

- Studi dal territorio: Parti cesarei in Campania
 - Sorveglianza pediatrica sentinella: I risultati del 2000 (Pag. 5)
 - Pediculosi (Pag. 7)
-

Studi dal territorio

Parti cesarei in Campania

Renato Pizzuti, Enrico de Campora, Sergio Lodato (Agenzia Regionale Sanitaria della Campania)

Il taglio cesareo (TC) è un intervento ritenuto appropriato in alcune particolari condizioni cliniche e la sua frequenza non dovrebbe superare, secondo le raccomandazioni dell'OMS del 1985, il 10-15% di tutti i parti (1,2). In Italia, negli ultimi venti anni, la frequenza di parti assistiti con TC è notevolmente aumentata, e risulta anche la più elevata d'Europa con una percentuale del 32,9% nel 1999 (3). La Campania è la regione con la più alta frequenza di TC: 51,0% nel 1999.

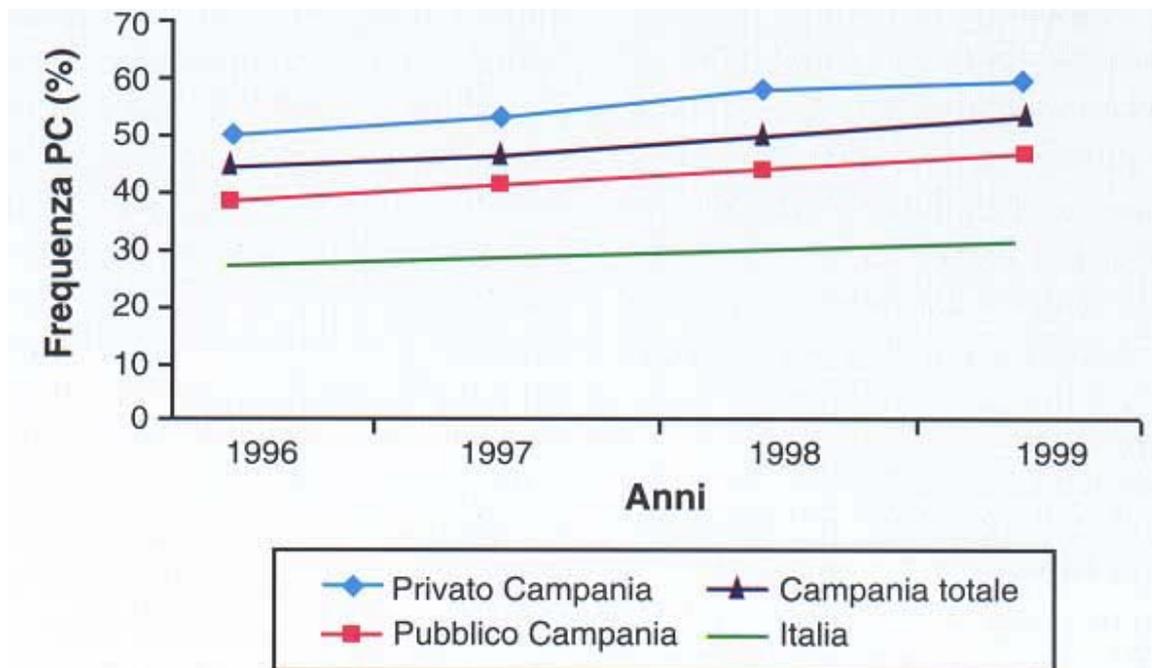
L'Agenzia Sanitaria Regionale della Campania ha avviato da alcuni mesi un progetto che si pone, come obiettivo, di modificare tale tendenza, attraverso l'analisi delle cause del frequente ricorso al TC, e la promozione di progetti riguardanti l'implementazione di linee-guida cliniche e organizzative. L'attività di studio si è finora concentrata sulla descrizione dei parti in Campania, utilizzando come principale fonte informativa la banca dati "Schede Dimissioni Ospedaliere (SDO)", disponibile per il periodo 1996-99. Sono stati selezionati i 6 Diagnosis-Related Groups (DRG) relativi ai parti (da 370 a 371 per i TC; da 372 a 375 per i parti vaginali). L'analisi delle SDO ha permesso di: definire per ogni anno il numero dei parti per tipo e la frequenza di TC per ciascun luogo di parto; calcolare la mortalità riferibile all'evento parto; descrivere l'età e la nazionalità della partoriente in base al tipo di parto. Sono stati inoltre calcolati gli importi economici relativi ai ricoveri sostenuti. I luoghi di parto sono stati distinti, in base al rapporto con il Servizio Sanitario Regionale (SSR), in pubblici (assimilando le strutture classificate a quelle pubbliche) e privati accreditati. Inoltre i parti sono stati classificati in base al volume annuo di parti assistiti, utilizzando le classi del Progetto Obiettivo Materno Infantile relativo al Piano Sanitario Nazionale 1998-2000: < 500, 500-800, > 800 parti all'anno.

Nei quattro anni considerati, nelle strutture pubbliche o private accreditate della Campania, si sono verificati in media quasi 65 000 parti all'anno. Le frequenze di parti avvenuti rispettivamente nelle strutture pubbliche e private sono rimaste quasi invariate nel periodo considerato: nel 1999, il 39,3% dei parti è avvenuto nelle strutture private accreditate e il 60,7% in quelle pubbliche. L'età media delle partorienti è rimasta pressoché stabile nei quattro anni osservati (28,3 anni), con una lieve differenza tra donne che hanno subito il TC (28,8 anni) e quelle che hanno partorito per via vaginale (28,0 anni).

La frequenza di TC osservata dal 1996 al 1999 dimostra un evidente trend lineare ascendente ([Figura](#)), con un incremento relativo del 19,4% nel quadriennio considerato. Anche i trend all'interno di ciascuna tipologia di rapporto con il SSR (pubblico/privato) mantengono lo stesso andamento ascendente, e sono pressoché paralleli

tra loro; la percentuale di TC nelle strutture private risulta essere stabilmente 1,3 volte più alta che nelle strutture pubbliche.

Fig. 1 Andamento della percentuale di parti cesarei in strutture pubbliche e private nella regione Campania e in Italia, 1996-99



Se si considerano i ricoveri per parto di donne residenti fuori della regione in strutture sanitarie campane, nel quadriennio considerato (mediamente 1 600 parti/anno) si nota una frequenza di TC più bassa nelle donne straniere (28,5% su 1 006 parti) rispetto alle donne italiane non campane (47,6% su 5 388 parti). Invece, se si prendono in considerazione i 4 736 parti di donne campane avvenuti fuori della regione nello stesso periodo, si evidenzia come la frequenza di TC sia decisamente inferiore della media osservata nelle strutture campane, 34,8% vs 47,0%.

Si è evidenziato, inoltre, che, seppure con livelli differenziati per tipologia di rapporto con il SSR, esiste una proporzionalità inversa tra il numero annuale di parti e la prevalenza di TC (Tabella).

Tab. 1 Numero di parti e frequenza di cesarei per tipo di centro di parto e volume di attività (Campania 1996-99)

Strutture e volume di attività	Parti		Frequenza tagli cesarei
	numero	(%)	
Strutture pubbliche	158,697	(61.3)	42.5
< 500 parti/anno	22,682	(8.8)	47.5
500 – 800 parti/anno	32,273	(12.5)	44.8
> 800 parti/anno	103,742	(40.0)	40.7
Strutture private	100,225	(38.7)	54.0
< 500 parti/anno	21,317	(8.2)	55.7
500 – 800 parti/anno	31,245	(12.1)	55.2
> 800 parti/anno	47,663	(18.4)	52.5
Totale	258,922	(100.0)	47.0

L'analisi finanziaria relativa ai ricoveri per parto correttamente classificati evidenzia che nel 1999 i TC hanno costituito il 61,7% dell'importo totale per l'assistenza al parto (133,7 miliardi sul totale di 216,7 miliardi).

Per il 1999 si è proceduto a una rilevazione del numero di donne decedute con un DRG relativo a parti o che, nell'ambito di tali DRG, risultassero trasferite presso altra struttura sanitaria. Le donne decedute così individuate sono risultate 6 (9,1/

100 000 parti), di cui 5 su 33 467 parti con DRG di TC (14,9/100 000 parti) e 1 su 32 169 con DRG di parto vaginale (3,1/100 000 parti) (RR = 4,8 (IC 95% 0,6-41,1; p = 0,12).

A partire da queste prime valutazioni, e nell'ambito delle attività previste dallo specifico progetto di ricerca regionale, l'Agenzia Regionale Sanitaria formulerà le prime proposte di intervento, orientate prevalentemente ad agire sui criteri di accreditamento delle strutture sanitarie e all'implementazione di un programma specifico di linee guida, con la creazione di un primo gruppo di clinici attraverso cui diffondere e valutare l'applicazione delle linee-guida.

Il commento

Domenico Di Lallo: Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, Roma

I progressi realizzati nel trattamento della gravidanza e del parto rappresentano uno dei fattori alla base del miglioramento dello stato di salute della popolazione materno-infantile. I benefici maggiori sono documentabili in quella piccola quota, circa il 10%, di gravidanze a più elevato rischio di morbilità e mortalità sia materna che fetoneonatale. Queste evidenze hanno indotto molti operatori a credere, senza documentate prove di efficacia, che pratiche diagnostiche e terapeutiche, sempre più complesse e/o invasive, dovessero essere indicate anche per il 90% delle gravidanze fisiologiche. In questo contesto, l'incremento costante dell'uso del taglio cesareo rappresenta solo uno dei tanti esempi di utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia.

I dati prodotti dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Campania non fanno che confermare questo fenomeno collocandolo in un ambito di assoluta priorità da un punto di vista di sanità pubblica. La semplice analisi delle statistiche regionali mette infatti in evidenza due aspetti di estremo rilievo: l'Italia, e principalmente le regioni del Centro-Sud, hanno tassi di taglio cesareo notevolmente superiori a quelli di altri Paesi nei quali valori intorno al 20-25% si associano a indicatori di benessere materno e feto-neonatale di eccellenza; l'ampia variabilità osservata fra le regioni non sembra giustificata in alcun modo da una diversa distribuzione di fattori di rischio clinici. Escludendo dal confronto regioni a bassa numerosità di parti, nel 1999 il tasso di cesareo variava dal 24% della Lombardia e 26% del Veneto al 38% della Sicilia e 51% della Campania (3).

La rilevanza di fattori "non clinici" emerge molto chiaramente dall'analisi delle schede SDO della Campania. I tassi di cesareo sono più elevati nelle strutture private rispetto alle pubbliche a parità di volume di attività ostetrica; questo può essere considerato come proxy della complessità assistenziale della struttura e, a parità di tipologia amministrativa, aumentano al diminuire del volume di attività.

Questi due risultati suggeriscono che sia la condizione pubblica/privata della struttura che la sua complessità (servizi presenti e bagaglio di esperienza dei singoli operatori) giocano un ruolo importante nel motivare la scelta su questa modalità chirurgica di assistenza al parto.

Quali possono essere le strategie più efficaci per cercare di ridurre la quota di cesarei impropri? Le esperienze riportate in letteratura possono essere schematicamente riassunte nei seguenti interventi: educazione e valutazione tra pari; valutazione esterna delle pratiche; pubblicizzazione all'utenza delle performance dei singoli ospedali; interventi tariffari sul singolo medico; interventi tariffari sul soggetto erogatore; riforma dei processi che portano al contenzioso medico-legale (4). Alcune di queste strategie si sono dimostrate non efficaci, altre efficaci, per altre ancora mancano risultati consistenti. Fra tutte, i risultati più promettenti derivano dai progetti di "audit" interno fra operatori. Allo scopo di verificare l'efficacia di questa strategia anche nella realtà italiana, l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio sta attualmente conducendo uno studio di intervento basato sulla diffusione di linee-guida assistenziali (5), associato a momenti di discussione interna al reparto sulle statistiche dei singoli operatori (nel progetto sono coinvolti 17 reparti di maternità).

L'utilizzo dei dati delle SDO presentato nel lavoro dell'Agenzia della Campania, pur con tutti i limiti dovuti alla finalità amministrativa dell'archivio delle dimissioni, costituisce uno strumento ricco di potenzialità per la conoscenza epidemiologica del taglio cesareo e dei suoi determinanti. La produzione e diffusione interna fra gli operatori di league tables regionali per singola maternità, aggiustate per i fattori clinici, potrebbe rappresentare il naturale prosieguo di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Basevi V, Cerrone L, Gori G. *Epid Prev* 1994; 18: 194-9.
2. Signorelli C, Cattaruzza MS, Osborn JF. *Result from a study in three Italian hospitals*. Milano: Kailash Editore; 1995.
3. S.I.S. - Ministero della Sanità - D.G. Programmazione Sanitaria, *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO 1999*.
4. Stafford RS. *JAMA* 1990; 263:683-87.
5. www.asplazio.it/index_1.htm

SORVEGLIANZA PEDIATRICA SENTINELLA: I RISULTATI DEL 2000

Nel gennaio 2000 è stato avviato a livello nazionale un sistema di sorveglianza sentinella delle malattie prevenibili da vaccino, basato sui pediatri di libera scelta. L'obiettivo della sorveglianza è stimare in modo tempestivo e accurato l'andamento di queste malattie, e l'impatto dei programmi vaccinali.

La partecipazione è volontaria; ai pediatri viene richiesto di comunicare il numero dei propri assistiti e la loro distribuzione per fascia d'età. Le definizioni di caso di morbillo, parotite, rosolia, pertosse e varicella sono esclusivamente cliniche, per le meningiti batteriche e la rosolia congenita ci si basa sulla diagnosi ospedaliera, specificando se è disponibile la conferma di laboratorio.

Ogni mese i pediatri partecipanti segnalano via web o per fax se hanno effettuato la sorveglianza e il numero di casi osservati; il ritorno delle informazioni avviene con la pubblicazione dei risultati sul sito www.spes.iss.it

Nel 2000 hanno partecipato in media 468 pediatri per mese (range: 404-576), corrispondenti a una popolazione di 384 000 bambini fino a 14 anni d'età (5% della popolazione nazionale della stessa fascia d'età).

La malattia più frequente è stata la varicella, seguita dalla parotite (rispettivamente 53 e 19 casi/1 000). Pertosse, rosolia e morbillo hanno invece avuto incidenze inferiori a 10/1 000. Queste stime di incidenza sono da 4 a 10 volte superiori a quelle ottenute dal sistema routinario di notifica (Fonte SIMI, dati aggiornati al 10.3.2001) ([Tabella](#)), con differenze maggiori al Sud rispetto al Nord. Al Nord infatti le stime ottenute dalle notifiche sono sovrapponibili a quelle ottenute da SPES per il morbillo, e da 3 a 8 volte inferiori per le altre malattie; al Sud invece la differenza tra le due fonti di dati varia da 9 volte per la rosolia a 24 volte per il morbillo. Va inoltre segnalato come al Centro-Sud i dati di notifica siano disponibili solo per poche regioni.

Varicella e parotite hanno avuto frequenza sovrapponibile nelle diverse aree del Paese, mentre pertosse, rosolia e morbillo sono state generalmente più frequenti al Centro-Sud rispetto al nord.

Per il morbillo in particolare l'incidenza al Centro-Sud è stata dieci volte più elevata che al Nord.

La percentuale di casi insorti in bambini vaccinati è stata del 18% per la rosolia, del 21% per il morbillo, e del 59% per la parotite. Mentre per morbillo e rosolia la percentuale di casi vaccinati diminuisce con l'età, per la parotite resta pressoché stabile passando dal 62-63% tra 1 e 9 anni al 43% dai 10 anni in su. L'informazione sul tipo di vaccino è nota per 3 763 dei 4 292 vaccinati (88%); il 74% di questi bambini avevano ricevuto un vaccino contenente il ceppo Rubini e il 18% il ceppo Urabe.

Sono stati inoltre segnalati due casi di rosolia congenita, pari a un'incidenza di 0,06 per 1 000 nuovi nati, e 9 meningiti batteriche, di cui 3 da meningococco e 2 da pneumococco. L'incidenza nei primi 5 anni di vita delle meningiti da meningo- e pneumococco è stata quindi rispettivamente di 2,1 e 1,4 casi /100 000.

Dai dati raccolti durante il 2000 emergono vari punti importanti:

- Il sistema sentinella sembra essere assai più sensibile del sistema basato sulle notifiche obbligatorie;
- La maggiore incidenza di pertosse, morbillo e rosolia nel Centro-Sud è con tutta probabilità attribuibile alla minore copertura vaccinale raggiunta rispetto al Nord;
- Assumendo che la copertura vaccinale per morbillo, rosolia e parotite sia sovrapponibile (nel 1998, in media il 94% dei bambini vaccinati contro il morbillo era stato vaccinato con un prodotto trivalente (morbillo, parotite, rosolia) e che la copertura vaccinale sia maggiore per le coorti di nascita più recenti, l'elevata percentuale di casi di parotite vaccinati nelle fasce d'età tra 1 e 9 anni indica una ridotta efficacia di questa vaccinazione rispetto a quella contro il morbillo e la rosolia;
- In particolare, l'elevata percentuale di bambini con parotite vaccinati con il ceppo Rubini è in linea con la sua scarsa efficacia clinica, già evidenziata da studi di campo condotti in varie nazioni.

Marta Ciofi degli Atti a nome del Gruppo di coordinamento SPES: Raffaele Arigliani, Vincenzo Calia, Patrizia Carbonari, Francesco Cobianchi, Paolo D'Argenio, Stefano Del Torso, Milena Lo Giudice, Sabrina Lostumbo, Vitalia Murgia, Silvana Parroccini, Alberto Eugenio Tozzi, Stefania Salmaso e Giovanni Vitali Rosati.

Pediculosi

In Italia è stato osservato un incremento del numero di casi di pediculosi (*Pediculus capitis*), che colpisce innanzitutto i bambini, con focolai epidemici nelle comunità scolastiche. Il numero di casi riportati, che sottostima di molto il numero reale, è passato da 3 449 nel 1990 a 4 907 (in 1 009 focolai) nel 1999.

La pediculosi è causata da un piccolissimo parassita, lungo 2-3 mm, che vive esclusivamente sulla testa dell'uomo e si nutre del suo sangue. La femmina deposita ogni giorno 8-10 uova (lendini), che si fissano saldamente ai capelli per mezzo di una sostanza collosa. Da queste, nel giro di circa 20 giorni, nasceranno i parassiti adulti. Al di fuori del proprio ambiente, cioè la testa dell'uomo, il pidocchio sopravvive solo 1 o 2 giorni.

La pediculosi non è segno di cattiva igiene e colpisce persone di qualsiasi strato sociale.

Il contagio avviene attraverso il contatto da persona a persona o, più difficilmente, attraverso veicoli di vario genere, come pettini, spazzole, cappelli, biancheria del letto.

È questo il motivo per cui la diffusione all'interno del nucleo familiare e delle comunità scolastiche avviene con molta frequenza.

Sebbene non abbia serie conseguenze per la salute, la parassitosi genera spesso preoccupazione tra i genitori e può provocare comportamenti di esclusione potenzialmente dannosi. La prevenzione e il controllo della pediculosi richiedono il coinvolgimento e la cooperazione del servizio sanitario pubblico, della scuola e delle famiglie.

Gli operatori sanitari possono avere un ruolo attivo nell'addestrare insegnanti e altri operatori scolastici a individuare il problema, fornire poster e altro materiale informativo che possa aiutare le famiglie a riconoscere e trattare in modo adeguato la pediculosi. Infatti, una delle più frequenti cause di insuccesso nell'affrontare questo problema è costituito dalle incapacità delle famiglie di riconoscere le lendini.

Inoltre, i servizi sanitari possono intervenire direttamente nel caso di focolai scolastici estesi e quando diventa indispensabile contenere l'ansia dei genitori. In queste situazioni, il pediatra della comunità o altri operatori sanitari possono cooperare con le autorità scolastiche per effettuare una rapida valutazione dell'estensione del problema, raccomandare il trattamento, assicurare la certificazione prima della riammissione a scuola ed effettuare la sorveglianza dopo 10-15 giorni per verificare che il problema sia stato risolto.

Nella maggior parte dei casi, comunque, l'intervento degli operatori sanitari non è necessario. Le scuole che hanno ricevuto informazioni adeguate su come riconoscere e affrontare la pediculosi, possono gestire autonomamente il problema. Più specificamente, quando in una classe uno o più bambini sono riconosciuti affetti dalla parassitosi, le autorità scolastiche possono direttamente segnalarlo ai genitori richiedendo che venga effettuato il trattamento adeguato.

Infine, la famiglia gioca probabilmente il ruolo principale nel controllo della pediculosi nelle scuole, se è vigile e in grado di rilevare la presenza di parassiti o uova tra i capelli, praticando se necessario il trattamento dell'infestazione. Per i genitori, un modo semplice per assicurare l'ispezione continua è quello di lavare i capelli ai bambini circa due volte la settimana, con uno shampoo normale e di controllare ogni volta l'eventuale presenza di lendini alla base dei capelli.

Quando un bambino ha l'infestazione, bisogna avviare il trattamento, controllare gli altri membri della famiglia e, se necessario, trattarli.

I prodotti più efficaci sono shampoo, lozioni e gel a base di piretrina, piperonibutisside, piretroidi, permetrina, o altri antiparassitari che si trovano normalmente in farmacia. Talvolta, si ottiene una maggiore efficacia ripetendo l'applicazione dopo 7-10 giorni se ci sono ancora lendini adese ai capelli e prossime al cuoio capelluto.

Pettini e spazzole dovrebbero essere lavati con acqua calda, aggiungendo eventualmente shampoo antiparassitario, e lasciati a bagno in una bacinella. Per sicurezza, lenzuola, federe, asciugamani o quant'altro possa essere venuto a contatto con i parassiti o con le loro uova, dovrebbero essere passati in lavatrice, utilizzando il ciclo a 60°C.

Nell'ambiente domestico o scolastico bisogna effettuare le normali pulizie quotidiane. Non è necessario, anzi può essere nocivo, usare insetticidi negli ambienti per eliminare i pidocchi.

Al contrario, il taglio dei capelli e gli shampoo antiparassitari non servono a impedire il contagio e non vanno usati a scopo preventivo.

Per ulteriori informazioni:

1. American Academy of Pediatrics: Red Book (Report of the Committee on Infectious Diseases). 25° ed. Elk Grove Village; 2000.
2. Benenson AS. Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili. DEA ed; 1997.
3. Mazurek CM, Lee NP. West J Med 2000; 172:342-5.
4. Bartolozzi G. I pidocchi del capo.
www.medicobambino.com/SOS/elettroniche/archivio/ARCH1998/PU/PU10980.htm

A cura del Comitato editoriale BEN con la collaborazione di Marta Ciofi degli Atti, Maria Cristina Rota, Alberto Tozzi (Laboratorio di Epidemiologia e Biostatistica) e Luisella Grandori (AUSL di Modena).