

sommario

- I SEZIONE:
MALATTIE INFETTIVE E VACCINI

- 2 Bollettino malattie infettive
- 5 Le vaccinazioni in Puglia

- II SEZIONE:
MORTALITÀ

- 10 Software per il registro di mortalità

- III SEZIONE:
MALATTIE CRONICO-DEGENERATIVE

- 12 La relazione sullo stato di salute della popolazione nella ASL BR1
- 18 Gli impianti di protesi d'anca in Puglia
- 23 Registro Mesoteliomi

- IV SEZIONE:
ORGANIZZAZIONE SANITARIA

- 28 Analisi delle SDO 1997:
neurologia, psichiatria e riabilitazione
- 36 Competizione, etica e solidarietà nel
processo di aziendalizzazione della
Sanità

- V SEZIONE: RUBRICHE

- 39 News
- 40 Opinioni
- 41 Internet
- 42 Legislazione
- 44 Bibliografia
- 46 Vaccinazioni



In copertina:

Dalla *Domenica del Corriere* del 30 Agosto 1908
 “La persistente siccità nelle Puglie: la smania tormentosa per l’acquisto dell’acqua lungo le vie di Bari.” Disegno di A. Beltrame
collezione privata

Direttore Scientifico

Salvatore Barbuti

Direttore Responsabile

Antonio Lo Izzo

Segretario Scientifico

Michele Quarto

Comitato Scientifico

Luigi Ambrosi
 Giorgio Assennato
 Francesco Carrozzini
 Bruno Causo
 Vincenzo Cuomo
 Ilio Palmariggi
 Giuseppe Pastore
 Francesco Schittulli
 Francesco Schettini
 Gabriella Serio

Comitato di Redazione

Monica Carbonara
 Enzo Corrado
 Vito Lepore
 Pier Luigi Lopalco
 Paolo Trerotoli

indirizzo web: <http://www.oerpuglia.uniba.it>

Progetto grafico ed impaginazione: Conte srl

Editore: Conte Editore

Abbonamenti annuali: istituzionali lire 200.000, privati lire 40.000
 Per la sottoscrizione di abbonamenti e per la richiesta di inserzioni pubblicitarie, rivolgersi a Conte Editore, via L. Carluccio 3, 73100 Lecce.
 Tel. e Fax 0832/351088 e-mail: info@mail.clio.it

Garanzia di riservatezza per gli abbonati
 L’editore garantisce la massima riservatezza dei dati forniti dagli abbonati e la possibilità di richiederne gratuitamente la rettifica o la cancellazione scrivendo a: Conte Editore, via L. Carluccio 3, 73100 Lecce. Le informazioni custodite nell’archivio elettronico di Conte Editore verranno utilizzate al solo scopo di inviare agli abbonati vantaggiose proposte commerciali (legge 675/96).

NORME PER GLI AUTORI

OER Puglia pubblica lavori originali su temi di epidemiologia e sanità pubblica, preferibilmente di interesse regionale. Le rassegne monografiche sono pubblicate solo su invito della Direzione Scientifica, eventualmente su specifiche tematiche suggerite dai lettori alla redazione.

I lavori sono accolti a patto che siano inediti e che non saranno successivamente pubblicati altrove.

La proprietà letteraria degli articoli pubblicati è ceduta alla rivista e ne è vietata la riproduzione, anche parziale, senza citare la fonte.

L’accettazione dei lavori per la pubblicazione è subordinata al giudizio della Segreteria Scientifica.

La responsabilità del contenuto scientifico degli articoli pubblicati è esclusivamente degli Autori.

Le spese di pubblicazione sono a carico dell’Editore e comprendono anche l’invio gratuito all’Autore di 50 estratti; le spese per un maggior numero di estratti saranno a carico dell’Autore.

Il lavoro originale non dovrà superare le 5 pagine a stampa (circa 3500 parole) e dovranno essere redatti secondo il seguente schema: Introduzione, Materiali e Metodi, Risultati, Conclusioni, Bibliografia. La prima pagina del manoscritto dovrà contenere Nomi degli Autori ed Istituzioni di appartenenza, Titolo (in lingua italiana ed inglese), Titolo breve (in lingua italiana ed inglese), 3-5 parole chiave (in lingua italiana ed inglese), Riassunto e Summary di circa 200 parole. Infine dovrà essere indicato il nominativo per esteso corredato da indirizzo completo, numero telefonico ed indirizzo e-mail dell’Autore a cui la redazione farà riferimento per qualunque comunicazione attinente la pubblicazione.

Il testo dell’articolo dovrà essere fornito sia su supporto cartaceo che magnetico utilizzando un qualunque word processor (es. Word) in ambiente Windows o Macintosh. Grafici e tabelle saranno redatti su fogli separati e forniti a parte in un file realizzato utilizzando un foglio elettronico (es. Excel). Tabelle e figure non devono di norma superare il numero di 5. Le voci bibliografiche devono essere citate nel testo, numerandole tra parentesi, e vanno indicate in bibliografia in ordine alfabetico. Le voci bibliografiche devono essere redatte nel Vancouver Style (es. Br Med J 1997; 345: 1234-45); se gli Autori dell’articolo citato superano il numero di 6, citare i primi 3 ed aggiungere “et al.”.

Tutta la corrispondenza inerente la pubblicazione sulla rivista deve essere inviata a:

Prof. Michele Quarto, Redazione “OER Puglia”, Istituto di Igiene -
 Università degli Studi di Bari
 Policlinico, Piazza Giulio Cesare - 70124 Bari.
 Tel e Fax 080/5478609, e-mail redazione@oerpuglia.uniba.it

Il Bollettino delle malattie infettive

Resoconto trimestrale sull'attività di notifica delle malattie infettive e trasmissibili

a cura di P. L. Lopalco

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

OER

Il SIMI e la certificazione dei dati definitivi

Un sistema quale la notifica delle malattie infettive si pone generalmente due obiettivi principali: segnalare precocemente eventuali situazioni di emergenza e fornire statistiche utili per la valutazione a medio-lungo termine dell'andamento delle malattie sottoposte a sorveglianza. Per assolvere a tali scopi il sistema deve essere dotato di due caratteristiche: la tempestività e l'accuratezza. La tempestività è oggi garantita dalla comunicazione mensile dei dati all'Osservatorio Epidemiologico Regionale e da qui agli organi centrali. Per produrre dati accurati, invece, sono necessari tempi più lunghi dovuti al controllo di qualità nonché alla raccolta di informazioni che, spesso, sono necessarie a definire la diagnosi (es. esame colturale per la definizione di caso di tubercolosi). Per tale

motivo, pur essendo il flusso dei dati mantenuto mensilmente, per "certificare" un caso di malattia come definitivo è necessario attendere un periodo più lungo, di sei mesi, durante il quale è ancora possibile modificare i dati raccolti originariamente; superato questo periodo, qualunque modifica sui dati non viene più trasmessa agli organi centrali (Regione, Ministero, Istituto Superiore di Sanità). In base a tale procedura, nel momento in cui andiamo in stampa, sono stati appena certificati i dati relativi ai primi sette mesi del 1998. Nella tabella 1 i dati non ancora certificati sono indicati in corsivo.

Classe II

I dati raccolti nel corso del 1998 confermano una riduzione generale delle notifiche di classe II, che sono risultate pari a circa il 40% del totale registrato nei due anni precedenti. Tale riduzione è da attribuire alla bassa endemia per malattie quali epatite A, morbillo, parotite e rosolia nel 1998, che da sole hanno contribuito nel biennio 96/97 a circa il 67% del totale delle notifiche. E' da escludere una riduzione generale della sensibilità del sistema, poiché il numero di notifiche di varicella, che è generalmente un buon indicatore di sottonotifica, sono restate pressoché costanti nel triennio considerato (fra le 4.300 e le 4.800 segnalazioni l'anno).

Dal confronto dei dati raccolti nel 1998 con gli anni precedenti emergono le seguenti ossevizioni:

Epatite A

Il 1998 ha fatto registrare una riduzione di casi di epatite A, la quale però mantiene ancora elevato il livello di endemia (>20 casi per 100.000 abi-

tanti).

Morbillo, Parotite, Rosolia

Nel 1998 sono stati segnalati 345 casi di morbillo, a fronte degli oltre 8.500 casi notificati nel biennio precedente. Il minor numero di casi è da attribuire all'andamento naturale della malattia piuttosto che ad un effetto della vaccinazione: infatti la copertura antimorbillo nella nostra regione risulta pari a circa il 50%, del tutto inefficace quindi a prevenire gli eventi epidemici. Sarebbe prioritario in questo momento avviare una campagna intensiva di vaccinazione per poter prevenire il prossimo picco di malattia prevedibile per il 2001 o 2002.

Anche la parotite epidemica nel 1998 ha segnato il passo facendo registrare circa la metà dei casi rispetto agli anni precedenti.

Per la rosolia, dopo l'importante epidemia verificatasi nel 1997 (oltre 2.500 casi registrati), nel corso del 1998 sono stati notificati solo 79 casi.

Pertosse

Il 1998 ha fatto registrare un incremento di notifiche di pertosse: 474 casi rispetto ai 193 del 1997 e ai 213 del 1996. Ricordiamo che l'ultimo picco di pertosse si è verificato nel 1995, quando furono notificati 1.125 casi. Il rialzo registrato nel 1998 è certamente inferiore all'atteso, essendo questo il terzo anno successivo ad un anno "epidemico". Probabilmente la buona copertura antipertosse ottenuta con l'introduzione dei vaccini acellulari risulta già efficace nel controllo della malattia. Tale osservazione, si spera, dovrà essere confermata nel 1999.

Tabella 2. Notifiche di tubercolosi e micobatteriosi nel triennio 96/98: distribuzione per ASL di notifica e tassi di incidenza per provincia di segnalazione.

ASL	1996	1997	1998*
BA1	2	1	1
BA2	2	5	17
BA3	9	3	5
BA4	101	126	95
BA5	12	3	4
BR1	37	25	42
FG1	8	19	18
FG2	0	0	2
FG3	58	36	45
LE1	50	58	47
LE2	7	2	16
TA1	25	17	19
Totale	311	295	311
BA	8,05	8,81	7,78
BR	8,96	6,05	10,16
FG	9,44	7,87	9,30
LE	6,97	7,33	7,69
TA	4,22	2,87	3,20
Totale	7,61	7,22	7,61

Tabella 1 - Notifiche di malattie di classe II nel triennio 96/98: distribuzione per mese di notifica.

1996	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot '96
Blenorragia	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	3
Bruccellosi	10	21	36	41	40	29	36	22	16	5	9	7	272
Diarrea infettiva	14	16	44	31	27	16	6	11	13	5	8	6	197
Epatite A	14	267	158	211	381	462	655	1.605	1.251	445	151	73	5.673
Epatite B	9	17	14	5	14	9	14	6	5	11	6	5	115
Epatite NANB	11	6	9	14	12	6	5	7	5	5	1	4	85
Epatite virale non specificata	1	5	1	3	9	6	8	27	18	11	4	0	93
Febbre tifoide	16	26	32	30	34	11	26	27	33	21	10	12	278
Legionellosi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Leishmaniosi cutanea	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Leishmaniosi viscerale	0	1	1	0	1	3	2	0	0	2	1	2	13
Listeriosi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Meningite meningococcica	0	0	2	2	1	0	0	1	1	0	3	1	11
Meningo-encefalite virale	11	3	5	6	2	8	8	3	4	5	7	1	63
Morbillo	214	391	539	951	1.519	1.346	316	63	16	9	43	131	5.538
Parotite epidemica	139	207	276	390	611	576	248	67	25	58	43	83	2.723
Pertosse	23	18	21	30	33	22	13	12	11	7	3	20	213
Rickettsiosi	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	0	5
Rosolia	7	8	13	72	116	130	31	6	4	5	12	19	423
Salmonellosi non tifoidea	17	13	39	184	17	13	30	39	51	56	42	45	546
Scarlattina	9	21	20	21	41	51	4	0	1	14	20	41	243
Sifilide	1	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	6
Varicella	415	390	415	443	535	511	275	74	67	259	656	714	4.754
Totale	911	1.413	1.625	2.436	3.394	3.199	1.677	1.971	1.525	918	1.021	1.165	21.255
1997	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot '97
Blenorragia	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Bruccellosi	5	9	9	10	24	28	37	26	20	10	8	9	195
Diarrea infettiva	10	14	32	71	57	29	23	25	9	4	1	4	279
Epatite A	141	238	334	392	372	832	1.428	884	447	191	89	47	5.395
Epatite B	8	8	9	5	10	7	7	3	2	7	4	3	73
Epatite NANB	2	4	3	2	5	3	2	3	2	4	1	3	34
Epatite virale non specificata	3	4	17	11	9	12	17	5	6	2	1	0	87
Febbre tifoide	12	14	19	28	27	17	27	22	16	11	6	10	209
Legionellosi	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Leishmaniosi cutanea	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Leishmaniosi viscerale	0	0	1	2	2	1	0	1	1	0	2	0	10
Listeriosi	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meningite meningococcica	1	1	2	1	0	0	1	0	0	1	1	0	8
Meningo-encefalite virale	10	2	6	4	5	2	3	1	3	1	3	1	41
Morbillo	430	385	562	563	462	336	169	56	5	0	26	17	3.011
Parotite epidemica	126	160	282	506	548	431	214	39	27	26	78	100	2.537
Pertosse	15	18	11	24	15	18	21	26	13	18	7	7	193
Rickettsiosi	0	0	0	0	0	1	1	2	1	0	1	0	6
Rosolia	33	114	299	604	883	470	138	16	5	5	2	7	2.576
Salmonellosi non tifoidea	23	15	29	22	16	34	46	38	39	24	22	19	327
Scarlattina	26	31	67	60	59	46	9	2	2	4	20	23	349
Sifilide	0	1	0	1	0	2	0	2	1	1	1	2	11
Varicella	646	465	469	597	681	615	370	95	48	130	338	360	4.814
Totale	1.491	1.484	2.152	2.904	3.177	2.884	2.513	1.247	647	439	611	612	20.161
1998	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	tot '98
Blenorragia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Bruccellosi	12	13	12	25	40	42	43	20	18	19	10	6	260
Diarrea infettiva	6	21	11	16	6	19	21	23	26	21	5	2	177
Epatite A	68	116	108	82	37	97	216	129	47	22	11	9	942
Epatite B	6	9	9	8	8	8	6	8	8	8	8	6	92
Epatite NANB	8	4	4	8	3	8	7	6	5	1	5	5	64
Epatite virale non specificata	4	4	4	3	0	5	5	0	1	0	0	0	26
Febbre tifoide	13	20	16	9	11	18	21	13	25	18	13	5	182
Legionellosi	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Leishmaniosi cutanea	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
Leishmaniosi viscerale	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	3
Listeriosi	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Meningite meningococcica	3	1	0	2	0	2	0	0	0	2	0	2	12
Meningo-encefalite virale	2	7	2	2	0	4	2	1	4	6	3	6	39
Morbillo	17	14	74	93	39	69	24	8	0	5	1	1	345
Parotite epidemica	89	95	155	156	225	220	140	50	18	26	52	60	1.286
Pertosse	30	34	53	52	45	56	60	51	32	24	26	11	474
Rickettsiosi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Rosolia	3	9	19	7	11	14	4	2	1	4	2	3	79
Salmonellosi non tifoidea	15	8	10	14	6	21	59	58	55	64	35	32	377
Scarlattina	21	46	37	30	36	34	8	0	0	4	10	14	240
Sifilide	2	4	2	1	1	1	0	1	1	2	0	7	22
Varicella	439	409	585	462	588	684	295	85	59	84	223	365	4.278
Totale	738	814	1.102	972	1.057	1.303	911	455	302	310	407	536	8.907

Classe III

I casi di tubercolosi e micobatteriosi segnalati nel corso del 1998 sono nel totale sovrapponibili a quelli del biennio precedente (311, contro i 295 del 1997 e i 311 del 1996). Risultano aumentati i casi nella ASL BA2, probabilmente per effetto di una migliore organizzazione raggiunta nel sistema di notifica. Per il resto, il maggior numero di casi viene segnalato dalle ASL che includono il capoluogo di provincia (FG3, BA4, BR1, LE1, TA1), che sono sede di ospedali specializzati (tabella 2).

Classe IV

I focolai epidemici notificati nel 1998 sono stati in totale 89 (82 nel 1997 e 132 nel 1996) (tabella 3).

Considerando le intossicazioni e tos-

Tabella 3. Notifiche di focolaio epidemico nel triennio 96/98: distribuzione per ASL di segnalazione.

ASL	1996	1997	1998
BA1	3	14	2
BA2	0	0	5
BA3	39	2	2
BA4	13	14	3
BA5	8	0	2
BR1	19	3	5
FG1	2	3	4
FG2	3	2	1
FG3	12	5	16
LE1	14	22	11
LE2	12	3	2
TA1	7	14	36
Totale	132	82	89

Tabella 5. Notifiche di focolaio di intossicazione e tossinfezione alimentare nel triennio 96/98: distribuzione per agente eziologico.

	#	%
Salmonella spp.	47	67,1%
Staphilococcus aureus	3	4,3%
Clostridium perfringens	1	1,4%
Listeria monocytogenes	1	1,4%
Botulismo	1	1,4%
Rotavirus	1	1,4%
Intossicazioni da funghi	3	4,3%
Non noto	13	18,6%
Totale	70	

sinfezioni alimentari, risulta che nel 1998 sono stati segnalati 25 focolai epidemici, che hanno coinvolto una popolazione di 742 soggetti portando a 201 casi di malattia. Il numero maggiore di casi fu segnalato nel 1996: 442 casi su una popolazione a rischio di 1.077 soggetti (tabella 4), per oltre il 65% notificati nella provincia di Brindisi.

Dei 70 focolai epidemici di intossicazione e tossinfezione alimentare segnalati nel triennio 96/98, oltre il 67% è da attribuirsi a tossinfezioni da Salmonella; in 3 casi è stato identificato uno S. aureo e in altri 3 casi si trattava di intossicazione da funghi velenosi.

In 13 casi (18,6%) non è stato possibile identificare alcun agente eziologico.

In base a questa osservazione, visto che il 67,1% dei casi è da attribuire a Salmonelle non tifoidee, dovremmo

aspettarci circa 450 casi di salmonellosi fra le notifiche di classe II; invece in classe II nello stesso periodo sono stati segnalati 1.250 casi. Poiché è poco probabile che gli 800 casi in più segnalati siano stati tutti casi isolati, è certamente da sottolineare una cattiva gestione delle inchieste epidemiologiche sulle tossinfezioni alimentari, che portano ad una definizione di focolaio (e quindi ad una notifica in classe IV) probabilmente solo in un terzo dei casi.

Tabella 4. Focolai di intossicazione e tossinfezione alimentare nel triennio 96/98; numero di focolai, numero di casi e popolazione a rischio: distribuzione per ASL di segnalazione.

	1996			1997			1998		
	focolai	casi	soggetti a rischio	focolai	casi	soggetti a rischio	focolai	casi	soggetti a rischio
BA1	0	0	0	1	7	-	1	3	4
BA2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BA3	2	11	11	1	7	7	1	10	10
BA4	1	3	45	0	0	0	0	0	0
BA5	3	9	11	0	0	0	1	11	50
BR1	6	285	595	0	0	0	2	49	367
FG1	0	0	0	0	0	0	2	8	10
FG2	1	35	-	0	0	0	1	3	3
FG3	7	24	324	4	11	13	5	46	222
LE1	3	25	31	5	16	20	6	39	39
LE2	9	30	60	0	0	0	0	0	0
TA1	0	0	0	2	6	12	6	32	37
Totale	32	492	1.077	13	47	52	25	201	742

La realizzazione del SIMI in Puglia è resa possibile grazie alla collaborazione di tutto il personale sanitario dei Servizi di Igiene Pubblica delle ASL. In particolare si ringrazia per la collaborazione e la qualità del lavoro svolto finora:

Dr. P. Magarelli, Dr. V. Coviello, Dr. G. Capurso, ASL BA/1; Dr. D. Balsamo, Sig.ra F. Bruno, Dr.ssa A. Altomare, Dr.ssa R. Colamaria, ASL BA/2; Dr. A. Madaro, Sig.ra M. Cavallo, ASL BA/3; Dr.ssa A. Finamora, Dr. N. Morelli, Sig.ra E. Fanelli, ASL BA/4; Dr. F. Avella, Dr. G. Daddabbo, ASL BA/5; Dr. E. Gazzaneo, Sig.ra R. Anaclerio, ASL BR/1; Dr. S. Minerba, Dr. L. Annichiarico, ASL TA/1; Dr.ssa G. Lauriola, Sig.ra T. Rubini, ASL FG/1; Dr.ssa M.A. Forcina, Dr. I. Pagano, Sig. N. Gadaleta, ASL FG/2; Dr.ssa L. Frisoli, Dr. V. Di Martino, Sig.ra E. Addoriso, Sig.ra M.A. D'Amore, ASL FG/3; Dr. C. Leo, Sig. M. Esposito, Sig.ra M. Chiarelli ASL LE/1; Dr.ssa G. Piccinno, Dr.ssa G. Turco, Sig.ra S. Avantageggiato, Sig.ra D. Pagliara, Sig.ra M. Minerba, ASL LE/2.

Le vaccinazioni nelle strutture pubbliche pugliesi

a cura di P. L. Lopalco

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

La vaccinazione è senza alcun dubbio una delle attività di sanità pubblica più vantaggiose sotto il profilo costi-efficacia. L'efficacia degli interventi vaccinali è però fortemente legata ad una efficiente organizzazione delle attività sul territorio.

In Puglia le vaccinazioni sono svolte, oltre che nell'ambito della pediatria privata e di libera scelta, da una rete assai capillare di medici vaccinatori operanti nelle strutture del Dipartimento di Prevenzione delle ASL.

Nel gennaio di quest'anno l'Osservatorio Epidemiologico regionale ha condotto un'indagine conoscitiva al fine di creare una mappa delle attività vaccinali nel settore pubblico su tutto il territorio regionale.

La rete degli ambulatori pubblici di vaccinazione appare molto estesa e capillare: infatti solo in 8 dei 258 comuni della regione (3,1%) è assente un ambulatorio vaccinale; si tratta comunque di piccoli comuni per i quali l'ambulatorio più vicino

dista non più di cinque chilometri. Inoltre in alcuni comuni capoluogo di provincia sono presenti più ambulatori: otto nei comuni di Bari e Taranto e quattro nel comune di Brindisi. In totale pertanto sono attivi nella nostra regione 267 punti di vaccinazione.

Nella tabella 1 sono riportati i risultati della rilevazione relativi alla popolazione servita (sia come popolazione generale che come nuovi nati) ed al numero dichiarato di utenti settimanali. Ciascun ambulatorio segue mediamente una popolazione pari a 169 nuovi nati/anno, con un range compreso fra 70 e 630; ovviamente la popolazione servita dipende strettamente dalla struttura del territorio, per cui risulta più bassa per quelle ASL costituite da molti piccoli comuni (come ad esempio LE2) e maggiore nelle ASL composte da pochi grossi comuni (BA1, BA2), dove pertanto esiste un numero inferiore di ambulatori. La situazione appare sovrapponibile valutando il numero di utenti dichiarati per ambulatorio: ogni setti-

mana un centro vaccinale gestisce mediamente 44 bambini con un range che va dai 13 bambini della ASL LE2 ai 204 degli ambulatori della ASL BA2.

Il rapporto "utenti:nuovi nati" risulta abbastanza omogeneo sul territorio regionale (un utente settimanale ogni 3-5 nuovi nati) fatta eccezione per la ASL BA3 per la quale è pari ad 1:7: tale valore discordante potrebbe essere legato ad una particolare organizzazione del servizio per cui è ridotto il numero di accessi (più vaccinazioni nella stessa seduta), oppure ad un numero elevato di vaccinazioni eseguite al di fuori del servizio (presso i pediatri di libera scelta), ovvero ad una sottostima del numero di utenti dichiarati durante la rilevazione.

E' stato quindi valutato il livello dell'offerta in termini di disponibilità del servizio (tabella 2). Anche qui la situazione appare disomogenea sempre a causa del differente numero di ambulatori presenti sul territorio delle ASL: si passa da una media di 1,1 giorno alla settimana

Tabella 1. Distribuzione degli ambulatori di vaccinazione nelle ASL pugliesi: valutazione della popolazione servita.

	N° Amb.	Popolazione servita		Nuovi nati		Utenti/Settimana		rapporto utenti/nati
		Tot	mediaxamb	Tot	mediaxamb	Tot	mediaxamb	
Ba1	7	240.050	34.293	2.938	420	1.018	145,4	1:3
Ba2	5	280.606	56.121	3.155	631	1.020	204,0	1:3
Ba3	11	214.664	19.515	2.929	266	426	38,7	1:7
Ba4	20	591.469	29.573	6.162	308	1.797	89,9	1:3
Ba5	12	239.079	19.923	2.497	208	530	44,2	1:5
Br1	23	413.022	17.957	4.400	191	1.023	44,5	1:4
Fg1	19	220.739	11.618	2.627	138	555	29,2	1:5
Fg2	13	215.073	16.544	2.789	215	852	65,5	1:3
Fg3	31	263.196	8.490	2.762	89	863	27,8	1:3
Le1	37	476.692	12.884	4.723	128	1.349	36,4	1:4
Le2	53	343.249	6.476	3.697	70	704	13,3	1:5
Ta1	36	591.748	16.437	6.415	178	1.536	42,7	1:4
Tot	267	4.089.587	15.317	45.094	169	11.671	43,7	1:4

Tabella 2. Ambulatori di vaccinazione: valutazione quantitativa dell'offerta dei servizi.

	N° Amb.	Giorni sett. apertura	Ore sett. apertura	Ore sett. apertura media DS	Numero di utenti/ora
Ba1	7	5,1	158	22,6 (±10,2)	6,4
Ba2	5	5,2	88	17,5 (±8,3)	11,7
Ba3	11	2,4	93	8,4 (±4,0)	4,6
Ba4	20	2,6	161	8,1 (±4,9)	11,2
Ba5	12	2,6	112	9,3 (±7,1)	4,7
Br1	23	2,7	156	6,8 (±5,1)	6,6
Fg1	19	3,2	238	12,6 (±11,7)	2,3
Fg2	13	3,2	147	11,3 (±8,9)	5,8
Fg3	31	2,2	151	4,9 (±4,7)	5,7
Le1	37	1,7	138	3,7 (±4,8)	9,7
Le2	53	1,1	108	2,0 (±3,5)	6,5
Ta1	36	2,9	281	7,8 (±7,0)	5,5
Tot	267	2,4	153	6,9 (±7,5)	6,7

di apertura al pubblico (per complessive due ore settimanali per ambulatorio) della ASL LE2, dove vengono gestiti 53 ambulatori, agli oltre 5 giorni delle ASL BA1 e BA2 (rispettivamente 7 e 5 ambulatori) dove la disponibilità di apertura al pubblico è intorno alle 20 ore settimanali.

L'offerta complessiva di ore settimanali di apertura al pubblico varia dalle 88 della ASL BA2 alle 281 della ASL TA1, con una media di 153 ore. Mediamente in un ora di apertura al pubblico vengono serviti 6,7 utenti con una variabilità compresa fra i 2,3 di FG1 e gli 11,7 di BA2.

Per quanto riguarda le dotazioni principali degli ambulatori è risultato che solo nel 12% dei casi

Tabella 3. Disponibilità di un computer presso il servizio.

Si	27	10,1%
Si, in comune con altri	5	1,9%
No	235	88,0%
Totale	267	

Tabella 4. Disponibilità di un frigorifero presso il servizio.

Si, con registrazione di temperatura	78	29,2%
Si, tipo domestico	129	48,3%
nd	60	22,5%
Totale	267	

(32/267) è disponibile nel servizio un computer, il quale per l'1,9% è anche in comune con altri servizi (tabella 3). Il frigorifero in dotazione è nel 48,3% degli ambulatori di tipo domestico, non dotato pertanto di sistemi di controllo né di registrazione della temperatura. I vaccini sono per il 65,2% conservati in loco, per il 34,8% trasportati nel servizio il giorno stabilito per le vaccinazioni (tabella 4).

La presenza di un medico è assicurata nel 91,4% dei casi: risultano essere solo 4 gli ambulatori in cui non è mai presente un medico. I presidi di sicurezza, indispensabili nella pratica vaccinale, sono presenti quasi in ogni ambulatorio (93,2%), ma in più del 70% dei casi si tratta solo di farmaci di emergenza (limitati a cortisonici e/o adrenalina) (tabella 5).

La dotazione in vaccini sembra essere soddisfacente: in tutti gli ambulatori, infatti, oltre a quelli delle vaccinazioni obbligatorie, sono disponibili il vaccino anti-pertosse e l'antimorbillo, parotite e rosolia. Il vaccino anti-influenzale è disponibile nell'85,3% degli ambulatori, l'anti-epatite A nell'86,1% e l'anti-Haemophilus influenzae di tipo B (Hib) nel 53,2% (tabella 6).

Conclusioni.

L'innalzamento degli standard qua-

litativi degli ambulatori vaccinali deve rappresentare una delle prossime priorità della sanità pubblica in Puglia. A parte le considerazioni sull'importanza sociale dell'attività vaccinale, infatti, tale attività, grazie all'ampia copertura territoriale, assume il ruolo di importante interfaccia fra utenza e Servizio Sanitario Regionale.

Dalla nostra indagine risulta che l'accesso ai punti di vaccinazione è sufficientemente garantito, essendo da considerare buono il numero di ore di apertura al pubblico ed il numero di utenti/ora serviti. Uno sforzo forse andrebbe fatto in quelle situazioni in cui la presenza di un unico ambulatorio di vaccinazione nei grossi comuni obbliga il servizio a sostenere ritmi troppo sostenuti: una media di 12 utenti/ora potrebbe essere eccessiva considerando l'importanza rivestita in questo settore dall'attività di counseling. Al contrario, in alcune situazioni l'attività appare estrema-

Tabella 5. Presenza di un medico e di presidi d'emergenza.

Un medico è presente:		
Sempre	244	91,4%
Quasi sempre	17	6,4%
Mai	4	1,5%
nd	2	0,7%
Totale	267	

Disponibilità di presidi di emergenza:

Si	58	21,7%
Solo farmaci	191	71,5%
No	10	3,7%
nd	8	3,0%
Totale	267	

Tabella 6. Vaccini disponibili presso il servizio.

DT, OPV, HBV	267	100%
Pertosse	267	100%
MPR	267	100%
HAV	230	86,1%
Influenza	223	83,5%
HIB	142	53,2%

mente parcellizzata sul territorio, certamente per favorire la compliance delle mamme che così non sono costrette a recarsi presso l'ambulatorio del comune limitrofo; forse una riorganizzazione del sistema potrebbe portare in questi casi ad una ottimizzazione delle risorse: riduzione degli spostamenti dei vaccini, gestione del prodotto in magazzini centralizzati, minori spostamenti del personale sanitario.

A tali modifiche riorganizzative si affiancherebbe ben presto la disponibilità sul mercato di nuovi prodotti combinati il cui utilizzo ridurrebbe ulteriormente il numero di accessi al servizio.

Soddisfacente appare anche la disponibilità di vaccini non obbligatori da offrire all'utenza: tutti i servizi hanno in dotazione l'antipertosse e l'anti-MPR. Il dato della disponibilità dell'anti-Hib in poco più della metà dei servizi è una ulteriore conferma della scarsa diffusione che ha ancora nella nostra Regione tale vaccinazione.

Assolutamente inadeguata appare

invece la dotazione di computer (solo il 10%). Sebbene infatti quasi tutti gli operatori siano convinti dell'utilità di informatizzare l'anagrafe vaccinale, la mancanza di hardware ha fino ad ora bloccato tale iniziativa. Altra nota dolente è costituita dalla conservazione dei vaccini che in una metà dei casi è affidata a frigoriferi di tipo domestico privi di sistemi di sicurezza anti-blackout e senza possibilità di registrazione della temperatura. Infine sarebbe da migliorare anche la dotazione dei presidi di emergenza che in troppi casi sono limitati alla sola presenza di adrenalina e/o cortisone, così come dovrebbe essere sempre garantita la presenza di un medico esperto durante la pratica vaccinale.

A parte questi aspetti da migliorare, dunque, possiamo concludere che le vaccinazioni in Puglia sono affidate a servizi generalmente ben gestiti ed efficienti. Dovrà essere certamente compiuto uno sforzo da parte degli amministratori per potenziare la dotazione degli ambulatori di un computer e di frigoriferi

adeguati, al fine anche di migliorare l'immagine di un servizio che fra l'altro costituisce, in molti comuni della nostra regione, l'unico "avamposto" della sanità pubblica.

**Alimentazione:
la sicurezza è in linea**

La sicurezza della tua alimentazione
dipende in gran parte da te.

Se vuoi saperne di più chiama il

**Numero verde
167-210144**

ti risponderanno gli esperti del
Centro Informativo Regionale per le
malattie trasmesse da alimenti

Il software per l'archiviazione delle schede di morte

10

E. Corrado

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia

OER

II SEZIONE

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale si è dotato per la gestione dei dati di mortalità del software SIM 3 elaborato da un gruppo di lavoro del registro tumori della Lombardia e da esperti nel settore epidemiologico.

Si tratta quindi di uno strumento specifico per questa attività che consente la produzione di indicatori dello stato di salute della popolazione e mediante il quale possono essere evidenziate eventuali situazioni di rischio presenti al fine di attivare le opportune misure di prevenzione.

Il SIM 3 è strutturato in cinque aree funzionali:

- 1) Archivio
- 2) Elaborazione
- 3) Tabelle
- 4) Opzioni
- 5) Definizione delle AUSL

ARCHIVIO



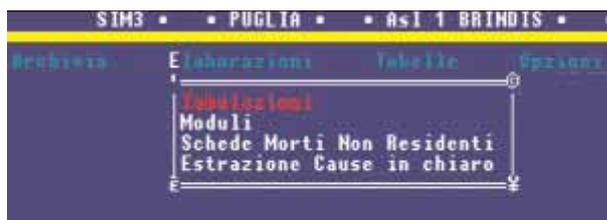
L'area archivio comprende tutte le funzioni necessarie per la gestione dell'archivio delle schede di morte. Tutti i decessi avvenuti nel corso di uno stesso anno di calendario, cioè dal 1.1 al 31.12, vengono gestiti all'interno del medesimo archivio.

La gestione comprende sia le funzioni di inserimento, visualizzazione e modifica della singola segnalazione, sia una serie di funzioni finalizzate al controllo della qualità dell'archivio. Tra queste il controllo della completezza degli atti di morte, che viene attivata su richiesta per il comune desiderato. Questa funzione, attiva su tutto l'anno in corso, produce quattro elenchi: i primi tre riguardano le tre parti e serie (Prima, Seconda B, Seconda C), il quarto riguarda le anomalie nella attribuzione di parte e serie. I primi tre elenchi riportano il primo e l'ultimo numero di scheda, il numero degli atti doppi ed il numero degli atti mancanti al completamento della numerazione progressiva all'interno di ciascuna parte e serie.

E' consigliabile effettuare questo controllo alla fine di ogni anno prima della elaborazione di indicatori stati-

stici.

ELABORAZIONE



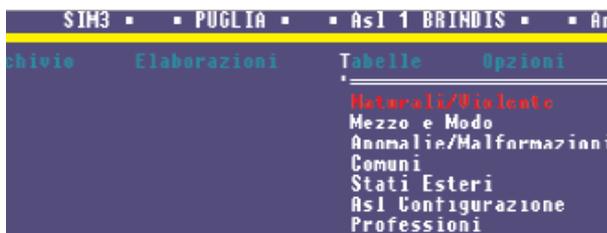
L'Area elaborazioni comprende tutte le funzioni orientate all'analisi delle informazioni archiviate. Quest'area comprende sia la automazioni di alcuni flussi informativi esistenti, sia l'analisi delle informazioni.

Sono disponibili procedure per l'invio periodico alle altre ASL dei dati riguardanti i loro residenti e per l'invio alla regione di appartenenza dei resoconti annuali.

Per quanto riguarda l'analisi dei dati raccolti, il SIM prevede due possibilità: la ricerca degli eventi all'interno dell'archivio in modo libero per l'utente oppure l'utilizzazione di modelli di analisi per particolari gruppi di cause di decesso, predefinite in unità chiamate moduli. Un modulo è costituito da un insieme di cause di decesso e da una serie di indicazioni, elaborate in base a precedenti esperienze, di elaborazione dei dati e di intervento.

Il sistema consente la produzioni di indicatori di rischio costituiti da tassi specifici per età e sesso e tassi standardizzati per cause e/o gruppi di cause di decesso liberamente determinabili dall'utente.

TABELLE



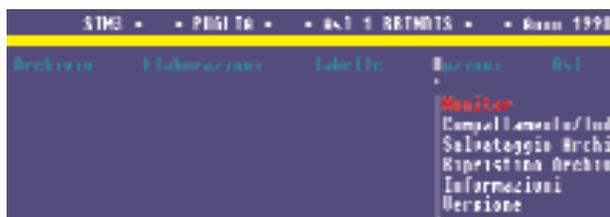
L'area Tabelle consente di accedere in sola consultazione alle numerose tabelle utilizzate dal sistema.

Le tabelle contengono i codici, le descrizioni in chiaro ed i controlli automatici operanti sui dati introdotti.

Queste tabelle corrispondono a classificazioni utilizzate a livello nazionale e non possono essere modificate dall'utente.

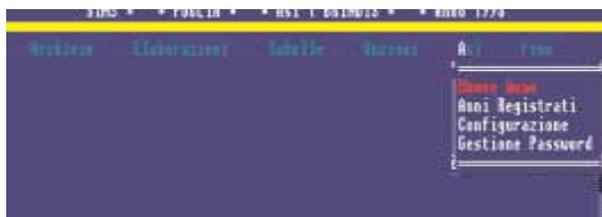
Mortalità

OPZIONI



L'Area Opzioni contiene tutte le funzioni necessarie alla sicurezza della installazione e alla manutenzione degli archivi.

DEFINIZIONE DELLE ASL



L'area definizione della ASL viene utilizzata prima dell'inserimento di ciascun anno di registrazione.

Vengono definiti i comuni costituenti la ASL e la struttura per età e sesso della popolazione di ciascun comune.

Il SIM3 è stato sviluppato in linguaggio 'Clipper' per computer dotati del sistema operativo MS-DOS e windows e genera files di tipo .DBF compatibili con numerosi sistemi di gestione di basi di dati e di analisi statistica.

Fra questi, anche il programma EpilInfo, di libera diffusione, che consente di effettuare diversi tipi di analisi.

OER

II SEZIONE

Mortalità

La relazione sullo stato di salute nella AUSL BR1, 1997

nota II: risultati delle rilevazioni

D. Lagravinese*, F. Calamo-Specchia°

*Direttore Generale AUSL BR1, ° Professore Associato di Igiene - Università Cattolica di Roma

Introduzione

In una precedente nota sono stati illustrati gli aspetti metodologici che hanno condotto ad una *Relazione sullo stato di salute (RSS) della popolazione nel territorio della AUSL BR1 di Brindisi*, a cura della Unità di epidemiologia e statistica (UNES).

In questo lavoro si riportano in maniera sintetica i risultati riferiti alla griglia di rilevazione approntata. Questa è costituita dall'elenco degli indicatori (che assommano in totale a 208) che si sono utilizzati per la rilevazione dei dati, corredata di strumenti, modi e tempi della rilevazione, elaborazione ed utilizzazione degli stessi.

Le rilevazioni previste nella griglia sono state organizzate in cinque grandi settori, che coprono tutta la realtà socio-sanitaria:

- 1 - indicatori demografici,
- 2 - indicatori economico-sociali,
- 3 - indicatori di salute umana e ambientale,
- 4 - indicatori di efficienza,
- 5 - indicatori di salute percepita e gradimento/accettabilità.

Per ogni indicatore sono stati riportati formula, valore rilevato, tabelle e grafici di rappresentazione, confronti con standard, osservazioni e valutazioni analitiche.

I dati sono riferiti all'anno 1997, salvo diverse indicazioni. In caso di indisponibilità del dato più aggiornato, ne è stato segnalato il motivo e ci si è riferiti al dato più recente disponibile. In caso di indisponibilità assoluta del dato, ne è stato segnalato il motivo e sono stati ri-

In questa nota gli autori descrivono i principali risultati numerici ottenuti per gli indicatori più rilevanti contenuti nella Relazione sullo stato di salute 1997 della AUSL BR/1.

Si segnalano tra gli altri: una alta densità e dispersione abitativa; una forte presenza di popolazione in fasce di età avanzate, una bassa natalità e una mortalità più alta dei livelli regionali, a carico prevalente di malattie cardiovascolari e di tumori (in particolare del polmone); una morbosità infettiva con alta incidenza di epatite virale A e non infettiva a carico principalmente delle patologie ortopediche e traumatologiche.

portati altri dati indicativi di riferimento (in particolare quelli relativi al livello regionale pugliese del fenomeno in questione), se disponibili.

Per quanto riguarda le fonti, per i dati demografici si è dato un grande rilievo alla attivazione di canali informativi stabilizzati con i Comuni. Per i dati economico-sociali si sono attivati flussi comunicativi diversi, dal provveditorato agli studi (evasione scolastica, edilizia scolastica, ecc.) alla camera di commercio (vendita tabacchi-alcolici, ecc.), dall' ispettorato dell'agricoltura (uso di pesticidi, ecc.) all'autorità giudiziaria (sequestri di stupefacenti, suicidi, ecc.), dall'ufficio provinciale del lavoro (occupati-disoccupati-apprendisti, ecc.) alla motorizzazione civile (incidenti stradali, ecc.), ad altri referenti. Per i dati di salute umana ed ambientale, che costituiscono evidentemente la parte più corposa della relazione, è stata raccolta una serie numerosa di indicatori di salute per l'attività di ogni Servizio AUSL. Per i dati di efficienza si sono sostanzialmente presi in considerazione quelli organizzativi che hanno interesse o riflessi sanitari importanti, oltre ai più classici indicatori di efficienza ospedaliera. Per i dati di salute percepita si è fatto infine riferimento sostanzialmente ad alcune iniziative già implementate dall'URP della AUSL BR/1 precedentemente all'attivazione dell'UNES.

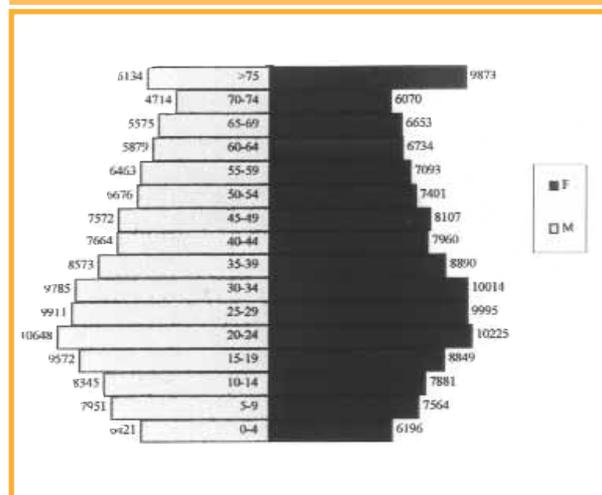
Principali risultati delle rilevazioni e valutazioni

Nell'illustrazione dei principali risultati delle rilevazioni e delle valutazioni sintetiche degli stessi, si seguirà per maggiore chiarezza la numerazione riferita all'elenco degli indicatori contenuto nella RSS.

1.1 indicatori demografici di composizione

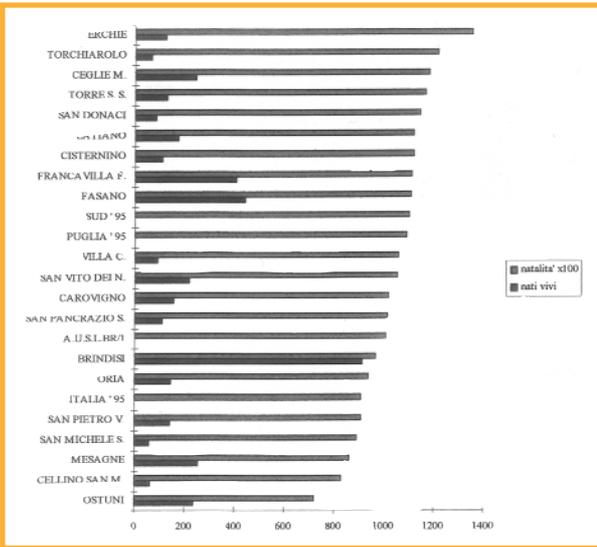
La AUSL BR/1 ha una superficie non vasta, con pochi

Figura 1.



fonte:

Figura 2. AUSL BR1, natalità e nati per comune - 1997.



fonte: anagrafe comuni.

comuni (20), prevalentemente di popolosità compresa tra 10.000 e 50.000 abitanti.

La densità abitativa è però piuttosto alta rispetto ai livelli nazionali e regionali, ed è determinata da una marcata distribuzione della popolazione sul territorio, piuttosto che da un suo addensamento in grandi centri: ad ogni comune afferiscono infatti 7 nuclei abitativi in media, con una percentuale non piccola di abitanti e di popolazione sparsa, prevalentemente rurale.

Ciò sottolinea da una parte l'esigenza di prevedere forme di erogazione dell'assistenza sanitaria sufficientemente decentrate e distribuite nel territorio, e dall'altra di tenere sotto costante monitoraggio i fattori di rischio legati all'ambiente rurale (pesticidi, fecalizzazione del terreno e delle colture, ecc.).

L'analisi delle piramidi delle età (figura 1) evidenzia una forte presenza di ultrasessantacinquenni (in particolare donne), confermata dall'alto indice di senilità (ultrasessantacinquenni sul totale); mentre l'indice di vecchiaia al di sopra del livello regionale segnala una rilevante presenza di fasce di età più anziane rispetto a quelle giovanili (dato confermato dalla contrazione della natalità evidenziabile da un'analisi delle piramidi delle età); e l'alto indice di carico sociale rappresenta una complessiva grande presenza di fasce non produttive (giovani-anziani) rispetto ai 15-64enni.

Anche se la famiglia sembra "tenere" in senso culturale e antropologico (non è molto elevata la quota di persone, e dunque anche di persone anziane, che vivono da sole), da tali dati appare l'esigenza di considerare attentamente il problema della condizione anziana, oltretutto in una popolazione, come quella della AUSL BR/1, che tende ad invecchiare; e ciò sia in termini di assistenza sanitaria (lungodegenze, supporti protesici e riabilitativi, assistenza domiciliare, ecc.), sia di assistenza sociale (necessità di sempre più stretta integrazione

operativa con i servizi sociali).

1.2 indicatori demografici di evoluzione

Nella AUSL BR/1 il numero dei nati non sembra particolarmente alto, e la natalità (figura 2) risulta inferiore ai livelli regionali e del Sud Italia.

E' ovvio che va prevista una maggiore assistenza peri- e neonatale nelle cittadine maggiori, dove il numero assoluto dei nati è più alto, anche se la natalità è medio-bassa; mentre la maggiore natalità nei paesi "rurali" risente di un atteggiamento culturale ancora positivo nei confronti della procreazione.

Il rapporto di mascolinità superiore al 50%, seppure in maniera non accentuata, segnala come atteso una supermortalità maschile, se comparata ai più alti livelli di sopravvivenza femminile.

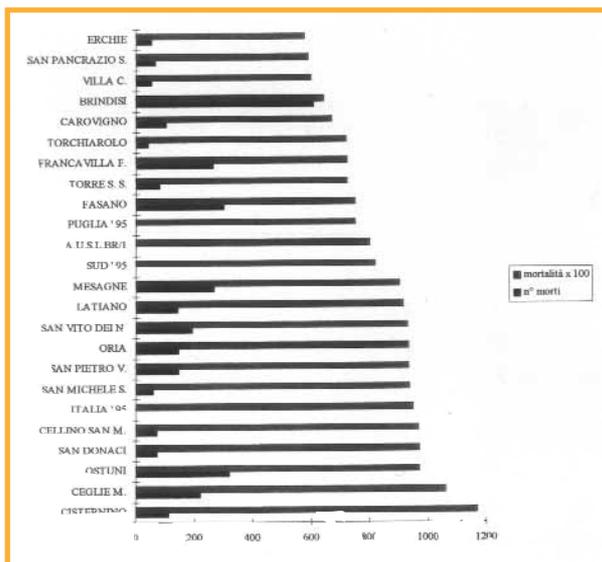
La mortalità (figura 3) è più alta che in Puglia, e mostra una grande differenza tra comuni (a Cisternino è il doppio che ad Erchie).

Il rapporto tra nati e morti è favorevole rispetto al dato nazionale, ma anch'esso con grandi variazioni tra i comuni (a Villa Castelli, paese "rurale", è il triplo che a Ostuni, cittadina più ampiamente terziarizzata).

Il rapporto tra immigrati ed emigrati è favorevole, ma forse solo per un artificio di registrazione anagrafica a Francavilla; dovrebbe viceversa complessivamente essere ancora a favore dell'emigrazione, nonostante l'aumento della immigrazione anche nel territorio della AUSL BR/1 (per certi versi territorio di frontiera e di primo impatto), nel resto della Puglia e più in generale nell'Italia meridionale.

Sette stranieri per 1000 abitanti non sembra un tasso particolarmente elevato, ma la notevole presenza di clandestini, in particolare albanesi e marocchini, comporta la necessità di organizzarne l'accoglienza anche

Figura 3.



fonte:

dal punto di vista sanitario.

Il numero di matrimoni conferma che la famiglia "tiene", anche se quello dei divorzi, basso in assoluto ma alto se confrontato agli abitanti, sembra suggerire che più della realtà "tenga" l'aspettativa della famiglia.

L'abortività spontanea e IVG è più bassa rispetto al livello regionale e nazionale; tanto più bassa da segnalare l'esigenza di indagare meglio con studi ad hoc, al di là dei dati "emersi" e di fare comunque più prevenzione fondandosi sui consultori e sull'intervento nelle scuole.

2.1 istruzione

267 scuole e 3.761 aule da controllare sono un dato importante per una medicina scolastica che dovrebbe opportunamente focalizzare il controllo ambientale e delle mense, mettendo sempre più in secondo piano le visite periodiche agli alunni (nella stragrande maggioranza ampiamente coperti dalla pediatria di base), nei confronti dei quali (63.000 individui, di cui 25.000 nelle scuole elementari, 17.000 nelle medie e 21.000 nelle superiori) si dovrebbe intervenire soprattutto con iniziative di prevenzione (educazione alla salute, screenings).

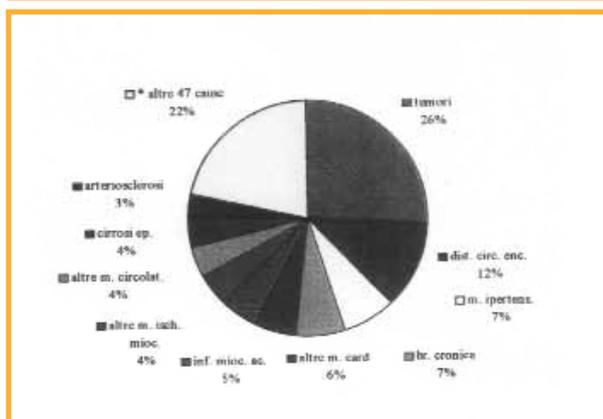
Una attenzione particolare sarà volta alle scuole materne pubbliche e private, al fine della costituzione di una anagrafe e di uno scadenziario dei controlli ispettivi.

I dati di dispersione scolastica, che raggiungono punte del 4% alle elementari, del 13% alle medie e del 20-30% alle scuole superiori, e che sembrano in gran parte localizzati in aree "a rischio", segnalano la necessità di un intervento integrato che andrebbe progettato ed attuato in collaborazione con il sistema scolastico e di assistenza sociale.

2.2 giustizia

Il dato dei 350 condannati per reati connessi all'uso di stupefacenti va integrato con i dati del SERT (vedi) e sull'incidenza dell'AIDS (vedi).

Figura 4.



fonte:

Tali dati indicano qualche miglioramento nel fenomeno, pertanto è necessario continuare nelle iniziative sia di conoscenza (epidemiologia analitica in collaborazione coi SERT e con le comunità) che di prevenzione (educazione alla salute, in particolare nelle scuole).

Il dato giudiziario sulla prostituzione sembra assolutamente non rappresentativo dell'entità del fenomeno e dei rischi connessi; andrebbero sollecitati i medici ad una più attenta segnalazione delle patologie veneree; già oggi l'aumento dei casi di AIDS negli eterosessuali (vedi) sembra indicativo in questo senso.

I dati provenienti dal carcere segnalano in particolare il notevole sovraffollamento delle celle maschili (due volte e mezzo la capienza dichiarata) e la mancanza di una consulenza ginecologica per le donne.

2.3 produzione e lavoro

La grande superficie coltivata richiama l'attenzione sui rischi legati ai presidi fitosanitari, in particolare quelli specifici impiegati nelle coltivazioni prevalenti (olivo e vite).

L'11% dei patentini per l'uso dei pesticidi sul totale degli agricoltori sembra un dato basso; l'evasione dall'obbligo del patentino andrebbe contrastata con iniziative di educazione alla salute, corsi di formazione e, se necessario, anche attività di repressione (controlli dei venditori di fitofarmaci).

Per quanto riguarda invece gli insediamenti produttivi, occupati e disoccupati, dei 40.000 attualmente esistenti (stime ISTAT) solo lo 0,1% viene sottoposto a controlli (scarichi fognari, immissioni aeriformi, ecc.); appare quindi quanto mai necessaria la organizzazione di un'anagrafe degli insediamenti con le mappe di rischio del territorio che, oltre ad ottemperare ad un vecchio obbligo di legge, rappresenterebbe lo strumento insostituibile per gli interventi di risanamento. Accanto al controllo delle strutture, inoltre, deve essere sollecitata la raccolta dei dati epidemiologici riguardanti incidenti sul lavoro e malattie professionali, utili per l'adozione di idonei interventi di medicina preventiva.

L'ampia presenza di disoccupati (oltre il 19%) infine va riguardata come un problema, oltre che sociale, di possibile patologia personale (psicosomatica o francamente psichica e relazionale).

2.4 consumi

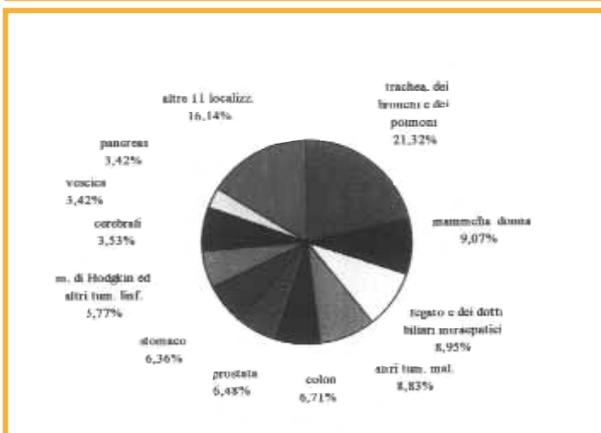
Le fonti dei dati relativi a questo settore non sono risultate ancora sufficientemente disponibili.

3. dati di salute (morbosità)

Dall'analisi integrata di fonti diverse risulta che la morbosità più rappresentata nel territorio è quella relativa alle patologie ortopediche e traumatologiche.

Si riscontrano infatti livelli elevati (in molti casi i più ele-

Figura 5.



fonte:

vati) di: ricoveri in "ortopedia", per DRG "osteomuscolari" e per MDC "traumatismi", vendita di farmaci "muscoloscheletrici", prestazioni ambulatoriali di "riabilitazione", esenzioni per "invalidità", assistenza "protesica".

3.1 mortalità

I dati disponibili evidenziano come principale causa di morte i tumori, soprattutto del polmone, se si eccettuano le morti complessivamente riconducibili al sistema cardiocircolatorio (figura 4)

I morti per tumore sono 849 (26% di tutti i morti, con un tasso di 205 per 100.000 abitanti). Le cause di morte riconducibili al sistema cardiocircolatorio (disturbi circolatori encefalici, ipertensione, arteriosclerosi, ischemie miocardiche, ecc.) assommano complessivamente ad oltre il 40% di tutte le morti.

Il tumore più frequente come causa di morte è quello della trachea-bronchi-polmoni (21% di tutte le morti di tumore), seguito da quello della mammella e del fegato (che determinano ognuno il 9% di tutte le morti di tumore) (figura 5).

I Comuni con la mortalità neoplastica più elevata sono Cisternino (331 morti per 100.000 abitanti), S.Pietro (268), Ostuni (249); quelli con la mortalità neoplastica più bassa Cellino (151 morti per 100.000 abitanti), S.Pancrazio (156), Carovigno (157); Brindisi (175) è sotto la media provinciale.

Questi dati provengono da una analisi delle schede di morte e presentano due possibili fonti di errore: l'imprecisione da parte del medico compilatore, e ritardi o disfunzioni nel flusso informativo dai Comuni all'AUSL.

Per ovviare al primo problema, la AUSL chiederà nel 1999 la collaborazione dell'Ordine dei Medici per organizzare una serie di incontri di aggiornamento tecnico sulla certificazione di morte; per il secondo, è stato organizzato dal gennaio 1998 un flusso diretto all'UNES delle schede di morte, anche se non tutti i Comuni hanno dimostrato piena disponibilità.

Dal confronto con i dati del 1997 sarà possibile avere

una conoscenza descrittiva più approfondita del fenomeno ed avviare studi causali per individuare fattori di rischio legati all'insorgenza di specifiche forme tumorali, ai fini della pianificazione di interventi di prevenzione mirati. Molto utili in proposito appaiono l'attivazione di un registro tumori nell'AUSL BR1, e due studi di analisi epidemiologica già operanti, l'uno con l'Istituto Superiore di Sanità su "rischio cancerogeno associato alla residenza in prossimità di siti industriali" condotto con la metodologia caso-controllo nell'area urbana di Brindisi, l'altro con il Centro Ambiente e Salute dell'Ufficio Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità su "ambiente e stato di salute nella popolazione delle aree ad elevato rischio di crisi ambientale" condotto con la metodologia dell'analisi di clusters geografici di mortalità su Brindisi, Carovigno, S.Pietro, Torchiarolo (identificate come aree a rischio con legge del 1989).

3.2 assistenza sanitaria di base

Considerata l'aliquota di medici e pediatri di base che hanno un numero di assistiti superiore al livello massimo, si ravvisa l'opportunità di un intervento di razionalizzazione degli elenchi.

Dai dati delle esenzioni per patologia emergono come particolarmente incidenti sul territorio l'ipertensione, le invalidità ed il diabete.

3.3 assistenza specialistica

Il dato medio di 7 prestazioni ambulatoriali complessive procapite sembra alto. Altrettanto elevato appare quello relativo alle prestazioni ambulatoriali ospedaliere ed alle convenzionate esterne (per entrambe: 3,3 prestazioni per abitante), prevalentemente fornite per laboratorio e riabilitazione, che suggerisce interventi di aggiornamento professionale sui medici circa l'uso del supporto laboratoristico e una verifica dei livelli di invalidità (anche se la presenza di 11.000 assistiti protesici sembrerebbe confermare tale dato).

Appena accettabile appare il dato della convenzionata interna (0,5 procapite).

3.4 assistenza farmaceutica

Anche se le ricette procapite sono in media 5 (ossia meno che in Italia e in Puglia), la spesa farmacologica individuale sembra alta in riferimento ai livelli nazionali e regionali; si evidenzia pertanto l'opportunità di interventi sia sull'attitudine prescrittiva dei medici, sia sull'automedicazione dei pazienti (che copre il 23% del fatturato delle farmacie).

L'analisi del raggruppamento dei farmaci venduti per classe ATC mostra una prevalenza dei farmaci cardiovascolari e antimicrobici, seguiti da quelli gastrointestinali, muscoloscheletrici, respiratori e genitourinari. Ciò fornisce una indicazione di massima sulla diffusione delle patologie relative nel territorio, e può suggerire la ne-

cessità di disporre di un registro territoriale di patologia cardiovascolare.

Nella rilevazione sono stati raggruppati sotto la voce "altri" i farmaci di varie classi che non hanno raggiunto lo 0,1% della spesa o del numero di pezzi venduti. Se ciò può essere ininfluenza ai fini del controllo di spesa, lo è meno ai fini della identificazione delle patologie complessivamente curate (e dunque approssimativamente presenti) sul territorio. Sarebbe dunque opportuno ottenere un dettaglio maggiore nella prossima rilevazione del dato ATC.

3.5 dipartimento di prevenzione

3.5.1 servizio di igiene

Le percentuali più alte di risultati fuori norma si registrano per le fogne civili e per il rumore in ambiente di vita e di lavoro, quelle più basse per le acque di falda e di balneazione.

Devono essere mantenuti i controlli su alimenti animali e vegetali, considerato il rischio di epatite A; incrementati quelli sulle radiazioni ionizzanti e non; sollecitate le vaccinazioni non obbligatorie dell'infanzia.

L'AIDS è in apparente flessione nel '97 dopo un decennio di aumento costante. Il rialzo dell'età media dei casi fa pensare che la fascia di età più a rischio sia rappresentata dagli attuali 30-35enni, senza diffusione ad altre fasce di età (forse in corrispondenza di un analogo "incistarsi" della tossicodipendenza).

3.5.2 servizio veterinario

Devono essere continuati gli interventi a tutt'oggi in corso (75.000 circa, con il 2% di fuori norma).

3.5.3 SPESAL

Dai dati in nostro possesso risulta che il numero dei certificati medici è di 35 ogni 100 occupati e, soprattutto, che i pochi insediamenti produttivi controllati so-

no per il 95% fuori norma.

3.6 DSM

Gli utenti totali non sono molti in rapporto alla popolazione (1,6%), ma presentano grandi differenze di incidenza sul territorio: nel distretto 1 sono sei volte in più che nel distretto 6.

I nuovi utenti, ossia la velocità di incremento del fenomeno, è del 17% degli utenti totali; anche qui nel distretto 6 è però 11 volte maggiore che nel distretto 4.

Il TSO, ossia in qualche modo la gravità o l'acuzie del fenomeno, sono 1 su 100; ma nel distretto 6 il tasso è 26 volte maggiore che nel distretto 1.

Questi dati evidenziano che il distretto 6, pur con pochi utenti totali (248), si differenzia dagli altri per incremento e gravità, e il distretto 1 per entità del fenomeno.

3.7 handicap

Gli utenti sono lo 0,5 % della popolazione, ma la velocità di aumento è elevata (35% di nuovi utenti); forse anche perchè si tratta di un servizio di recente attivazione.

3.8 consultori

Dovrebbe essere incentivata l'attività consultoriale. Infatti, solo 5 donne su 100 vi accedono per interventi di contraccezione (il che, unitamente al dato della natalità comunque in contrazione, rafforza il sospetto sull'uso anticoncezionale delle pratiche abortive clandestine), e circa 9 donne su 100 per interventi di prevenzione dei tumori.

3.9 SERT

Gli utenti sono appena lo 0,31% della popolazione, il che fa pensare ad una notevole sottostima del fenomeno. Modesti sono il ricorso alle comunità terapeutiche (10 utenti su 100) e l'accettazione di queste (45% interruzioni *iter*); il tasso di incremento dei nuovi utenti sugli utenti totali è del 22%.

Il 40% di utenti è in terapia metadonica.

3.10 assistenza sanitaria integrativa

I dati ottenuti sulle invalidità (39 assistiti ogni 10.000 abitanti) devono essere integrati con altri riguardanti lo stesso fenomeno.

I più numerosi sono i nefropatici (232) ed i soggetti in riabilitazione (202).

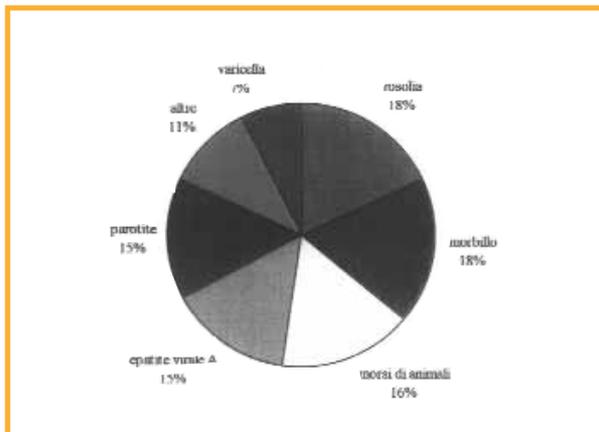
3.11 assistenza ospedaliera

Ogni anno viene ospedalizzato circa il 12% della popolazione.

I reparti con il maggior numero di ricoveri sono ortopedia (in particolare a Ostuni, S.Pietro, Mesagne) e medicina (in particolare a Francavilla, Ceglie, Fasano).

Considerando le categorie nosologiche ICD IX, la più al-

Figura 6.



fonte:

ta percentuale di ricoveri si registra complessivamente per traumatismi (in particolare a Ostuni, S.Pietro, Mesagne, Fasano) e per patologie dell'apparato digerente (invece a Ceglie per gravidanza ed a Francavilla per malattie cardiovascolari).

Se si fa riferimento al DRG, la più alta frequenza di ricoveri si registra per patologie osteomuscolari (in tutti gli ospedali), seguite da quelle gastrointestinali.

Questi dati evidenziano che i traumatismi sono una patologia particolarmente incidente sul territorio.

La degenza preoperatoria è in media di 1-3 giorni.

La mortalità ospedaliera è di circa 13 decessi per mille ricoverati, con grandi variazioni percentuali pur su dati assoluti piccoli (a Fasano è 47 volte più alta che a S.Pietro).

Nel settembre 1998 è stato attivato un sistema di sorveglianza delle infezioni ospedaliere.

Si registra un cesareo ogni due o tre parti (figura 7) forse legato alla programmabilità, alla minore durata o anche alla maggiore entità del rimborso, più che a reali motivazioni sanitarie. Tale dato non è accettabile.

I ricoveri extra AUSL provengono prevalentemente dalle AUSL di LE1, TA1 e BA5; quelli extra regione dalla Lombardia e dall'estero. L'Ospedale di Fasano ricovera la massima quota di popolazione del proprio comune; quello di Mesagne la minima.

3.12 sanità privata

Gli indicatori di questo gruppo, analoghi a quelli utilizzati in 3.11, ma mirati sulla Casa di cura Salus, rivelano una degenza preoperatoria pressoché sovrapponibile a

quella dell'AUSL (1,5 giorni), una mortalità ospedaliera molto più bassa (meno di 1 per mille), tassi di cesarizzazione ugualmente alti (un parto su tre) ed assenza di sorveglianza delle infezioni ospedaliere. Il 60% dei ricoverati proviene da Brindisi.

4. efficienza

I livelli peggiori di performances sono per il pubblico rispetto al privato: durata media della degenza poco più di 5 giorni, contro 3,5 nel privato; tasso di utilizzazione dei posti letto 70%, contro 82%; indice di rotazione 48 pazienti su ogni posto letto, contro 84; intervallo di turnover 2,4 giorni per cambiare paziente, contro 0,8.

Sarebbe però interessante definire se e come tali livelli di efficienza influenzino l'efficacia delle prestazioni (la contrazione del ricovero non significa necessariamente una più alta qualità dello stesso); e, ad ogni modo, va tenuto conto dell'influenza del case-mix nel loro raggiungimento (casi più complessi nel pubblico).

Nel privato, il numero di posti letto per medico è più alto, mentre quello del personale di comparto è più basso (meno medici, più non medici).

Nel pubblico lavora un medico per 1.092 abitanti ed una unità di personale ogni 158 e vi è un posto letto ogni 386 abitanti (ossia 2,6 posti letto per 1000 abitanti). Il numero di posti letto per abitante sembra basso per gastroenterologia.

I medici della guardia medica effettuano in media 2 interventi ciascuno per turno.

Tutto ciò sarebbe ancora più interessante epidemiologicamente se si riuscisse a collegare ai dati di efficienza cause o effetti di maggiore o minore efficacia degli interventi.

5. indicatori di salute percepita e gradimento/accettabilità

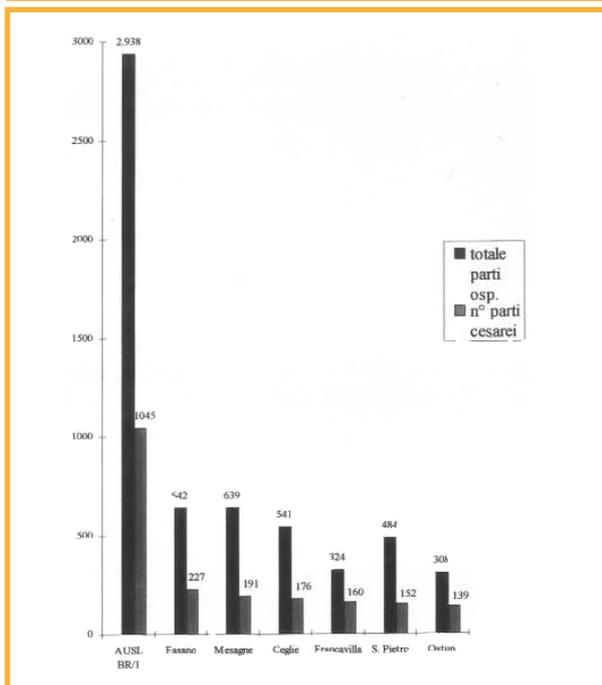
Disfunzioni organizzative possono a volte trasformarsi in elementi negativi per la salute degli utenti. Situazioni di attesa di oltre i 20 giorni nel 45% delle prestazioni ambulatoriali (60 giorni per mammografia, 45-50 per ecografia, 15 giorni per radiologia, ecc.) appaiono non accettabili e devono indurre alla razionalizzazione e potenziamento degli interventi pubblici.

Le attese agli sportelli di prenotazione viceversa non sembrano lunghe.

Dovranno essere attivati studi ad hoc circa il gradimento e l'accettabilità delle cure e dei servizi prestati che sono determinanti nella *compliance* utente/Azienda.

I reclami pervenuti finora riguardano in particolare il distretto di Brindisi e la carenza o cattiva dislocazione ed accessibilità delle strutture.

Figura 2. AUSL BR1, natalità e nati per comune - 1997.



fonte: anagrafe comuni.

Gli impianti di protesi d'anca in Puglia: risultati preliminari

18

OER

C. Germinario*, V. Pomo[^], V. M. Simone*, A. M. Matera*, M. Formoso*, G. Corina[°], G. Solarino[°]

*Sezione di Igiene, Dipartimento di Medicina Interna e Medicina Pubblica, Università di Bari

[^]Coordinatore Sanitario Struttura Rapporti Istituzioni Private, ASL BA4

[°]Clinica Ortopedica, Università di Bari

L'artroprotesi d'anca, nella sua forma più attuale di "artroprotesi totale d'anca", dapprima sognata e sperimentata, quindi abbandonata e denigrata a poi finalmente ritrovata e rielaborata, è oggi una delle realtà di maggior rilievo della chirurgia ortopedica.

Nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia è stata avviata la Costituzione di un Registro regionale di artroprotesi d'anca, coordinata dalla Clinica Ortopedica dell'Università di Bari e finalizzata alla realizzazione di una banca dati essenziale per la organizzazione e la pianificazione sanitaria del settore.

In questa prima fase di attività sono stati riportati gli interventi di artroprotesi d'anca eseguiti nel periodo 1996-1997 nel territorio regionale, suddivisi per provincia,

strutture ospedaliere pubbliche e private, fasce di età; le diagnosi principali di artroprotesi totali d'anca; la mobilità extraregionale degli interventi relativamente agli anni 1996 e 1997.

Come fonte dei dati abbiamo utilizzato le schede di dimissione ospedaliera (SDO) che rappresentano attualmente il mezzo informativo più importante per la conoscenza dell'attività e del tipo di patologia trattati in ospedale.

Sono state esaminate le SDO di tutti gli ospedali regionali nello stesso periodo. La ricerca è stata effettuata utilizzando come chiave di accesso il codice di procedura 8151 che è specifico per tale intervento tralasciando, quindi, i casi di sostituzione parziale e di revisione di sostituzione dell'anca.

Il DRG prodotto dalla procedura suddetta è il 209.

Le elaborazioni dei dati sono state effettuate sul software Epi-Info 6.00 (public domain software-CDC Atlanta, Georgia; WHO Ginevra, Svizzera).

Gli interventi di artroprotesi totale d'anca effettuati nella regione Puglia negli anni 1996-97 sono stati in totale 2549. Di questi 1626 (63,8%) sono stati effettuati in soggetti di sesso femminile e 923 (36,2%) in soggetti di sesso maschile.

L'età mediana è risultata pari a 66,5 anni. La stratificazione dei casi per fascia d'età è riportata nella tabella 1. Da essa risulta evidente che la prevalenza annuale aumenta in modo significativo nella fascia d'età compresa tra 60 e 64 anni, raggiunge l'acme tra i 70-74 anni per poi decrescere nelle fasce d'età più avanzate.

Nella Figura 1 abbiamo riportato le diagnosi principali più frequenti, ottenute dalla SDO, che richiedono l'intervento di artroprotesi: nel 64% dei casi è riportata una diagnosi di osteoartrosi dell'anca, nel 15.1% si evidenzia

Tabella 1. Distribuzione per fasce di età degli interventi di artroprotesi totale dell'anca in Puglia negli anni 1996-97.

Età	popolazione	casi	prev. annuale x100.000
0-4	234.257	4	0,85
5-9	245.499	1	0,20
10-14	261.864	3	0,57
15-19	307.572	2	0,33
20-24	341.850	4	0,59
25-29	338.408	13	1,92
30-34	324.669	30	4,62
35-39	283.956	47	8,27
40-44	258.839	62	11,97
45-49	265.813	82	15,42
50-54	225.994	124	27,43
55-59	219.054	234	53,41
60-64	202.518	416	102,70
65-69	192.466	559	145,22
70-74	159.485	522	163,65
75-79	97.882	275	140,47
80-84	73.931	116	76,45
85-89	39.486	44	55,71
>90	14.154	11	38,36
Totale	4.087.697	2.549	31,33

Tabella 2. Distribuzione per provincia degli interventi di artroprotesi totale dell'anca negli anni 1996-97.

Provincia	1996	1997	Totale
Bari	692 (59,8%)	892 (64,0%)	1.584 (62,1%)
Brindisi	56 (4,8%)	54 (3,9%)	110 (4,3%)
Foggia	229 (19,8%)	239 (17,2%)	468 (18,4%)
Lecce	154 (13,3%)	168 (12,1%)	322 (12,6%)
Taranto	26 (2,3%)	39 (2,8%)	65 (2,6%)
Totale	1.157	1.392	2.549

III SEZIONE

Malattie cronico-degenerative

Tabella 3-7. Distribuzione degli interventi di artroprotesi totale dell'anca per struttura ospedaliera pubblica o privata nelle cinque province pugliesi negli anni 1996-97.

Tabella 3. Bari

Denominazione struttura	#
Osp. Miulli - Acquaviva delle Fonti	481
Azienda Ospedaliera Policlinico - Bari	263
Centro Traumatologico Ortopedico - Bari	172
Casa di Cura Casa Bianca - Cassano	117
Azienda Ospedaliera Di Venere - Bari	116
Casa di Cura Santa Maria - Bari	91
Presidio Ospedaliero F. Jaia - Conversano	72
Osp. L.Bonomo - Andria	66
Casa di Cura Anthea - Bari	47
Osp. Civile S. Giacomo - Monopoli	34
Osp. S. Nicola Pellegrino - Trani	22
Osp. Civile - Barletta	21
Osp. Civile - Bitonto	20
Osp. S. Maria La Civita - Spinazzola	15
Osp. A. M. Sgobba - Noci	11
Osp. Francesca Fallacara - Triggiano	10
Osp. S. M.Aria Degli Angeli - Putignano	8
Osp. Civile - Molfetta	6
Osp. Umberto I - Altamura	4
Osp. Civile Caduti in Guerra - Canosa Di Puglia	3
Osp. Civile Paradiso - Gioia del Colle	3
Osp. Civile Vittorio Emanuele II - Bisceglie	2
TOTALE	1.584

Tabella 4. Brindisi

Denominazione struttura	#
Azienda Ospedaliera A. Di Summa - Brindisi	30
Osp. San Camillo De Lollis - Mesagne	26
Osp. Generale N. Melli - San P. Vernotico	19
Osp. Umberto I - Fasano	18
Osp. Civile - Ceglie Messapico	9
Osp. Civile - Ostuni	5
Osp. Civile D. Camberlingo - Francavilla Fontana	3
TOTALE	110

Tabella 5. Foggia

Denominazione struttura	#
Osp. Casa Sollievo della Soffer. - S.G. Rotondo	374
Ospedali Riuniti - Foggia	85
Casa Di Cura San Francesco - Foggia	6
Osp. Civile San C. De Lellis - Manfredonia	2
Osp. Civile T. Russo - Cerignola	1
TOTALE	468

Tabella 6. Lecce

Denominazione struttura	#
Azienda Ospedaliera V. Fazzi - Lecce	78
Osp. Cardinale Panico - Tricase	62
Osp. Santa Caterina Novella - Galatina	46
Presidio Ospedaliero F. Ferrari - Casarano	30
Osp. F. Pispico - Poggiardo	20
Osp. Padre Pio Da Pietr. - Campi Salentina	19
Osp. Civile S. Giuseppe Sambiasi - Nardo'	14
Osp. I. Veris Delli Ponti - Scorrano	14
Osp. San Gius. Da Copertino - Copertino	13
Casa di Cura Villa Bianca - Lecce	11
Osp. E. Daniele E. Romasi - Gagliano Del Capo	10
Osp. Civile S. Cuore Di Gesù - Gallipoli	5
TOTALE	322

Tabella 7. Taranto

Denominazione struttura	#
Casa di Cura San Camillo - Taranto	22
Azienda Ospedaliera S.S. Annunziata - Taranto	22
Osp. Civile Pagliari - Massafra	18
Osp. Civile S. Marco - Grottaglie	1
Osp. Civile M. Giannuzzi - Manduria	1
Casa di Cura D'Amore - Taranto	1
TOTALE	65

Tabella 8. Utenti per intervento di artroprotesi totale dell'anca suddivisi per ASL di appartenenza, anni 1996/97.

ASL	Policlinico	CTO	Casa Bianca	Di Venere	S. Maria	Miulli	S. G. Rotondo	OO. RR.	V. Fazzi	Altro	Totale
Ba/1	16	21	3	4	1	5	33	2		77	162
Ba/2	18	22	6	4	7	24	47	1	1	53	183
Ba/3	18	37	28	3	8	73	35	3		13	218
Ba/4	97	73	39	73	40	74	25	1		52	474
Ba/5	18	6	17	20	15	96	7			106	285
Br/1	21	2	8	6	2	34	36	1	2	102	214
Fg/1	5	1	2				62	6			76
Fg/2	12	2		2		4	38	11		15	84
Fg/3	6	1	1	1	4		57	60		5	135
Le/1	16		4		3	1	11		64	140	239
Le/2	13				1	1	2		11	114	142
Ta/1	22	5	8	2	10	167	20			92	326
Non noto	1	2	1	1		2	1			3	11
Totale	263	172	117	116	91	481	374	85	78	777	2.549

una frattura traumatica del femore, nel rimanente 20.9% altre patologie.

La suddivisione degli interventi di artroprotesi totale dell'anca per anno e per provincia è riportata nella tabella 2.

Nelle tabelle da 3 a 7 sono riportate le strutture ospedaliere pubbliche e private che hanno effettuato interventi di artroprotesi totale dell'anca nelle cinque province pugliesi.

Nella tabella 8 sono rappresentati i pazienti che hanno subito interventi di protesi d'anca suddivisi per ASL di appartenenza e per struttura sanitaria in cui hanno eseguito l'intervento suddetto relativamente agli anni 1996-1997. Risulta evidente la presenza di grossi centri che fungono da polo di attrazione per tutta la regione nei quali: l'Ospedale Miulli di Acquaviva, l'Ospedale "Casa Sollievo Della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo e l'Azienda Ospedaliera Policlinico. Questa "attrazione" si realizza soprattutto per le due province pugliesi che risultano "povere" di strutture specialistiche: Brindisi e Taranto (vedi tabella 4 e 7 rispettivamente) in rapporto alla popolazione residente: 431.022 a Brindisi e 591.748 a Taranto. La provincia di Lecce rap-

presenta una eccezione in quanto è dotata di un numero maggiore di strutture specialistiche che riescono a coprire quasi per intero il fabbisogno della popolazione residente (tab. 6).

Dai dati sopraesposti è stato possibile realizzare un "indice di attrazione" che rappresenta la differenza tra la quantità di servizi prodotta dalla provincia (intervento di artroprotesi) e la quantità di servizi richiesta dalla popolazione residente (gli interventi effettuati dalla provincia sui pazienti residenti) (tab. 9).

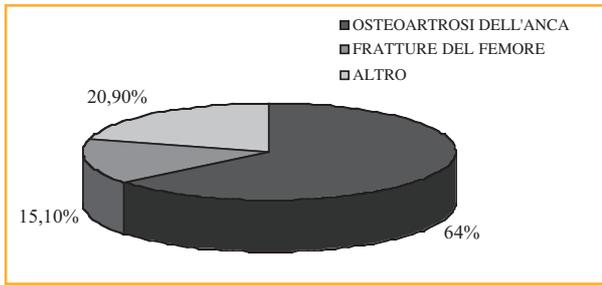
Come si può notare, le province di Bari e di Foggia producono servizi che risultano sufficienti per la propria provincia e per le altre. Le province di Taranto e di Brindisi presentano un saldo negativo in quanto la domanda dell'utenza non riesce ad essere soddisfatta.

Tabella 9. Indice di attrazione: differenza tra servizi prestati e servizi richiesti.

Provincia	Tot. interventi eseguiti nella provincia	Tot. interventi eseguiti sui residenti	Indice di attrazione
Bari	1.584	1.322	+262
Brindisi	110	214	-104
Foggia	468	295	+173
Lecce	322	381	-59
Taranto	65	326	-261

Tabella 10. Rapporto (casi x1.000) tra interventi di artroprotesi e popolazione residente nelle singole ASL.

ASL	Popolazione residente	interventi eseguiti	‰
Ba/1	240.050	162	0,67
Ba/2	280.606	183	0,65
Ba/3	214.664	218	1,00
Ba/4	591.469	474	0,80
Ba/5	239.079	285	1,20
Br/1	413.022	214	0,52
Fg/1	220.739	76	0,34
Fg/2	215.073	84	0,40
Fg/3	263.196	135	0,51
Le/1	476.692	239	0,50
Le/2	343.249	142	0,41
Ta/1	591.748	326	0,55
Totale	4.089.587	2.538	0,62

Figura 1. Diagnosi principali in artroprotesi totali d'anca.

ta nella propria provincia.

Lecce presenta un saldo negativo più contenuto (-59) per i motivi che abbiamo esposto precedentemente. Nella tabella 10 abbiamo posto in relazione la popolazione residente in ciascuna ASL con il numero totale di soggetti residenti che hanno eseguito interventi di artroprotesi nella propria ASL o in altre Asl della regione. I dati ottenuti mostrano che nelle 5 Asl baresi si registrano le percentuali maggiori soprattutto per la ASL Ba/3 e Ba/5. La percentuale media delle cinque Asl baresi è pari a 0,09% che risulta significativamente più alta di quella riscontrata nelle altre ASL come se ci fosse una maggiore richiesta e/o una maggiore offerta di tale prestazione nella provincia di Bari.

A completamento di quanto sopra, abbiamo valutato la mobilità extra regionale degli interventi di artroprotesi d'anca (tabelle 11 e 12) riportando i dati relativi agli anni 1996 e 1997 rispettivamente.

E' da precisare che nel 1996 non era ancora ben codificato l'invio della SDO degli interventi eseguiti fuori regione; riteniamo pertanto che i dati relativi al 1996 possano risultare sottostimati.

Nella tabella 11 sono rappresentate le regioni in cui si verifica il maggior esodo dei cittadini pugliesi per gli interventi di artroprotesi totale di anca.

Al contrario, i dati relativi all'anno 1997 (tabella 12) sono completi e rappresentano tutte le regioni. Oltre ai 335 interventi eseguiti fuori regione in quell'anno, abbia-

mo registrato altri 72 casi nei quali non era riportata la ASL di provenienza.

Nella tabella 13 abbiamo riassunto i dati relativi al numero totale di interventi di artroprotesi d'anca effettuati nel 1997, suddividendoli in: interventi eseguiti presso ASL della stessa provincia di residenza, interventi eseguiti presso ASL di altre province pugliesi, interventi eseguiti fuori regione. Abbiamo preso in considerazione solo l'anno 1997 in quanto eravamo in possesso di tutti i dati relativi alla mobilità extra regionale. Nell'ultima colonna della stessa tabella abbiamo calcolato il rapporto tra interventi e popolazione residente.

Risulta che nella regione Puglia solo il 19,4% dei pazienti esegue l'intervento presso strutture extra regionali, mentre la gran parte è eseguita presso le ASL della stessa provincia di appartenenza (59,2%) ed il 21,4% lo esegue in ASL di altre province della stessa regione.

Esaminando il rapporto interventi/popolazione, possiamo affermare che nella provincia di Bari si esegue un maggior numero di interventi (1:1.966) rispetto alle altre province pugliesi.

L'interpretazione di questo dato può essere, probabilmente, ricondotta al maggior numero di strutture sanitarie specializzate che offrono questo servizio. Ulteriori commenti in proposito potranno essere formulati quando avremo a disposizione gli standard delle altre regioni.

In questa prima fase dello studio non ci è stato possibile paragonare il numero di interventi con il numero di posti letto di ortopedia che presenta ogni struttura ospedaliera. A tal proposito è utile precisare che esistono strutture, soprattutto pubbliche che presentano tutto il carico delle molteplici patologie ortopediche ed altre strutture, per lo più private, che, pur presentando un numero di posti letto inferiore eseguono interventi di elezione e non sono gravate dalla funzione di pronto soccorso ortopedico.

Un altro grosso capitolo dell'artroprotesi totale di anca che non è stato possibile ancora affrontare è quello rela-

Tabella 11. Distribuzione per ASL degli interventi di artroprotesi d'anca eseguiti fuori regione, relativi al 1996.

ASL	Lombardia	Liguria	Emilia Romagna	Lazio	Molise	Totale
Ba/1	3		2	2		7
Ba/2	2		3	3		8
Ba/3			2	2		4
Ba/4	3	1	5	3		12
Ba/5		2	3	1		6
Br/1	1	1	7			9
Fg/1	4	1	2		13	20
Fg/2	3	2	4		4	13
Fg/3	3	1	13	3	16	36
Le/1	1		24	2		27
Le/2	4	1	12	2		19
Ta/1	6	1	21	10		38
Totale	30	10	98	28	33	199

Tabella 12. Distribuzione per ASL degli interventi di artroprotesi d'anca eseguiti fuori regione, relativi al 1997.

Regione	BA/1	BA/2	BA/3	BA/4	BA/5	BR/1	FG/1	FG/2	FG/3	LE/1	LE/2	TA/1	Totale
Piemonte	2				1		1	1	1				6
Lombardia	4	1	1	2	1	12	2	8	6	9	4	15	65
Liguria				2	2	1	1		1	2	2	2	13
Veneto		1	2						1		1	5	10
Friuli						1		1	1	1			4
Prov. Bolzano		1		5					1				7
Emilia Rom.	5	4	1	5	6	12	3	6	11	23	18	24	118
Toscana	1	1		1	1	3	6	4	3	3	1	2	26
Umbria					3	3							6
Marche		2				5	2		1	2			12
Lazio	3	2		1	2	1	2	1	3	4	1	5	25
Abruzzo			1		1		2	1	3		1	1	10
Molise							7	1	10				18
Campania							4	1	2			2	9
Basilicata			2	1					1			2	6
Totale	15	12	7	17	17	38	30	24	45	44	28	58	335

tivo al tipo di protesi utilizzata che rappresenta, a nostro avviso, un punto fondamentale per il buon esito dell'intervento e per la durata nel tempo dello stesso.

Non trascurabile è anche l'aspetto economico che la scelta di un tipo di protesi comporta. Esso è attualmente regolato da una delibera del Consiglio Regionale (n. 346 del 29 settembre 1998) che prevede di autorizzare le aziende, gli enti, le strutture di cui agli artt. 26,44, lett. a), 41 e 42 (IRCCS) privati e pubblici della legge n. 833/78 a fatturare, in caso di applicazione di protesi, con una delle seguenti modalità:

a) con le tariffe corrispondenti al raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) complessive del costo della protesi;

b) con le tariffe corrispondenti al raggruppamento omogeneo di diagnosi (DRG) ridotte del 20% e rimborso del costo della protesi ridotto del 25% del prezzo di listino dell'anno precedente.

In conclusione, la realizzazione di un adeguato flusso informativo tra l'Osservatorio Epidemiologico Regionale e le strutture ospedaliere che realizzano gli interventi di artroprotesi d'anca, attraverso l'istituzione della figura di "Referente Provinciale", potrebbe fornirci tutte quelle informazioni che attualmente sono deficitarie e che ci permetterebbero quindi di realizzare il "registro regionale delle protesi d'anca".

I nostri sforzi sono tesi al raggiungimento di tale obiettivo in tempi brevi perché solo in questo modo sarà possibile uniformare le tecniche utilizzate grazie allo scambio di esperienze diverse, creare delle linee guida per la prevenzione delle infezioni, per la profilassi della trombosi venosa profonda e dell'embolia polmonare e sui mutamenti nell'approccio chirurgico per prevenire le dislocazioni. Infine, diverse tecniche di analisi di sopravvivenza, con la raccolta computerizzata dei dati offriranno un supporto fondamentale per la creazione di una banca dati ad hoc.

Bibliografia

- 1) Daniel J. Berry, Mary Kessler and Bernard F. Morrey: *MAINTAINING A HIP REGISTRY FOR 25 YEARS*. Clinical Orthopaedics and related research, 1997; 334: 61-68.
- 2) K. Dennis: *THE VALUE OF MAINTAINING OUTCOMES IN AN INDIVIDUAL PRACTICE FOR 25 YEARS*. Clinical Orthopaedics and related research, 1997; 334: 68-80.
- 3) L. Romanini, E. Romanini, G. Tucci: *L'ARTROPLASTICA DELL'ANCA NELLA STORIA DELL'ORTOPEDIA*. Giornale Italiano di Ortopedia e Traumatologia, 1996; 1° suppl. (XXII), fasc. 2.

Tabella 13. Interventi di artroprotesi d'anca eseguiti in Puglia e fuori regione nel 1997.

Provincia	Totale Interventi	Interventi eseguiti presso ASL della stessa provincia	Interventi eseguiti presso ASL di altre province pugliesi	Interventi eseguiti fuori regione	Rapporto interventi:popol.
Bari	798	647 (81.1%)	83 (10.4%)	68 (8.5%)	1:1.966
Brindisi	154	47 (30.5%)	69 (44.8%)	38 (24.7%)	1:2.694
Foggia	259	128 (49.5%)	32 (12.3%)	99 (38.2%)	1:2.693
Lecce	277	167 (60.2%)	38 (13.8%)	72 (26%)	1:2.953
Taranto	236	31 (13.1%)	147 (62.3%)	58 (24.6%)	1:2.501
Totale	1.724	1.020 (59.2%)	369 (21.4%)	335 (19.4%)	1:2.372

Lettera aperta dal Centro Operativo Regionale Pugliese del Registro Nazionale Mesoteliomi

23

OER

M. Musti, D. Cavone

DIMIMP- Sez. Medicina del Lavoro, Università degli Studi di Bari
RENAM - C.O.R. Puglia

Egregio Collega,

Il D.Lgs. 277/91, all'art. 36, sancisce l'istituzione di un Registro Nazionale dei casi accertati di mesotelioma asbesto-correlati con sede presso l'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL). Inoltre il DPR 336/94 "Regolamento recante le nuove tabelle delle malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura" rende obbligatoria la denuncia dei casi di mesotelioma, anche sospetto, da parte di tutti i medici, all'INAIL ed all'Autorità Giudiziaria.

Per tale motivo l'ISPESL, (D.M. 04/11/1993 - Delibera ISPESL N°3869 del 15/03/1995) in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha reso operativo il Registro Nazionale Mesoteliomi (Re.Na.M.) che ha i seguenti compiti:

- Stima dell'incidenza del mesotelioma in Italia
- Raccolta di informazioni sull'esposizione ad amianto
- Valutazione dell'impatto sulla popolazione dell'avvenuto uso industriale dell'amianto
- Pianificazione di interventi preventivi
- Riconoscimento di inattese fonti di esposizione
- Promozione di progetti di ricerca sul rapporto tra esposizione ambientale ad amianto ed insorgenza di mesotelioma

Per attuare tali compiti il Re.Na.M si avvale di nuclei operativi già attivi sul territorio regionale.

Nel 1996 la Regione Puglia, con delibera n° 366 del 26/02/96 prot. SAN-DEL 196/00104, ha riconosciuto la

C.O.R. Puglia

Compiti

- Acquisizione, implementazione e archiviazione delle informazioni su ogni singolo caso
- Definizione diagnostica di ogni singolo caso
- Definizione dell'esposizione mediante somministrazione di un questionario standardizzato al soggetto, ove possibile, o ai familiari
- Istituzione di un archivio, sia cartaceo che su supporto informatico, che permetta l'accesso ai dati da parte di tutte le componenti della rete informativa regionale
- Supporto operativo per gli aspetti medico-legali tesi al riconoscimento assicurativo dei casi di mesotelioma come M.P.
- Trasmissione al Re.Na.M. delle schede di notifica dei singoli casi

Cattedra di Medicina Preventiva dei Lavoratori della Sezione di Medicina del Lavoro, DIMIMP, dell'Università di Bari, sede del Registro Regionale dei Mesoteliomi, già attivo dal 1988, quale Centro Operativo Regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi. Tale riconoscimento non ha comportato onere di spesa da parte dell'Assessorato Regionale alla Sanità.

Allo stato attuale collaborano con il C.O.R. Puglia 56 strutture del SSN operanti sul territorio Regionale.

E' necessario, per la validità dei dati del Registro, poter accedere a tutti i casi di mesotelioma della Regione ampliando ulteriormente la Rete Informativa per la copertura dell'intero territorio regionale. A tal fine, nei mesi di novembre e dicembre 1997, il C.O.R. Puglia ha organizzato un Corso di Formazione Avanzata del Personale Sanitario Occupato. Tale corso è stato finanziato dalla Regione Puglia nell'ambito del Piano di Formazione Professionale e cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo. Hanno partecipato 83 corsisti, in prevalenza medici con varie specializzazioni di tutte le cinque province pugliesi.

C.O.R. Puglia

Obiettivi

- 1) Registrazione di tutti i casi di mesotelioma diagnosticati tra i residenti in Puglia per valutare la diffusione della patologia
- 2) Ricostruzione retrospettiva per ogni caso della storia espositiva (militare, lavorativa, familiare, ambientale, tempo libero)
- 3) Adempimenti normativa vigente (D.L. 277/91, D.P.R. 336 13-04-94)
- 4) Ricerca epidemiologica

III SEZIONE

Malattie cronico-degenerative

C.O.R. Puglia Rete informativa



Gli 83 corsisti sono diventati referenti del C.O.R. Puglia presso i rispettivi luoghi di lavoro per le competenze acquisite durante il Corso ed è stato richiesto il riconoscimento ufficiale quali "Referenti C.O.R. Puglia" all'Assessorato Regionale alla Sanità.

La Rete Informativa Regionale è costituita dai medici o personale sanitario dei Reparti di Medicina del Lavoro, Anatomia e Istologia Patologica, Chirurgia Toracica, Pneumologia, Fisiopatologia respiratoria, Oncologia e da tutti gli altri soggetti pubblici e privati del S.S.N. che vengano a conoscenza di casi di mesotelioma pleurico, pericardico o peritoneale stante l'obbligo di legge (DPR 13 aprile 1994 n° 336) di denuncia dei casi, anche solo sospetti, di mesotelioma all'INAIL ed all'Autorità Giudiziaria.

Il flusso informativo regionale per la rilevazione dei casi.

Il sistema di rilevazione dei casi prevede una prima fase di rilevazione passiva con segnalazione dei casi da parte dei Referenti della rete informativa. Tale fase consiste nella segnalazione al C.O.R. regionale del caso di mesotelioma fornendo tutti i dati anagrafici atti ad identificare il soggetto affetto e le notizie cliniche relative alla diagnosi.

Deve essere utilizzata l'apposita scheda di rilevamento dei casi che deve essere compilata ed inviata all'indirizzo indicato nel riquadro in coda al presente articolo.

Una volta acquisita la segnalazione dai referenti locali, il C.O.R. provvede ad una rilevazione di tipo attivo consistente nell'acquisizione di tutti gli elementi diagnostici capaci di aumentare la certezza della diagnosi. Ciò prevede anche l'eventuale revisione della diagnosi istologica ad opera di referenti anatomopatologi nei casi dubbi. Una volta definita la diagnosi clinica il C.O.R. procede alla ricostruzione dell'esposizione mediante intervista al soggetto, se vivente, o ai familiari, utiliz-

zando il questionario standardizzato a livello nazionale.

La trasmissione dei dati a livello nazionale.

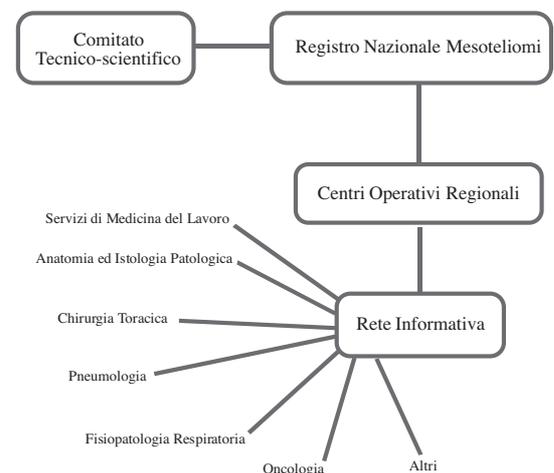
Dei casi ammessi al registro, si trasmettono al Registro Nazionale: dati anagrafici, sede del tumore, data e modalità della diagnosi, storia lavorativa, notizie sui congiunti con esposizione certa o probabile, notizie su stabilimenti per la produzione e/o la lavorazione di manufatti in amianto ubicati in prossimità dell'abitazione, fonti dell'informazione. Tali dati sono trasmessi a mezzo supporto informatico previo criptaggio ottenuto con software fornito dall'ISPESL al fine di garantire la privacy.

Sintesi della Casistica del C.O.R. Puglia.

I casi iscritti nel C.O.R. Puglia relativi agli anni 1980/1998, sono 310, 80% di sesso maschile e 20% di sesso femminile. Il maggior numero di casi provengono dalle province di Bari (143) e di Taranto (120), che insieme costituiscono l'84% dei casi totali. Definizione della diagnosi: per l'82% dei casi è disponibile la diagnosi istologica. Definizione dell'esposizione: per i 261 casi (84% del totale), per cui è stato possibile applicare tutto il protocollo del C.O.R. e quindi ricostruire le modalità espositive, l'esposizione che si riscontra più frequentemente è quella professionale (64 % dei casi). Nella casistica le esposizioni extralavorative (domestica, ambientale e nel tempo libero) rappresentano nell'insieme il 9 %, tra queste spicca l'esposizione ambientale che da sola rappresenta il 6 % del totale dei casi di cui è stata ricostruita l'esposizione ad amianto.

La copertura di tutto il territorio regionale da parte di referenti locali che segnalino casi giunti alla loro osser-

Organizzazione del Registro Nazionale Mesoteliomi





vazione è condizione necessaria per poter ottenere un quadro completo circa la incidenza di tale patologia nella nostra Regione ed individuare le fonti di esposizione eventualmente ancora presenti, per le relative attività di bonifica.

Chiediamo pertanto la Sua collaborazione con il Centro Operativo Regionale del Registro Nazionale Mesoteliomi in qualità di referente locale.

La collaborazione con il C.O.R., ovviamente, comporterà la possibilità di accesso alle statistiche della casistica regionale, l'aggiornamento bibliografico, l'utilizzo dei dati per le pubblicazioni scientifiche, la disponibilità di consulenza anatomo-patologica a supporto della diagnosi.

Si fa presente che l'attività del Registro rientra tra quelle autorizzate dal Garante della privacy (Legge n. 675/1996) con autorizzazione n. 2/1997.

Nella certezza di poter avviare una proficua collaborazione restiamo a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

La scheda raccolta dati da utilizzare per il flusso informativo descritto può essere visionata collegandosi al sito web dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale (www.oerpuglia.uniba.it); per ulteriori informazioni rivolgersi alla Prof.ssa Marina Musti al seguente indirizzo:
Registro Nazionale Mesoteliomi - Centro Operativo Regionale, Puglia
 c/o Prof.ssa Marina Musti
 DIMIMP- Sez. Medicina del Lavoro
 Università degli Studi, Policlinico - P.zza G. Cesare
 70124 Bari - Tel. 080-5478209 - Fax 080-5427300

Bibliografia di riferimento

D.L.vo 15/8/1991 n° 277 "Attuazione delle direttive n° 80/1107/CEE, n° 82/605/CEE, n° 83/477/CEE, n° 86/188/CEE e n° 88/1107/CEE, in materia di protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da esposizione ad agenti chimici, fisici e biologici durante il lavoro, a norma dell'art. 7 della Legge 30/7/1990, n° 212". Supp. Ord. G.U. n° 200 del 27/8/1991.

Vetrugno T., Comba P., Savelli D., et Al. "Sorveglianza epidemiologica del mesotelioma pleurico in Italia", Ann. Ist. Super. Sanità 1991, vol. 27, n° 2: 319-324.

Chellini E., Merler E., Bruno C., Comba P., Crosignani C., Magnani C., Nesti M., Scarselli R., Marconi M., Fattorini E., Toti G.: "Linee guida per la rilevazione e la definizione dei casi di Mesotelioma Maligno e la trasmissione delle informazioni all'ISPEL da parte dei Centri Operativi Regionali" in Fogli di Informazione ISPEL 1/1996, pagg. 19-106.

Musti M., Cavone D., Palamà L. "Casistica dei mesoteliomi in Puglia" in "L'amianto: dall'ambiente di lavoro all'ambiente di vita. Nuovi indicatori per futuri effetti" a cura di Minoia C., Scansetti G., Piolatto G., Massola A., Le collane della Fondazione Salvatore Maugeri, I Documenti 12, Tipografia Pime Editrice 1997, Pavia; 295-306.

Analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera 1997 di 12 ospedali pugliesi

Valutazione delle discipline dell'area Neurologica: Neurologia, Neurochirurgia, Neuropsichiatria infantile, Psichiatria e Riabilitazione

V. Lepore, P. Trerotoli, S. Staffieri, G. Serio

Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER Puglia)

F. Carinci e A. Menna

Consorzio Mario Negri Sud - S. Maria Imbaro (CH)

Con il presente lavoro si vuole dare inizio all'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera per specifiche aree di interesse con l'obiettivo di:

- effettuare analisi descrittive di selezionate discipline per quantità e tipologia delle prestazioni erogate nell'anno 1997;
- stabilire la dotazione di posti letto per i reparti degli ospedali esaminati nell'anno 1997;
- determinare gli indicatori di attività ospedaliera;
- definire gli standards inter/intra-ospedalieri come primo passo per la determinazione di standards regionali;
- adeguare il software prescelto per l'elaborazione dei dati alle specifiche esigenze regionali;
- esplorare e generare ipotesi clinico-epidemiologiche.

E' parte integrante del presente lavoro il confronto, con i referenti degli ospedali prescelti, di tutti i dati acquisiti e dei risultati prodotti allo scopo di verificarne la attendibilità ed individuare eventuali fonti di errore.

Gli elementi essenziali per il conseguimento di detti obiettivi sono esplicitati nei tre punti successivi:

- 1) La Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) utilizzata nella nostra regione dal 1995, è la base del nuovo sistema di finanziamento a prestazione per tutti gli ospedali. Rispetto ad altri flussi informativi dovuti (schede di morte, vaccinazioni, malattie infettive, modelli HSP ecc...) è stata necessariamente informatizzata sin dalla sua introduzione. Ciò ha consentito, in tempi relativamente brevi, a ciascun ospedale di disporre di un database contenente tutte le più rilevanti informazioni relative ai propri ricoveri e di poter verificare, spesso per la prima volta, le enormi potenzialità di un archivio computerizzato di alcuni dei propri dati amministrativi. I dati, così raccolti e immagazzinati, possono essere analizzati, valutati, confrontati, eventualmente utilizzati e facilmente trasmessi ed assemblati con dati analoghi.
- 2) Strettamente collegato al flusso informativo delle SDO

è quello relativo ai dati strutturali (dimensioni, posti letto, reparti e servizi, personale medico ed infermieristico, ecc...) dell'ospedale in cui le dimissioni vengono prodotte. Pur in presenza di un flusso informativo storico e consolidato, i dati sono spesso contraddittori, fluttuanti, quasi mai raccolti o conservati in modo sistematico, quasi mai completi ed aggiornati o disponibili su supporto elettronico.

3) L'area neurologica con le seguenti discipline: Neurologia, Neurochirurgia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria e Riabilitazione, è la necessaria scelta di un'area di interesse al tempo stesso sufficientemente omogenea e diversificata, ampia senza divenire enorme, funzionalmente interdipendente al suo interno, che riconosca competenze e interlocutori non generici.

Il punto critico della presente analisi è pertanto costituito dall'incrocio dei dati provenienti da:

- flusso informativo delle SDO 1997, come predisposto dalla Svim Service per conto della Regione, con successiva trasmissione al Sistema Informativo Sanitario (SIS) del Ministero della Sanità;
- dati strutturali degli ospedali, e più specificatamente: discipline, reparti e posti letto, ottenuti dalle Unità di Statistica ed Epidemiologia delle diverse AUSL o, quando necessario, dal Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità.

Per garantire una migliore affidabilità dei risultati sono stati selezionati solo 12 degli oltre 110 ospedali della Regione. I 12 ospedali prescelti sulla base della tipologia (6 Aziende Ospedaliere, 4 IRCCS, 2 Enti Ecclesiastici) rappresentano perciò un campione, numericamente limitato, ma sufficientemente rappresentativo per dimensioni e quantità di servizi erogati, della realtà ospedaliera regionale, dove verificare accessibilità e attendibilità dei dati raccolti.

Tabella 1. Elenco dei 12 ospedali inclusi nell'analisi (6 Aziende Ospedaliere, 4 IRCCS e 2 Enti Ecclesiastici). In grassetto (9 ospedali) quelli con almeno un reparto nelle 5 discipline prescelte: Neurologia, Neurochirurgia, Neuropsichiatria Infantile, Psichiatria, Riabilitazione.

Codice Istituto	ASL	Tipo	Denominazione	Comune (Provincia)	Totale SDO 1997	Totale Posti Letto
160078	103	Ente Eccles.	MIULLI	Acquaviva d. Fonti (BA)	32.540	659
160080	111	Ente Eccles.	CARDINALE PANICO	Tricase (LE)	23.974	401
160901	104	IRCCS	ONCOLOGICO	Bari (BA)	5.592	155
160902	105	IRCCS	S. DE BELLIS	Castellana Grotte (BA)	5.679	148
160903	104	Az. Osped.	DI VENERE GIOVANNI XXIII	Bari (BA)	44.568	972
160904	110	Az. Osped.	V. FAZZI	Lecce (LE)	30.294	740
160905	107	IRCCS	CASA SOLLIEVO SOFFERENZA	S. Giovanni Rotondo (FG)	63.644	1.190
160906	105	IRCCS	FOND. CLIN. S. MAUGERI	Cassano Murge (BA)	5.797	221
160907	104	Az. Osped.	POLICLINICO CONSORZIALE	Bari (BA)	88.187	1.589
160908	106	Az. Osped.	A. DISUMMA	Brindisi (BR)	31.079	805
160909	112	Az. Osped.	SS. ANNUNZIATA	Taranto (TA)	33.978	799
160910	109	Az. Osped.	OSPEDALI RIUNITI	Foggia (FG)	36.735	983
Totale					402.067	8.662

Materiali e metodi

Ospedali: come appare dalla tabella 1 gli ospedali selezionati, come si è detto, sulla base della tipologia, sono stati 12 (6 Aziende Ospedaliere, 4 IRCCS, 2 Enti Ecclesiastici), di cui 9 con almeno una delle discipline esaminate.

Schede di Dimissione Ospedaliera: nell'anno 1997 dai 112 Istituti di ricovero (6 Aziende Ospedaliere, 65 ospedali a gestione diretta, 4 IRCCS, 34 case di cura private) della regione Puglia sono state complessivamente prodotte 962.138 SDO di cui 108.256 (11,3%) relative a ricoveri in regime di day-hospital (1). Il 4,95% (N° 47689 SDO) sono attribuite ad una delle discipline prescelte nella presente analisi (- Neurochirurgia, codice disciplina 30; - Neurologia, codice disciplina 32; - Neuropsichiatria Infantile, codice disciplina 33; - Psichiatria, codice disciplina 40; - Riabilitazione, codice disciplina 56). Le SDO per i ricoveri in day-hospital dell'area neurologica sono risultate 2261; per i ricoveri ordinari 2574 (5,6%) dimissioni sono state prodotte da ricoveri di residenti fuori della regione Puglia.

Posti-letto: il numero di posti-letto per ospedale e per ciascuna disciplina è stato estratto dai dati ufficiali del SIS (Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità, Servizio Centrale della Programmazione Sanitaria)

e, laddove possibile, verificato, completato e aggiornato con i dati disponibili presso ciascuna Unità di Statistica ed Epidemiologia degli ospedali esaminati.

Analisi dei dati: è stato utilizzato un prototipo di software, realizzato presso l'Unità di Statistica e Sistemi Informativi del Consorzio M. Negri Sud, scritto in linguaggio macro SAS denominato RISS-H la cui flessibilità consente adeguamenti e personalizzazioni specifiche come nell'esempio qui proposto di analisi dei DRG (DRG-Analyst) (2).

Risultati e discussione

Nella tabella 2 è illustrata la situazione di 9 dei 12 ospedali relativamente alle discipline esaminate, così come rilevabile dai flussi informativi summenzionati. Alcuni errori o omissioni appaiono subito rilevanti: per l'Azienda Ospedaliera Di Venere Giovanni XXIII (cod. 160903) non è riportato alcun reparto di Neuropsichiatria infantile (cod. disciplina 33) sicuramente presente nell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII; per l'Azienda Ospedaliera Policlinico Consorziale (cod. 160907) non sono rappresentati i due reparti di Psichiatria a direzione universitaria (cod. disciplina 40); infine il reparto codificato come 32 (Neurologia) della Fondazione Clinica Maugeri di Cassano Murge è noto svolgere attività riabilitativa (codice disciplina 56). Nel

Tabella 2. Distribuzione, per l'anno 1997, di N° SDO e Posti Letto in 9 dei 12 ospedali per le 5 discipline esaminate così come rilevata dai flussi informativi disponibili.

Denominazione Istituto codice	Neurochirurgia Cod. 30		Neurologia Cod. 32		Neurops. Infant. Cod. 33		Psichiatria Cod. 40		Riabilitazione Cod. 56		Totale	
	SDO 1997	Posti letto	SDO 1997	Posti letto	SDO 1997	Posti letto	SDO 1997	Posti letto	SDO 1997	Posti letto	SDO 1997	Posti letto
Miulli 160078			1.605	33					567	20	2.172	53
Di Venere Giovanni XXIII 160903	982	30	3.522	70			319	8			4.823	108
V. Fazzi 160904	1.274	35	1.404	26			356	15			3.034	76
S. Giovanni Rotondo 160905	1.582	40	2.420	38							4.002	78
Fond. Clinica Maugeri 160906			519	50							519	50
Policlinico Bari 160907	1.744	30	5.305	141					124	9	7.173	180
A. Di Summa 160908			1.494	40			592	17			2.086	57
SS. Annunziata 160909	2.166	31	1.774	36			311	8			4.251	75
OO.RR. Foggia 160910	1.584	24	1.725	41	920	21	388	15			4.617	101
Totale	9.332	190	19.768	475	920	21	1.966	63	691	29	32.677	778

campione esaminato, pertanto, discipline e reparti effettivamente coincidono solo nel caso fortunato della disciplina Neurochirurgia (codice 30) che, laddove presente, è rappresentato da un solo reparto ovvero da un solo codice.

Un'analisi più dettagliata dei codici dei reparti di dimissione riportati nelle SDO esaminate ha permesso di rilevare che:

- (1) Il reparto Neurologia pediatrica dell'Ospedale Giovanni XXIII codificato come 3202 andrebbe ricodificato come 3301;
- (2) Il reparto Neurologia Riabilitazione della Fondazione S. Maugeri di Cassano Murge codificato come 3200 andrebbe ricodificato come 5601;
- (3) Il reparto Psichiatria 1 dell'Ospedale Policlinico di Bari codificato come 3204 andrebbe ricodificato come 4001;
- (4) Il reparto Psichiatria 2 dell'Ospedale Policlinico di Bari codificato come 3205 andrebbe ricodificato come 4002;
- (5) Il reparto Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Policlinico di Bari codificato come 3206 andrebbe ricodificato come 3301.

Di fronte a siffatta situazione, riscontrabile pure in aree diverse da quella neurologica qui esaminata, quali ad esempio quella cardiologica (codice 50 Unità coronarica e codice 08 Cardiologia) o anestesiologicala (codi-

ce 82 Anestesia e rianimazione, codice 49 Terapia Intensiva e codice 73 Terapia Intensiva neonatale), ben si comprende la difficoltà nella aggregazione di dati provenienti da ospedali che abbiano utilizzato codici e comportamenti diversi per le stesse discipline. A ciò ovviamente va aggiunto l'annoso problema della determinazione ed aggiornamento dei posti letto che, se appare accettabile a livello di dati aggregati, è del tutto inadeguato a livello di discipline e di singoli reparti nell'ambito della stessa disciplina.

E' forse il caso di ripetere ancora una volta che il flusso informativo delle SDO, indispensabile per la gestione amministrativo-finanziaria dell'ospedale, rappresenta solo un punto di partenza e richiede necessariamente un altrettanto tempestivo ed aggiornato flusso informativo sui dati strutturali del presidio ospedaliero. L'incrocio di tali informazioni deve essere coerente ed attendibile se da questi si vogliono trarre utili indicazioni.

Pur in presenza di tali distorsioni abbiamo comunque proseguito la nostra analisi allo scopo di evidenziare ulteriori limiti e possibilità.

Nella tabella 3, in cui sono esaminati i soli ricoveri ordinari con esclusione dei day-hospital, sono riportati:

- i dati relativi al totale dei 12 ospedali esaminati. Nel nostro caso questi possono rappresentare lo "standard di riferimento" in attesa dell'analisi complessiva e, quin-

di, della definizione di veri e propri standards regionali;

- il numero totale dei ricoveri ordinari per ciascuna disciplina che è successivamente ripartito nelle diverse categorie di durata di degenza (ricoveri ordinari di 1 giorno, di 2-3 giorni, di 4 giorni fino al valore soglia, oltre il valore soglia, così come riportato dal tariffario ministeriale). La Neurochirurgia rappresenta la disciplina con la più alta percentuale di ricoveri di 1 giorno (19,3%);
- il peso medio dei DRG prodotti da ciascuna disciplina come indicatore della maggiore o minore complessità della casistica trattata: ad es. la Neurochirurgia, in media (1,0715) tratta pazienti con DRG più complicati rispetto al valore medio generale (0,8194) al contrario della Neurologia (0,7920) e della Psichiatria (0,6230);
- il rimborso medio per ciascun dimesso (calcolato in base al 100% delle Tariffe Ministeriali - suppl. ord. G.U. N. 300 del 24 dicembre 1994), che per la Neurochirurgia appare più alto rispetto alle altre discipline, ad eccezione della Riabilitazione dove l'alto rimborso medio è spiegato dalla decisamente maggiore durata della degenza;
- i valori della degenza media per ciascuna disciplina e per l'intero campione dei 12 ospedali esaminati, la degenza media trimmata, ovvero troncata delle due code, ricoveri di un giorno e ricoveri oltre soglia;

- insieme al numero complessivo delle giornate di degenza consumate per ciascuna disciplina, gli indicatori di attività. Per quanto detto il numero dei posti letto utilizzati per il calcolo del tasso di saturazione, indice di rotazione e intervallo di turnover appare affidabile solo per la Neurochirurgia giacché la disciplina 32 (Neurologia) raccoglie anche letti e SDO delle Psichiatrie dell'Azienda Policlinico, della Neuropsichiatria infantile delle Aziende Policlinico e Giovanni XXIII e della Riabilitazione della Fondazione S. Maugeri.

A causa di tale distorsione, non facilmente risolvibile giacché la fonte dei dati utilizzata è quella ufficialmente trasmessa al Sistema Informativo Sanitario Nazionale, abbiamo proseguito la nostra analisi in modo prevalente per la disciplina Neurochirurgia presentando, nella tabella 4, la situazione dei sei reparti neurochirurgici presenti nel campione di ospedali esaminati. Si evidenzia l'elevato numero di ricoveri di 1 giorno (da riferirsi verosimilmente all'area dell'emergenza-urgenza: es. traumi cranici minori) ma tale dato è da attribuirsi soltanto a tre (Fazzi-Lecce 25,9%, SS. Annunziata-Taranto 27,5% e Policlinico-Bari con ben 37,4% ricoveri ordinari di 1 giorno) dei sei reparti esaminati. Di contro, l'Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza di S. Giovanni Rotondo insieme al Fazzi di Lecce realizzano i più alti rimborsi medi a dimesso e, parallelamente, presenta-

Tabella 3. Frequenza dei ricoveri ordinari, durata di degenza, rimborso medio, peso medio, degenza media, degenza media trimmata* ed indicatori di attività per le 5 discipline prescelte. Confronto con il pool totale dei 12 ospedali analizzati.

	Totale 12 Ospedali	Neurochirurgia cod.30	Neurologia cod. 32	Neurops. Infan. cod. 33	Psichiatria cod. 40	Riabilitazione cod. 56
Totale ricoveri ordinari	354.113	9.220	18.559	671	1.902	686
Ricoveri di 1 giorno	46.776	1.786	1.732	8	238	14
Ricoveri 2 - 3 giorni	94.255	2.894	3.598	164	211	19
Ricoveri 4 gg - soglia	206.463	4.416	13.111	493	1.440	626
Ricoveri oltre soglia	6.619	124	118	6	13	27
Lire per dimesso (X 1.000)	4.471	5.634	4.767	4.338	4.205	7.044
Peso medio DRG	0,8194	1,0715	0,7920	0,9181	0,6230	0,8938
Degenza media	6,7	7,1	7,7	6,3	10	15,4
Deg. media trimmata*	7,1	8	8	6,2	10,9	13
Totale giornate di degenza	2.365.435	65.191	142.088	4.194	190.042	10.581
Tasso di saturazione	75,5	94	82	54,7	82,8	100
Indice di rotazione	41,2	48,5	39,1	32	30,2	23,7
Intervallo di turn-over	2,2	0,5	1,7	5,2	2,1	0
Posti letto	8.589	190	475	21	63	29

*Degenza Media Trimmata: sono state eliminate le due code, ricoveri di 1 giorno e oltre soglia.

Tabella 4. Frequenza di ricoveri ordinari, durata di degenza, rimborso medio, peso medio, degenza media, degenza media trimmata* e indicatori di attività per i 6 reparti di Neurochirurgia (cod. disciplina 30).

Neurochirurgia Codice ospedale	Di Venere Giovanni XXIII 160903	V. Fazzi 160904	Casa Sollievo Sofferenza 160905	Policlinico Conсорziale 160907	SS. Annunziata 160909	OO.RR. Foggia 160910	Totale
Totale ricoveri ordinari	886	1274	1582	1730	2166	1582	9220
Ricoveri di 1 giorno	90	330	24	648	596	98	1786
Ricoveri 2 - 3 giorni	145	169	286	350	897	1047	2894
Ricoveri 4 gg - soglia	619	757	1265	701	650	424	4416
Ricoveri oltre soglia	32	18	7	31	23	13	124
Lire per dim. (X 1.000)	5.743	7.633	8.363	5.441	3.932	3.776	5.634
Peso medio DRG	1,0380	1,5660	1,5165	1,1134	0,7767	0,6048	1,0715
Degenza media	12,3	9,1	9	6,9	4,7	3,9	7,1
Deg. Media trimmata*	12,7	11,1	8,9	9,5	5,7	3,9	8
Giornate di degenza	10.886	11.652	14.275	11.979	10.168	6.231	65.191
Presenze medie die	29,8	31,9	39,1	32,8	27,9	17,1	178,6
Tasso di saturazione	99,4	91,2	97,8	109,4	89,9	71,1	94
Indice di rotazione	29,5	36,4	39,6	57,7	69,9	65,9	48,5
Intervallo di turn-over	0,1	0,9	0,2	-0,6	0,5	1,6	0,5
Posti letto	30	35	40	30	31	24	190

*Degenza Media Trimmata: sono state eliminate le due code, ricoveri di 1 giorno e oltre soglia.

no la casistica mediamente più complicata come dimostrato dai più alti valori di Peso Medio. L'Ospedale Di Venere-Bari presenta la più alta degenza media, globale e trimmata, mentre la Neurochirurgia degli Ospedali Riuniti di Foggia realizza la più bassa degenza media con una casistica mediamente meno complessa (Peso Medio= 0,6048) e meno retribuita (Lire x dimesso= 3.776.000). Eccetto che per quest'ultimo il tasso di saturazione è sempre alto con valori addirittura maggiori del 100% per il Policlinico-Bari dove mediamente si riscontrano 32,8 presenze giornaliere su 30 posti letto. L'interesse e la potenza dell'analisi si affina quando, dal dato gestionale ed amministrativo fin qui presentato, si introduce anche l'elemento clinico con una più

dettagliata esplorazione dei singoli raggruppamenti diagnostici ovvero dei singoli DRG. La scelta di un software quale il DRG-Analyst ci ha consentito una approfondita analisi dei singoli DRG dal livello più generale a quello più specifico di disciplina, ospedale, reparto.

Nella ovvia impossibilità di descrivere o riassumere l'immensa mole di dati elaborati (sono stati calcolati i DRG prodotti, sui 489 possibili, da ciascun reparto e/o disciplina di ciascuno dei 12 ospedali), comunque disponibili per analisi più ristrette e mirate, concludiamo il nostro esercizio esemplificativo selezionando solo 3 DRG a nostro avviso particolarmente significativi.

DRG	MDC	TIPO	Descrizione	Tariffa ordinaria L x 1.000	Soglia	Tariffa oltre soglia	Tariffa day hospital	Peso
215	8	C	Interventi sul dorso e collo senza complicanze e comorbidità	6.350	34	289	605	1,0905
1	1	C	Craniotomia età > 17 anni eccetto traumatismo	17.105	64	386	670	3,2324
14	1	M	Malattie Cerebrovascolari Specifiche eccetto attacchi ischemici transitori	7.297	60	260	438	1,2160

Tabella 5. DRG 215 Tipo C MDC 8 Interventi sul dorso e sul collo senza complicanze.

	N° SDO	rango	N° ricoveri ordinari	Degenza media gg	Degenza range gg	Mediana gg	N° ricoveri 1 giorno	N° ricoveri oltre soglia	Degenza media trim.*	Importo X dimesso (X milione)
Tutti 12 Ospedali	1.569	65	1.568	10,9	1-82	9	14	31	10,3	9.995
Neurochirurgie tutte	1.118	2	1.118	10,4	1-82	8	8	24	9,7	7.127
Di Venere Giov. XXIII 160903	185	2	185	20,8	2-53	21	0	12	19,5	1.200
V. Fazzi 160904	250	1	250	9,4	3-39	8	0	2	9,2	1.589
Casa Soll. Sofferenza 160905	271	1	271	7,6	2-23	7	0	0	7,6	1.721
Policlinico 160907	231	2	231	8,4	1-82	5	8	6	7,5	1.448
SS. Annunziata 160909	58	5	58	15,0	2-66	10,5	0	4	12,0	393
OO.RR. Foggia 160910	123	4	123	4,6	2-18	3	0	0	4,6	781

*Degenza Media Trimmata: sono state eliminate le due code, ricoveri di 1 giorno e oltre soglia.

Valore soglia 34 giorni, Peso 1,0905 (Suppl ord G.U. N. 300 del 24/12/1994).

Re-Trim 30 giorni (nuovo valore soglia ricalcolato sul totale delle schede esaminate)

I primi due riguardano ancora la Neurochirurgia e sono stati selezionati in quanto risultano i DRG chirurgici più frequenti nel campione esaminato. Il differente peso ed il differente rimborso esprimono, nella logica del sistema DRG, due procedure chirurgiche di diversa complessità. L'ultimo, DRG 14, ovvero il raggruppamento diagnostico che raccoglie il maggior numero di ictus cerebrali, da sempre riconosciuto come DRG tracciante per la sua frequenza e per la sua grande rilevanza clinica, è qui riproposto per riprendere l'area neurologica cercando di superare le distorsioni del nostro campione.

La composizione delle tre ultime tabelle (Tabb. 5, 6 e 7) è simile. La prima riga di ciascuna tabella riporta i valori di riferimento ottenuti dall'intero campione dei 12 ospedali ovvero simula il nostro standard "regionale" di riferimento. Nella seconda riga i dati sono riferiti al complesso dei reparti nella medesima disciplina, standard di riferimento per disciplina. Le righe successive riportano i dati per ciascuna disciplina di ciascun ospedale.

In colonna sono successivamente riportati:

- numero complessivo delle SDO;
- il rango, ovvero l'ordine di frequenza del DRG;
- numero di ricoveri ordinari;
- degenza media;
- valore minimo e massimo della degenza;

- mediana;
- numero ricoveri di un giorno;
- numero ricoveri oltre soglia;
- degenza media trimmata, ovvero troncata delle due code, ricoveri di un giorno e ricovero oltre soglia;
- il rimborso realizzato.

Nella nota di ciascuna tabella sono riportati, inoltre, il Valore Soglia così come riportato nel Tariffario ministeriale e il nuovo valore soglia ricalcolato dal DRG-Analyst (Re-trim) sulla base del totale delle schede esaminate (DM 15 aprile 1994, G.U. 10 maggio 1994, n. 107, allegato 1B punto 2A);

Il DRG 215, Interventi sul dorso e sul collo senza complicanze (tabella 5) è attribuito a 1569 SDO ed è collocato al 65esimo posto in ordine di frequenza nell'elenco complessivo dell'intera casistica esaminata. Se si esaminano le sole SDO prodotte dai reparti di Neurochirurgia (n° 1.118) il DRG 215 acquista il 2° posto in ordine di frequenza, il primo tra quelli chirurgici. La degenza media complessiva è di 10,9 e 10,4 giorni rispettivamente per i due standard di riferimento ed oscilla da un minimo di 4,6 giorni per gli OO.RR. di Foggia a ben 20,8 giorni per l'Azienda Di Venere di Bari. Mediana e degenza media trimmata confermano questa ampia dispersione.

OER

Organizzazione sanitaria

IV SEZIONE

Tabella 6. DRG 215 Tipo C MDC 8 Interventi sul dorso e sul collo senza complicanze.

	N° SDO	rango	N° ricoveri ordinari	Degenza media gg	Degenza range gg	Mediana gg	N° ricoveri 1 giorno	N° ricoveri oltre soglia	Degenza media trim.*	Importo X dimesso (X milione)
Tutti 12 Ospedali	728	141	728	18,6	1-195	15	7	10	17,6	12.512
Neurochirurgie tutte	650	5	650	17,9	1-105	15	1	5	17,5	11.133
Di Venere Giov. XXIII 160903	31	7	31	28,9	11-74	25	0	1	27,4	534
V. Fazzi 160904	127	2	127	20,2	2-105	18	0	1	19,5	2.188
Casa Soll. Sofferenza 160905	253	2	253	15,8	2-88	15	0	1	15,5	4.337
Policlinico 160907	171	3	171	18,1	3-67	15	0	2	17,6	2.926
SS. Annunziata 160909	65	4	65	15,9	1-63	12	1	0	16,2	1.066
OO.RR. Foggia 160910	3	24	3	25,7	15-40	22	0	0	25,7	51

*Degenza Media Trimmata: sono state eliminate le due code, ricoveri di 1 giorno e oltre soglia. Valore soglia 64 giorni, Peso 3,2324 (Suppl ord G.U. N. 300 del 24/12/1994).
Re-Trim 41 giorni (nuovo valore soglia ricalcolato sul totale delle schede esaminate)

Diversamente il DRG 1, Craniotomia età >17 anni eccetto traumatismo (tab. 6), più complesso del precedente, è attribuito a 728 SDO ed è collocato al 141° posto in ordine di frequenza. Per i soli reparti Neurochirurgici sale al 5° posto con una degenza media di 17,9 giorni oscillando da un valore minimo di 15,8 giorni per S. Giovanni Rotondo ad un massimo di 25,7 giorni per gli OO.RR. di Foggia che, d'altro canto, hanno solo 3 SDO attribuite a tale DRG. L'ospedale di S. Giovanni Rotondo inoltre realizza, per detto DRG, il massimo rimborso.

Infine, l'ultima tabella, relativa al DRG 14, Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacchi ischemici transitori (tab. 7) consente di riprendere la situazione dei reparti di Neurologia (cod. disciplina 32) in modo da ridurre la distorsione sopra riportata almeno per quanto riguarda l'intrusione di Psichiatria e Neuropsichiatria infantile, consentendo un confronto sufficientemente accurato tra le diverse Neurologie degli ospedali esaminati.

Delle 2.863 SDO attribuite al DRG 14, ben 2.136 sono prodotte da reparti di Neurologia dove tale DRG è il più frequente in assoluto. La degenza media è di 10,9 e 10,7 giorni rispettivamente per i due standard di riferimento. E' piuttosto facile rilevare due situazioni limite ed opposte: 1) una degenza media decisamente lunga per la Fondazione S. Maugeri di Cassano Murge con 40,2 giorni a conferma che trattasi di reparto per Riabilitazione, come precedentemente riportato; 2) una degenza media significativamente breve (5,8 giorni) per l'Azienda Fazzi di Lecce. L'IRCCS di S. Giovanni Rotondo

così ben rappresentato nei due DRG precedenti è, in questo caso, poco significativo con solo 28 SDO. Il valore soglia ricalcolato (Re-Trim) di 27 giorni si discosta nettamente dalla soglia di 60 giorni indicata dal Tariffario Ministeriale (Suppl. ord. G.U. N. 300 del 24 dicembre 1994). Infatti tale valore deve essere ricalcolato ed aggiornato periodicamente, sulla base della reale casistica regionale, perché ottenuto, per ciascun DRG, dalla effettiva distribuzione di frequenza delle degenze.

Il Valore Soglia, il Peso e la Tariffa rappresentano elementi critici attraverso cui "funziona" o "non-funziona" il sistema SDO-DRG-Tariffa. I decreti e le circolari che introducevano ed esplicitavano il nuovo sistema di pagamento chiaramente ribadivano la necessità per ciascuna regione di definire un proprio tariffario ed un autonomo sistema di aggiornamento che, come esemplificato per il Valore Soglia, utilizzasse gli stessi dati prodotti per ridefinire ed aggiornare i nuovi parametri. Nell'esempio proposto del DRG 14, un così pesante abbattimento del valore soglia si allinea alla generale tendenza di una progressiva riduzione della degenza per un uso, si spera, più efficiente dell'ospedale. Resta l'urgenza e la preoccupazione, per questa patologia (DRG 14), di conoscere e monitorare il destino ed il percorso dei pazienti dimessi.

Alcune conclusioni

I dati, parziali e provvisori, qui analizzati sono funzionalmente e logicamente collegati alla presentazione proposta nel precedente Notiziario (1); sono parte di un percorso il cui obiettivo è quello di fornire propo-

Tabella 7. DRG 14 Tipo M MDC 1 Malattie cerebrovascolari specifiche eccetto attacchi ischemici transitori.

	N° SDO	rango	N° ricoveri ordinari	Degenza media gg	Degenza range gg	Mediana gg	N° ricoveri 1 giorno	N° ricoveri oltre soglia	Degenza media trim.*	Importo X dimesso (X milione)
Tutti 12 Ospedali	2.863	30	2.854	10,9	1-313	8	218	18	11,2	19.651
Neurologie tutte	2.136	1	2.136	10,7	1-85	8	133	8	11,1	14.698
Miulli 160078	175	2	175	8,8	1-30	8	6	0	9,1	1.236
Di Venere GiovXXIII 160903	75	17	75	11,7	1-41	10	5	0	12,4	512
V. Fazzi 160904	338	1	338	5,8	1-17	6	28	0	6,2	2.272
Casa Soll. Sofferenza 160905	28	15	28	8,4	2-17	8	0	0	8,4	204
Fondaz. Clinica 160906	107	2	107	40,2	13-85	39	0	7	38	803
Policlinico 160907	463	3	463	11,4	1-66	10	31	1	12,3	3.167
Di Summa 160908	275	2	275	10,1	1-39	10	12	0	10,5	1.924
SS. Annunziata 160909	326	1	326	8,7	1-32	8	31	0	9,5	2.168
OO.RR. Foggia 160910	349	1	349	8,8	1-53	7	20	0	9,3	2.410

*Degenza Media Trimmata: sono state eliminate le due code, ricoveri di 1 giorno e oltre soglia. Valore soglia 60 giorni, Peso 1,2160 (Suppl ord G.U. N. 300 del 24/12/1994). Re-Trim 27 giorni (nuovo valore soglia ricalcolato sul totale delle schede esaminate).

ste concrete di utilizzo di dati amministrativo-gestionali, derivanti dal sistema SDO-DRG, finalizzate alla riorganizzazione e razionalizzazione della rete ospedaliera in un'ottica non solo finanziaria ma, soprattutto, clinico-epidemiologica.

Come appare da questa analisi preliminare, ci sono importanti variazioni nelle attività e nelle pratiche clinico-assistenziali degli ospedali esaminati; solo l'analisi di queste differenze e dei relativi determinanti potranno costituire una importante base di confronto e discussione per una graduale ed effettiva riorganizzazione ed ottimizzazione dell'ospedale.

E' urgente e necessario superare l'approccio e le difficoltà metodologiche per entrare a pieno titolo e con i dati "corretti" nella più complessa e difficile fase valutativa e di utilizzo dei dati acquisiti.

Ringraziamenti

Le SDO 1997 sono state fornite dall'Ufficio 12 dell'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia e successivamente elaborate, per l'attribuzione del DRG, per gentile collaborazione della Svim Service.

Bibliografia

1. P Trerotoli, V Lepore, S Staffieri, G Serio *Analisi esplorativa delle SDO della regione Puglia. Anni 1996 e 1997.* OER Puglia N. 2; Dicembre 1998 pp. 33-40).
2. F Vitullo, F Carinci, V Lepore, G Tognoni *Aziende sanitarie e modelli di uso dei DRG.* I Libri del Negri Sud. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1977.

Aspetti competitivi, etici e di solidarietà nel processo di aziendalizzazione della Sanità

Dr. A. Montanile Coordinatore Presidi Ospedalieri AUSL BR/1 - Brindisi

Dr. V. Martucci Dirigente SIAN - Dipartimento di Prevenzione AUSL BR/1 - Brindisi

Dr. B. Falzea Dirigente Medico P.O. "S. Cuore" - Gallipoli - AUSL LE/2 - Lecce

Premessa

Questa nota scaturisce dalle osservazioni e dai commenti derivanti dalle analisi della mobilità attiva, ma soprattutto passiva, della Aziende UU.SS.LL. della Regione Puglia, e dai confronti di situazioni analoghe esistenti in altre Regioni del nostro Paese, soprattutto in quelle realtà ove, all'interno di una azienda USL provinciale o comunale, è situata un'azienda ospedaliera, con flussi unidirezionali, ma perfettamente naturali, verso l'azienda ospedale, spesso unico presidio sanitario locale.

Ma anche altre sono le fonti ispiratrici: i commenti dei colleghi medici nel ricevere i report dell'attività di reparto, il loro "fatturato", le verifiche e i riscontri sui DRG's delle "altre" aziende e così via.

Pertanto, ci è sembrato opportuno fare il punto della situazione, a quattro anni dall'avvio della 'aziendalizzazione' della Sanità italiana.

I DD. LL. 502 e 517 - La spinta al cambiamento

La riforma della Sanità italiana è nata, dopo un lungo e travagliato processo di gestazione, sulla base di alcuni dati di fatto incontestabili:

- una serie di critiche, interne ed esterne, all'assetto organizzativo sancito dalla legge 833/78;
- una immagine negativa - a torto o a ragione - della Sanità italiana, 'insufficiente' a far fronte ai bisogni della popolazione;
- una insostenibile situazione economica, alimentata anche da una crescente confusione di poteri, responsabilità, contraddizioni, tra Stato, Regioni, UU.SS.LL., Enti locali.

Con il nuovo sistema si individua invece una struttura di base così sintetizzabile:

- aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, degli Ospedali e dei Policlinici Universitari;
- concorrenza fra diverse strutture di offerte di servizi e accentuazione della concorrenza pubblico-privato, considerata un forte stimolo verso l'efficienza;
- possibilità di "uscita" dal sistema, offerte ai cittadini nelle varie forme di adesione a mutue volontarie o assicurazioni private (in gran parte irrealizzate).

Si dovrebbe verificare, in conclusione, un "equilibrio"

tra livelli di tutela della salute (tramite la definizione dell'ammontare dei livelli in forme di assistenza garantiti su tutto il territorio nazionale) e risorse economiche messe a disposizione, che devono essere compatibili con equilibri macroeconomici (fondi del bilancio dello Stato).

La competizione in Sanità

Competizione è un termine attualmente molto diffuso in Sanità, tale termine è da intendersi come una serie di regolamenti atti a stimolare il miglioramento, ritenendo che il confronto quali-quantitativo dei servizi erogati da strutture (aziende) diverse possa aiutare a ricercare e trovare nuove soluzioni nella organizzazione dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

In realtà ogni volta che si parla di competizione e di obiettivi in sanità, si dovrebbe specificare il parametro di riferimento: la tutela della salute, il contenimento dei costi, il livello di comfort garantito ai pazienti, la capacità di attrarre pazienti o altro ancora.

Abbiamo buoni motivi per credere che in questo periodo storico la competizione abbia come obiettivo più il contenimento dei costi e la riduzione del disavanzo pubblico che non la tutela della salute dei cittadini.

Tale sensazione genera in molti operatori di sanità non pochi timori e perplessità, e addirittura un rifiuto della logica delle competizioni.

Non sembra superfluo ribadire che la "competizione",

Il profondo cambiamento indotto nella Sanità italiana dalla cosiddetta "riforma della riforma" (DD. LL. 502 e 517) ha fatto scaturire nuovi e importanti interrogativi sui problemi della competitività in un ambito così delicato quale la salute pubblica.

In tale scenario, infatti, l'organizzazione e la gestione del sistema sempre più improntate all'efficienza possono sollevare problemi di eticità.

In questa nota gli autori sottolineano la possibilità, nonché la necessità, di coniugare efficienza ed efficacia degli interventi sanitari, senza così perdere mai di vista l'obiettivo finale, che è anche un imperativo etico: garantire lo stato di salute della popolazione.

per essere accettata, deve essere interpretata con il fine di migliorare la tutela della salute e che la riduzione dei costi deve coincidere con le capacità del sistema di rispondere a bisogni altrimenti insoddisfatti pur in presenza di sprechi elevati.

Le logiche alla base dei meccanismi di competizione possono sintetizzarsi in due modelli, di cui uno basato sul contrasto e l'altro basato sulla convergenza di interessi.

Il modello basato sul contrasto di interesse è tipico del sistema di mercato classico, valido per i beni di consumo, con produzione di utili individuali.

La sua applicazione in sanità equivarrebbe al fatto che ogni struttura (dall'Azienda ospedale al Presidio di USL, dal Dipartimento alla singola unità operativa) deve preoccuparsi di ottimizzare i propri risultati (siano essi numero di casi trattati, livello di soddisfazione, equilibrio di bilancio, ecc.) senza preoccuparsi dei risultati ottenuti da altre aziende-ospedali, presidi, unità operative, ecc., anzi spesso riducendo la capacità di altre unità di perseguire gli stessi fini (ad esempio sottraendo ad altri Ospedali i pazienti più "convenienti" dal punto di vista delle tariffe DRG).

Questa logica è tipica del comportamento del privato, mentre chi esercita funzioni di pubblico interesse, quale è indubbiamente quella di tutela della salute, dovrebbe perseguire il modello competitivo basato sulla "convergenza" di interessi nel quale ogni azienda ha sì un proprio obiettivo "particolare" ma contemporaneamente si sente impegnata a contribuire al raggiungimento dell'equilibrio dell'intero sistema al quale appartiene.

Aspetti etici e di solidarietà

Per solidarietà intendiamo, in quest'ambito, quei valori che spingono ad operare in modo che tutti ottengano ciò di cui si ha bisogno in termini di beni materiali o di benessere non materiale.

Con questi valori si può coniugare la competizione se quest'ultima viene interpretata nell'ottica della convergenza di interessi.

Devono pertanto diffondersi analisi e conoscenze atte a dimostrare che nel sistema sanitario, basato su relazioni fortemente interdipendenti, il perseguire propri obiettivi particolari in modo massimale, spesso produce situazioni in cui, in tempi medi - se non addirittura brevi -, tutti raggiungono risultati meno positivi di quelli sperati, generando cioè delle dinamiche che portano a disperdere energie e che danneggiano tutti.

Devono altresì diventare patrimonio comune valori quali il bene comune, il senso di appartenenza, il senso del servizio e/o del dovere, la dedizione ad una causa comune e simili.

Se si diffondono e rafforzano comportamenti orienta-

ti e qualificati dal valore della solidarietà, allora il rafforzamento del modello di competizione del S.S.N. porterà ad un miglioramento generale per tutti: pazienti, medici, altri operatori della sanità e gli stessi contribuenti che versano le risorse per il finanziamento della spesa sanitaria.

Se invece prevalgono modelli competitivi ispirati dal conflitto di interessi, certamente migliorerà la situazione per alcuni gruppi di pazienti, per alcune aziende (pubbliche o private), per alcuni gruppi di professionisti, ma si avrà anche, nel contempo, un peggioramento della situazione per molti altri pazienti, aziende, professionisti.

Nel primo caso la maggiore efficienza derivante dalla competizione si coniuga con più elevati livelli di solidarietà, che invece diminuiscono radicalmente nel secondo caso.

La corretta gestione delle risorse

I meccanismi competitivi in Sanità possono essere utilizzati con l'obiettivo di ottenere una maggiore quota di risorse disponibili.

A nostro avviso però la competizione va attuata al fine di aumentare la produttività e di poter fornire alla comunità un più elevato livello quali-quantitativo di prestazioni e servizi a parità di risorse disponibili.

Certamente le aziende, pubbliche e private, stimolate da tali meccanismi, sono più attente all'esigenza di aumentare la produttività di quanto non lo siano strutture operanti in condizioni di monopolio o comunque in situazioni di "privilegio" o di "risorse garantite indipendentemente dai livelli di servizi erogati".

Possiamo perciò dire che l'aumento della competizione nel sistema sanitario è un elemento potenzialmente molto positivo per i cittadini destinatari dei servizi e per chi vive il suo impegno professionale ed etico in Sanità, a condizione che:

1) sia chiaro a tutti come l'obiettivo primario non è la riduzione dei costi (e della spesa), ma l'aumento dei livelli assistenziali e della qualità delle risposte ai problemi di salute;

2) lo stesso non deve essere perseguito in una situazione di eccessiva incertezza. Infatti, se le regole del sistema sono eccessivamente incerte perché cambiano continuamente, i soggetti (le persone come le aziende) sottoposti alla pressione della concorrenza si preoccupano soprattutto di tutelare se stessi, di raggiungere i propri obiettivi e diminuiranno l'attenzione agli obiettivi generali. Tutto questo può comportare il rischio che vengano pianificate attività a breve termine con la prospettiva di risultati percepibili nell'immediato ma poco qualificanti e scarsamente incisivi a discapito di programmazioni a medio - lungo termine, di più ampio respiro e con un rapporto costi - bene-

fici ben più vantaggioso.

E' quanto rischia di accadere nel sistema sanitario nel quale i continui cambiamenti o le attese di cambiamenti delle regole istituzionali, uniti alle pressioni della competizione, sembrano indurre comportamenti di ripiegamento sui propri obiettivi particolari più che di apertura per una nuova progettualità sulla difficile via volta a garantire la salute come diritto della persona e interesse della comunità.

Conclusioni

Ogni persona che occupa posizioni di responsabilità in un settore, quello sanitario, che diventa sempre più competitivo, si pone oggi un ulteriore imperativo etico e morale: decidere, agire, valutare, controllare. Tutto questo per ridurre il grado di incertezza per le decine, centinaia, migliaia (a seconda dei livelli di responsabilità) di persone che operano nel sistema e con-

sentire loro di vivere "tranquillamente" il clima della competizione al fine di contribuire ad un migliore benessere fisico e psichico di altre persone.

Riteniamo poco produttivo schierarsi ideologicamente o in linea di principio a favore o contro la logica della competizione e cercare di chiarire che, sul piano etico, la competizione può aumentare o ridurre il livello di solidarietà sociale.

E' necessario, invece:

- comprendere a fondo le regole della competizione, prevedendo le possibili distorsioni di comportamenti da essa causate e attivando verifiche e controlli atti ad eliminare queste distorsioni;
- chiarire e mantenere costanti, per un certo periodo, le regole di base di funzionamento del sistema sanitario per ridurre il clima di incertezza che non aiuta a mantenere elevata l'attenzione nei confronti sia dei problemi della solidarietà che dell'efficienza.

Vaccinazione antiepatite A: 11 Stati USA come la Puglia

L'Advisory Committee on Immunization Practice (ACIP), autorevole commissione consultiva che fa capo ai CDC, ha appena emanato nuove raccomandazioni sulle strategie finalizzate al controllo dell'epatite A. Tale patologia rappresenta negli USA un rilevante problema socio-sanitario, costando all'economia nazionale oltre 450 milioni di dollari l'anno. L'ACIP ha rivisto, alla luce di nuove considerazioni scientifiche ed epidemiologiche, le pur recenti linee guida sulle strategie vaccinali contro l'epatite A (MMWR, Recommendations and Reports, 27 dicembre 1996) raccomandando l'introduzione routinaria di questa vaccinazione in bambini e adolescenti negli Stati (o contee) dove l'incidenza annua di malattia nel periodo '87/'97 abbia superato il valore di 20/100.000 (ossia pari al doppio dell'incidenza attesa sul territorio nazionale). Sono undici gli stati americani che superano tale livello di endemia, dall'Arizona all'Alaska, dalla California allo stato di Washington. L'Oklahoma, il Texas e l'Arizona hanno già avviato programmi di vaccinazione nei bambini che frequentano scuole materne e nei dodicenni: per questi Stati il certificato di vaccinazione è requisito fondamentale per l'ammissione a scuola. La strategia indicata è assai simile a quella avviata in Puglia nel 1997, che prevede la vaccinazione dei bambini a diciotto mesi di vita e dei dodicenni; la differenza nella scelta della prima fascia di età è anche dettata dal fatto che il vaccino antiepatite A è licenziato negli USA per l'utilizzo a partire dal terzo anno di vita. Per maggiori dettagli sulle raccomandazioni ACIP contro l'epatite A, si rimanda alla consultazione dell'MMWR, reperibile gratuitamente anche su Internet all'indirizzo www.cdc.gov/epo/mmwr/mmwr.html.

E' nata la Società Italiana della Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni (SIMViM)

Sono ormai numerose le strutture sanitarie, territoriali, ospedaliere ed universitarie che si interessano dei problemi legati alla mobilità delle popolazioni: viaggi all'estero per turismo o lavoro ed emigrazioni. Tali strutture quasi sempre nascono spontaneamente in base ad iniziative individuali; l'assenza di un coordinamento, pertanto, spesso rende difficile mantenere elevati standard qualitativi. Sotto la spinta di tali motivazioni è nata la Società Italiana della Medicina dei Viaggi e delle Migrazioni (SIMViM), che all'atto della sua costituzione si pone i seguenti obiettivi:

- riunire in associazione tutti gli operatori interessati alla medicina dei viaggi;
- definire linee guida uniformi e scientificamente valide da divulgare il più ampiamente possibile tra gli operatori che prestano attività nell'ambito della medicina dei viaggi;
- promuovere la pratica della medicina dei viaggi al più alto standard professionale possibile;
- incoraggiare la ricerca, compresa la promozione e l'organizzazione di studi collaborativi nazionali ed internazionali;
- promuovere studi specifici volti a determinare il rischio delle patologie di importazione ed ottimizzare le strategie di sorveglianza e di controllo;
- promuovere lo scambio di informazioni in tema di medicina dei viaggi mediante l'organizzazione di riunioni scientifiche, la realizzazione di pubblicazioni e di una banca dati;
- collaborare con le organizzazioni nazionali ed internazionali interessate alla tematica della medicina dei viaggi;
- favorire a livello locale centri di riferimento collegati culturalmente con la società.

La quota associativa è di L. 30.000 annue. Per ottenere informazioni riguardanti le modalità di associazione è possibile rivolgersi alla redazione di OER Puglia.

Misure di profilassi per esigenze di Sanità Pubblica

A cura di V. Cipriani

Presidente della sezione Apulo-Lucana della Società di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Già Vittorio Puntoni negli anni '50 asseriva che "... mentre l'epidemiologia è una branca dell'Igiene che si fonda sulla osservazione e sullo studio, la profilassi è una branca d'azione, che prescrive ed applica in pratica le norme di protezione. Le norme generali per la profilassi delle malattie infettive sono contenute nel T.U. delle leggi sanitarie del 1934 agli articoli 253 e seguenti."

Sin da allora i fondamenti della Profilassi erano rappresentati da:

1. la denuncia seguita dall'accertamento diagnostico;
2. l'isolamento, la contumacia e pratiche analoghe;
3. la disinfezione e la disinfestazione;
4. gli interventi di profilassi specifica o individuale: vaccinoprofilassi, sieroprofilassi, chemioprofilassi.

A quasi cinquant'anni di distanza, il Dipartimento di Prevenzione del Ministero della Sanità/Ufficio III con la Circolare n° 4 del 13 marzo 1998 "Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica" individua con scrupolosa minuziosità i "provvedimenti da adottare nei confronti dei soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi o contatti".

Si tratta di una revisione dovuta di due altre precedenti Circolari: la n° 65 del 18 agosto 1983 "Disposizioni in materia di periodi contumaciali per esigenze profilattiche" e la Circolare n° 14 del 31 marzo 1992 "Modifica della Circolare n° 65/83 sulle misure contumaciali - Epatiti Virali".

Nella attuale Circolare n° 4/98 le malattie vengono raggruppate sulla base delle classi di notifica di cui al D.M. 15 dicembre 1990. La Circolare n° 4/98 è composta da una serie di schede tecniche, di cui quella introduttiva ci fornisce un glossario con i significati tecnici dei termini utilizzati.

In particolare vengono date rigorose definizioni di termini che nei nostri Uffici di Igiene sono, a volta, utilizzati con genericità. Il termine "contatto" viene specificato in senso lato ovvero in senso stretto. C'è una pleonastica e riduttiva definizione della "disinfezione continua e terminale". L'isolamento viene specificato in maniera assai dettagliata in domiciliare - stretto - da contatto - respiratorio: una meticolosità, addirittura una pederterità, che evidentemente nasconde la preoccupazione per un personale sanitario non sufficientemente attento, a volte distratto e soprattutto poco preparato nei concetti fondamentali della trasmissione delle malattie infettive!

Così si prosegue per gli altri termini utilizzati: Sorveglianza sanitaria; Sorveglianza clinica; Precauzioni enteriche; Precauzioni standard; Precauzioni per secrezioni/drenaggi. La circolare in premessa ci ricorda, qualora ve ne fosse bisogno, che i "provvedimenti relativi ai malati tendono all'interruzione della catena di trasmissione della malattia".

Così, fra le misure relative ai conviventi e ai contatti, viene precisato che "un'attenzione particolare viene riservata alla possibilità di effettuare la prevenzione primaria". E continua "La vaccinazione, quando esistente, rappresenta il mezzo migliore per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, potendo consentire, in alcuni casi, anche la loro eliminazione ed eradicazione." Chiude, infine dicendo che "trattandosi di un documento che dovrebbe servire da guida per interventi rapidi in caso di manifestazione di malattie trasmissibili, non è stato affrontato l'aspetto relativo all'educazione sanitaria che, in quanto cardine della prevenzione primaria, dovrebbe rientrare nelle attività di base di qualsiasi Operatore impegnato in campo sanitario".

Una Circolare importante che deve accompagnare ogni Operatore impegnato nella Profilassi delle Malattie Infettive.

La meticolosità delle raccomandazioni contenute in premessa e all'interno di ogni scheda nasce evidentemente dalla preoccupazione che le operazioni di Profilassi siano organizzate ed eseguite da Operatori Sanitari che non abbiano nel loro bagaglio culturale sufficienti nozioni di Epidemiologia delle Malattie Infettive, oppure, che nei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL il personale sanitario, direttivo e non, possa appartenere a professionalità che niente hanno a che fare con gli Igienisti: in questo caso la Circolare n° 4/98 conterrebbe una preoccupazione nei confronti delle scelte di alcune Direzioni Generali; ovvero, infine, le preoccupazioni riguarderebbero le modalità di insegnamento dell'Igiene.

In tutti i casi non sarebbe male un confronto con gli estensori della citata Circolare, sia per fugare qualsiasi tipo di preoccupazione sulla preparazione degli Igienisti, sia soprattutto, per rimarcare la grande necessità, a garanzia della Salute Pubblica, che occorrono sempre di più Operatori di Sanità Pubblica in possesso della specializzazione in Igiene.

La Medicina Generale sulla rete

Le risorse disponibili sulla Rete su argomenti di medicina generale sono ovviamente sterminate e risulta spesso assai difficile orientarsi nella navigazione cercando di evitare siti minori o poco aggiornati. In questo numero riportiamo una lista di link che possono aiutare in questo scopo, indirizzando le ricerche su quanto di meglio offre Internet al medico generalista. Da non dimenticare infine la possibilità, già segnalata in precedenza, di eseguire ricerche bibliografiche su Medline in maniera efficiente e gratuita all'indirizzo www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed/

MedWeb

www.MedWeb.Emory.edu/MedWeb/

Il sito, mantenuto dall'Università di Emory, può essere considerato un ottimo punto di partenza per la ricerca di risorse mediche su web. I termini da ricercare possono essere inseriti liberamente o scelti in una lunga lista di parole chiave già indicizzate.

Doctor's Guide

www.pslgroup.com/docguide.com

Certamente fra i migliori siti di medicina non specialistica della Rete è, non a caso, fra i premiati con il Best Top 5% Award. Raccoglie un completissimo archivio di siti medici aggiornato settimanalmente. Le risorse disponibili sono catalogate per settore di interesse o per patologia. Interessante la possibilità di iscriversi (gratuitamente) ad una mailing list per ricevere nella propria casella postale tutte le novità emerse nell'ultima settimana.

Jama

www.ama-assn.org/public/journals/jama/

D'obbligo uno sguardo al sito dell'American Medical Association, il cui organo di stampa (JAMA) rappresenta un punto di riferimento fondamentale per la ricerca medica mondiale. Consultabile gratuitamente l'abstract degli articoli pubblicati.

America's Health Network

www.ahn.com

Sito commerciale completo e ben organizzato su cui reperire indirizzi utili e ricercare informazioni su quanto di recente pubblicato sulla Rete. E' strutturato per argomenti ed è utile soprattutto per ricercare risorse ed informazioni su temi di frequente interesse quali la chirurgia del ginocchio, cardiocirurgia, interventi sul rachide, chirurgia dell'occhio (es. riduzione della miopia), allergie, ecc.

MedPharm - Learning Modules

www.medfarm.unito.it/education/learnin1.html

Sebbene interamente in lingua inglese, il sito è mantenuto dal Dipartimento di Anatomia, Farmacologia e Medicina forense dell'Università di Torino. Utile visitare la home page, ma, in particolare, appare assai interessante la sezione dedicata ai moduli di apprendimento (learning modules). Non tanto completa la lista di link a riviste mediche disponibili in formato elettronico, mentre molto più esauriente l'elenco di libri o manuali di medicina generale consultabili (quasi tutti gratuitamente) su Internet; fra questi segnaliamo il "Family Practice Handbook". E' possibile anche accedere a moduli di apprendimento specifici per argomento.

L'occhio Clinico

epsilon.essai.it/utet/occhio

La versione on-line della rivista medica edita da UTET. Interessante la possibilità di consultare l'archivio dei numeri precedenti, fra l'altro molto ben strutturato.

SIMG e FIMMG su Internet

www.simg.it
www.fimmg.it

La Società Italiana di Medicina Generale e la Federazione Italiana dei Medici di Famiglia sono entrambe presenti su Internet con due siti ben strutturati ed aggiornati; molte soprattutto le informazioni riguardanti i problemi legati alla professione di medico di famiglia. Il sito SIMG è attualmente in fase di riallestimento. Entrambi questi siti possono costituire un buon punto di partenza per la navigazione.

Piano regionale per il controllo ufficiale dell'immissione in commercio e dell'utilizzazione di prodotti fitosanitari

A cura di N. Pagliarone
responsabile del Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione del Dipartimento di Prevenzione della ASL Taranto 1
consulente dell'Assessorato alla Sanità della Regione Puglia.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 febbraio 1998, n. 56.

Con il Decreto Legislativo n. 194 del 17.3.95 è stata data attuazione alla Direttiva Comunitaria 91/414 CEE in materia di prodotti fitosanitari.

All'articolo 17 del suddetto Dec. Leg. 194/95 relativo al controllo ufficiale dell'immissione in commercio e dell'utilizzazione di Prodotti fitosanitari, viene sancito che il Ministro della Sanità entro il 31 ottobre di ciascun anno adotta Piani Nazionali Annuali per il controllo ufficiale in materia.

Il Ministero della Sanità ha emanato, come richiesto dal Dec. Leg. 194/95 il D.M.S. 26.4.96 e D.M.S. 9.6.97 adottando i relativi piani nazionali annuali e richiedendo alle Regioni e Province autonome di adottare i loro piani regionali (provinciali) annuali entro termini ben precisi trasmettendo al Ministero della Sanità entro il 31 maggio di ogni anno i risultati di detti piani e consentendo al Ministero di inviare a sua volta entro il 31 luglio i dati nazionali alla Comunità Europea. Per l'anno 1998 il Ministero non ha emanato il relativo D.M. ma una nota circolare 600.14/5a/44.105/2241 del 7 maggio 1998 con la quale ha invitato Regioni e Province autonome ad attuare i piani regionali.

Nello stesso articolo 17 viene inoltre sancito che il Ministero della Sanità di concerto col Ministero dell'Ambiente adotta Piani Nazionali Triennali:

- per controllare e valutare gli effetti dei P.F. sugli operatori e sulla popolazione esposta con il coordinamento dell'ISS
- per controllare e valutare gli effetti dei P.F. sul comparto ambientale, acque superficiali e sotterranee, organismi non bersaglio, con il coordinamento dell'ANPA
- per controllare e valutare gli effetti della simultanea presenza di P.F. nello stesso alimento, con il coordinamento dell'I.S.S.

La Regione Puglia con Del. G.R. n 56 del 4.02.98 pubblicato sul BURP n 29 del 19.03.98 ha adottato il Piano Regionale Annuale per il controllo ufficiale dell'immissione in commercio e della utilizzazione dei prodotti fitosanitari ai sensi dei DD.MM. sopra citati.

In detto atto regionale sono state individuate in dettaglio le attività oggetto del piano stesso:

- indirizzi per eseguire le attività o misure operative (vigilanza e controllo-ispettivo-analitico, flussi informati, raccolta elaborazione dati)
- individuare le prioritarie attività da svolgere in rapporto alle realtà locali
- individuare le Istituzioni (regionali – assessorati e territoriali – PMP, IZS, DP) preposte ed i loro compiti
- individuare l'Autorità Regionale di coordinamento delle varie Istituzioni.

Tutte le attività mirano: alla vigilanza e controllo sul commercio dei P.F.; alla vigilanza e controllo sull'utilizzazione dei P.F. privilegiando in questa fase gli interventi formativi; alla vigilanza e controllo sulle matrici alimentari per la ricerca dei residui di P.F. in/su i prodotti. Tale estesa sorveglianza è diretta alla riduzione dei rischi per gli alimenti, acque potabili, ambiente derivanti dall'uso in agricoltura di tali sostanze chimiche di sintesi.

Per quanto attiene alla fase della vigilanza e controllo in sede di commercio, le finalità sono rappresentate da attenta sorveglianza per la riduzione dei rischi derivanti da detenzione e vendita di P.F., dal contenuto di sostanza attiva, dal commercio di P.F. non autorizzati, revocati, clandestini.

Le operatività d'altro canto consistono in:

- verifica dei requisiti strutturali dei locali di deposito ed esercizi di vendita con almeno un sopralluogo all'anno (DPR 1255/68 Artt. 9, 10, 11, 22 e Circ. Min. San. 15/93)
- verifica dei documenti di vendita (registro di carico e scarico)
- controllo del titolo dei formulati
- verifica degli imballaggi (Art. 15) e delle etichette (Art. 16 D. L.vo 194/95)
- prelievo campioni di almeno 10 formulati per ASL tra fungicidi, insetticidi, diserbanti, acaricidi e sostanze attive a frasi di rischio R40, dei prodotti fitosanitari a più alto consumo locale. Sono stati riportati in allegato alla delibera elenchi di sostanze attive più usate in ciascun ambito provinciale (Art. 26-21 DPR 1255/68).

Per quanto attiene alla fase della vigilanza e controllo in sede di utilizzo le finalità sono rappresentate dalla Sorveglianza per la riduzione dei rischi derivanti dalla detenzione e utilizzo di P.F. Le operatività invece consistono in:

- possesso dell'autorizzazione all'acquisto (patentino – Art. 23, 24 DPR 1255/68) Del.G.R. 9477/97 "nuove disposizio-

ni sulle attività corsuali”

- idoneità strutturale, impiantistica, igienico sanitaria del deposito di P.F. nell'azienda agricola
- numero di dipendenti dell'azienda agricola (D.L.vo 626/94)
- informazione continua agli addetti sui rischi connessi all'attività da parte del titolare anche per aziende a conduzione familiare
- funzioni del medico competente (accertamenti sanitari preventivi e periodici)
- verifica dei DPI (dispositivi di protezione individuale D.L.vo 475/92) e delle attrezzature (taratura e collaudi periodici DPR 459/96)
- corretto smaltimento dei contenitori vuoti di P.F. (D.L.vo 22/97)
- attività di formazione professionale agli addetti (ASL – IPA)
- attività di informazione e divulgazione (ASL – IPA)
- attività di assistenza tecnica (IPA)
- favorire l'adesione al Reg. CEE 2078/92 per una produzione agricola integrata e/o guidata (biologica) e quindi riduzione dell'impiego di P.F. (IPA).

Le ASL hanno organizzato, in collaborazione con l'Università di Bari, corsi di formazione per il proprio personale sanitario impegnato a sua volta nei corsi di preparazione e nelle commissioni d'esame per il patentino. Gli IPA, d'intesa con le Amm. Comunali e con le Associazioni di categoria, organizzano corsi di formazione agli operatori agricoli.

Per quanto attiene alla vigilanza e controllo sulle matrici alimentari, sull'ambiente e sulla fauna per la ricerca dei residui di sostanze attive dei P.F. le finalità sono rappresentate da attenta sorveglianza per la riduzione dei rischi derivanti dalla presenza, oltre i limiti di legge, di residui di sostanze attive dei P.F. in/su alimenti vegetali, animali oltre alle acque potabili e all'ambiente. Le operatività consistono in:

- vigilanza e controllo su alimenti ortofrutticoli e animali (DP SIAN e SIAV-B piano residui D.L.vo 118/92)
- vigilanza e controllo su acque potabili (Del. G.R. 368/96 – D.P., SISP e SIAN)
- vigilanza e controllo su acque superficiali e sotterranee (D.P., SISP e SIAN)
- vigilanza e controllo su fauna stanziale e migratoria, ittio fauna, entomofauna utile (SIAV)
- vigilanza e controllo su smaltimento dei contenitori vuoti di P.F. (SISP)

Con il D. M. San 23.12.92 recepimento della direttiva CEE 90/642, modificato dal DMS 30.07.93 è stato richiesto alle regioni e province autonome un programma di controlli diretti a verificare il rispetto delle quantità massime di residui di sostanze attive dei P.F. su/in prodotti alimentari (Art. 5 lett. h – L.283/62).

La Regione Puglia, in ottemperanza, ha adottato il proprio piano di controllo con Del. G.R. 1490/93 riportando le verifiche agli ambiti provinciali ed alle produzioni regionali ed extra-regionali. Detto piano è stato reiterato per gli anni 1994, 1995, 1996. Successivamente la Regione ha ritenuto di adeguare la predetta deliberazione formulando un nuovo programma relazionato, questa volta, agli ambiti distrettuali delle ASL. (Del. G.R. 5149/96).

Per quanto riguarda, infine, le Istituzioni cointeressate al piano regionale annuale adottato con la delibera G.R. 56/98, sono: l'Assessorato alla Sanità, l'Assessorato alle risorse agricole, alimentari e forestali, l'Assessorato all'Ambiente, l'Assessorato LL.PP., gli IZS, i PMP e i Dipartimenti di prevenzione articolati nei loro Servizi. Rappresentanti di dette Istituzioni hanno costituito presso l'Assessorato alla Sanità un gruppo di lavoro interdisciplinare permanente, gruppo che sarà supportato da una struttura tecnico-amministrativa formata da personale proveniente dalle varie Istituzioni cointeressate, con il principale compito di gestione di un corretto funzionamento dei flussi informativi dalla periferia alla Regione.

rubriche

V SEZIONE

la terapia dell'Alzheimer

A cura di B. Paradiso,
responsabile del settore di documentazione biomedica del CIMEDOC (Centro Interdipartimentale di servizi per la Metodologia della sperimentazione e la Documentazione biomedica) dell'Università di Bari.

Soholm, B;
Clinical improvement of memory and other cognitive functions by Ginkgo biloba: Review of relevant literature, Advances in therapy 1998; 15(1):54-65

Il ginkgo biloba è un estratto di pianta utilizzato per alleviare i sintomi associati ai deficit cognitivi come: disturbi della memoria, difficoltà di concentrazione, diminuzione della vigilanza, tinnito e vertigini. Studi farmacologici hanno dimostrato che l'effetto terapeutico del ginkgo si basa su numerosi costituenti attivi con proprietà vasoattive e di eliminazione dei radicali liberi. L'uso dell'estratto di ginkgo, sia nelle demenze di tipo Alzheimer o nel multifarto sia nel caso di insufficienza cerebrale (un complesso di sintomi legato all'età e correlato ad una cattiva circolazione cerebrale), si basa principalmente sui risultati positivi di studi placebo-controllati e di buona qualità che hanno coinvolto circa 1.200 pazienti secondo i criteri stabiliti dalla Classificazione Internazionale delle Malattie (IV e X revisione, ICD-9 e ICD10) o secondo la terza revisione del manuale diagnostico e statistico (DSM III-R) (demenza senza complicanze). È stato misurato un effetto pari al 25% di riduzione dei sintomi cognitivi. I disturbi della memoria e i deficit di concentrazione e vigilanza sono stati i primi sintomi a scomparire, mentre il tinnito e le vertigini sono migliorati qualche tempo dopo. Sono state necessarie da quattro a sei settimane prima che potesse verificarsi un effetto evidente. Il vantaggio farmacologico del ginkgo sembra avere un profilo di effetti collaterali molto tollerabili.

Schmidt-B; Heinig-R;
The pharmacological basis for metrifonate's favourable tolerability in the treatment of Alzheimer's disease, Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 1998; 9 Suppl. 2:15-19

Il metrifonato, attraverso il suo metabolita farmacologicamente attivo 2,2-diclorovinyl dimetilfosfato (DDVP), è un inibitore della colinesterasi ad azione prolungata per il trattamento sintomatico della malattia di Alzheimer lieve o moderata. Studi clinici effettuati su pazienti affetti da Alzheimer hanno dimostrato il buon profilo di sicurezza e tollerabilità di questo farmaco legato in buona parte alle sue caratteristiche farmacocinetiche. Il metrifonato, a dosi terapeutiche per la malattia di Alzheimer, raggiunge livelli alti di inibizione della colinesterasi. Buona appare anche la possibilità di associare il metrifonato ad altri farmaci utilizzati nella terapia a lungo termine dei pazienti affetti da Alzheimer.

Spencer CM; Noble S;
Rivastigmine. A review of its use in Alzheimer's disease, Drugs and aging 1998; 13(5):391-411

La rivastigmina (SDZ ENA 713) è un inibitore dell'acetilcolinesterasi carbammato ad azione prolungata reversibile e non competitivo che viene indicato come trattamento orale per pazienti affetti da malattia di Alzheimer lieve o moderata. Il farmaco è stato valutato per questo uso in 3 trial clinici di fase II/III di 26 settimane che hanno interessato 1.479 soggetti trattati con rivastigmina e 647 con placebo. La maggior parte di questi pazienti avevano disturbi concomitanti che venivano trattati con numerosi altri farmaci. I risultati individuali di questi trial indicano che la rivastigmina da 6 a 12 mg/giorno provoca significativi miglioramenti cognitivi, globali e funzionali. Il più basso dosaggio di 1-4 mg/giorno non è stato efficace quanto quello di 6-12 mg/giorno. La rivastigmina causa effetti avversi che sono generalmente quelli attesi da un inibitore dell'acetilcolinesterasi. Generalmente sono da lievi a moderati, di breve durata e regrediscono in seguito ad una riduzione del dosaggio. Dati non pubblicati riguardanti 3.989 pazienti indicano che la rivastigmina e il placebo producono in misura sovrapponibile effetti avversi gravi, modificazioni dei parametri di laboratorio, di ECG e di segni vitali cardiorespiratori. Gli effetti più comuni erano quelli gastrointestinali, del sistema nervoso centrale e periferico. Tuttavia, rispetto al placebo, la rivastigmina provocava più comunemente effetti avversi derivanti dalla cessazione del trattamento. Questi ultimi sono stati molto frequentemente gastrointestinali e più comuni nelle donne. Conclusione: la rivastigmina è un farmaco utile per il trattamento di pazienti con malattia di Alzheimer da lieve a moderatamente grave. Sebbene siano disponibili soltanto confronti a breve termine con il placebo, data la mancanza di alternative terapeutiche, la rivastigmina dovrebbe essere considerata di prima scelta in questa popolazione.

Le citazioni sono state selezionate tra i lavori pubblicati a partire dal 1998 e reperiti interrogando le banche dati: CURRENT CONTENTS, EMBASE, MEDLINE, PREMEDLINE.

Ieni J; Warner JP;
Donepezil improved cognitive and global function in mild-to-moderate Alzheimer disease,
Evid Based Medicine 1998 100 1e;
3/5 (155)

Rogers S.L.; Farlow MR; Doody R.S.; Mohs R., Friedloff LT; and the Donepezil Study Group;
 A 24 week, double-blind, placebo-controlled trial of donepezil in patients with Alzheimer's disease, *Neurology* 1998, 50:136-45

Domanda: In pazienti con malattia da Alzheimer da lieve a moderata, il donepezil può migliorare la funzione cognitiva e globale?

Disegno: Trial randomizzato, doppio-cieco, placebo-controllato con 24 settimane di trattamento seguito da una fase di interruzione del placebo di 6 settimane.

Luogo del trial: 20 siti negli Stati Uniti.

Pazienti: 473 pazienti \geq 50 anni (età media 73 anni, 62% donne) con malattia di Alzheimer senza complicanza.

Intervento: a 154 pazienti sono stati somministrati 5 mg/giorno di donepezil, a 157 10 mg/giorno (5 mg/giorno per la 1 settimana e 10 mg/giorno per le rimanenti 23 settimane dello studio), e a 162 è stato somministrato il placebo.

Valori principali misurati: punteggi sulla parte cognitiva dell'Alzheimer Disease Assessment Scale (ADAS-cog) e del Clinician's Interview-based Impression of Change Scale che comprendevano informazioni sulla terapia somministrata (CIBIC-plus)

Risultati principali: La funzione cognitiva e i punteggi clinici globali sulla scala CIBIC-plus hanno dimostrato un sensibile miglioramento nei pazienti dei gruppi trattati con donepezil a 5 e 10 mg/giorno rispetto a quelli del gruppo placebo (rispettivamente $P \leq 0.001$ e $P \geq 0.005$ a 24 settimane). Nessun beneficio è stato riscontrato rispetto alla qualità della vita. Gli effetti collaterali del donepezil sono stati generalmente transitori e lievi (registrati più frequentemente nausea e vomito).

Conclusioni: Il donepezil ha migliorato la funzione cognitiva e globale nei pazienti con malattia di Alzheimer lieve o moderata.

Commento: Immaginate di avere un'automobile. Se l'automobile funzionasse normalmente, dovrete percorrere 70 miglia/ora. Invece, riuscite a percorrere soltanto 43 miglia/ora. Spendete 24 settimane e una certa quantità di denaro per l'automobile, e alla fine riuscite a percorrere 46 miglia/ora. Siete contenti di questo risultato?

Questa domanda è fondamentale. Sebbene una differenza di 3 punti su 70 (della scala ADAS-Cog) tra il donepezil a 10 mg/giorno e il placebo sia statisticamente significativo, è anche clinicamente significativo?

Questo studio di Rogers e al. è soltanto il secondo trial pubblicato sul donepezil e entrambi gli studi sono stati finanziati dal produttore. Lo studio appare metodologicamente corretto, sebbene la mancanza di miglioramenti sulla qualità della vita e le attività quotidiane sono difficilmente conciliabili. Anche lo studio precedente su 12 settimane non ha riscontrato miglioramenti nella qualità della vita con il donepezil.

Come moltissimi studi di fase 3, la possibilità di tradurre questi risultati nella pratica routinaria viene ostacolata dal fatto che la popolazione del trial è verosimilmente più sana di una popolazione osservata nella pratica clinica di routine. Resta ancora da dimostrare se i risultati sarebbero in qualche misura differenti in una popolazione più eterogenea.

Esiste ancora qualche dubbio che il donepezil dia qualche beneficio ad alcuni pazienti. Dati la sua tollerabilità e il profilo di sicurezza relativamente buoni e a patto che si possano sopportare i costi, un trial terapeutico può essere giustificato per scoprire se il paziente che avete di fronte a voi è uno dei fortunati.

Risposta dell'Autore: Il mantenimento della funzione è un risultato notevole in una patologia progressiva. Dei 6 pazienti ai quali sono stati somministrati 10mg/giorno di donepezil, 3 hanno evidenziato un netto miglioramento (4 punti ADAS), e in 5 su 6 è stato evidenziato o un miglioramento o un mantenimento dei livelli della funzione cognitiva. Aiutare un'automobile a mantenere o migliorare la sua velocità è meglio che farla rallentare.

Piano Nazionale Vaccini 1999/2000

Poliomielite

Dal 1982 la copertura vaccinale appare in generale soddisfacente, non vengono registrati casi indigeni di malattia, però esistono ancora aree dove essa è inferiore al 90% (Campania, Molise, provincia autonoma di Bolzano). Nelle aree dove la copertura vaccinale è ancora inferiore al 95% è necessario intensificare le attività vaccinali routinarie allo scopo di allineare la copertura stessa agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. L'offerta attiva della vaccinazione ed il rispetto del calendario vaccinale devono essere garantiti su tutto il territorio. E' opportuno pianificare il passaggio dalla strategia vaccinale con OPV ad uno schema sequenziale IPV-OPV.

Difterite e tetano

Copertura vaccinale soddisfacente e stabile nel tempo; vengono ancora segnalati casi sospetti di difterite dei quali, negli ultimi anni, almeno uno è stato confermato batteriologicamente. Circa un centinaio di casi di tetano viene registrato ogni anno negli adulti. La regione Campania ha una copertura vaccinale <90%. Nelle aree dove la copertura vaccinale è ancora inferiore al 95% è necessario intensificare le attività vaccinali routinarie allo scopo di allineare la copertura stessa agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. L'offerta attiva della vaccinazione ed il rispetto del calendario vaccinale devono essere garantiti su tutto il territorio.

Pertosse

Con l'introduzione dei vaccini acellulari la copertura vaccinale è radicalmente aumentata in pochi anni. L'incidenza della malattia è ancora largamente superiore a 1/100.000 (obiettivo OMS) e, d'altra parte, l'incremento della copertura vaccinale è troppo recente per avere un impatto evidente sulla incidenza della malattia. Alcune regioni hanno già coperture vaccinali che soddisfano gli obiettivi prefissati dal Piano Sanitario Nazionale. Nelle aree dove la copertura vaccinale è ancora inferiore al 95% è necessario intensificare le attività vaccinali routinarie allo scopo di allineare la copertura stessa agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. L'offerta attiva della vaccinazione ed il rispetto del calendario vaccinale devono essere garantiti su tutto il territorio.

Epatite B

La copertura vaccinale è elevata tranne poche eccezioni (Campania e Molise). L'incidenza della malattia nei bambini è minima e il trend delle infezioni è in decremento. La copertura vaccinale nelle coorti dei dodicenni non è del tutto soddisfacente. Nelle aree dove la copertura vaccinale è ancora inferiore al 95% è necessario intensificare le attività vaccinali routinarie allo scopo di allineare la copertura stessa agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. L'offerta attiva della vaccinazione ed il rispetto del calendario vaccinale devono essere garantiti su tutto il territorio.

Lo schema vaccinale che prevede la vaccinazione dei lattanti e degli adolescenti deve essere mantenuta fino al 2003, epoca nella quale la maggioranza dei soggetti tra 0 e 24 anni saranno vaccinati.

Morbillo, parotite e rosolia

Un lieve incremento della copertura vaccinale per il morbillo è stato registrato negli ultimi anni, specie in alcune regioni (vedi studio di copertura vaccinale 1993-ISS). La copertura per il morbillo è comunque insufficiente sul territorio nazionale e non è allineata ai valori osservati negli altri Paesi europei. La copertura vaccinale per parotite e rosolia è uguale a quella registrata per il

Il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 "Un patto di solidarietà per la salute" è stato da tutti apprezzato perché nettamente orientato alla prevenzione. Una delle quattro aree prioritarie di intervento nella lotta alle malattie infettive è rappresentata dai programmi di vaccinazione.

L'importanza delle vaccinazioni fra le strategie prioritarie di intervento del Ministero della Sanità è stata ulteriormente sottolineata con la nomina di una Commissione di esperti incaricata di predisporre proposte per l'aggiornamento delle norme attualmente vigenti e delle raccomandazioni in materia di vaccinazioni obbligatorie e facoltative. Il documento finale è passato al vaglio del Consiglio Superiore di Sanità prima della pubblicazione definitiva; dalla bozza di questo documento riportiamo qui di seguito alcuni stralci significativi.

morbillo. L'incidenza del morbillo è ancora elevata. Si è assistito, inoltre, ad un progressivo spostamento in avanti della età media della malattia come effetto di una non efficiente politica vaccinale. L'alta incidenza della malattia si traduce in un elevato numero di decessi (6 nel solo 1994) e di complicanze gravi.

La rosolia congenita è stata oggetto di notifica obbligatoria negli anni 1987-91. In corrispondenza di un picco epidemico nel 1989 furono notificate alcune decine di casi.

L'adeguamento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale e dell'OMS per la copertura vaccinale contro il morbillo è sicuramente il provvedimento più urgente da intraprendere. L'offerta attiva della vaccinazione MPR deve essere garantita tra i 12 e i 15 mesi di vita a tutti i bambini. In presenza di adeguate risorse o laddove la copertura vaccinale nel secondo anno di vita sia già >95% è opportuno pianificare strategie di recupero dei suscettibili ad età maggiori ed eventualmente somministrare una seconda dose tra i 5 e 12 anni di vita.

La strategia per la prevenzione della rosolia congenita deve prevedere la vaccinazione di tutti i bambini nel secondo anno di vita, e l'offerta attiva alle donne in età fertile.

E' necessario ripristinare la notifica per i casi di rosolia congenita, fornendo una adeguata definizione di caso.

Haemophilus influenzae tipo b

Il vaccino contro l'Hib è disponibile in Italia dal 1995. Dal 1994 esiste un sistema di sorveglianza per le meningiti batteriche e dal 1997 esiste un sistema di sorveglianza basato sulle notifiche da parte dei laboratori delle infezioni invasive da Hib.

La copertura vaccinale è ancora molto bassa su tutto il territorio. Sono in corso analisi della incidenza del numero di casi da malattie invasive da Hib che permetteranno di valutare con maggiore precisione la frequenza di queste malattie e di calcolare la quota di esse prevenibile con la vaccinazione. I risultati preliminari degli studi di sorveglianza indicano che alcune regioni settentrionali hanno una elevata incidenza, mentre sul resto del territorio l'incidenza è minore che negli altri Paesi europei.

E' opportuno aumentare progressivamente la copertura vaccinale per allinearsi agli obiettivi indicati dal Piano Sanitario Nazionale.

Obiettivi operativi indicati dal Piano Sanitario Nazionale per il controllo delle malattie prevenibili con la vaccinazione.

Poliomielite	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età. Eradicazione del virus selvaggio
Difterite, Tetano, Morbillo, Rosolia, Parotite, Pertosse, Epatite B, Haemophilus influenzae tipo B	Copertura vaccinale di almeno il 95% su tutto il territorio entro i 2 anni di età
Influenza	Copertura vaccinale di almeno il 75% per i soggetti di età maggiore ai 64 anni

rubriche

V SEZIONE

La Puglia in cifre

Popolazione residente in Puglia, distinta per sesso, per ASL. Anno 1997 fonte ISTAT.

ASL	M	F	totale
BA/1	118.138	122.829	240.967
BA/2	139.467	141.701	281.168
BA/3	105.571	108.653	214.224
BA/4	289.964	302.990	592.954
BA/5	116.820	123.000	239.820
BR/1	200.668	214.238	414.906
FG/1	107.825	112.266	220.091
FG/2	106.783	108.657	215.440
FG/3	127.893	134.214	262.107
LE/1	226.875	247.408	474.283
LE/2	164.852	178.898	343.750
TA/1	288.107	302.251	590.358
totale	1.992.963	2.097.105	4.090.068