

DISUGUAGLIANZE E RICOVERO NEL PRIMO ANNO DI VITA

Emilia-Romagna 2011

8° rapporto sui dati del
Certificato di Assistenza al Parto
(CedAP) anno 2010

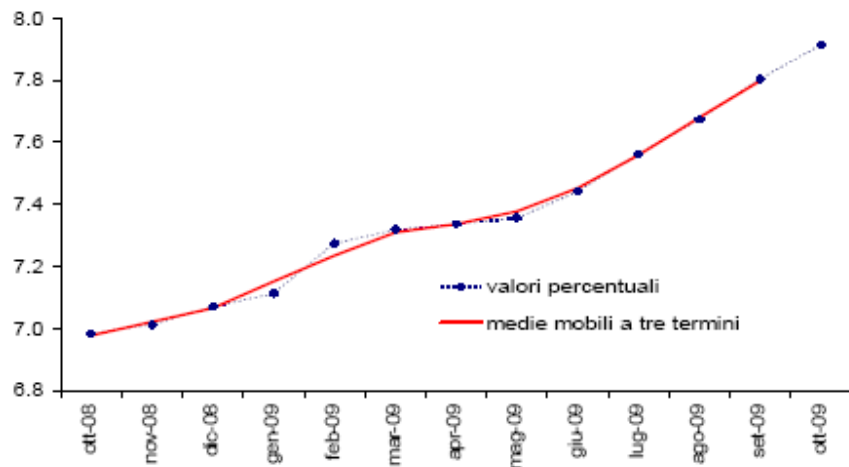
Nicola Caranci

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Emilia-Romagna



... ancora perché studiare le **disuguaglianze**

OCSE, 9 novembre 2009: il tasso di disoccupazione nei paesi OCSE (a settembre) è pari a 8,6%, aumentato del 2,3% rispetto ad un anno prima



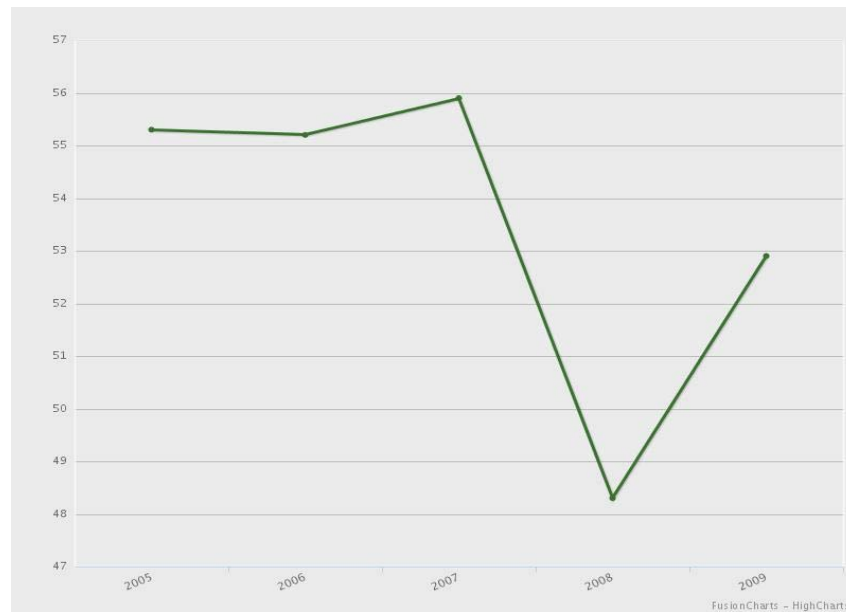
Tasso di disoccupazione

Istat, 1 dicembre 2009: il tasso di disoccupazione (in Italia a ottobre) ha raggiunto l'8% (2 milioni di potenziali lavoratori); quello femminile è pari al 9,5%, con un aumento dello 0,9% rispetto a ottobre 2008

http://www.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20091201_00/

Famiglie che giudicano adeguate le risorse economiche
(indagine annuale AVQ)

<http://www.istat.it/it/condizioni-economiche-delle-fami>



Perché studiare le **disuguaglianze in salute?**

**SALUTE ED EQUITÀ':
alcuni passaggi storici**

1948: Dichiarazione Univ. dei Diritti Umani (ONU, art. 25)
Costituzione italiana (art. 32)

1978: Dichiarazione di Alma Ata (OMS)
Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

2003: Lee Jong-wook (dir. gen. OMS): «gli interventi rivolti a ridurre le malattie e a salvare le vite hanno successo solo se questi si occupano dei **determinanti sociali della salute**»

2008: Rapporto conclusivo della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute OMS ([Closing the gap in a generation](#))

2009: - Piano Sanitario e Sociale Regionale, Emilia-Romagna

- Comunicazioni Commissione Unione Europea:

1. non solo PIL – Ama Ata in economia?

2. Solidarietà in materia di salute:

riduzione delle disuguaglianze di salute nell'UE

In più → 1 dicembre 2009: entra in vigore la **Carta europea dei diritti**, siglata a Lisbona nel 2000. (Art. 35)

2011: - Piano Sanitario Nazionale (che richiama **Carta di Tallin**, 2008)

- **Piano della Prevenzione 2010-2012**, Emilia-Romagna

- Piano Programma Agenzia Sanitaria e Sociale 2011-2013

Perché studiare le **disuguaglianze nel percorso nascita?**

La particolare attenzione a quest'epoca della vita è determinata da più elementi:

- Numerosi studi hanno mostrato una **associazione tra condizioni di svantaggio socio-culturale e maggior rischio di natimortalità, mortalità neonatale e post-natale.**

Paesi industrializzati (ultimi 20 anni):
 riduzione forte dei tassi di mortalità perinatale ed infantile,
persistenza e in alcuni casi aumento il divario nei tassi secondo la condizione socio-culturale
 (in particolare il diverso grado di istruzione della madre).

Equity from the start

- Le **diseguaglianze** nel corso della gravidanza possono influenzare, oltre che la salute materna, quella fetale.

Ipotesi: **la gravidanza** e la salute in epoca fetale e nei primi anni di vita è un **importante determinante di alcune patologie in età adulta.**

Life course approach

Frequenze (%), OR^a e I.C. 95% stimati di nascita pretermine*, donne partorienti e residenti in Emilia-Romagna, 2005-2009

Nazionalità materna	Frequenza %	OR ^a (IC 95%)	Totale nati
Nigeria	12,3	2,06 (1,74-2,43)	1.419
Costa d'Avorio	11,4	1,98 (1,33-2,94)	254
Bulgaria	11,2	2,08 (1,32-3,29)	188
Repubblica Dom.	10,8	1,81 (1,12-2,92)	194
Ghana	10,6	1,71 (1,38-2,11)	937
India	10,3	1,74 (1,44-2,11)	1.270
Filippine	10,1	1,66 (1,27-2,16)	642
Bangladesh	10,0	1,8 (1,39-2,33)	697
Serbia e Montenegro	9,7	1,72 (1,2-2,46)	372
Perù	9,4	1,45 (0,91-2,29)	267
Romania	9,1	1,59 (1,4-1,8)	3.489
Senegal	8,3	1,27 (0,89-1,8)	482
Sri Lanka	8,2	1,35 (0,96-1,9)	451
Pakistan	7,8	1,28 (1,02-1,61)	1.160
Turchia	7,1	1,14 (0,77-1,69)	392
Immigrate	7,0	1,17 (1,11-1,24)	41.050
Ucraina	6,7	1,11 (0,83-1,49)	864
Polonia	6,7	1,11 (0,85-1,45)	976
Ecuador	6,7	1,05 (0,67-1,66)	331
Albania	6,6	1,09 (0,73-1,65)	393
Italiane	6,4	1,0	141.212
Cuba	6,3	1,01 (0,59-1,74)	270
Brasile	6,2	1,01 (0,66-1,54)	418
Albania	6,0	1,01 (0,88-1,16)	4.945
Macedonia	6,0	1,04 (0,73-1,48)	644
Marocco	5,7	0,92 (0,83-1,02)	8.192

...

Le donne provenienti dal Sub-Sahara, dal Sub-continente asiatico e dalla Bulgaria hanno un maggior rischio di avere una gravidanza pretermine. Dati analoghi si registrano in studi anglosassoni.

Da: "la salute degli immigrati in Emilia-Romagna":
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/fit/fit_formation/conv_immigrati.htm

^a OR: *Odds Ratio* calcolato rispetto alle donne con cittadinanza italiana, aggiustato per età, condizione occupazionale, scolarità e stato civile.

* sono stati selezionati i parti singoli.

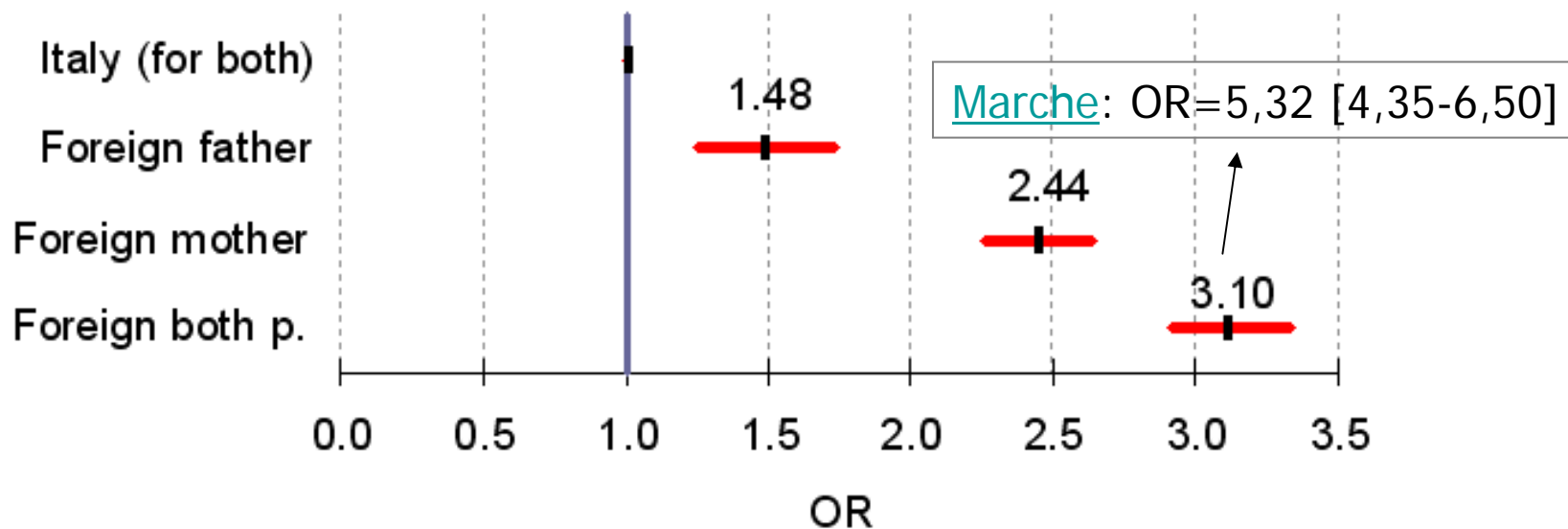


Inoltre una revisione sistematica (Bollini, 2009) in 12 **paesi** europei (dal 1966 al 2004) evidenziano un **rischio incrementato del 24%**, che però risulta **attenuato in quelli con maggior livello di integrazione.**

(Bollini et al., Soc Sci Med. 2009; 68: 452-461.)

In comparison to mothers (and fathers) born in Italy, **non-natives** have **higher risks** regarding indicators of **minor assistance** and **slightly higher risk of preterm birth**, while **risk of hospital admission during pregnancy and of caesarean delivery is slightly lower**

Insufficient number of visit during pregnancy and parents' country of birth:



Among mothers born in Italy, **low education level** (schooling years: SY<13) is associated with **minor assistance in pregnancy** (e.g.: less than 4 visits; low Vs. high education: OR=1.41, 95% CI: 1.26-1.59), **higher risk** of having **caesarean delivery** and **preterm newborn** (OR=1.38, 95% CI: 1.29-1.48).

Moreover, there is a trend in relations observed in three categories of education (low, medium, high \cong [SY>16]) considered.

Lastly, **among mothers' main country of birth there are various differences**; in particular Sub-Saharan mothers have a higher risk of caesarean delivery (OR=1.67; 95% CI: 1.56-1.79) and of preterm, together with mothers born in Sub-continental Asia (OR: 1.79, CI 95%: 1.60-2.00; OR: 1.54, CI 95%: 1.37-1.74).

Finalità dall'applicazione

➤ Obiettivo generale:

descrizione delle disuguaglianze socio-demografiche

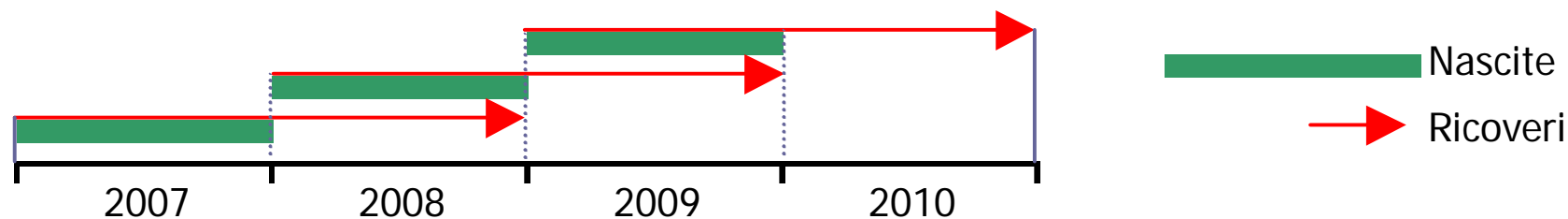
- nel tipo di ricovero alla nascita (neonato sano Vs neonatologia o altro ricovero normale)
- nei tasso di ospedalizzazione generale e per gruppi di cause

→ Obiettivi specifici:

- trarre ulteriori indicazioni sugli "esiti neonatali"
- ricavare una prima stima della "ospedalizzazione infantile"
- avviare un'analisi *life course* (a partire dalle condizioni materne)

Materiali e "organizzazione metodi"

- Banca dati dei **CedAP**, anno **2007-2009** ($N_{\text{semplici}}=121.073$)
 contiene per ogni nascita:
informazioni sanitarie e delle
condizioni socio-demografiche (CSD) della madre
- **ricoveri** nel primo anno di vita **2007-2010**



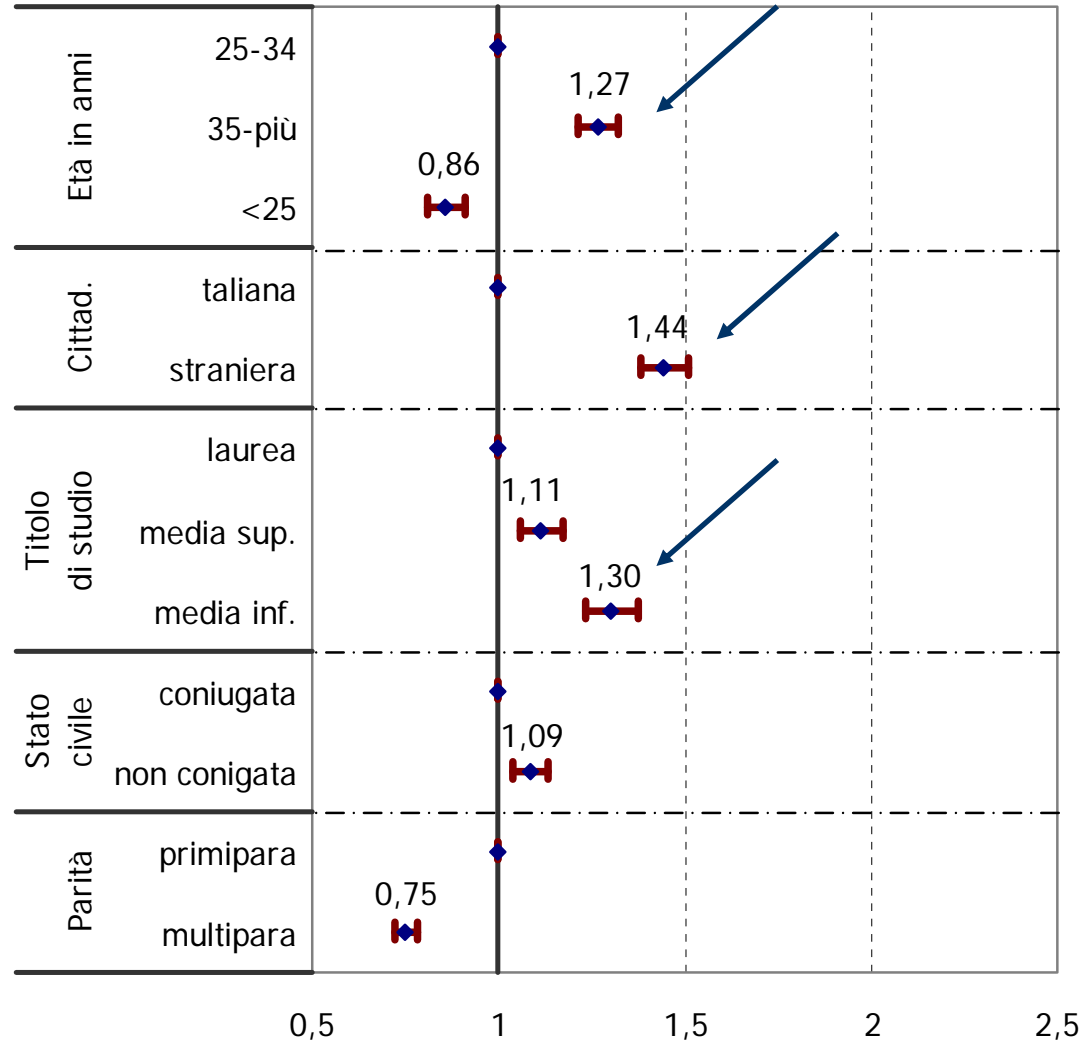
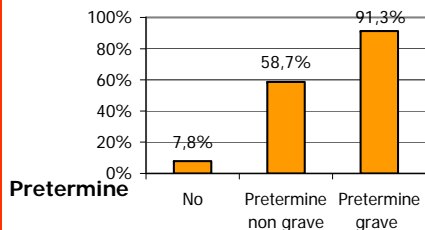
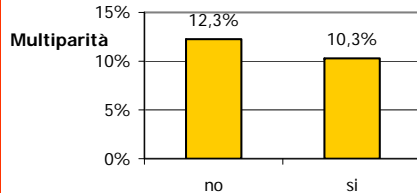
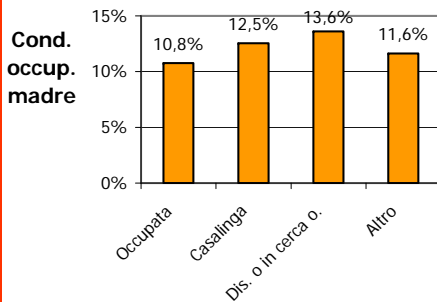
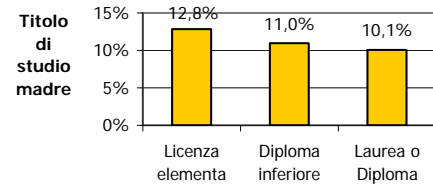
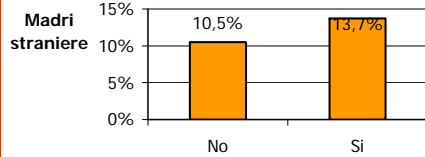
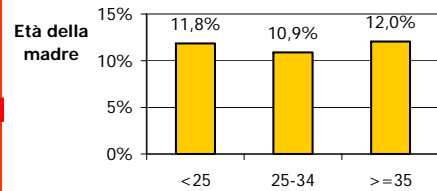
- Disegno: **coorte di nati**, chiusa e "**seguita**" per un anno **tramite l'archivio SDO**

→ N_{semplici} collegati all'archivio SDO = **118.317** (**97,7%***);
 - ricoveri di nascita (neonatologia o altro r.): 13.440 (11,4%)
 - ricoveri successivi (dopo il 2° giorno di vita): **19.596**

* linkage tramite 'numero di riferimento SDO neonato' e altre chiavi applicate *ad hoc*

Condizioni socio-demografiche della madre

e rischio di ricovero alla nascita *Odds Ratio* e intervalli di confidenza al 95% (IC95%)

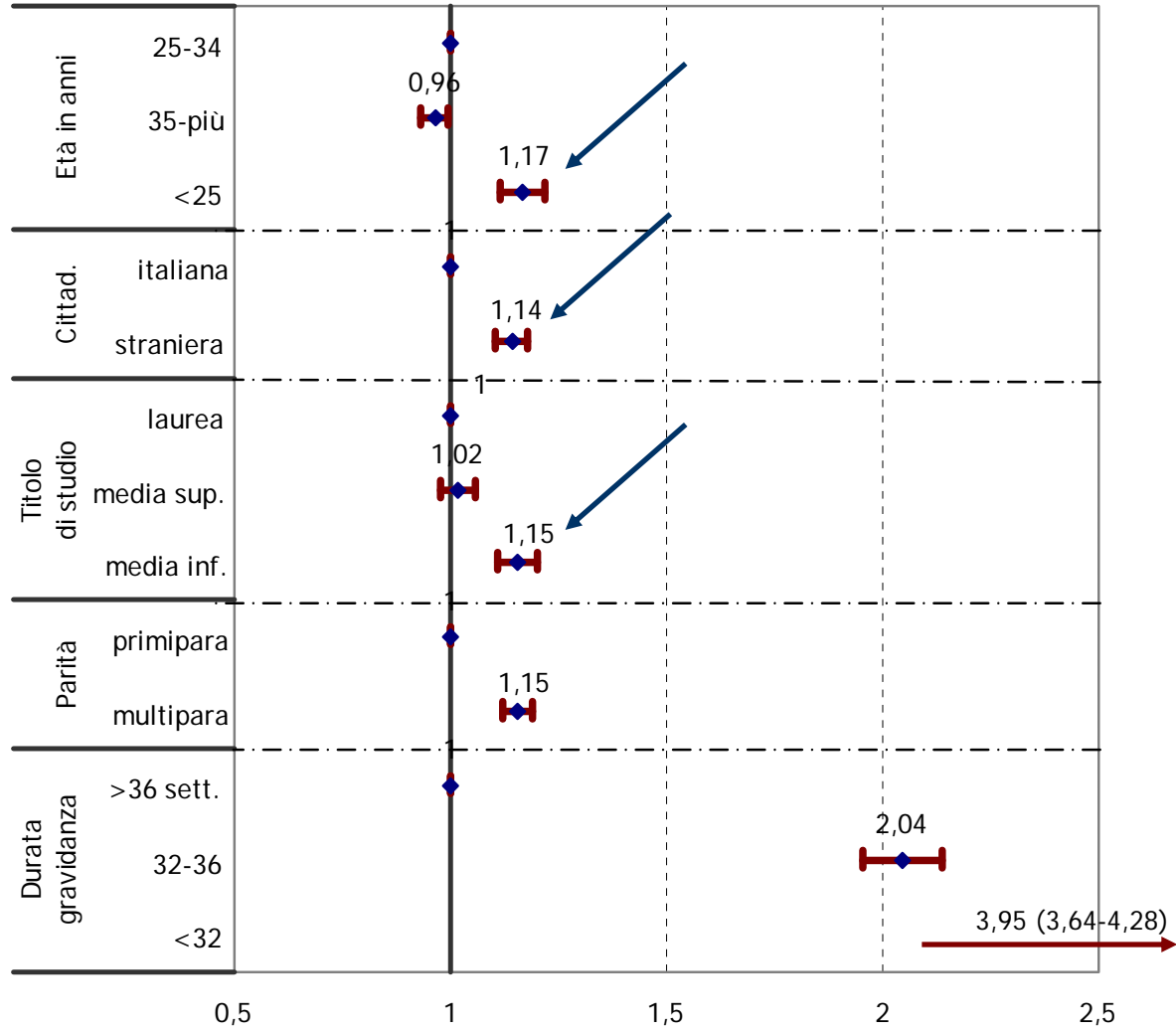
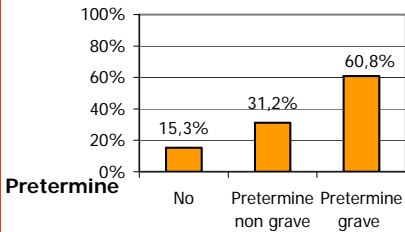
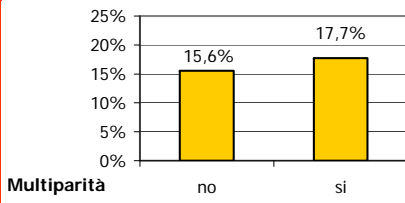
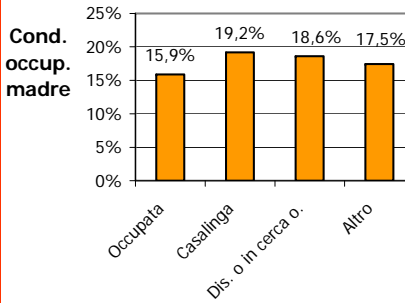
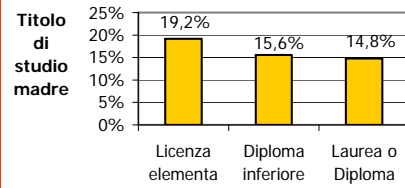
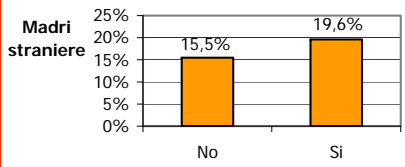
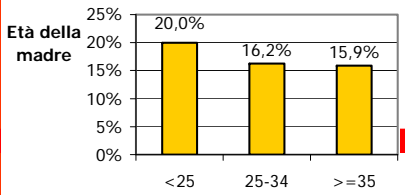


OR N=111.696

Condizioni socio-demografiche della madre

e rischio di ricovero nel primo anno

Incidence Rate Ratios e IC95%



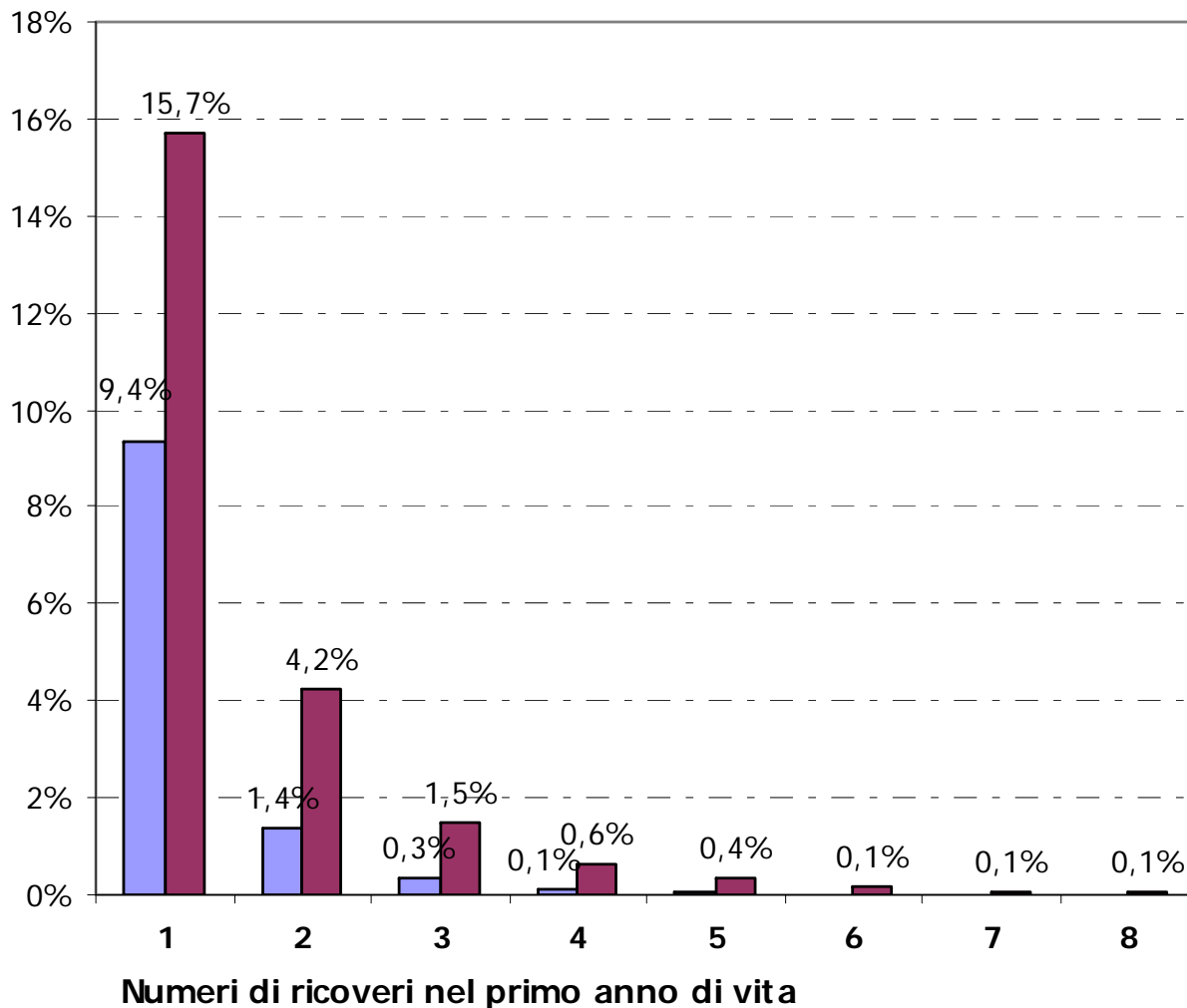
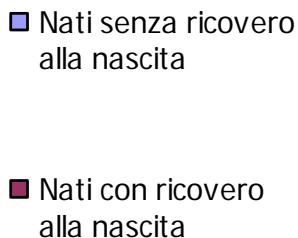
Ricovero alla nascita e ricovero nel primo anno di vita

- Il num. di ricoveri nel primo anno (e il ***tasso di ospedalizzazione infantile***) è fortemente legato al ricovero alla nascita: ha almeno un ricovero l'

11,3% dei nati **sani**

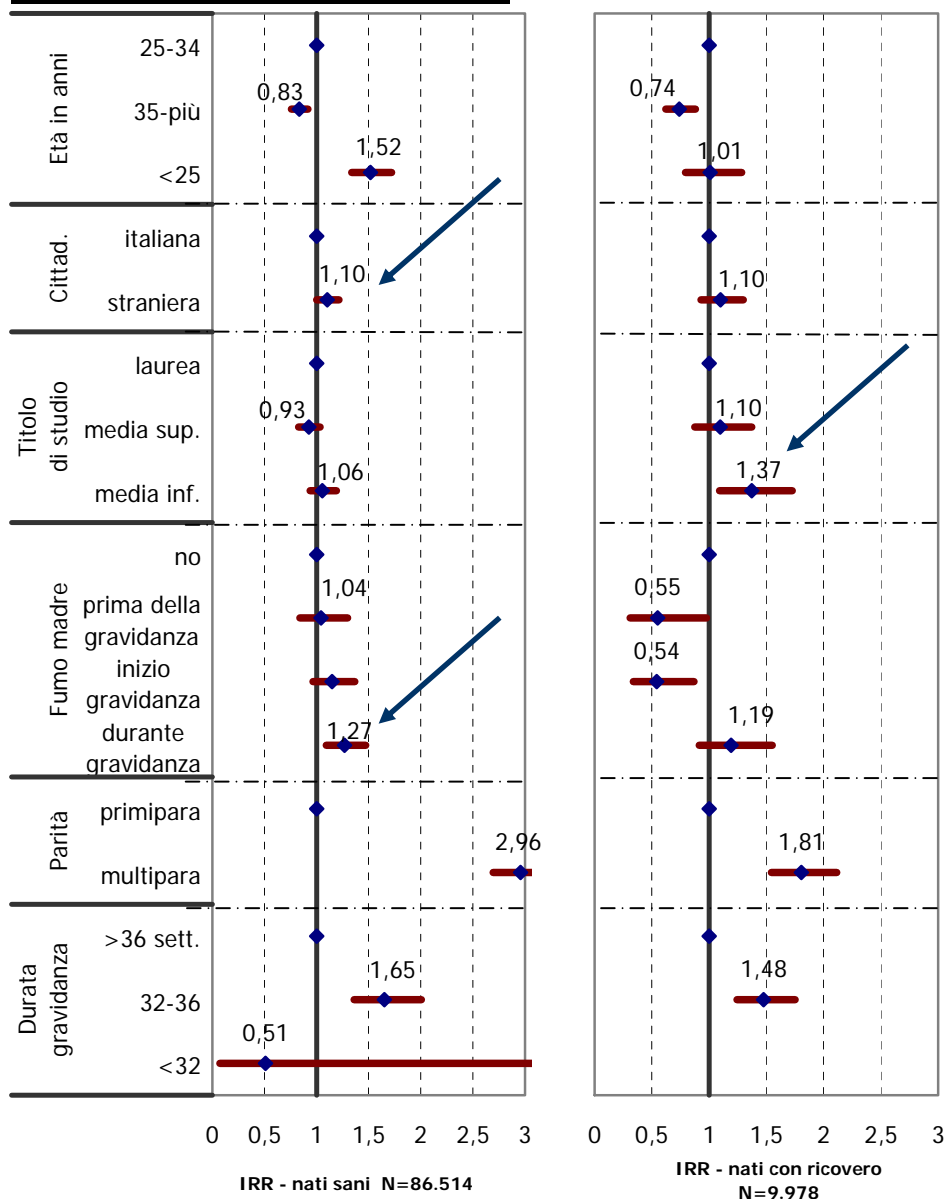
e il

22,8% dei nati **con ricovero alla nascita**



CSD della madre e rischio di ricovero nel primo anno

Incidence Rate Ratios e IC95%



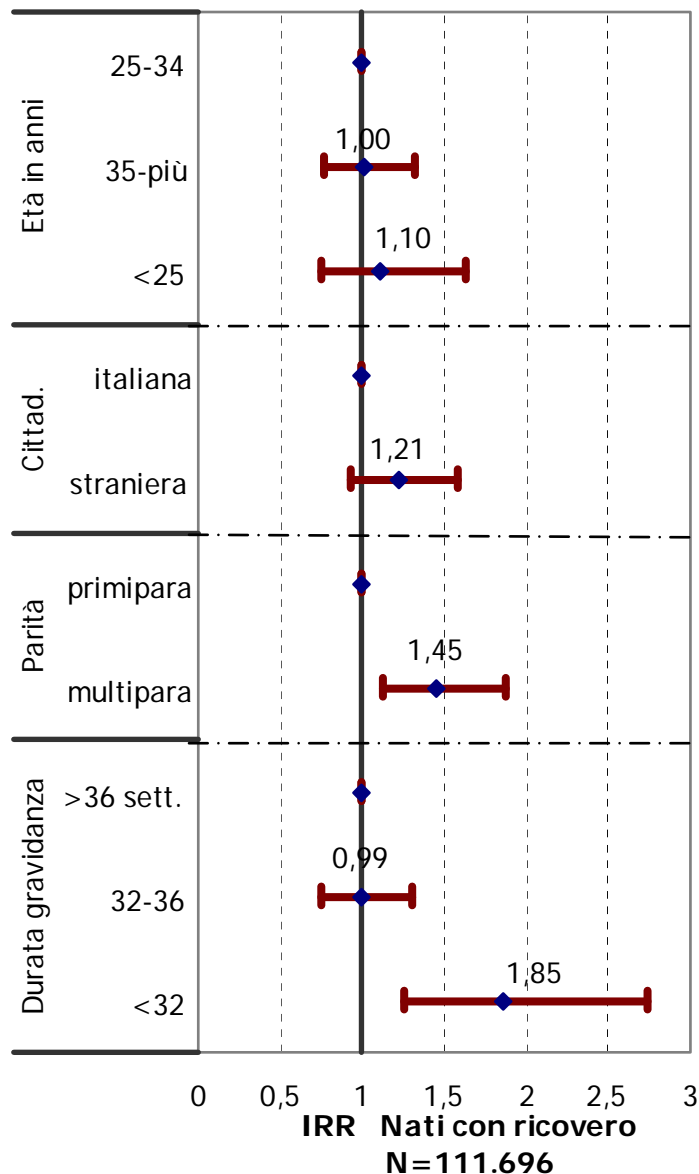
diagnosi gruppo 1*:

*ICD Patologia

- 769 sindrome da distress respiratorio neonatale
- 770 altre malattie resp. del feto e del neonato
- 466 bronchite e bronchiolite acuta
- 482 altre polmoniti batteriche
- 480 polmonite virale
- 485 broncopolmonite, non specificata
- 486 polmonite, agente non specificato
- 518 altre malattie del polmone

CSD della madre e rischio di ricovero nel primo anno

Incidence Rate Ratios e IC95%



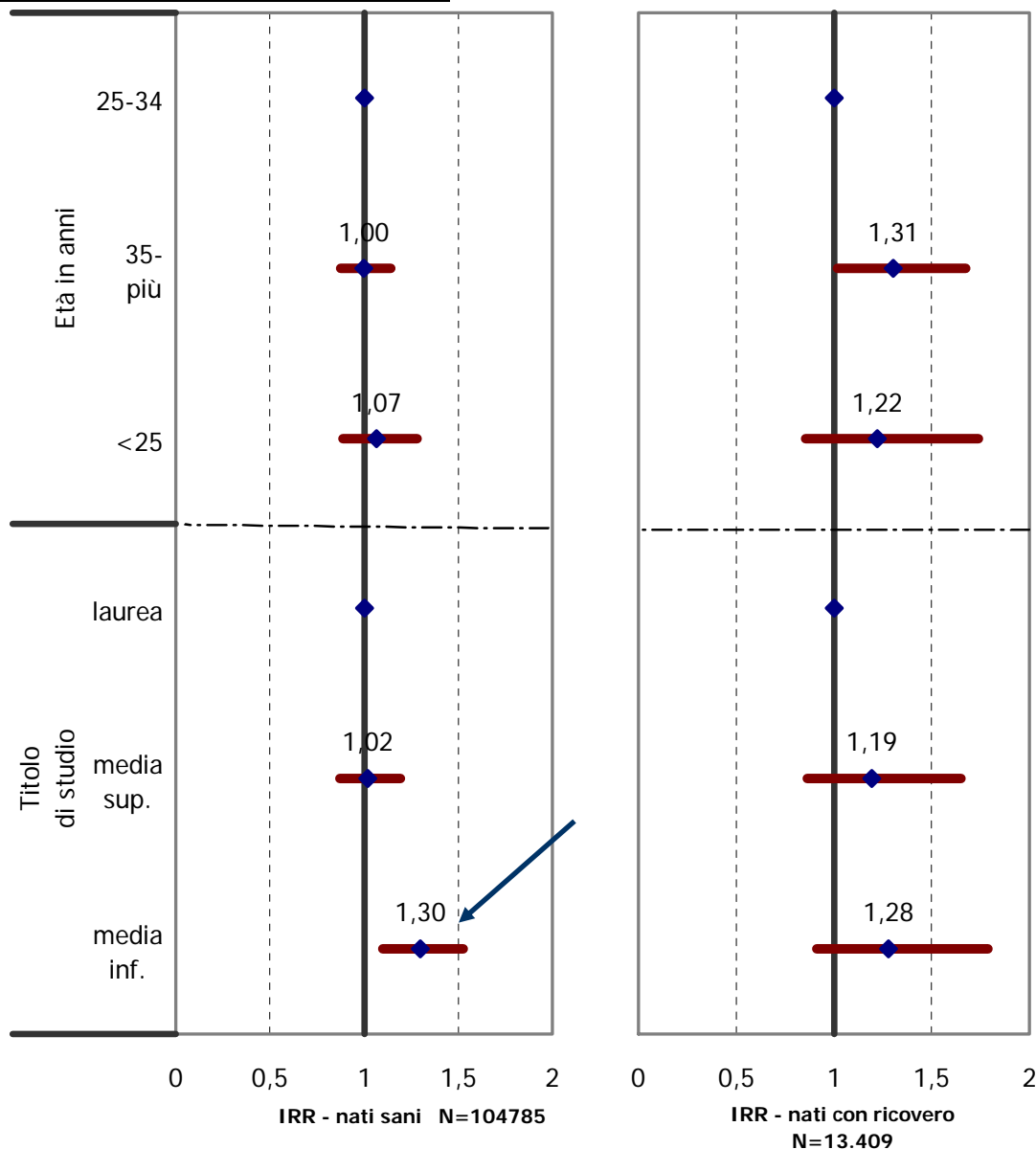
diagnosi gruppo 2* :

*ICD Patologia

- 771 infezioni specifiche del periodo perinatale
- 038 setticemia
- 041 infezioni batteriche in condizioni morbose classificate altrove e di sede n.s.
- 079 infezioni da virus e chlamydiae in condizioni classificate altrove e di sede n.s.

CSD della madre e rischio di ricovero nel primo anno

Incidence Rate Ratios e IC95%



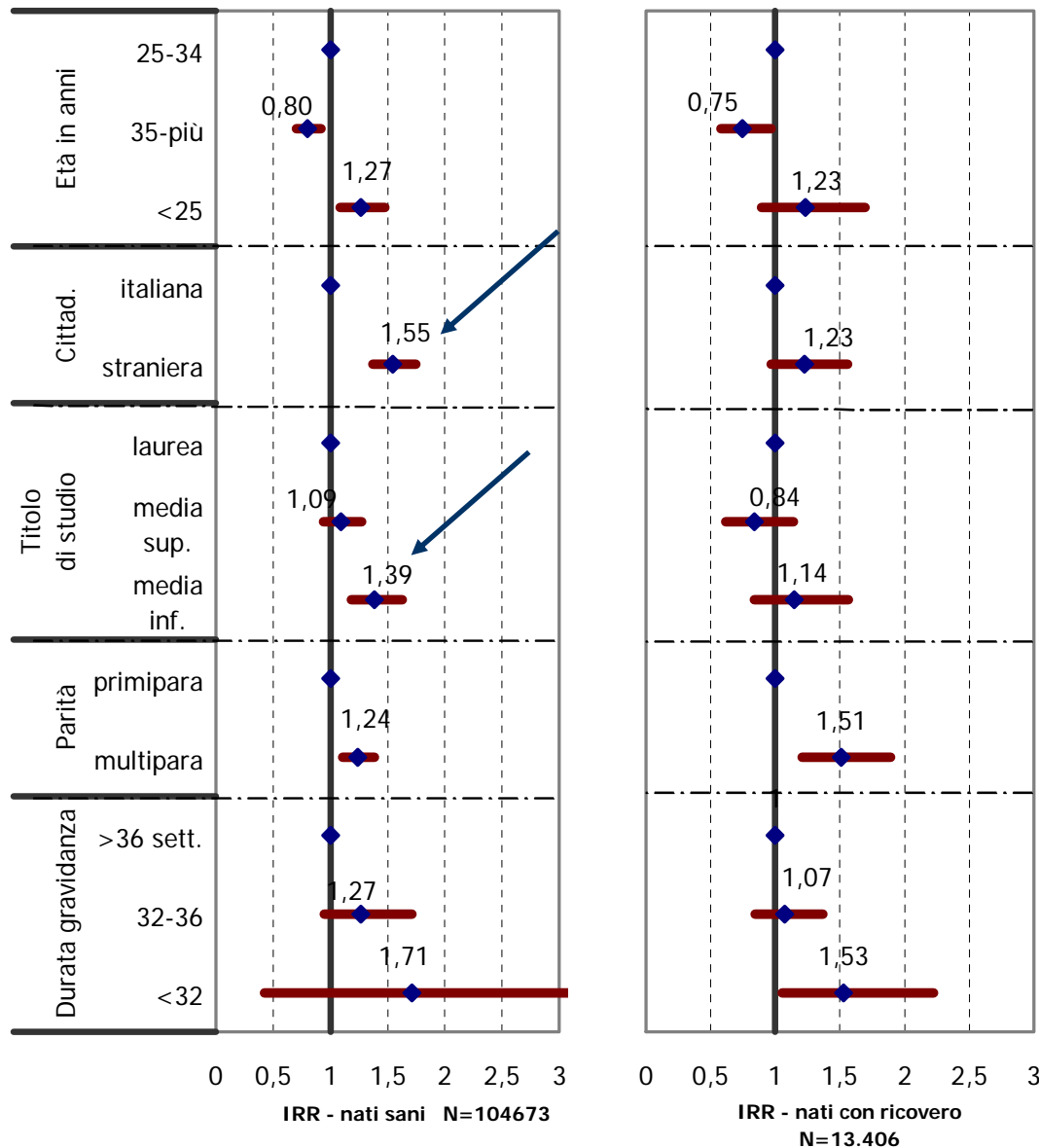
diagnosi gruppo 3* :

*ICD Patologia

- 753 anomalie congenite del sistema urinario
- 590 infezioni del rene
- 591 idronefrosi
- 593 altre patologie del rene e dell'uretere
- 599 altre patologie dell'uretra e del sistema urinario
- 595 cistite

CSD della madre e rischio di ricovero nel primo anno

Incidence Rate Ratios e IC95%



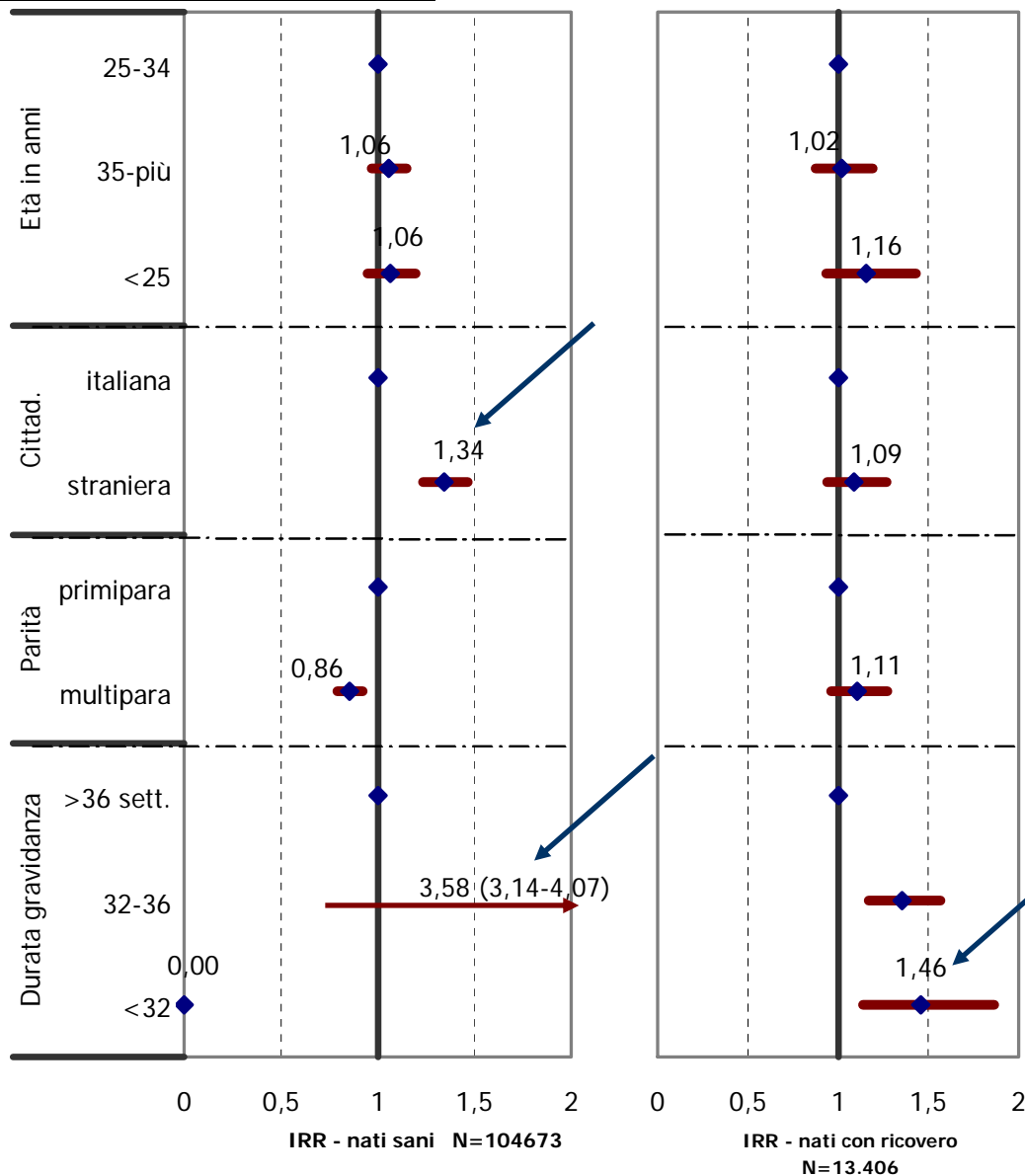
diagnosi gruppo 4* :

*ICD Patologia

- 008 infezioni intestinali da altri organismi
- 009 infezioni intestinali mal definite
- 558 altra gastroenterite e colite non infettiva

CSD della madre e rischio di ricovero nel primo anno

Incidence Rate Ratios e IC95%



diagnosi gruppo 5* :

*ICD Patologia

- 762 feto o neonato affetto da complicazioni placenta, cordone ombelicale e membrane
- 767 traumi ostetrici
- 768 ipossia intrauterina e asfissia alla nascita
- 773 malattia emolitica del feto o del neonato dovuta a isoimmunizzazione
- 774 altro ittero perinatale
- 280 anemie da carenza di ferro
- 345 epilessie
- 493 asma
- 530 malattie dell'esofago

Per concludere, alcune **considerazioni "iniziali"**:

- Il **ricovero alla nascita** risulta **associato positivamente** con maggiore **età materna**, cittadinanza **straniera**, **minor titolo di studio** (disoccupazione), **primi-parità** (e con prematurità) e l'aver successivi **ricoveri nel primo anno di vita**
- Il **ricoveri nel primo anno di vita** si rivela associato con gli **stessi fattori** (a meno della parità, con associazione inversa), ma **con intensità inferiore**
- Le prime analisi **per gruppi di cause, nelle due coorti** (di nati sani non), evidenziano **associazioni con direzioni e livelli eterogenei** per i gruppi di cause analizzate
- Le **maggiori stime di rischio** paiono emergere per le condizioni di svantaggio (**basso titolo di studio e immigrate**)
- **Indicazioni di associazioni maggiori** per la **coorte di nati sani**

“Sitografia” essenziale

- Rapporto conclusivo della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, **Closing the gap in a generation (OMS, 2008)**:
http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

- Dossier **“La salute degli immigrati in Emilia-Romagna”**:
http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/fit/fit_formazione/conv_im_migrati.htm

- Articolo su disuguaglianze alla nascita dalla **Conferenza nazionale di Statistica 2010**:
<http://amato.blogautore.repubblica.it/2010/12/22/svantaggiati-gia-dal-concepimento/>

- Il **percorso nascita** nella regione **Marche**:
http://www.ars.marche.it/nuovo/html/download/percorso_nascita/NASCITA_A.pdf

Grazie per l'attenzione

ncaranci@regione.emilia-romagna.it