

Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2010



Basilio Cascella – Chiesa di San Berardino all'Aquila.

A cura di:

Lamberto Manzoli
Vito Di Candia
Angelo Muraglia

Il personale dell'ASR-Abruzzo

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

Si ringraziano per il prezioso aiuto:

Il Servizio Prevenzione Collettiva della Direzione Politiche della Salute
Dr. Claudio Angeloni
Dr.ssa Rossana Cassiani
Dr. Claudio Delli Pizzi
Dr. Giancarlo Diodati
Dr. Vincenzo Maccallini
Dr. Lorenzo Venturini

Indice

<i>Argomenti</i>	<i>Pagina</i>
1. Premessa	4
2. Sintesi	5
3. Popolazione (Tavola 1; Figure 1-9)	7
4. Salute e bisogni della popolazione	13
4.1. Tassi di ospedalizzazione per tutte le cause (Figure 10-11)	13
4.2. Disturbi cardio- e cerebro-vascolari (Figure 12 e 13)	15
4.3. Tumori (Figure 14 e 15)	15
4.4. Disturbi dell'apparato digerente (Figure 16 e 17)	17
4.5. Malattie respiratorie (Figure 18 e 19)	17
4.6. Disturbi psichici (Figure 20 e 21)	19
4.7. Nefropatie (Figure 22 e 23)	20
4.8. Diabete (Figure 24 e 25)	21
4.9. Malattie infettive (Figure 26-33)	22
4.10. Alzheimer (Figure 34 e 35)	27
4.11. Traumatismi e avvelenamenti (Figure 36 e 37)	28
4.12. Mortalità (Figura 38)	29
5. L'assistenza Sanitaria	30
5.1. Assistenza ospedaliera – i ricoveri per tipologia (Figure 39-43)	30
5.2. Degenza Media (Figura 44)	33
5.3. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 2-4)	34
5.4. DRG LEA (Tavola 5)	39
5.5. Medicina Generale (Tavola 6 e Figure 45-46)	42
5.6. Posti letto, dotazione e fabbisogno (Tavola 7 e Figure 47-49)	44
5.7. Assistenza farmaceutica territoriale (Figure 50-51)	47
5.8. Residenze Sanitarie Assistite (RSA) / Residenze Assistenziali (RA) (Tavole 8 e 9)	48
5.9. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Tavola 10)	49
5.10. Soddisfazione dei pazienti (Figura 52)	50
6. La Prevenzione: screening oncologici, vaccinazioni, stili di vita	51
6.1. Screening – Carcinoma della cervice uterina (Tavola 11)	51
6.2. Screening - Carcinoma del colon-retto (Tavola 12)	52
6.3. Screening - Carcinoma della mammella (Tavola 13)	53
6.4. Vaccinazioni (Tavole 14-16)	54
6.5. Stili di vita: obesità, fumo, ricovero per abuso di sostanze stupefacenti (Figure 53-55)	55

1. Premessa

Spesso le relazioni sanitarie, o più in generale i report epidemiologico-statistici, sono lunghi elenchi di tabelle, grafici e numeri, nei quali è capitato a molti, anche tra i tecnici, di perdersi o di abbandonare la lettura dopo pochi minuti. Nella maggioranza dei casi, in assoluta buona fede, chi svolge le analisi è convinto, in parte a ragione, che più sono le informazioni fornite, più il report potrà risultare utile. Altre volte, invece, può essere "comodo" che una relazione non sia letta approfonditamente, perché i dati sono scomodi o perché magari poco è successo nel periodo di tempo considerato, e in questo caso l'interesse per la relazione potrebbe essere minimo: tutti quei dati servono a "mascherare" che poco o nulla è cambiato.

Non è questo il caso dell'Abruzzo negli ultimi 5-6 anni. I cambiamenti sono stati tanti, e di tale portata, da descrivere un quadro del tutto eccezionale per un paese occidentale. Tutti questi cambiamenti si leggono nei dati, la cui interpretazione è nella maggior parte dei casi talmente chiara da non richiedere indicatori molto dettagliati. Come raramente avviene, nella grande maggioranza dei contesti sono sufficienti gli indicatori di base.

Questi sono alcuni dei motivi per cui si è deciso di limitare il presente Report ad una sintesi dei principali indicatori raccolti di routine sullo stato di salute della popolazione e sull'offerta di assistenza sanitaria nella Regione Abruzzo.

L'altro motivo per cui sono stati (quasi sempre) evitati i dati che derivano da indagini specifiche, per quanto molto utili, è che questi non sono facilmente replicabili e non sono pertanto confrontabili né con dati pregressi né futuri, mentre il confronto spazio-temporale (tra le diverse ASL/province, e nel corso degli anni) rappresenta sicuramente uno dei punti di maggior interesse.

Infine, si è deciso di limitare il livello di dettaglio anche perché non avrebbe avuto senso riportare in toto quanto già disponibile presso altre fonti specializzate e di libera e gratuita consultazione. Ad esempio, altri indicatori rispetto a quelli ivi presentati, relativi al sistema socio-demografico, agli stili di vita, allo stato di salute e all'assistenza sanitaria, sono disponibili liberamente presso diverse banche dati Istat (www.istat.it, <http://demo.istat.it/altridati/indicatori/index.html#tabreg>, <http://www.istat.it/sanita/Health/>); in diverse analisi o banche dati del Ministero della Salute (Rapporto preliminare: Attività di ricovero 2010, <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/paginaInternaRicoveriOspedalieri.jsp?menu=rapporti&id=1237&lingua=italiano>; Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 2009, <http://www.salute.gov.it/ricoveriOspedalieri/newsRicoveriOspedalieri.jsp?id=1428&menu=inevidenza&lingua=italiano>; Influenza, <http://www.salute.gov.it/influenza/influenza.jsp>; Bollettino Epidemiologico, <http://www.salute.gov.it/malattieInfettive/paginaInternaMenuMalattieInfettive.jsp?id=812&menu=strumentieservizi>); nel Rapporto OsMed 2010 e precedenti (<http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/luso-dei-farmaci-italia-rapporto-osmed-2010>), nel Report Osservasalute 2010 e precedenti (<http://www.osservasalute.it/>); nell'Atlante ERA 2009 e precedenti (http://www.e-r-a.it/index.php?option=com_content&view=article&id=82&Itemid=93); infine in alcuni documenti della stessa Regione Abruzzo, tra i quali 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); e l'Analisi della mortalità in Abruzzo (<http://sanitab.regione.abruzzo.it/idossier/analisi+della+mortalita+in+abruzzo+2006-2007.htm>).

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

In ultimo, è doveroso precisare che molti degli indicatori utilizzati sono basati sui dati estratti dalle Schede di dimissione ospedaliera (database SDO). Questi dati presentano diversi limiti, a partire dalla qualità della codifica, che sono ben noti da tempo sono stati descritti in dettaglio in numerosi documenti. 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, secondo il Rapporto Annuale sull'attività di ricovero ospedaliero, dati SDO 2009, del Ministero della Salute, la qualità della codifica appare in lieve ma costante miglioramento.

2. Sintesi

Il primo obiettivo delle analisi è stato quello di valutare se sono cambiati gli indicatori di salute e dell'assistenza sanitaria durante gli ultimi cinque anni, in regione e nelle singole province (o ASL). Secondariamente, sono stati confrontati i trend ed i risultati abruzzesi dell'ultimo anno (2010) con quelli del resto d'Italia. In questo capitolo viene fornita una sintesi estrema dei risultati del Report, cui si rimanda per le cifre dettagliate.

Come nel resto d'Italia, i residenti in Abruzzo sono aumentati, in gran parte a causa dell'aumento del numero degli stranieri (circa 8000 in più ogni anno). Tra le province, Teramo è cresciuta più delle altre (+5,2% rispetto al 2005; oltre 15.000 abitanti in più). La percentuale di anziani residenti (oltre un quinto del totale), è rimasta sostanzialmente stabile, ma l'Abruzzo continua a mostrare un indice di invecchiamento superiore alla media (nel 2010 vi erano 163 anziani ogni 100 giovani, ed in diversi comuni dell'entroterra vi sono oltre 300 anziani ogni 100 giovani). La speranza di vita alla nascita continua a crescere: nel 2010 è stata di 79,1 anni per i maschi; 84,8 anni per le femmine.

Relativamente all'assistenza ospedaliera, il dato di maggior rilievo è il drastico calo dei ricoveri, di ogni tipologia e per ogni causa, in tutte le province, sia nel settore pubblico che nel privato: il tasso standardizzato di ricovero è diminuito del 30,5% negli ultimi cinque anni, senza che il numero di ricoveri effettuati fuori regione sia cresciuto sostanzialmente. Tradotto in cifre, rispetto al 2005 i residenti in Abruzzo hanno effettuato 5650 ricoveri in più fuori regione, ma 134.020 ricoveri in meno dentro la regione. Negli stessi anni, i ricoveri in Italia sono scesi del 10,0%.

Questo fenomeno, senza precedenti per dimensioni in Italia e nei paesi occidentali, ha portato la regione Abruzzo, per diversi anni di gran lunga la regione italiana con il più alto tasso di ospedalizzazione, a mostrare alcuni tassi di ricovero vicini (per malattie respiratorie e per disturbi psichici) o addirittura inferiori alla media nazionale (patologie cardio- e cerebro-vascolari, tumori, diabete e malattie infettive). Permangono invece nettamente più elevati rispetto al resto della nazione i tassi di ospedalizzazione per disturbi dell'apparato digerente e traumatismi/avvelenamenti.

Riguardo alle possibili cause della drastica riduzione dei ricoveri ospedalieri, non possono non essere considerate le numerose misure legislative e organizzative volte al contenimento della spesa sanitaria, che sono state introdotte a partire dall'anno 2006. Il calo dei ricoveri è iniziato in quell'anno, perlomeno nel settore pubblico (nel 2007 per il settore privato), dopo diversi anni di continua crescita. Per quanto sia possibile che anche altri fattori abbiano contribuito, è innegabile che, ad esempio, se a livello mondiale l'incidenza di diabete viene data in crescita da tutti gli enti di ricerca ed analisi, mentre nella regione Abruzzo i ricoveri per diabete calano del 74,9%, ciò non può essere dovuto ad un crollo del numero di diabetici nella popolazione residente. E lo stesso esempio potrebbe essere fatto per la malattia di Alzheimer ed altre ancora.

Chiaramente, la riduzione dei ricoveri rappresenta un dato positivo solo nel caso in cui siano stati tagliati solo i ricoveri inappropriati, e siano state mantenute (o migliorate) l'efficienza, l'appropriatezza organizzativa e la qualità di cura. Purtroppo, al momento non vi sono dati certi per valutare l'andamento della qualità dell'assistenza. Per ciò che concerne invece l'efficienza e l'appropriatezza organizzativa, i pochi indicatori a disposizione, se non permettono di trarre conclusioni certe, non suggeriscono un peggioramento: la quota di ricoveri considerati inappropriati secondo il Decreto sui Livelli essenziali di Assistenza (i cosiddetti "DRG LEA") si è ridotta del 59,6%; la percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da unità operative chirurgiche è quasi raddoppiata; infine la percentuale di ricoveri ripetuti è calata del 35,9%. Inoltre, dato non secondario, la percentuale di pazienti che si dichiarano molto soddisfatti dell'assistenza medica ricevuta è salita al 34,0% (+46,6%), avvicinandosi notevolmente alla media nazionale (39,1%).

I dati a disposizione suggeriscono quindi che gli interventi di politica sanitaria degli ultimi anni abbiano avuto nel complesso un impatto sostanzialmente positivo sul sistema ospedaliero. Occorre tenere presente, tuttavia, che tale conclusione deve essere interpretata con cautela, non essendo disponibili delle valutazioni rigorose della qualità dell'assistenza sanitaria prestata e dell'impatto a lungo termine sulla salute dei cittadini. Ad esempio, sebbene il tasso di mortalità generale dell'Abruzzo sia tra i più bassi d'Italia, i dati risalgono all'anno 2007. Solo quando saranno resi disponibili i tassi degli anni successivi si potranno avere indicazioni più precise sulla validità dell'ipotesi formulata.

Detto ciò, permangono margini di miglioramento in diversi ambiti, tra cui le liste di attesa, che dalle rilevazioni a campione risultano essere in molti casi oltre livelli accettabili per un sistema universalistico. Inoltre, l'analisi dei DRG potenzialmente inappropriati (LEA) evidenzia come nel 2010 il ricorso al ricovero in regime ordinario fosse ancora troppo diffuso per diverse patologie che possono essere trattate con efficacia in regime diurno o ambulatoriale (ad esempio, oltre il 95% dei ricoveri per aterosclerosi senza complicanze era svolto in regime ordinario, come il 78% dei ricoveri per ipertensione). Ancora, la percentuale di parti effettuati mediante taglio cesareo è rimasta sostanzialmente invariata (43,7%) e superiore alla media nazionale. Infine, tre dei quattro ospedali pubblici di riferimento mostrano un tasso di occupazione medio dei posti letto elevato, se non elevatissimo (L'Aquila; 105%), ed in due ASL (Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti) è evidente una disomogeneità nell'utilizzo di posti letto: da un lato i due ospedali di riferimento sono molto (o sopra) sfruttati, dall'altro lato i presidi decentrati mostrano tassi di occupazione bassi, con punte sotto il 60%.

Relativamente al territorio, negli ultimi anni il consumo e la spesa farmaceutica territoriale pro-capite sono cresciuti in misura maggiore rispetto al resto della nazione, tanto che l'Abruzzo risulta oggi la settima tra le regioni a più alta spesa pro-capite per farmaci (oltre 230 euro l'anno). È aumentato anche il numero medio di assistiti per ciascun Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta, pari a 1042 e 902 individui, rispettivamente. Ciò è tuttavia avvenuto anche nel resto d'Italia, e tali valori sono comunque migliori rispetto ai valori medi nazionali. Se la distribuzione di Medici di Medicina Generale è uniforme tra le ASL, i Pediatri sono invece maggiormente concentrati nelle ASL di Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti (dove vi sono circa 830 bambini per pediatra), con un certo squilibrio rispetto alle ASL di Teramo e Avezzano-Sulmona-L'Aquila (nelle quali si osservano circa 1000 bambini per pediatra). Infine, gli ultimi dati disponibili sulle residenze assistenziali (RSA ed RA) continuano a segnalare un tasso di posti letto nettamente inferiore alla media nazionale, al contrario del tasso di assistiti tramite assistenza domiciliare integrata, che era leggermente superiore alla media nazionale nel 2008 e che è cresciuto dell'82% nel 2010. Relativamente alle cure domiciliari, è tuttavia da segnalare una marcata disomogeneità tra le ASL nella dotazione di personale, con un numero medio di assistiti per unità di personale nettamente inferiore nelle ASL di Pescara e Avezzano-Sulmona-L'Aquila, rispetto alle due ASL rimanenti.

Per quanto concerne la prevenzione e gli stili di vita, i risultati dei programmi vaccinali sono sostanzialmente in linea con il resto d'Italia. Sono nettamente migliori rispetto alla media i tassi di copertura per lo screening del carcinoma della cervice uterina, mentre sono crollate intorno allo 0% le coperture per gli screening del tumore della mammella e del cancro del colon-retto. Infine, sono stabili le percentuali di fumatori (22,1%) e obesi (11,7%), mentre sono in calo i ricoveri per abuso di sostanze stupefacenti, sebbene questi ultimi due valori continuino ad essere nettamente superiori alla media nazionale.

3. Popolazione (Tavola 1; Figure 1-9)

La popolazione residente in Abruzzo continua a crescere, di poco, ma costantemente e in tutte le province (Tavola 1 e Figura 1). Nel 2010, risiedevano in Abruzzo 1.338.898 persone, ovvero 39.626 in più rispetto all'anno 2005 (+3,0%). L'aumento di popolazione in Abruzzo risulta del tutto in linea con il resto d'Italia: dai 58.607.044 residenti del 2005, si era arrivati nel 2009 a 60.192.696 (+2,7%). La provincia abruzzese dove si è osservato il maggiore incremento nel numero di residenti è Teramo (+5,2%; n=15527), seguita da Pescara (4,3%), mentre aumenti più contenuti si sono osservati a Chieti e L'Aquila (rispettivamente, 1,5% e 1,7%).

Come si può osservare nelle Figure 2 e 3, l'aumento della popolazione residente, in Abruzzo come del resto in Italia, si deve quasi interamente alla crescita, marcata e costante, dei cittadini stranieri residenti, che sono passati dai 38.582 del 2005 ai 75.708 del 2010 (ovvero dal 3,0% della popolazione totale al 5,7%; quasi raddoppiando). Ciò si è verificato in tutte le province, tra le quali Teramo mostra la più alta percentuale di stranieri (7,4% della popolazione totale).

Probabilmente a causa dell'aumento di cittadini stranieri, quasi sempre di età non avanzata, la percentuale di residenti anziani è rimasta sostanzialmente stabile (intorno al 21,3% a livello regionale) a partire dall'anno 2007, prima del quale si era invece registrato una costante crescita nella quota di anziani (Figura 4). Questo fenomeno si osserva in tutte le province, tra le quali, infatti, Teramo mostra la più alta quota di stranieri e anche la più bassa quota di anziani (20,3%). Nel complesso, la percentuale di anziani in Abruzzo è oggi in linea con il valore nazionale (20,2%). Come si può notare nella Figura 5, anche l'indice di vecchiaia / invecchiamento (N. di anziani / N. soggetti di età ≤ 14 anni) appare sostanzialmente stabile negli ultimi 5 anni, e nel 2010 è pari a 163 a livello regionale. In concreto, ciò significa che in Abruzzo ci sono 163 anziani ogni 100 giovani. Nel contesto italiano, questo valore è tra i più elevati, essendo nettamente superiore sia alla media nazionale (144 nel 2009) che alla media delle regioni del Sud o del Centro Italia (116 e 119, rispettivamente, sempre nel 2009). Tipicamente, sia la quota di anziani che l'indice di vecchiaia possono essere assai diversi anche all'interno di una stessa provincia, per cui risulta importante fornire una panoramica della loro distribuzione sul territorio, come ad esempio quella mostrata nelle Figure 6 e 7. Si nota come alcuni comuni dell'entroterra abruzzese presentino percentuali di anziani ed indici di vecchiaia anche elevatissimi (rispettivamente, oltre il 30% e oltre 300), confermando il percepito grave invecchiamento della popolazione in alcune zone collinari o montane.

Infine, per ciò che concerne la speranza di vita alla nascita, come nel resto d'Italia anche in Abruzzo questa continua a crescere nel lungo periodo sia per i maschi (Figura 8) che per le femmine (Figura 9), ed è relativamente omogenea tra le province. Purtroppo, gli ultimi dati disponibili stratificati per provincia risalgono all'anno 2008, per cui le valutazioni delle variazioni temporali per provincia sono state svolte con i dati degli anni precedenti al 2008, fino al 2003. Al contrario, i dati complessivi per regione sono disponibili fino al 2010 incluso. A livello regionale, nel 2010 la durata media della vita dei maschi e delle femmine residenti in Abruzzo era pari, rispettivamente, a 79,1 e 84,8 anni (valori sostanzialmente in linea con la media nazionale, rispettivamente di 79,2 e 84,4 anni). Rispetto all'anno 2003, nel 2010 gli abruzzesi di ogni provincia mostravano una speranza di vita superiore di almeno un anno. La crescita, in ogni caso, è stata leggermente più contenuta per i maschi.

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

Provincia	2005	Var. % 06-05	2006	Var. % 07-05	2007	Var. % 08-05	2008	Var. % 09-05	2009	Var. % 10-05	2010
L'AQUILA	304068	0.3	305101	0.4	305400	1.2	307643	1.7	309131	1.7	309264
TERAMO	296063	0.9	298789	1.7	301188	3.4	306067	4.7	309838	5.2	311590
PESCARA	307974	0.6	309947	1.3	311896	2.5	315825	3.6	319209	4.3	321192
CHIETI	391167	0.1	391470	0.0	391313	0.8	394452	1.4	396497	1.5	396852
REGIONE	1299272	0.5	1305307	0.8	1309797	1.9	1323987	2.7	1334675	3.0	1338898

Var. % = Variazione percentuale.

Figura 1.

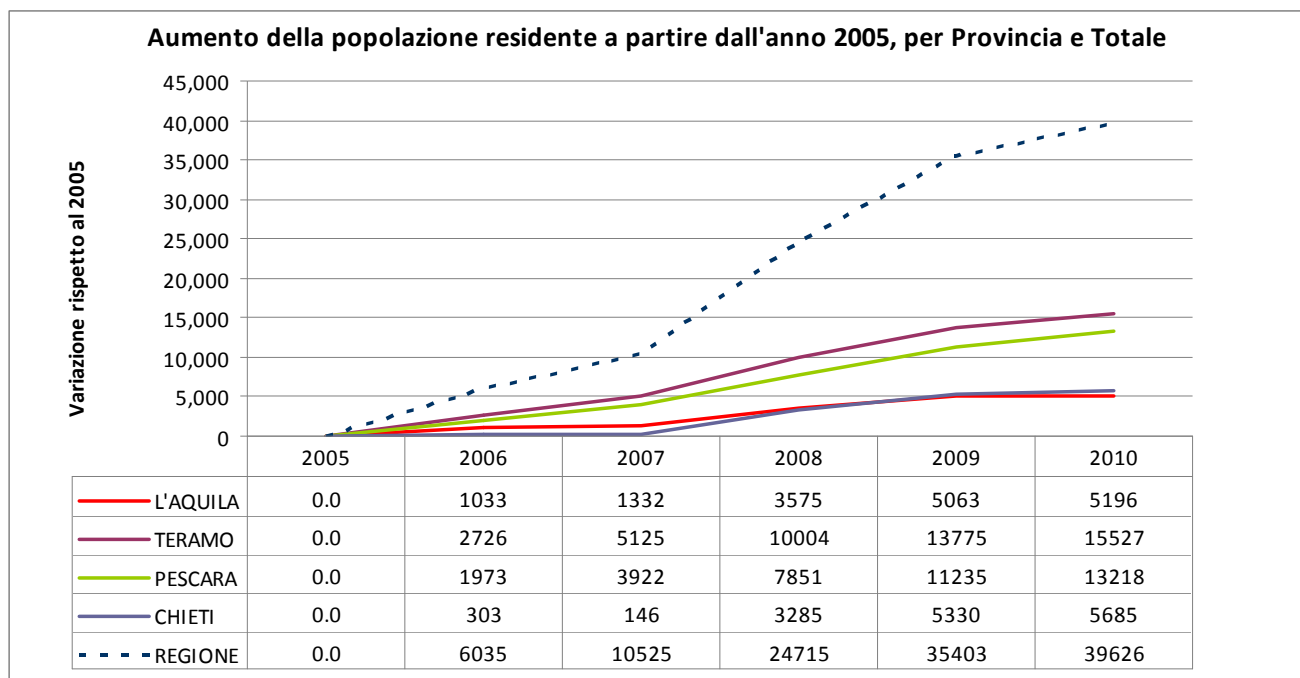


Figura 2.

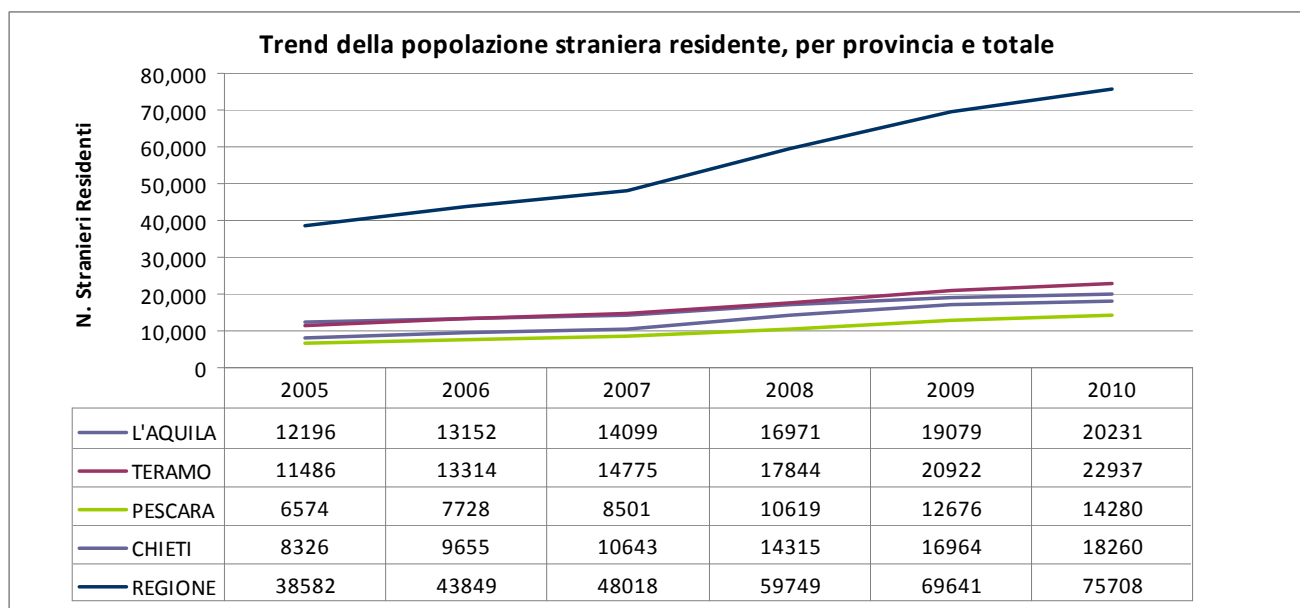


Figura 3

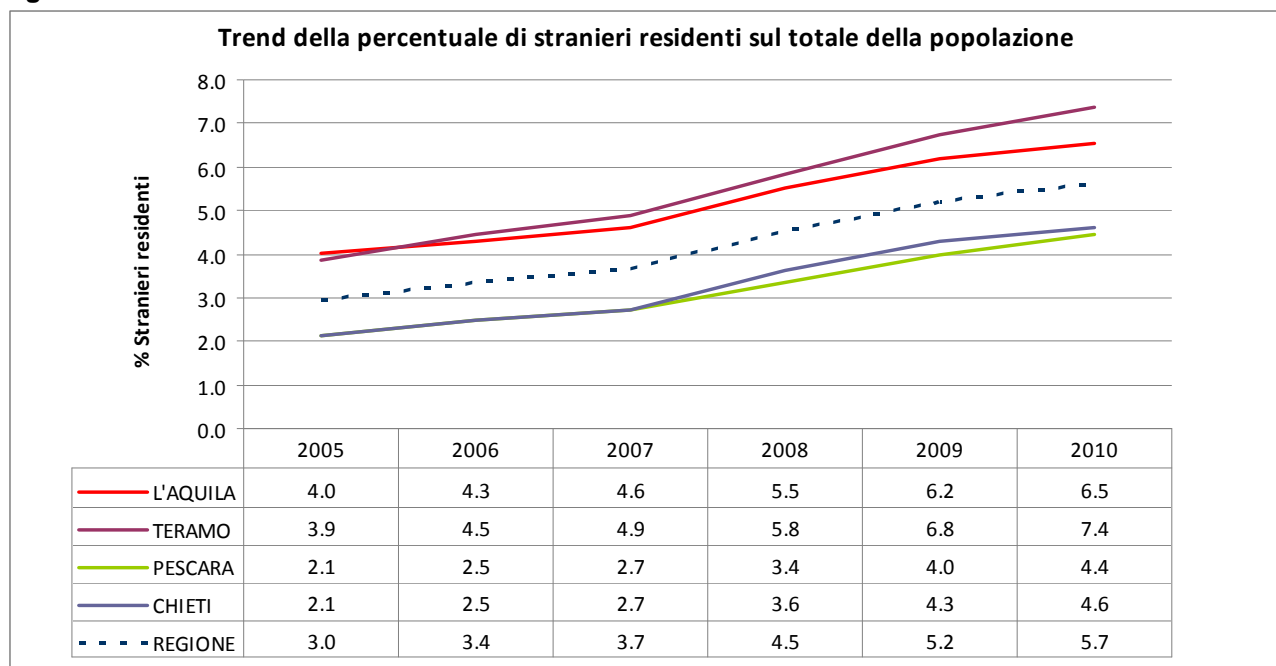


Figura 4.

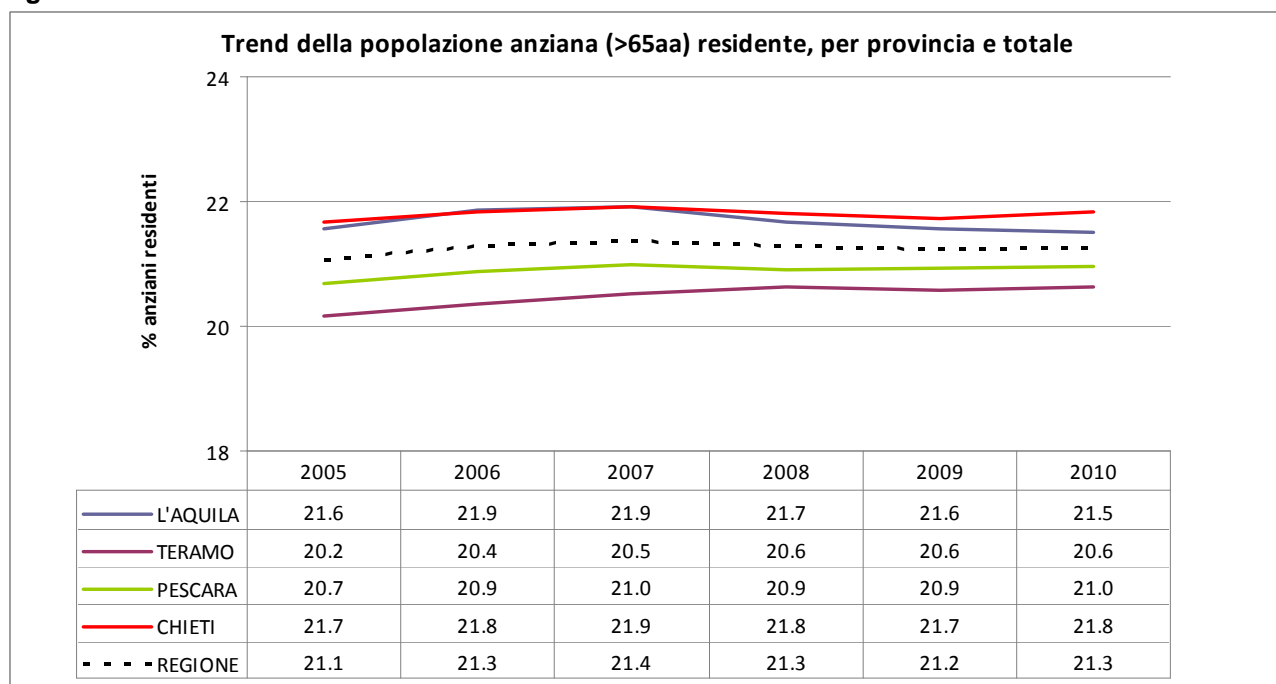


Figura 5.

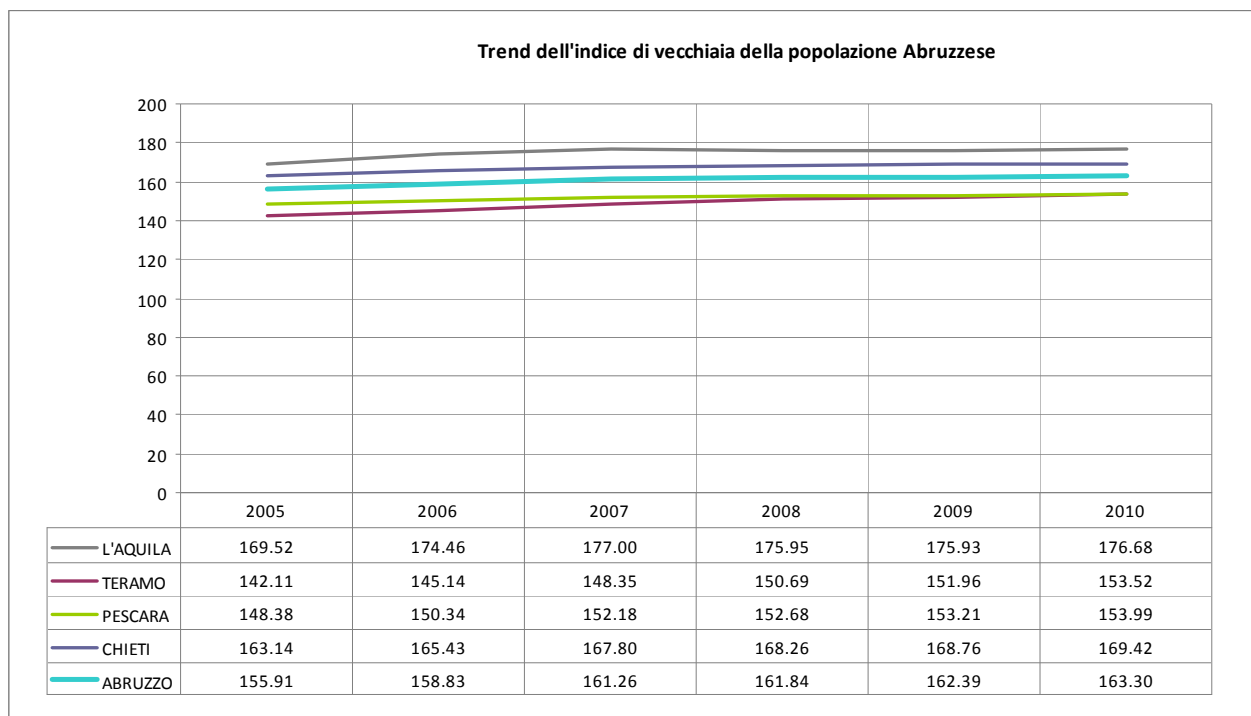


Figura 6.

Percentuale di ultrasessantacinquenni per comune

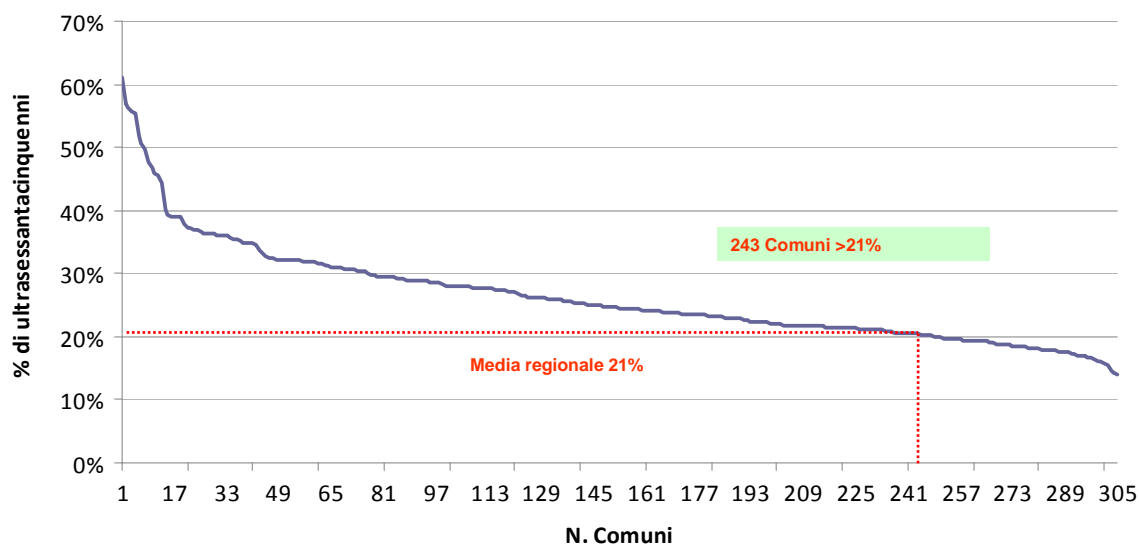


Figura 7.

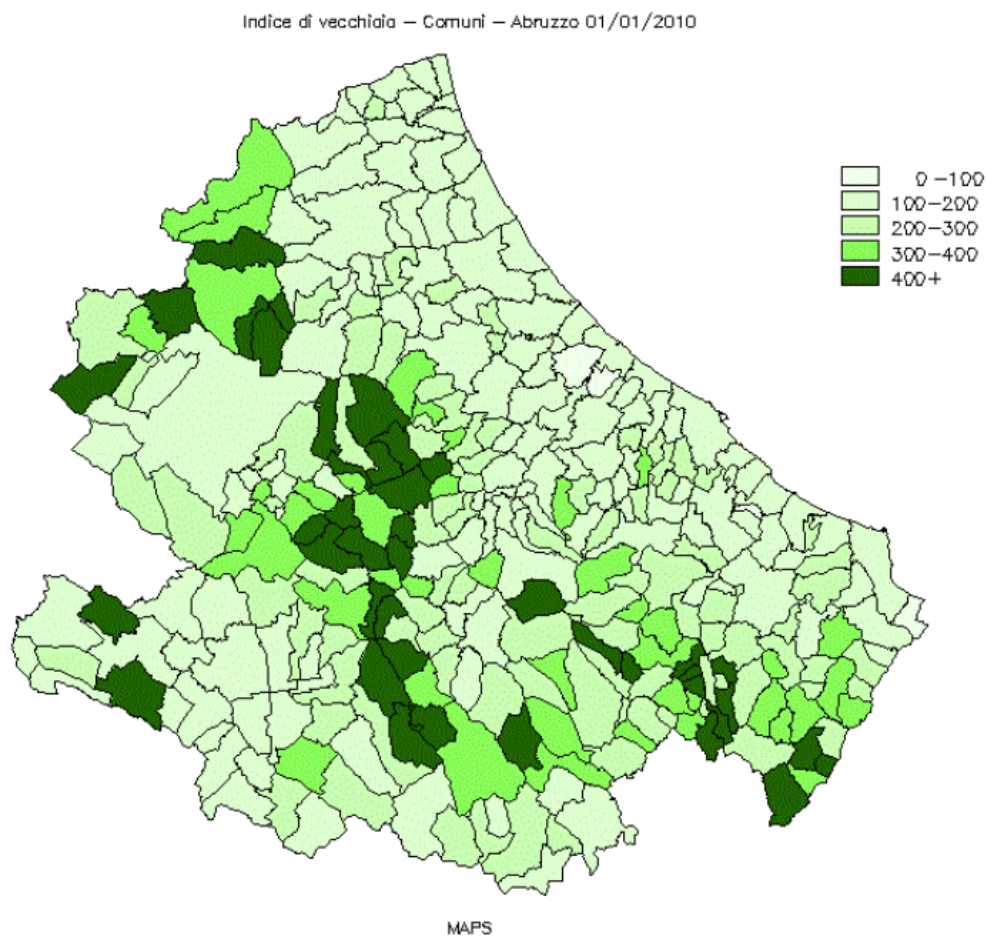


Figura 8. Trend della speranza di vita alla nascita – Maschi.

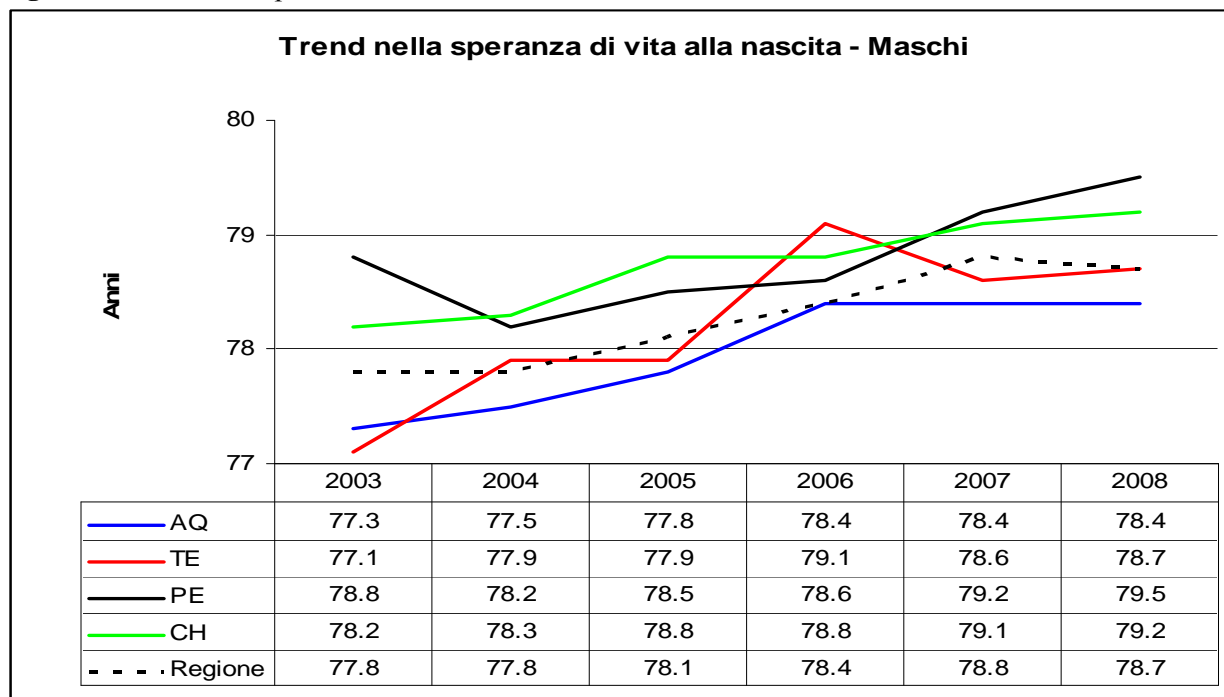
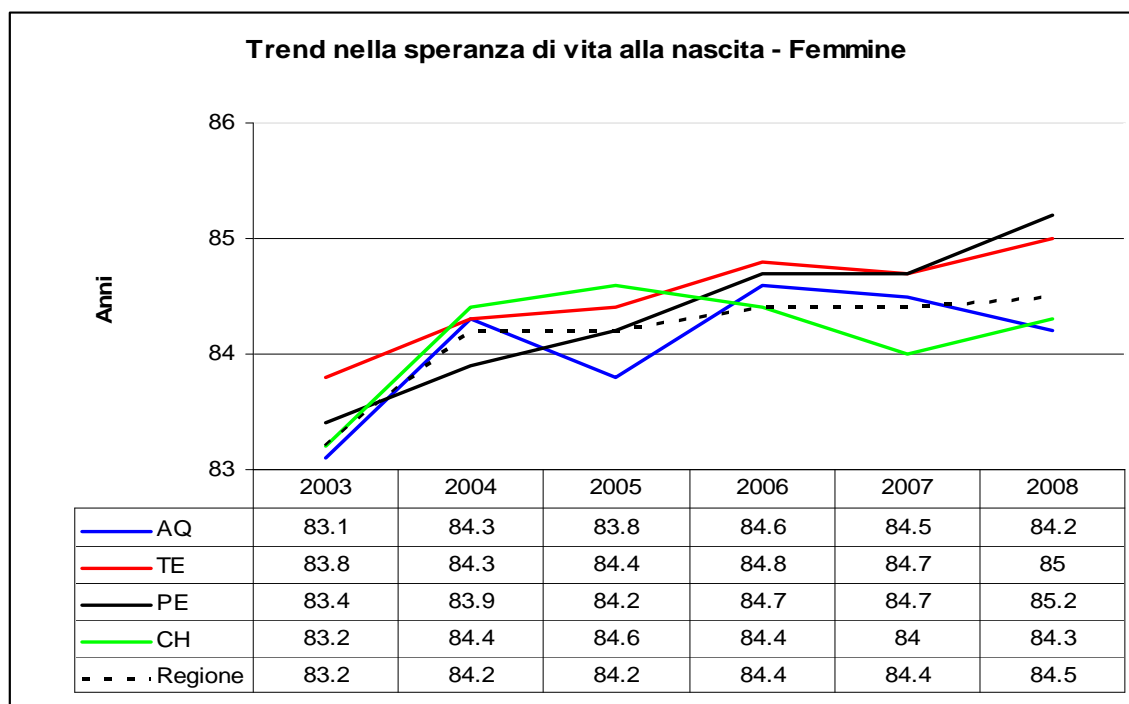


Figura 9. Trend della speranza di vita alla nascita – Femmine.



4. Salute e bisogni della popolazione

4.1. Tassi di ospedalizzazione per tutte le cause (Figure 10-11)

Nella grande maggioranza dei rapporti sullo stato di salute delle popolazioni, l'indicatore principale che viene impiegato per valutare la domanda di assistenza è il tasso di ospedalizzazione specifico per causa, standardizzato per età (con metodo diretto, a classi quinquennali). Ove siano disponibili i dati, risultano molto utili anche analisi dei registri di patologia e della mortalità causa-specifica. Purtroppo, in Abruzzo non sono al momento attivi registri di patologia diffusi su tutto il territorio, e gli ultimi dati disponibili sulla mortalità causa-specifica si fermano all'anno 2007, per il livello regionale, al 2001 per il livello provinciale. Essi non possono quindi essere utilizzati, in ogni caso, per esplorare l'andamento dello stato di salute nell'ultimo triennio. Di conseguenza, l'unico indicatore considerato affidabile rimane il tasso di ospedalizzazione specifico per causa. Tuttavia, al fine di permettere una corretta interpretazione dei risultati che sono mostrati in questo capitolo, è doverosa una premessa concettuale e metodologica.

A causa di diversi fattori, tra i quali di certo anche le numerose misure dei governi regionali (coordinate o meno dai commissari ministeriali) finalizzate al contenimento della spesa sanitaria, negli ultimi cinque anni il numero di ricoveri è diminuito in modo francamente eccezionale. Come si può notare infatti dalla Figura 10, il tasso standardizzato per età di ricovero è calato drasticamente e costantemente, in tutte le province. A livello regionale, nel 2005 il tasso di ospedalizzazione standardizzato per tutte le cause era pari al 278,3 x 1000 abitanti; nell'anno 2010 lo stesso tasso era invece 193,5, con una riduzione del 30,5%.

Questo dato deve essere tenuto a mente per poter interpretare correttamente i vari trend di ricovero per le diverse patologie. Per la grande maggioranza delle malattie, infatti, il tasso di ricovero è drasticamente calato negli ultimi anni, riflettendo il trend generale. Ciò non può essere interpretato, tuttavia, con una semplice manifestazione della riduzione dell'incidenza delle malattie nella popolazione abruzzese. È infatti molto probabile che il tasso di ricovero fosse eccessivamente alto nel passato recente (anche perché il tasso abruzzese era costantemente il più elevato tra le regioni italiane, perlomeno fino al 2006), e sia ora più vicino al fabbisogno reale della popolazione. Di conseguenza, sebbene questi dati siano teoricamente positivi, suggerendo una diminuzione dell'incidenza delle varie malattie (cosa che peraltro potrebbe essere effettivamente avvenuta, ma difficilmente in queste proporzioni), non è possibile avere la certezza di un reale miglioramento nel tempo dello stato di salute della popolazione, anche perché il tasso di ospedalizzazione generale, per quanto sceso, continua ad essere più elevato rispetto alla media nazionale, pari al 173 x 1000 nell'anno 2010 (dati provvisori del Ministero della Salute). Pur con queste cautele, ed in attesa che anche nella nostra regione siano disponibili i dati sulla mortalità specifica per causa e si attivino registri di patologia, è in ogni caso utile presentare i dati relativi ai tassi di ospedalizzazione causa-specifici, poiché essi rappresentano l'unico indicatore attualmente esistente e riconosciuto per il confronto con altri benchmark anche a livello nazionale.

Un discorso a parte meritano, infine, i dati relativi alla mobilità passiva. Come si può evincere già dal trend generale, mostrato nella Figura 11, la quota di cittadini che si sono ricoverati fuori regione è rimasta sostanzialmente stabile, con lievi scostamenti anche tra le province. Per quanto l'Abruzzo mostri il quinto tasso di ricovero fuori regione più elevato tra le regioni italiane (32,6 nel 2010), e assai più alto rispetto alla media nazionale (inferiore a 15), è importante notare come, a fronte della marcata riduzione di ricoveri intra-regionali, non si sia assistito ad un drastico aumento dei ricoveri fuori regione, come sarebbe invece stato possibile ipotizzare. Questo rafforza l'ipotesi che, negli anni passati, molti dei ricoveri ospedalieri fossero in effetti non essenziali. In ultimo, è da notare che, per quanto sostanzialmente stabili nel numero, a causa della drastica riduzione dei ricoveri intra-regionali la percentuale di ricoveri effettuati fuori regione è cresciuta in modo marcato, dando l'impressione che sia cresciuto il ricorso a strutture extraregionali per compensare il mancato ricovero in strutture intra-regionali. Questa interpretazione è errata poiché, come detto, la crescita del numero di ricoveri fuori regione è stata in realtà molto limitata. Per chiarire meglio il concetto, se i ricoveri extra-regione erano 1000 nel 2005, e tali sono rimasti nel 2010, mentre i ricoveri intra-regionali erano 9000, e sono divenuti 4000 nel 2010, la percentuale di ricoveri fuori-regione è salita dal 10%, nel 2005, al 20% nel 2010, ma questo non significa che essi siano effettivamente aumentati di numero.

Figura 10. Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per tutte le cause (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni).

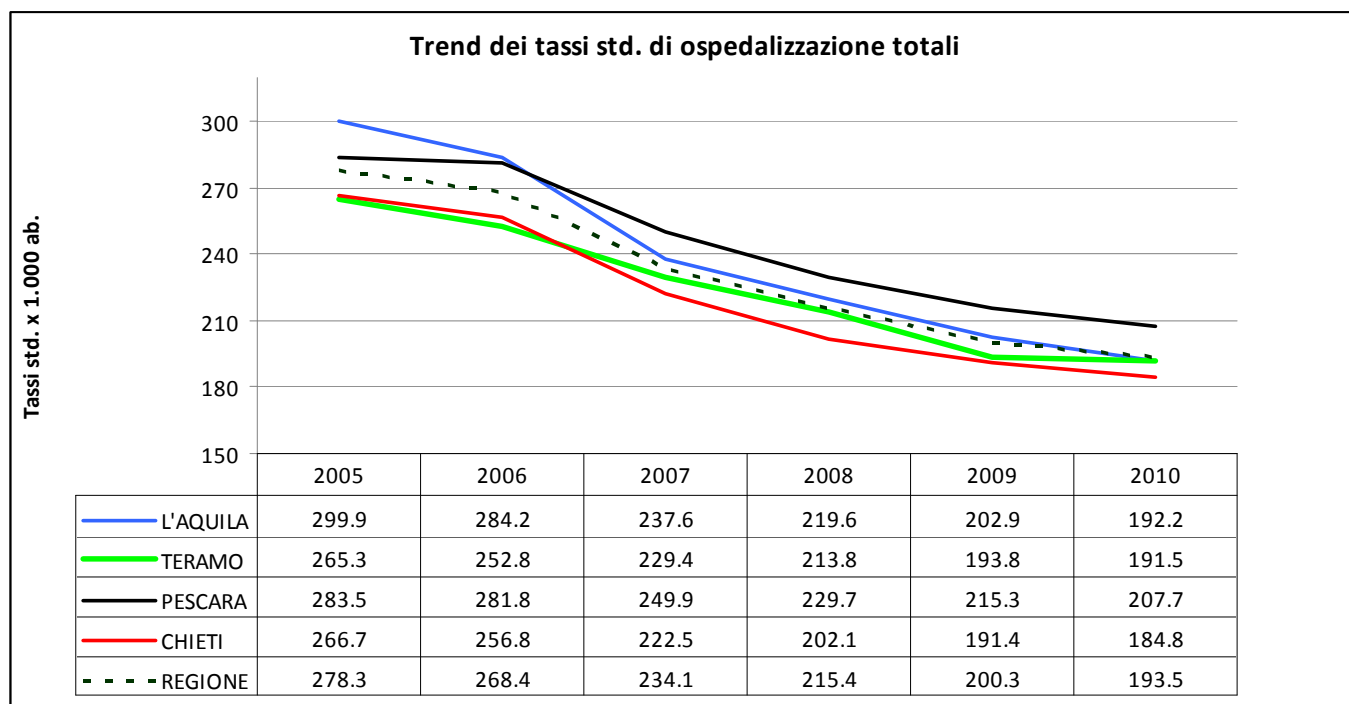
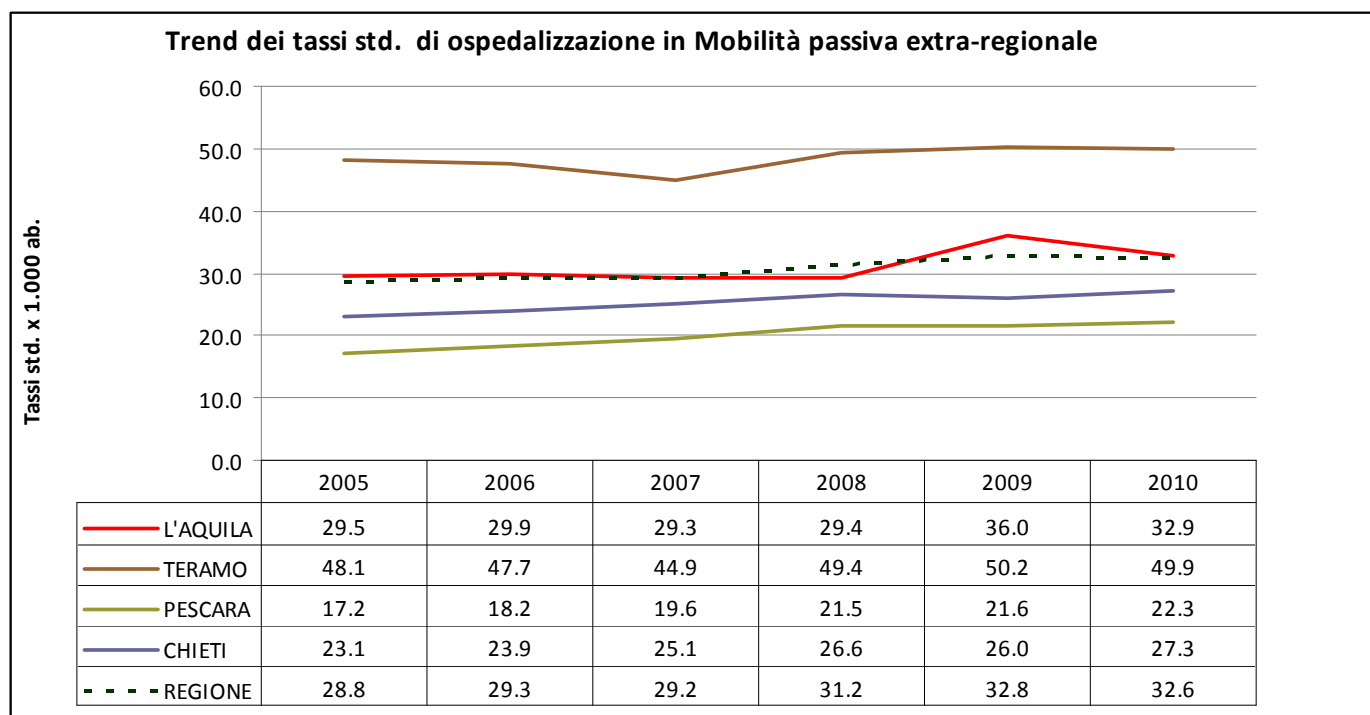


Figura 11. Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per tutte le cause (acuti e lungodegenza, ordinari e diurni) effettuati da residenti in Abruzzo in strutture situate fuori regione (mobilità passiva).



4.2. Disturbi cardio- e cerebro-vascolari (Figure 12 e 13)

Come era logico attendersi, alla luce della riduzione generalizzata dei ricoveri, il tasso standardizzato di ricovero per le malattie del sistema cardio- e cerebro-vascolare ha mostrato una drastica e costante riduzione negli ultimi cinque anni (-30,2% a livello regionale - Figura 12), peraltro in linea con la diminuzione del tasso di ospedalizzazione per tutte le cause (30.5%). Tale riduzione è stata relativamente simile nelle varie province, e le differenze una volta marcate si sono ora ridotte (min. 254.0 x 10.000 abitanti di Chieti; max. 290.0 de L'Aquila). Nel confronto con il resto d'Italia, gli ultimi dati disponibili standardizzati sono riferiti all'anno 2009; poiché anche nel 2009 il tasso di ricovero per patologie cardio- e cerebro-vascolari era significativamente più basso della media nazionale, è logico attendersi che anche nel 2010 tale risultato sia confermato.

Relativamente alla mobilità passiva (Figura 13), si conferma il trend generale, dove il tasso di ricovero in strutture extra-regionali mostra un aumento talmente moderato da potersi definire sostanzialmente stabile (ad eccezione della provincia di Chieti, dove il numero di ricoveri fuori regione risulta essere cresciuto sensibilmente: + 23%).

Figura 12.

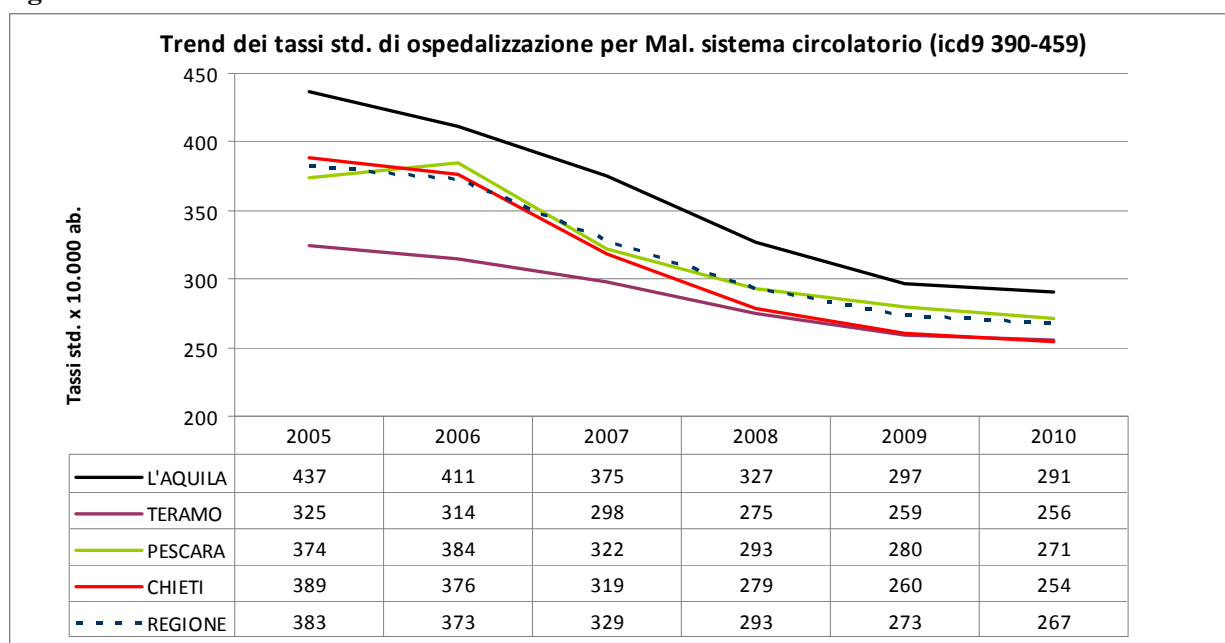
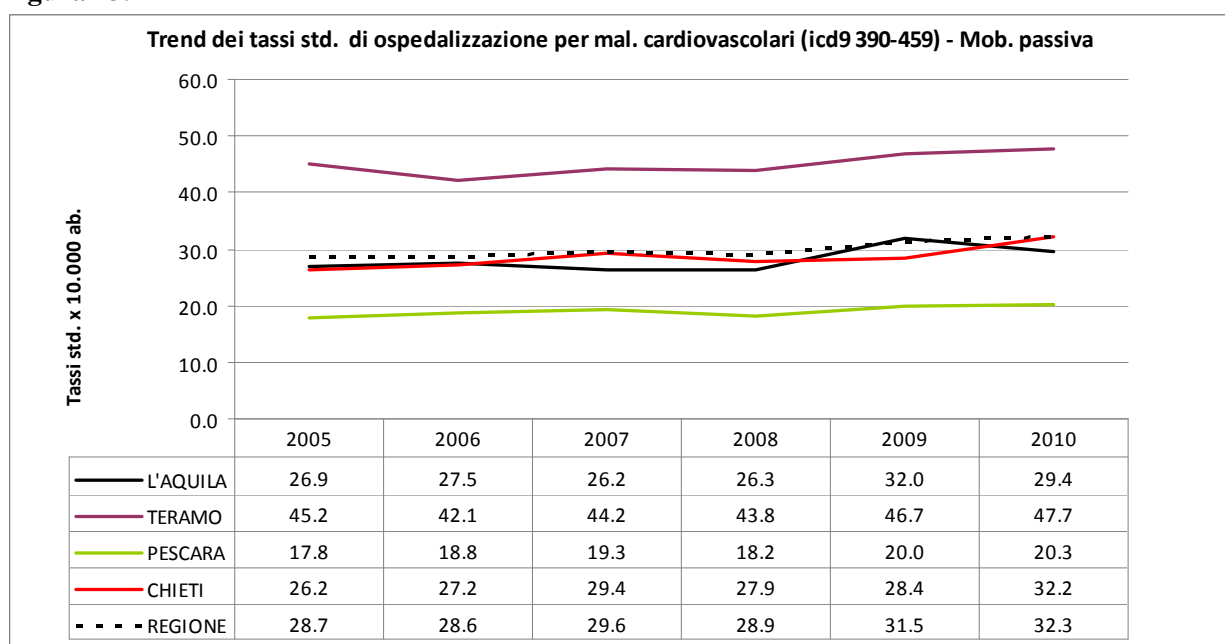


Figura 13.



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

4.3. Tumori (Figure 14 e 15)

Per le patologie tumorali valgono le stesse considerazioni fatte nel capitolo precedente: anche in questo caso si osserva una riduzione generalizzata del tasso standardizzato di ricovero, sebbene tale riduzione si di minore entità (-19,4% a livello regionale dal 2005 al 2010 – Figura 14), forse anche a causa dell'aumento generale dei casi prevalenti (a sua volta causato dall'invecchiamento della popolazione e della sopravvivenza post-malattia). Come per i disturbi circolatori, il tasso di ricovero per tumori in Abruzzo era inferiore, seppure di poco, alla media nazionale, per cui è lecito attendersi che tale risultato sia confermato nel 2010.

A differenza delle patologie cardio- o cerebro-vascolari, tuttavia, la mobilità passiva appare in aumento in tutte le province, in modo lieve ma costante (+14,4% complessivo dal 2005), con la significativa eccezione di Teramo (Figura 15).

Figura 14.

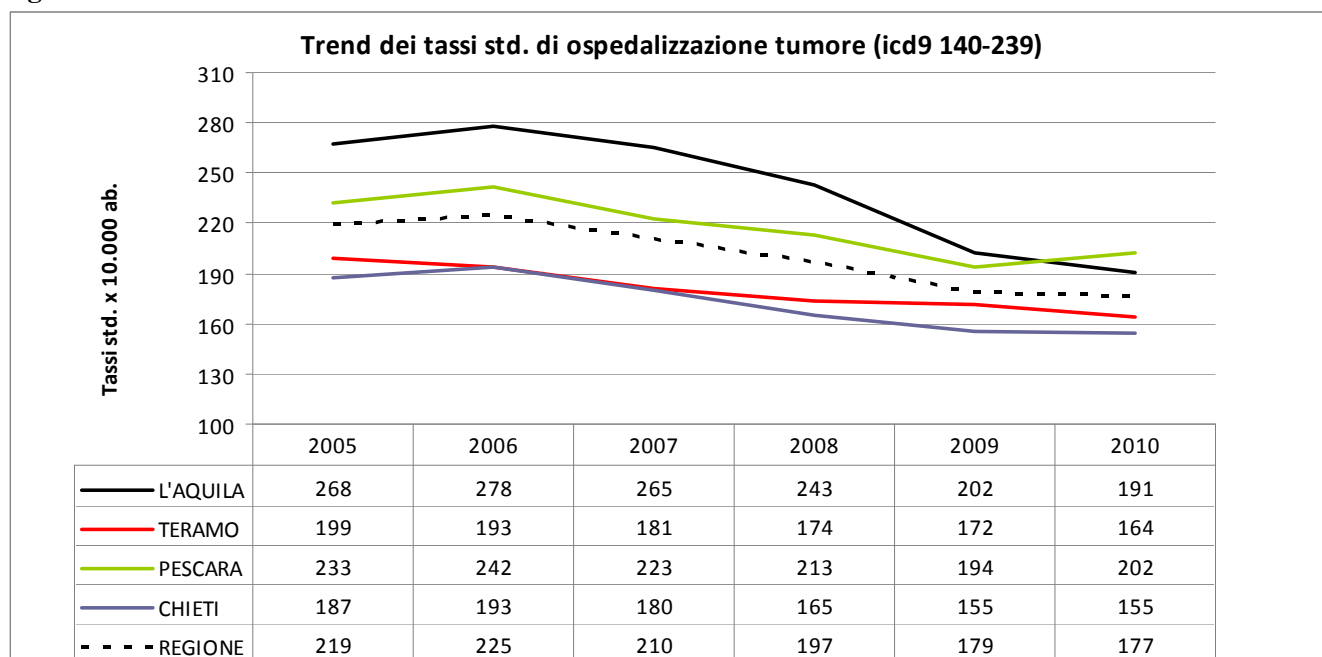
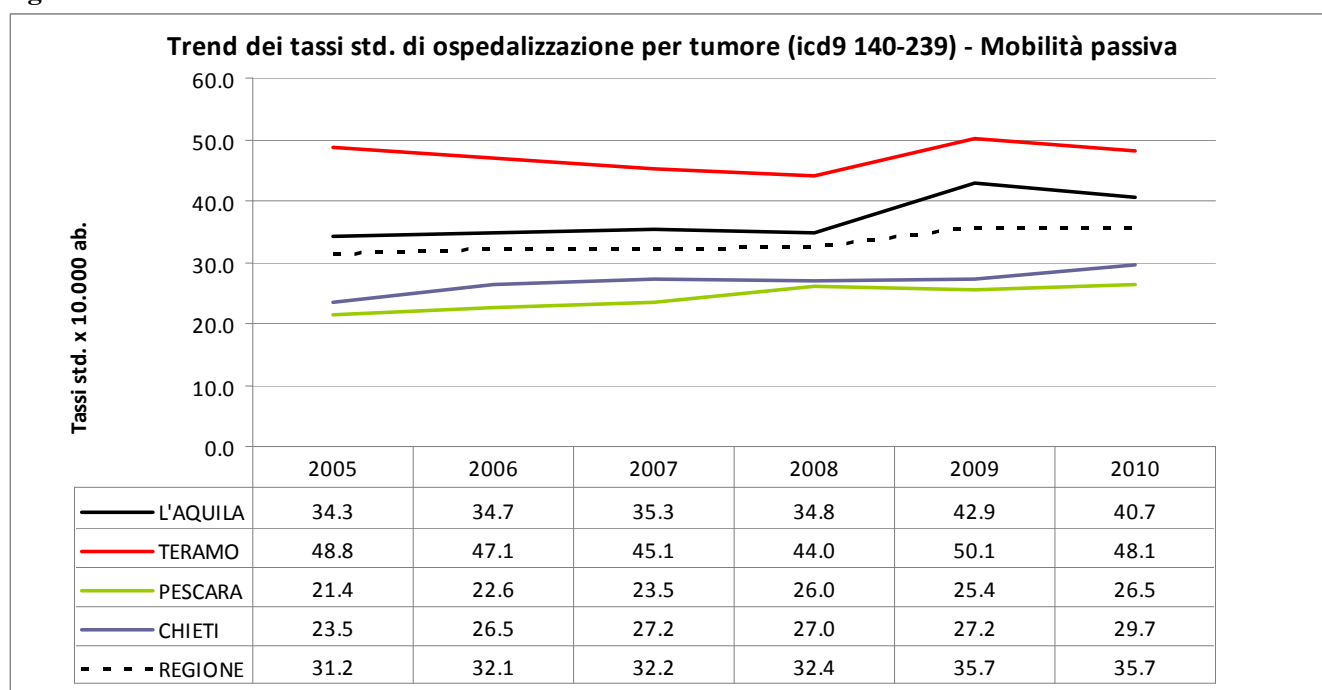


Figura 15.



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

4.4. Disturbi dell'apparato digerente (Figure 16 e 17)

Per le patologie dell'apparato digerente valgono le stesse considerazioni fatte per il tasso ricovero per tutte le cause: anche in questo caso si osserva una riduzione generalizzata del tasso standardizzato di ricovero, di entità lievemente superiore al tasso generale di ospedalizzazione (-33,8% a livello regionale dal 2005 al 2010 – Figura 16); la mobilità passiva appare sostanzialmente stabile in tutte le province (Figura 17). Interessante notare, che, nonostante il forte calo dei ricoveri osservato, nel 2009 il tasso abruzzese continuava a rimanere al di sopra della media nazionale.

Figura 16.

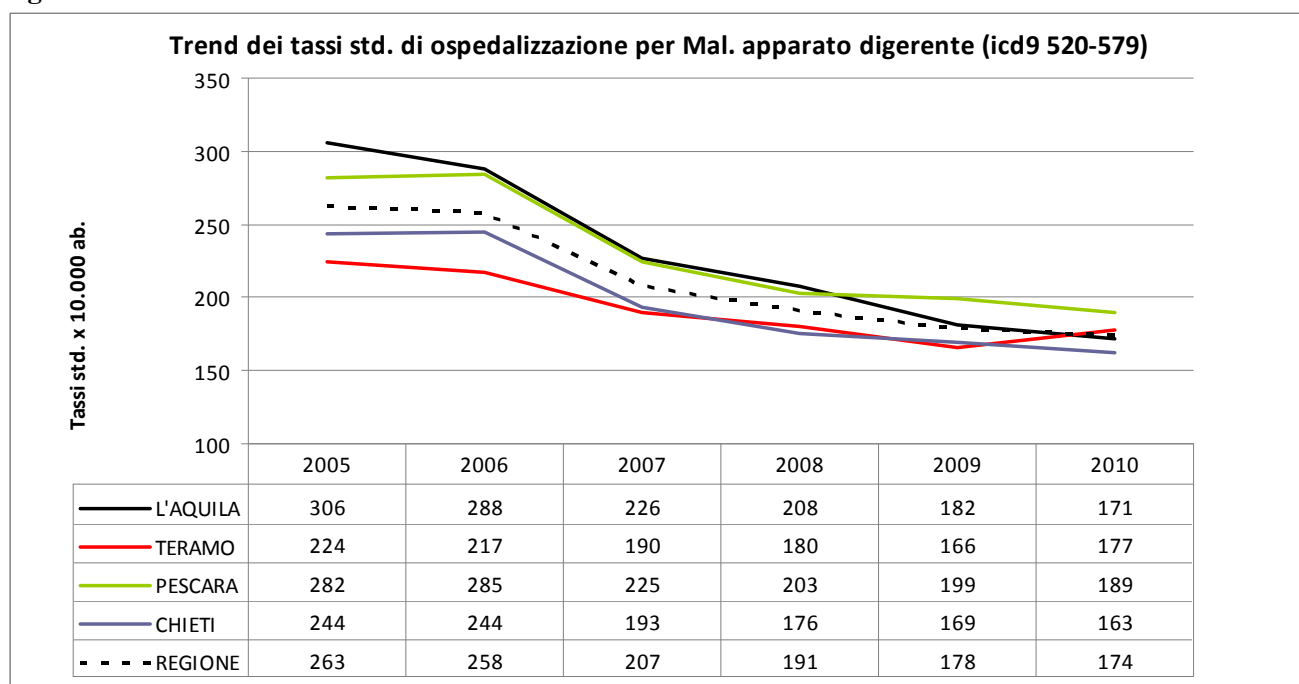
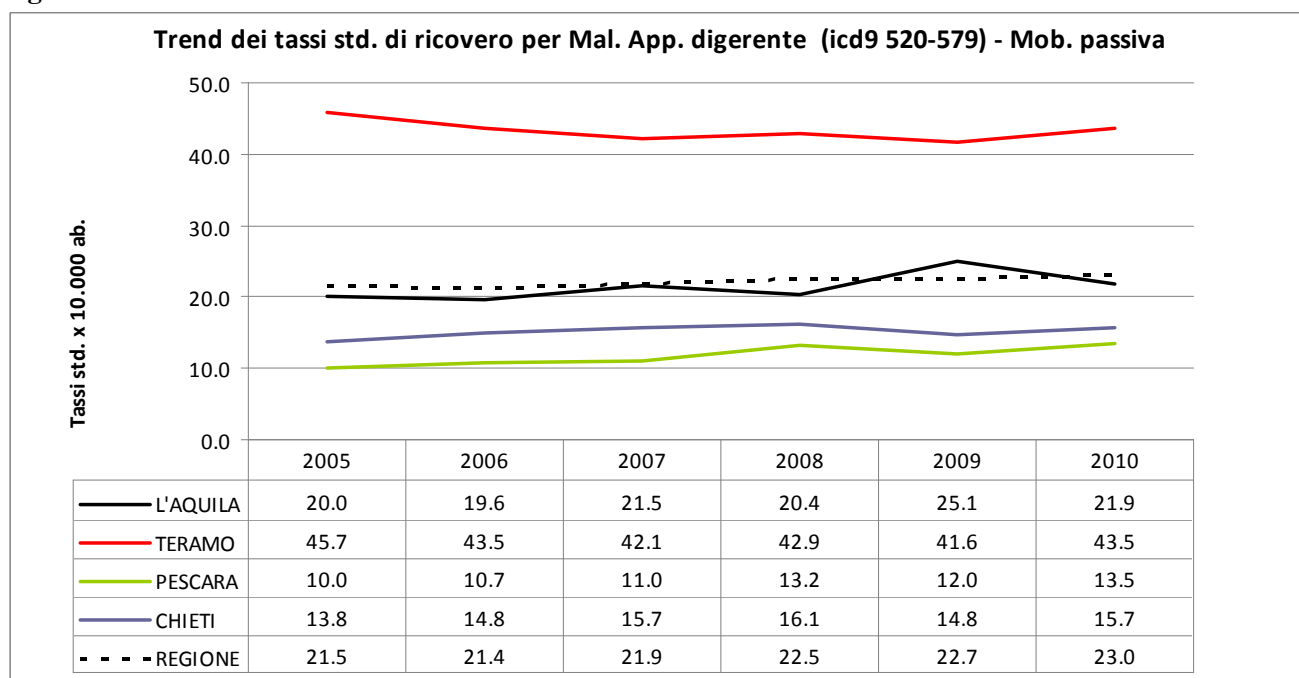


Figura 17.



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

4.5. Malattie respiratorie (Figure 18 e 19)

Anche per le patologie dell'apparato respiratorio valgono le stesse considerazioni fatte per il tasso ricovero per tutte le cause: si osserva una riduzione generalizzata del tasso standardizzato di ricovero, di entità lievemente superiore al tasso generale di ospedalizzazione (-32,4% a livello regionale dal 2005 al 2010 – Figura 18); e la mobilità passiva appare sostanzialmente stabile in tutte le province (Figura 19). Anche in questo caso, nonostante il forte calo dei ricoveri osservato, nel 2009 il tasso abruzzese continuava a rimanere leggermente superiore alla media nazionale.

Figura 18.

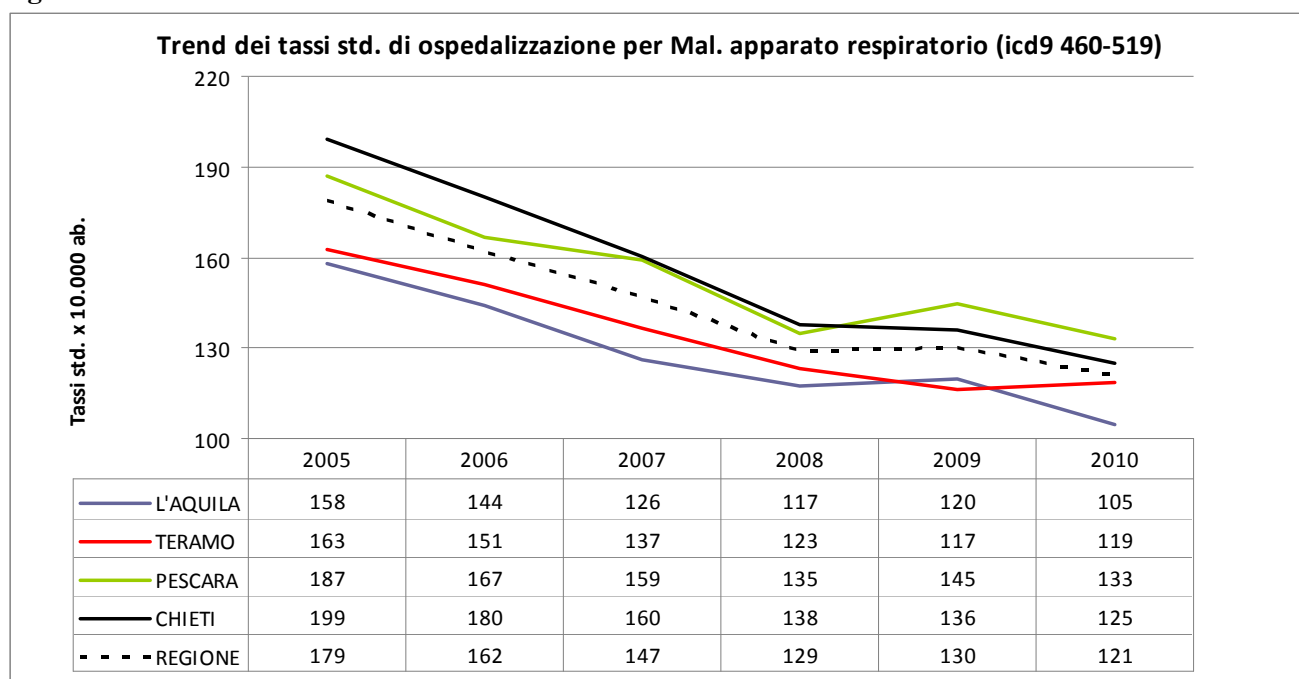
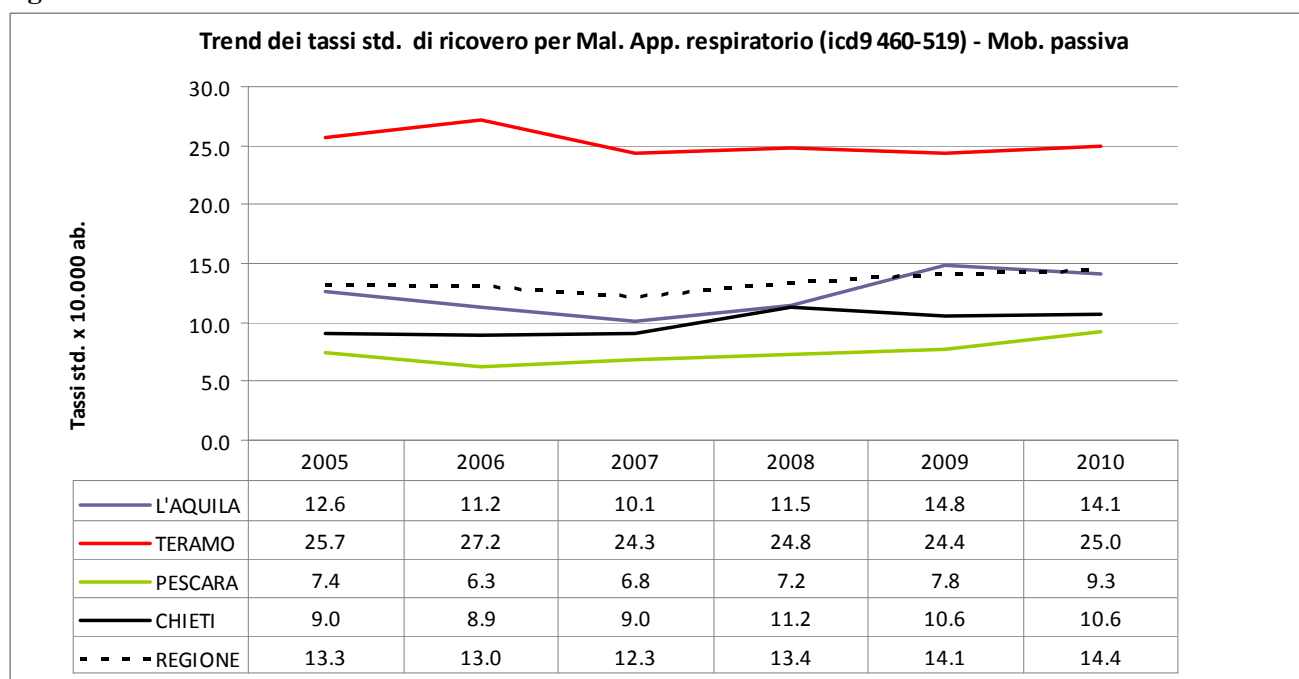


Figura 19.



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

4.6. Disturbi psichici (Figure 20 e 21)

Relativamente ai ricoveri per disturbi psichici, oltre alle misure di tipo amministrativo e organizzativo centrale, che hanno agito su tutti i ricoveri, è probabile che si siano aggiunti anche altri fattori favorevoli la riduzione del tasso di ricovero, calato addirittura del 45,9% a livello regionale, dal 2005 al 2010 (Figura 20). Tra questi fattori, ad esempio, le numerose iniziative di creazione di una rete efficiente dei servizi sanitari e sociali del territorio, e la progressiva messa a regime delle iniziative previste dal Progetto Obiettivo “Tutela della Salute Mentale” (DPR 10.11.1999). Il decremento dei ricoveri ha interessato tutte le province, e come per la maggioranza delle altre patologie anche in questo caso si è osservato un trend di sostanziale stabilità per la mobilità passiva (Figura 21). Rispetto alle altre regioni italiane, l’Abruzzo, nel passato la regione con il tasso di gran lunga più elevato, si è ormai allineato con la media nazionale, che nel 2009 era solo di poche unità inferiore al tasso abruzzese.

Figura 20.

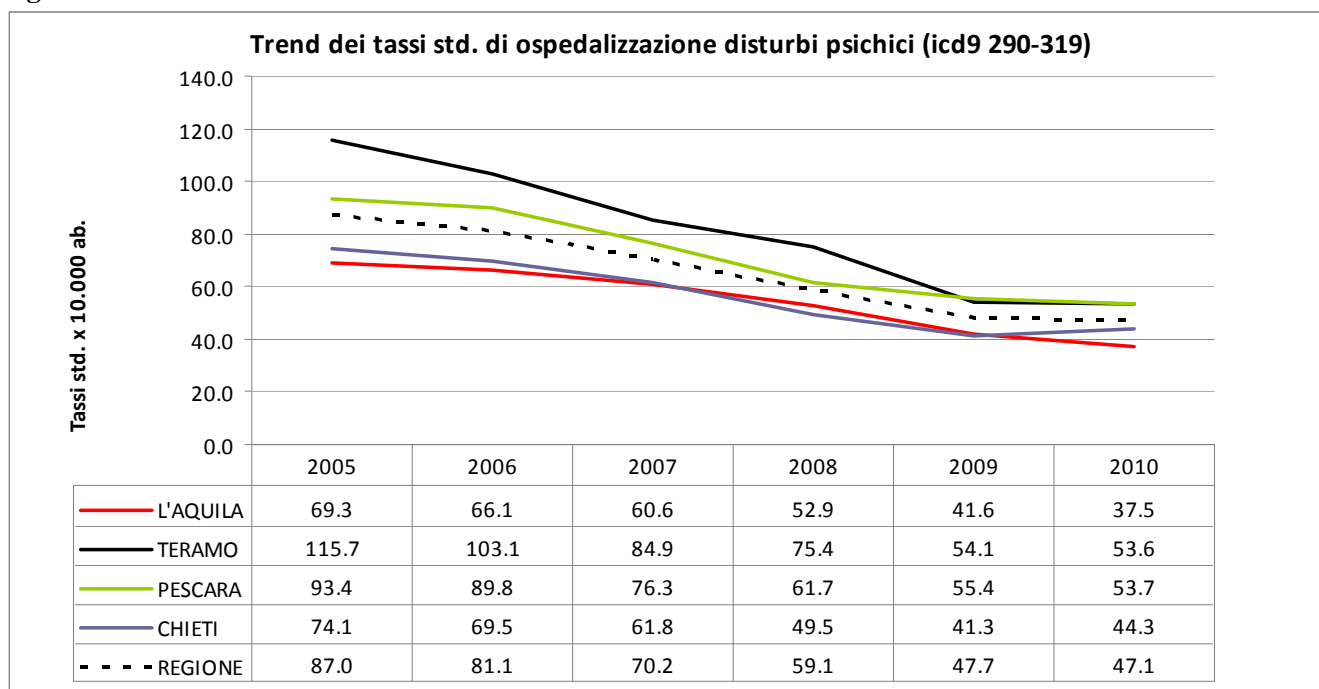
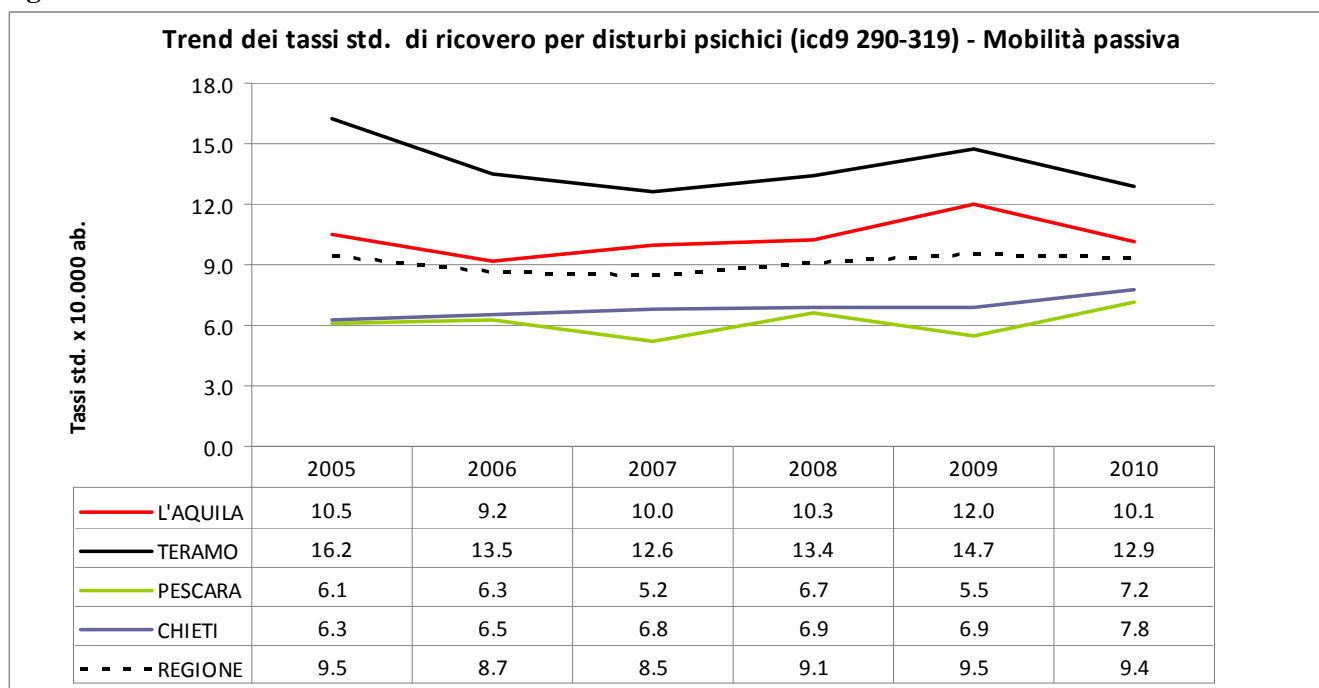


Figura 21.



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

4.7. Nefropatie (Figure 22 e 23)

Anche per le nefropatie valgono le stesse considerazioni fatte per il tasso ricovero per tutte le cause: si osserva una riduzione generalizzata del tasso standardizzato di ricovero, di entità però nettamente superiore al tasso generale di ospedalizzazione (-40,3% a livello regionale dal 2005 al 2010 – Figura 22); e 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 23).

Figura 22.

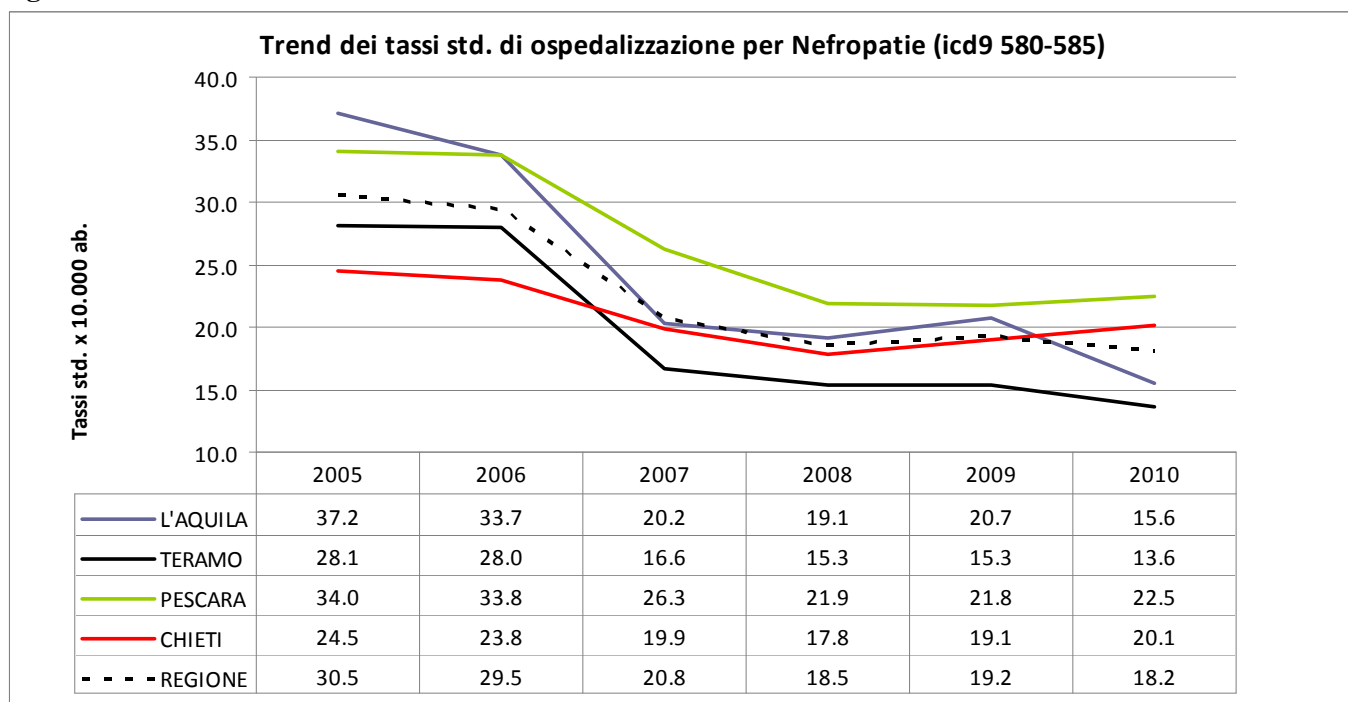
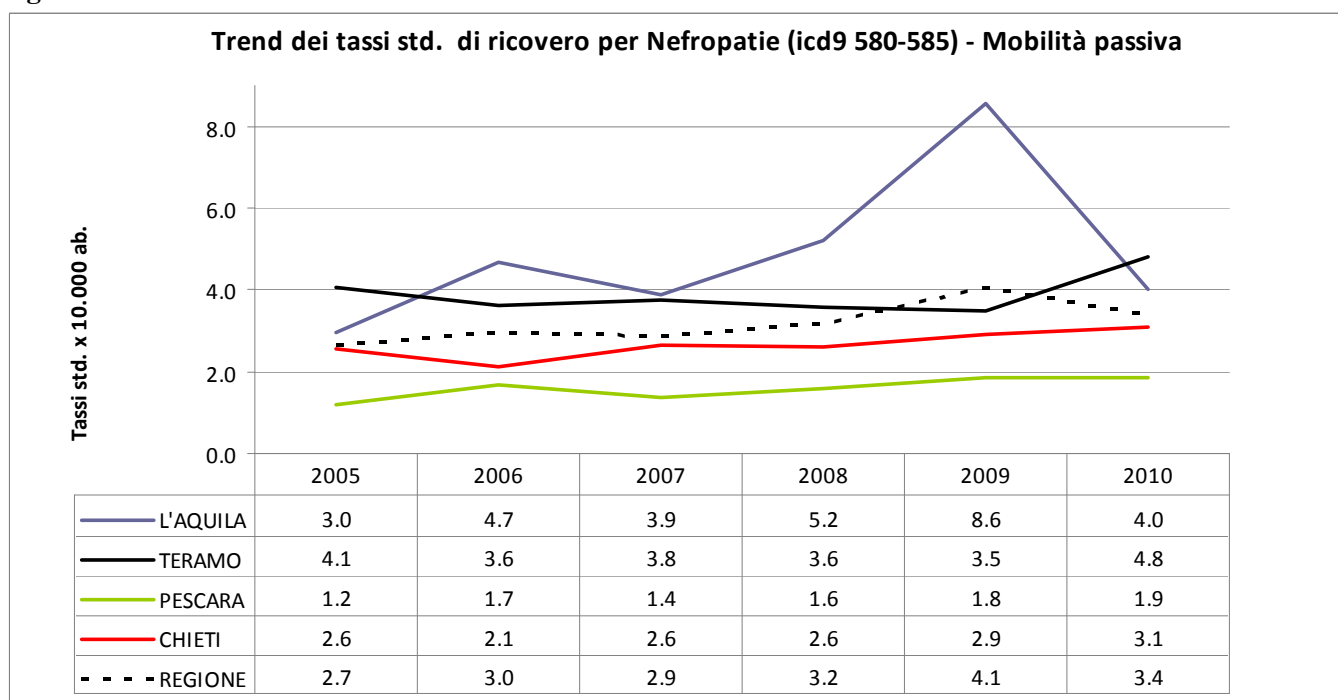


Figura 23.



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

4.8. Diabete (Figure 24 e 25)

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 per 10.000 abitanti (considerando le sole diagnosi principali, viceversa arrivando oltre il 100). Nel 2010, lo stesso tasso era 7,2, con una riduzione del 74,9% (evidente in tutte le province – Figura 24). Inoltre, come per altre patologie, a fronte della drastica diminuzione dei ricoveri intra-regionali non si è osservato un aumento, perlomeno non netto, dei ricoveri fuori regione (Figura 25).

Il crollo è stato tale che, se nel 2005 l’Abruzzo aveva un tasso superiore alla media nazionale, nel 2009 la media nazionale era quasi il doppio del tasso abruzzese.

E’ 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, al di là degli effetti delle manovre di riduzione dell’inappropriatezza e del contenimento della spesa, è probabile che abbiano agito altri fattori, tra i quali un miglioramento della rete di servizi integrati, ovvero un miglior coordinamento tra i Medici di Medicina Generale ed i Centri diabetologici presenti sul territorio abruzzese.

Figura 24.

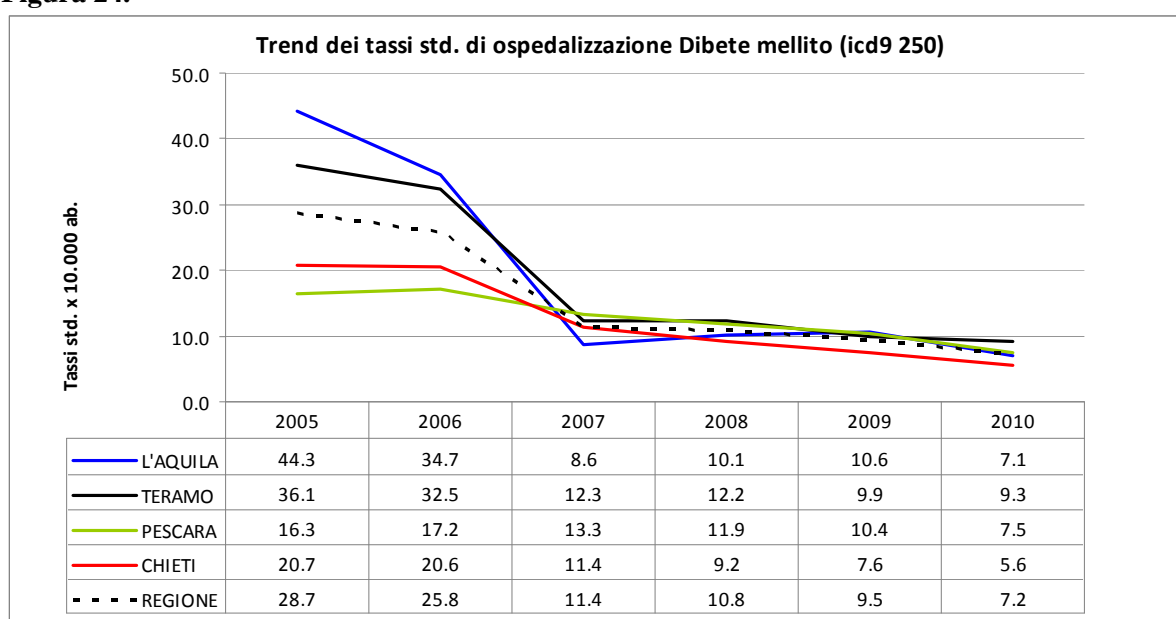
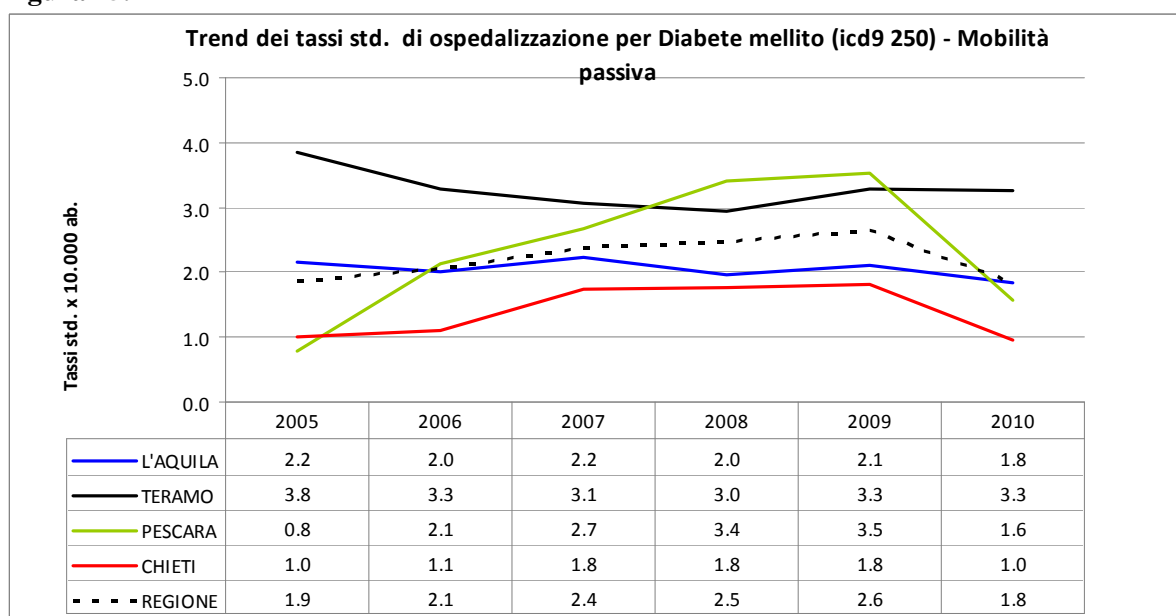


Figura 25.



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

4.9. Malattie infettive (Figure 26-33)

Anche i ricoveri per patologie infettive mostrano una riduzione di gran lunga superiore al trend generale dei ricoveri, per quanto inferiore al crollo osservato dei ricoveri per diabete. Nel 2005, il tasso standardizzato di ricovero regionale era pari al 55,9 per 10.000 abitanti, mentre nel 2010 lo stesso tasso è stato pari a 21,3, con una riduzione del 61,9% (evidente in tutte le province – Figura 26). Inoltre, nonostante la diminuzione dei ricoveri intra-regionali, i ricoveri extra-regionali sono addirittura calati, sebbene di poco (Figura 27). Come per il diabete, anche in questo caso il tasso medio abruzzese nel 2009 era talmente sceso da essere nettamente inferiore a quello medio nazionale (di quasi il 30%).

Diversamente dal diabete, tuttavia, in questo caso è realistico ipotizzare che il calo dei ricoveri, oltre che dalle manovre di riduzione dell'inappropriatezza e del contenimento della spesa, sia stato motivato anche da una reale diminuzione dell'incidenza di alcune malattie infettive. Ad esempio, negli ultimi anni le epidemie influenzali in Abruzzo hanno avuto una minore diffusione. Similmente, i progressi nelle campagne vaccinali e gli sforzi dei dipartimenti di prevenzione (ad es. nel contesto del Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita) possono aver determinato una effettiva riduzione del numero dei casi, sebbene certamente non della stessa entità della riduzione osservata dei ricoveri.

Per completezza di informazione, vengono riportati anche i dati relativi alle schede di notifica di alcune tra le più diffuse o nocive malattie infettive (Figure 28-33). L'interpretazione di questi dati, tuttavia, deve tenere conto di una serie di difficoltà tecniche nella comunicazione e trasmissione dei dati al Ministero, che hanno impedito la registrazione dei casi abruzzesi in alcuni anni per alcune patologie. Inoltre, dal confronto tra i dati ottenuti dal sistema di sorveglianza dei pediatri sentinella (SPES), e quelli derivanti dalle segnalazioni pervenute ai servizi di sanità pubblica (SIMIWEB), è emerso chiaramente come il fenomeno della sottonotifica sia tuttora molto rilevante. Di conseguenza, non è possibile sapere con certezza, da questa fonte informativa altrimenti molto utile, se vi sia stata una effettiva riduzione dell'incidenza, ed eventualmente di che entità.

Figura 26.

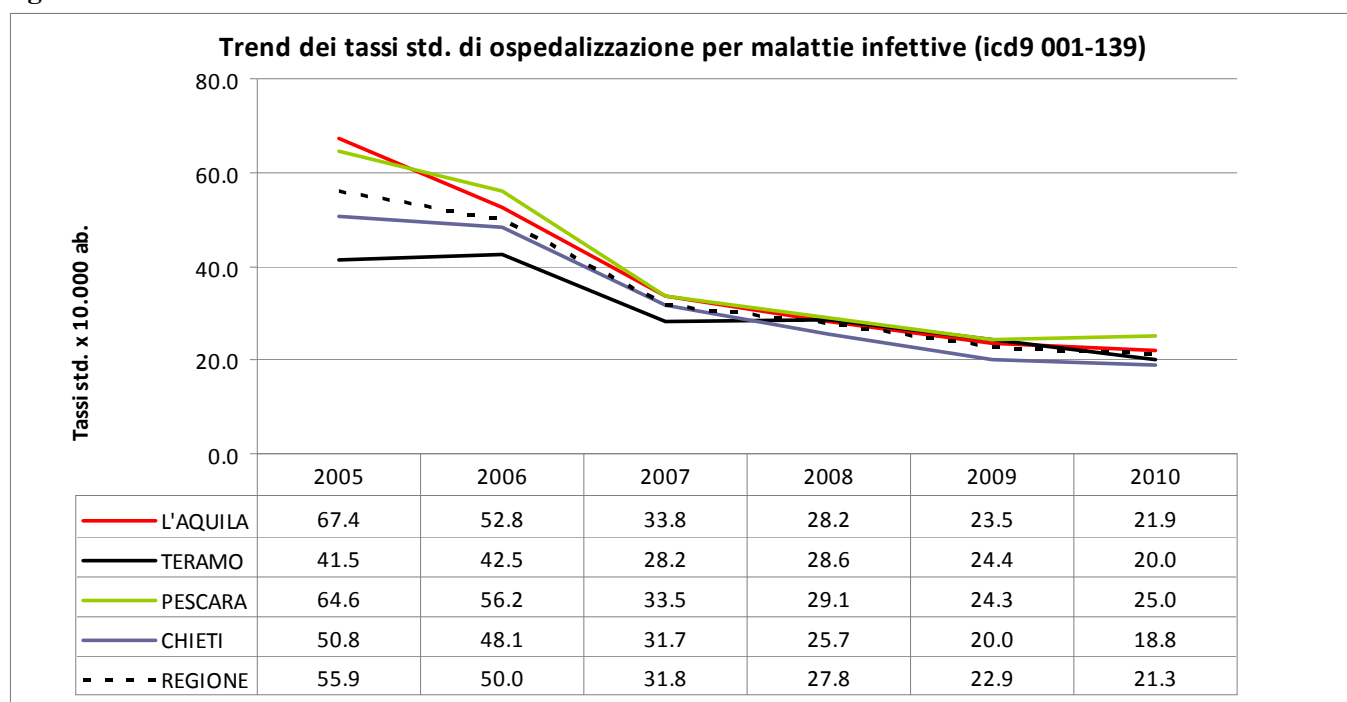
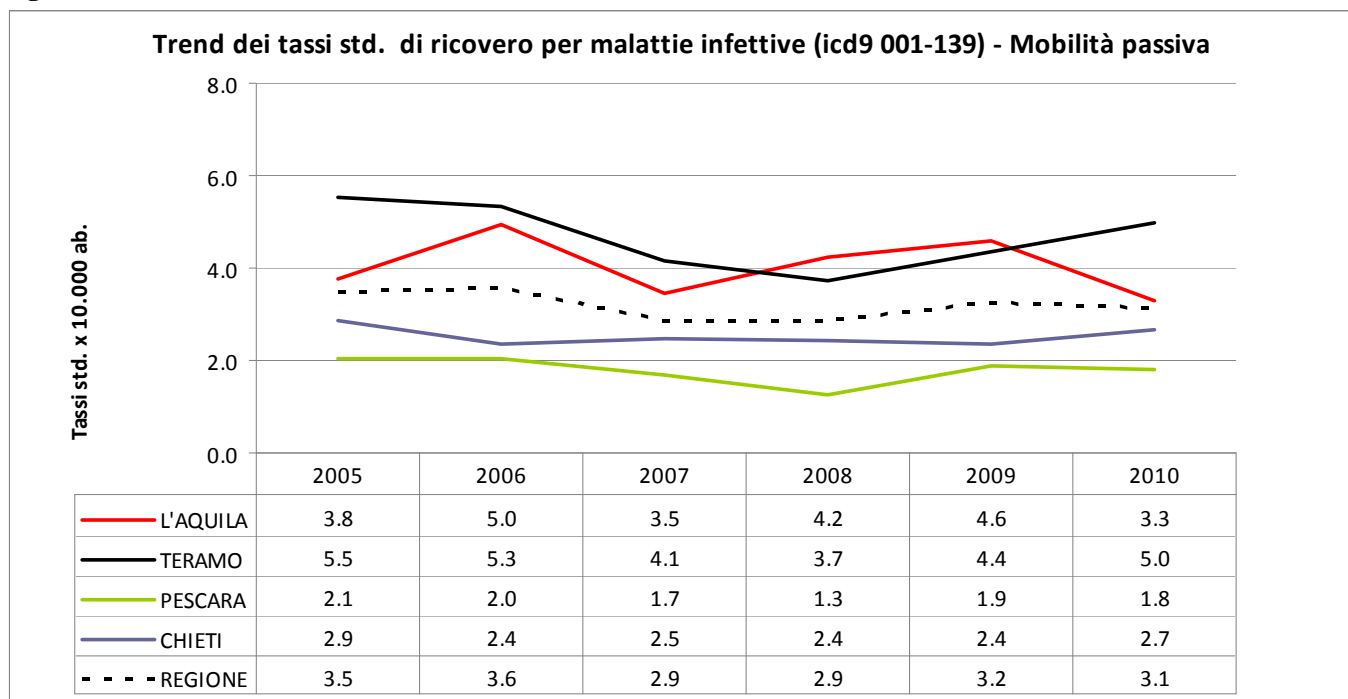
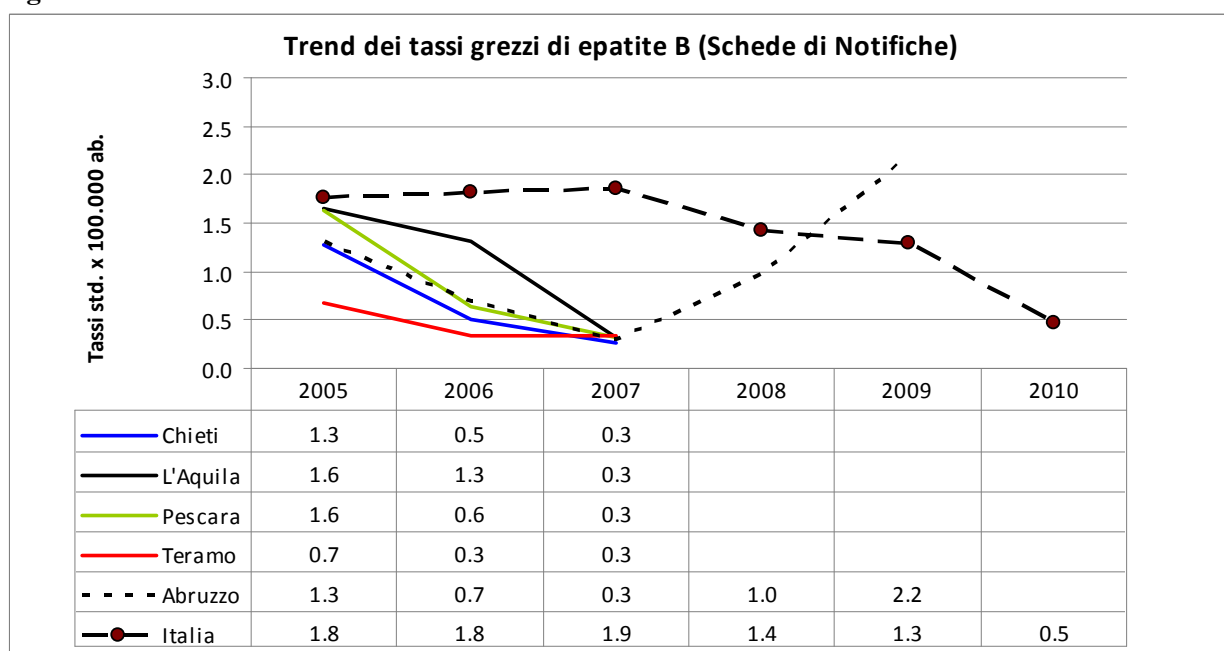


Figura 27.



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

Figura 28.



Nota complessiva alle Figure 30-35: I dati sono stati raccolti sia dal Ministero della Salute (Bollettino Epidemiologico), sia dal sistema SIMIWEB dell'Istituto Superiore di Sanità. Ove non presenti, i dati non erano disponibili. Inoltre, per tutti i tassi relativi alle malattie infettive, i dati dell'anno 2010 sono da considerarsi preliminari.

Figura 29.

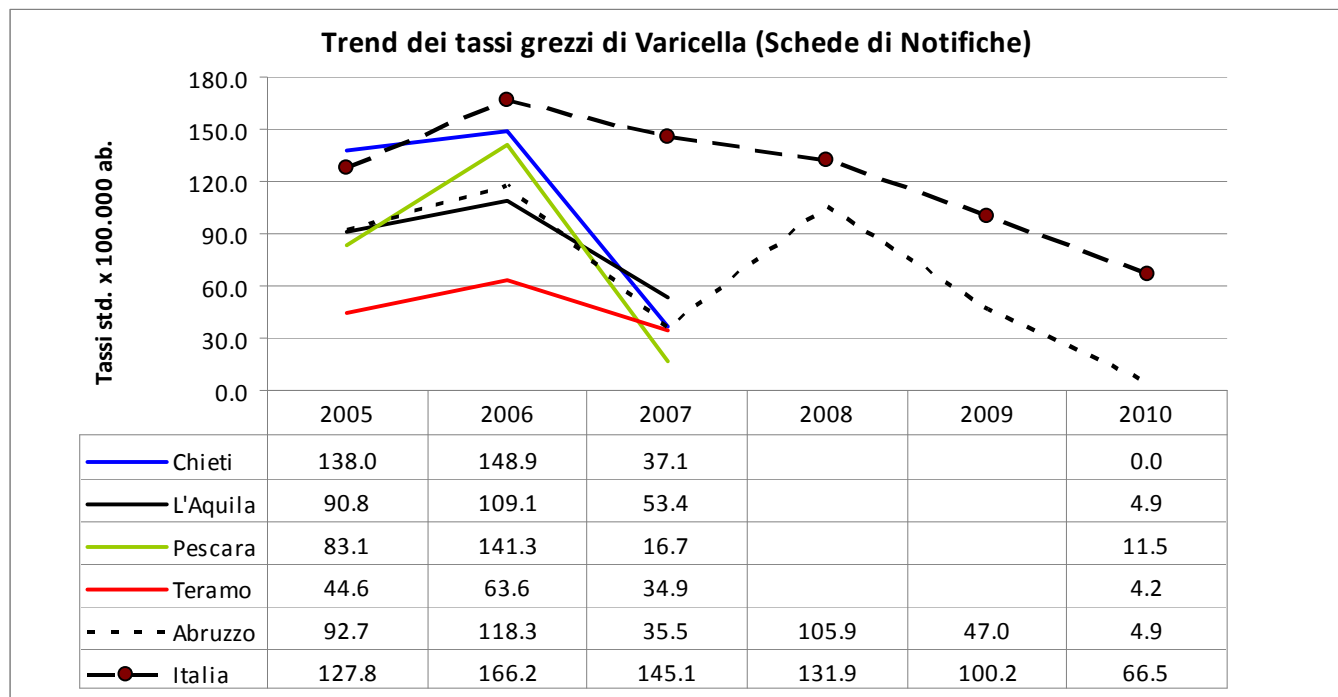


Figura 30.

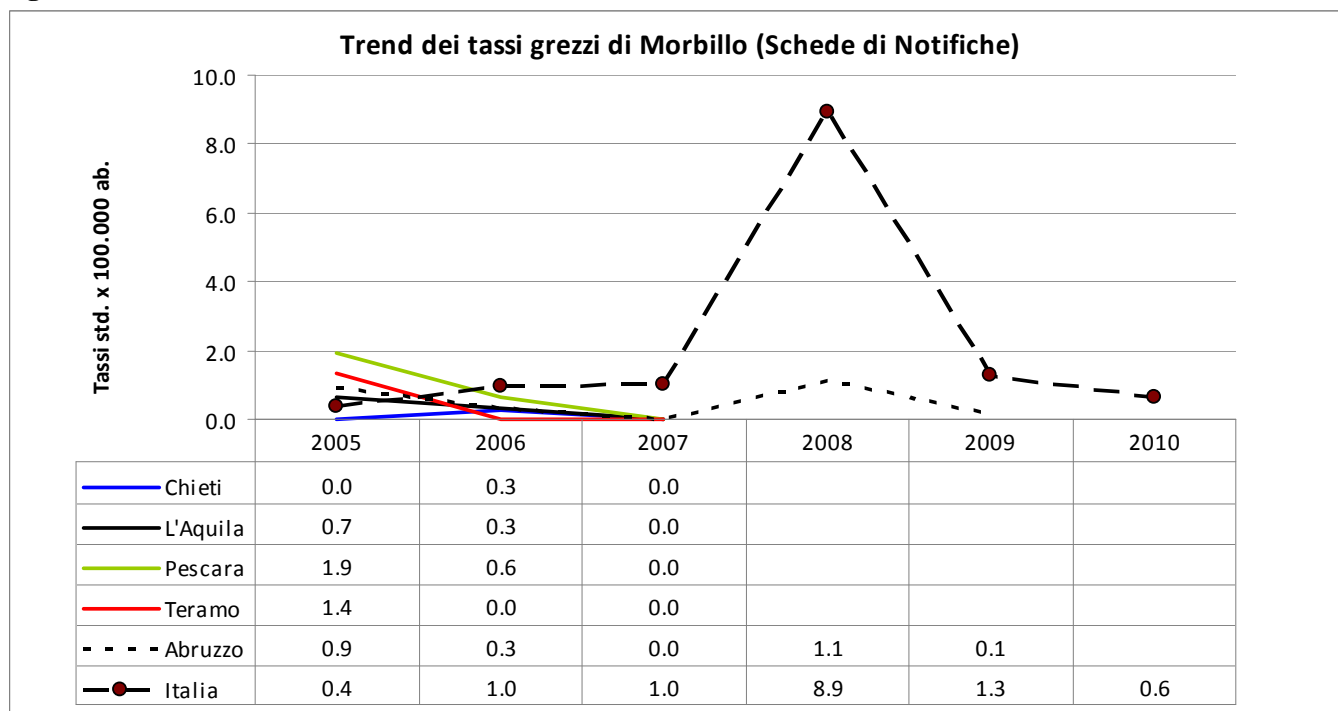


Figura 31.

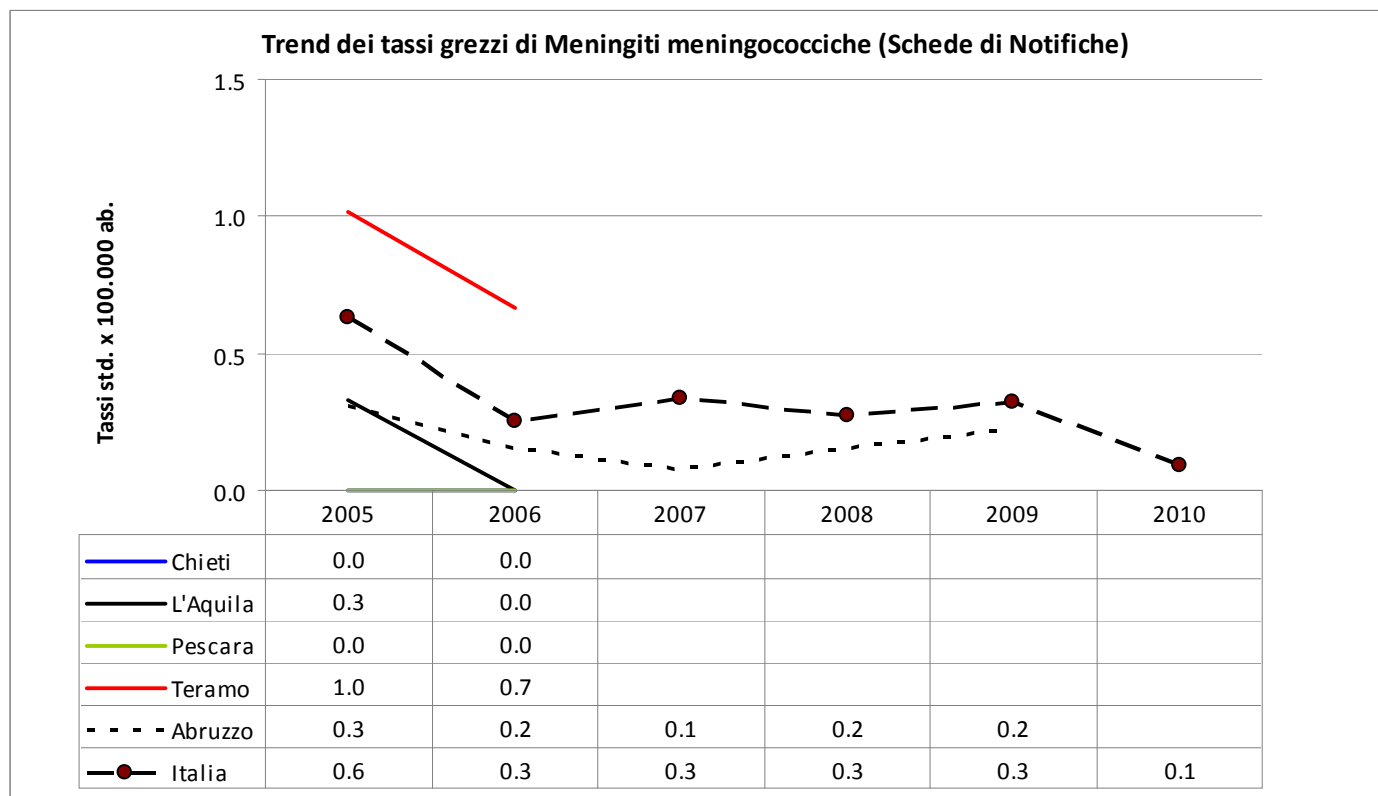


Figura 32.

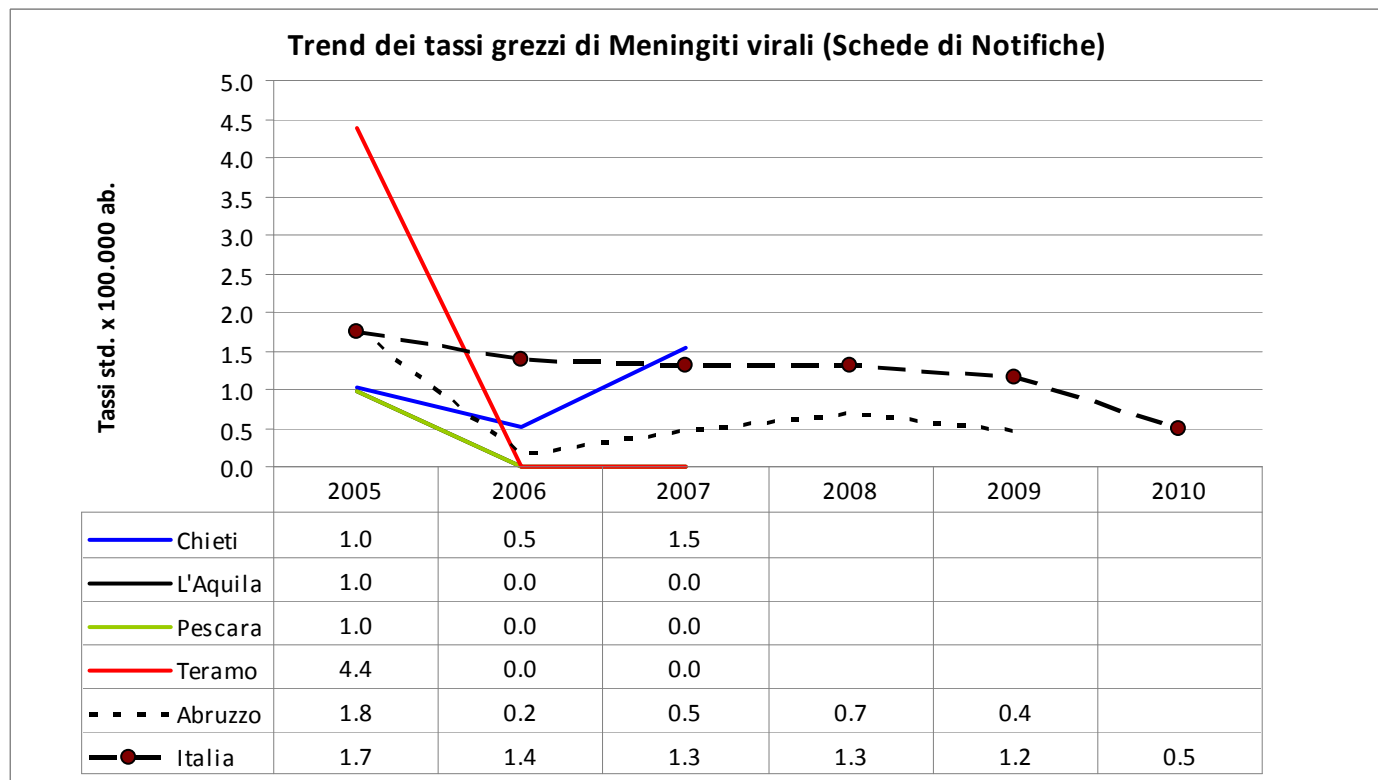
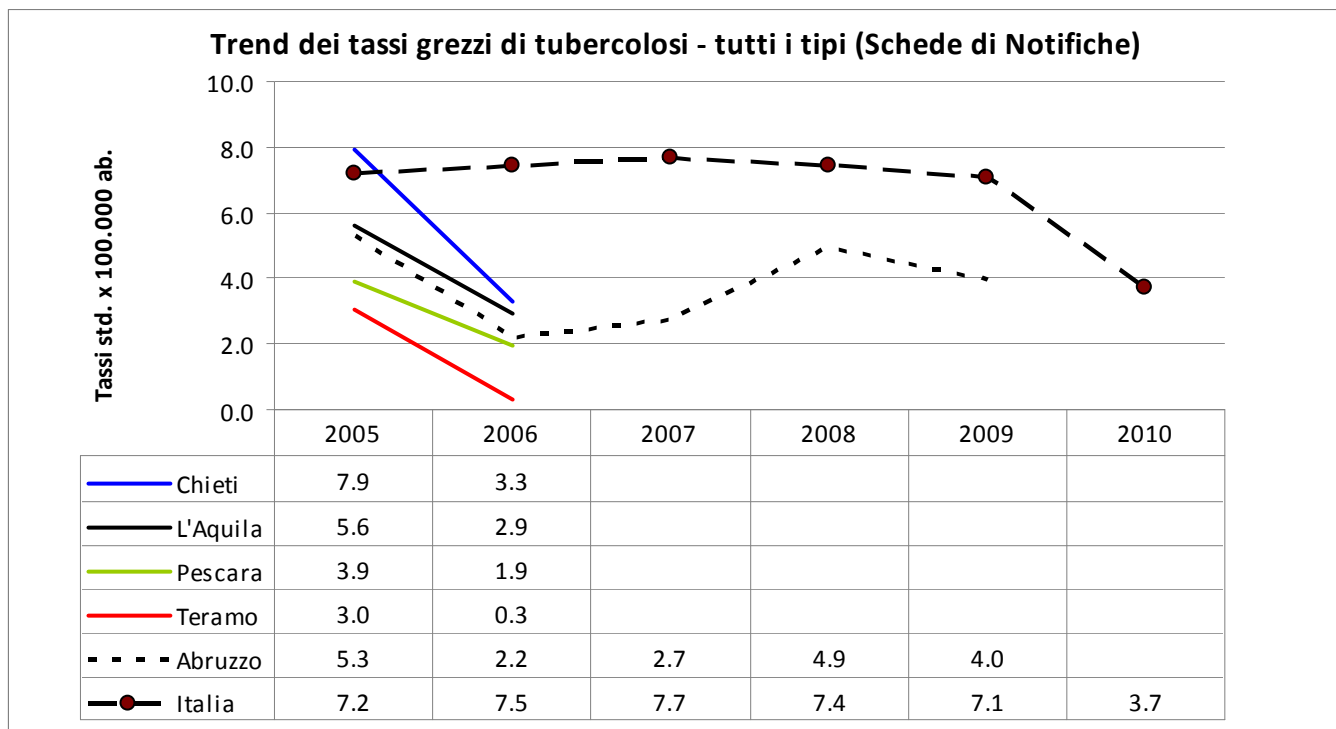


Figura 33.



4.10. Alzheimer (Figure 34 e 35)

A causa della rilevanza in termini di impatto sulla salute e sul sistema socio-sanitario, abbiamo considerato separatamente anche i tassi standardizzati di ricovero per la malattia di Alzheimer. Nonostante l'invecchiamento della popolazione potesse far supporre un deciso aumento dei ricoveri, anche per la malattia di Alzheimer valgono le stesse considerazioni fatte per il tasso ricovero per tutte le cause: si osserva una riduzione generalizzata del tasso standardizzato di ricovero, in linea con tasso generale di ospedalizzazione (-30,4% a livello regionale dal 2005 al 2010 – Figura 34); e la mobilità passiva appare sostanzialmente stabile in tutte le province (Figura 35).

Figura 34.

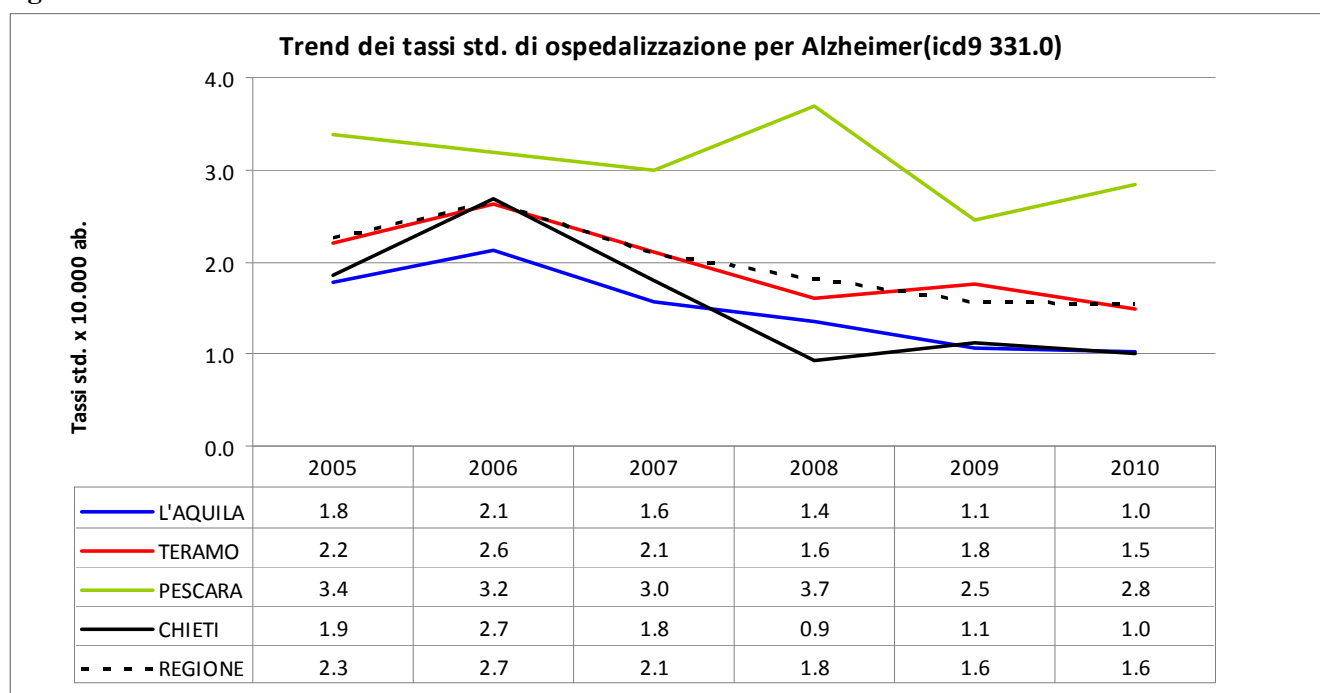
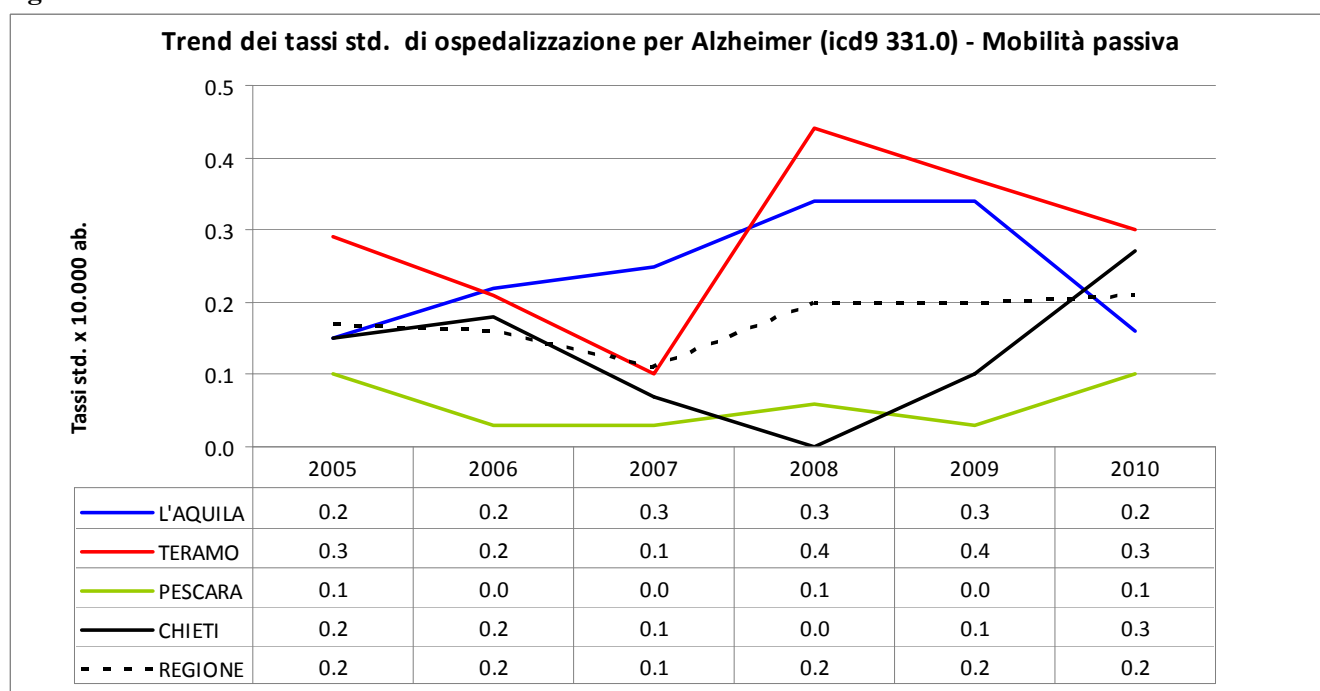


Figura 35.



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

4.11. Traumatismi e avvelenamenti (Figura 36 e 37)

Il tasso standardizzato di ricovero ospedaliero per traumatismi ed avvelenamenti è anch'esso diminuito negli ultimi anni, in modo marcato, costante ed in tutte le province (Figura 36). Tuttavia, la riduzione complessiva, a livello regionale, dall'anno 2005 al 2010, è stata inferiore al tasso generale di ospedalizzazione (-21,4%), con una mobilità passiva sostanzialmente stabile (Figura 37). In effetti, per questo tipo di patologie è probabile che la quota di ricoveri inappropriati fosse meno elevata che per altre e, di conseguenza, le misure di contenimento della spesa, per quanto incisive, non avrebbero in ogni caso potuto determinare una riduzione dei ricoveri oltre un certo limite. Inoltre, è logico supporre che tale riduzione sia stata causata anche dal decremento degli infortuni legati al traffico, cui si è assistito negli ultimi anni. A livello nazionale, in ogni caso, nell'anno 2009 l'Abruzzo mostrava ancora un tasso di ricovero nettamente superiore alla media nazionale.

Figura 36.

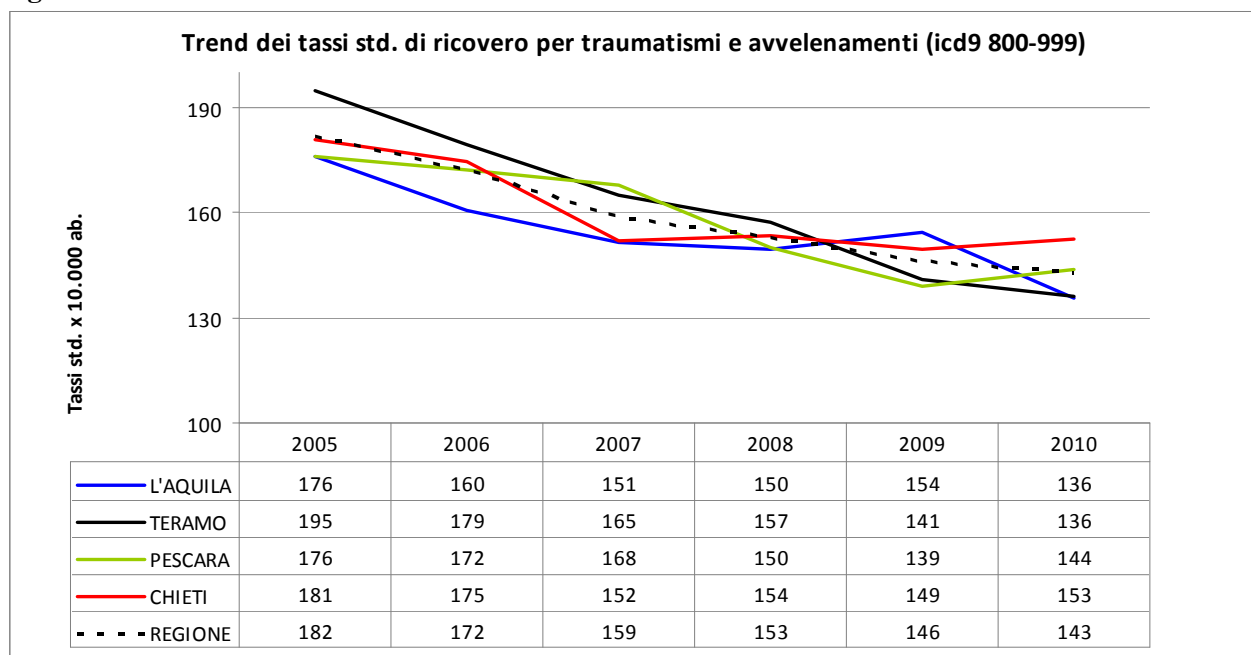
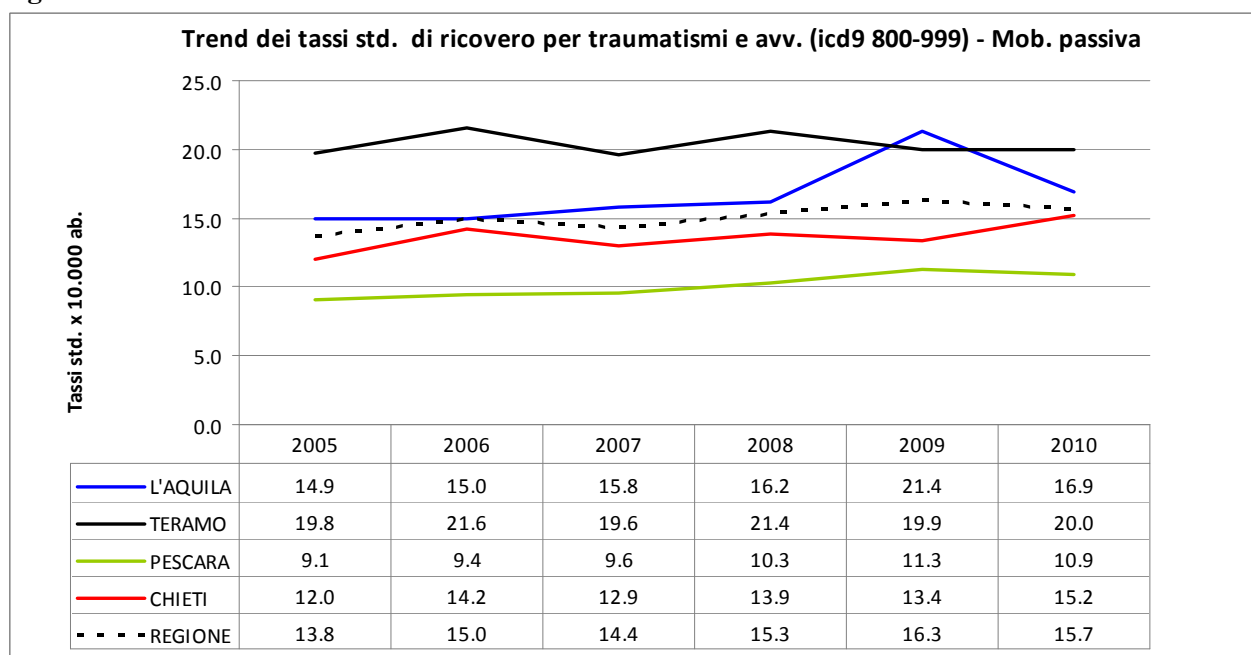


Figura 37.



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

4.12. Mortalità (Figura 38)

Come anticipato all'inizio del capitolo, gli ultimi dati di mortalità causa-specifica disponibili sono riferiti all'anno 2007, per il livello regionale, al 2001 per il livello provinciale. Un'analisi dettagliata della mortalità, sul livello regionale, è stata descritta nel Report "Analisi della Mortalità in Abruzzo - Anni 2006-2007", elaborato dal Dr. Vitullo. Del documento, viene qui riportata solamente la Tabella 3, nella quale viene efficacemente illustrata la posizione della Regione Abruzzo rispetto alle altre regioni d'Italia per ciò che concerne i tassi standardizzati di mortalità per le principali patologie (Figura 38). I dati mostrano, sostanzialmente, come la mortalità in Abruzzo sia tra le più basse per tutte le cause e per tumori e per AIDS, mentre risulta tra le più alte per le patologie dell'apparato genito-urinario, nervoso e digerente, i disturbi psichici ed i traumatismi. Si rimanda al documento citato per ulteriori approfondimenti.

Figura 38.

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

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

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

5. L'assistenza Sanitaria

5.1 Assistenza ospedaliera – i ricoveri per tipologia (Figure 39-42)

In questo capitolo vengono riportati alcuni tra gli indicatori principali relativi ai ricoveri ospedalieri. Com'è ovvio, i primi dati da presentare sono quelli relativi alla produzione complessiva, ovvero al numero totale di ricoveri ospedalieri (e relativo tasso). Il dato relativo al tasso complessivo di ospedalizzazione, tuttavia, è già stato mostrato nelle Figure 10-11 e non viene quindi ripetuto, ma viene invece mostrato l'andamento del numero dei ricoveri stratificato in base alle diverse tipologie (ordinario, diurno, per acuti, di riabilitazione o lungodegenza) ed al settore (pubblico o privato). Poiché il trend delle singole ASL è stato nel complesso simile a quello medio regionale, i dati stratificati per ASL non sono stati riportati.

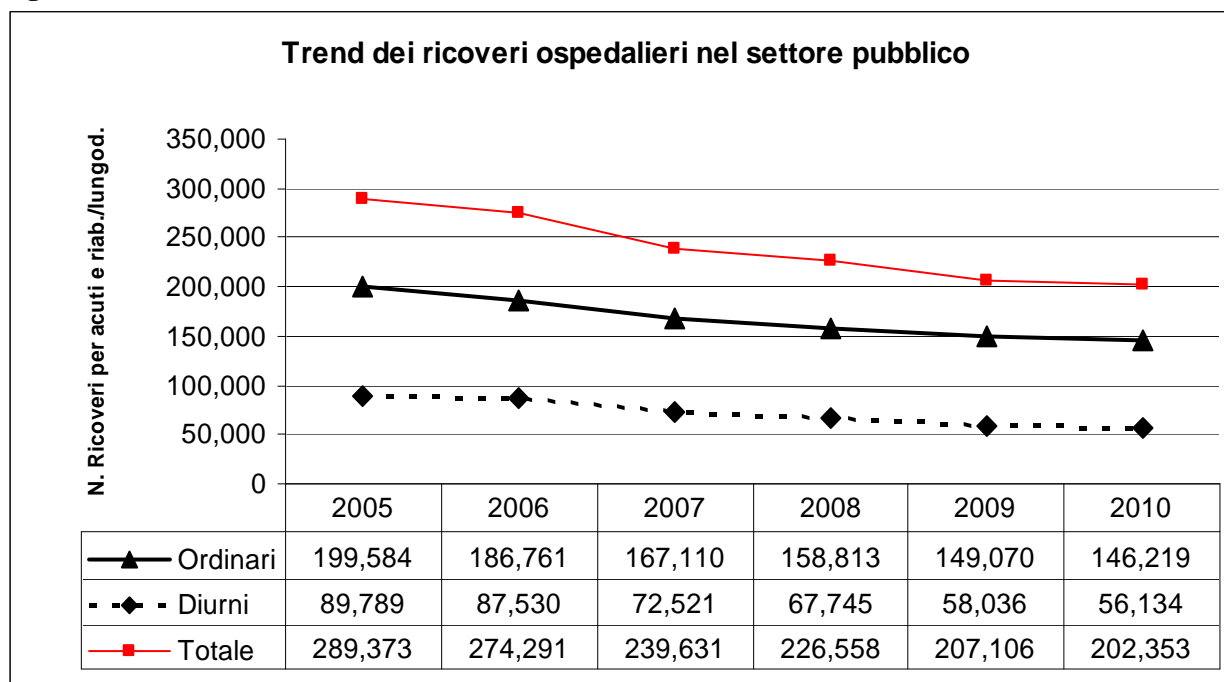
Come era già stato illustrato con i tassi di ospedalizzazione (Figure 10-11), il numero di ricoveri ospedalieri si è ridotto drasticamente negli ultimi anni sia nel settore pubblico (Figura 39), sia in quello privato (Figura 40), con una decremento percentuale relativamente costante nel tempo (anche se, nel privato, a partire dall'anno 2007). Nel complesso, dal 2005 al 2010, nel settore pubblico i ricoveri ordinari sono calati del 26,7% (pari a 53.365 ricoveri in meno) e, sorprendentemente, i ricoveri diurni si sono ridotti in misura ancora maggiore, ovvero del 37,5% (33.655 ricoveri in meno). Ancora più accentuato, in percentuale, il calo del settore privato, con dimensioni mai registrate fino ad oggi in nessuna altra regione italiana. Dal 2005 al 2010, i ricoveri ordinari sono scesi del 66,5% (53.688 ricoveri in meno), solo in parte compensati dalla crescita dei ricoveri diurni (arrivati a 9181, ovvero il 268% in più del 2005). Il dato relativo ai ricoveri di riabilitazione / lungodegenza appare anch'esso sorprendente: nel pubblico sono scesi del 13,9% (742 ricoveri in meno), ma nel privato il calo è stato del 69,0% (pari a 8824 ricoveri in meno – Figura 41).

È interessante notare, inoltre, come a livello nazionale dal 2005 al 2009 il totale dei ricoveri ospedalieri di ogni genere sia invece diminuito del 10,0%, un valore nettamente più basso di quanto avvenuto in Abruzzo.

Nonostante quanto avvenuto, il numero di ricoveri effettuati da residenti in strutture extra-regionali è cresciuto relativamente poco. Sebbene in termini percentuali la mobilità passiva sia aumentata del 15,9%, i ricoveri totali svolti fuori regione erano nel 2010 solamente 5650 in più rispetto al 2005, a fronte di 134.020 ricoveri intra-regionali in meno (Figura 42).

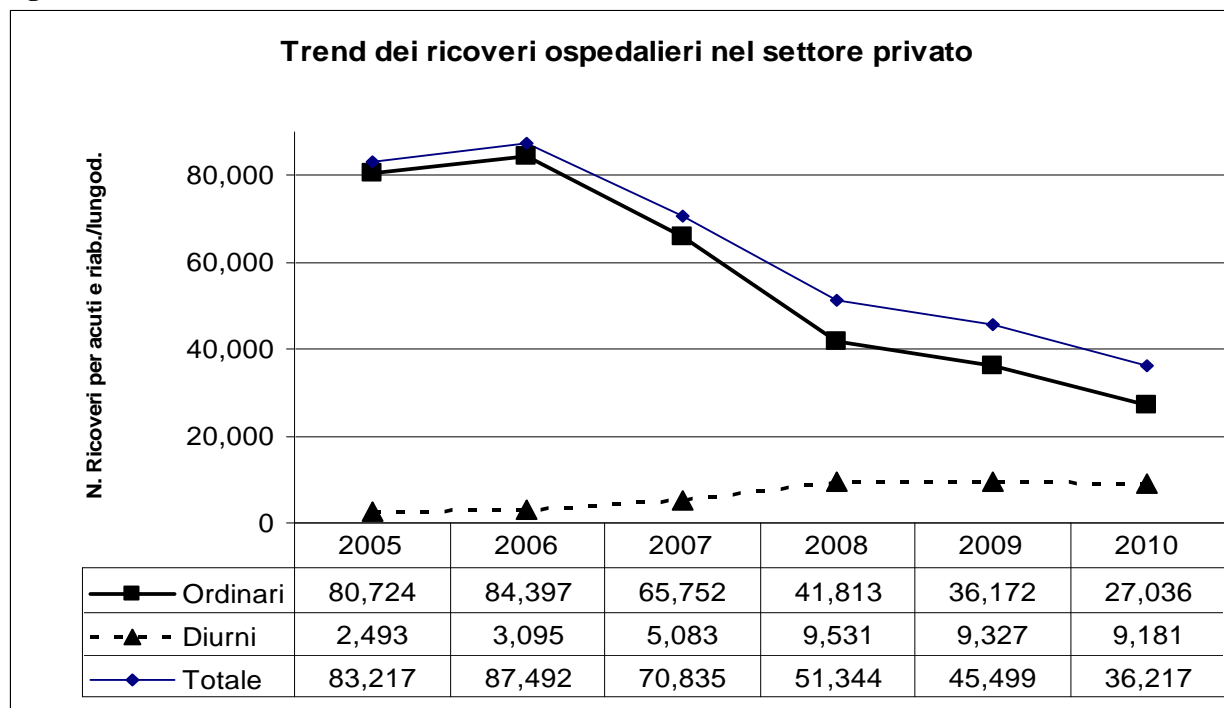
Prima di chiudere questo paragrafo sono necessarie alcune considerazioni relative al settore privato. In primo luogo, la diminuzione dei ricoveri si deve in larga parte alla chiusura o al blocco (per varie cause) di tre strutture, ovvero Villa Pini (Chieti), Sanatrix (L'Aquila) e Villa Santa Maria (Avezzano). Insieme, queste tre strutture effettuavano 37.860 ricoveri ospedalieri nel 2005, scesi a 453 nel 2010 (nella sola Villa Pini). In altri termini, 37.407 dei 45.632 ricoveri in meno nel settore privato (82%) erano svolti da tre sole strutture. Inoltre, nelle rimanenti strutture, nel corso del 2010, sono stati svolti anche 1368 ricoveri ambulatoriali secondo la Nota comm.le prot. 10056/COMM (582 presso la ASL di Avezzano/Sulmona/L'Aquila; 60 presso la ASL di Lanciano/Vasto/Chieti; 726 presso la ASL di Pescara). Di conseguenza, il numero "netto" di ricoveri in meno svolti dalle rimanenti 10 strutture ospedaliere private è pari a 6857 ricoveri, pari ad una diminuzione complessiva del 15,1% (i ricoveri totali di queste strutture erano 45.357 nel 2005). A fronte di questo caso, infine, la severità media (ed il consumo atteso di risorse) dei ricoveri è invece cresciuta in modo marcato, dato che il peso medio DRG (indice della complessità del ricovero) è salito da un valore medio di 0,93 nel 2006 (primo anno di adozione della versione 19 del Grouper DRG), a 1,09 nel 2010 (+17,2% - Figura 43). Questo fatto, peraltro, sembra trovare conferma anche nel deciso aumento della durata media di degenza dei ricoveri svolti nel settore privato, come mostrato nel paragrafo successivo (Figura 44).

Figura 39.



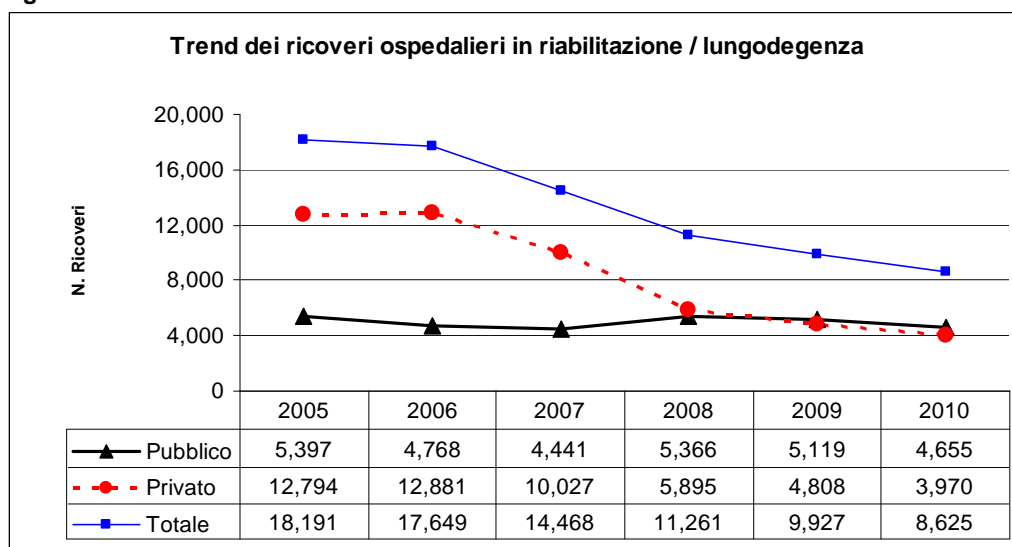
* Nel solo anno 2010, sono stati effettuati anche 3642 ricoveri ambulatoriali (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 40.



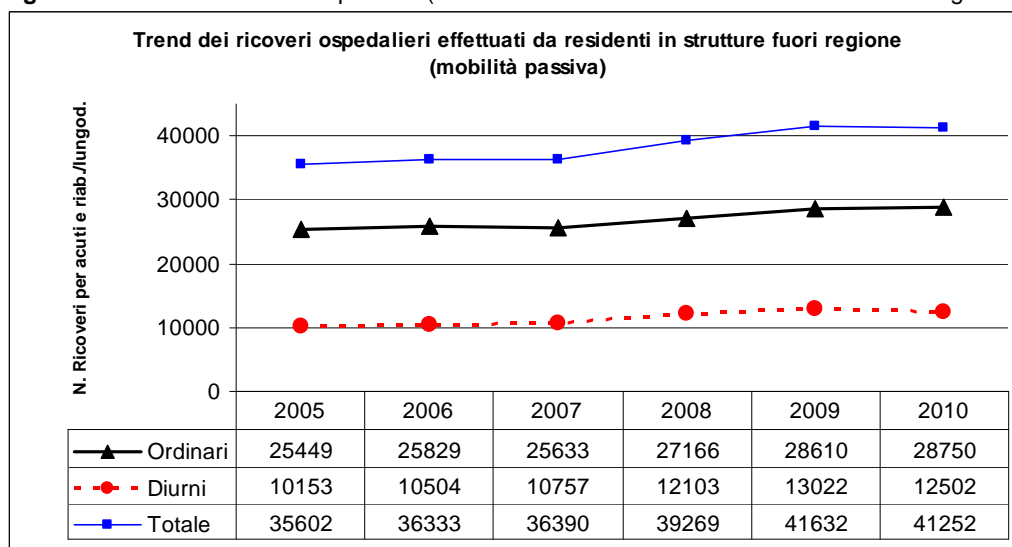
* Nel solo anno 2010, sono stati effettuati anche 1368 ricoveri ambulatoriali (non inclusi in Tabella). Sono inoltre esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 41.



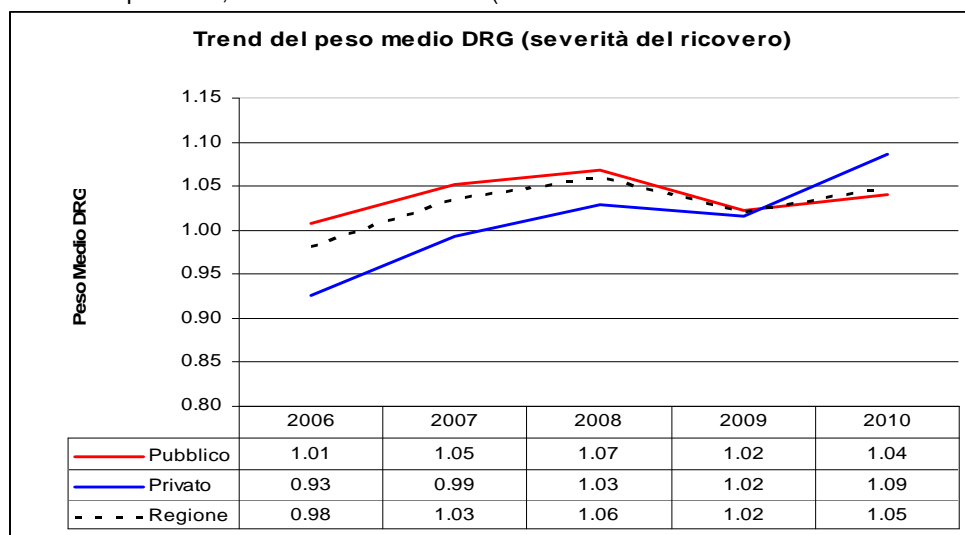
Sono stati esclusi i ricoveri con onere di degenza non a carico del SSN.

Figura 42. Trend della mobilità passiva (ricoveri effettuati da residenti in strutture extra-regionali).



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

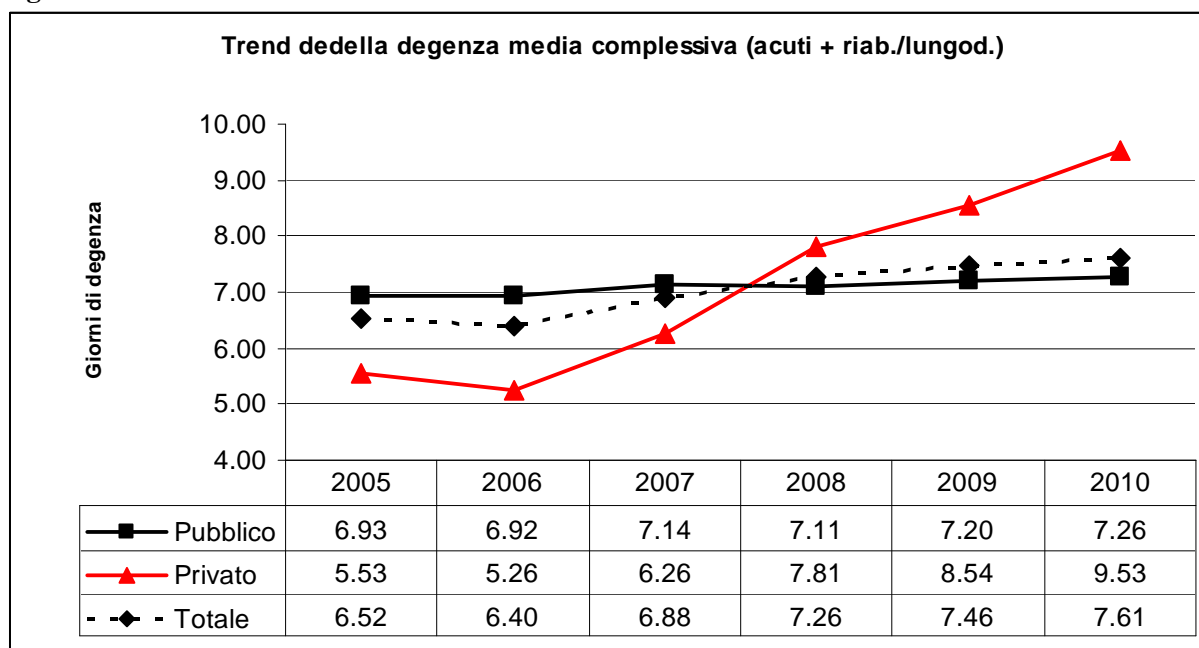
Figura 43. Trend della complessità dei ricoveri ospedalieri (peso medio DRG). I dati sono stati mostrati a partire dalla versione 19 del Grouper DRG, adottata nell'anno 2006 (nel 2005 era ancora utilizzata la versione 10).



5.2. Degenza Media (Figura 44)

A fronte di un calo generalizzato nel numero dei ricoveri, la degenza media complessiva non è scesa negli ultimi anni, anzi è moderatamente cresciuta nel settore pubblico (+4,8%), ed in misura assai maggiore nel settore privato (+72,3%, Figura 44). Se nell'anno 2005, nel settore privato, la degenza media era pari a 5,53 giorni, nel 2010 questa è salita a 9,53 giorni. È probabile che abbiano contribuito a determinare questo aumento sia la notevole riduzione di ricoveri di breve durata svolti nel passato (molti dei quali ad alto rischio di inappropriatazza), sia un aumento della complessità media dei ricoveri svolti nel settore privato (come si può evincere dalla Figura 43 e dai dati riportati più avanti nella **Tavola 2**, ovvero dal maggiore peso DRG e dalla più alta percentuale di DRG con peso superiore a 2,5 effettuati nel settore privato). Relativamente ai soli ricoveri ordinari, la degenza media regionale, nel 2010, è stata pari a 6,98 giorni, leggermente superiore ma comunque in linea rispetto alla media nazionale (6,72).

Figura 44.



5.3. Produzione ospedaliera e indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa (Tavole 2-4)

In primo luogo, è opportuno precisare che gli indicatori di seguito riportati, per quanto in alcuni casi correlati all'efficienza ed alla appropriatezza organizzativa, possono fornire solo una visione specifica di alcuni ambiti ma non esaustiva dell'insieme dei processi che si svolgono all'interno dell'ospedale e, quindi, della loro efficienza complessiva. Inoltre, e a maggior ragione, questi indicatori non misurano l'efficacia di cura e non possono quindi essere interpretati quali indici della qualità complessiva dell'assistenza prestata nei singoli presidi.

Nella prima Tavola (n. 2), sono riportati alcuni indici della complessità clinica della casistica trattata dai vari presidi (ma anche a livello di ASL e di regione), relativi all'anno 2010. Come segnalato in precedenza (Figura 43), i pazienti ricoverati dagli ospedali privati sembrano essere, in media, clinicamente più complessi (cosa che si evince dal più alto peso medio DRG e dalla più elevata quota di DRG con peso uguale o superiore a 2,5). Come è logico attendersi, viste le specificità delle singole strutture, l'oscillazione tra i singoli presidi è relativamente ampia. Un poco sorprendente, invece, la differenza nel peso medio dei ricoveri che si osserva tra due degli ospedali pubblici maggiori, con casistiche ampie e variegate, ovvero quello di L'Aquila e quello di Teramo, che mostrano pesi medi rispettivamente di 0,92 e 1,05. Sebbene non sia un indice di complessità, è inoltre interessante il dato relativo alla percentuale dei ricoveri di non residenti sul totale dei ricoveri svolti da ciascuna struttura. Come era prevedibile, nel complesso la percentuale di pazienti da fuori regione sul totale della casistica è assai più ampia nelle strutture private (28,8%) rispetto alle strutture pubbliche (7,8%), con punte elevatissime in alcuni presidi (ad es. INI Canistro e Villa Letizia, che effettuano oltre la metà dei ricoveri su non residenti).

Nella seconda Tavola (n. 3) sono invece riportati alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa. Il tasso di occupazione medio regionale è di poco superiore al 75%, leggermente più basso nel settore privato (71,0%). Tuttavia, quest'ultimo dato è stato sensibilmente influenzato dalla particolare situazione della clinica "Villa Pini", la cui attività è stata drasticamente ridotta a causa di difficoltà di vario genere e di un travagliato cambio di gestione. Escludendo la ASL di Lanciano-Vasto-Chieti, cui afferisce Villa Pini, tutte le altre ASL hanno mostrato tassi di occupazioni medi uguali o superiori all'80%. Da notare, tuttavia, che tre dei quattro ospedali "di riferimento" del settore pubblico evidenziano tassi di occupazione elevati, vicini o superiori al 90% (L'Aquila addirittura il 105%). Nelle ASL di Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti, inoltre, si osserva una certa disomogeneità nella distribuzione dei pazienti: mentre il presidio di riferimento mostra di utilizzare a fondo (o sovra-utilizzare) i posti letto, gli ospedali "satelliti" appaiono sotto-utilizzati (tassi inferiori al 72%, con punte sotto il 60%).

Della degenza media complessiva e per settore si è in parte già detto (Figura 40). Particolarmente per la degenza media, i confronti tra singoli presidi devono essere svolti solamente dopo aver controllato per le differenze nella severità clinica della casistica trattata, anche se ciò è in parte vero anche per gli altri indicatori. Per quanto molto utile, tuttavia, questo tipo di analisi va al di là delle finalità del presente documento, e la degenza media è stata quindi riportata a solo scopo descrittivo. Con una sola eccezione (INI Canistro), i ricoveri effettuati in regime ordinario hanno avuto durata uguale o superiore a 3 giorni in oltre il 60% dei casi in tutti i presidi, per una media complessiva di 76,8%, abbastanza omogenea tra le ASL e tra pubblico e privato.

Sempre nella Tavola 3 è riportata 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). Questo indicatore fornisce una stima, per quanto approssimativa e in parte dipendente dalla casistica trattata, dell'appropriatezza organizzativa del presidio, poiché gran parte di questi ricoveri (i cosiddetti "DRG LEA") potrebbero essere effettuati in regime diurno o ambulatoriale senza ridurre la qualità dell'assistenza prestata. Se la differenza tra il settore pubblico e quello privato, a livello regionale, è relativamente bassa (con valori di poco superiori al 20%), alcuni presidi privati mostrano invece una quota di DRG LEA decisamente elevata, con punte vicine (Villa Letizia, Villa Pini) o addirittura superiori (INI Canistro) al 50%.

Nel 2010, la quota di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da reparti chirurgici, nel complesso, è stata pari al 61,0%. Tuttavia, le differenze tra le strutture ospedaliere sono state eccezionalmente ampie. Accanto a presidi con valori vicini al 90-100%, altre strutture hanno mostrato valori molto bassi, inferiori al 40% (Castel Di Sangro, Celano, Pescara, S. Omero). È evidente che in questi presidi vi sono state difficoltà organizzative nei processi di trasferimento dei pazienti all'interno dell'ospedale.

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, e tuttavia potenzialmente fallace. Visti gli elevati tassi di mobilità intra-regionale, ovvero da presidio a presidio all'interno della regione, ed i tassi meno elevati ma comunque consistenti di mobilità extra-regionale, non si può escludere che molti ricoveri effettivamente ripetuti siano stati "persi" da questo indicatore

poiché il paziente si è rivolto ad una struttura ospedaliera diversa da quella del primo ricovero. Inoltre, come la degenza media, questo indicatore è particolarmente sensibile alla tipologia di pazienti trattati. Per tali ragioni, anche in questo caso l'indicatore è riportato esclusivamente per finalità descrittive.

Non è questo il caso, invece, dell'ultimo indicatore della Tavola 3, ovvero il tasso di parti cesarei sul totale dei parti. Per quanto questo valore possa risentire dell'incidenza di primi parti sul totale, esso rappresenta comunque un indice efficace di un eventuale eccesso nel ricorrere a questa tecnica. Nel complesso, in Abruzzo il 43,7% di tutti i parti è stato effettuato praticando un taglio cesareo. Con l'eccezione dell'ospedale di Ortona, che mostra un valore particolarmente alto (61,4%), tutte le strutture hanno mostrato valori abbastanza vicini alla media regionale (il picco essendo Teramo, con il 34,7%).

Nella Tavola 4, infine, è mostrato l'andamento temporale (ovvero il confronto con l'anno 2005) degli indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa presentati nella Tavola 3. Alcuni indicatori mostrano un lieve peggioramento, mentre altri sono nettamente migliorati. Ad esempio, l'attrattività dei presidi ospedalieri abruzzesi appare diminuita, poiché la quota di ricoveri di pazienti provenienti da fuori regione si è ridotta del 21,7%. Non solo, essendosi drasticamente ridotti i ricoveri complessivi, in termini assoluti il numero di ricoveri da fuori regione è sicuramente diminuito in misura assai maggiore. Va detto, tuttavia, che questo non può essere considerato tout court un dato negativo, perché occorrerebbero analisi più approfondite, al di là delle finalità del presente Report, per capire se i ricoveri precedentemente effettuati su pazienti provenienti da fuori Regione erano effettivamente necessari, o erano invece in gran parte inappropriati (come alcune rilevazioni specifiche farebbero supporre). Per lo stesso motivo, anche la diminuzione del tasso di occupazione, peraltro causata in gran parte dal caso Villa Pini (come in precedenza ricordato), e l'aumento della degenza media, non sono necessariamente dati negativi. In particolare, proprio dal dato relativo alla percentuale di ricoveri di durata uguale o superiore a 3 giorni, che sono invece cresciuti, si comprende come la degenza media fosse più bassa anche a causa di un numero di ricoveri ordinari di durata molto bassa, tipicamente a maggior rischio di inappropriata.

Tra gli indici che sono invece migliorati, peraltro nettamente, la percentuale dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriata in base al primo Decreto LEA (DPCM 29.11.2001, vigente nel 2005), diminuita addirittura del 59,6%; la percentuale di DRG chirurgici sul totale dei dimessi da unità operative chirurgiche (quasi raddoppiata); infine la percentuale di ricoveri ripetuti, calata del 35,9%. Invariata, invece, la quota di parti cesarei sul totale, che continua a rimanere, anche nell'anno 2010, più alta della media nazionale (pari a 38,3%).

Nel complesso, sebbene non si possa concludere, da questi pochi indicatori, che l'efficienza e l'appropriatezza organizzativa degli ospedali abruzzesi sia migliorata, non sembra nemmeno esservi stato un peggioramento.

Tavola 2. Indicatori di complessità per istituto di ricovero. Anno 2010.

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati	Tot. Ricoveri	% Ricoveri Ordinari per acuti	% Ricoveri da fuori Regione	% DRG >2,5	Peso medio
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	Pubblico	154	7.903	72,0	6,8	1,8	0,89
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	Pubblico	258	16.123	55,9	16,9	4,3	0,93
130004	"Rinaldi"	Pescina	Pubblico	44	1.542	38,5	4,6	0,8	0,90
130005	Provinciale	C. di Sangro	Pubblico	39	2.451	40,4	32,2	0,9	0,97
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	Pubblico	56	1.884	20,2	24,7	0,7	0,90
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	Pubblico	226	18.069	49,1	12,6	3,2	0,92
130010	Di Lorenzo	Avezzano	Privato	76	4.889	37,8	32,1	2,8	0,99
130012	L'Immacolata	Celano	Privato	49	2.401	57,9	6,9	0,8	0,89
130013	S. Raffaele	Sulmona	Privato	55	399	0,0	25,3	0,0	0,97
130039	Ini Canistro	Canistro	Privato	37	3.178	28,7	59,6	1,2	0,85
130040	Villa Letizia	L'Aquila	Privato	30	2.942	7,3	77,5	0,6	1,05
130041	Nova Salus	Trasacco	Privato	30	334	0,0	31,7	0,3	0,72

Continua Tavola 2.

Codice	Denominazione	Sede	Tipo	N. Posti Letto Attivati	Tot. Ricoveri	% Ricoveri Ordinari per acuti	% Ricoveri da fuori Regione	% DRG >2,5	Peso medio
			Pubblico	777	47.972	53,3	14,3	3,0	0,92
TOTALE ASL 201			Privato	277 *	14.143	32,5	41,4	10,2	0,95
			Totale	1054	62.115	48,2	20,5	4,7	0,93
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	Pubblico	401	28.872	63,6	6,8	4,2	0,98
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	Pubblico	72	1.919	81,2	2,0	0,1	0,82
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	Pubblico	112	8.284	57,5	3,4	0,5	0,78
130028	"Renzetti"	Lanciano	Pubblico	241	11.897	68,4	4,2	1,9	0,84
130029	Provinciale Vasto	Vasto	Pubblico	203	10.415	70,6	12,8	1,8	0,89
130030	"V. Emanuele"	Atessa	Pubblico	81	3.147	61,4	2,7	1,9	1,03
130033	"Consalvi"	Casoli	Pubblico	53	976	25,1	2,0	0,9	0,90
130037	Provinciale Gissi	Gissi	Pubblico	43	1.014	32,7	4,4	0,0	0,74
130034	Villa Pini	Chieti	Privato	176	453	62,0	7,5	0,7	0,87
130035	Spatocco	Chieti	Privato	99	5.619	51,9	25,9	4,2	1,06
130042	S. Francesco	Vasto	Privato	30	263	0,0	26,2	0,0	1,03
			Pubblico	1206	66.524	64,1	6,5	2,6	0,91
TOTALE ASL 202			Privato	305	6.335	52,7	24,2	8,3	1,05
			Totale	1511	72.859	63,0	8,2	3,1	0,92
130018	"Spirito Santo"	Pescara	Pubblico	555	39.852	67,7	5,5	2,6	0,90
130019	"S. Massimo"	Penne	Pubblico	112	5.990	65,4	1,3	1,5	0,85
130020	"SS. Trinità"	Popoli	Pubblico	107	4.453	68,3	3,8	2,2	0,91
130022	Pierangeli	Pescara	Privato	108	9.657	49,4	29,8	3,4	1,05
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	Privato	304	7.450	52,1	14,6	1,9	1,00
			Pubblico	774	50.295	67,4	4,9	2,5	0,90
TOTALE ASL 203			Privato	412	17.107	50,6	22,3	2,7	1,03
			Totale	1186	67.402	63,2	9,7	2,5	0,93
130014	"Mazzini"	Teramo	Pubblico	427	20.265	71,2	5,5	5,5	1,05
130015	"Maria d. S."	Giulianova	Pubblico	153	5.859	73,9	6,8	1,3	0,90
130016	"S. Liberatore"	Atri	Pubblico	168	8.800	67,9	5,5	1,3	0,78
130017	Provinciale S.Omero	S. Omero	Pubblico	150	6.280	64,0	11,5	1,1	0,80
TOTALE ASL 204			Pubblico	898	41.204	69,8	6,6	3,3	0,94
			Pubblico	3655	205.995	63,5	7,8	2,8	0,91
TOTALE REGIONE			Privato	994 *	37.585	44,3	28,8	2,4	1,00
			Totale	4649 *	243.580	60,4	11,2	2,8	0,93

* I 29 posti letto del Presidio Ospedaliero privato Santa Maria di Avezzano sono stati accreditati dalla Regione ma non ancora attivati.

Tavola 3. Indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa per istituto di ricovero, anno 2010.

Codice	Denominazione	Sede	% Ricoveri da fuori Regione	Tasso Occupaz.	Degenza Media	% Ricoveri di 3+ gg	% DRG LEA	% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche	% Ric. ripetuti	% Parti cesarei
130002	"Dell'Annunziata"	Sulmona	6,8	63,1	6,12	74,1	23,0	43,6	5,0	51,0
130003	"SS. Filippo e Nicola"	Avezzano	16,9	75,3	7,00	77,9	14,3	63,1	6,0	42,9
130004	"Rinaldi"	Pescina	4,6	66,3	12,44	90,8	14,5	100,0	6,4	NC
130005	Provinciale C. di Sangro	C. di Sangro	32,2	75,7	6,17	76,1	28,0	33,4	5,4	NC
130006	"Umberto I"	Tagliacozzo	24,7	86,6	16,33	92,6	17,9	90,1	1,9	NC
130001	"S. Salvatore"	L'Aquila	12,6	105,0	8,82	78,5	15,7	72,5	6,8	37,8
130010	Di Lorenzo	Avezzano	32,1	74,9	7,63	74,3	19,2	67,4	2,9	NC
130012	L'Immacolata	Celano	6,9	74,8	8,31	91,6	17,6	30,7	1,7	NC
130013	S. Raffaele	Sulmona	25,3	100,0	50,3	99,3	NC	NC	1,8	NC
130039	Ini Canistro	Canistro	59,6	85,7	4,95	49,8	51,9	100,0	4,6	NC
130040	Villa Letizia	L'Aquila	77,5	66,9	5,54	79,2	49,3	NC	2,9	NC
130041	Nova Salus	Trasacco	31,7	101,3	33,21	98,5	NC	NC	3,3	NC
		Pubblico	14,3	81,8	7,89	78,2	18,0	62,7	5,9	42,5
	TOTALE ASL 201	Privato	41,4	83,3	9,65	73,8	29,8	53,5	3,1	NC
		Totale	20,5	82,2	8,29	76,5	20,7	60,6	5,3	42,5
130026	"SS. Annunziata"	Chieti	6,8	93,2	7,32	76,9	15,0	60,8	6,2	50,9
130031	"SS. Immacolata"	Guardiagrele	2,0	71,1	10,99	89,2	13,0	NC	9,5	NC
130032	"S. Bernabeo"	Ortona	3,4	54,9	4,54	68,9	18,9	78,2	6,6	61,4
130028	"Renzetti"	Lanciano	4,2	58,5	6,54	78,1	11,5	72,3	4,3	36,9
130029	Provinciale Vasto	Vasto	12,8	67,2	6,34	78,3	15,0	73,8	6,2	43,7
130030	"V. Emanuele"	Atessa	2,7	64,5	7,97	83,0	20,5	74,1	5,0	NC
130033	"Consalvi"	Casoli	2,0	65,4	15,88	94,1	33,5	100,0	4,0	NC
130037	Provinciale Gissi	Gissi	4,4	46,5	13,97	93,7	18,4	100,0	5,0	NC
130034	Villa Pini	Chieti	7,5	7,9	11,16	68,9	48,4	91,0	2,2	NC
130035	Spatocco	Chieti	25,9	81,4	7,01	71,3	25,6	84,0	2,5	NC
130042	S. Francesco	Vasto	26,2	66,1	27,5	99,2	NC	NC	3,8	NC
		Pubblico	6,5	72,2	7,11	77,8	15,8	66,6	5,9	47,5
	TOTALE ASL 202	Privato	24,2	37,5	8,49	72,6	27,1	80,1	2,5	NC
		Totale	8,2	65,2	7,25	77,3	16,9	67,9	5,6	47,5
130018	"Spirito Santo"	Pescara	5,5	89,2	6,67	70,4	27,5	34,6	9,4	41,5
130019	"S. Massimo"	Penne	1,3	64,0	6,49	80,0	29,1	70,9	5,4	49,8
130020	"SS. Trinità"	Popoli	3,8	52,1	5,98	63,8	38,5	45,1	8,1	NC
130022	Pierangeli	Pescara	29,8	80,7	4,68	61,6	31,9	78,2	4,0	NC
130024	Villa Serena	Città S. Angelo	14,6	90,0	15,14	90,0	11,5	93,5	1,0	NC

Continua Tavola 3.

Codice	Denominazione	Sede	% Ricoveri da fuori Regione	Tasso Occupaz,	Degenza Media	% Ricoveri di 3+ gg	% DRG LEA	% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche	% Ric, ripetuti	% Parti cesarei
ASL		Pubblico	4,9	80,4	6,58	70,9	29,4	39,9	8,8	42,3
ASL	TOTALE ASL 203	Privato	22,3	87,5	9,83	75,6	21,4	85,8	2,5	NC
ASL		Totale	9,7	82,9	7,49	72,2	27,2	52,7	7,1	42,3
130014	"Mazzini"	Teramo	5,5	83,7	8,79	82,6	18,1	75,7	4,9	34,7
130015	"Maria d. S."	Giulianova	6,8	84,3	10,07	85,2	32,8	43,2	7,4	NC
130016	"S. Liberatore"	Atri	5,5	78,0	7,61	82,4	23,5	67,6	6,0	44,4
130017	Provinciale S.Omero	S. Omero	11,5	65,8	7,92	82,7	23,5	38,3	4,7	46,2
ASL	TOTALE ASL 204	Pubblico	6,6	79,7	8,61	83,0	23,0	63,4	5,5	39,9
		Privato	7,8	77,8	7,47	77,3	21,2	58,4	6,5	43,7
	TOTALE REGIONE	Privato	28,8	71,0	9,53	74,5	25,2	74,3	2,7	NC
		Totale	11,2	76,4	7,81	76,8	21,9	61,0	5,9	43,7

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

Tavola 4. Trend di alcuni indicatori di efficienza e appropriatezza organizzativa.

Totale regionale	% Ricoveri da fuori Regione	Tasso Occupaz,	Degenza Media	% Ricoveri di 3+ gg	% DRG LEA *	% DRG Chirurgici da U.O. chirurgiche	% Ric, ripetuti	% Parti cesarei
Anno 2005	14,3	83,0	6,52	69,3	16,1	30,8	9,2	43,1
Anno 2010	11,2	76,4	7,81	76,8	6,5	61,0	5,9	43,7
Differenza 10-05	-21.7%	-8.0%	+19.8%	+10.8%	-59.6%	+98.1%	-35.9%	+1.4%

* Ricoveri ordinari assegnati ai 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza in base al precedente Decreto LEA (DPCM 29.11.2001).

5.4. DRG LEA (Tavola 5)

Come in precedenza accennato, alcuni ricoveri, se effettuati in regime ordinario, sono considerati ad alto rischio di inappropriatazza, perché potrebbero essere svolti in regime ambulatoriale o diurno senza compromettere la qualità di cura nella maggioranza dei casi. Questi ricoveri “inappropriati” sono quelli assegnati ad una lista di 108 DRG diffusa dal Ministero della Salute. Per ciascuno di questi DRG separatamente, nella Tavola 5 è riportata la percentuale di “inappropriatazza”, ovvero la percentuale di ricoveri svolti in regime ordinario, per ciascuna ASL ed nel complesso, in modo che sia possibile identificare le aree più critiche ed intraprendere gli opportuni interventi. Ad esempio, se tutte le ASL dimostrano di avere raggiunto un elevato livello di appropriatezza organizzativa nella gestione dei ricoveri per decompressione del tunnel carpale (DRG n. 6 – la ASL “peggiore” avendo svolto solo il 3,4% dei ricoveri in regime ordinario), gli interventi di legatura e stripping di vene (DRG 119) evidenziano una marcatissima disomogeneità tra le ASL, dato che la ASL di Avezzano-Sulmona-L’Aquila svolge solo il 4,7% dei ricoveri in regime ordinario, mentre la ASL di Pescara effettua oltre la metà dei ricoveri in regime ordinario (54,6%).

Nel complesso, comunque, oltre il 40% dei ricoveri cosiddetti “LEA” sono ancor oggi svolti in regime ordinario nella Regione. Tra le ASL, quella di Teramo mostra i valori peggiori (49,7%); quella di Avezzano-Sulmona-L’Aquila i valori più bassi (35,1%).

Per quanto la Regione Abruzzo non si collochi tra le peggiori regioni d’Italia (circa a metà), è da sottolineare come i margini di miglioramento siano comunque ampi, soprattutto nei DRG medici. Ad esempio, anche nell’anno 2010 il 95,7% dei ricoveri regionali per “Aterosclerosi senza complicanze” (DRG 133), ed il 78,0% dei ricoveri per “ipertensione” (DRG 134) sono stati effettuati in regime di ricovero ordinario.

Tavola 5. Percentuale di ricoveri svolti in regime di ricovero ordinario sul totale dei ricoveri assegnati a ciascuno dei 108 DRG ad alto rischio di inappropriatazza in base al Decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

DRG	Descrizione breve DRG	% Ric. Ord. Regione	% Ric. <2gg su ord.	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 204	Ric. Tot. 201	Ric. Tot. 202	Ric. Tot. 203	Ric. Tot. 204
6	Decompressione del tunnel carpale	2.1	1.0	0.9	3.3	3.4	0.6	528	665	267	316
8	Interventi su nervi periferici e cranici e altri interventi su sistema nervoso senza CC	44.9	29.5	24.4	41.0	54.7	50.0	45	61	86	64
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	34.7	31.0	30.1	12.6	95.7	81.3	146	167	47	32
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	60.3	56.0	84.8	30.1	84.7	74.6	46	123	72	59
36	Interventi sulla retina	35.9	32.2	3.8	78.9	32.8	6.5	53	199	177	214
38	Interventi primari sull'iride	37.7	26.2	5.9	84.2	13.6	100.0	17	19	22	3
39	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	1.3	1.6	1.5	0.8	2.4	0.3	2363	3512	2561	1570
40	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età > 17 anni	13.4	10.0	15.7	15.8	8.6	33.3	102	354	255	6
41	Interventi sulle strutture extraoculari eccetto l'orbita, età < 18 anni	31.5	9.6	0.0	33.3	50.0	50.0	9	33	10	2
42	Interventi sulle strutture intraoculari eccetto retina, iride e cristallino	10.9	8.2	3.2	6.3	18.4	88.9	593	1264	1271	9
47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC	45.5	38.6	37.5	63.8	41.6	23.6	72	127	137	55
51	Interventi sulle ghiandole salivari eccetto sialoadenectomia	40.7	37.0	11.1	66.7	33.3	100.0	9	6	9	3
55	Miscellanea interventi orecchio, naso, bocca e gola	41.1	34.0	22.2	41.6	83.8	36.0	315	459	154	161
59	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età > 17 anni	54.5	47.8	54.4	35.7	100.0	97.1	57	154	32	34
60	Tonsillectomia e/o adenoidectomia, età < 18 anni	70.4	55.6	63.1	59.8	100.0	78.1	187	271	78	247
61	Miringotomia con inserzione di tubo, età > 17 anni	13.8	6.9	4.3	50.0	100.0	0.0	23	4	1	1
62	Miringotomia con inserzione di tubo, età < 18 anni	33.3	20.0	46.7	6.3	100.0	50.0	15	16	3	2
65	Alterazioni dell'equilibrio	87.5	81.1	91.7	82.4	92.3	77.6	108	119	325	143
70	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18	48.1	41.6	90.8	91.4	24.6	100.0	76	35	684	219
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	74.9	68.6	68.7	68.9	94.0	69.7	243	206	218	271
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	74.5	26.2	86.7	40.9	71.9	92.5	15	22	64	40
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	95.0	93.5	97.6	85.2	96.3	99.6	208	236	464	254
119	Legatura e stripping di vene	23.7	7.5	4.7	16.0	54.6	31.0	574	351	401	158

Continua Tavola 5.

DRG	Descrizione breve DRG	% Ric. Ord. Regione	% Ric. <2gg su ord.	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 204	Ric. Tot. 201	Ric. Tot. 202	Ric. Tot. 203	Ric. Tot. 204
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	58.8	50.6	34.6	86.7	68.8	87.7	272	113	112	81
133	Aterosclerosi senza CC	95.7	87.0	96.0	91.9	100.0	96.5	99	74	48	57
134	Iperensione	78.0	72.2	68.8	70.0	86.7	97.6	199	367	173	167
139	Aritmia e alterazioni conduzione cardiaca no CC	71.2	57.4	64.1	67.7	76.4	78.2	379	269	348	261
142	Sincope e collasso senza CC	86.4	75.4	89.0	89.6	94.4	73.1	73	134	232	186
158	Interventi su ano e stoma senza CC	56.2	39.5	37.8	38.3	73.5	67.1	315	324	533	210
160	Interventi per ernia, eccetto inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	72.7	64.6	68.0	59.2	92.5	72.6	169	213	186	186
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	45.7	22.9	30.1	34.2	66.9	47.5	622	799	837	665
163	Interventi per ernia, età < 18 anni	44.4	39.0	0.0	55.6	46.3	0.0	6	9	160	3
168	Interventi sulla bocca con CC	80.5	73.2	84.6	100.0	63.6	100.0	26	2	11	2
169	Interventi sulla bocca senza CC	38.3	32.6	33.0	41.4	44.6	44.7	188	70	74	47
183	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	84.7	70.9	80.9	76.8	85.5	91.9	409	392	1130	521
184	Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni	69.4	53.1	71.3	96.8	54.9	97.7	216	188	896	264
187	Estrazioni e riparazioni dentali	41.5	32.6	23.5	18.8	40.7	61.8	17	16	27	34
189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	46.0	34.8	36.6	52.1	44.3	62.5	476	217	578	251
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC	51.6	46.6	64.7	55.7	33.5	88.0	139	70	284	83
208	Malattie delle vie biliari senza CC	94.5	83.2	86.3	96.5	94.3	98.8	161	202	400	243
227	Interventi sui tessuti molli senza CC	55.9	44.5	58.9	49.1	67.7	37.1	587	403	372	186
228	Interventi maggiori sul pollice o sulle articolazioni o altri interventi mano o polso con CC	51.8	32.7	40.9	60.0	47.2	100.0	22	30	53	5
229	Interventi su mano o polso eccetto interventi maggiori sulle articolazioni, senza CC	28.3	15.2	15.0	41.3	43.2	12.3	547	446	437	317
232	Artroscopia	28.6	20.5	13.9	69.2	80.0	43.9	613	91	70	114
241	Malattie del tessuto connettivo senza CC	40.9	39.9	23.4	37.5	52.3	84.3	418	128	287	102
243	Affezioni mediche del dorso	85.8	76.0	75.4	87.9	87.9	91.2	378	462	355	420
245	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC	39.7	28.8	35.6	67.3	24.3	76.1	194	98	284	67
248	Tendinite, miosite e borsite	67.4	44.2	83.1	83.1	53.0	38.4	89	183	149	73
249	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	90.2	54.1	97.7	91.9	90.2	81.4	307	408	163	338
251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni no CC	33.5	19.1	35.1	84.0	9.6	65.0	77	125	322	40
252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni	56.8	25.5	34.1	92.7	46.0	63.6	44	41	50	11
254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni no CC	89.2	56.4	86.9	96.1	79.6	87.8	130	337	191	148
256	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo	92.8	48.5	98.1	97.1	52.4	84.7	910	510	124	242
262	Biopsia della mammella e escissione locale non per neoplasie maligne	14.4	5.2	9.7	10.4	20.8	49.1	257	278	48	57
266	Trapianti di pelle e/o sbrigliamenti eccetto per ulcere della pelle/cellulite senza CC	9.3	7.3	4.4	6.4	16.9	28.0	1046	422	783	25
268	Chirurgia plastica della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	53.5	23.7	68.6	11.4	51.4	100.0	105	44	70	9
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella senza CC	18.7	14.7	12.9	21.3	15.9	33.6	263	164	309	134
276	Patologie non maligne della mammella	11.7	7.0	2.8	32.3	40.0	66.7	143	31	5	9
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	78.2	57.4	83.3	80.6	86.0	65.3	84	155	100	124
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	98.3	67.3	100.0	97.0	100.0	100.0	50	202	22	78
283	Malattie minori della pelle con CC	85.1	77.1	88.9	77.8	74.1	100.0	18	9	27	20
284	Malattie minori della pelle senza CC	40.4	31.3	22.3	37.2	51.0	52.6	166	94	200	95
294	Diabete, età > 35 anni	85.6	80.3	71.1	95.3	97.1	73.7	97	148	140	137
295	Diabete, età < 36 anni	90.4	75.0	87.5	100.0	100.0	78.9	8	21	4	19
299	Difetti congeniti del metabolismo	66.1	62.2	69.9	68.0	90.1	10.1	73	25	171	79
301	Malattie endocrine senza CC	20.9	19.2	7.5	14.6	48.0	21.8	416	233	254	179

Continua Tavola 5.

DRG	Descrizione breve DRG	% Ric. Ord. Regione	% Ric. <2gg su ord.	% Ric. Ord. 201	% Ric. Ord. 202	% Ric. Ord. 203	% Ric. Ord. 204	Ric. Tot. 201	Ric. Tot. 202	Ric. Tot. 203	Ric. Tot. 204
317	Ricovero per dialisi renale	6.5	80.0	1.5	NC	100.0	NC	131	0	7	0
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia tramite US	65.0	57.8	74.2	23.0	98.4	79.4	1213	457	183	141
324	Calcolosi urinaria senza CC	83.9	66.8	81.6	69.2	89.4	94.7	136	146	263	94
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	87.7	75.5	68.9	94.6	95.7	93.3	61	37	92	30
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età<18	63.5	50.0	100.0	100.0	44.1	100.0	3	12	34	3
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	60.0	46.7	66.7	33.3	75.0	50.0	6	3	4	2
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	69.9	59.1	62.3	63.1	67.2	87.3	61	65	67	63
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	34.2	31.1	88.9	93.3	23.6	75.0	9	15	161	8
339	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età > 17 anni	39.7	29.9	19.4	35.0	50.8	72.5	144	183	191	51
340	Interventi sul testicolo non per neoplasie maligne, età < 18 anni	57.7	40.3	36.1	60.7	60.4	92.3	61	28	288	13
342	Circoncisione, età > 17 anni	11.0	6.5	0.0	11.6	14.6	9.5	49	190	157	84
343	Circoncisione, età < 18 anni	12.7	6.7	0.0	18.2	11.5	40.0	16	33	96	5
345	Altri interventi sull'apparato riproduttivo maschile eccetto per neoplasie maligne	43.5	41.9	100.0	33.3	17.5	100.0	11	3	40	8
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	33.1	19.4	16.7	77.8	44.8	100.0	78	9	29	8
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	34.1	23.8	32.9	25.0	37.8	37.7	79	48	82	61
360	Interventi su vagina, cervice e vulva	23.7	13.8	13.4	31.1	26.5	24.6	247	167	411	138
362	Occlusione endoscopica delle tube	26.3	21.1	50.0	7.1	100.0	100.0	2	14	1	2
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	17.9	8.7	12.0	29.1	20.3	19.5	816	261	696	174
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	48.1	32.2	40.0	68.8	50.7	45.3	445	189	209	285
377	Diagnosi relative a postparto e postaborto con intervento chirurgico	64.7	29.4	75.0	38.9	81.3	76.9	4	18	16	13
381	Aborto con dilatazione e raschiamento, mediante aspirazione o isterotomia	21.8	8.5	18.7	14.7	34.7	23.0	1037	1460	972	786
384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni med.	90.1	57.0	74.5	89.9	98.8	93.2	55	99	86	44
395	Anomalie dei globuli rossi, età > 17 anni	73.6	68.7	85.9	74.4	66.0	75.5	205	511	470	367
396	Anomalie dei globuli rossi, età < 18 anni	67.2	58.1	91.7	70.0	52.9	87.5	12	10	34	8
399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC	50.0	45.0	57.1	36.0	49.5	63.0	56	75	95	54
404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC	34.2	32.5	33.1	9.6	41.6	48.3	160	156	310	120
409	Radioterapia	55.6	44.4	NC	0.0	57.1	100.0	0	1	7	1
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	6.2	5.6	13.4	0.6	11.1	1.1	1252	2012	1366	835
411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia	12.5	9.7	48.1	6.3	13.8	42.1	27	287	217	19
412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia	38.6	38.6	80.0	28.6	53.8	9.1	5	28	26	11
426	Nevrosi depressive	79.8	63.7	36.4	78.9	83.1	100.0	11	19	59	15
427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive	35.4	32.0	5.8	61.1	66.7	100.0	156	18	42	44
429	Disturbi organici e ritardo mentale	69.6	61.3	47.0	83.3	71.9	93.4	168	114	192	76
465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	2.3	1.5	2.9	3.6	0.0	NC	69	28	34	0
466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	19.4	14.5	9.5	32.7	20.9	16.7	84	55	86	12
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	60.4	43.7	51.6	43.8	73.5	51.1	477	521	1075	135
490	H.I.V. associato o non ad altre patologie correlate	23.7	22.5	77.8	2.1	47.9	83.3	9	144	94	6
503	Interventi sul ginocchio senza diagnosi principale di infezione	40.9	26.1	27.1	62.6	78.1	31.5	1991	422	620	517
538	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissazione interna eccetto anca e femore senza CC	36.2	24.3	31.4	42.3	50.4	23.6	497	364	347	385
563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC	98.5	82.5	100.0	92.3	98.1	100.0	70	26	159	80
564	Cefalea, età > 17 anni	68.3	57.5	86.8	90.5	51.0	90.2	38	42	147	41
	Totale DRG LEA	41.3	32.4	35.1	36.0	47.7	49.7	26563	25220	27822	14891

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

5.5. Medicina Generale (Tavola 6 e Figure 45-46)

Nell'anno 2005, i Medici di Medicina Generale (MMG) in Abruzzo erano 1228, mentre nel 2010 si erano ridotti a 1155 (-5,9%; Tavola 6). Questo, sommato al lieve ma costante aumento della popolazione generale, ha portato ad un sensibile aumento del numero medio di residenti oltre i 14 anni per ogni MMG, che è passato a livello regionale da 925 (nel 2005) a 1042 (nel 2010), crescendo del 12,6% (Figura 45). Il fenomeno è avvenuto in tutte le ASL, che nel 2010 mostravano un numero di medio di residenti per MMG molto simile. Anche a livello nazionale, peraltro, il trend è stato lo stesso, con una continua crescita del numero medio di assistiti per MMG, che tuttavia nel 2008 era leggermente superiore a quello abruzzese.

Sebbene il numero totale di Pediatri di Libera Scelta (PLS) sia rimasto sostanzialmente identico negli ultimi anni (Tavola 6), sempre a causa dell'aumento di popolazione il numero di assistiti di età uguale o inferiore a 14 anni per ciascun pediatra è cresciuto, ma in modo contenuto (+4,9%; passando da 860, nel 2005, a 902, nel 2010 – Figura 46). Al contrario di quanto rilevato per i MMG, per i PLS esistono differenze marcate tra le ASL, che appaiono separate nettamente in due blocchi: le ASL di Teramo e Avezzano-Sulmona-L'Aquila mostrano un numero di assistiti per pediatra relativamente alto, pari a quasi 1000 (999 per entrambe le ASL), mentre le ASL di Pescara e Lanciano-Vasto-Chieti evidenziano un numero assai più basso, intorno agli 835 bambini per pediatra. Esiste, quindi, un certo squilibrio intra-regionale che andrebbe riequilibrato.

Nell'anno 2010, l'età media dei MMG in Abruzzo era di 56 anni (deviazione standard 4,8), e 37 MMG avevano in cura meno di 50 assistiti. Nel complesso, i MMG con età uguale o superiore a 60 anni erano 311, pari al 26,9% del totale; quelli di età uguale o superiore a 65 anni solo 46, pari al 4% del totale.

Tavola 6. Trend nel numero di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta.

ASL	MMG						PLS					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Av-Sulm-Aq	283	255	255	263	264	272	40	40	38	37	37	39
Lanc-Vas-Ch	373	335	340	342	339	341	59	59	58	58	57	57
Pescara	298	264	268	268	271	278	48	48	48	49	49	49
Teramo	274	242	249	249	254	264	39	39	39	39	39	40
Regione	1,228	1,096	1,112	1,122	1,128	1,155	186	186	183	183	182	185

Figura 45. Trend del numero medio di assistiti oltre i 14 anni per ciascun Medico di Medicina Generale.

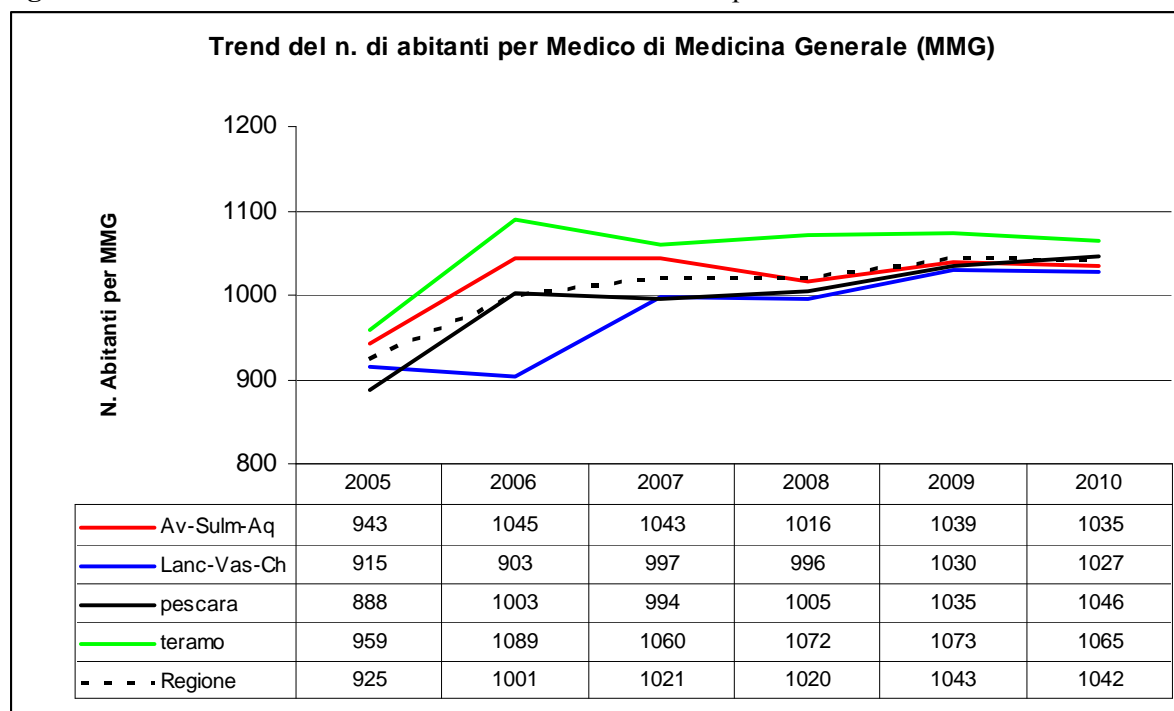
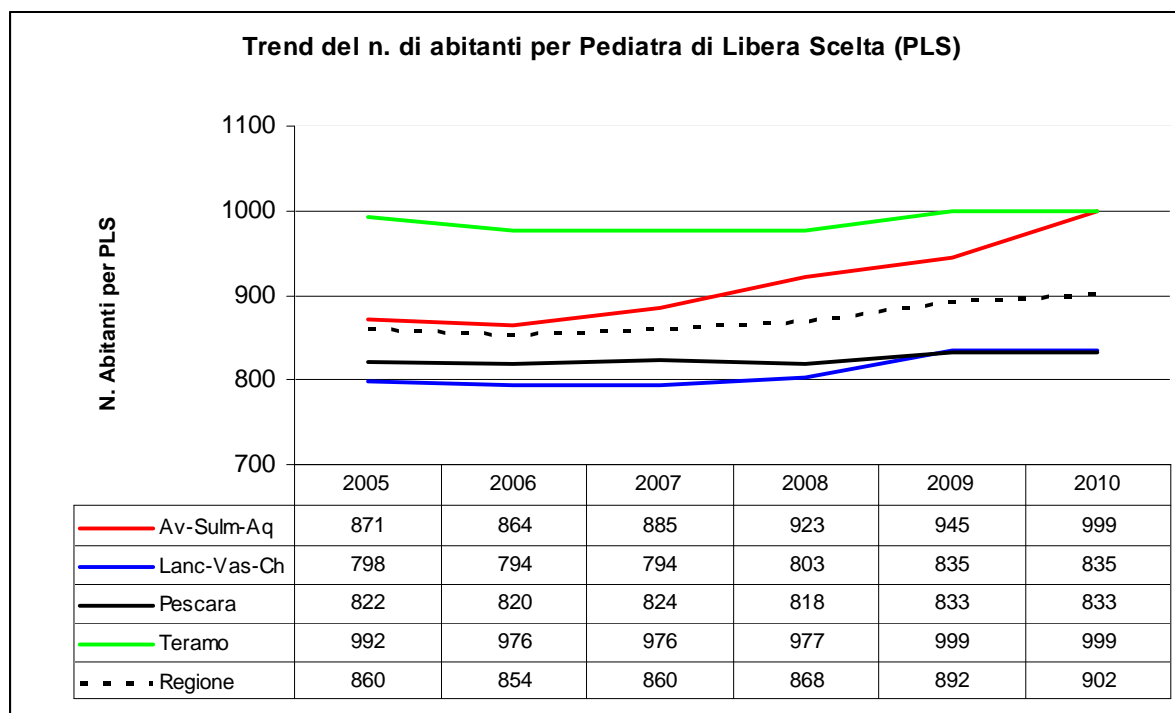


Figura 46. Trend del numero medio di assistiti di età ≤ 14 anni per ciascun Pediatria di Libera Scelta.



5.6. Posti letto, dotazione e fabbisogno (Tavola 7 e Figure 47-49)

A seguito delle già menzionate misure di riordino dei servizi ospedalieri regionali, in Abruzzo il totale dei posti letto accreditati e certificati per ricoveri ordinari è sceso progressivamente, sia nel settore pubblico che nel privato, passando da un numero complessivo di 6167 nel 2005, ai 4678 del 2010 (-24,1%, Figura 47). È interessante notare come, dal 2005, 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%).

Stratificando per ASL, sia nel settore pubblico che privato la riduzione più marcata si è osservata nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila, dove i posti letto complessivi sono scesi del 32,4% e del 27,7%, rispettivamente (Figure 48 e 49). Tuttavia, se si considera il tasso medio di posti letto per 1000 abitanti, la ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila appare nel 2010 assolutamente in linea con le altre ASL e con la media regionale (Tavola 7). Evidentemente, esisteva una situazione di equilibrio precedente.

In maggiore dettaglio, nel 2010 il tasso di posti letto per 1000 abitanti era pari a 3,49, con 2,73 posti letto pubblici e 0,76 privati (Tavola 7). Se si sommano questi due valori, emerge come, nel confronto tra le ASL, la ASL di Teramo mostri il tasso di posti letto per abitante più basso (2,88), mentre nessuna delle altre ASL sia sotto a 3,50.

Ipotizzando un tasso di ricovero stabile nei prossimi anni, pari a quello osservato nel 2010, ed una identica degenza media, il numero stimato di posti letto necessari per l'assistenza di tutti i pazienti varia in base al tasso di occupazione che si assume nella simulazione. Se si assume un valore pari al 75%, come prassi comune, nel settore pubblico risulta esservi una lieve carenza di posti letto, perché il valore stimato è pari a 3,60. Se invece si assume un tasso di occupazione superiore, pari all'80%, improntato ad una maggiore efficienza operativa e più vicino alle performance medie dell'anno 2010 (riportate nella Tavola 3), i posti letto necessari nel settore pubblico sono praticamente identici a quelli esistenti (2,71 vs 2,73, rispettivamente). Qualunque sia il tasso di occupazione ipotizzato, l'attuale tasso di posti letto del settore privato appare superiore a quello teoricamente necessario, nonostante tale valore sia stato calcolato tenendo conto della degenza media superiore che si osserva nei ricoveri svolti dalle strutture ospedaliere private (e che può derivare, perlomeno in parte, dalla maggiore complessità media dei pazienti trattati in questo settore, come si evince dai dati riportati nella Tavola 2).

Chiaramente, questo se si ipotizza che anche i ricoveri oggi effettuati in mobilità passiva siano "riassorbiti" dalle strutture abruzzesi, e senza considerare i ricoveri dei pazienti che provengono da fuori regione. Nel caso in cui considerasse stabile la quota di ricoveri di residenti fuori regione (pari a 28.750 ricoveri ordinari), e di non residenti in strutture regionali (pari a 19559 ricoveri ordinari) il tasso di posti letto dovrebbe essere variato (rispettivamente ridotto e aumentato) di una quota corrispondente, arrivando, con tassi di occupazione del 75% e dell'80%, rispettivamente al 3,38 e al 3,16 x 1000 abitanti. Quest'ultimo valore, infine, scenderebbe addirittura intorno al 3.0 se la degenza media per i ricoveri ordinari presa a riferimento non fosse quella abruzzese, bensì quella nazionale, pari a 6,7 giorni nell'anno 2010.

Figura 47. Trend del numero di posti letto ordinari totali (per acuti, riabilitazione e lungodegenza).

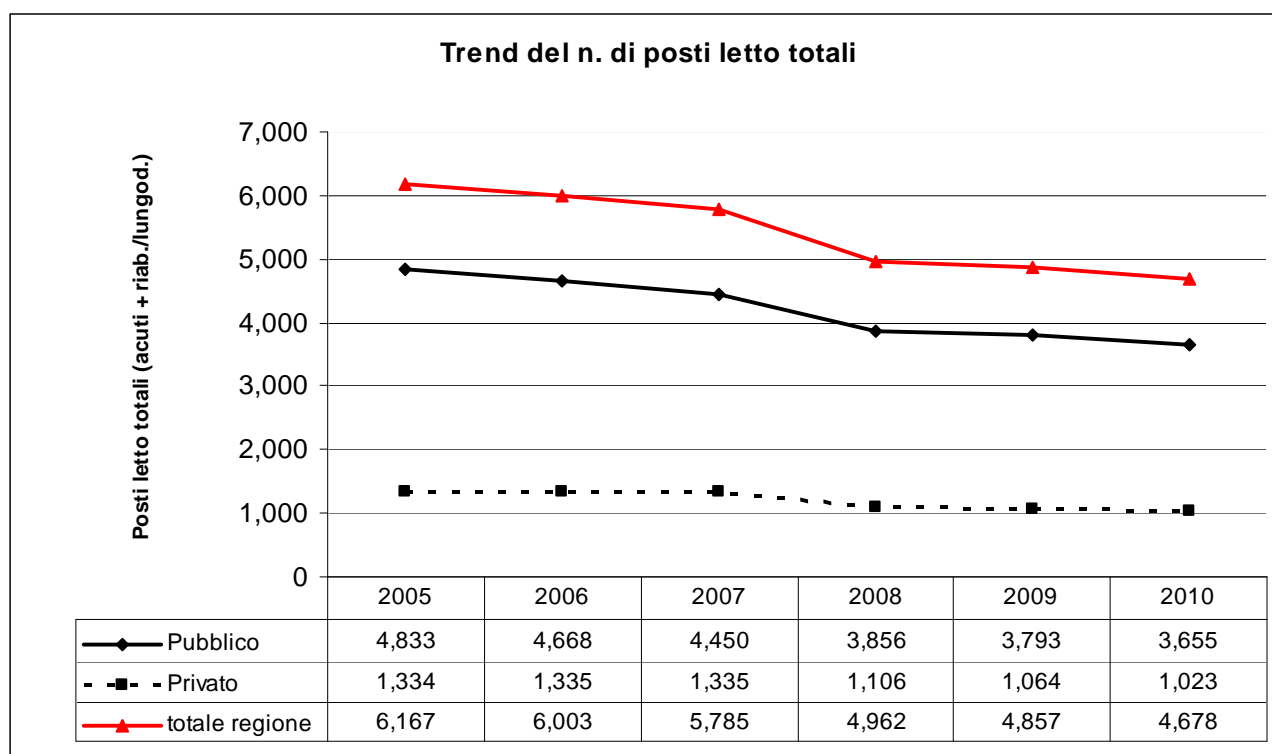


Figura 48. Trend del numero di posti letto pubblici ordinari totali (per acuti, riabilitazione e lungodegenza).

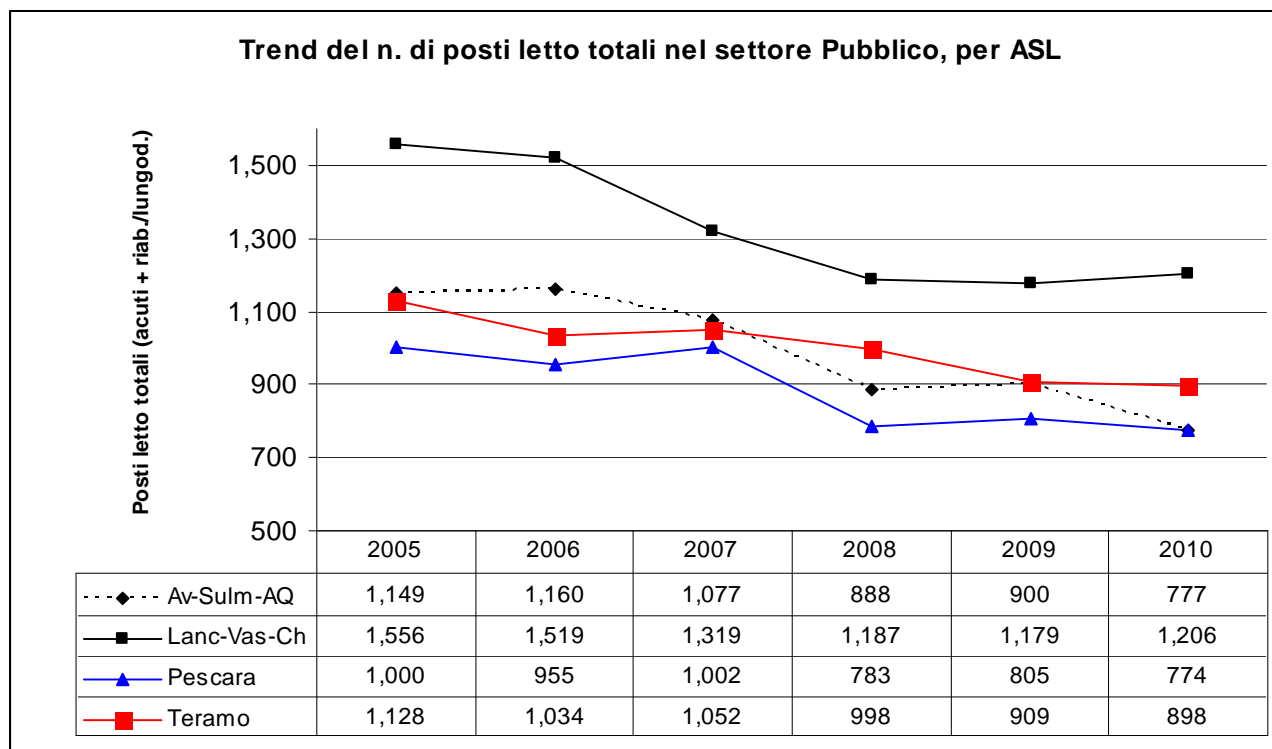


Figura 49. Trend del numero di posti letto privati ordinari totali (per acuti, riabilitazione e lungodegenza).

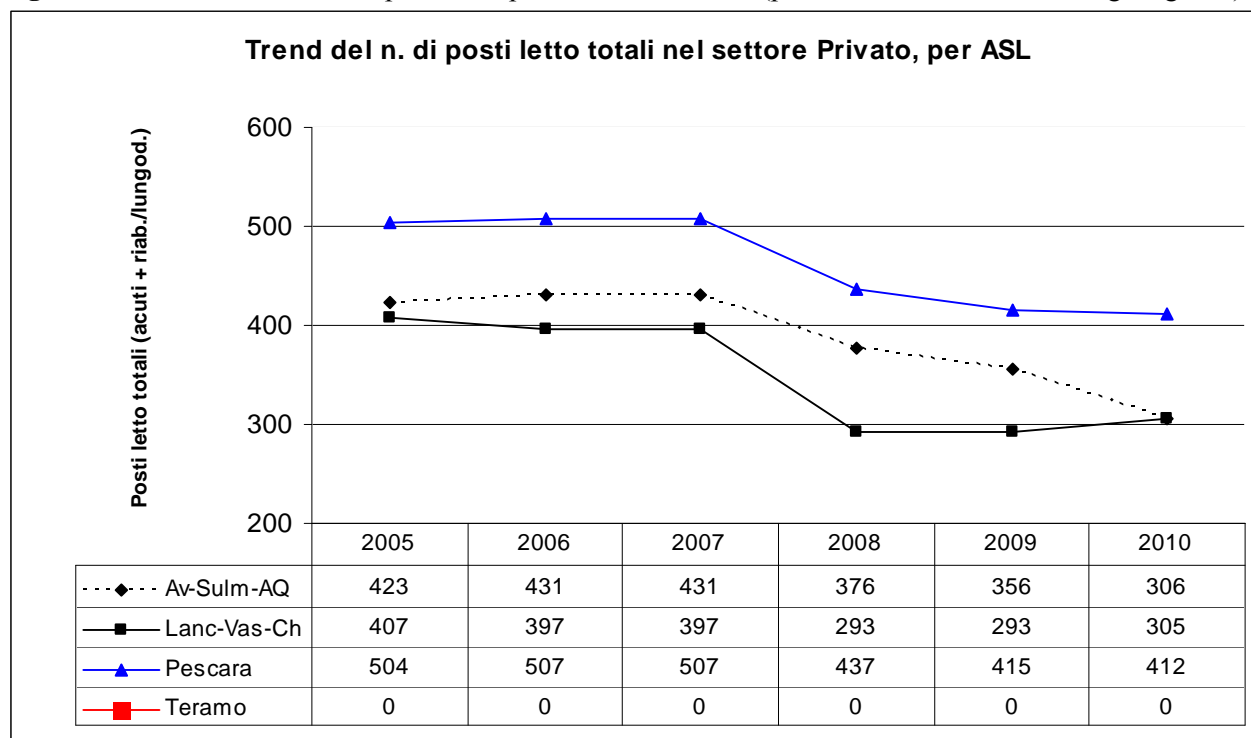


Tavola 7. Dotazione di posti letto ospedalieri in regime ordinario, e fabbisogno (residenti e mobilità passiva) sulla base dei dati di produzione 2010.

ASL	Posti Letto attuali	PL ord. x1000 ab 2010	Ricoveri Ordinari 2010	G. degenza Tot. 2010	Degenza Media 2010	N. PL ord. Necessari *	PL ord. x1000 ab Necessari **	PL ord. x1000 ab Necessari *
Totale Regione	4678	3.49	173.255	1.318.772	7.61	4516	3.60	3.37
Pubblico								
Av.-Sulm.-Aq	777	2.51	31.199	236.971	7.60	812	2.80	2.62
Lanc.-Vas.-Ch.	1206	3.04	47.280	326.483	6.91	1118	3.01	2.82
Pescara	774	2.41	35.929	231.202	6.43	792	2.63	2.47
Teramo	898	2.88	31.811	266.537	8.38	913	3.12	2.93
Totale Pubblico	3655	2.73	146.219	1.061.193	7.26	3634	2.90	2.71
Privato								
Av.-Sulm.-Aq	306	0.99	8727	84.225	9.65	288	0.99	0.93
Lanc.-Vas.-Ch.	305	0.77	4912	41.700	8.49	143	0.38	0.36
Pescara	412	1.28	13,397	131.654	9.83	451	1.50	1.40
Teramo	0		0	0	--	--		--
Totale Privato	1023	0.76	27.036	257.579	9.53	882	0.70	0.66

* Basato su un tasso di occupazione medio pari al 75%, includendo anche la mobilità passiva ed escludendo la mobilità attiva (vedere testo per ulteriori, necessari dettagli). ** Basato su un tasso di occupazione medio pari all'80%, includendo anche la mobilità passiva ed escludendo la mobilità attiva (vedere testo per ulteriori, necessari dettagli).

5.7. Assistenza farmaceutica territoriale (Figure 50-51)

Tipicamente, il tema è talmente ampio e complesso da meritare un report specifico, con un livello di dettaglio che va molto al di là degli obiettivi del presente Report. In questa sede, ci limitiamo a riportare il trend regionale, a confronto con quello nazionale, di due dei principali indicatori contenuti nel Rapporto OsMed, relativi alle caratteristiche generali dell'uso dei farmaci.

Come nel resto d'Italia, anche in Abruzzo il consumo di farmaci erogati dalle farmacie a carico del SSN è in costante aumento (Figura 50): dal 2005 al 2010, il consumo (tipicamente indicato come dosi definite giornaliere per 100 abitanti, ovvero la dose media giornaliera, di mantenimento per un farmaco, nella sua indicazione terapeutica principale in pazienti adulti) è cresciuto del 18,0% in Italia, del 22,6% in Abruzzo. Nel 2010, infatti, al contrario di alcuni anni fa, il consumo medio regionale era leggermente più elevato della media nazionale.

Ancora più negativo il dato relativo alla spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite a carico del SSN. Mentre in Italia, dal 2005 al 2010 la spesa si è ridotta del 7,0% (Figura 51), in Abruzzo si è assistito ad un lieve aumento, pari al 2,4%. Se nel 2005 la spesa farmaceutica media abruzzese era più bassa del valore medio nazionale (215 euro l'anno), nel 2010 solo sei regioni mostravano una spesa media superiore all'Abruzzo (oltre 230 euro l'anno).

Figura 50. Consumo farmaceutico territoriale pesato per età (DDD/1000 abitanti die) a carico del SSN.

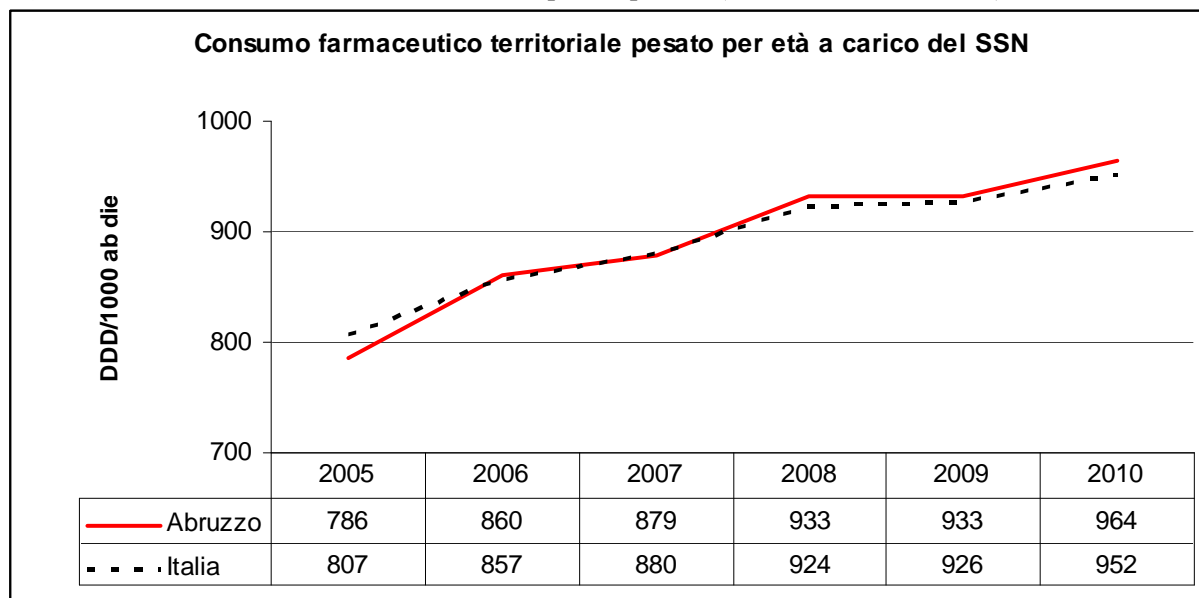
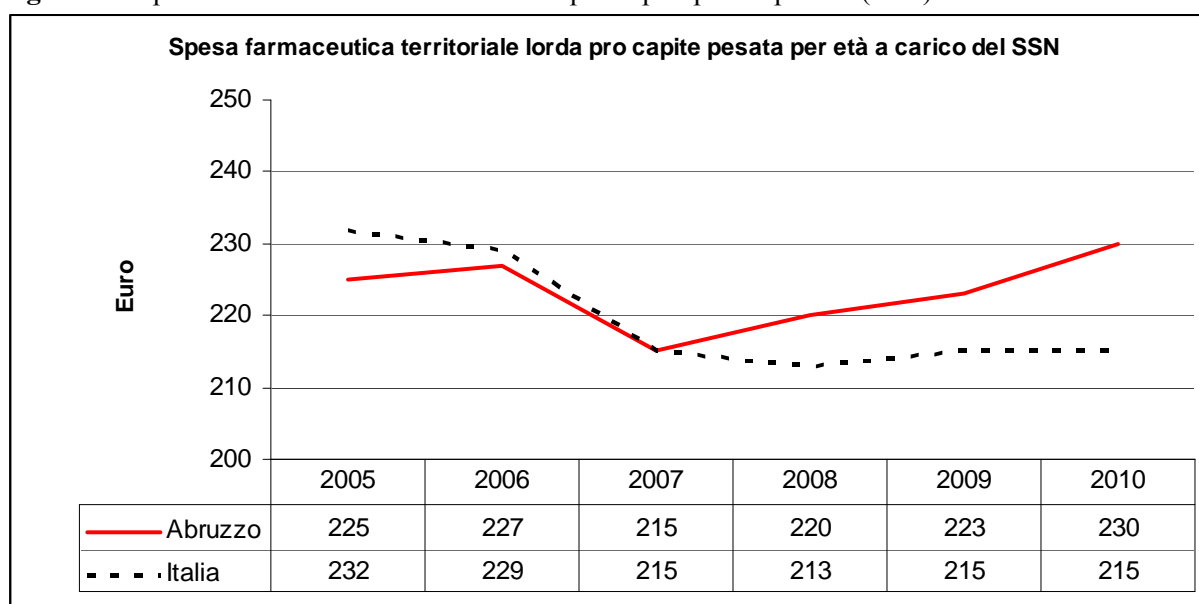


Figura 51. Spesa farmaceutica territoriale lorda pro capite pesata per età (euro) a carico del SSN.



5.8. Residenze Sanitarie Assistite (RSA) / Residenze Assistenziali (RA) (Tavole 8 e 9)

Purtroppo, gli ultimi dati disponibili per questo indicatore risalgono all'anno 2008. Si riportano comunque i principali dati relativi al tasso di posti letto a scopo puramente informativo. L'indice di posti letto relativo alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) complessivo era nel 2008 pari a 2,93 x 1000 abitanti anziani (0,33 quello relativo agli anziani disabili gravi / non autosufficienti - Tavola 8). Nel complesso, i posti letto erano 931 (837 per gli anziani; 94 per i disabili), dei quali solo 220 pubblici (23,6%).

Anche l'indice di posti letto accreditati relativo alle Residenze Assistenziali (RA) era nel 2008 di poco inferiore a 3 (2,96 - Tavola 9); tuttavia in questo caso la componente pubblica era decisamente più rilevante (453 posti letto su 1006, pari al 45,0%).

Nel complesso, l'offerta residenziale destinata ad anziani / disabili non è cresciuta in modo sostanziale dall'anno 2003, continua ad essere notevolmente disomogenea tra le ASL regionali, ed è decisamente inferiore alla media nazionale, nonché al fabbisogno stimato nel 2005 dalla Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.

Tavola 8. Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA): Posti letto (PL) accreditati nella regione Abruzzo – Anno 2008 (Fonte: PSR-Abruzzo 2008-2010).

ASL	PL Anziani Totale	Tasso Anziani Totale	PL Anziani Privato	Tasso Anziani Privato	PL Anziani Pubblico	Tasso Anziani Pubblico	PL Disabili Totale	Tasso Disabili Totale	PL Disabili Privato	Tasso Disabili Privato	PL Disabili Pubblico	Tasso Disabili Pubblico
Av-Sulm-Aq	319	4,85	279	4,24	40	0,61	50	0,76	30	0,46	20	0,30
Lan-Vas-Ch	146	1,68	146	1,68	0	0,00	11	0,13	11	0,13	0	0,00
Pescara	302	4,40	222	3,24	80	1,17	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Teramo	70	1,08	10	0,15	60	0,93	33	0,51	13	0,20	20	0,31
Tot, Abruzzo	837	2,93	657	2,30	180	0,63	94	0,33	54	0,19	40	0,14

Tassi per 1000 abitanti. I tassi per gli anziani sono calcolati sulla sola popolazione di età ≥ 65 anni, quelli per i disabili sono calcolati sul totale della popolazione.

Tavola 9. Residenze Assistenziali (RA): Posti letto (PL) accreditati nella regione Abruzzo – Anno 2008 (Fonte: PSR-Abruzzo 2008-2010).

ASL	PL Anziani Totale	Tasso Anziani Totale	PL Anziani Privato	Tasso Anziani Privato	PL Anziani Pubblico	Tasso Anziani Pubblico	PL Disabili Totale	Tasso Disabili Totale	PL Disabili Privato	Tasso Disabili Privato	PL Disabili Pubblico	Tasso Disabili Pubblico
Av-Sulm-Aq	40	0,61	0	0,00	40	0,61	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Lan-Vas-Ch	475	5,46	365	4,20	110	1,27	159	1,83	71	0,82	88	1,01
Pescara	63	0,92	63	0,92	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Teramo	269	4,16	54	0,83	215	3,32	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tot. Abruzzo	847	2,96	482	1,69	365	1,28	159	0,56	71	0,25	88	0,31

Tassi per 1000 abitanti. I tassi per gli anziani sono calcolati sulla sola popolazione di età ≥ 65 anni, quelli per i disabili sono calcolati sul totale della popolazione.

5.9. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) (Tavola 10)

Negli ultimi due anni, ovvero dal 2010 al 2008 (primo anno per il quale sono disponibili dati completi), il numero di interventi di assistenza domiciliare integrata è cresciuto dell'81,8%, passando da 12.456 a 17.848 (Tavola 10). Questo aumento si è tradotto in un tasso di assistiti per 1000 abitanti pari a 17,4 nel 2010 (contro i 9,6 del 2008, un valore che era di poco superiore alla media nazionale). La crescita è stata meno accentuata nella ASL di Avezzano-Sulmona-L'Aquila (+5,8%), che tuttavia mostrava il tasso più elevato nel 2008, e che anche nel 2010 risulta comunque la seconda ASL con il tasso più alto.

Sia nel 2010 che nel 2008, circa un quinto del totale degli assistiti era composto da soggetti ad alta complessità o malati terminali, con differenze tuttavia molto marcate tra le ASL (Pescara 61,8%, Avezzano-Sulmona-L'Aquila 8,2%). Questa disomogeneità, comunque, può essere dovuta, perlomeno in parte, all'utilizzo di criteri non ancora omogenei tra le ASL nella classificazione della severità clinica degli assistiti.

A scopo descrittivo, si riportano infine i dati relativi alla dotazione di personale dedicato. Nel 2010 vi erano 284 professionisti in tutta la Regione, con un numero di assistiti medio per unità di personale pari a 63. Questo numero, tuttavia, è poco rappresentativo della realtà regionale, poiché le quattro ASL mostrano valori nettamente distinti: da un lato, nelle ASL di Pescara e Avezzano-Sulmona-L'Aquila vi sono stati meno di 50 assistiti per ogni unità di personale, dall'altro lato sia a Teramo che a Lanciano-Vasto-Chieti vi sono stati oltre 85 assistiti per unità di personale. Con l'eccezione proprio di quest'ultima ASL, infine, sono pochissimi o addirittura zero gli operatori socio-sanitari dedicati alle cure domiciliari.

Tavola 10. Assistenza Domiciliare Integrata (ADI): numero di assistiti, loro complessità e personale dedicato, anni 2010 e 2008 (Fonte: Assessorato alla Sanità; BSC 2008).

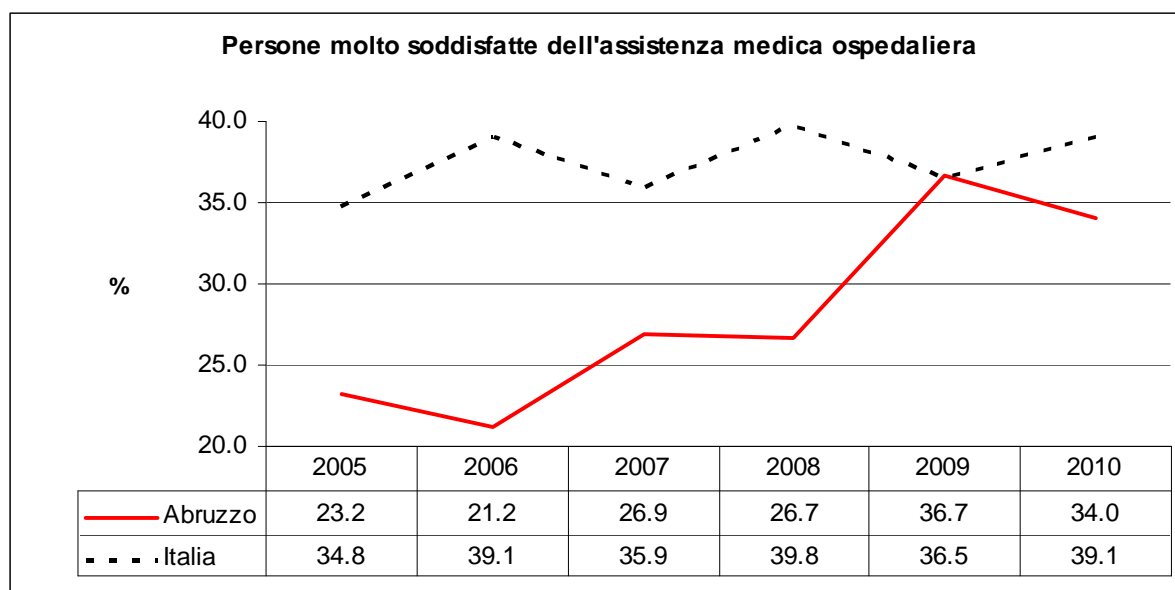
ASL	Assistiti 2010	Assistiti 2008	Tasso Ass. 10	Tasso Ass. 08	Vari- 2010-08	% Elevata Complessità 2010 *	% Elevata Complessità 2008 *	Personale 2010 **	Tipologia Personale 2010 ***
Av-Sulm-Aq	4241	3906	13,7	13,0	+5,8	8,2	23,3	91 (47)	56 / 33 / 2
Lan-Vas-Ch	6503	3418	16,4	8,8	+85,7	16,9	9,5	69 (94)	34 / 26 / 9
Pescara	3299	2506	10,3	8,1	+26,9	61,8	44,3	81 (41)	46 / 35 / 0
Teramo	3805	2626	12,2	8,6	+41,8	21,0	29,7	43 (88)	36 / 7 / 0
Tot. Abruzzo	17848	12456	17,4	9,6	+81,8	24,0	25,1	284 (62)	172 / 101 / 11

Tassi per 1000 abitanti. * Percentuale di assistiti ad elevata complessità / malati terminali. ** I numeri tra parentesi si riferiscono al numero di assistiti per ciascuna unità di personale nel 2010. *** I tre numeri sono riferiti, nell'ordine proposto, ad infermieri / terapisti della riabilitazione / operatori socio-sanitari.

5.10. Soddisfazione dei pazienti (Figura 52)

Purtroppo, i dati relativi alla soddisfazione dei pazienti non sono disponibili separatamente per ogni provincia, ma solo per regione. Peraltro, poiché i risultati inerenti la soddisfazione per l'assistenza infermieristica erano sostanzialmente identici a quelli inerenti l'assistenza medica, abbiamo riportato solo questi ultimi per evitare ridondanze. È molto interessante notare come la soddisfazione degli utenti sia nettamente cresciuta negli ultimi anni (+46,6% dal 2005 al 2010), nonostante il drastico calo dei ricoveri e a fronte di una sostanziale stabilità a livello nazionale (Figura 52). Se, infatti, nel 2005 solo il 23,2% dei pazienti abruzzesi si dichiarava molto soddisfatto per l'assistenza medica ricevuta (con una media nazionale del 34,8%), nel 2010 questa quota era salita al 34,0%, avvicinandosi significativamente alla media nazionale, nel frattempo salita al 39,1%.

Figura 52. Percentuale di persone molto soddisfatte dell'assistenza medica ospedaliera ricevuta.



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

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 ultimi tre anni: 2008 (ove disponibili), 2009 e 2010.

La stessa scelta è stata fatta per le vaccinazioni, poiché alcune di queste sono raccomandate da pochi anni, mentre quelle obbligatorie hanno un livello di oscillazione molto basso, per cui un trend quinquennale aggiungeva davvero poco al confronto tra i risultati degli ultimi due anni.

6.1. Screening – Carcinoma della cervice uterina (Tavola 11)

Nel 2010, quasi il 70% di tutte le donne tra i 25 ed i 64 anni eligibili (un terzo del totale, dato che lo screening è triennale) è stato sottoposto ad un esame di screening della cervice uterina con pap-test o test per l'HPV (incluso in questa categoria sia le donne invitate sia coloro che hanno aderito spontaneamente – Tavola 11). La copertura era già molto elevata nel 2009, ma vi è stata comunque una lieve crescita in tutte le ASL (+2,4% complessivo).

Considerando che, nel 2008, il valore medio di partecipazione allo screening per il cervicocarcinoma è stato del 27,7% nel Sud Italia e Isole, del 40,2% nel Centro, nel 2010 la copertura è stata elevata e piuttosto omogenea in tutte le ASL abruzzesi, con la parziale eccezione di Pescara (65,6%).

Tavola 11. Copertura e numero di esami di screening per il carcinoma della cervice uterina, totale e per ASL - Anni 2010 e 2009.

ASL	% Copertura 2010	% Copertura 2009	Variazione % 2010-2009	Donne sottoposte a screening 2010	Popolazione obiettivo 2010	Pap Test e HPV test 2010
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	70,0	69,5	+0,7	19.492	27.849	41.853
Lanciano-Vasto-Chieti	71,1	68,9	+3,2	25.116	35.331	56.522
Pescara	65,6	62,6	+4,8	18.931	28.861	37.056
Teramo	69,5	68,9	+0,9	19.466	27.991	43.478
Tot. Abruzzo	69,2	67,5	+2,4	83.006	120.032	178.909

La copertura è riferita agli esami effettivamente svolti, includendo sia la partecipazione in seguito ad invito che quella spontanea. Tutti i dati sono stati comunicati personalmente dal coordinatore della ASL pilota nell'anno 2010 (ASL di Teramo).

6.2. Screening - Carcinoma del colon-retto (Tavola 12)

Nel 2010, a causa di diversi problemi organizzativi connessi al Piano di Rientro, la quota di residenti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni che ha svolto un esame di screening per il carcinoma del colon-retto è stata estremamente bassa, quasi nulla (stimata in 0,44% - Tavola 12). Tuttavia, nell'anno precedente, ovvero nel primo anno in cui tutte le ASL avevano aderito compiutamente al programma, la percentuale di soggetti invitati era stata del 23,4% a livello regionale (8,5% i soggetti sottoposti ad esame), con una crescita di quasi il 100% sul 2008 (copertura del 12,1%; 4,3% i soggetti sottoposti ad esame).

Per quanto i dati siano chiari, è opportuno sottolineare che, a livello nazionale, nel 2008 il valore medio di partecipazione del Sud Italia e Isole è stato del 21,4%, quello del Centro Italia del 56,3%.

Purtroppo, sempre in seguito ai citati problemi organizzativi, anche la disponibilità di dati per ASL è limitata al solo 2009; anno nel quale si evidenziavano livelli di copertura decisamente disomogenei tra le varie ASL, riflettendo probabilmente la differente tempistica dell'adesione al programma regionale.

Tavola 12. Copertura e numero di esami di screening per il carcinoma del colon-retto, totale e per ASL - Anni 2010, 2009 e 2008.

ASL	% popolazione invitata 2010	% popolazione invitata 2009	% popolazione invitata 2008
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	ND	23,1	ND
Lanciano-Vasto-Chieti	ND (stimata 0,8)	36,2	ND
Teramo	ND	12,4	ND
Pescara	ND	11,1	ND
Totale	ND (stimata 0,44)	23,4	12,1

ND = Dato non disponibile. Tutti i dati sono stati comunicati personalmente dal coordinatore della ASL pilota nell'anno 2010 (ASL Avezzano/Sulmona).

6.3. Screening - Carcinoma della mammella (Tavola 13)

Anche per lo screening del carcinoma della mammella valgono le considerazioni fatte per quello del tumore del colon-retto. Nel 2010, a causa di diversi problemi organizzativi connessi al Piano di Rientro, la quota di femmine residenti di età compresa tra i 50 ed i 69 anni (suddivisa per due, perché lo screening è biennale) che ha svolto un esame di screening per il carcinoma della mammella è stata estremamente bassa (1,3%; e solo il 2,7% è stato invitato – Tavola 13). Tuttavia, nell'anno precedente, la percentuale di donne invitate era stata del 46,3% a livello regionale (22,6% le donne poi effettivamente sottoposte ad esame), e nel 2008 erano state invitate addirittura il 52,6% delle donne aventi diritto. Anche in questo caso l'interpretazione dei dati non è complessa, ma è comunque opportuno ricordare che nel 2008 il valore medio di partecipazione del Sud Italia e Isole è stato del 38,0%; il 77,0% quello del Centro Italia.

Infine, come per lo screening del carcinoma del colon-retto, sia nel 2009 che nel 2008 si evidenziava una performance decisamente disomogenea tra le varie ASL abruzzesi, con un quadro peraltro sorprendentemente instabile negli anni.

Tavola 13. Copertura e numero di esami di screening per il carcinoma della mammella, totale e per ASL - Anni 2010, 2009 e 2008.

ASL	% Pop. invitata 2010	% Pop. invitata 2009	% Pop. invitata 2008	Var. % 10-09	% Pop. esaminata 2010	% Pop. esaminata 2009	% Pop. esaminata 2008	Var. % 10-09	Pop. obiettivo 2010
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	6,8	21,0	28,7	-67,9	2,7	12,2	11,6	-78,2	19.292
Lanciano-Vasto-Chieti	1,5	35,7	82,3	-95,9	0,9	18,6	34,5	-95,2	24.757
Pescara	0,8	67,0	33,4	-98,7	0,3	26,9	10,5	-99,0	19.975
Teramo	2,1	64,2	58,6	-96,8	1,5	33,8	30,5	-95,5	18.648
Tot. Abruzzo	2,7	46,3	52,6	-94,2	1,3	22,6	22,4	-94,2	82.672

Var. = Variazione. Pop. = Popolazione. Tutti i dati sono stati comunicati personalmente dal coordinatore della ASL pilota nell'anno 2010 (ASL Lanciano-Vasto-Chieti).

6.4. Vaccinazioni (Tavole 14-16)

Nel 2010, è stato vaccinato contro l'influenza poco più del 60% di tutti gli anziani residenti in Abruzzo (Tavola 14). Il risultato è del 9,3% inferiore a quello ottenuto nel 2009 (67%), e la copertura vaccinale è scesa in ogni ASL abruzzese. Sono rimaste, peraltro, le grandi differenze nel tasso di copertura vaccinale tra le ASL: nel 2010, a fronte dell'ottimo risultato della ASL Lanciano-Vasto-Chieti (88,4%), la ASL di Teramo mostra una copertura vicina al 40% (43,2%), ed è inoltre la ASL che ha esibito il peggioramento più evidente (-19,1%). Purtroppo, gli ultimi dati ufficiali sul resto d'Italia risalgono all'anno 2009, per cui non è possibile sapere se questo trend è stato comune anche alle altre regioni italiane, anche se i dati parziali comunicati da alcune regioni sembrano supportare questa tesi.

Relativamente alle principali vaccinazioni pediatriche, a livello regionale nel 2010 si è invece confermata la buona performance del 2009 per tutti i vaccini, con l'eccezione del vaccino anti-Haemophilus influenzae b, la cui copertura è scesa rispetto al 2009 del 7,3% (Tavole 15 e 16). Questo dato, tuttavia, è da ascrivere esclusivamente ad un problema verificatosi presso la ex-ASL di L'Aquila; problema che potrebbe essere già risolto. Per il resto, vi sono stati lievi miglioramenti in tutte le ASL, che hanno mostrato performance generalmente simili, ed in linea o superiori alle medie nazionali (nel 2009).

Tavola 14. Copertura vaccinale (in percentuale) per il vaccino antinfluenzale nei soggetti di età pari o superiore a 65 anni, anni 2010 e 2009.

ASL	Copertura 2010	Copertura 2009	Variazione % 2010-2009	Tot. vaccinati 2010	Tot. vaccinati 2009
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	50,0	53,0	-5,7	33.227	35.252
Lanciano-Vasto-Chieti	88,4	95,1	-7,0	56.817	61.095
Pescara	66,9	70,6	-5,2	45.079	47.534
Teramo	43,2	53,4	-19,1	37.431	46.286
Tot. Abruzzo	60,6	67,0	-9,3	172.554	190.167

Tavola 15. Coperture vaccinali (in %) in bimbi di 24 mesi di età per i principali vaccini pediatrici, anni 2010 e 2009.

ASL	DTP+HBV 2010	DTP+HBV 2009	Variaz. % 10-09	Hib 2010	Hib 2009	Variaz. % 10-09
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	93.1	98.2	-5.1	63.5	97.9	-35.1
Lanciano-Vasto-Chieti	96.5	97.0*	-0.5	96.5	97.0*	-0.5
Pescara	98.3	98.7	-0.3	98.3	98.7	-0.3
Teramo	98.5	95.1	3.6	98.4	95.1	3.5
Abruzzo	96.7	97.6	-0.9	90.4	97.5	-7.3

DTP = Difterite, Tetano, Poliomielite; HBV = Epatite B; Hib = Haemophilus influenzae tipo b; Variaz. = Variazione.

Tavola 16. Coperture vaccinali (in %) in bimbi a 24 mesi di età per i principali vaccini pediatrici, anni 2010 e 2009.

ASL	MPR 2010	MPR 2009	Variaz. % 10-09	Pneumo 2010	Pneumo 2009	Variaz. % 10-09	Pop. Tot. 2010	Pop. Tot. 2009
Avezzano-Sulmona-L'Aquila	90.4	94.9	-4.7	47.3	43.0	10.1	2494	2443
Lanciano-Vasto-Chieti	93.2	88.5*	5.3	40.9	30.7*	33.3	3426	1477*
Pescara	96.2	95.7	0.5	36.3	38.1	-4.8	3012	2949
Teramo	88.9	86.4	2.9	39.3	39.4	-0.2	2755	2706
Abruzzo	92.4	92.2	0.2	40.7	39.7	2.6	11687	11342

* Dati non completi. Variaz. = Variazione. MPR = Morbillo, Parotite, Rosolia; Pneumo = Pneumococco. Pop. Tot. = Popolazione totale bambini di 24 mesi (nati nel 2008 e 2007).

6.5. Stili di vita: obesità, fumo, ricovero per abuso di sostanze stupefacenti (Figure 53-55)

Anche in questo caso, e forse a maggior ragione in questo caso, dato che molte informazioni sugli stili di vita sono solitamente disponibili tramite raccolte specifiche piuttosto che mediante indagini di routine, abbiamo selezionato solamente alcuni tra i principali indicatori, che vengono per l'appunto raccolti ogni anno con metodiche standardizzate (con risultati facilmente confrontabili da un anno all'altro). Ciononostante, questi dati sono tipicamente disponibili solo stratificati per regione, non per singola provincia.

La percentuale di persone obese (Body Mass Index uguale o superiore a 30) in Abruzzo è rimasta sostanzialmente stabile in questi anni: se nel 2005 le stime indicavano che l'11,8% della popolazione abruzzese adulta era obesa, nel 2010 il valore era praticamente identico (11,7%). Le oscillazioni evidenti in Figura 53 sono probabilmente dovute alla variabilità casuale connessa con il campione probabilmente non enorme dell'indagine.

Nel confronto con il resto d'Italia, nel 2010 l'Abruzzo era la seconda regione d'Italia con la più alta percentuale di obesi, seconda solo alla Puglia e a pari merito con la Sicilia. La media nazionale, pari a 10,2%, sebbene in crescita continuava ad essere distante.

Moderatamente positivi i dati relativi ai fumatori, la cui quota è leggermente diminuita dal 2005 al 2010 (-6,8% - Figura 54), a fronte peraltro di un lieve aumento nel resto d'Italia (che ha avuto un trend opposto). Nel 2010, risultavano fumatori il 22,1% di tutti gli abruzzesi di età uguale o superiore a 15 anni; il 23,1% di tutti gli italiani.

Positivi, in ultimo, anche i dati relativi al tasso (standardizzato) di ricovero per disturbi psichici da abuso di sostanze stupefacenti: dal 2005 al 2009 (i dati 2010 non erano disponibili) il calo è stato del 40,1% (Figura 55). Tuttavia, se nel 2005 l'Abruzzo era la regione d'Italia con il più elevato tasso di ricovero, anche nel 2009 risultava comunque essere la quarta regione a più elevato tasso di ricovero per abuso di droghe (1,54, a fronte di una media nazionale di 1,07).

Figura 53. Percentuale di obesi sul totale della popolazione adulta (≥ 18 anni).

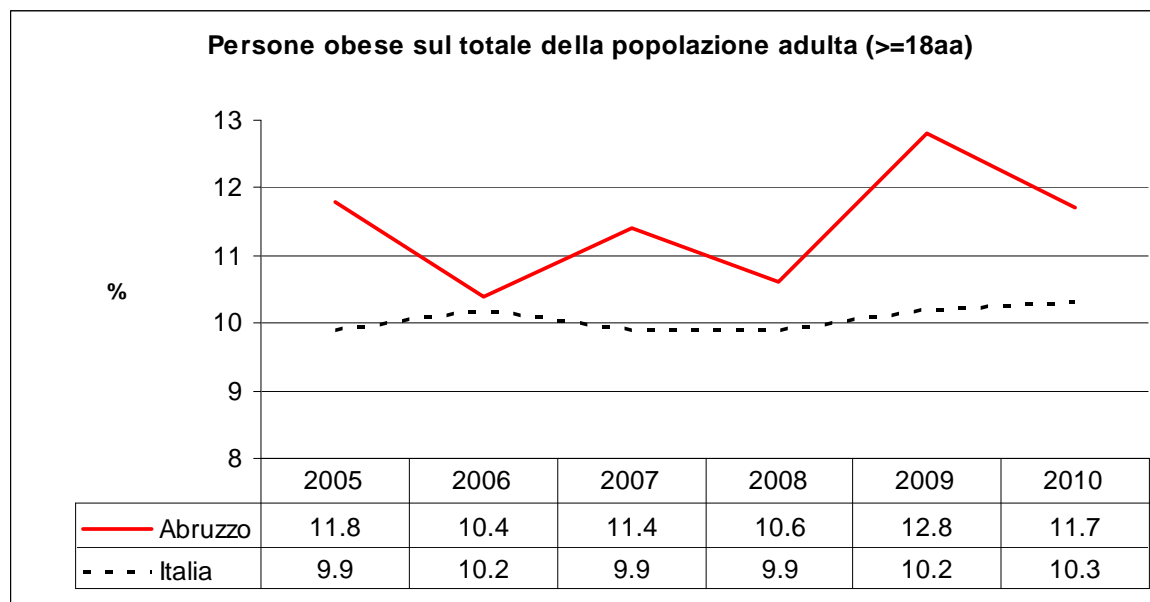


Figura 54. Percentuale di fumatori sul totale della popolazione di età ≥ 15 anni.

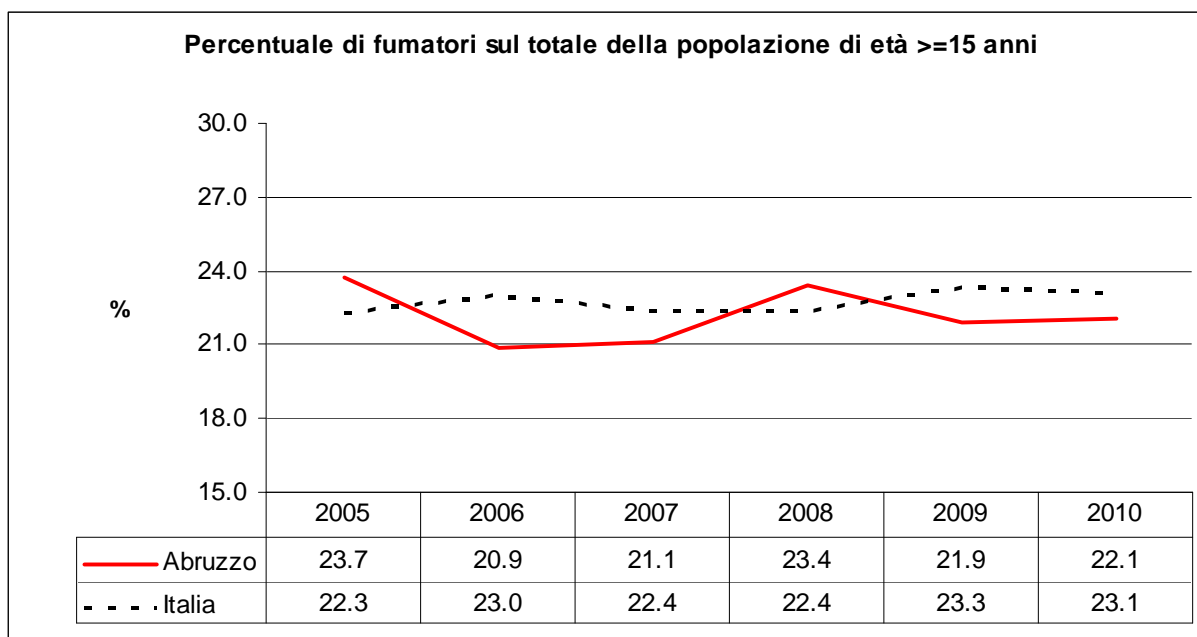
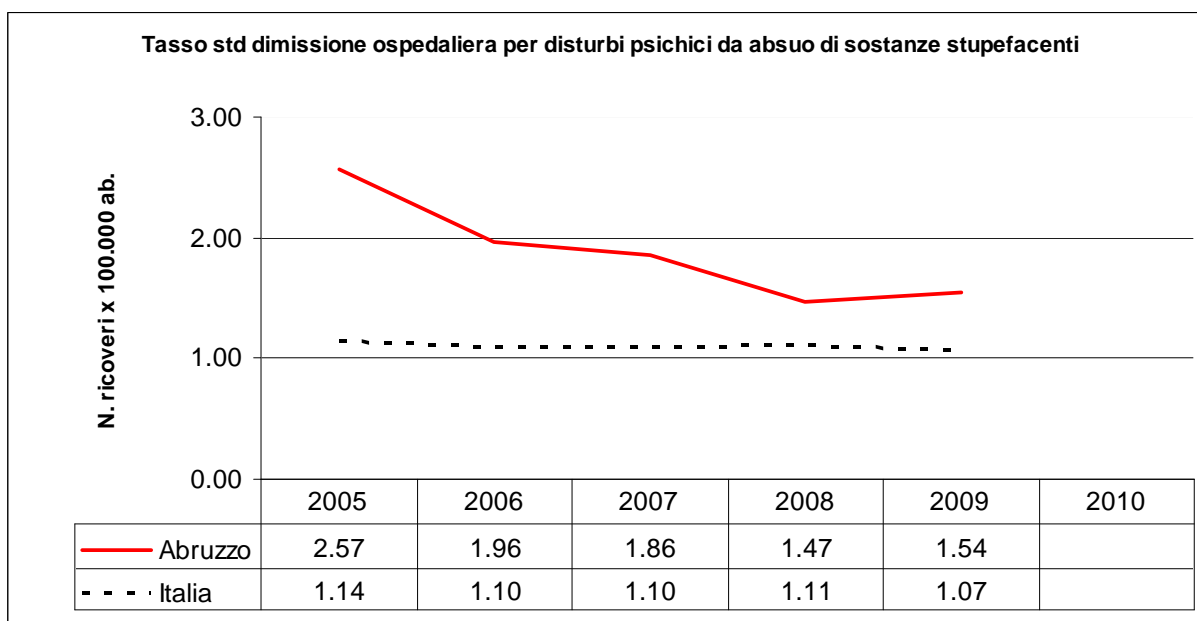


Figura 55. Tasso standardizzato di dimissione ospedaliera per disturbi psichici da abuso di sostanze stupefacenti.



Nota: Dati relativi all'anno 2010 non disponibili.

Stato di Salute e Assistenza Sanitaria in Abruzzo

Report 2010



Basilio Cascella – Chiesa di San Berardino all'Aquila.