

Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2013



La Raccolta delle olive - Francesco Paolo Michetti



A cura di:

Lamberto Manzoli
Vito Di Candia
Adriano Murgano
Annamaria Giammaria
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. Sintesi	1
2. Note metodologiche	3
3. Popolazione (Tavola 1; Figure 1-6)	4
4. Salute e bisogni della popolazione	9
4.1. Tassi di ospedalizzazione per tutte le cause (Figure 7-8)	9
4.2. Disturbi cardio- e cerebro-vascolari (Figure 9-10)	11
4.3. Tumori (Figure 11-12)	12
4.4. Disturbi dell'apparato digerente (Figure 13-14)	13
4.5. Malattie respiratorie (Figure 15-16)	14
4.6. Disturbi psichici (Figure 17-18)	15
4.7. Nefropatie (Figure 19-20)	16
4.8. Diabete (Figure 21-22)	17
4.9. Malattie infettive (Figure 23-24)	18
4.10. Alzheimer (Figure 25-26)	19
4.11. Traumatismi e avvelenamenti (Figure 27-28)	20
4.12. Malattie rare (Figura 29)	21
4.13. Mortalità (Tavole 2-3)	22
5. L'assistenza Sanitaria	25
5.1. Assistenza ospedaliera – i ricoveri per tipologia (Figure 30-35)	25
5.2. Mobilità sanitaria (Figure 8 e 35; Tavole 4-5)	29
5.3. Peso Medio DRG e Degenza Media (Figure 36-37)	32
5.4. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 6-8)	34
5.5. DRG LEA (Tavola 9)	41
5.6. Il Territorio (Figure 38-39; Tavola 10)	45
5.7. Posti letto, fabbisogno e bacini d'utenza (Figure 40-42; Tavola 11)..	48
5.8. Assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera (Figure 43-44)	50
5.9. Residenze San. Assistite (RSA e RA) (Tavola 12; Figura 45)	52
5.10. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Figura 46).....	53
5.11. Soddisfazione dei pazienti (Figura 47)	54
6. La Prevenzione: screening oncologici, vaccinazioni, stili di vita (Tavole 13-16; Figure 48-52)	55

1. Sintesi

La popolazione residente ha continuato la crescita iniziata nel dopoguerra e, nel 2013, sono stati stimati 1.312.507 residenti in Abruzzo; oltre 13.000 in più rispetto all'anno 2005. La crescita (+1,0%) è stata tuttavia inferiore al resto della nazione nello stesso periodo (+3,5%) e ha riguardato le sole province di Teramo e Pescara, perché la popolazione di Chieti e L'Aquila si è invece ridotta. L'aumento di popolazione, inoltre, si deve esclusivamente all'arrivo di cittadini stranieri, cresciuti di oltre 36.000 unità e quasi raddoppiati rispetto al 2005. I residenti stranieri sono aumentati in tutte le province e rappresentano oggi il 5,7% del totale della popolazione abruzzese. Grazie alla riduzione delle nascite ed all'allungamento della vita media, arrivata a 79,8 anni per i maschi e 84,9 per le femmine, la percentuale di anziani continua a crescere nonostante l'arrivo degli stranieri, solitamente più giovani. La quota di anziani, già la più elevata tra le regioni del Sud Italia nel 2005, è ulteriormente aumentata arrivando al 22,1% (un dato tuttavia in linea con il Centro Italia), e sono 59 i comuni dell'entroterra con più di un anziano ogni tre residenti.

Relativamente all'assistenza ospedaliera, il dato di maggior rilievo è l'eccezionale calo dei ricoveri, di ogni tipologia e per ogni causa, in tutte le province, sia nel settore pubblico che nel privato: dal 2005 al 2013 il tasso standardizzato di ricovero è diminuito del 36,0%, senza che il numero di ricoveri effettuati fuori regione sia cresciuto sostanzialmente. Tradotto in cifre, rispetto al 2005 i residenti in Abruzzo hanno effettuato 3384 ricoveri in più fuori regione, ma 128.890 ricoveri in meno dentro la regione. Negli stessi anni, i ricoveri si sono ridotti anche nel resto d'Italia, ma in misura minore (-12,5%). 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 2013, ovvero 178 ricoveri x 1000 abitanti, si è molto avvicinato alla media nazionale (164 x1000), che appare realisticamente raggiungibile nel medio termine. Per alcune patologie (diabete e malattie infettive), i tassi di ricovero sono apparsi di gran lunga inferiori alla media nazionale, mentre permangono nettamente più elevati rispetto al resto della nazione i tassi di ospedalizzazione per disturbi dell'apparato digerente, traumatismi/avvelenamenti e patologie cardiovascolari.

Chiaramente, questo dato non può essere interpretato come se l'incidenza e/o la prevalenza di malattie si siano ridotte del 36,0%, soprattutto considerando che a livello mondiale l'incidenza di diverse patologie (es. diabete) è invece in aumento. E' possibile che la salute degli abruzzesi sia migliorata, ma di certo non in queste proporzioni, ed è in ogni caso più probabile, anche considerando i dati nazionali, che il tasso di ricovero fosse eccessivamente alto nel passato recente, e sia ora più vicino al fabbisogno reale della popolazione. In altri termini, è logico ritenere che, tra le molteplici cause della drastica riduzione dei ricoveri ospedalieri (così come del miglioramento dell'efficienza generale del sistema, discusso nel paragrafo seguente), vadano incluse anche (e forse soprattutto) le numerose riforme legislative e organizzative regionali (tra le quali, ad esempio, il riordino della rete ospedaliera), che a partire dal 2006 hanno modificato profondamente le modalità assistenziali e di lavoro degli operatori sanitari.

Certamente, il calo dei ricoveri rappresenta un dato positivo solo nel caso in cui siano stati tagliati solo i ricoveri inappropriati, e siano state mantenute (o migliorate) l'efficienza, l'appropriatezza organizzativa e la qualità di cura. Pur non potendo trarre conclusioni certe dai pochi indicatori a disposizione, e con alcune eccezioni, 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 2011 (ultimo dato disponibile), e sono in linea con la media nazionale; il tasso di occupazione medio dei posti letto ospedalieri è cresciuto ancora, arrivando ad una media regionale dell'81,5% (con un sorpasso "storico" del tasso di occupazione pubblico rispetto al privato); la degenza media dei ricoveri ordinari è cresciuta ma in linea con 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 35,7%, e la percentuale di questi DRG svolti in regime ordinario è anch'essa diminuita nettamente (-18,6%); la percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da unità operative chirurgiche è cresciuta del 135% ed ha raggiunto una media del 72%; la percentuale di ricoveri ripetuti è rimasta sostanzialmente stabile; la percentuale di parti cesarei si è anch'essa ridotta (-11,4%); 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'11,1%, la percentuale di anziani abruzzesi trattati in ADI è più che raddoppiata (da 2,1% a 4,9%, superando la media nazionale), e la spesa farmaceutica territoriale pro-capite è drasticamente diminuita (-9,3%), sebbene i consumi siano cresciuti.

Come accennato, con le informazioni al momento disponibili, 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, sebbene gli indicatori citati siano stati validati e siano impiegati dalla maggioranza dei Report nazionali ed internazionali, tali conclusioni vanno interpretate con cautela, poiché non sono disponibili valutazioni rigorose della qualità dell'assistenza sanitaria prestata, né 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 2011 e gli effetti di politiche sanitarie su questo fondamentale indicatore sono tipicamente evidenti solo dopo diversi anni. Non solo, la regione Abruzzo è tutt'ora priva di Registri di patologia, ed in particolare di un registro tumori, che possono permettere analisi assai più accurate e tempestive dei trend di salute. Di conseguenza, solo quando saranno resi disponibili i tassi di mortalità (e, possibilmente, tassi di patologia non derivati esclusivamente dal database SDO) dei prossimi anni, si potranno avere indicazioni più precise sulla validità di questa ipotesi.

Discussi i dati (probabilmente) positivi, 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 i livelli accettabili anche per un sistema universalistico. Inoltre, se da un lato la mobilità passiva continua a ridursi, si assiste ad un decremento ancora superiore della mobilità attiva, con un conseguente peggioramento, per quanto relativamente lieve, del saldo economico tra mobilità attiva e passiva (arrivato nel 2013 ad oltre 51 milioni di euro di passivo). Due ospedali pubblici (Ortona e Sulmona), sebbene in miglioramento, hanno mostrato un tasso di occupazione inferiore al 70% anche nel 2013. Ancora, seppure vi sia stato un netto miglioramento, anche nel 2013 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'80% dei ricoveri per sincope e collasso senza complicanze è svolto in regime ordinario, come pure il 60% dei ricoveri per ipertensione). Simile la situazione per i parti cesarei: sebbene diminuiti al 38,2%, sono ancora abbondantemente al di sopra delle quote raccomandate (15%-25%) dal WHO e da altri documenti ministeriali. Il livello di soddisfazione dei cittadini per le cure ospedaliere, per quanto salito rispetto al 2005, è diminuito nell'ultimo triennio e nel 2012 era inferiore alla media nazionale di quasi 15 punti percentuali. Relativamente al territorio, con la notevole eccezione di Teramo (che mostra risultati tra i migliori in assoluto in Italia), nelle altre tre province i tassi di ricoveri evitabili per patologie acute e per patologie cardiovascolari sono saliti di quasi il 20%, ed entrambi sono decisamente più elevati rispetto alla media nazionale. Inoltre, nonostante le difficoltà di alcuni dei maggiori Pronto Soccorso regionali, nel 2013 risultavano attive in Regione poche 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 2013 appariva ancora assolutamente insufficiente. Proprio relativamente alla dotazione, un ultimo cenno è doveroso sull'offerta di posti letto ospedalieri. Se, da un lato, è da considerarsi positiva la progressiva riduzione avvenuta nell'ultimo decennio, dall'altro lato tale contrazione è stata talmente marcata da aver portato l'Abruzzo, nel 2013, ad un tasso di posti letto nettamente inferiore alla media nazionale ed agli standard raccomandati dal Ministero della Salute. In questo senso, il taglio dei posti letto, uno degli obiettivi che ha caratterizzato la stagione del riordino del sistema ospedaliero ed è ormai entrato nella cultura dei manager sanitari, dovrà essere considerato un obiettivo raggiunto e non più da perseguire.

In ultimo, per quanto concerne la prevenzione, rimangono nel complesso positivi i dati relativi alle vaccinazioni: in linea con il resto d'Italia, i tassi di copertura sono stati vicini al 100% per le vaccinazioni obbligatorie, superiori al 90% per i vaccini raccomandati più comuni (pertosse, Hemophilus influenzae di tipo b e morbillo, parotite e rosolia), mai inferiori al 50% anche per i vaccini raccomandati ma tipicamente meno diffusi (influenza, pneumococco, meningococco). Positivo anche il dato relativo al tasso di ricovero per disturbi psichici da abuso di sostanze stupefacenti, che dal 2005 si è quasi dimezzato. Sostanzialmente stabili le percentuali di obesi (12,4%) e, purtroppo, di fumatori (23,5%). Infine, dopo diversi anni problematici a causa di un sostanziale riordino del sistema, sono apparsi finalmente positivi anche i dati relativi agli screening oncologici raccomandati dal Ministero della Salute: sebbene non tutti i programmi siano ancora stati attivati in alcune ASL, nel 2013 le coperture regionali per gli screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto sono state superiori alle medie nazionali (79,3%; 46,4% e 29,9% rispettivamente).

2. Note metodologiche

Questo Report aggiorna ed integra i tre precedenti Report pubblicati da ASR-Abruzzo nel 2010, 2011 e 2012 (disponibili al sito: <http://www.asrabruzzo.it/relazioni-sanitarie.html>). Aggiorna, perché vi sono riportati i gli ultimi dati sanitari disponibili, relativi all'anno 2013. Integra, perché mentre nei Report precedenti si riportavano i dati del quinquennio precedente, in questo Report viene fornita una visione su una finestra temporale più ampia, ovvero tutti gli anni dal 2005 al 2013. In questo Report, quindi, sono disponibili tutte le informazioni che erano state riportate nei Report precedenti, ferme restando alcune mirate correzioni, ove necessarie.

Dopo quasi un decennio di profondi cambiamenti del sistema sanitario regionale in molte delle sue principali componenti, infatti, è quanto mai opportuno fornire, oltre ad una fotografia dell'esistente, una visione d'insieme dell'andamento nel tempo dei principali indicatori sanitari, sia per poter prevedere e programmare il sistema nel futuro prossimo, anche a partire dall'analisi del trend epidemiologico, sia per valutare - in modo preliminare e assolutamente non esaustivo - quale sia stato l'impatto delle molteplici riforme strutturali e funzionali.

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 sovraccollamento 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, anno 2012 e precedenti, http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_8_3_1.jsp?lingua=italiano&id=16); nel Rapporto OsMed 2013 e precedenti (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/rapporto-osmed-2013>), nel Report Osservasalute 2013 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 continuo aggiornamento (Health for All Giugno 2014), dopo una pausa di diversi anni, dei dati sulla mortalità per causa, che è stata aggiornata all'anno 2011 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.

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

Nel complesso, rispetto al 2005, nel 2013 vi sono 13.235 residenti in più (1,0%), ma tale aumento si è registrato nelle sole province di Teramo (+10.892, pari al 3,7%) e Pescara (+7751; 2,5%), mentre la popolazione di L'Aquila e Chieti si è ridotta, rispettivamente, di 3294 (-1,1%) e 2114 (-0,5%) residenti (Tavola 1).

La popolazione residente ha continuato la crescita iniziata nel dopoguerra fino al 2011, anno dopo il quale è stata registrato un brusco decremento nel numero di residenti (Tavola 1). La riduzione registrata tra il 2011 ed il 2012, tuttavia, non è presumibilmente dovuta all'abbandono dell'Abruzzo da parte di oltre 35.000 cittadini, bensì alla correzione delle stime in seguito all'arrivo dei dati del Censimento Istat dell'anno 2011. In effetti, nell'anno 2013 il numero di residenti è tornato a crescere ai ritmi consueti, ovvero circa 5000 residenti in più ogni anno, e lo stesso andamento è stato osservato a livello nazionale: la popolazione italiana ha toccato un picco di 60.785.753 abitanti nel 2011, pre-censimento, per decrescere l'anno successivo e ritornare a crescere nel 2013, arrivando allo stesso livello del 2011 (60.782.668 abitanti). Nel complesso, in ogni caso, nel periodo 2005-2013 la popolazione italiana è cresciuta ad un ritmo superiore rispetto alla popolazione abruzzese (3,5% vs 1,0%).

Identico trend ha seguito la popolazione straniera residente, arrivata nel 2013 a 74.939, quasi il doppio di quella del 2005 (+36.357, pari a +94,2% - Figura 1). In questo caso, tuttavia, l'aumento si è verificato in tutte le province in modo abbastanza omogeneo: in ogni provincia il numero di stranieri residenti è cresciuto da un minimo di 8500 ad un massimo di 9500 persone (Figura 1). In seguito a tali incrementi, la percentuale di stranieri residenti sul totale della popolazione è anch'essa ovviamente cresciuta in tutte le province (Figura 2). Se nel 2005 gli stranieri erano il 3,0% della popolazione abruzzese, nel 2013 essi sono il 5,7%, con un picco a L'Aquila (7,0%) e Teramo (6,8%).

Dopo anni di sostanziale stabilità, probabilmente dovuta all'aumento dei cittadini stranieri, quasi sempre di età di non avanzata, che compensava l'invecchiamento della popolazione italiana, la percentuale di residenti anziani sul totale della popolazione è tornata a crescere nell'ultimo biennio, allineandosi con la media nazionale (22,1% - Figura 3). E pur vero, tuttavia, che l'Abruzzo rappresenta un'eccezione nel Sud Italia, dove la media di anziani è assai più bassa (18,8%), ed è invece in linea con il Centro (22,4%). La percentuale di cittadini di età uguale o superiore a 65 anni è cresciuta in tutte le province, tra le quali la più "anziana" rimane Chieti (22,7%). Anche l'indice di vecchiaia / invecchiamento (N. di anziani / N. soggetti di età ≤ 14 anni) è cresciuto: se nel 2005, a livello regionale, era pari a 156, nel 2013 è passato a 170. In concreto, ciò significa che in Abruzzo vi sono 170 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 2013 era pari a 151, 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 ingravescente fenomeno di invecchiamento della popolazione, in particolare nelle zone interne della Regione.

Infine, per ciò che concerne la speranza di vita alla nascita, come nel resto d'Italia anche in Abruzzo questa continua a crescere nel lungo periodo, sebbene con velocità maggiore per i maschi (Figura 6a) che per le femmine (Figura 6b). In effetti, nel 2013 la speranza di vita alla nascita per i maschi abruzzesi era 79,8 anni, ovvero 1,6 anni in più rispetto al 2005, mentre la speranza di vita delle femmine era 84,9 anni, ovvero 0,8 anni in più del 2005. Questi valori sono in linea con le medie nazionali, rispettivamente di 79,8 e 84,6 anni per maschi e femmine.

Tavola 1. Numero di residenti totali in Abruzzo, per provincia e generale, anni 2005-2013

Provincia	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
L'AQUILA	304.068	305.101	305.400	307.643	309.131	309.264	309.820	298.087	300.774
TERAMO	296.063	298.789	301.188	306.067	309.838	311.590	312.239	306.177	306.955
PESCARA	307.974	309.947	311.896	315.825	319.209	321.192	323.184	314.391	315.725
CHIETI	391.167	391.470	391.313	394.452	396.497	396.852	397.123	387.761	389.053
REGIONE	1.299.272	1.305.307	1.309.797	1.323.987	1.334.675	1.338.898	1.342.366	1.306.416	1.312.507

Figura 1.

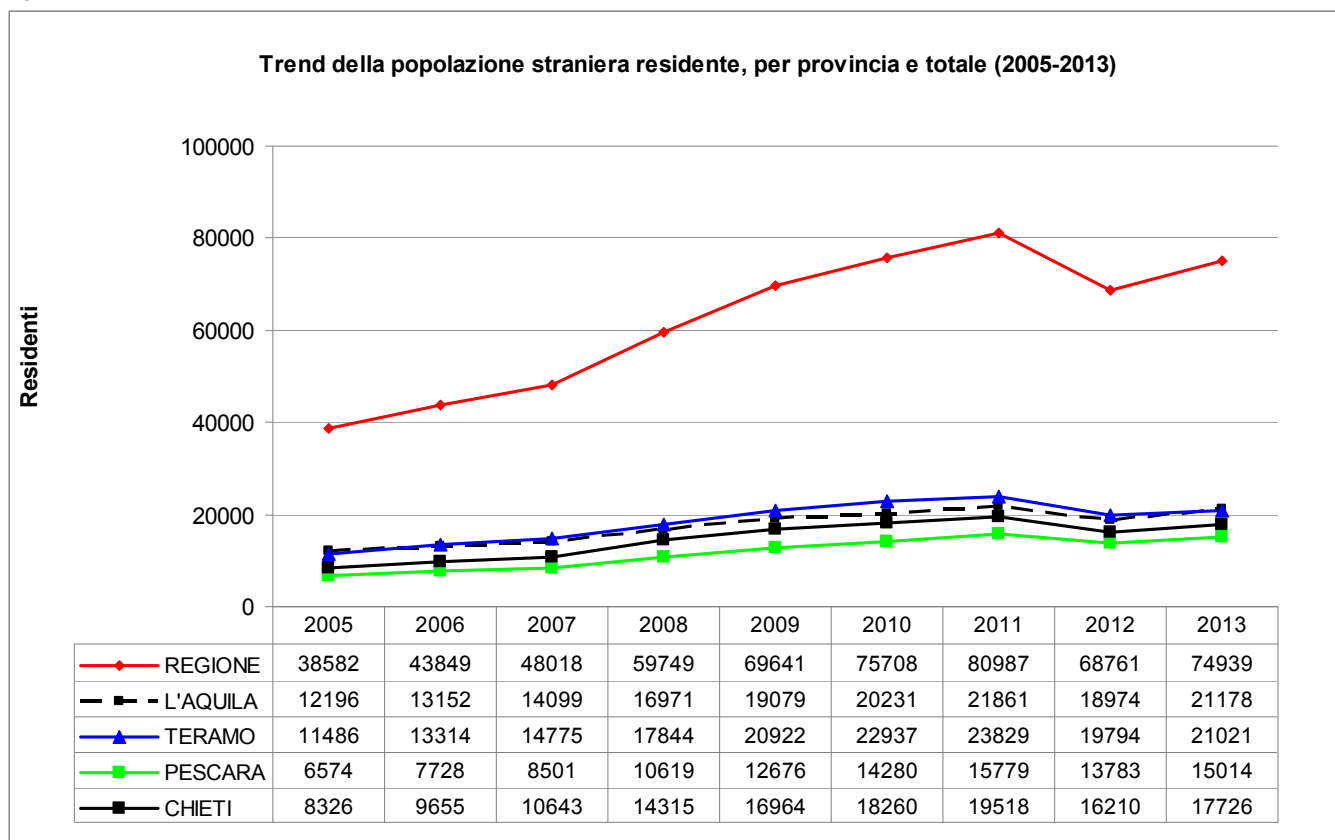


Figura 2.

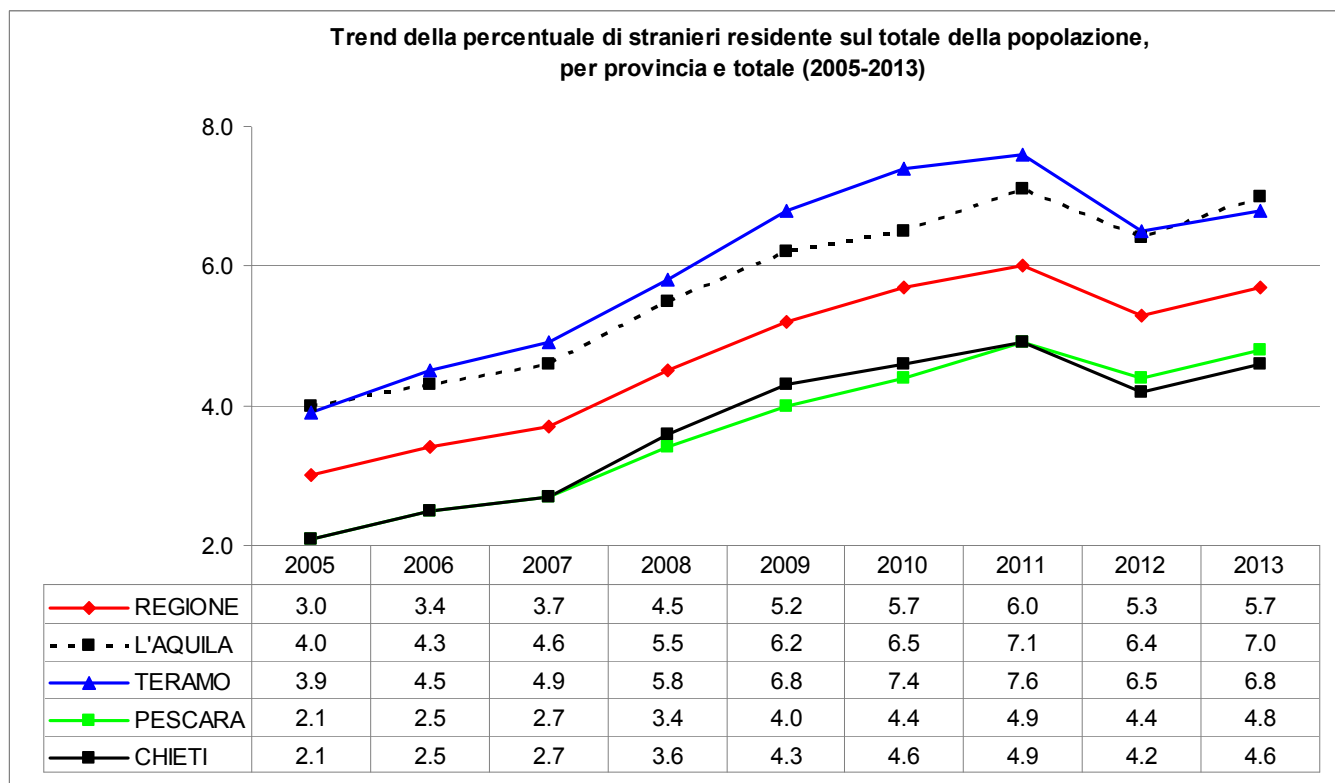


Figura 3.

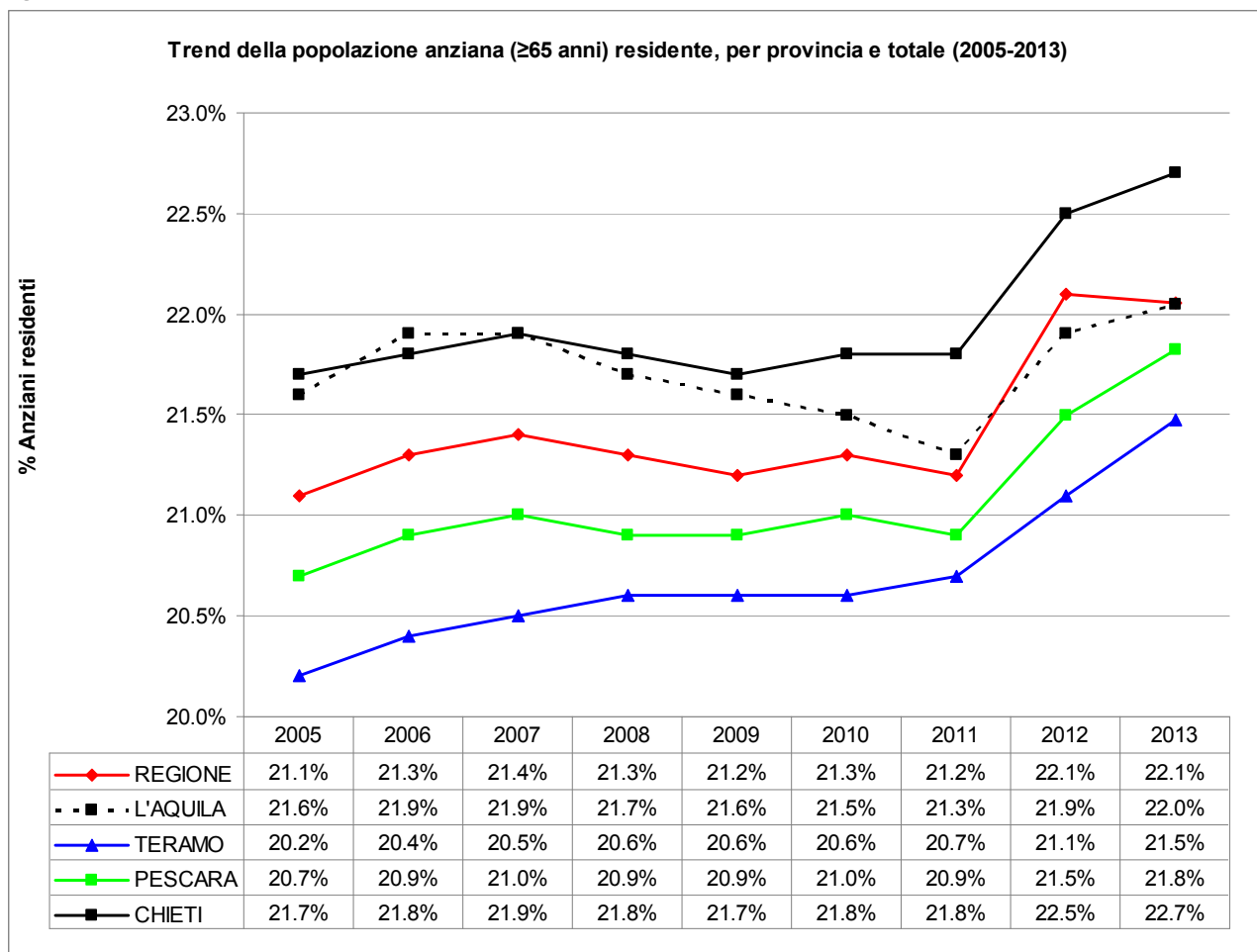


Figura 4.

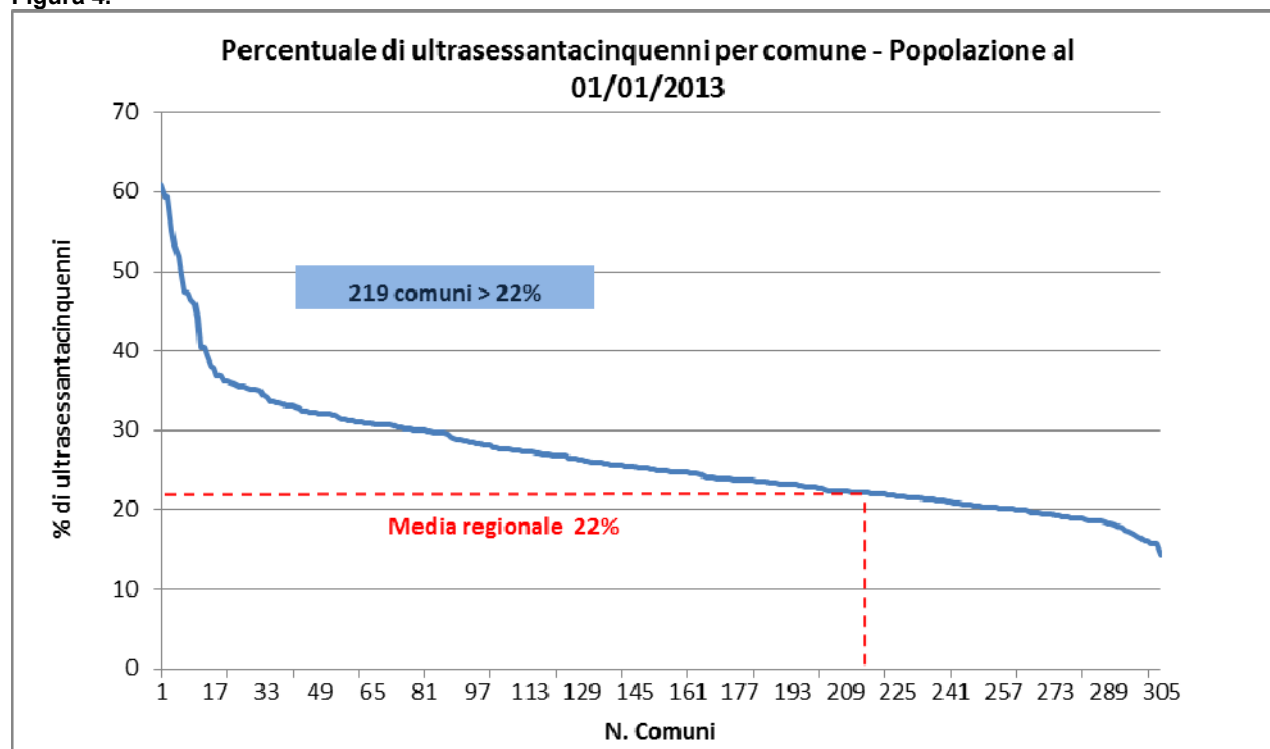


Figura 5.

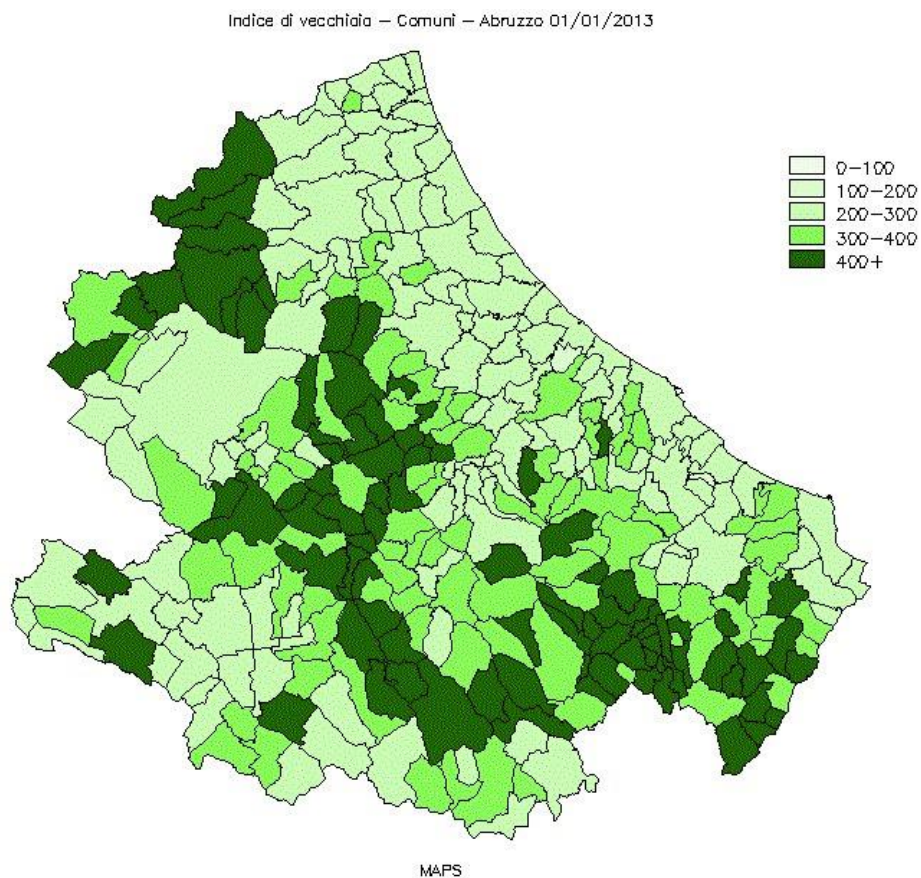


Figura 6a.

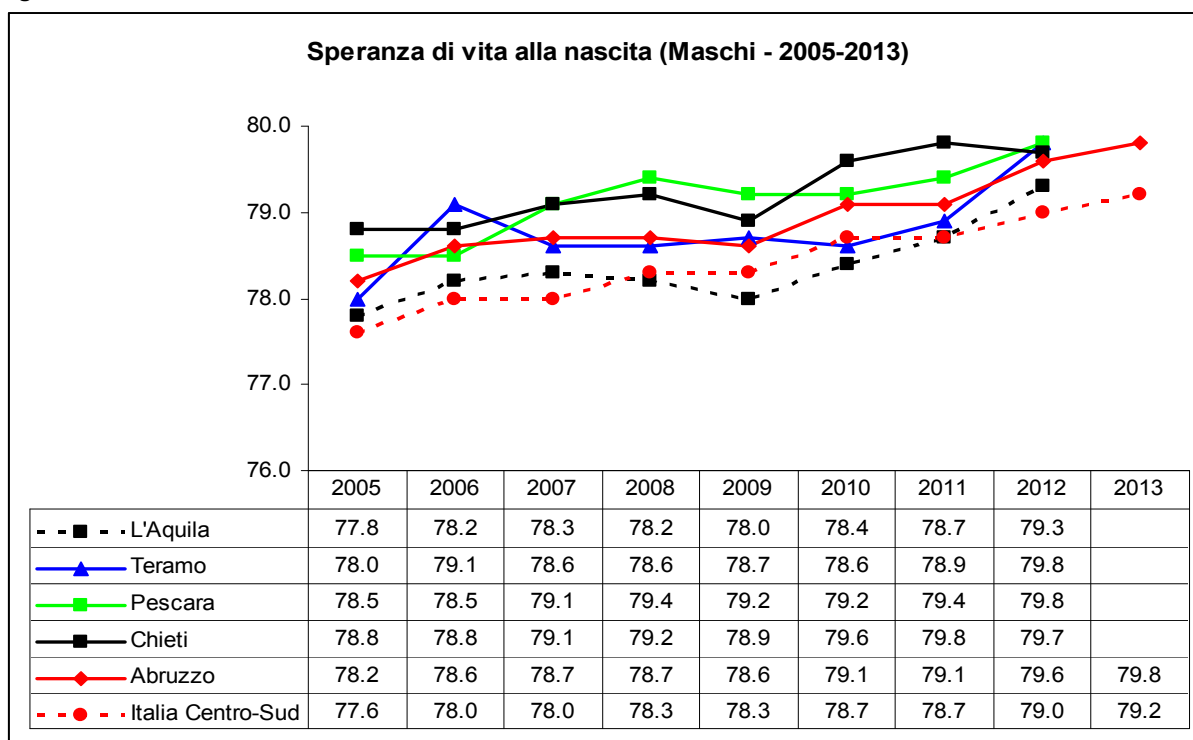
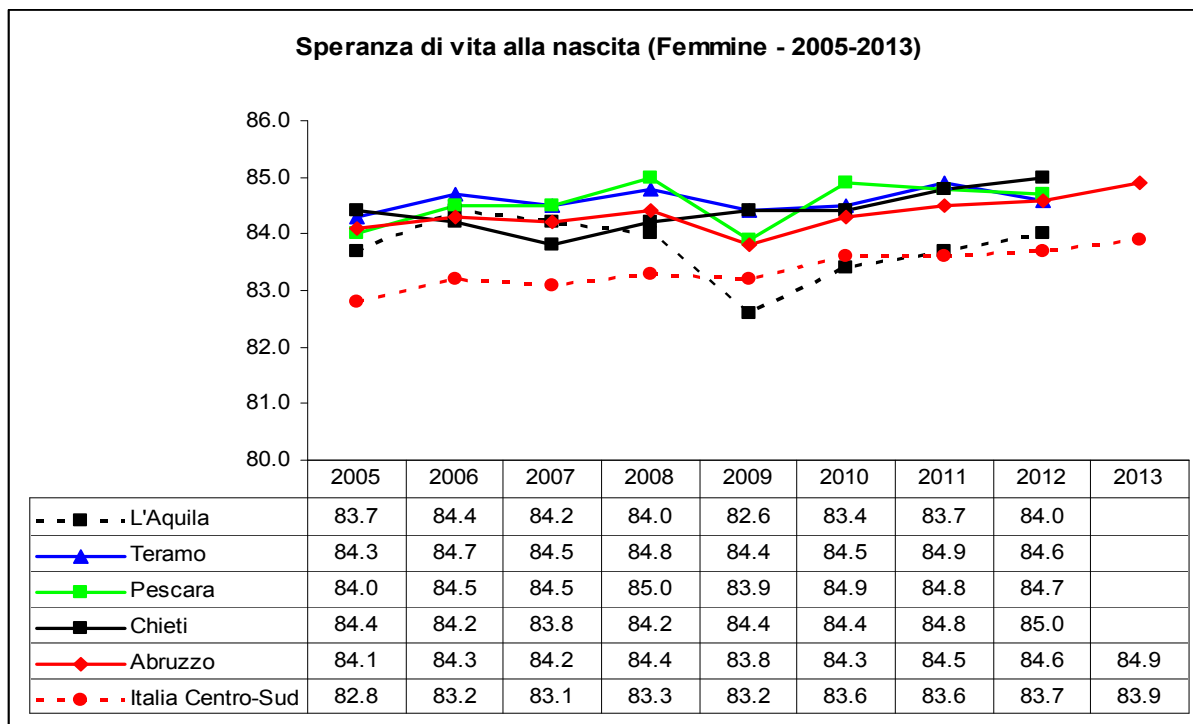


Figura 6b.



4. Salute e bisogni della popolazione

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

Da un punto di vista epidemiologico, il tasso di ricovero ospedaliero è considerato un indicatore del bisogno di salute della popolazione, e a parità di contesto un calo del tasso standardizzato di ospedalizzazione (come pure del tasso di mortalità) suggerisce un miglioramento nel livello di salute della popolazione. Questa equivalenza, tuttavia, deve essere interpretata con cautela quando un sistema sanitario subisce profonde trasformazioni da un punto di vista amministrativo, organizzativo e logistico. E' infatti possibile, ad esempio, che il tasso di ricovero scenda non (o non solo) a causa di un minore bisogno di ricovero da parte della popolazione, ma in seguito alla riduzione di ricoveri inappropriati, ottenuta sia con la cessazione tout court dei ricoveri inutili, sia con il trasferimento in un setting ambulatoriale piuttosto che di ricovero, di alcune prestazioni di assistenza a malati in fase non acuta. All'altro estremo, è possibile che il tasso di ricovero scenda anche quando il bisogno assistenziale sale, semplicemente in seguito a radicali tagli di bilancio, che non permettono (o non rendono profittevole) l'effettuazione delle prestazioni necessarie a garantire un ottimale livello di salute della popolazione. Non è semplice comprendere a quale delle due situazioni citate si sia avvicinato in questi anni l'Abruzzo (regione nella quale si è osservato un calo eccezionale del tasso di ricovero), ma nei prossimi capitoli saranno riportati alcuni indicatori che possono supportare un giudizio ragionato, per quanto non esaustivo.

Nel dettaglio, dall'anno 2005 il tasso di ricovero standardizzato per età è calato drasticamente, e costantemente, in tutte le province (Figura 7): se a livello regionale, nel 2005, il tasso di ospedalizzazione per tutte le cause era pari al 278,3 x 1000 abitanti, nell'anno 2013 lo stesso tasso era invece 178,1, con una riduzione del 36,0%. Come accennato, questo dato non può essere interpretato come se l'incidenza di malattie si sia ridotta del 36,0%, perché il tasso di ricovero risente delle strategie volte alla razionalizzazione della spesa ed al miglioramento dell'appropriatezza. E' quindi 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 2011, 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. In ogni caso, se confermata da dati più aggiornati sulla mortalità e da auspicabili altre indagini (non possibili in assenza di registri di patologia), questa stabilità sarebbe 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 164 x1000 nell'anno 2012 (ultimo dato disponibile), 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.

Nel tasso di ricovero complessivo sono inclusi tutti i ricoveri effettuati da cittadini abruzzesi, sia quelli effettuati in ospedali regionali, sia quelli svolti in strutture di ricovero extra-regionali (denominati comunemente "mobilità passiva"). E' utile tuttavia estrapolare e considerare anche separatamente i dati relativi alla mobilità passiva, perché il tasso di ricovero in ospedali fuori regione rappresenta un indicatore indiretto di un eventuale bisogno di salute non soddisfatto dalle strutture regionali. Dal 2005, la quota di cittadini che si sono ricoverati fuori regione è rimasta sostanzialmente stabile, con il miglioramento significativo di Teramo (-13,7%), 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 16 nel 2012), 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).

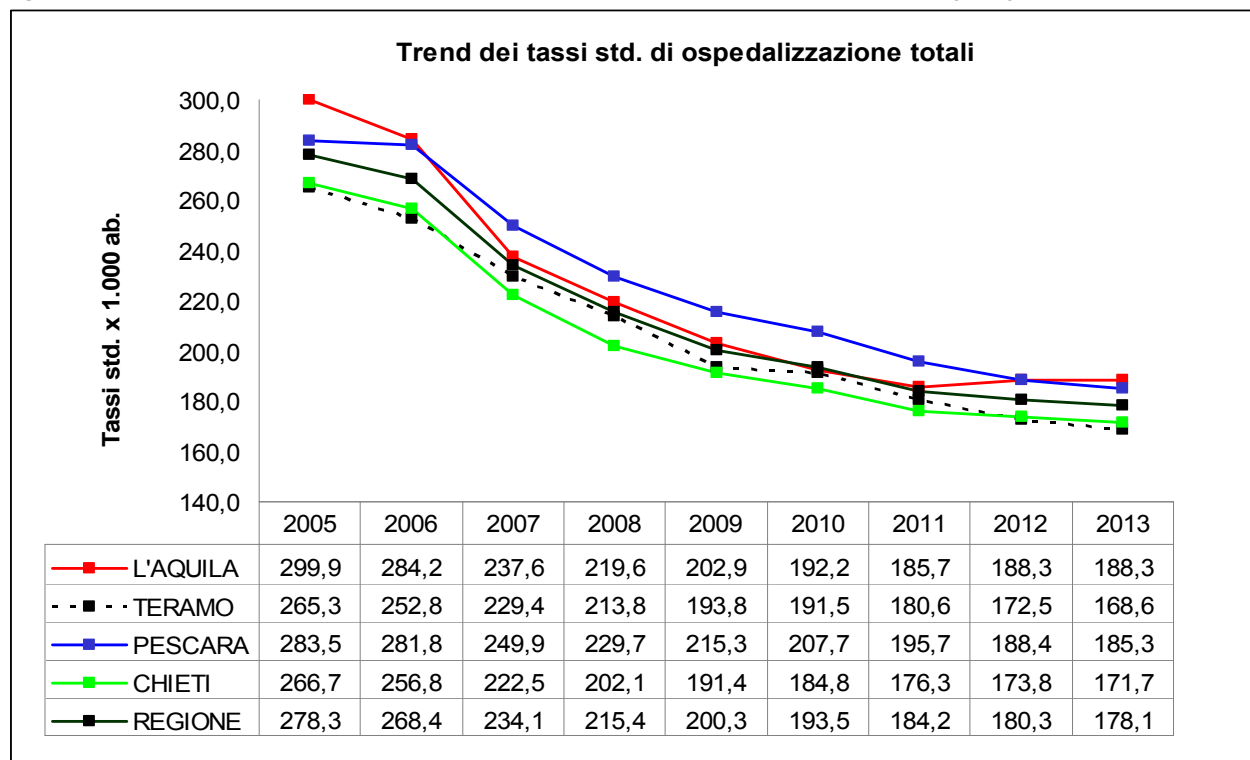
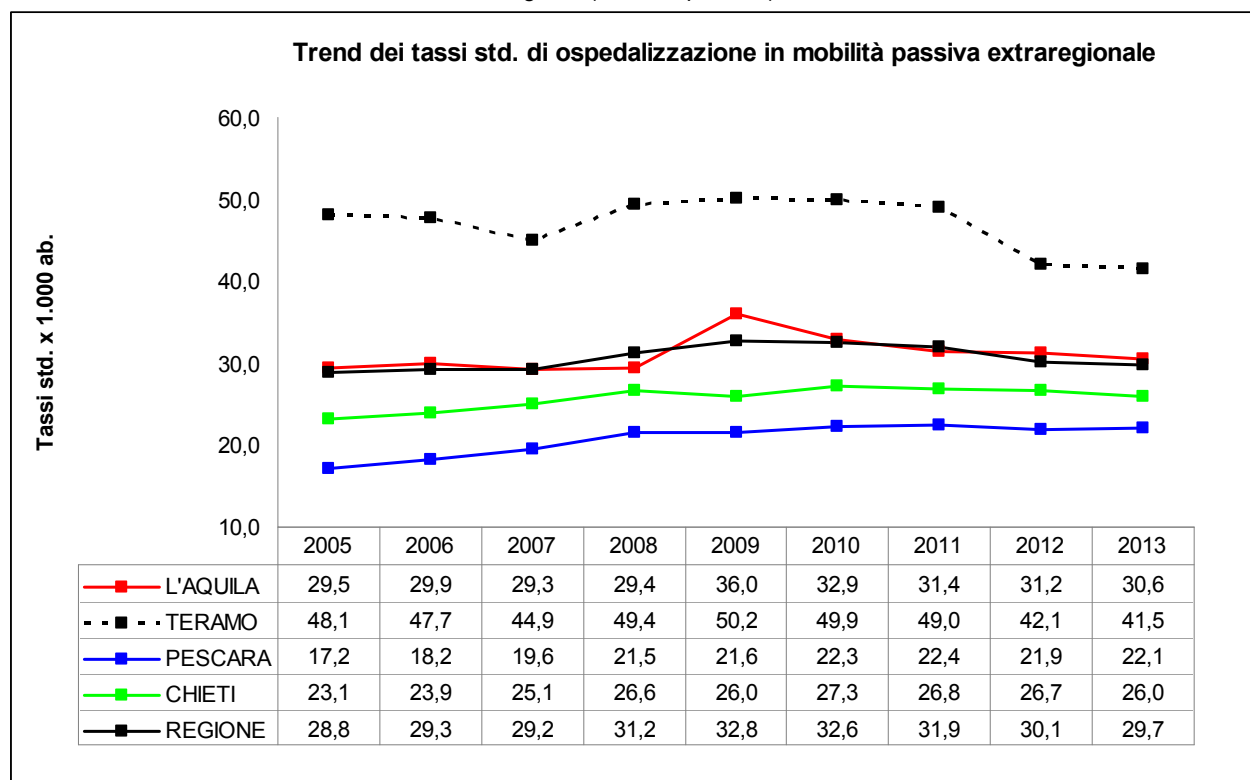


Figura 8. Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per tutte le cause (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) effettuati da residenti in Abruzzo in strutture situate fuori regione (mobilità passiva).



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

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per le malattie del sistema cardio- e cerebro-vascolare si è ridotto fortemente e costantemente dal 2005 al 2010 (-30,2% a livello regionale; Figura 9), anno dopo il quale il tasso è rimasto sostanzialmente stabile. Nonostante la netta riduzione, tuttavia, il tasso di ricovero per patologie cardiovascolari, in Abruzzo, nel 2012 (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, dove peraltro il tasso di ricovero continua a calare).

Le differenze tra le province, ampie nel 2005, sono diminuite ma permangono notevoli. Nonostante un calo del 33,4%, infatti, la provincia di L'Aquila mostra un tasso vicino a 300 ricoveri x10.000 abitanti, mentre Teramo supera di poco i 230 ricoveri x10.000. Ricordiamo che tutti i tassi presentati in questo Report sono standardizzati per età e le cause non vanno quindi ricercate nella distribuzione per età della popolazione.

Il tasso di ricovero in strutture extra-regionali (mobilità passiva) è al contrario cresciuto fino al 2010 (+12,6%), per poi ridursi lievemente negli ultimi quattro anni. Nel complesso, nel 2013, in termini assoluti, rispetto al 2005 vi sono stati 6,7 ricoveri x10.000 abitanti in più fuori regione. Le differenze nella mobilità passiva tra le province si sono ridotte, dato che Teramo (la peggiore nel 2005) è sensibilmente migliorata, mentre le altre sono peggiorate.

Figura 9.

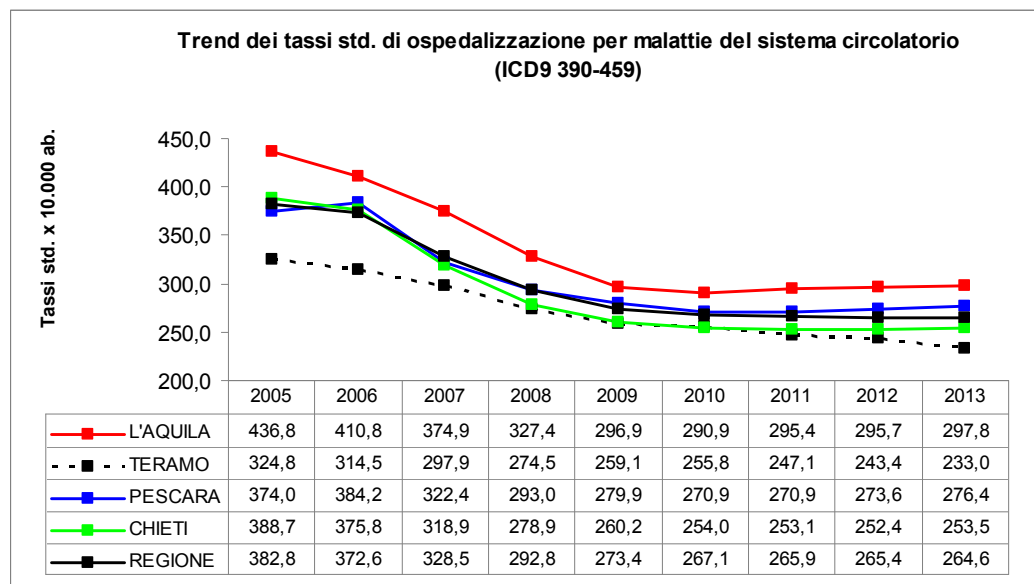
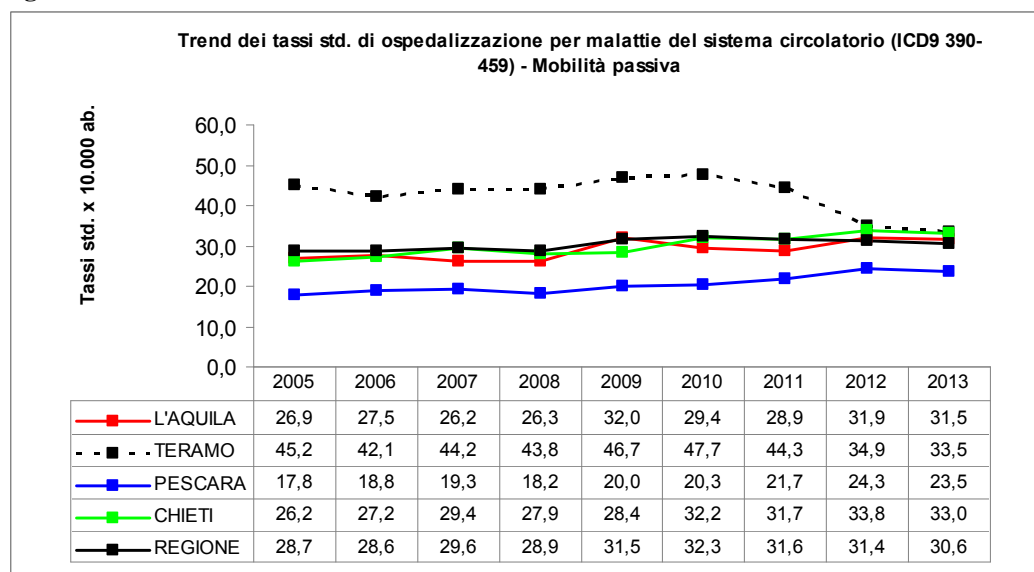


Figura 10.



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

4.3. Tumori (Figure 11-12)

Dal 2005, il tasso standardizzato di ricovero per patologie tumorali è diminuito costantemente in tutte le province, con l'eccezione dell'ultimo anno, nel quale è rimasto sostanzialmente stabile (Figura 11). Nel complesso, dal 2005 al 2013 la riduzione a livello regionale è stata del 21,8%. La riduzione dei ricoveri è stata più marcata nella provincia di L'Aquila (-29,5%), 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 - 152 ricoveri x10.000 abitanti - e la stessa L'Aquila, con 189 ricoveri x10.000 abitanti). Nel 2012 il tasso di ricovero per tumori in Abruzzo era in linea (superiore di soli 2,0 punti) rispetto alla media nazionale, per cui è lecito attendersi che tale risultato sia confermato nel 2013.

La mobilità passiva, dopo il plateau del 2009-2010, è ritornata ai livelli del 2006 in tutte le province (Figura 12).

Figura 11.

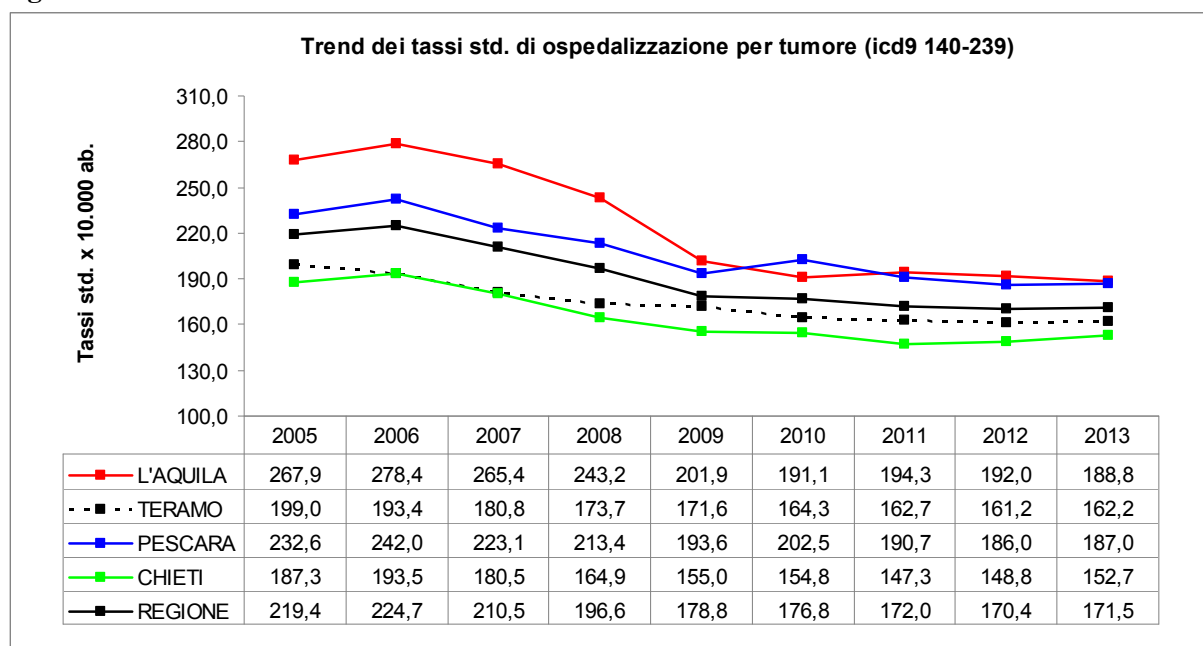
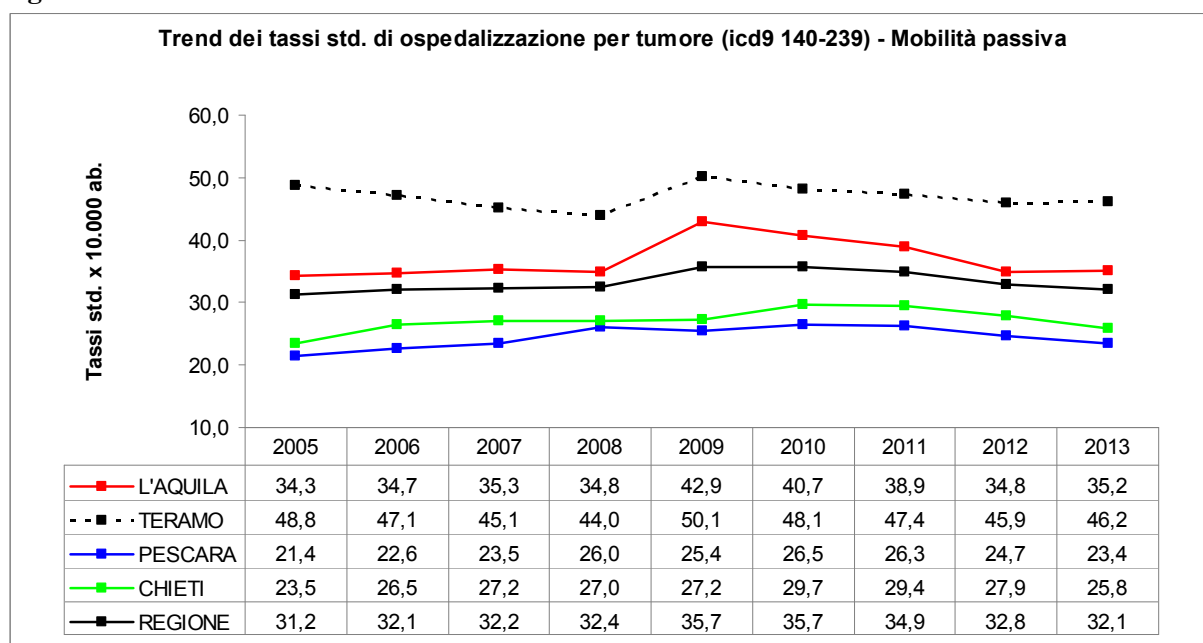


Figura 12.



Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD 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 di ricovero per patologie cardio- e cerebro-vascolari: si è osservata una riduzione sostanziale del tasso standardizzato di ricovero fino all'anno 2010 (-33,7% a livello regionale; Figura 13), dopo il quale il tasso si è sostanzialmente stabilizzato. In realtà, il tasso di ricovero ha continuato a ridursi anche negli ultimi anni in tutte le province tranne L'Aquila, dove è invece cresciuto nettamente nell'ultimo biennio ed è oggi il più alto in regione. Certamente, l'inversione di tendenza di L'Aquila merita attenzione, anche perché, nonostante il netto calo, nel 2012 il tasso abruzzese continuava a rimanere al di sopra della media nazionale di circa 15 ricoveri x10.000.

Come per il tasso di ricovero per tumore, dopo il plateau del 2009-2010, la mobilità passiva si è ridotta in tutte le province, tornando a livelli inferiori a quelli del 2005 (Figura 14).

Figura 13.

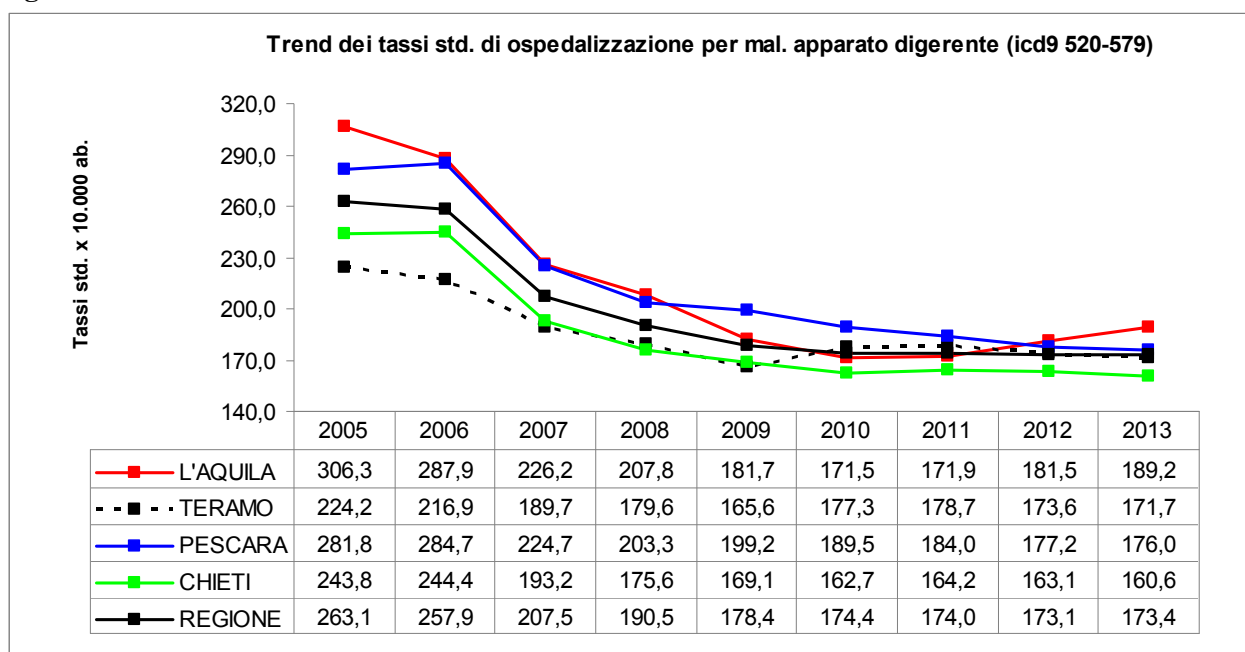
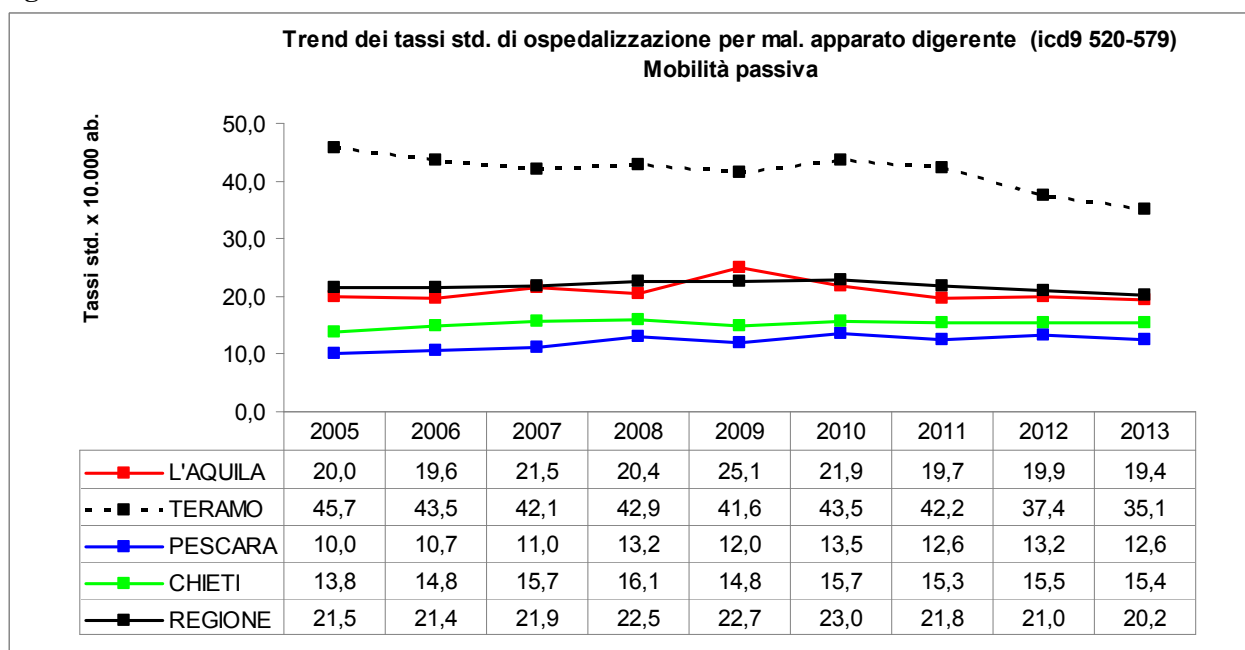


Figura 14.



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

4.5. Malattie respiratorie (Figure 15-16)

L'andamento del tasso standardizzato di ricovero per patologie respiratorie ricalca perfettamente quello osservato per le patologie tumorali: il tasso di ricovero è diminuito costantemente in tutte le province, con l'eccezione dell'ultimo anno, nel quale è rimasto sostanzialmente stabile (Figura 11). A livello regionale, rispetto al 2005, nel 2013 il tasso di era ridotto del 33,0%.

In questo caso, tuttavia, nel 2012 il tasso abruzzese è apparso in linea alla media nazionale. A livello provinciale, il i valori delle province si sono avvicinati, anche se permane un certo squilibrio tra il Nord-Est ed il Sud-Ovest dell'Abruzzo (con le province di Chieti e Pescara che continuano a mostrare tassi più elevati).

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 (22 x10.000 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.

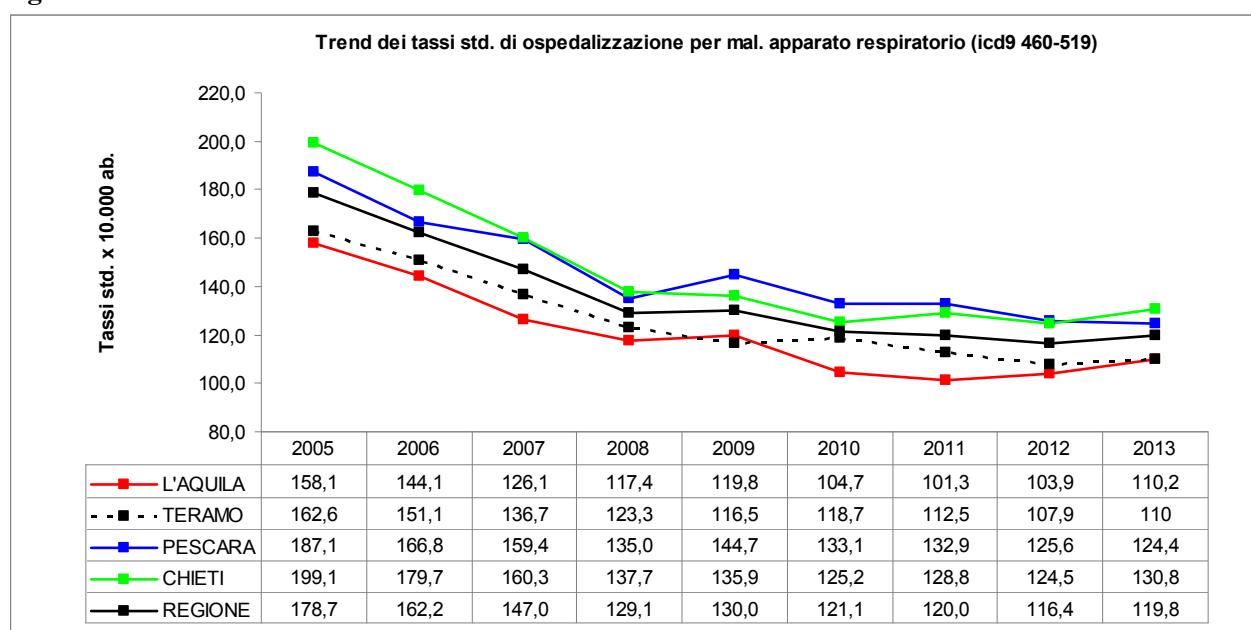
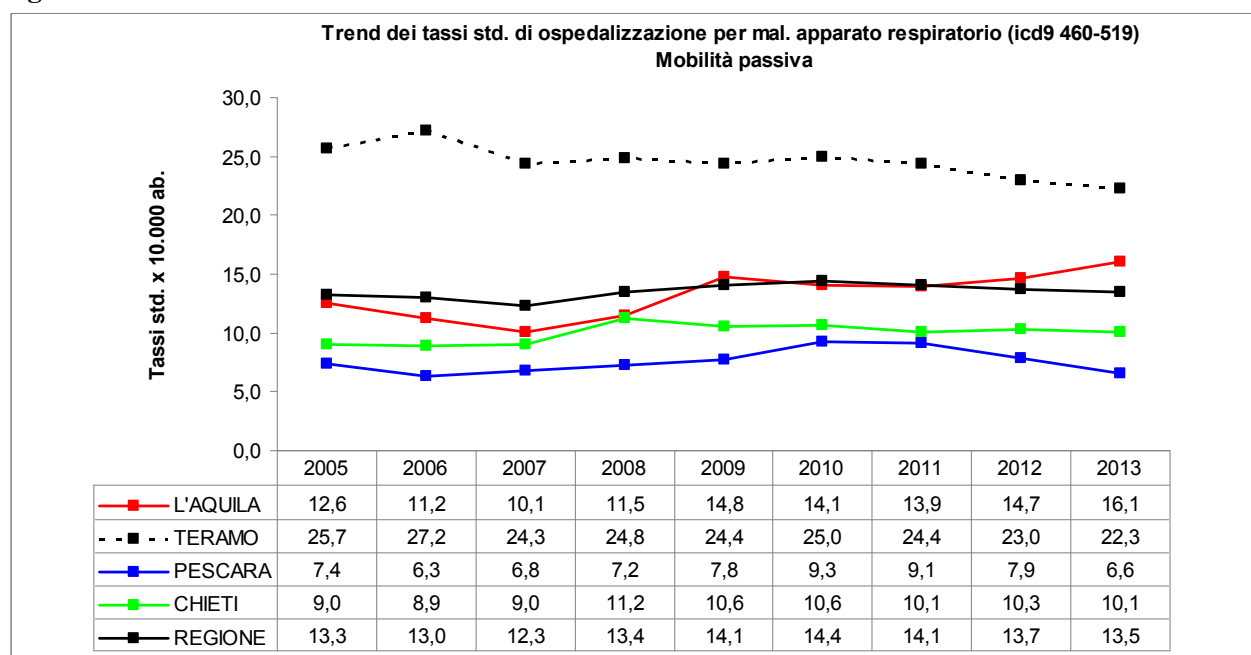


Figura 16.



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

4.6. Disturbi psichici (Figure 17-18)

Dal 2005 al 2009, il tasso di ricovero per disturbi psichici si è quasi dimezzato: -45,2% a livello regionale (Figura 17). Dal 2009 il calo è stato minimo (-1,9%), e tuttavia il dato nazionale nel 2012 era ormai allineato al valore medio nazionale. Nei nove anni considerati, il decremento dei ricoveri è stato notevole in tutte le province, le cui differenze si sono notevolmente ridotte. La mobilità passiva è anch'essa diminuita (-19,8%; Figura 18), sebbene ciò sia avvenuto solo nelle province che mostravano i valori più alti (L'Aquila e Teramo).

Figura 17.

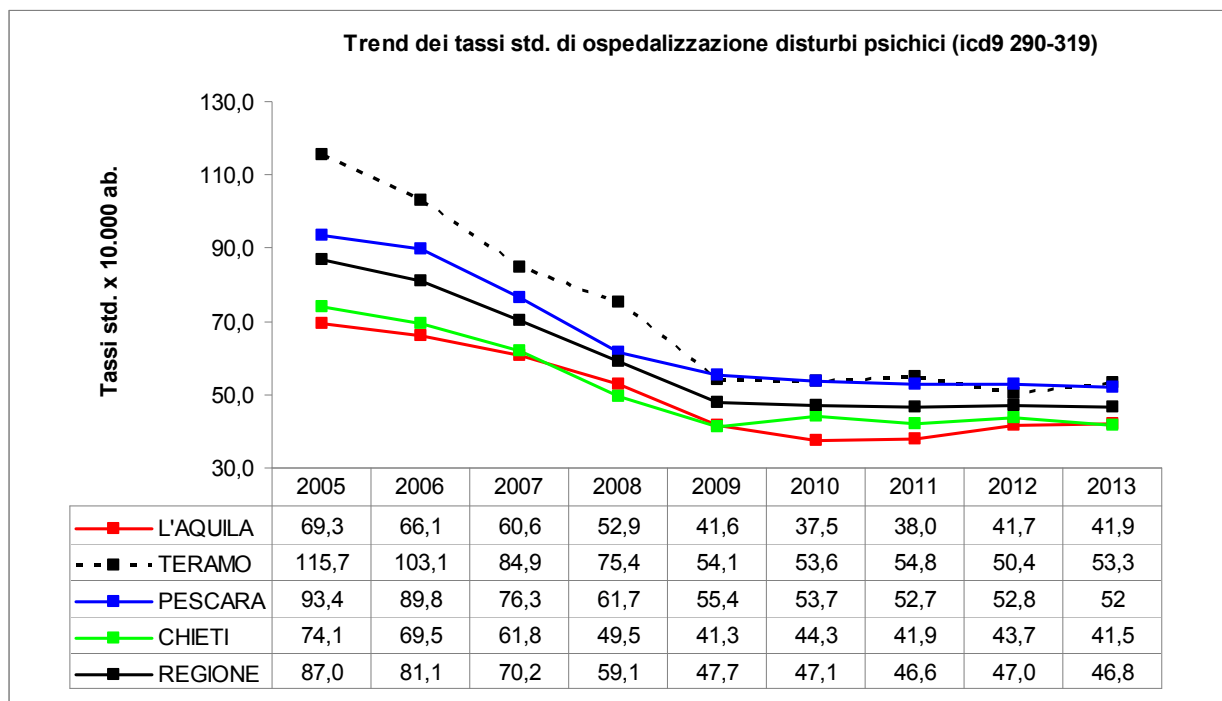
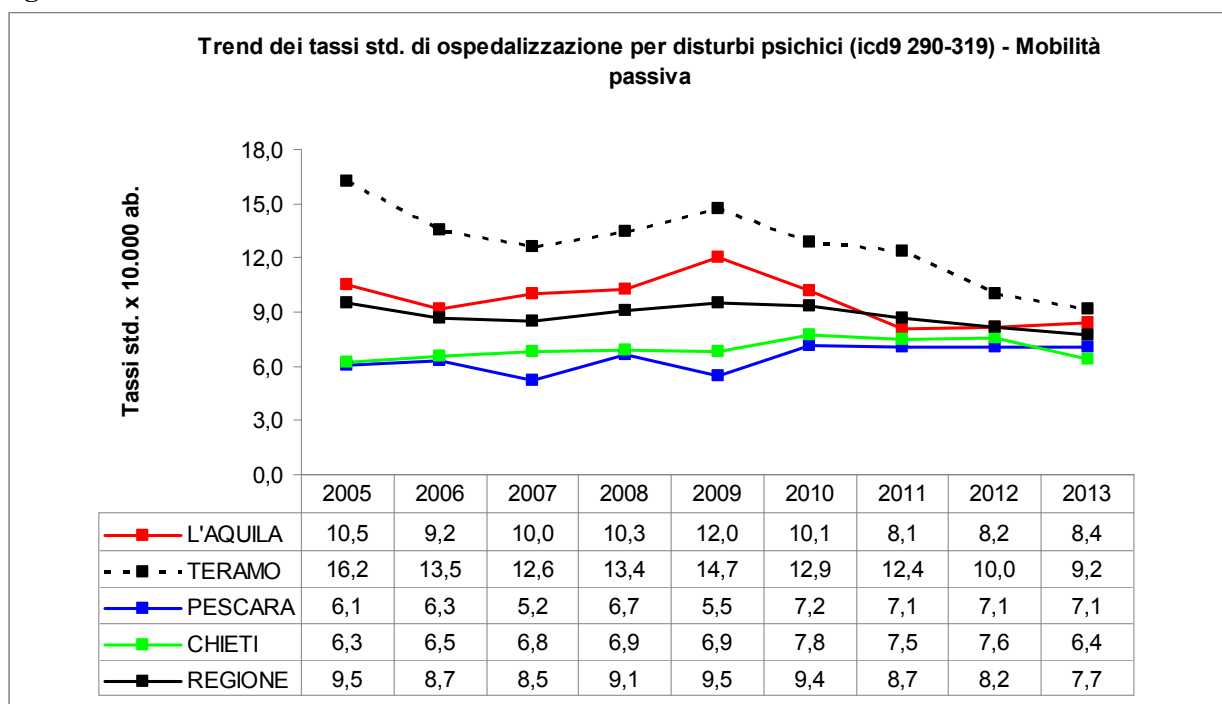


Figura 18.



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

4.7. Nefropatie (Figure 19-20)

Al contrario degli altri tassi considerati sino ad ora, la riduzione del tasso standardizzato di ricovero per le nefropatie si è protratta per soli tre anni, ovvero fino al 2008. Da tale anno, il tasso ha anzi mostrato un leggero aumento (+1,1 ricovero x10.000 abitanti; Figura 19). Va osservato, tuttavia, che nel 2012 il tasso di ricovero abruzzese era in linea con quello medio nazionale. Relativamente al dato provinciale, nel complesso, anche in questo caso le differenze tra le province si sono ridotte.

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

Figura 19.

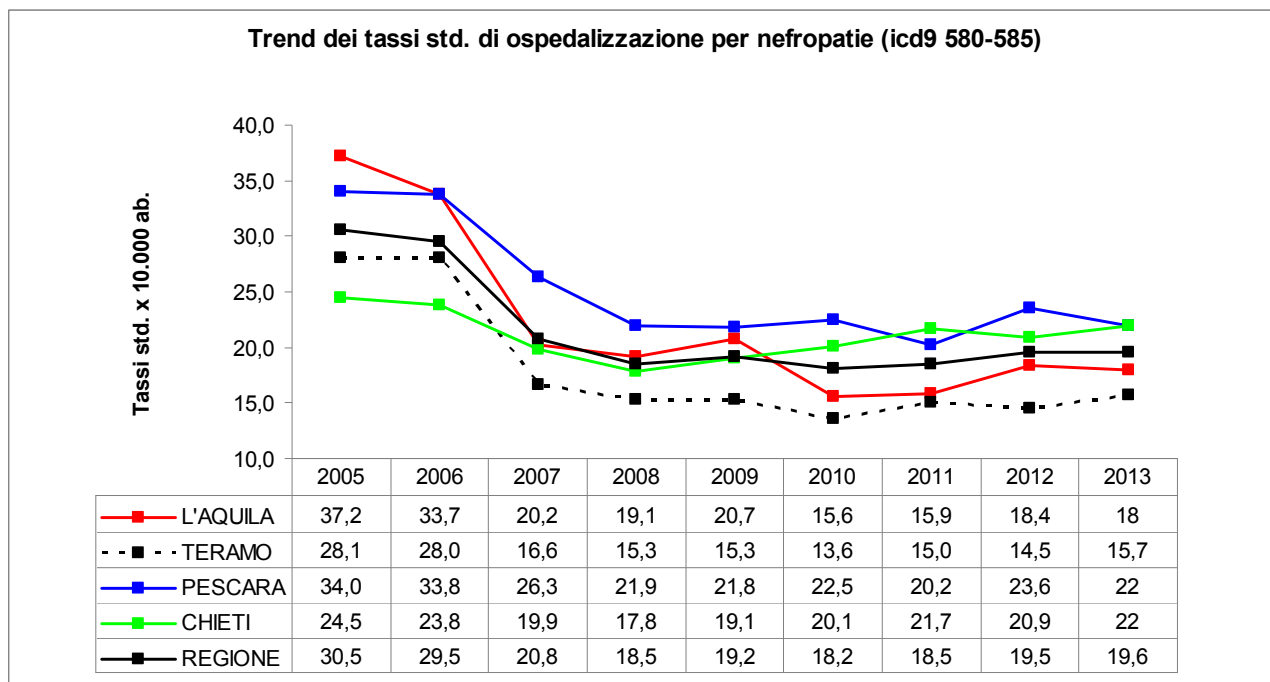
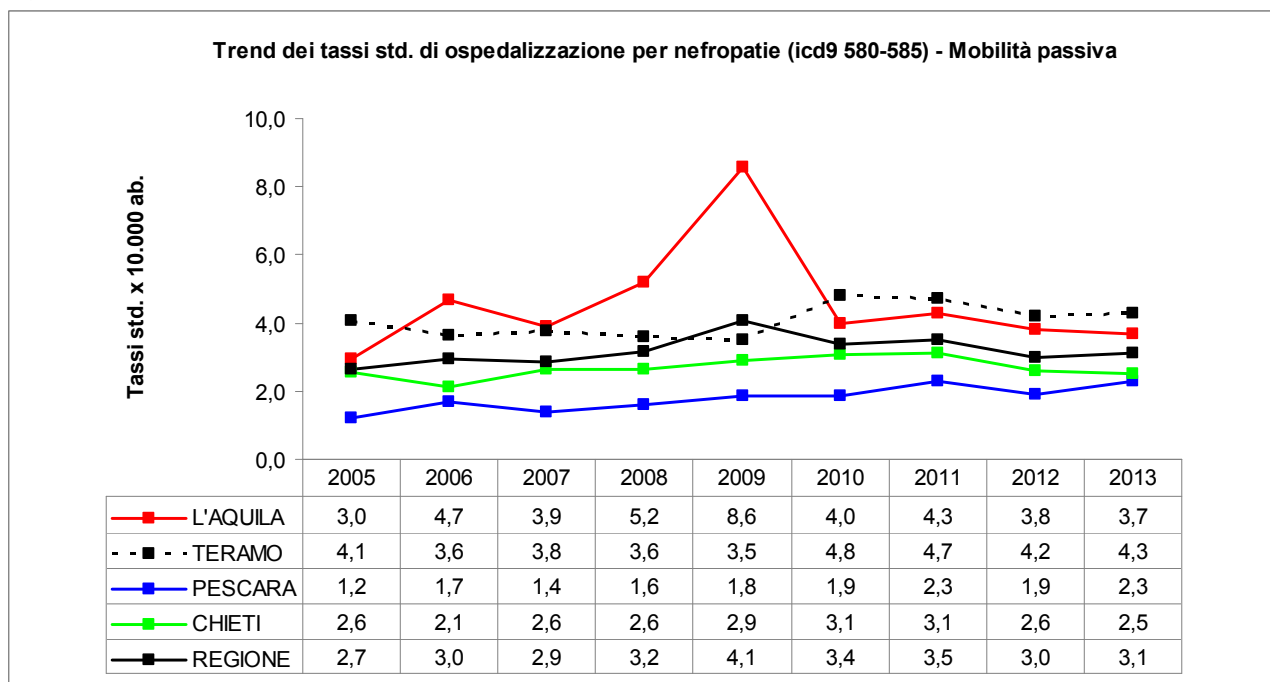


Figura 20.



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

4.8. Diabete (Figure 21-22)

Di tutte le patologie, il diabete mellito è quella che ha mostrato la più evidente, e per certi versi clamorosa, riduzione del tasso di ospedalizzazione. Nel 2005, il tasso di ricovero regionale era pari a 28,7 x 10.000 abitanti. Nel 2013 (ma il crollo era già evidente nel 2007), lo stesso tasso è stato 6,0, con una riduzione del 79,1% (evidente in tutte le province – Figura 21). Inoltre, a fronte della drastica diminuzione dei ricoveri intra-regionali, sono calati anche i ricoveri in ospedali extra-regionali (Figura 22). Il crollo è stato tale che, se nel 2005 l'Abruzzo aveva un tasso superiore alla media nazionale, nel 2012 la media nazionale era oltre il doppio del tasso abruzzese.

Come accennato nei precedenti Report, è molto improbabile, tuttavia, che tale drastica riduzione sia stata dovuta ad un decremento dei nuovi casi di diabete sul territorio regionale, visto l'aumento generalizzato 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.

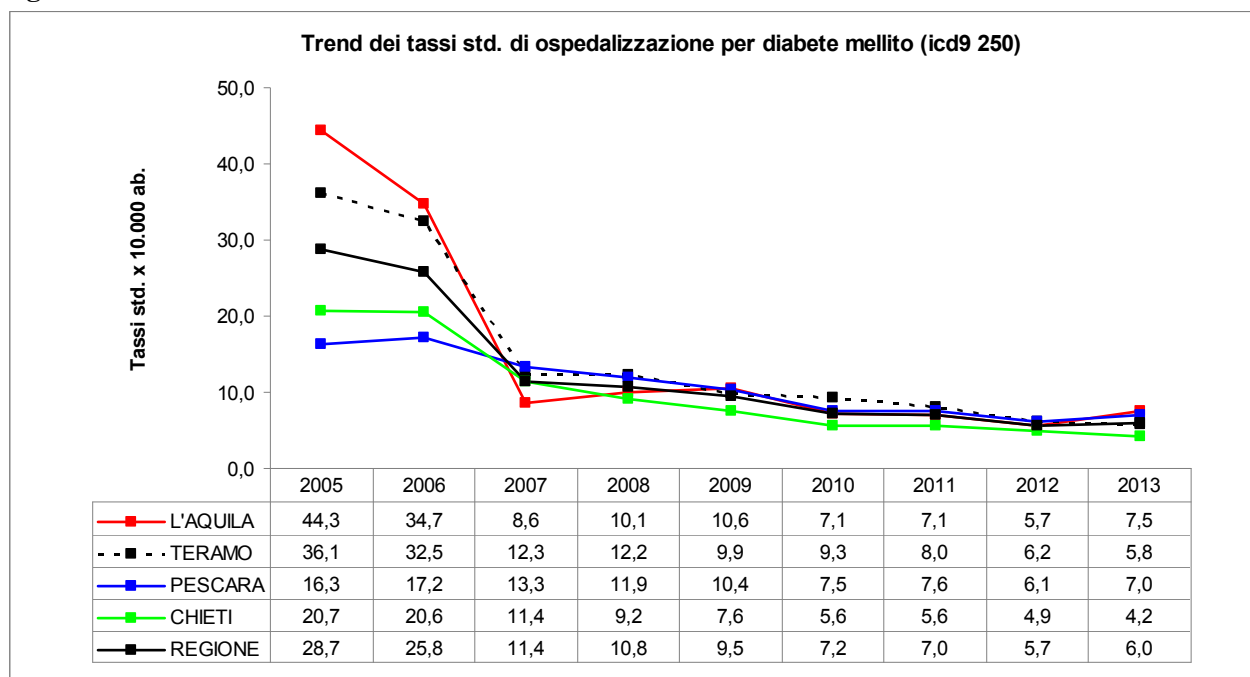
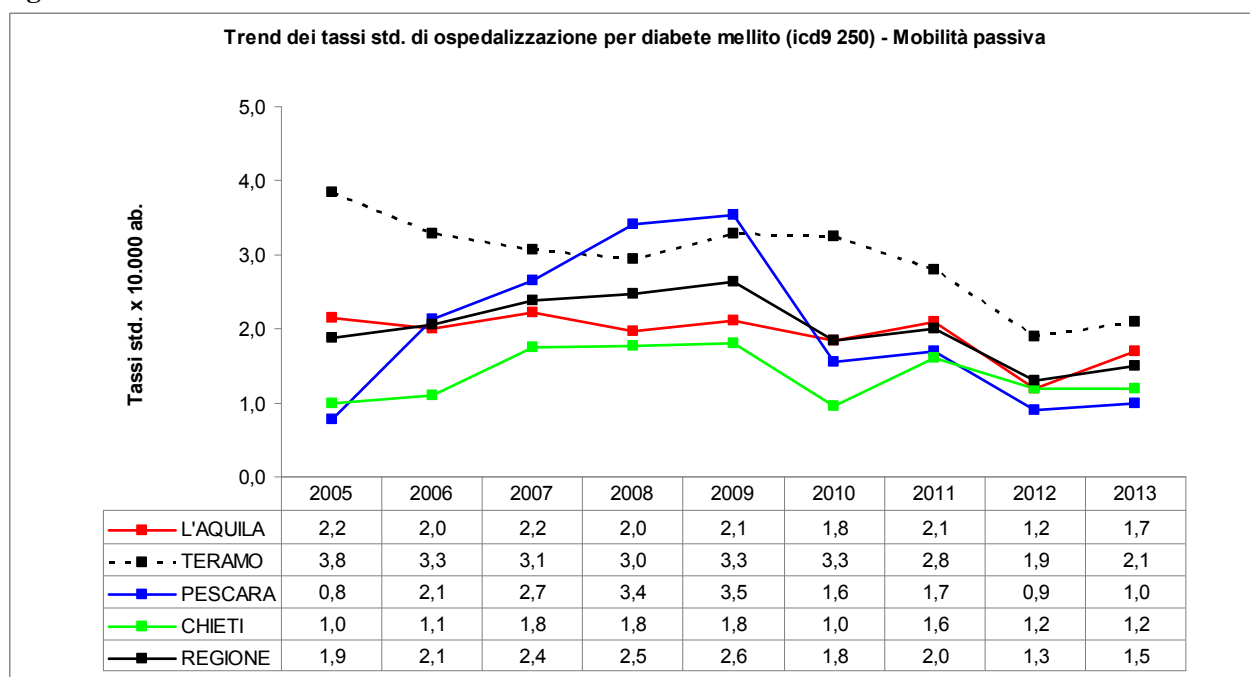


Figura 22.



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

4.9. Malattie infettive (Figure 23-24)

Nei nove anni considerati, anche il tasso di ricovero per patologie infettive ha mostrato una riduzione superiore al trend generale dei ricoveri (-61,0% a livello regionale, dal 2005 al 2013; Figura 23). Tale riduzione è stata costante in tutte le province – che mostrano ora valori simili – e si è realizzata nel primo quinquennio; dal 2010 il tasso è sostanzialmente stabile. Anche in questo caso, come per il diabete, il calo è stato tale da aver portato il tasso di ricovero abruzzese nettamente al di sotto della media nazionale nel 2012. Anche in questo caso, infine, nonostante la diminuzione dei ricoveri intra-regionali, i ricoveri extra-regionali non sono cresciuti, ma si sono anzi leggermente ridotti (Figura 24).

Diversamente dal diabete, tuttavia, in questo caso è realistico ipotizzare che il calo dei ricoveri, oltre che da fattori esterni, sia stato motivato anche da una reale diminuzione dell'incidenza di alcune malattie infettive (a causa, ad esempio, della minore diffusione dell'influenza negli ultimi anni, ai progressi nelle campagne vaccinali e agli sforzi dei dipartimenti di prevenzione).

Figura 23.

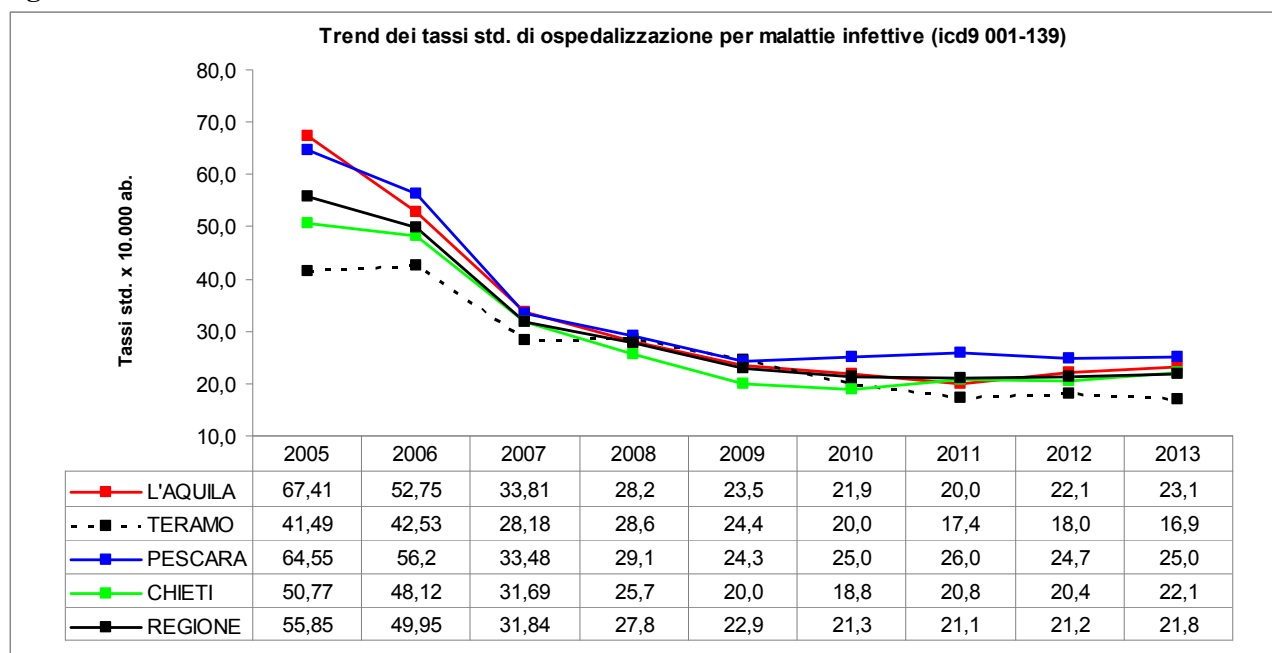
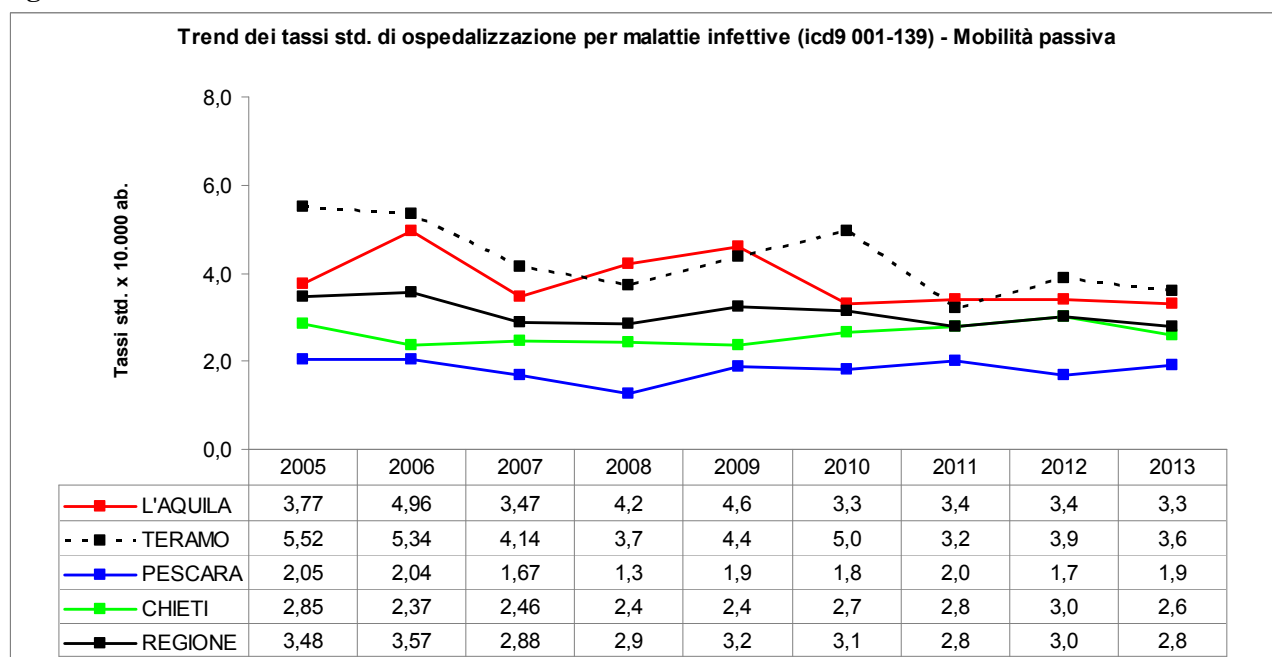


Figura 24.



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

4.10. Alzheimer (Figure 25-26)

Il tasso di ricovero per malattia di Alzheimer ha mostrato anch'esso una riduzione netta (-33,6% a livello regionale tra il 2005 ed il 2013; Figura 25), ed in assoluta controtendenza con la diffusione della patologia (indicata in crescita da diversi report internazionali). Nel dettaglio, il calo è avvenuto nel primo quinquennio, ovvero fino al 2009, mentre negli ultimi anni il tasso è rimasto stabile. La riduzione dei ricoveri è avvenuta in tutte le province, tuttavia la provincia di Pescara continua a mostrare un tasso nettamente superiore alle altre. La mobilità passiva extra-regionale è rimasta stabilmente molto bassa (Figura 26). Va ricordato, in ogni caso, che vista la pertinenza soprattutto territoriale della patologia, il dato relativo a questo tasso di ricovero va interpretato con ancora maggiore cautela rispetto ai precedenti.

Figura 25.

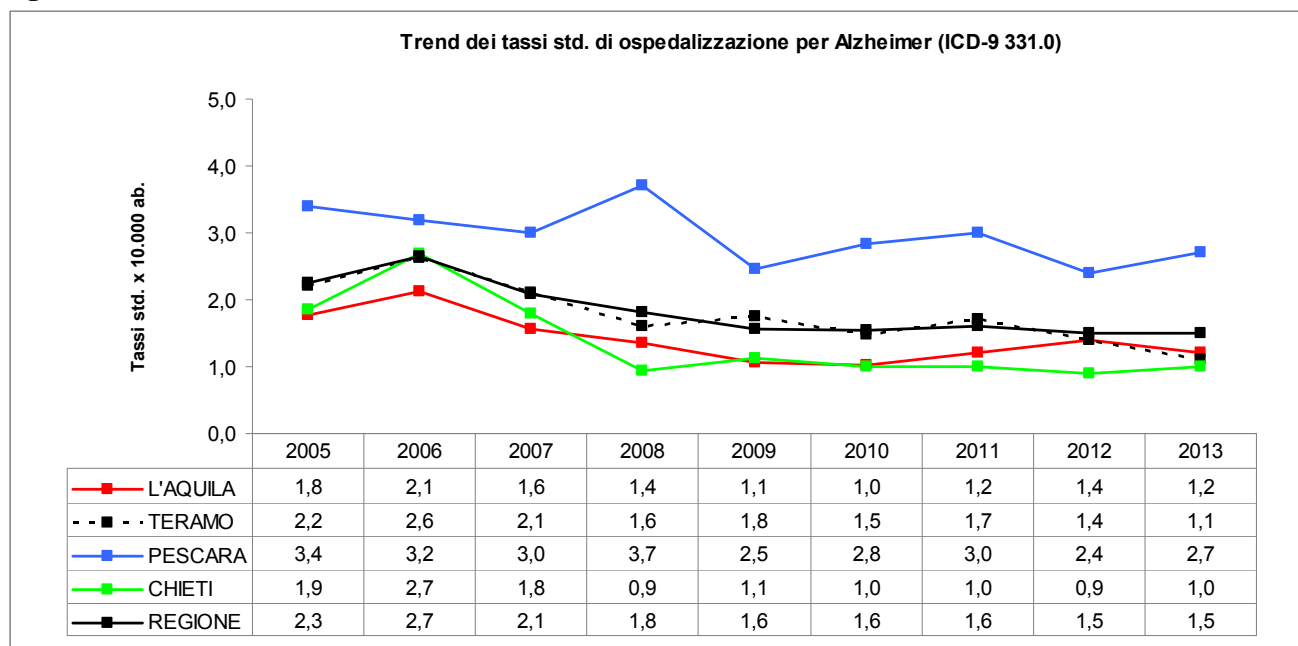
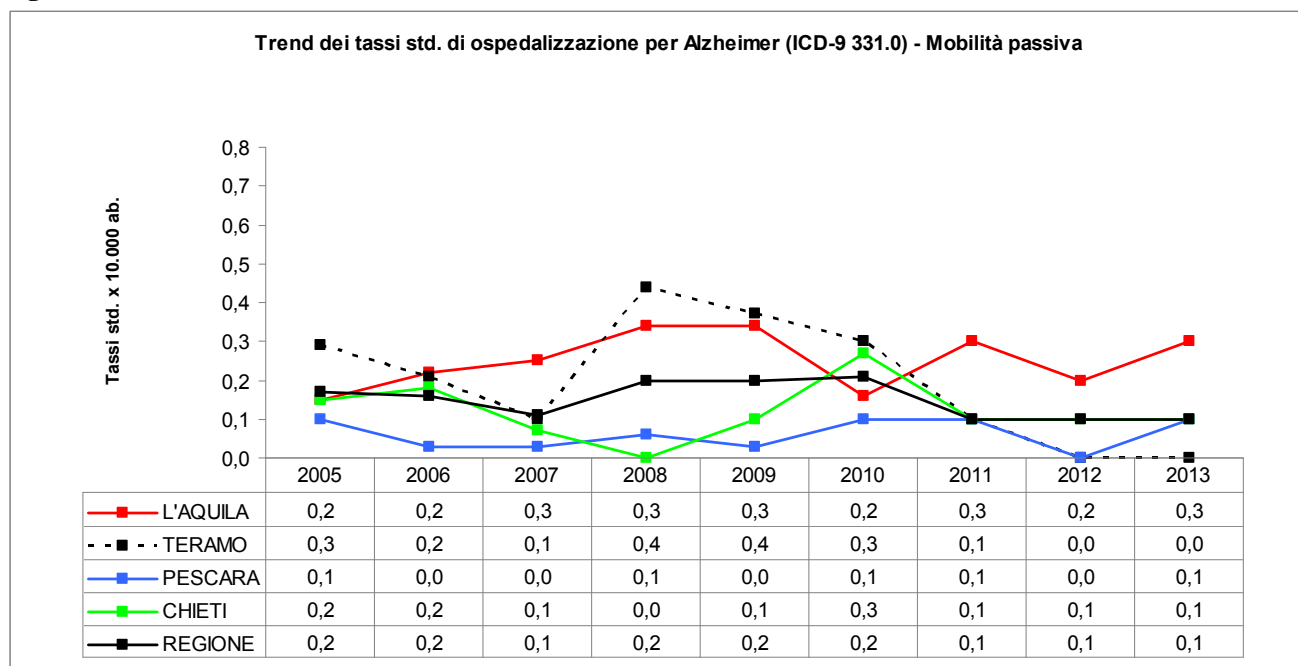


Figura 26.



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

4.11. Traumatismi e avvelenamenti (Figura 27-28)

In ultimo, il trend del tasso standardizzato di ricovero ospedaliero per traumatismi ed avvelenamenti è il più semplice da interpretare: dal 2005, si è osservato un decremento continuo e relativamente omogeneo, che perdura anche negli ultimi anni. Dal 2005 al 2013, a livello regionale il tasso si è ridotto del 28,0% (Figura 27). La riduzione è stata marcata in tutte le province, ed in particolare in quella di Teramo (-38,5%), che nel 2005 mostrava il tasso più elevato, e nel 2013 il più basso. Nonostante il calo, tuttavia, nell'anno 2012 l'Abruzzo mostrava ancora un tasso di ricovero nettamente superiore alla media nazionale. La mobilità passiva ha mostrato un lieve aumento in tutte le province fino all'anno 2009, per poi ridursi fino ai livelli del 2006.

Figura 27.

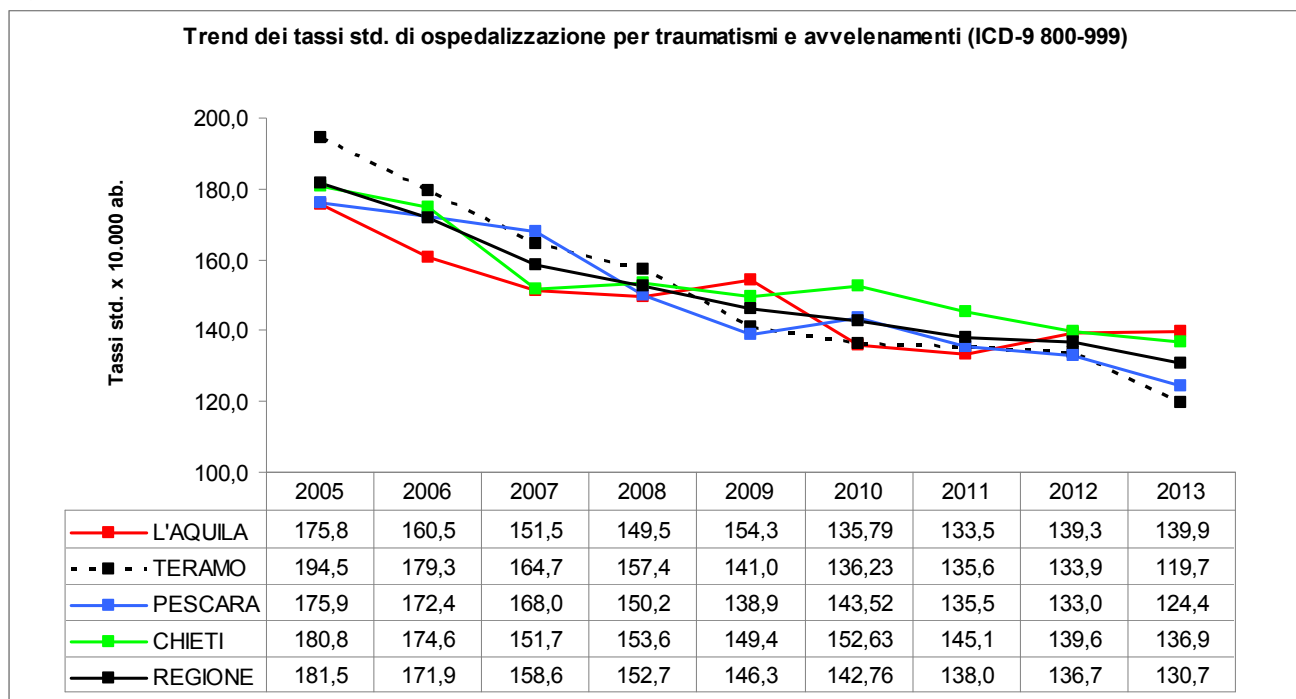
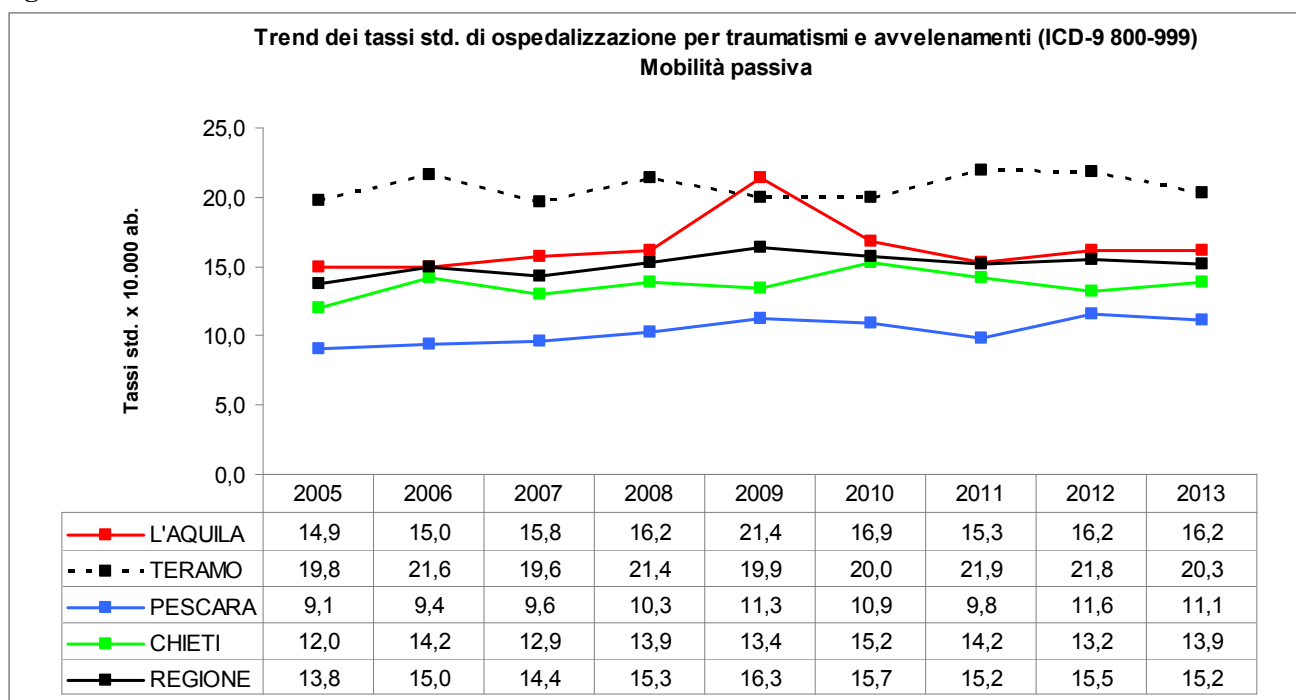


Figura 28.



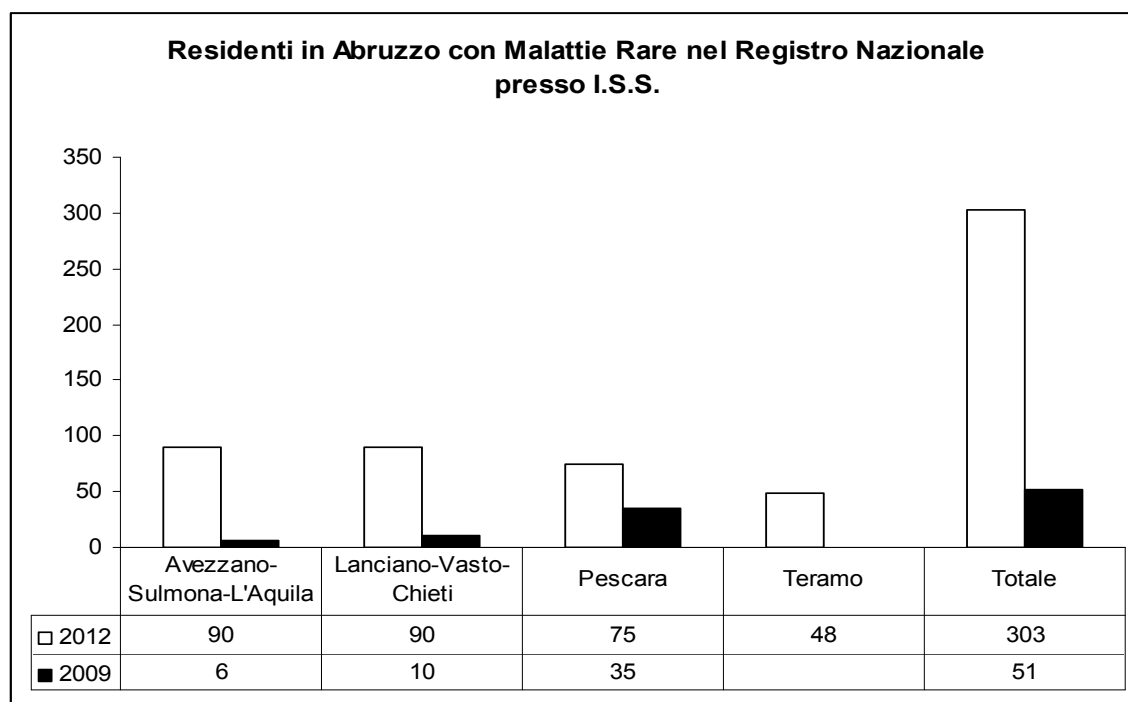
Nota: i tassi sono riferiti ai ricoveri ospedalieri tutti (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) con i codici ICD in diagnosi principale.

4.12. Malattie Rare (Figura 29)

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. In Abruzzo, come pure in altre regioni, l'aggiornamento di tale registro viene effettuato sporadicamente.

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 e non sono stati aggiornati rispetto a quelli inseriti nel precedente Report. Si riportano in ogni caso i dati per completezza di informazione, 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)

I dati relativi alla mortalità generale e per causa sono appena stati resi disponibili dall'Istat per l'anno 2011, e sono quindi leggermente disallineati rispetto ai dati relativi ai ricoveri o alla farmaceutica, che sono forniti direttamente dalla Regione e sono inevitabilmente più aggiornati (al 2013). Considerata tale difformità temporale di base, e poiché gli indici relativi alla mortalità sono anche tipicamente disallineati sul piano temporale rispetto agli altri indicatori inerenti la performance dei servizi sanitari (essendo solitamente gli effetti di cambiamenti del sistema sanitario sulla mortalità evidenti solo dopo alcuni anni), si è scelto di utilizzare quale base l'anno 2008 al posto del 2005.

Dal 2008 al 2011, il tasso standardizzato di mortalità per tutte le cause è rimasto stabile sia nei maschi (103 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 2011 l'Abruzzo è apparso sostanzialmente allineato con il resto della nazione (il cui tasso è invece sceso). La mortalità abruzzese rimane, tuttavia, la più bassa tra le regioni del Sud Italia.

Lo scenario menzionato è sostanzialmente identico per tutti i tassi di mortalità specifici per causa, sia per i maschi che per le femmine (tumori, cardiovascolare, diabete, e altri; Tavola 2). Vi sono poche eccezioni - malattie del sistema nervoso e cause esterne/traumatismi - i cui tassi di mortalità sono maggiori della media nazionale (e anche delle altre regioni dell'Italia meridionale), e tuttavia lo scarto è sempre limitato. Inoltre, sebbene il tasso di mortalità per tumori dell'utero sia nettamente cresciuto, anche in questo caso lo scarto con il dato nazionale è minimo. In ogni caso, questo valore dovrà essere monitorato in futuro.

Con l'eccezione di Pescara (che tuttavia nel 2008 mostrava i valori più bassi), il tasso di mortalità generale si è ridotto in tutte le province abruzzesi sia nei maschi che nelle femmine (Tavola 3). Nell'interpretare i valori dei tassi specifici per causa stratificati per provincia si deve tenere conto dei numeri relativamente esigui in gioco, che determinano inevitabilmente un'oscillazione casuale anche ampia di anno in anno. Ciò detto, si evidenziano alcune differenze di rilievo nella mortalità nel sesso maschile: (a) il tasso di mortalità per neoplasie di trachea, bronchi e polmoni è peggiorato nella provincia di Teramo ed nel 2011 era nettamente superiore alle altre ASL; (b) uguale situazione per le province di Chieti e Pescara per la mortalità, rispettivamente, per cause esterne e traumatismi e per malattie del sistema nervoso; (c) il tasso di decessi per diabete è leggermente peggiorato in tutte le ASL (anche per le femmine). Per il resto, 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.

Tavola 2. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, in Abruzzo, Sud Italia e Italia, anni 2008 e 2011 (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
	2011	103	107	103	64	71	66
Tumori	2008	31	34	36	16	17	19
	2011	30	33	35	17	18	19
- Neoplasie trachea, bronchi, polmoni	2008	6.8	8.9	9.2	1.1	1.4	2.1
	2011	6,7	8.6	8.7	1.3	1.6	2.2
- Mammella, femmine	2008	-	-	-	2.5	2.9	3.3
	2011	-	-	-	2.4	2.8	3.1
- Colon retto	2008	3.6	3.3	3.7	2.0	1.9	2.2
	2011	3.7	3.3	3.6	1.9	2.0	2.1
- Stomaco	2008	2.1	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0
	2011	1,9	1.8	2.0	1,1	1.0	1.0
- Utero	2008	-	-	-	0.5	0.7	0.7
	2011	-	-	-	0.9	0.8	0.8
- Prostata	2008	2.6	3.2	2.9	-	-	-
	2011	2.6	3.1	2.7	-	-	-
- Tessuto Linfatico ed ematopoietico	2008	2.9	2.6	2.8	1.6	1.5	1.7
	2011	2.5	2.5	2.6	1.6	1.6	1.6
Mal. Sistema circolatorio	2008	38	41	39	27	31	28
	2011	38	39	35	26	30	25
- Mal. ischemiche del cuore	2008	15	15	15	8.3	8.9	8.2
	2011	15	15	13	8.3	8.7	7.5
- Disturbi circolatori dell'encefalo	2008	9.8	10	10	7.8	9.5	8.4
	2011	8.8	9.8	8.7	7.1	8.4	7.3
Diabete mellito	2008	3.2	4.3	3.2	2.6	4.1	2.7
	2011	3.2	4.2	3.2	2.9	4.2	2.6
Mal. Apparato Respiratorio	2008	8.8	9.2	8.5	3.2	3.6	3.7
	2011	9.2	9.0	8.2	3.1	3.6	3.7
- Polmonite, influenza	2008	1.2	0.8	1.4	0.6	0.5	0.8
	2011	1.1	0.8	1.6	0.8	0.6	0.9
Mal. Apparato Digerente	2008	4.7	4.9	4.3	2.8	3.1	2.8
	2011	4.6	4.4	4.0	2.7	2.8	2.6
- Mal. croniche del fegato	2008	1.9	2.4	1.8	0.8	1.3	0.9
	2011	1.7	1.9	1.4	0.6	1.1	0.7
Malattie Infettive	2008	1.4	1.5	1.6	0.7	0.9	1.0
	2011	1.3	1.5	1.9	0.8	1.1	1.3
Mal. Apparato Genito-Urinario	2008	1.8	2.0	1.9	0.9	1.3	1.1
	2011	2.1	2.2	1.3	1.0	1.4	1.2
Mal. Sistema Nervoso	2008	3.9	3.3	3.5	3.1	2.7	2.9
	2011	3.9	3.4	3.5	3.1	2.7	2.9
Disturbi psichici	2008	2.3	1.5	1.9	2.3	1.5	2.0
	2011	2.1	1.6	2.0	2.0	1.6	2.1
Cause esterne, traumatismi	2008	5.6	4.9	5.1	2.7	2.5	2.3
	2011	5.5	4.4	4.8	2.8	2.3	2.2

Tavola 3. Tassi di mortalità, standardizzati per età x10.000 abitanti, nelle quattro province abruzzesi, anni 2008 e 2011 (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
	2011	104	100	104	106	65	63	65	61
Tumori	2008	33	29	31	32	16	15	15	17
	2011	29	29	30	34	17	16	18	17
- Neoplasie trachea, bronchi, polmoni	2008	7.2	6.2	7.1	6.7	1.2	1.1	0.8	1.5
	2011	5.6	6.1	6.9	8.3	1.1	1.2	1.3	1.5
- Mammella, femmine	2008	-	-	-	-	2.6	2.7	2.7	2.0
	2011	-	-	-	-	2.2	1.9	3.6	2.2
- Colon retto	2008	3.8	3.5	3.6	3.7	1.8	1.9	2.3	2.1
	2011	4.5	3.4	3.2	3.6	2.1	1.8	2.1	1.7
- Stomaco	2008	3.1	1.6	1.5	2.4	1.3	0.9	0.9	1.2
	2011	1.8	1.3	1.4	2.5	1.1	1.2	1.4	0.9
- Utero	2008	-	-	-	-	0.4	0.5	0.6	0.4
	2011	-	-	-	-	1.1	0.8	1.1	0.7
- Prostatata	2008	2.3	2.5	2.1	3.5	-	-	-	-
	2011	2.9	2.1	2.5	3.5	-	-	-	-
- Tessuto Linfatico ed ematopoietico	2008	2.7	3.1	3.1	2.9	1.9	1.2	1.5	2.1
	2011	2.3	2.9	2.4	2.3	1.3	1.5	1.3	2.4
Mal. Sistema circolatorio	2008	39	39	36	40	27	28	25	27
	2011	38	38	40	37	27	27	24	24
- Mal. ischemiche del cuore	2008	16	15	15	13	8.0	9.3	8.0	7.4
	2011	14	16	15	15	8.6	9.1	8.3	7.0
- Disturbi circolatori dell'encefalo	2008	9.5	9.1	9.4	11.6	7.3	7.1	7.6	9.6
	2011	8.5	7.7	10.4	8.7	6.3	7.3	7.1	7.9
Diabete mellito	2008	3.6	3.3	2.7	3.0	3.4	2.8	2.1	2.1
	2011	3.3	3.3	2.8	3.7	3.2	3.3	2.7	2.4
Mal. Apparato Respiratorio	2008	9.0	7.0	8.6	11.1	3.0	3.4	3.1	3.3
	2011	9.5	8.6	8.5	10	2.9	2.7	3.4	3.6
- Polmonite, influenza	2008	1.7	0.7	1.5	0.9	0.9	0.7	0.5	0.5
	2011	1.9	0.7	1.2	0.5	1.0	0.4	1.0	0.9
Mal. Apparato Digerente	2008	4.8	5.7	4.4	3.7	2.9	2.8	2.8	2.7
	2011	5.3	4.3	4.3	4.4	3.1	2.8	2.9	2.1
- Mal. croniche del fegato	2008	2.0	2.5	1.7	1.4	1.0	0.8	0.7	0.9
	2011	2.1	1.4	1.3	1.9	0.8	0.5	0.5	0.6
Malattie Infettive	2008	1.9	1.0	1.5	1.3	1.2	0.5	0.6	0.6
	2011	1.6	0.8	1.7	1.4	0.7	0.6	0.8	1.1
Mal. Apparato Genito-Urinario	2008	2.4	1.7	1.6	1.5	1.0	1.1	1.0	0.8
	2011	2.0	1.7	2.1	2.5	0.7	1.2	1.1	0.9
Mal. Sistema Nervoso e org. senso	2008	3.6	4.1	3.9	3.8	3.4	3.0	3.6	2.6
	2011	3.4	3.6	5.3	3.4	2.8	2.8	3.7	3.1
Disturbi psichici	2008	1.6	2.4	2.3	3.0	1.6	2.9	1.9	2.8
	2011	1.9	1.9	2.1	2.2	2.0	2.0	2.4	1.7
Cause esterne, traumatismi	2008	5.8	5.9	5.0	5.4	2.7	3.0	2.6	2.3
	2011	5.4	6.9	4.7	4.7	2.7	2.9	2.7	2.7

5. L'assistenza Sanitaria

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

I tassi di ospedalizzazione dei residenti in Abruzzo, mostrati nel capitolo precedente a partire dalla Figura 7, sono tipicamente utilizzati dagli epidemiologi quali proxy della domanda di assistenza, mentre l'analisi dell'offerta si concentra sul numero dei ricoveri effettuati in Abruzzo (a carico di residenti e non), analizzandone il trend in base alle diverse tipologie (ordinario, diurno, etc.) ed al settore (pubblico o privato).

Come già evidenziato nei precedenti Report, la riduzione del numero di ricoveri in questi anni è stata eccezionale e di gran lunga superiore al decremento medio nazionale (intorno al -15%): nel 2013, nel complesso, negli ospedali abruzzesi si sono svolti 152.890 ricoveri in meno rispetto al 2005 (-41,0%). Il numero di ricoveri ospedalieri si è ridotto sostanzialmente nel settore pubblico (-36,2%; Figura 30), e in misura ancora maggiore nel privato (-57,9%; Figura 32). Ad un costo medio per ricovero di circa 2500 euro (cifra approssimata per difetto), tale riduzione corrisponde ad oltre 380 milioni di euro.

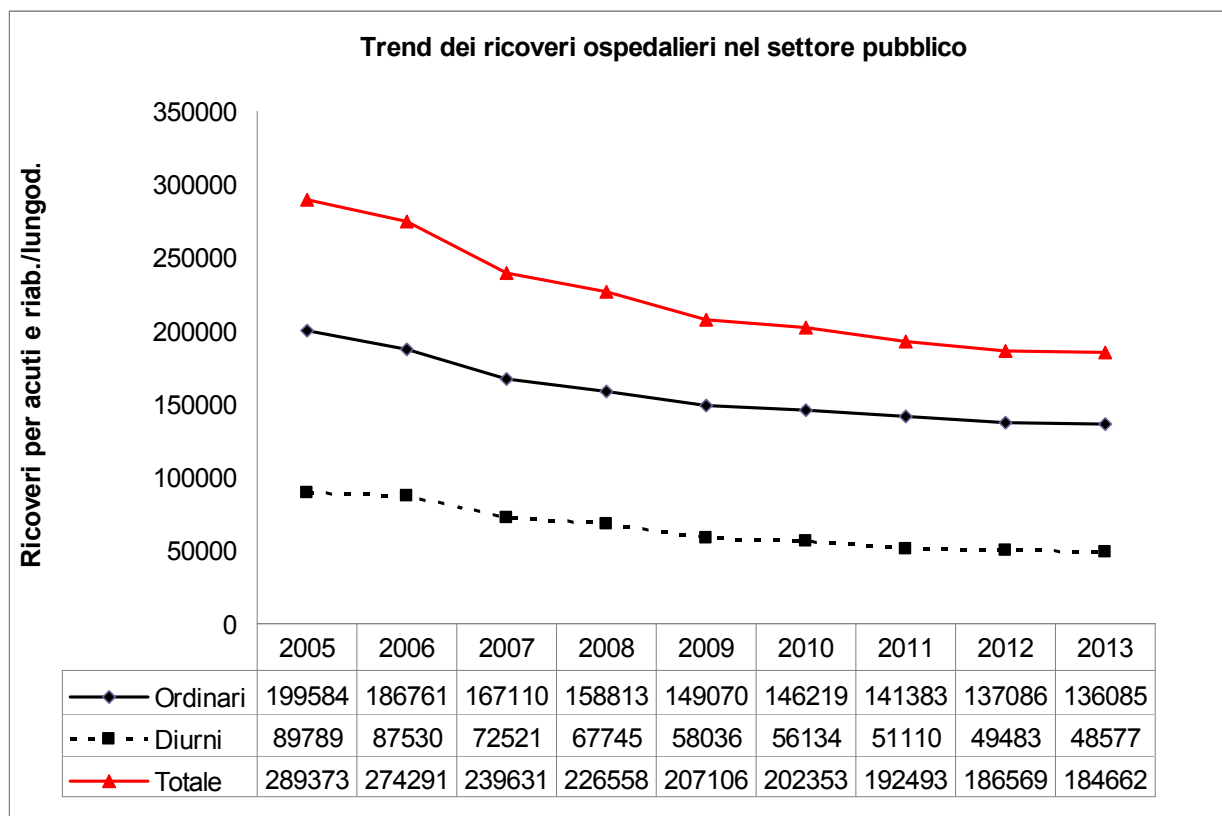
Nel settore pubblico questo calo è stato più marcato negli anni che vanno dal 2006 al 2009, ma è continuato fino al 2013 sia per i ricoveri ordinari che diurni, comportando una riduzione complessiva di 104.711 ricoveri dal 2005 (Figura 30). Ad eccezione di L'Aquila (ASL nella quale, dopo il crollo "fittizio" del 2009 in seguito al terremoto, i ricoveri pubblici sono stabili negli ultimi anni), in tutte le ASL il numero di ricoveri pubblici si è ridotto in modo costante, con un picco nella ASL di Teramo (-39,9%; 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 2005, nel 2013 sono stati svolti 48.179 ricoveri in meno (Figura 32). Il calo si è verificato in tutte le ASL, ed è stato massimo nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti (-70,2%; Figura 33).

Diverso lo scenario relativo ai ricoveri di riabilitazione/lungodegenza, dove si osserva una distinzione netta tra pubblico e privato (Figura 34). Se nel settore pubblico i ricoveri continuano a calare dal 2008, nel settore privato si è verificato un calo drastico fino al 2010, anno oltre il quale il numero dei ricoveri è tornato ad aumentare (di nuovo, soprattutto a causa della ripresa delle attività di Villa Pini). In ogni caso, rispetto all'anno 2005, nel 2013 il totale dei ricoveri di riabilitazione/lungodegenza è nettamente calato sia nel settore pubblico (-32,8%) che nel privato (-59,0%), con un totale di 9321 ricoveri in meno.

Probabilmente anche a causa della 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 cresciuto fino al 2011, mentre negli ultimi due anni si è osservata una inversione di tendenza (Figura 35). Se negli ultimi due anni gli abruzzesi hanno svolto 3837 ricoveri in meno in ospedali di altre regioni, nel complesso, rispetto al 2005 i ricoveri extra-regionali sono cresciuti di 3384 unità. Ulteriori dettagli sulla mobilità passiva extra-regionale sono forniti nel paragrafo successivo.

Figura 30.



* Negli anni 2010, 2011, 2012 e 2013 sono stati effettuati, rispettivamente, anche 3642, 5065, 4546 e 9026 ricoveri ambulatoriali complessi (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 31.

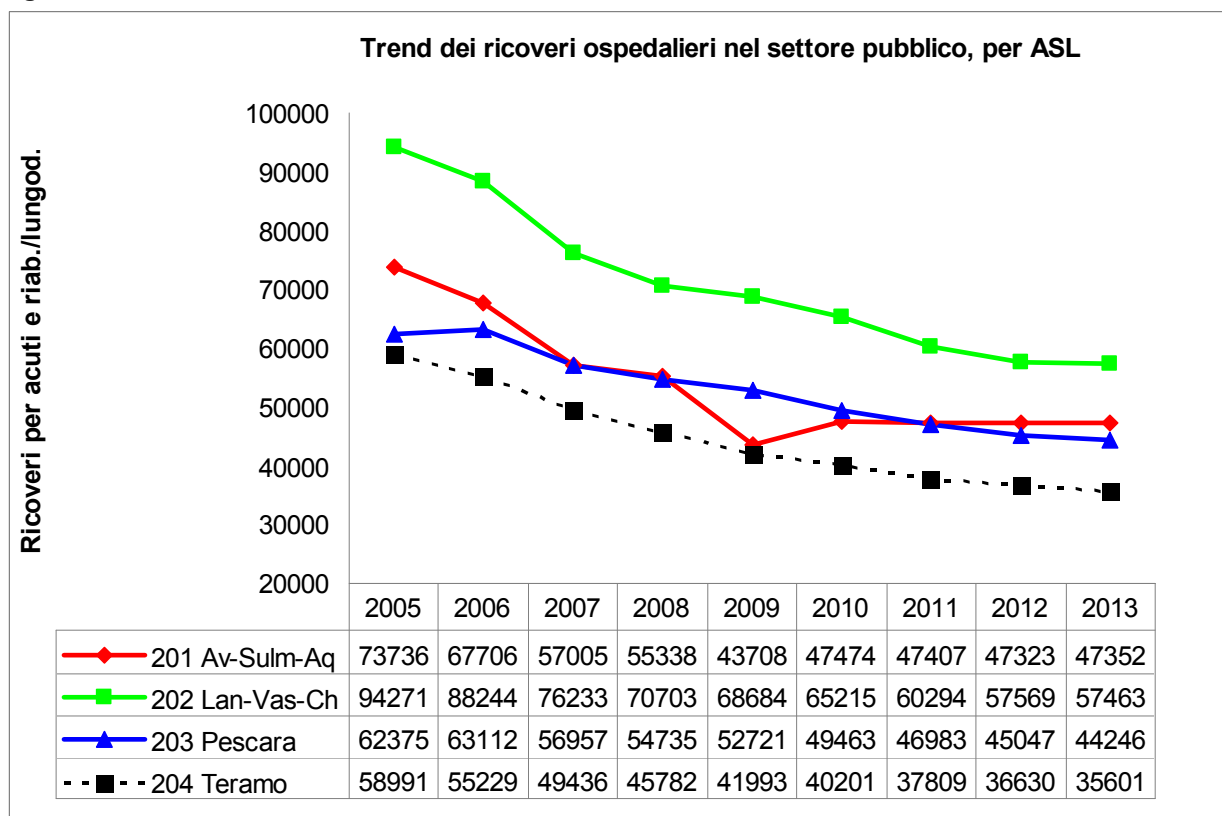
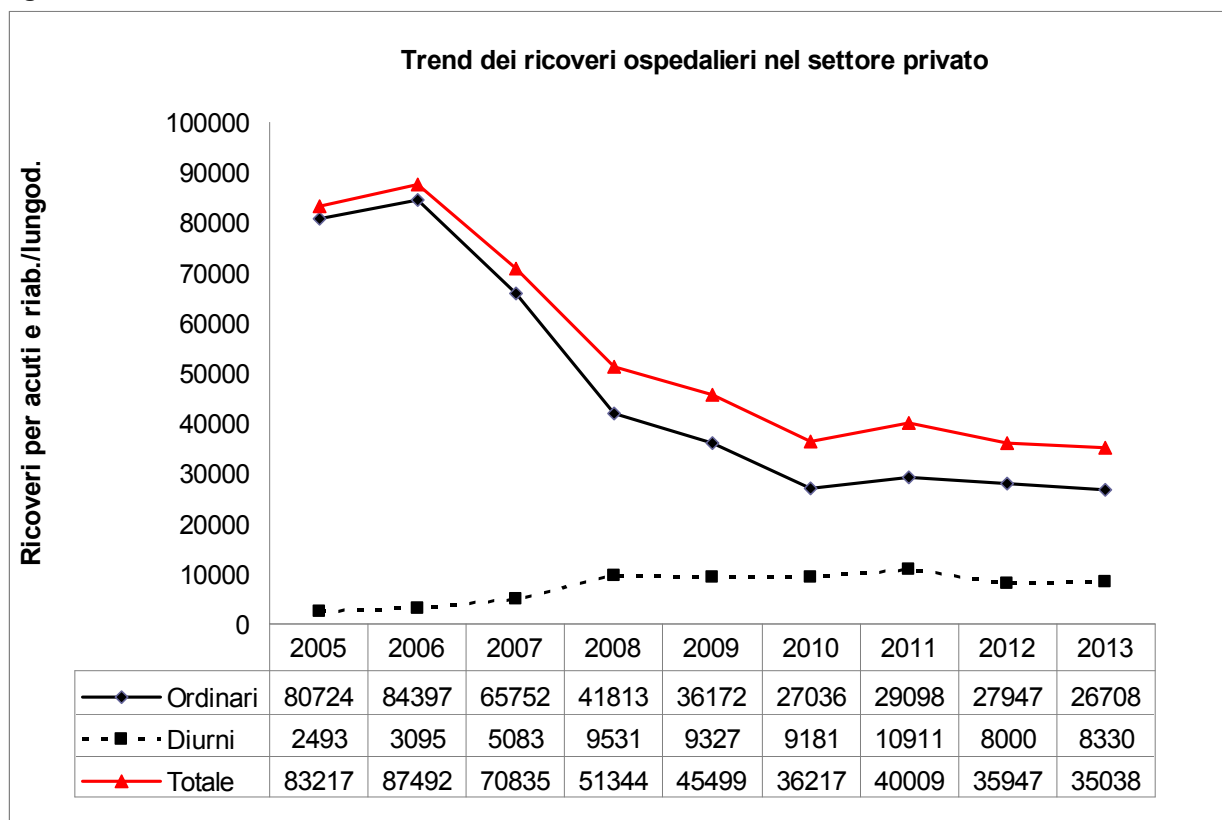


Figura 32.



* Negli anni 2010, 2011, 2012 e 2013 sono stati effettuati, rispettivamente, anche 1368, 1728, 5065 e 7761 ricoveri ambulatoriali complessi (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 33.

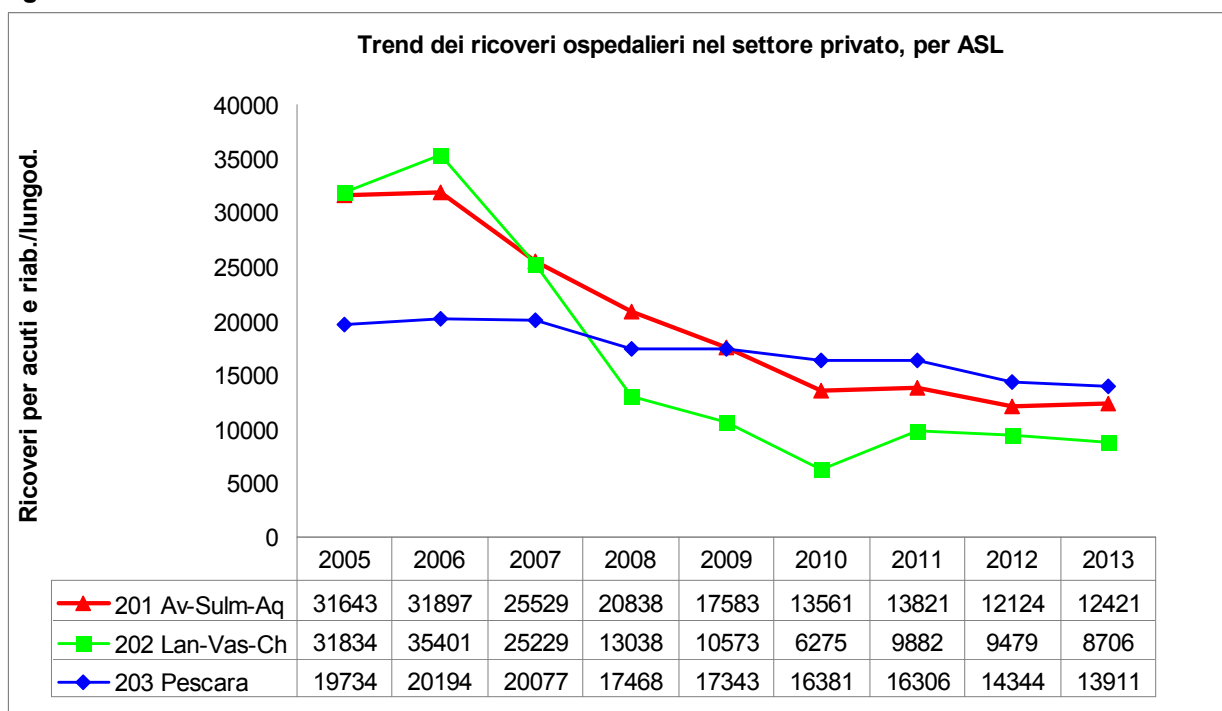
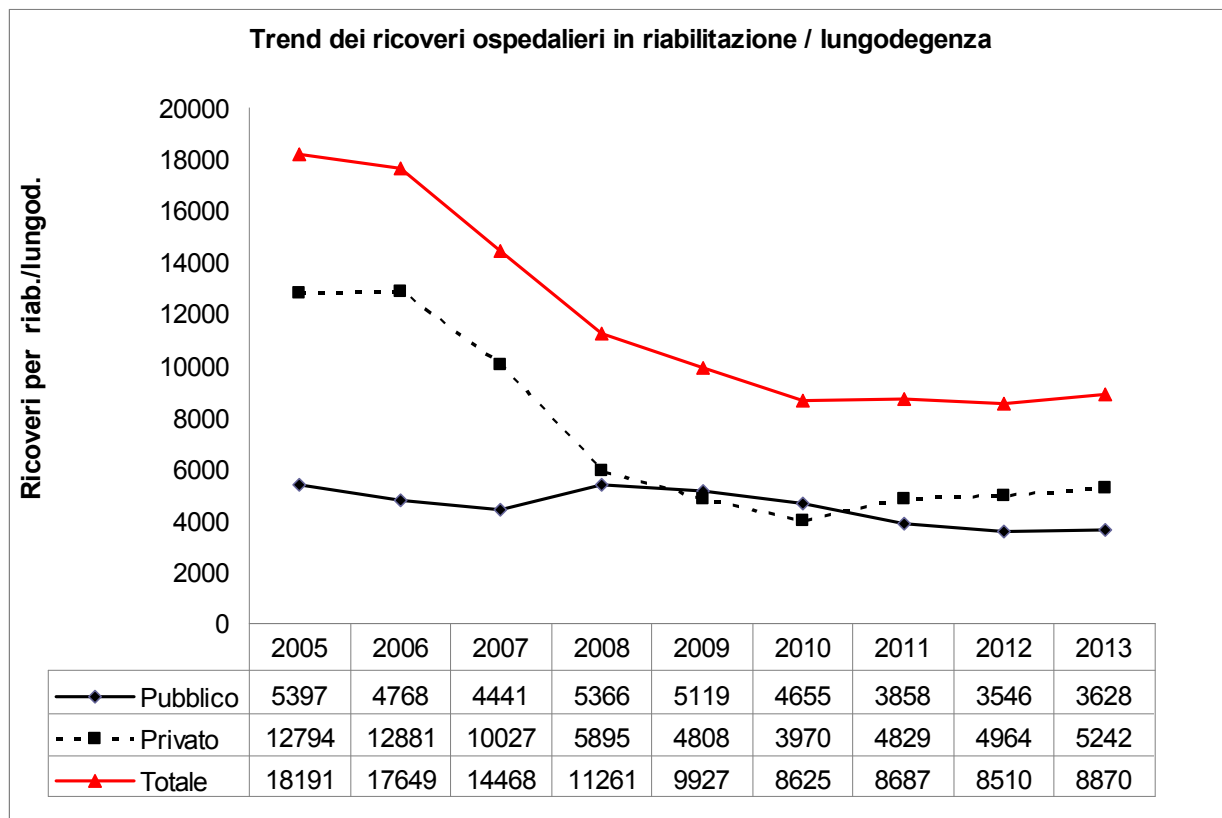
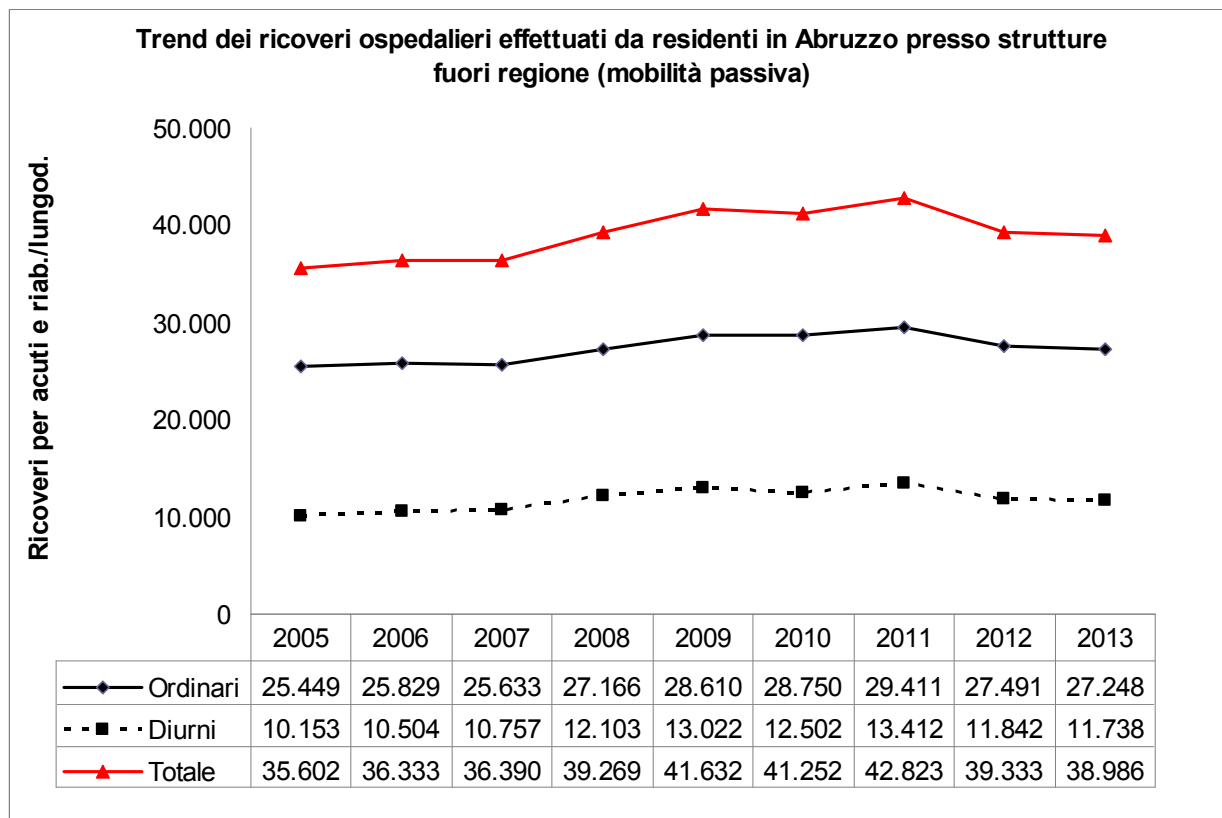


Figura 34.



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 (Tavole 4-5; Figure 8 e 35)

Come accennato nel precedente paragrafo, i dati della mobilità ospedaliera passiva e attiva extra-regionale meritano un approfondimento specifico. In primo luogo, ricordiamo i significati dei termini: per mobilità attiva si intendono i ricoveri svolti da residenti di altre regioni che vengono a farsi assistere in ospedali abruzzesi; al contrario, per mobilità passiva si intendono i ricoveri dei residenti in Abruzzo che si fanno assistere in ospedali 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, a partire dal 2005 il tasso standardizzato di ospedalizzazione per tutte le cause in strutture extra-regionali è rimasto sostanzialmente stabile (Figura 8), mentre il numero di ricoveri di residenti in altre regioni è cresciuto fino al 2011 (+20,3%; Figura 35), per poi ridursi negli ultimi due anni (rimanendo comunque a +9,5% rispetto al 2005; Figure 35 e Tavola 4). I due indicatori non sono in contrapposizione, perché il tasso di ospedalizzazione tiene conto dell'invecchiamento della popolazione, e può quindi rimanere stabile anche quando il numero dei ricoveri aumenta leggermente.

Anche se, come accennato, nell'ultimo triennio la mobilità passiva si è ridotta in modo rilevante (-3837 ricoveri; -9,0%), il saldo mobilità attiva/passiva continua ad essere negativo e non è nemmeno migliorato, attestandosi a -14087 ricoveri nel 2013 (Tavola 4). Questo significa che i ricoveri di abruzzesi in ospedali extraregionali (in totale 38.986) sono 14.087 in più di quelli che residenti in altre regioni effettuano negli ospedali abruzzesi (che sono 24.899). La permanenza di tale dato negativo è dovuta al fatto che, parallelamente alla diminuzione della mobilità passiva, è calata anche la mobilità attiva (-3219 ricoveri; -11,4%). In termini di valorizzazione grezza, il saldo negativo attiva/passiva comportava nel 2011 un esborso verso le altre regioni pari a quasi 49 milioni di euro, mentre nel 2013 questa cifra è salita a oltre 51 milioni di euro. Per quanto questo dato sia finanziariamente negativo, va tuttavia specificato che la maggioranza di questi ricoveri a carico di residenti in altre regioni erano considerati potenzialmente inappropriati (i cosiddetti ricoveri LEA), e tali ricoveri sono oggi effettuati, perlomeno in parte, in regime ambulatoriale complesso (non essendo quindi inclusi nel contesto della mobilità ospedaliera, bensì di quella ambulatoriale). Nella Tavola 5 sono elencati il numero di ricoveri di mobilità attiva e passiva suddivisi per MDC (ambito clinico): il peggior saldo attiva/passiva nell'anno 2013 si è registrato tra le patologie dell'apparato muscolo-scheletrico (-2094 ricoveri, con ben 8079 ricoveri effettuati da residenti in ospedali extra-regionali), seguite dalle patologie oculistiche (-1685), del sistema cardiovascolare (-1680) e nervoso (-1446). Relativamente all'ortopedia, il peggioramento più marcato si è registrato nella ASL di Pescara, che ha effettuato 647 ricoveri in meno in mobilità attiva rispetto al 2012, senza attivare nel contempo alcun ricovero ambulatoriale complesso su pazienti extra-regionali. Al contrario, la ASL di Pescara ha svolto il maggior numero di ricoveri ambulatoriali complessi per patologie di pertinenza oculistica, ed il peggioramento del saldo attiva/passiva di questi ricoveri è apparso peraltro omogeneo tra tutte le ASL.

Prima di chiudere il capitolo relativo alla mobilità passiva extra-regionale, si impongono due considerazioni. In primo luogo, la situazione è molto differente tra le ASL: mentre la ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila ha tradizionalmente un saldo attiva/passiva positivo (+7,4 milioni di euro nel 2013), la gran parte del saldo negativo regionale è da attribuire alla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti (-17,1 milioni, tuttavia in diminuzione), e soprattutto a quella di Teramo (-35,4 milioni, invece stabili).

Infine, come ricordato anche nei precedenti Report, occorre considerare che la percentuale di mobilità passiva sul totale dei ricoveri - un indicatore a volte utilizzato - deve essere interpretata con cautela (e per questo motivo non è stato riportato nel presente Report) in un arco temporale nel quale si è assistito ad una drastica riduzione del numero totale dei ricoveri intra-regionali. Proprio a causa di questa drastica riduzione, infatti, anche se il numero di ricoveri effettuati fuori regione rimane costante, la percentuale cresce fortemente, dando l'impressione che sia cresciuto il ricorso a strutture extraregionali per compensare il mancato ricovero in strutture intra-regionali. Questa interpretazione può essere tuttavia errata. Per chiarire meglio il concetto, se i ricoveri extra-regione erano 1000 nel 2005, e tali sono rimasti nel 2013, mentre i ricoveri intra-regionali erano 9000, e sono divenuti 4000 nel 2013, la percentuale di ricoveri fuori-regione è salita dal 10%, nel 2005, al 20% nel 2013, ma questo non significa che essi siano effettivamente aumentati di numero. Nello specifico, nel 2005 i ricoveri svolti in strutture extraregionali erano 35.602 (Figura 35), pari al 9,6% del totale dei ricoveri svolti in regione (n=372.590 - Figure 30 e 32). Nel 2013, i ricoveri extra-regionali erano di poco superiori (38.986 - Figura 35) ma rappresentavano il 17,7% del totale dei ricoveri intra-regionali (n=219.700; Figure 30 e 32).

Tavola 4. Mobilità - Andamento dei ricoveri ospedalieri (sono esclusi 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 - 2013	194.801	24.899	38.986	-14.087
N. Ricoveri - 2012	196.271	26.245	39.333	-13.088
N. Ricoveri - 2011	204.384	28.118	42.823	-14.705
Importo complessivo - 2013	568.380.916	80.407.106	131.707.402	-51.300.296
Importo complessivo - 2012	570.382.898	82.080.710	131.856.846	-49.776.136
Importo complessivo - 2011	578.867.749	83.555.820	132.540.628	-48.984.808
ASL Avez./Sulmona/Aquila				
N. Ricoveri - 2013	47.782	12.236	9189	+3047
N. Ricoveri - 2012	47.199	12.164	9506	+2658
N. Ricoveri - 2011	48.136	13.417	9659	+3758
Importo complessivo - 2013	134.694.349	37.859.206	30.456.904	+7.402.302
Importo complessivo - 2012	133.851.370	36.051.542	30.812.825	+5.238.717
Importo complessivo - 2011	133.852.247	37.623.051	30.264.571	+7.358.480
ASL Lanciano/Vasto/Chieti				
N. Ricoveri - 2013	57.306	5773	10.143	-4370
N. Ricoveri - 2012	57.671	6091	10.378	-4287
N. Ricoveri - 2011	60.003	5710	10.702	-4992
Importo complessivo - 2013	175.092.505	18.685.376	35.859.745	-17.174.369
Importo complessivo - 2012	172.318.797	18.614.509	37.073.949	-18.459.440
Importo complessivo - 2011	173.169.600	17.331.915	36.308.536	-18.976.621
ASL Pescara				
N. Ricoveri - 2013	51.219	4633	6985	-2352
N. Ricoveri - 2012	52.067	5626	6898	-1272
N. Ricoveri - 2011	55.688	6627	7253	-626
Importo complessivo - 2013	144.107.072	17.487.566	23.634.821	-6.147.255
Importo complessivo - 2012	147.045.367	20.668.514	22.806.653	-2.138.139
Importo complessivo - 2011	152.628.752	21.404.531	23.688.511	-2.283.980
ASL Teramo				
N. Ricoveri - 2013	38.494	2257	12.669	-10.412
N. Ricoveri - 2012	39.334	2364	12.798	-10.434
N. Ricoveri - 2011	40.557	2364	15.209	-12.845
Importo complessivo - 2013	114.486.981	6.374.958	41.755.931	-35.380.973
Importo complessivo - 2012	117.167.364	6.746.145	41.163.417	-34.417.272
Importo complessivo - 2011	119.217.151	7.196.324	42.279.008	-35.082.684

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 5. 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 2013	Saldo attiva / passiva 2012	Diff. Saldo 2013-2012
8 Musc. Schel. Connet.	37.074	23.010	5.985	8.079	-2094	-743	-1351
2 Oculistica	6.951	4.138	564	2.249	-1685	-1264	-421
5 Cardiovascolare	31.383	25.127	2.288	3.968	-1680	-1639	-41
1 Nervoso	18.306	14.084	1.388	2.834	-1446	-1338	-108
17 Mielop. scars. differ.	9.825	7.185	627	2.013	-1386	-1617	231
3 ORL	9.102	6.243	856	2.003	-1147	-1156	9
13 Ginecologia	10.607	7.623	1.011	1.973	-962	-1155	193
6 Digerente	22.455	18.518	1.625	2.312	-687	-855	168
7 Fegato e Pancreas	10.224	8.000	807	1.417	-610	-638	28
23 Fatt. influenz. salute	4.237	2.903	392	942	-550	-391	-159
9 Pelle Mammella	9.640	7.471	891	1.278	-387	-635	248
15 Neonatale	11.346	9.871	585	890	-305	-348	43
19 Mentali	6.221	4.894	534	793	-259	-339	80
4 Respiratorio	16.169	13.763	1.075	1.331	-256	-312	56
10 Endocrino	8.516	6.107	1.092	1.317	-225	-410	185
16 Ematol. Reumatol.	2.917	2.411	143	363	-220	-230	10
20 Alcol e farm.	624	332	37	255	-218	-235	17
14 Gravidanza e parto	17.880	14.912	1.406	1.562	-156	-267	111
99Pre Trap.Ossig.Trac.	795	568	68	159	-91	-81	-10
25 AIDS	424	288	46	90	-44	-2	-42
22 Ustioni	100	61	3	36	-33	-24	-9
12 Urologia	4.910	3.209	837	864	-27	-100	73
24 Traumi multipli	249	198	30	21	9	10	-1
98 Non Attribuibile	594	470	71	53	18	0	18
18 Infettive	3.371	2.801	321	249	72	67	5
21 Traumi avvelen.	2.896	2.182	415	299	116	100	16
11 Nefrologia	11.870	8.432	1.802	1.636	166	372	-206
Totale	258.686	194.801	24.899	38.986	-14087	-13230	-857

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.

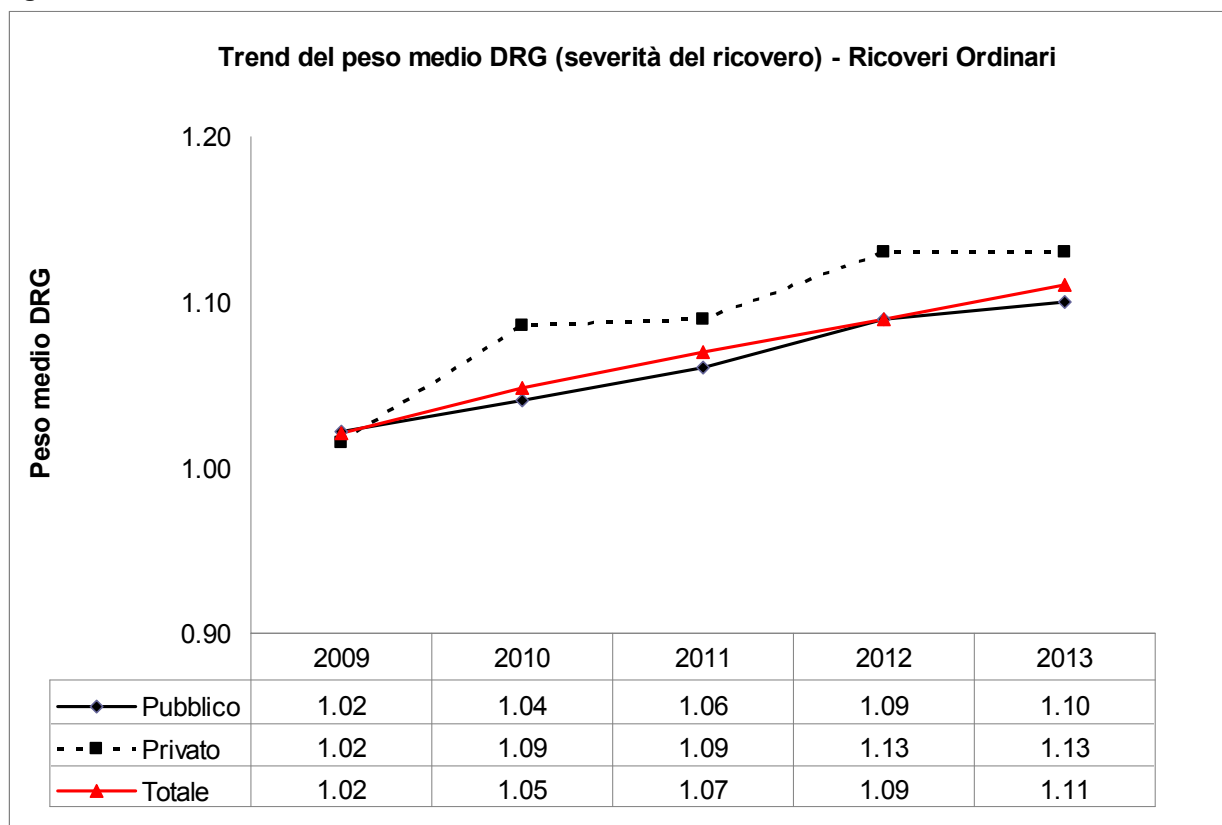
5.3. Peso medio DRG e Degenza Media (Figure 36-37)

La severità clinica dei ricoveri (e conseguentemente il consumo atteso di risorse) viene misurata attraverso vari indici, il più diffuso (ma non il più preciso) dei quali è il peso medio DRG. In estrema sintesi, ad un paziente ricoverato per una patologia (o in uno stadio) a maggiore severità, viene assegnato un peso DRG maggiore. Il peso medio viene assegnato dal software DRG Grouper, e dipendendo dalla versione dello stesso software, pesi calcolati con versioni differenti del Grouper non sono comparabili. Poiché la versione del Grouper è cambiata nel 2005 e nel 2009, sono stati considerati i dati solo a partire da quest'ultimo anno.

Negli ultimi 5 anni, il peso medio dei ricoveri ordinari è cresciuto sostanzialmente sia nel settore privato (+0,11) che pubblico (+0,08; Figura 36). Questo trend supporta l'ipotesi che in questi ultimi anni si siano ridotti soprattutto i ricoveri per patologie a bassa severità (ovvero quei ricoveri più frequentemente considerati inappropriati), andando nella direzione raccomandata dal Ministero della Salute, ovvero verso l'utilizzo dell'ospedale esclusivamente per la casistica a maggiore intensità, riservando le patologie croniche a bassa intensità per il setting ambulatoriale ed il territorio. Nel 2013, infine, i ricoveri effettuati nel settore privato apparivano leggermente più severi (1,13 in media) di quelli svolti nel 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.

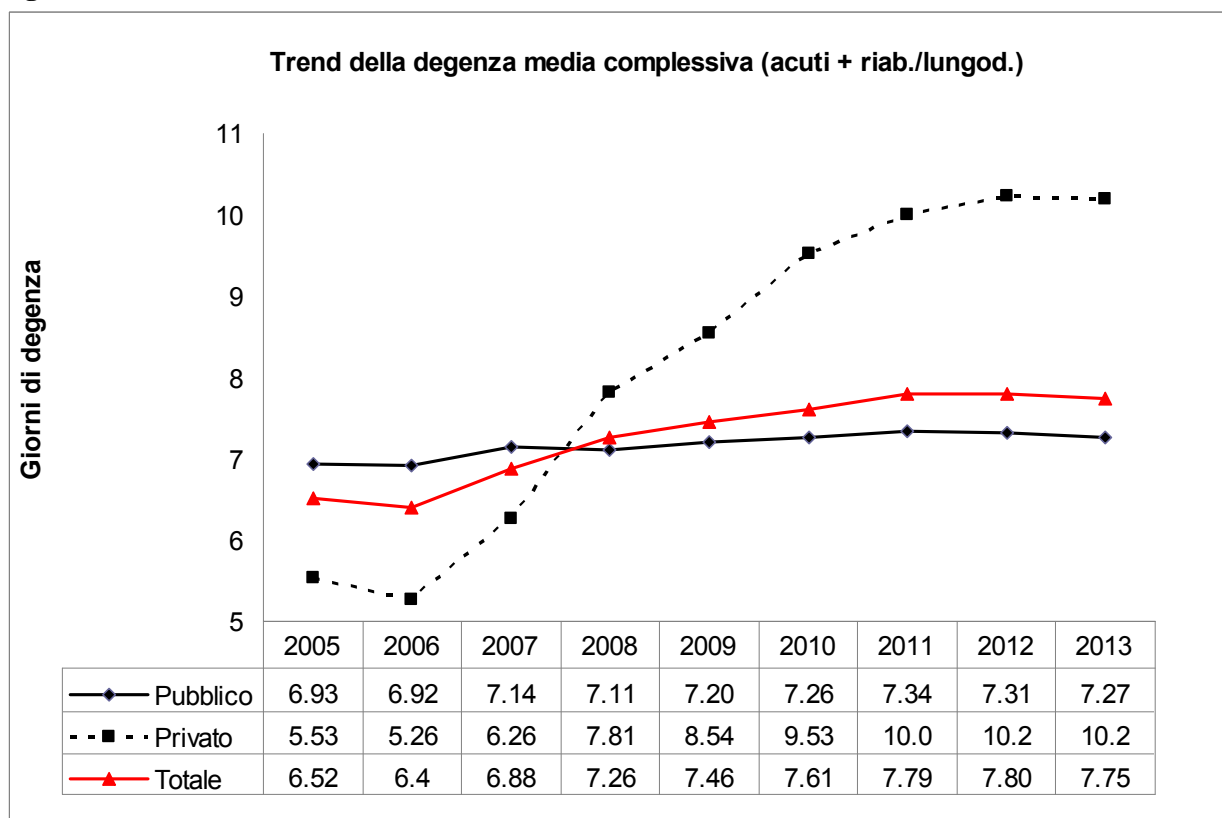
La degenza media dei ricoveri è considerato un indice indiretto della efficienza gestionale e può dipendere da diversi fattori, tra cui la severità clinica della casistica. Non deve stupire, quindi, che parallelamente alla crescita del peso DRG anche la degenza media sia cresciuta nettamente negli ultimi anni, passando dai 6,5 giorni del 2005, ai 7,7 giorni del 2013 (Figura 37). Piuttosto, appare molto netta la differenza nel trend tra settore pubblico e privato: se nel 2005 in media un ricovero nel settore privato durava meno che nel pubblico (5,5 giorni vs 6,9), nel 2013 la situazione si è ribaltata, e se un ricovero pubblico dura in media 7,3 giorni, nel privato si sale a 10,2. Oltre al citato peso medio (con la riduzione dei ricoveri di breve durata ad alto rischio di inappropriately), tale differenza può essere dovuta anche alla 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 2013 tale quota è salita al 20,2% (n=5475). Se si considerano solo i ricoveri ordinari per acuti, la degenza media è addirittura diminuita nel privato (da 6,37 a 6,09 giorni) ed è rimasta stabile nel pubblico (da 6,93 a 7,00 giorni). Ricordiamo infine che, nel 2012 (ultimi dati disponibili), la degenza media nazionale era stabile, pari a 6,7 giorni.

Figura 36.



I dati sono stati mostrati a partire dalla versione 24 del Grouper DRG, adottata nell'anno 2009 (nel 2008 era ancora utilizzata la versione 19).

Figura 37.



5.4. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 6-8)

Per quanti banali per gli esperti, alcuni concetti sono invece meno noti ai non addetti ai lavori, ed è quindi doveroso richiamarli brevemente. 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.

I dati di alcuni degli indici dell'utilizzo e della tipologia della casistica trattata dai vari presidi (ma anche a livello di ASL e di regione), relativi all'ultimo biennio sono riportati nella Tavola 6. 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 si sono ridotti nettamente), e dei presidi privati di Villa Serena (tornata al livello del 2011), Villa Letizia (che non aveva attivato alcuni posti letto nel 2012) e Immacolata di Celano (che ha incorporato i 29 posti letto di Santa Maria di Avezzano, accreditati ma in precedenza non attivati). Dei posti letto, in ogni caso, sarà discusso più approfonditamente nel paragrafo 5.7. La produzione complessiva è rimasta stabile o si è ridotta lievemente nella maggioranza degli ospedali, ma in alcune strutture i ricoveri sono cresciuti del 5% o più (Avezzano, Penne, Ortona, Villa Letizia, e soprattutto Villa Serena e Immacolata di Celano). Per queste ultime tre strutture, l'aumento dei ricoveri è in realtà seguito all'aumento dei posti letto, peraltro in misura minore rispetto a quanto avrebbero potuto produrre (tanto che il tasso di occupazione si è ridotto sensibilmente in tutte e tre le case di cura private). Più critico il quadro dell'Immacolata, perché al di là dell'aumento dei ricoveri si è ridotta anche la loro complessità media, è calata la quota di DRG chirurgici da unità operative chirurgiche, ed è più che raddoppiata la quota di DRG ad alto rischio di inappropriata (Tavola 7). Da tenere presente, in ogni caso, che l'aumento dei ricoveri di una o più strutture è stato compensato dalle riduzioni di altre all'interno della medesima ASL, in ognuna delle quali la produzione è rimasta stabile o si è ridotta. Sempre in relazione alla produzione globale, riduzioni nettamente superiori alla media si sono verificate nelle strutture private Di Lorenzo (-428 ricoveri, pari a -9,8%), INI Canistro (-313; -10,1%), Villa Pini (-676; -17,2%) e Pierangeli (-1185; -15,7%). Ad eccezione di Villa Pini, in queste strutture la riduzione dei ricoveri è stata compensata, perlomeno parzialmente, dall'aumento dei ricoveri ambulatoriali complessi (+242; +117 e +532, rispettivamente). Nella clinica Pierangeli, inoltre, la parte rimanente di ricoveri "persi" era soprattutto a carico di pazienti provenienti da fuori regione, tanto che la percentuale di ricoveri ordinari extra-regionali è calata nettamente, dal 28,9% al 18,0%. Il tasso di occupazione medio regionale continua a crescere anche nel 2013, seppure lievemente, attestandosi nel complesso all'81,5% (Tavola 6). Tale crescita è tuttavia avvenuta solo nel pubblico (83,9%), mentre nel privato, probabilmente per la citata attivazione di posti letto in precedenza non utilizzati, il tasso di occupazione medio si è ridotto sensibilmente (da 83,2% a 73,6%). Quale conseguenza di questa tendenza, per la prima volta nell'ultimo decennio il livello di occupazione del settore pubblico è apparso maggiore di quello privato. Analizzando i singoli presidi pubblici, il tasso di occupazione medio ha mostrato un andamento relativamente omogeneo: è rimasto stabile o è cresciuto in tutti i presidi, tanto che nessun ospedale pubblico mostra più valori inferiori al 60%, e solo i presidi di Sulmona e Ortona, comunque in miglioramento, appaiono ancora sottoutilizzati (tassi inferiori al 70%). In ultimo, la percentuale di ricoveri da fuori regione è rimasta stabile o si è ridotta leggermente nella maggioranza delle strutture (con le eccezioni negative di Pierangeli e Spatocco, positiva di Castel di Sangro), e continua ad essere molto più elevata nei presidi privati (in particolare a INI Canistro e Villa Letizia).

Alcuni indicatori di efficienza, complessità e appropriatezza organizzativa sono stati riportati nella Tavola 7. Della degenza media e del peso medio DRG complessivi si è discusso nel capitolo precedente. Con quattro eccezioni (Immacolata di Celano, Atessa, Penne e Pierangeli), la complessità media dei ricoveri è rimasta stabile o è cresciuta in tutti i presidi, forse anche a causa di una sempre migliore compilazione delle Schede di dimissione ospedaliera. I quattro presidi pubblici di riferimento, generalisti, hanno mostrato valori sostanzialmente identici all'anno precedente, mantenendo il divario notevole nella severità clinica rispetto ai presidi satelliti. Tale scenario, assente fino al 2010, è tipico di una rete ospedaliera razionale, 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 il confronto tra ospedali può essere fatto solo in

caso di casistiche relativamente simili (ad esempio, un presidio che svolge molti ricoveri di riabilitazione avrà degenza media più alta di un altro specializzato nei ricoveri per acuti). Rimane utile, tuttavia, l'analisi del trend: nel complesso, la durata dei ricoveri è apparsa stabile (con scarti minimi compatibili con una variabilità casuale), nella maggioranza dei presidi. Con l'eccezione negativa di Atezza (dove è contemporaneamente cresciuta la degenza media di 0,77 giorni ed è diminuita la severità della casistica in modo rilevante, senza una crescita marcata dei ricoveri di riabilitazione che possa giustificare tali dati), negli altri casi in cui l'aumento della durata dei ricoveri sia stato avvertibile (intorno a 0,5 giorni in più), vi è stata anche una contemporanea crescita della peso medio DRG, che può spiegare, in tutto o in parte, la crescita della degenza media (Sulmona, INI Canistro, Villa Pini, Popoli e Giulianova). Con l'eccezione di Celano, in precedenza accennata, anche la 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) si è ridotta o è rimasta sostanzialmente stabile in tutti gli ospedali pubblici e privati. Nel complesso, nell'ultimo anno si è osservata una lieve riduzione (da 19,2% a 18,4%) 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 perché continua il trend discendente già osservato nel 2012, e suggerisce una risposta positiva, strutturale, alle 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. Continua il trend positivo degli anni precedenti anche 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 2013, seppure di poco, arrivando al 72,4% (nel 2010 era il 61,0%). Con l'eccezione già citata, tutti i presidi sono rimasti sostanzialmente stabili o sono migliorati. Nonostante questi miglioramenti, le percentuali di DRG chirurgici da unità operative chirurgiche sono comunque rimaste basse, al di sotto del 65%, negli ospedali di Sulmona, Castel di Sangro, Celano, Canistro, Pescara, Popoli e Sant'Omero. Nel complesso, rispetto al 2012, la percentuale di ricoveri ripetuti è leggermente diminuita (-0,5% in termini assoluti), e solo il presidio di Guardiagrele ha mostrato valori vicini 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 7, ovvero il tasso di parti cesarei sul totale dei parti. Al contrario dei precedenti indicatori, in questo caso la situazione complessiva della regione non è migliorata nel 2013: la quota di cesarei rimane stabile al 38,2%, una quota vicina alla media nazionale (intorno al 37%) ma lontana dall'obiettivo del 20% raccomandato dal WHO; obiettivo che non è stato raggiunto da nessuna unità operativa. Due soli presidi hanno mostrato un netto miglioramento (Vasto e Ortona), mentre tre presidi sono peggiorati sensibilmente (Pescara, Sant'Omero e Penne). Quest'ultimo presidio, in particolare, continua il trend negativo degli anni precedenti, e mostra la quota di cesarei più elevata della regione: 57,9%. Il solo presidio al di sotto del 30% è stato quello di Vasto, mentre la percentuale di cesarei è rimasta molto alta anche nei presidi di Sulmona (50,9%) e Chieti (45,1%).

In ultimo, i dati dell'anno 2005 e del 2013 di alcuni degli indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa presentati nelle Tavole 6 e 7 sono stati mostrati nella Tavola 8 al fine di valutarne il trend in un arco di tempo prolungato. 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) e del tasso di occupazione (che ha risentito tuttavia della ridotta performance del settore privato per cause anch'esse accennate), 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 6. Indicatori di utilizzo e tipologia di casistica per istituto di ricovero. Anni 2013 e 2012.

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati		Tot. Ricoveri **		Tasso Occupazione		% Ricoveri Ordinari per acuti		% Ricoveri ordinari da fuori Regione	
				2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	Pubblico	328	317	21.697	21.667	87,3	89,2	58.0	53,8	14,4	14,2
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	Pubblico	141	153	6355	6870	61,9	56,1	78.7	74,9	6,8	7,1
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	Pubblico	219	236	16.506	15.994	84,5	79,7	67.9	64,9	14,6	16,0
130005	Provinciale	C. di Sangro	Pubblico	37	37	2309	2327	87,0	82,6	66.8	61,2	35,8	31,9
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	Pubblico	40	40	485	465	76,1	78,7	0.0	0,0	NC	20,7
130010	Di Lorenzo	Avezzano	Privato	76	76	3926	4354	62,3	66,9	52.5	51,8	25,9	27,8
130012	L'Immacolata	Celano	Privato	78*	49	2642	1877	55,2	78,2	64.0	77,0	8,7	9,0
130013	S. Raffaele	Sulmona	Privato	55	55	436	424	97,0	101,6	0.0	29,7	NC	26,2
130039	INI Canistro	Canistro	Privato	37	37	2776	3089	72,8	76,4	55.9	57,1	58,1	59,4
130040	Villa Letizia	L'Aquila	Privato	64	30	2329	2049	47,5	82,1	61.4	62,3	72,4	73,8
130041	Nova Salus	Trasacco	Privato	30	30	312	331	90,2	98,4	0.0	0,0	NC	23,3
TOTALE ASL 201			Pubblico	765	783	47.352	47.323	81,2	79,0	64.0	60,5	14,3	14,6
			Privato	340	277	12.421	12.124	67,1	82,1	54.2	56,6	38,9	39,8
			Totale	1105	1060	59.773	59.447	76,9	79,8	62.0	59,7	18,8	19,9
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	Pubblico	382	402	24.091	24.380	89,8	89,8	71.1	67,4	6,3	6,9
130028	"Renzetti"	Lanciano	Pubblico	181	236	10.302	10.717	77,0	60,7	77.3	71,2	3,3	4,1
130029	Provinciale Vasto	Vasto	Pubblico	170	180	11.078	11.036	82,1	79,7	80.4	73,2	15,9	14,9
130030	"V. Emanuele"	Atessa	Pubblico	74	69	2706	2810	71,6	72,4	55.2	58,5	3,0	3,1
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	Pubblico	57	57	1531	1495	83,0	85,2	91.6	92,0	2,4	2,5
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	Pubblico	76	82	7755	7131	67,6	60,5	52.4	49,7	4,8	3,0
130034	Villa Pini	Chieti	Privato	164	170	3256	3932	69,2	77,6	51.4	55,1	12,1	14,0
130035	Spatocco	Chieti	Privato	101	101	5189	5274	69,2	70,8	61.6	65,7	19,5	25,7
130042	S. Francesco	Vasto	Privato	20	20	261	273	92,1	96,6	0.0	0,0	NC	25,3

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati		Tot. Ricoveri **		Tasso Occupazione		% Ricoveri Ordinari per acuti		% Ricoveri ordinari da fuori Regione	
				2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
TOTALE ASL 202			Pubblico	940	1026	57.463	57.569	82,8	77,6	71.2	67,3	7,4	7,3
			Privato	285	291	8706	9.479	70,8	76,5	56.0	59,4	17,0	20,3
			Totale	1225	1317	66.169	67.048	79,7	77,3	69.2	66,1	8,4	9,4
130018	"Spirito Santo"	Pescara	Pubblico	538	552	34.814	36.137	89,4	88,1	75.2	70,7	6,1	6,2
130019	"S. Massimo"	Penne	Pubblico	77	90	5658	5272	83,2	73,1	68.4	68,6	2,0	1,9
130020	"SS. Trinità"	Popoli	Pubblico	56	56	3774	3638	85,9	80,9	62.2	64,7	3,4	4,8
130022	Pierangeli	Pescara	Privato	86	109	6341	7526	78,3	75,7	85.7	86,6	18,0	28,9
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	Privato	301	264	7570	6818	82,1	94,8	59.0	60,7	14,6	14,5
TOTALE ASL 203			Pubblico	671	698	44.246	45.047	88,4	85,6	73.2	69,9	5,4	5,6
			Privato	387	373	13.911	14.344	81,2	89,2	71.2	74,3	16,5	22,0
			Totale	1058	1071	58.157	59.391	85,8	86,8	72.7	71,0	8,0	10,2
130014	"Mazzini"	Teramo	Pubblico	418	420	17.148	17.847	81,7	82,5	83.6	77,6	4,9	5,3
130015	"Maria d. S."	Giulianova	Pubblico	131	130	4873	5159	92,6	92,9	80.9	79,1	7,4	7,9
130016	"S. Liberatore"	Atri	Pubblico	139	155	6832	6932	73,8	65,2	72.2	67,3	5,2	5,2
130017	Provinc. S. Omero	S. Omero	Pubblico	119	128	6748	6692	86,0	81,7	82.6	72,0	9,0	9,3
TOTALE ASL 204			Pubblico	807	833	35.601	36.630	82,7	80,8	80.8	74,8	6,1	6,4
TOTALE REGIONE			Pubblico	3183	3340	184.662	186.569	83,9	80,4	71.7	67,7	8,2	8,4
			Privato	1012	941	35.038	35.947	73,6	83,2	61.4	64,4	23,6	26,5
			Totale	4195	4281	219.700	222.516	81,5	81,0	70.1	67,1	10,4	11,6

* La struttura ha incorporato i 29 posti letto del presidio ospedaliero privato Santa Maria di Avezzano, accreditati ma in precedenza non 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 7. Indicatori di efficienza, complessità e appropriatezza organizzativa per istituto di ricovero. Anni 2013 e 2012.

Codice	Denominazione	Sede	Degenza Media		Peso medio DRG		% DRG LEA *		% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche		% Ricoveri ripetuti		% Parti cesarei	
			2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	8.36	8,47	1.20	1.21	12,9	13,7	68.8	66.9	6,4	8,9	38,1	39,1
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	6.75	6,09	1.07	1.02	20,3	21,6	63.6	62.5	5,3	5,4	50,9	50,4
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	6.32	6,48	1.08	1.08	12,9	12,3	70.3	70.2	5,6	5,5	37,8	35,6
130005	Provinciale C. di Sangro	C. di Sangro	7.31	7,03	1.04	1.03	26,9	24,9	64.1	62.9	6,5	5,4	NC	NC
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	22.9	24,7	0.80	0.78	NC	NC	NC	NC	3,9	3,2	NC	NC
130010	Di Lorenzo	Avezzano	8.38	8,24	1.18	1.15	11,1	12,3	79.6	79.8	2,0	2,5	NC	NC
130012	L'Immacolata	Celano	8.86	9,10	0.94	0.97	18,3	7,5	59.6	64.9	1,2	1,3	NC	NC
130013	S. Raffaele	Sulmona	44,5	48,1	1.00	1.00	NC	NC	NC	NC	5,3	5,0	NC	NC
130039	Ini Canistro	Canistro	5,82	5,38	1.08	1.00	32,1	35,2	49.0	51.2	5,1	5,5	NC	NC
130040	Villa Letizia	L'Aquila	6.64	6,40	1.40	1.41	27,8	44,0	93.3	94.3	1,7	2,1	NC	NC
130041	Nova Salus	Trasacco	31.7	32,5	0.72	0.72	NC	NC	NC	NC	2,6	5,7	NC	NC
TOTALE ASL 201			7,56	7,53	1,12	1.12	14,8	15,2	68,3	67,0	5,9	6,8	39,8	39,5
			10,5	10,5	1,12	1.10	21,3	22,9	71,4	73,0	2,6	3,2	NC	NC
			8,17	8,16	1,12	1.11	16,0	16,7	69,0	68,5	5,2	6,1	39,8	39,5
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	7.74	8,01	1.24	1.23	11,1	11,7	72.0	69.8	6,2	6,2	45,1	46,6
130028	"Renzetti"	Lanciano	6.65	6,62	1.05	0.99	6,6	10,4	72.5	69.6	4,0	4,1	34,6	34,5
130029	Provinciale Vasto	Vasto	6.09	6,44	1.01	0.98	10,4	12,3	78.0	75.6	4,6	4,2	29,8	38,2
130030	"V. Emanuele"	Atessa	9.29	8,52	1.03	1.09	18,6	17,6	86.2	87.6	4,8	5,3	NC	NC
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	11.4	12,1	0.86	0.85	16,9	16,6	NC	NC	9,6	9,4	NC	NC
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	4.82	4,99	0.90	0.84	8,3	12,5	85.3	87.3	5,8	6,1	40,0	48,4
130034	Villa Pini	Chieti	14.8	13,9	1.19	1.18	13,3	15,0	92.4	93.1	3,8	3,7	NC	NC
130035	Spatocco	Chieti	7.11	6,80	1.17	1.18	24,7	26,8	92.3	91.1	1,8	1,5	NC	NC
130042	S. Francesco	Vasto	25,7	25,8	1.06	1.07	NC	NC	NC	NC	3,5	2,6	NC	NC

Codice	Denominazione	Sede	Degenza Media		Peso medio DRG		% DRG LEA *		% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche		% Ricoveri ripetuti		% Parti cesarei	
			2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
	TOTALE ASL 202	Pubblico	7,12	7,31	1,09	1,07	10,3	12,0	76,4	74,7	5,4	5,4	38,8	42,4
		Privato	11,1	10,7	1,18	1,18	20,8	22,3	92,3	91,7	2,7	2,6	NC	NC
		Totale	7,69	7,86	1,11	1,09	11,4	13,3	78,4	77,0	5,0	5,0	38,8	42,4
130018	"Spirito Santo"	Pescara	7.01	6,95	1.14	1,11	21,7	26,0	61.0	58.4	7,8	8,5	35,6	30,4
130019	"S. Massimo"	Penne	6.13	6,50	0.91	0,96	23,7	24,5	73.7	72.4	6,3	5,7	57,9	54,0
130020	"SS. Trinità"	Popoli	6.85	6,58	1.08	1,05	32,0	35,1	59.6	58.0	7,0	6,4	NC	NC
130022	Pierangeli	Pescara	4.52	4,62	1.18	1,22	30,8	29,8	90.3	88.4	3,4	3,6	NC	NC
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	13.5	15,2	1.03	1,02	9,6	15,2	97.8	97.3	0,9	0,8	NC	NC
ASL	TOTALE ASL 203	Pubblico	6,89	6,87	1,11	1,09	22,7	26,5	62,4	59,8	7,5	8,0	38,6	33,0
ASL		Privato	9,47	9,71	1,10	1,12	21,2	24,1	93,0	90,8	2,0	2,3	NC	NC
ASL		Totale	7,61	7,67	1,11	1,10	22,3	25,9	70,6	68,7	6,0	6,4	38,6	33,0
130014	"Mazzini"	Teramo	8.85	8,91	1.25	1,24	18,5	19,2	74.0	75.1	5,1	6,1	32,3	34,8
130015	"Maria d. S."	Giulianova	11.1	10,7	1.08	1,05	22,9	27,6	69.0	66.0	6,2	5,5	NC	NC
130016	"S. Liberatore"	Atri	7.62	7,46	0.89	0,86	16,9	20,1	70.9	68.0	4,5	7,1	37,5	35,9
130017	Provinciale S. Omero	S. Omero	7.29	7,52	0.84	0,84	19,6	25,5	63.4	63.9	5,8	6,1	36,1	30,7
ASL	TOTALE ASL 204	Pubblico	8,67	8,67	1,09	1,07	19,0	21,7	70,7	70,5	5,3	6,2	34,9	33,7
	TOTALE REGIONE	Pubblico	7,50	7,31	1,10	1,09	16,3	18,5	70,0	68,4	6,0	6,6	38,2	38,1
		Privato	10,2	10,2	1,13	1,13	21,1	23,3	83,6	83,9	2,4	2,6	NC	NC
		Totale	7,96	7,80	1,11	1,09	18,4	19,2	72,4	71,3	5,4	5,9	38,2	38,1

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, i ricoveri ambulatoriali complessi (ad eccezione dei DRG chirurgici da U.O. Chirurgiche), i ricoveri assegnati al DRG 391 (neonato sano) ed i ricoveri interamente a carico dell'assistito. * Sono stati esclusi i ricoveri di lungodegenza/riabilitazione, i ricoveri ambulatoriali complessi e diurni, ed i ricoveri interamente a carico dell'assistito.

Tavola 8. Trend di alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa, anni 2005 e 2013.

Totale regionale	Tasso Occupazione	Degenza Media	% DRG LEA	% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche	% Ric, ripetuti	% Parti cesarei
Anno 2005	83,0	6,5	28,6	30,8	9,2	43,1
Anno 2013	81,5	8,0	18,4	72,4	5,4	38,2
Differenza % 13-05	-1,8	+23,1	-35,7	+135,1	-41,3	-11,4

5.5. DRG LEA (Tavola 9)

A partire dal 2001, ed in seguito nel 2008, il Ministero della Salute ha fornito una lista di DRG (108, al momento) considerati "ad alto rischio di inappropriatezza" se svolti in regime di ricovero ordinario. Secondo il Ministero, questi ricoveri, se effettuati in regime ordinario, sono spesso inappropriati perché potrebbero essere svolti in regime ambulatoriale o diurno senza compromettere la qualità di cura (perlomeno teoricamente). Per ciascuno di questi DRG, definiti comunemente "DRG LEA" perché da escludere dai Livelli Essenziali di Assistenza, nella Tavola 9 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 9 sono riportate, per ogni DRG, le percentuali massime di ricoveri ordinari "tollerabili" (cosiddette "Soglie") stabilite da due specifici decreti del Commissario ad Acta per il Piano di Rientro della regione Abruzzo (n. 50 e n. 63 del 2011). In altri termini, il legislatore stabilisce che i ricoveri assegnati a DRG LEA dovrebbero essere preferenzialmente svolti in regime diurno o ambulatoriale, ma si accetta che una certa percentuale (variabile per ogni DRG e riportata nella Tavola 9) di questi ricoveri debba comunque essere svolta in regime ordinario per cause legate a particolari condizioni cliniche dei pazienti. Tuttavia, la quota di DRG LEA svolta in regime ordinario non dovrebbe mai superare la percentuale-soglia stabilita, altrimenti la tariffazione dei ricoveri eccedenti viene penalizzata.

I dati del 2013 sono stati confrontati con le soglie che dovevano essere raggiunte e con i dati dell'anno precedente. Visto che i Decreti commissariali non erano ancora stati emanati nel 2005, e considerando i cambiamenti in atto anche a livello legislativo, non avrebbe avuto senso, in questo caso, prendere a riferimento l'anno 2005. Va rimarcato, in ogni caso, che a partire dal 2012, dopo alcuni anni di percentuali stabilmente elevate di ricoveri potenzialmente inappropriati, tale quota aveva iniziato a calare, attestandosi ad un complessivo -6,5% rispetto all'anno 2010.

Nel 2013, la quota di DRG LEA effettuati in regime ordinario (ovvero ad alto rischio di inappropriatezza) sul totale dei DRG LEA, è ulteriormente diminuita, ed in modo marcato (-13,0% rispetto al 2012; -18,6% rispetto al 2010), attestandosi ora al valore di 33,6%. Questa riduzione è certamente un dato positivo, tuttavia, se le soglie fissate dal Decreto 50 fossero state rispettate per ciascun DRG, la percentuale globale di DRG LEA svolti in regime ordinario globale non avrebbe dovuto superare il 20,1% (in base alla distribuzione dei ricoveri del 2013). Ciò significa che la quota di DRG LEA svolti in regime ordinario è ancora troppo elevata, dovendo calare ancora di quasi il 50%. In particolare, se la ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila si è ormai avvicinata al valore considerato accettabile, avendo raggiunto un valore di inappropriatezza organizzativa inferiore del 25,0%, le ASL di Pescara e Teramo, per quanto in continuo miglioramento, sono invece ancora molto lontane da questi valori (40,7% e 40,4%, rispettivamente). Non solo, l'analisi per DRG mostra come solo per 37 DRG su 105 siano state raggiunte o perlomeno avvicinate le soglie stabilite dai decreti commissariali (DRG 6, 39, 40, 42, 60, 61, 119, 139, 169, 189, 206, 227, 241, 262, 266, 268, 270, 276, 301, 317, 329, 342, 345, 349, 352, 364, 369, 381, 396, 399, 410, 411, 465, 466, 490, 503, 538), e in diversi casi la quota di ricoveri ordinari è addirittura cresciuta. Ad esempio, anche nel 2013 sono state effettuati in regime ordinario oltre l'80% dei 514 ricoveri assegnati al DRG 142 (Sincope e collasso senza complicanze) e quasi il 60% dei 645 ricoveri assegnati al DRG 134 (Ipertensione senza complicanze).

Nel complesso, ricordando che è lo stesso Ministero a stabilire che una certa quota di ricoveri ordinari è in ogni caso "fisiologica", che le soglie stabilite dai decreti commissariali non necessariamente sono allineate con una qualità ottimale dell'assistenza, infine che i cambiamenti gestionali non sono semplici e necessitano tipicamente di tempi relativamente lunghi, questi risultati indicano, da un lato, che il miglioramento avvenuto negli ultimi anni è un dato decisamente positivo. Dall'altro lato, è innegabile che persistano notevoli margini di miglioramento nella gestione organizzativa di diverse unità operative.

Tavola 9. Percentuale di ricoveri svolti in regime di ricovero ordinario sul totale dei ricoveri assegnati a ciascuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatelyzza 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		ASL 204	
					2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
6	Decompressione del tunnel carpale	2,0	0,8	2,3	0,2	0,9	2,9	10,3**	0,8	0,8	0,6	0,0
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	25,0	34,9	33,5	45,3	35,2	15,9	16,7	54,3	41,1	29,5	35,4
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	13,0	31,8	33,6	11,4	15,2	13,3	13,3	95,9	92,7	100,0	100,0
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	30,0	50,4	45,2	62,0	68,0	20,0	16,3	73,2	72,0	80,0	84,0
36	Interventi sulla retina	4,0	15,8	40,6	41,7	10,0	21,1	29,2	66,3	63,0	7,4	42,4
38	Interventi primari sull'iride	6,0	61,8	48,7	NC	0,0	75,0	73,8	15,4	20,0	NC	27,3
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1,0	1,7	1,9	0,1	0,9	26,1	10,0**	1,6	1,4	0,9	1,4
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	9,0	14,8	17,5	4,3	6,5	15,8	15,2	25,6	37,3	NC	20,0
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	30,0	33,3	38,9	NC	20,0	46,7	60,0	11,1	9,1	NC	NC
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	4,0	9,6	9,1	6,3	4,1	8,2	8,4	9,5	11,2	42,7	13,0
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	24,0	44,2	46,8	41,7	26,4	55,4	69,6	45,8	38,5	16,1	51,9
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	12,0	30,6	51,6	14,7	20,0	NC	20,0	70,0	84,6	NC	66,7
55	Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	23,0	33,8	NC	17,9	NC	26,1	NC	86,4	87,7	33,1	38,1
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	36,0	47,5	NC	60,9	NC	23,7	NC	100,0	100,0	84,0	64,0
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	50,0	43,3	42,9	29,8	30,2	19,3	31,0	100,0	100,0	74,0	52,9
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	5,0	7,1	7,7	6,1	3,3	5,6	5,3	NC	66,7	NC	NC
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	7,0	25,9	32,3	6,7	0,0	NC	29,4	NC	100,0	NC	NC
65	Alterazioni dell'equilibrio	30,0	84,7	90,3	74,8	78,0	82,3	94,2	91,9	91,3	82,5	97,0
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18	25,0	63,8	66,8	85,7	87,6	92,1	92,9	45,2	44,0	97,5	98,0
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	50,0	66,3	69,4	48,1	32,0	78,3	85,6	79,5	83,7	36,7	59,6
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	41,0	80,5	76,8	75,0	70,8	85,7	100,0	75,7	70,7	93,3	100,0
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	50,0	87,8	91,9	75,2	89,1	79,5	83,6	94,6	97,1	96,1	98,1
119	Legatura e stripping di vene	5,0	12,3	18,6	3,2	4,2	8,9	9,4	43,5	63,9	10,4	8,4
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	30,0	67,4	66,5	47,9	47,3	67,1	70,1	86,3	74,3	88,6	93,7
133	Aterosclerosi senza CC	30,0	81,3	88,9	71,8	82,4	86,7	75,0	82,9	96,0	100,0	100,0
134	Ipertensione	30,0	59,4	63,6	48,0	54,5	48,5	47,5	82,4	74,6	76,6	95,0
139	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca no CC	50,0	46,6	52,8	40,8	35,4	41,1	50,0	56,5	66,3	48,7	59,1
142	Sincope e collasso senza CC	30,0	86,8	84,6	56,3	73,9	89,6	85,8	94,4	85,4	98,9	87,6
158	Interventi su ano e stoma senza CC	30,0	56,3	54,4	48,0	48,3	42,1	40,3	71,0	72,4	59,3	51,1
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	30,0	70,0	71,7	60,6	65,1	51,4	61,9	91,7	91,4	80,9	73,2
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	30,0	39,0	38,3	22,9	21,0	19,7	26,1	68,8	66,6	50,2	41,6
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	30,0	50,3	39,0	NC	40,0	NC	50,0	51,6	38,6	NC	50,0
168	Interventi sulla bocca con CC	50,0	65,2	52,9	64,3	28,6	NC	66,7	NC	75,0	NC	66,7
169	Interventi sulla bocca senza CC	33,0	25,1	26,8	15,0	12,5	34,0	29,6	26,0	41,8	50,0	39,5
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	30,0	71,5	82,9	44,6	62,4	86,1	80,5	84,6	88,3	91,8	94,4
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	30,0	62,2	67,1	74,9	65,0	98,0	94,4	46,6	58,0	82,6	92,8
187	Estrazioni e riparazioni dentali	19,0	44,7	27,3	NC	0,0	NC	20,0	23,1	21,4	60,5	42,3
189	Altre diagnosi relative app. dig., età>17aa no CC	37,0	36,7	40,6	20,9	24,6	45,1	55,2	51,3	44,5	52,2	63,6
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	34,0	40,0	37,8	57,1	48,1	61,7	60,8	19,9	22,3	70,3	91,7
208	Malattie delle vie biliari senza CC	30,0	93,6	94,0	85,4	87,6	98,3	96,7	94,8	92,4	96,4	99,2

DRG	Descrizione breve DRG	Soglia % Ordinari DC. 50*	% Ricoveri Ordinari									
			Totale Regione	Totale Regione	ASL 201		ASL 202		ASL 203		ASL 204	
					2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	38,0	42,9	52,1	50,2	62,9	26,7	44,0	52,1	51,3	39,2	36,3
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	41,0	60,9	64,5	63,6	25,0	71,4	68,2	48,0	75,7	NC	60,0
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	13,0	24,4	28,9	17,0	14,4	22,0	33,9	46,0	46,7	11,7	19,7
232	Artroscopia	14,0	32,8	30,6	7,1	9,9	34,9	48,5	69,6	73,1	79,7	73,0
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	24,0	29,4	33,9	15,7	21,3	28,0	21,3	69,6	65,4	51,2	80,3
243	Afezioni mediche del dorso	30,0	68,1	77,7	44,8	69,7	90,7	78,8	90,3	83,1	93,6	86,4
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	25,0	50,0	59,2	48,1	81,3	27,3	71,1	67,6	69,3	51,6	35,5
248	Tendinite, miosite e borsite	39,0	66,4	70,6	69,1	82,3	63,5	71,2	81,1	66,3	52,4	47,9
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	50,0	85,9	91,9	91,8	95,4	98,5	98,2	54,4	74,7	87,7	88,8
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni no CC	10,0	78,7	28,4	59,5	50,8	80,0	92,3	100,0	12,7	68,4	38,9
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	35,0	75,0	57,5	55,6	72,4	NC	80,0	93,3	35,1	NC	66,7
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni no CC	50,0	88,1	84,8	87,9	94,6	93,6	97,4	100,0	83,1	70,3	64,7
256	Altre diag. sist. musc.-schel. e tessuto connettivo	50,0	91,4	91,7	91,9	94,7	97,5	99,4	77,0	64,7	82,9	75,3
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	10,0	10,4	15,5	9,7	14,1	3,6	4,8	23,1	33,3	60,0	58,3
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	5,0	10,2	11,7	3,3	4,2	7,1	8,1	16,1	18,7	54,3	46,3
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	12,0	23,0	11,3	18,1	9,3	19,7	7,1	35,9	23,5	NC	50,0
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	13,0	17,9	20,5	10,7	11,4	16,3	27,5	19,7	19,4	32,6	29,1
276	Patologie non maligne della mammella	3,0	14,7	4,7	12,8	1,4	21,4	0,0	NC	50,0	NC	45,5
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	30,0	73,2	68,1	77,5	78,8	61,9	63,9	80,7	70,3	68,8	60,8
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	30,0	93,4	95,9	95,1	100,0	93,3	96,3	92,0	94,1	92,0	92,9
283	Malattie minori della pelle con CC	30,0	66,2	61,5	NC	75,0	70,0	50,0	48,1	50,0	80,0	80,0
284	Malattie minori della pelle senza CC	23,0	40,8	36,5	31,8	21,3	50,7	32,6	37,7	38,4	49,5	62,4
294	Diabete, età > 35 anni	30,0	75,4	86,4	52,7	72,0	91,0	94,8	96,6	100,0	90,7	75,3
295	Diabete, età < 36 anni	50,0	95,2	95,7	83,3	91,7	100,0	100,0	100,0	100,0	NC	90,9
299	Difetti congeniti del metabolismo	11,0	32,4	58,0	20,5	23,5	56,3	56,3	52,5	84,8	27,9	22,2
301	Malattie endocrine senza CC	8,0	12,1	18,8	5,7	5,4	12,5	19,7	38,4	52,8	4,6	8,8
317	Ricovero per dialisi renale	2,0	3,9	3,9	0,0	0,7	NC	NC	NC	80,0	NC	100,0
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia tramite US	24,0	32,9	36,7	33,8	36,9	19,4	18,9	66,7	73,7	32,5	63,9
324	Calcolosi urinaria senza CC	30,0	75,2	77,5	54,0	57,5	78,5	76,3	87,2	91,4	71,0	61,8
326	Segni e sint. rel. a rene/vie urin., età>17aa no CC	30,0	93,6	93,5	86,8	74,1	90,3	100,0	98,7	95,2	91,7	100,0
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età<18	45,0	66,7	55,3	NC	100,0	NC	100,0	51,6	31,6	NC	33,3
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	50,0	50,0	43,8	NC	100,0	NC	0,0	NC	66,7	NC	40,0
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	50,0	63,2	73,9	69,6	80,0	45,1	65,7	67,3	68,8	66,0	79,2
333	Altre diagn. relative a rene e vie urinarie, età <18aa	24,0	47,1	45,8	NC	100,0	90,0	100,0	36,6	28,1	NC	100,0
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	20,0	28,1	32,7	10,4	16,2	24,5	24,6	41,5	48,1	56,1	57,8
340	Int. su testicolo non per neoplasie mal., età<18 aa	37,0	50,5	63,2	32,3	52,7	46,2	61,3	54,6	64,9	64,3	100,0
342	Circoncisione, età > 17 anni	1,0	6,0	9,8	3,8	7,6	6,4	9,4	8,7	17,6	2,3	2,2
343	Circoncisione, età < 18 anni	1,0	13,0	10,7	7,4	6,3	6,5	10,7	16,7	12,2	16,7	0,0
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	18,0	10,4	26,3	28,6	63,6	NC	50,0	3,4	5,7	NC	66,7
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	17,0	13,5	21,9	3,8	1,9	30,3	52,6	83,3	88,9	NC	83,3
352	Altre diag. relative all'apparato riproduttivo masc.	25,0	30,2	28,4	32,1	22,7	10,3	18,9	35,2	36,2	40,0	38,2
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	14,0	24,4	28,2	22,8	20,3	11,3	23,0	39,4	41,9	33,0	35,9

DRG	Descrizione breve DRG	Soglia % Ordinari DC. 50*	% Ricoveri Ordinari									
			Totale Regione	Totale Regione	ASL 201		ASL 202		ASL 203		ASL 204	
					2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012
362	Occlusione endoscopica delle tube	8,0	17,6	15,0	NC	100,0	0,0	0,0	NC	NC	NC	100,0
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	12,0	9,0	10,1	5,7	6,5	16,1	17,6	10,2	11,8	36,7	29,0
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	40,0	35,9	44,5	18,8	24,8	59,3	73,9	78,7	69,4	66,1	77,1
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	39,0	61,0	59,4	58,3	50,0	46,2	62,5	NC	71,4	NC	57,1
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	15,0	16,9	17,1	16,3	15,1	7,9	9,5	28,4	28,3	21,6	21,9
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni med.	50,0	92,5	93,4	93,9	90,0	93,5	89,1	100,0	98,8	80,6	91,2
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	30,0	62,7	70,8	87,1	79,4	71,5	74,4	63,7	62,4	45,8	71,7
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	50,0	54,1	46,8	NC	60,0	NC	100,0	46,7	29,0	70,0	85,7
399	Disturbi sist. reticoloendoteliale e immunit. no CC	36,0	43,7	52,7	66,0	74,5	31,3	46,4	37,1	35,7	45,5	76,6
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	10,0	39,2	43,1	63,3	42,0	20,2	22,0	48,0	48,7	26,3	45,1
409	Radioterapia	50,0	100,0	100,0	NC	100,0	NC	NC	NC	100,0	NC	100,0
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	1,0	3,7	2,4	1,8	0,4	1,5	1,6	9,3	5,9	1,6	1,1
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	7,0	12,8	14,0	28,0	25,0	4,4	10,4	33,3	16,0	20,0	21,1
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	10,0	31,6	23,7	NC	33,3	NC	60,0	NC	31,3	NC	0,0
426	Nevrosi depressive	30,0	56,1	63,9	32,6	28,6	67,9	64,7	64,6	73,3	NC	100,0
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	6,0	32,8	26,7	4,5	3,2	81,3	88,9	91,4	66,7	100,0	100,0
429	Disturbi organici e ritardo mentale	30,0	49,0	56,2	15,0	27,6	73,8	76,1	74,1	67,8	98,8	100,0
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	1,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	1,8	NC	0,0	NC	NC
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	10,0	2,3	15,0	4,3	25,3	0,9	3,6	0,8	16,8	25,0	30,0
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	30,0	51,6	59,4	45,6	44,9	46,8	46,2	56,1	72,8	57,2	63,1
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	3,0	3,8	10,4	0,0	100,0	0,0	0,0	18,5	32,5	5,6	90,0
503	Interv. su ginocchio senza diagn. princ. di infezione	28,0	35,5	46,0	18,1	23,2	37,0	56,6	57,0	68,9	78,6	87,4
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	24,0	28,0	34,7	26,2	31,3	29,0	33,3	32,8	56,9	25,0	21,0
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	30,0	89,6	93,5	100,0	97,6	50,0	70,0	95,5	94,4	100,0	100,0
564	Cefalea, età > 17 anni	30,0	69,1	61,0	76,9	73,2	84,0	88,9	51,2	42,1	93,8	100,0
Totale DRG LEA			33,6	38,6	25,0	29,3	32,0	35,7	40,7	44,9	40,4	47,7

* Soglia massima di ricoveri ordinari in base all'Allegato A del Decreto commissariale 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 (n. di ricoveri totali <10).

5.6. Il Territorio (Tavola 10; Figure 38-39)

Il Ministero della Salute ha promosso e finanziato diversi progetti finalizzati ad identificare indicatori di qualità dell'assistenza sanitaria. Relativamente all'assistenza territoriale, gli unici indicatori ad oggi validati - in un progetto coordinato proprio da questo e altri enti della regione Abruzzo (Eur J Public Health 2013 Dec 23) - sono i cosiddetti "Prevention Quality Indicators (PQI), sviluppati inizialmente dalla Agency for Healthcare Research and Quality degli USA. Il calcolo è stato svolto a partire dal 2008, poiché il progetto è stato avviato con l'ultima versione degli indicatori.

Come accennato anche nei precedenti Report, 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 10. 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 compositi PQI 90 (complessivo) e PQI 91 (riferito alle sole patologie acute) sono stati riportati nelle Figure 38 e 39, mentre il PQI composito 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 10.

Dall'anno 2008, il tasso complessivo di ricoveri potenzialmente evitabili (PQI 90) è sceso a livello regionale (-11,1%) ed in tutte le ASL, anche se nell'ultimo anno il tasso è rimasto stabile (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), anche se nell'ultimo anno si è osservato un deciso aumento dei ricoveri potenzialmente evitabili (+5,3%). Le differenze tra le ASL, già ampie nel 2008, sono leggermente diminuite, ma continuano a rimanere notevoli.

Al contrario di quanto osservato per il totale dei ricoveri evitabili, la situazione relativa ai ricoveri evitabili per patologie acute è negativa: come mostrato nella Figura 39 il PQI 91 è diminuito nella sola ASL di Pescara, mentre è cresciuto nettamente nelle altre ASL e a livello regionale (+19,9%). Alla luce di questi dati, è certamente necessario rivalutare con grande attenzione la strutturazione organizzativa dei servizi territoriali regionali. Anche in questo caso, le differenze tra le ASL sono ampie; altro aspetto che merita un'analisi approfondita.

Al di là del dato complessivo, vanno poi considerati i dati relativi ai singoli indicatori, per identificare quali ricoveri si siano effettivamente ridotti e quali siano invece cresciuti (siano quindi settori prioritari d'intervento). Come mostrato nella Tavola 10, i tassi dei ricoveri evitabili per scompenso cardiaco, disidratazione (con numeri molto inferiori) e, in tre ASL su quattro, polmonite batterica e amputazione estremità inferiori nei diabetici sono infatti cresciuti nettamente negli ultimi anni, in assoluta controtendenza rispetto al tasso di ricovero complessivo ed a tutti gli altri indicatori PQI. Considerando che i tassi sono standardizzati per età, non vi sono ragioni specifiche per spiegare l'aumento vicino o superiore al 20% nel tasso di questi ricoveri. 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 ricoveri evitabili per asma in giovani adulti, ipertensione e BPCO o asma in adulti anziani in tutte le ASL.

Figura 38.

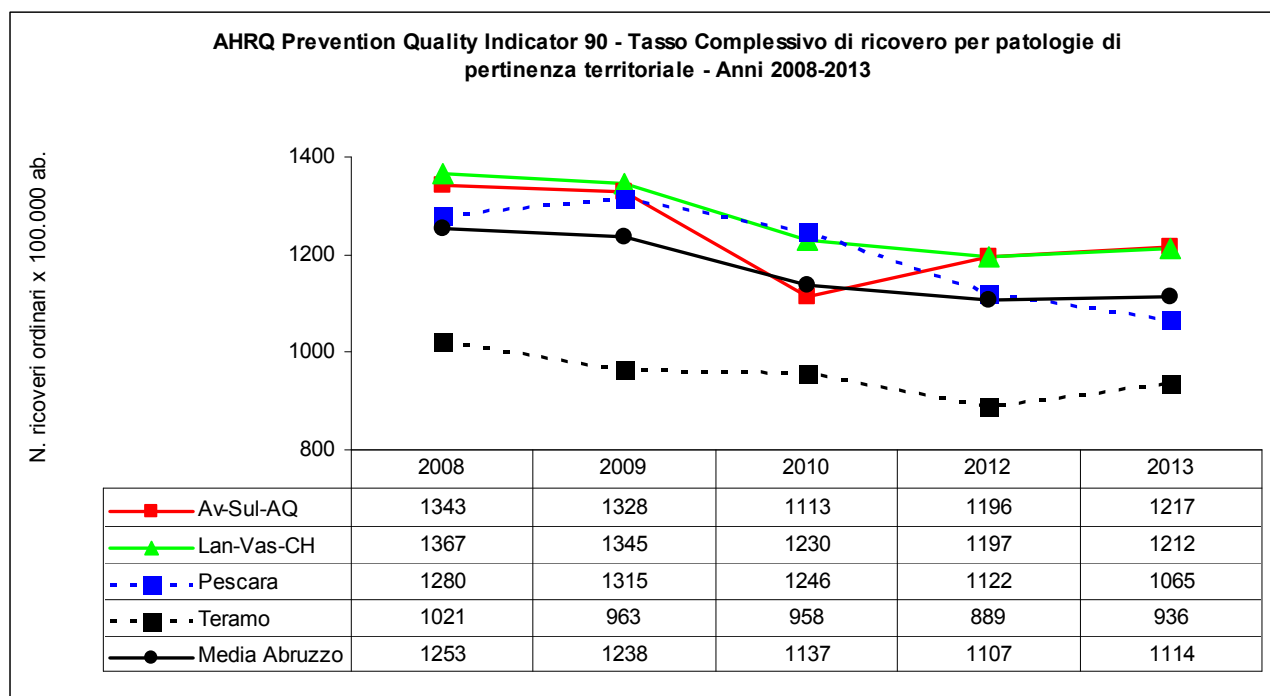


Figura 39.

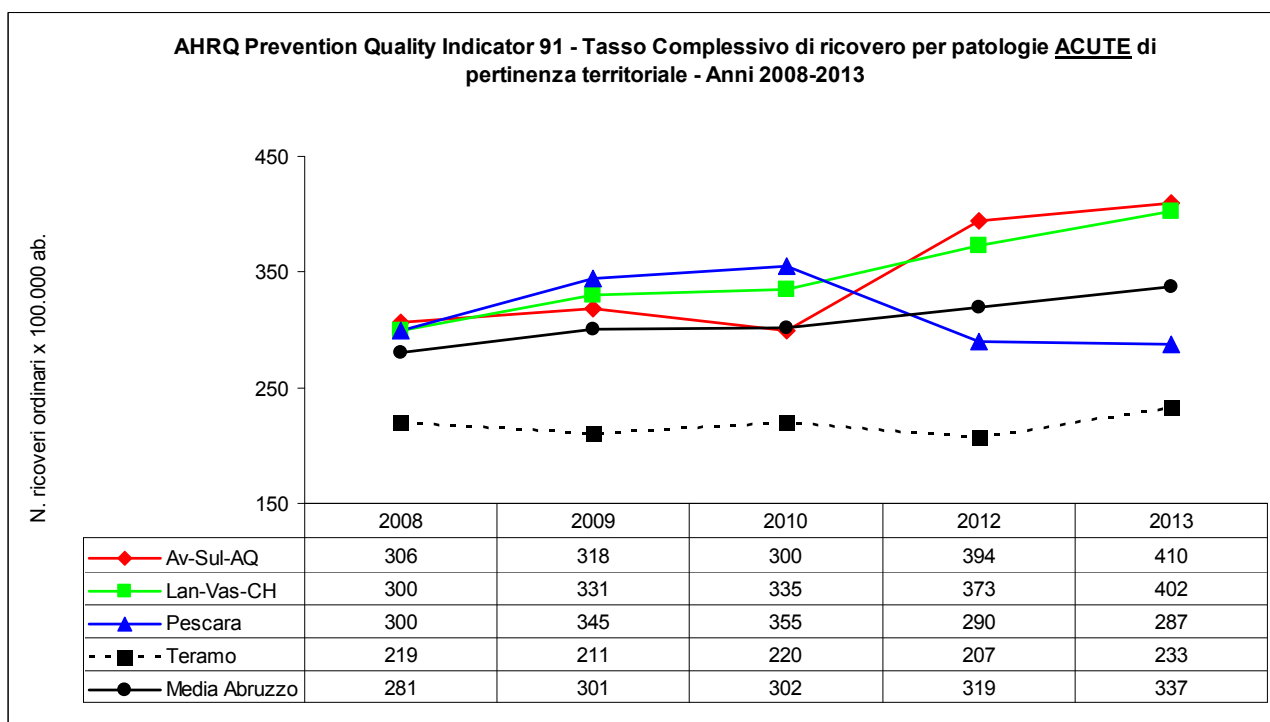


Tavola 10. AHRQ Prevention Quality Indicators – Tassi di ricovero per patologie “di ampia pertinenza territoriale”. Anni 2008-2013.

ASL	Abruzzo	Abruzzo	Abruzzo	201	201	201	202	202	202	203	203	203	204	204	204
Anno	2008	2013	Diff.	2008	2013	Diff.	2008	2013	Diff.	2008	2013	Diff.	2008	2013	Diff.
PQI 1 - Complicanze a breve termine del diabete	16	9	-43.8	15	12	-21.9	16	7	-55.9	9	11	+24.5	26	7	-73.4
PQI 3 - Complicanze a lungo termine del diabete	51	31	-39.2	48	34	-28.6	42	23	-45.1	68	44	-35.7	45	23	-49.3
PQI 5 - BPCO o asma in adulti anziani	364	117	-67.9	320	106	-66.9	391	81	-79.3	414	147	-64.5	330	145	-56.1
PQI 7 - Ipertensione	106	47	-55.7	137	50	-63.5	111	57	-48.7	95	47	-50.5	81	33	-59.3
PQI 8 - Scompenso cardiaco	490	582	+18.8	593	608	+2.5	556	641	+15.4	444	541	+21.8	366	522	+42.4
PQI 10 - Disidratazione	32	60	+87.5	46	82	+76.5	35	81	+131.1	35	42	+18.9	12	31	+154.3
PQI 11 - Polmonite batterica	180	222	+23.3	197	273	+38.3	193	267	+38.2	187	185	-1.2	145	152	+5.0
PQI 12 - Infezioni delle vie urinarie	68	55	-19.1	63	56	-10.5	71	55	-22.8	77	59	-23.7	62	50	-20.0
PQI 13 - Angina senza procedure	137	115	-16.1	170	145	-14.7	119	122	+2.9	113	116	+2.3	146	76	-47.9
PQI 14 - Diabete non controllato	33	18	-45.5	27	17	-37.6	31	14	-54.6	37	20	-46.2	38	20	-47.0
PQI 15 - Asma in giovani adulti	189	51	-73.0	83	63	-24.4	240	53	-77.9	259	55	-78.8	172	33	-80.9
PQI 16 - Amputazione estremità inf. in diabetici	9	11	+22.2	7	10	+44.7	10	9	-6.1	9	17	+92.5	10	10	+5.0

5.7. Posti letto, fabbisogno e bacini d'utenza (Tavola 11; Figure 40-42)

Il totale di posti letto ospedalieri per ricoveri ordinari di ciascun presidio abruzzese, per il biennio 2012 e 2013, è stato riportato nella Tavola 6. Fermarsi all'ultimo biennio, tuttavia, sarebbe limitativo, poiché occorre analizzare anche il trend regionale e di ogni ASL. Infatti, nel periodo che va dal 2005 al 2013, in parallelo al crollo dei ricoveri, sono drasticamente calati anche i posti letto ospedalieri (-32,0%; Figura 40), sia nel settore pubblico (-34,1%) che privato (-24,1%), ed in tutte le ASL (Figure 41 e 42). In numeri assoluti, nel 2005 i posti letto complessivi erano 6167, mentre nel 2013 erano 4195 (-1972 letti; poco meno di un terzo). In termini relativi, il tasso grezzo regionale era pari a 4,75 letti x1000 abitanti, mentre nel 2013 si è arrivati al 3,20, un valore nettamente inferiore allo standard di 3,70 (di cui 0,70 di riabilitazione/lungodegenza) raccomandato dalla Legge 135 del 2012 e ribadito nel recente Regolamento degli standard qualitativi strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (Art.1, comma 2). Per tale motivo, anche nel Programma Operativo Regionale 2013-2015 non è prevista una ulteriore riduzione dei posti letto, ma è invece prevista una riorganizzazione dei posti letto per quelle strutture che non raggiungeranno il limite minimo che sarà fissato dall'emananda normativa nazionale, potendo essere oggetto di aggregazione con altre strutture ospedaliere di maggiori dimensioni.

È interessante notare come, dal 2005 al 2010, i posti letto siano scesi in modo sostanzialmente simile sia nel settore pubblico che in quello privato (rispettivamente, del 24,4% e del 23,3% - Figura 40). Dopo tale data, la riduzione è stata minima per i posti letto nel settore privato (-1,1%), mentre è proseguita nel settore pubblico (-12,9%). Come nel 2005, anche nel 2013 la maggiore percentuale di posti letto privati continua ad essere nella ASL di Pescara (36,6%).

Anche nel 2013 il tasso di posti letto attivati differisce marcatamente tra le province/ASL abruzzesi (questo essendo uno dei motivi della marcata mobilità intra-regionale e, in parte, inter-regionale): nella ASL di Teramo sono allocati un totale di 2,63 posti letto x1000 abitanti, oltre un punto in meno di quelli presenti nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (3,67; Tavola 11). Tuttavia, tal discrepanze si sono ridotte negli anni: nel 2005 la dotazione della ASL di Lanciano-Vasto-Chieti era quasi il doppio di quella di Teramo (che, è opportuno ricordarlo, non ha al suo interno alcuna struttura di cura privata).

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 forzatamente integrate nel calcolo del fabbisogno di ciascuna regione, e considerando che il fabbisogno previsto (3,0 posti letto ordinari per acuti x1000 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.

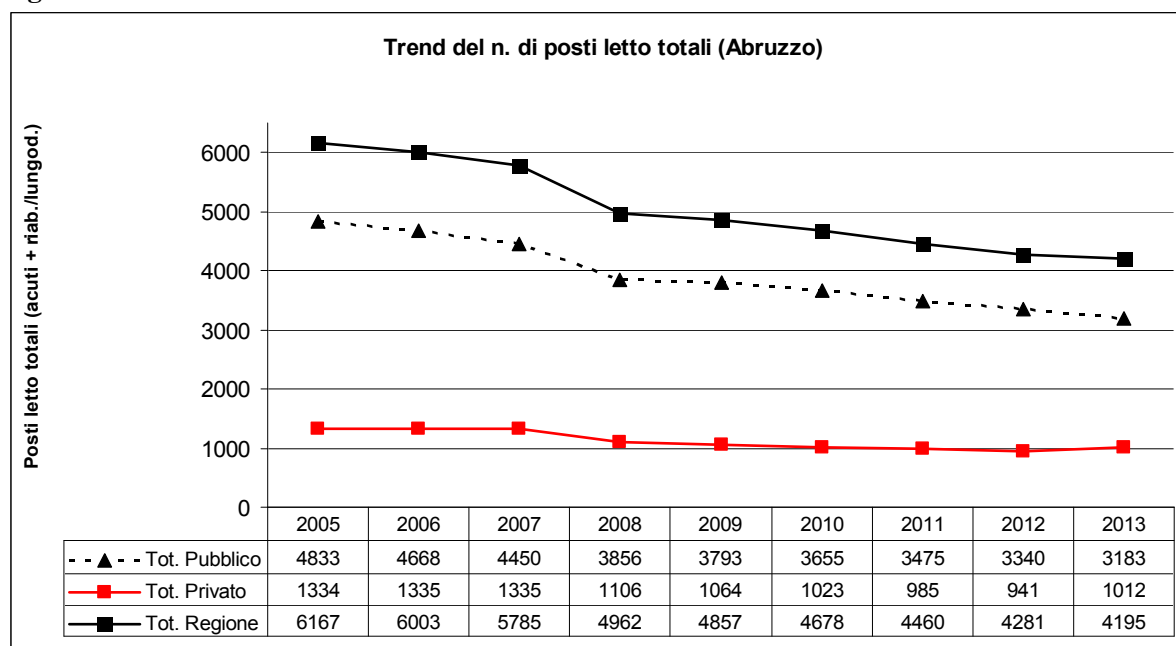


Figura 41.

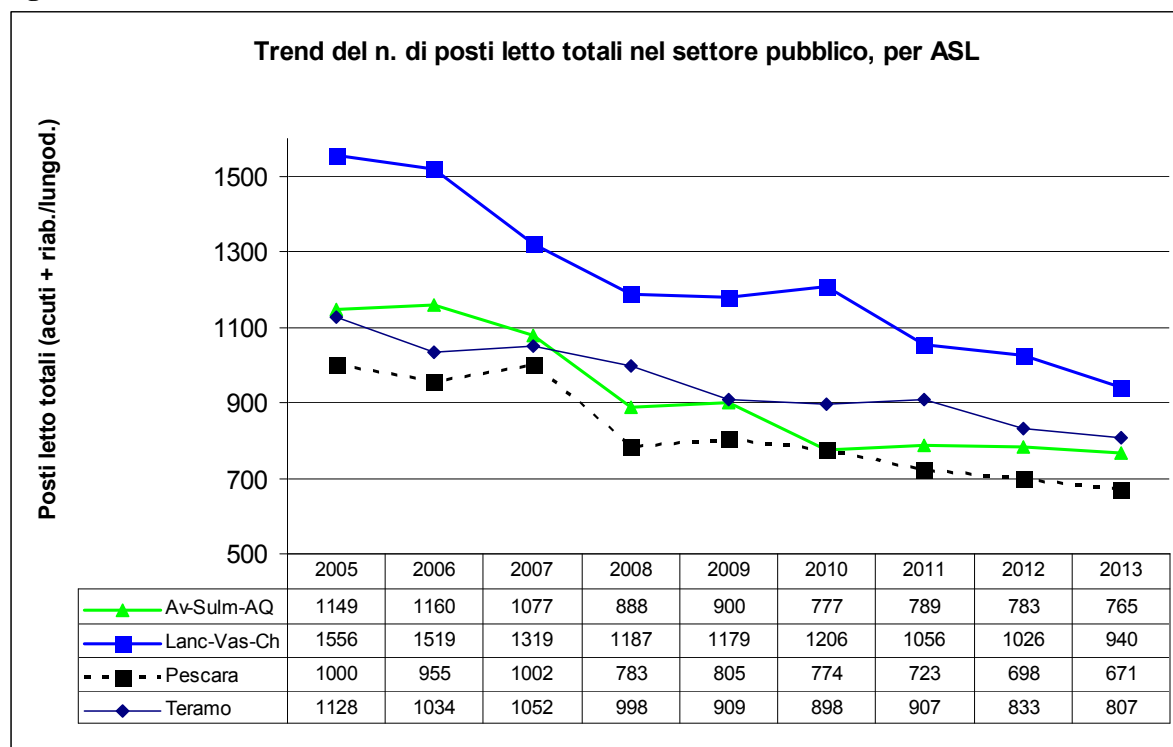


Figura 42.

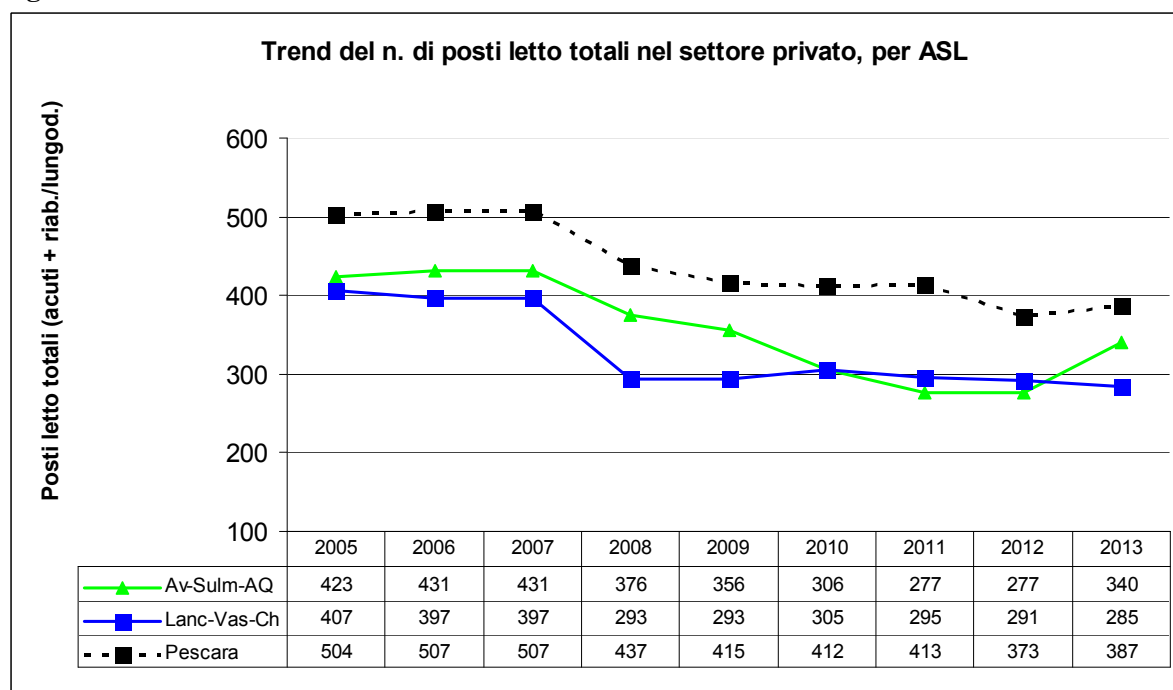


Tavola 11. Trend nel tasso di posti letto ospedalieri ordinari (inclusa riabilitazione/lungodegenza), anni 2005 e 2013.

ASL	Posti Letto 2005	Posti Letto 2013	Tasso PL X1000 ab. 2005	Tasso PL X1000 ab. 2013	Differenza % 2005-2013
Avez.-Sulm.-L'Aquila	1572	1105	5.17	3.67	-28.9
Lanciano-Vasto-Chieti	1963	1225	5.02	3.15	-37,3
Pescara	1504	1058	4.88	3.35	-31.4
Teramo	1128	807	3.81	2.63	-31,0
Totale Regione	6167	4195	4.75	3.20	-32.7

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

I dati relativi all'assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale sono oggetto di approfonditi report specialistici (a livello nazionale, il Rapporto OsMed; a livello regionale, il Report Uso dei Farmaci - <http://www.asrabruzzo.it/report-epidemiologici.html>). Vista l'importanza della tematica, è comunque opportuno un breve cenno, riportando i trend regionali e nazionali di due dei principali indicatori dell'uso dei farmaci. Quale nota metodologica, i dati qui riportati sul consumo pro-capite per l'anno 2012 differiscono da quelli del precedente Report, poiché questi ultimi erano stati estratti da una versione intermedia del Report OsMed, in seguito emendata.

Dopo un biennio 2010-2011, di relativa stabilità, il consumo di farmaci erogati dalle farmacie a carico del SSN (tipicamente indicato come dosi definite giornaliere – DDD - per 100 abitanti, ovvero la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti) è tornato a crescere negli ultimi due anni sia a livello regionale che nazionale (Figura 43). Rispetto al 2005, nel 2013 in Abruzzo il consumo era cresciuto di 248 DDD x1000 abitanti, pari al 31,6% in più. In Italia, nello stesso arco di tempo, la crescita è stata del 27,8%. Nel 2013, in ogni caso, il valore medio di consumo abruzzese era comunque in linea con la media nazionale.

Al contrario, probabilmente a causa della sensibile riduzione del prezzo di diversi farmaci (in seguito alla scadenza dei brevetti ed all'aumento nel consumo dei generici), nonostante i consumi siano cresciuti la spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del SSN è calata in modo rilevante negli ultimi tre anni (Figura 44). Per effetto di questo calo, dal 2005 al 2013 la spesa si è ridotta di 21 euro in Abruzzo (pari a -9,3%). In Italia, tuttavia, nello stesso periodo la spesa media è calata del doppio (44 euro, pari a -19,0%). Se, infatti, nel 2005 la spesa media abruzzese era inferiore a quella nazionale, nel 2013 essa è apparsa invece nettamente superiore. Di conseguenza, sebbene la riduzione nella spesa farmaceutica pro-capite comporti un decremento complessivo della spesa sanitaria quantificabile in circa 27 milioni di euro annui, permangono certamente ampi margini di miglioramento.

Figura 43.

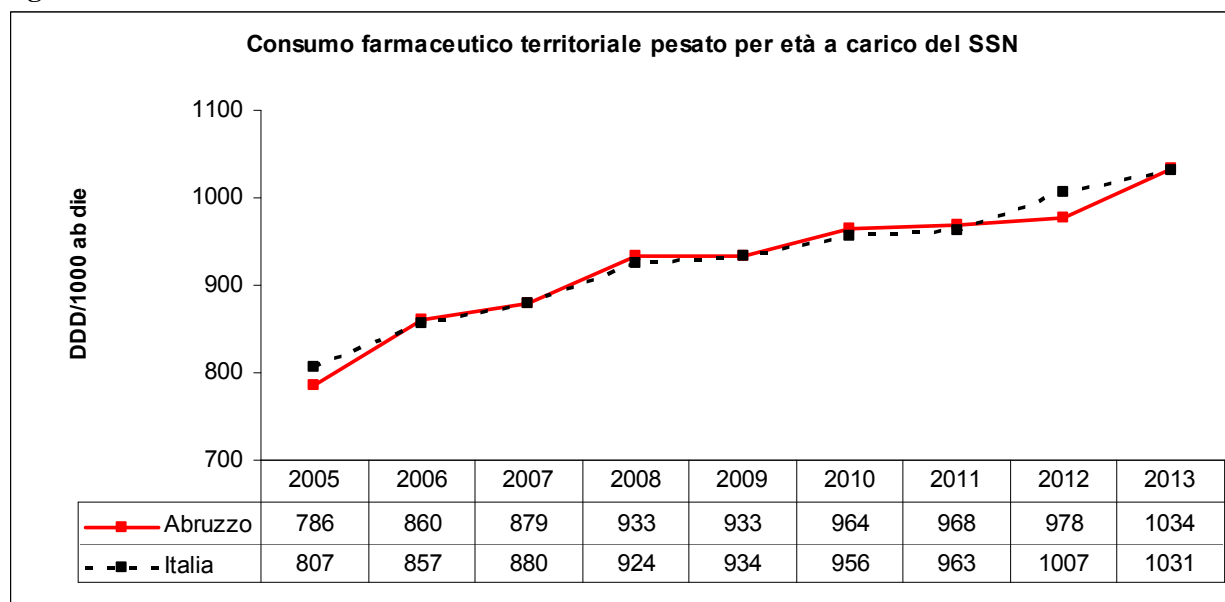
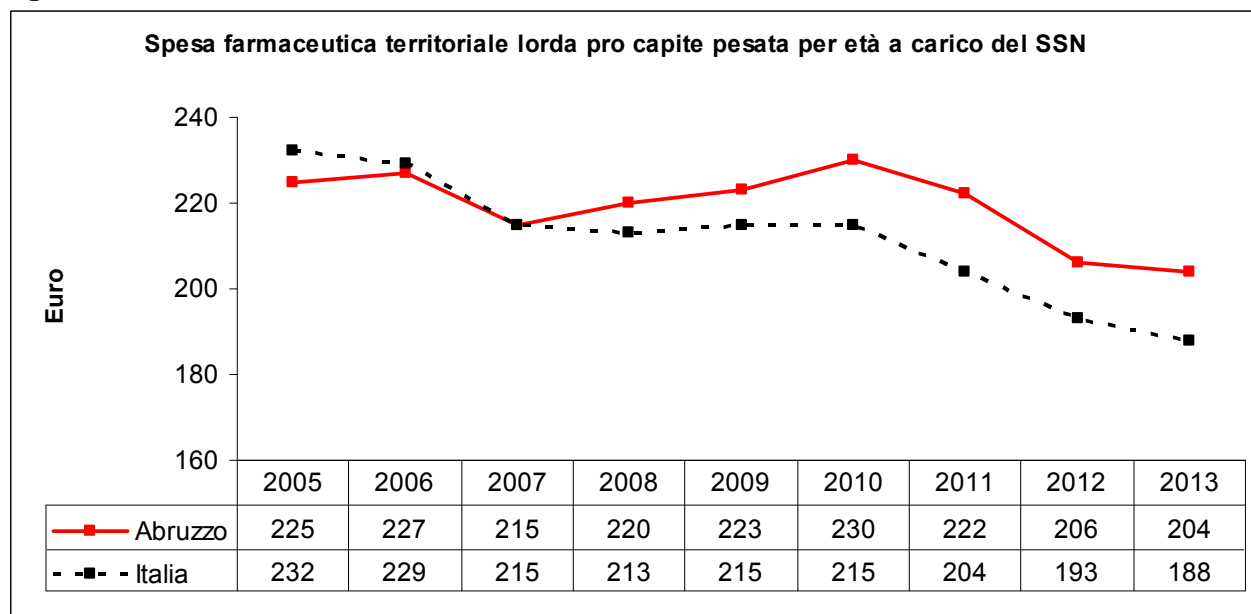


Figura 44.



5.9. Residenze Sanitarie Assistite (RSA) / Residenze Assistenziali (RA) (Tavola 12; Figura 45)

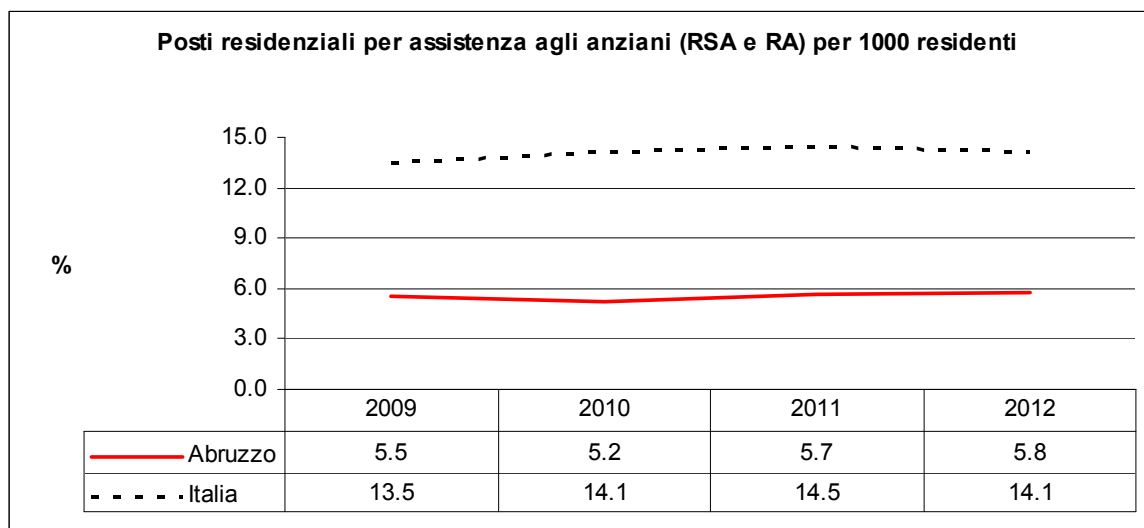
Il Ministero della Salute ha attivato un flusso informativo dedicato a questa tipologia di strutture (Modello STS.24 quadro G - Assistenza Residenziale) a partire dal 2011. Tuttavia, le informazioni relative al primo anno non erano probabilmente ancora complete e, ad integrazione di questa fonte, sono stati riportati anche i dati ufficiali, forniti dal Ministero della Salute (purtroppo, non stratificati per ASL e aggiornati solo al 2012 - Figura 45).

Anche per il 2013, purtroppo, valgono le stesse considerazioni fatte negli anni precedenti: l'offerta residenziale destinata ad anziani / disabili continua ad essere nettamente inferiore alla media nazionale ed al fabbisogno stimato nel 2005 dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, continua a non crescere in modo sostanziale, e ad essere disomogenea tra le ASL regionali. Dal 2009 al 2012 i posti letto sono cresciuti in modo non sostanziale, attestandosi sul valore di 5,8 x1000 abitanti, molto inferiore alla media nazionale, nel frattempo arrivata a 14,1 x 1000 abitanti (Figura 45). Se è vero che, dal 2012 al 2013 i posti letto presenti nelle strutture regionali sono aumentati, questa crescita è stata tuttavia molto limitata (+155 letti, pari al 4,8% - Tavola 12). Con l'eccezione di Pescara, che mostra addirittura segni negativi, anche l'aumento del numero di utenti e di giornate di degenza complessive è stato relativamente modesto (+5,6% e +1,7%, rispettivamente), sicuramente insufficiente per colmare il divario con il resto della nazione.

Tavola 12. Alcuni dati relativi alla offerta residenziale, anni 2012-2013.

ASL	Posti Letto			N. Utenti			Dimissioni			Giornate di Assistenza		
	2013	2012	Diff.	2013	2012	Diff.	2013	2012	Diff.	2013	2012	Diff.
201 - AQ	522	447	+75	888	865	+23	450	528	-78	152.953	141.925	+11.028
202 - CH	939	950	+11	1541	1299	+242	806	573	+233	263.366	274.705	-11.339
203 - PE	585	596	+11	1411	1519	-108	944	1010	-66	177.301	180.569	-3268
204 - TE	446	384	+62	810	738	+72	367	321	+46	150.981	135.044	+15.937
Regione	2492	2377	+155	4650	4421	+229	2567	2432	+135	744.601	732.243	+12.358

Figura 45.

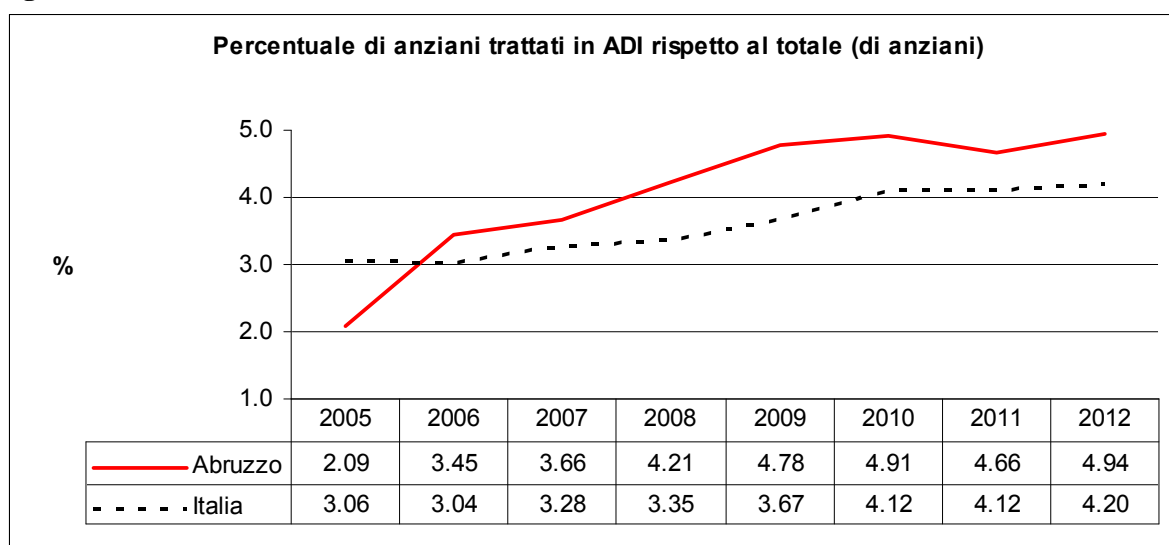


5.10. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Figura 46)

Anche in questo Report, 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.

Dai dati ministeriali si evince che, dal 2005 al 2012, la percentuale di anziani abruzzesi trattati in ADI è più che raddoppiata (da 2,1% a 4,9%, +135%; Figura 46). Nello stesso periodo, in Italia la quota di anziani trattati è cresciuta assai meno (+39,9%) e, se nel 2005 i valori abruzzesi erano di molto al di sotto della media nazionale, nel 2012 tali valori sono apparsi nettamente migliori.

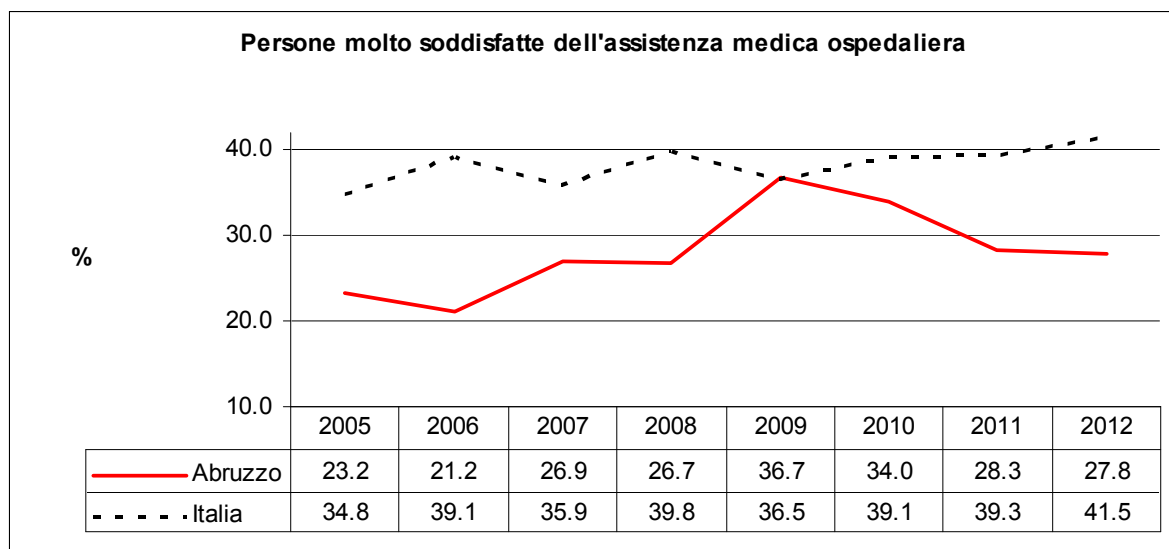
Figura 46.



5.11. Soddisfazione dei pazienti (Figura 47)

Come altri indicatori derivati da database ministeriali (in questo caso Health for All), i dati relativi alla soddisfazione dei pazienti sono aggiornati esclusivamente all'anno 2012 e sono disponibili solo per regione e non per singola provincia. Peraltro, essendo i risultati inerenti la soddisfazione per l'assistenza infermieristica sostanzialmente sovrapponibili a quelli riguardanti l'assistenza medica, si è scelto di riportare solo questi ultimi per evitare ridondanze. Dai dati disponibili emerge che dal 2005 al 2012 la soddisfazione degli utenti è complessivamente cresciuta (+4,5% in termini assoluti; Figura 47), sebbene dal 2009 in poi la percentuale di pazienti che si dichiarano molto soddisfatti sia diminuita nettamente (-9,1%, sempre in termini assoluti). Nello stesso periodo, anche il valore medio nazionale, che già era nettamente più elevato rispetto a quello abruzzese, è cresciuto ancora di più (6,7%), aumentando il divario. Per quanto le oscillazioni annuali di questo indicatore siano ampie, e sia quindi da tenere presente una notevole variabilità casuale, lo scarto tra il grado di soddisfazione medio abruzzese e quello nazionale nel 2012 è decisamente ampio, ed è un dato che merita attenzione da parte degli operatori e manager sanitari.

Figura 47.



6. La Prevenzione: screening oncologici, vaccinazioni, stili di vita (Tavole 13-16; Figure 48-52)

Dato che i programmi di screening sono stati ufficialmente attivati nella regione Abruzzo da pochi anni, aveva poco senso offrire un confronto con l'anno 2005, come invece fatto per la maggioranza degli altri indicatori. Peraltro, non esisteva ancora in regione un flusso informativo comune e di routine sui risultati dei programmi di screening attivati, per cui anche la raccolta dati non è stata agevole. Si è quindi scelto di mostrare i dati relativi agli anni a partire dal 2008, e di utilizzare i dati ufficiali del Rapporto AIRTUM, ove disponibili.

Scelte differenti per le vaccinazioni. I dati relativi sia alle vaccinazioni obbligatorie sia ad alcune delle vaccinazioni raccomandate sono stati mostrati solo per l'anno 2013. Questo perché, in alcuni casi (vaccinazioni obbligatorie e alcune delle raccomandate) i valori sono da sempre molto elevati, con oscillazioni minime, per cui i trend pluriennali aggiungono davvero poco, mentre in altri casi la vaccinazione è raccomandata da pochi anni. Solo per la vaccinazione antinfluenzale negli anziani è stato mostrato il trend degli ultimi cinque anni, poiché la variabilità è ampia e la vaccinazione è raccomandata ormai da molti anni.

Relativamente ai tre screening oncologici tradizionali (cervice uterina, colon-retto e mammella), a causa di un riordino complessivo del sistema, durato diversi anni, il tasso di copertura è rimasto molto basso (quando non vicino allo zero) negli anni 2010 e 2011, per poi tornare a crescere negli ultimi due anni, arrivando a valori di copertura superiori alle medie nazionali (perlomeno quelle del 2012, ultimo anno di cui sono disponibili i dati), sebbene ancora lontani da quelli di alcune regioni del Nord Italia (Figura 48).

Nello specifico, nel 2013 il 79,3% delle donne abruzzesi aventi diritto è stato invitato a svolgere lo screening per il tumore della cervice uterina, ed il 27,3% di queste ha aderito (Figura 48, Tavola 13). Tale percentuale è nettamente migliore della media nazionale, attestatasi nel 2012 intorno al 68%, e sarebbe stata ancora più elevata se nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila non si fosse registrato un drastico calo degli inviti proprio nell'ultimo anno. Le altre tre ASL abruzzesi, in effetti, hanno mostrato coperture particolarmente elevate, superiori all'85%. Estremamente positivo anche il dato dell'adesione osservato nella ASL di Lanciano-Vasto-Chieti (44,2%).

Seppure in misura minore, sono stati positivi anche i dati relativi allo screening mammografico (Figura 48 e Tavola 14). Nel 2013, la copertura regionale è finalmente cresciuta a livelli accettabili (46,4%, contro il 9,5% dell'anno precedente) e superiori alla media nazionale del 2012 (vicina al 34%), sebbene ancora lontani da quelli di alcune regioni del Nord Italia. Se, tuttavia, la performance della ASL di Teramo è stata eccezionale (99% di inviti e 52,3% di adesioni), il programma non è stato ancora attivato nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (0% di inviti).

Più bassa, ma comunque ancora superiore alla media nazionale dell'anno 2012 (29,9% in Abruzzo vs 18% in Italia), la percentuale di persone invitate a sottoporsi allo screening contro il carcinoma del colon-retto (Figura 48 e Tavola 15). Molto positivi i dati relativi alla ASL di Pescara (76,9% di copertura), mentre, anche in questo caso, lo screening nel 2013 non era stato ancora attivato nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (0% di inviti).

Molto positivi, come negli anni precedenti, anche gli ultimi dati relativi alle vaccinazioni obbligatorie: quasi il 98% di tutti i bambini abruzzesi hanno completato tutti i cicli vaccinali per difterite, tetano, poliomielite, ed epatite B (Tavola 16). Anche le coperture dei vaccini contro la pertosse, *Hemophilus influenzae* di tipo b e morbillo, parotite e rosolia sono state elevatissime (oltre il 90%). Inevitabilmente più basse, ma comunque in crescita, le percentuali di bambini vaccinati contro il pneumococco ed il meningococco (entrambe vicine al 55%; nel 2009 erano entrambe inferiori al 40%). Infine, merita un discorso a parte 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 i vaccini, ha iniziato un trend discendente in tutta Italia, che sembra tuttavia essersi arrestato nell'ultimo anno. Se nel 2009 la copertura in Abruzzo era del 67,0% (in linea con il dato nazionale), nel 2013 questo valore si è ridotto a 54,6%, con una media nazionale attestata al 55,4%. 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.

Come nei precedenti Report, abbiamo selezionato solamente alcuni tra i principali indicatori che vengono raccolti ogni anno sugli stili di vita con metodiche standardizzate (con risultati facilmente confrontabili da un anno all'altro). I dati sono stati estratti dal database Health for All e sono aggiornati al 2012 e disponibili solo stratificati per regione, non per singola provincia. In breve, dal 2005 al 2012 la quota di fumatori in Abruzzo è rimasta sostanzialmente stabile (23,5%), in linea con il dato nazionale (22,1%; Figura 50). La percentuale di obesi (Body Mass Index ≥ 30) è cresciuta in misura minima nello stesso arco di tempo, ed era nel 2012 leggermente superiore al dato nazionale (12,4% vs 10,3%; Figura 51). In ogni caso, vista l'ampia variabilità dell'indicatore, compatibile con un'oscillazione casuale, tale dato va interpretato con cautela. Decisamente migliorati, infine, i dati relativi al tasso standardizzato di ricovero per disturbi psichici da abuso di sostanze stupefacenti: dal 2005 al 2012 il tasso abruzzese si è quasi dimezzato, per quanto sia rimasto ancora leggermente superiore alla media nazionale, da tempo stabile (Figura 52).

Figura 48.

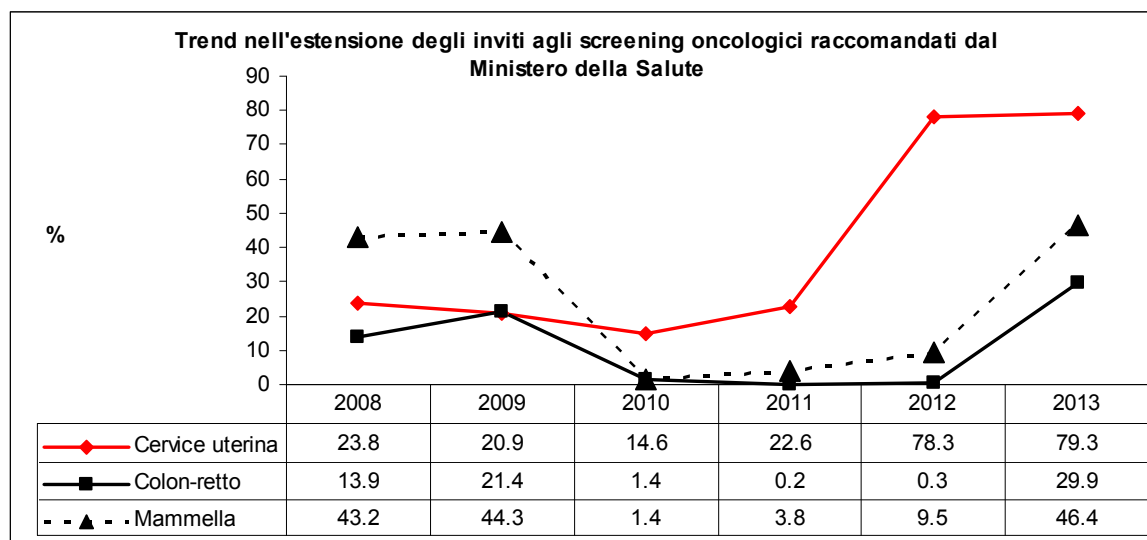


Tavola 13. Estensione degli inviti e adesione al programma di screening oncologico contro il tumore della cervice uterina.

ASL	2012	2012	2013	2013	Δ 2013-12	Δ 2013-12
	% Inviti *	% Adesioni**	% Inviti *	% Adesioni**	Inviti *	Adesioni**
Avezzano-Sulmona-Aquila	82,4	17,6	39,0	11,1	-43,4	-6,5
Lanciano-Vasto-Chieti	83,8	38,5	93,7	44,2	+9,9	+5,7
Teramo	76,6	50,3	99,9	27,0	+23,4	-23,3
Pescara	68,6	18,9	85,9	24,9	+17,3	+6,0
Tot. Abruzzo	78,3	30,9	79,3	27,3	+1,1	-3,6

* Inviti totali - inviti inesitati. ** Invitate che hanno effettuato almeno un pap-test dopo l'invito.

Tavola 14. Estensione degli inviti e adesione al programma di screening oncologico contro il tumore della mammella.

ASL	2012	2012	2013	2013	Δ 2013-12	Δ 2013-12
	% Inviti *	% Adesioni**	% Inviti *	% Adesioni**	Inviti *	Adesioni**
Avezzano-Sulmona-Aquila ^ψ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lanciano-Vasto-Chieti	19,1	10,1	50,6	24,1	+31,5	+14,0
Teramo	18,0	6,8	99,9	52,3	+82,0	+45,5
Pescara ^ψ	0,0	0,0	31,6	6,6	+31,6	+6,6
Tot. Abruzzo	9,5	4,4	46,4	21,1	+36,9	+16,7

* Inviti totali - inviti inesitati. ** Invitate che hanno effettuato almeno una mammografia dopo l'invito. ^ψ Programma di screening non attivato in entrambi gli anni (Avezzano-Sulmona-L'Aquila) o nel solo 2012 (Pescara).

Tavola 15. Estensione degli inviti e adesione al programma di screening oncologico contro il tumore del colon-retto.

ASL	2012	2012	2013	2013	Δ 2013-12	Δ 2013-12
	% Inviti *	% Adesioni**	% Inviti *	% Adesioni**	Inviti *	Adesioni**
Avezzano-Sulmona-Aquila ^ψ	0.0	0.0	0.0	0.0	0,0	0,0
Lanciano-Vasto-Chieti	0.5	0.3	26.7	ND	+26,2	--
Teramo ^ψ	0.0	0.0	15.8	3.1	+15,8	+3,1
Pescara	0.5	0.0	76.9	9.7	+76,4	+9,6
Tot. Abruzzo	0.3	0.1	29.9	3.0	+29,7	+2,9

* Inviti totali - inviti inesitati. ** Invitate che hanno inviato almeno un campione di sangue occulto fecale dopo l'invito. ND = Non dichiarato. ^ψ Programma di screening non attivato in entrambi gli anni (Avezzano-Sulmona-L'Aquila) o nel solo 2012 (Teramo).

Tavola 16. Coperture vaccinali nell'anno 2013, Abruzzo.

Vaccino	% Vaccinati	N. Vaccinati
Antipolio	97.7	10.843
Difterite, Tetano, Pertosse (DTP)	97.7	10.843
Antiepatite B	97.7	10.843
Haemophilus influenzae, tipo B	97.7	10.843
Morbillo, Parotite, Rosolia (MPR)	91.3	10.123
Meningococco C coniugato	54.1	6005
Pneumococco coniugato	56.1	6222

Figura 49.

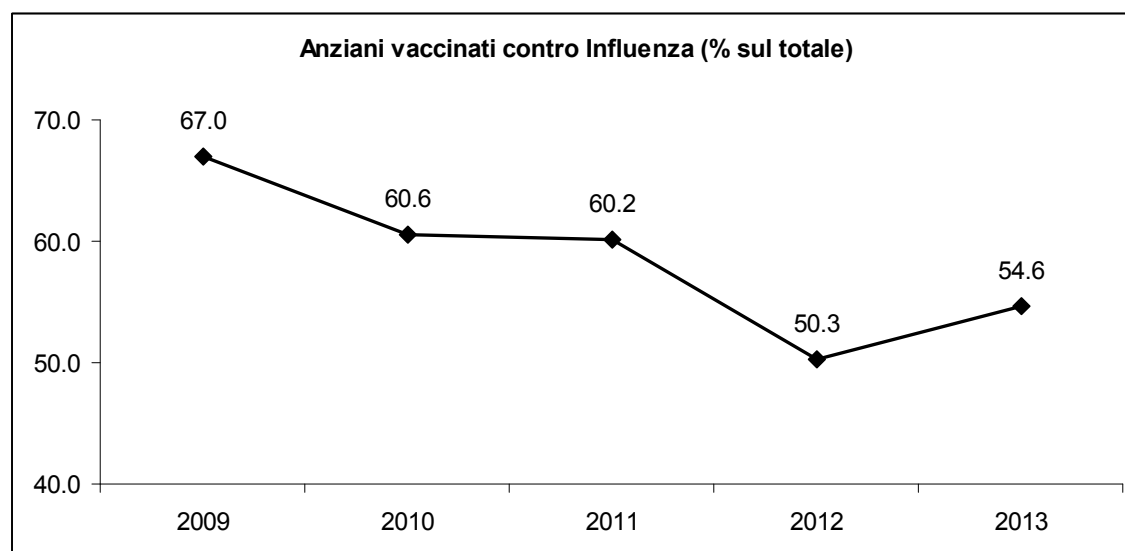


Figura 50.

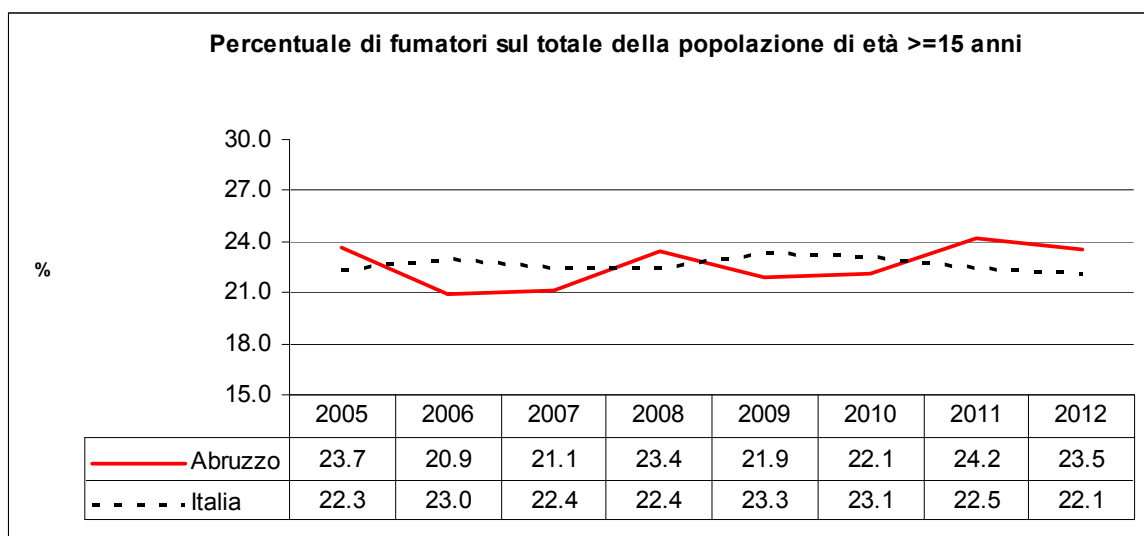


Figura 51.

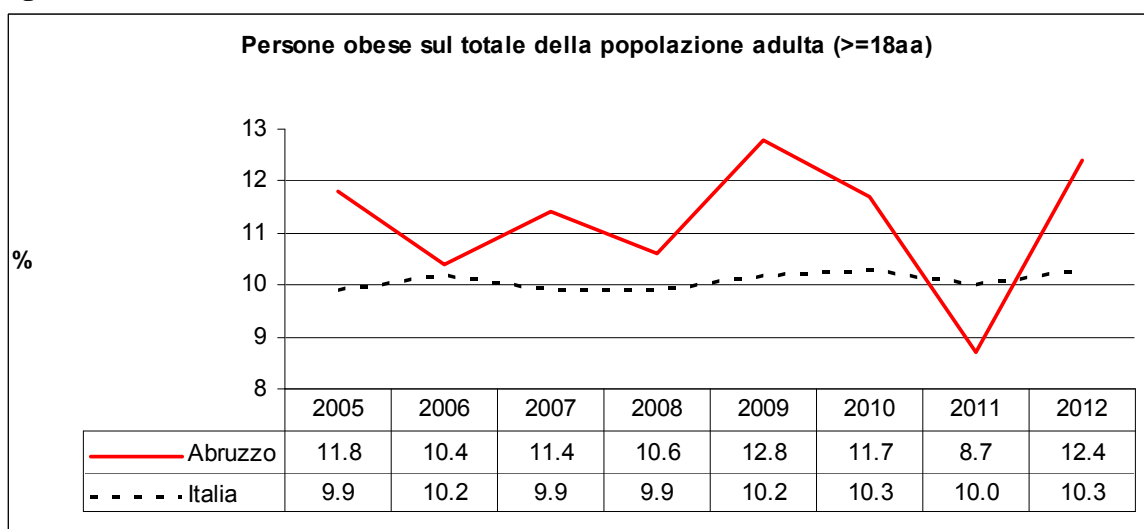
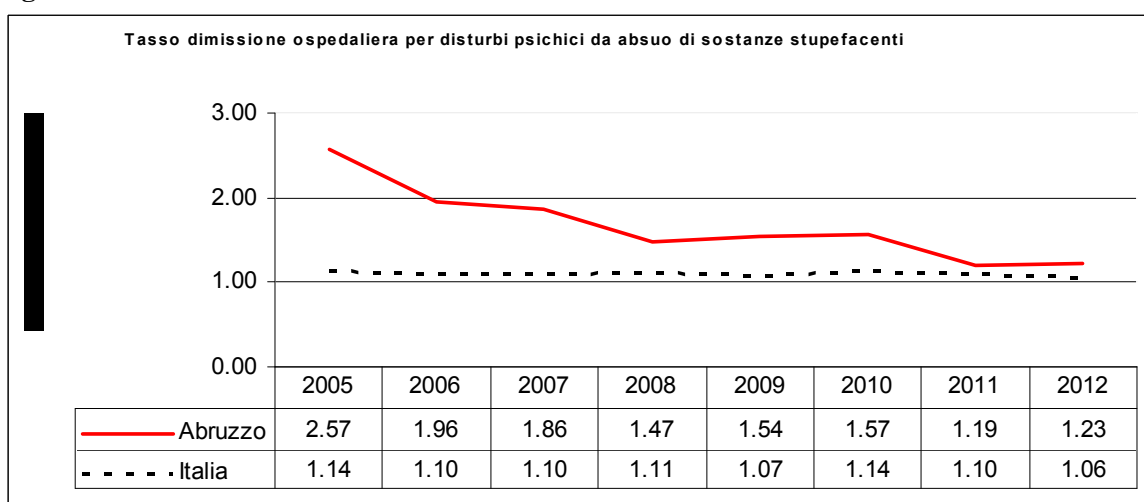


Figura 52.



Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2013



Impressione sull'Adriatico - Francesco Paolo Michetti