



# PIANO STRATEGICO

## 2016 - 2018

---

STAFF DIREZIONE GENERALE  
Coordinato da Sviluppo Strategico e Organizzativo

---



# PIANO STRATEGICO 2016 | 2018

## Parte I

---

# QUADRO EPIDEMIOLOGICO DEI BISOGNI DI SALUTE

# Sommario

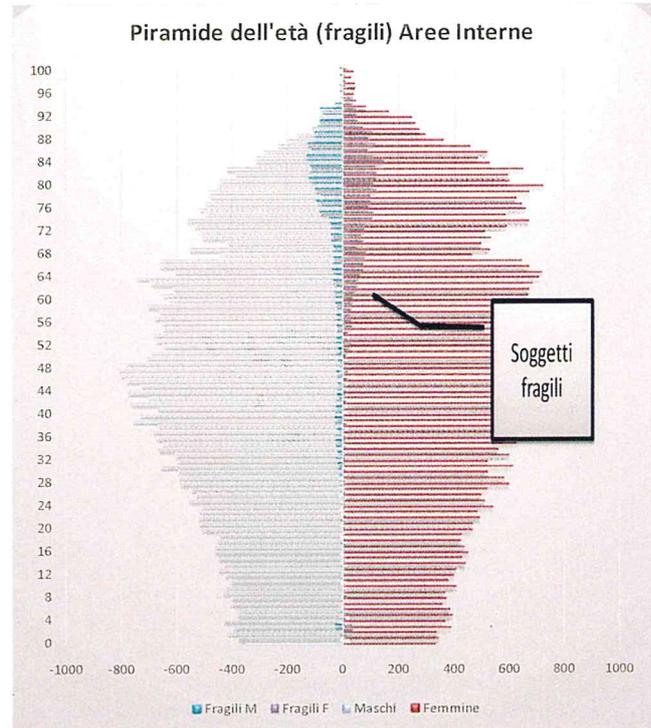
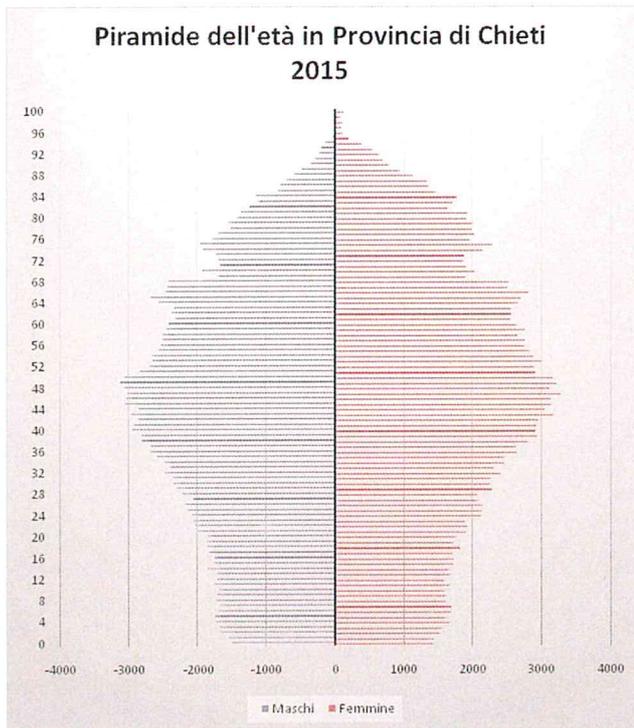
QUADRO EPIDEMIOLOGICO .....	1
DEI BISOGNI DI SALUTE.....	1
<b>1.1   CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE</b> .....	3
<b>1.2   AREE INTERNE</b> .....	6
<b>1.3   SPERANZA DI VITA E INDICE DI VECCHIAIA</b> .....	11
<b>1.4   CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE</b> .....	16
<b>1.6   MORTALITA'</b> .....	19
<b>1.7   MALATTIE</b> .....	24
<b>1.8   FRAGILITA'</b> .....	35
<b>1.9   QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA</b> .....	41

## 1.1 | CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

Il **territorio** della Asl Lanciano-Vasto-Chieti coincide con quello della Provincia di Chieti. Si estende per 2588,35 Km<sup>2</sup> e comprende 104 comuni, di cui 9 costieri, 33 pedemontani e 62 montani.

Da un punto di vista geomorfologico l'area presenta un territorio prevalentemente collinare e montano, con un'orografia molto varia: un susseguirsi di valli parallele. Nella parte più settentrionale il paesaggio si presenta più aspro e disabitato, nella parte meridionale, più dolce e ricco di piccoli insediamenti. Il territorio pianeggiante è presente solo in corrispondenza delle valli. All'interno del territorio si trova buona parte del massiccio della Majella (2.793 m.s.l.m.) oltre a molte riserve naturali.

A causa della sua particolare conformazione orografica, il territorio sconta diversi problemi di viabilità, in particolare nelle aree interne, dove i collegamenti stradali restano disagiati, soprattutto nella zona dell'alto Vastese e nel medio Sangro. Questa situazione comporta anche una difficoltà nei collegamenti fra le zone interne (mediamente più povere, meno sviluppate e spesso carenti dal punto di vista dei servizi) e quelle costiere (più sviluppate e con una buona dotazione di servizi alla persona).

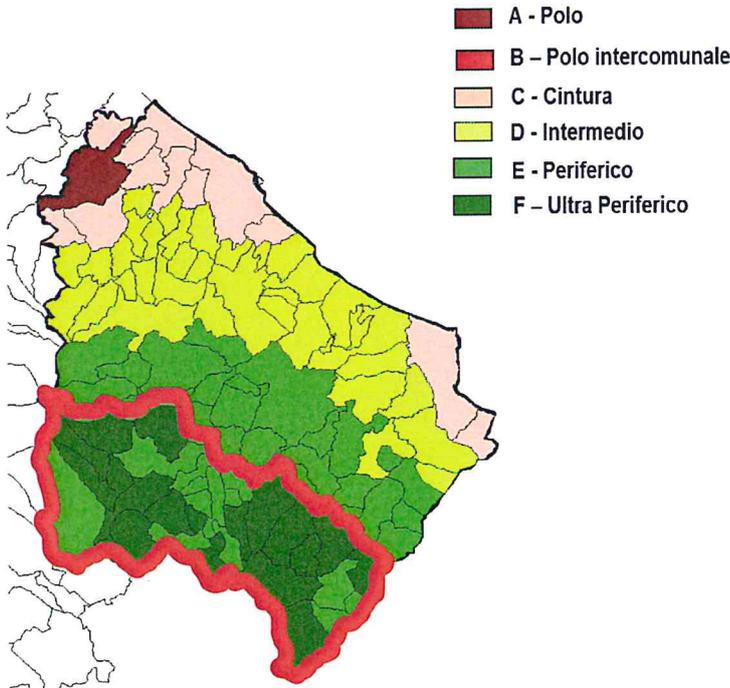


Nel territorio della Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono residenti 392.763 abitanti (dati Istat al 1° gennaio 2015), per una densità abitativa media di 150,3 ab/kmq. Le figure descrivono la piramide demografica (per genere ed età) dell'intero territorio provinciale, confrontato con la piramide demografica delle Aree Interne. Si può osservare di quanto sia più ampia la cima della piramide nelle Aree Interne, in particolare per il genere femminile. Di seguito due tabelle con la numerosità della popolazione suddivisa negli 8 Distretti e la percentuale per fascia di età

**Popolazione residente nella Asl 2 per Distretto e sesso (dati Istat 2015)**

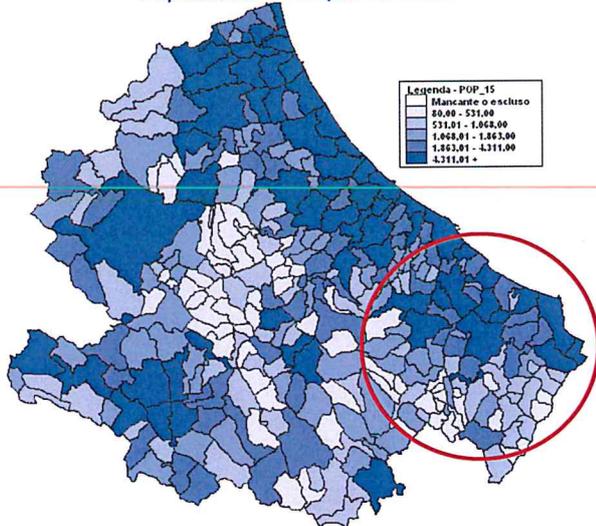
Distretto	Femmine	Maschi	Totale
Alto Vastese	8.606	8.097	16.703
Chieti	27.313	24.850	52.163
FrancaVilla al Mare	28.956	27.639	56.595
Guardiagrele	16.673	15.750	32.423
Lanciano	31.862	30.127	61.989
Ortona	18.165	17.230	35.395
Sangro-Aventino	26.492	25.375	51.867
Vasto-Costa sud	43.856	41.772	85.628
<b>Chieti Totale</b>	<b>201.923</b>	<b>190.840</b>	<b>392.763</b>

Classi di età	Femmine	Maschi	Totale
<18	15%	16%	15%
18-37	22%	24%	23%
38-57	29%	30%	30%
58-77	23%	22%	23%
78-97	9%	6%	8%
>88	2%	1%	2%
<b>Totale popolazione</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

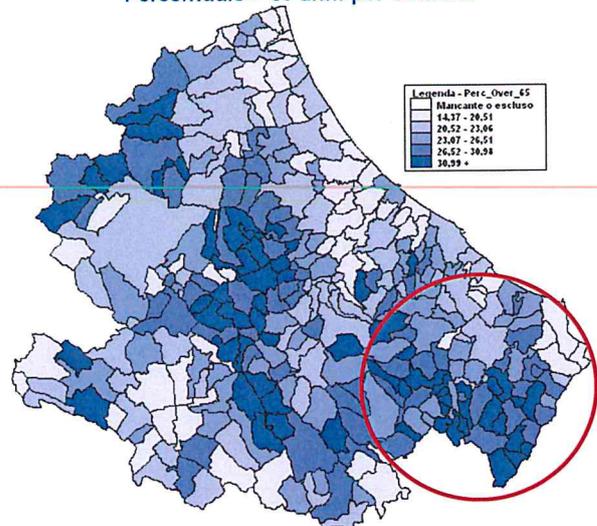


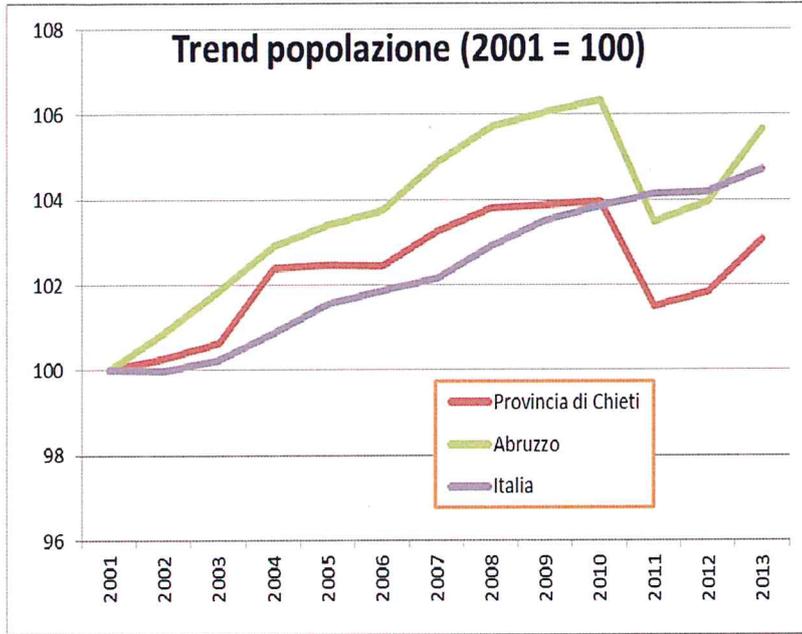
L' Accordo di partenariato 2014-2020 dell'Italia con la Comunità Europea definisce programmi per lo sviluppo delle Aree interne (che in provincia di Chieti comprende 33 comuni dell'Alto Vastese e Sangro Aventino), inseriti all'interno del Programma nazionale deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 8 aprile 2014, recepita dal DGR n. 473 del 15.07.2014 dalla Regione Abruzzo. L'area ha una popolazione pari a 22.568 abitanti e raggruppa n. 33 Comuni di cui 20 ultraperiferici( su un totale di 23 Comuni ultraperiferici a livello regionale) e 9 periferici. Mentre la maggiore concentrazione della popolazione di tutte le età è più alta nei Comuni costieri, quella dei soggetti con età > di 65 anni è più alta nelle zone interne.

Popolazione 2015 per Comune

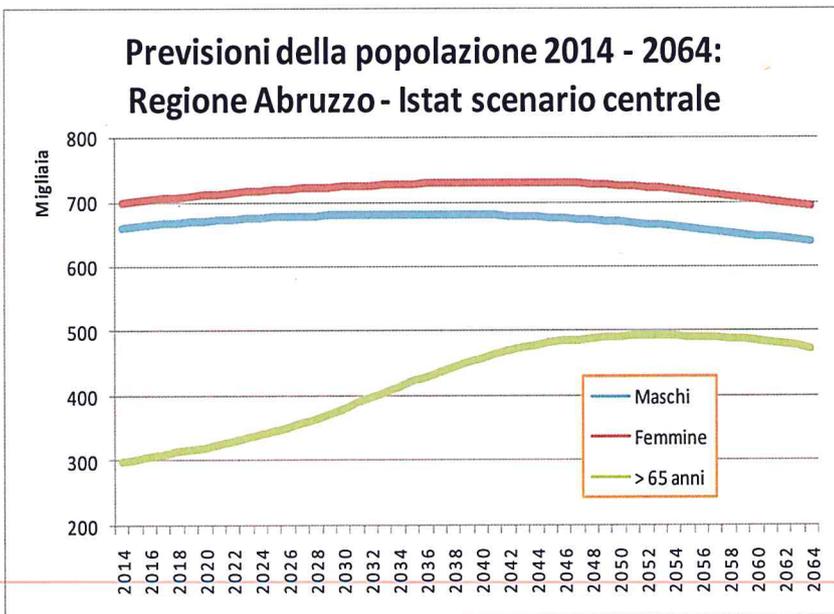


Percentuale > 65 anni per Comune





Le previsioni demografiche dell'Istat sono predisposte utilizzando il modello per componenti di coorte, secondo il quale la popolazione, tenuto conto del naturale processo di avanzamento dell'età, si modifica da un anno al successivo sulla base del saldo naturale (differenza tra nascite e decessi) e del saldo migratorio (differenza tra movimenti migratori in entrata e in uscita). Le previsioni sono articolate secondo tre distinti scenari di oscillazione (ad es. nel 2064 la popolazione attesa residente in Italia è pari a 61,3 milioni (scenario centrale), ma tenendo conto della variabilità associata agli eventi demografici, la stima oscilla da un minimo di 53,4 milioni ad un massimo di 69,1 milioni).



La popolazione è destinata ad invecchiare gradualmente. Nello scenario centrale l'età media aumenta da 43,5 anni nel 2014 fino ad un massimo di 49,8 anni nel 2059. Dopo tale anno l'età media si stabilizza sul valore di 49,7 anni, a indicare una presumibile conclusione del processo di invecchiamento della popolazione. Particolarmente accentuato è l'aumento del numero di anziani: gli ultra 65enni, oggi pari al 20,3% del totale, nello scenario centrale aumentano fino al 2043, anno in cui oltrepassano il 32%. Dopo tale anno, tuttavia, la quota di ultra 65enni si consolida intorno al valore del 32-33%, con un massimo del 33,2% nel 2056.

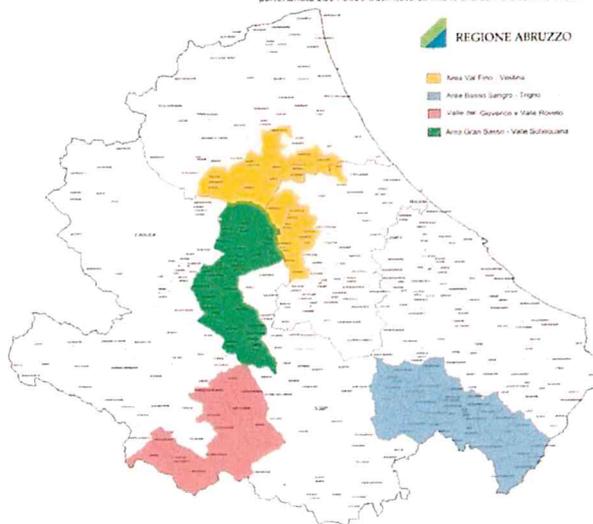
## 1.2 | AREE INTERNE

Una parte preponderante del territorio italiano è caratterizzata da un'organizzazione spaziale fondata su "centri minori", spesso di piccole dimensioni, che in molti casi sono in grado di garantire ai residenti soltanto una limitata accessibilità ai servizi essenziali. L'espressione "Aree interne" indica aree:

- significativamente distanti dai centri di offerta di servizi essenziali (istruzione, salute e mobilità);
- dotate di importanti risorse ambientali (risorse idriche, sistemi agricoli, foreste, paesaggi naturali e umani) e culturali (beni archeologici, insediamenti storici, abbazie, piccoli musei, centri di mestiere);
- profondamente diversificate, per sistemi naturali e a seguito di secolari processi di antropizzazione.

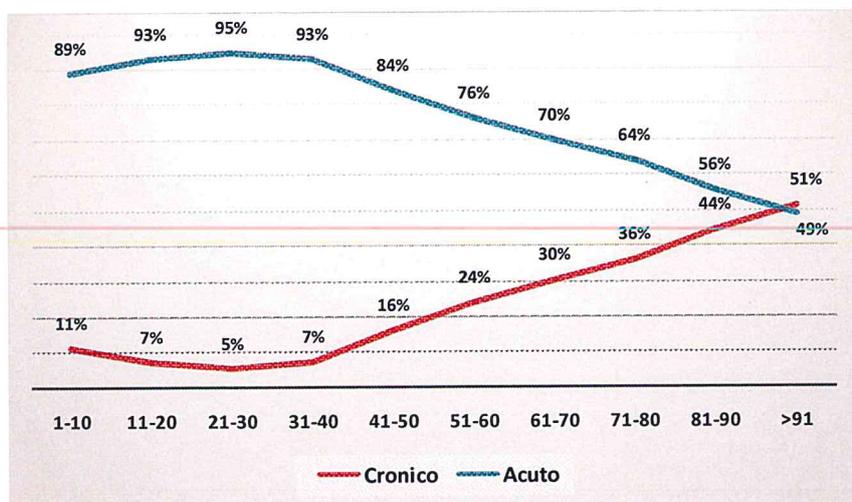
Mapa delle Aree Interne regionali

Strategia nazionale per lo sviluppo delle Aree Interne inserita all'interno del Programma nazionale di Riforma deliberato dal Consiglio di partenariato 2014-2020 trasmesso dall'Italia alla CE il 9 dicembre 2013.



Dal punto di vista demografico (struttura per età e genere) della popolazione, le Aree interne della provincia di Chieti sono caratterizzate da una popolazione con un'apercentuale di anziani del 26,6% (23% in tutta la provincia) in prevalenza donne (29,6% tra le donne e 23,5% tra gli uomini). Come si osserva nella piramide d'età la proporzione delle persone fragili risulta del 6,7% in media per tutte le età, ma sale all'aumentare dell'età soprattutto per gli uomini. Infatti le persone fragili sono per età > 65 anni il 20,3% tra gli uomini e 17,5% donne; > 80 anni 41,7% uomini e 22,5% donne.

Il grafico a lato descrive le curve dei ricoveri per malattie croniche (blu) e acute (in rosso) avvenuti nel decennio 2005-2014 in Abruzzo per classe di età. Come si vede al crescere dell'età diminuisce il numero delle malattie acute causa di ospedalizzazione e crescono quelle croniche (fino al 50% dei ricoveri di quella fascia di età).

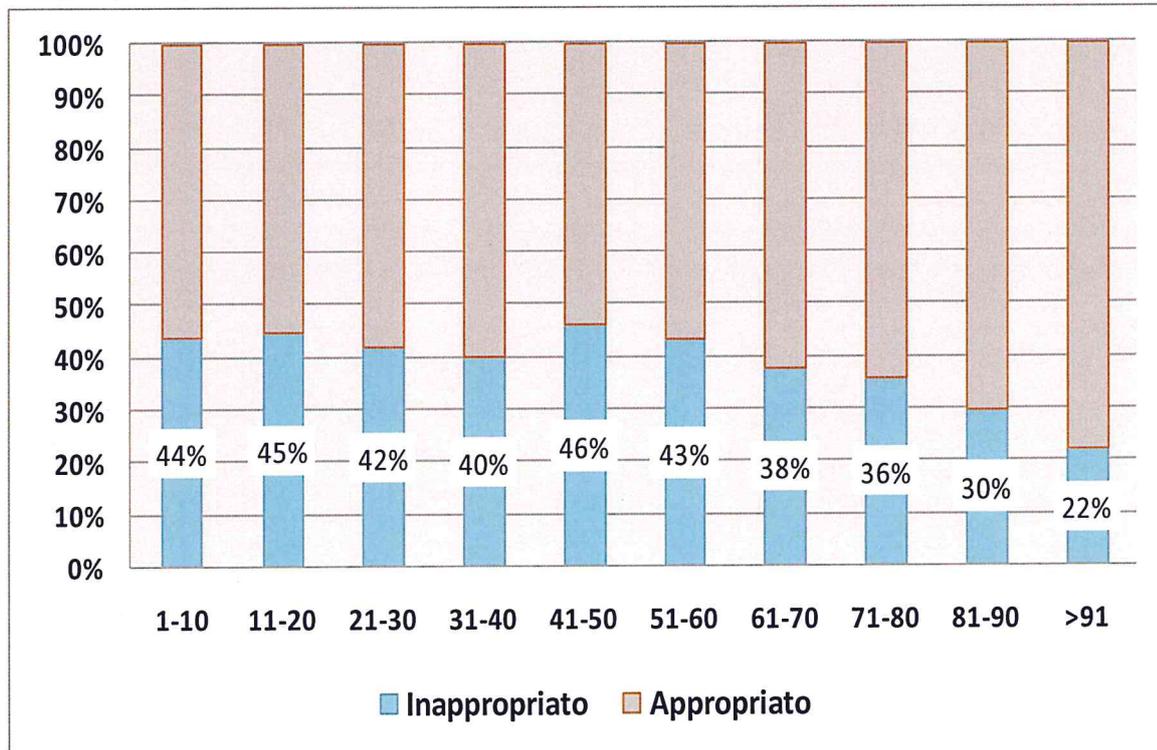


Esaminando comparativamente la quota dei ricoveri 2005-2014 potenzialmente impropri, sempre per fascia di età, si nota che in età avanzata questi

calano da un 40-45% nelle fasce minori a un 30-35%, ciò indica sia una quota rilevante di utilizzo dell'ospedale per condizioni di salute trattabili sul territorio, sia che alcune condizioni croniche sono giunte in ospedale in fase di acuzie per mancato trattamento preventivo. Il tasso di ospedalizzazione evitabile (composito) conferma questa affermazione, particolarmente evidente nelle Aree interne. L'impegno verso questi territori deve essere accompagnato da una ridefinizione del ruolo delle strutture ospedaliere, che devono essere la sede in cui sono eseguite le prestazioni

diagnostiche e terapeutiche che per costo, organizzazione, tecnologie e competenze specialistiche non possono essere erogate nell'ambito dell'Assistenza Primaria.

A questo punto la strategia per la salute, non solo delle Aree Interne, deve primariamente passare dalla identificazione dei soggetti più fragili: cioè i pazienti anziani con fragilità assistenziale, che hanno il tasso più alto di consultazione in



medicina generale e costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti.

La fragilità viene definita come una sindrome con riduzione della forza, della resistenza, delle funzioni fisiologiche e una maggiore vulnerabilità al deterioramento è spesso causata da malattie complesse e comorbidità, ma non identificata solo dalle loro diagnosi cliniche. La valutazione della salute deve comprendere la valutazione contemporanea dei problemi medici, psicologici, funzionali, sociali e ambientali. I modelli basati sulle evidenze scientifiche internazionali sui pazienti anziani fragili, sottolineano l'importanza del lavoro multidisciplinare e della gestione diretta dei casi, dove i medici sono importanti, ma in egual misura il contributo di un team di professionisti della salute, in particolare gli infermieri.

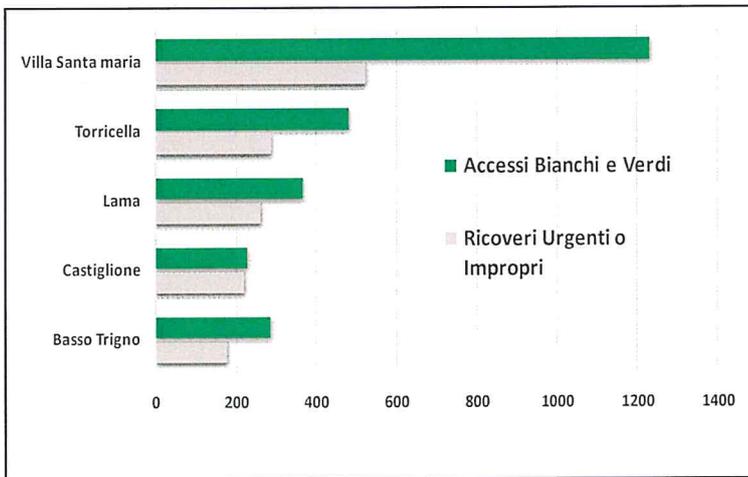
I soggetti fragili sono stati individuati a partire dalla popolazione residente con un algoritmo statistico predittivo (validato nel 2011<sup>1</sup>) che tiene conto della numerosità e della qualità dei ricoveri ospedalieri (variabile dipendente) e di 10 variabili che misurano la correlazione delle patologie croniche (diabete mellito di tipo 2, bronco pneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e tumori in fase di remissione) con gli Accessi al PS, l'Assistenza Domiciliare (sanitaria e sociale), l'età, il genere, le prestazioni specialistiche ambulatoriali, i chilometri percorsi per recarsi in Ospedale e/o Pronto soccorso, l'esenzione ticket e la poli-prescrizione farmaceutica. L'algoritmo calcola un indice predittivo in grado di individuare i soggetti più fragili, cioè maggiormente a rischio di progressione sfavorevole verso l'insorgenza di eventi avversi alla salute, la non autosufficienza e il ricorso ai servizi

<sup>1</sup>Falasca P, Berardo A and Di Tommaso F, Development and validation of predictive MoSaiCo (ModelloStatisticoCombinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Ann Ist Super Sanità 2011 | Vol. 47, No. 2: 220-228 DOI: 10.4415/ANN\_11\_02\_15

sanitari. Tale indice presenta vantaggi sia a livello manageriale (programmazione), sia clinico - assistenziale: per fornire all'operatore sanitario un profilo socio-assistenziale in grado di guidare l'individuazione degli interventi proattivi e la scelta dei percorsi assistenziali del singolo paziente (case management).

Regione Abruzzo		Progetto Aree Interne				
		ASL				
Indicatori % assistiti > 60 anni	Chieti	L'Aquila	Pescara	Teramo	Regione	
Una patologia cronica	37,8%	34,2%	36,1%	35,1%	35,9%	
Due o più patologie croniche	12,4%	9,6%	10,5%	10,3%	10,8%	
Diabete	13,4%	13,0%	12,3%	13,0%	13,0%	
Malattie CardioVascolari	19,6%	13,9%	16,1%	15,3%	16,5%	
Bpco	1,8%	1,2%	1,6%	1,4%	1,5%	
Demenza	1,1%	0,6%	1,0%	0,9%	0,9%	

Nelle tabelle in questa pagina sono riportati i dati della percentuale fra i soggetti con età maggiore di 60 anni con patologie croniche, per provincia della Regione Abruzzo, e del differenziale di queste malattie tra le Aree Interne e le altre zone dei soggetti fragili. Come si può osservare in provincia di Chieti si evidenzia la maggior prevalenza di



patologie croniche, anche compresenti nello stesso soggetto. Ciascuna delle malattie considerate sono presenti in maggior numero ogni 100 soggetti >65 anni sia in provincia di Chieti che nelle Aree Interne.

L'osservazione epidemiologica indica, quindi, che bisogna potenziare la capacità di risposta dell'Assistenza Primaria offerta attivamente e prioritariamente alla popolazione fragile, attraverso la ridefinizione, qualificazione e sviluppo delle cure domiciliari, l'attivazione della presa in carico dei pazienti con patologie

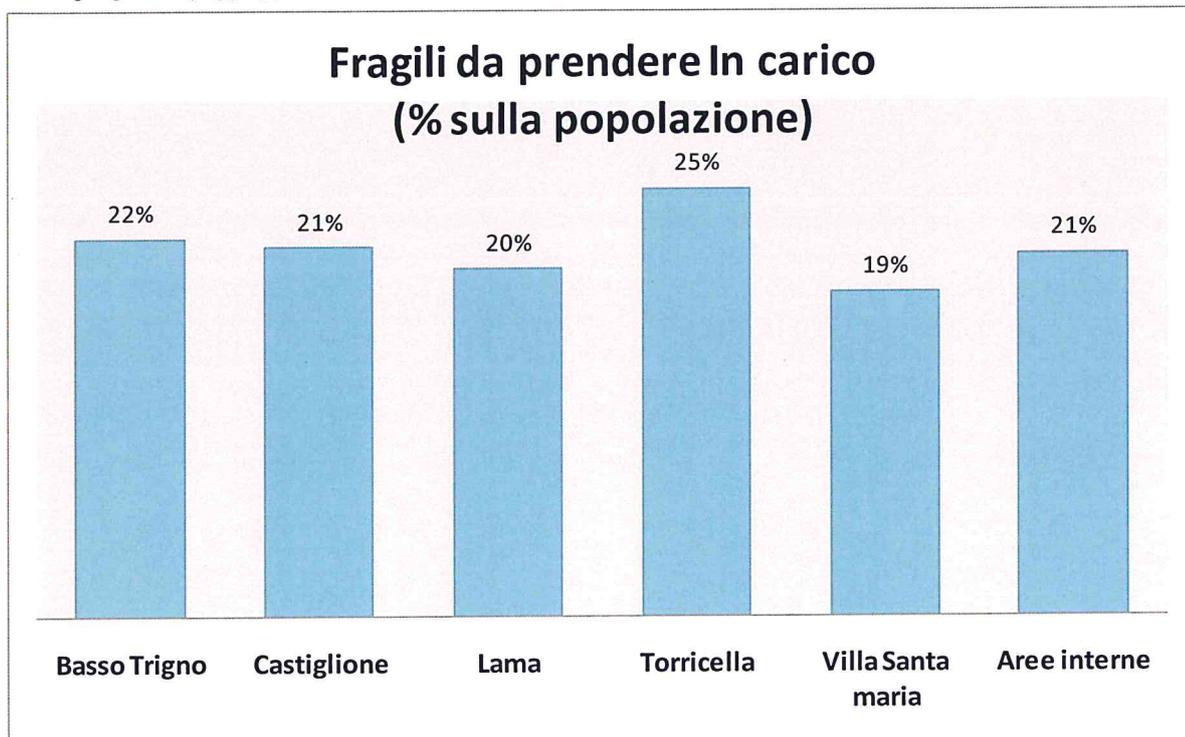
croniche sia da parte dei MMG (dal punto di vista clinico, cioè delle indagini diagnostiche e delle prescrizioni terapeutiche) sia da parte degli infermieri della fragilità (che si occupano del punto di vista assistenziale, di monitorare cioè la corretta assunzione dei trattamenti e dei controlli prescritti), la qualificazione e sviluppo delle cure intermedie (dimissioni protette, rete strutture residenziali sociosanitarie territoriali, assistenza domiciliare infermieristica e riabilitativa), rimodellamento della rete delle cure palliative; qualificazione dei servizi per la salute mentale e dipendenze patologiche; ripensamento congiunto circa l'utilizzo dei servizi per la non autosufficienza.

In figura la rappresentazione del numero degli accessi con Codice bianco o verde e dei ricoveri urgenti o impropri per le aggregazioni di Comuni afferenti a ciascuna UCCP ipotizzata (si veda oltre), che potrebbero ridurre tali eventi

Percentuale su 100 soggetti > 60 anni con alta e media fragilità					
Aree interne	Tutte le patologie croniche	di cui			
		Diabete	Pat. Cardio vascolare	Scompenso cardiaco	Bronco pneumopatia
<b>Sì</b>	51,3%	61,7%	81,4%	6,2%	7,5%
<b>No</b>	48,1%	46,1%	57,0%	5,2%	5,3%
<b>Totale reg</b>	49,3%	51,4%	65,3%	5,5%	6,1%

(identificati quindi come indicatori di risultato) attraverso il potenziamento della presa in carico individuale delle persone fragili offrendo risposta adeguata e di prossimità ai loro bisogni di salute.

.La figura successiva mostra la percentuale sulla popolazione dei soggetti fragili da prendere in carico distinta per zone geografica (raggruppamento di comuni identificati da un UCCP).L'ammontare della popolazione corrispondente a



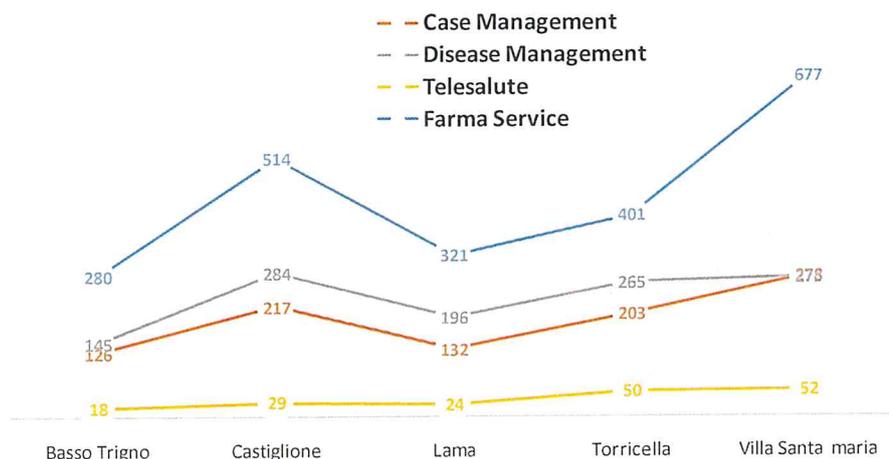
ciascuna sede è illustrata nella tabella successiva.

Popolazione complessiva distinta per ciascuna sede

UCCP	Assistiti
Castiglione	6112
Lama	6384
Torricella	3250
Villa Santa maria	5616
<b>Totale popolazione</b>	<b>21362</b>

Indicatori	Basso Sangro Trigno			Totale
	Fragilità			
	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	
Residenti	1.351	3.830	18.763	23.944
% Femmine	51%	58%	51%	52%
Età >= 65	92%	84%	24%	37%
% deceduti	20%	13%	6%	8%
% con una patologia cronica	39%	13%	1%	5%
% con due o più patologie croniche	27%	5%	0%	2%

### FRAGILI DA PRENDERE IN CARICO (N. ASSOLUTO PER TIPO)



Il grafico illustra il numero di fragili distinto per zona e per modalità di presa in carico: esistono, infatti, diversi gradi di fragilità e di conseguenza, diverse tipologie di assistenza proattiva: Case Management, Disease Management, Telesalute e Farmacia dei Servizi.

#### Are Internes

#### Basso Sangro Trigno

#### Fragilità

##### Servizi assistenza consumati per 100 soggetti

Accessi PS	150%	46%	20%	32%
Ricoveri Totali	271%	70%	12%	36%
Ricoveri Urgenti	139%	29%	4%	16%
Ricoveri Impropri	47%	17%	3%	8%
Km medi da ospedale	130,2	33,2	5,2	16,7
Assistenza Domiciliare	102%	38%	2%	14%
Specialistica amb. p.c.	57,3	39,7	11,8	18,8
Dosi giornaliere farmaci p.c.	1.385	1.153	238	449

UCCP	Case Management	Disease Management	Telesalute	Farma Service	Totale In carico	% sulla popolazione
Basso Trigno	126	145	18	280	569	22%
Castiglione	217	284	29	514	1044	21%
Lama	132	196	24	321	673	20%
Torricella	203	265	50	401	919	25%
Villa Santa maria	278	275	52	677	1282	19%
<b>Are interne</b>	<b>956</b>	<b>1165</b>	<b>172</b>	<b>2193</b>	<b>4486</b>	<b>21%</b>

## 1.3 | SPERANZA DI VITA E INDICE DI VECCHIAIA

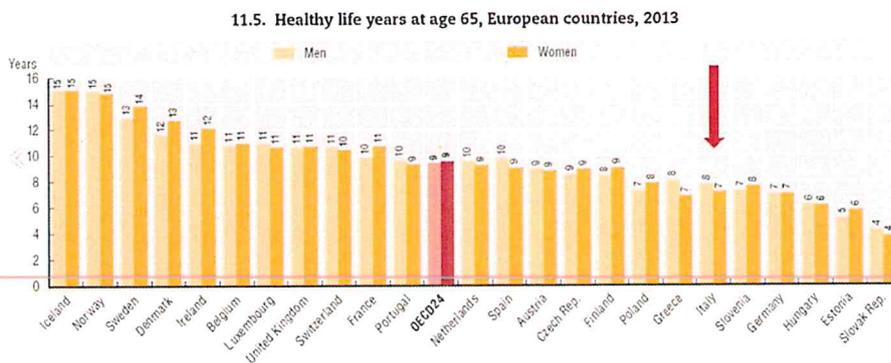
La speranza di vita è un indicatore statistico che esprime il numero medio di anni della vita a partire da una certa età, all'interno della popolazione indicizzata. Solitamente, l'espressione è usata per indicare la speranza di vita alla nascita. A causa delle forti differenze di genere nelle aspettative di vita, la speranza di vita è calcolata distintamente per uomini e donne.

L'aspettativa di vita in Europa è in costante aumento, ma il vecchio continente è anche l'area del mondo con i più alti livelli di uso di tabacco e consumo di alcol.

Entro il 2060 si prevede che il numero di europei con età superiore a 65 anni aumenti da 88 a 153 milioni, con una popolazione anziana doppia di quella dei bambini sotto i 15 anni, e la sfida per i sistemi sanitari europei è quella di essere preparati a questo cambio delle condizioni demografiche. La struttura della popolazione, in particolare l'invecchiamento, è spesso considerata il determinante più importante dell'aumento della spesa sanitaria, in grado di mettere a rischio la sostenibilità stessa del sistema: se l'aumento della speranza di vita non è accompagnato da una diminuzione della morbosità, il risultato sarà un maggior numero di anni vissuti con una o più malattie croniche. Nelle persone con età superiore a 65 anni, infatti, aumenta la prevalenza di malattie croniche (scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, disturbi del sonno, diabete, tumori, obesità, depressione, demenza, ipertensione,...) che spesso occorrono contemporaneamente.

Questi fattori, uniti all'aumento dell'obesità, potrebbero portare a un calo dell'aspettativa di vita nelle generazioni future. Inoltre, il divario nella speranza di vita alla nascita tra i Paesi è ancora superiore ai 10 anni, con Israele e Svizzera in cima alla classifica per la longevità. È quanto emerge dall'European Health Report 2015 dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms).

Figura 1. Speranza di vita in buona salute a 65 anni, 2013.



Note: Countries are ranked in descending order of healthy life expectancy for the whole population.  
Source: Eurostat Database 2015.

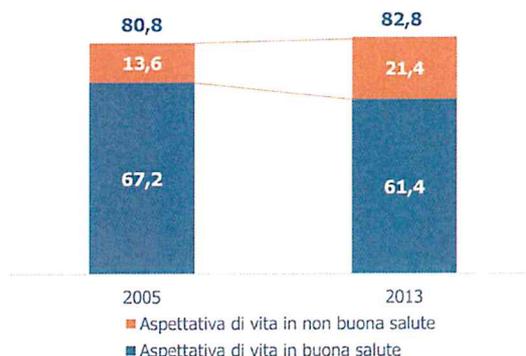
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933281283>

L'ultima relazione mostra un'Europa che ha raggiunto successi sorprendenti ed è sulla buona strada per centrare più obiettivi, come la riduzione della mortalità prematura e la creazione di ulteriori obiettivi nazionali di salute. "Questo rapporto mostra un incoraggiante progresso – ha spiegato

Zsuzsanna Jakab, direttore regionale per l'Europa dell'Oms – i

nostri Stati membri hanno sposato gli obiettivi di Salute 2020 e stiamo cominciando a vedere risultati reali. Ma c'è il rischio concreto che questi avanzamenti andranno persi se i trend relativi a fumo e consumo di alcol proseguiranno al ritmo attuale. Questo è particolarmente rilevante per i giovani, che potrebbero non riuscire a vivere più a lungo dei loro nonni".

Figura 2. Aspettativa di vita alla nascita in Italia (anni), 2005 e 2013  
 Fonte: The European House - Ambrosetti su dati Eurostat, 2015

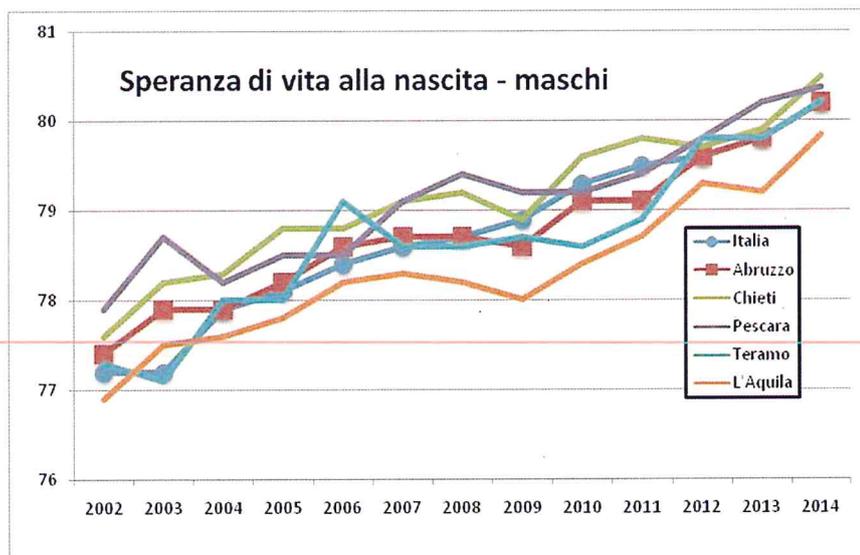


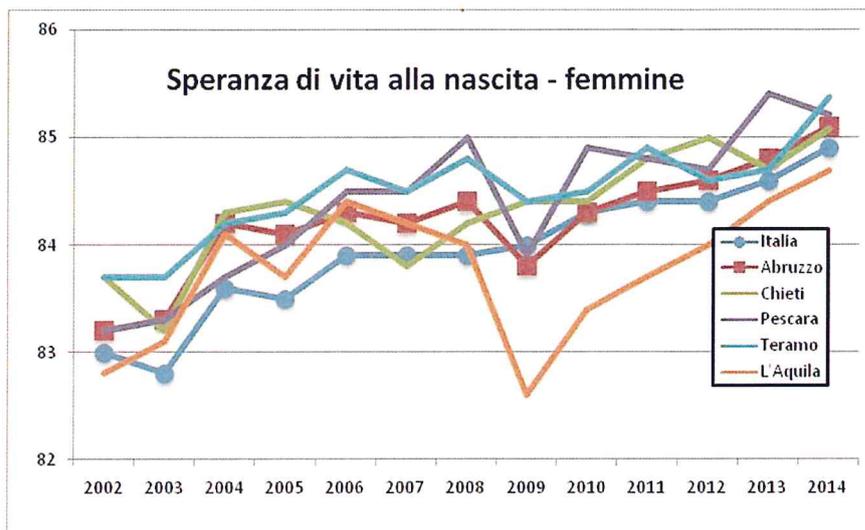
Il rapporto mostra che l'Europa è sulla buona strada per conseguire una riduzione relativa della mortalità prematura del 1,5% l'anno fino al 2020. Ciò significa che il numero di persone le cui vite sono "spezzate" da malattie cardiovascolari, cancro, diabete mellito e malattie respiratorie croniche è in costante declino. Miglioramenti marcati si registrano anche nei tassi di morte per cause esterne, come incidenti stradali e suicidi. Le maggiori riduzioni si sono verificate nella parte orientale della regione, in particolare in Estonia, Lettonia, Russia e Ucraina.

Infine, solo 12 dei 53 Stati membri europei ha indicato che la propria spesa "out-of-pocket" (quella pagata dai cittadini) è inferiore al 15% della spesa sanitaria totale. Ciò significa che nei restanti 41 Paesi le persone sono esposte al rischio di spese sanitarie catastrofiche, che possono ridurli in situazione di povertà. Questa categoria non ha visto alcun miglioramento dal 2010.

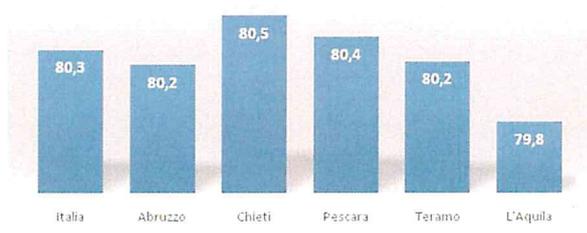
La speranza di vita è strettamente correlata al tasso di mortalità alle diverse età: l'allungamento dell'aspettativa di vita alla nascita, ad esempio, può essere la semplice conseguenza della riduzione dei tassi di mortalità infantile, dovuta a migliori condizioni igieniche e sanitarie, senza che vi sia effettivo allungamento nella soglia di vita complessiva delle persone. Nel secolo scorso l'aspettativa di vita media in Europa è aumentata più di 30 anni, per gran parte semplice conseguenza di riduzione dei tassi di mortalità alla nascita e infantili, alla riduzione dei tassi di mortalità evitabile e altri interventi di sanità pubblica. Dal 2000 si assiste ad un ulteriore incremento della speranza di vita (figure) in sostanziale parità di tassi dei mortalità, conseguenza dell'aumento percentuale della popolazione anziana (invecchiamento della popolazione), particolarmente evidente nella popolazione assistita della Asl Lanciano-Vasto-Chieti.

La speranza di vita, combinata con l'indice di mortalità infantile, rispecchia lo stato sociale, ambientale e sanitario in cui vive una popolazione. Oltre a rappresentare semplicemente un indice demografico, è quindi utile per valutare lo stato di sviluppo di una popolazione.

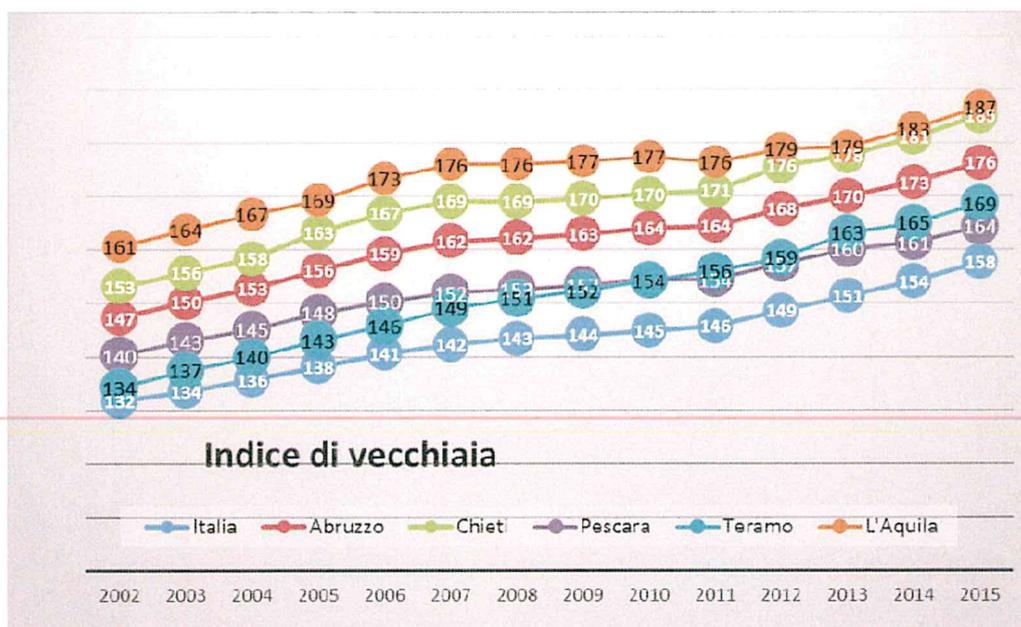




Aspettativa di vita alla nascita 2014 - MASCHI



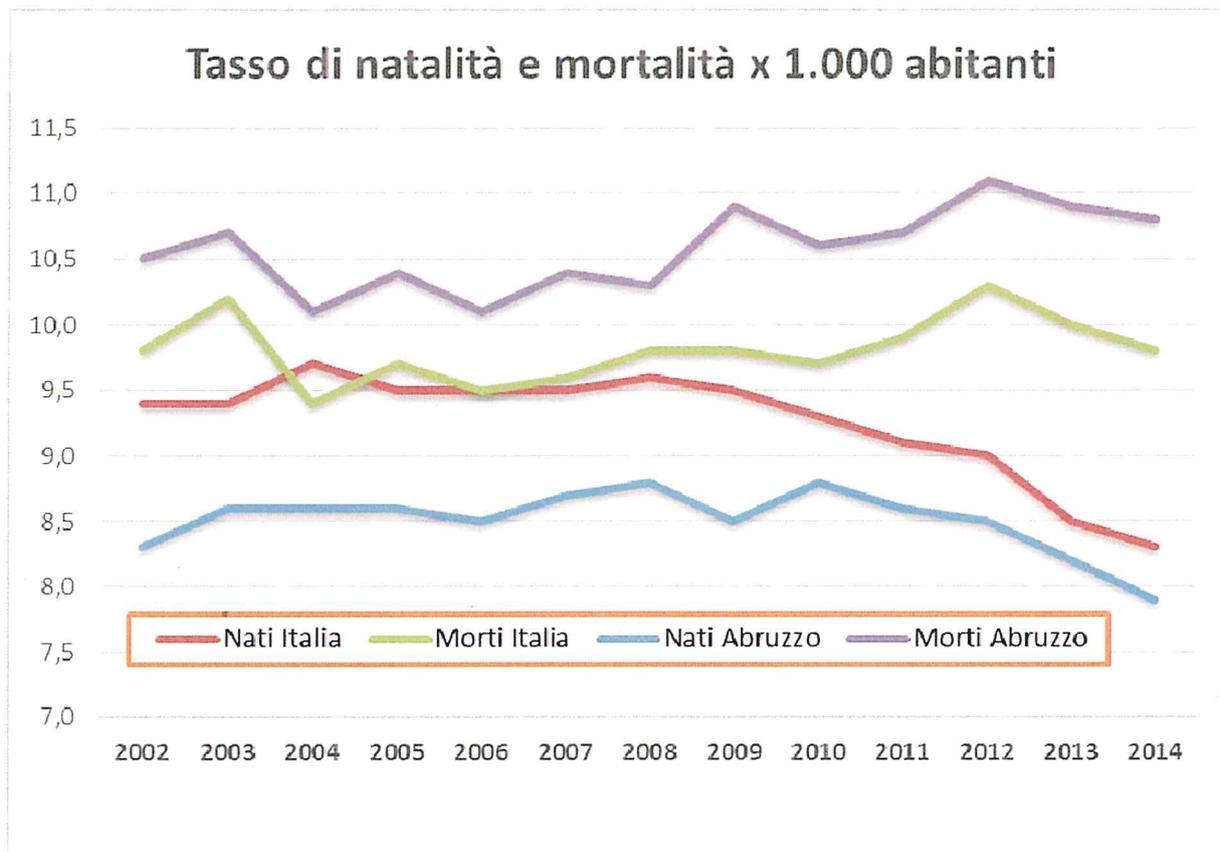
Aspettativa di vita alla nascita 2014 - FEMMINE



**L'indice di vecchiaia** è un indicatore statistico dinamico usato nella statistica demografica per descrivere il peso della popolazione anziana in una determinata popolazione. Sostanzialmente stima il grado di invecchiamento di una popolazione. Esso si definisce come il rapporto di composizione tra la popolazione anziana (65 anni e oltre) e la popolazione più giovane (0-14 anni); valori superiori a 100 indicano una maggiore presenza di soggetti anziani rispetto ai giovanissimi. È un indicatore abbastanza grossolano ma efficace, poiché nell'invecchiamento di una popolazione si

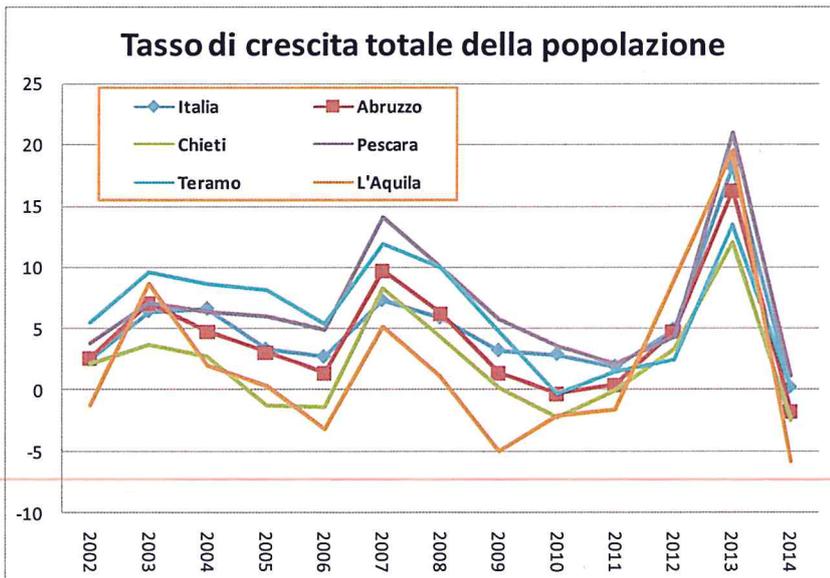
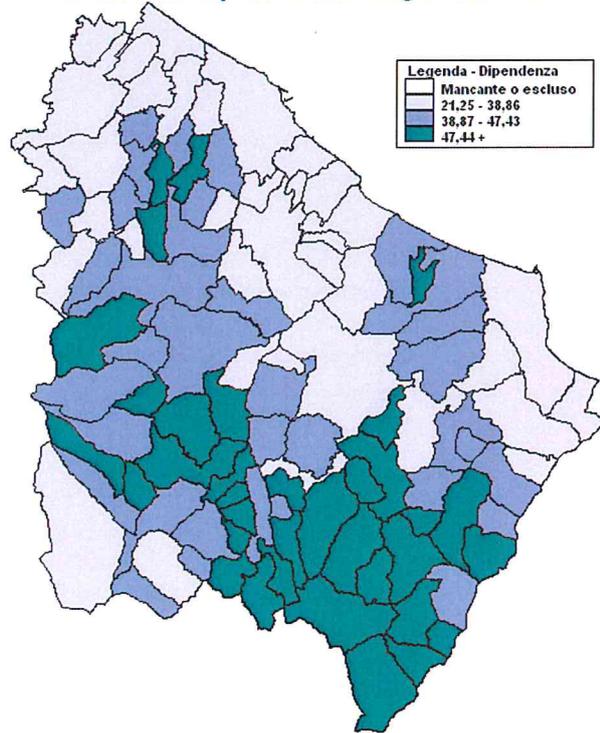
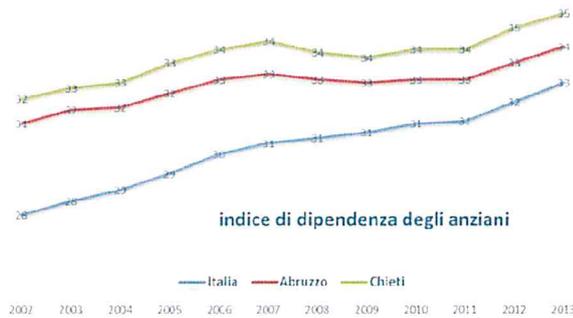
ha generalmente un aumento del numero di anziani e contemporaneamente una diminuzione del numero dei soggetti più giovani, ed in questo modo numeratore e denominatore variano in senso opposto esaltando l'effetto dell'invecchiamento della popolazione.

L'indice di vecchiaia in Abruzzo è cresciuto del 20% dal 2002 al 2015, passando da 147 a 176 ultra65enni su 100 ragazzi. Tale tendenza è comune a tutte le provincie, ma con livelli diversi tra L'Aquila e Chieti (187 e 185 rispettivamente) e Teramo – Pescara (169 e 164 nel 2015).



L'indice di dipendenza degli anziani rappresenta il numero di individui non autonomi per ragioni demografiche (età >=65) ogni 100 individui potenzialmente indipendenti ed in età lavorativa (età 15-64). Un indice di dipendenza alto (come quello rilevato nelle Aree interne della provincia di Chieti, aree verdi > 47%) è sinonimo di un numero elevato di anziani sulla popolazione attiva con ripercussioni a livello economico, occupazionale e sul welfare.

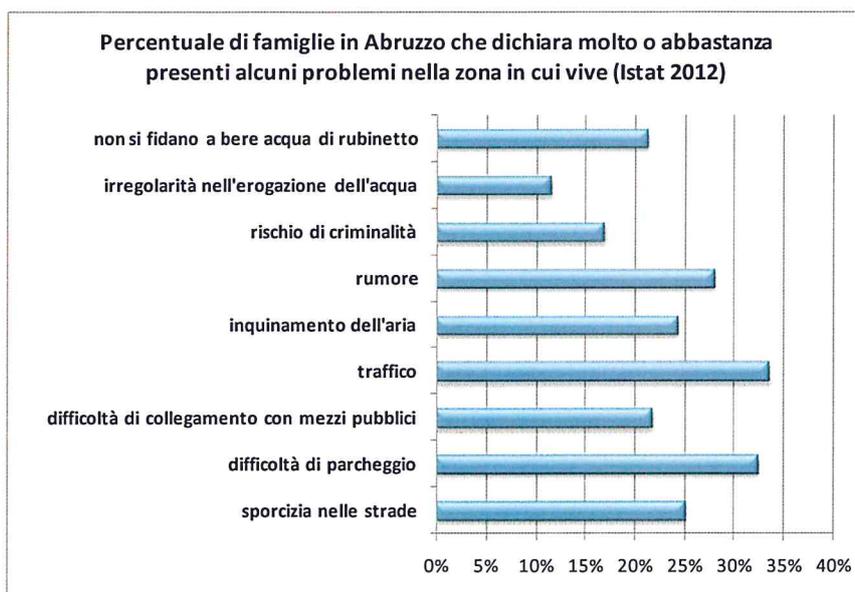
### Indice di dipendenza degli anziani



Il tasso di crescita di una popolazione misura la crescita, riportata in media annua, della popolazione residente rispetto a un intervallo temporale definito. Questo indicatore, oltre a essere una misura usualmente utilizzata nelle analisi demografiche, fornisce anche un'indicazione indiretta sulla vitalità complessiva di una popolazione. Si nota lo stesso andamento della media italiana per la regione e le provincie.

## 1.4 | CONDIZIONI SOCIO ECONOMICHE

Il tasso di natalità e quello di mortalità rapportato a 1.000 abitanti, rende l'immagine del ricambio naturale della popolazione. Come si osserva in figura, mentre le linee di andamento delle nascite e delle morti negli ultimi 10 anni è scarsamente divergente in Italia, sono molto distanti (molte più morti che nascite) in Abruzzo e particolarmente nella popolazione della provincia di Chieti. Il tasso di fecondità totale, che misura il numero medio di figli per donna in età feconda (convenzionalmente intesa quella tra i 15 e i 49 anni), è dato dalla somma dei quozienti specifici di fecondità calcolati rapportando, per ogni età feconda, il numero di nati vivi all'ammontare medio annuo della popolazione femminile. L'età media al parto è calcolata come media delle età al parto ponderata con i quozienti specifici di fecondità. Anche questo indicatore conferma la minore natalità in provincia di Chieti in sostanziale parità di età delle madri.



- L'Abruzzo è la regione italiana con più elevata percentuale di superficie territoriale per "Aree comprese nelle Zone di protezione speciale (28,4%), dei "Siti di importanza comunitaria/Zone speciali di conservazione" (23,3%) e Rete Natura 2000 (35,5%) – Dati Ministero Ambiente 2014<sup>2</sup>

- In Abruzzo il 21,7% della popolazione ha la licenza elementare o nessun titolo, mentre il 12,7% possiede una laurea, in linea con la

media nazionale.

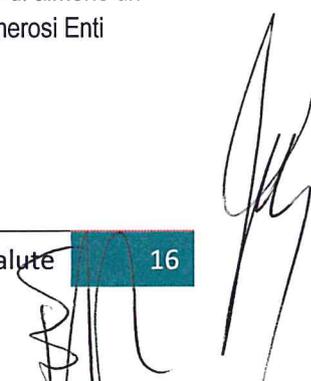
- In Abruzzo il 30% degli adulti tra 18 e 69 anni è fumatore, il 16% è un ex fumatore e il 54% non ha mai fumato. La percentuale di fumatori è leggermente superiore rispetto a quella dell'Italia (28%). Tra le ASL regionali la prevalenza di fumatori è minima a Lanciano-Vasto-Chieti (26%).

- Sulla base dei dati PASSI relativi al quadriennio 2009-2012, si stima che a Lanciano-Vasto-Chieti il 48% degli adulti 18-69enni presenti un eccesso ponderale (in Abruzzo e in Italia il 42%).

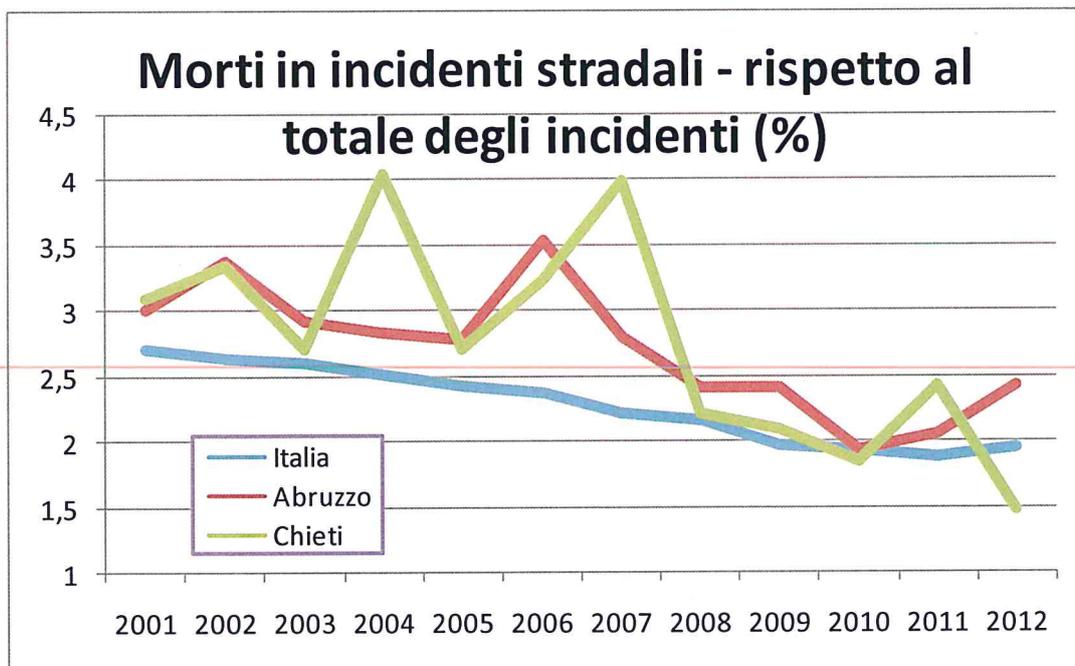
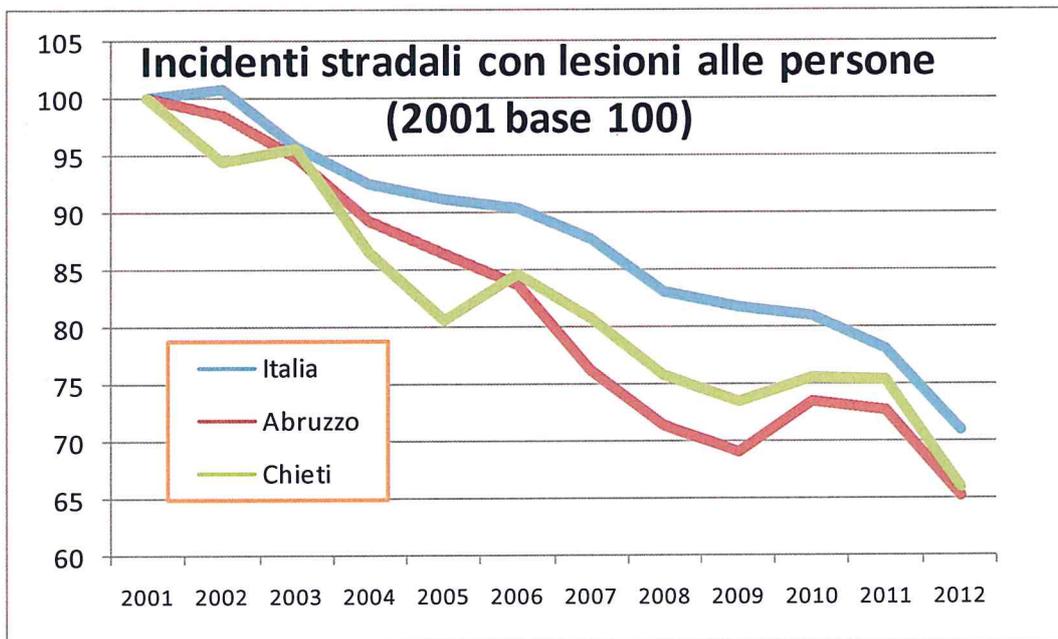
- Ogni 100 persone si reputano in buona salute il 20,5% in Abruzzo verso il 66,8% del resto d'Italia (Indagine multiscopo Istat 2013)

- La rilevazione degli incidenti stradali con lesioni alle persone riguarda tutti gli incidenti stradali verificatisi sulla rete stradale del territorio nazionale, verbalizzati da un'authority di Polizia o dai Carabinieri, avvenuti su una strada aperta alla circolazione pubblica e che hanno causato lesioni a persone, morti e/o feriti, con il coinvolgimento di almeno un veicolo. La rilevazione è condotta correntemente dall'Istat, con la partecipazione dell'ACI e di numerosi Enti pubblici istituzionali, è a carattere totale e a cadenza mensile.

<sup>2</sup><http://www.minambiente.it/pagina/sic-zsc-e-zps-italia>



- Il 4,9% dei cittadini dell'Asl Lanciano-Vasto-Chieti sono stranieri residenti, 4,8% nella città di Chieti, 3,6% a Lanciano, 4,4% a Ortona, 5,3% a Vasto, 6,8% Francavilla al mare, 6% in Abruzzo e 7,5% in Italia.
- Le famiglie con il primo quinto di reddito equivalente (più basso) sono il 25,9% in Abruzzo, mentre il quinto più alto comprende l'11,3%. Tale dato va comparato con la media italiana che comprende nel primo quinto il 20 per cento delle famiglie con i redditi più bassi, nell'ultimo quinto il 20 per cento di famiglie con i redditi più alti;




**Reddito imponibile Irpef 2011**

**Comuni nel primo decile (reddito medio 10% più alto)**

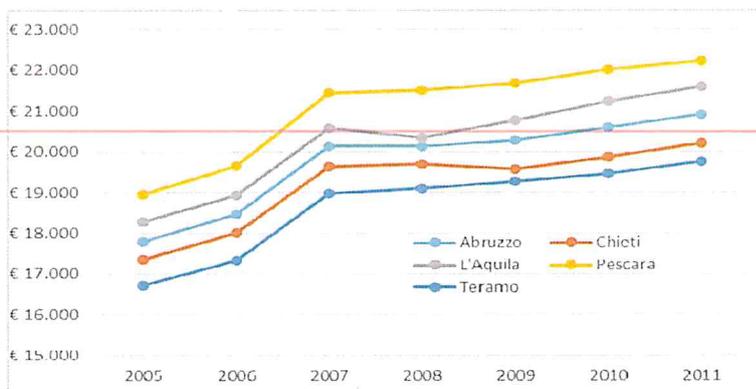
Comune	€ medi / popolazione	% 65+	Indice Vecchiaia
Chieti	€ 12.950	23%	200%
Fara San Martino	€ 12.704	25%	222%
Taranta Peligna	€ 11.803	35%	627%
FrancaVilla al Mare	€ 11.702	19%	148%
Vasto	€ 11.143	20%	145%
Lanciano	€ 10.830	22%	173%
Treglio	€ 10.551	17%	105%

**Comuni ultimo decile**

Comune	€ medi / popolazione	% 65+	Indice Vecchiaia
Palmoli	€ 6.894	32%	327%
Civitaluparella	€ 6.888	27%	282%
Ari	€ 6.833	32%	318%
Montazzoli	€ 6.821	28%	240%
Roccaspinalveti	€ 6.750	32%	307%
Castiglione Messer Marino	€ 6.712	30%	266%
Pennapedimonte	€ 6.603	33%	311%
Vacri	€ 6.582	25%	196%
Carpineto Sinello	€ 6.578	32%	260%
Liscia	€ 6.546	31%	261%
Castelguidone	€ 6.423	32%	324%
Colledimezzo	€ 6.096	33%	533%
Fraine	€ 5.770	37%	377%
Fallo	€ 5.475	32%	277%
Schiavi di Abruzzo	€ 5.398	60%	1863%

La tabella a fianco compara i dati sul reddito imponibile ai fini delle addizionali Irpef, dei comuni della provincia di Chieti che entrano nel primo e nell'ultimo decile (il reddito medio che si colloca al 10% più alto e 10% più basso). A fianco al reddito medio dei singoli comuni sono indicati i valori della percentuale dei soggetti > 65 anni su tutta la popolazione e l'indice di vecchiaia. E' evidente una correlazione inversa tra il reddito imponibile medio e la frazione della popolazione anziana.

Nota metodologica. Utilizzando il reddito equivalente i redditi medi possono essere ordinati dal più basso al più alto e successivamente divise in cinque gruppi (quinti) o dieci (decili). Elaborazioni su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze relativi all'anno d'imposta 2011.



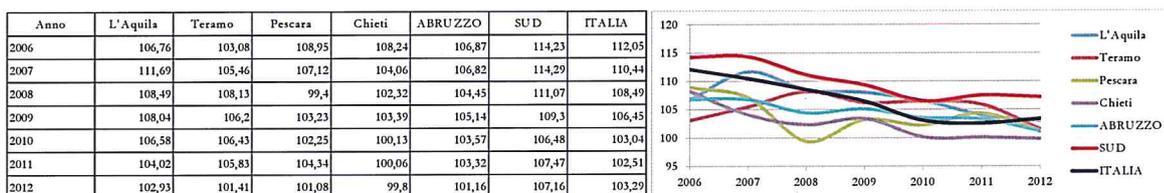
Dati annui sul reddito imponibile alle persone fisiche ai fini delle addizionali all'irpef nella regione Abruzzo, elaborazione su dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze, evidenzia la crisi economica sopraggiunta nel 2008 (con un evidente arresto della crescita) e mostra differenze, seppur minime, tra i redditi dichiarati nelle quattro province (Pescara presenta un reddito mediamente superiore del 13% di quello dichiarato da Teramo).

## 1.6 | MORTALITA'

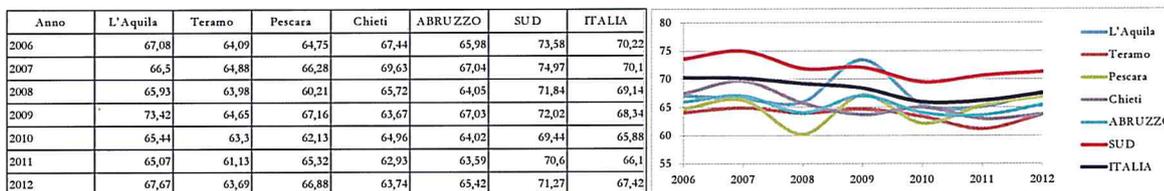
Le statistiche sulle cause di morte costituiscono la principale fonte statistica per definire lo stato di salute di una popolazione e per rispondere alle esigenze di programmazione sanitaria di un paese.

Il principale indicatore epidemiologico che consente di confrontare per circoscrizioni geografiche (Regioni e ASL) i rischi per patologia è la mortalità: il tasso standardizzato di mortalità (TSM), fornisce una stima del rischio di morte corretto per l'età. Sono rappresentati, per sesso, i dati ISTAT (Health for All) relativi alla serie storica 2006-2012 (ultimo dato disponibile) e confrontati quelli delle 4 ASL provinciali con l'andamento del SUD della penisola e dell'ITALIA intera che evidenziano un sostanziale allineamento dell'indicatore regionale e provinciale a quello nazionale, con un trend più positivo rispetto al tasso riferito al SUD Italia. Nel caso della provincia di L'Aquila si osserva un aumento di mortalità per il sesso femminile nell'anno 2009.

Tasso Standardizzato di Mortalità tutte le cause - Maschi

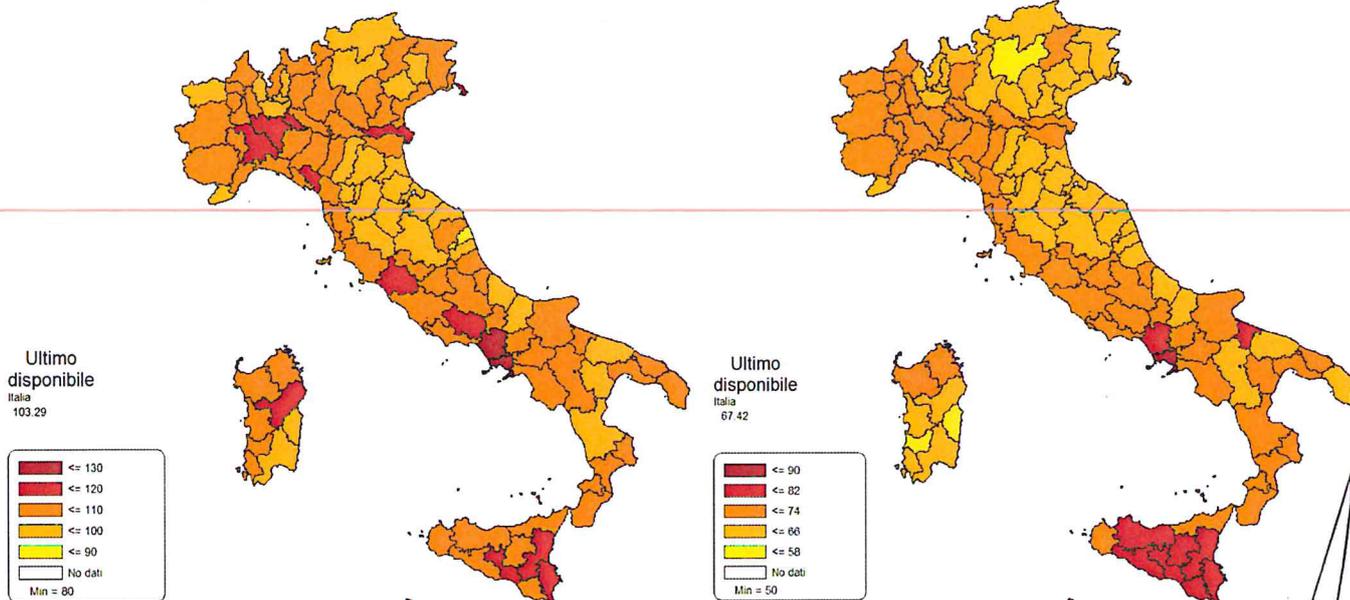


Tasso Standardizzato di Mortalità tutte le cause - Femmine



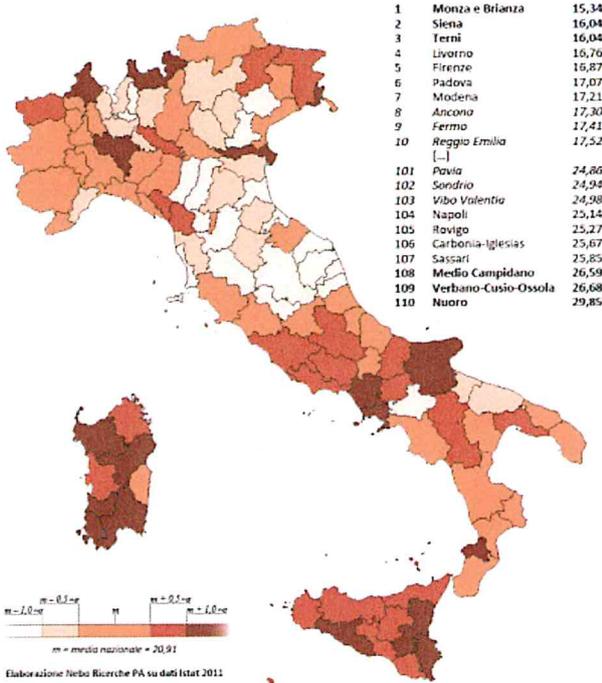
Tasso std mortalità M

Tasso std mortalità F



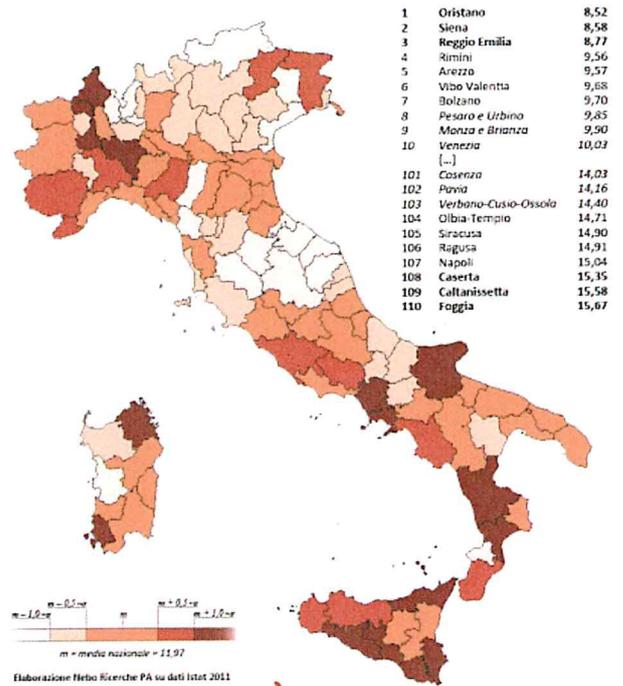
**Giorni di vita perduti pro-capite per mortalità evitabile - Maschi**

Cartogramma con indicazione delle prime e delle ultime 10 province della classifica MEV(i) 2014



**Giorni di vita perduti pro-capite per mortalità evitabile - Femmine**

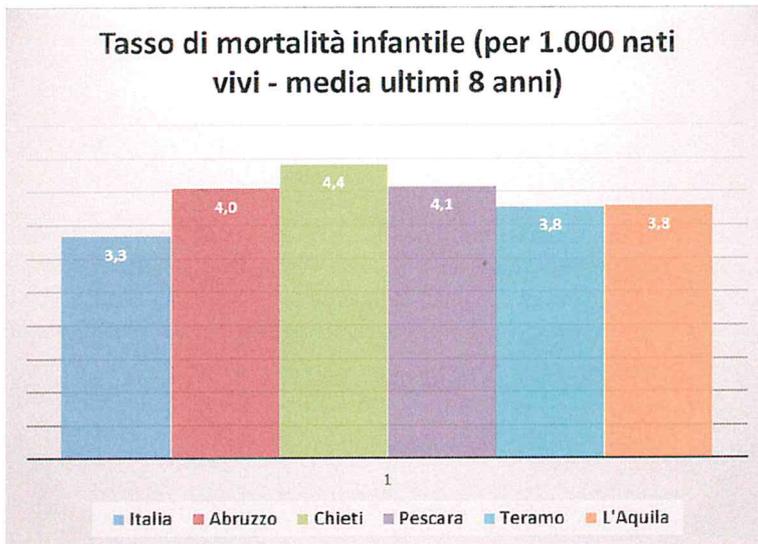
Cartogramma con indicazione delle prime e delle ultime 10 province della classifica MEV(i) 2014



Gli indicatori standardizzati di mortalità evitabile - con prevenzione primaria, diagnosi precoce/terapia ed assistenza sanitaria/igiene - mostrano variazioni fra ASL e territori con eccessi di rischio. Mortalità evitabile evidenziabile soprattutto a livello della ASL di L'Aquila per il sesso maschile.



Come evidenziato nel grafico, mentre la mortalità generale è omogenea nelle popolazioni delle quattro Asl della Regione Abruzzo, e sostanzialmente in linea con quella nazionale, viene naturale sottolineare la differenza di mortalità di genere, che è del 35% più alta nei maschi

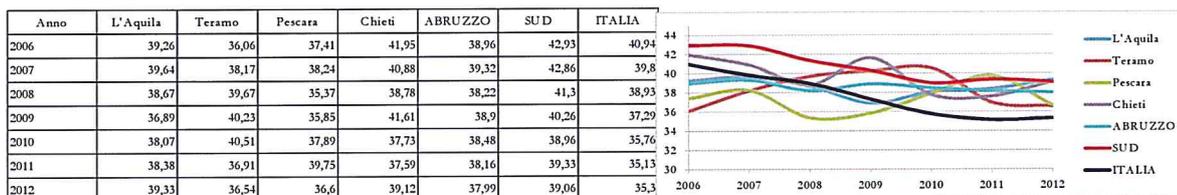


Il tasso medio di mortalità infantile (decessi nel primo anno di vita ogni 1.000 nati vivi) degli ultimi otto anni in Abruzzo è appena superiore a quello medio italiano, con un eccesso in provincia di Chieti. Poco più di un secolo fa, nel 1887, l'indice era di 347 decessi per mille nati vivi, 100 volte superiore. Oggi il tasso di mortalità dei bambini sotto i 5 anni in Italia è inferiore a quello medio europeo e a quello degli Stati Uniti. Il confronto con i paesi in via di sviluppo mette in evidenza che il tasso di alcuni paesi africani è vicino a quello che l'Italia presentava negli anni

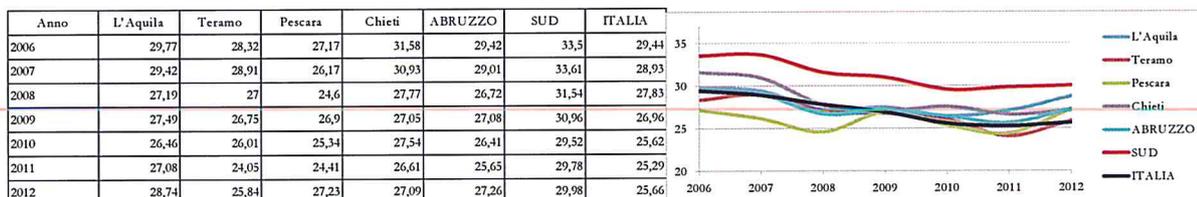
'30 mentre quello di alcuni paesi asiatici è paragonabile al tasso dell'Italia negli anni '50 (Figura 1). Se alla fine dell'800 i bambini morivano principalmente a causa di malattie infettive, oggi il 72% dei decessi è dovuto a condizioni di origine perinatale (48%) e a malformazioni congenite (24%).

### Per alcuni gruppi di cause è stato rappresentato il dettaglio per provincia e confrontato con quello nazionale e del SUD (ISTAT-HFA) 2012

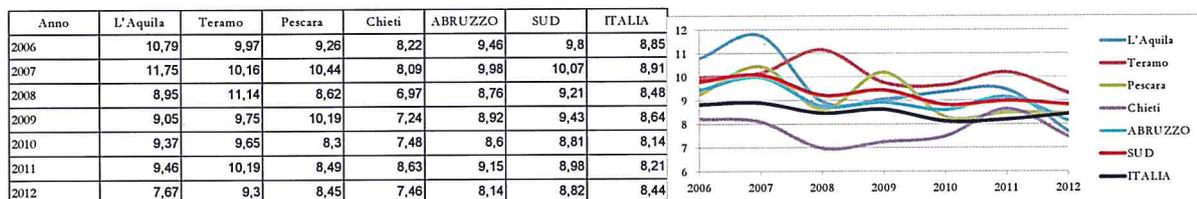
Tasso Standardizzato di Mortalità malattie cardiovascolari Maschi



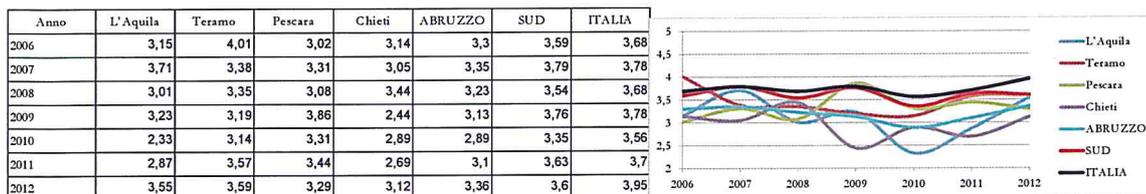
Tasso Standardizzato di Mortalità malattie cardiovascolari Femmine



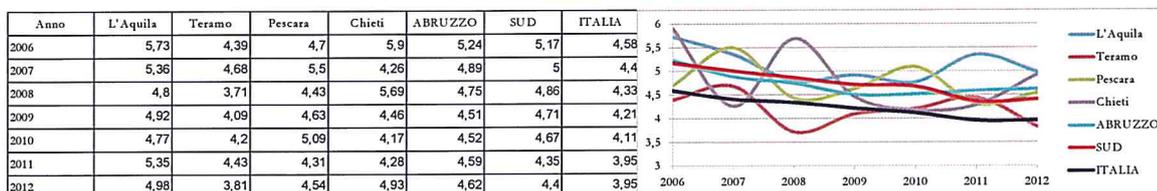
Tasso Standardizzato di Mortalità apparato respiratorio Maschi



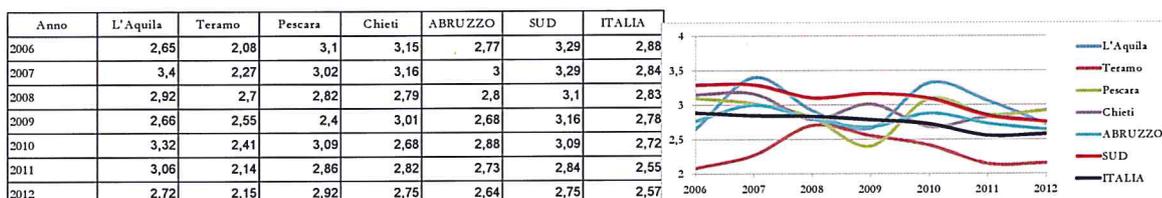
Tasso Standardizzato di Mortalità apparato respiratorio Femmine



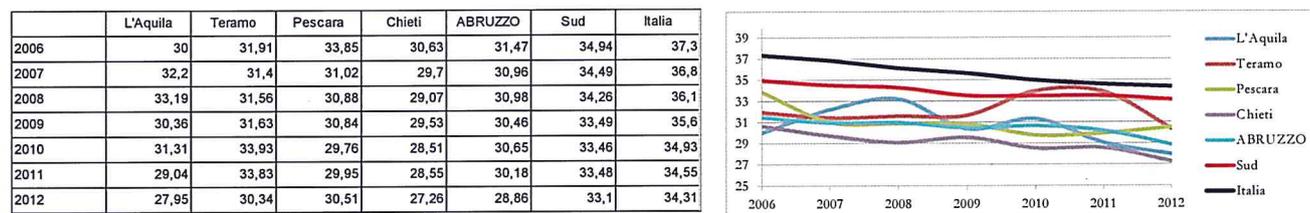
Tasso Standardizzato di Mortalità apparato digerente Maschi



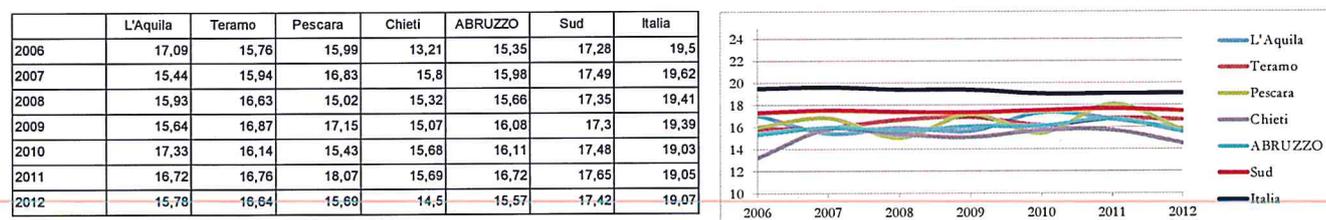
Tasso Standardizzato di Mortalità apparato digerente Femmine



Tasso Standardizzato di Mortalità Tumori maligni Maschi



Tasso Standardizzato di Mortalità Tumori maligni Femmine



**Aborti spontanei e interruzioni volontarie della gravidanza**

A partire dal 1979 l'Istituto nazionale di statistica conduce un'indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza, a seguito dell'entrata in vigore della legge numero 194/78. Di seguito un confronto tra il tasso di abortività (numero di aborti ogni 1000 nati) della provincia di Chieti, la regione Abruzzo e l'Italia, distinto tra abortività spontanea e Interruzione volontaria di gravidanza.



## 1.7 | MALATTIE

### Trattati in assistenza farmaceutica 2014 ogni 100 ab.

Fascia di età	Femmine	Maschi
0-14	59%	61%
15-44	62%	50%
45-64	86%	77%
> 65 anni	100%	100%
Totale	79%	70%

La classificazione ATC è un sistema internazionale di classificazione Anatomica Terapeutica Chimica che permette di identificare con livelli di dettaglio progressivamente maggiori, tutti i farmaci e le sostanze ad uso terapeutico. Nel sistema di classificazione ATC, i farmaci sono suddivisi in gruppi sulla base degli organi o apparati su cui agiscono e delle loro proprietà chimiche, farmacologiche e terapeutiche. La classificazione è articolata in cinque livelli gerarchici. Al primo livello, i farmaci sono divisi in quattordici gruppi anatomici principali: identifica il principale organo bersaglio del gruppo dei farmaci (es: apparato cardiovascolare, gastrointestinale, ecc.). La tabella riporta per il primo livello ATC il numero delle persone che hanno assunto almeno un farmaco nel 2014 e la prevalenza sulla popolazione residente. Risulta evidente che il 78% della popolazione utilizza farmaci per disturbi o patologie riferibili alle classi anatomiche descritte. La terapia farmacologica territoriale viene impiegata nel 44% per trattamenti infettivi e in seconda istanza per malattie cardiovascolari (30%) e dell'apparato gastrointestinale (29%). Successivamente, con una prevalenza compresa tra il 15 e il 20%, le malattie del sangue, ormonali e metaboliche (tra cui il diabete), il muscolo-scheletrico e il respiratorio.

Numero di trattati per Gruppo ATC (I livello). Soggetti che hanno ricevuto, nel 2014 almeno una prescrizione farmacologica del gruppo ATC in esame

1° Livello Atc	Totale trattati	Trattati x 100 residenti
(A) Apparato gastrointestinale e metabolismo	114.144	29%
(B) Sangue e organi emopoietici	66.028	17%
(C) Sistema cardiovascolare	116.559	30%
(D) Dermatologici	5.884	1%
(G) Sistema genito-urinario ed ormoni sessuali	20.598	5%
(H) Preparati ormonali sistemici, esclusi ormoni sessuali e insuline	64.847	16%
(J) Antinfettivi per uso sistemico	172.502	44%
(L) Farmaci antineoplastici ed immunomodulatori	4.311	1%
(M) Sistema muscolo-scheletrico	83.346	21%
(N) Sistema nervoso	48.130	12%
(P) Farmaci antiparassitari, insetticidi e repellenti	1.737	0%
(R) Sistema respiratorio	60.763	15%
(S) Organi di senso	11.069	3%
(V) Vari	2.402	1%
<b>Totale trattati</b>	<b>306.375</b>	<b>78%</b>

**Asl 2 Lanciano Vasto Chieti - Integrazione Ospedale Territorio**

**Pazienti, dimissioni e importo dei ricoveri dei residenti in ASL2 del periodo 2011-2014 affetti dalle patologie croniche prese in esame confrontati con quelle delle altre patologie**

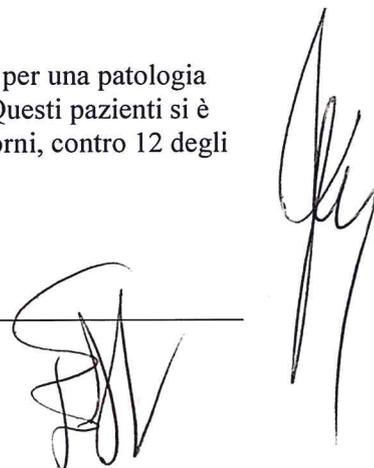
Indici	Cronici	Altre patologie	Totale	Percentuale Cronici
<b>Pazienti</b>	23.539	131.952	155.491	15%
<b>Ricoveri</b>	92.606	190.680	283.286	33%
<b>Giornate di degenza</b>	772.073	1.633.683	2.405.756	32%
<b>Importo (€)</b>	€ 369.012.674	€ 491.916.391	€ 860.929.064	43%
<b>Dimissioni pro-capite</b>	<b>3,9</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>	<b>2,72</b>
<b>Giornate di degenza pro-capite</b>	<b>32,8</b>	<b>12,4</b>	<b>15,5</b>	<b>2,65</b>
<b>Importo pro-capite</b>	<b>€ 15.677</b>	<b>€ 3.728</b>	<b>€ 5.537</b>	<b>4,21</b>

**Distribuzione per le patologie croniche prese in esame 2014**

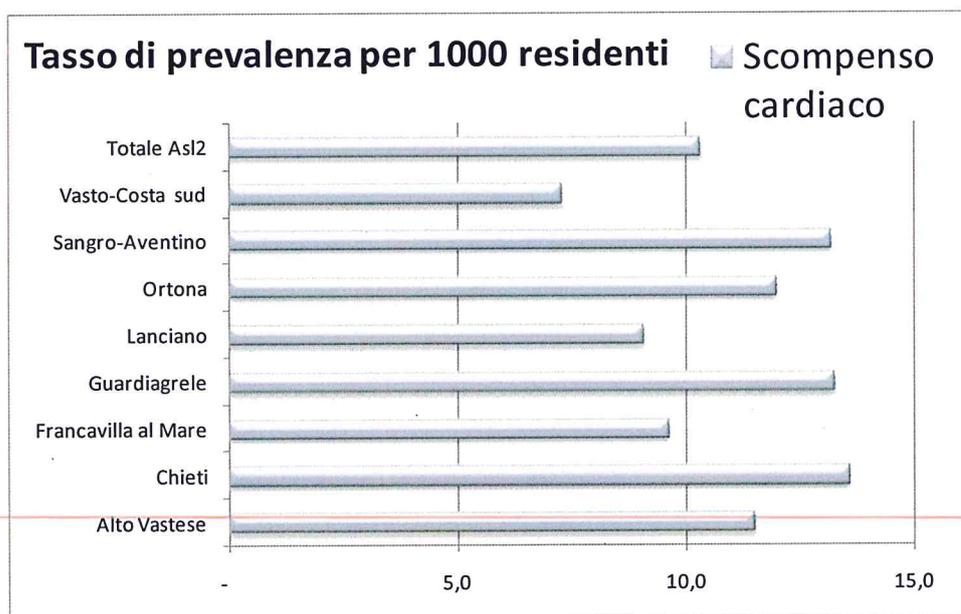
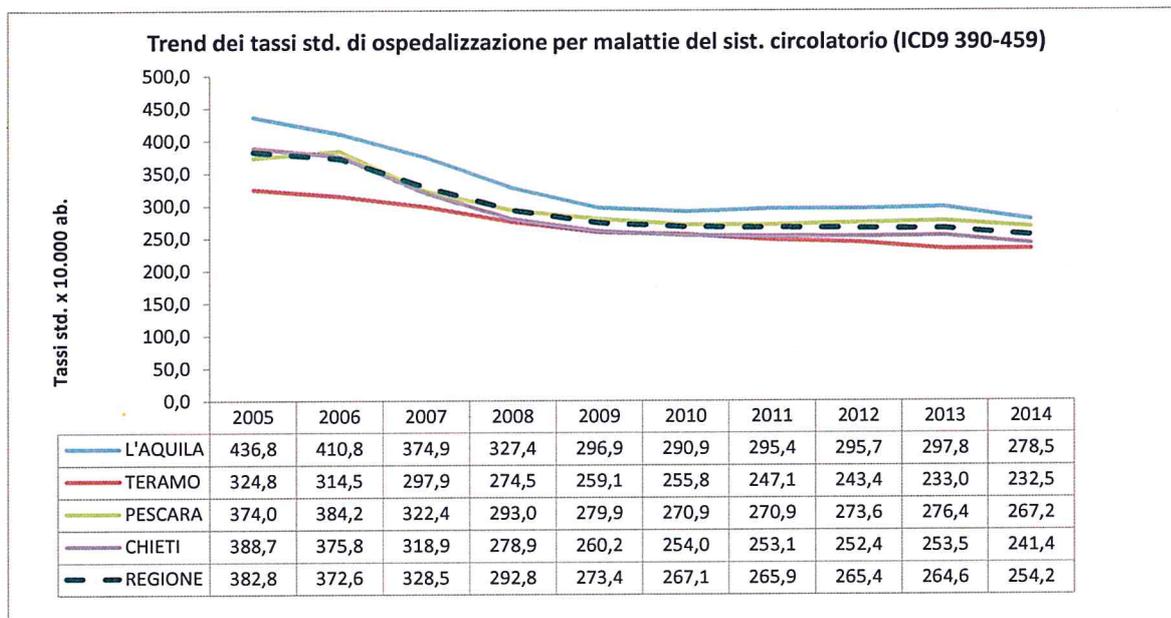
Patologia cronica	n. Casi	Ricoveri	Importo (€)	Dimissioni pro-capite	Importo pro-capite
<b>Bpco</b>	3.658	9.705	€ 36.659.002	2,65	€ 10.022
<b>Diabete</b>	5.620	14.670	€ 57.659.341	2,61	€ 10.260
<b>Scopenso</b>	6.962	39.304	€ 156.067.877	5,65	€ 22.417
<b>Tumori maligni</b>	7.299	28.927	€ 118.626.453	3,96	€ 16.252
<b>Totale</b>	23.539	92.606	€ 369.012.674	3,93	€ 15.677

*N.B. I criteri usati per la selezione da SDO sono quelli del PNE*

Il 15% dei pazienti residenti nella Asl2, è ricoverato in ospedale negli ultimi 4 anni per una patologia cronica; queste sono causa del 33% dei ricoveri e il 43% della spesa complessiva. Questi pazienti si è ricoverato in media 4 volte (contro 1,5 degli altri), con una degenza media di 32 giorni, contro 12 degli altri. Sono elencate la malattie croniche considerate e l'impatto relativo.

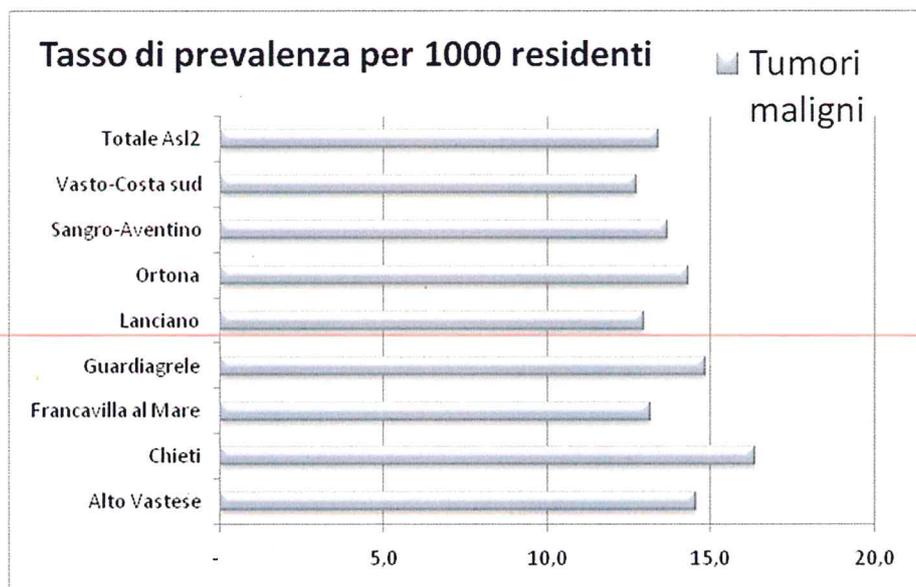
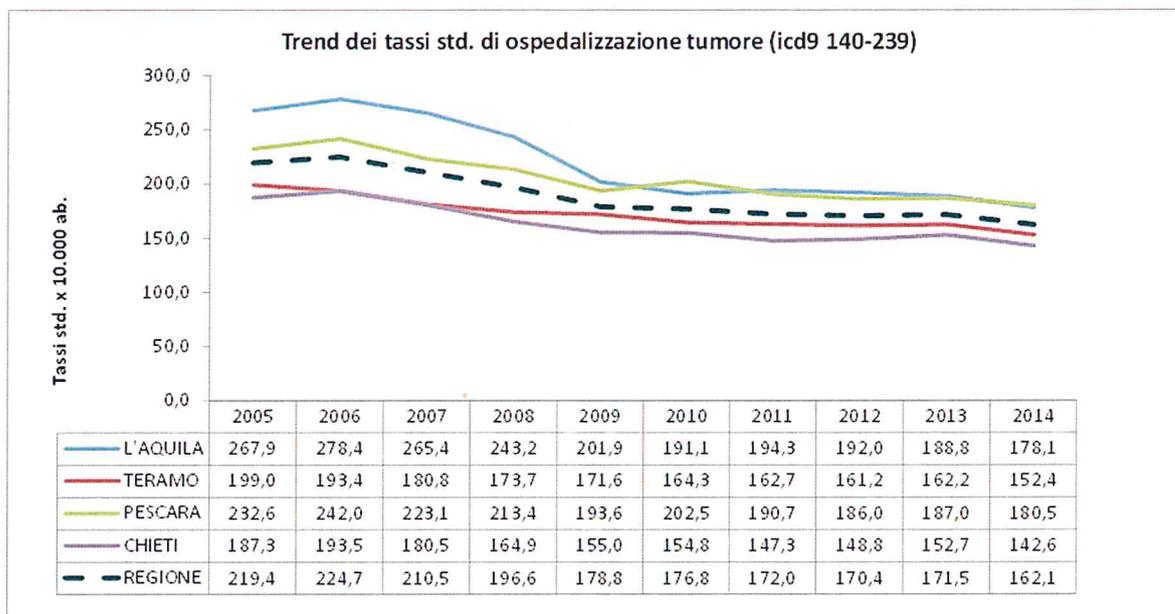


Il tasso standardizzato di ospedalizzazione per le **malattie del sistema cardio- e cerebro-vascolare** si è ridotto fortemente e costantemente dal 2005 al 2014 (-34% a livello regionale, -38% nella Asl2). Nonostante la netta riduzione, tuttavia, il tasso di ricovero per patologie cardiovascolari, in Abruzzo continua ad essere superiore alla media nazionale. Le differenze tra le province sono diminuite ma permane un 20% di differenza tra le province, dato che tutti i tassi sono standardizzati per età, le cause di queste differenze (temporali e spaziali) non vanno ricercate nella differente distribuzione per gravità di patologia della popolazione, piuttosto nei differenti stili di trattamento.



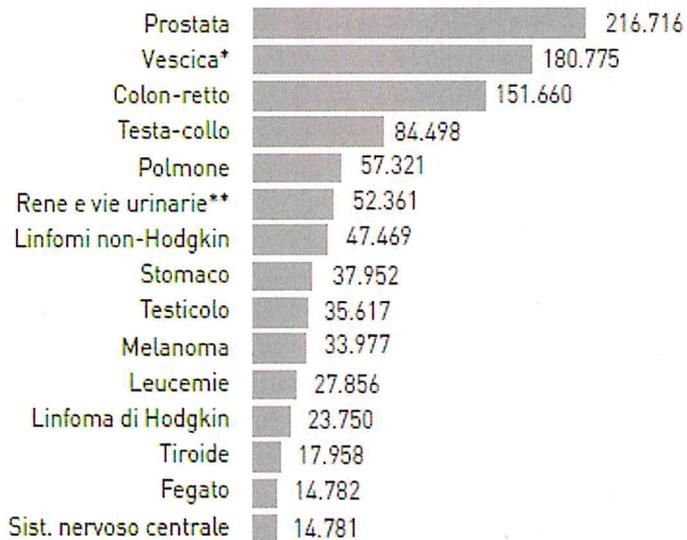
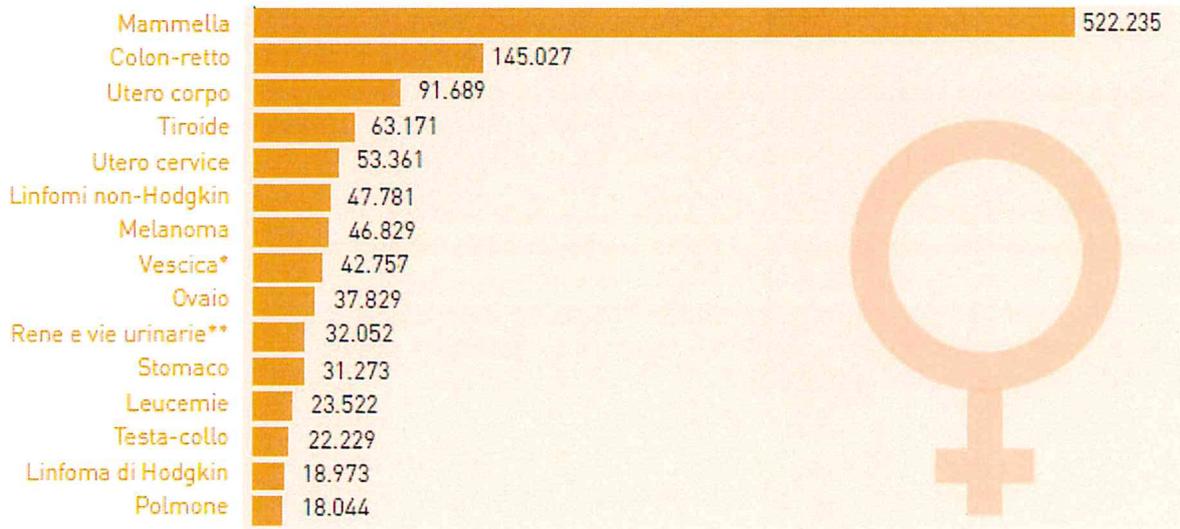
**Tumori**

Dal 2005 il tasso standardizzato di ricovero per patologie tumorali è diminuito costantemente in tutte le province, o è rimasto sostanzialmente stabile. Nel complesso, dal 2005 al 2014 la riduzione a livello regionale è stata del 21,8%. La riduzione dei ricoveri è stata più marcata nella provincia di L'Aquila (-29,5%), che mostrava il tasso più elevato, piuttosto che nelle altre province. Ciò ha determinato un parziale riequilibrio delle differenze tra province, che tuttavia rimangono ampie (in particolare tra Chieti - 152 ricoveri x10.000 abitanti - e la stessa L'Aquila, con 189 ricoveri x10.000 abitanti). Nel 2012 il tasso di ricovero per tumori in Abruzzo era in linea (superiore di soli 2,0 punti) rispetto alla media nazionale, per cui è lecito attendersi che tale risultato sia confermato nel 2015.



Aumenta la sopravvivenza per tutti i tumori. In 18 anni (dal 1990 al 2007) in Italia la sopravvivenza delle donne a 5 anni di distanza dalla diagnosi per tutti i tumori è cresciuta dal 54,2% al 62,7%, mentre negli uomini è passata dal 41,3% al 54,6%. L'incremento nelle donne è stato dell'8,5%, negli uomini ha raggiunto il 13,3%. La stima è standardizzata per sede per evitare che la variazione dipenda dal cambiamento nel tempo

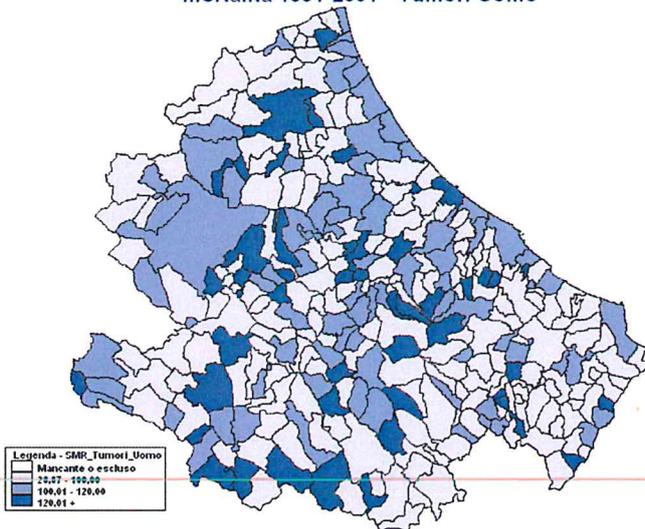
**Numero stimato di casi prevalenti di tumori maligni in italiaper sesso. Prime 15 sedi per frequenza.**



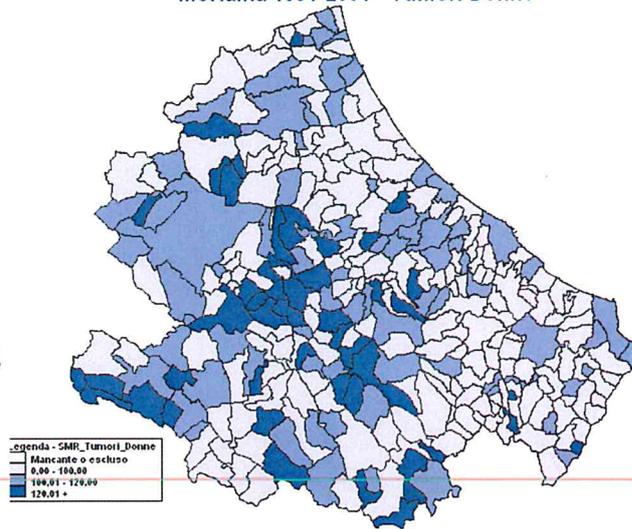
AIRTUM 2006-2008. Tassi di mortalità per tumore standardizzati sulla popolazione europea per area geografica e sesso. Differenze percentuali rispetto al Nord.

	Maschi		Femmine	
	Centro	Sud	Centro	Sud
Vie aerodigestive superiori	-33%	-15%	-49%	-22%
Esofago	-57%	-34%	-58%	-34%
Stomaco	6%	-33%	7%	-39%
Colon-retto	-1%	-28%	-1%	-23%
Colon	-7%	-32%	-3%	-26%
Retto	15%	-18%	5%	-14%
Fegato	-39%	17%	-19%	65%
Colecisti e vie biliari	-17%	23%	-9%	18%
Pancreas	-23%	-12%	-27%	-21%
Polmone	-12%	-10%	-18%	-40%
Mammella	4%	21%	-20%	-27%
Utero cervice	-	-	-6%	-14%
Utero corpo	-	-	-12%	-7%
Ovaio	-	-	-17%	-20%
Prostata	-25%	-47%	-	-
Leucemie	7%	-12%	-5%	-8%
Tutti i tumori, escl. carcinomi della cute	-15%	-23%	-14%	-23%

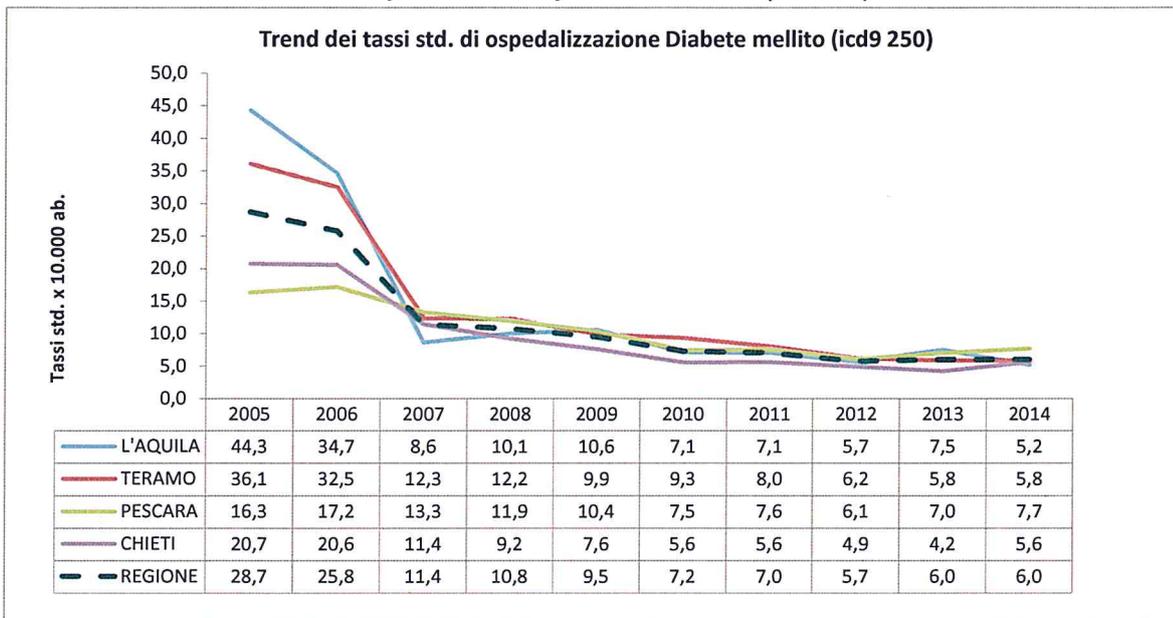
Mortalità 1991-2001 - Tumori Uomo



Mortalità 1991-2001 - Tumori Donne



**Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per diabete mellito (icd9 250)**

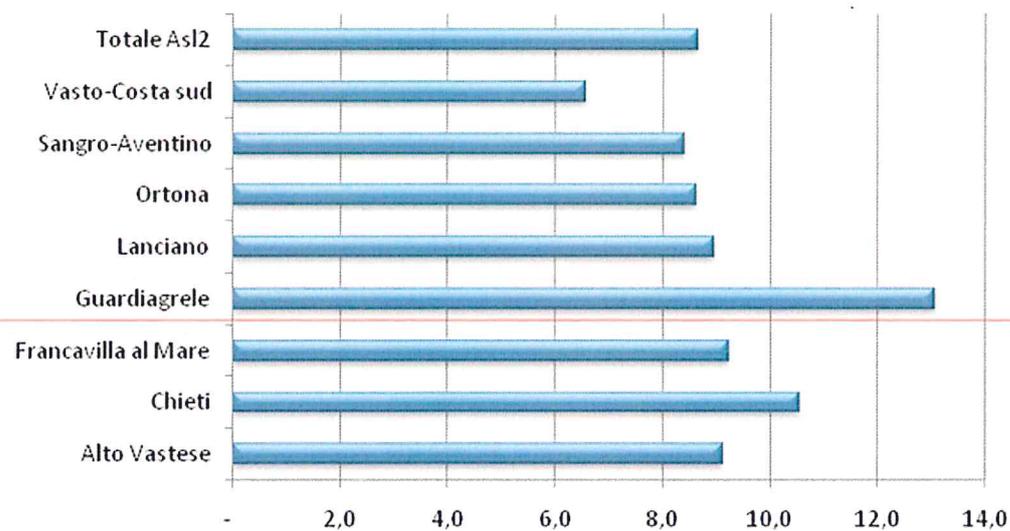


Di

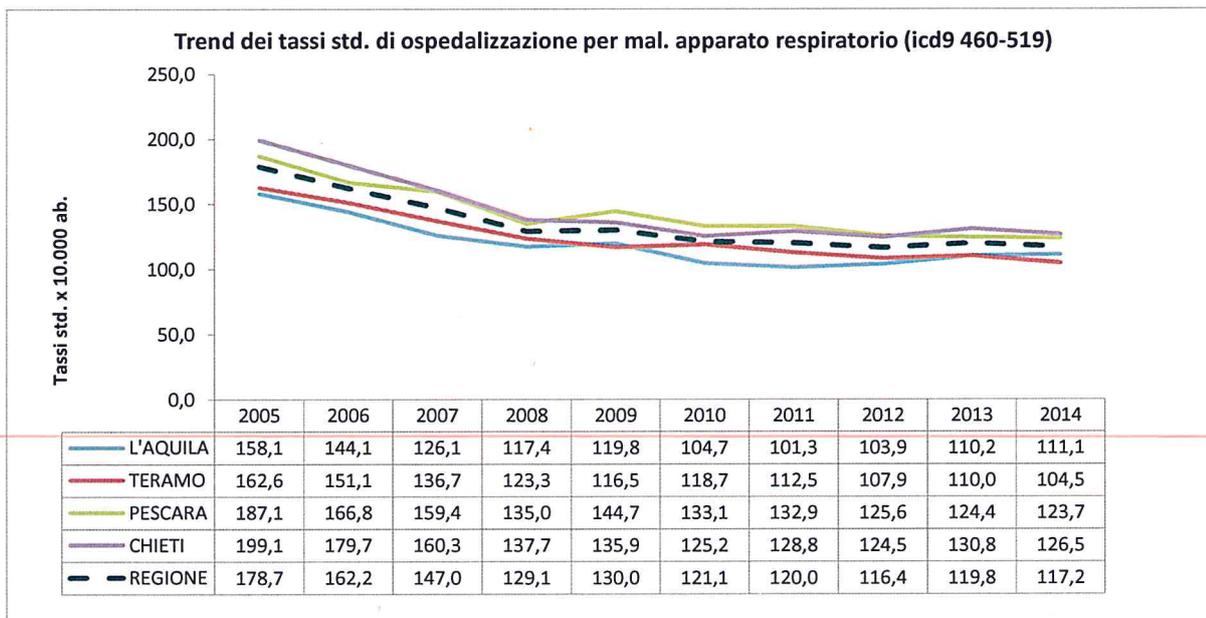
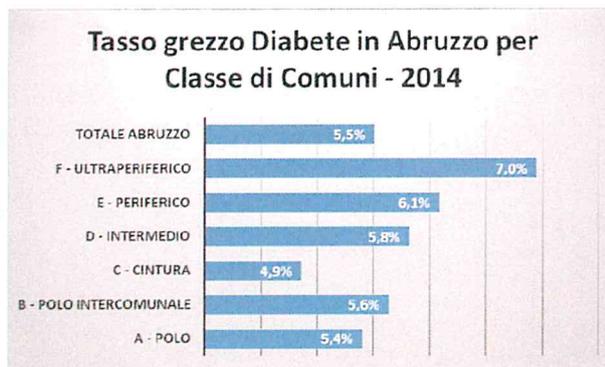
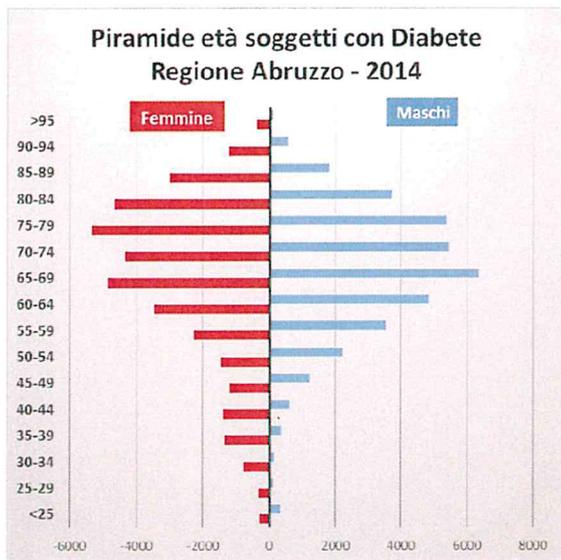
tutte le patologie, il diabete mellito è quella che ha mostrato la più evidente, e per certi versi clamorosa, riduzione del tasso di ospedalizzazione. Nel 2005, il tasso di ricovero regionale era pari a 28,7 x 10.000 abitanti. Nel 2013 lo stesso tasso è stato 6,0, con una riduzione del 79,1% (79,7% nella Asl2). Inoltre, a fronte della drastica diminuzione dei ricoveri intra-regionali, sono calate anche i ricoveri in ospedali extra-regionali. Il crollo è stato tale che, se nel 2005 l'Abruzzo aveva un tasso superiore alla media nazionale, nel 2012 la media nazionale era oltre il doppio del tasso abruzzese. È probabile che abbiano agito fattori quali un miglior coordinamento tra i Medici di Medicina Generale ed i Centri diabetologici, e/o le iniziative volte a ridurre l'inappropriatezza del ricorso ospedaliero.

**Tasso di prevalenza per 1000 residenti**

■ Bpco



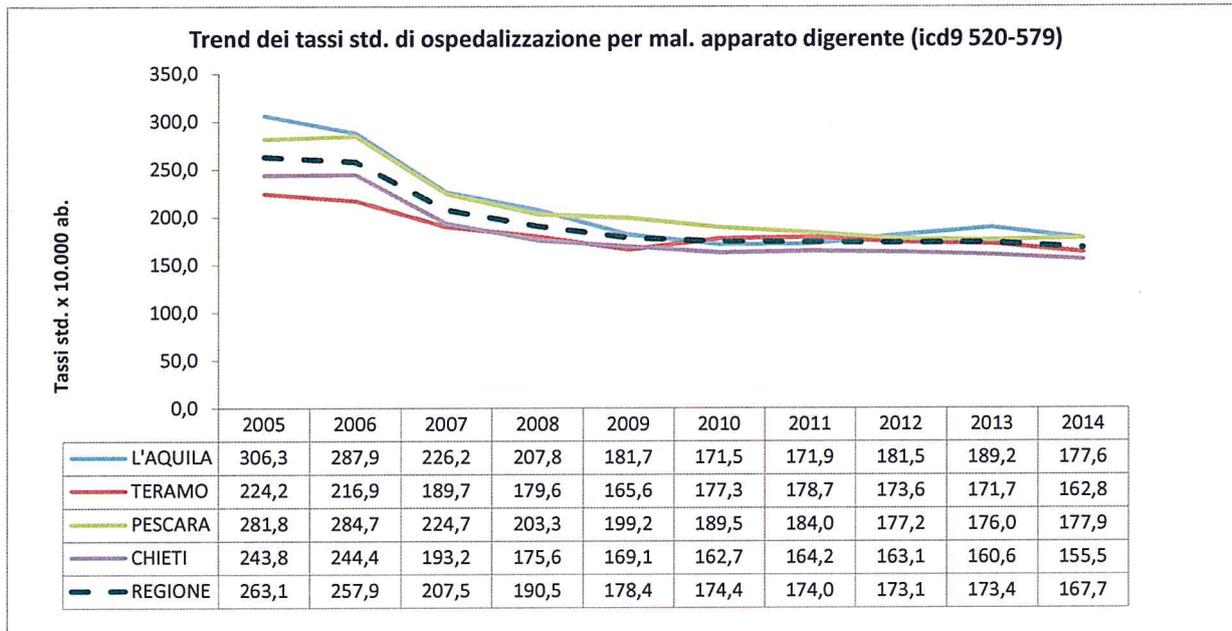
Di tutte le patologie, il diabete mellito è quella che ha mostrato la più evidente, e per certi versi clamorosa riduzione del tasso di ospedalizzazione. Nel 2005, il tasso di ricovero regionale era pari a 28,7 x 10.000 abitanti. Nel 2014 lo stesso tasso è stato 6,0, con una riduzione del 79,1%. Inoltre, a fronte della drastica diminuzione dei ricoveri intra-regionali, sono calate anche i ricoveri in ospedali extra-regionali. Il crollo è stato tale che, se nel 2005 l'Abruzzo aveva un tasso superiore alla media nazionale, nel 2014 la media nazionale era oltre il doppio del tasso abruzzese. La piramide di età dei soggetti con diabete descrive una alta prevalenza tra le età > di 65 anni e il tasso grezzo per le classi dei Comuni del Ministero dell'Economia evidenzia una maggiore prevalenza nei Comuni ultraperiferici e periferici della Regione.



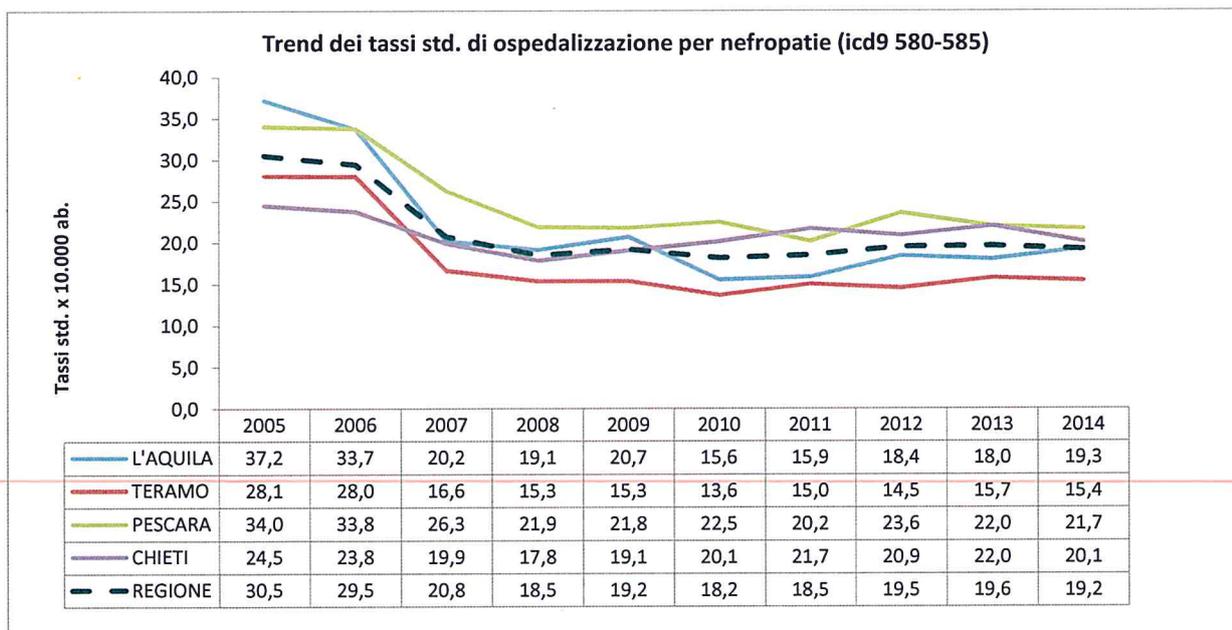
Regione: Trend dei tassi standardizzati di ospedalizzazione per **malattie dell'apparato respiratorio** (ICD9 460-519) ricalca perfettamente quello osservato per le patologie tumorali: il tasso di ricovero è diminuito costantemente in tutte le province, con l'eccezione dell'ultimo anno, nel quale è rimasto sostanzialmente stabile. A livello regionale, rispetto al 2005, nel 2013 il tasso di era ridotto del 33,0%. In questo caso, tuttavia, nel 2012 il tasso abruzzese è apparso in linea alla media nazionale. A livello provinciale, i valori delle province si sono avvicinati, anche se permane un certo

squilibrio tra il Nord-Est ed il Sud-Ovest dell'Abruzzo (con le province di Chieti e Pescara che continuano a mostrare tassi più elevati).

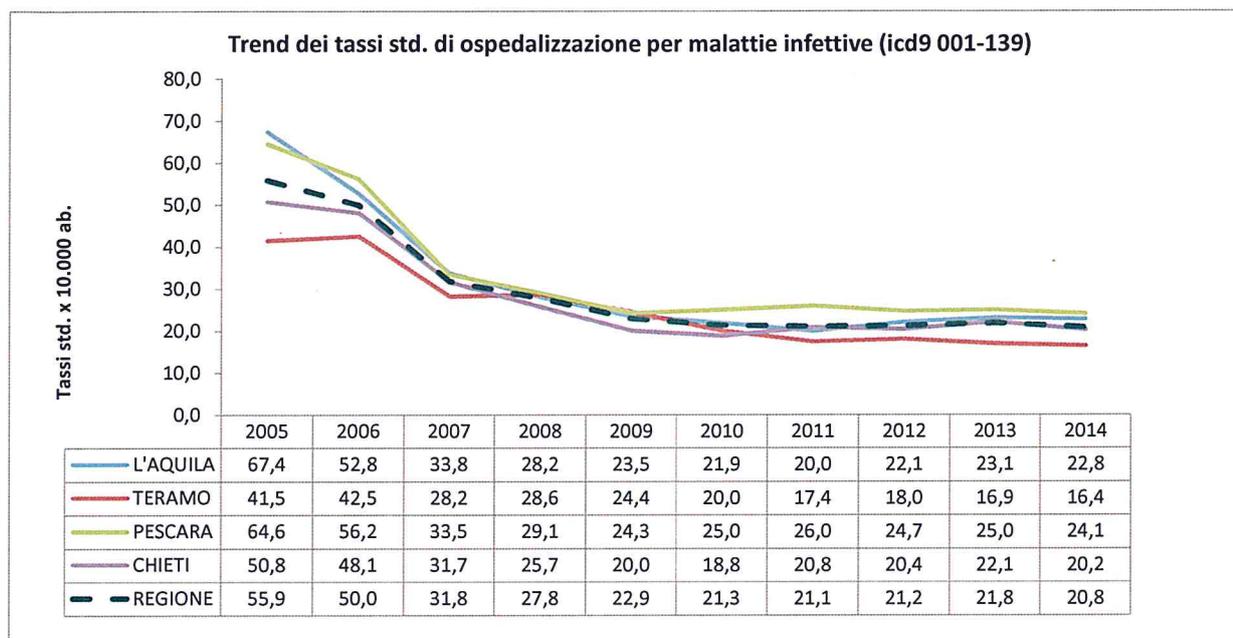
**Tasso ospedalizzazione mal. apparato digerente**



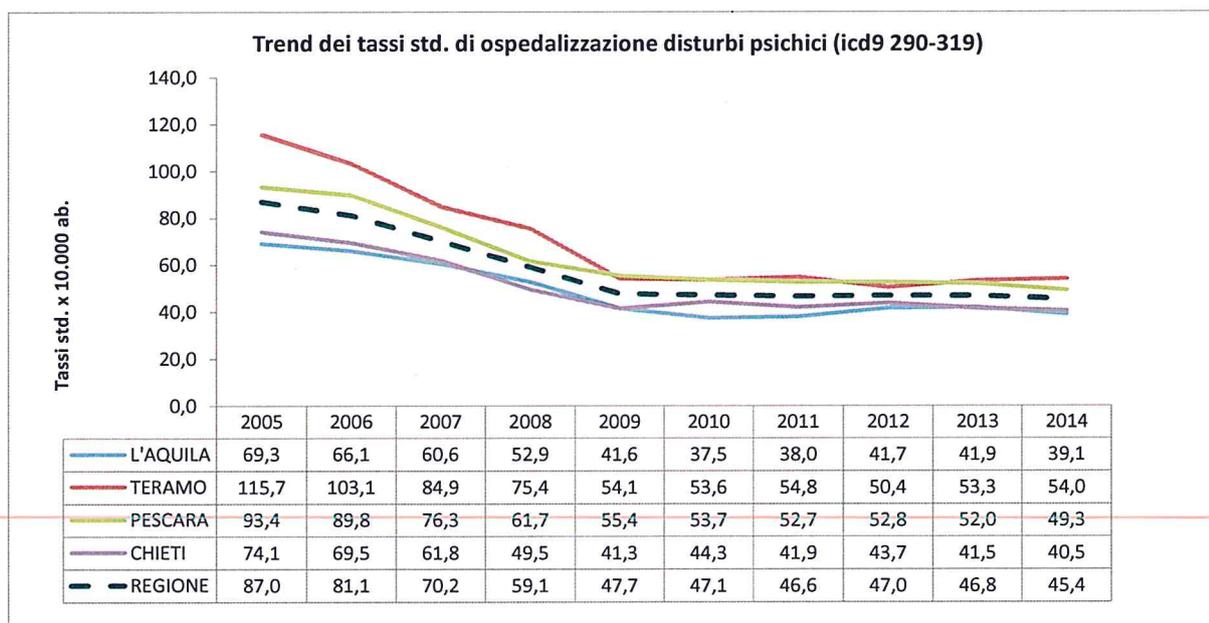
**Tasso ospedalizzazione nefropatie**



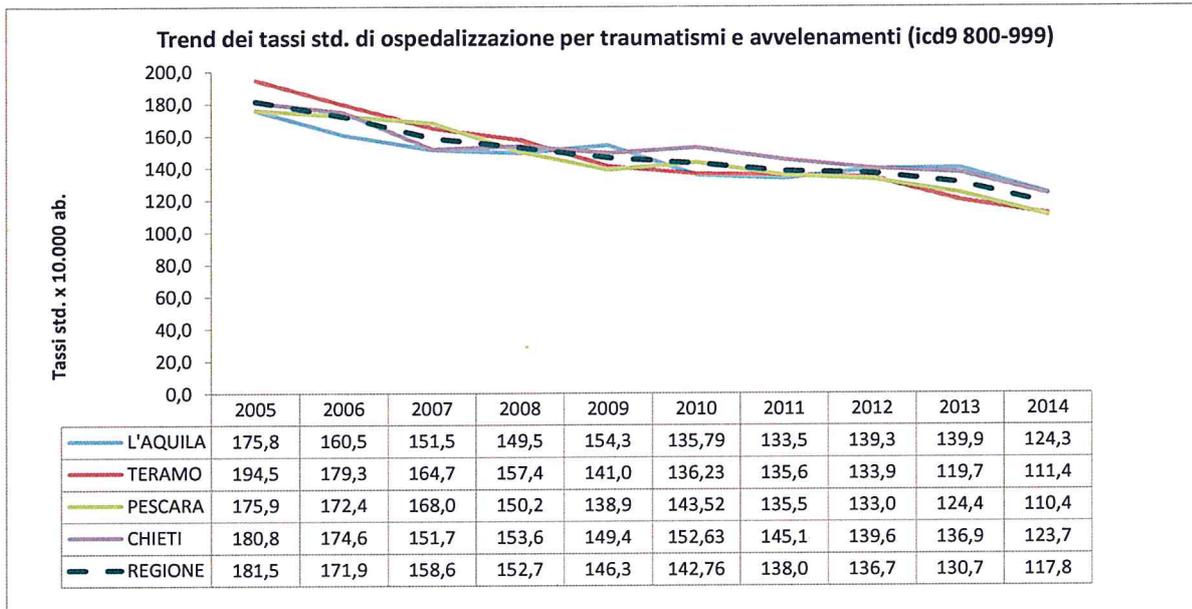
### Tasso ospedalizzazione malattie infettive



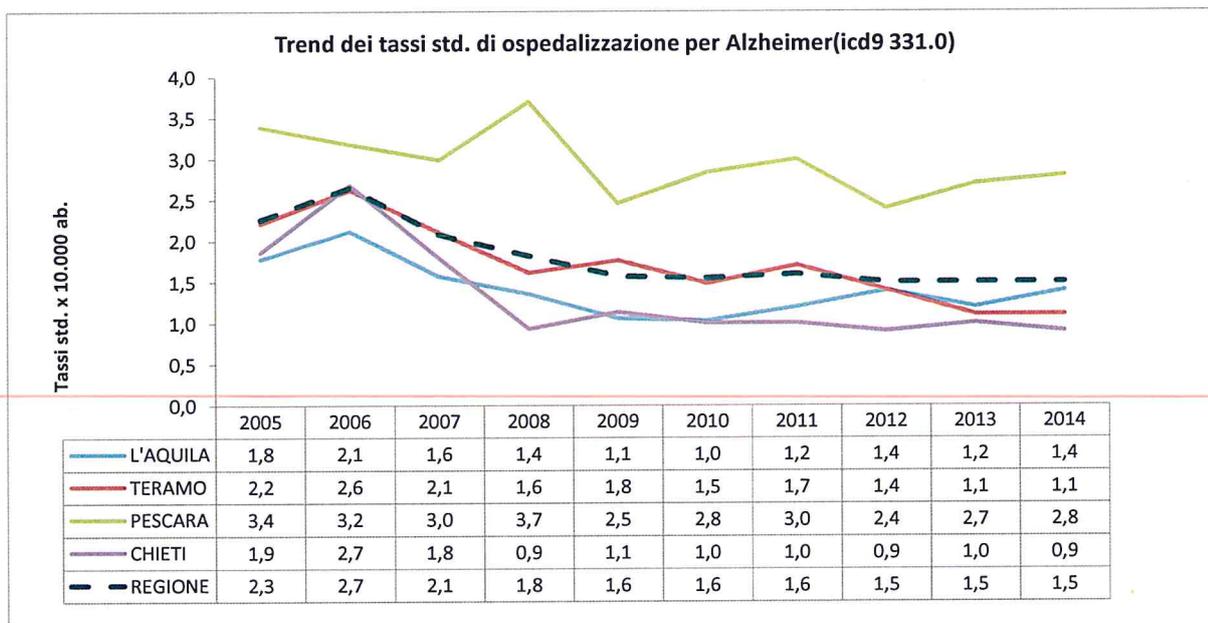
### Tasso ospedalizzazione disturbi psichici

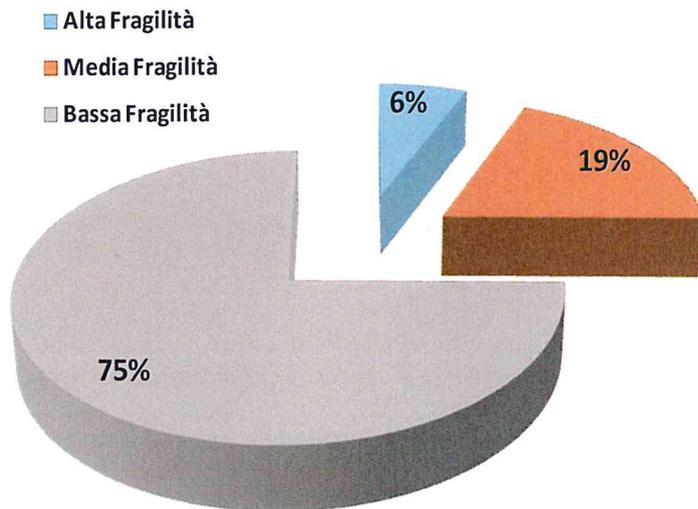


**Tasso ospedalizzazione mal Alzheimer**



**Tasso ospedalizzazione traumasmi e avvelenamenti**





## 1.8 | FRAGILITA'

Dalla metà degli anni '90 diversi gruppi di ricercatori (Katon<sup>3</sup>Wagner<sup>4</sup> VonKorff<sup>5</sup>), hanno ridefinito l'approccio alle malattie croniche spostando i modelli di cura da un approccio reattivo, basato sul paradigma 'dell'attesa' dell'evento acuto, ad un approccio proattivo, improntato al paradigma preventivo, dell'evitamento o del rinvio nel tempo della progressione della malattia, sull'empowerment del paziente (e della comunità) e alla qualificazione del team assistenziale (sanitario e sociale). Tale

approccio è stato successivamente adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità<sup>6</sup>. La strategia più efficace disponibile nei confronti di queste patologie, è rappresentata dall'implementazione di strategie di controllo dei casi a rischio (case finding) di tipo preventivo al fine di contrastarne il peso e l'incidenza, attraverso una riduzione significativa del rischio di ospedalizzazione (Billings<sup>7</sup>).

### Fragilità della popolazione abruzzese 2014

#### La fragilità valorizza:

*i) l'auto-cura e i processi di responsabilizzazione del paziente, al fine di mantenere il più a lungo possibile l'equilibrio raggiunto;*

*ii) le tecniche di pro attività che enfatizzano l'inclusione di informazioni di carattere preventivo e di tutela all'interno delle prestazioni ordinarie di assistenza (es. raccomandazioni sugli stili di vita);*

*iii) una visione più ampia delle condizioni degli assistiti, adottando un modello nel quale il paziente è centrale nelle decisioni, parte attiva, con un ruolo determinante nel definire, accettare e seguire le indicazioni terapeutiche;*

*iv) l'integrazione con le altre figure professionali, riducendo il proprio isolamento e la "fragilità" stessa degli operatori.*

<sup>3</sup>Katon W., Collaborative management to achieve treatment guidelines, Journal of the American Medical Association [273]. 1995

<sup>4</sup>Wagner EH. What will it take to improve care for chronic illness?. Effective Clinical Practice, 1: 2-4. 1996.

<sup>5</sup>Von Korff M. Collaborative management of chronic illness, Gruman J., Schaefer J.K., Curry S.J. and Wagner E.H. Annals of Internal Medicine [127] 1997.

<sup>6</sup>World Health Organisation. Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action. 2002

<sup>7</sup>Billings, "Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients," British Medical Journal, 327-330, 2006;.

Con l'attuazione del modello proattivo di assistenza al paziente cronico è possibile evitare accessi al Ps e ricoveri inappropriati, migliorare gli outcome di salute e abbassare i costi dell'assistenza. La stratificazione del rischio dei pazienti con patologie cronico-degenerative orienta, quindi, in modo decisivo il fulcro dell'assistenza sanitaria verso il territorio, sia in termini di sviluppo delle attività di prevenzione e programmazione di interventi assistenziali proattivi, sia in termini di guida dei percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali rivolti a specifici gruppi di pazienti con malattie croniche. La condivisione di questo

approccio rende pertanto necessario dotarsi di strategie e strumenti in grado di identificare e misurare, dal punto di vista epidemiologico, i soggetti più fragili: cioè i pazienti anziani con fragilità assistenziale, che hanno il tasso più alto di consultazione in medicina generale e costituiscono la maggior parte dei ricoveri ospedalieri per acuti.

I soggetti fragili sono stati individuati a partire dalla popolazione residente con un algoritmo statistico predittivo (validato nel 2011<sup>8</sup>) che tiene conto della numerosità e della qualità dei ricoveri ospedalieri (variabile dipendente) e, per ora, di una decina di variabili che misurano la correlazione delle patologie croniche (diabete mellito di tipo 2, bronco pneumopatia cronica ostruttiva [BPCO], scompenso cardiaco, ipertensione arteriosa e tumori in fase di remissione) con gli Accessi al PS, l'Assistenza Domiciliare (sanitaria e sociale), l'età, il genere, le prestazioni specialistiche ambulatoriali, i chilometri percorsi per recarsi in Ospedale e/o Pronto soccorso, l'esenzione ticket e la poli-prescrizione farmaceutica. L'algoritmo calcola un indice predittivo in grado di individuare i soggetti più fragili, cioè maggiormente a rischio di progressione sfavorevole verso l'insorgenza di eventi avversi alla salute, la non autosufficienza e il ricorso ai servizi sanitari. I dati qui esposti in questo paragrafo derivano dal calcolo che è stato realizzato per la popolazione dei tre Distretti interni (Alto Vastese, Sangro-Aventino e Guardiagrele) della Asl2 Lanciano Vasto Chieti nel 2014 e, con una certa approssimazione in base ai dati disponibili della SDO, esenzioni ticket per patologia e Pronto Soccorso, in

*Fragilità proietta una luce verso l'assistenza basata su un approccio integrato, orientata verso un modello di lettura bio-psico-sociale, maggiormente centrato sulla persona.*

*Fragilità descrive un processo dinamico, che cambia con il passare del tempo, che richiede valutazioni ripetute, una continuità di contatto con i diversi professionisti, diretto a raggiungere un equilibrio sempre rinnovato.*

*Fragilità è testimonianza gli eventi avversi che ci capitano, una traccia del tempo e degli equilibri compensativi, delle capacità residue, di quelle recuperate.*

**Un nuovo quadro concettuale**

Regione Abruzzo		popolazione con Età > 60 anni			
		Fragilità			
Indicatori	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	Totale	
Residenti	24.685	75.764	296.436	396.885	
% Femmine	48%	54%	51%		51%
Età >= 85	20%	15%	14%		14%
% con una patologia cronica	46%	24%	1%		5%
% con due o più patologie croniche	32%	6%	0%		2%
Ricoveri ripetuti, urgenti o impropri	27%	7%	3%		5%

Regione Abruzzo nel 2015. Come viene evidenziato nelle tabelle successive il rischio di fragilità è direttamente proporzionale al ricorso ai servizi sanitari e sociali, quindi direttamente correlabile al rischio di scarsa aderenza o vulnerabilità nel seguire correttamente e prescrizioni terapeutiche, i trattamenti e le raccomandazioni (per questo la chiamiamo Fragilità Assistenziale). Tale indice presenta vantaggi sia a livello manageriale (si vedano le applicazioni programmatiche adottate nel Piano strategico della Asl Lanciano Vasto Chieti 2015-2017<sup>9</sup>), sia clinico - assistenziale: per fornire all'operatore sanitario un profilo socio-sanitario in grado di rimuovere gli ostacoli che si frappongono alla corretta adesione ai trattamenti e raccomandazioni, guidare l'individuazione degli interventi proattivi e la scelta dei percorsi assistenziali del singolo paziente (case e disease management).

<sup>8</sup>Falasca P, Berardo A and Di Tommaso F, Development and validation of predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on emergency admissions: can it also identify patients at high risk of frailty? Ann Ist Super Sanità 2011 | Vol. 47, No. 2: 220-228 DOI: 10.4415/ANN\_11\_02\_15

<sup>9</sup><http://www.info.asl2abruzzo.it/azienda/piano-strategico-2015-2017.html>



La tabella illustra la classificazione nelle tre classi di fragilità di 396.885 soggetti con età uguale o superiore di 60 anni, presenti nell'anagrafe scelta-revoca della Regione Abruzzo. Tali classi sono attribuite dal modello statistico predittivo in base alla probabilità di ciascun individuo di avere un ricovero ripetuto, urgente o improprio l'anno successivo alla misura. Come si evidenzia nella tabella 24.685 sono i soggetti fragili in regione (6,4% della popolazione > 60 anni e 1,9% della complessiva). Come si può osservare i soggetti con alta fragilità sono in prevalenza maschi, 54% di donne nella media fragilità, il 20% dell'alta fragilità è > 85 anni (14% nella bassa), il 46% ha una patologia cronica e il 32% due o più, inoltre il 27% ha una probabilità di un evento di ospedalizzazione rispetto al 7% della media e 3% della bassa fragilità.

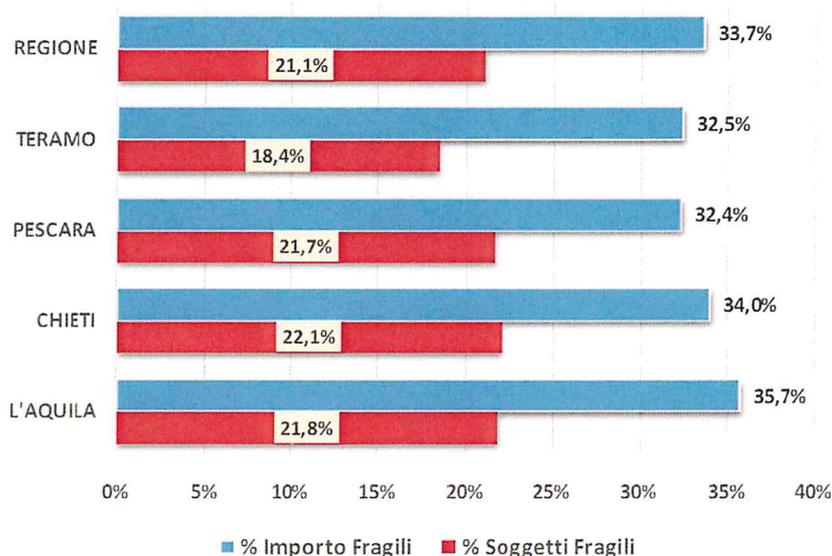
Regione Abruzzo		popolazione con Età > 60 anni			
		Fragilità			
Servizi assistenza consumati per 100 soggetti	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	Totale	
Ricoveri	102,9	29,0	10,1	19,5	
Urgenti	63,8	8,6	2,5	7,5	
Potenz. impropri	17,9	7,2	3,4	5,0	
Accessi al PS	270,9	44,0	15,4	36,7	
Codici Bianchi o Verdi al Ps	105,6	27,1	8,6	18,2	
Codici Rossi o Gialli al Ps	144,1	14,3	5,9	16,1	
Accesi da mezzanotte alle 8:00	270,9	44,0	15,4	36,7	

L'utilizzo dell'assistenza sanitaria è misurata con la percentuale di ricoveri ospedalieri totali (102 ricoveri ogni 100 individui vs 10%), tra cui i ricoveri urgenti (63% vs 2,5%) e potenzialmente impropri (17,9% vs 3,4%), di accessi al Pronto Soccorso (270% - cioè 2,7 accessi a testa - vs 15%). Il rapporto dell'ammontare dei servizi erogati per 100 soggetti delle tre popolazioni risulta quindi 10 volte maggiori per l'alta fragilità rispetto alla bassa. Di questi quelli urgenti 25 volte maggiori, 5 volte di più quelli impropri e oltre 17 volte di più gli accessi al Pronto Soccorso. Di questi 12 volte più codici bianchi o verdi, 24 volte codici urgenti (rossi e gialli) e 17 volte più accessi notturni.

Regione Abruzzo		popolazione con Età > 60 anni			
		Fragilità			
Importo pro-capite	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	Totale	
Accessi PS	€ 202,27	€ 31,43	€ 11,77	€ 27,37	
Ricoveri Totali	€ 3.969,48	€ 1.083,05	€ 340,41	€ 707,90	
<b>Totale Importo pro-capite</b>	<b>€ 4.171,75</b>	<b>€ 1.114,48</b>	<b>€ 352,18</b>	<b>€ 735,26</b>	
<b>Costi salvabili /anno</b>	<b>€ 85.871.111</b>	<b>€ 65.678.870</b>	<b>€ 72.323.440</b>	<b>€ 222.771.625</b>	

Dal punto di vista dell'impatto economico l'importo pro-capite complessivo dei 24.685 soggetti fragili abruzzesi è 11 più alto dei soggetti non fragili (€ 4.171 vs € 352). In buona sostanza i 24.000 soggetti fragili, che corrisponde al 6,4 % della popolazione ultra 60enne, consuma il 38,8% delle risorse economiche destinate a questa popolazione (la stima è limitata alle risorse strettamente ospedaliere). L'ultima riga indica l'ammontare dei costi ospedalieri salvabili (corrispondenti ai ricoveri impropri per condizioni trattabili nel territorio): è evidente che un intervento di sviluppo dei servizi territoriali avrebbero un impatto maggiore sulla popolazione ad alta fragilità, in quanto di minor numero.

Il grafico mostra le percentuali per provincia dei soggetti fragili ricoverati in ospedale nel 2014 e la quota del costo totale di degenza



Regione Abruzzo - Analisi dei soggetti > 60 anni Fragili						
Distretti	Consumo ospedale pro capite				Ricoveri/Accessi evitabili	Risparmio da reinvestire (€/000)
	Alta Fragilità	Media Fragilità	Bassa Fragilità	Totale	Alta Fragilità	Alta Fragilità
Chieti	3,79	0,77	0,26	0,59	11%	€ 7.712
Alto Vastese	3,40	0,50	0,17	0,35	9%	€ 263
Chieti	3,35	0,61	0,26	0,62	8%	€ 1.365
Francavilla al Mare	3,77	0,75	0,26	0,60	10%	€ 1.059
Guardiagrele	3,99	0,95	0,31	0,70	14%	€ 940
Lanciano	3,89	0,98	0,28	0,67	17%	€ 989
Ortona	3,98	0,89	0,28	0,64	12%	€ 937
Sangro-Aventino	4,17	0,92	0,25	0,59	8%	€ 1.009
Vasto-Costa sud	3,76	0,64	0,24	0,50	10%	€ 1.143
L'Aquila	3,77	0,76	0,27	0,56	9%	€ 5.951
L'AQUILA	3,58	0,70	0,25	0,50	10%	€ 1.758
MARSICA	3,78	0,74	0,27	0,55	8%	€ 2.253
PELIGNA	3,88	0,88	0,27	0,66	8%	€ 1.566
SANGRINA	4,25	0,83	0,28	0,59	10%	€ 373
Pescara	3,80	0,71	0,26	0,57	11%	€ 6.645
MAIELLA MORRONE	3,85	0,78	0,27	0,59	13%	€ 1.022
METROPOLITANA	3,81	0,72	0,27	0,57	10%	€ 909
MONTESILVANO	3,90	0,70	0,25	0,58	11%	€ 1.197
PESCARA	3,63	0,62	0,24	0,53	10%	€ 2.638
VESTINA	4,28	1,12	0,31	0,68	12%	€ 880
Teramo	3,55	0,67	0,23	0,52	11%	€ 5.487
ATRI	3,91	0,85	0,27	0,64	12%	€ 1.370
GIULIANOVA	3,54	0,75	0,23	0,50	12%	€ 1.084
S. OMERO	3,18	0,52	0,19	0,45	12%	€ 1.085
TERAMO	3,59	0,66	0,24	0,51	11%	€ 1.937
<b>Totale Regione</b>	<b>3,74</b>	<b>0,73</b>	<b>0,25</b>	<b>0,56</b>	<b>11%</b>	<b>€ 25.810</b>

La tabella mostra i ricoveri pro-capite dei soggetti > di 60 anni distinti per Distretto e grado di fragilità (prime 4 colonne). Nella colonna successiva viene riportata la percentuale di ricoveri e accessi al Pronto soccorso evitabili della



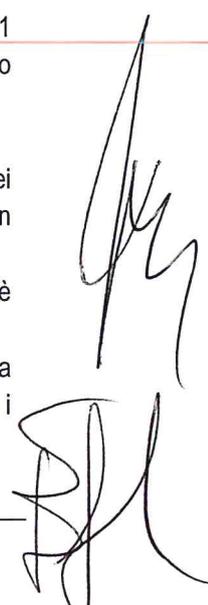
classe ad alta fragilità, presupponendo un intervento di presa in carico attiva a tutta questa popolazione (24.000 soggetti). La stima economica (6° colonna) corrisponde a ciò che potrebbe essere reinvestito nei servizi territoriali se, in base all'intervento di presa in carico, si azzerassero tutti i ricoveri impropri e i codici bianchi di questa popolazione.

L'analisi degli indici di Fragilità è stata condotta applicando un modello statistico di regressione logistica multipla con il software Epi Info. Il set di dati presi in esame corrisponde alla popolazione dei trentatré Comuni della Area Interna Basso Sangro-Trigno. La popolazione complessiva ammontava a 23.944 abitanti al 1 gennaio 2013, sono risultati appartenenti alla classe di alta fragilità 1351 soggetti (5,6%). Nella tabella di seguito sono elencati gli indici presi in considerazione per confrontare la popolazione con alta fragilità della Area Interna Basso Sangro-Trigno con il resto della popolazione (22.593). Sono elencate 15 variabili correlate con la fragilità, a cui corrisponde un Odds Ratio significativamente superiore a 1 (cioè il valore di uguaglianza dei rischi tra le popolazioni che non è ricompreso nell'intervallo di confidenza al 95%).

Indice	Fragili	Resto popolazione	Odds Ratio	Intervallo Confidenza 95%	
Popolazione totale (valore assoluto)	1.351	22.593			
Età media	80,4	51,8	1,27	1,24	1,30
Genere femminile	52,2	51,4	1,38	1,02	1,86
Numero medio malattie croniche	1,5	1,3			
Punteggio medio rischio di fragilità	10,4	4,4			
Tasso deceduti	20,4	6,9	1,93	1,04	3,61
Tasso poliprescrizione farmaci	81,2	26,2	8,45	3,96	18,07
Soggetti che ha percorso più di 30 Km per raggiungere l'ospedale	99,7	13,7	7,38	1,63	13,36
Soggetti che ha percorso più di 30 Km per raggiungere il Pronto Soccorso	63,5	14,6	3,29	2,35	4,60
Più di 2 accessi al PS	22,1	1,6	5,25	2,58	9,69
in ADI	23,2	2,9	3,09	1,62	5,89
Con più di 60 prestazioni specialistiche	40,6	6,9	8,11	5,61	11,74
Con più di 2 ricoveri ospedalieri	46,0	0,7	15,83	6,38	39,28
Ricoveri Urgenti	75,6	7,1	1,35	0,96	1,91
Ricoveri Impropri (trattabili a domicilio)	31,6	4,8	0,57	0,40	0,81
Ricoveri Urgenti >2 o Ricovero Improprio o Decesso	51,5	11,6	4,46	4,19	4,75

Le nozioni tecniche per comprendere gli indicatori rappresentati in tabella, a guida della corretta interpretazione delle evidenze sono elencate di seguito:

- La tabella mette a confronto due sottopopolazioni, una comprende le persone ritenute ad alta fragilità (1351 soggetti), secondo il modello, e l'altra tutte le altre che rientrano nella popolazione dell'Area Interna Basso Sangro-Trigno (22.593 abitanti).
- L'età media nella popolazione dei fragili è di 80,4 anni, quella del restante della popolazione di 51,8 anni.
- La differenza di età tra le due popolazioni è 1,27 volte più alta nei fragili, per ciascun anno di età in più dei soggetti, cioè per ogni anno in più un soggetto appartenente alla popolazione fragile ha un rischio del 27% in più di uno della popolazione non fragile a parità di età.
- Questa affermazione è significativa, cioè valida, poiché nell'intervallo di confidenza al 95% (1,24-1,30) non è compreso il valore 1.
- Con la stessa logica, i decessi sono avvenuti 1,93 volte (quasi due volte), più nei fragili che nei non fragili, la poliprescrizione farmaceutica 8,4 volte, ecc.. Il grafico successivo mostra i valori dell'Odds Ratio per tutti i fattori comparati fra loro.

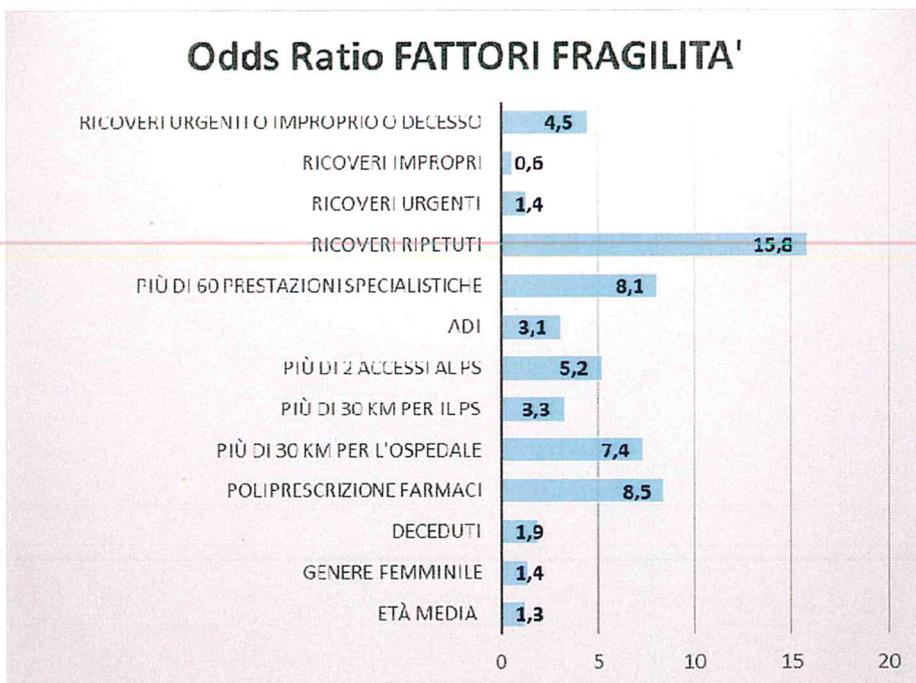


- I fattori elencati vanno interpretati come correlati alla condizione di fragilità, la loro presenza in un individuo è indice di una maggiore probabilità di essere fragile, non tutti devono essere presenti, né in egual misura, ma concorrono alla condizione di fragilità, che viene definita unicamente in base alla visione epidemiologica, cioè dall'insieme della popolazione (solo in funzione dell'appartenenza ad una certa popolazione si può definire un soggetto fragile, dal punto di vista epidemiologico).

A completezza della analisi, la popolazione complessiva dell'Area Basso Sangro-Trigno ammontava a 23.944 abitanti al 1 gennaio 2013, sono risultati appartenenti alla classe di alta fragilità 1351 soggetti (il 5,6% della popolazione) che, se per ipotesi fossero presi in carico tutti, il costo ammonterebbe a € 675.500,00 e il risparmio dei ricoveri evitati sarebbe € 3.577.172,00, a cui si aggiunge all'evitamento di eventi acuti ai pazienti, minore sofferenza, maggior tempo di stabilità della salute e un grado elevato di soddisfazione dei servizi.

In conclusione la fragilità, definita come una sindrome con riduzione della forza, della resistenza, delle funzioni fisiologiche e una maggiore vulnerabilità al deterioramento, è spesso causata da malattie complesse e comorbidità, ma non definita solo dalle loro diagnosi. La valutazione della propria salute deve comprendere la valutazione contemporanea dei problemi medici, psicologici, funzionali, sociali e ambientali. I modelli basati sulle evidenze scientifiche internazionali sui pazienti anziani fragili, sottolineano l'importanza del lavoro multidisciplinare e della gestione diretta dei casi, dove i medici sono importanti, ma in egual misura il contributo di un team di professionisti della salute, in particolare gli infermieri. Nelle tabelle di questa sezione sono stati riportati i dati desunti da uno studio sulla fragilità nell'Area Basso Sangro-Trigno e riprodotti, in forma di stima molto approssimativa, ai soggetti con età maggiore di 60 anni con patologie croniche in Abruzzo.

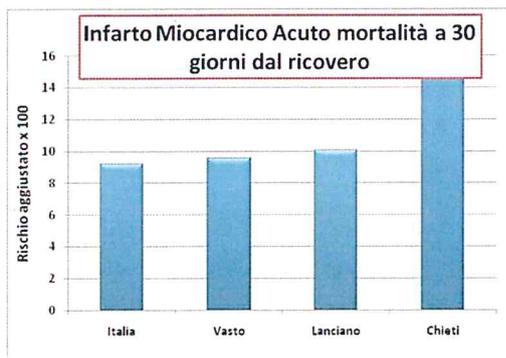
Se l'approccio è interessante a tal punto da indurre investimenti specifici, il percorso prevede la costituzione di un gruppo di lavoro tecnico regionale sulla fragilità, composto da epidemiologi, statistici e informatici, che avranno il compito di progettare e predisporre un Registro Regionale della Fragilità Assistenziale, alimentato dai flussi informativi istituzionali e da un opportuno Data Ware House. Tale infrastruttura garantirebbe il monitoraggio del differenziale di questa condizione tra le Aree Interne e le altre zone della regione, ma anche allo sviluppo operativo e assistenziale sul territorio. che puntino ai team multiprofessionali delle Cure Primarie, attraverso lo stimolo e il monitoraggio della programmazione di interventi di cura, di trattamento farmacologico, di counseling, di supporto sociale, di telesorveglianza e di interventi a distanza di presa in carico dei pazienti fragili.



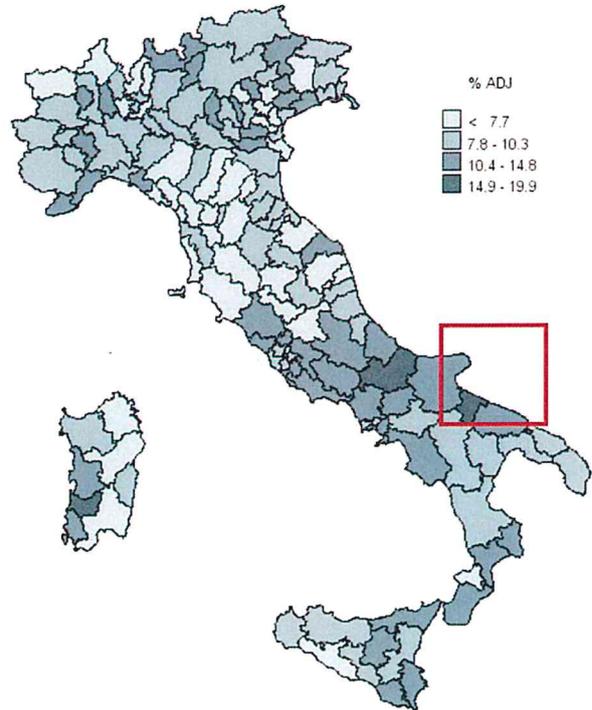
## 1.9 | QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA

### Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni

Tasso aggiustato % Anno 2014

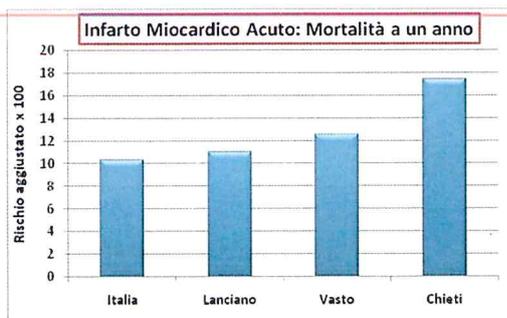


Programma Nazionale Esiti - PNE

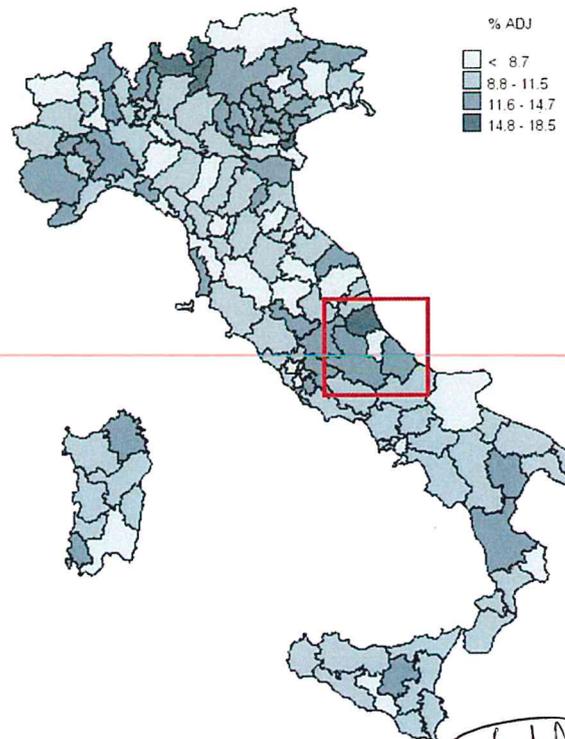


### Infarto Miocardico Acuto: mortalità a un anno.

Tasso aggiustato % Anno 2014



Programma Nazionale Esiti - PNE

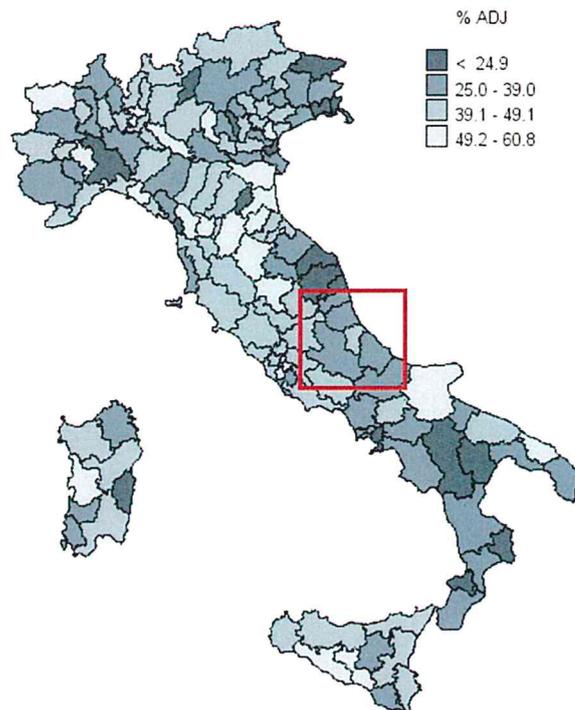
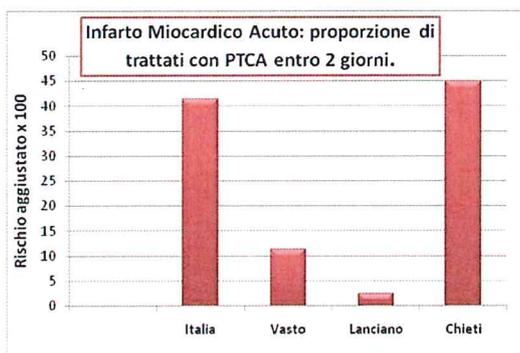


Il Programma Nazionale Esiti (PNE) sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari, come stima dell'occorrenza degli esiti di interventi/trattamenti sanitari. Gli indicatori utilizzati da PNE sono documentati da protocolli scientifici basati sulla letteratura internazionale (tra cui AHRQ) con chiara definizione dell'esito misurabile di salute in studio (i.e. mortalità a breve termine, ospedalizzazioni per specifiche condizioni ecc.). I risultati di PNE possono essere utilizzati in modo appropriato esclusivamente in contesti di valutazione critica, soprattutto nell'ambito di processi e programmi integrati di valutazione a livello regionale e locale. Le misure di PNE sono, quindi, strumenti di valutazione a supporto di programmi di auditing clinico ed organizzativo finalizzati al miglioramento dell'efficacia e dell'equità nel SSN.

**Fonte dati Piano Nazionale Esiti – AGENAS – 2014**

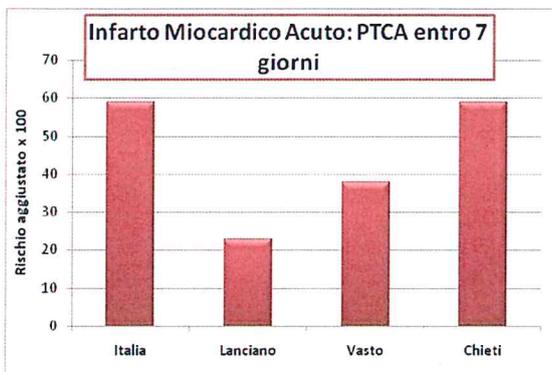
## Infarto Miocardico Acuto: proporzione di trattati con PTCA entro 2 giorni

Tasso aggiustato % Anno 2014

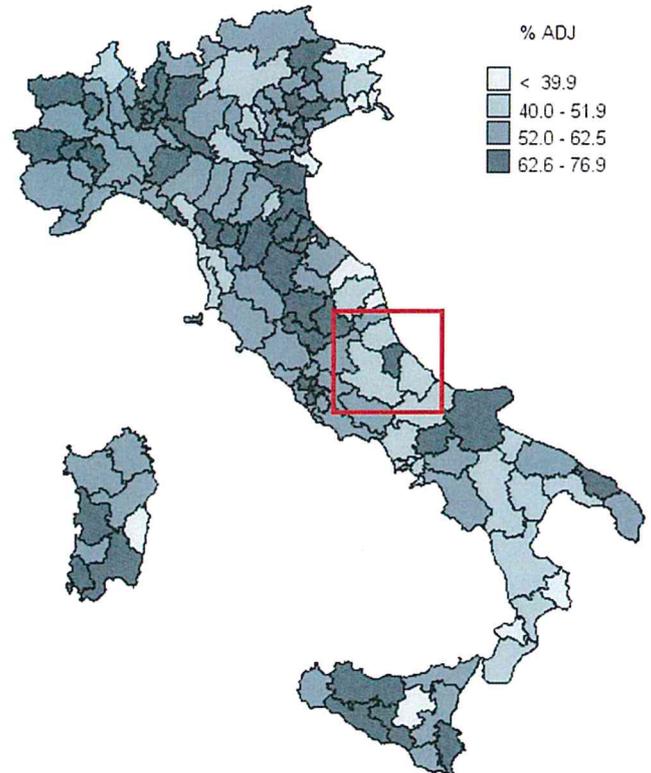


Infarto Miocardico Acuto:  
proporzione di trattati con  
PTCA nel ricovero indice o  
nei successivi entro 7  
giorni.

Tasso aggiustato % Anno 2014

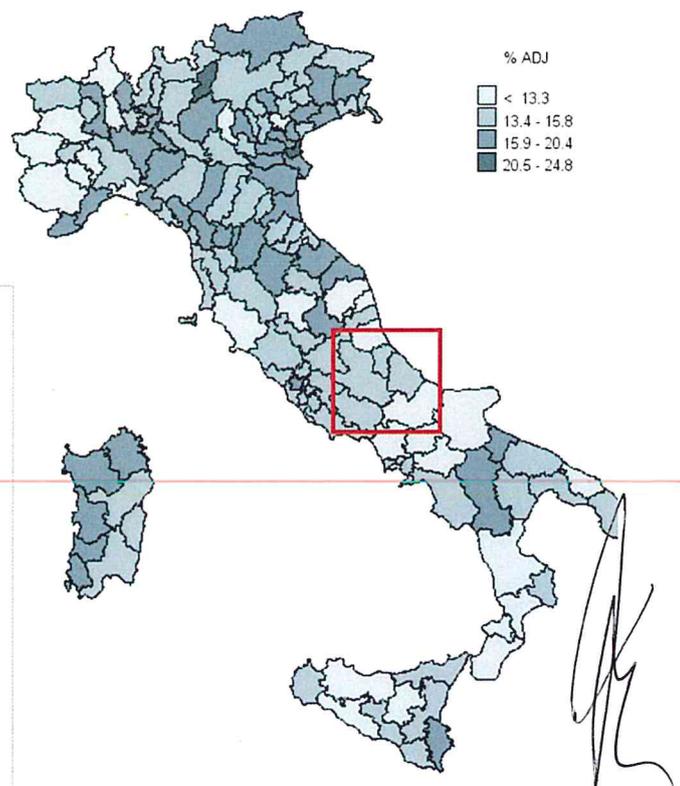
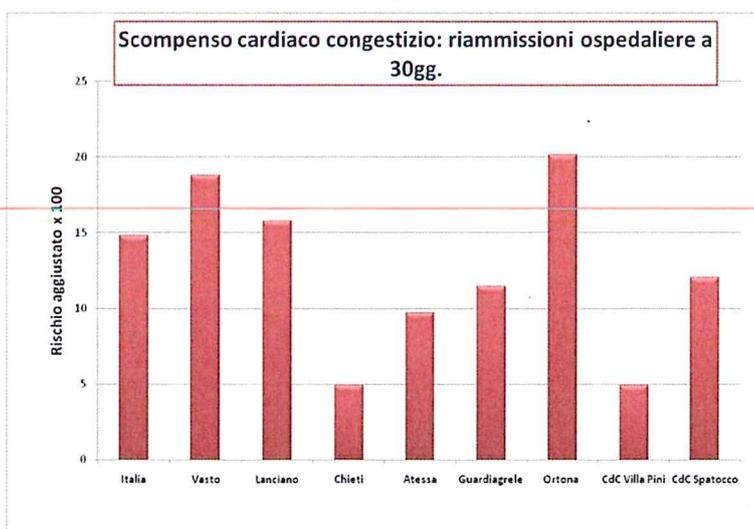


Programma Nazionale Esiti - PNE



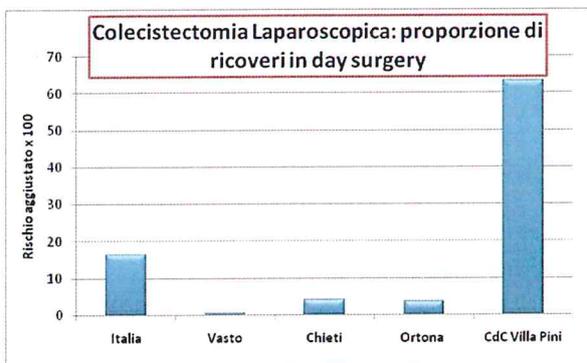
Scopenso cardiaco congestizio:  
riammissioni ospedaliere a 30gg.

Tasso aggiustato % Anno 2014

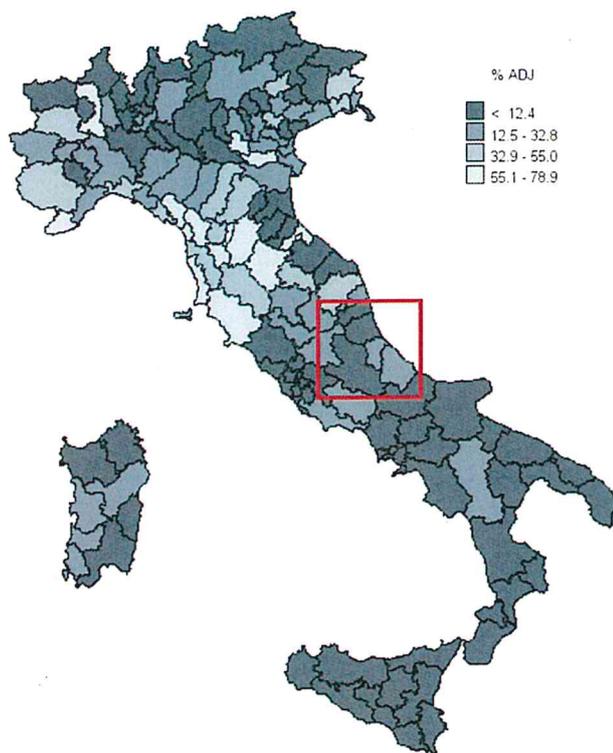


## Colecistectomia laparoscopica: proporzione di ricoveri in day surgery.

Tasso aggiustato % Anno 2014

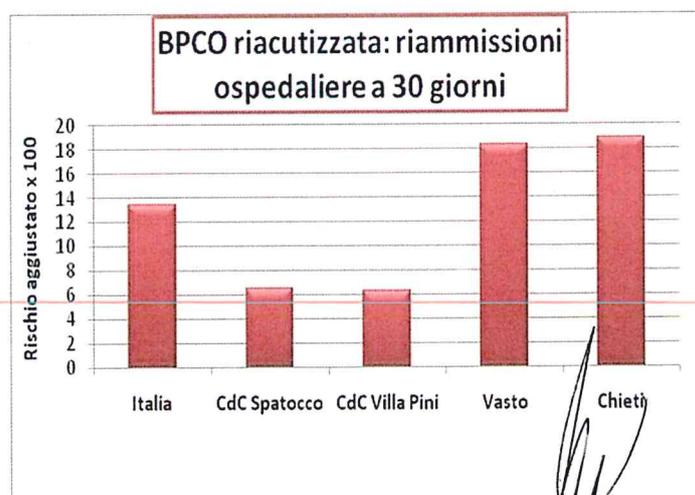
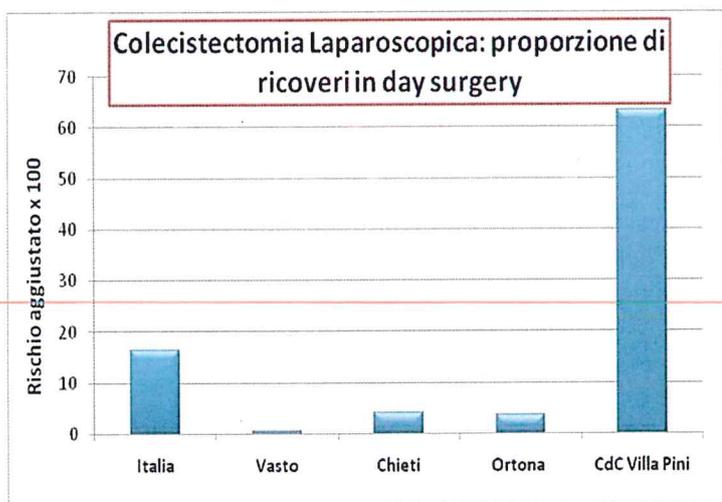


Programma Nazionale Esiti - PNE



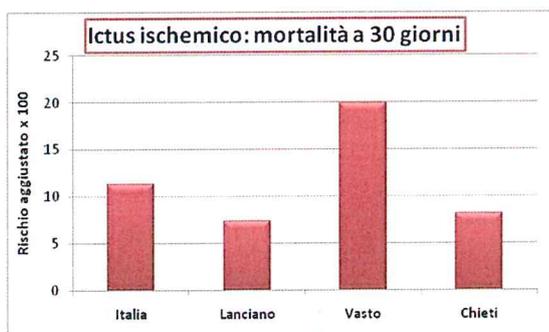
## Colecistectomia laparoscopica in regime ordinario: complicanze a 30 giorni.

## BPCO riacutizzata: riammissioni ospedaliere a 30 giorni

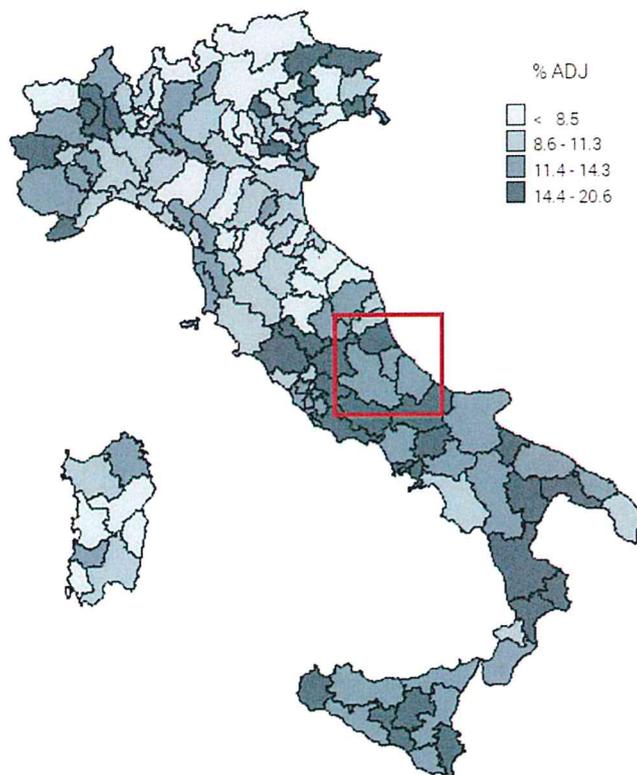


## Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni.

Tasso aggiustato % Anno 2014

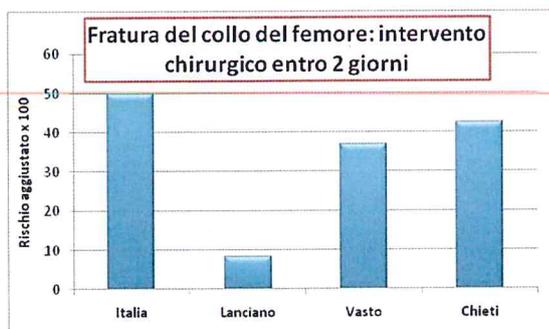


Programma Nazionale Esiti - PNE

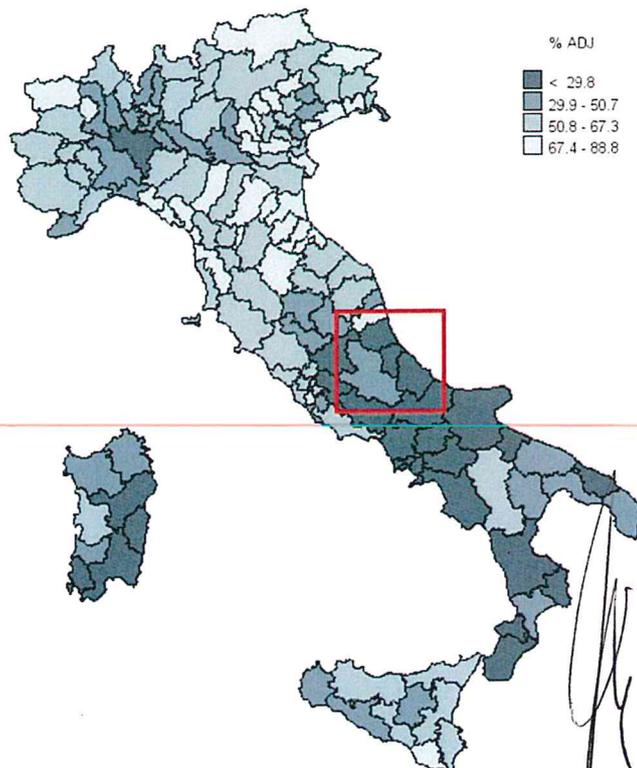


## Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni.

Tasso aggiustato % Anno 2014

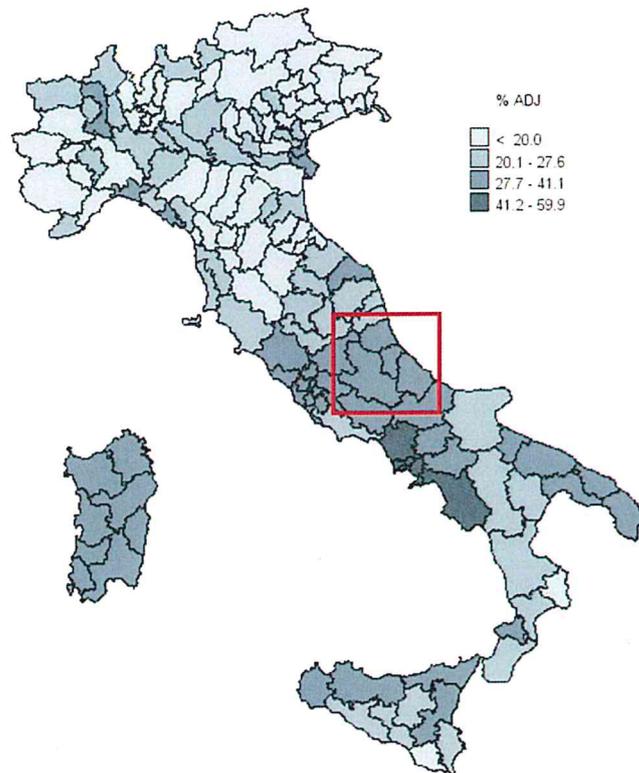


Programma Nazionale Esiti - PNE



## Proporzione di parti con taglio cesareo primario.

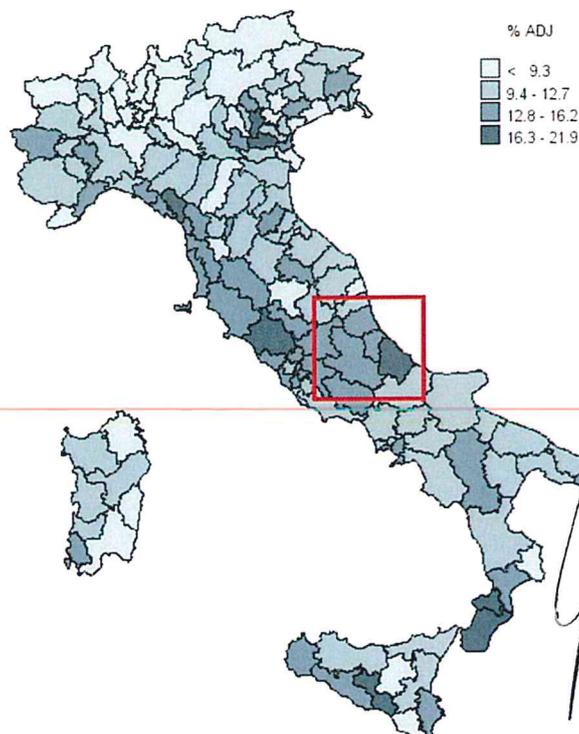
Tasso aggiustato % Anno 2014



Programma Nazionale Esiti - PNE

## Insufficienza renale cronica: mortalità a 30 giorni dal ricovero.

Tasso aggiustato % Anno 2014



Programma Nazionale Esiti - PNE

## Segnalazioni PNE 2015 per l'Asl Lanciano Vasto Chieti Audit qualità dei dati (nessuna risposta)

Audit qualità dei dati PNE 2015		N. ricoveri	% grezza	% tasso aggiustato	rischio relativo aggiustato	valore p
<b>Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni</b>						
Alta mortalità > 15%	Osp. S.S. Annunziata - Chieti	287	13.59	15.08	1.64	0.003
Differenza tra % grezza e % aggiustata > 4%	Osp. Renzetti - Lanciano	168	14.88	10.03	1.09	0.685
<b>Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni</b>						
Alta mortalità > 19%	Osp. Renzetti - Lanciano	183	22.95	20.32	1.97	0.000
	Osp. M. S.S Immacolata - Guardiagrele	213	23.47	21.08	2.05	0.000
<b>Proporzione di parti con taglio cesareo primario</b>						
Alte proporzioni > 30%	Osp. S.S. Annunziata - Chieti	1212	32.92	36.65	1.43	0.000
Differenza tra % grezza e % aggiustata < -8.5% o > 6.5%	Osp. Renzetti - Lanciano	493	24.54	33.18	1.29	0.001
<b>Frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 2 giorni</b>						
Basse proporzioni < 10%	Osp. Renzetti - Lanciano	165	9.09	8.38	0.17	0.000
<b>BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni</b>						
Bassa mortalità < 1%	CCA S. Camilla-Villa Pini d'Abruzzo - Chieti	153	0.65	0.61	0.07	0.008
	CCA Dott. Spatocco - Chieti	65	0.00	0.00	-	-
Alta mortalità > 20%	Osp. Renzetti - Lanciano	61	27.87	25.40	2.88	0.000
	Osp. S. Pio da Pietralcina - Vasto	96	22.92	20.66	2.34	0.000

