

UNIVERSITA' DEGLI STUDI "G. D'ANNUNZIO" CHIETI-PESCARA
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA

Direttore: Prof. Francesco Schioppa

Epidemiologia e pianificazione sanitaria nella Regione Abruzzo

6 novembre 2008

Specializzando
Dott. Felice VITULLO

Relatore
Prof. Tommaso STANISCIÀ

Anno Accademico 2007-2008

Introduzione

Ruolo dell'**epidemiologia** nella **pianificazione** sanitaria
- Piano Sanitario Regionale - massima espressione
della pianificazione: opzioni di politica sanitaria.

Epidemiologia: **strumento metodologico e culturale di supporto**
alla pianificazione / PSR – “non utilizzato” o “dichiarato utilizzabile”.

Epidemiologia: “uso descrittivo / formale”, introduttivo ai PSR.

Utilizzo sostanziale, per gestire e risolvere i problemi, per
modificare / migliorare il sistema e lo stato di salute dei cittadini.
Opzione di politica sanitaria: implementazione dei **sistemi
epidemiologici nelle Regioni** ben definita vs ruolo controverso in
rapporto alla pianificazione. Discussione del “caso Abruzzo”.

Scopo generale ed obiettivi specifici

Scopo - Ricostruire e discutere in senso propositivo, per lo sviluppo e l'ottimizzazione del sistema sanitario, il percorso metodologico e culturale affrontato nell'uso dell'epidemiologia per la stesura del 3° Piano Sanitario Regionale d'Abruzzo (PSR) nel periodo 2006-2008.

1. **Obiettivo** – Produrre una ricognizione dei sistemi informativi e dell'organizzazione della funzione epidemiologica in Abruzzo a confronto con altre Regioni comparabili per dimensioni/caratteristiche.
2. **Obiettivo** - Tracciare il profilo di salute della popolazione abruzzese, così come prodotto con gli strumenti e le risorse messe a disposizione per la stesura del Piano Sanitario Regionale 2008-2010.
3. **Obiettivo** - Discutere le criticità e le opportunità dei suddetti percorsi e risultati al fine di ottimizzare il ruolo di un'epidemiologia più utile per pianificare e valutare nella sostanza i problemi da risolvere/gestire.

Metodi

1. Utilizzo delle Relazioni Sanitarie ufficiali prodotte dalla Regione Abruzzo - Osservatorio Epidemiologico Regionale 2004/2005 - e dai Rapporti ospedalieri dell'Agencia Sanitaria 2006/2007.
2. Revisione di rapporti, relazioni, pubblicazioni scientifiche e documenti ufficiali della Regione Abruzzo e di fonti sovra-regionali utilizzati per la stesura del capitolo epidemiologico del PSR.
3. Ricognizione delle esperienze di sistemi regionali comparabili e/o più avanzati nell'implementazione di sistemi epidemiologici (Umbria, Marche, Basilicata, Piemonte, altre Regioni Adriatiche).

Risultati

- 1. Organizzazione dei sistemi informativi e della funzione epidemiologica in Abruzzo nei periodi 1991-2003, 2004-2005, 2006-2008 (produzione del terzo Piano Sanitario Regionale).**
- 2. Analisi dei bisogni di salute della popolazione nel sistema Abruzzo.**

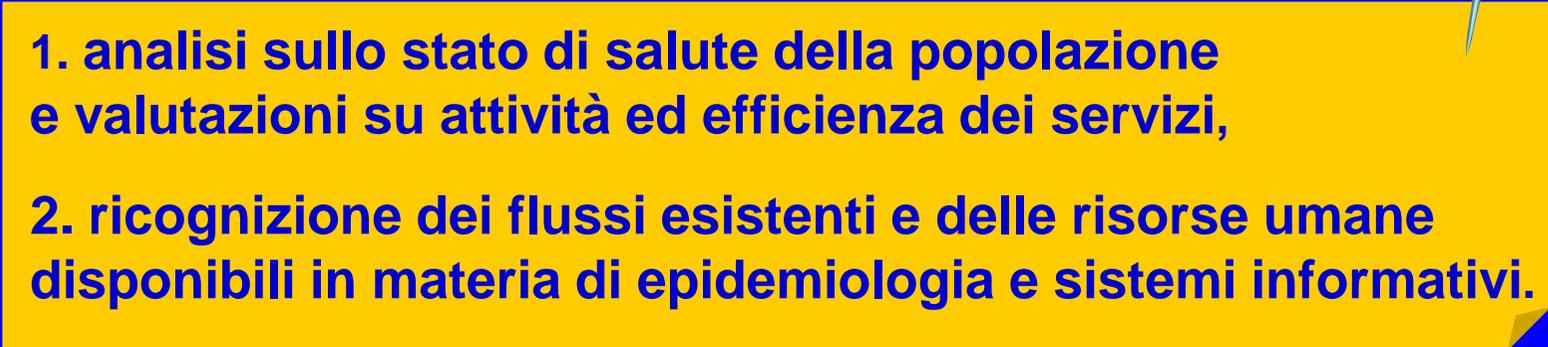
Osservatorio Epidemiologico Regione Abruzzo

- 1991 - Legge 1991 istitutiva dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER)**
- 1994 - Piano Sanitario Regionale 1994-1996 – E' istituito l'OER**
- 1996 - DGR n. 338 del 09.02.1996 – Analisi DRG e fattibilità OER**
- 1999 - Piano Sanitario Regionale 1999-2001 – E' istituito l'OER
(dal 1997: Umbria, Marche, Basilicata, Puglia)**
- 2000 - DGR 206 - 23.02.2000: è istituito il Servizio “Osservatorio Epidemiologico” – DGR 30.03.2000 OER – DGR 09.08.00**
- 2003 - DGR 366 Progetto di avvio dell'OER (giugno-agosto 2003)**

L'organizzazione della funzione epidemiologica e dei sistemi informativi in Regione Abruzzo

Il 1° giugno 2004 è stato attivato il Servizio “Osservatorio Epidemiologico” della Direzione Sanità (DGR n. 303 del 30.04.2004), già istituito con DGR n. 206 del 23.02.2000.

Sulla base del Progetto di avvio dell'OER - giugno-agosto 2003 - l'OER ha prodotto due “Relazioni Sanitarie” ufficiali della Regione Abruzzo (26.11.2004; 25.10.2005), pubblicate, per competenza e trasparenza, anche sul Sito Web della Regione Portale Sanità, sezione Osservatorio Epidemiologico:

- 1. analisi sullo stato di salute della popolazione e valutazioni su attività ed efficienza dei servizi,**
 - 2. ricognizione dei flussi esistenti e delle risorse umane disponibili in materia di epidemiologia e sistemi informativi.**
- 

Contestualmente è stata attivata dal suddetto Servizio OER una

Rete territoriale di referenti ASL per l'OER

sistemi informativi, servizi di prevenzione, ospedali, medicina generale, servizi distrettuali/ADI, screening e registri, ecc (v Web OER)



In tale ambito OER - Rete epidemiologica di referenti, sono stati avviati i programmi di:

**formazione in epidemiologia per le ASL (EAS_SI),
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,
oltre ai Rapporti SDO sulle strutture di ricovero pubbliche e private.**



Osservatorio Epidemiologico Regionale
Relazione Sanitaria 2004



A cura del

Servizio "Osservatorio Epidemiologico,
Mobilità e Controllo Qualità"
Direzione Sanità
Regione Abruzzo

Osservatorio Epidemiologico Regionale

Relazione Sanitaria 2005

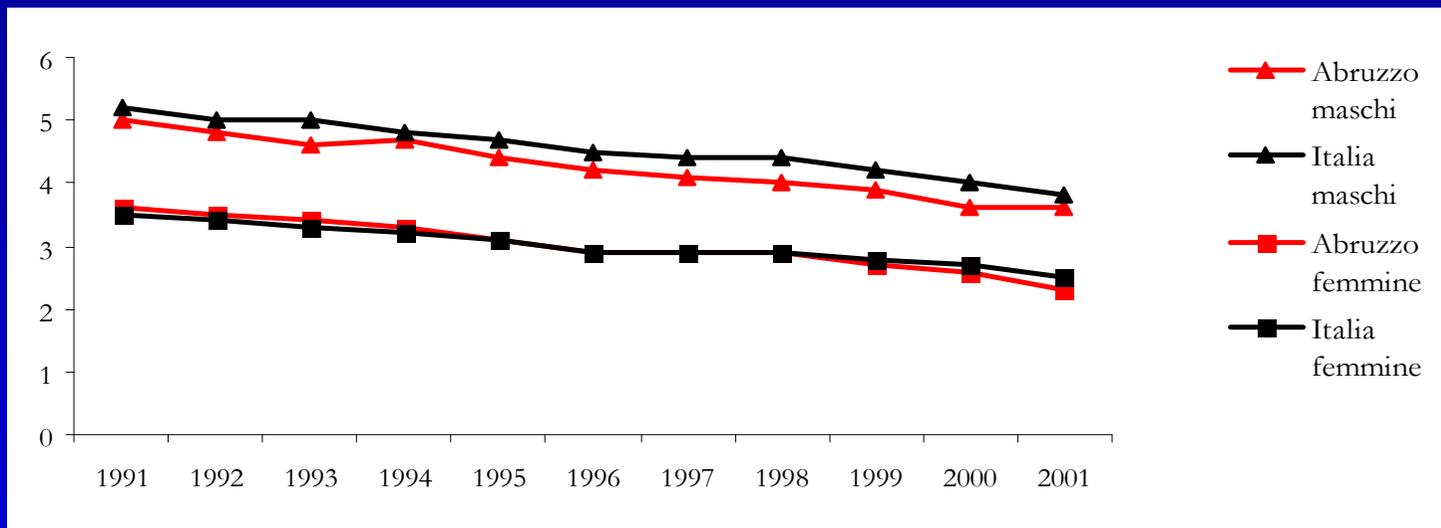
25 Ottobre 2005

A cura del

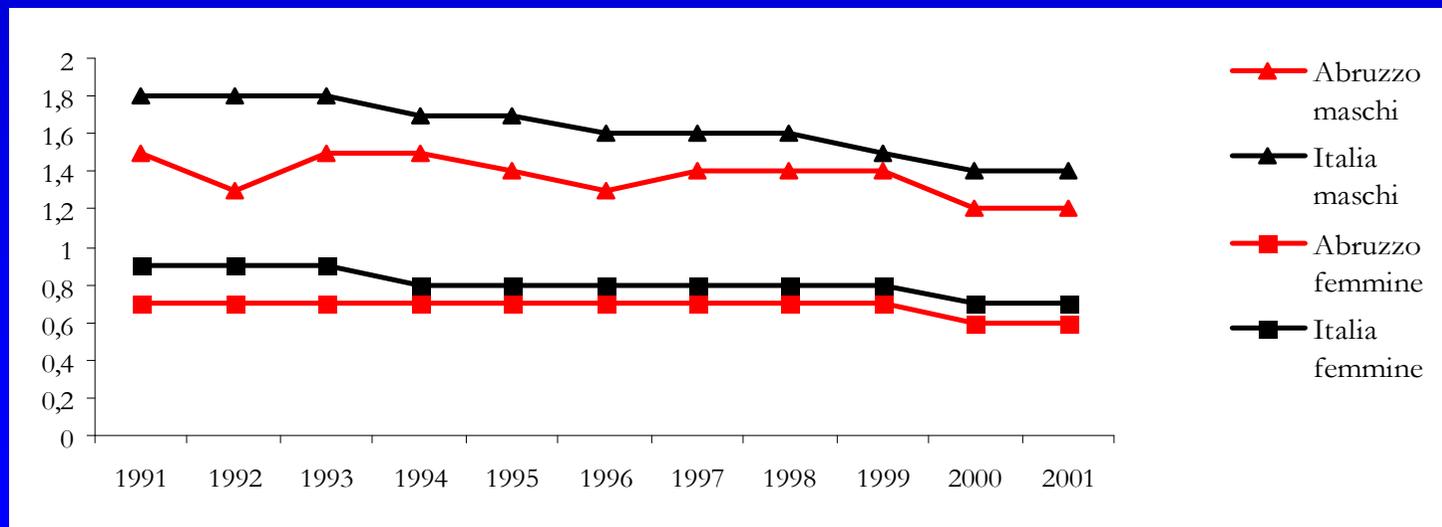
**Servizio “Osservatorio Epidemiologico,
Mobilità e Controllo Qualità”**

**Direzione Sanità
Regione Abruzzo**

MALATTIE DEL SISTEMA CIRCOLATORIO - Tassi di mortalità standardizzati (HFA-ISTAT)

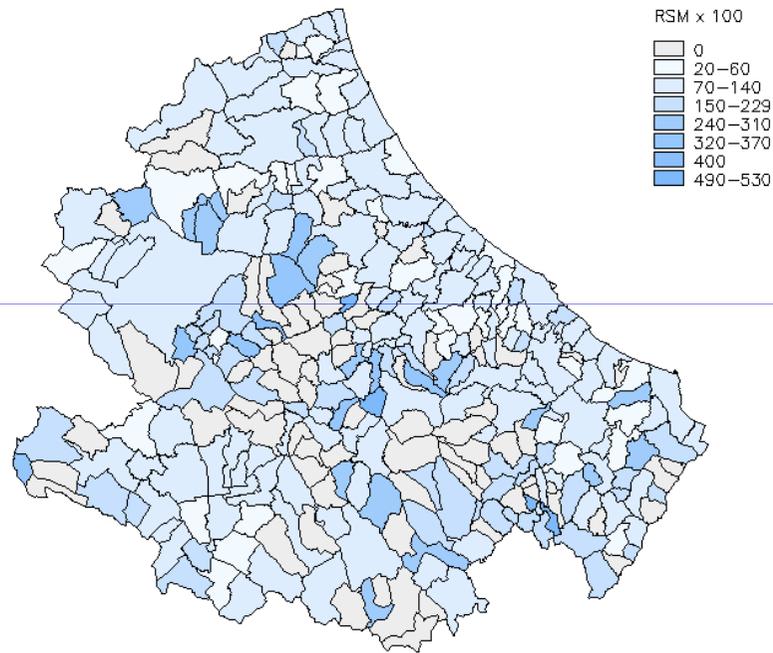


MALATTIA ISCHEMICA CARDIACA E INFARTO DEL MIOCARDIO - Tassi di mortalità standardizzati (HFA-ISTAT)



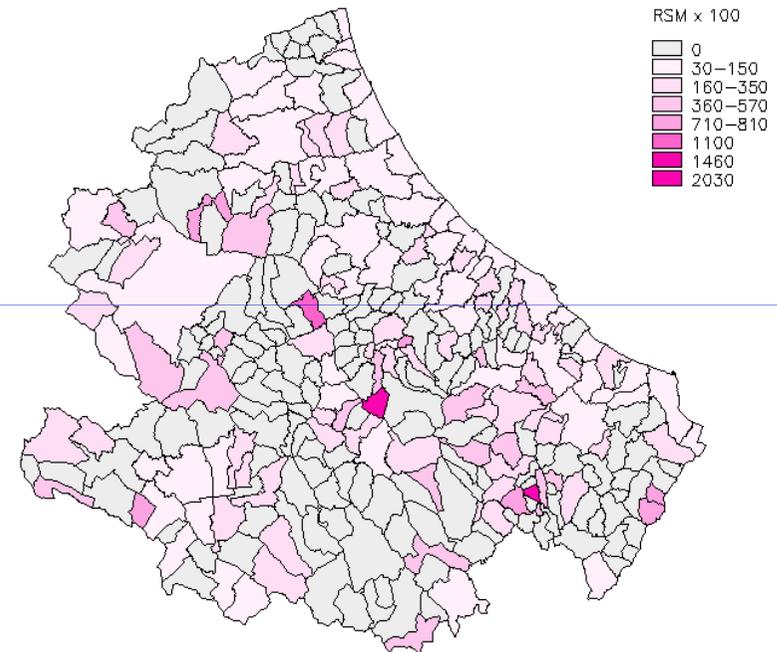
MORTALITA' EVITABILE PER ASSISTENZA SANITARIA ED IGIENE

MORTALITA' EVITABILE PER ASSISTENZA SANITARIA E IGIENE—MASCHI—1997—2001
Popolazione Totale



MAPS

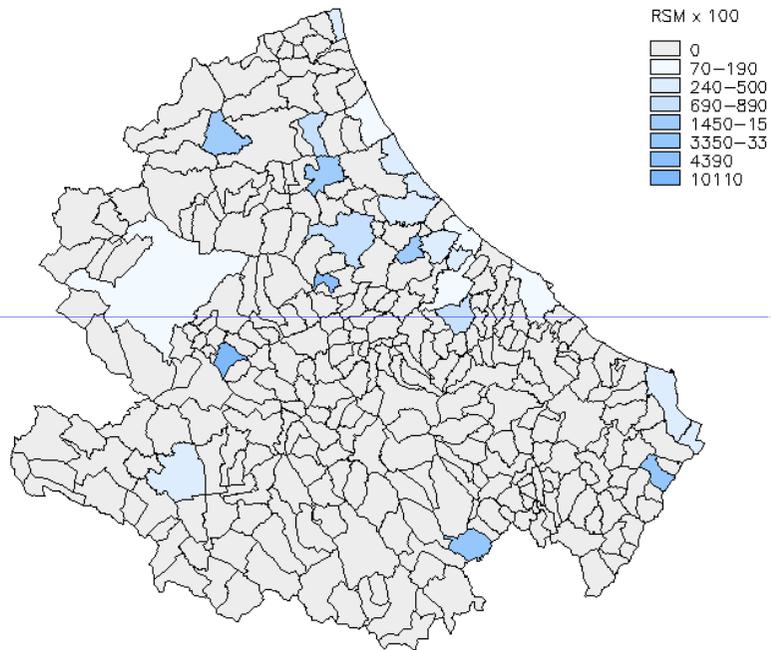
MORTALITA' EVITABILE PER ASSISTENZA SANITARIA E IGIENE—FEMMINE—1997—2001
Popolazione Totale



MAPS

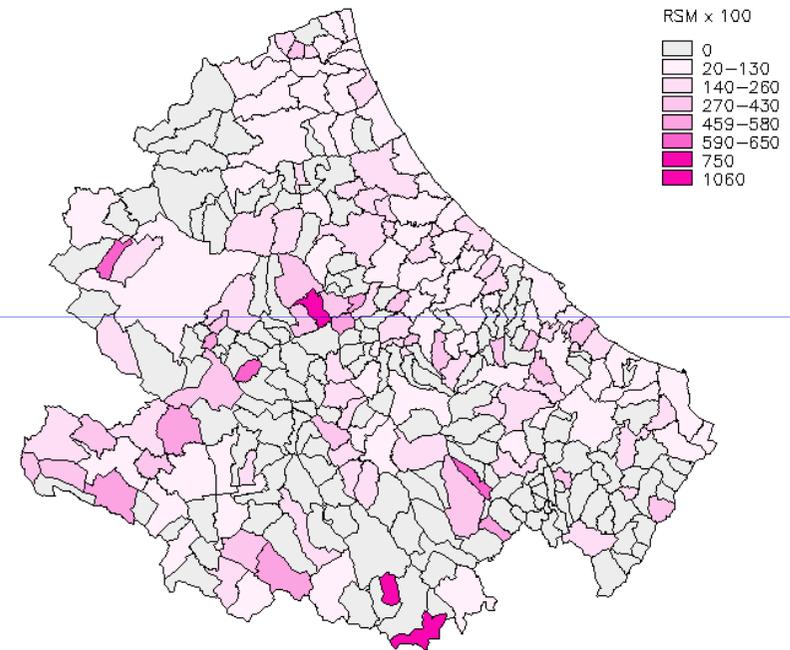
MORTALITA' EVITABILE PER DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA

MORTALITA' EVITABILE PER DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA 1997-2001-MASCHI
Popolazione Totale



MAPS

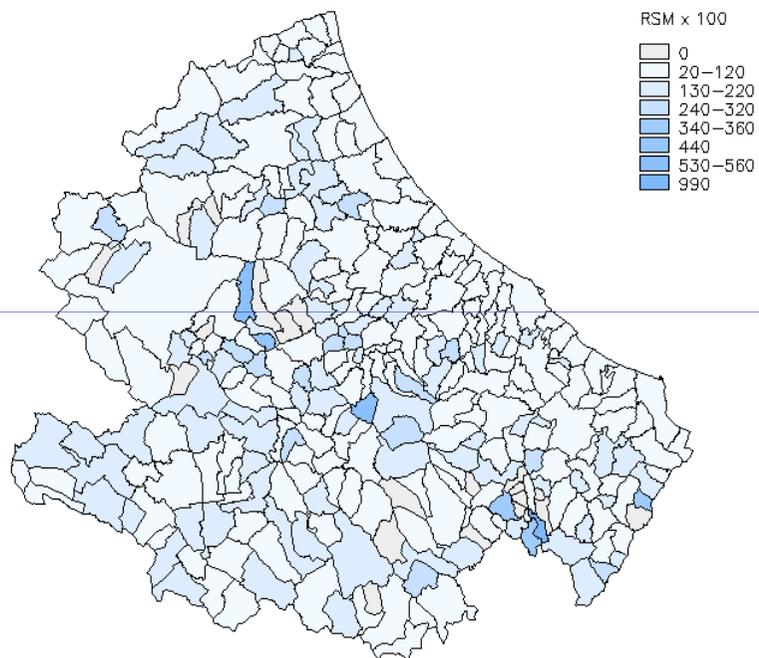
MORTALITA' EVITABILE PER DIAGNOSI PRECOCE E TERAPIA 1997-2001-FEMMINE
Popolazione Totale



MAPS

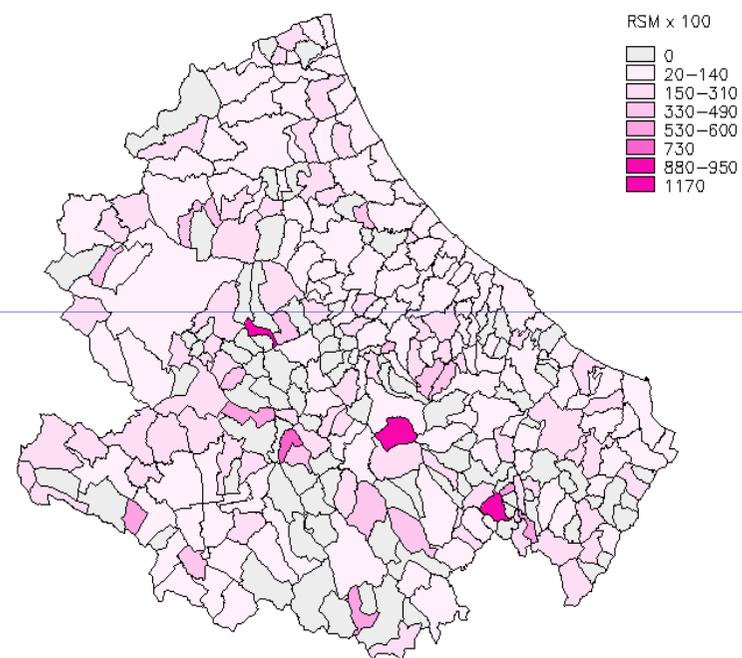
MORTALITA' EVITABILE PER PREVENZIONE PRIMARIA

MORTALITA' EVITABILE PER PREVENZIONE PRIMARIA 1997-2001-MASCHI
Popolazione Totale



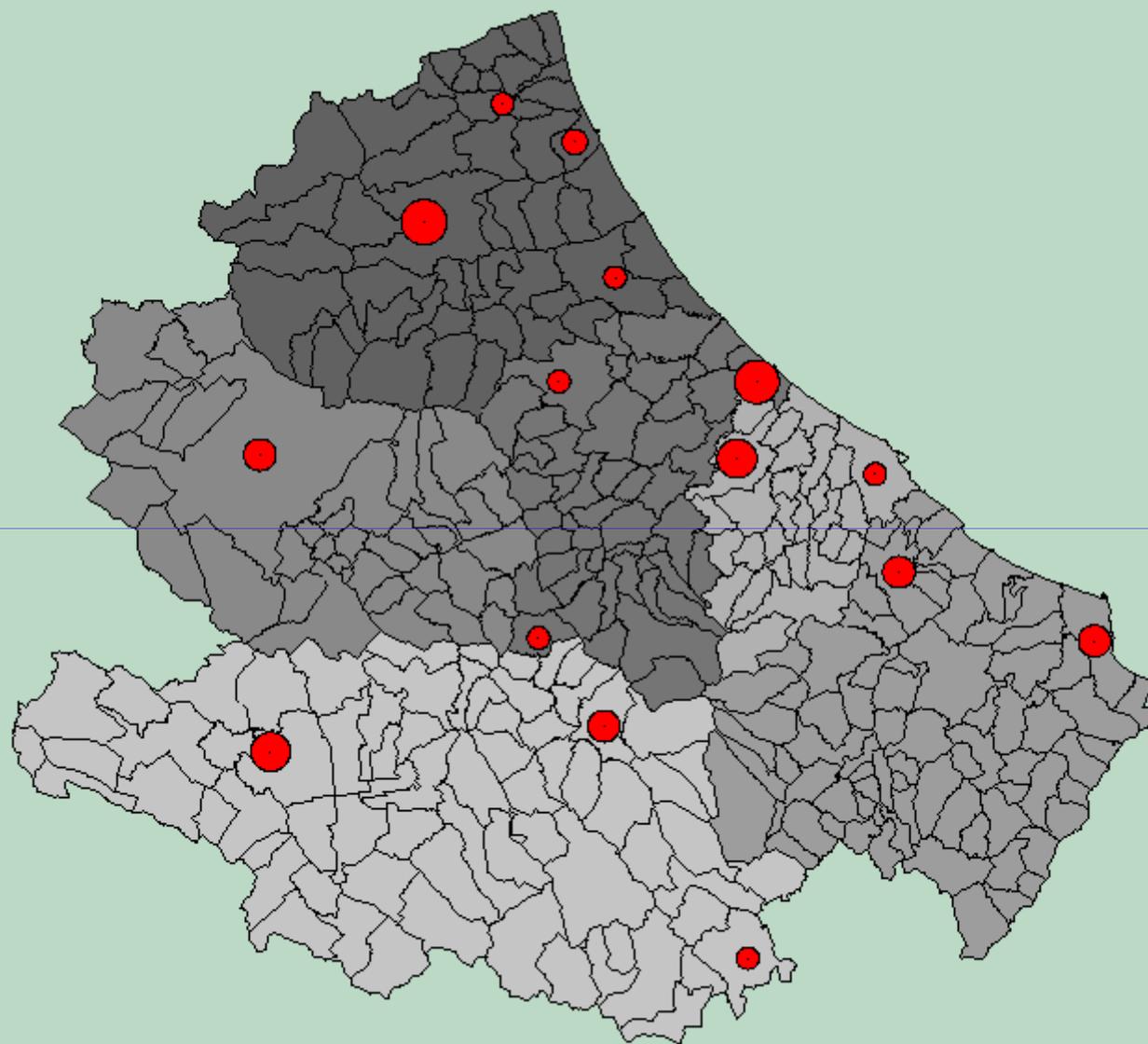
MAPS

MORTALITA' EVITABILE PER PREVENZIONE PRIMARIA 1997-2001-FEMMINE
Popolazione Totale



MAPS

Posti letto Ospedalieri Totali-Unita Coronarica-Abruzzo



Bolle proporzionali al numero di posti letto - Rosso=Pubblico Giallo=Privato

Con l'istituzione dell' Agenzia Sanitaria Regionale ASR Abruzzo (gennaio 2006), parallelamente all' OER della Direzione Sanità, la Direzione Generale ASR ha definito

l' Area di Epidemiologia che, nell'ambito delle circa 20 Aree dell'ASR, nel 2007 è stata inserita fra le 9 sottoaree del Governo Clinico al fine di fornire un supporto epidemiologico alla pianificazione.

Sulla base delle priorità definite dalla Direzione Generale, l'area epidemiologica ha lavorato con un supporto informatico (20%) prevalentemente su dati di prestazioni (Report SDO 2004-2005-2006) e su elaborazioni disponibili da fonti regionali ed extraregionali, sulla base dei quali è stato redatto il capitolo

**“I bisogni di salute della popolazione”
inserito nel Piano Sanitario Regionale 2008-2010**

Tumori totali (ICD 9 140-239) Dati di mortalità anni 1990 e 2002

REGIONI	TASSO DI MORTALITA' STD(*)	
	UOMINI	
	1990	2002
VALLE D'A.	448,8	463,7
FRIULI V.G.	544,6	454,2
LOMBARDIA	558,8	453,6
VENETO	516,3	422,1
LIGURIA	482,7	417,2
EMILIA R.	465,4	403,2
PIEMONTE	452,5	401,8
CAMPANIA	389,8	399,3
TRENTINO AA	472,0	398,0
ITALIA	439,4	392,1
LAZIO	432,3	388,5
TOSCANA	449,8	387,6
SARDEGNA	369,1	370,7
UMBRIA	411,1	359,4
PUGLIA	361,5	356,1
ABRUZZO	353,1	347,1
MARCHE	403,5	339,5
SICILIA	325,5	331,9
BASILICATA	317,5	319,6
MOLISE	308,9	318,2
CALABRIA	296,3	290,2

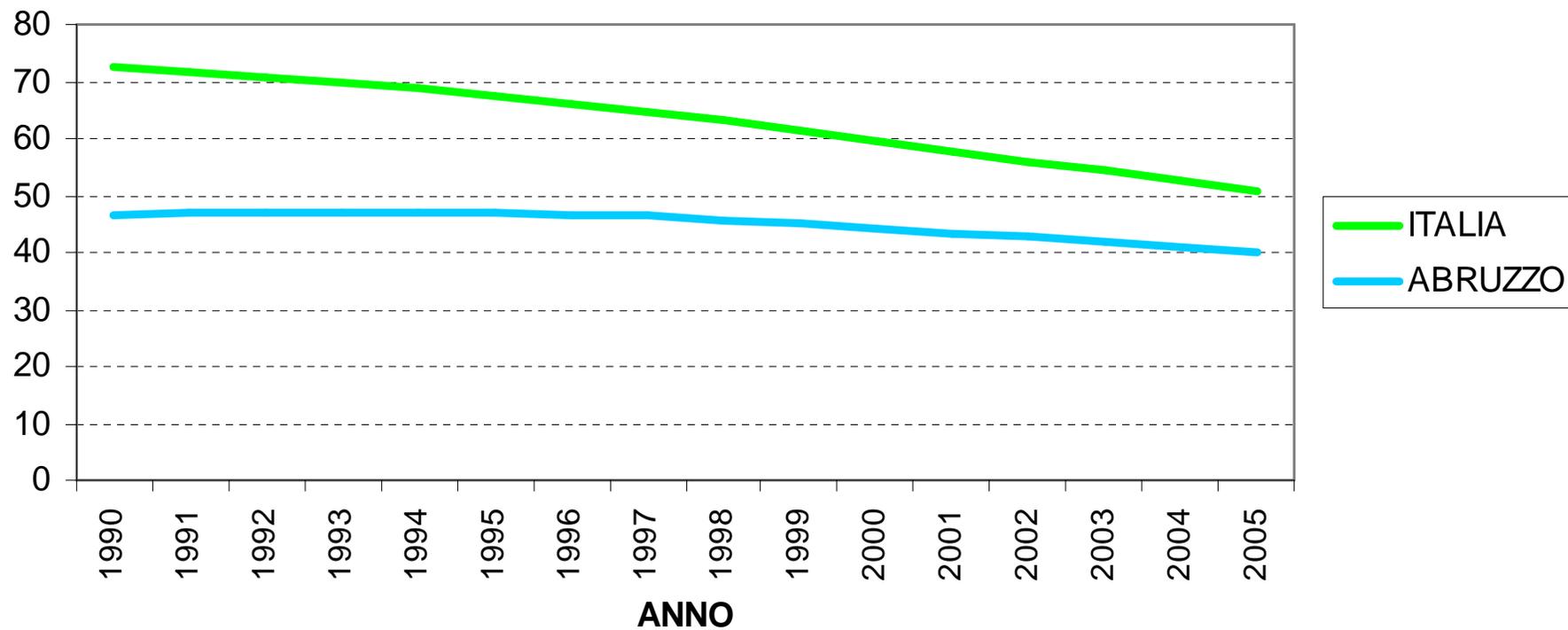
REGIONI	TASSO DI MORTALITA' STD(*)	
	DONNE	
	1990	2002
VALLE D'A.	195,4	235,2
LOMBARDIA	255,7	230,0
FRIULI V.G.	253,1	229,4
PIEMONTE	230,2	213,6
LAZIO	233,8	211,6
EMILIA R.	244,8	209,4
TRENTINO AA	227,6	206,6
VENETO	228,3	205,1
LIGURIA	237,1	204,2
ITALIA	223,4	202,7
TOSCANA	228,1	198,3
CAMPANIA	193,2	191,0
UMBRIA	206,9	189,8
SARDEGNA	200,4	189,7
MARCHE	213,9	183,4
SICILIA	195,3	182,4
PUGLIA	188,1	180,6
ABRUZZO	184,0	177,8
BASILICATA	158,0	162,2
MOLISE	180,2	152,3
CALABRIA	162,4	151,7

(*) POPOLAZIONE ITALIANA DEL 2001

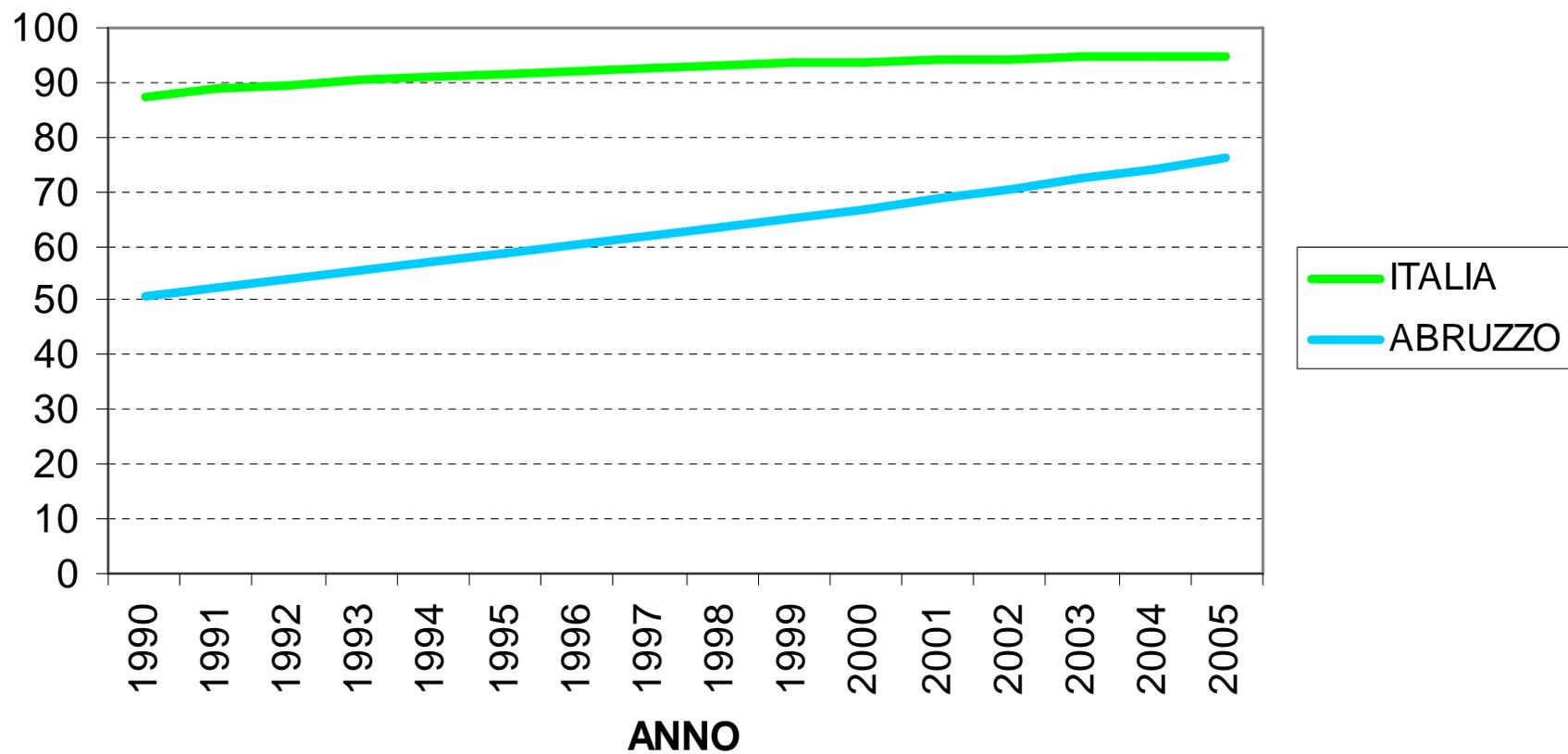
TASSO X 100.000 ABITANTI

Fonte: HFA Database, dicembre 2006

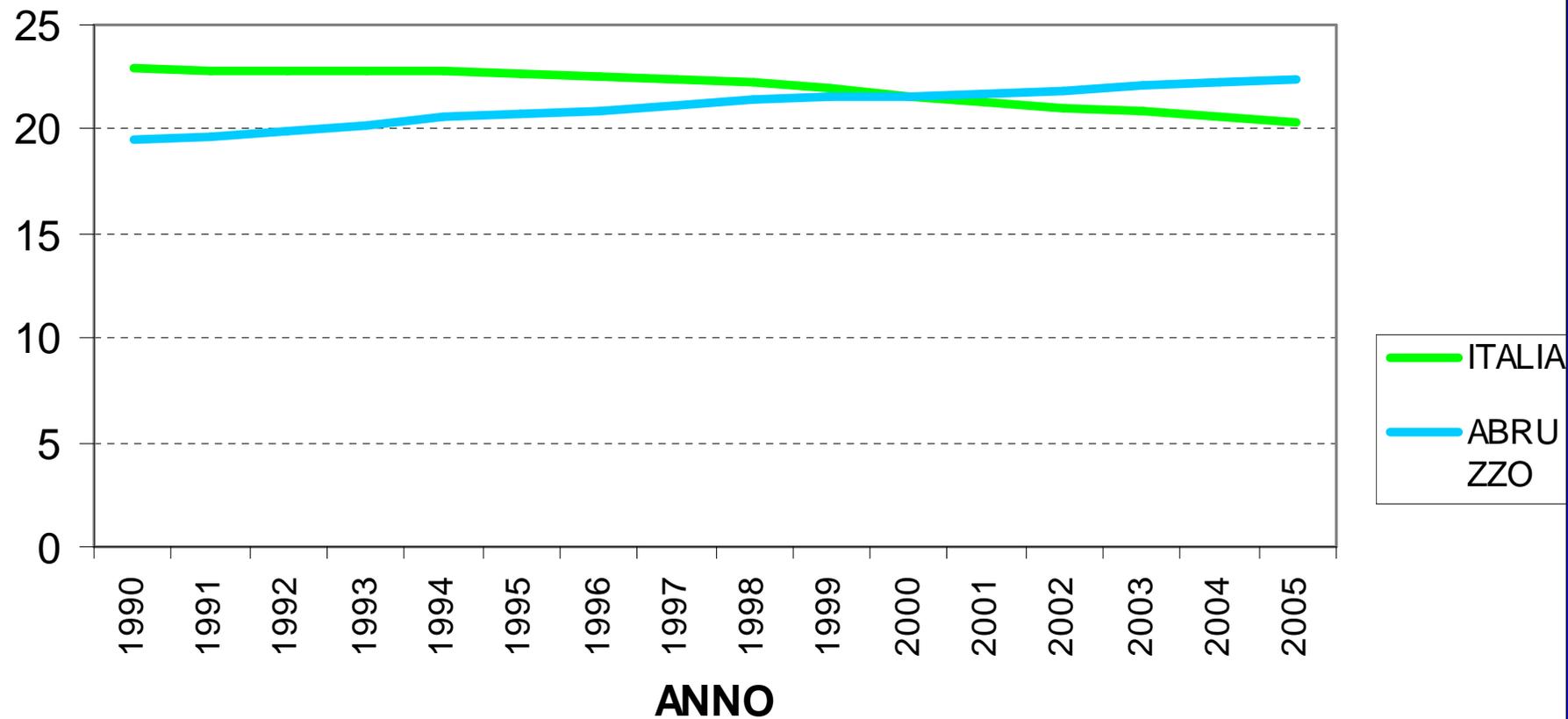
TASSI DI MORTALITA' (STD) T. POLMONE - UOMINI



TASSI DI INCIDENZA (STD) - T. MAMMELLA

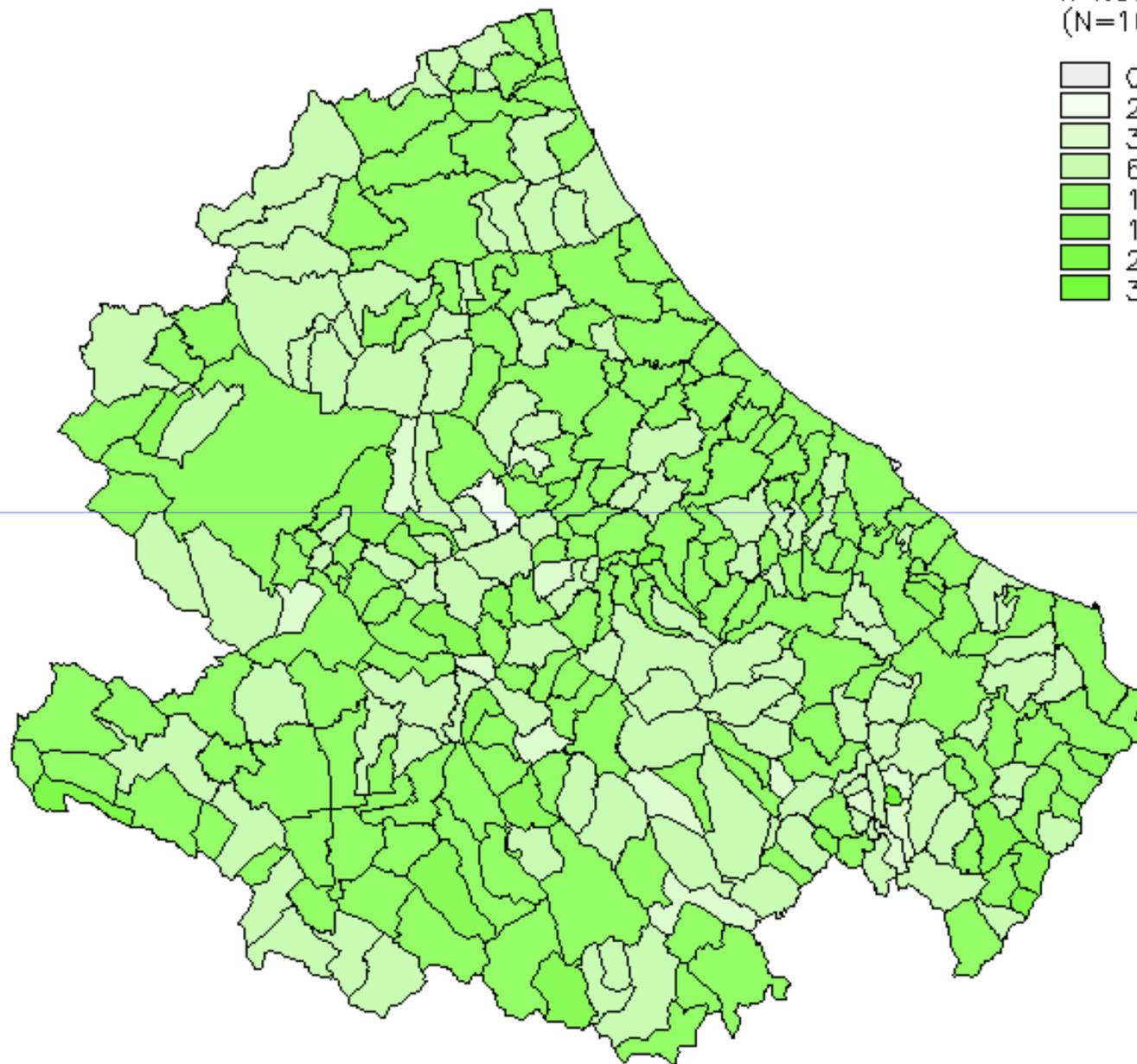
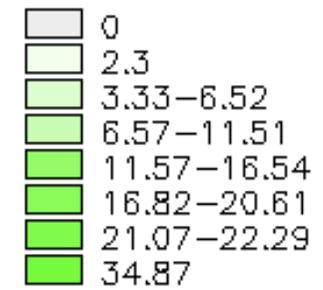


TASSI DI MORTALITA' (STD) T. COLON-RETTO - UOMINI

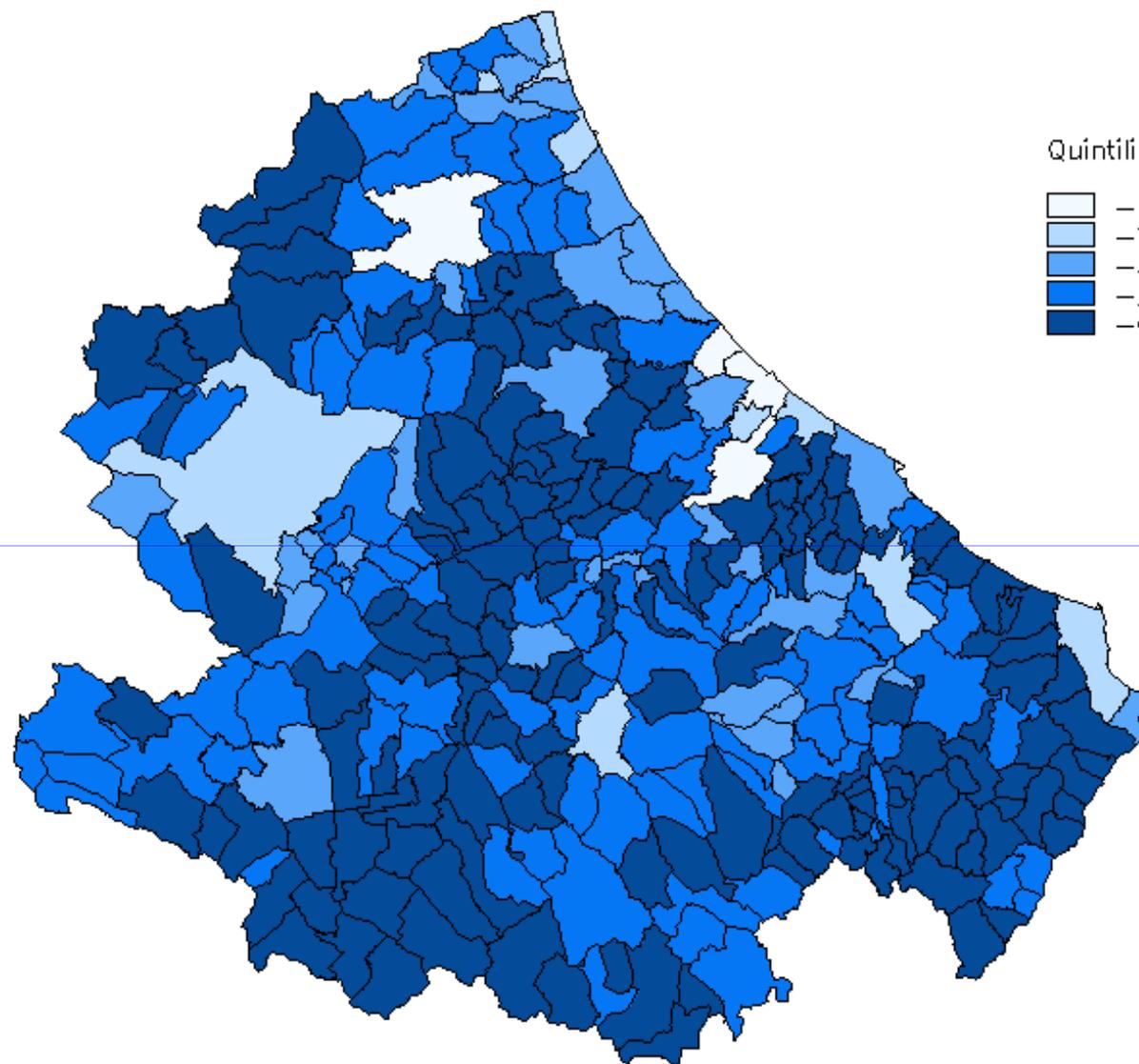


TUMORI (ICD9-CM 140-208,V58.0, V58.1,V10.0-V10.9) - COMUNI - ANNO 2003
Popolazione Totale

Tassi Std. Ind.:
N_PAZ Att.
x 1.000 ab.
(N=16580)



INDICE DI DEPRVAZIONE



Quintili di deprivazione

□	-19.1/-7.97
□	-7.90/-5.61
□	-5.56/-2.76
□	-2.67/-0.03
□	-0.01/11.99

**La riorganizzazione dell'OER:
Osservatorio Epidemiologico Regionale
in Rete Territoriale per l'Epidemiologia**

Progetto di Re.T.E.

Lr 5/10.03.08 – Piano Sanitario Regionale 2008-2010

ASR Abruzzo:

1. OER – 2. Governo Clinico – 3. A. Economica

**Settembre 2008: Programma intensivo finalizzato a verificare
lo stato di avanzamento ed integrazione delle attività
epidemiologiche e dei sistemi informativi
a 3 anni dall'avvio dell'OER e dell'ASR Abruzzo.**

I dati di mortalità attualmente disponibili, gestiti dal Servizio “Gestione Flussi Informativi” della Direzione Sanità (ex OER), 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 (dati acquisiti ad ottobre 2008).

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).

Su proposta e supporto metodologico dell’ASR, è stata avviata la riorganizzazione del progetto OER per implementare nelle ASL in RETE i registri regionale/aziendali di mortalità, inclusi i programmi di controllo qualità dei dati e formazione per la codifica in ICD-10 (Servizio “Gestione Flussi Informativi”).

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) sulla base delle esperienze condotte fra Clinici e OER nel 2004-2005.

I suddetti controlli di qualità sui dati di mortalità e morbosità ospedaliera nelle ASL, contestualmente all’ottimizzazione ed armonizzazione di altri flussi di routine (v. indicatori BSC/salute), rappresentano la base per sperimentare / avviare i Registri Tumori regionale/aziendali (ed altri registri di patologie rilevanti).

Discussione e Conclusioni

1. Nonostante il ruolo dell'epidemiologia nella programmazione sia controverso anche nelle Regioni più evolute (se confrontato con l'uso prevalente degli strumenti amministrativi ed economico - finanziari), l'analisi ha evidenziato un avvio deciso, fin dal 1997, dei sistemi epidemiologici di piccole Regioni quali l'Umbria, le Marche e la Basilicata (oltre la grande Puglia), sulla base dei sistemi consolidati del Nord (Piemonte, Toscana, Veneto, Friuli).
2. Nel percorso della Regione Abruzzo, l'aspetto più critico è rappresentato dal ritardo organizzativo, ma soprattutto culturale, nell'implementazione e sviluppo della funzione epidemiologica, un ritardo evitabile di almeno 7 anni (14 a partire dalla Legge del 91).

3. Se tale latenza è stata sicuramente meno problematica negli anni '90, i suoi effetti sono attualmente moltiplicati nei contesti di federalismo, sostenibilità (ripiano dei debiti), inflazione ed inefficienza ospedaliera, assistenza primaria non-integrata, deficit di analisi dei fabbisogni di assistenza nel pubblico e nel 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.

4. Come ripartire, ricostruire e continuare il percorso istituzionale intrapreso con l'OER nel 2004/2005 sembra secondario rispetto alla certezza di definire, come priorità, la necessità di sviluppare il processo epidemiologico 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 Centro-Nord).

5. 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 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 e comunicazione, partecipazione delle comunità locali; progetti di ricerca e sviluppo.

La presente 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.

F. Vitullo