

Sistema informativo distrettuale e salute del bambino: uno studio pilota in Campania

GIUSEPPE CIRILLO¹, ELVIRA CACACE², CARMELA DI MAIO², TERESA MAGURNO², MARIA NICA², GELSOMINA RAGONE², ROSARIA RETTURA², GIORGIO TAMBURLINI³

¹Associazione Culturale Pediatri - Campania, Napoli

²Distretti: 88 - ASL - Na 5; 50 - ASL - Na 1; 100 - ASL - Sa 2; 96 - ASL - Sa 1; 44 - ASL - Na 1

³Unità di Ricerca sui Servizi Sanitari, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

È stata sperimentata concretamente, in 5 distretti della Campania, la realizzabilità di un sistema informativo corrente basato su 12 indicatori di salute. L'operazione è risultata fattibile, economica, e feconda di risultati interessanti, oggettivi, in parte inattesi, sui quali programmare la distribuzione e la qualità delle risorse. La stima degli Autori è che per la creazione e il mantenimento di un sistema elementare di sorveglianza a livello di Distretto Sanitario una persona/settimana ogni sei mesi sia sufficiente.

INTRODUZIONE

Necessità di un sistema informativo sanitario di distretto

Il distretto sanitario rappresenta la componente più periferica del sistema sanitario. Le priorità e i piani sono stabiliti dalle autorità sanitarie a livello aziendale, ma gli interventi sono messi in atto a livello distrettuale, dove i programmi devono essere adattati ai bisogni e alle risorse esistenti. Per questo motivo è necessaria anche a livello distrettuale un'analisi sia dei bisogni di salute che degli interventi effettuati.

Nel realizzare tutto questo a livello di distretto si incontrano però numerose difficoltà. Innanzitutto molti dati sono ricavabili da fonti esistenti, ma non sono disponibili con una disaggregazione sufficiente a identificare i dati della popolazione residente nel distretto. Questo è particolarmente vero nelle grandi aree metropolitane con scarso decentramento amministrativo. Poi, l'incidenza di alcuni eventi a livello distrettuale può essere insufficiente a permettere comparazioni e analisi, in quanto la variabilità può essere assolutamente casuale quando gli eventi, come i decessi nelle prime età della vita, sono rari.

Attualmente non esiste un sistema

DISTRICT INFORMATION SYSTEM AND CHILD HEALTH: A PILOT STUDY IN CAMPANIA (Medico e Bambino 18, 371-377, 1999)

Key words

Child health, Health indicators, Health information system, Health district

Summary

A pilot study aimed at evaluating feasibility and usefulness of a child and adolescent health indicator system at the health district (HD) level was carried out in the Campania region, Italy. Data were collected in 5 districts on 16 basic indicators, aimed at describing some of the major health needs and interventions, as well as the demographic and social context. Most of the relevant information was collected, based on existent data sources; a few indicators could not be calculated due to the lack of reliable sources; others required ad hoc surveys. The findings show that this kind of information can be very valuable to identify health needs and issues related to health interventions, either showing the need for further analysis or providing direct indications for defining or revising health strategies and interventions. The development and routine use of basic indicators for child and adolescent health at district level is essential for the appropriate planning of health interventions.

informativo sanitario a livello distrettuale, sebbene in molti distretti esistano sistemi efficienti e affidabili di raccolta dati che riguardano specifici settori e servizi, come le vaccinazioni o i programmi di screening oncologici.

Il nuovo Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 ne sottolinea la necessità nell'ambito del più generale bisogno di sviluppo di un sistema informativo sanitario integrato con altre fonti di dati¹.

Un progetto pilota per un sistema informativo di distretto per la salute infantile

Muovendo da queste premesse, ed entro una più ampia linea di ricerca sugli indicatori per la salute dell'infanzia e adolescenza², abbiamo condotto uno studio pilota per valutare come possa essere sviluppato e reso stabile a livello distrettuale un sistema di indicatori di salute relativi all'infanzia e all'adolescenza.

I principali obiettivi dello studio sono stati:

1. definire quali indicatori di salute possono essere appropriati per il livello distrettuale;
2. valutare, mediante uno studio di fattibilità in 5 distretti sanitari, l'attendibilità delle fonti di dati, le risorse necessarie per la raccolta dei dati, e l'utilità delle informazioni fornite ai fini della pianificazione;
3. fornire delle raccomandazioni per lo sviluppo di un sistema informativo di distretto per la salute infantile.

Lo studio è stato realizzato nella regione Campania, in cui sia gli indicatori di salute infantile che quelli di carattere socio-economico indicano una situazione sensibilmente più svantaggiata rispetto alla media nazionale (*Tabella I*).

METODI

Il progetto, iniziato a gennaio e concluso a dicembre del 1998, comprendeva le seguenti fasi:

- selezione dei distretti sanitari;
- selezione degli indicatori;
- formazione del personale sanitario coinvolto nel progetto;
- raccolta dati e valutazione della qualità;
- analisi dei dati;
- valutazione qualitativa (*focus group*);
- discussione dei risultati.

Selezione dei distretti sanitari e delle figure professionali

Sono stati selezionati cinque distretti appartenenti a quattro Aziende Sanitarie: Distretto n. 100 (Azienda Sanitaria, Salerno 2); Distretto n. 96 (Azienda Sanitaria, Salerno 1); Distretto n. 44 (Azienda Sanitaria, Napoli 1); Distretto n. 50 (Azienda Sanitaria, Napoli 1); Distretto n. 88 (Azienda Sanitaria, Napoli 5) (*Tabella II*). Per ciascun distretto è stato identificato un operatore sanitario all'interno dei servizi materno-infantili come punto di riferimento del progetto.

Selezione degli indicatori

Gli indicatori sono stati scelti prima di tutto in base alla disponibilità di dati attendibili, alla significatività numerica (escludendo dunque gli indicatori che avessero bisogno di grandi numeri), infine alla rilevanza informativa sullo stato di salute e del contesto demografico e sociale^{3,4}. Dei 16 criteri individuati "a priori" solo 12 sono stati effettivamente utilizzati (*vedi tabelle*). Sono stati eliminati: la copertura da parte del pediatra, per la mancanza di specifici "data base"; il tasso di disoccupazione, perché considerato

REGIONE CAMPANIA: PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI, SANITARI E SOCIALI

Popolazione (1995)	5.620.518
Popolazione infantile (0-14 aa) (1995)	1.172.143 (20.4%; Italia 14.8)
Nati vivi (1995)	73.216 (12.4‰; Italia 9.2)
Mortalità infantile (1994)	8.7‰ (Italia 6.5)
Reddito pro capite (1993)	17.989 (migliaia di lire; Italia 26.685)
Bambini in famiglie povere (1995)	33% (Italia 11.5%)
Madri con meno di 5 anni di istruzione (1991)	20.8% (Italia 9.8%)

Tabella I

DISTRETTI COINVOLTI NEL PROGETTO

□ **Distretto n. 96 (Salerno)**. Comuni: Salerno, Vietri, Pellezzano. Popolazione totale 169.117. Popolazione 0-14 anni 26.408. Distretto prevalentemente urbano con quartieri a forte concentrazione di disagio sociale.

□ **Distretto n. 100 (Provincia di Salerno)**. Comuni: Giffoni Valle Piana, Giffoni Sei Casali, Montecorvino Rovella, Olevano sul Tusciano, Acerno, S. Cipriano Picentino, Castiglione dei Genovesi, San Mango Piemonte. Popolazione totale 44.966. Popolazione 0-14 anni 7.294. È questo un distretto che comprende piccoli comuni a economia fondamentalmente agricola.

□ **Distretto n. 88 (Provincia di Napoli)**. Comuni: Sorrento, S. Agnello, Massa Lubrese. Popolazione totale 38.943. Popolazione 0-14 anni 7.287. Area a economia turistica con zone di agricoltura specializzata. Il livello socio-economico è piuttosto alto.

□ **Distretto n. 50 (Napoli)**. Quartieri: Miano, S. Pietro a Patierno, Secondigliano. Popolazione totale 99.529. Popolazione 0-14 anni 21.212. Distretto che comprende quartieri densamente popolati e a forte concentrazione di disagio sociale.

□ **Distretto n. 44 (Napoli)**. Quartieri: Chiaia, S. Ferdinando, Posillipo. Popolazione totale 93.799. Popolazione 0-14 anni 12.965. Comprende aree urbane ad alta concentrazione demografica e per lo più livello socio-economico medio-alto.

Tabella II

ingannevole (lavoro nero); l'indice di immigrazione, per la non disponibilità di dati validi; infine la qualità delle cure per bambini con handicap, per l'eccessiva complessità di valutazione.

Formazione dell'équipe di lavoro

È stato necessario un lavoro preliminare di formazione dell'équipe di lavoro per la raccolta e per la valutazione della attendibilità, rilevanza e significatività dei dati; l'équipe, sebbene ciascuno avesse un compito differenziato, ha svolto un lavoro di gruppo, con un continuo confronto interno.

Analisi e valutazione dei dati

Sono stati analizzati i dati, tenendo conto, quando possibile, dell'ultimo triennio (1995-1997). Sono stati effettuati confronti geografici tra i distretti selezionati, e con i dati regionali e nazionali². L'interpretazione degli indicatori sanitari è stata discussa alla luce

degli indicatori demografici e sociali.

A integrazione dell'analisi quantitativa, in ciascun distretto è stata organizzata un'intervista di gruppo, preceduta dalla somministrazione di un questionario semistrutturato, sulle priorità percepite rispetto alla salute dei bambini e degli adolescenti, contattando le figure professionali chiave dei servizi sanitari, educativi, sociali, della giustizia minorile, delle forze di polizia nonché i rappresentanti delle associazioni².

RISULTATI QUANTITATIVI

I risultati quantitativi sono esposti, con i relativi commenti necessari alla loro interpretazione, nelle tabelle seguenti. Per facilitarne la lettura sono stati indicati in rosso i valori più significativi in senso negativo e in verde quelli più significativi in senso positivo.

NATALITÀ							
Anni	Distretto 96	100	88	50	44	Campania	Italia
1995	8.9 (1517)	12.6 (565)	11.2 (440)	13.2 (1313)	8.5 (798)	-	-
1996	9.6 (1624)	13.3 (600)	10.1 (393)	12.9 (1285)	8.1 (765)	12.4	9.2
1997	8.2 (1385)	12.8 (521)	8.3 (338)	12.1 (1209)	8.6 (811)	-	-

Commento: alto tasso di natalità nei distretti 100 e 50.

Implicazioni: la più alta natalità si verifica nelle aree più svantaggiate. Questo suggerisce un'alta priorità per gli interventi sociali ed educativi e per gli interventi sanitari rivolti all'infanzia in questi distretti.

Definizione: nati vivi per 1000 residenti

Fonti: Anagrafe Comunale o per i comuni più grandi il Centro di Elaborazione Dati (CED) e l'Ufficio di Statistica. Facile l'accesso; buona la qualità dei dati.

POPOLAZIONE 0-14 ANNI							
	Distretto 96	100	88	50	44	Campania (1995)	Italia (1996)
Popolazione totale	169.117	44.966	38.943	99.529	93.799	-	-
Popolazione 0-14 anni	26.408	7.294	7.287	21.212	12.965	-	-
0-14 anni (%)	15.6	16.2	18.7	21.3	13.8	20.4	14.8

Commento: ampia variabilità tra i distretti.

Implicazioni: l'allocatione delle risorse nei distretti, compresa la distribuzione delle risorse umane per i servizi sanitari per l'infanzia e l'adolescenza, deve tener conto del numero assoluto e relativo della popolazione di questa fascia di età.

Definizione: popolazione per classe di età (numeri assoluti e percentuali sulla popolazione totale).

Fonti: Anagrafe Comunale e per i comuni più grandi il CED e l'Ufficio di Statistica. Facile l'accesso; buona la qualità dei dati.

LIVELLO DI ISTRUZIONE							
Scolarità	Distretto 96	100	88	50	44	Italia (1995)	
Analfabeta	2.578 (1.7%)	1.093 (3.1%)	314 (1%)	2.353 (2.8%)	778 (0.9%)	-	
< 5 anni	12.482 (8.2%)	5.224 (14.9%)	3.447 (10.6%)	11.862 (14.0%)	6.028 (7.1%)	6.2*	
5-8 anni	83.891 (54.9%)	25.107 (71.6%)	19.539 (60.4%)	60.572 (71.5%)	38.301 (45.3%)	-	
> 8 anni	53.837 (35.2%)	3.664 (10.4%)	9.042 (28.0%)	9.905 (11.7%)	39.525 (46.7%)	-	
Totale	152.788	35.088	32.342	84.692	84.632		

* Note: i dati si riferiscono solo alla popolazione sotto i 65 anni.

Commento: alta proporzione di basso livello di istruzione nei distretti 100 e 50. Possono essersi verificati sostanziali cambiamenti dal 1991.

Implicazioni: a) per il sistema informativo: c'è la necessità di un più frequente aggiornamento dei dati (ogni anno o due); b) ai fini degli interventi: tutti i servizi dovrebbero tener conto del livello di istruzione della popolazione per adattare le loro strategie di intervento.

Definizione: scolarità (analfabeti, meno di 5 anni, da 5 a 8 anni, oltre 8 anni di istruzione) nella popolazione sotto i 65 anni.

Fonti: ISTAT. Facile l'accesso. Buona la qualità ma i dati non sono aggiornati tempestivamente (ultimo aggiornamento al 1991).

MORTALITÀ INFANTILE							
Anno	Distretto 96	100	88	50	44	Campania	Italia
1995	15/1517 (9.9)	6/565 (10.6)	1/440 (2.3)	5/1313 (3.8)	7/798 (8.7)	8.8	6.5
1996	19/1624 (11.7)	1/600 (1.6)	0/393 (0)	4/1285 (3.1)	6/765 (7.8)	-	-
1997	14/1385 (10.1)	7/521 (13.4)	1/338 (2.9)	9/1209 (7.4)	5/811 (6.1)	-	-

Commento: la mortalità è consistentemente più alta nei distretti 96 e 100 che non nei distretti 50 e 44.

Implicazioni: a) per il sistema informativo: sono attendibili al momento solo i dati comunali; b) per gli interventi: è necessaria una ulteriore analisi del dato per epoca di decesso (neonatale, post-natale) e peso alla nascita. Su questa base va valutata l'ipotesi di una differente qualità, nelle due aree di riferimento (Salerno e Napoli), delle cure perinatali/neonatali piuttosto che una diversa distribuzione dei fattori di rischio.

Definizione: numero di morti nel 1° anno di vita per 1000 nati vivi.

Fonti: Anagrafe Comunale o il CED - Ufficio di Statistica e L'Unità Operativa di Prevenzione Collettiva (UOPC) del Distretto. L'accesso è facile ma la seconda fonte fornisce dati che spesso sono sottostimati rispetto alla fonte comunale, per il ritardo nell'arrivo delle informazioni relative alle morti che si verificano fuori del distretto.

NATI VIVI CON PESO < 2500 g

	Distretto 96	100	88	50*	44*	Italia (1995)
n. nati <2500 g	58	51	10	697	697	-
Totale nati	1385	521	338	11.243	11.243	-
% nati < 2500 g	4.6	9.8	3.0	6.2	6.2	6.9

*Note: i dati dei distretti 50 e 44 sono relativi all'intera città di Napoli.

Commenti: elevata percentuale di basso peso nel distretto 100.

Implicazioni: è necessaria un'ulteriore analisi dei dati del distretto 100, valutando il dato in rapporto alla residenza e occupazione della madre.

Ipotesi: lavoro gravoso durante la gravidanza nelle zone rurali e/o specifici rischi ambientali.

Definizione: nati vivi < 2500 g/totale dei nati vivi.

Fonti: Anagrafe Comunale, CED, Ufficio di Statistica; Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP) presso la UOPC, l'Unità Operativa Materno-Infantile (UOMI), il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria. Facile accesso.

MADRI DI ETÀ INFERIORE A 19 ANNI

	Distretto 96	100	88	50*	44*	Campania (1992)	Italia (1992)
Età < 19 anni	11 (0.9%)	7 (1.3%)	1 (0.3%)	218 (1.9%)	218 (1.9%)	2.9%	3.3%

*Note: i dati dei distretti 50 e 44 sono relativi all'intera città di Napoli.

Commento: le percentuali sono molto basse; i riferimenti regionali e nazionali che datano cinque anni confermano il calo del fenomeno.

Implicazioni: la maternità in epoca precoce sembra non rappresentare più un problema consistente; l'indicatore dovrebbe probabilmente essere sostituito dall'IVG sotto i 19 anni.

Definizione: bambini nati da madri di età inferiore a 19 anni per 1000 nati vivi.

Fonti: Anagrafe Comunale, CED, Ufficio di Statistica; CEDAP presso le UOPC, UOMI, Dipartimento di Prevenzione dell'ASL.

PREVALENZA DELLA PARALISI CEREBRALE E DELLA SINDROME DI DOWN

Patologia	Distretto 96	100	88	50	44	Italia (1995)
PCI	65 (2.46‰)	14 (1.9‰)	11 (1.7‰)	46 (2.2‰)	28 (2.1‰)	0.9 - 1.5
S. Down	20 (0.75‰)	8 (1.1‰)	7 (1.1‰)	26 (1.2‰)	14 (1.1‰)	0.8 - 1.7

Commento: i livelli alti di PCI rispetto alle medie nazionali sono possibilmente dovuti a sovradiagnosi.

Implicazioni: deve esistere un unico registro per le condizioni croniche disponibile per tutti i servizi coinvolti negli interventi sociali e sanitari. Deve essere adottata una definizione precisa del caso. Non possono essere fatti raffronti tra i distretti fino a che la raccolta dei dati non sia uniforme e attendibile. Sono necessarie ulteriori analisi e una verifica dell'appropriatezza diagnostica.

Definizione: soggetti affetti da PCI o sindrome di Down entro il 1° anno di vita per 1000 bambini di età inferiore a un anno.

Fonti: Ufficio di Invalidità a livello distrettuale o aziendale; Centro di Riabilitazione del distretto; Unità Multidisciplinare presso la UOMI. Accesso non immediato. Attendibilità subottimale: i dati da differenti fonti non coincidono ed esiste una notevole variabilità nella diagnosi di paralisi cerebrale. La sovradiagnosi di PCI è più frequente nelle aree svantaggiate, presumibilmente per il fatto che dà diritto ad ottenere supporti sociali.

ALLATTAMENTO AL SENO A 3 MESI

	Distretto 96	100	88	50	44	Italia ('94/'97)
Allattamento esclusivo al seno a 3 mesi	44.4%	55.8%	52.7%	49.4%	49.5%	25%

Commento: i dati appaiono soddisfacenti in tutti i distretti se comparati a quelli nazionali. Tuttavia, poiché i dati sono raccolti per bambini che accedono regolarmente ai servizi vaccinali, l'allattamento al seno potrebbe risultare sovrastimato (per il fatto che nei bambini regolarmente vaccinati c'è un maggiore tasso di allattamento al seno).

Implicazioni: i dati sulla prevalenza e la durata dell'allattamento al seno devono essere compresi nei dati essenziali raccolti routinariamente a livello distrettuale per tutti i bambini; in alternativa dovrebbe essere utilizzato un campione random per ottenere una stima attendibile dell'allattamento al seno a tre mesi.

Definizione: numero di bambini con allattamento al seno predominante (cioè, secondo la definizione OMS, nessun altro nutriente somministrato se non latte materno) all'età di tre mesi rispetto a tutti i bambini nati tra il 1° Gennaio e il 31 Marzo 1998, arrivati ai servizi di vaccinazione tra Aprile e Giugno 1998.

Fonti: studio ad hoc realizzato presso gli uffici vaccinali. I dati si riferiscono quindi a un campione della popolazione della stessa età che varia dal 40 al 50%.

COPERTURA VACCINALE A 24 MESI PER DPT E MORBILLO

Vaccini	Distretto 96	100	88	50	44	Napoli (1997)	Campania (1997)	Italia (1997)
DPT	55.7%	92%	80.2%	68%	71.8%	86%	88.6%	95.1%
Morbillo	23.4%	78%	63.4%	6%	56.7%	39.8%	26.5%	55.4%

Commento: tasso di immunizzazione molto basso per il morbillo, soprattutto nel distretto 50. Basso livello di immunizzazione per DPT nei distretti 96, 50 e 44.

Implicazioni: a) per il sistema informativo: deve essere organizzato uno specifico sistema informativo per le vaccinazioni e deve essere migliorata la comunicazione tra i sanitari e il servizio di vaccinazioni; b) per gli interventi: devono essere migliorate le strategie per la copertura vaccinale; i pediatri devono essere coinvolti nel miglioramento della copertura vaccinale. È necessario incrementare le informazioni e l'educazione sanitaria per le famiglie particolarmente nelle aree disagiate da un punto di vista sociale, implementando sistemi di offerta attiva per i bambini che devono essere vaccinati.

Definizione: i soggetti immunizzati per DPT e morbillo prima del loro secondo compleanno/totale dei residenti che compivano 24 mesi durante i primi tre mesi del 1998.

Fonte: Servizi vaccinali di distretto (studio ad hoc). I dati risultano sottostimati per il ritardo nella comunicazione ai centri distrettuali delle vaccinazioni effettuate negli ambulatori pediatrici.

BAMBINI DI 0-14 ANNI A TEMPO PIENO IN ISTITUZIONI SPECIALI

Distretto 96	100	88	50	44	Italia (1998)
29 (1.1/1000)	0	2 (0.3/1000)	21 (0.9/1000)	14 (1.1/1000)	1.8/1000

Commento: cifre in generale inferiori alla media nazionale; relativo alto numero nei distretti di città (44, 50 e 96).

Implicazioni: a) per il sistema informativo: è necessario che i servizi sociali raccolgano tutti i dati dei bambini in istituto; b) per gli interventi: è necessaria un'ulteriore analisi di ciascun caso per identificare i problemi e le soluzioni; in linea di principio bisogna incrementare il coinvolgimento della comunità rispetto all'affidamento e promuovere le politiche per l'adozione.

Definizione: soggetti di 0-14 anni a tempo pieno e per più di 3 mesi in istituzioni speciali, per 1000 bambini di 0-14 anni residenti. Sono stati considerati solo i casi la cui permanenza nelle istituzioni è stata più lunga di tre mesi, in quanto questo periodo dovrebbe essere sufficiente per le procedure di affidamento o di adozione.

Fonte: Servizi sociali del Comune; Azienda Sanitaria per le disabilità molto gravi; l'accesso risulta semplice ma i dati possono essere incompleti per il fatto che alcuni soggetti possono essere assistiti in istituti privati senza controllo pubblico.

EVASIONE SCOLASTICA TOTALE PER IL 1° E IL 2° CICLO

	Distretto 96	100	88*	50	44	Campania (1997)	Italia (1997)
1° ciclo	24 (3.5/1000)	0	n.d.	37 (5.7/1000)	26 (6.4/1000)	1.3/1000	0.5/1000
2° ciclo	56 (11.0/1000)	3 (1.4/1000)	n.d.	120 (28.2/1000)	18 (5.6/1000)	7.0/1000	3.9/1000
Totale	80	3	8 (2.4/1000)	157	44		

*Note: Per il distretto 88 sono disponibili solo i dati complessivi per il 1° e 2° ciclo

Commento: i distretti urbani 96, 44, e soprattutto 50 mostrano un'alta proporzione di bambini che non frequentano la scuola.

Implicazioni: a) per il sistema informativo: c'è la necessità di un indicatore più sensibile come il numero dei bambini che non frequentano regolarmente la scuola; b) per gli interventi: questo aspetto ha ampie implicazioni sociali ma anche dirette implicazioni per la salute, in quanto i bambini che non frequentano la scuola sono anche a rischio da un punto di vista sanitario e sociale.

Definizione: soggetti mai andati a scuola (1° e 2° ciclo) per 1000 bambini in età scolare (6-14 anni).

Fonte: Distretti scolastici. Facile accesso e dati attendibili.

ADOLESCENTI IN ISTITUTI PENALI

Distretto 96	100	88	50	44	Italia (1995)
12 (1.3/1000)	1 (0.3/1000)	4 (0.6/1000)	33 (4.0/1000)	17 (3.2/1000)	1/1000

Commento: alto numero nei distretti 50 e 44 (città di Napoli).

Implicazioni: a) per il sistema informativo: l'indicatore esprime solo la punta dell'iceberg del fenomeno "delinquenza giovanile", in quanto solo il 5-10% dei ragazzi che delinquono vanno in riformatorio. Il numero di adolescenti sottoposti a procedure giudiziarie potrebbe meglio rappresentare il fenomeno. I dati inoltre devono essere ulteriormente analizzati dai servizi sociali e giudiziari per tipo di crimine e tipo di intervento; b) per gli interventi: i dati sottolineano l'importanza del problema nei distretti urbani e confermano la necessità di migliori programmi di prevenzione e di alternative ai riformatori.

Definizione: adolescenti di 14-18 anni di età in istituti penali per 1000 ragazzi della stessa età residenti.

Fonte: Tribunale per i Minori. L'accesso richiede specifiche procedure. I dati risultano attendibili.

RISULTATI QUALITATIVI

Il significato operativo di questi dati e la loro concreta utilizzabilità sono stati discussi con gli operatori.

Sebbene alcuni specifici servizi, come quelli scolastici e quelli giudiziari, siano ben a conoscenza degli aspetti quantitativi delle loro specifiche competenze, di solito hanno scarsa conoscenza dei dati che riguardano altri settori. Particolarmente nei distretti 96, 50 e 44 è risultato un ampio accordo sul fatto che la povertà, i problemi psicosociali e i comportamenti a rischio degli adolescenti devono rappresentare l'area con maggiori priorità. I partecipanti hanno manifestato la necessità di identificare degli indicatori capaci di descrivere queste problematiche.

DISCUSSIONE

Il progetto ha dimostrato la difficoltà di reperire dati affidabili su questioni importanti. D'altro canto ha confermato la necessità di disporre di informazioni attendibili e l'utilità delle indicazioni che ne possono derivare.

E l'inizio di un percorso per il quale riteniamo di poter formulare alcuni suggerimenti.

Validità degli indicatori

Con alcune limitazioni, gli indicatori di salute che sono stati selezionati per il nostro studio (tasso di mortalità infantile, basso peso alla nascita, allattamento al seno, copertura vaccinale) si sono dimostrati validi e dovrebbero essere compresi in un sistema sanitario di raccolta e monitoraggio a livello di distretto. Le gravidanze sotto i 19 anni non appaiono più rappresentare un fatto consistente, e questo indicatore potrebbe essere sostituito dalle IVG che rappresentano di per sé un evento critico da evitare. La prevalenza della paralisi cerebrale e della sindrome di Down deve essere considerata un indicatore di qualità informativa piuttosto che un indicatore dello stato di salute. Alcuni tra gli indicatori demografici e sociali possono essere migliorati aumentandone la sensibilità (come quelli che riguardano la delinquenza giovanile) e la frequenza scolastica.

Altri indicatori, come quello dei bambini istituzionalizzati, devono essere basati su fonti più complete. I dati sul livello di istruzione devono essere aggiornati più frequentemente.

Fattibilità del sistema informativo

Un sistema informativo non può funzionare se richiede un'eccessiva quantità di risorse. Essenziale è che ciascuna unità o servizio del SSN possa avere facile accesso ai dati informativi. Ancora più importante è la possibilità per tutti i servizi di avere una visuale complessiva della situazione⁵⁷.

Fatti salvi questi prerequisiti, il nostro studio dimostra che la costruzione e il mantenimento di un sistema elementare di indicatori sono fattibili; la nostra stima è che una persona / settimana ogni 6 mesi è sufficiente a mantenere il sistema, una volta impiantato.

Alcuni dati importanti (copertura vaccinale, allattamento al seno, abuso, incidenti gravi) dovrebbero essere oggetto di una sorveglianza specifica.

Un semplice sistema informativo sanitario di distretto, come quello proposto dal progetto, rappresenta una novità ed è stato considerato unanimemente dagli operatori coinvolti un grande passo in avanti.

Implicazioni per l'identificazione degli obiettivi di salute e degli interventi

Sebbene alcune delle informazioni prodotte, come i dati sulla mortalità infantile e il basso peso alla nascita, siano solo preliminari e richiedano ulteriori approfondimenti per identificare gli interventi necessari, un certo numero di ipotesi di lavoro e alcune preliminari indicazioni possono essere proposte.

La mortalità infantile è costantemente e significativamente più alta nei distretti 96 e 100 (Salerno città e Salerno campagna) rispetto ai distretti 88, 50 e 44 (Napoli), ed è invece ottimale nel distretto 88 (zona turistica, livello socioeconomico alto).

Nel distretto 100 c'è anche un significativo eccesso di neonati di basso peso. Si deve verificare l'ipotesi di una differente qualità delle cure neonatali o di una diversa destinazione dei fattori di rischio (o una combinazione di entrambi).

La natalità è consistentemente più alta nel distretto 100 (Salerno, area rurale) e nel distretto 50 (Napoli, distretto povero, ad alta concentrazione abitativa e ad alto tasso di disagio sociale). In entrambi i distretti c'è un difetto consistente di istruzione superiore, ma l'evasione scolastica è molto più alta nel distretto urbano 50; anche la presenza di adolescenti in istituti di pena è minima nel distretto 100 e massima nel distretto 50; infine la copertura vaccinale è ottima nel distretto 100 e scadente nel distretto 50: tutto

questo ha delle ovvie ricadute sulla valutazione dei servizi e dei diversi bisogni assistenziali e sanitari nei due distretti.

Le riunioni, con le varie agenzie presenti nel distretto, tenute nell'ambito della parte qualitativa dello studio, hanno confermato che in molti casi i servizi sociali e sanitari non dispongono di informazioni, quali quelle fornite dal nostro studio, con la sola eccezione dei dati che riguardano i propri servizi. La componente operativa riguardante il "che fare", ovviamente, si dovrà sviluppare come conseguenza del progetto, e di essa daremo conto in futuro. Ci si può attendere che le informazioni fornite dallo studio possano essere utilizzate per identificare nuovi obiettivi, monitorare il loro raggiungimento e che gli interventi sanitari possano essere meglio adattati alle caratteristiche della popolazione.

CONCLUSIONI

A livello distrettuale è poco comune l'utilizzo dei dati per programmare e monitorare gli interventi. L'obiettivo principale dello studio è stato quello di valutare la fattibilità e l'utilità di un sistema routinario distrettuale di raccolta e analisi dei dati rilevanti per la salute dell'infanzia e dell'adolescenza. I risultati mostrano che un sistema di base di indicatori di salute è fattibile e utile. Molti degli indicatori proposti possono essere calcolati a livello distrettuale, sulla base di dati attendibili. Alcuni indicatori non possono essere calcolati per la mancanza di fonti attendibili, e altri richiedono studi ad hoc. Se vengono fornite informazioni adeguate su fonti, procedure e analisi, le informazioni necessarie possono essere raccolte con un piccolo sforzo aggiuntivo dal personale sanitario coinvolto nei servizi materno-infantili. I risultati nei 5 distretti hanno dimostrato che questo tipo di dati di base può essere molto utile per identificare aree problematiche. In alcuni casi i dati hanno mostrato la necessità di ulteriori analisi, in altri hanno fornito direttamente indicazioni a definire o rivedere strategie e interventi sanitari.

Il progetto prevedeva che gli indicatori di salute dovessero essere completati da alcuni dati demografici e sociali per poter fornire uno scenario più completo. I risultati indicano che i dati di base demografici e sociali devono essere tenuti in considerazione dagli operatori sanitari nella valutazione dei bisogni e nella pianificazione dei processi anche a livello

distrettuale. Il progetto ha dimostrato che la strada da compiere è ancora lunga, ma che probabilmente è quella giusta⁸.

Bibliografia

1. Ministero della Sanità: *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*. Ministero della Sanità, Roma, Italia, 1998.
2. Tamburlini G, Ronfani L, Buzzetti R: Development of a child health indicator system in Italy. *Eur J Public Health* 1999.
3. UNICEF: *The state of the world's children 1999*. Oxford University Press, 1998.
4. World Health Organization: International classification of impairments, disabilities and handicaps; a manual of classification relating to the consequences of disease. WHO, Geneva, 1980.
5. Marchetti F, Bonati M, Marfisi RM, La Gamba G, Tognoni G, et al: Parental and primary care physicians' views on the management of chronic diseases: a study in Italy. *Acta Paediatr* 84, 1165-72, 1995.
6. Perrin EC, Newacheck P, Pless BI, Drotar D, Gortmaker SL, Leventhal J, et al: Issues involved in the definition and classification of chronic health conditions. *Pediatrics* 91, 787-93, 1993.
7. Waters E, Oberklaid F: Data collection in community child health. *Ambulatory Child Health* 3, 373-385, 1998.
8. Köhler L: Child public health. A new basis

for child health workers. *Eur J Public Health* 8, 253-255, 1998.

Hanno collaborato allo studio: per il distretto 96 - ASL Salerno 2: L. Andolfi, M.I. Borrelli, M. Lanzara, A. Nardacci, C. Tavernise; per il distretto 100 - ASL Salerno 2: A. Iuliani, E. Siniscalchi, S. Giannattasio.

Si ringraziano inoltre per il loro prezioso aiuto: E. Albano, Direttore sanitario distretto 96, Sa 2; E. de Campora, Responsabile Servizio di Epidemiologia, ASL Na 5; M. de Gaetano, Coordinatrice area materno-infantile, ASL Na 1; L. de Seta, Segretario ACP-Campania; D. Esposito, Direttore sanitario distretto 50, Na 1; L. Esposito, Direttore sanitario distretto 88, ASL Na 5; S. Manetti, Pediatra di base, Piano di Sorrento; P. Melillo, Direttore sanitario distretto 100, Sa 2; R. Papa, Responsabile UOMI distretto 50, Na 1; R. Parrella, Responsabile Servizio di Epidemiologia e Prevenzione, ASL Sa 2; E. Rogliani, Direttore sanitario distretto 44, ASL Na 1; P. Siani, Direttivo nazionale ACP.

Lo studio è stato effettuato grazie a un contributo della Fondazione Merck nell'ambito del progetto europeo "Health targets".

LE AZIENDE INFORMANO

CEFPROZIL: UNA NUOVA CEFALOSPORINA ORALE

Cefprozil è una nuova cefalosporina orale, caratterizzata da un ampio spettro di attività antibatterica e da una maggiore stabilità nei confronti dei principali meccanismi di resistenza batterica. Lo spettro d'azione del cefprozil comprende i batteri aerobi Gram-positivi (*Staphylococcus aureus* meticillino-sensibile, inclusi i ceppi produttori di beta-lattamasi, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*), Gram-negativi (*Haemophilus influenzae*, inclusi i ceppi produttori di beta-lattamasi, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Salmonella*, *Shigella*) e alcuni anaerobi (*Clostridium difficile* e *Propionibacterium acnes*). Cefprozil è caratterizzato da una biodisponibilità molto elevata (95% circa), da un'emivita non brevissima (1,3 ore) che, tenendo conto di una MIC molto bassa nei riguardi di quasi tutte le specie su cui è attiva, consente un trattamento con non più di 2 somministrazioni giornaliere; la sostanziale assenza di tossicità, e la non necessità di catolismo epatico ne consentono l'uso, senza modificazioni posologiche, anche in presenza di insufficienza renale di media entità e di insufficienza epatica. Il legame alle proteine plasmatiche è pari al 36%. L'escrezione urinaria è del 60% in 8 ore, la concentrazione sierica media ha un picco a 1,5 ore, che si riduce a 1/3 dopo 4 ore. La concentrazione tonsillare che si ottiene a 1,5 ore dopo la somministrazione di 230 mg/kg è pari a circa 4 mcg/kg; circa 30 volte superiore alla MIC per lo streptococco piogeno. Quelle che si ottengono nel siero sono molte volte superiori.

L'incidenza molto contenuta di disturbi gastrointestinali (2%) e l'ottima accettabilità (palatabilità) ne sottolineano l'utilizzabilità periodica. Nei rari casi di ipersensibilità a beta-lattamici esiste inoltre un rischio contenuto (10%) di cross-reattività.

È in commercio in compresse da 250 mg o da 500 mg e in polvere per la preparazione di soluzione estemporanea al 2,5% (125 mg/5 ml) e al 5% (250 mg/5 ml). La sospensione va utilizzata nel giro di 2 settimane (14 gg).

È indicata per le infezioni respiratorie (tonsillite streptococcica, otite, sinusite, polmonite da pneumococco e da emofilo) e per l'infezione urinaria.

La dose pediatrica indicata è di 20-30 mg/kg/die, di norma in due somministrazioni (anche se nella tonsillite streptococcica una sola somministrazione può essere sufficiente).

XII CONGRESSO NAZIONALE CONFRONTI IN PEDIATRIA

IL DOLORE E LA SUA TERAPIA

Trieste, 3 e 4 dicembre 1999 - Centro Congressi Stazione Marittima

Venerdì 3 dicembre modera Franco Panizon

- 9.15 FANS: quali, quando, perché
Loredana Lepore, Daniele Cohen, Pierantonio Macchia
- 10.15 Il dolore nel neonato
Franca Benini, Umberto de Vonderweid
- 11.05 Mal d'orecchi
Sergio Renier, Elisabetta Zocconi
- 11.35 Mal di denti
Marino Andolina, Gabriella Clarich
- 12.30 Il grande dolore fisico
Paolo Tamaro, Paolo Busoni
- 14.45 Il prurito
Ernesto Bonifazi, Filippo Longo
- 15.15 La colica renale
Leopoldo Peratoner, Edoardo Guglia
- 15.45 Le terapie alternative del dolore (agopuntura, ipnosi) - Nathan Levi, Piero Parietti
- 17.00 Mal di schiena, mal di gambe
Giuseppe Tagliavoro, Giuseppe Maranzana
- 17.30 Mal di pancia (coliche del lattante, DAR, dolore chirurgico, dolore mestruale)
Antonio Messineo, Stefano Martellosi, Giuliano Torre, Vincenza Bruni

Sabato 4 dicembre modera Franco Panizon

- 9.00 Gli antileucotrieni: un anno dopo
Federico Marchetti, Fernando de Benedictis, Giorgio Longo
- 10.00 Il piccolo dolore (prelievi e altre procedure diagnostico-terapeutiche)
Fabio Arcangeli, Giulio Zanazzo
- 10.30 Novità verso il 2000: le letture che ci hanno cambiato - Giorgio Bartolozzi, Giorgio Longo, Alessandro Ventura, Franco Panizon
- 12.30 Il bambino nel dramma (guerra, disastro sociale, lutto)
Giorgio Tamburlini, Paola Di Blasio

Segreteria scientifica:
prof. Franco Panizon, Trieste
dott. Giorgio Longo, Trieste
prof. Alessandro Ventura, Trieste

Segreteria organizzativa
(e prenotazioni alberghiere):
QUICKLINE CONGRESSI s.a.s.
via S. Caterina da Siena, 3 - 34122 TRIESTE
Tel. 040/773737-363586
Fax 040/7606590
e-mail: quick@trieste.com