

UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO"
CHIETI - PESCARA
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Direttore: Chiar.mo Prof. Francesco Schioppa

Tesi di Specializzazione

**EPIDEMIOLOGIA E PIANIFICAZIONE
SANITARIA NELLA REGIONE ABRUZZO**

SPECIALIZZANDO

Dott. Felice Vitullo

RELATORE

Chiar.mo Prof. Tommaso Staniscia

ANNO ACCADEMICO 2007/2008

Ringraziamenti

Un caloroso ringraziamento è rivolto a tutti coloro che, in questi quattro anni di Specializzazione, mi sono stati vicini con il loro supporto accademico, professionale e morale: il Prof. Tommaso Staniscia, il Prof. Francesco S. Schioppa e il Prof. Ferdinando Romano; i Docenti; i Colleghi di corso Francesco, Manuela, Stefano e Tiziana; la Sig.ra Virginia e lo Staff della Scuola.

Un ringraziamento speciale è inoltre rivolto a tutti coloro che, in questi anni di cammino parallelo (di lavoro e di vita), mi sono stati vicini con il loro supporto morale - Mimmo, Adriano, Nino, i Colleghi dell'OER e dell'ASR Abruzzo - e con amore ed affetto: gli amici, i familiari, mia moglie Franca, mio figlio Edoardo e, soprattutto, mia figlia Federica, che mi ha lasciato dopo un anno di dura lotta contro la malattia, affrontata con serenità, forza e coraggio, donandomi (e non solo a me) una testimonianza unica, ricca di saggezza, di amore per la vita e di bellezza.

Questa TESI è dedicata a

Federica Vitullo

14.05.1990 – 15.09.2007



*In memoria di mia figlia Federica
e dei tanti ragazzi che hanno lottato per la vita
con forza, coraggio, speranza e amore.*

Felice Vitullo, 20 Ottobre 2008

INDICE

INTRODUZIONE	5
Premessa istituzionale	5
...Scopo ed obiettivi specifici	6
MATERIALI E METODI	8
RISULTATI	10
1. Organizzazione dei sistemi informativi e della funzione epidemiologica in Abruzzo.....	10
2. I bisogni di salute della popolazione nel Sistema Abruzzo	21
DISCUSSIONE	82
CONCLUSIONI	93
BIBLIOGRAFIA, FONTI DATI E DOCUMENTI	96
TABELLE E FIGURE	103

INTRODUZIONE

Premessa istituzionale

Il percorso di studio avviato nell'Anno Accademico 2004/2005 nella Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva è stato condotto in parallelo con il percorso di avvio della funzione epidemiologica in Regione Abruzzo: l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER) e l'Area Epidemiologica dell'Agenzia Sanitaria (ASR) (1,2,3). Nel contesto di una Tesi sul ruolo dell'epidemiologia e del suo rapporto con la pianificazione regionale, ancora abbastanza controverso anche a livello nazionale nell'ambito di una programmazione sostanzialmente incentrata su aspetti economico/finanziari, il "caso Abruzzo" ha assunto un'originalità quasi unica sia a livello istituzionale che culturale. A fronte di una funzione epidemiologica recente e di una cultura del dato (e della salute) relativamente povera e poco diffusa a livello di Regione/ASL (nonostante la ricchezza di risorse accademiche e scientifiche disponibili in Abruzzo), il sistema regionale ha registrato in quattro anni emergenze ambientali, incoerenze assistenziali, inefficienze

gestionali e consumi inappropriati di risorse (v. debiti) difficilmente gestibili anche con sistemi informativi maturi.

In questo contesto di precarietà istituzionale caratterizzato dalla continuità dell'emergenza (piuttosto che dalla continuità ed integrazione delle risorse umane e delle attività/interventi socio-sanitari), affrontare e gestire i problemi con percorsi di ricerca, sviluppo e innovazione sembra essere una strategia difficilmente percorribile e sostenibile, per lo meno nel breve termine. D'altra parte, proprio lo sviluppo dell'epidemiologia e di una formazione orientata alla valutazione di impatto sulla salute di servizi ed interventi (VIS), nell'ambito di una rete territoriale da (ri)costruire in un sistema poco maturo quale quello abruzzese, potrebbe paradossalmente favorire un circuito virtuoso per ottimizzare l'efficienza dei sistemi e per garantire la continuità, l'integrazione e la sostenibilità di percorsi, attività ed interventi socio-sanitari.

Scopo ed obiettivi specifici

Sulla base di questa premessa, scopo generale della tesi è ricostruire e discutere, in senso propositivo e costruttivo per lo sviluppo e l'ottimizzazione del sistema socio-sanitario, il percorso metodologico e culturale affrontato nell'uso

dell'epidemiologia per la stesura del terzo Piano Sanitario della Regione Abruzzo (PSR) nel periodo 2006-2008.

In particolare, a partire dalla rassegna delle relazioni sanitarie ufficiali dell'OER 2004/2005 (1,2) e dei rapporti dell'ASR 2006/2007 (3), utilizzati ed integrati dalla letteratura scientifica e dai documenti sovra-regionali inerenti sia i dati abruzzesi che le esperienze di sistemi regionali comparabili più avanzati (4-38) per la stesura del PSR 2008-2010 (39), gli obiettivi specifici della presente tesi sono: 1. produrre una ricognizione dei sistemi informativi e dell'organizzazione della funzione epidemiologica in Abruzzo, sia attuale che funzionale al Piano Sanitario Regionale (e pregressa) (40-47); 2. tracciare il profilo di salute della popolazione nel sistema Abruzzo, così come prodotto con gli strumenti e le risorse disponibili per la stesura del PSR; 3. discutere criticità e opportunità per ottimizzare il ruolo di un'epidemiologia più utile per pianificare e valutare nella sostanza (rispetto alle emergenze ambientali e di sistema socio-sanitario, es.: Progetto di Re.T.E., VIS), che per accompagnare la stesura di PSR o Piani aziendali attraverso 'capitoli epidemiologici' introduttivi 'formalmente' dovuti (con riferimento ad autorevoli esperienze di altre Regioni, Adriatiche e non) (48).

MATERIALI E METODI

La sezione “Bibliografia, rapporti istituzionali, fonti dati e documentazioni” rappresenta il riferimento per la metodologia e gli strumenti applicati in tema di epidemiologia e pianificazione sanitaria in Regione Abruzzo. A partire dalle Relazioni Sanitarie ufficiali prodotte dalla Regione Abruzzo - Osservatorio Epidemiologico Regionale 2004/2005 (1,2) - e dai Rapporti ospedalieri dell’Agenzia Sanitaria 2006/2007 pubblicati su Web (3), per la stesura del capitolo epidemiologico del PSR 2008-2010 (39) sono stati utilizzati rapporti/relazioni, pubblicazioni scientifiche e documenti ufficiali su web (4-39) di: altre istituzioni della Regione Abruzzo (in materia di farmaceutica, tossicodipendenze, sociale, fattori di rischio), anche in collaborazione con enti abruzzesi e nazionali (es.: CMNS, ISS) (17,21,29,30,38); gruppi di lavoro/ricerca operanti in Abruzzo (Università, Enti di ricerca) (20); istituzioni, fonti e documenti sovra-regionali inerenti sia dati e stime abruzzesi di mortalità, incidenza e prevalenza (Istat, ISS, ASSR, MS, Inail, Registri AIRT, OECN, RIDT, Osservatorio Regioni) (4-16,18-19,22-24,28,37) che esperienze di sistemi regionali

comparabili e/o più avanzati (Umbria, Marche, Basilicata, Piemonte) (25-27,35,36) (Regioni Adriatiche) (48); esperienze di gruppi di ricerca e pubblicazioni scientifiche in tema di disuguaglianze ed eterogeneità socio-economiche territoriali nella salute, nella disponibilità/accessibilità di servizi e nell'utilizzo delle risorse sociosanitarie (31-34).

Al fine di completare la ricognizione e la revisione dei sistemi informativi e dell'organizzazione della funzione epidemiologica in Regione Abruzzo, in riferimento agli obiettivi previsti dalla presente tesi, sono stati utilizzati documenti, provvedimenti, rapporti e pubblicazioni del periodo 1991-2003 (40-47), il Rapporto HANS europeo sui sistemi epidemiologici/informativi delle Regioni Adriatiche nel 2008 (48) e la revisione dell'Osservatorio europeo "European Observatory on Health Systems and Policies (WHO Regional Office) sull'efficacia degli studi di HIA in Europa (Health Impact Assessment – VIS – Valutazione di Impatto sulla Salute) (49).

RISULTATI

I risultati sono di seguito riportati ed organizzati in due sezioni: 1. organizzazione dei sistemi informativi e della funzione epidemiologica in Abruzzo (funzionale al Piano Sanitario Regionale nel 2006/2007; attuale; situazione nel periodo 1991-2003); 2. analisi dello stato di salute della popolazione nel sistema Abruzzo (prodotto con gli strumenti e le risorse disponibili per la stesura del PSR 2008-2010).

1. ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI INFORMATIVI E DELLA FUNZIONE EPIDEMIOLOGICA IN ABRUZZO

Organizzazione funzionale al 3° PSR e situazione attuale.

Il 1° giugno 2004 è stato attivato il Servizio “Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità” della Direzione Sanità (DGR n. 303 del 30.04.2004), già istituito con DGR n. 206 del 23.02.2000 (ai sensi della L.r. 77/99). Sulla base del Progetto di avvio dell’Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), condotto nel trimestre giugno-agosto 2003 (47), l’OER ha prodotto due “Relazioni Sanitarie” ufficiali della Regione Abruzzo (26.11.2004; 25.10.2005, pubblicate anche sul Sito Web della Regione –

Portale Sanità, nella sezione “Osservatorio Epidemiologico”) (1,2), contenenti analisi sullo stato di salute della popolazione e valutazioni su attività ed efficienza dei servizi, oltre ad una ricognizione dei flussi esistenti e delle risorse umane disponibili in materia di epidemiologia e sistemi informativi. Contestualmente è stata attivata dal suddetto Servizio una rete territoriale di referenti ASL per l’OER (sistemi informativi, servizi di prevenzione, ospedali, medici di medicina generale, servizi distrettuali/ADI, screening e registri, ecc.) (Sito Web, 1,2). In tale ambito OER/Rete epidemiologica di referenti, sono stati avviati i programmi di: formazione in epidemiologia per le ASL, fattibilità dei registri locali di morbi-mortalità, controllo epidemiologico delle schede ospedaliere (SDO), piano di sviluppo per l’epidemiologia in medicina generale, analisi delle elaborazioni geografiche dei dati di mortalità e tumori, rapporti SDO sulle strutture di ricovero pubbliche e private. Con l’istituzione dell’Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo (1° gennaio 2006), parallelamente all’OER della Direzione Sanità (v. Sito Web Portale Sanità) la Direzione Generale ha definito l’Area di Epidemiologia che, nell’ambito delle circa venti Aree dell’ASR, nel 2007 è stata

inserita fra le nove sottoaree del Governo Clinico al fine di fornire un supporto epidemiologico alla pianificazione regionale (PSR) (v. Sito Web ASR) (3). Sulla base delle priorità definite dalla Direzione Generale, l'Area Epidemiologica ha lavorato prevalentemente su dati di prestazioni (Report SDO 2004-2005-2006) (3) e su dati ed elaborazioni disponibili da fonti regionali ed extraregionali (4-38), sulla base dei quali è stato redatto il capitolo epidemiologico "I bisogni di salute della popolazione" inserito nel Piano Sanitario Regionale (Legge regionale n. 5 del 10.03.2008; pubblicata sul BURA n.2 str. del 21.03.08) (39) (oltre ad un progetto epidemiologico/valutativo per costruire una rete sanitaria adriatica europea: ref. 48).

Con riferimento alle competenze regionali in materia di epidemiologia, la suddetta L.r. 5/2008 di PSR ha infine ridefinito la funzione epidemiologica: l'Osservatorio Epidemiologico Regionale è stato istituito presso l'ASR Abruzzo, mentre il Servizio "Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità" della Direzione Sanità è stato modificato in Servizio "Gestione Flussi Informativi, Mobilità Sanitaria e Procedure Informatiche".

Su mandato del Commissario Straordinario dell'ASR Abruzzo (settembre 2008), al fine di riorganizzare l'Osservatorio Epidemiologico Regionale istituito presso l'Agenzia Sanitaria Regionale con la suddetta L.r. 5/08 di Piano Sanitario, con l'obiettivo di progettare una rete territoriale integrata per l'epidemiologia (*Progetto di Re.T.E. – Rete Territoriale di Epidemiologia*), l'Area di Epidemiologia dell'ASR Abruzzo, in ottemperanza alla L.r. 5/08 ha avviato un programma intensivo di workshop e seminari da condurre fra settembre e novembre 2008 al fine di verificare, per scopi di progettazione e pianificazione, lo stato di avanzamento, integrazione ed armonizzazione dei flussi informativi e delle attività epidemiologiche in oggetto a 3-4 anni dall'avvio in Regione Abruzzo dell'OER in Direzione Sanità e dell'ASR Abruzzo. L'evento inaugurale del programma "Pro-epid" è stato il Workshop HANS (Health Adriatic Network Skills) – *"Dall'esperienza HANS alla progettazione di una Rete epidemiologica e sanitaria Adriatica"* – (22.09.2008) in cui l'organizzazione epidemiologico/valutativa del sistema Abruzzo, con particolare riferimento alle criticità e opportunità dei sistemi locali, è stata confrontata con quella delle Marche, del Molise

e delle altre Regioni adriatiche (oltre che con le Contee e Regioni di Croazia, Bosnia-Erzegovina, Montenegro e Albania) in un progetto finanziato dall'UE (PIC-INTERREG IIIA), al fine di (ri)progettare una rete integrata abruzzese che possa collaborare / costruire una rete interregionale adriatica - epidemiologico/sanitaria - con le Marche e il Molise (48).

A seguito del Tavolo tecnico convocato dal Comune di Luco dei Marsi (26.09.2008), finalizzato ad affrontare la “problematica di un presunto incremento di patologie tumorali nel territorio del predetto Comune”, il 9 ottobre 2008 è stato condotto il Workshop VIS “La Valutazione di Impatto sulla Salute: strumenti e strategie di coinvolgimento territoriale/istituzionale”, allo scopo di presentare e discutere, per competenza e trasparenza, la proposta di “Linee Guida per la VIS” elaborata ai sensi della L.r. 2/08. Al fine di completare il piano, sono stati quindi programmati gli eventi della seconda fase (4-12 novembre 2008): seminario intensivo metodologico (SIM) S.i.epi. - Sistemi informativi ed epidemiologia; SIM R&S – Registri di morbi-mortalità e progetti di R&S in Re.T.E.; Workshop Val_PE - Emergenze ambientali, epidemiologia e sistemi informativi: il caso “Bussi/Val Pescara, Abruzzo”.

In sintesi, la ricognizione sui sistemi informativi per l'epidemiologia avviata dall'ASR nel settembre 2008 (ancora in corso) al fine di aggiornare l'ultimo documento ufficiale prodotto dall'OER nel 2005 con la rete delle ASL (2), ha evidenziato preliminarmente quanto di seguito riportato.

I flussi informativi necessari per le analisi e le valutazioni di base inerenti lo stato di salute della popolazione, la distribuzione dei potenziali determinanti/fattori di rischio, i bisogni/domanda di salute dei cittadini e l'attività/efficienza dei servizi, i cui dati sono rilevati e trasmessi a livello di ASL, sono gestiti dalla Direzione Sanità e dal Sistema Informativo Regionale (SIR) (le Aree dell'ASR Abruzzo e, quindi, l'OER, allo stato attuale utilizzano tali flussi solo su specifica richiesta per determinati programmi, progetti o attività di routine, anche a supporto della Direzione Sanità).

I dati di mortalità attualmente disponibili, gestiti dal Servizio "Gestione Flussi Informativi" della Direzione Sanità, sono stati forniti su richiesta dall'Istat regionale su base comunale all'OER nel 2004-2005 (Anni 1990-2002 – ICD-9); dal 2003 l'Istat codifica in ICD-10 (il database è stato richiesto); in fase attuale a livello di ASL, nonostante l'autonomia delle Aziende in materia di epidemiologia, nel periodo 2003-2007

non risultano disponibili archivi completi delle schede di morte codificate (nonostante siano 1500-2000 per ASL/anno a fronte di circa 40-60.000 schede di dimissione ospedaliera - SDO - obbligatoriamente informatizzate per produrre i DRG); pertanto, su proposta e supporto metodologico dell'ASR, è stata avviata la riorganizzazione del progetto OER per implementare in rete i registri regionale/aziendali di mortalità, inclusi i programmi di controllo qualità dei dati e formazione per la codifica in ICD-10 (programmi di competenza del Servizio "Gestione Flussi Informativi").

Parallelamente, a seguito della ricognizione ASR sui flussi SDO (Servizio "Gestione Flussi Informativi"), è stata proposta la riorganizzazione del programma per il controllo epidemiologico delle SDO (scelta delle diagnosi e codifica) in collaborazione con il Servizio "Flussi Informativi" sulla base di precedenti esperienze condotte fra Clinici e OER (2).

I suddetti controlli di qualità sui dati di mortalità e morbosità ospedaliera, contestualmente all'ottimizzazione ed armonizzazione di altri flussi di routine - quali le esenzioni per patologie croniche (Struttura di Supporto "SIR"), i database INAIL su infortuni e malattie professionali (Servizio "Prevenzione") e i dati dei Servizi di Anatomia Patologica -

rappresentano la base per sperimentare/avviare i Registri Tumori regionale/aziendali (ed altri registri di patologia).

I dati di prescrizione farmaceutica, utilizzabili con altri flussi di prestazioni ambulatoriali e di medicina generale per identificare anche patologie meno gravi rispetto agli eventi fatali e/o ospedalizzati, sono in fase di ricognizione/utilizzo con il Servizio “Assistenza Farmaceutica” della Direzione Sanità, assistito dal supporto epidemiologico del CMNS (21).

Per quanto concerne i determinanti ambientali di patologia, l’organizzazione dei flussi informativi fra Direzione regionale Ambiente ed ARTA è invertita rispetto a quella descritta fra Direzione Sanità ed ASR: i dati ambientali sono infatti rilevati e gestiti in archivi cartacei e database dall’ARTA, le cui analisi rappresentano la base per i supporti metodologici e conoscitivi alla Direzione Ambiente. Con riferimento ai possibili collegamenti, integrazioni ed armonizzazioni fra i suddetti sistemi informativi “salute” e “determinanti ambientali di patologia”, facendo seguito al Protocollo d’Intesa fra ASR ed ARTA finalizzato alla produzione del documento LG-VIS, è in itinere una proposta di Protocollo d’Intesa finalizzato a gestire le emergenze ambientali di concerto con le Direzioni Regionali preposte

(es.: Indagine epidemiologica Bussi / Val Pescara, avviata, su richiesta della Direzione Sanità del 15.10.2007, dalla Direzione Generale dell'ASR Abruzzo a luglio 2008 dopo una fase interlocutoria con le Direzioni preposte per l'acquisizione dati e con gli Istituti scientifici per richiedere know-how e tecnologie avanzate non presenti in ASR).

La ricognizione dei sistemi informativi per l'epidemiologia sarà ultimata a novembre 2008 con un rapporto ASR *ad hoc*.

Sintesi del rapporto fra epidemiologia e PSR nel 1991-2003.

Nel richiamare la Legge Regionale del 1991 di istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Abruzzo, il primo Piano Sanitario Regionale d'Abruzzo, prodotto senza il supporto epidemiologico per il periodo 1994-1996 e pubblicato sul BURA spec. n. 28 del 4 novembre 1994, ridefinisce l'OER e le sue funzioni per la pianificazione sanitaria (40). Facendo seguito al Convegno di Pescara del dicembre 1995 sul PSR 1994-1996, la nuova Giunta avvia un piano per avviare l'OER: con Deliberazione di G.R. n. 338 del 9 febbraio 1996 viene supportata un' "Analisi condivisa dei DRG" (considerata una priorità per razionalizzare l'utilizzo delle strutture ospedaliere), sulla base della quale

viene costituito un Gruppo di Studio per l'implementazione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale coordinato dal Servizio Programmazione e Affari Economico-Finanziari del Settore Sanità, gruppo che, in circa un anno di attività, produce una serie di output al riguardo (Convegno di Pescara del 5 luglio 2006, pubblicazione di un libro sui DRG in Abruzzo con presentazione dell'Assessore alla Sanità regionale e del Ministro della Sanità, redazione di un rapporto sull'Oncologia, pubblicazioni su riviste di sanità) (41-44).

Fra il 1997 e il 1999 viene elaborato il secondo Piano Sanitario Regionale 1999-2001 (Legge regionale luglio 1999) (45) che, fra l'altro, istituisce l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e l'Agenzia Sanitaria. Sulla base di questo strumento, insieme alla L.r. 77/99 e alla DGR n. 206 del 23.02.2000 (istituzione del Servizio "Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità" della Direzione Sanità), agli inizi del 2000 viene organizzato un Gruppo di Studio costituito dalle Università di Chieti e dell'Aquila e dal Consorzio Mario Negri Sud (CMNS), sulla cui base con Delibera di G.R. del 30 marzo 2000 viene istituito l'Osservatorio Epidemiologico Regionale.

Con Deliberazione di G.R. del 9 agosto 2000 viene revocata la DGR del 30 marzo 2000 di istituzione dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, al fine di riavviare un percorso di sviluppo sia dei sistemi informativi/gestionali che dell'OER stesso.

Alla fine del 2002 il Consiglio Regionale d'Abruzzo pubblica un'Analisi della Mortalità su base comunale del periodo 1990-1994, a cura dell'Università dell'Aquila (46).

Nel corso del 2003, con Delibera di G.R. 366/03 e DG/030/03 della Direzione Sanità viene definito il "Progetto per l'avvio dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale", condotto con il coordinamento del CMNS nel periodo giugno-agosto 2003 (47), sulla cui base viene ridefinito il tavolo fra Università, CMNS e Direzione Sanità per lo sviluppo dell'OER stesso (Rapporto febbraio 2004, ref. 47).

A seguito di avviso pubblico per Dirigente medico (dicembre 2003 – gennaio 2004), ai sensi della L.r. 77/99, il 1° giugno 2004 viene attivato il Servizio "Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità" della Direzione Sanità (DGR n. 303 del 30.04.04), istituito con DGR n. 206 del 2000 ai sensi della L.r. 77/99. Fra giugno 2004 e ottobre 2005 il Servizio pubblica due Relazioni Sanitarie con la rete OER (1,2).

2. ANALISI DEI BISOGNI DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE NEL SISTEMA ABRUZZO

Al fine di sviluppare un piano complessivamente coerente con i bisogni sanitari e socio-assistenziali dei cittadini - in un contesto regionale caratterizzato da importanti eterogeneità territoriali, sanitarie e sociali - in questa sezione si riporta l'analisi generale dello stato di salute (PSR, 39) orientata ai carichi assistenziali attesi nel nuovo sistema sanitario, evidenziando sinteticamente problemi, potenzialità del sistema, limiti e criticità da affrontare/gestire per raggiungere gli obiettivi di salute, in un'ottica di progettazione epidemiologica ed assistenziale da sviluppare con gli operatori come parte integrante del monitoraggio di Piano nel triennio 2008-2010 (1-38, 39) (Tabelle 1,2 - Figure 1-11).

2.1. Quadro demografico

Al 1° gennaio 2006 la popolazione abruzzese stimata dall'Istat è pari a 1.305.307 residenti; le persone con 65 anni e più - 277.723 - rappresentano il 21,3% della popolazione (Italia: 19,7%) (indice di invecchiamento); l'indice di vecchiaia (anziani / popolazione 0-14 anni x100) è 158,8

(Italia: 139,9). L'indice di invecchiamento per le donne è 23,8%, per gli uomini è 18,6%.

Al 1° gennaio 2005 l'indice di invecchiamento è del 21,1% (Italia: 19,5%), l'indice di vecchiaia è 155,9 (Italia: 137,8).

Al 1° gennaio 2005 (database più recente su base comunale) nei 305 Comuni l'indice di invecchiamento varia dal 12,9% al 61,9%. Al 1° gennaio 2004 l'indice di invecchiamento è del 20,9% (Italia: 19,2%), l'indice di vecchiaia 153,0 (Italia: 135,4). Nel 2005 il tasso di natalità è 8,6‰ (11.200 nati), il tasso di mortalità è 10,4‰ (13.493 decessi), il saldo nati – morti è - 2.293; il saldo migratorio è + 8.328; il saldo totale è + 6.035 (crescita inferiore rispetto al 2004). Nel 2004 il tasso di natalità (11.101 nati) è 8,6‰ (Italia: 9,7‰), il tasso di mortalità (13.075 decessi) è 10,1‰ (saldo nati – morti: - 1.974); il saldo migratorio è + 15.350 (saldo totale: + 13.376). Il saldo naturale è negativo dal 1993, il saldo migratorio mostra un picco nel 2002-2004. Il tasso di natalità scende dal 10,0‰ del 1992 (Italia 10,1‰) all'8,4‰ del 1999. L'indice di invecchiamento sale dal 14,1% del 1984 al 21,3% del 2005; la popolazione con meno di 15 anni varia dal 20,6% del 1982 al 13,4% del 2005. Dagli attuali 277.723,

l'Istat prevede 297.977 anziani nel 2015 e 428.009 nel 2044 (con andamento decrescente negli anni successivi).

Al 1° gennaio 2006 l'Anagrafe Assistiti regionale registra 1.296.115 assistibili (anziani: 276.952: 21,4%), riferiti a 1.286 Medici (1.102 di Medicina Generale e 184 Pediatri di libera scelta). Al 1° gennaio 2005 l'Anagrafe Assistiti registra 1.284.002 assistibili. L'analisi dell'Anagrafe dei Medici di Medicina Generale (con almeno 50 assistiti) mostra una media di 1.077 assistiti (52-1.830), con percentuali di anziani variabili dal 4% al 64% (media: 26%).

2.2. Mortalità ed Incidenza

L'indicatore epidemiologico più disponibile, completo e comparabile per confrontare i rischi di patologia specifici per età fra le Regioni è la mortalità, con particolare riferimento al tasso standardizzato di mortalità, che fornisce una stima del rischio di morte corretta per l'età. Nel confronto interregionale 2002 e 2004 (per il 2003 e 2004 i dati ufficiali Istat sono considerati ancora parziali) (4) l'Abruzzo si colloca fra le Regioni che registrano i più bassi tassi standardizzati di mortalità, sia totali (uomini: 8°/5° rango inferiore; donne: 3°/2° rango inferiore), sia specifici per le cause di morte più

rilevanti per frequenza (Tab. 2); in particolare, la mortalità più bassa si registra per i tumori (26% dei decessi in Abruzzo): uomini: 6°/4° rango inferiore; donne: 4°/1° rango inferiore; i tassi di mortalità per malattie del sistema circolatorio (45% dei decessi) posizionano l'Abruzzo a metà (un profilo simile si osserva per il respiratorio), mentre i tassi meno favorevoli sono registrati per le malattie del digerente e per i traumatismi (5). I profili di mortalità più favorevoli osservati per le donne abruzzesi nei confronti interregionali si riflettono nell'aspettativa di vita alla nascita (anno 2004): 84,2 anni per le donne (Italia: 83,7), 77,7 per gli uomini (Italia: 77,7) (5). Nel periodo 1997-2001, gli indicatori standardizzati di mortalità evitabile - con prevenzione primaria, diagnosi precoce/terapia, assistenza sanitaria/igiene - mostrano variazioni fra ASL e territori con eccessi di rischio che arrivano al 24% nel confronto con la media regionale e al 45% fra ASL con tassi estremi (2,3) (Fig. 1). Seppur incomplete e metodologicamente meno comparabili, le stime di incidenza disponibili per le patologie a maggiore impatto (cardiopatie ischemiche, tumori) classificano l'Abruzzo al di sotto della media nazionale (5-11) (Fig. 2-9). Mentre per gli eventi coronarici maggiori si registrano

importanti riduzioni di morbi-mortalità negli ultimi 15 anni, per i tumori gli andamenti sono meno definiti, con lieve riduzione dei tassi di mortalità ma tendenza all'aumento dell'incidenza (6-10). Le frequenze annuali di notifica delle malattie infettive non mostrano particolari scostamenti rispetto all'andamento nazionale (è da segnalare a riguardo l'importante fenomeno della sottonotifica a livello interregionale), mentre le stime di incidenza, prevalenza e mortalità per AIDS e tubercolosi sono inferiori rispetto alla media nazionale (2,3,5). Infine, fra le condizioni che presentano una maggiore incidenza e mortalità in Abruzzo sono da segnalare i traumatismi, ed in particolare gli infortuni sul lavoro e gli incidenti stradali (2,3,5) (Fig. 10).

2.3. Prevalenza di patologie

La prevalenza grezza - numero di malati presenti mediamente in Regione, ad esempio in un anno, sia nuovi che ammalati precedentemente e non guariti - è il risultato dei fenomeni specifici per età (incidenza di nuovi casi; sopravvivenza / mortalità) combinati con la struttura demografica della popolazione (casi incidenti dovuti all'invecchiamento). Pertanto il *tasso di prevalenza standardizzato per età*,

rimuovendo l'influenza demografica, fornisce una misura che permette (in parte) il confronto fra Regioni dei carichi attesi di patologia su base epidemiologica, ossia delle stime di prevalenza non influenzate dal fattore invecchiamento.

Per la maggior parte delle condizioni croniche dichiarate dalle persone nel 2005 (Istat) (12) (Tab. 1), i tassi di prevalenza standardizzati sono in linea con la media nazionale o inferiori (es.: tumori), mentre fra le condizioni che mostrano una lieve tendenza all'eccesso sono da segnalare, per frequenza e rilevanza clinico/epidemiologica, artrosi/artriti (tasso standardizzato: 19,2% vs 18,3% dell'Italia e 16,6% del Nord-ovest) e bronchite cronica/enfisema (4,7% vs 4,5% dell'Italia e 3,8% del Nord-Est). Il pattern osservato è simile al 2000 (13).

Considerati i valori medio/bassi di mortalità a livello interregionale, probabilmente le stime di prevalenza abruzzesi riflettono un'influenza favorevole dell'incidenza di malattia, anche se in alcuni casi l'effetto della mortalità (ridotta sopravvivenza dei casi) potrebbe condizionare una bassa prevalenza (v. aumento della mortalità per i tumori del colon-retto) (9).

Con l'eccezione di alcune condizioni (tumori, allergie), le patologie croniche sono più frequentemente dichiarate nelle Regioni del Sud dopo correzione per età (i tassi grezzi sono più bassi vista la struttura più giovane delle popolazioni meridionali). In Abruzzo il 6,3% dichiara di stare male o molto male, rispetto a valori del 3,9% - 5,4% del Nord e del 7%-10% del Sud ed Isole. A partire dai suddetti dati un'analisi per cluster, condotta utilizzando l'indice di cronicità, gli indici di salute fisica e psicologica e la percezione di salute, mostra un peggioramento degli indicatori con trend Nord-Sud: l'Abruzzo è compreso nel terzo cluster fra Nord e Sud/Isole, con Molise, Campania, Lazio, Marche ed Umbria (14).

Il *tasso di prevalenza grezzo* (o crudo) è la misura che stima complessivamente i carichi attesi di patologia - da tradurre in frequenze assolute - per fini di pianificazione sanitaria e governo clinico-assistenziale. Dal momento che la popolazione abruzzese tende ad essere più anziana della media nazionale (dopo Liguria, Friuli, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Molise), il maggiore numero di eventi/anno dovuto all'invecchiamento influenza/aumenta i casi specifici per età di una determinata

malattia (incidenza), determinando una crescita della prevalenza più alta rispetto a popolazioni con tassi di invecchiamento inferiori (con spostamento dei pazienti verso le fasce d'età più avanzate). In base a tale premessa, le stime Istat di patologia del 2005 possono fornire un indicatore complessivo dei fenomeni epidemiologici e demografici in Abruzzo a confronto con le altre Regioni (l'indagine è infatti finanziata con il FSN per scopi di programmazione nazionale e regionale). Al fine di confrontare i dati con il 2000, si precisa che le condizioni nella precedente rilevazione erano 28 rispetto alle 24 del 2005 e che, di queste, 16 hanno la stessa definizione utilizzata nell'intervista 2000; di conseguenza i due periodi potrebbero risultare, metodologicamente, non esattamente comparabili.

I residenti in Abruzzo al 01.01.2005 sono 1.299.272 (persone \geq 65 anni: 273.787); il denominatore utilizzato di seguito per i calcoli riportati in tabella è approssimato a 1.300.000 residenti, di cui 274.000 anziani; i valori assoluti (v.a.) sono arrotondati (popolazione dell'anno 2000: 1.281.283 abitanti, approssimati a 1.282.000 per le stime). Frequenze tendenzialmente superiori alla media nazionale 2005 (rapporto dei tassi grezzi Abruzzo/Italia \geq 8-38%) sono

registrate per le seguenti condizioni: artrosi/artriti, malattie ischemiche del cuore (infarto, angina), diabete, bronchite cronica/enfisema, demenze e altre malattie del sistema nervoso, cataratta (meno frequenti: tumori e parkinsonismi). Le patologie dichiarate nel 2005 in Abruzzo sono riportate in Tabella 1 (modificata da Istat (12,13)) secondo l'ordine decrescente di frequenza (il confronto con le stime 2000, mostrate per completezza informativa, richiede una cautela interpretativa a causa delle note metodologiche menzionate; inoltre, sul Sito Istat le percentuali crude del 2000 sono riportate con una cifra decimale).

Alcuni valori sono lievemente inferiori rispetto al 2000; tale fenomeno è presente anche a livello nazionale per cefalea/emicrania, ulcera, angina pectoris e cataratta; negli anziani tale fenomeno si evidenzia per angina, altre malattie del cuore, asma bronchiale, ulcera e cefalea.

A livello nazionale le donne riferiscono più frequentemente degli uomini artrosi/artrite (21,8% vs 14,6%), osteoporosi (9,2% vs 1,1%), cefalea (10,5% vs 4,7%), depressione/ansietà (7,4% vs 3,1%); gli uomini infarto (2,4% vs 1,1% donne) e bronchite cronica/enfisema (4,8% vs 4,2%).

Per alcune patologie si riportano di seguito le stime relative agli Anziani in Abruzzo (Elaborazione Censis 2005 sui dati Istat 2002) (15) Artrosi/artrite: 67,8% (186.000 anziani), Osteoporosi: 29,0% (79.500 anziani), Ipertensione: 46,1% (126.000), Diabete: 17,6% (48.000), Malattie allergiche: 9,1% (25.000), Ulcera gastrica/duodenale: 9,1% (25.000), Disturbi nervosi: 11,9% (32.500).

Le persone con tre o più condizioni croniche dichiarate in Abruzzo nel 2005 sono il 14,4%: 187.000 pazienti (standardizzato:13,8% vs 13,3% nazionale, intervallo regionale: 10%-17%); la frequenza è pari al 10,8% negli uomini e al 17,9% nelle donne. Tale condizione di multicronicità fra gli Anziani è del 43,9% (uomini: 36,6; donne: 49,4%), pari a circa 120.000 pazienti (64%).

Confrontando i dati Istat di patologia dichiarata con altre indagini o database si riscontrano sia valori pressoché sovrapponibili per alcune condizioni (es.: pregresso infarto del miocardio), sia valori sottostimati per altre (es.: ipertensione, diabete, tumori, malattie neurodegenerative e demenze) (v. paragrafo sull'epidemiologia delle principali patologie).

2.4. Prevenzione

Sulla base dei dati riportati nelle Relazioni Sanitarie (2,3), nel 2004 la frequenza di donne con 45-69 anni sottoposte a mammografia è 13% (intervallo fra ASL: 6%-20%) (2003: 18%) (rilevazioni ASL su modelli ministeriali esenti ticket, DM 12.12.2001); nelle aree coperte dal Progetto di screening mammografico (50-70 anni) nel 2003 le frequenze arrivano al 45%-59% (variabili fra periodi e territori coperti); nel 2004 (dati ministeriali) la frequenza di donne con 25-65 anni che hanno effettuato pap-test è dell'10% (intervallo fra ASL: 2%-17%) (2003: 12%); nelle aree coperte dal Progetto di screening citologico del cervicocarcinoma le frequenze stimate nel 2003 superano il 20%; tali stime, variabili fra periodi e territori, contribuiscono ad accentuare l'aspetto "a macchia di leopardo" degli interventi erogati a livello regionale (con differenze/rapporti fra tassi ASL di 2-3 volte). Sulla base dei dati ministeriali, nel 2005 la frequenza di donne con 45-69 anni sottoposte a mammografia è 14,6%, mentre la frequenza di donne con 25-65 anni che hanno effettuato pap-test è 15,5%. Con riferimento ai dati dell'Osservatorio Nazionale Screening, aggiornati al maggio 2007 (16), nel 2005 in Abruzzo l'estensione effettiva degli

inviti per screening mammografico è 40,5%, con 31.516 donne invitate (corrispondenti, su una popolazione abruzzese di 163.224 donne fra 50 e 70 anni, al 19,3% vs 15,2% nel 2004), rispetto alla quale si registra un'adesione all'invito (corretta) del 50,8% (circa 16.000 donne, pari al 9,8% del target) (l'estensione effettiva è del 60% nelle Marche e del 95% in Umbria). Nel 2005 l'estensione degli inviti per screening cervicale è del 74,6%, con 87.398 donne invitate (corrispondenti, su una popolazione abruzzese di 363.610 donne fra 25 e 65 anni, al 24,0%), rispetto alla quale si registra un'adesione all'invito del 26,9% (circa 23.500 donne, pari al 6,5% del target) (a confronto, l'estensione degli inviti è pari al 71% nelle Marche e all'82% in Umbria). In uno studio condotto con interviste a circa 400 donne abruzzesi (17), il 53% (50-69 anni) dichiara di aver effettuato una mammografia negli ultimi due anni (22% di propria iniziativa, 30% su consiglio medico o invito attivo ASL), mentre il 62% (25-64 anni) dichiara di aver effettuato un pap test negli ultimi tre anni (30% di propria iniziativa, 32% su consiglio medico o invito ASL).

Con riferimento alle vaccinazioni, il controllo adeguato delle malattie infettive sembra essere coerente con i dati di

copertura vaccinale dell'età pediatrica (anni 2004/05) (2,3): anche se i valori per morbillo/parotite/rosolia (86,7%) sono leggermente superiori a quelli nazionali (85,5%), la copertura è ancora al di sotto delle raccomandazioni. Nel 2005 la copertura 24 mesi MPR varia dall'84% della ASL di Teramo al 96% della ASL di L'Aquila (dati ASR); dalla stessa fonte si rileva che la copertura 24 mesi per esavalente varia dal 97% della ASL di Teramo al 99% di Lanciano-Vasto, mentre la copertura IV DT/DTP coorte 1998 varia dal 93% di L'Aquila al 99% di Lanciano-Vasto (copertura IV antipolio coorte 2001 dal 93% al 99%). La frequenza di vaccinazione antinfluenzale fra gli anziani nel 2004 è del 70% (Italia: 67%) (2,3). Nel 2005 la copertura varia dal 60% della ASL di L'Aquila al 76% della ASL di Pescara (dati ASR).

I dati sulle inchieste per infortuni/malattie professionali ed attività di vigilanza nei luoghi di lavoro (ricognizione 2005 ASR/Direzione Sanità) mostrano che le inchieste sugli infortuni sul lavoro variano dal 5-6% delle ASL di Chieti, Lanciano-Vasto e Pescara al 14% della ASL di Avezzano-Sulmona; le aziende controllate variano dall'1,7% al 3,7% delle aziende totali, mentre i cantieri edili controllati variano

dall'11-13% delle ASL di Teramo e Chieti al 52% della ASL di Avezzano-Sulmona.

Il Progetto di screening dei tumori del colon-retto e i programmi di prevenzione relativi a patologie cardiovascolari, diabete e broncopneumopatie croniche ostruttive (con la Medicina Generale) sono stati recentemente avviati (gli interventi preventivi primari, secondari e terziari sono infatti sempre più integrati ad un livello clinico-assistenziale complesso e multidisciplinare, generale/territoriale, specialistico ed ospedaliero). Infine, con riferimento alla prevenzione primaria si rende necessaria una maggiore collaborazione informativa fra le istituzioni sanitarie regionali/aziendali preposte alla prevenzione e le istituzioni preposte alla tutela dell'ambiente (dati forniti in questi giorni dall'Assessorato all'Ambiente classificano l'Abruzzo al 7° posto per siti inquinati e discariche abusive, con una stima di € 150 milioni per le relative bonifiche). Al riguardo, come riferimento epidemiologico di base si rimanda al rapporto sulla mortalità per Comuni nel quinquennio 1997-2001 (Relazione Sanitaria 2004) (2).

2.5. Epidemiologia delle principali patologie rilevanti per frequenza ed impatto

Le stime di prevalenza dei Tumori in Abruzzo nel 2005 vanno da circa 10.000 pazienti (Istat: 0,8%) a 26.733 pazienti con età <85 anni (2%) (pari a circa 30.000 pazienti in tutta la popolazione: 2,3%) stimati dai Registri Tumori (AIRT/INT-ISS) (9) (storia di malattia in 10-15 anni; la prevalenza negli ultimi 2 anni approssima la stima Istat dello 0,8%). Dai dati 2005 ASR/OER i pazienti abruzzesi con ricoveri oncologici, dentro e fuori regione, sono quasi 18.000 (1,4%). I nuovi casi/anno stimati nel 2005 (9) sono oltre 5.000 (0,38%) (nuovi casi del 1990: 4.500), (6) di cui 4.701 <85 anni, con un tasso di incidenza standardizzato <85 anni di 284 x 100.000 negli uomini (Italia: 356) e 207 nelle donne (Italia: 266). I tumori del polmone, della mammella e del colon/retto costituiscono il 44% dell'incidenza e il 41% della prevalenza (seguono: prostata, linfomi/leucemie, stomaco, vescica); sotto i 18 anni si stimano quasi 50 nuovi casi/anno (leucemie: 40% - linfomi: 10%) (7). L'Abruzzo si colloca fra le 3-4 Regioni che registrano i più bassi tassi di mortalità, incidenza e prevalenza per tumori (polmone, mammella, utero, vescica, stomaco); recenti dati mostrano che tale vantaggio si sta

riducendo (Fig. 2-5). Nel 1990-2005 si registra una tendenza all'aumento dell'incidenza soprattutto nelle donne e, contestualmente, una riduzione della mortalità tendenzialmente meno evidente in Abruzzo rispetto al Nord (soprattutto per i tumori di polmone e mammella, con aumento di mortalità per i tumori del colon-retto), mentre nel Sud l'aumento della mortalità è generalizzato (7). L'aumento della prevalenza è determinato soprattutto dall'invecchiamento. Eccessi significativi di mortalità per tumori totali - con tassi standardizzati per età più alti dal 20% al 100% nelle singole patologie - sono registrati, fra gli uomini, nelle ASL di Pescara (polmone, linfomi/leucemie, vescica, prostata) e Teramo (polmone, stomaco, prostata), fra le donne, nelle ASL di Pescara (mammella, utero, polmone), L'Aquila (polmone, stomaco, linfomi/leucemie, rene) e Avezzano-Sulmona (utero) (database Comuni 1997/2001, Relazioni Sanitarie 2004 e 2005) (2,3) (Fig. 4).

La stima Istat di Ipertensione nota è 12,8%. Nell'indagine dell'Osservatorio Cardiovascolare Nazionale (OCN: ISS/ANMCO) (10), in un campione abruzzese di persone fra 35 e 74 anni la condizione "ipertensione", registrata con misurazione della pressione (sistolica ≥ 160 mmHg o

diastolica ≥ 95 mmHg) o trattamento farmacologico, presenta una frequenza del 24%, pari a 160.000 persone di 35-74 anni. Essendo la stima Istat di 166.000 persone in tutta la popolazione (ipertensione nota), la prevalenza attesa con la stima OCN potrebbe superare 200.000 unità ($>16\%$).

In maniera simile, rilevando la condizione Diabete con la registrazione di una glicemia ≥ 126 mg/dl o la presenza di trattamento farmacologico, le stime abruzzesi OCN sono 6% (uomini) e 9% (donne), pari a 50-60.000 pazienti fra 35 e 74 anni (su 663.325 persone); essendo la stima Istat di circa 63.000 pazienti in tutta la popolazione (diabete noto: 4,8%), la prevalenza attesa del diabete con la stima clinica OCN potrebbe essere pari a 90-100.000 pazienti (7-8%; Diabete di tipo 2: 90-95%). (Stima Istat 2005 per diabete: 4,8% vs Italia: 4,5%; stima Istat 1994: 3,7%). La stima di incidenza del Diabete in età < 15 anni è $9,3 \times 100.000$ / anno (Registri Eurodiab e Diamond, 1990-1995) (2).

La stima OCN di Ipercolesterolemia (≥ 240 mg/dl) nella fascia 35-74 anni in Italia è 21% per gli uomini e 25% per le donne; le stime in Abruzzo sono rispettivamente 11% e 22% (10).

Nel 2005 in Abruzzo quasi 25.000 pazienti riferiscono pregresso Infarto miocardico acuto (IMA) (Istat: 1,9%, U: 2,4%, D: 1,1%) (Italia: 1,7%); il dato di prevalenza è coerente con le rilevazioni OCN (35-74 anni - U: 1,7%, D: 0,6%). Dai dati di dimissione (ASR/04), su circa 3.370 SDO totali/anno di residenti, 2.700 hanno IMA in diagnosi principale, pari a 2.328 pazienti (le ASL di L'Aquila, Lanciano-Vasto e Avezzano-Sulmona registrano tassi standardizzati di pazienti dimessi con almeno un IMA più alti delle ASL di Teramo e Pescara). In una coorte di 4.764 pazienti con prima ospedalizzazione per IMA nel periodo 01.01.99-30.06.01 (uomini: 68%) la mortalità intraospedaliera è 13% (5,7% a <2 giorni), a 28 giorni è 14,2%, a 180 gg. è 18,6% (analisi ASR/OER con record linkage SDO/mortalità). Il tasso standardizzato di primo ricovero con IMA in diagnosi principale è 236 x 100.000 negli uomini e 84 x 100.000 nelle donne (Italia: 244 e 95) (Osservasalute 2006, dato 2003) (5). L'incidenza di IMA nel 2001 su tutta la popolazione, stimata con le SDO e i decessi extraospedalieri (48% del totale), è 187 x 100.000 (2.400 eventi) (129 x 100.000 non fatali) (attack rate > 200) (analisi ASR). Il dato è coerente con la stima OCN 2000 di eventi

coronarici maggiori non fatali e fatali (IMA, angina instabile e sindromi intermedie) fra 25 e 84 anni (887.542 persone): 1.718 eventi, pari a 193 x 100.000 (U: 262, D: 130) (tassi standardizzati: U: 213, D: 94 x 100.000 vs Italia: 227 e 98 x 100.000) (10). Sulla base delle stime OCN la morbi-mortalità per eventi coronarici maggiori è in diminuzione sia in Abruzzo che in Italia (periodo dal 1975 al 2000). Viceversa, le stime 1990-2000 mostrano una crescita maggiore per l'Abruzzo della prevalenza cardiaca, fenomeno dovuto all'invecchiamento della popolazione con tassi di crescita maggiori per le donne. Per quanto concerne la popolazione diabetica, che registra una morbi-mortalità cardiovascolare più elevata di 2-4 volte rispetto alla popolazione generale, l'incidenza di eventi cardiovascolari sembra aumentare (sia per l'incremento di frequenza del diabete che per una minore riduzione dell'incidenza cardiovascolare nella popolazione diabetica). La stima Istat 2005 per Angina pectoris in Abruzzo (0,74%: 9.500 persone / 2000 - 1,00% - 13.000) sembra sottostimata (rilevazione diretta dell'OCN - 35-74 anni - U: 3,2%, D: 4,5%). I pazienti prevalenti con Scompenso cardiaco sono stimati con altre fonti fra lo 0,5% e il 2,0% (1%: pari a circa 13.000 in Abruzzo): di questi, oltre

6.000 registrano almeno una dimissione ospedaliera / anno (0,5% - dati ASR); le ASL di L'Aquila, Lanciano-Vasto e Avezzano-Sulmona registrano tassi standardizzati di pazienti con scompenso più alti delle ASL di Teramo e Pescara. L'incidenza dello scompenso è stimata intorno allo 0,1-0,2% (oltre il 50% dei casi come complicanza dell'IMA). La disabilità cardiaca è stimata intorno allo 0,5% (OCN), pari a 6.500 pazienti in Abruzzo; complessivamente i casi cardiaci prevalenti - IMA, angina e scompenso - in Abruzzo sembrano superare le 40.000 unità. La mortalità per malattie ischemiche del cuore in Abruzzo nel 2002 è inferiore al 1990 (U: 160 vs 179 x 100.000 - D: 78 vs 98 x 100.000) (Italia - U: 176 vs 219 - D: 95 vs 118) (4). Nel periodo 1997/2001, su circa 1.500 decessi/anno per malattie ischemiche del cuore la metà è codificata con IMA; i tassi standardizzati per malattie ischemiche del cuore sono più elevati nelle ASL di Lanciano-Vasto, Chieti e L'Aquila, mentre tassi inferiori sono registrati nella ASL di Pescara; la mortalità per IMA è tendenzialmente più elevata nelle ASL di L'Aquila e Lanciano-Vasto, mentre tassi inferiori sono registrati nelle ASL di Pescara ed Avezzano-Sulmona (RS 2004/2005) (2,3) (sintesi dati epidemiologici sul cardiovascolare: Fig. 6-9).

La stima Istat 2005 di pregresso Ictus in Abruzzo (13.000 pazienti, 1%) è coerente con altre fonti (stime fino all'1,6%) (18,19), con prevalenza del 6-7% nella fascia 65-84 anni (stime di prevalenza OCN 35-74 anni - U: 1,4%, D: 0,9%). In Italia l'incidenza grezza varia da 179 x 100.000 (Vibo Valentia) a 223-254 x 100.000 (18,19), a 275 x 100.000 di L'Aquila (20); stime da 183 a 349 x 100.000 sono riportate in altri studi (19); pertanto, circa 3.000-3.500 sono i nuovi casi attesi in Abruzzo (70-80% ischemici). Le SDO dei residenti con Ictus acuto in diagnosi principale (ICD9: 430-434,436; primi eventi e non) sono circa 4.500/anno (tassi standardizzati ASL: da 310 x 100.000 di Teramo a 450 di L'Aquila), mentre i pazienti con Ictus in qualsiasi diagnosi sono oltre 7.000 (DRG 14: 2.900 casi) (dati ASR). Il tasso standardizzato di primo ricovero con Ictus in diagnosi principale è 313 x 100.000 negli uomini e 251 x 100.000 nelle donne (Italia: 304 e 237) (Osservasalute 2006, dato 2003) (5). I dati sull'andamento dell'incidenza sono diversi fra vari studi (tendenza alla riduzione). Oltre il 10% dei pazienti muore a 30 giorni dall'ictus, mentre a sei mesi il 50% rimane disabile (18) (nel 35% dei casi con marcata limitazione delle attività quotidiane: 1.000-1.300/anno in

Abruzzo); secondo altri studi (19,20), la mortalità a 30 gg. varia dal 20% al 33%. La mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo in Abruzzo nel 2002 è inferiore al 1990 (U: 122 vs 219 x 100.000 - D: 101 vs 173 x 100.000) (Italia - U: 128 vs 192 - D: 103 vs 158) (4). Nel periodo 1997/2001 si registrano circa 1.500 decessi/anno per disturbi circolatori dell'encefalo; i tassi standardizzati di mortalità per disturbi circolatori dell'encefalo sono più elevati nelle ASL di Pescara e Teramo, mentre tassi inferiori sono registrati nella ASL di L'Aquila (tale pattern, opposto alle ospedalizzazioni per Ictus, potrebbe essere influenzato, fra l'altro, dai decessi extraospedalieri con i relativi problemi di codifica attualmente oggetto di approfondimento).

La stima di prevalenza dei pazienti con Nefropatie croniche in Abruzzo è di oltre 4.000 (stime medie prodotte in studi regionali: 0,3-0,4%, v. Sito Web Società Italiana di Nefrologia). Prevalenze molto differenti fra studi si registrano per l'Insufficienza renale cronica (v. paragrafo sulla Rete Nefrodialitica). Nel 2002 i pazienti prevalenti con Insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo (dialisi e trapianto) in Abruzzo sono 989 (776 per milione – pmp; dialisi 644 pmp); i nuovi pazienti in trattamento sostitutivo

nel 2002 sono 137 pmp (2). Sulla base dei dati RIDT (Registro Italiano Dialisi e Trapianto) (11), i casi prevalenti di nefropatici cronici in trattamento sostitutivo in Abruzzo sono 1.125 nel 2003 e 1.168 al 31.12.2004 (900 pmp), di cui 174 nuovi casi (128 in emodialisi). La mortalità dei pazienti dializzati nel 2004 in Italia è pari al 14,1 % (2002: 14,3%). Le forme vascolari e diabetica sono in aumento rispetto alle nefropatie da glomerulonefrite; considerata l'alta frequenza di comorbidità e complicanze cardiovascolari, i nefropatici cronici sono considerati un gruppo ad alto rischio cardiovascolare.

Sulla base delle stime Istat 2005 i pazienti con Bronchite cronica/enfisema in Abruzzo sono circa 65.000 (5,0% - Italia: 4,5%) (2000: 5,1% - uomini: 5,5%, donne: 4,6%) (65-74 anni: 12% - >75 anni: 17%) (1991: 3,9%), quelli con Asma bronchiale sono 47.000 (3,6%) (2000: 3,8% - uomini: 4,3%, donne: 3,3%) (Istat 1991: 2,6%). Si stima che il 10% della popolazione ha sofferto di almeno un attacco d'asma (18); stime di asma in età scolare e prescolare: 7%-23%. La frequenza di pazienti con broncopneumopatie cronica ostruttiva stimati dal consumo cronico di farmaci (≥ 5 confezioni di farmaci per le sindromi ostruttive - R03 - in

almeno 4 mesi) è 3,4% nella popolazione assistibile ≥ 45 anni e 7,1% sopra i 75 anni (uomini: 60%) (21). I pazienti con almeno una dimissione per bronchite cronica sono oltre 11.000, con tassi standardizzati più elevati nelle ASL di Lanciano-Vasto e Chieti (dati ASR). I tassi di ospedalizzazione per malattia polmonare cronica ostruttiva sono fra i più alti in Italia (50 vs 30 x 10.000), quelli per asma collocano l'Abruzzo fra le prime 8 Regioni (5,0 vs 4,2 x 10.000). La mortalità per malattia polmonare cronica ostruttiva in Abruzzo nel 2002 è inferiore al 1990 (U: 54 vs 90 x 100.000 - D: 17 vs 28 x 100.000 (4); tali valori sono in linea con la media nazionale. Nel 1997/2001 si registrano tassi standardizzati di mortalità per malattia polmonare cronica ostruttiva più alti nelle ASL di Lanciano-Vasto, Teramo ed Avezzano-Sulmona (2).

Sulla base delle stime Istat 2005 i pazienti con Artrosi/artriti in Abruzzo sono quasi 260.000 (20%) (donne: 22%, uomini: 14%) (Italia: 18%). La prevalenza di utilizzo dei FANS, surrogato di patologia osteoartrosica, è 14% fra gli uomini e 19% fra le donne, fino al 37% fra gli anziani; l'esposizione cronica è del 29% (≥ 3 confezioni) (21).

Le stime di prevalenza relative alle condizioni Alzheimer/Demenze senili vanno da 0,52% (7.000 persone in Abruzzo) (Istat 2005) a 1,3% fino a circa il 6,0% in altre fonti (uomini: 5,3%, donne: 7,2% (18) (il dato Istat sembra sottostimato). Fra gli anziani la stima di demenza va dall'1% nella fascia 65-69 anni al 34% fra i 90 e 96 anni (15,18,22,23,24); la stima ILSA fra i 65 e 84 anni è 5% negli uomini e 7% nelle donne. In sintesi, complessivamente in Abruzzo la stima è di circa 16.000 anziani con demenza, di cui oltre 2.800 gravi. La causa più frequente di demenza è la malattia di Alzheimer (dal 43% al 64% nei diversi studi) (18). L'incidenza media di demenza nella popolazione italiana fra 65-84 anni è simile agli altri paesi industrializzati: 1,2% (Alzheimer: 0,65%, demenza vascolare: 0,33%) (18).

La stima di prevalenza Istat 2005 per i Parkinsonismi è 0,19% (2.500 persone in Abruzzo); altre stime di tassi grezzi nella popolazione italiana vanno da 0,15% a 0,26%, senza differenze fra sessi (18) (fino a 3.500 pazienti in Abruzzo); la stima ILSA di prevalenza dei Parkinsonismi fra i 65 e 84 anni è del 3% (23) (oltre 6.000 anziani in Abruzzo), valore distante dalle precedenti fonti. L'incidenza media annuale

nella popolazione generale è 10 x 100.000 (18) (circa 130 nuovi casi in Abruzzo).

Dai Rapporti Annuali INAIL relativi al quadriennio 2003-2006 (rif.: www.inail.it) si rileva che, pur riducendosi il numero di infortuni sul lavoro denunciati (dell'1,7% nel 2006 rispetto al 2003) e l'Indice di frequenza infortunistica nel periodo 1999-2004, l'Abruzzo ha peggiorato la sua posizione nazionale per l'Indice di infortuni indennizzati per 1.000 addetti assicurati INAIL, passando dall'8° posto della graduatoria negativa (triennio 1999-2001) al 5° posto (triennio 2002-2004). In particolare, dal 2002 al 2006 gli infortuni denunciati sono stati progressivamente: 24.038, 24.375, 24.009, 24.190, 23.961, di cui mortali: 50, 45, 34, 35, 42 (per l'Industria i valori oscillano fra 20.400 e 20.600). Il tasso di mortalità (decessi/addetti) colloca l'Abruzzo al 6° posto: nel 2002-2005 l'indicatore sembra in lieve flessione (da 14 a 9 x 100.000) (5) (Fig. 10). Inoltre, dai dati INAIL si stima che nel 7-8% degli infortuni residua inabilità permanente (industria: 1.500-2.000 nuovi casi/anno) (nel 2005 gli infortuni sul lavoro registrati nelle SDO sono 2.070, 8-9% dei denunciati, probabilmente sottostimati). Le stesse fonti INAIL indicano una sostanziale stabilità del numero di

malattie da lavoro denunciate tra il 2002 e il 2006 (in particolare: 1.986, 1.926, 1.896, 2.037, 2.023). Tali dati non sono comunque del tutto rappresentativi poiché risentono (come nel resto d'Italia) di imprecisioni nella rilevazione e diffusa elusione dell'obbligo di denuncia, motivo di attivazione in alcune regioni di programmi di ricerca attiva delle patologie da lavoro da parte del SSR.

Dal 2001 al 2004 gli incidenti stradali registrati in Abruzzo oscillano fra circa 4.600 e 5.000 (2,3), con un tasso superiore alla media nazionale nel periodo 2002-2004 (5) e, all'interno, con tassi maggiori nelle Province di Pescara e Teramo; coerentemente i feriti sono proporzionalmente più frequenti nel Pescara e Teramo (intervallo regionale 2001-2004: da 7.741 a 7.205), mentre i decessi (166-137, fino a 181) sono più frequenti nella Province di Teramo (34-63) e Chieti (36-48). L'indice di mortalità (decessi/incidenti), superiore alla media nazionale, è in calo da vari anni; l'indice di lesività (feriti/incidenti), superiore al nazionale, è stabile dal 1990 (picco 2001-2003); l'indice di gravità/pericolosità (decessi /decessi + feriti), superiore al nazionale, è in calo da vari anni (2,3). Nel 2005 gli incidenti stradali registrati nelle SDO sono 2.043 (27% dei feriti). In Italia il rapporto incidenti sul

lavoro/domestici è 1:4. Nel 2005 le SDO con traumatismi (cod. 800-999) in Abruzzo sono 31.001 (17.044 urgenti), 24.845 in diagnosi principale; (circa 30% più frequenti della media nazionale). La mortalità per traumatismi in Abruzzo nel 2002 è 69,5 x 100.000 negli uomini (Italia: 62,2), 31,0 x 100.000 nelle donne (Italia: 29,2) (4). Nel 1997/2001 i decessi per traumatismi in Abruzzo sono circa 700/anno; i tassi sono più alti nelle ASL di Lanciano-Vasto (uomini e donne), Pescara e Chieti (donne) (2,3); il rapporto fra decessi medi/anno sul lavoro e stradali/domestici è 1:4 e 1:6 (incidenti: circa 450 morti su 700 per traumatismi).

2.6. Disabilità e non autosufficienza

Per rilevare il fenomeno della disabilità l'Istat fa riferimento ad una batteria di quesiti sulla base dell'ICIDH dell'OMS (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps), rispetto alle quali viene definita "disabile" la persona che ha segnalato una difficoltà grave in almeno una delle tre dimensioni considerate: autonomia nelle funzioni della vita quotidiana (sei funzioni di ADL: Activities of Daily Living), funzioni della mobilità e locomozione, sfera comunicativa (vista, udito, parola) (12,13). A differenza della

disabilità, l'*invalidità* è riferita alla menomazione che colpisce un organo ed è indipendente dalla valutazione complessiva di autosufficienza.

La prevalenza di disabilità così rilevata in Italia nel 2000 è 4,85% nella popolazione di 6 anni e più. La stima di disabilità fra gli anziani è del 19,5%, mentre fra i giovani/adulti è pari all'1,5%. Fra gli anziani, la prevalenza delle disabilità totali è del 14% per gli uomini e del 23% per le donne; il 73% dei disabili anziani ha un'età di 75 anni e più; le frequenze di disabilità negli strati 75+ e 80+ sono rispettivamente del 33% e 47%. La variabilità geografica della frequenza di disabilità fra gli anziani (19,5%) va dal 16,8% del Nord al 26,7% del Sud/Isole, con una stima del 18,1% nel Centro; la prevalenza delle disabilità varia dal 12% al 19% negli uomini e dal 20% al 33% nelle donne. L'Indagine Istat del 2005 conferma la stima 2000 di disabilità in Italia: 4,8%; la prevalenza di disabilità risulta pari a 6,1% nelle donne e a 3,3% negli uomini. Rispetto al 2000, la stima 2005 risulta lievemente inferiore fra gli anziani: 18,7% vs 19,5%. Permane il gradiente Nord-Sud: la disabilità nel Sud/Isole è 5,8-6,2% contro il 4,1-4,0% del Nord-ovest e Nord-est; fra le donne

anziane del Sud la percentuale sfiora il 30% contro il 20% del Nord.

La disabilità prevalente riguarda l'area motoria (38%), seguita da problemi della sfera mentale anche associati a disabilità sensoriale e/o motoria (18%); nella fascia d'età fra i 4 e i 34 anni la frequenza di persone con disabilità della sfera mentale raggiunge il 34%.

Le persone confinate in abitazione sono il 2,1%; tra gli anziani la stima è 8,7%. Il 3,0% della popolazione di 6 anni e più presenta limitazioni nello svolgimento delle attività di cura personali. Le persone con difficoltà nel movimento sono il 2,3% (anziani: 9,4%) quelle con difficoltà nella sfera di comunicazione l'1,1%. Il 52,7% delle persone disabili presenta più tipi di disabilità.

La famiglia è il soggetto che generalmente prende in carico la persona disabile. Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità. Il 35,4% di queste famiglie è composto da persone disabili che vivono sole, il 6,4% da famiglie con tutti i componenti disabili, il 58,3% da famiglie in cui c'è almeno una persona non disabile che si fa carico della persona disabile. Quasi l'80% delle famiglie con persone disabili non risulta assistita dai servizi pubblici a

domicilio ed oltre il 70% non si avvale di alcuna assistenza, né pubblica né a pagamento (soprattutto nel Sud). Un terzo dei disabili soli, quasi la metà delle famiglie con tutti componenti disabili ed oltre il 40% delle famiglie con persone disabili nel Sud dichiarano che avrebbero bisogno di assistenza sanitaria a domicilio.

L'“Indagine sugli interventi e i servizi sociali dei Comuni” del 2005 (dati 2003 di Istat, Ragioneria dello Stato e Ministero del Lavoro, pubblicati su “Osservasalute 2006”) (5) riporta una spesa pro-capite destinata alle persone con disabilità di € 1.568 a livello nazionale, da 3.761 del Nord-Est a 1.751 del Centro a 419 del Sud; tali divari si attenuano considerando la spesa per disabili rispetto alla spesa totale dei Comuni: dal 25% del Nord-Est al 20% del Centro al 16% del Sud (Italia: 21%).

Nell'analisi dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali sui dati Istat 2000 la gravità della disabilità è pari al 2,75% della popolazione anziana (22). Stime del 2-3% di disabilità grave fra gli anziani sono state prodotte in altre indagini (22,23,24). Nello Studio ILSA la disabilità è pari al 30%: lieve (23,3%), moderata (2,4%), severa (1,5%), totale (2,8%). Nello Studio

Argento dell'ISS la disabilità grave varia da meno del 2% ad oltre il 5% (regioni meridionali).

Per quanto concerne la popolazione dei giovani/adulti un problema emergente è quello relativo alla *disabilità* da gravi *traumi cranio-cerebrali e vertebro-midollari* (causati da incidenti stradali, infortuni sul lavoro, traumi sportivi o accidentali); dati della letteratura riportano da 10 a 50 nuovi casi/anno per milione di para/tetraplegici per traumi vertebro-midollari (età prevalente: 18-55 anni), mentre l'incidenza della lesione traumatica cranio-cerebrale è di circa 200 casi per 100.000 abitanti l'anno, con età prevalente fra i 18 e i 45 anni e una quota importante di deficit neuromuscolari, cognitivi e psico-affettivi, fino alla situazione estrema di stato vegetativo persistente (25).

Sulla base delle stime Istat 2005 il numero atteso di *pazienti disabili* in Abruzzo nella popolazione di 6 anni e più – 1.233.030 abitanti - è 66.580: 5,4% (donne: 6,8%; uomini: 3,9%) (standardizzato: 4,9%; Italia: 4,8%) (sovrapponibile al 2000); la stima fra gli anziani è 20,1% (D: 23,7% - U: 15,3%): 55.000 anziani disabili (83% dei pazienti disabili) (Italia: 18,7%). Sulla base dei dati Istat/ASSR, la stima di pazienti anziani con disabilità grave / completa è del 2-3%

(5.000-8.000). La stima Istat di *invalidità* (almeno 1) nella popolazione generale è 5,9% (76.000), 18,5% negli anziani. L'analisi condotta sui dati rilevati dai Medici di Medicina Generale in un campione di 49.808 anziani nel periodo 2002-2004 (2,3) mostra che il 17% degli anziani presenta almeno una condizione di dipendenza fra le funzioni ADL indagate, mentre la frequenza con dipendenza in tutte le funzioni è pari al 3,9% (maschi: 3,3%, femmine: 4,4%), dal 2,1% degli anziani <70 anni al 15,9% degli ultranovantenni. Al test sullo stato mentale risulta positivo il 38% dal campione: il deterioramento mentale grave è presente nel 5,7%, con frequenza variabile dal 3,0% (<70 anni) al 23,3% (>90 anni). Alcuni confronti vengono condotti con Marche ed Umbria, considerate la vicinanza geografica e la recente programmazione sanitaria (25,26,27). Pur essendo la popolazione marchigiana leggermente più anziana di quella abruzzese, la disabilità sembra lievemente più frequente in Abruzzo; la disabilità nelle Marche è 5,2% (Abruzzo: 5,4%) (prevalenza standardizzata Marche: 4,5% - Abruzzo: 4,9%), mentre fra gli anziani è del 19,3% (Abruzzo: 20,1%) (12). Nelle Marche la quota di anziani non autosufficienti gravi da assistere nel territorio è stata programmata al 2%: l'1,2%

(60%) è assistibile in RSA (0,4%) (20%) ed in Residenze protette (0,8%) (40%), lo 0,8% in ADI (40%) (25,26); la stima dei pazienti adulti assistibili in RSA per disabili è 0,05% (0,035% su pop. totale). È pertanto evidente che il modello marchigiano per i pazienti cronici/disabili privilegia le cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione sia ospedaliera che residenziale/territoriale. Nella programmazione della Regione Umbria la stima di fabbisogno dei PL di RSA è fra le più basse a livello interregionale e, in particolare, la metà rispetto alle stesse Marche: 0,22% degli anziani (27).

Sintesi dell'Offerta - I posti letto (PL) accreditati relativi alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per anziani disabili gravi/non autosufficienti sono 946 (0,35%), di cui 883 per pazienti disabili e 63 per pazienti con Alzheimer (0,023%) (nella dotazione RSA sono inclusi i 120 PL di due strutture psicogeriatriche); la dotazione dello 0,35% varia per ASL da 0,11% a 0,90%. I PL di RSA per disabili sono 108. I PL relativi ai Centri Residenziali (CR: strutture residenziali che erogano assistenza socio-sanitaria a disabili ed anziani non autosufficienti) sono 1.006. Dati preliminari rilevati su circa 1.800 pazienti (RSA e ADI) mostrano eterogeneità

assistenziali fra strutture e territori; in particolare, le degenze medie in RSA variano da 80 a 170-230 giorni, mentre i pazienti disabili gravi / anziani non autosufficienti di fascia 3 variano dal 4% al 46% (2,3).

I PL accreditati dei Centri di Riabilitazione per disabilità (Istituti ex art, 26) sono 1.185 (0,92‰), di cui 443 (0,34‰) per Riabilitazione intensiva; la dotazione dello 0,92‰ varia per ASL da 0,18‰ a 2,47‰. La dotazione complessiva di Riabilitazione (ospedaliera programmata: 0,68‰, di cui 0,07‰ di alta riabilitazione + residenziale attuale: 0,92‰) in Abruzzo è 1,60‰ (vs Marche: 0,50‰, 0,04 per alta riabilitazione), di cui 1,02‰ per Riabilitazione intensiva (0,68‰ + 0,34‰); tale dato di offerta è evidentemente incoerente rispetto all'epidemiologia dei bisogni vs Italia e Marche.

I casi in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) crescono da 1.378 (1999) a 8.357 (2004: 6,5‰ - anziani: 25‰) (2,3). I rapporti fra tassi ASL di casi in ADI arrivano a 5-6 volte. Da un'indagine prodotta dalla ASR-Abruzzo risulta che nel 2005 le cure domiciliari hanno riguardato 19.760 Assistiti (ADP: 6.893, AID: 2.957, ADI semplice: 2.596, ADI 1: 4.405, ADI

2: 909); pertanto, i casi in ADI nel 2005 risultano essere 7.910 (vs 8.357 del 2004).

Per quanto concerne il fabbisogno di *Hospice*, la Regione Marche ha programmato 87 posti letto (5,9 per 100.000) nell'ambito dei 735 PL di lungodegenza (0,5 per mille) (25). Applicando tale stima all'Abruzzo, nell'ottica di un'assistenza ai *pazienti terminali* più orientata alle cure domiciliari, si otterrebbero 78 PL. Per stimare i pazienti con bisogni di cure palliative in Abruzzo si riportano, a titolo di esempio, i dati del settore oncologico: nel 2005 su 17.812 pazienti con tumore maligno registrati in 35.993 SDO, i decessi negli ospedali regionali sono 1.389 (su 1.478 decessi ospedalieri e circa 3.180 totali, stimati dal database di mortalità 1997-02/ASR); la degenza media è 13 giorni, la mediana è 7, il 25% dei pazienti presenta degenze da 18 ad oltre 100 giorni (intervallo: 1-175).

Considerazioni conclusive sui carichi di patologia - Osservando indipendentemente i fenomeni di cronicità e disabilità, i pazienti con multicronicità sono quasi 200.000 (anziani: 64%), gli esenti ticket circa 220.000, mentre la stima di circa 76.000 invalidi e 67.000 disabili ≥ 6 anni (anziani: 83%), con maggiore prevalenza nelle donne, include

i casi conseguenti a patologie croniche e gli esiti degli eventi acuti di tipo congenito, infettivo e traumatico (inabilità per infortuni sul lavoro ed incidenti stradali e domestici).

Il tentativo di misurare complessivamente mortalità, morbosità (incidenza e prevalenza), gravità, durata e disabilità delle patologie rappresenta attualmente un'area di ricerca prioritaria in epidemiologia e politiche sanitarie vs carichi economico/assistenziali di malattia. Sulla base del Progetto OMS 1992 denominato GBD (Global Burden of Disease), con il quale al fine di misurare i carichi assistenziali viene promosso l'utilizzo dei DALYs (Disability Adjusted Life Years – somma di YLLs e YLDs – Years of Life Lost e Years of Life lived with Disability: somma degli anni di vita persi per mortalità precoce e degli anni di vita vissuti con disabilità), la Regione Friuli-Venezia Giulia ha coordinato un progetto interregionale per valutare l'impatto di 4 patologie (5). Anche se complessivamente le Cardiopatie ischemiche presentano il maggiore impatto complessivo in termini di DALYs (1.638 per 100.000 abitanti) - seguite dall'Ictus (1.387 x 100.000), dalla BPCO (1.349 x 100.000) e dal Diabete (1.136 x 100.000) - la BPCO e il Diabete registrano un maggiore impatto per quanto riguarda gli anni vissuti con

disabilità (rispettivamente 1.139 e 873 x 100.000) rispetto agli anni persi per morte precoce (210 e 263 x 100.000), seguiti dall'Ictus (disabilità: 528 - mortalità: 859 x 100.000) e dalle Cardiopatie ischemiche (disabilità: 157 - mortalità: 1.481 x 100.000).

2.7. Salute mentale e disabilità psichica

Sia a livello nazionale che locale i dati epidemiologici inerenti la salute mentale sono scarsi e poco comparabili (5). Sulla base di stime OMS, il 20-25% della popolazione dichiara almeno un disturbo mentale nella vita, inclusi gli stati d'ansia temporanei. In Italia la prevalenza delle persone affette da disturbi schizofrenici è intorno al 5‰ oltre i 18 anni, pari a circa 5.000 pazienti attesi in Abruzzo (18). Secondo alcuni studi la prevalenza di depressione arriva all'8% (30-49 anni: 12%, >60 anni: 4%), con maggiore frequenza nelle donne (18). Complessivamente, lo studio ESEMeD (18) indica che circa il 10% del campione nell'ultimo anno ha sofferto di un disturbo mentale, di cui il 3,8% per disturbi affettivi; circa il 3,6% si è rivolto ad un servizio per tali problemi. Il dato nazionale relativo ai

disturbi psichici dell'età evolutiva è 12%, rispetto al 2,3% delle Marche (probabilmente sottostimato) (25).

Osservando gli ultimi dati ospedalieri disponibili a livello interregionale (2002-2003) (5,28) - si rileva che le Regioni con alti tassi di ospedalizzazione per disturbi psichici sono le stesse che mostrano un'offerta di centri diurni e territoriali inferiore alla media nazionale: fra queste, l'Abruzzo è al primo posto da anni per istituzionalizzazione, sia in riferimento al tasso di ospedalizzazione psichiatrica (9,6‰ vs 5,9‰ nazionale e 3,8‰ del Friuli) (28) - con una tendenza all'aumento soprattutto nel periodo 1999-2003 (5) - sia in relazione all'offerta di posti letti residenziali di riabilitazione psichiatrica, quasi esclusivamente privata convenzionata (807: 6,2 x 10.000 vs 2-3 nazionale) (2,3,25), oltre a registrare una bassa offerta di Centri di salute mentale (1,01 x 100.000 vs 1,22 nazionale e 2,11 di Trento) e di Centri diurni (0,62 x 100.000 vs 1,05 nazionale e 2,8 del Friuli) (2001) (5). Il pattern ospedaliero abruzzese è costante nel periodo 2003-2005: nel 2004 sono circa 11.700 le dimissioni per disturbi psichici (codici ICD9-CM 290-319 in diagnosi principale) - 9,1‰ - e circa 20.800 le dimissioni di pazienti con tali codici in diagnosi principale o secondarie (16,2‰), attribuibili a

circa 7.800 e 14.400 pazienti psichiatrici rispettivamente (6,1-11,2‰) (dati ASR).

Pertanto, a fronte di circa 7.800 pazienti più impegnativi, le ospedalizzazioni potrebbero essere facilmente ridotte nel breve termine trasferendo le prestazioni verso percorsi di assistenza territoriale diurna e domiciliare.

Con riferimento ai suddetti dati, i pazienti con gravi forme di psicosi stimati in Abruzzo (DRG 430: psicosi) sono 3.071, pari al 2,4‰ (dal 5,7-4,1‰ delle ASL di Teramo e Pescara allo 0,8‰ della ASL di L'Aquila), per un totale di 5.244 dimissioni con DRG 430, pari al 4,1‰ (TSO: 349: 6,7%). Questo dato si avvicina alla stima di pazienti con patologia psichiatrica grave nelle Marche: 2,0‰, con un'offerta di posti letto residenziali per riabilitazione psichiatrica pari a 0,30‰ (25,26), corrispondenti a 390-400 posti letto in Abruzzo vs attuali 807: 0,62‰ (intervallo per ASL: 0,18-2,10‰).

L'84,5% dei ricoveri attribuibili a patologia psichiatrica è per acuti, mentre complessivamente il 23,1% è in regime diurno. Le diagnosi più frequenti di dimissione psichiatrica negli uomini sono nell'ordine: schizofrenia, disturbi affettivi, ansia/disturbi della personalità, disturbi dovuti ad abuso di alcool, disturbi senili; nelle donne: disturbi affettivi (60% in

più degli uomini), ansia/disturbi della personalità, disturbi senili, schizofrenia (40% in meno degli uomini) (28).

La mortalità per disturbi psichici (codici ICD9: 290-319) in Abruzzo negli uomini è passata da 8,9 x 100.000 del 1990 a 19,5 del 2002 (tassi standardizzati; Italia da 12,6 del 1990 a 16,8 x 100.000 del 2002), nelle donne da 9,7 x 100.000 del 1990 a 18,5 del 2002 (Italia da 8,8 del 1990 a 17,1 del 2002) (4). Nel 2002 il tasso di suicidi (codici E 950-959) è 13,2 x 100.000 per gli uomini (Italia: 11,7) e 2,4 per le donne (Italia: 2,9); nel 1990 il tasso di suicidi era 12,9 x 100.000 per gli uomini (Italia: 13,9) e 3,2 per le donne (Italia: 4,3). Nel periodo 1997-2001 i decessi per disturbi psichiatrici registrati in Abruzzo sono 1.136 (230 in media/anno: 18,0 x 100.000), mentre i suicidi sono 472, quasi 100/anno (metà per impiccagione). Nel periodo 1997-2001 i tassi di mortalità per disturbi psichici più elevati sono registrati nelle ASL di Teramo, Chieti, Pescara e Lanciano-Vasto, i più bassi nell'Aquilano (2,3).

Anche se la prevalenza di patologie psichiatriche e gli indicatori di morbi-mortalità sembrano rilevanti in Abruzzo, è evidente l'eccessiva istituzionalizzazione di questi pazienti sia in ospedale che in strutture residenziali rispetto alla media

nazionale, mentre risulta inferiore l'offerta territoriale diurna e in CSM (anche in relazione all'integrazione con le politiche sociali) (29). Al riguardo è interessante analizzare l'importante variabilità nell'offerta di servizi per ASL vs bisogni locali (2,3).

2.8. Tossicodipendenze

Dai dati del Rapporto Regione Abruzzo – CNR (30) sulle dipendenze risulta che l'uso dichiarato di cocaina (almeno una volta nella vita) è 5,5% nel 2005 (2004: 4,0%), l'uso di cannabis è 29,4% (2003: 19,3%), il consumo di eroina è 1,2% (non variato). Nel 2005 gli utilizzatori problematici di oppiacei in Abruzzo (che costituiscono l'utenza potenziale non trattata nei servizi) sono circa 5.000; i soggetti che hanno iniziato a fare tale uso nel 2005 sono circa 600 (7 x 10.000 persone di età 15-64 anni). Le persone che hanno fatto domanda di trattamento ai servizi nel 2005 sono 4.622 (89% uomini), 73% per eroina, 6% per cocaina (23% se associata ad altre droghe). Per quanto riguarda le malattie infettive correlate all'uso di droga, i positivi al test per l'epatite B sono il 66% (2004: 52%, Italia: 42%), per l'epatite C il 72% (2004: 64%, Italia: 62%), per l'HIV il 7% (2004: 5%, Italia: 14%).

I ricoveri direttamente correlati a droga, alcol e tabacco sono 2.471, di cui l'87,5% per residenti. Le diagnosi maggiormente frequenti sono: dipendenza da alcol (25%), abuso di alcol (22%), avvelenamento da alcol (18%); fra gli uomini sono frequenti: dipendenza da combinazioni di oppioidi con altre sostanze, abuso di oppioidi, abuso di cocaina, psicosi da alcol. Il 27% presenta anche una diagnosi psichiatrica (psicosi affettive e disturbi della personalità associati ad allucinogeni, alcol, antidepressivi, oppioidi e cocaina).

Il tasso di mortalità per abuso di stupefacenti (età 15-44 anni) (esclusi i decessi per incidenti stradali o dovuti a complicanze patologiche correlate all'uso) a livello nazionale si è ridotto da 6,3 x 100.000 nel 1996 a 2,2 nel 2002, stabilizzandosi fino al 2005 (2,5 x 100.000); in Abruzzo il tasso si è ridotto da 3,9 x 100.000 nel 1996 a 1,9 nel 2002, stabilizzandosi fino al 2005 (2,1 x 100.000 (5)).

2.9. Stili di vita e fattori rischio

Le evidenze della letteratura sull'associazione fra stili di vita e patologie (diete povere di frutta/verdura/fibre/antiossidanti / ricche di grassi saturi e rischio cardiovascolare e per tumori

del colon-retto, mammella; sovrappeso/obesità/bassa attività fisica e rischio di diabete / ipertensione / ipercolesterolemia; fumo e rischio di tumore del polmone/BPCO; ecc..) - soprattutto alla luce dei recenti trend epidemiologici abruzzesi meno favorevoli rispetto alla media nazionale (tumori di mammella, polmone e colon-retto; diabete) contrastano con le scarse evidenze di efficacia a lungo termine degli interventi preventivi sanitari su determinanti che, per definizione, sono fortemente associati a fattori individuali e territoriali di tipo economico (povertà relativa), culturale (status sociale), psico-sociale (stress) e legati a condizionamenti di mercato con maggiore impatto rispetto all'educazione sanitaria tradizionale (con le relative implicazioni di priorità allocative rispetto ad interventi preventivi ritenuti più efficaci sulla base della "evidence-based medicine") (18).

I dati sulle abitudini alimentari (Indagini Multiscopo Istat 2003) mostrano che l'88,5% degli Abruzzesi consuma pane, pasta, riso almeno una volta al giorno contro l'87,7% dell'Italia; il 77,1% consuma frutta, mentre coloro che consumano verdura e ortaggi sono rispettivamente il 39,9% e

il 35,8%. Dall'indagine è inoltre emerso che il consumo di dolci e snack è fra i più alti in Italia.

Anche se i dati sembrano confermare che la dieta è ancora orientata ad un regime di tipo mediterraneo, alcune evidenze mostrano un peggioramento dei trend soprattutto nelle aree meridionali (tali andamenti potrebbero essere associati, in parte, alla perdita del vantaggio storico "da stili di vita", oltre che da prevenzione/assistenza sanitaria, osservata nel Sud: tumori, malattie cardiovascolari, diabete, ecc).

La percentuale di popolazione adulta con soprappeso ed obesità è più alta nel Mezzogiorno (47%) rispetto al Centro-Nord (42% al Centro, 38% nel Nord-Ovest e 43% nel Nord-Est). L'eccesso ponderale è più diffuso nella popolazione con basso titolo di studio (il 44% è in soprappeso e il 15% risulta obeso). In Abruzzo la percentuale di persone in soprappeso con età superiore ai 15 anni è aumentata dal 36% del 2000 al 39% nel 2005 (Italia 2005: 35%). La percentuale di persone obese in fascia di età 18 anni e più risulta invece abbastanza stabile (10% nel 2000 e 12% nel 2005). In Italia, dove un bambino su tre ha un eccesso di peso, l'Abruzzo risulta essere la quarta Regione per numero di bambini affetti da obesità.

Inoltre, fra i disturbi alimentari l'anoressia e la bulimia sono patologie sempre più presenti nelle fasce adolescenziali, rappresentando una forte problematica sociale e sanitaria.

Sulla base dei dati OCN (10) la frequenza di obesità misurata con l'Indice di massa corporea ($\geq 30 \text{ Kg/m}^2$) nella fascia d'età 35-64 anni in Abruzzo è 18% negli uomini (Italia: 18%) e 30% nelle donne (Italia: 22%).

Sulla base degli suddetti dati, la frequenza di persone inattive nel tempo libero (bassa attività fisica) è 34% negli uomini (Italia: 34%) e 42% nelle donne (Italia: 46%).

Nella stessa indagine OCN, la frequenza di fumatori in Abruzzo è 33% negli uomini (Italia: 30%) e 20% nelle donne (Italia: 21%).

A confronto, sempre con riferimento all'abitudine al fumo, nell'Indagine Istat 2001 (popolazione 15 anni e più) la frequenza di fumatori in Abruzzo è 28% negli uomini (Italia: 32%) e 12% nelle donne (Italia: 17%); nell'Indagine Istat 2005 in Abruzzo la frequenza di fumatori è 29% negli uomini (Italia: 28%) e 15% nelle donne (Italia: 16%).

2.10. Stato di salute, bisogni e ricorso ai servizi sanitari

Lo stato di salute dell’Abruzzo, complessivamente favorevole se confrontato con le stime nazionali di rischio per età - mortalità ed incidenza per patologie croniche (cardiovascolari, oncologiche) - presenta importanti variabilità intraregionali e, per alcune patologie (es.: tumori), una tendenza alla riduzione del vantaggio storico registrato a livello interregionale, mentre rimane rilevante l’alta frequenza di morbi-mortalità e disabilità da traumatismi (infortuni sul lavoro e incidenti stradali). Per quanto concerne la prevalenza standardizzata per età, stime tendenzialmente superiori alla media nazionale si registrano per artrosi/artriti e bronchite cronica/enfisema, mentre considerando il fattore “invecchiamento”, frequenze superiori alla media sono registrate per: artrosi/artriti, malattie ischemiche del cuore, diabete, bronchite cronica/enfisema, demenze, cataratta; anche i tassi grezzi di disabilità sono più elevati, mentre le stime standardizzate per età sono in linea con la media nazionale.

Sia l’invecchiamento - che rappresenta un fenomeno di salute positivo della popolazione, oltre che di maggiori carichi assistenziali per il sistema - che i profili favorevoli di morbi-

mortalità registrati in Abruzzo, sembrano essere associati, in coorti e periodi del passato, più a fattori socio-culturali ed ambientali protettivi/di minor rischio (stili di vita sani, minore abitudine al fumo, fattori alimentari protettivi, attività fisica e lavorativa, ambiente fisico), che ad interventi preventivi del sistema sanitario, dal momento che alcuni settori ed interventi sembrano essere ancora oggi critici (v. screening e prevenzione infortuni); d'altra parte, il miglioramento degli interventi terapeutici sembra aver contribuito all'aumento della sopravvivenza di pazienti acuti e cronici (riduzione della letalità).

Con l'eccezione di alcune condizioni (tumori, allergie), le patologie croniche e le disabilità sono più frequentemente dichiarate nelle Regioni del Sud dopo correzione per età. In Abruzzo il 6,3% dichiara di stare male, rispetto a valori standardizzati del 3,9% - 5,4% del Nord e del 7%-10% del Sud ed Isole (12). Con riferimento ai tumori è inoltre da segnalare che negli ultimi anni la mortalità è in aumento nelle Regioni del Sud, contrariamente ad una riduzione sensibile nel Nord e meno evidente fra le Regioni del Centro e in Abruzzo (7). Sulla base di tali dati l'Abruzzo tende ad assomigliare a Molise, Campania, Lazio, Marche ed Umbria

(terzo cluster fra Nord e Sud/Isole) (14). Anche con riferimento alla qualità della vita dei pazienti disabili l'Abruzzo si colloca nel terzo quadrante con alcune regioni meridionali: Molise, Campania, Calabria e Sicilia (5). Pertanto, in coerenza con alcuni indicatori socio-economici quali reddito pro-capite e povertà relativa che collocano l'Abruzzo al 13°/14° posto in Italia, anche rispetto allo stato di salute l'Abruzzo sembra spostarsi più a Sud che a Centro/Nord.

Con particolare riferimento agli indicatori socio-economici, la povertà fra le famiglie (Istat 2003) in Abruzzo è 15,4% vs Italia: 10,6%, Centro: 5,7%, Nord-Est: 5,2%; l'Abruzzo precede sei Regioni meridionali nella "classifica" interregionale, dal 20,0% al 25,5%; nel 2004 l'indice abruzzese è 16,6% (Italia: 11,7%), mentre nel 2005 scende all'11,8% (Italia: 11,1%, Nord: 4,5%, Centro: 6,0%), precedendo sette Regioni meridionali (dal 16% al 31%). Il tasso di disoccupazione abruzzese nel IV trimestre 2005 è 6,9% (Italia: 8,0%, Nord: 4,7%, Centro: 6,7%, Sud: 14,2%); nel IV trimestre 2006 è 6,5% (Italia: 6,9%, Nord: 4,0%, Centro: 6,4%, Sud: 12,2%).

Coerentemente, lo stesso pattern di “disomogeneità” a livello interregionale si osserva rispetto all’uso dei servizi. Per quanto concerne il ricorso all’ospedale, da anni l’Abruzzo si colloca al primo posto per tasso di ospedalizzazione totale (con le Regioni meridionali) e per cause specifiche (fra cui le patologie psichiatriche), dato evidentemente incoerente rispetto al profilo epidemiologico registrato (2,3). In particolare, i tassi di riabilitazione ospedaliera sono fra i più elevati sia in generale che, in particolare, rispetto a Regioni quali l’Umbria e le Marche che registrano i più bassi tassi rispetto a popolazioni più anziane e comparabili per disabilità: è da notare che tali tassi abruzzesi si osservano con un’offerta dello 0,46‰, mentre nel Piano di riordino ospedaliero l’attuale offerta è programmata allo 0,68‰ (vs 0,10-0,20 del Friuli) (con l’aggiunta dello 0,92‰ residenziale si totalizza un’offerta complessiva di 1,60‰ vs 0,50‰ di tutta la riabilitazione - territoriale ed ospedaliera - programmata nelle Marche) (25).

Nella già citata analisi sui dati Istat (14) l’Abruzzo è classificato nel terzo cluster con Lazio, Molise e Puglia, soprattutto con riferimento all’utilizzo dell’ospedale; le Regioni del Nord e del Centro sono caratterizzate da un

minore ricorso all'ospedale e da un più frequente accesso ai servizi ad alta tecnologia e di assistenza specialistica, mentre le Regioni del Sud sono caratterizzate da un maggiore ricorso all'assistenza primaria (visite generiche e pediatriche; esami del sangue e urine).

Un'analisi condotta sugli stessi dati Istat 2005 a livello individuale (31) mostra che le persone con basso livello di posizione sociale utilizzano più frequentemente servizi ospedalieri e di base - inclusa l'assistenza farmaceutica - rispetto ai servizi di assistenza specialistica, il cui accesso è più frequente per le persone istruite / di alto livello sociale. Tale pattern è coerente con le "diseguaglianze" interregionali: ulteriori ricerche dovranno pertanto focalizzarsi sull'interazione degli indicatori socio-economici individuali con l'età, il sesso e le variabili territoriali intraregionali/comunali, dal momento che l'utilizzo di strutture e i fabbisogni assistenziali sono determinati (oltre ad essere condizionati dall'offerta) dai bisogni correlati alla morbosità, all'età e allo svantaggio socio-economico individuale e di (micro)area (32,33,34).

2.11. Bisogni, contesti territoriali e popolazioni “fragili”

Analizzando complessivamente gli indicatori socio-economici di deprivazione relativa (7^a Regione più povera, fra Centro-Nord e Sud), i profili di salute (riduzione del vantaggio epidemiologico da “stili di vita”, aumento delle cronicità e delle evitabilità da sistema socio-sanitario, alta incidenza di infortuni sul lavoro), l'utilizzo dei servizi inappropriato rispetto ai bisogni (ospedalizzazione pubblica e privata, riabilitazione privata, istituzionalizzazione dei pazienti psichiatrici) e le stime dei bisogni inevasi (carenza di assistenza territoriale/domiciliare ai pazienti cronici e disabili), l'Abruzzo si caratterizza più come un nord del Sud che come una Regione proiettata verso le aree più sviluppate del Centro/Nord. Parallelamente, come documenta l'analisi di sintesi, l'Abruzzo presenta importanti eterogeneità territoriali sia rispetto ad indicatori di morbi-mortalità che a pattern di offerta ed utilizzo dei servizi, situazioni spesso incoerenti fra loro anche a livello macro (v. ASL / aree interne). Al riguardo la Legge 6/07 si impegna a riequilibrare tali disomogeneità attraverso un'adeguata assistenza territoriale/domiciliare e percorsi assistenziali calibrati alle peculiarità dei territori svantaggiati. Al fine di analizzare tali

fenomeni a livello comunale e di aree aggregate d'Abruzzo è stato costruito un Indice di Area Svantaggiata (IAS) (32) sviluppato sulla base di metodologie sperimentate in Piemonte ed applicate in Italia ed in aree deprivate come la Basilicata (33,34,35,36). Sulla base del profilo demografico standard (indici di invecchiamento dal 12% fino ad oltre il 60%), i 305 Comuni d'Abruzzo sono stati misurati con 7 indicatori risultati predittivi ad un'analisi statistica per componenti principali a partire dalle variabili di Censimento 2001 e reddito pro-capite, indicatori a loro volta sintetizzati in un IAS che varia da -19/-8 (Pescara, Montesilvano, Chieti, Teramo, L'Aquila, Francavilla, Alba Adriatica: circa 350.000 abitanti) a +12/+8 (maggiore svantaggio socio-economico: Castellafiume, Villetta Barrea, Roio del Sangro, Corvara, Montelapiano, Montebello sul Sangro, ecc., con 202 Comuni nel quartile di popolazione più svantaggiato - circa 300.000 abitanti - e 158 nel quintile di popolazione più svantaggiato - circa 250.000 abitanti) (v. Fig. 11). L'aumento dei valori di IAS è determinato da 7 indicatori: invecchiamento (età \geq 75 anni: dal 5% al 39%), basso livello di istruzione (popolazione \geq 6 anni con licenza elementare: dal 21% al 77%), disoccupazione (dal 2% al 29%), basso reddito pro-capite (da

€ 15.580 a € 7.927), n. di occupati/stanza, bassa densità abitativa, occupazione agricola (aree rurali). Attualmente lo strumento IAS è in fase di applicazione per analisi orientate a valutare lo stato di salute e i bisogni (con indicatori di morbimortalità evitabile) rispetto sia a carichi assistenziali, utilizzo di servizi e percorsi assistenziali, sia a fabbisogni ed allocazione di risorse (v. Progetto di Re.T.E. – Rete Territoriale di Epidemiologia). Ovviamente lo strumento IAS comunale non è utilizzabile per analizzare le microaree svantaggiate delle aree metropolitane, anche se la disaggregazione dei dati a livello di grandi centri potrebbe essere applicata dopo uno studio di fattibilità *ad hoc*.

L'individuazione delle popolazioni "fragili" con riferimento ai target di pianificazione/intervento - morbosità/disabilità per sesso, età e condizione sociale - può essere a questo punto più efficientemente indirizzata rispetto a microaree fra loro eterogenee e relative problematiche: giovani vs salute mentale, tossicodipendenze ed incidenti nelle grandi aree; anziani non autosufficienti e pazienti disabili in piccoli vs grandi centri, bambini vs cronicità e malattie rare (es.: tumori); adulti vs infortuni sul lavoro, salute mentale e rischio cardiovascolare; donne vs salute in gravidanza; donne sole anziane vs

cronicità/disabilità/depressione in piccoli e grandi aree; immigrati vs salute mentale ed accesso ai servizi; pazienti con demenza nei piccoli paesi.

Come target prioritari per la pianificazione vengono pertanto individuate le seguenti aree:

fasce di popolazione “fragili” (giovani/adolescenti/bambini, donne in gravidanza, anziani problematici, vecchie e nuove emarginazioni sociali);

popolazioni di pazienti con pluripatologie (anziani non autosufficienti, pazienti con disabilità fisiche e sensoriali, pazienti con disabilità psichiche / salute mentale);

specifiche patologie (diabete, patologie cardiovascolari, neoplasie, patologie respiratorie, demenze, traumatismi, malattie rare).

Oltre agli anziani non autosufficienti, alle persone disabili e con problemi psichiatrici, ai pazienti con cronicità cardiovascolari, oncologiche, ecc. - già analizzate nella presente relazione - per alcune delle suddette fasce di fragilità vengono di seguito riportati dati di riferimento generale da sviluppare nel piano di epidemiologia regionale / territoriale.

Donne e maternità - Nel 2005 il tasso di natalità è 8,6‰ (11.200 nati) (come nel 2004: 11.101 nati) (Italia: 9,6‰); al

31.12.2004 i nati in Abruzzo per Provincia sono 2.478 (L'Aquila), 2.696 (Teramo), 2.778 (Pescara) e 3.149 (Chieti). Un piccolo incremento delle nascite rispetto al 2003 si registra in tutte le Province tranne Chieti. Il tasso di fecondità nel 2000 è 1.165,6 x 1.000, nel 2002 è 1.149,1 x 1.000, nel 2004 è 1.197,3. Il numero medio di figli per donne italiane è 1.150 X 1.000 vs 2.230 X 1.000 delle straniere. Nel 2004 le madri residenti in Italia hanno in media 31,1 anni alla nascita del primo figlio, le donne abruzzesi 31,6 anni, mentre le donne straniere residenti in Abruzzo 27,1 anni.

I dati Istat mostrano che i parti cesarei in Abruzzo passano da 22,7% del 1993 a 37,6% del 2003; nel 2005 i cesarei variano per ospedale dal 23,1% al 63,2% (Regione:43,0%; dati ASR). La frequenza di IVG registrate in Abruzzo (notifica Istat) va da 4.526 casi nel 1980 a rispettivamente 2.633, 2.847 e 2.963 nel 2001, 2002 e 2003; in termini di tassi standardizzati, l'abortività è in calo sia in Italia (1980-2001: da 15,9 a 9,3 x 1.000 donne 15-49 anni) che in Abruzzo (dal 17,4 all'8,8 x 1.000), con tendenza all'aumento negli ultimi anni per le fasce 15-19 e 20-24 anni (2). A fronte di 2.633 notifiche Istat ufficiali del 2001 (265 per straniere), il database SDO 2001

registra 3.170 casi di IVG di residenti abruzzesi, di cui 2.641 in Regione e 529 in ospedali fuori Regione (2).

Infanzia, età evolutiva e giovani - Fra le cause generatrici di disagio/sofferenza nei giovani si segnalano i contesti familiari critici (alcolismo o tossicodipendenze dei genitori), la carenza di risorse socioeconomiche e culturali (famiglie povere), gli insuccessi in ambito scolastico, le difficoltà nell'approccio con il mondo del lavoro. La salute mentale costituisce attualmente una delle aree socio-sanitarie ad elevato impatto assistenziale.

Famiglie povere - L'Abruzzo, come detto in precedenza, precede sei Regioni meridionali con riferimento all'indicatore povertà relativa tra le famiglie (dal 20,0% al 25,5%); nel 2004 l'indice abruzzese è 16,6% (Italia: 11,7%), mentre nel 2005 scende all'11,8% (Italia: 11,1%, Nord: 4,5%, Centro: 6,0%), precedendo sette Regioni meridionali (dal 16% al 31%).

La condizione di povertà è associata a fattori di rischio per la salute, ad una maggiore incidenza di malattia, ad un minore accesso all'assistenza specialistica rispetto alla generica ed ospedaliera, ad un maggiore rischio di morte (morbi-mortalità evitabile).

Immigrati ed esclusione sociale - Al 1° Gennaio 2006 gli stranieri in Abruzzo sono 43.849 (3,4% della popolazione) (il trend è in costante aumento); il 53% è rappresentato da donne. Oltre che nei Capoluoghi, gli stranieri si concentrano maggiormente sulla costa (i soli Comuni di Martinsicuro e Montesilvano ne hanno rispettivamente 1.753 e 1.614). Al 1° Gennaio 2006, 34.564 stranieri erano in possesso di regolare permesso di soggiorno: il 55% con permesso di lavoro, il 38% per motivi di famiglia, il 2,2% per motivi di studio. Gli immigrati regolari sono così ripartiti nelle Province: 30% l'Aquila, 29% Teramo, 22% Pescara, 19% Chieti. L'età media è 31,4 anni; il 53% ha un'età fra 18 e 39 anni, il 20% ha meno di 18 anni e il 2% 65 anni e più. In Abruzzo il 58% proviene dall'Europa dell'Est (media nazionale: 38%); in particolare gli Albanesi presenti a Teramo, Pescara e Chieti sono rispettivamente 29%, 18% e 35%. Nel complesso gli stranieri non comunitari in Abruzzo sono l'89%.

In Italia i nati stranieri sono in aumento: dal 2,4% dei nati della popolazione totale nel 1999 al 5,1% del 2004. Secondo un'Indagine Censis del 2005 i fattori che incidono maggiormente sullo stato di salute degli stranieri sono: precarietà abitativa (45%); condizioni rischiose di lavoro e

precarie di reddito (43%); insufficienti abitudini igienico sanitarie (29%); mancanza di supporto familiare (23%); acquisizione di diverse abitudini alimentari (20%); condizioni climatiche differenti rispetto al paese di origine (12,8%). Dal Rapporto emerge uno stato di salute degli immigrati complessivamente buono: il 60,4% dei medici di medicina generale sostiene che lo stato di salute complessivo dei propri assistiti stranieri è uguale a quello degli italiani. Le principali patologie riscontrate sono: malattie dell'apparato respiratorio e muscolo-scheletrico, disturbi dell'apparato digerente e cardiovascolari, malattie infettive (tubercolosi); nelle donne assumono grande rilevanza le patologie ginecologiche.

Comunità zingare - Gli Zingari in Italia rappresentano una comunità eterogenea. Il numero di persone è stimato fra le 80.000 e 110.000 unità (0,16% della popolazione nazionale). Circa l'80% ha la cittadinanza italiana, mentre il restante 20% è rappresentato da extra comunitari provenienti soprattutto dai territori della ex Jugoslavia. Tra gli adulti è molto diffuso l'alcolismo, mentre tra i bambini risulta elevatissima l'evasione scolastica. I problemi legati alla salute riguardano prevalentemente la mancanza di profilassi, le patologie da freddo, gli incidenti domestici e stradali.

Prostituzione – Si stima che ogni anno nel mondo un milione di donne (35% minorenni) è oggetto di sfruttamento sessuale. In Italia ci sono sulle strade circa 25.000 donne extra comunitarie di varia provenienza (in particolare Nigeriane: 25%, Albanesi: 26%, dall'Europa dell'Est: 28%, da altri Paesi africani: 5%, dall'America Latina: 3%) (37). Nelle regioni Marche, Abruzzo e Molise si alternano nell'arco di un anno circa 700/800 prostitute extra comunitarie, di cui circa 450 in strada. La vita di strada, il rilevante numero di rapporti, la cattiva alimentazione, il difficile accesso ai servizi e la bassa condizione socio/economica sono i determinanti delle malattie in questo gruppo svantaggiato. A ciò va aggiunto il rischio dei clienti di contrarre malattie sessualmente trasmesse, soprattutto nel caso di rapporti con tossicodipendenti, omosessuali e transessuali.

Detenuti - La popolazione carceraria è passata da 25.804 detenuti nel 1990 ad oltre 53.000 nel 2001. In Abruzzo nel 2002 i detenuti sono stati 1.571 (50 donne), 1.570 nel 2003 (38).

Una larga parte di soggetti detenuti appartengono alle classi sociali più svantaggiate e in genere conducono uno stile di vita con scarsa attenzione all'igiene e alle misure preventive,

con comparsa di malattie quali tubercolosi, AIDS, denutrizione / malnutrizione, sindromi psichiatriche e gravi comportamenti autolesionistici.

DISCUSSIONE

La discussione dei risultati riportati nella presente tesi, incentrata sulla recente esperienza della Regione Abruzzo, è orientata ad individuare alcune criticità da affrontare nel rapporto fra epidemiologia dei bisogni e pianificazione sanitaria, sia a livello istituzionale di sistemi socio-sanitari che di governo clinico-assistenziale (l'aggettivo "clinico" è riduttivo in contesti di pratiche assistenziali cliniche e non, sanitarie e sociali; inoltre a livello europeo - WHO Health for All - in tema di HIA/Health Impact Assessment, dal 2005 si definisce la VIS come uno strumento di valutazione d'impatto sulla salute e di pianificazione orientato allo sviluppo di un Governo Etico: "Ethical Governance"; v. 49).

L'analisi delle Relazioni regionali sullo stato di salute - condotta nell'ambito della produzione di evidenze epidemiologiche per la pianificazione sanitaria nella Regione Abruzzo (4-38) soprattutto in riferimento a Marche, Umbria, Basilicata, Piemonte e alle Regioni Adriatiche dell'HANS (48) - evidenzia alcune macroaree di criticità ed opportunità di sviluppo: un utilizzo prevalente dei dati amministrativi integrati da pochi registri e da alcune indagini ad hoc;

un'importante eterogeneità fra Regioni sia nella disponibilità e qualità dei sistemi informativi (v. risorse disponibili e differenti contesti culturali/esperienze fra Nord e Sud) che nell'uso di indicatori e metodi; l'individuazione di destinatari soprattutto istituzionali regionali/aziendali *vs* clinici/operatori e cittadini/utenti/pazienti (alcuni Autori si chiedono in premessa “chi leggerà la Relazione?”) (27); uno scarso utilizzo delle informazioni prodotte dai professionisti locali in progetti di ricerca clinico-epidemiologica (vista come “altro” rispetto alla gestione dei sistemi). In sintesi, uno scollegamento fra l'efficienza metodologico/formale e la ricchezza di informazioni delle Relazioni di Salute e la loro applicabilità nei contesti quotidiani istituzionali e nelle pratiche clinico-assistenziali.

E' fin troppo evidente che questa problematica generale diventa più critica nel caso della Regione Abruzzo.

Lo sforzo sembra pertanto quello di ri-orientare la produzione dei profili standardizzati di salute - preziosi strumenti per “armonizzare” le Relazioni fra territori con evidenti differenze per risorse e cultura - da una produzione di capitoli introduttivi (di accompagnamento) ai PSR, ad una elaborazione sostanziale di strumenti per condurre analisi

comparative dei bisogni stratificati per territori e gruppi di popolazione in rapporto ai sistemi locali: dalle non risposte (bisogni inevasi) e/o risposte insufficienti/ritardate, alle prestazioni inappropriate (o inutili) da ridurre/eliminare al fine di allocare e spostare risorse. Ciò si traduce in analisi effettivamente orientate alla documentazione di evitabilità su cui intervenire, sia a livello sociosanitario che di altri sistemi, attraverso la programmazione in un'ottica di ricerca e sviluppo locale, considerando i limiti della “evidence-based health&social policy” rispetto ad aree grigie di conoscenza (e, nello stesso tempo, di certezze sulle condizioni di diseguaglianza socio-economica, culturale e sanitaria).

Come fare tutto ciò rappresenta un progetto non solo (ed in particolare) per l'Abruzzo, ma anche per altre e diverse realtà regionali/locali nell'attuale dibattito sullo sviluppo di un Welfare sostenibile ed equo, in un contesto di federalismo. Nello specifico, l'epidemiologia regionale dovrebbe decentrarsi in un sistema di rete effettivamente territoriale per produrre ed utilizzare le informazioni. Attraverso l'ottimizzazione e l'estensione dei sistemi informativi correnti sembra necessario coinvolgere gli operatori nella produzione/uso dei dati, oltre che metodologicamente,

soprattutto culturalmente con programmi di formazione-intervento mirati ad analisi di processi ed esiti (assunzione condivisa di responsabilità nel render conto di ciò che si fa rispetto a bisogni diversificati), pianificando sostenibili indagini *ad hoc* per risolvere problemi specifici (“rapid epidemiologic assessments”) anche in relazione a programmi di partecipazione degli utenti/pazienti nella rilevazione di aspetti qualitativi e di accessibilità a servizi e prestazioni. Parallelamente è strategicamente indispensabile armonizzare il livello regionale/aziendale di produzione/uso delle informazioni con gli Enti locali ed in particolare con i Comuni; infine, anche se potrebbe sembrare ovvio, è necessario ridurre la separazione più o meno evidente fra i risultati dei progetti regionali/nazionali di ricerca applicata ed il loro utilizzo nelle Relazioni di Salute e, di conseguenza, nelle pratiche istituzionali ed assistenziali.

Al fine di esplicitare con casi concreti la presente discussione, vengono di seguito riportati due esempi / ‘casi modello’: il Progetto di Re.T.E. previsto dal PSR (L.r. n. 5 del 10.03.2008 (39) e le “Linee Guida per la Valutazione di Impatto Sanitario (VIS)” redatte ai sensi della Legge regionale n 2 del 10.03.2008.

Il Progetto di Re.T.E. del PSR 2008-2010

Con riferimento al monitoraggio degli obiettivi di salute del PSR, è necessario lo sviluppo della funzione epidemiologica *decentrata* per la valutazione comparativa di bisogni, domanda ed indicatori di morbi-mortalità evitabile *vs* differenze e criticità dei sistemi socio-sanitari locali (Comuni, aggregati territoriali e microaree comunali).

Il sistema di supporto, ricerca e sviluppo proposto, sulla base di un percorso progettuale e di fattibilità da sperimentare nel triennio, è rappresentato dalla **Rete Territoriale di Epidemiologia**, coordinata dalle Istituzioni Regionali (Agenzia Sanitaria – Osservatorio Epidemiologico – Osservatorio Sociale) ed Aziendali/Territoriali preposte alla funzione epidemiologica. Lo strumento di avvio del *Progetto di Re.T.E.* per la valutazione comparativa di salute, bisogni e criticità assistenziali/territoriali è rappresentato dalla “Relazione sullo stato di salute della popolazione – 2008” (*RS_08*); la stesura collettiva della *RS_08* ha come obiettivo immediato la lettura critica e comparativa degli indicatori disponibili fra territori, al fine di avviare rilevazioni locali, di routine e *ad hoc*, sostenibili con le risorse umane e finanziarie disponibili / attivabili a livello centrale e periferico.

La definizione delle priorità viene effettuata dal basso, attraverso le proposte degli operatori sanitari e socio-assistenziali partecipanti alla *Re.T.E.* sulla base di seminari condotti dalla Cabina di regia del progetto (coordinamento istituzionale “soft” con supporto metodologico e formativo), a partire dalle criticità di salute ed assistenziali evidenziate nelle analisi e dalla praticabilità di rilevazioni / applicabilità di metodologie più o meno complesse (progetti pilota per registri locali di morbi-mortalità, validazione dei dati amministrativi per scopi epidemiologici, valutazioni rapide / “rapid epidemiologic assessments”). Le aree critiche di salute (morbosità/disabilità/mortalità/f. di rischio), bisogni ed assistenza - individuate con le suddette metodologie e strategie - vengono sviluppate ed analizzate su base territoriale e, all’interno dei territori, per fasce di età, sesso e status socio-economico. L’obiettivo di medio termine è produrre, a partire dalla *RS_08* di riferimento, rapporti locali sullo stato di salute di popolazioni e comunità in riferimento alle politiche sociali e sanitarie adottate ed all’accessibilità/utilizzo dei servizi (piano di epidemiologia regionale/territoriale).

Epidemiologia e “caso VIS”: Abruzzo prima Regione?

Il documento “Linee Guida per la Valutazione di Impatto Sanitario” (LG-VIS) è stato prodotto nell’ambito delle attività previste dal Protocollo d’Intesa siglato dai Direttori Generali di ASR Abruzzo e ARTA il 06.06.2008, in ottemperanza alla L.r. n. 2 del 10.03.08, pubblicata sul BURA n. 2 str, del 21.03.2008. In particolare, l’incarico è stato conferito all’Area Epidemiologica dell’ASR in riferimento alle necessità di fornire competenze di metodologia epidemiologica al Gruppo di Lavoro, ad integrazione delle competenze in materia di tutela ambientale (ARTA), scienze ambientali (CMNS) e valutazione dei rischi ambientali nelle attività di prevenzione (Area Prevenzione ASR Abruzzo).

Al riguardo, l’Area epidemiologica dell’ASR ha proposto un’integrazione alle LG-VIS con riferimento alle criticità ed opportunità da affrontare nell’implementare strumenti e percorsi di VIS territoriali in un contesto relativamente nuovo/recente per cultura del dato e metodologia epidemiologica a livello di sistema sanitario, sia regionale che aziendale (e non, pertanto, istituzionale accademico e scientifico). Tali considerazioni di efficienza e cultura organizzativa hanno assunto una rilevanza particolare dal

momento che, sulla base delle revisioni in materia normativa di VIS, a livello italiano non risulterebbero provvedimenti deliberati da Consigli Regionali riferibili a formali produzioni e/o adozioni di Linee Guida per la Valutazione d'Impatto Sanitario e, pertanto, l'Abruzzo diventerebbe la prima Regione ad intervenire nella specifica materia in Italia (considerando che, nella rassegna di 470 casi di VIS in Europa, fino al 2005 ne sono stati registrati 4 in Italia, v 49). Pertanto, rispetto allo stato di sviluppo dei sistemi epidemiologici/informativi regionali riportato nella presente tesi, in una prima fase applicativa delle varie opzioni di VIS è prevedibile una importante difficoltà nel misurare lo stato di salute di base delle popolazioni interessate con dati di routine, in relazione alla valutazione di impatto sanitario di potenziali determinanti ambientali connessi a proposte di interventi, piani, programmi, progetti, politiche e attività produttive (mancanza di dati di mortalità rapidamente utilizzabili nell'ultimo quinquennio, insufficiente controllo epidemiologico di SDO e prescrizioni, assenza di registri validati di morbosità/mortalità). Anche se la progettazione di indagini con rilevazioni *ad hoc* quali interviste, ecc., rappresenta una valida soluzione, la scarsità di risorse

aggiuntive potrebbe rendere gli studi non sostenibili rispetto ai costi delle prestazioni di epidemiologia, rilevazione dati e, soprattutto, di competenze e tecnologie avanzate in informatica e statistica (gestione database, cartografie, applicazione di modelli matematici per la valutazione d'impatto sugli "outcome").

D'altra parte, l'avvio di procedure di VIS in un sistema quale quello abruzzese potrebbe innescare, paradossalmente, un circuito virtuoso per accelerare l'ottimizzazione dei sistemi informativi e l'efficienza, continuità ed integrazione degli interventi valutativi. Infatti, più che un insieme di procedure applicate per dare un sì o in no rispetto a determinate proposte in sistemi territoriali poco sviluppati, soprattutto nelle prime fasi di applicazione la VIS rappresenta sia un supporto alle decisioni dei policy-maker che uno strumento valutativo di pianificazione e coinvolgimento/partecipazione dei cittadini e dei vari attori portatori di interesse; un processo di formazione, trasparenza e assunzione di responsabilità istituzionali, personali e collettive; una sperimentazione di forme di comunicazione dei rischi che non producano allarmismi ingiustificati nel caso di analisi di base dello stato di salute. In questo senso, le LG proposte al

Consiglio Regionale rappresentano soprattutto linee guida sui criteri generali per la stesura di VIS locali, una base di partenza per sviluppare redazioni di procedure, progetti e sperimentazioni di VIS territoriali. Infatti, la disponibilità di modelli diversi di VIS o VIS con differenti opzioni in territori eterogenei a livello nazionale ed europeo rendono le evidenze di efficacia della Valutazione di Impatto Sanitario ancora incerte e disomogenee (v. ampia rassegna in “The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe”. World Health Organisation, WHO 2007) (49).

Considerata la complessità del ruolo dell’epidemiologia nei processi di VIS, è inoltre necessario programmare interventi strategici di comunicazione e formazione a livello locale. Infatti, mentre le Comunità locali e gli Amministratori richiedono evidenze scientifiche certe, l’epidemiologia, soprattutto nel campo delle malattie croniche in cui l’intervallo fra cause ed effetti è molto lungo (es.: tumori), non è in grado di dare certezze, ma solo margini di incertezza delle misure probabilistiche di rischio, assoluto e relativo, stimate con criteri, metodi e strumenti anche relativamente complessi. Dovendo gestire situazioni caratterizzate da

esposizione potenzialmente pericolose, la necessità di essere cauti è condivisa da tutti (approccio cautelativo), ma la scelta di misure precauzionali specifiche resta controversa e le difficoltà aumentano se si tratta di stabilire limiti e soglie di tutela dal rischio in assenza di evidenze certe tra esposizione ed effetti. Inoltre, mentre la valutazione del rischio anche se complessa può essere affrontata con metodologie scientifiche formalizzate e standardizzate, l'accettazione del rischio in una Comunità non è scientificamente definibile, ma dipende dal livello culturale, sociale ed economico della stessa. Assume in tal senso una rilevanza strategica la trasparenza di procedure e scelte accompagnata con strumenti efficienti di comunicazione e coinvolgimento.

Pertanto, nell'affrontare le evidenze, i limiti e le incertezze delle possibili relazioni causali relative a proposte e progetti specifici, l'epidemiologia può comunque fornire profili di salute trasparenti delle Comunità locali, sia di base che in una prospettiva di monitoraggio e valutazione complessiva degli esiti di salute, soprattutto se integrata con una strategia di comunicazione, informazione e formazione rivolta a decisori, operatori, organizzazioni/associazioni e cittadini.

CONCLUSIONI

Nell'affrontare il rapporto fra epidemiologia e pianificazione sanitaria in Abruzzo, con particolare riferimento al recente utilizzo della funzione epidemiologica per la stesura del terzo Piano Sanitario, la revisione delle esperienze regionali ha fornito utili indicazioni per lo sviluppo del Progetto di Rete epidemiologica di supporto alla programmazione e valutazione delle politiche territoriali.

Nonostante il ruolo dell'epidemiologia nella programmazione sia abbastanza controverso anche nelle Regioni più evolute (se confrontato con gli strumenti e i contenuti amministrativi ed economico-finanziari delle prestazioni, rispetto ai quali i "piani di rientro" rappresentano gli indicatori estremi per le regioni in difficoltà), l'analisi ha comunque evidenziato un avvio deciso, fin dal 1997, dei processi di implementazione e sviluppo dei sistemi epidemiologici in Regioni comparabili all'Abruzzo per dimensioni e caratteristiche, quali Umbria, Marche e Basilicata (oltre la grande Puglia), sulla base dei sistemi epidemiologici consolidati del Nord (Piemonte, Toscana, Veneto, Friuli) storicamente e culturalmente più attenti agli aspetti di salute e ai bisogni di cittadini e pazienti.

Al di là dello specifico modello organizzativo adottato e/o modificato (rispetto a: OER dell'Assessorato in Umbria e Basilicata, OER in Agenzia Sanitaria in Toscana, Friuli e Marche, OER e Agenzia distinti in Puglia e Piemonte, ecc.), nell'esperienza abruzzese dei recenti 3-4 anni di OER in Direzione Sanità (2004-2005), Epidemiologia in Agenzia con OER in Assessorato (2006-2007) e, con il PSR da marzo 2008, di OER in ASR, l'aspetto più critico rimane il ritardo organizzativo, ma soprattutto culturale, di implementazione e sviluppo della funzione epidemiologica regionale, un ritardo evitabile (parafrasando l'epidemiologia) di almeno sette anni (se non quattordici a partire dalla Legge istitutiva del 1991). Se tale latenza organizzativa è stata sicuramente meno problematica negli anni '90, i suoi effetti sono attualmente moltiplicati nei contesti di federalismo, sostenibilità vs ripiano dei debiti, inflazione ed inefficienza ospedaliera vs assistenza primaria non-integrata, deficit di analisi dei fabbisogni di salute/assistenza nel sistema pubblico e privato, emergenze ambientali vs difficoltà di implementare valutazioni locali dello stato di salute, uso inappropriato delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, ma, soprattutto, deficit di cultura del dato, della salute e dei diritti.

Come ripartire, ricostruire e continuare il percorso istituzionale intrapreso nel 2004/05 sembra secondario rispetto alla certezza di definire, come priorità, la necessità di sviluppare il processo epidemiologico/informativo come normalità (non bastano le leggi per fare un OER rispetto alle continue emergenze e/o ai piani di fattibilità e avvio), essendo le opzioni “del come” abbastanza disponibili dalle esperienze delle Regioni più avanzate (e non solo del Nord).

La discussione della presente tesi, incentrata sulle proposte di rete territoriale e valutazione d’impatto sulla salute (in un Abruzzo evidentemente in difficoltà, che vede ridursi sia il “vantaggio di salute” che quello socio-economico), fornisce alcune opzioni metodologiche rispetto alle quali si possono stimare i diversi profili di costo/beneficio, ma i cui principi e strategie definiscono in modo certo la necessità di passare da un uso formale/descrittivo dell’epidemiologia (scrittura introduttiva ai piani sanitari) ad uno più sostanziale e trasparente: analisi dei bisogni di salute, fabbisogni di assistenza e rapporto domanda/offerta; valutazione di servizi, prestazioni, percorsi integrati e ‘outcome’; elaborazione di programmi di formazione; informazione, comunicazione e partecipazione delle comunità; ricerca e sviluppo.

***BIBLIOGRAFIA, RAPPORTI ISTITUZIONALI,
FONTI DATI E DOCUMENTAZIONI***

1. Osservatorio Epidemiologico Regionale - Abruzzo. Relazione Sanitaria 2004. Servizio “Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità”, Direzione Sanità. Novembre 2004. S. Web: <http://sanitab.regione.abruzzo.it/osservatorio/relazione2004/default.htm>
2. Osservatorio Epidemiologico Regionale - Abruzzo. Relazione Sanitaria 2005. Servizio “Osservatorio Epidemiologico, Mobilità e Controllo Qualità”, Direzione Sanità. Ottobre 2005. Sito Web: <http://sanitab.regione.abruzzo.it/osservatorio/relazione2005/default.htm>
3. Agenzia Sanitaria Regionale Abruzzo. Analisi dell’attività ospedaliera per discipline – Anni 2004-2005-2006. Rapporti a cura dell’Area di Epidemiologia dell’ASR Abruzzo. 2007. Sito Web: <http://www.asrabruzzo.it/aree.php?id=18>
4. Istat. Database Health for All - HFA 2006. Mortalità 1990-2002 – Dimissioni ospedaliere 1999-2003. Sito Web: www.istat.it
5. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2006. Dicembre 2006
6. Associazione Italiana Registri Tumori (AIRT). Balzi B, Bidoli E, Franceschi S, Arniani S, Pisani P, Geddes M. Stima dell’incidenza e mortalità per tumore nelle Regioni Italiane 1990. Gennaio 1997.

7. AIRT. Zanetti R, Rosso S. Fatti e cifre dei Tumori in Italia. Seconda edizione. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2003. Sito Web: www.pensiero.it
8. AIRT. Crocetti E, et al. Gli andamenti temporali della Patologia Oncologica in Italia: i dati dei Registri Tumori. Epid Prev 2004, Suppl. n. 2 marzo-aprile 2004.
9. Istituto Superiore di Sanità – Istituto Nazionale Tumori. I Tumori in Italia (database con stime fino al 2005-2006; dati stimati dal Reparto Epidemiologia del Centro Nazionale Epidemiologia dell'ISS). Sito Web: www.tumori.net/it/
10. Istituto Superiore di Sanità – Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri. Atlante Italiano delle Malattie Cardiovascolari. I edizione 2003. A cura di Giampaoli S, Vanuzzo D, per il Gruppo dell'Osservatorio Epidemiologico Cardiovascolare Italiano. Italian Heart Journal 2003; 4; 2003. Sito Web: www.cuore.iss.it
11. Italian Registry of Dialysis and Transplantation (RIDT – Registro Italiano Dialisi e Trapianto). Conte F. (on behalf of RIDT Committee). Report 2004. 47th Congress SIN Roma, 24-27 May 2006. Web: www.sin-ridt.org
12. Istat. Indagine multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005. Roma, Marzo 2007. Sito Web: www.istat.it
13. Istat. Indagine multiscopo - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari – Anni 1999-2000. Roma 2002.

14. Cislighi C, Gargiulo L, Sebastiani G. Un solo SSN ma tanti SSRegionali: eterogeneità geografica nell'accesso al pubblico e al privato. Analisi dei dati Multiscopo Istat. Convegno Roma, Ministero della Salute, 02.03.2007. Sito Web: www.istat.it
15. Censis. Analisi comparativa dei principali servizi per anziani non autosufficienti. Luglio 2005.
16. Ministero della Salute – Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie. Osservatorio Nazionale Screening (dati al 26.05.2007). Sito Web www.osservatorionazionalecreening.it
17. Studio PASSI – Abruzzo. A cura di Cofini V, Di Orio F. Gruppo Profeta Istituto Superiore di Sanità / Università dell'Aquila. Maggio 2006. Sito Web: <http://sanitab.regione.abruzzo.it>
18. Ministero della Salute. Clinical Evidence – Edizione Italiana. La fonte delle migliori prove di efficacia. 2a edizione Roma 2003. 4a Edizione 2007 - Sito Web: <http://aifa.clinev.it>
19. Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion. Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'Ictus. C. 4 Epidemiologia. IV Edizione; V. 2005. Sito Web: www.spread.it
20. Carolei A, Marini C, Di Napoli M, Di Gianfilippo G, Santalucia P, Baldassarre M, De Matteis G, Di Orio F. High Stroke incidence in the prospective community-based L'Aquila Registry (1994-1998). First year results. Stroke 1997; 28 (12): 2500-6.
21. Regione Abruzzo – Consorzio Mario Negri Sud. Osservatorio sulla Prescrizione Farmaceutica in Abruzzo. Servizio Assistenza Farmaceutica, Regione Abruzzo – CMNS. Ottobre 2006.

22. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Assistenza agli anziani non autosufficienti. Prestazioni, modalità di finanziamento e modelli organizzativi possibili. Monitor n. 4, 2003.
23. Consiglio Nazionale delle Ricerche. Progetto Finalizzato Invecchiamento – ILSA. Studio Longitudinale Italiano. Cap. 3, 4 – Amaducci L, et al. Sito Web: www.aging.cnr.it
24. Istituto Superiore di Sanità. Studio Argento ISS – www.epicentro.iss.it (focus/anziani)
25. Regione Marche. Piano Sanitario Regionale 2003-2006. Sito Web: www.regione.marche.it
26. Regione Marche. La salute nelle Marche. Osservatorio Epidemiologico Regionale - Agenzia Sanitaria Regionale; 2005.
27. Regione Umbria. Piano Sanitario Regionale 2003-2005. La salute in Umbria – Stato di salute e principali determinanti. 2006. Sito Web: www.regione.umbria.it
28. Istat. L'ospedalizzazione di pazienti affetti da disturbi psichici. 1999-2002. A cura: Burgio A. Informazioni - n.11/2006 (v Web).
29. Regione Abruzzo. Deliberazione Consiglio Regionale n. 57/1 28.12.2006: Piano Sociale Regionale 2007-2009. BURA n. 5 speciale del 19 gennaio 2007. Sito Web: www.regione.abruzzo.it
30. Regione Abruzzo - Consiglio Nazionale delle Ricerche. Rapporto sul fenomeno di uso ed abuso di sostanze stupefacenti – Rapporto Anni 2001-2004 e Rapporto 2005 (v. Sito Web).

31. Costa G, Vannoni F. I determinanti del fabbisogno di salute e di assistenza in Italia nell'Indagine Multiscopo Istat. Convegno Roma, 02.03.2007. Sito Web: www.istat.it
32. Valerio M. Uno sguardo su contesti di vita e salute: gli indici di svantaggio sociale (un'applicazione in Abruzzo). Assistenza Infermieristica e Ricerca 2005; 24(4):174-178.
33. Cadum E, Costa G, Biggeri A, Martuzzi M. Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base demografica. EpidPrev (23):1999;175-87.
34. Valerio M, Vitullo F. Sperimentazione di un indice di svantaggio sociale in Basilicata. Epid Prev (24): 2000; 315-26.
35. Regione Basilicata. Osservatorio Epidemiologico Regionale. Relazione Sanitaria 2000 – OER: Relazione Sanitaria 2001. Sito Web: www.regione.basilicata.it
36. Regione Piemonte. Lo Stato di Salute della popolazione in Piemonte. Maggio 2006. Sito Web: www.regione.piemonte.it
37. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Regionando 2002. New women and empowerment. Sito Web: www.forumpa.it/forumpa2002/regionando/home/progetti/60.html
38. Regione Abruzzo. Abruzzo Lavoro – dati di sintesi: Detenuti. Sito Web: <http://www.abruzzolavoro.com>
39. Regione Abruzzo. Legge regionale n. 5 del 10.03.2008: Piano Sanitario Regionale 2008-2010. BURA str. n. 2 del 21.03.2008.
40. Regione Abruzzo. Piano Sanitario Regionale 1994-1996. L.r. n. 72 del 25.10.1994. BURA speciale n. 28 del 4 novembre 1994.

41. Vitullo F, Carinci F, Lepore V, Tognoni G. Dai data-base ospedalieri all'Osservatorio Epidemiologico. Rapporto, Progetto "Analisi condivisa dei DRG" - Regione Abruzzo. Luglio 1996.
42. Vitullo F, Carinci F, Valerio M. L'Oncologia in Abruzzo - Atlante delle ospedalizzazioni interne e delle migrazioni sanitarie. Rapporto, Regione Abruzzo - CMNS. Aprile 1997.
43. Vitullo F, Carinci F, Lepore V, Tognoni G. Aziende Sanitarie e Modelli di uso dei DRG. Il Pensiero Scientifico Editore. 1997.
44. Vitullo F, Valerio M, Carinci F, Tognoni G, Antonelli F. I DRG oncologici: analisi della domanda e delle migrazioni sanitarie della Regione Abruzzo. DRG 1997; 6: 4-12.
45. Regione Abruzzo. Piano Sanitario Regionale 1999-2001. Legge Regionale n. 37 del 2 luglio 1999.
46. Altobelli E, Valenti M. Atlante della Mortalità in Abruzzo 1990-1994. Università dell'Aquila. Collana Studi Abruzzesi n. 42. S. "Regione Abruzzo" - Consiglio Regionale d'Abruzzo, 2002.
47. C. Mario Negri Sud. Progetto per l'avvio dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Abruzzo (Giugno-agosto 2003) (DGR 366/03, DG/030/03). Rapporto febbraio 2004. Sito Web: <http://www.negrisud.it/it/institute/organization/epid/salpub/oe2003/index.html>
48. Vitullo F, on behalf of the "ASR Abruzzo" Project Partner. The HANS Project – Health Adriatic Network Skills. Final Report. ARS Marche (Ed.), July 2008; 21-102. Web Site: www.hansproject.org

49. European Observatory on Health Systems and Policies (WHO Regional Office) - Edited by: Wismar M, Blau J, Ernst K, Figueras J. The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. World Health Organisation, WHO 2007.

TABELLE E FIGURE

Tabella 1 – Prevalenza di patologie in Abruzzo anni 2000 e 2005 (Istat, 2007) (ref. 12,13)

Patologie	2005		2000	
	popolazione (v.a.)	%	popolazione (v.a.)	%
Artrosi/artriti	259.000	19,9	274.500	21,4
Ipertensione arteriosa	166.000	12,8	169.500	13,2
Malattie allergiche	128.500	9,9	136.000	10,6
Cefalea/emicrania ricorrente	95.500	7,4	113.000	8,8
Osteoporosi	70.500	5,4	63.000	4,9
Bronchite cronica/enfisema	65.000	5,0	65.000	5,1
Depressione/ansietà cronica	65.000	5,0	*	*
Diabete	63.000	4,8	52.500	4,1
Cataratta	50.500	3,9	42.000	3,3
Asma bronchiale	47.000	3,6	49.000	3,8
Malattie della tiroide	44.500	3,4	37.000	2,9
Altre malattie del cuore	42.000	3,2	49.000	3,8
Ulcera gastrica/duodenale	32.500	2,5	42.000	3,3
Calcolosi fegato e vie biliari	29.500	2,3	33.500	2,6
Infarto del miocardio	24.500	1,9	19.000	1,5
Altre malattie sistema nervoso	14.500	1,1	*	*
Ictus/emorragia cerebrale	13.000	1,0	*	*
Gravi malattie della pelle	12.500	1,0	*	*
Tumori maligni	10.000	0,8	7.500	0,6
Angina pectoris	9.500	0,7	13.000	1,0
Alzheimer/demenze senili	7.000	0,5	*	*
Parkinsonismi	2.500	0,2	*	*
Cirrosi epatica	2.500	0,2	1.500	0,1

* *non rilevata*

**Tabella 2a – Mortalità generale (totale cause): 1990 e 2002
(elaborazioni su Database ref.4)**

REGIONI	TASSO DI MORTALITA' STD(*)	
	UOMINI	
	1990	2002
VALLE D'A.	1718,0	1433,9
CAMPANIA	1633,2	1379,6
FRIULI V.G.	1710,0	1285,6
PIEMONTE	1621,8	1277,4
LOMBARDIA	1726,8	1274,2
SICILIA	1556,0	1260,8
LIGURIA	1635,1	1247,5
LAZIO	1538,3	1243,3
VENETO	1614,5	1237,8
ITALIA	1562,9	1236,1
SARDEGNA	1437,2	1227,6
TRENTINO AA	1576,4	1211,8
BASILICATA	1447,1	1189,8
ABRUZZO	1442,8	1189,3
EMILIA R.	1488,5	1179,4
TOSCANA	1470,6	1174,2
PUGLIA	1459,6	1166,4
CALABRIA	1417,3	1164,7
UMBRIA	1442,5	1161,7
MOLISE	1282,5	1116,6
MARCHE	1400,0	1104,2

(*) POPOLAZIONE ITALIANA DEL 2001

TASSO X 100.000 ABITANTI

Fonte: Istat-HFA Database, dicembre 2006

**Tabella 2b - Mortalità generale (totale cause): 1990 e 2002
(elaborazioni su Database ref.4)**

REGIONI	TASSO DI MORTALITA' STD(*)	
	DONNE	
	1990	2002
CAMPANIA	1164,7	894,3
SICILIA	1132,8	853,5
VALLE D'A.	900,7	825,1
LAZIO	984,7	793,4
PIEMONTE	1008,1	789,6
PUGLIA	990,9	770,8
CALABRIA	987,1	770,3
LIGURIA	967,1	765,5
ITALIA	983,2	764,9
FRIULI V.G.	944,9	762,9
SARDEGNA	954,7	762,9
BASILICATA	982,6	753,4
LOMBARDIA	989,8	749,3
MOLISE	909,4	728,9
ABRUZZO	947,4	723,8
TOSCANA	912,9	721,0
EMILIA R.	913,7	711,9
UMBRIA	918,7	708,6
VENETO	916,1	704,9
TRENTINO AA	888,0	695,8
MARCHE	877,3	673,5

(*) POPOLAZIONE ITALIANA DEL 2001

TASSO X 100.000 ABITANTI

Fonte: Istat-HFA Database, dicembre 2006

Figura 1a - MORTALITA' EVITABILE PER ASSISTENZA SANITARIA ED IGIENE

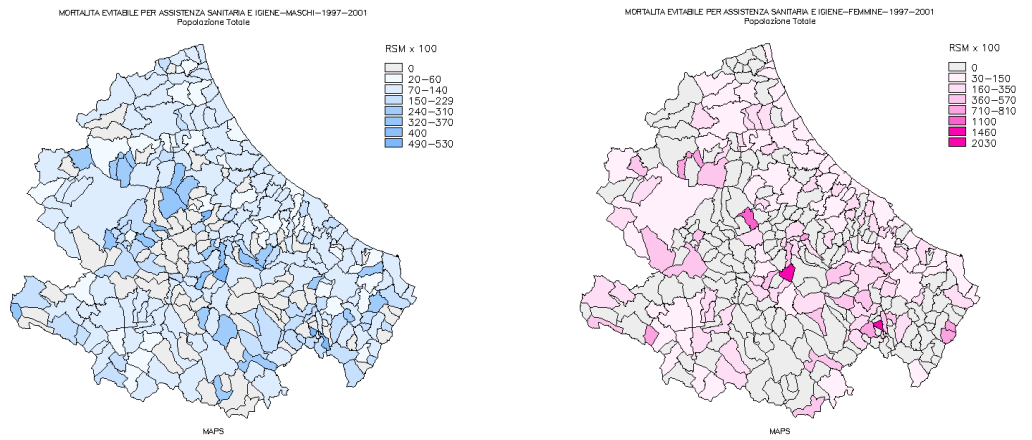


Figura 1b - MORTALITA' EVITABILE PER DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA

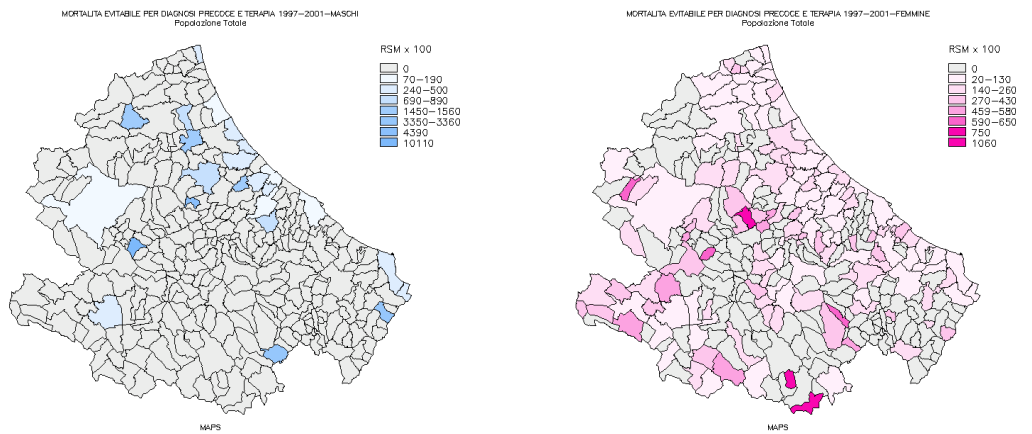


Figura 1c - MORTALITA' EVITABILE PER PREVENZIONE PRIMARIA

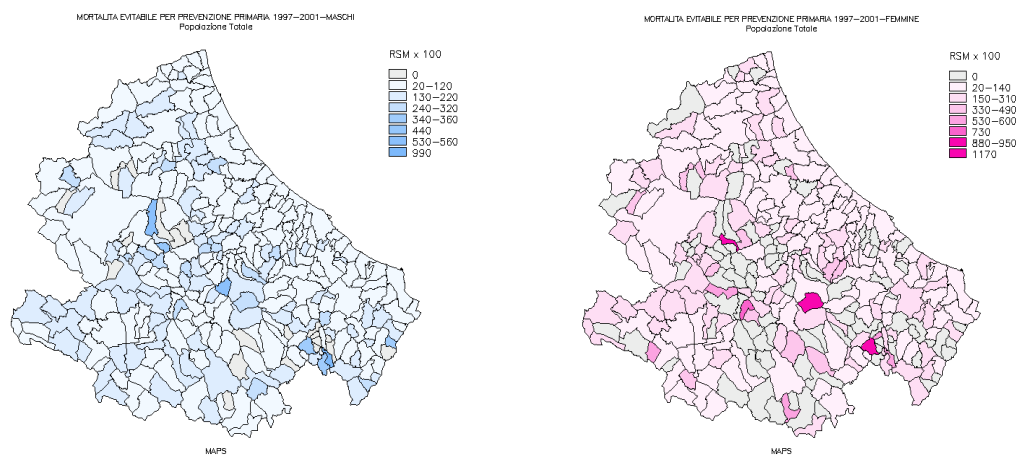


Figura 2a - Tassi Totale Tumori per 100.000 (< 85 anni)
(elaborazioni su Database ref. 9)

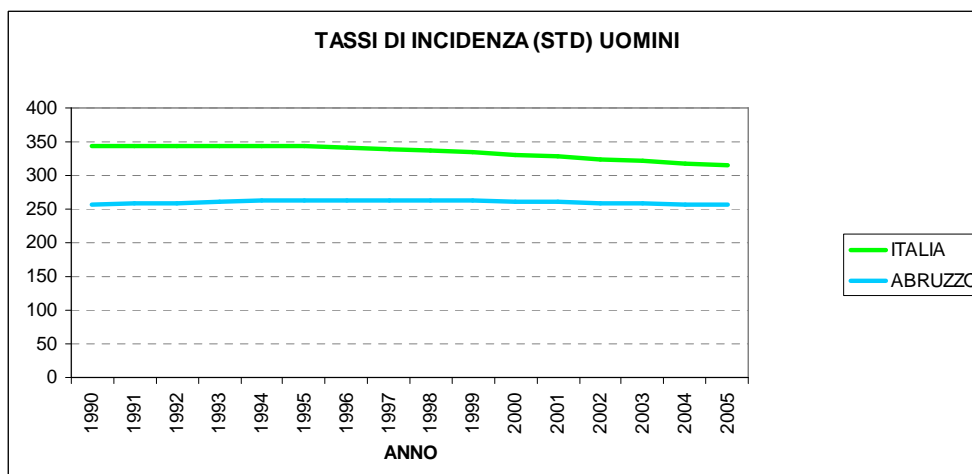


Figura 2b - Tassi Totale Tumori (< 85 anni) (elaborazioni, ref 9)

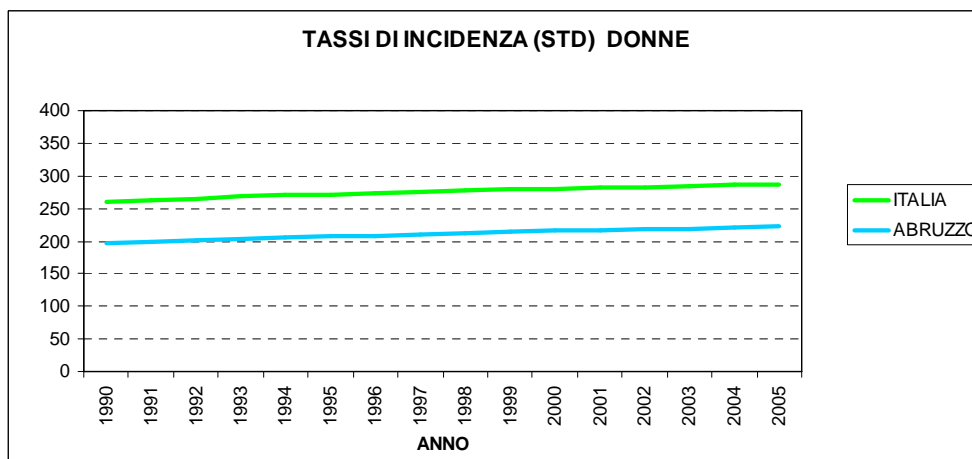


Figura 2c - Tassi Totale Tumori per 100.000 (< 85 anni) (9)

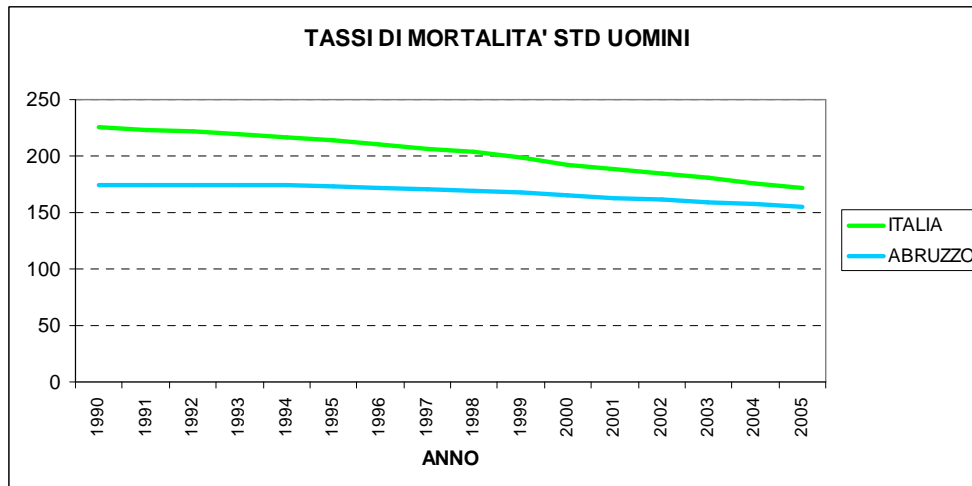


Figura 2d - Tassi Totale Tumori per 100.000 (< 85 anni) (9)

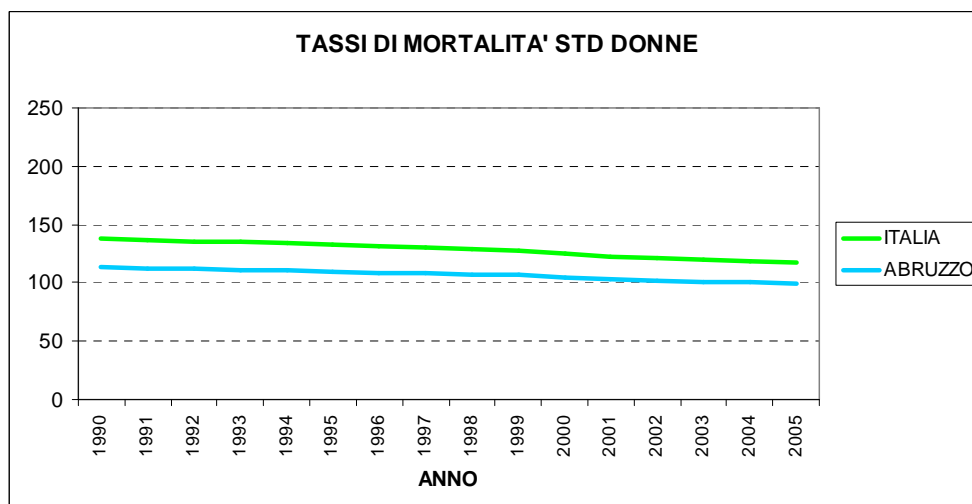


Figura 3a - Tassi per specifici Tumori per 100.000 (< 85 anni) (9)

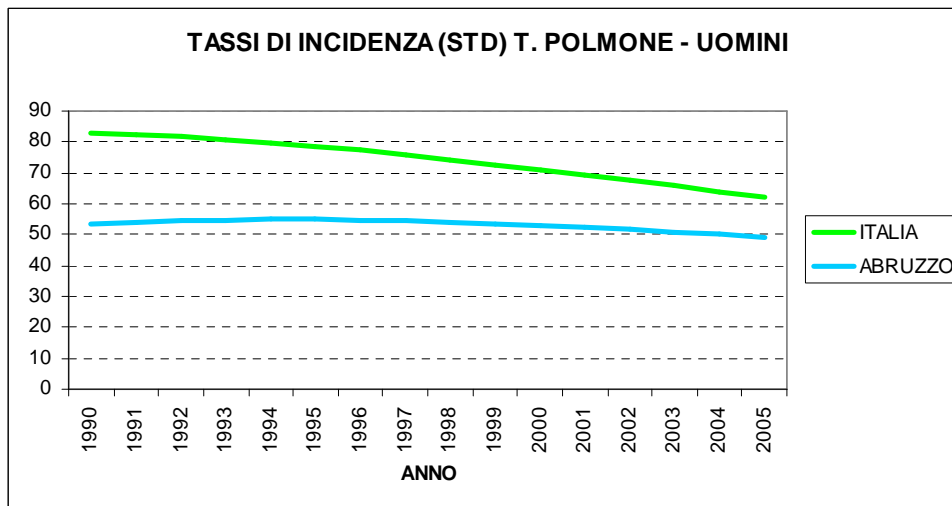


Figura 3b - Tassi per specifici Tumori per 100.000 (< 85 anni)

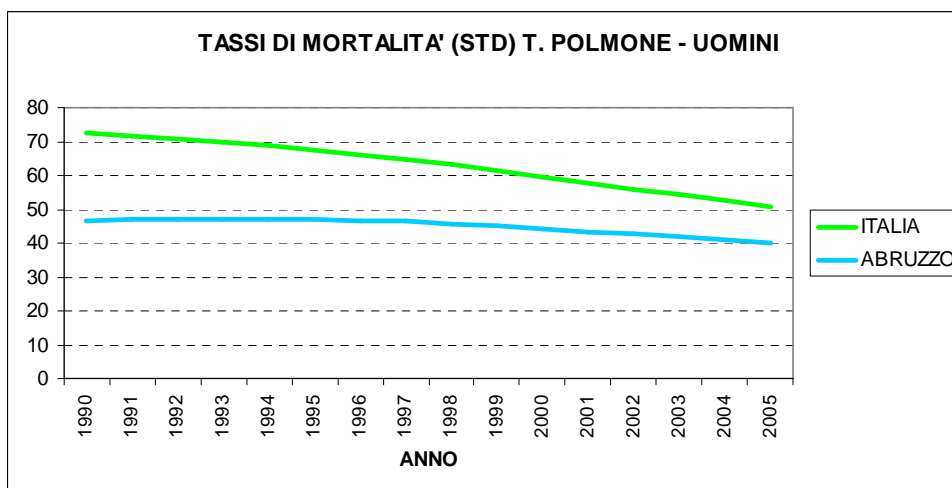


Figura 3c - Tassi per specifici Tumori per 100.000 (< 85 anni) (9)

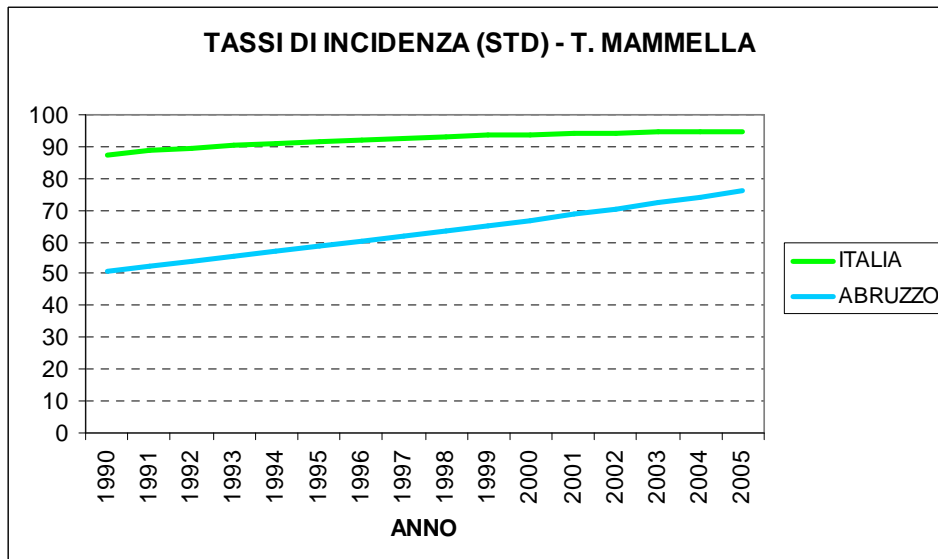


Figura 3d - Tassi per specifici Tumori per 100.000 (< 85 anni) (9)

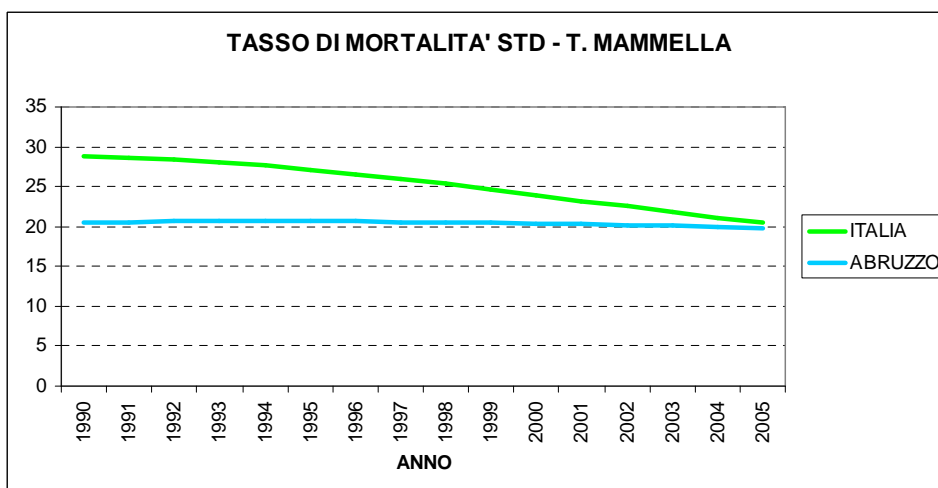


Figura 3e - Tassi per specifici Tumori per 100.000 (< 85 anni) (9)

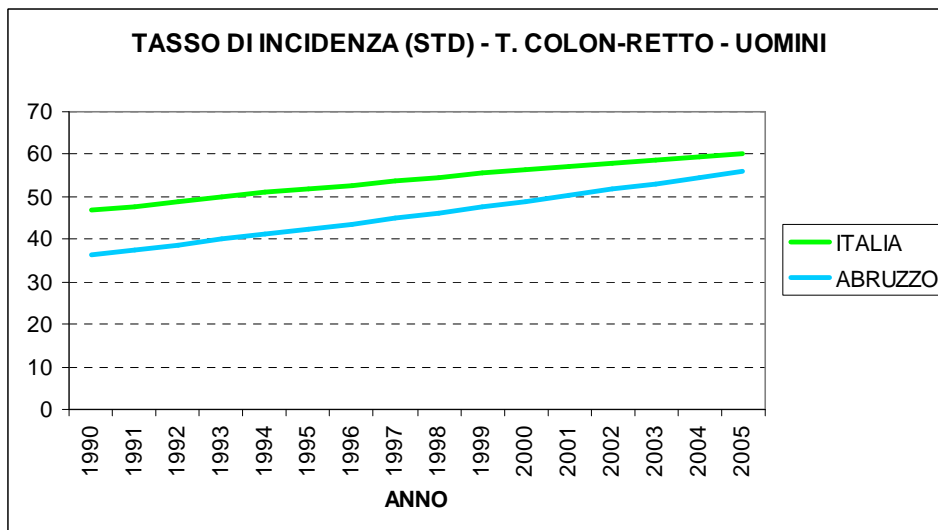
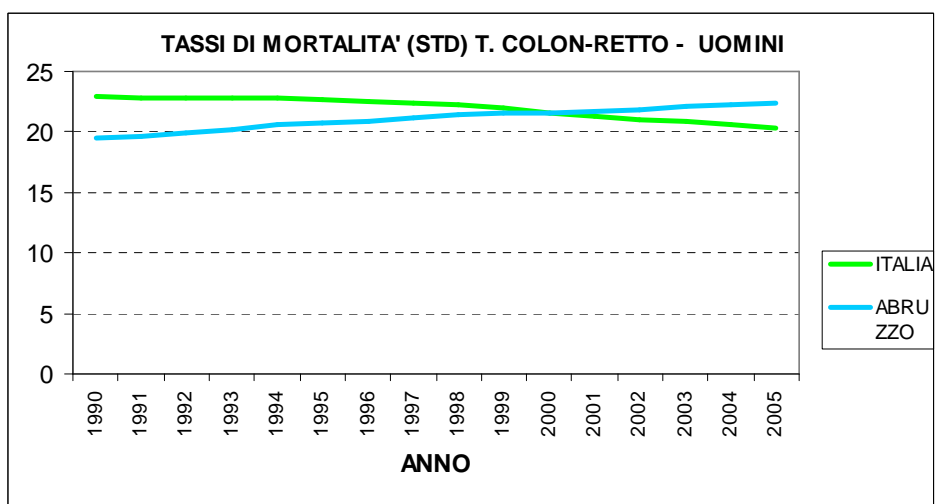


Figura 3f - Tassi per specifici Tumori per 100.000 (< 85 anni)



**Figura 4 - Rapporti dei Tassi standardizzati di Mortalità
ASL/Regione con IC 95% - Abruzzo - 1997-2001: stima
annuale – Totale TUMORI (ref. 1,2))**

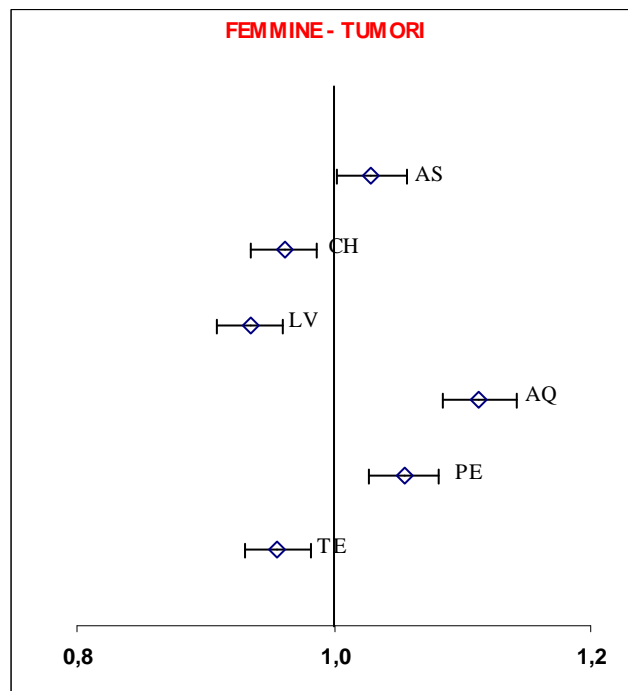
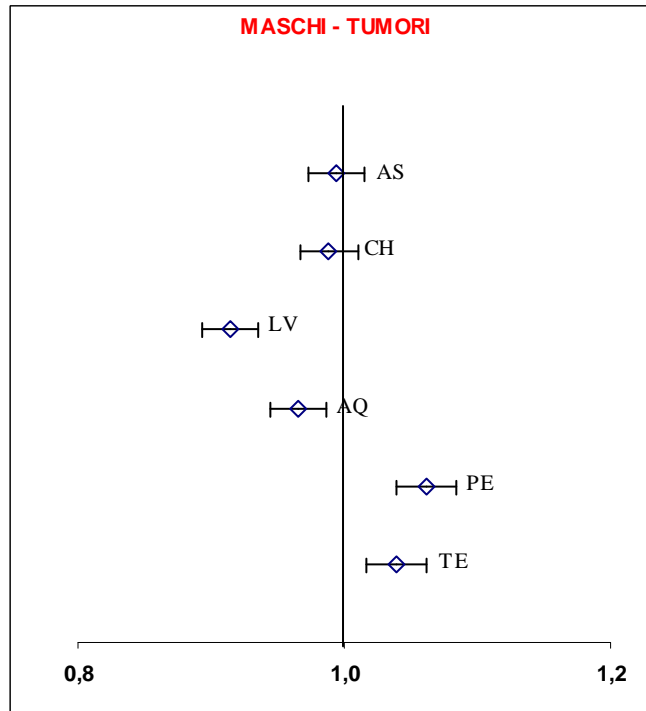


Figura 5 – Pazienti ospedalizzati con Tumori e Leucemie (ICD9-CM 140-208,V58.1.V10.0-V10.9)-Comuni-Anno 2003 (ref. 1)

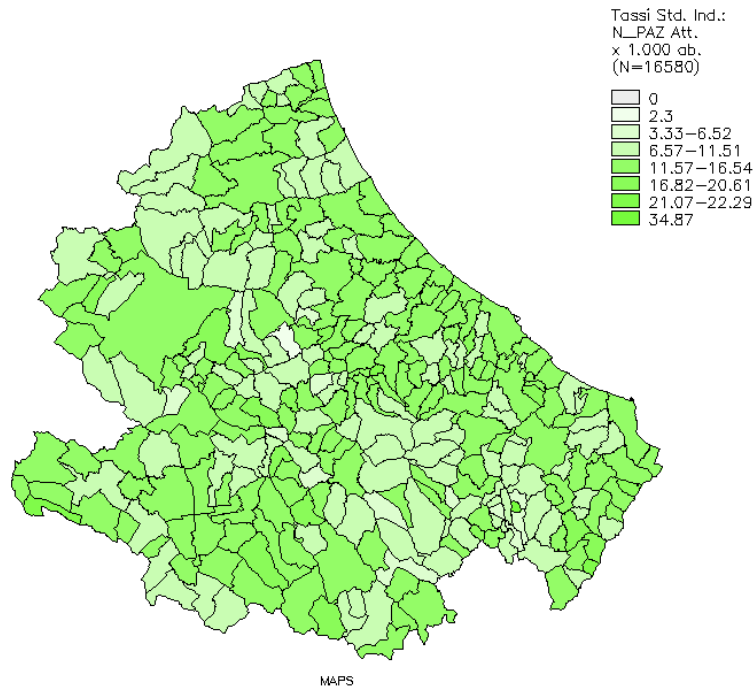


Figura 6 – Incidenza e mortalità per eventi coronarici maggiori in Abruzzo; 25-84 anni, 1970-2004 (ref. 10)

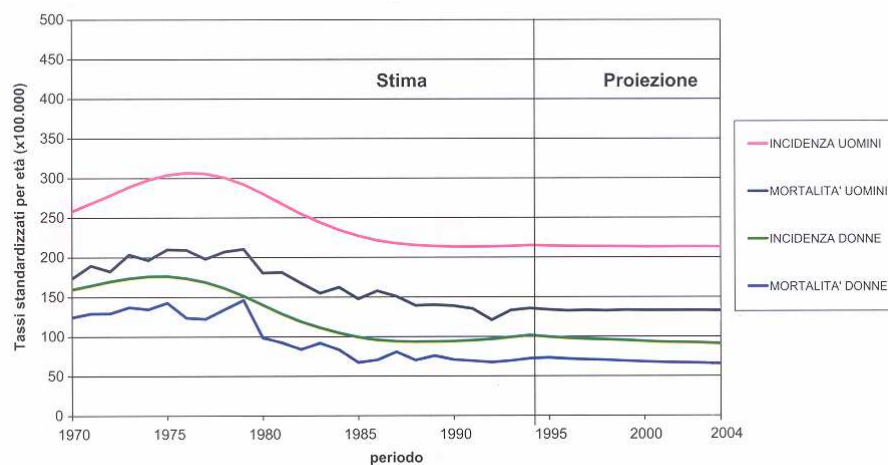
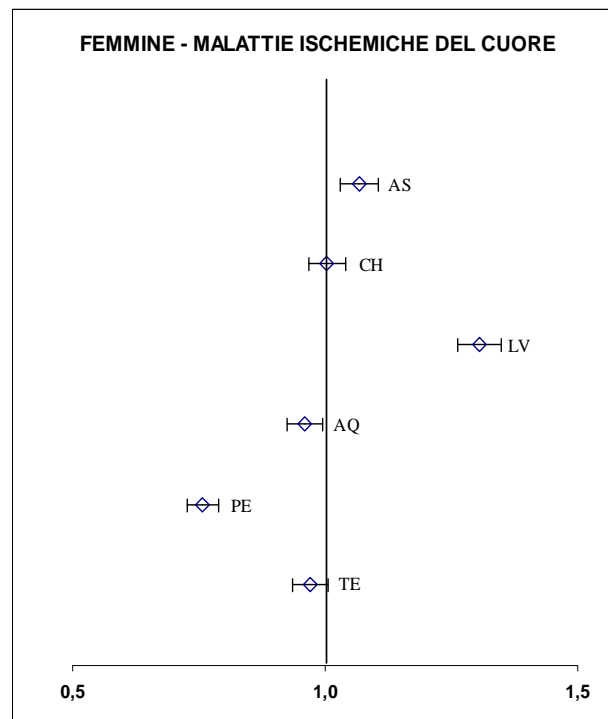
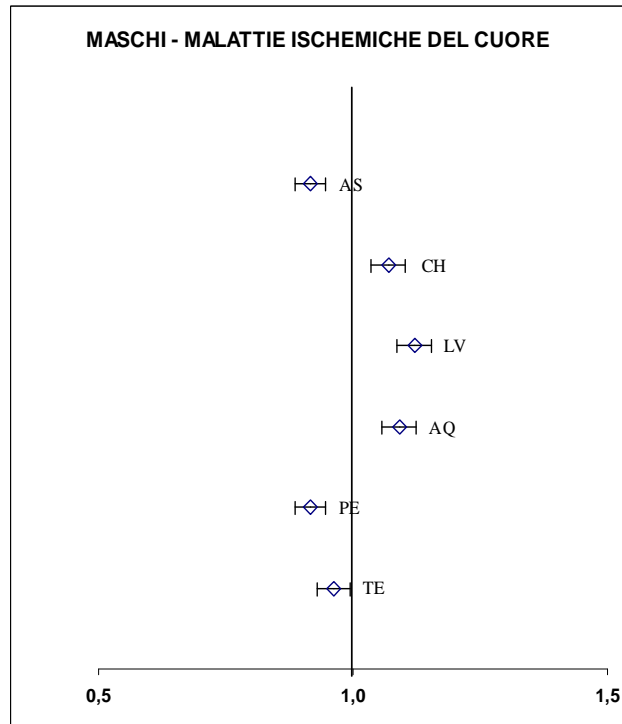


Figure 113. Incidence and mortality of major coronary events in Abruzzo; men and women aged 25-84 years, period 1970-2004. *Proiezione = projection; Stima = estimate.*

**Figura 7 - Rapporti dei Tassi standardizzati di Mortalità
ASL/Regione con IC 95% - Abruzzo - 1997-2001 stima annuale (1)**



**Figura 8 – SDO-ICD9 410-Pazienti con almeno un IMA-2004 (n.:2.328)
(tassi x 10.000 standardizzati per età) (deceduti osp.: 306-13,1%) (ASR)**

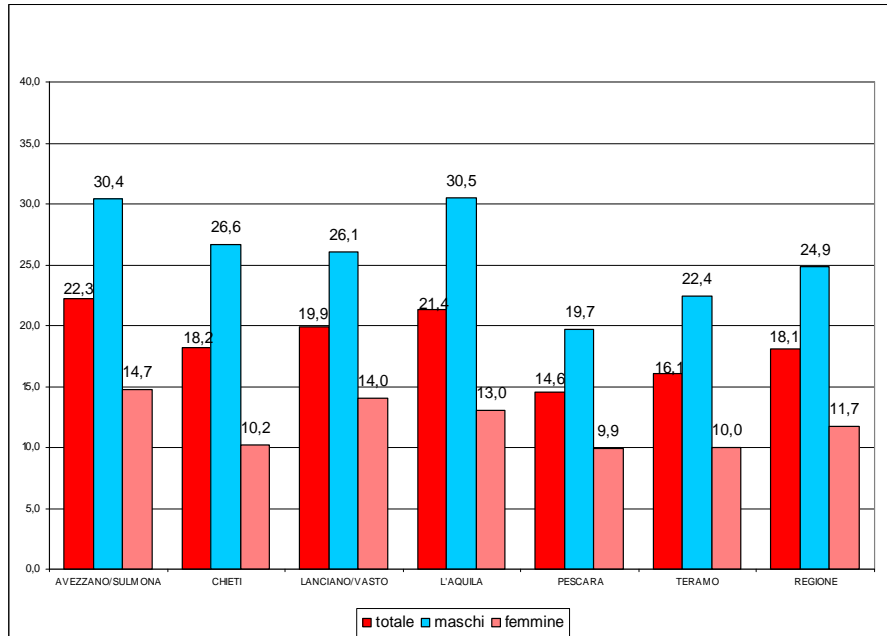


Figura 9 – Posti letto Ospedalieri Totali-Unità Coronarica-Abruzzo (3)

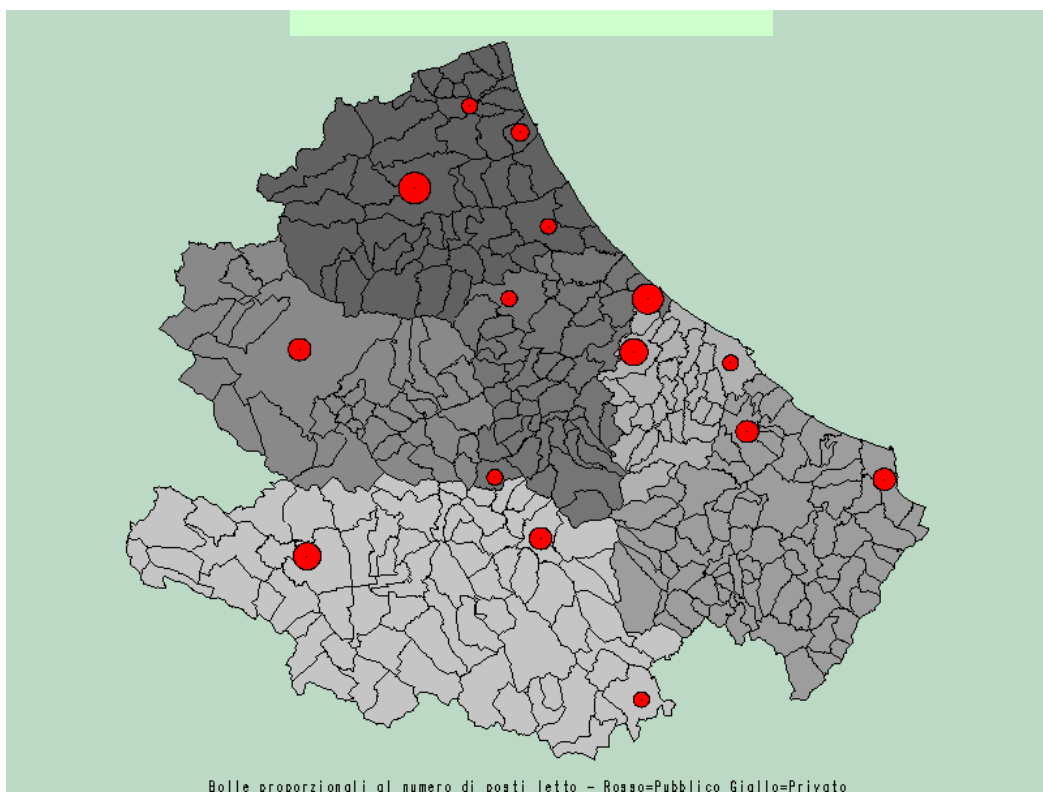


Figura 10a – Tasso di infortuni sul lavoro per regione x 100.000 - 2005

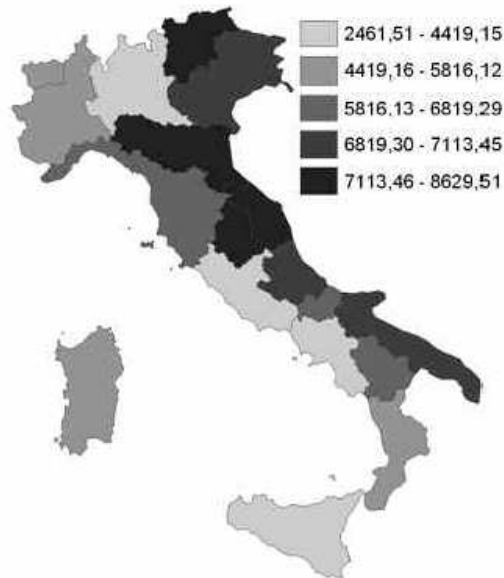


Figura 10b – Tasso di mortalità per infortuni sul lavoro per regione per 100.000. Anno 2005 (ref. 5)

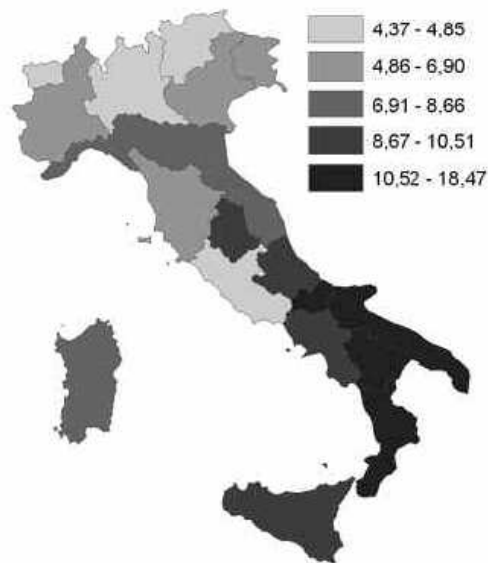


Figura 11 – Indice di Area Svantaggiata (IAS) (ASR, ref. 32)

