



Studi dal territorio

INDAGINE CAMPIONARIA SUL PERCORSO NASCITA (CASERTA 2001)

Angela Maffeo e Clementina Vatiere
*Dipartimento Materno-Infantile,
ASL Caserta 2, Caserta*

Nel 2002, la ASL Caserta 2 ha partecipato a una indagine nazionale sul percorso nascita promossa dall'Istituto Superiore di Sanità e realizzata in collaborazione con 61 ASL di 14 regioni Italiane. Lo studio aveva l'obiettivo di valutare gli esiti materni e neonatali a un anno dal parto, alla luce delle procedure assistenziali offerte alle donne dai servizi coinvolti nell'assistenza al percorso nascita.

La popolazione in studio era composta da campioni rappresentativi di donne che avevano partorito l'anno precedente nelle ASL che aderivano al progetto. I dati sono stati raccolti grazie alla somministrazione di un questionario che copriva le aree dell'assistenza in gravidanza, nel punto nascita, nel puerperio e nel primo anno di vita.

A Caserta, lo studio ha coinvolto 9 su 10 distretti dell'ASL Caserta 2 con le unità operative (UO) materno-infantili. Ciascuna UO ha individuato un responsabile del programma e due intervistatrici, scelte tra il personale dei consultori familiari. Le intervistatrici sono state addestrate sulle modalità di somministrazione del questionario.

La selezione probabilistica del campione, che prevedeva un numero di interviste per ASL compreso tra 100 e 200, è stata effettuata su base temporale. Prendendo in considerazione la natalità media dell'anno precedente, è stato calcolato l'arco temporale necessario per ottenere il numero atteso di nascite. I Comuni hanno fornito l'elenco nominativo dei nati nell'arco temporale preso in considerazione a partire dal 15 gennaio 2001 e tutte le madri delle unità campionarie selezionate sono state intervistate a domicilio dalle intervistatrici. Queste ultime hanno effettuato le visite domiciliari senza preavviso.

I questionari sono stati codificati e i dati sono stati inseriti e analizzati utilizzando il software Epi Info.

Sono state intervistate 151 donne su un totale di 181 unità campionarie che avevano partorito nell'arco temporale selezionato. Ventiquattro non sono state trovate e 10 hanno rifiutato di partecipare all'indagine; il tasso di rispondenza è stato quindi pari all'83,4%.

L'età media delle donne intervistate era pari a 29 anni. Il 50% delle intervistate aveva un titolo di studio pari o inferiore alla licenza media inferiore. Il 66% del campione svolgeva l'attività di casalinga. Delle 50 donne che lavoravano anche al di fuori dell'ambiente domestico prima della gravidanza, 39 (78%) avevano ripreso il lavoro al momento dell'intervista.

La Tabella presenta una selezione di informazioni raccolte attraverso il questionario.

L'84% delle donne ha riferito di essere stata seguita in gravidanza da un ginecologo privato e il 93% di aver effettuato il primo controllo prenatale entro il primo trimestre di gravidanza. Il 62% ha riferito di aver eseguito 7 o più ecografie in gravidanza, il 31% 4-6 e il 7% 3 o meno.

Solo il 10,6% ha partecipato a un corso di preparazione alla nascita e, tra quelle che non hanno avuto questa opportunità, il 22% ha riferito di non aver potuto partecipare a causa della mancanza di una struttura disponibile.

Il 46,7% ha partorito spontaneamente, una sola donna ha fatto un parto operativo e il 52,6% ha partorito mediante taglio cesareo. Il 56,7% ha partorito

Tabella - Variabili relative all'assistenza al percorso nascita (Caserta 2001)

| Variabili | % |
|---|------|
| Assistenza prenatale privata | 84 |
| 3 o meno ecografie | 6,7 |
| 4-6 ecografie | 31,3 |
| 7 o più ecografie | 62,0 |
| Partecipazione ai corsi di preparazione alla nascita | 10,6 |
| Percentuale di tagli cesarei | 52,6 |
| Allattamento esclusivo in reparto | 57,3 |
| Allattamento esclusivo a 3 mesi | 54,7 |
| Allattamento esclusivo a 6 mesi | 12,0 |
| Informazioni adeguate nel punto nascita sulla ripresa dei rapporti sessuali | 22,6 |
| Informazioni adeguate nel punto nascita sulla contraccezione | 17,6 |

in una struttura pubblica, il 32,7% in una convenzionata e il 10,7% in una struttura privata.

Durante il ricovero ospedaliero la percentuale di donne che hanno allattato esclusivamente al seno è stata pari al 57%. Il 9% ha allattato al seno in modo predominante, il 24% è ricorso a un allattamento misto e il 10% ha allattato il proprio bambino esclusivamente con latte artificiale all'interno del punto nascita. Tra le donne che avevano allattato al seno, il 17% ha riferito di aver attaccato al seno il bambino entro due ore dal parto, mentre il 72% lo ha fatto entro 24 ore e l'11% oltre le 24 ore.

Dopo il rientro a casa, il 58% ha allattato in maniera esclusiva, il 7% in modo predominante, il 23% in modo complementare e il 13% solo artificialmente. Il valore mediano della durata dell'allattamento materno e dell'epoca dello svezzamento è pari a 4 mesi.

Solo 9 donne hanno potuto usufruire di visite ostetriche a domicilio dopo il parto e tutte sono ricorse a operatori del settore privato. Tra quelle che non hanno ricevuto alcuna visita domiciliare dopo la dimissione dal punto nascita, il 31% ha riferito di non essere stata invitata a recarsi presso alcuna struttura sanitaria per un controllo durante il puerperio. Il 24% del campione ha riferito di non avere effettuato alcuna visita ginecologica entro due mesi dal parto.

I bambini vengono seguiti nel primo anno di vita per il 61% principalmente dal pediatra di libera scelta e per il 32% dal pediatra privato; il 50% dei bambini ha praticato almeno 3-4 bilanci di salute, mentre il 20% ne ha praticati 9 o più. Il 94% dei bambini è iscritto al pediatra di libera scelta. Solo il 4%, anche per la mancanza di strutture sul territorio, ha frequentato il nido.

Il commento

Michele Grandolfo e Serena Donati
Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

L'indagine realizzata a Caserta si inserisce nell'ambito di una serie di indagini condotte a livello nazionale al fine di valutare la qualità dell'assistenza nel percorso nascita in Italia (1-3). I risultati dell'indagine mettono in luce diversi aspetti critici relativi all'appropriatezza dell'assistenza sanitaria rispetto a un evento di rilevanza sociale quale la gravidanza. Nonostante gran parte delle gravidanze e delle nascite rappresentino eventi fisiologici, in quasi tutti i Paesi con sistemi sanitari sviluppati, si è assistito a un progressivo aumento della frequenza di procedure diagnostiche e terapeutiche complesse e invasive. Da questi dati emerge un problema di crescente sovrautilizzazione delle prestazioni diagnostiche in gravidanza, che, oltre a indurre un aumento dei costi, può costituire un possibile incremento del rischio di problemi iatrogeni e di ridotta qualità delle prestazioni sanitarie.

Nel campione di Caserta, nonostante le gravidanze prese in esame non abbiano presentato caratteri di patologia grave, solo il 7% delle intervistate ha effettuato 3 ecografie come raccomandato dal protocollo del Ministero della Salute. Il 31% ne ha effettuate 4-6 e il 62% 7 o più. La percentuale di tagli cesarei, in continuo aumento nel nostro Paese (11,2% nel 1980 e 33,2% del 2000) (4, 5), rappresenta la manifestazione più esasperata dell'eccesso di medicalizzazione del percorso nascita. La percentuale riportata a Caserta supera il 50%, in accordo con i dati della Campania che detiene attualmente il primato nazionale.

A fronte di questo eccessivo ricorso a procedure diagnostiche e terapeutiche non sostenute dalle evidenze scientifiche, si registra una carenza di informazioni e conoscenze tra le donne che vengono ancora troppo spesso escluse dai processi decisionali. La maggiore consapevolezza della donna e il recupero del suo ruolo di soggetto attivo nella gestione dell'evento nascita sono invece condizioni essenziali per una pratica ostetrica meno invasiva e per una riduzione del fenomeno dell'"ostetricia difensiva". Tuttavia, la percentuale di donne che ha frequentato un corso di preparazione alla nascita a Caserta non supera il 10%. Anche le informazioni e il sostegno offerte durante l'assistenza prenatale, intra partum e post natale sono risultate in larga misura frammentarie e non adeguate, denunciando un altro aspetto critico che riguarda la mancanza di continuità nell'assistenza al percorso nascita.

La logica ricaduta della lettura dei dati emersi dall'indagine dovrebbe essere l'implementazione di misure correttive che con opportuni sistemi di monitoraggio e valutazione dovrebbero riguardare in maniera olistica la formazione e l'aggiornamento del personale, l'osservanza di pratiche cliniche basate sulle evidenze disponibili e l'istituzione di processi di audit clinico. A tal fine va sottolineato come i vigenti riferimenti normativi, i LEA (6) con specifico riferimento al Progetto Obiettivo Materno-Infantile (www.ministerosalute.it), descrivano obiettivi e azioni a sostegno di quanto sopra raccomandato.

Riferimenti bibliografici

1. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, et al. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. Ann Ist Super Sanità 1999; 35:289-96.
2. Donati S, Andreozzi S, Grandolfo ME. Valutazione delle attività di sostegno e informazione alle partorienti: indagine nazionale. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. Rapporti ISTISAN 01/5 .
3. ISTAT. Il percorso della maternità: gravidanza, parto e allattamento al seno. Indagine multiscopo sulle famiglie - "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari". Anni 1999-2000. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 2002.
4. ISTAT. Annuario di statistiche demografiche. Roma: Istituto Nazionale di Statistica; 1980.
5. Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria - Sistema informativo sanitario - Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO (www.ministerosalute.it).
6. Supplemento ordinario alla GU n. 19 del 23 gennaio 2002 - Serie generale, p. 37. (www.ministerosalute.it).

CARTA DEL RISCHIO DI INFARTO DEL MIOCARDIO DE "IL PROGETTO CUORE"

Simona Giampaoli¹, Marco Ferrario², Paolo Chiodini², Luigi Palmieri¹, Salvatore Panico³ e Diego Vanuzzo⁴

¹Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica, ISS

²Università degli Studi dell'Insubria, Varese

³Università degli Studi "Federico II", Napoli

⁴Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia, Udine

Il Progetto CUORE nasce nel 1998 con gli obiettivi di attivare il registro degli eventi coronarici e cerebrovascolari, descrivere la distribuzione dei fattori di rischio e valutare il rischio cardiovascolare nella popolazione italiana. Nell'ambito di quest'ultimo obiettivo è stato possibile raccogliere e armonizzare, in un database comune, le informazioni provenienti da 17 coorti, costituite da circa 17 000 uomini e 22 000 donne di età 20-84 anni, arruolate al Nord, Centro e Sud d'Italia, che avevano raccolto, alla metà degli anni '80, i fattori di rischio cardiovascolare con metodologie simili o confrontabili. Queste popolazioni sono state seguite per la storia clinica fino a tutto il 1998 con la raccolta e la validazione degli eventi fatali e non fatali di infarto del miocardio.

Per la costruzione della carta del rischio si è concentrata l'attenzione sull'incidenza nella fascia di età 40-69 anni, in modo da avere un campione comune alla quasi totalità delle coorti e un'età in cui i fattori di rischio sono ancora poco influenzati dai processi le-

gati all'invecchiamento. Sono stati identificati i "pesi predittivi" dei singoli fattori di rischio e la funzione matematica in grado di predire la probabilità di ammalare. Il rischio di infarto è stato calcolato su 10 anni negli uomini e su 5 anni nelle donne.

La popolazione italiana presenta una frequenza di infarto del miocardio più bassa rispetto a quella del Nord Europa. Per questo motivo le categorie di rischio sono ridefinite, rispetto a quelle europee, in base al rischio medio di ammalare della popolazione italiana, identificato attraverso le coorti de Il Progetto CUORE. In particolare, per gli uomini a 10 anni, sono espresse in sei categorie di rischio: CRI (Carta Rischio Infarto) - I a meno del 5%, CRI-II tra il 5 e il 10 %, CRI-III tra il 10 e il 15%, CRI-IV tra il 15 e il 20%, CRI-V tra il 20 e il 30% e CRI-VI oltre il 30%. Per le donne le categorie di rischio sono espresse in CRI-I meno dell'1%, CRI-II tra l'1 e il 3%, CRI-III tra il 3 e il 5%, CRI-IV tra il 5 e il 7%, CRI-V tra il 7 e il 10%, CRI-VI oltre il 10%. Il rischio medio della popolazione italiana di età 40-69 anni corrisponde al limite inferiore della categoria CRI-II negli uomini (5,8% in 10 anni) e al limite superiore della categoria CRI-I nelle donne (0,9% a 5 anni). Le carte sono presentate separatamente per uomini e donne e per diabetici e non diabetici (Figure 1-4).

La carta è a disposizione nel sito web www.cuore.iss.it; richiede la disponibilità dei seguenti fattori di rischio: età, sesso, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia, abitudine al fumo di sigaretta, storia di diabete. È disponibile anche il calcolo del punteggio per la valutazione del rischio individuale. Per questo è necessario conoscere: età, sesso, pressione arteriosa sistolica, colesterolemia, HDL-colesterolemia, abitudine al fumo di sigaretta, storia di diabete, as-



Figura 1 - Rischio di infarto del miocardio a 5 anni in donne diabetiche (Fonte: www.cuore.iss.it)



Figura 2 - Rischio di infarto del miocardio a 5 anni in donne non diabetiche (Fonte: www.cuore.iss.it)

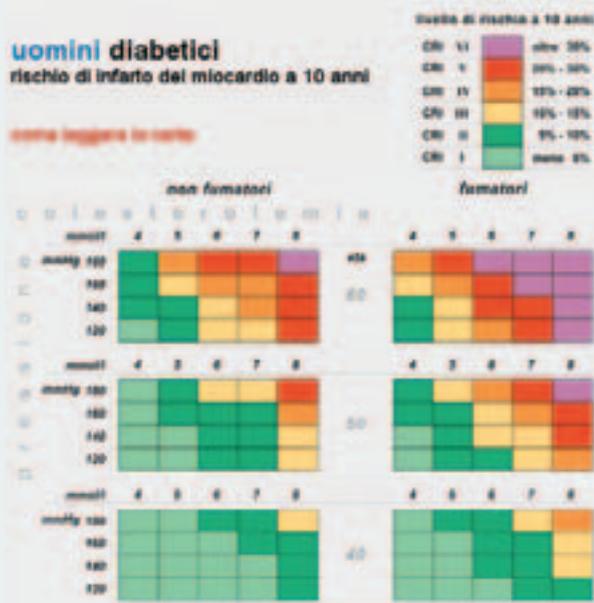


Figura 3 - Rischio di infarto del miocardio a 10 anni in uomini diabetici (Fonte: www.cuore.iss.it)

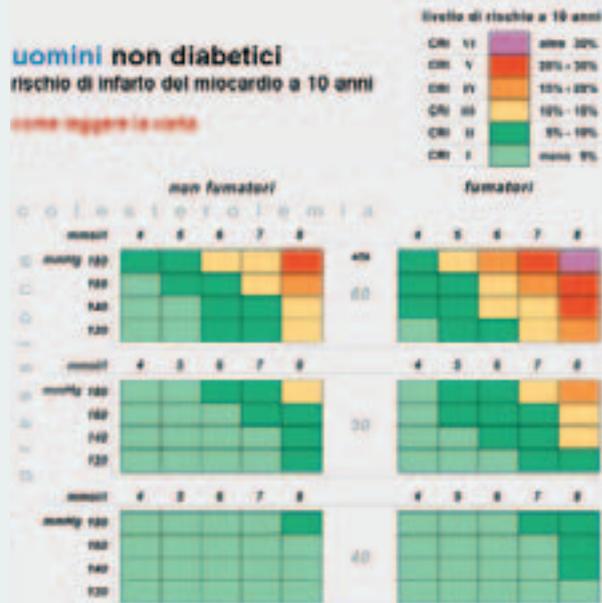


Figura 4 - Rischio di infarto del miocardio a 10 anni in uomini non diabetici (Fonte: www.cuore.iss.it)

sunzione di terapia farmacologia contro l'ipertensione arteriosa. In entrambi i casi, i fattori di rischio elencati devono essere misurati applicando le metodologie standardizzate descritte nel sito web.

La carta è utile per descrivere visivamente la categoria di rischio a cui appartiene la persona, mentre il punteggio identifica la posizione precisa nella distribuzione del rischio individuale, aumentando la precisione della stima. Entrambi gli strumenti, oltre all'identificazione dei soggetti ad aumentato rischio, danno la possibilità di misurare nel tempo, in modo obiettivo, il beneficio ottenuto attraverso la modificazione dello stile di vita e/o del trattamento farmacologico e di valutare il rapporto costo/beneficio. A questa carta seguiranno altri strumenti che permetteranno di identificare e quantificare condizioni di rischio per altre manifestazioni cliniche cardiovascolari.

È importante ricordare che il rischio di infarto del miocardio aumenta con l'età, ma è possibile mantenere un livello favorevole controllando i fattori di rischio modificabili con lo stile di vita. Per questo basta:

- evitare il fumo. Sono dannosi alla salute sia il fumo attivo sia quello passivo;
- avere un'alimentazione sana e bilanciata, con un'ampia varietà di cibi. Va ridotto il consumo di grassi, specialmente quelli saturi di origine animale e di cibi ad alto apporto calorico. È importante aumentare il consumo di alimenti ricchi in fibre, amidi, vitamine e minerali, come frutta, verdura, legumi e cereali. È auspicabile aumentare il consumo di pesce e ridurre quello di carni rosse;
- tenere sotto controllo il peso; l'indice di massa corporea deve essere inferiore a 25kg/m². Per questo, accanto a una dieta bilanciata, è importante svolgere un'attività fisica regolare, adeguata alle condizioni fisiche dell'individuo e allo stato di salute.

Formazione

CORSO DI EPIDEMIOLOGIA IN AZIONE

Caltanissetta, 19-30 maggio 2003

L'Università Tor Vergata e l'ISS hanno formalizzato quest'anno la loro collaborazione per la realizzazione di un Master in Epidemiologia Applicata destinato al perfezionamento dei professionisti sanitari (medici, veterinari, biologi) impegnati nell'epidemiologia, nella sorveglianza delle malattie e nella promozione della salute.

Il Master, della durata di due anni, si apre con un corso introduttivo di due settimane che si terrà a Caltanissetta. Questo corso introduttivo è aperto, oltre agli 8 partecipanti al Master, a 22 professionisti impiegati nell'ambito del sistema sanitario regionale; il corso ha come obiettivo, nella 1^a settimana, di introdurre i partecipanti ai metodi epidemiologici di base, alla sorveglianza epidemiologica e all'acquisizione delle capacità per progettare ed eseguire indagini di campo. Durante la 2^a settimana i corsisti realizzeranno l'indagine sul terreno, seguita dall'analisi informatica e da una comunicazione ufficiale a diversi tipi di auditori (*decision-maker*, professionisti sanitari, media e pubblico).

Per ulteriori informazioni consultare il sito: www.epicentro.iss.it o scrivere a profea@iss.it

Comitato editoriale BEN

Donato Greco, Nancy Binkin, Paolo D'Argenio, Paola De Castro, Carla Faralli, Marina Maggini, Stefania Salmaso

Full English version is available at: www.ben.iss.it
e-Mail: ben@iss.it