

# Indicatori di salute e pianificazione: l'esperienza in Friuli-Venezia Giulia e in Calabria

LUCA RONFANI<sup>1</sup>, GIUSEPPE LA GAMBA<sup>2</sup>, CARLO CORCHIA<sup>3</sup>, ELISABETTA FACCILOLO<sup>1,2</sup>, GIANFRANCO SCARPELLI<sup>3</sup>,  
GIORGIO SIMON<sup>4</sup>, GIORGIO TAMBURLINI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unità per la Ricerca sui Servizi sanitari e la Cooperazione Internazionale, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

<sup>2</sup>UO di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Ospedale Pugliese-Ciaccio, Catanzaro

<sup>3</sup>UO di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Azienda Ospedaliera, Cosenza

<sup>4</sup>Agenzia Regionale della Sanità, Udine

*Pochi dati condensati in 11 figure di una ricerca molto ponderosa, su altrettanti indicatori di salute, in due Regioni piccole e distanti. In Friuli si muore di meno da piccoli, ma di più da doloscenti; in Calabria le adolescenti partoriscono (e abortiscono) più spesso. L'ospedalizzazione cala in Friuli e cresce in Calabria; in Friuli c'è più tossicodipendenza e meno istituzionalizzazione.*

## RAZIONALE E OBIETTIVI

Il presente lavoro illustra e discute i risultati di un progetto di ricerca che si è posto l'obiettivo di valutare in che misura la raccolta e l'analisi di dati sanitari riguardanti l'area materno-infantile/dell'adolescenza possano contribuire alla definizione dei piani sanitari a livello nazionale, regionale, delle singole aziende sanitarie, nonché di singoli servizi. La risposta a questo quesito, che dovrebbe essere ovvia in linea di principio, è tutt'altro che scontata sul piano pratico, per diverse ragioni spesso concomitanti: perché i dati non sono disponibili, perché non vengono raccolti, perché non vengono analizzati o, infine, perché non se ne traggono le dovute conseguenze sul piano programmatico.

Il problema, già affrontato su questa rivista per quanto riguarda la dimensione del distretto sanitario<sup>1</sup>, è riconosciuto a livello europeo<sup>2,3</sup>.

Il progetto (Progetto Finalizzato del Ministero della Sanità, fondi 1997, affidato all'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste) si è proposto di sperimentare questo processo in due Regioni italiane: Friuli-Venezia Giulia (FVG) e Calabria (C). Si è ritenuto infatti che le indicazioni offerte da queste due Regioni, per le

## HEALTH INDICATORS AND HEALTH PLANNING: A STUDY IN FRIULI-VENEZIA GIULIA AND CALABRIA (*Medico e Bambino* 20, 37-42, 2001)

### Key words

Health indicators, Health information system, Child health, Perinatal mortality, Infant mortality, Adolescent health, Health policy and planning

### Summary

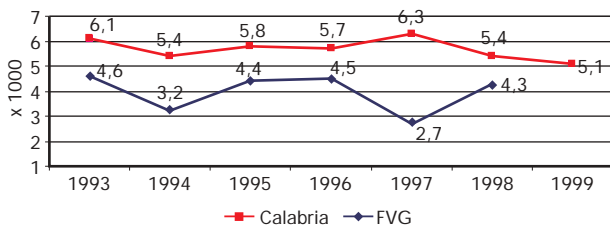
A study was carried out to evaluate feasibility and usefulness of data collection on a basic set of child health indicators in two Italian regions, Friuli-Venezia Giulia (FVG) and Calabria (C). The findings highlighted the difficulties and methodological problems of establishing valid health information systems. The data collected allowed to identify critical issues in the two regions. Infant mortality is still relatively high in C (7.4 per thousand in 1996) and very low in FVG (3.7 in 1996, 2 in 1998). Cesarean sections are relatively high in FVG (19% in 1998) and very high in C (32), mortality in the 15-25 age group is high in FVG (67 per 100.000 in 1996) and relatively low in C (49). Many children < 14 years in Calabria are admitted in hospital (146 per thousand in 1997) or kept in institutions (0.37% in 1998). The differences reflect the socio-economical profile of the two regions, FVG being one of the richest and C being one of the less developed regions. Interestingly enough, the cumulative burden of premature deaths up to 25 years tend to equalize in the two regions, due to the high burden of deaths among adolescents and young adults in FVG. The findings provided some policy indications which were discussed by local administrators and health professionals.

loro diverse caratteristiche, potessero costituire un valido esempio, soprattutto sul piano del metodo, per il resto del territorio nazionale.

In questo articolo ci si sofferma soprattutto su quanto i dati raccolti con-

sentano di dire in merito allo stato di salute e dei servizi nelle due Regioni, e sulle conseguenti implicazioni per la programmazione dei servizi, focalizzandosi solo su alcuni aspetti apparsi di maggior rilievo.

## 1. NATIMORTALITÀ

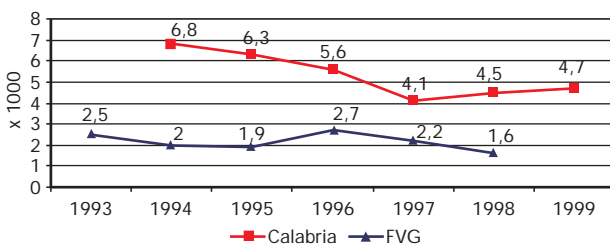


### Commento

Il dato relativo al FVG si pone in media con quello nazionale (4,1‰) e di area geografica (Italia settentrionale = 3,9‰). L'analisi del dato in base all'età gestazionale in cui è avvenuto l'evento ha mostrato che la quota potenzialmente prevenibile (morti fetali durante il parto) rappresenta in tutti gli anni una quota non rilevante della natimortalità. Non sono stati ritenuti perciò necessari ulteriori approfondimenti del dato.

La natimortalità della Calabria è più alta sia del dato nazionale (4,1‰) che di quello di area (Italia meridionale = 4,7‰) e non sembra presentare sostanziali variazioni nel corso degli anni. In assenza di una rilevazione ad hoc non è possibile separare le morti avvenute prima e durante il travaglio-parto. Poiché è noto da altri studi che queste ultime rappresentano circa il 10-15% di tutti i decessi in utero, la quota più alta di nati morti potenzialmente prevenibile è presumibilmente legata alla qualità delle cure in gravidanza (servizi di base e territoriali). Sarebbe opportuna una indagine confidenziale da effettuarsi con l'analisi delle cartelle cliniche e con interviste dirette alle donne.

## 2. MORTALITÀ NEONATALE

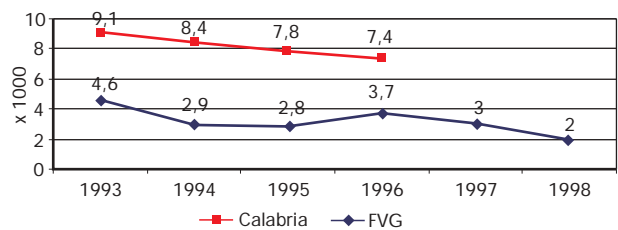


### Commento

Il dato del FVG si pone al di sotto della media nazionale (4,5‰) e di area geografica (Italia settentrionale = 3,4‰). Non si ritiene pertanto necessario un ulteriore approfondimento del dato.

Il dato della Calabria si pone al di sopra della media nazionale (4,5‰) e in linea con il dato di area geografica (Italia meridionale = 5,8‰). Sarebbe necessaria un'analisi più approfondita almeno per classi di peso, cause di morte e luogo di nascita, possibile utilizzando i dati del SMRMP (Sistema di Monitoraggio Regionale Mortalità Perinatale), integrati dalle schede di morte ISTAT.

## 3. MORTALITÀ INFANTILE

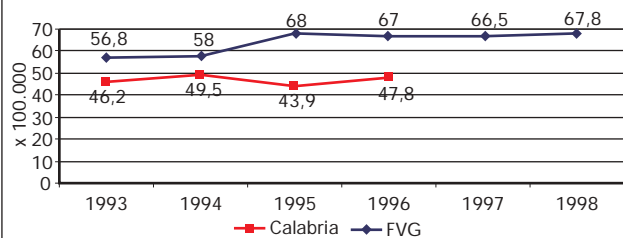


### Commento

Il dato del FVG è inferiore alla media italiana (6,2‰) e del Nord Italia (4,8‰).

Per la Calabria, il valore è superiore alla media italiana (6,2‰) e in linea con quello di area geografica (Italia meridionale = 7,5‰). Il tasso di mortalità per incidenti e avvelenamenti è risultato leggermente inferiore a quello medio nazionale e di area. In assenza di una rilevazione ad hoc non è possibile avere il dato relativo alla SIDS. Il ritardo e la mancanza di dettaglio dei dati ISTAT suggeriscono l'istituzione di un sistema di rilevazione ad hoc (osservatorio), che tenga conto anche dei decessi fuori regione conseguenti al fenomeno della migrazione sanitaria.

## 4. MORTALITÀ 15-24 ANNI



### Commento

Il dato del FVG e, in generale, del Nord-Est è più alto sia della media italiana (54 x 100.000) che di quella del Nord Italia (64 x 100.000). Come atteso, gli incidenti sono risultati essere la principale causa di morte in questa fascia di età (intorno al 40% negli ultimi anni) e sono in linea di massima evitabili. Il dato merita dunque un approfondimento e specifiche iniziative.

Il tasso di mortalità complessivo della Calabria è inferiore a quello medio nazionale (54 x 100.000), molto più basso rispetto a quello delle regioni del Nord e più o meno in linea con il dato di area (regioni meridionali e insulari = 48 x 100.000). La mortalità per incidenti in Calabria ha all'incirca lo stesso valore delle altre regioni meridionali (intorno al 30‰) ed è inferiore a quello delle regioni settentrionali. La differenza fra Nord e Sud nel tasso di mortalità per tutte le cause è interamente spiegato dalla differenza di mortalità per incidenti (vedi anche figura 11). Anche i suicidi sembrano meno frequenti in Calabria e nel mezzogiorno rispetto al settentrione. Il problema legato a questo indicatore è rappresentato dal ritardo di pubblicazione dei dati ISTAT e dal loro non sempre facile reperimento. A questo proposito sarebbe necessario disporre di un osservatorio regionale permanente.

Il rapporto finale dello studio - che include, oltre ai risultati completi, anche indicazioni di carattere maggiormente metodologico riguardanti le fonti dei dati, la loro qualità, le possibilità di inserimento in sistemi informativi correnti - resta disponibile per chi fosse interessato (ronfani@burlo.trieste.it o tamburli@burlo.trieste.it).

## METODI

Il progetto è iniziato nel novembre 1998 e si è concluso nel novembre 2000.

Vengono riportate di seguito in maniera sintetica le principali attività svolte (per maggiori dettagli si rimanda alla relazione finale del progetto):

1. Identificazione e definizione degli indicatori appropriati e identifica-

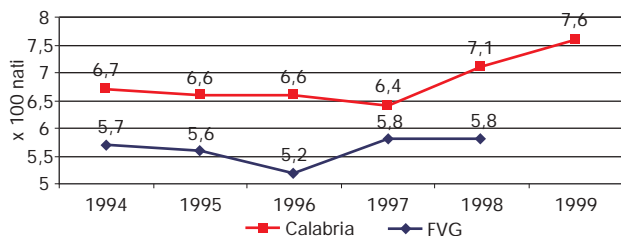
zione delle fonti dei dati (Tabella I). Si rinvia in proposito all'articolo pubblicato da *Medico e Bambino* nel 1999<sup>4</sup>.

2. Raccolta dei dati nelle due regioni attraverso un vaglio sistematico di tutte le fonti utilizzabili e controllo di qualità dei dati anche attraverso confronti tra fonti diverse. In alcuni casi si è proceduto con indagini ad hoc (vedi ancora Tabella I).

3. Elaborazione e analisi dei dati raccolti nelle due Regioni, avendo cura in particolare di analizzare le tendenze temporali e gli scarti dalla media nazionale<sup>4</sup>.

4. Presentazione dei risultati nelle due Regioni: il progetto e i suoi principali risultati sono stati presentati in appositi incontri con amministratori e operatori sanitari delle due Regioni. Per il FVG l'incontro si è tenuto nel settembre 2000 e ha visto la partecipazione di circa 80 operatori delle diverse aziende sanitarie della Regione. L'Agenzia Regionale della Sanità del FVG era direttamente coinvolta nello studio e nell'organizzazione della giornata. Per la Calabria l'incontro si è tenuto

5. BASSO PESO ALLA NASCITA

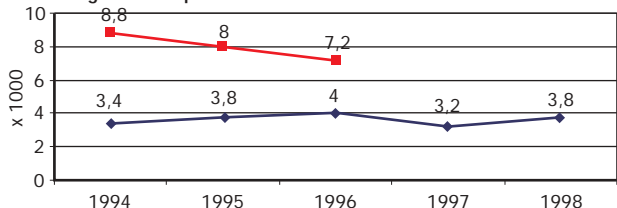


Commento

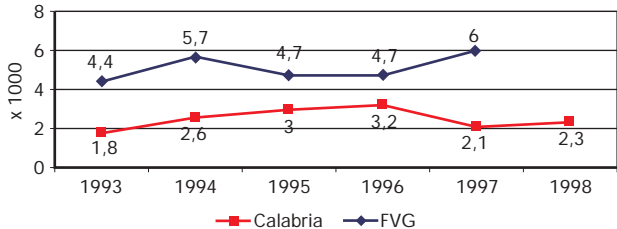
□ Per il FVG il dato è in linea con quello nazionale (circa 6% dei nati). Non sembrano necessari ulteriori approfondimenti. Da verificare un possibile trend in ascesa.  
 □ Il tasso della Calabria è più elevato di quello medio nazionale (circa 6%) ma non si discosta da quello relativo alle altre regioni meridionali. L'incremento dell'ultimo anno è stato soprattutto determinato dall'aumento assoluto dei neonati con peso alla nascita inferiore a 1500 grammi.

6. GRAVIDANZA <20 ANNI

1. Nuove gravidanze portate a termine x 1000 donne 15-19 anni\*



2. Nuovi casi di IVG x 1000 donne 15-19 anni

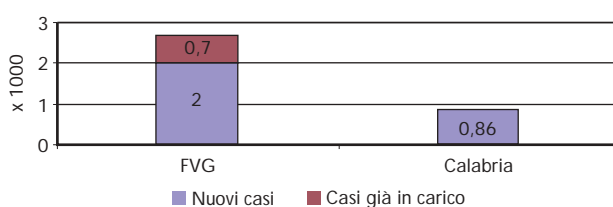


Commento

□ Anche se i dati del FVG sono sostanzialmente in linea con quelli di area (Italia settentrionale: gravidanze <20 anni = 3,8‰; interruzione volontaria di gravidanza (IVG) 15-19 anni = 7,5‰), va considerato che gravidanze e IVG sotto i 20 anni rappresentano (sempre nel secondo caso, spesso nel primo) un chiaro fallimento dei programmi di educazione e dei servizi di salute e sono un evento critico e un possibile fattore di rischio. Dove già non vi siano, dovrebbero quindi essere attivati programmi di educazione, prevenzione e supporto psicosociale alla adolescente gravida o con decisione di IVG.  
 □ I dati della Calabria sono inferiori a quelli di area per le gravidanze non interrotte in età <20 anni (Italia meridionale = 9,8‰) ed ancor più per le IVG 15-19 anni (5,5‰). Benché sia molto contenuto il ricorso alla interruzione volontaria della gravidanza, la complessiva elevata fecondità in tale fascia di età rappresenta comunque un evento critico e un possibile fattore di rischio psico-sociale. Dovrebbero quindi essere attivati programmi di educazione, prevenzione e supporto psico-sociale alla adolescente gravida o con decisione di IVG. In mancanza dei dati sulle gravidanze non interrotte negli anni 1997 e 1998 non è possibile stabilire l'esistenza di una relazione tra questo indicatore e l'IVG.

\*Le gravidanze a termine sono stimate con il numero dei nati.

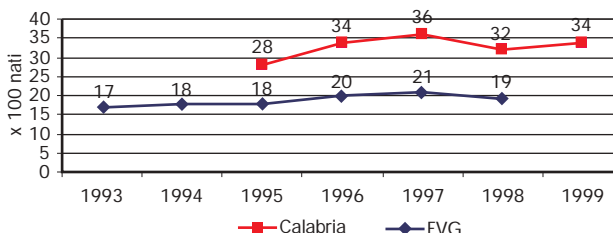
7. TOSSICODIPENDENZA 15-19 ANNI\*



Commento

□ Il FVG sembrerebbe avere un dato superiore alla media nazionale (Italia, 1998 = 1,4‰), che può essere anche riferito a un miglior funzionamento dei servizi.  
 □ Manca per la Calabria il dato degli utenti già in carico. I dati disponibili permettono una ripartizione fra i SerT d'accoglienza, ma la residenza degli utenti non è specificata. Ciò non consente un'analisi per ambiti territoriali.  
 \*Dati riferiti al 1998

8. NATI DA PARTO CESAREO



Commento

□ Il tasso di cesarizzazione del FVG è superiore ai valori di riferimento indicati a livello internazionale (12% fino al 15% per centri di 2°-3° livello), pur essendo inferiore alla media nazionale (Italia, 1996 = 28%). Le differenze esistenti tra ASS (range da 17,7 a 21,9% nel 1998) e soprattutto tra le diverse strutture (range da 11,2 a 27,3%) indicano che una riduzione del tasso sarebbe possibile e identificano anche obiettivi raggiungibili.  
 □ I dati riportati per la Calabria si riferiscono alle aziende di Cosenza e Catanzaro eccetto per il 1995, anno per cui è disponibile un dato regionale. Dai dati a disposizione risulta che il ricorso al taglio cesareo in Calabria è superiore alla media nazionale e ancor più ai valori di riferimento indicati a livello internazionale. Gli elevati tassi sintetici comunque nascondono le divergenti tendenze che pure esistono tra le varie strutture e che indicano la riduzione complessiva come un obiettivo raggiungibile. I divergenti trend delle A.O. di Catanzaro e Cosenza, entrambe strutture di 3° livello, ne sono un esempio tangibile.

	1997	1998	1999
Azienda Ospedaliera di Cosenza	42%	33%	28%
Azienda Ospedaliera di Catanzaro	32%	31%	39%

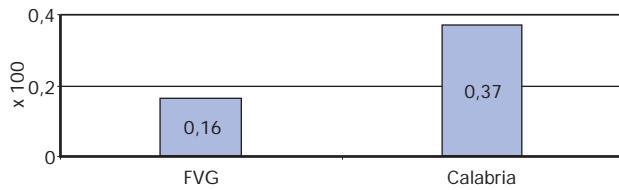
RISULTATI

Come anticipato, ci si limita a presentare una parte dei dati raccolti, rinviando al rapporto completo per la discussione sugli aspetti metodologici relativi al sistema informativo. Ci si limita a sintetizzare gli aspetti maggiormente critici per quanto riguarda la disponibilità e la qualità dei dati (Tabella II).

Per quanto riguarda lo stato di salute e il funzionamento dei servizi, i dati maggiormente salienti emersi dall'indagine sono illustrati nelle Figure 1-10 e nei relativi commenti. Dove possibile viene presentata la tendenza temporale. Nei commenti sono riportati anche dati di riferimento nazionale e di area geografica (Nord/Nord-Est/Sud) che si riferiscono al 1996, ultimo anno per cui i dati ISTAT sono disponibili. Per semplicità e brevità nelle figure viene riportato solo il risultato relativo all'indicatore generale, così come indicato in Tabella I.

nel novembre 2000. Vi hanno partecipato circa 100 operatori delle diverse aziende sanitarie calabresi territoriali e ospedaliere, e numerosi amministratori locali. In entrambe le sedi la discussione ha messo in luce gli aspetti maggiormente critici riguardanti sia il sistema informativo regionale che lo stato di salute e dei servizi nel settore materno-infantile. Su entrambi gli aspetti sono state fornite indicazioni al pianificatore ai fini dell'inserimento nei rispettivi piani sanitari regionali.

9. MINORI ISTITUZIONALIZZATI NON PENALI  
CON DURATA >3 MESI



Commento

□ Il dato del FVG è leggermente superiore a quello di riferimento nazionale disponibile (0,15%) che deriva da una ricerca del Centro Nazionale di Documentazione e Analisi per l'Infanzia e l'Adolescenza (CNDM). Dai dati disponibili non è stato possibile identificare i bambini rimasti in istituzione per meno di 3 mesi.

□ Stando alla rilevazione del CNDM, la Calabria sarebbe la Regione in Italia con più elevata incidenza di minori istituzionalizzati (0,29%). I dati raccolti mostrano un tasso ancora superiore a quello rilevato dal CNDM ed evidenziano come la maggior parte dei bambini risieda in Istituto (75%) e solo una minoranza in casa-famiglia (19%) o in gruppi appartamento (6%).

\*Dati riferiti al 1998

Sono state fatte ulteriori elaborazioni dei dati disaggregandoli per sottogruppi dell'indicatore principale (ad esempio: natalità per epoca gestazionale<sup>4</sup>). In alcuni casi i commenti fanno riferimento a questa ulteriore analisi. I dati non riportati relativi agli altri indicatori di salute sono reperibili nel rapporto completo.

DISCUSSIONE

Friuli-Venezia Giulia

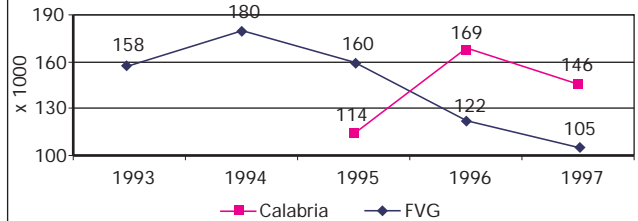
I dati raccolti confermano come nelle aree coperte dagli indicatori raccolti lo stato di salute e il livello di cure siano ottimi (indicatori perinatali e di mortalità nei primi anni di vita), buoni (vaccinazioni) o soddisfacenti anche in considerazione della tendenza al miglioramento (allattamento al seno, ospedalizzazione pediatrica). Il ricorso al taglio cesareo, sia pure al di sotto della media nazionale, è ancora elevato, aspetto peraltro noto agli amministratori e operatori che in alcuni casi stanno già operando con progettualità finalizzate al contenimento del ricorso al taglio cesareo (TC).

Una visione generale dei dati raccolti indica peraltro che, sia pure in termini quantitativamente contenuti, tutti gli indicatori di salute riferiti all'adolescente (interruzioni di gravidanza, casi di dipendenza da droghe in carico ai SerT, mortalità per cause esterne), che appaiono elevati in relazione al dato medio nazionale (vedi in particolare la mortalità per incidenti<sup>15-24</sup>) e in possibile tendenza all'aumento o per lo meno alla non diminuzione (ancora incidenti, ricorso all'IVG e dipendenza da sostanze), testimoniano di una situazione critica, in chiaro contrasto con il quadro generale di una regione che presenta indicatori di salute tra i migliori d'Italia (e del mondo) per quanto riguarda la parte perinatale e infantile.

Appare dunque appropriato, come è stato sottolineato nell'incontro di discussione dei risultati del progetto, dedicare maggiore attenzione nel prossimo piano regionale materno-infantile a tutto l'ambito della salute in epoca adolescenziale con iniziative specifiche di promozione di salute e prevenzione e con iniziative più generali rivolte all'insieme degli operatori dei servizi per migliorare la capacità di promozione della salute,

10. OSPEDALIZZAZIONE

1. Ricoveri 0-14 anni



2. Ricoveri 0-19 anni extraregione di residenza

	1996	1997
FVG	9,1	8,2
Calabria	28.9‰ *	19.9‰ **

\* popolazione 0-14 anni; \*\* popolazione 0-17 anni

Commento

□ La percentuale di ricoveri in età pediatrica in FVG è ancora troppo alta e si rende quindi necessaria la sua monitoraggio ed analisi.

□ I ricoveri in età pediatrica in Calabria sono molto elevati (Italia 1997=114‰) e in particolare quelli che avvengono presso strutture extraregionali. È da sottolineare tuttavia il decremento di tale flusso migratorio nell'ultimo anno del periodo considerato, anche se meno consistente di quanto indica il dato poiché comprende la fascia d'età compresa fra 15 e 17 anni, a minor rischio di ricovero rispetto alle età precedenti.

te, prevenzione e presa in carico. Il piano, attualmente in corso di definizione, prevede una specifica attenzione a questo tipo di interventi.

Calabria

In considerazione dei dati raccolti, risulta evidente che l'area delle cure ostetriche deve essere privilegiata per un intervento che ne estenda la copertura (soprattutto per quanto riguarda il prenatale) e la qualità, con l'obiettivo di ridurre le morti prenatali, attualmente elevate, e il numero dei TC, molto al di sopra dei livelli accettati dalla comunità scientifica internazionale. Il dato relativo alla mortalità infantile resta elevato, ma va rilevato che la mortalità in epoca neonatale appare in costante miglioramento negli ultimi anni. Le coperture vaccinali restano inaccettabilmente basse.

Un'area già oggetto di attenzione in passato riguarda l'aspetto della "migrazione pediatrica", cioè del ricorso alle cure in centri extraregionali per pazienti pediatrici, fenomeno comune ad altre Regioni del Sud. A questo proposito va rilevato che: a) il fenomeno è in costante riduzione nell'ultimo decennio<sup>5</sup> in relazione alla creazione di centri di alta qualità di cure di neonatologia e di pediatria medica e chirurgica in diversi poli ospedalieri della regione; b) il ricorso a centri extraregionali continua a essere elevato per un numero ridotto di patologie (neuropsichiatria infantile e ortopedia), per cui la soluzione più appropriata appare essere quella di investire affinché si creino nella regione Calabria dei poli di qualità per quanto riguarda queste due aree, mentre appare incongrua la formazione di un polo ospedaliero multispecialistico che rappresenterebbe un'inutile sovrapposizione con l'unico effetto di ridurre il bacino di utenza e quindi la qualità dei servizi già esistenti.

Infine, un'area critica è costituita dall'alto numero dei bambini istituzionalizzati, per il quale si richiede un forte investimento in soluzioni alternative tramite politiche di sostegno alle famiglie originarie e contestualmente di sostegno all'affido e all'affido parziale di sostegno<sup>6</sup>.



PRINCIPALI FONTI UTILIZZATE PER IL REPERIMENTO DEI DATI

Indicatore	Fonti
1. Natimortalità	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: SMRMP. Ufficio Regionale di Statistica [ISTAT → ritardo 3-4 anni]
2. Tasso di mortalità neonatale	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: SMRMP. Ufficio Regionale di Statistica [ISTAT → ritardo 3-4 anni]
3. Tasso di mortalità infantile	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: ISTAT. Ufficio Regionale di Statistica
4. Tasso di mortalità 1-14 anni	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: ISTAT. Ufficio Regionale di Statistica
5. Tasso di mortalità 15-24 anni	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: ISTAT. Ufficio Regionale di Statistica
6. Basso peso alla nascita	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: SMRMP. ISTAT [SIO → non praticabile in Calabria]
7. Malformazioni congenite	FVG: Registro Nord Est Italia delle Malformazioni Congenite Calabria: archivi Divisioni di Patologia Neonatale, CS e CZ (indagine ad hoc) [Scheda di nascita/SDO → non praticabili in Calabria]
8. Disabilità	FVG e Calabria: Ufficio Medico Legale ASL → denunce per riconoscimento invalidità civile (indagini ad hoc). Provveditorato agli Studi → certificazioni per insegnanti di sostegno <i>Paralisi cerebrale infantile:</i> FVG: Centri di Riabilitazione Motoria/Servizi Neuropsichiatria; Calabria: Divisioni di Patologia Neonatale di Cosenza e Catanzaro (indagine ad hoc)
9. Abuso	FVG: Rilevazione Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (solo Provincia di Trieste e solo 1997) Calabria: Tribunale dei Minori; Servizi Sociali degli Enti Locali.
10. HIV pediatrico	FVG e Calabria: ISS - Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica - Reparto AIDS e Malattie Sessualmente Trasmesse Calabria: Assessorato Regionale alla Sanità - Centro per la lotta all'AIDS [SIO → non praticabile in Calabria]
11. Gravidanza e IVG <20 anni	FVG e Calabria: ISTAT. ISS - Relazione Ministro Sanità su attuazione legge per tutela sociale della maternità e l'IVG FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: Agenzia Regionale alla Sanità - Dipartimento Materno Infantile → indagine ad hoc su schede IVG
12. Tossicodipendenza 15-19 anni	SerT
13. Nati da parto cesareo	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: banche dati divisioni di patologia neonatale di CS e CZ (indagine ad hoc) [SIO/SDO → non praticabile in Calabria]
14. Allattamento al seno	NB: inaccuratezza dati disponibili (indagine multiscopo ISTAT, letteratura). FVG: SISR (rilevazione sistematica nei Nidi e alla 2a vaccinazione) Calabria: indagine ad hoc presso il Servizio Vaccinazioni ASL CZ; divisioni di Patologia Neonatale di CS e CZ.
15. Tasso di vaccinazione antimorbillosa	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: indagine ad hoc (Servizio Vaccinazioni ASL); ISS - Progetto ICONA
16. Minori istituzionalizzati non penali	Ricerca del Centro Nazionale Documentazione per l'Infanzia e l'Adolescenza, 1998. FVG: Direzione Regionale della Sanità e delle Politiche Sociali Calabria: Assessorato Regionale ai Servizi Sociali (indagine ad hoc)
17. Ospedalizzazione	FVG: SISR/Agenzia Regionale Sanità Calabria: ISTAT [SIO → non praticabile in Calabria]

In parentesi quadra le fonti inizialmente identificate e non utilizzate

Abbreviazioni: CS: Cosenza; CZ: Catanzaro; FVG: Friuli - Venezia Giulia; ISS: Istituto Superiore Sanità; ISTAT: Istituto Nazionale di Statistica; SerT: Servizio per le Tossicodipendenze; SDO: Scheda Dimissione Ospedaliera; SIO: Sistema Informativo Ospedaliero; SISR: Sistema Informativo Sanitario Regionale; SMRMP: Sistema Monitoraggio Regionale Mortalità Perinatale

STATO DI SALUTE E SUOI DETERMINANTI

Il rilievo di questi dati deriva dall'analisi delle tendenze temporali e dal confronto con le medie nazionali. Un confronto fra le due regioni infatti non ha molto significato: in ogni caso richiederebbe ben altro spazio e una esplicita attenzione alla distribuzione nelle due regioni dei determinanti sociali, che, come è noto, giocano un ruolo importante soprattutto sui fenomeni sanitari che riguardano la gravidanza e i primi anni di vita<sup>79</sup>. Solo tenendo conto di questi fattori, è possibile attribuire al sistema sanitario i meriti e le responsabilità che gli appartengono. Una certa approssimazione alla "verità" sul ruolo giocato dai servizi la si può avere in alcuni casi specifici: ad esempio, la mortalità neonatale in Calabria si è ridotta notevolmente negli anni dal 1995 al 1998 ed è difficile immaginare che siano nel frattempo - in un quinquennio senza un particolare sviluppo economico in questa regione - migliorate significativamente le condizioni di base della popolazione. Dunque, in questo caso è lecito attribuire una buona parte del merito ai servizi, e in effetti questo sembra corrispondere alla storia di questi anni che ha visto alcuni passi verso una certa razionalizzazione dell'assistenza neonatale in Calabria, nonché un miglioramento della qualità della stessa, in particolare nei centri di terzo livello. Per contro, l'aumento dei tagli cesarei nello stesso periodo non trova certo giustificazioni in una maggior prevalenza di fattori di rischio.

LA TRANSIZIONE EPIDEMIOLOGICA AL NORD E AL SUD

Un aspetto che è parso di particolare interesse e che merita di essere sottolineato viene dal confronto tra gli andamenti delle mortalità infantili e in età adolescenziale nelle due regioni. Il grafico (Figura 11) suggerisce infatti che il rischio di decesso, molto basso in FVG per il primo anno di vita, sia poi compensato da un rischio più elevato nelle età 15-24 anni. Il contrario si osserva per la regione Calabria. Ci si trova dunque di fronte a un esempio di come la transizione epidemiologica si trovi, come è lecito immaginare in considerazione del diverso livello di sviluppo, in fasi diverse. Colpisce come questa sfasatura sia molto evidente in due regioni dello stesso Paese, così come colpisce il fatto che in ultima analisi le due regioni si trovino con

Tabella 1

## DISPONIBILITÀ DI DATI RELATIVI AGLI INDICATORI DI SALUTE ESSENZIALI IN FRIULI-VENEZIA GIULIA E IN CALABRIA

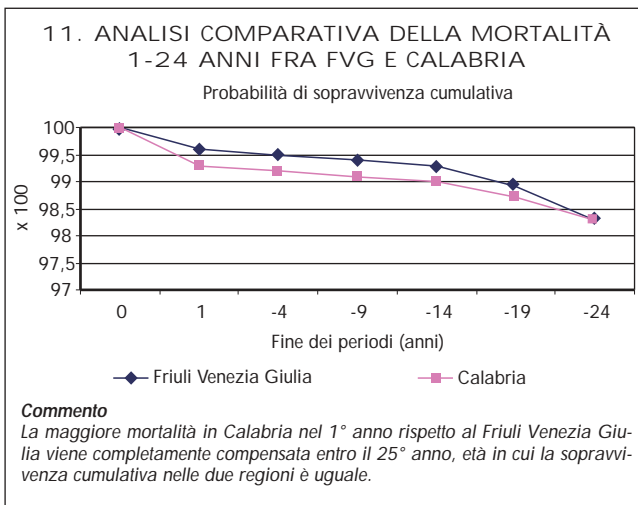
- **Dati di mortalità:** non disponibilità (Calabria) di dati di mortalità se non quelli resi disponibili dall'ISTAT riferiti a 4 anni prima, supplita peraltro dall'esistenza di un sistema informativo perinatale basato sui punti nascita
- **Malformazioni congenite:** assenza di rilevamento sistematico (Calabria)
- **Disabilità:** assenza generale di dati attendibili per carenza di un sistema di classificazione valido e comune ai vari servizi (Friuli-Venezia Giulia e Calabria)
- **Abuso e maltrattamento:** assenza di un rilevamento sistematico (Friuli-Venezia Giulia e Calabria)
- **Allattamento al seno:** assenza di un rilevamento sistematico (Calabria)
- **Tagli cesarei:** assenza di un dato complessivo per tutta la realtà regionale (Calabria)
- **Vaccinazioni:** assenza di rilevamento sistematico di routine (Calabria)
- **Minori istituzionalizzati non penali:** dati incompleti e su base non sistematica (Friuli-Venezia Giulia e Calabria)

Tabella II

“critiche” da suggerire per la programmazione. Su queste vi è stato anche consenso degli operatori. Trattandosi di materia di pertinenza dell'amministratore/programmatore e in ultima analisi del politico, il risultato ultimo di questa parte della ricerca è difficilmente identificabile e valutabile se non nel medio periodo, quando sarà possibile definire in quale misura le indicazioni emerse dallo studio abbiano effettivamente influito sulla programmazione sanitaria nelle due Regioni. In ogni caso tali indicazioni, suffragate da dati, in alcuni casi sono già state prese in considerazione da operatori e responsabili aziendali e di servizi come elementi di cui tenere conto nella stesura dei propri piani di lavoro. Siamo ancora ai primi passi rispetto a un metodo che consenta di pianificare in base a bisogni quantificati piuttosto che a impressioni (o a pressioni) e ci si augura di aver dato un contributo in questa direzione.

### Ringraziamenti

Oltre al dovuto riconoscimento istituzionale (il progetto è stato finanziato dal Ministero della Sanità) desideriamo ringraziare, senza tuttavia poterli nominare per ragioni di spazio, tutti gli operatori dei servizi socio-sanitari che nelle due regioni hanno collaborato al buon fine della ricerca. Un ringraziamento particolare a Ogia e Nesi per il sostegno amministrativo e logistico.



un rischio cumulativo di morte “prematura” analogo a 25 anni come risultato dei decessi nel corso dei primi 25 anni di vita. Evidentemente l'evoluzione socioeconomica, ai livelli di sviluppo medio-alti delle società industrializzate, porta a conseguenze complesse e contraddittorie sul piano degli effetti sulla salute. Aspetto questo che fornisce abbondante materia di riflessione<sup>10,11</sup>.

### CONCLUSIONI

Alcune osservazioni possono essere fatte a commento conclusivo della ricerca, e in relazione in particolare a una delle finalità dello studio, quella che consisteva nella valutazione dell'utilità dei dati ai fini della pianificazione dei servizi e che è stata oggetto di questo contributo. Lo studio ha in effetti consentito di individuare con sufficiente precisione alcune aree

### Bibliografia

1. Cirillo G, Cacace E, Di Maio C, et al. Medico e Bambino 1999;6:371-7.
2. Kolher L. Child Public Health. A new basis for child health workers. Eur J Public Health 1998;8:253-5.
3. Tamburlini G, Ronfani L, Buzzetti R. Child health indicators. Eur J Public Health 2000 (in press).
4. Tamburlini G, Ronfani L, Buzzetti R. Indicatori di salute in età evolutiva. Medico e Bambino 1999;5:315-20.
5. Alcaro P. Pediatria, migrazione, soluzioni. Medico e Bambino 1997;10:625-6.
6. Piano nazionale del Governo per l'infanzia e l'Adolescenza. Roma, novembre 2000.
7. Leon D, Walt G (eds.). Poverty Inequality and Health. Oxford Univ Press 2000.
8. Independent Inquiry into Inequalities in health. The Stationery Office, London 1998.
9. Corchia C, Baronciani D (eds). Epidemiologia della disuguaglianza nell'infanzia. Ist Ital Med Sociale, Roma 1995.
10. Wilkinson RG. Unhealthy societies. Routledge, London, 1997.
11. Tamburlini G. Capitale sociale e salute del bambino. Medico e Bambino 1999;7:399-400.