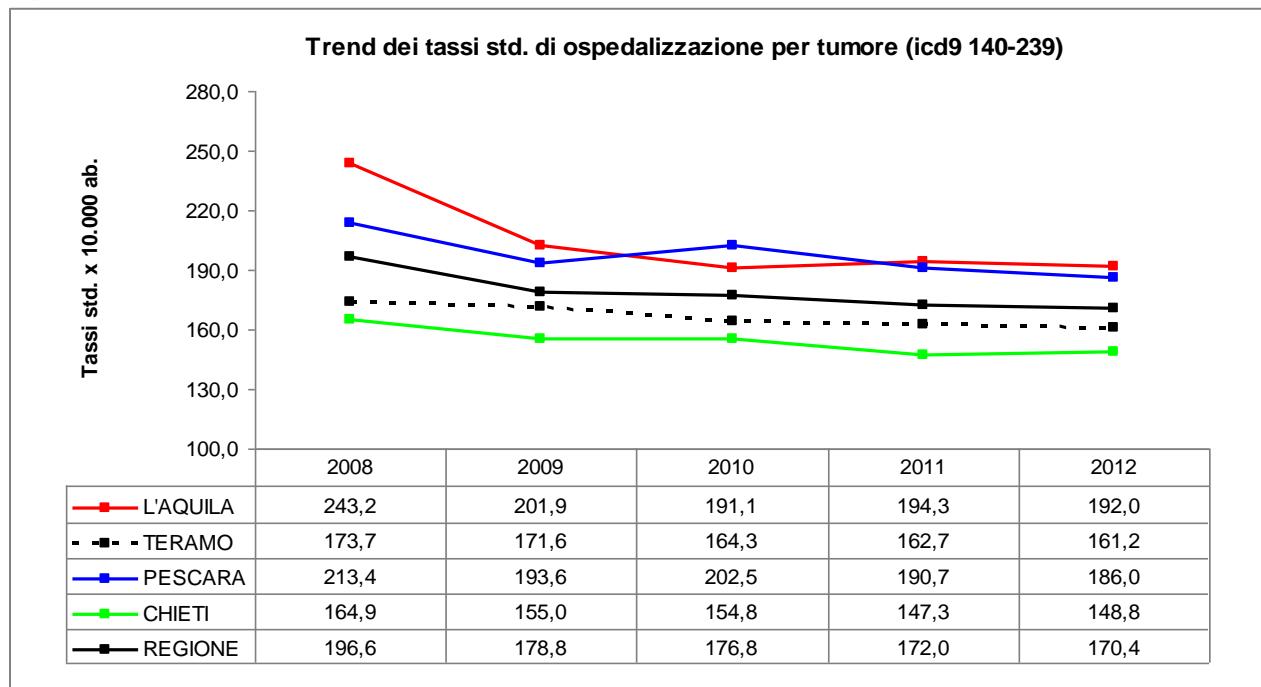
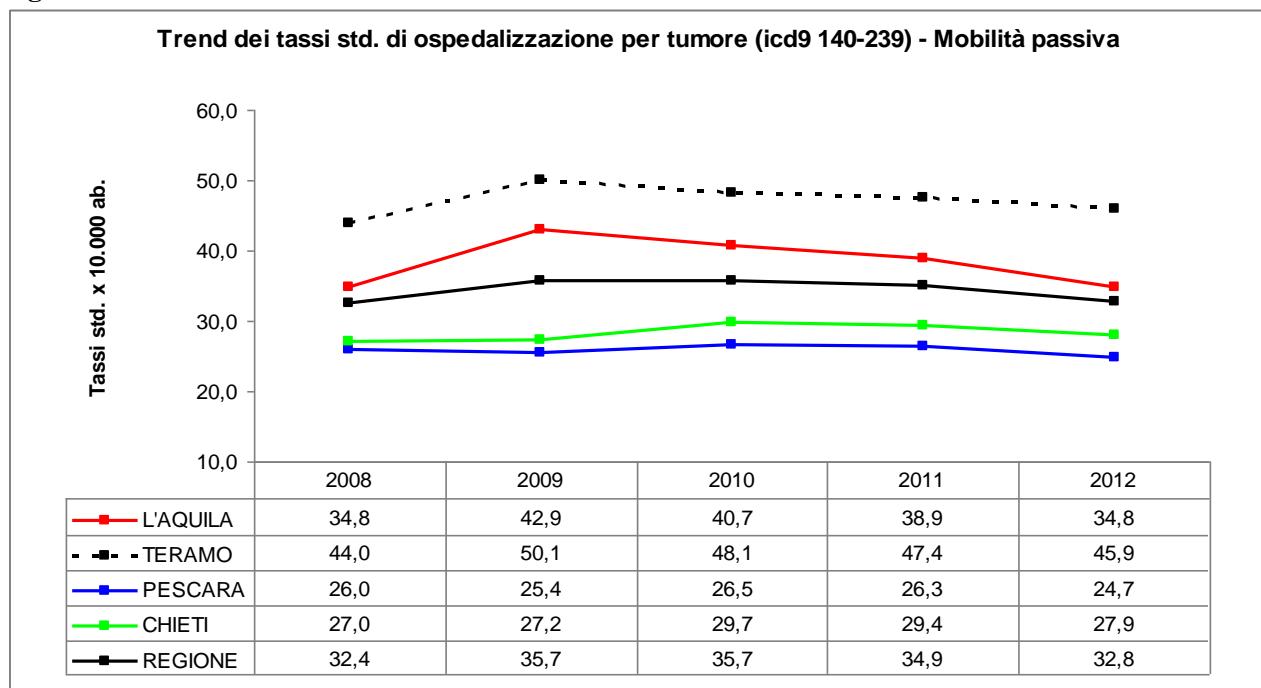


Figura 12.



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 13-14)

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 (-9,1% a livello regionale dal 2008 al 2012 – Figura 13), ciononostante nel 2011 il tasso abruzzese continuava a rimanere al di sopra della media nazionale. A causa della diversa entità della riduzione tra le province (sebbene il tasso di ricovero sia diminuito in tutte), le differenze si sono notevolmente ridotte. Degna di attenzione l'inversione di tendenza della provincia de L'Aquila, dove nell'ultimo biennio il tasso di ricovero è tornato a salire nettamente.

Anche in questo caso, dopo il plateau del 2009-2010, la mobilità passiva si è ridotta in tutte le province, tornando a livelli inferiori a quelli del 2008 (-6,7% - Figura 14).

Figura 13.

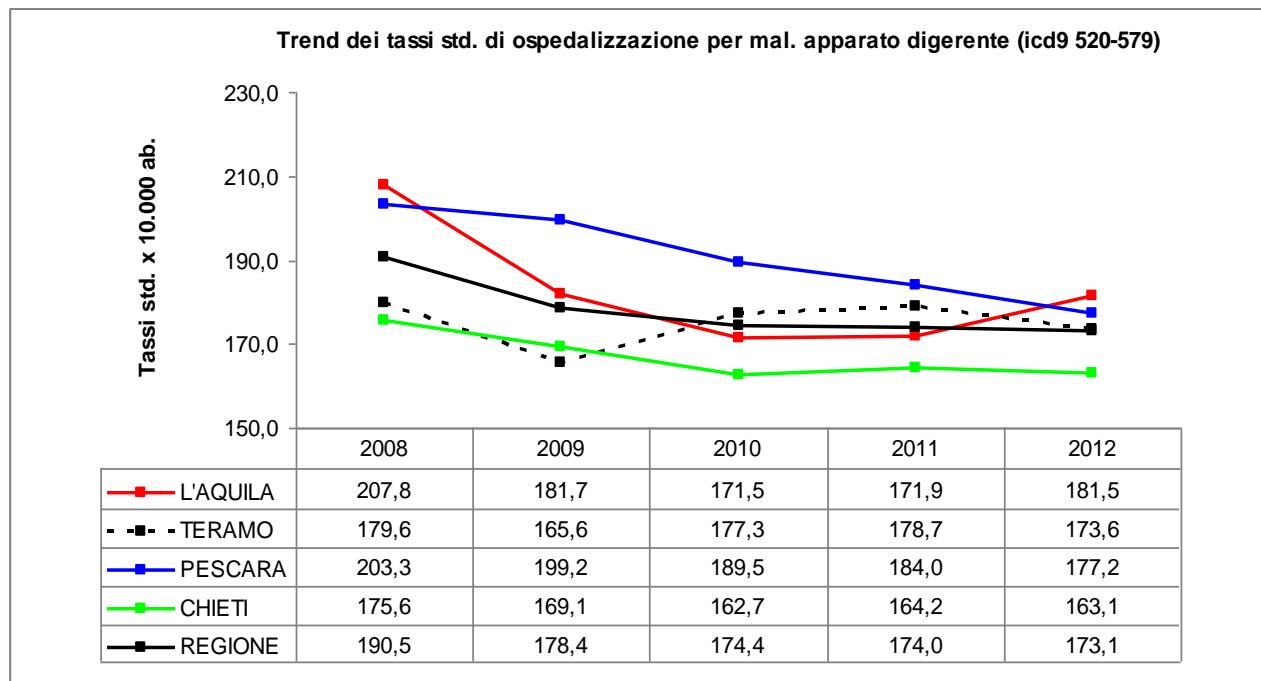
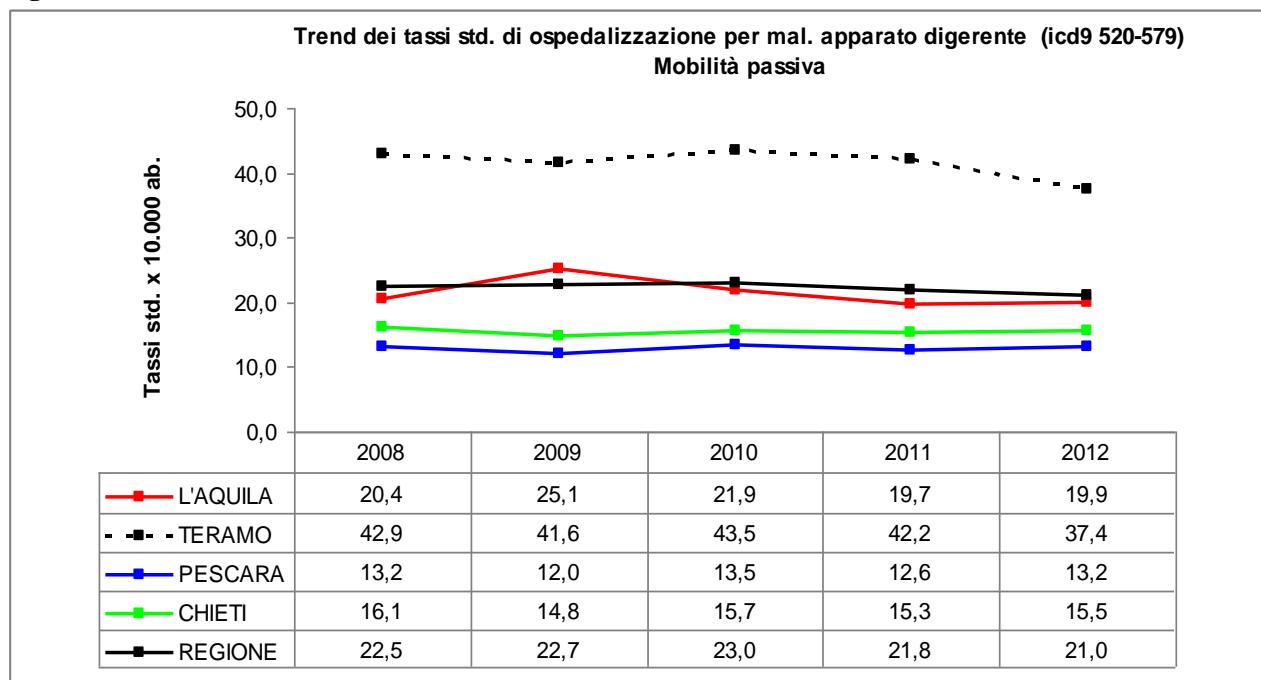


Figura 14.



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 15-16)

Nell'ultimo quinquennio si è osservata una riduzione decisa del tasso standardizzato di ricovero anche per le patologie dell'apparato respiratorio (-9,8% a livello regionale – Figura 15). Anche in questo caso, tuttavia, nel 2011 il tasso abruzzese continuava a rimanere superiore alla media nazionale. A livello provinciale, il tasso di ricovero de L'Aquila e Teramo, che già era nettamente più basso rispetto a Chieti e Pescara nel 2008, si è ridotto maggiormente, aumentando quindi lo squilibrio tra il Nord-Est ed il Sud-Ovest dell'Abruzzo.

La mobilità passiva è rimasta sostanzialmente stabile a livello regionale, con marcate differenze tra le province (Figura 16). Sebbene Teramo abbia mostrato un lieve calo, essa rimane la provincia con il più alto tasso di ricoveri in strutture extra-regionali (23 x 10.000 abitanti). Ulteriori dati, specifici sui ricoveri per BPCO o asma negli adulti anziani (ricoveri considerati "evitabili" perché di pertinenza territoriale), sono disponibili nel Paragrafo 5.6.

Figura 15.

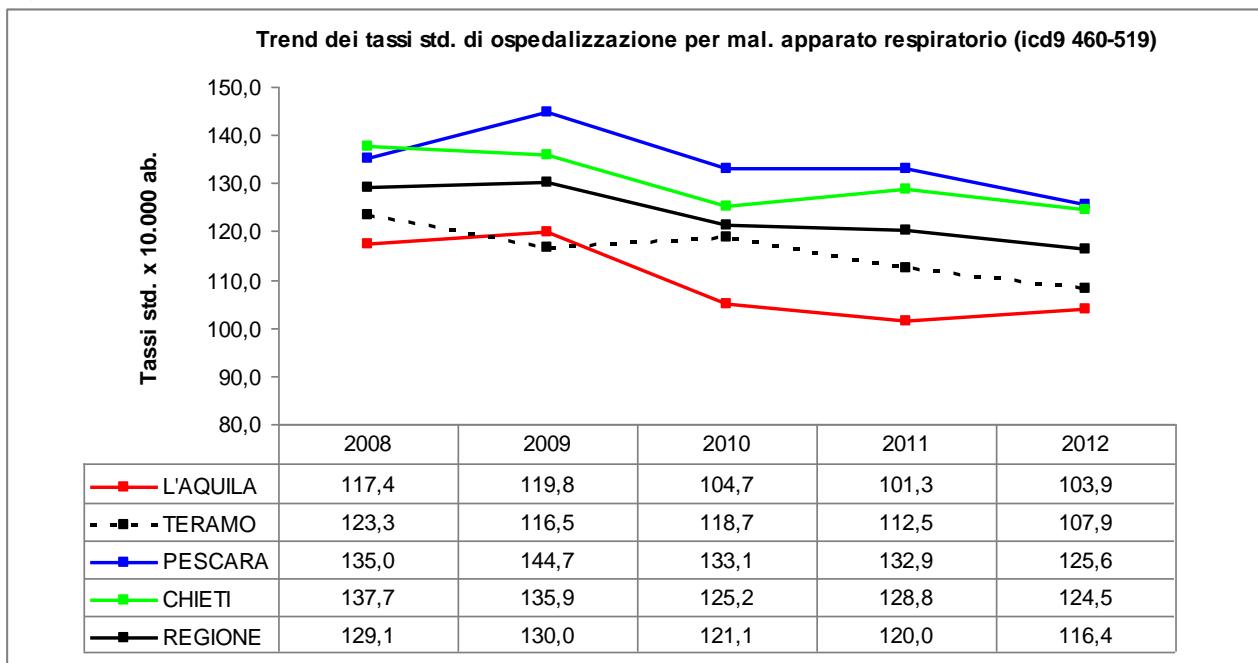
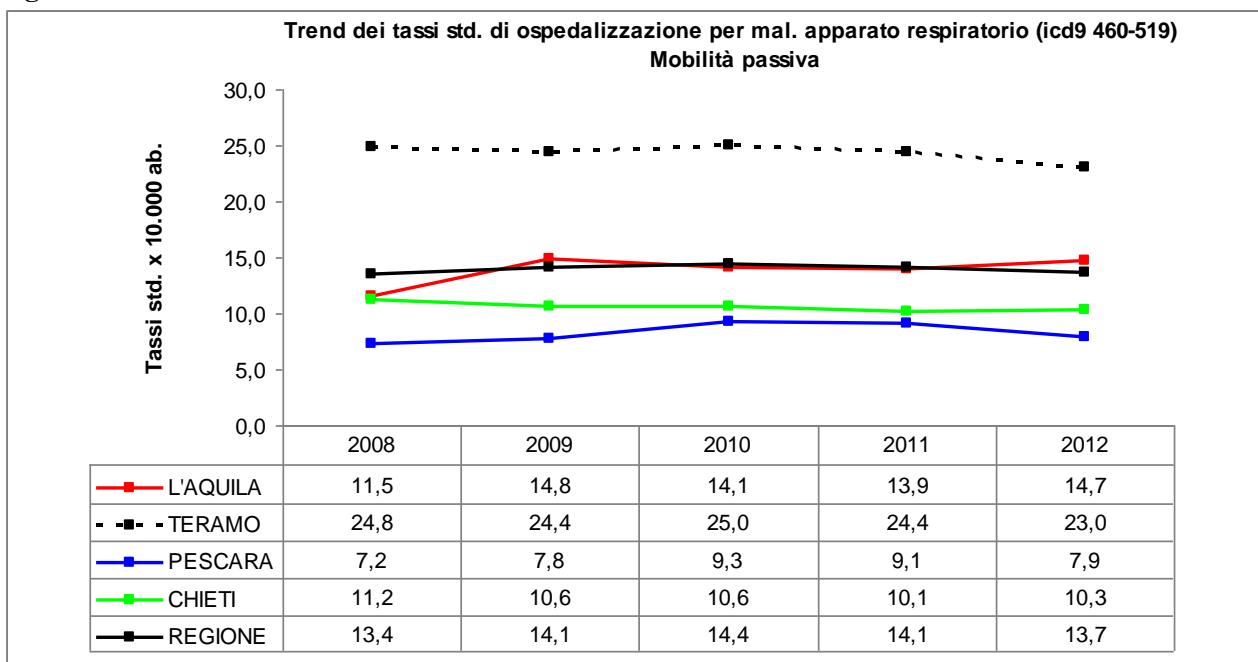


Figura 16.



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 17-18)

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 2012 (-1,5% dal 2009 al 2012). Nel quinquennio, il decremento dei ricoveri ha interessato tutte le province, le cui differenze si sono notevolmente ridotte, ed anche in questo caso la mobilità passiva è rimasta sostanzialmente stabile (Figura 18). Pur essendo stata per anni la regione con il tasso di ricovero per disturbi psichici più elevato, i valori dell'Abruzzo dell'anno 2011 sono ormai in linea con la media nazionale.

Figura 17.

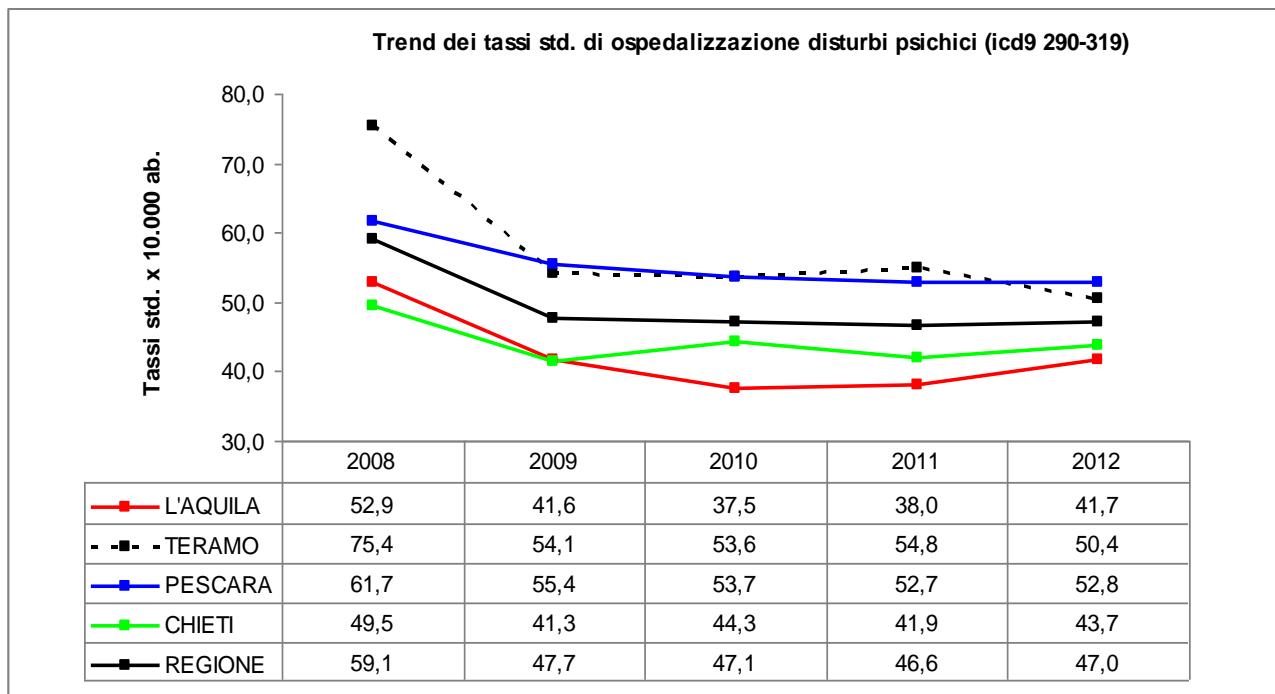
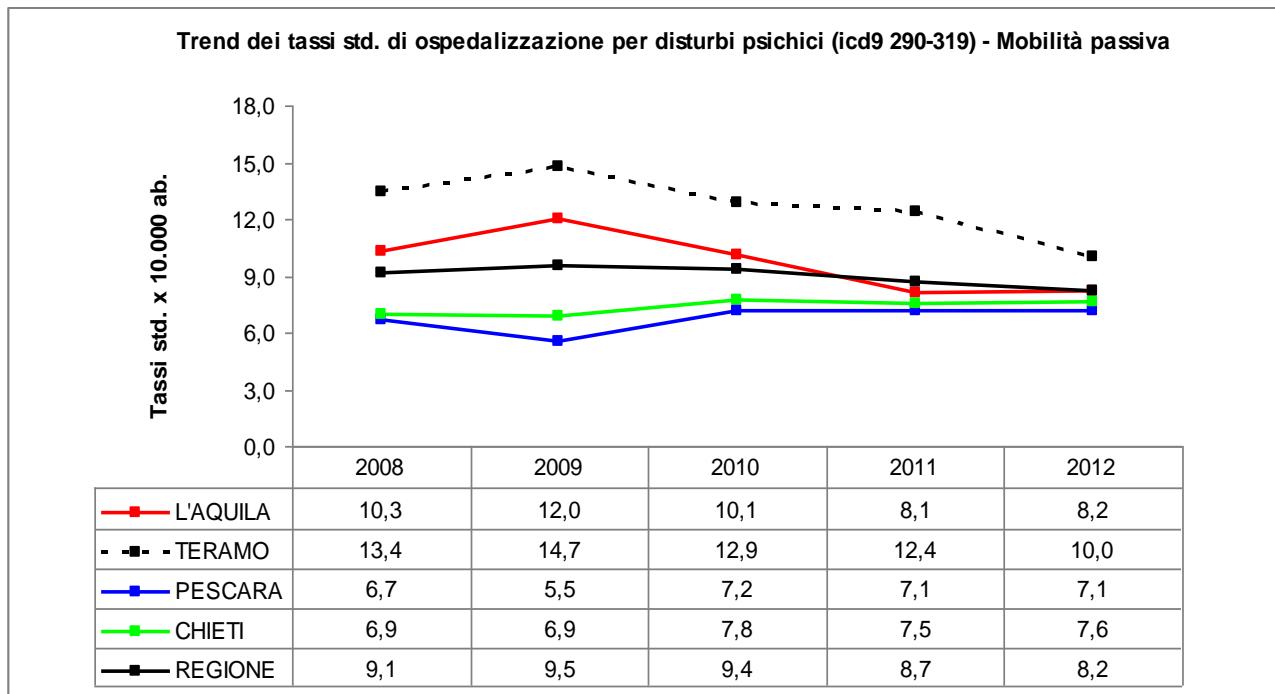


Figura 18.



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 19-20)

Al contrario degli altri tassi considerati sino ad ora, il tasso standardizzato di ricovero per le nefropatie non è diminuito negli ultimi cinque anni, ma ha anzi mostrato un leggero aumento (+1 ricovero x 10.000 abitanti - Figura 19). Tale risultato, tuttavia, deriva dalla somma di situazioni diverse: mentre le province de L'Aquila e di Teramo hanno ridotto il proprio tasso di ricovero, a Pescara ed ancor più a Chieti si è osservato un netto aumento.

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.

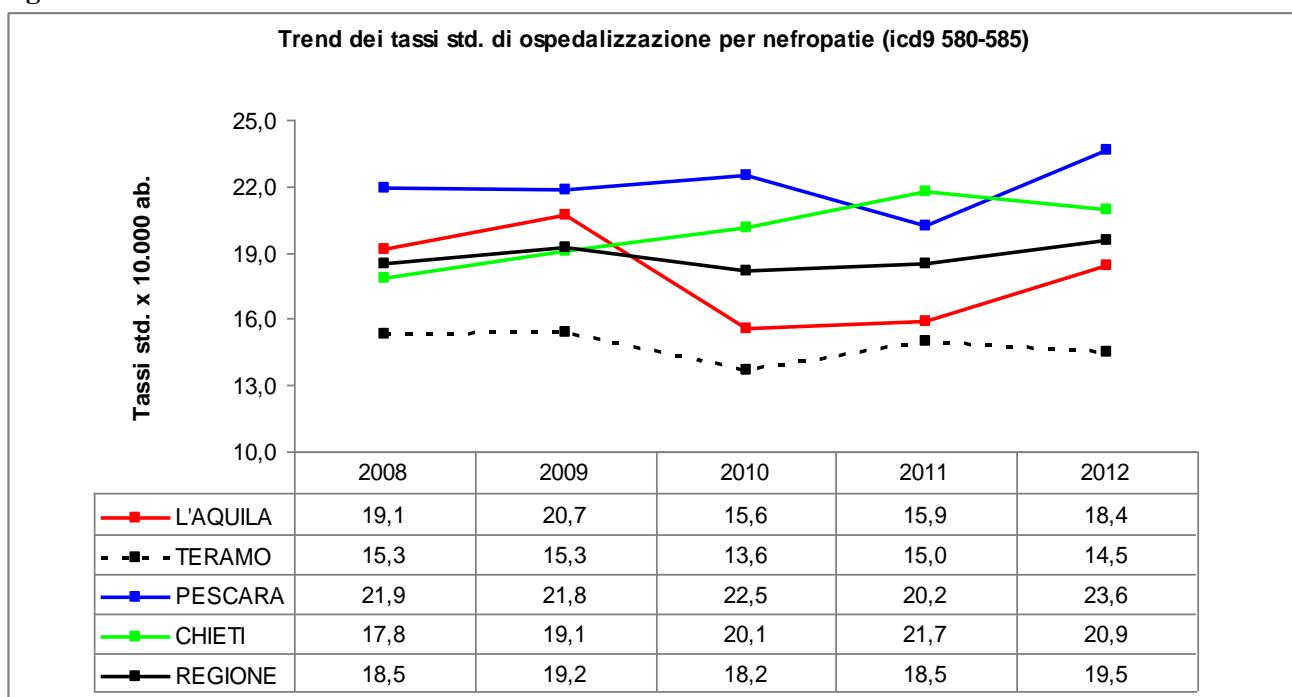
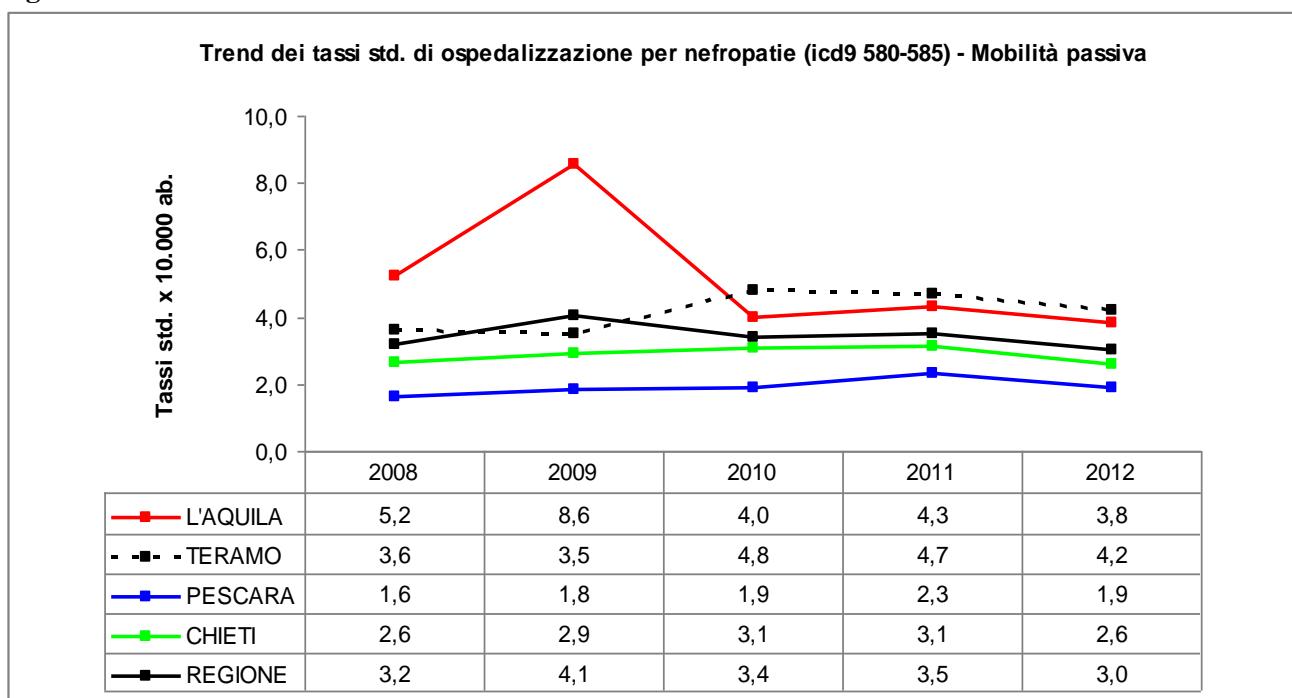


Figura 20.



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 21-22)

Il diabete mellito continua ad essere la patologia con la maggiore riduzione del tasso di ospedalizzazione (-47,2% a livello regionale, dal 2008 al 2012 – 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 netto calo dei ricoveri fuori regione (-45% – Figura 22). Il tasso di ricovero per diabete si è talmente ridotto negli ultimi anni, che nel 2011 la media nazionale era quasi il doppio del tasso abruzzese.

Come accennato nei precedenti Report, occorre ricordare che è tuttavia molto improbabile che tale drastica riduzione sia 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, e/o le iniziative volte a ridurre l'inappropriatezza e a contenere la spesa ospedaliera.

Figura 21.

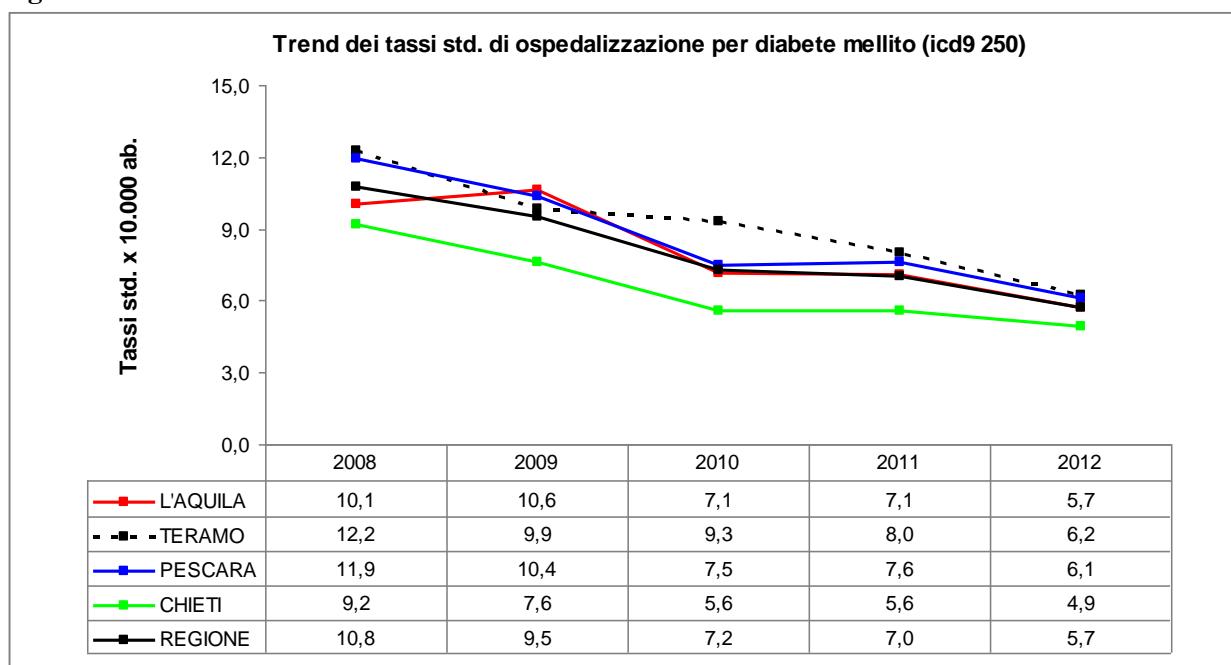
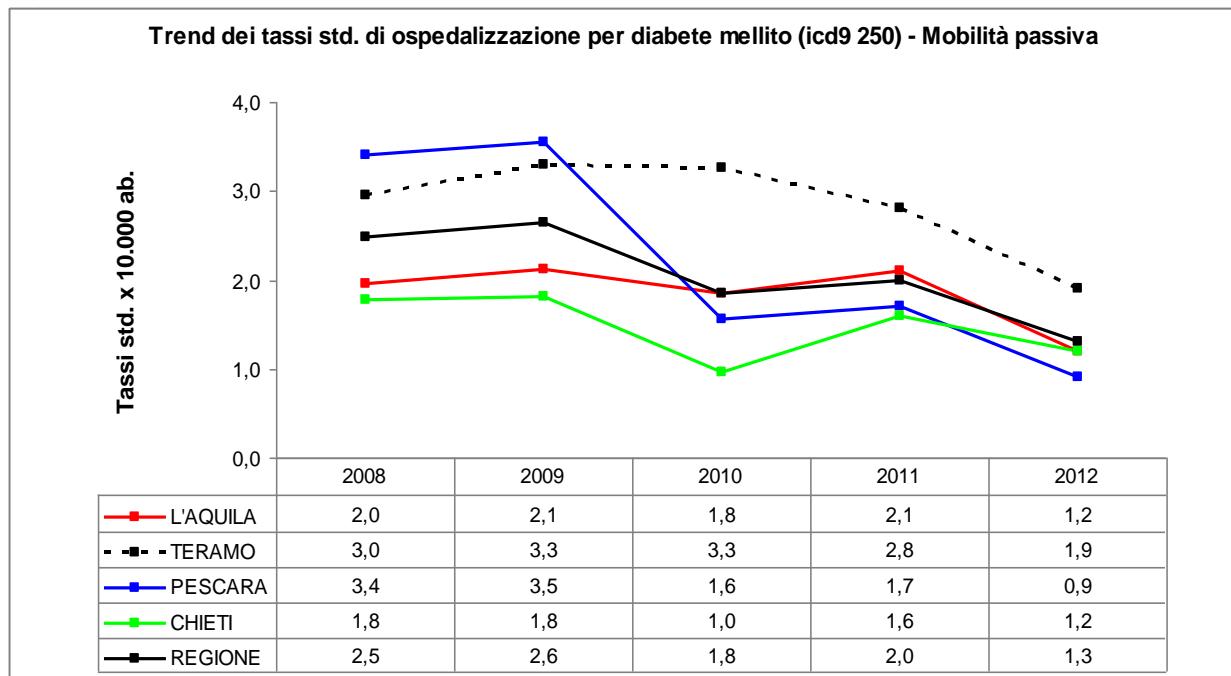


Figura 22.



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 (-23,7% a livello regionale, dal 2008 al 2012 – Figura 23). Come per il diabete, il tasso medio regionale nel 2011 era talmente sceso da essere nettamente inferiore a quello medio nazionale. Il calo è stato evidente in tutte le province, anche se, nell'ultimo triennio, il tasso è rimasto sostanzialmente stabile (con lievi oscillazioni compatibili con una variabilità casuale). Anche in questo caso, infine, nonostante la diminuzione dei ricoveri intra-regionali, i ricoveri extra-regionali sono rimasti stabili (Figura 24).

Diversamente dal diabete, 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.

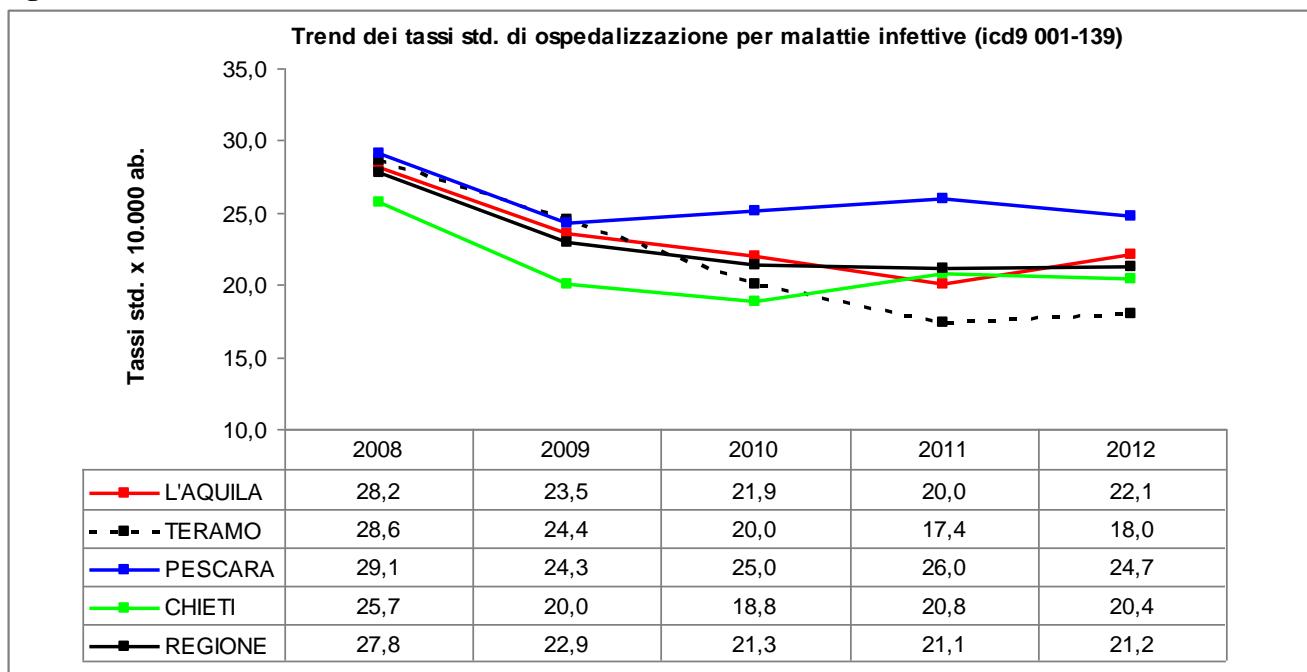
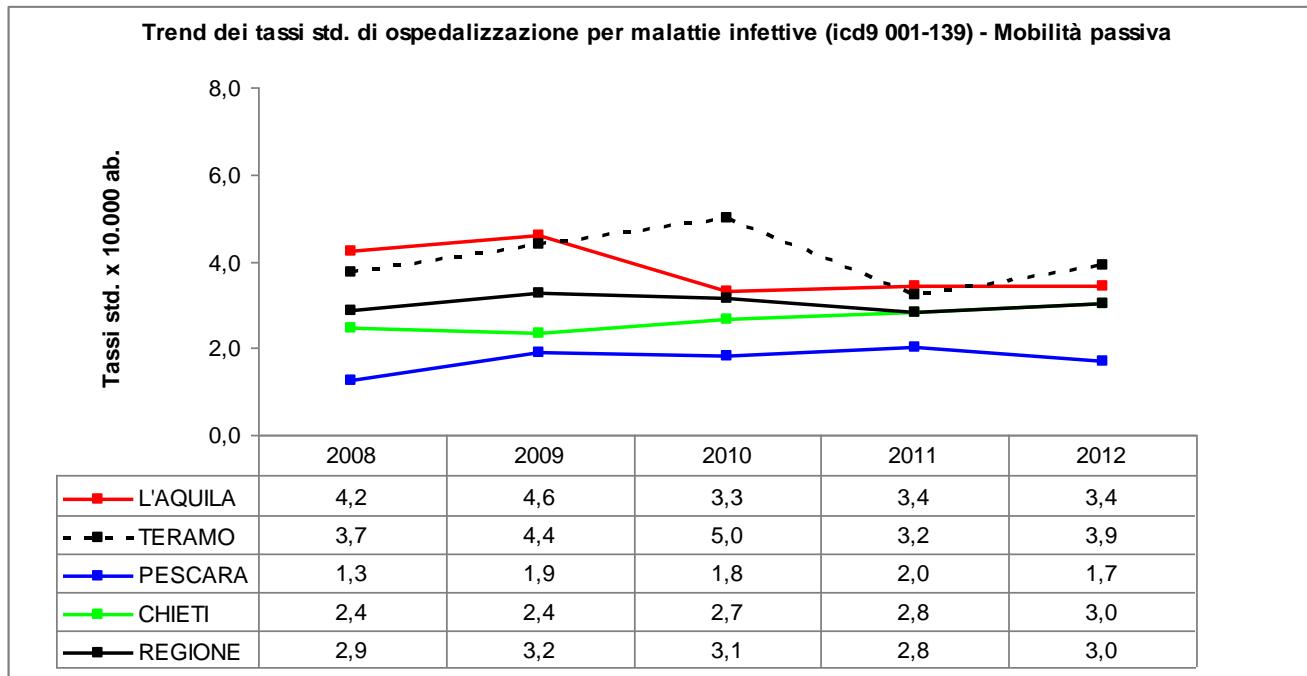


Figura 24.



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 25-26)

Anche per la malattia di Alzheimer valgono le stesse considerazioni fatte per il tasso ricovero per tutte le cause: nell'ultimo quinquennio, a livello regionale si è osservata una riduzione del tasso standardizzato di ricovero (-16,7% – Figura 25). Le differenze tra le province si sono ridotte (in particolare è tornata a livelli più vicini alla media regionale la provincia di Pescara, che nel 2008 aveva un tasso quattro volte superiore a quella di Chieti), ma il tasso di ricovero de L'Aquila è tornato a salire, sebbene lievemente, nell'ultimo biennio. La mobilità passiva extra-regionale è rimasta stabilmente molto bassa (Figura 26).

Figura 25.

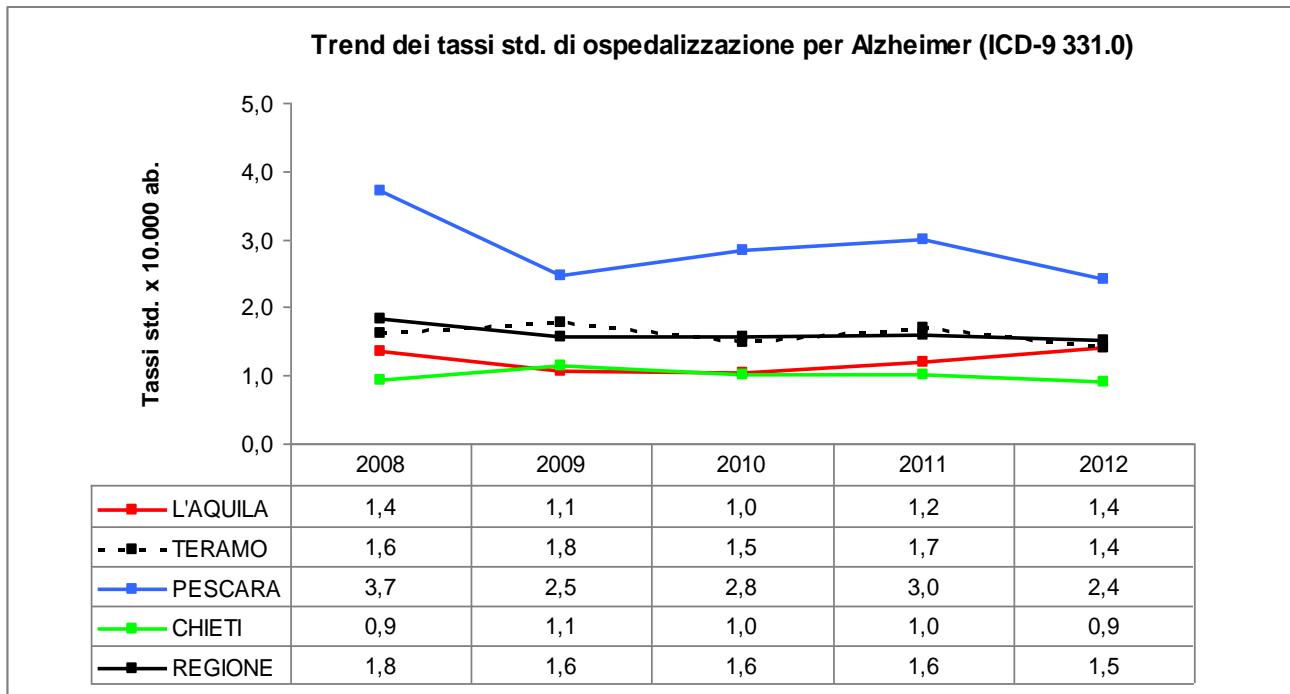
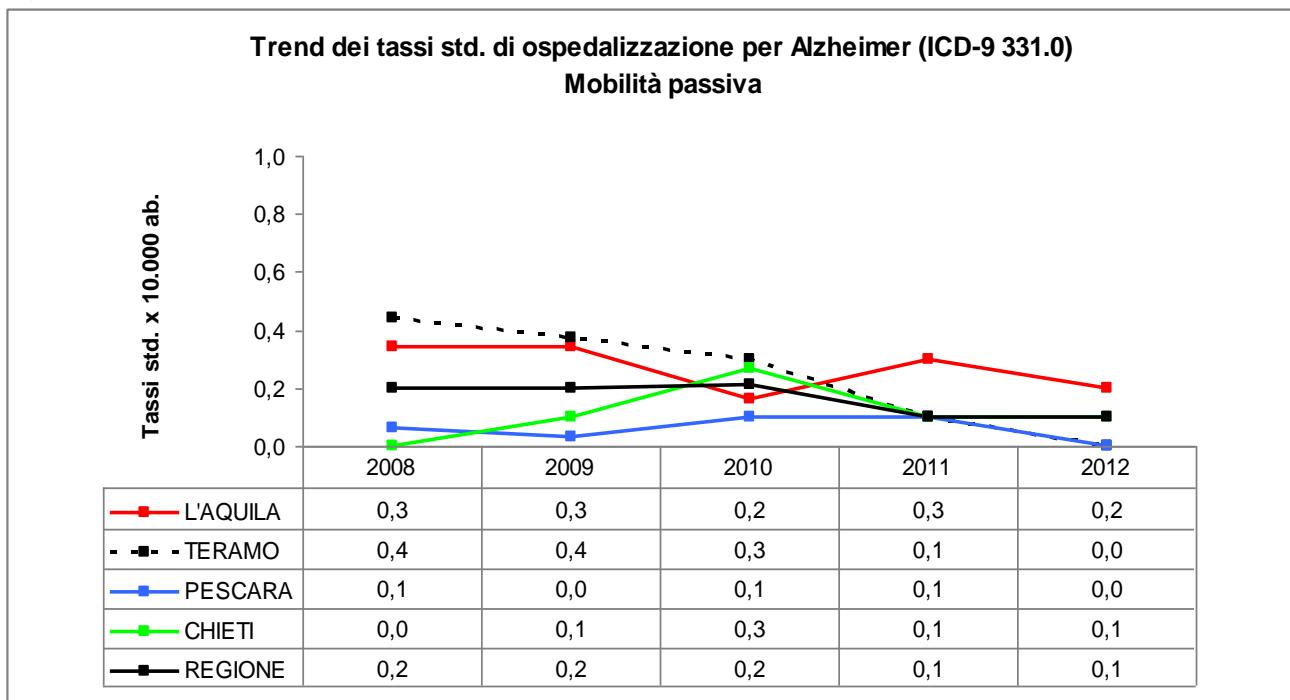


Figura 26.



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 27-28)

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero per traumatismi ed avvelenamenti è anch'esso diminuito negli ultimi cinque anni, in modo marcato ed in tutte le province (-10,5% a livello regionale – Figura 27), con una mobilità passiva sostanzialmente stabile (Figura 28). A livello nazionale, in ogni caso, nell'anno 2011 l'Abruzzo mostrava ancora un tasso di ricovero nettamente superiore alla media nazionale. Degno di attenzione il netto aumento verificatosi a L'Aquila nell'ultimo anno, per quanto compatibile con un'oscillazione casuale.

Figura 27.

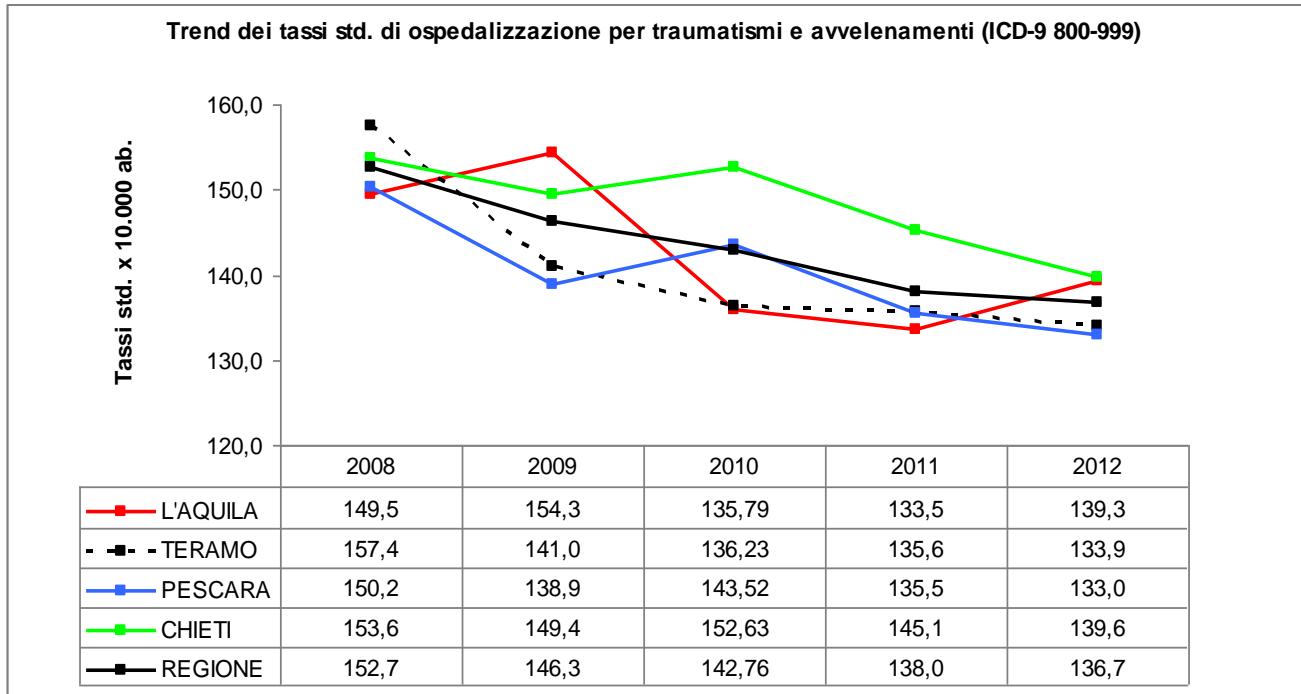
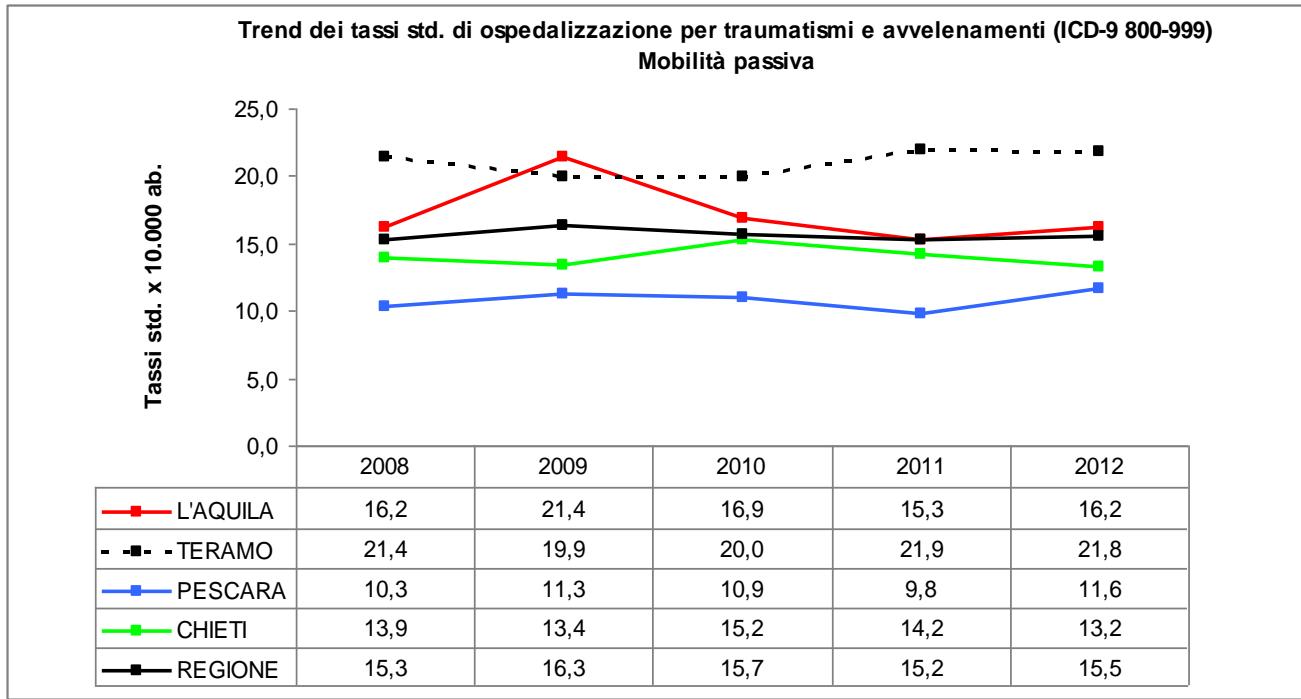


Figura 28.



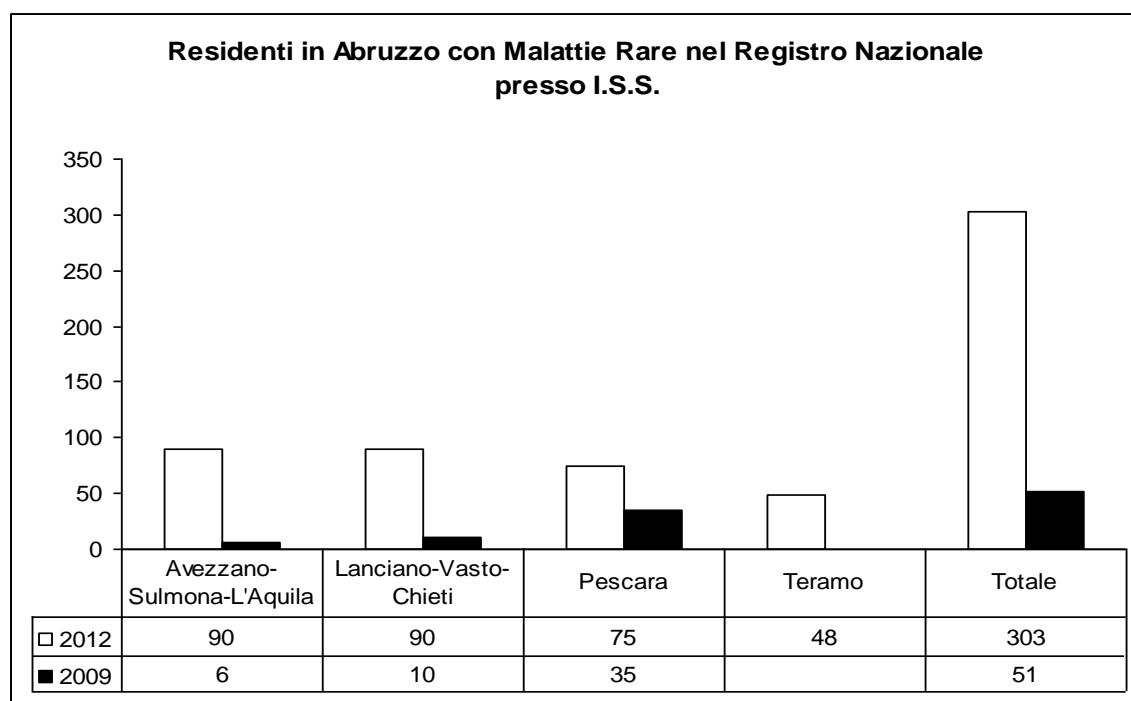
Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD indicati in diagnosi principale.

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. Va rimarcato, in ogni caso, che diverse altre regioni si trovano in una situazione analoga a quella dell'Abruzzo, suggerendo quindi la necessità di un maggiore sforzo anche a livello nazionale.

Figura 29.



4.13. Mortalità (Tavole 2-3)

Come anticipato all'inizio del Report, nel giugno 2013 l'Istat ha reso disponibile un aggiornamento importante dei dati sulla mortalità per causa, che sono ora disponibili fino all'anno 2010 sia a livello regionale che provinciale (dopo una pausa durata diversi anni). Dal 2008 al 2010, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause è rimasto del tutto stabile sia nei maschi (104 x10.000 abitanti - Tavola 2) che nelle femmine (64 x10.000). Se nel 2008, e negli anni precedenti (Analisi della mortalità in Abruzzo, anni 2006-2007), il tasso di mortalità regionale era leggermente inferiore a quello nazionale, nel 2010 l'Abruzzo è apparso sostanzialmente allineato con il resto della nazione (il cui tasso è invece sceso).

Lo scenario menzionato è fondamentalmente identico per tutti i tassi di mortalità specifici per causa, sia per i maschi che per le femmine (tumori, cardiovascolare, diabete, etc. - Tavola 2), con la parziale eccezione delle malattie del sistema nervoso e delle cause esterne / traumatismi, i cui tassi di mortalità, per quanto relativamente stabili, sono significativamente maggiori della media nazionale (e anche delle altre regioni dell'Italia meridionale).

L'analisi stratificata per ASL (Tavola 3) evidenzia alcune differenze di rilievo nella mortalità nel sesso maschile: (a) nel 2010 il tasso di mortalità complessivo della ASL di Chieti (100 x10.000) è apparso significativamente più basso di quello della ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (107 x10.000); (b) il tasso di mortalità per neoplasie di trachea, bronchi e polmoni è peggiorato nella ASL di Teramo ed era nel 2010 nettamente superiore alle altre ASL; (c) sempre la ASL di Teramo mostrava il tasso più elevato di mortalità per neoplasie della prostata (ma mostrava anche la mortalità più bassa per cause esterne e traumatismi e malattie del sistema nervoso e degli organi di senso); (d) il tasso di decessi per diabete è leggermente peggiorato ed era chiaramente nel 2010 più elevato nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (anche tra le femmine). Per il resto, e nel complesso, tutti i tassi specifici per causa hanno seguito lo stesso trend del tasso complessivo: sono rimasti sostanzialmente stabili o hanno mostrato variazioni minime, compatibili con oscillazioni casuali nella maggioranza dei casi (anche tenendo conto dei numeri relativi piccoli nel computo dei tassi delle patologie meno frequenti, e del fatto che solitamente le variazioni nella mortalità avvengono con intervalli temporali relativamente lunghi).

Tavola 2. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, in Abruzzo, Sud Italia e Italia, anni 2008 e 2010 (ultimi dati disponibili - fonte Health for All, Ministero della Salute).

Cause di morte	Anno	Maschi			Femmine		
		Abruzzo	Sud-Italia	Italia	Abruzzo	Sud-Italia	Italia
Mortalità generale	2008	104	111	109	64	72	69
	2010	104	107	103	64	69	66
Tumori	2008	31	34	36	16	17	19
	2010	31	33	35	16	17	19
- Neoplasie trachea, bronchi, polmoni	2008	6.8	8.9	9.2	1.1	1.4	2.1
	2010	7.3	8.7	8.9	1.5	1.5	2.2
- Mammella, femmine	2008	-	-	-	2.5	2.9	3.3
	2010	-	-	-	2.7	2.9	3.2
- Colon retto	2008	3.6	3.3	3.7	2.0	1.9	2.2
	2010	3.6	3.4	3.6	1.9	1.9	2.1
- Stomaco	2008	2.1	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0
	2010	2.0	1.9	2.0	0.9	1.0	1.0
- Utero	2008	-	-	-	0.5	0.7	0.7
	2010	-	-	-	0.8	0.8	0.7
- Prostata	2008	2.6	3.2	2.9	-	-	-
	2010	2.6	2.9	2.8	-	-	-
- Tessuto Linfatico ed ematopoietico	2008	2.9	2.6	2.8	1.6	1.5	1.7
	2010	2.2	2.4	2.6	1.3	1.6	1.6
Mal. Sistema circolatorio	2008	38	41	39	27	31	28
	2010	38	39	36	26	29	26
- Mal. Ischemiche del cuore	2008	15	15	15	8.3	8.9	8.2
	2010	14	14	14	8.1	8.2	7.3
- Disturbi circolatori dell'encefalo	2008	9.8	10	10	7.8	9.5	8.4
	2010	9.8	9.7	9.0	7.1	8.3	7.5
Diabete mellito	2008	3.2	4.3	3.2	2.6	4.1	2.7
	2010	3.1	4.1	3.2	2.7	4.0	2.6
Mal. Apparato Respiratorio	2008	8.8	9.2	8.5	3.2	3.6	3.7
	2010	8.6	8.8	8.1	2.9	3.3	3.6
- Polmonite, influenza	2008	1.2	0.8	1.4	0.6	0.5	0.8
	2010	0.9	0.7	1.3	0.6	0.4	0.8
Mal. Apparato Digerente	2008	4.7	4.9	4.3	2.8	3.1	2.8
	2010	4.5	4.7	4.1	2.9	3.1	2.7
- Mal. croniche del fegato	2008	1.9	2.4	1.8	0.8	1.3	0.9
	2010	1.7	2.3	1.6	0.8	1.3	0.8
Malattie Infettive	2008	1.4	1.5	1.6	0.7	0.9	1.0
	2010	1.0	1.4	1.6	0.8	1.0	1.1
Mal. Apparato Genito-Urinario	2008	1.8	2.0	1.9	0.9	1.3	1.1
	2010	2.0	2.1	1.9	1.0	1.3	1.1
Mal. Sistema Nervoso	2008	3.9	3.3	3.5	3.1	2.7	2.9
	2010	4.1	3.2	3.4	3.2	2.7	2.8
Disturbi psichici	2008	2.3	1.5	1.9	2.3	1.5	2.0
	2010	2.0	1.4	1.8	2.0	1.5	1.9
Cause esterne, traumatismi	2008	5.6	4.9	5.1	2.7	2.5	2.3
	2010	5.6	4.5	4.8	2.6	2.3	2.2

Tavola 3. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, nelle quattro province abruzzesi, anni 2008 e 2010 (ultimi dati disponibili - fonte Health for All, Ministero della Salute).

Cause di morte	Anno	Maschi				Femmine			
		L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo	L'Aquila	Chieti	Pescara	Teramo
Mortalità generale	2008	108	102	99	108	66	66	60	64
	2010	107	100	102	106	65	65	62	63
Tumori	2008	33	29	31	32	16	15	15	17
	2010	31	29	30	34	17	16	15	16
- Neoplasie trachea, bronchi, polmoni	2008	7.2	6.2	7.1	6.7	1.2	1.1	0.8	1.5
	2010	7.2	6.4	7.1	9.1	1.8	1.2	1.4	1.5
- Mammella, femmine	2008	-	-	-	-	2.6	2.7	2.7	2.0
	2010	-	-	-	-	3.0	2.6	2.6	2.8
- Colon retto	2008	3.8	3.5	3.6	3.7	1.8	1.9	2.3	2.1
	2010	3.3	4.0	3.4	3.7	2.0	1.9	1.7	2.1
- Stomaco	2008	3.1	1.6	1.5	2.4	1.3	0.9	0.9	1.2
	2010	2.3	1.8	1.9	2.0	1.1	0.9	0.9	0.6
- Utero	2008	-	-	-	-	0.4	0.5	0.6	0.4
	2010	-	-	-	-	0.6	0.8	1.0	0.8
- Prostata	2008	2.3	2.5	2.1	3.5	-	-	-	-
	2010	1.7	2.6	2.6	3.5	-	-	-	-
- Tessuto Linfatico ed hematopoietico	2008	2.7	3.1	3.1	2.9	1.9	1.2	1.5	2.1
	2010	2.7	2.5	2.2	1.5	1.2	1.0	1.6	1.5
Mal. Sistema circolatorio	2008	39	39	36	40	27	28	25	27
	2010	38	38	38	41	26	28	25	26
- Mal. Ischemiche del cuore	2008	16	15	15	13	8.0	9.3	8.0	7.4
	2010	14	15	14	14	8.2	9.8	6.7	7.1
- Disturbi circolatori dell'encefalo	2008	9.5	9.1	9.4	11.6	7.3	7.1	7.6	9.6
	2010	9.3	8.9	10.5	10.9	6.5	6.5	8.6	7.0
Diabete mellito	2008	3.6	3.3	2.7	3.0	3.4	2.8	2.1	2.1
	2010	3.9	2.9	3.3	2.3	3.5	2.8	2.2	2.3
Mal. Apparato Respiratorio	2008	9.0	7.0	8.6	11.1	3.0	3.4	3.1	3.3
	2010	9.4	7.5	8.3	9.7	2.3	2.9	3.3	3.1
- Polmonite, influenza	2008	1.7	0.7	1.5	0.9	0.9	0.7	0.5	0.5
	2010	1.5	0.8	0.9	0.5	0.5	0.6	0.7	0.5
Mal. Apparato Digerente	2008	4.8	5.7	4.4	3.7	2.9	2.8	2.8	2.7
	2010	4.8	4.2	5.1	4.2	3.3	2.7	3.1	2.4
- Mal. croniche del fegato	2008	2.0	2.5	1.7	1.4	1.0	0.8	0.7	0.9
	2010	2.1	1.7	1.7	1.3	0.9	0.7	1.0	0.6
Malattie Infettive	2008	1.9	1.0	1.5	1.3	1.2	0.5	0.6	0.6
	2010	1.1	1.1	1.0	0.8	0.7	1.2	0.6	0.8
Mal. Apparato Genito-Urinario	2008	2.4	1.7	1.6	1.5	1.0	1.1	1.0	0.8
	2010	1.9	2.6	1.5	1.8	1.1	1.0	1.0	1.1
Mal. Sistema Nervoso e org. senso	2008	3.6	4.1	3.9	3.8	3.4	3.0	3.6	2.6
	2010	4.1	4.2	4.8	3.3	2.7	3.0	4.0	3.3
Disturbi psichici	2008	1.6	2.4	2.3	3.0	1.6	2.9	1.9	2.8
	2010	1.7	2.1	2.3	2.0	1.8	2.3	1.9	2.1
Cause esterne, traumatismi	2008	5.8	5.9	5.0	5.4	2.7	3.0	2.6	2.3
	2010	6.2	5.9	5.3	4.8	2.4	2.9	2.4	2.4

5. L'assistenza Sanitaria

5.1 Assistenza ospedaliera – i ricoveri per tipologia (Figure 30-35)

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).

Rispetto all'anno 2008, il numero di ricoveri ospedalieri si è ridotto sostanzialmente sia nel settore pubblico (-17,7% - Figura 30), sia in quello privato (-30,0% - Figura 32). A livello nazionale, dal 2008 al 2011 (ultimi dati disponibili) il totale dei ricoveri ospedalieri di ogni genere è diminuito del 11,2%; un valore più basso di quanto avvenuto in Abruzzo.

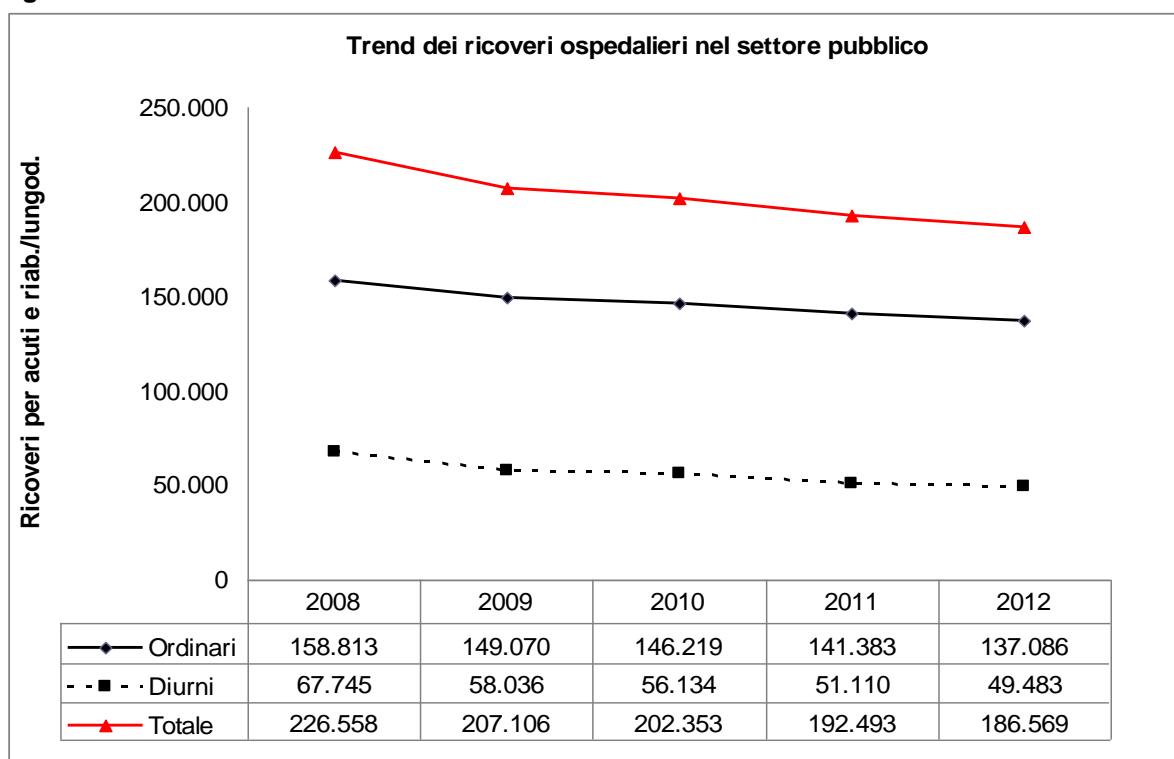
Nel settore pubblico questo calo è costante negli anni sia per i ricoveri ordinari che diurni, ed ha comportato una riduzione complessiva di 39.989 ricoveri dal 2008. Ad un costo medio per ricovero di circa 2400 euro, tale riduzione corrisponde approssimativamente a 95 milioni di euro. Per quanto tutte le ASL abbiano ridotto significativamente il numero di ricoveri in modo costante (con l'eccezione di L'Aquila nel 2009, anno nel quale si verificò un crollo dei ricoveri fittizio in seguito al terremoto), il maggiore decremento si è verificato nella ASL di Teramo (-20,0% - Figura 31).

Anche nel settore privato, dopo l'inversione di tendenza del 2011 (ascrivibile alla ripresa dell'attività del presidio di Villa Pini), i ricoveri sono tornati a diminuire. Rispetto al 2008, nel 2012 sono stati svolti 15.397 ricoveri in meno. Il calo si è verificato in tutte le ASL, ed è stato massimo nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (-41,8% - Figura 33).

Continuano a ridursi, nettamente, anche i ricoveri di riabilitazione/lungodegenza, soprattutto nel settore pubblico (-33,9% dal 2008 - Figura 34), mentre nel settore privato, negli ultimi due anni, i ricoveri sono aumentati (per quanto siano diminuiti, dal 2008, del 15,8%). Di nuovo, i circa 1000 ricoveri in più svolti nel settore privato negli ultimi due anni sono stati effettuati nel presidio di Villa Pini (+1122 rispetto al 2010).

Nonostante la drastica riduzione dei ricoveri svolti dai presidi ospedalieri abruzzesi, il numero di ricoveri effettuati da residenti in Abruzzo in strutture extra-regionali (Mobilità passiva) è rimasto sostanzialmente stabile (Figura 35). Ulteriori dettagli sulla mobilità passiva extra-regionale sono forniti nel paragrafo successivo.

Figura 30.



* Negli anni 2010, 2011 e 2012 sono stati effettuati anche 3642 (nel 2010), 5065 (nel 2011) e 4546 (nel 2012) ricoveri ambulatoriali (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 31.

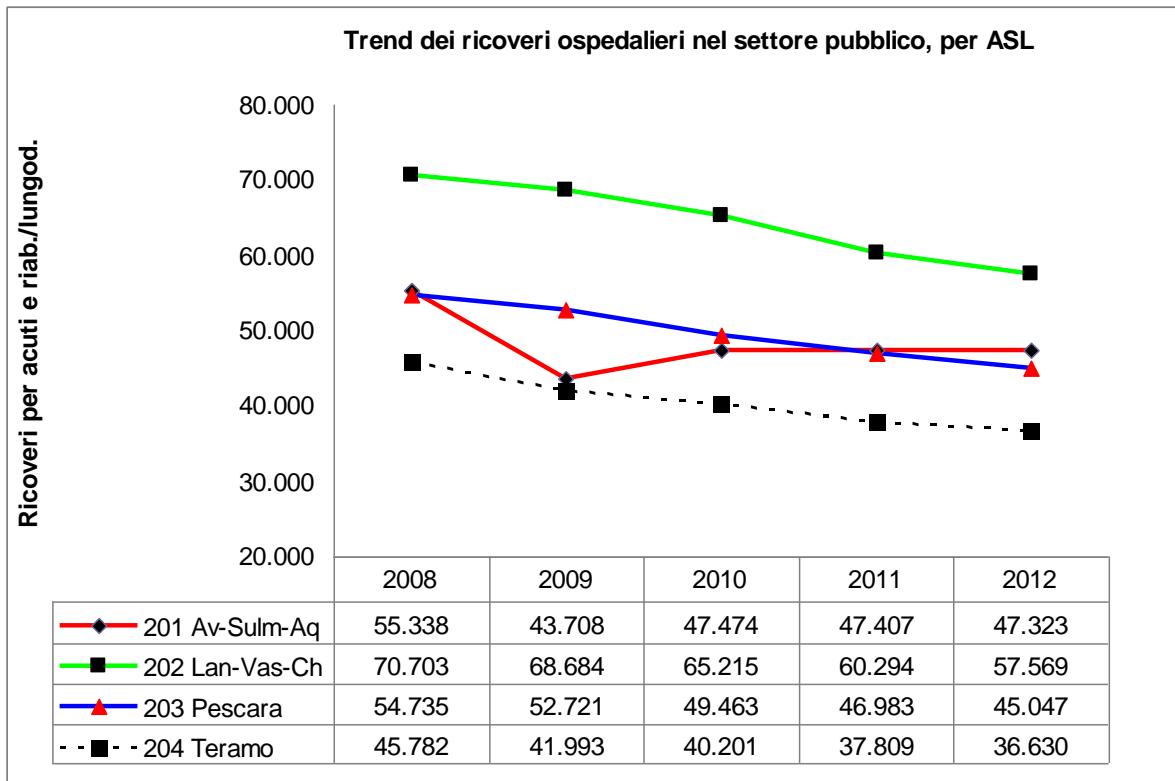
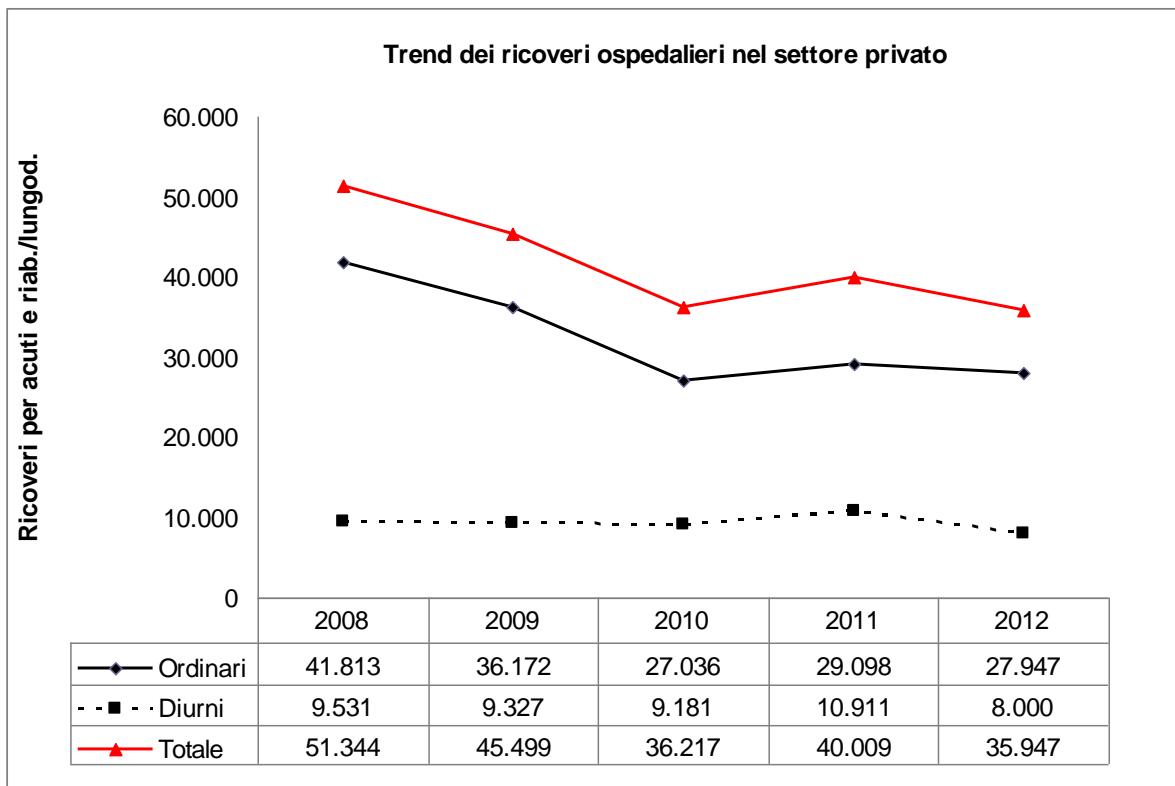


Figura 32.



* Negli anni 2010, 2011 e 2012 sono stati effettuati anche 1368 (nel 2010), 1728 (nel 2011) e 5065 (nel 2012) ricoveri ambulatoriali (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 33.

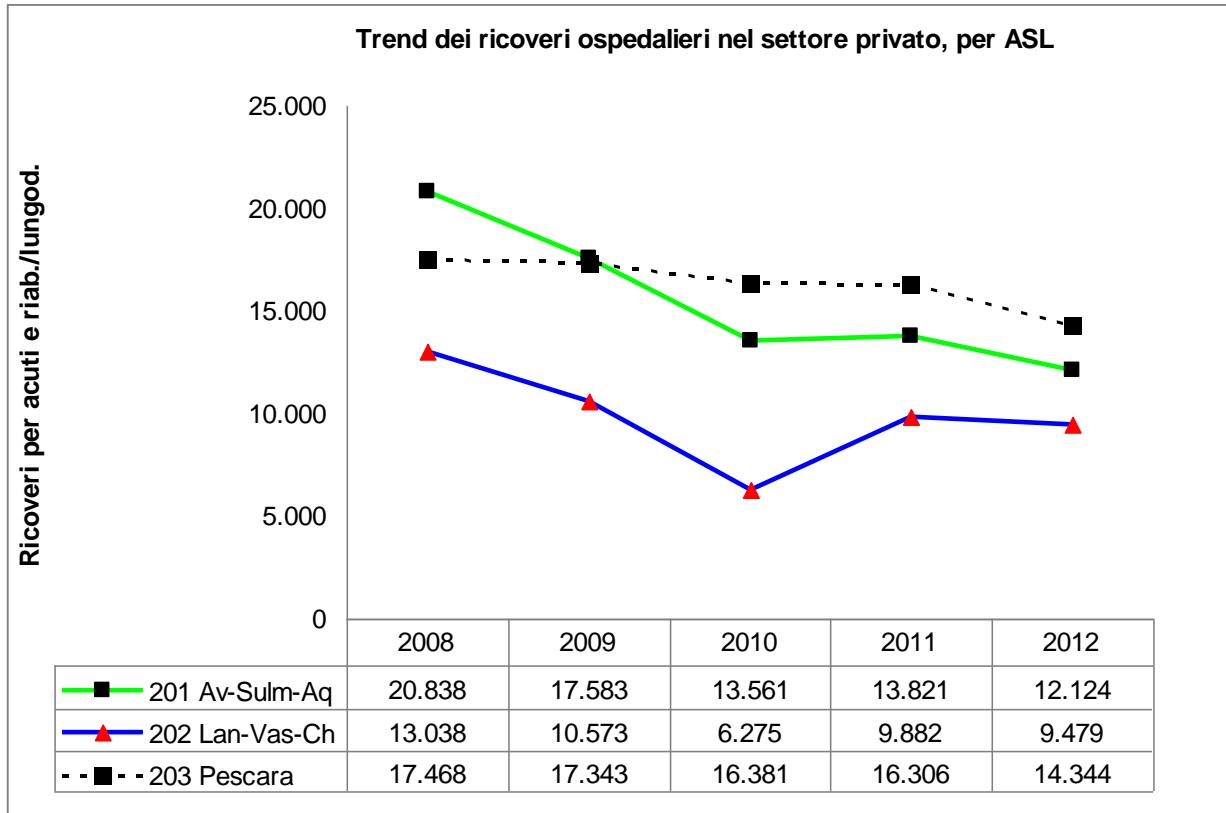
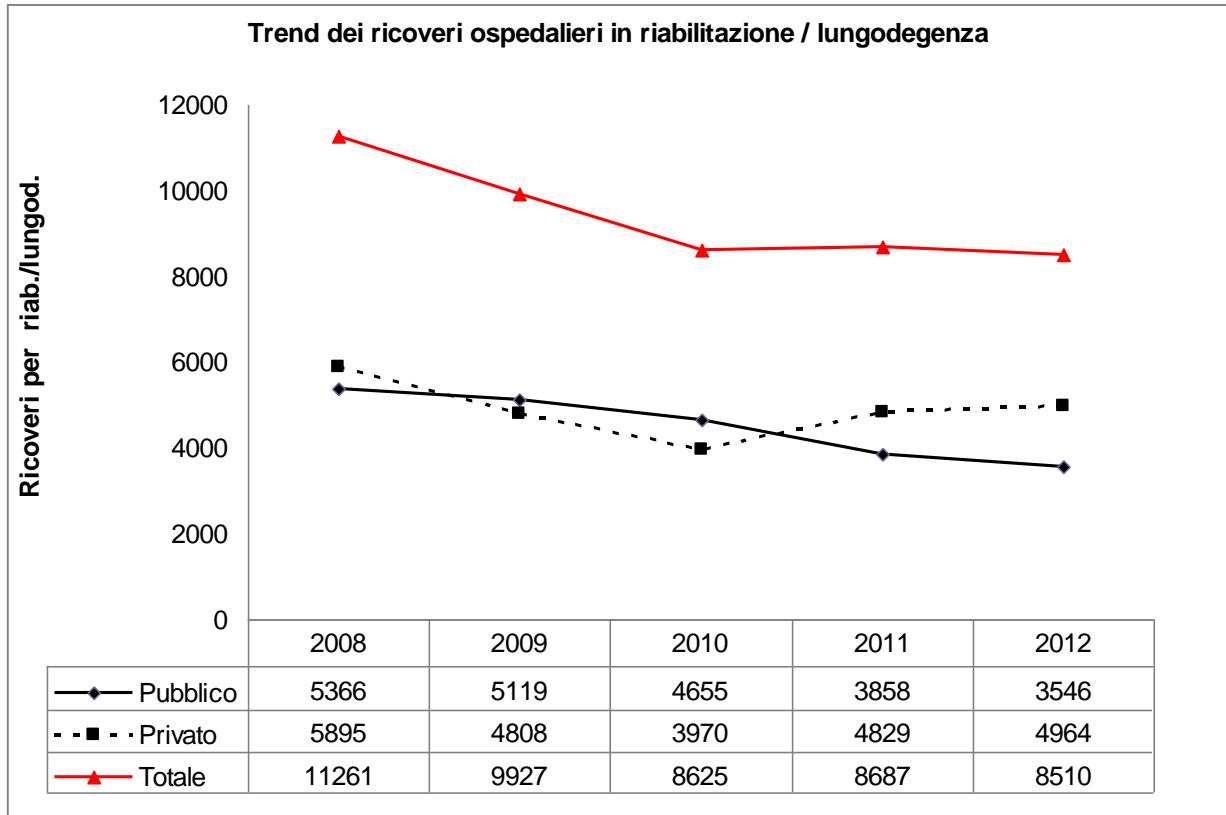
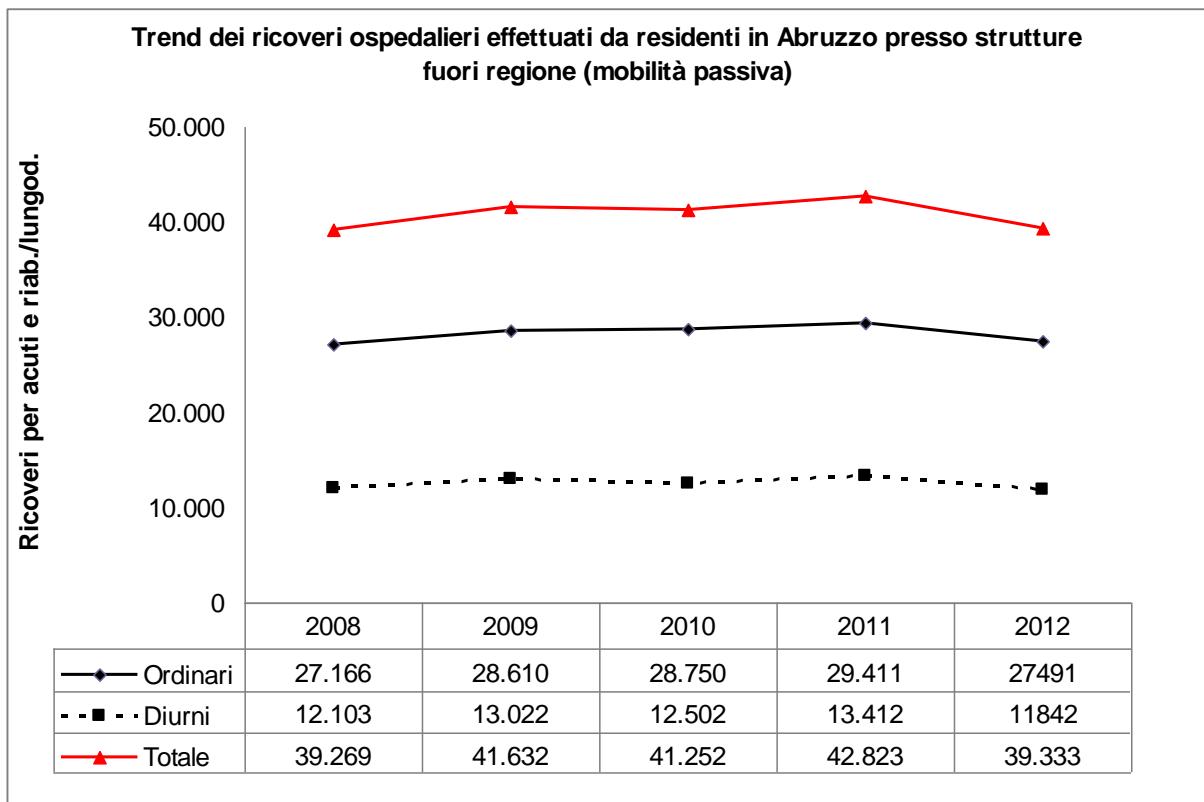


Figura 34.



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

Figura 35.



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

5.2 Mobilità sanitaria (Figure 8 e 35; Tavole 4-6)

In questo paragrafo viene analizzato in maggior dettaglio il trend della mobilità attiva e passiva extra-regionale. Per mobilità attiva si intendono i residenti di altre regioni che vengono a farsi assistere in Abruzzo; al contrario, per mobilità passiva si intendono i residenti in Abruzzo che si fanno assistere in strutture di altre regioni. A livello teorico, e assumendo un livello di appropriatezza omogeneo, tanto più bassa è la mobilità passiva, e tanto più alta la mobilità attiva, tanto maggiore è la capacità di attrazione da parte delle strutture sanitarie regionali nei confronti dei cittadini abruzzesi e di altre regioni, rispettivamente. Nelle regioni a maggiore attrazione (Lombardia, Emilia Romagna), il saldo mobilità attiva / passiva è positivo, o perlomeno in pareggio.

Come mostrato in precedenza, il tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause in strutture extra-regionali è rimasto sostanzialmente stabile nell'ultimo quinquennio (-3,5% - Figura 8), ed i ricoveri di residenti effettuati in altre regioni sono diminuiti, nell'ultimo anno, di 3490 unità (Figura 35). In termini di valorizzazione economica, come si può evincere dal punto A della Tavola 4, ciò corrisponde ad un risparmio di 683.761 euro. Tuttavia, sempre nel 2012 sono calati anche i ricoveri effettuati in Abruzzo da residenti in altre regioni (mobilità attiva), con un minore incasso di oltre 2 milioni di euro. Per quanto questo dato sia finanziariamente negativo, va tuttavia specificato che la grande maggioranza di questi ricoveri erano ricoveri considerati potenzialmente inappropriati (i cosiddetti ricoveri LEA). In maggiore dettaglio, il peggioramento è avvenuto pressoché interamente nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (Tavola 5) a causa di una minore attrattività delle strutture private, soprattutto in relazione ai ricoveri ortopedici (Tavola 6): se nel 2011 il saldo attiva-passiva era favorevole per ben 713 ricoveri, nel 2012 si è registrato un saldo negativo di 743 ricoveri (con un differenziale netto di 1456 ricoveri). La maggioranza dei ricoveri "persi" era stata assegnata ai DRG 232 (Artroscopia) e 503 (Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infusione). Tali ricoveri sono stati classificati in modo più appropriato, nell'anno 2012, come ricoveri ambulatoriali complessi.

Relativamente agli altri setting assistenziali (Tavola 4), rispetto all'anno precedente, nel 2012 è migliorato il saldo attiva / passiva della farmaceutica e delle cure termali, mentre è peggiorato lievemente quello della specialistica ambulatoriale e della Medicina Generale. Il saldo complessivo è peggiorato di circa 1 milione di euro (+1,6%), di fatto a causa della riduzione della mobilità attiva ospedaliera.

Prima di chiudere il capitolo relativo alla mobilità passiva extra-regionale, occorre ricordare che, per quanto sostanzialmente stabili nel numero e nel tasso standardizzato di ricovero, 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 2012, mentre i ricoveri intra-regionali erano 9000, e sono divenuti 4000 nel 2012, la percentuale di ricoveri fuori-regione è salita dal 10%, nel 2008, al 20% nel 2012, ma questo non significa che essi siano effettivamente aumentati di numero. Nello specifico, nel 2008 i ricoveri svolti in strutture extraregionali erano 39.269 (Figura 35), pari al 14,1% del totale dei ricoveri svolti in regione (n=277.902 - Figure 30 e 32). Nel 2012, i ricoveri extra-regionali erano praticamente gli stessi (39.333 - Figura 35) ma rappresentavano il 17,7% del totale dei ricoveri intra-regionali (n=222.516; Figure 30 e 32).

Tavola 4. Trend della Mobilità attiva (residenti in altre regioni ricoverati in ospedali abruzzesi) e passiva (residenti in Abruzzo ricoverati in ospedali di altre regioni) per setting di cura.

	2012	2011	2012 vs 2011	2012	2011	2012 vs 2011	2012	2011	2012 vs 2011
	M. Passiva	M. Passiva	M. Passiva	M. Attiva	M. Attiva	M. Attiva	Saldo Attiva/Passiva	Saldo Attiva/Passiva	Saldo Attiva/Passiva
TOTALE REGIONE ABRUZZO	170.384.315	169.099.157	1.285.158	102.113.648	101.944.058	169.589	-68.270.668	-67.155.099	-1.115.569
A - RICOVERI OSPEDALIERI E DAY-HOSPITAL	131.856.681	132.540.442	-683.761	85.398.419	87.737.930	-2.339.511	-46.458.262	-44.802.512	-1.655.750
B - MEDICINA GENERALE	854.394	817.999	36.395	388.185	383.878	4.307	-466.209	-434.122	-32.087
C - SPECIALISTICA AMBULATORIALE	24.617.667	22.311.254	2.299.539	9.986.860	8.000.887	1.985.973	-14.595.454	-14.281.888	-313.566
D - FARMACEUTICA	3.054.249	3.232.213	-177.964	2.743.064	2.582.190	160.874	-311.185	-650.023	338.838
E - CURE TERMALI	2.131.989	2.646.212	-514.223	323.653	373.466	-49.813	-1.808.336	-2.272.746	464.410
F - SOMMINISTRAZIONE DIRETTA DI FARMACI	7.163.025	6.924.884	236.250	2.633.159	2.205.881	427.279	-4.518.622	-4.709.651	191.029
G - TRASPORTI CON AMBULANZA ED ELISOCCORSO	706.311	626.153	78.075	640.307	659.827	-19.520	-63.881	33.714	-97.596

Tavola 5. Mobilità - Andamento dei ricoveri ospedalieri (sono inclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN).

	No mobilità ¹	Mob. Attiva ²	Mob. Passiva ³	Saldo attiva/passiva
Regione Abruzzo				
N. Ricoveri - 2012	196.499	26.781	40.011	-13.230
N. Ricoveri - 2011	211.387	29.705	43.466	-13.761
N. Ricoveri - 2010	215.546	29.300	43.650	-14.350
Importo complessivo - 2012	570.382.890	82.080.709	131.856.840	-49.776.131
Importo complessivo - 2011	584.733.750	84.236.774	132.540.630	-48.303.856
ASL Avezzano/Sulmona/Aquila				
N. Ricoveri - 2012	47.329	12.587	9506	3081
N. Ricoveri - 2011	49.702	14.312	9912	4400
N. Ricoveri - 2010	49.637	14.182	10.129	4053
Importo complessivo - 2012	133.851.372	36.051.542	30.812.825	5.238.717
Importo complessivo - 2011	135.134.718	37.932.572	30.264.571	7.668.001
ASL Lanciano/Vasto/Chieti				
N. Ricoveri - 2012	57.694	6097	10.502	-4405
N. Ricoveri - 2011	62.018	5929	10.817	-4888
N. Ricoveri - 2010	63.190	5784	10.860	-5076
Importo complessivo - 2012	172.318.801	18.614.509	37.073.948	-18.459.440
Importo complessivo - 2011	174.694.182	17.461.664	36.308.536	-18.846.872
ASL Pescara				
N. Ricoveri - 2012	52.127	5711	7049	-1338
N. Ricoveri - 2011	57.620	7045	7391	-346
N. Ricoveri - 2010	59.209	6755	7173	-418
Importo complessivo - 2012	147.045.367	20.668.514	22.806.653	-2.138.138
Importo complessivo - 2011	154.305.265	21.610.506	23.688.511	-2.078.005
ASL Teramo				
N. Ricoveri - 2012	39.349	2386	12.954	-10.568
N. Ricoveri - 2011	42.047	2419	15.346	-12.927
N. Ricoveri - 2010	43.510	2579	15.488	-12.909
Importo complessivo - 2012	117.167.365	6.746.145	41.163.417	-34.417.272
Importo complessivo - 2011	120.599.588	7.232.031	42.279.008	-35.046.977

1. Residenti in Abruzzo ricoverati in ospedali abruzzesi. 2. Residenti in altre regioni ricoverati in ospedali abruzzesi. 3. Residenti in Abruzzo ricoverati in ospedali di altre regioni.

Tavola 6. Mobilità passiva e attiva per Disciplina (Main Diagnostic Category - MDC).

MDC	Ric. Totali	No mobilità ₁	Mob. Attiva ₂	Mob. Passiva ₃	Saldo attiva / passiva 2012	Saldo attiva / passiva 2011	Diff. Saldo 2012-2011
8 Musc. Schel. Connec.	38.390	23.349	7149	7892	-743	713	-1456
5 Cardiovascolare	31.852	25.223	2495	4134	-1639	-1629	-10
6 Digerente	23.160	18.827	1739	2594	-855	-877	22
14 Gravidanza e parto	18.486	15.335	1442	1709	-267	-531	264
1 Nervoso	18.414	14.082	1497	2835	-1338	-1221	-117
4 Respiratorio	15.565	13.115	1069	1381	-312	-239	-73
11 Nefrologia	12.308	8602	2039	1667	372	-91	463
15 Neonatale	11.665	10.205	556	904	-348	-589	241
13 Ginecologia	10.252	7351	873	2028	-1155	-1405	250
17 Mielop. scars. differ.	10.056	7303	568	2185	-1617	-1804	187
7 Fegato e Pancreas	9912	7822	726	1364	-638	-737	99
9 Pelle Mammella	9901	7520	873	1508	-635	-547	-88
3 ORL	9562	6502	952	2108	-1156	-1295	139
10 Endocrino	8388	5812	1083	1493	-410	-658	248
2 Oculistica	7448	4674	755	2019	-1264	-1376	112
19 Mentali	6232	4841	526	865	-339	-423	84
12 Urologia	5001	3333	784	884	-100	-159	59
23 Fatt. influenz. salute	4612	3279	471	862	-391	-439	48
16 Ematol. Reumatol.	3238	2678	165	395	-230	-275	45
18 Infettive	3212	2641	319	252	67	37	30
21 Traumi avvelen.	3109	2353	428	328	100	116	-16
99Pre Trap.Ossig.Trac.	731	492	79	160	-81	-104	23
20 Alcol e farm.	583	292	28	263	-235	-212	-23
98 NA	460	322	69	69	0	7	-7
25 AIDS	394	278	57	59	-2	-21	19
24 Traumi multipli	235	181	32	22	10	24	-14
22 Ustioni	125	87	7	31	-24	-25	1
Totale	263.291	196.499	26.781	40.011	-13.230	-13.760	530

1. Residenti in Abruzzo ricoverati in ospedali abruzzesi. 2. Residenti in altre regioni ricoverati in ospedali abruzzesi.
 3. Residenti in Abruzzo ricoverati in ospedali di altre regioni.

5.3. Peso medio DRG e Degenza Media (Figure 36-37)

Il peso medio DRG è un indice indiretto della severità media (e del consumo atteso di risorse) dei ricoveri. Nell'ultimo quinquennio, il peso medio dei ricoveri effettuati nel settore pubblico è cresciuto lievemente (2,0%), mentre nel privato è salito in modo marcato (9,8% - Figura 36). Se nel 2008 i ricoveri svolti nel pubblico apparivano più severi di quelli svolti nel privato (con tutti i limiti delle stime basate sul sistema DRG), nel 2012 i ricoveri effettuati nel settore privato sono apparsi più severi (1,13), rispetto a quelli svolti nel settore pubblico (1,09). E' difficile, tuttavia, capire quanta parte di questa differenza sia dovuta ad una sostanziale diversità di casistica, oppure ad una differente codifica SDO da parte delle strutture private (non necessariamente migliore, ma sicuramente più completa). In ogni caso, il peso medio DRG è ulteriormente discusso, valutando il trend di ciascun ospedale, nel prossimo paragrafo.

La degenza media dei ricoveri svolti nelle strutture private è decisamente cresciuta, passando da una media di 7,8 giorni nel 2008, ai 10,2 giorni del 2012 (+31,0% - Figura 37). Per quanto nel settore pubblico la degenza media sia cresciuta molto poco (+0,2 giorni), l'aumento del privato ha elevato la degenza media complessiva, passata nel quinquennio da 7,26 a 7,80 giorni. Le cause sono molteplici. In primo luogo, il citato aumento della severità media dei ricoveri nel settore privato (con un decremento selettivo dei ricoveri a minor consumo di risorse, più frequentemente inappropriati). In secondo luogo, la riduzione dei ricoveri di breve durata svolti nel passato (molti dei quali ad alto rischio di inappropriatezza). Infine, 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 ordinari svolti nel privato, mentre nel 2012 tale quota è salita al 17,6% (n=4922). Se si considerano solo i ricoveri ordinari per acuti, la degenza media è addirittura diminuita nel privato (da 6,37 a 6,24 giorni) ed è rimasta stabile nel pubblico (da 6,93 a 7,03 giorni). Ricordiamo infine che, nel 2011 (ultimi dati disponibili), la degenza media nazionale dei ricoveri ordinari era stabile, pari a 6,7 giorni.

Figura 36.

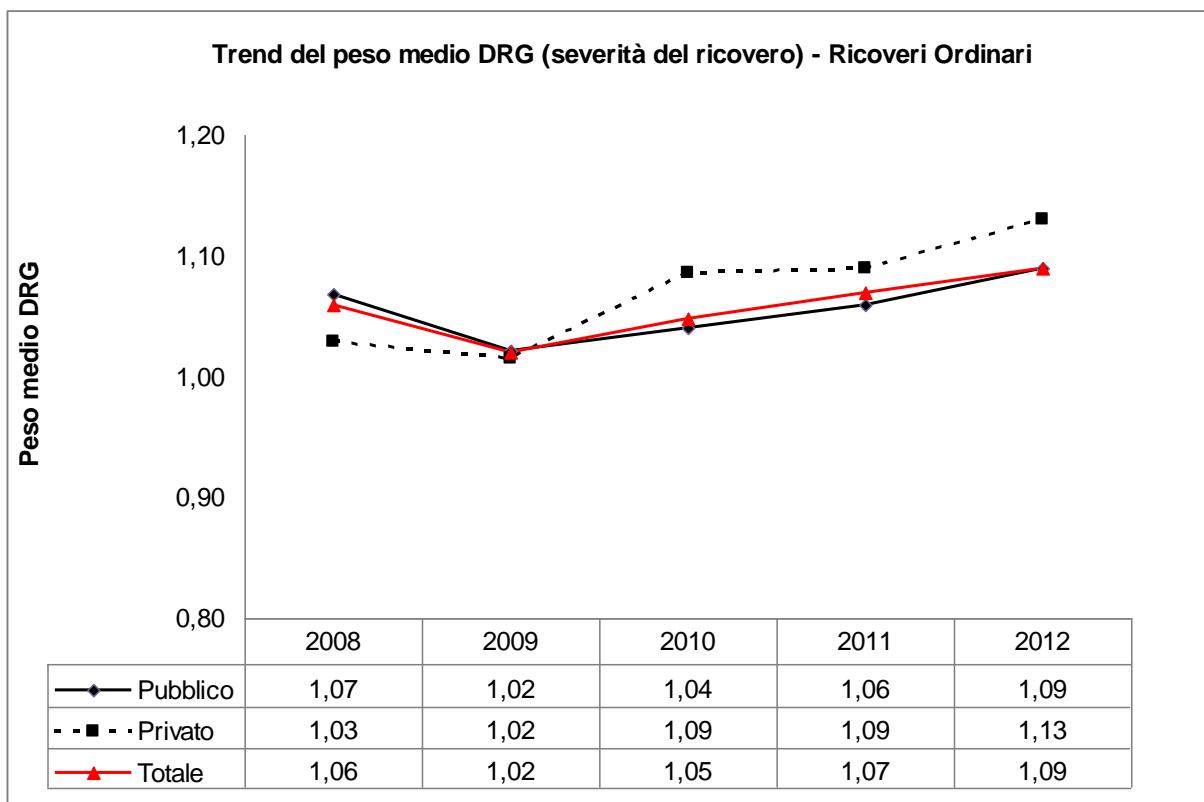
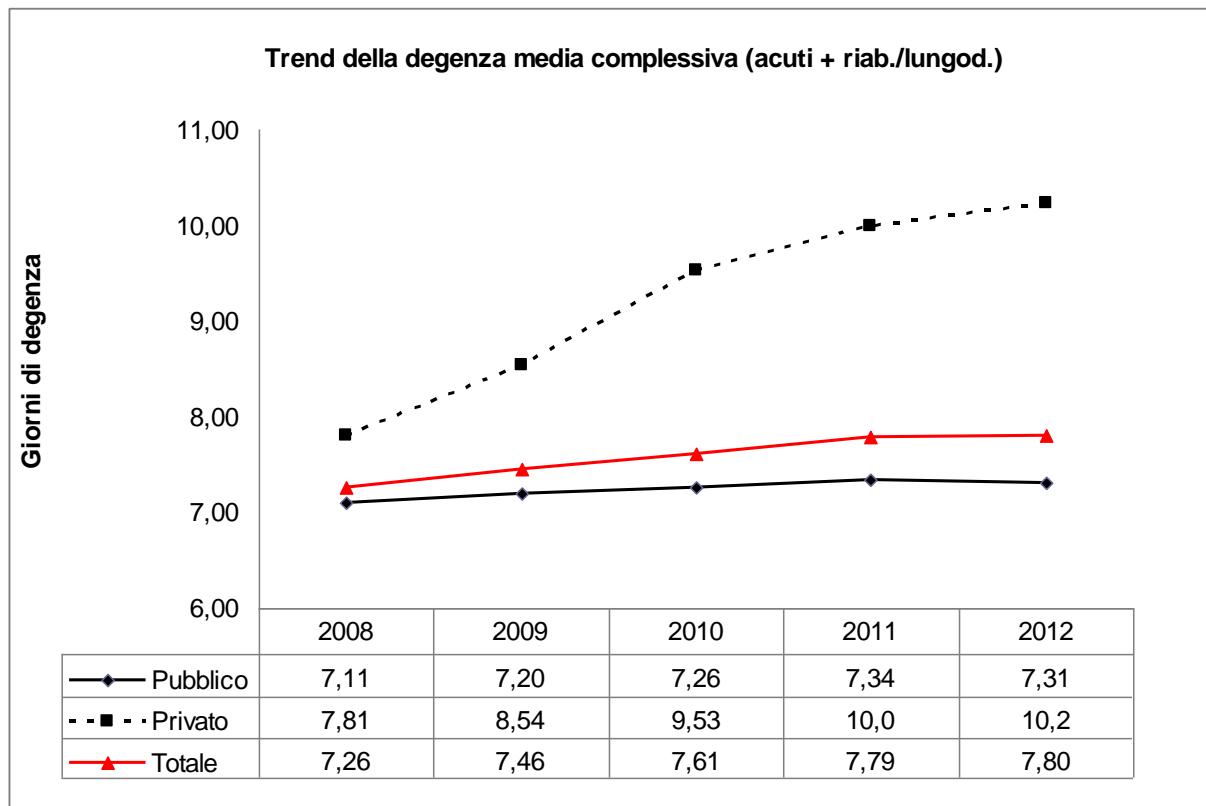


Figura 37.



5.4. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 7-9)

E' doveroso precisare che gli indicatori riportati in questi paragrafi, per quanto in alcuni casi correlati all'efficienza, efficacia ed appropriatezza organizzativa (ovvero, relativamente ai ricoveri ospedalieri, l'impiego dell'adeguato ambito assistenziale: ordinario, diurno o ambulatoriale), possono fornire solo una visione specifica di alcuni ambiti, ma non esaustiva dell'insieme dei processi che si svolgono all'interno dell'ospedale. In altri termini, con gli strumenti oggi a disposizione di routine non è possibile stimare la qualità complessiva di un ospedale, che dipende da altre molteplici componenti, impossibili da rilevare attraverso i sistemi informativi attualmente in essere.

Nella Tavola 7 sono riportati alcuni indici dell'utilizzo e tipologia della casistica trattata dai vari presidi (ma anche a livello di ASL e di regione), relativi agli anni 2012 e 2011. Il numero di posti letto è rimasto stabile o si è ridotto lievemente nella maggioranza delle strutture ospedaliere, con le eccezioni del presidio pubblico di Avezzano (dove i posti letto sono cresciuti), di Penne, Sant'Omero e Villa Serena (che hanno visto invece riduzioni importanti). La produzione complessiva si è ridotta di circa il 5%-10% in quasi tutte le strutture, ma in alcune i ricoveri sono cresciuti (L'Aquila, San Raffaele di Sulmona, Vasto, e soprattutto Sant'Omero: +19,8%). Da tenere presente, tuttavia, che nel 2011 il presidio ospedaliero di Sant'Omero appariva nettamente sottoutilizzato, con un tasso di occupazione del 61,4%, riallineatosi intorno alla media regionale nel 2012 (81,7%). Inoltre, l'aumento dei ricoveri è stato ampiamente compensato, all'interno della medesima ASL, dalla diminuzione netta della produzione dei presidi di Teramo, e soprattutto Atri (il cui tasso di occupazione, invece, è crollato al 65,2%). Sempre per quanto riguarda la produzione globale, riduzioni nettamente superiori alla media si sono verificate nelle strutture private Villa Letizia (-970 ricoveri; pari al 30,9%) e Pierangeli (-2550 ricoveri, pari al 25,3%), nel primo caso quasi completamente compensati dall'aumento dei ricoveri ambulatoriali complessi (+915), nel secondo caso solo parzialmente (+1321). Entrambe le strutture citate, peraltro, sembrano in via di ridefinizione della casistica trattata, con una crescita netta della percentuale di ricoveri per acuti e del peso medio DRG (Tavola 8). Il tasso di occupazione medio regionale continua a crescere anche nel 2012, seppure lievemente, sia nel pubblico (attestandosi all'80,4%) che nel privato (83,2% - Tavola 7). Analizzando i singoli presidi pubblici, il tasso di occupazione medio ha tuttavia mostrato un andamento eterogeneo: è cresciuto sensibilmente a Sant'Omero (come anticipato), L'Aquila, Vasto, Penne e Giulianova, mentre è calato altrettanto nettamente ad Atri (come anticipato), Avezzano, Tagliacozzo e Lanciano (dove già era basso). Particolarmente deludente il fatto che, tra gli ospedali pubblici che già apparivano sottoutilizzati nel 2011 (Sulmona, Lanciano, Ortona e Penne, con tassi inferiori al 70%), solo Penne ha mostrato un miglioramento (netto), mentre gli altri sono addirittura peggiorati, e ad essi si è aggiunto il presidio di Atri. Proprio nella ASL di Pescara, al contrario, sembra essersi quasi del tutto risolto lo sbilanciamento a sfavore degli ospedali pubblici di riferimento, i cui tassi di occupazione nel 2010 erano assai più elevati degli altri presidi satelliti. In ultimo, la percentuale di ricoveri da fuori regione è rimasta pressoché invariata, continuando ad essere molto più elevata nei presidi privati (in particolare a INI Canistro e Villa Letizia).

Nella Tavola 8 sono invece riportati alcuni indicatori di efficienza, complessità e appropriatezza organizzativa. Della degenza media e del peso medio DRG complessivi si è già discusso nel capitolo precedente. La complessità dei ricoveri è cresciuta in tutte e quattro le ASL ed in tutti i presidi, forse anche a causa di una compilazione più completa delle Schede di dimissione ospedaliera. I quattro presidi pubblici di riferimento, generalisti, hanno mostrato un aumento più marcato rispetto agli ospedali satelliti, accrescendo ulteriormente il divario nella severità clinica (come peraltro 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. La degenza media, come peraltro altri indicatori, deve tenere conto delle differenze nella casistica, per cui non può essere i presidi non possono essere confrontati tout court, a meno che non abbiano casistiche davvero simili. Ciò che è utile, tuttavia, è l'analisi del trend: nel complesso, la durata dei ricoveri è apparsa stabile, o in lieve aumento, nella maggioranza dei presidi (per cause già discusse, tra cui la riduzione dell'inappropriatezza). Apprezzabile, tuttavia, la riduzione avvenuta in tutti i presidi della ASL di Teramo, e negli ospedali pubblici di L'Aquila, Sulmona e Avezzano. Anche il trend della 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) è apparso positivo sia nel pubblico che nel privato: nel complesso, nell'ultimo anno si è verificata una lieve riduzione (da 21,0% a 19,2%) della quota di ricoveri che potrebbero essere effettuati in regime diurno o ambulatoriale senza

ridurre, perlomeno teoricamente, la qualità dell'assistenza prestata (i cosiddetti "DRG LEA", indici indiretti di appropriatezza organizzativa). Questo miglioramento, per quanto lieve, appare degno di nota proprio perché arriva dopo anni di sostanziale stabilità, nonostante le ripetute sollecitazioni da parte del governo centrale e regionale. Anche questo indicatore risente nettamente della tipologia della casistica trattata ed il confronto tra presidi con casistiche diverse non è di particolare interesse. Similmente positivo il dato relativo alla quota di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da reparti chirurgici (potenziale indice di efficienza organizzativa del sistema), che è cresciuta ulteriormente nel 2012 (+7,3%; + 23,6% rispetto al 2010). Tra i presidi pubblici, degni di nota l'ampio miglioramento di Sulmona, Castel di Sangro, Pescara, Giulianova e Sant'Omero, che nel 2011 avevano invece mostrato i valori più bassi. Nel complesso, rispetto al 2012, la percentuale di ricoveri ripetuti è rimasta sostanzialmente stabile (+0,3% in termini assoluti, tornando allo stesso valore del 2010), e nessun presidio ha mostrato valori superiori al 10%. Anche in questo Report, tuttavia, è il caso di ricordare 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. Per tali ragioni, questo indicatore è riportato esclusivamente con finalità descrittive e va interpretato con cautela. Non è questo il caso, invece, dell'ultimo indicatore della Tavola 8, ovvero il tasso di parti cesarei sul totale dei parti. Per quanto gli obiettivi raccomandati dal WHO ($\leq 20\%$) non siano stati raggiunti da nessuna unità operativa, nel complesso in Abruzzo la quota di parti cesarei continua a ridursi: -5,9% (-12,8% rispetto al 2010). Tre presidi, tuttavia, sono peggiorati (Sulmona, Penne e Teramo), e nel 2012 gli unici presidi al di sotto della media nazionale (33%, comunque lontana dai valori raccomandati a livello internazionale) sono stati Pescara (30,4%) e Sant'Omero (30,7%).

Nella Tavola 9, infine, è mostrato l'andamento temporale (ovvero il confronto con l'anno 2008) degli indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa presentati nelle Tavole 7 e 8. Con l'eccezione della degenza media (le cause del cui aumento, tra le quali una positiva riduzione dell'inappropriatezza, sono state tuttavia discusse in precedenza), tutti gli altri indicatori sono 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 7. Indicatori di utilizzo e tipologia di casistica per istituto di ricovero. Anni 2012 e 2011.

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati		Tot. Ricoveri ***		Tasso Occupazione		% Ricoveri Ordinari per acuti		% Ricoveri ordinari da fuori Regione		
				2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	Pubblico	317	331	21667	21.411	89,2	82,7	53,8	50,8	14,2	14,0	
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	Pubblico	153	154	6870	7068	56,1	59,3	74,9	74,8	7,1	6,6	
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	Pubblico	236	225	15994	16.686	79,7	88,6	64,9	59,8	16,0	16,7	
130005	Provinciale	C. di Sangro	Pubblico	37	39	2327	2739	82,6	77,4	61,2	57,3	31,9	32,5	
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	Pubblico	40	40	465	538	78,7	88,3	0,0	0,0	20,7	21,0	
130010	Di Lorenzo	Avezzano	Privato	76	76	4354	5056	66,9	71,9	51,8	48,6	27,8	32,6	
130012	L'Immacolata	Celano	Privato	49	49	1877	2361	78,2	84,3	77,0	71,9	9,0	6,7	
130013	S. Raffaele	Sulmona	Privato	55	55	424	398	101,6	99,6	29,7	24,6	26,2	23,1	
130039	Ini Canistro	Canistro	Privato	37	37	3089	3340	76,4	74,2	57,1	56,1	59,4	62,0	
130040	Villa Letizia	L'Aquila	Privato	30	30	2049	2966	82,1	66,9	62,3	44,4	73,8	77,4	
130041	Nova Salus	Trasacco	Privato	30	30	331	352	98,4	100,0	0,0	0,0	23,3	27,0	
				Pubblico	783	789	47.323	48.442	79,0	79,8	60,5	57,2	14,6	14,9
				TOTALE ASL 201	277	277	12.124	14.473	82,1	82,4	56,6	51,4	39,8	40,9
				Totale	1060	1066	59.447	62.915	79,8	80,4	59,7	55,9	19,9	20,8
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	Pubblico	402	403	24380	26.595	89,8	93,1	67,4	66,1	6,9	6,6	
130028	"Renzetti"	Lanciano	Pubblico	236	237	10717	12.233	60,7	66,6	71,2	68,1	4,1	3,7	
130029	Provinciale Vasto	Vasto	Pubblico	180	198	11036	11.018	79,7	72,7	73,2	73,1	14,9	13,3	
130030	"V. Emanuele"	Atessa	Pubblico	69	73	2810	3076	72,4	68,4	58,5	63,3	3,1	2,4	
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	Pubblico	57	57	1495	1686	85,2	87,6	92,0	88,4	2,5	3,0	
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	Pubblico	82	88	7131	7390	60,5	61,9	49,7	54,2	3,0	3,2	
130034	Villa Pini	Chieti	Privato	170	176	3932	4255	77,6	74,2	55,1	49,6	14,0	12,2	
130035	Spatocco	Chieti	Privato	101	99	5274	5472	70,8	71,3	65,7	63,8	25,7	27,4	
130042	S. Francesco	Vasto	Privato	20	20	273	267	96,6	94,7	0,0	0,0	25,3	20,2	

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati		Tot. Ricoveri ***		Tasso Occupazione		% Ricoveri Ordinari per acuti		% Ricoveri ordinari da fuori Regione					
				2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011				
TOTALE ASL 202				Pubblico	1026	1056	57.569	61.998	77,6	78,7	67,3	66,8	7,3	6,6			
				Privato	291	295	9.479	9.994	76,5	74,6	59,4	56,0	20,3	20,3			
				Totale	1317	1351	67.048	71.992	77,3	78,1	66,1	65,3	9,4	8,5			
130018	"Spirito Santo"	Pescara	Pubblico	552	555	36137	38840	88,1	89,0	70,7	68,3	6,2	5,8				
130019	"S. Massimo"	Penne	Pubblico	90	112	5272	5431	73,1	60,6	68,6	69,3	1,9	1,4				
130020	"SS. Trinità"	Popoli	Pubblico	56	56	3638	3637	80,9	78,0	64,7	68,1	4,8	3,4				
130022	Pierangeli	Pescara	Privato	109	109	7526	10076	75,7	82,8	86,6	68,5	28,9	29,7				
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	Privato	264	304	6818	7194	94,8	85,3	60,7	62,5	14,5	14,7				
TOTALE ASL 203				Pubblico	698	723	45.047	47.908	85,6	83,7	69,9	68,4	5,6	5,1			
				Privato	373	413	14.344	17.270	89,2	84,6	74,3	66,0	22,0	22,6			
				Totale	1071	1136	59.391	65.178	86,8	84,0	71,0	67,7	10,2	9,6			
130014	"Mazzini"	Teramo	Pubblico	420	437	17847	19778	82,5	82,9	77,6	72,2	5,3	5,8				
130015	"Maria d. S."	Giulianova	Pubblico	130	153	5159	5529	92,9	84,7	79,1	78,9	7,9	7,3				
130016	"S. Liberatore"	Atri	Pubblico	155	167	6932	8317	65,2	76,8	67,3	67,2	5,2	5,0				
130017	Provinc. S. Omero	S. Omero	Pubblico	128	150	6692	5586	81,7	61,4	72,0	71,1	9,3	8,0				
TOTALE ASL 204				Pubblico	833	907	36.630	39.210	80,8	78,5	74,8	71,9	6,4	6,2			
TOTALE REGIONE				Pubblico	3340	3475	186.569	197.558	80,4	80,0	67,7	65,8	8,4	8,0			
				Privato	941	985 *	35.947	41.737	83,2	81,0	64,4	58,6	26,5	27,3			
				Totale	4281	4460 *	222.516	239.295	81,0	80,2	67,1	64,6	11,6	11,4			

* 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 8. Indicatori di efficienza, complessità e appropriatezza organizzativa per istituto di ricovero. Anni 2012 e 2011.

Codice	Denominazione	Sede	Degenza Media		Peso medio DRG **		% DRG LEA		% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche		% Ricoveri ripetuti		% Parti cesarei		
			2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	8,47	8,75	1,21	0,97	13,7	14,7	73,2	77,0	8,9	6,7	39,1	41,6	
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	6,09	6,30	1,02	0,98	21,6	23,9	62,7	46,7	5,4	5,9	50,4	48,2	
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	6,48	7,13	1,08	0,99	12,3	13,1	78,1	65,3	5,5	5,8	35,6	37,7	
130005	Provinciale C. di Sangro	C. di Sangro	7,03	5,97	1,03	0,96	24,9	24,1	62,9	41,8	5,4	6,1	NC	NC	
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	24,7	23,9	0,78	0,77	NC	NC	NC	NC	3,2	3,0	NC	NC	
130010	Di Lorenzo	Avezzano	8,24	8,12	1,15	0,98	12,3	15,8	82,1	73,5	2,5	2,9	NC	NC	
130012	L'Immacolata	Celano	9,10	8,38	0,97	0,90	7,5	8,7	64,9	24,6	1,3	0,8	NC	NC	
130013	S. Raffaele	Sulmona	48,1	50,3	1,00	0,98	NC	NC	NC	NC	5,0	4,0	NC	NC	
130039	Ini Canistro	Canistro	5,38	5,02	1,00	0,84	35,2	41,0	51,2	NC	5,5	6,0	NC	NC	
130040	Villa Letizia	L'Aquila	6,40	5,16	1,41	1,06	44,0	50,6	94,3	NC	2,1	1,6	NC	NC	
130041	Nova Salus	Trasacco	32,5	31,1	0,72	0,69	NC	NC	NC	NC	5,7	4,6	NC	NC	
TOTALE ASL 201			Pubblico	7,53	7,85	1,12	0,98	15,2	16,1	72,0	64,7	6,8	6,1	39,5	40,8
			Privato	10,5	9,89	1,10	0,94	22,9	24,7	73,6	59,9	3,2	3,1	0,0	NC
			Total	8,16	8,31	1,11	0,97	16,7	18,0	72,5	63,9	6,1	5,4	39,5	40,8
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	8,01	7,78	1,23	1,06	11,7	13,3	75,8	67,5	6,2	6,0	46,6	48,7	
130028	"Renzetti"	Lanciano	6,62	6,69	0,99	0,91	10,4	11,2	73,3	73,8	4,1	4,1	34,5	38,8	
130029	Provinciale Vasto	Vasto	6,44	6,48	0,98	0,94	12,3	14,2	83,2	77,1	4,2	5,0	38,2	43,0	
130030	"V. Emanuele"	Atessa	8,52	7,72	1,09	1,05	17,6	17,9	87,6	75,7	5,3	4,4	NC	NC	
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	12,1	11,6	0,85	0,84	16,6	17,4	NC	NC	9,4	8,7	NC	NC	
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	4,99	4,74	0,84	0,81	12,5	18,3	90,7	81,6	6,1	5,9	48,4	54,0	
130034	Villa Pini	Chieti	13,9	14,1	1,18	0,97	15,0	32,1	93,1	95,1	3,7	6,2	NC	NC	
130035	Spatocco	Chieti	6,80	6,70	1,18	1,05	26,8	24,8	91,1	86,7	1,5	1,7	NC	NC	
130042	S. Francesco	Vasto	25,8	25,9	1,07	1,04	NC	NC	NC	NC	2,6	3,8	NC	NC	

Codice	Denominazione	Sede	Degenza Media		Peso medio DRG **		% DRG LEA		% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche		% Ricoveri ripetuti		% Parti cesarei	
			2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011
TOTALE ASL 202	Pubblico	7,31	7,15	1,07	0,98	12,0	13,9	79,4	73,2	5,4	5,4	42,4	46,0	
	Privato	10,7	10,7	1,18	1,02	22,3	27,2	91,7	90,8	2,6	3,8	0,0	NC	
	Totale	7,86	7,65	1,09	0,98	13,3	15,8	81,7	79,0	5,0	5,2	42,4	46,0	
130018	"Spirito Santo"	Pescara	6,95	6,80	1,11	0,97	26,0	27,7	60,9	37,2	8,5	8,6	30,4	32,1
130019	"S. Massimo"	Penne	6,50	6,43	0,96	0,86	24,5	27,3	71,5	65,1	5,7	6,3	54,0	50,8
130020	"SS. Trinità"	Popoli	6,58	6,05	1,05	0,94	35,1	35,4	58,0	51,6	6,4	6,4	NC	NC
130022	Pierangeli	Pescara	4,62	4,77	1,22	1,14	29,8	28,4	87,9	79,9	3,6	3,4	NC	NC
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	15,2	15,1	1,02	0,98	15,2	14,2	97,3	95,4	0,8	0,7	NC	NC
ASL	Pubblico	6,87	6,70	1,09	0,96	26,5	28,3	61,4	45,6	8,0	8,1	33,0	34,4	
ASL	TOTALE ASL 203	Privato	9,71	9,68	1,12	1,07	24,1	21,7	90,6	84,2	2,3	2,1	0,0	NC
ASL	Totale	7,67	7,46	1,10	0,99	25,9	26,6	71,8	66,3	6,4	6,6	33,0	34,4	
130014	"Mazzini"	Teramo	8,91	9,08	1,24	1,16	19,2	19,9	79,8	77,2	6,1	5,2	34,8	29,7
130015	"Maria d. S."	Giulianova	10,7	10,8	1,05	0,95	27,6	29,4	66,0	47,4	5,5	5,9	NC	NC
130016	"S. Liberatore"	Atri	7,46	7,85	0,86	0,84	20,1	27,0	75,8	69,4	7,1	5,7	35,9	46,3
130017	Provinciale S. Omero	S. Omero	7,52	7,97	0,84	0,82	25,5	31,0	74,7	40,0	6,1	5,2	30,7	37,3
ASL	TOTALE ASL 204	Pubblico	8,67	8,92	1,07	1,01	21,7	24,4	76,1	66,2	6,2	5,4	33,7	35,5
TOTALE REGIONE	Pubblico	7,31	7,34	1,09	0,98	18,5	20,2	72,7	64,5	6,6	6,2	38,1	40,5	
	Privato	10,2	10,0	1,13	1,01	23,3	24,0	84,0	84,0	2,6	2,8	0,0	NC	
	Totale	7,80	7,79	1,09	0,99	19,2	21,0	75,4	70,3	5,9	5,6	38,1	40,5	

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 dei DRG chirurgici da U.O. Chirurgiche) e non comprendono la mobilità passiva extra-regionale e i ricoveri interamente a carico dell'assistito.

Tavola 9. Trend di alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa.

Totale regionale	Tasso Occupazione	Degenza Media	% DRG LEA	% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche	% Ric, ripetuti	% Parti cesarei
Anno 2008	67,8	7,4	24,4	58,3	6,7	43,6
Anno 2012	81,0	7,8	19,2	64,7	5,4	38,1
Differenza % 12-08	+19,5	+5,4	-21,3	+11,0	-19,4	-12,6

5.5. DRG LEA (Tavola 10)

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 (perlomeno teoricamente). Questi ricoveri "inappropriati" sono quelli assegnati ad una lista di 108 DRG diffusa dal Ministero della Salute. Per ciascuno di questi DRG, nella Tavola 10 è riportata la percentuale di "inappropriatezza", ovvero la percentuale di ricoveri svolti in regime ordinario (a livello regionale e per ciascuna ASL), in modo che sia possibile identificare le aree più critiche ed intraprendere gli opportuni interventi. Insieme alla percentuale di ricoveri ordinari, nella Tavola 10 sono riportate, per ogni DRG, le percentuali massime di ricoveri ordinari (cosiddette "Soglie") stabilite da due specifici decreti del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro (n. 50 e n. 63 del 2011). I dati del 2012 sono stati confrontati con le soglie che dovevano essere raggiunte e con i dati del 2010, anziché il 2011, perché il decreto commissoriale 50 ha preso a riferimento l'anno 2010.

Nonostante l'attenzione posta all'argomento, per diversi anni la percentuale di ricoveri potenzialmente inappropriati che veniva ancora svolta in regime ordinario non scendeva. Finalmente, nel 2012, si è osservato un calo sensibile. Rispetto al 2010, i ricoveri ordinari sono calati del 6,5% (dal 41,3% al 38,6%). La ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (che già era la migliore) ha mostrato il miglioramento più marcato, raggiungendo un valore di inappropriatezza organizzativa inferiore al 30% (29,3%), in linea con l'obiettivo previsto dal legislatore e con i dati nazionali. Per quanto migliori, tuttavia, le ASL di Pescara e Teramo sono invece ancora molto lontane da questi valori (44,9% e 47,7%, rispettivamente). Non solo, l'analisi per DRG mostra come solo per 16 DRG su 105 siano state raggiunte o perlomeno avvicinate le soglie stabilite dai decreti commissariali (DRG 6, 39, 60, 61, 139, 189, 206, 268, 276, 317, 329, 352, 364, 381, 410, 465), e in alcuni casi la quota di ricoveri ordinari è addirittura cresciuta. Ad esempio, anche nel 2012 sono state effettuati centinaia di ricoveri assegnati ai DRG 133 (Aterosclerosi senza complicanze) e 134 (Ipertensione senza complicanze) in regime ordinario. Da un lato, questi dati indicano inequivocabilmente che persistono notevoli margini di miglioramento nella gestione organizzativa di diverse unità operative. Dall'altro lato, tuttavia, occorre sempre ricordare che una certa percentuale di ricoveri ordinari è in ogni caso "fisiologica", che le soglie stabilite dai decreti commissariali non necessariamente sono allineati con una qualità ottimale dell'assistenza e con la più appropriata ripartizione dei setting assistenziali (essendo state oggetto anche di rilievi ministeriali), infine che i cambiamenti gestionali non sono tipicamente semplici e necessitano di tempi relativamente lunghi. In questo senso, anche un miglioramento contenuto, come quello avvenuto negli ultimi due anni, assume un significato decisamente positivo.

Tavola 10. 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). Sono inclusi nel computo i ricoveri ambulatoriali complessi (SDAC), esclusi i ricoveri non a carico del SSN.

DRG	Descrizione breve DRG	Soglia % Ordinari DC. 50*	% Ricoveri Ordinari									
			Totale Regione		Totale Regione		ASL 201		ASL 202		ASL 203	
			2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010	2012	2010
6	Decompressione del tunnel carpale	2,0	2,3	2,1	0,9	0,9	10,3**	3,3	0,8	3,4	0,0	0,6
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	25,0	33,5	44,9	35,2	24,4	16,7	41,0	41,1	54,7	35,4	50,0
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	13,0	33,6	34,7	15,2	30,1	13,3	12,6	92,7	95,7	100,0	81,3
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	30,0	45,2	60,3	68,0	84,8	16,3	30,1	72,0	84,7	84,0	74,6
36	Interventi sulla retina	4,0	40,6	35,9	10,0	3,8	29,2	78,9	63,0	32,8	42,4	6,5
38	Interventi primari sull'iride	6,0	48,7	37,7	0,0	5,9	73,8	84,2	20,0	13,6	27,3	100
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1,0	1,9	1,3	0,9	1,5	10,0**	0,8	1,4	2,4	1,4	0,3
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	9,0	17,5	13,4	6,5	15,7	15,2	15,8	37,3	8,6	20,0	33,3
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	30,0	38,9	31,5	20,0	0,0	60,0	33,3	9,1	50,0	NC	50,0
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	4,0	9,1	10,9	4,1	3,2	8,4	6,3	11,2	18,4	13,0	88,9
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	24,0	46,8	45,5	26,4	37,5	69,6	63,8	38,5	41,6	51,9	23,6
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	12,0	51,6	40,7	20,0	11,1	20,0	66,7	84,6	33,3	66,7	100
55	Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	23,0	40,6	41,1	24,6	22,2	33,7	41,6	87,7	83,8	38,1	36,0
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	36,0	50,6	54,5	40,4	54,4	32,2	35,7	100,0	100	64,0	97,1

60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	50,0	42,9	70,4	30,2	63,1	31,0	59,8	100,0	100	52,9	78,1
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	5,0	7,7	13,8	3,3	4,3	5,3	50,0	66,7	100	NC	0,0
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	7,0	32,3	33,3	0,0	46,7	29,4	6,3	100,0	100	NC	50,0
65	Alterazioni dell'equilibrio	30,0	90,3	87,5	78,0	91,7	94,2	82,4	91,3	92,3	97,0	77,6
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18	25,0	66,8	48,1	87,6	90,8	92,9	91,4	44,0	24,6	98,0	100
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	50,0	69,4	74,9	32,0	68,7	85,6	68,9	83,7	94,0	59,6	69,7
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	41,0	76,8	74,5	70,8	86,7	100,0	40,9	70,7	71,9	100,0	92,5
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	50,0	91,9	95,0	89,1	97,6	83,6	85,2	97,1	96,3	98,1	99,6
119	Legatura e stripping di vene	5,0	18,6	23,7	4,2	4,7	9,4	16,0	63,9	54,6	8,4	31,0
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	30,0	66,5	58,8	47,3	34,6	70,1	86,7	74,3	68,8	93,7	87,7
133	Aterosclerosi senza CC	30,0	88,9	95,7	82,4	96,0	75,0	91,9	96,0	100	100,0	96,5
134	Ipertensione	30,0	63,6	78,0	54,5	68,8	47,5	70,0	74,6	86,7	95,0	97,6
139	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca no CC	50,0	52,8	71,2	35,4	64,1	50,0	67,7	66,3	76,4	59,1	78,2
142	Sincope e collasso senza CC	30,0	84,6	86,4	73,9	89,0	85,8	89,6	85,4	94,4	87,6	73,1
158	Interventi su ano e stoma senza CC	30,0	54,4	56,2	48,3	37,8	40,3	38,3	72,4	73,5	51,1	67,1
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	30,0	71,7	72,7	65,1	68,0	61,9	59,2	91,4	92,5	73,2	72,6
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	30,0	38,3	45,7	21,0	30,1	26,1	34,2	66,6	66,9	41,6	47,5
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	30,0	39,0	44,4	40,0	0,0	50,0	55,6	38,6	46,3	50,0	0,0
168	Interventi sulla bocca con CC	50,0	52,9	80,5	28,6	84,6	66,7	100	75,0	63,6	66,7	100
169	Interventi sulla bocca senza CC	33,0	26,8	38,3	12,5	33,0	29,6	41,4	41,8	44,6	39,5	44,7
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	30,0	82,9	84,7	62,4	80,9	80,5	76,8	88,3	85,5	94,4	91,9
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	30,0	67,1	69,4	65,0	71,3	94,4	96,8	58,0	54,9	92,8	97,7
187	Estrazioni e riparazioni dentali	19,0	27,3	41,5	0,0	23,5	20,0	18,8	21,4	40,7	42,3	61,8
189	Altre diagnosi relative apparato dig., età>17aa no CC	37,0	40,6	46,0	24,6	36,6	55,2	52,1	44,5	44,3	63,6	62,5
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	34,0	37,8	51,6	48,1	64,7	60,8	55,7	22,3	33,5	91,7	88,0
208	Malattie delle vie biliari senza CC	30,0	94,0	94,5	87,6	86,3	96,7	96,5	92,4	94,3	99,2	98,8
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	38,0	52,1	55,9	62,9	58,9	44,0	49,1	51,3	67,7	36,3	37,1
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	41,0	64,5	51,8	25,0	40,9	68,2	60,0	75,7	47,2	60,0	100
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	13,0	28,9	28,3	14,4	15,0	33,9	41,3	46,7	43,2	19,7	12,3
232	Artroscopia	14,0	30,6	28,6	9,9	13,9	48,5	69,2	73,1	80,0	73,0	43,9
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	24,0	33,9	40,9	21,3	23,4	21,3	37,5	65,4	52,3	80,3	84,3
243	Affezioni mediche del dorso	30,0	77,7	85,8	69,7	75,4	78,8	87,9	83,1	87,9	86,4	91,2
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	25,0	59,2	39,7	81,3	35,6	71,1	67,3	69,3	24,3	35,5	76,1
248	Tendinite, miosite e borsite	39,0	70,6	67,4	82,3	83,1	71,2	83,1	66,3	53,0	47,9	38,4
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	50,0	91,9	90,2	95,4	97,7	98,2	91,9	74,7	90,2	88,8	81,4
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni no CC	10,0	28,4	33,5	50,8	35,1	92,3	84,0	12,7	9,6	38,9	65,0
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	35,0	57,5	56,8	72,4	34,1	80,0	92,7	35,1	46,0	66,7	63,6
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni no CC	50,0	84,8	89,2	94,6	86,9	97,4	96,1	83,1	79,6	64,7	87,8
256	Altre diag. sist. musc.-schel. e del tessuto connettivo	50,0	91,7	92,8	94,7	98,1	99,4	97,1	64,7	52,4	75,3	84,7
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	10,0	15,5	14,4	14,1	9,7	4,8	10,4	33,3	20,8	58,3	49,1
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	5,0	11,7	9,3	4,2	4,4	8,1	6,4	18,7	16,9	46,3	28,0
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	12,0	11,3	53,5	9,3	68,6	7,1	11,4	23,5	51,4	50,0	100
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	13,0	20,5	18,7	11,4	12,9	27,5	21,3	19,4	15,9	29,1	33,6
276	Patologie non maligne della mammella	3,0	4,7	11,7	1,4	2,8	0,0	32,3	50,0	40,0	45,5	66,7
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	30,0	68,1	78,2	78,8	83,3	63,9	80,6	70,3	86,0	60,8	65,3
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	30,0	95,9	98,3	100,0	100	96,3	97,0	94,1	100	92,9	100
283	Malattie minori della pelle con CC	30,0	61,5	85,1	75,0	88,9	50,0	77,8	50,0	74,1	80,0	100

284	Malattie minori della pelle senza CC	23,0	36,5	40,4	21,3	22,3	32,6	37,2	38,4	51,0	62,4	52,6
294	Diabete, età > 35 anni	30,0	86,4	85,6	72,0	71,1	94,8	95,3	100,0	97,1	75,3	73,7
295	Diabete, età < 36 anni	50,0	95,7	90,4	91,7	87,5	100,0	100	100,0	100	90,9	78,9
299	Difetti congeniti del metabolismo	11,0	58,0	66,1	23,5	69,9	56,3	68,0	84,8	90,1	22,2	10,1
301	Malattie endocrine senza CC	8,0	18,8	20,9	5,4	7,5	19,7	14,6	52,8	48,0	8,8	21,8
317	Ricovero per dialisi renale	2,0	3,9	6,5	0,7	1,5	NC	NC	80,0	100	100,0	NC
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia tramite US	24,0	36,7	65,0	36,9	74,2	18,9	23,0	73,7	98,4	63,9	79,4
324	Calcolosi urinaria senza CC	30,0	77,5	83,9	57,5	81,6	76,3	69,2	91,4	89,4	61,8	94,7
326	Segni e sint. relativi a rene/vie urin., età>17aa no CC	30,0	93,5	87,7	74,1	68,9	100,0	94,6	95,2	95,7	100,0	93,3
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età<18	45,0	55,3	63,5	100,0	100	100,0	100	31,6	44,1	33,3	100
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	50,0	43,8	60,0	100,0	66,7	0,0	33,3	66,7	75,0	40,0	50,0
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	50,0	73,9	69,9	80,0	62,3	65,7	63,1	68,8	67,2	79,2	87,3
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età <18aa	24,0	45,8	34,2	100,0	88,9	100,0	93,3	28,1	23,6	100,0	75,0
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	20,0	32,7	39,7	16,2	19,4	24,6	35,0	48,1	50,8	57,8	72,5
340	Interv. su testicolo non per neoplasie mal., età<18 aa	37,0	63,2	57,7	52,7	36,1	61,3	60,7	64,9	60,4	100,0	92,3
342	Circoncisione, età > 17 anni	1,0	9,8	11,0	7,6	0,0	9,4	11,6	17,6	14,6	2,2	9,5
343	Circoncisione, età < 18 anni	1,0	10,7	12,7	6,3	0,0	10,7	18,2	12,2	11,5	0,0	40,0
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	18,0	26,3	43,5	63,6	100	50,0	33,3	5,7	17,5	66,7	100
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	17,0	21,9	33,1	1,9	16,7	52,6	77,8	88,9	44,8	83,3	100
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo masc.	25,0	28,4	34,1	22,7	32,9	18,9	25,0	36,2	37,8	38,2	37,7
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	14,0	28,2	23,7	20,3	13,4	23,0	31,1	41,9	26,5	35,9	24,6
362	Occlusione endoscopica delle tube	8,0	15,0	26,3	100,0	50,0	0,0	7,1	NC	100	100,0	100
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	12,0	10,1	17,9	6,5	12,0	17,6	29,1	11,8	20,3	29,0	19,5
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	40,0	44,5	48,1	24,8	40,0	73,9	68,8	69,4	50,7	77,1	45,3
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	39,0	59,4	64,7	50,0	75,0	62,5	38,9	71,4	81,3	57,1	76,9
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	15,0	17,1	21,8	15,1	18,7	9,5	14,7	28,3	34,7	21,9	23,0
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni med.	50,0	93,4	90,1	90,0	74,5	89,1	89,9	98,8	98,8	91,2	93,2
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	30,0	70,8	73,6	79,4	85,9	74,4	74,4	62,4	66,0	71,7	75,5
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	50,0	46,8	67,2	60,0	91,7	100,0	70,0	29,0	52,9	85,7	87,5
399	Disturbi sist. reticolendoendoteliale e immunitario no CC	36,0	52,7	50,0	74,5	57,1	46,4	36,0	35,7	49,5	76,6	63,0
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	10,0	43,1	34,2	42,0	33,1	22,0	9,6	48,7	41,6	45,1	48,3
409	Radioterapia	50,0	100,0	55,6	100,0	NC	NC	0,0	100,0	57,1	100,0	100
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1,0	2,4	6,2	0,4	13,4	1,6	0,6	5,9	11,1	1,1	1,1
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	7,0	14,0	12,5	25,0	48,1	10,4	6,3	16,0	13,8	21,1	42,1
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	10,0	23,7	38,6	33,3	80,0	60,0	28,6	31,3	53,8	0,0	9,1
426	Nevrosi depressiva	30,0	63,9	79,8	28,6	36,4	64,7	78,9	73,3	83,1	100,0	100
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressiva	6,0	26,7	35,4	3,2	5,8	88,9	61,1	66,7	66,7	100,0	100
429	Disturbi organici e ritardo mentale	30,0	56,2	69,6	27,6	47,0	76,1	83,3	67,8	71,9	100,0	93,4
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1,0	1,0	2,3	0,0	2,9	1,8	3,6	0,0	0,0	NC	NC
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	10,0	15,0	19,4	25,3	9,5	3,6	32,7	16,8	20,9	30,0	16,7
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	30,0	59,4	60,4	44,9	51,6	46,2	43,8	72,8	73,5	63,1	51,1
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3,0	10,4	23,7	100,0	77,8	0,0	2,1	32,5	47,9	90,0	83,3
503	Interv. su ginocchio senza diagn. princ. di infezione	28,0	46,0	40,9	23,2	27,1	56,6	62,6	68,9	78,1	87,4	31,5
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccettoanca e femore senza CC	24,0	34,7	36,2	31,3	31,4	33,3	42,3	56,9	50,4	21,0	23,6
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	30,0	93,5	98,5	97,6	100	70,0	92,3	94,4	98,1	100,0	100
564	Cefalea, età > 17 anni	30,0	61,0	68,3	73,2	86,8	88,9	90,5	42,1	51,0	100,0	90,2
Totale DRG LEA			38,6	41,3	29,3	35,1	35,7	36,0	44,9	47,7	47,7	49,7

* Soglia massima di ricoveri ordinari in base all'Allegato A del Decreto commissoriale n. 50 del 16.11.2011. In nero i target che sono stati raggiunti o avvicinati, in rosso gli altri. ** Valore da interpretare con cautela a causa di una possibile mancata comunicazione di alcuni ricoveri SDAC da parte della ASL 202. ASL 201 = Avezzano / Sulmona / L'Aquila; 202 = Lanciano / Vasto / Chieti; 203 = Pescara; 204 = Teramo. NC = Non calcolabile.

5.6. Il Territorio (Figure 38-39; Tavola 11)

Nel Report 2010 sono stati riportati 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 2012 non modificano sostanzialmente il quadro precedente, tali indici non sono stati riportati nuovamente. Sono invece riportati, aggiornati, 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 stato svolto da Università Sapienza di Roma, Università "G' d'Annunzio" di Chieti-Pescara, ASR-Abruzzo e Distretti di Francavilla e Pescara Nord.

I PQI sono 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 11. Gli indicatori sono stati calcolati utilizzando al dettaglio le specifiche americane. Per quanto ancora poco noti in Italia, i PQI sono inclusi da alcuni anni tra gli indicatori del Programma Nazionale Valutazione Esiti dell'Age.Na.S (<http://151.1.149.72/pne10/>). Oltre a diversi indicatori singoli, esistono tre indicatori compositi, che derivano dalla semplice somma pesata dei precedenti. Gli indicatori composti PQI 90 (complessivo) e PQI 91 (riferito alle sole patologie acute) sono stati riportati nelle Figure 38 e 39, mentre il PQI composto 92 (riferito alle sole patologie croniche) non è stato riportato perché ripercorre in modo identico il trend del PQI 90. I PQI singoli sono elencati, per ciascuna ASL, nella Tavola 11.

Non sorprendentemente, vista la diminuzione globale dei ricoveri, il tasso complessivo di ricoveri potenzialmente evitabili (PQI 90) è sceso nettamente dal 2008 al 2012 a livello regionale (-11,7%) ed in tutte le ASL (anche se negli ultimi due anni i ricoveri evitabili sono cresciuti nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila - Figura 38). Nel complesso, la ASL di Teramo ha mostrato in tutti gli anni, e continua a mostrare, un'efficacia complessiva del territorio nettamente superiore alle altre ASL (e alla media italiana). Diversa la situazione per quello che riguarda i ricoveri evitabili per patologie acute: come mostrato nella Figura 39 il PQI 91 è diminuito nelle sole ASL di Pescara e Teramo (che già mostrava i valori migliori), mentre è cresciuto nettamente nelle ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila e Lanciano-Vasto-Chieti. Alla luce di questi dati, è certamente necessario rivalutare con grande attenzione la strutturazione organizzativa dei servizi territoriali di queste due ultime ASL.

Relativamente ai settori prioritari d'intervento, l'analisi dei singoli tassi (Tavola 11) segnala un'urgenza specifica nell'assistenza allo scompenso cardiaco, alla disidratazione (con numeri molto inferiori) e, in due ASL su quattro, nella cura della polmonite batterica e dell'angina senza procedura. Il tasso dei ricoveri evitabili per queste patologie è infatti cresciuto nettamente negli ultimi due anni, in assoluta controtendenza rispetto al tasso di ricovero complessivo ed a tutti gli altri indicatori PQI. Se per la disidratazione i numeri sono bassi e l'oscillazione casuale è assolutamente possibile, anche considerando l'ondata di caldo dell'estate 2012, non vi sono ragioni specifiche per spiegare l'aumento vicino o superiore al 20% nel tasso di ricoveri per scompenso cardiaco, polmonite batterica (nelle ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila e Lanciano-Vasto-Chieti) e angina senza procedure (nelle ASL di Lanciano-Vasto-Chieti e Pescara). Peraltro, l'efficacia del territorio abruzzese nel prevenire i ricoveri cardiovascolari era già inferiore rispetto alla media nazionale, per cui i contesti citati rappresentano sicuramente gli ambiti prioritari verso cui concentrare gli sforzi, anche considerando il fatto che tutti gli altri indicatori sono migliorati, anche quelli che, invece, già partivano da valori migliori (inferiori) rispetto alla media nazionale (complicanze a lungo termine del diabete, diabete non controllato, BPCO o asma in adulti anziani). Da segnalare, in ultimo, l'eccezionale miglioramento del tasso di ricovero per asma in giovani adulti in tutte le ASL, sebbene il tasso di ricovero permanga relativamente alto nella ASL di Pescara.

Figura 38.

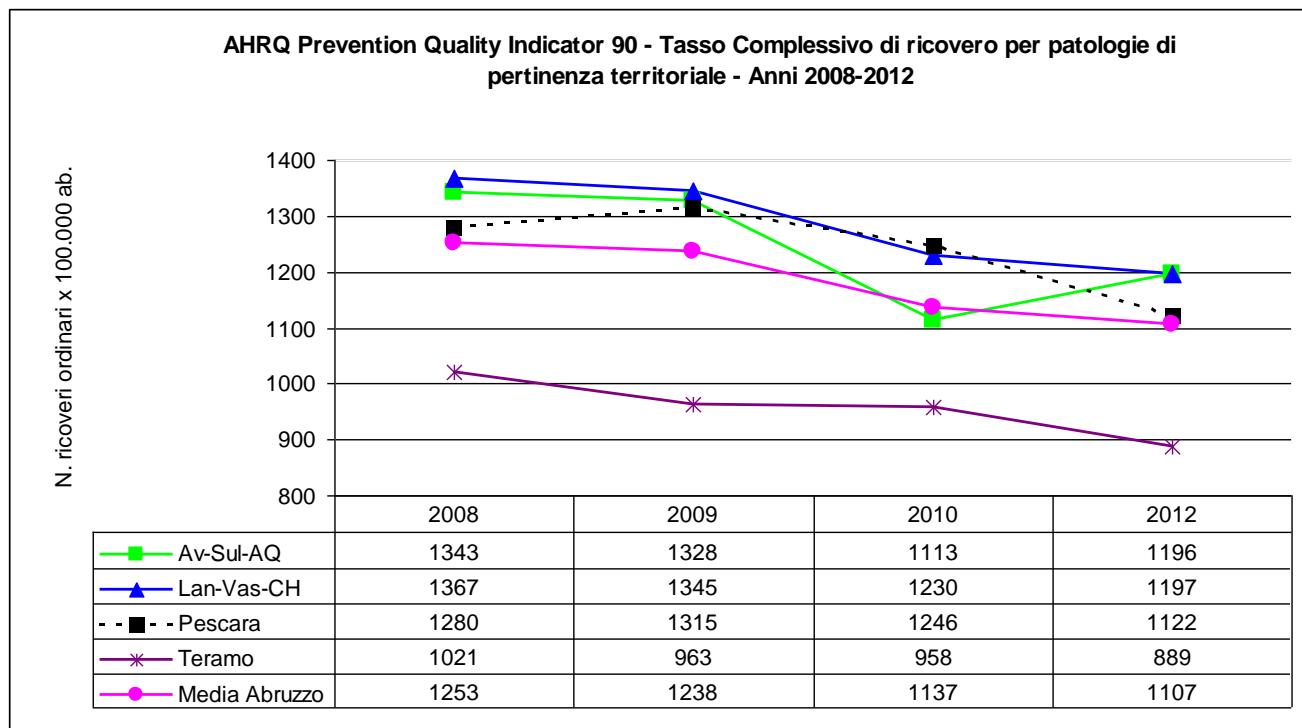


Figura 39.

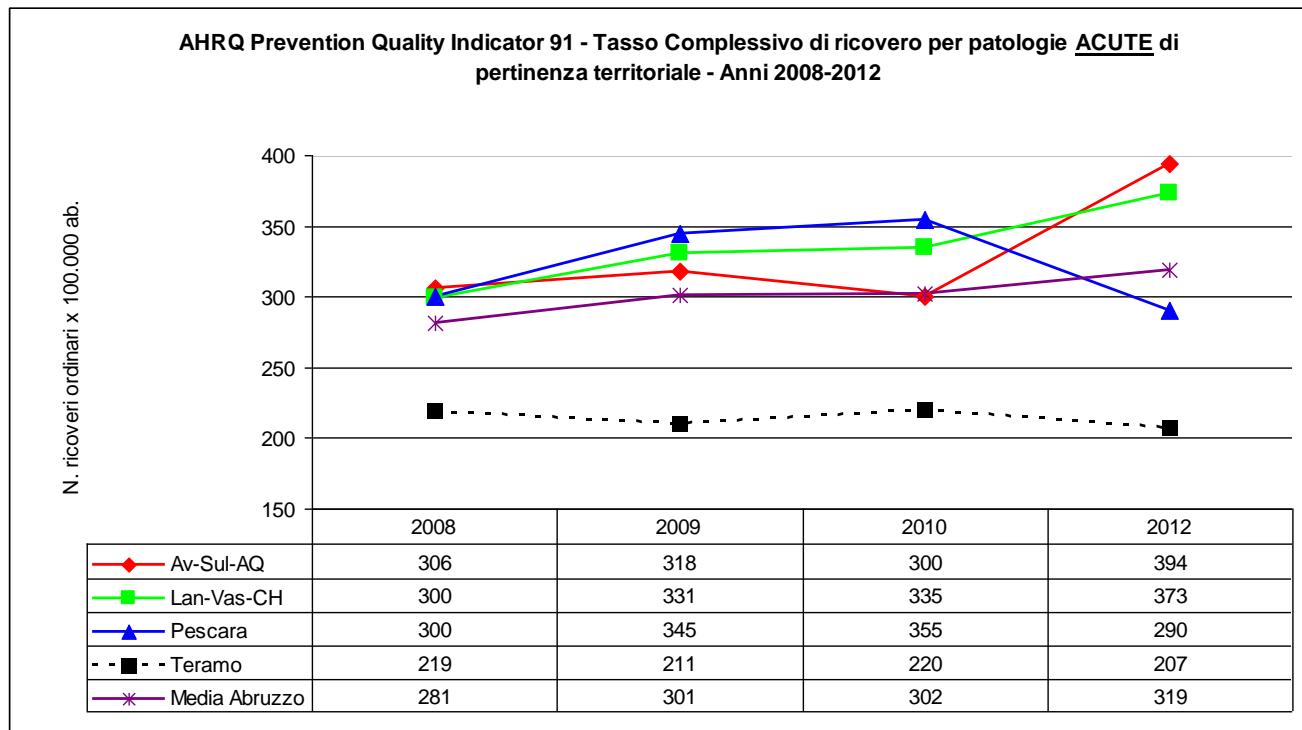


Tavola 11. AHRQ Prevention Quality Indicators – Tassi di ricovero per patologie “di ampia pertinenza territoriale”. Anni 2008-2012.

ASL	Abruzzo	Abruzzo	Abruzzo	201	201	201	202	202	202	203	203	203	204	204	204
	Anno	2008	2012	Diff.	2008	2012	Diff.	2008	2012	Diff.	2008	2012	Diff.	2008	2012
PQI 1 - Complicanze a breve termine del diabete	16	11	-31.3	15	10	-34.9	16	15	-5.5	9	8	-9.4	26	13	-50.5
PQI 3 - Complicanze a lungo termine del diabete	51	26	-49.0	48	32	-32.8	42	24	-42.8	68	29	-57.6	45	21	-53.7
PQI 5 - BPCO o asma in adulti anziani	364	120	-67.0	320	91	-71.6	391	88	-77.5	414	167	-59.6	330	142	-57.0
PQI 7 - Ipertensione	106	52	-50.9	137	38	-72.3	111	67	-39.7	95	61	-35.8	81	40	-50.7
PQI 8 - Scompenso cardiaco	490	581	+18.6	593	636	+7.2	556	625	+12.5	444	558	+25.6	366	495	+35.1
PQI 10 - Disidratazione	32	61	+90.6	46	97	+109	35	70	+99.8	35	43	+21.7	12	32	+162.5
PQI 11 - Polmonite batterica	180	202	+12.2	197	242	+22.6	193	249	+28.9	187	175	-6.6	145	130	-10.2
PQI 12 - Infezioni delle vie urinarie	68	57	-16.2	63	55	-12.1	71	54	-24.2	77	72	-6.8	62	45	-28.0
PQI 13 - Angina senza procedure	137	121	-11.7	170	143	-15.9	119	128	+7.9	113	125	+10.3	146	86	-41.1
PQI 14 - Diabete non controllato	33	17	-48.5	27	10	-63.3	31	15	-51.4	37	24	-35.4	38	19	-49.6
PQI 15 - Asma in giovani adulti	189	80	-57.7	83	60	-28.0	240	71	-70.4	259	158	-39.0	172	32	-81.4
PQI 16 - Amputazione estremità inf. in diabetici	9	9	0.0	7	6	-13.2	10	12	25.2	9	11	24.5	10	7	-26.5

5.7. Posti letto, fabbisogno e bacini d'utenza (Figure 40-42; Tavola 12)

Il numero di posti letto ospedalieri per ciascun presidio abruzzese, per gli anni 2011 e 2012, è stato riportato nella Tavola 7. E' 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, a 4281 del 2012 (-681 posti letto, pari a -13,7% – Figura 40). Dal 2008 i posti letto sono scesi in modo sostanzialmente simile sia nel settore pubblico (-13,4%) che in quello privato (-14,9%), arrivando ad un tasso regionale complessivo inferiore a 3,3 per 1000 abitanti (Tavola 12), ovvero raggiungendo il target indicato dal Ministero della Salute per il triennio 2013-2015 (3,0 posti letto x 1000 abitanti per ricoveri per acuti e 0,3 per ricoveri in lungodegenza/riabilitazione). Se si stratifica per ASL, tuttavia, le differenze erano e sono rimaste marcate: la ASL di Lanciano-Vasto-Chieti continua ad avere il doppio dei posti letto per cittadino della ASL di Teramo (4,30 vs 2,15 x 1000 abitanti - Tavola 12). Ciò è dovuto essenzialmente al fatto che nel settore pubblico la riduzione di posti letto è avvenuta in modo relativamente uniforme tra le ASL (Figura 41).

Analizzando l'andamento dei posti letto delle tre ASL che presentano strutture private (ne è storicamente priva la ASL di Teramo), sono emerse invece differenze marcate (Figura 42): 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%). Di fatto, ciò ha causato un significativo cambiamento nel peso dei posti letto privati all'interno delle ASL. Se nel 2008 la ASL di Lanciano-Vasto-Chieti aveva la minor percentuale di posti letto privati sul totale (19,8%), nel 2012 questa quota è salita al 29,4%. Al contrario, la ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila nel 2008 aveva il 29,7% dei posti letto totali in strutture private, nel 2012 sono scesi al 21,3%. La maggiore percentuale di posti letto privati, tuttavia, continua ad essere nella ASL di Pescara (30,9%; era però il 35,8% nel 2008).

Relativamente al fabbisogno di posti letto, poiché sono presenti nel D.L. 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, e considerando che il fabbisogno previsto (3,0 posti letto ordinari per 1000 abitanti) è stato raggiunto, non è stato ritenuto necessario aggiornare il paragrafo specificamente dedicato contenuto nel Report SDO 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 dell'ASR-Abruzzo "Bacini d'utenza degli ospedali abruzzesi: analisi per comune", che contiene un'analisi specifica per ogni comune ed ospedale (disponibile al sito <http://www.asrabruzzo.it/report-epidemiologici.html>).

Figura 40.

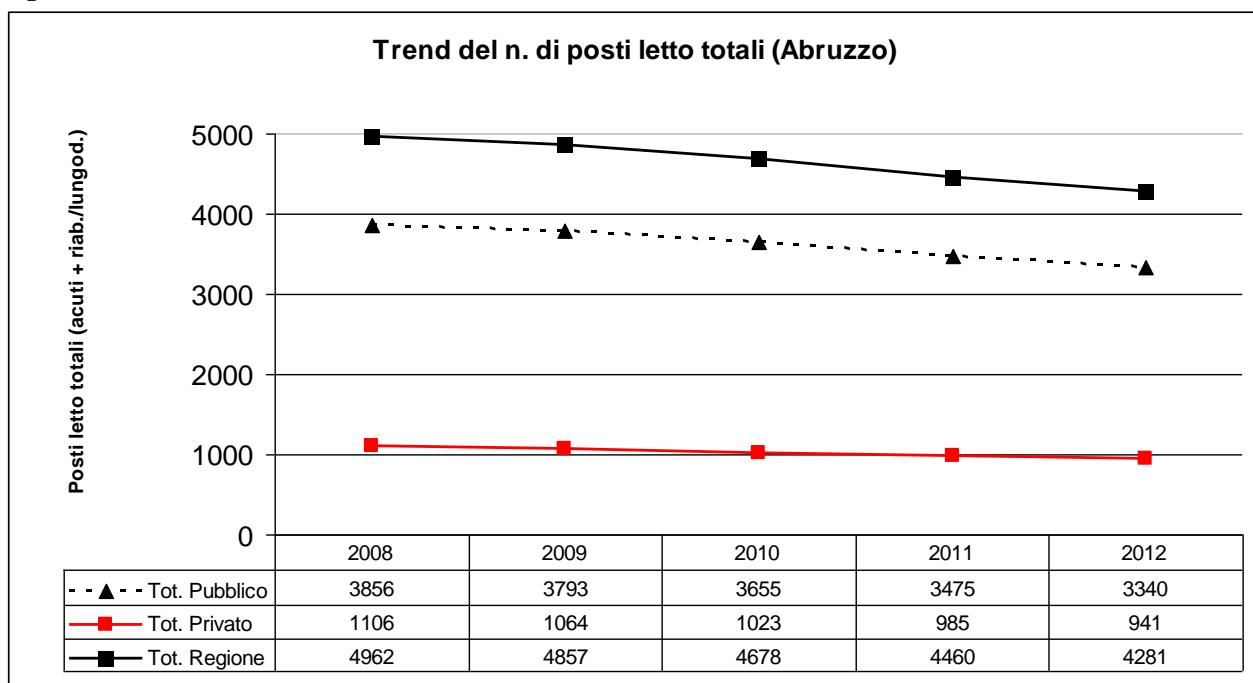


Figura 41.

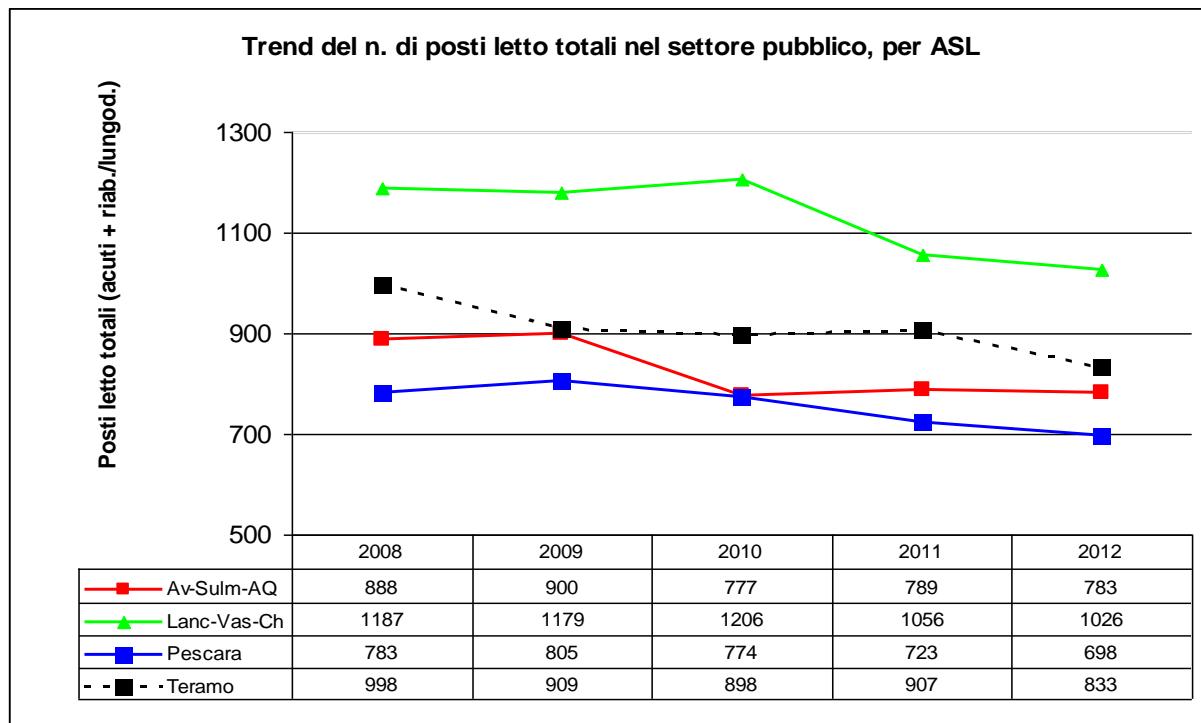


Figura 42.

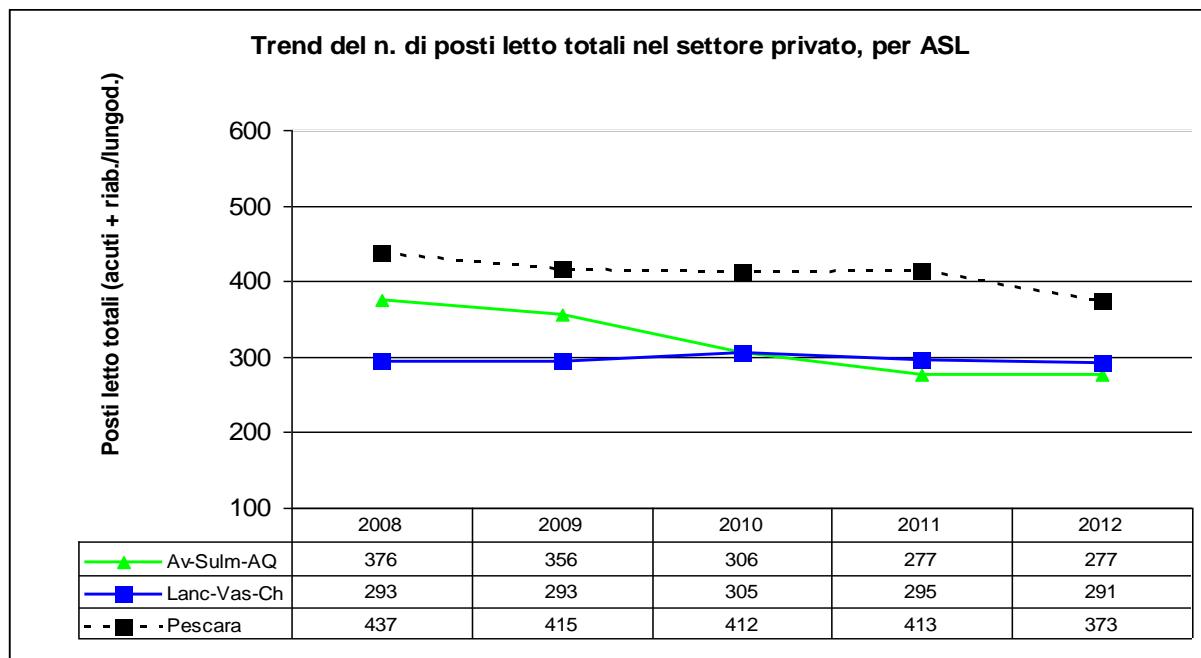


Tavola 12. Trend nel tasso di posti letto ospedalieri (inclusa riabilitazione/lungodegenza), anni 2008 e 2012.

ASL	Posti Letto 2008	Posti Letto 2013	Tasso PL X1000 ab. 2008	Tasso PL X1000 ab. 2012	Differenza 2008-2012
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	1264	1060	4,11	3,56	-13,5
Lanciano-Vasto-Chieti	1480	1317	4,84	4,30	-11,0
Pescara	1220	1071	3,86	3,41	-11,8
Teramo	998	833	2,53	2,15	-15,1
Totale Regione	4962	4281	3,75	3,28	-12,6

5.8. Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera (Figure 43-44)

Il tema è talmente ampio e complesso da meritare report specifici (a livello nazionale, il Rapporto OsMed; a livello regionale, il Report Uso dei Farmaci - <http://www.asrabruzzo.it/report-epidemiologici.html>). In questa sede, ci limitiamo a riportare i trend regionale e 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, dopo anni di aumento, si è stabilizzato (Figura 43). In ogni caso, dal 2008 al 2012, il consumo (tipicamente indicato come dosi definite giornaliere per 100 abitanti, ovvero la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti) è cresciuto del 4,4% in Italia, del 3,3% in Abruzzo, che è ora rientrato in linea con la media nazionale.

Probabilmente a causa della sensibile riduzione del prezzo di diversi farmaci, piuttosto che per gli effetti del Decreto Balduzzi (Legge 13 settembre 2012, n. 158, contenente diverse norme specificamente dedicate alla riduzione della spesa farmaceutica territoriale), che è divenuto operativo solo nel novembre 2012, nonostante i consumi siano rimasti stabili, la spesa farmaceutica territoriale linda pro capite a carico del SSN è calata in modo eccezionale nell'ultimo anno. Per effetto di questo calo recente, dal 2008 al 2012 la spesa si è ridotta di 67 euro in Abruzzo (pari a -30,5%) e di 71 euro in Italia (-33,3% - Figura 44). Posto che per l'Abruzzo persistono alcuni margini di miglioramento, dato che il valore medio regionale continua ad essere superiore a quello nazionale, è degno di nota il fatto che le riduzioni nella spesa farmaceutica pro-capite, nel solo 2012, hanno comportato un riduzione complessiva della spesa sanitaria di oltre 90 milioni di euro nel solo Abruzzo; di più di 3 miliardi e 600 milioni di euro nell'intera nazione.

Figura 43.

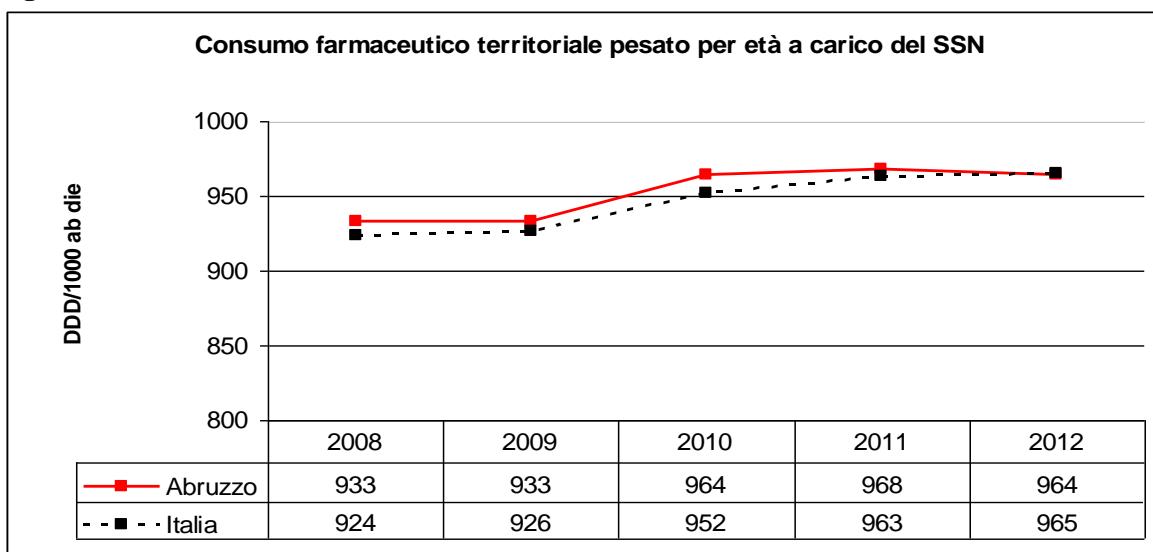
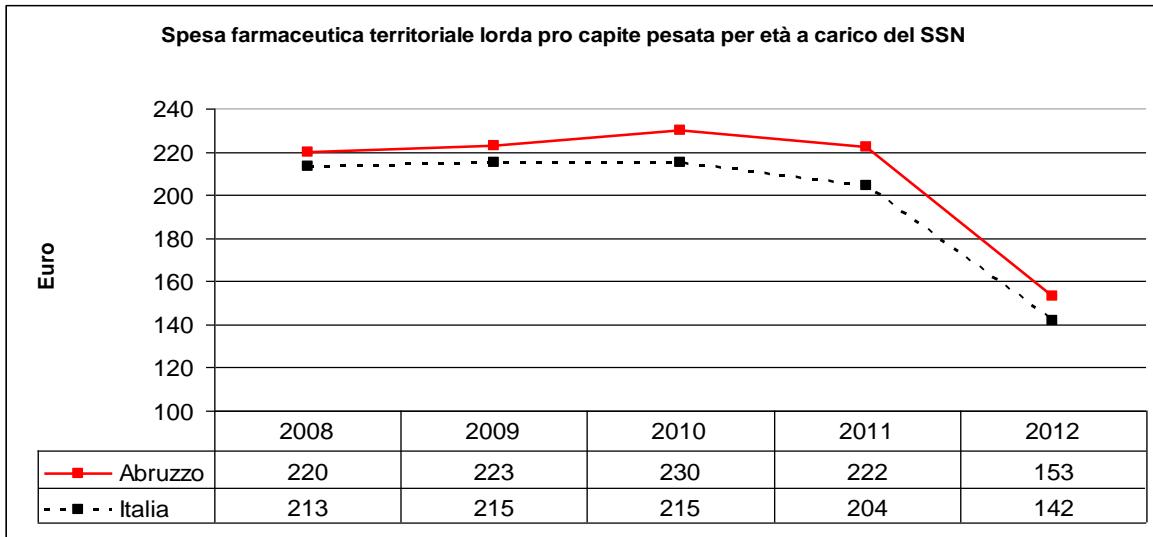


Figura 44.



5.9. Residenze Sanitarie Assistiti (RSA) / Residenze Assistenziali (RA) (Figura 45)

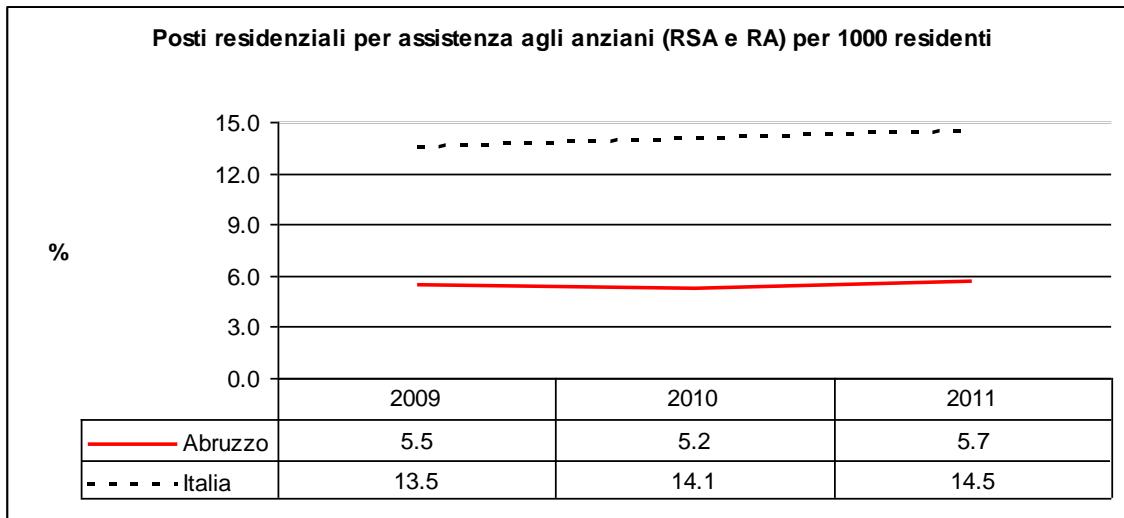
A partire dal 2011 è stato attivato un flusso informativo dedicato (Modello STS.24 quadro G - Assistenza Residenziale). Tuttavia, l'inserimento dati nel 2012 non era ancora del tutto definito, per cui le informazioni relative ai primi due anni, riportate nella Tavola 13 per ciascuna ASL, sono da interpretare con cautela, essendo molto probabilmente non completi. Proprio ad integrazione di questa fonte, sono stati riportati anche i dati ufficiali, forniti dal Ministero della Salute (purtroppo, non stratificati per ASL e aggiornati solo al 2011 - Figura 45).

Invero, sia i dati regionali che quelli ministeriali confermano sostanzialmente le conclusioni del precedente Report 2010, che vale la pena riportare testualmente: "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". Dal 2009 al 2011 i posti letto sono cresciuti in modo non sostanziale, attestandosi sul valore di $5,7 \times 1000$ abitanti, molto inferiore alla media nazionale, nel frattempo cresciuta fino a $14,5 \times 1000$ abitanti (Figura 45). Dal 2011 al 2012, inoltre, i posti letto presenti nel flusso informativo regionale sembrano essere calati in tutte le ASL ad eccezione di Pescara (Tavola 13), così come appare evidente una riduzione marcata nel numero complessivo delle giornate di assistenza. Questo dato in particolare, tuttavia, dovrà essere confermato quando i controlli relativi all'invio dei dati del flusso regionale saranno a regime.

Tavola 13. Alcuni dati relativi alla offerta residenziale, anni 2011-2012.

ASL	Posti Letto			N. Utenti			Dimissioni			Giornate di Assistenza		
	2012	2011	Diff.	2012	2011	Diff.	2012	2011	Diff.	2012	2011	Diff.
201 - AQ	447	485	-38	865	863	+2	528	468	+60	141.925	152.766	-10.841
202 - CH	950	1026	-76	1299	1384	-85	573	548	+25	274.705	304.992	-30.287
203 - PE	596	596	0	1519	1294	+225	1010	916	+94	180.569	186.910	-6.341
204 - TE	384	456	-72	738	846	-108	321	419	-98	135.044	158.040	-22.996
REGIONE	2377	2563	-186	4421	4387	+34	2432	2351	+81	732.243	802.708	-70.465

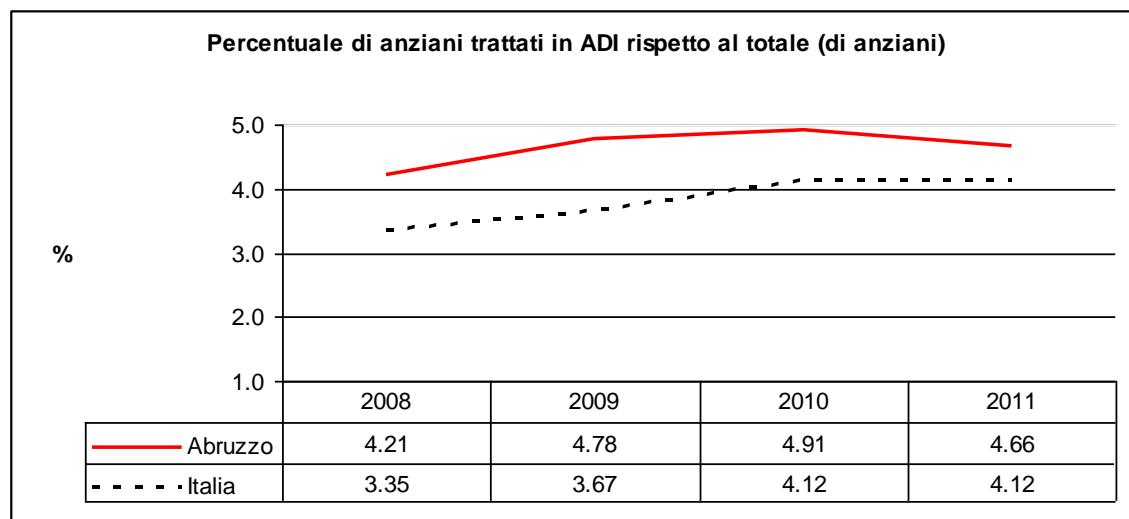
Figura 45.



5.10. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Figura 46)

Purtroppo, relativamente all'attività di Assistenza Domiciliare Integrata, sono disponibili solo informazioni limitate e a livello regionale, fornite dal Ministero della Salute, mentre non sono stati aggiornati i dati dettagliati presentati nel Report 2010, che includevano per ogni ASL il numero di assistiti, la percentuale di pazienti complessi, il numero e la tipologia di personale. I dati ministeriali, in ogni caso, confermano il quadro precedente: nel Report 2010 veniva segnalata una crescita molto netta degli interventi in ADI dal 2008 al 2010 (+81,8%); per quanto nell'anno 2011 si sia registrata una lieve flessione, in Abruzzo la percentuale di anziani trattati in ADI sul totale degli anziani è stata superiore alla media nazionale (4,66 vs 4,12, rispettivamente - Figura 46), e ed è cresciuta del 10,7% rispetto all'anno 2008. Anche in questo, il flusso dati informatizzato è in via di attivazione.

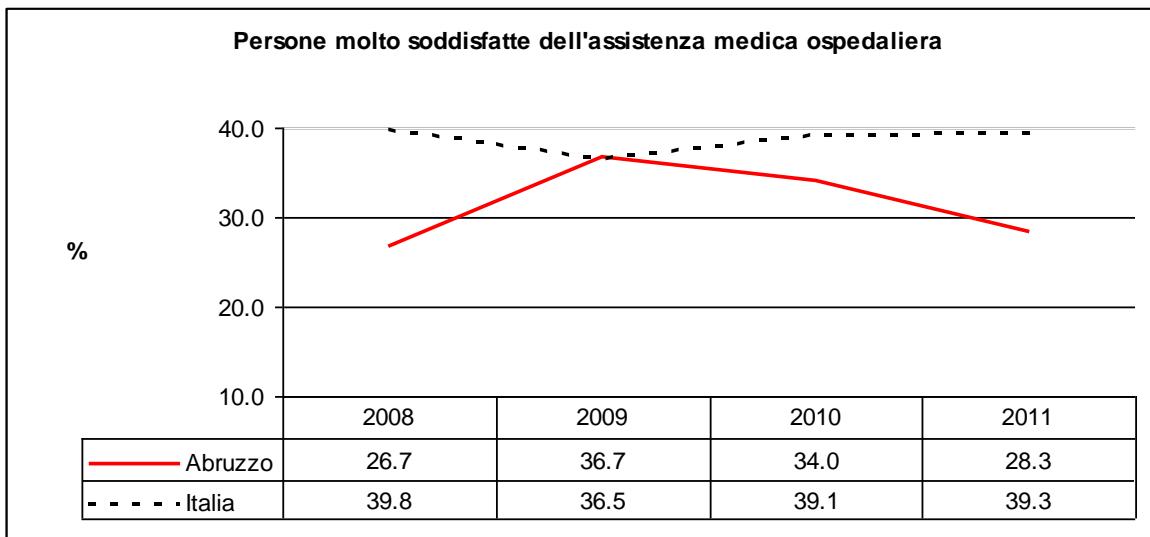
Figura 46.



5.11. Soddisfazione dei pazienti (Figura 47)

I dati relativi alla soddisfazione dei pazienti, aggiornati all'anno 2011, sono purtroppo disponibili solo per regione e non per singola provincia (fonte Health for All, Ministero della Salute). Inoltre, poiché i risultati inerenti la soddisfazione per l'assistenza infermieristica erano sostanzialmente sovrappponibili a quelli riguardanti l'assistenza medica, si è scelto di riportare solo questi ultimi per evitare ridondanze. Dai dati disponibili emerge che dal 2008 al 2011 la soddisfazione degli utenti è complessivamente aumentata (+6,0% – Figura 47), sebbene dal 2009 in poi la percentuale di pazienti che si dichiarano molto soddisfatti sia diminuita (-23,0%): Proprio per tale motivo, negli ultimi due anni il valore regionale si è allontanato nuovamente dalla media nazionale (39,3%).

Figura 47.



6. La Prevenzione: screening oncologici, vaccinazioni, stili di vita (Tavola 14, Figure 48-50)

Relativamente ai tre screening oncologici tradizionali (cervice uterina, colon-retto e mammella), a causa di un riordino complessivo del sistema, che perdura da diversi anni, il tasso di copertura continua purtroppo ad essere molto basso: nel 2011, con poche eccezioni, i valori sono inferiori al 10% in tutte le ASL (Tavola 14). I dati finali relativi al 2012 non sono ancora disponibili, ma sebbene i dati preliminari segnalino un miglioramento (grazie al progressivo riavvio del sistema), le coperture erano ancora lontane dagli standard nazionali. Non ha pertanto particolare senso riportare (e commentare) trend e valori così ridotti per le diverse ASL.

Tavola 14. Estensione percentuale degli inviti ai tre programmi di screening oncologico raccomandati dal Ministero della Salute, anni 2008-2012. Dati ufficiali dell'Osservatorio Nazionale Screening fino al 2010; della Regione per il 2011.

Screening	2008	2009	2010	2011
Cervice uterina	23,8	20,9	14,6	9,2
Colon-retto	13,9	21,4	1,4	0,0
Mammella	43,2	44,3	1,4	2,0

Per quanto riguarda invece le vaccinazioni obbligatorie, esse sono addirittura cresciute rispetto ai valori del 2009, già ottimi. Nel 2012, le percentuali di copertura per DTP (Difterite, Tetano, Poliomielite) ed Hemophilus influenzae di tipo b sono state superiori al 99% in tutte le ASL, ed a livello regionale è stato raggiunto il 99,7% della popolazione di bambini sotto i 24 mesi (era il 97,6% nel 2009). E' notevolmente cresciuta anche la copertura del vaccino antipneumococco, passata dal 39,7% del 2009 al 49,6% del 2012, ed è rimasta sostanzialmente stabile, su livelli elevati (92,4% nel 2012; 92,2% nel 2009), la quota di bambini vaccinati con MPR (Morboillo, Parotite e Rosolia). Merita un discorso a parte, infine, la vaccinazione antinfluenzale negli anziani, che dopo il picco del 2009, probabilmente a causa delle polemiche seguite alla pandemia H1N1 e forse anche per le recenti campagne mediatiche contro questo vaccino, ha iniziato un trend discendente in tutta Italia, che non si è tuttora arrestato. Se nel 2009 la copertura in Abruzzo era del 67,0% (in linea con il dato nazionale), nel 2012 questo valore si è ridotto a 50,3%, con una media nazionale attestata al 54,4%. Nel complesso, poiché le differenze nelle coperture vaccinali tra le ASL sono relativamente lievi, non è stato ritenuto utile presentare i dati stratificati per azienda. Complessivamente, il quadro relativo alle vaccinazioni deve considerarsi positivo.

Poiché molte informazioni sugli stili di vita sono solitamente disponibili tramite raccolte specifiche piuttosto che mediante indagini di routine, abbiamo selezionato solamente alcuni tra i principali indicatori che vengono raccolti ogni anno con metodiche standardizzate (con risultati facilmente confrontabili da un anno all'altro). Anche in questo caso, i dati sono aggiornati al 2011 e sono disponibili solo stratificati per regione, non per singola provincia (fonte Health for All, Ministero della Salute).

Dal 2008 al 2011, la quota di fumatori in Abruzzo è lievemente aumentata (+3,4% - Figura 48), a fronte di un trend sostanzialmente stabile nel resto d'Italia. Nel 2011, risultavano fumatori il 24,2% di tutti gli abruzzesi di età uguale o superiore a 15 anni; il 22,5% di tutti gli italiani.

La percentuale di persone obese (Body Mass Index ≥ 30) in Abruzzo si è ridotta del 18%, portando il valore regionale del 2011 al di sotto di quello nazionale, che in questi anni è rimasto pressoché costante: in Abruzzo nel 2011 si osservavano 8,7% obesi, in Italia 10,0% (Figura 49).

Positivi, in ultimo, anche i dati relativi al tasso (standardizzato) di ricovero per disturbi psichici da abuso di sostanze stupefacenti: dal 2008 al 2011 il calo è stato del 19,0% (Figura 50). Inoltre, se nel 2008 l'Abruzzo era la quarta regione a più elevato tasso di ricovero per abuso di droghe (1,47, a fronte di una media nazionale di 1,11), nel 2011 è scesa al nono posto.

Figura 48.

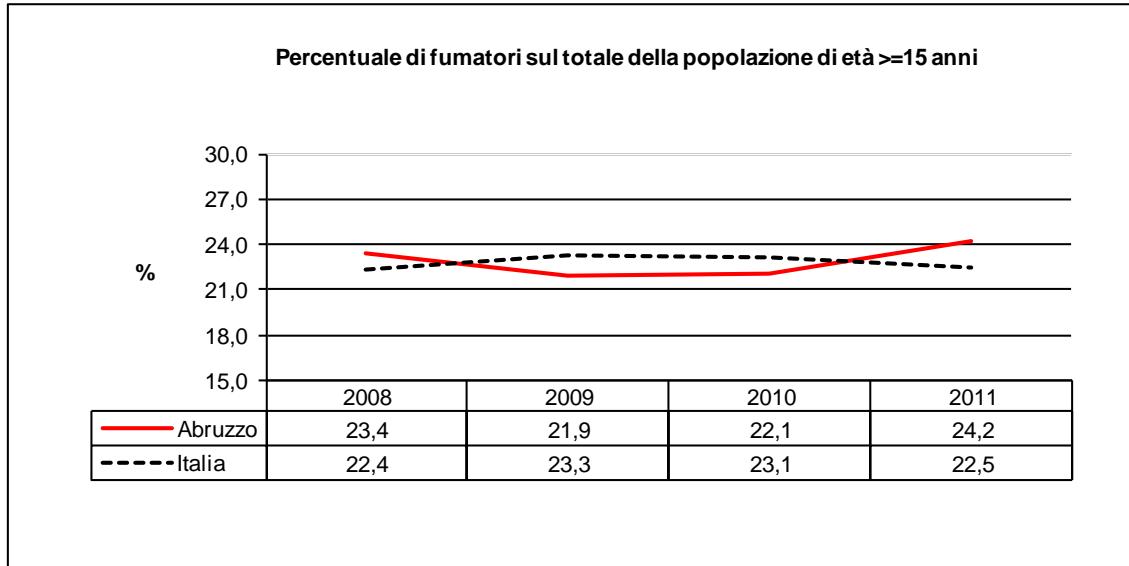


Figura 49.

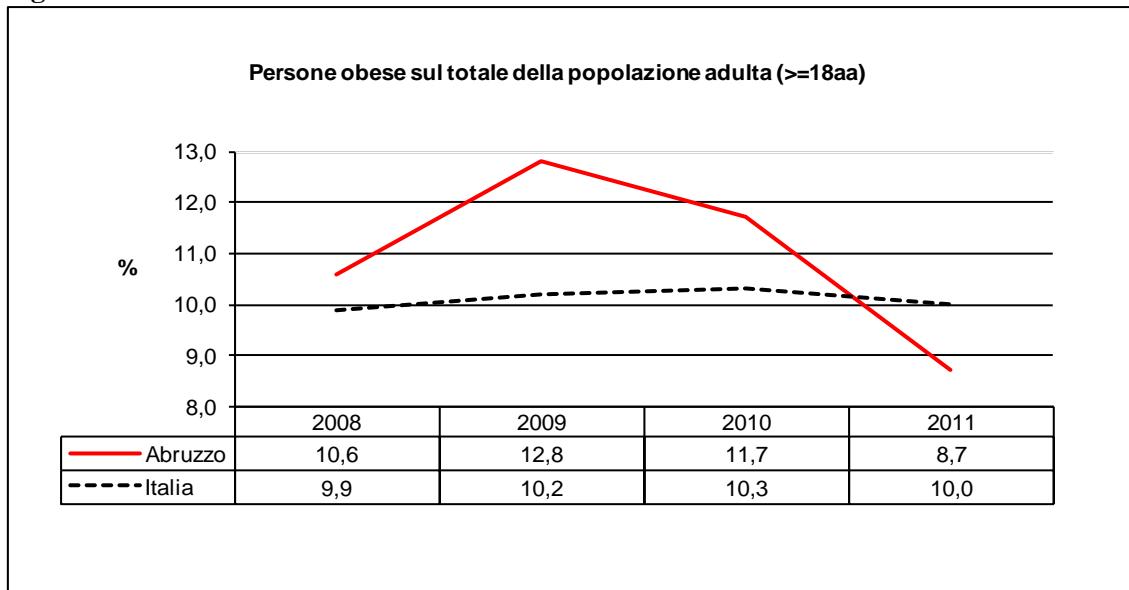
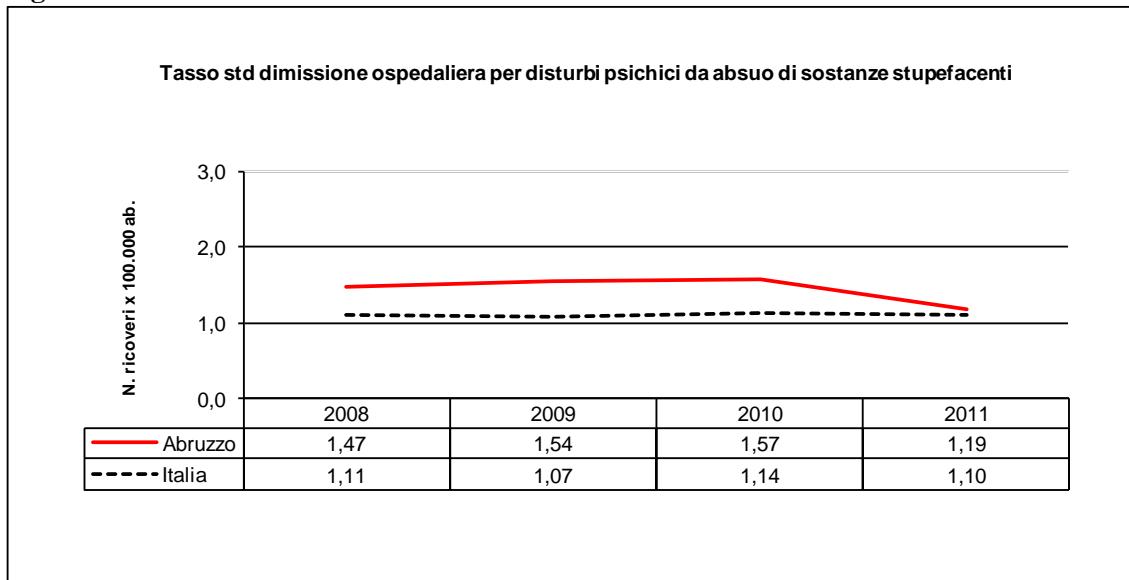


Figura 50.





Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2012



Abbazia di San Clemente a Casauria (PE)