# Le disuguaglianze nel percorso nascita

Nicola Caranci

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Bologna, 30 novembre 2015



#### Perché studiare le disuguaglianze in salute?

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)

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

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. Salidarietà 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)
- 2014: Libro Bianco su Le disuguaglianze sociali nella salute in Italia
- 2015: Piano Regionale della Prevenzione (PRP) 2015-2018

#### 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 postnatale.

Equity from the start

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).

• 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 corse approach

• PRP: azioni per il benessere nella prima infanzia.



#### Precedenti approfondimenti

L'analisi della relazione tra diseguaglianza e percorso nascita è parte del *Rapporto nascita* dal 2008:

- 5°: dati 2005-2007
- 6°: dati 2005-2007 Vs 2008 e stima Rischio Attribuibile
- **7°: 2005-2009** con paese di nascita genitori, distinzione per Paese, oltre a titolo di studio madre
- 8°: dati 2007-2009 e (-2010 REM e SDO) analisi dei ricoveri infantili
- **9°**: dati **2007-2011** analisi mortalità e ricoveri infantili
- 10°: dati 2006-2013 disuguaglianze sociali e calo della fecondità



Giunta Regionale Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

#### LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA

11° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) – Anno 2013

Novembre 2014

#### **Finalità**

Descrizione delle disuguaglianze socio-demografiche e valutare evoluzione su 2 dimensioni (già indagate nel 2010) su due quinquenni (2005-2009 e 2010-2014):

- Paese di origine materno (nascita in Paese estero)
   e paterno
- Scolarità materna (per le donne nate in Italia)
  - in alcuni indicatori di esito e di processo relativi a:
    - 1. gravidanza
    - 2. parto e nascita



#### Materiali e metodi

• Banca dati dei **CedAP**, anno **2010-2014** (N<sub>semplici</sub>=189.982)

- Fattori:
- 1. paese di nascita dei genitori:

entrambe i genitori nati in Italia (rif.)

- A. madre nata in Italia, padre in altro Paese
- B. padre nato in Italia, madre in altro Paese
- C. madre e padre nati in altro Paese
- 2. loro livello d'istruzione delle madri (nate in Italia), classicato in tre livelli:

**alto** (laurea; anni scolastici: AS≥16; rif.)

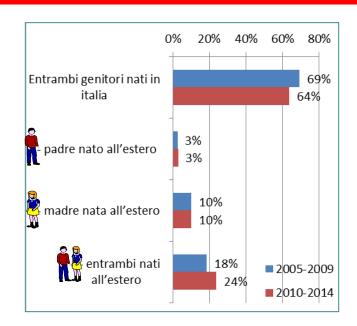
medio-alta (diploma di scuola media superiore; AS: 13≤AS<16)

medio-bassa (AS<13)

- 3. ripartizione geografica di provenienza della madre
  - ... aggiustati per: età, parità, stato civile e cond. occupazionale della madre
- → Esiti analizzati con frequenze e Odds Ratio (da mod. logistici), RAP (→M.2):
  - gravidanza: n° visite<4, prima visita successiva a 11 sett., uso del servizio pubblico per contolli in gravidanza
  - parto e nato: parto cesareo, basso peso alla nascita, nascita pretermine e natimortalità



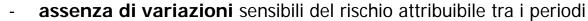
Frequenze (%) paese di nascita genitori, OR<sup>a</sup> e I.C. 95% stimati\*, donne partorienti in Emilia-Romagna, 2010-2014 Vs. 2004-2009

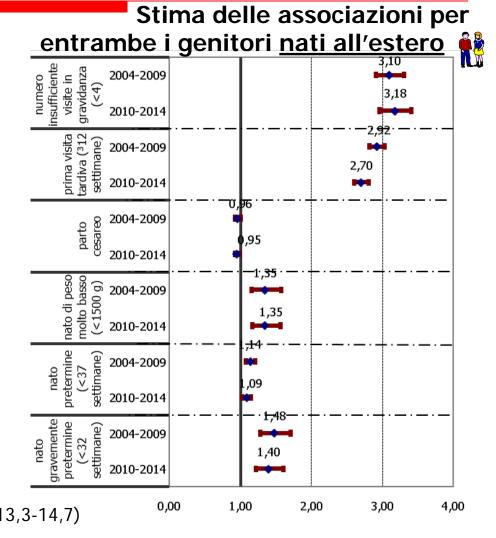




- I'uso prevalente del **servizio pubblico**risulta ancora fortemente associato con la nascita
all'estero (**OR=10,4**, IC95%: 10,0-10,7)
ma meno che nel quinquennio precedente (14,0; 13,3-14,7)

- non si rilevano differenze statisticamente significative tra i gruppi sul rischio di natimortalità e di nato di basso peso (<2500g)





<sup>a</sup> OR: Odds Ratio calcolato rispetto ai genitori nati in Italia, aggiustato per età, condizione occ., scolarità e stato civile.

\* sono stati selezionati i parti singoli.



#### Paese di Nascita e numero insufficiente di visite in gravidanza

Il 3,7% delle partorienti in Emilia-Romagna dal 2010 al 2014, e l'1,6% di quelle nate in Italia, ha eseguito un numero insufficiente di visite in gravidanza (<4)

Il rischio è più alto (OR superiore a 2,5) per:

- le donne provenienti dal Nord Africa (Egitto, Tunisia, Marocco e Algeria)
- le donne provenienti da alcuni paesi dei Balcani e Est-Europa (Romania, Macedonia e Ucraina)
- del sub continente Indiano (Pakistan e India), dalla Cina e Nigeria

#### Paese di Nascita e parto cesareo

Generale **minor rischio** (per minor ricorso al cesareo elettivo fuori travaglio), ma sottogruppi di donne che presentano un **aumentato rischio di ricorrere al taglio cesareo** (OR>1,29):

- donne provenienti dall'**Africa sub-Sahariana** (Nigeria, Costa d'Avorio e Ghana),
- le donne provenienti dall'area del **sub-continente indiano** (Bangladesh e Sri Lanka)
- dall'America Centrale e Latina

Tassi di cesarei più bassi rispetto a quello registrato per le donne nate in Italia, si rilevano per:

- donne provenienti da **alcuni Paesi del Nord Africa** (Marocco e Tunisia)
- dai Balcani ed Est-Europa



#### Paese di Nascita e nascita pretermine

La nascita pretermine è più frequente per la maggior parte delle donne provenienti da un paese estero

Un rischio superiore di avere un bambino pretermine rispetto alle donne nate in Italia si registra per le donne provenienti da:

- paesi del **sub-Sahara** (Costa d'Avorio, Ghana e Nigeria OR: 1,59 -1,67)
- del **sub-continente indiano** (Pakistan, India, Bangladesh), con un rischio 1,26-1,42
- Romania (OR:1,43)

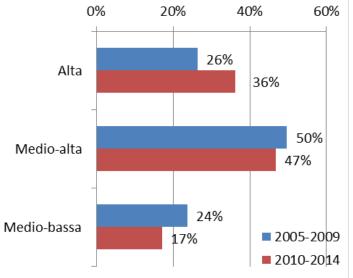
Un rischio inferiore si rileva per le donne provenienti da:

- Nord Africa (Marocco e Tunisia) e Cina



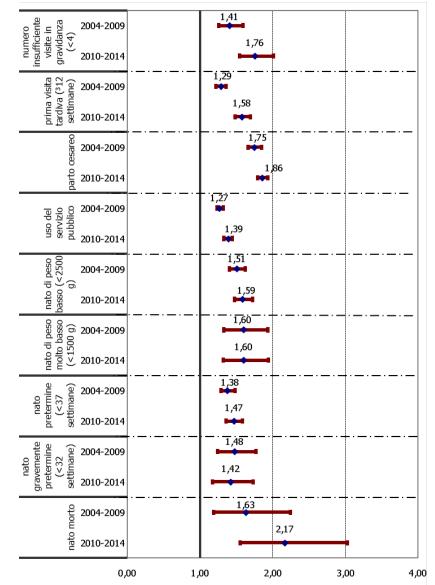
Frequenze (%) titolo istruzione madri <u>italiane</u>, OR<sup>a</sup> e I.C. 95% stimati\*, partorienti in Emilia-Romagna, 2010-2014 Vs. 2004-2009

#### Stima delle associazioni per titolo di studio madri italiane (n=121.525)



Tra le donne nate in Italia quelle con scolarità medio-bassa presentano un aumentato rischio per tutti gli indicatori:

- maggior rischio di **numero insufficiente di controlli** in gravidanza, effettuazione **tardiva** della **prima visita**
- parto cesareo
- bambino di basso peso, di peso molto basso, di nascita pretermine e molto pretermine
- di natimortalità
- Utilizzo del servizio pubblico





#### Regione di Nascita e assistenza, parto e condizioni del nato

Le donne nate al di fuori dell'Emilia-Romagna hanno rischi significativamente maggiori per quasi tutti gli esiti:

- le donne nate nel Sud Italia e nelle Isole (gruppo 1) presentano un aumentato rischio, anche rispetto a quelle nate al Centro (gruppo 2) e quelle nate in altre regioni del Nord (gruppo 3), per :
- utilizzo prevalente del servizio pubblico (OR: 1,43/1,35/1,12)
- parto **cesareo**: gruppo 1 (OR: 1,22) e gruppo 3 (OR: 1,07)
- nati di basso peso (OR: 1,11)
- di nati gravemente pretermine (OR: 1,18)

Il gruppo 2 presenta il maggior rischio di nati di peso molto basso (OR: 1,40)



#### Commento

Dati cambiamenti demografici e il calo della prevalenza di bassa scolarità, si è effettuato il confronto con il quinquennio precedente (2005-2009), e:

- rimane evidente un andamento graduale della capacità di utilizzare in modo appropriato i servizi al crescere dell'integrazione della coppia
- il servizio sanitario pubblico è quello che si fa maggiormente carico dell'assistenza alla popolazione più svantaggiata
- per le famiglie di genitori nati all'estero si confermano i risultati osservati nel precedente quinquennio
- è ipotizzabile accesso tardivo all'assistenza legato all'arrivo in Italia con una gravidanza oltre il 1° trimestre
- basso rischio, riscontrato in questi gruppi di donne, di parto cesareo e pretermine, con l'eccezione delle donne nate in Romania che presentano maggior rischio di pretermine



- Le donne provenienti dal Sub-Sahara e dal subcontinente Indiano hanno un maggior rischio di ricorso al taglio cesareo e di parto pretermine, confermando i risultati di una recente revisione sistematica
- Tra le donne nate in Italia, quelle con scolarità medio-bassa presentano un rischio maggiore di avere una assistenza inappropriata in gravidanza, di ricorso a taglio cesareo e di esiti avversi neonatali rispetto alle donne con scolarità alta
- Anche in questo caso si confermano i risultati della precedente indagine regionale e della letteratura



### Dal confronto con i dati 2005-2009 si rileva un lieve aumento del rischio di esiti avversi neonatali imputabile alla condizione di donna italiana non laureata

- non è trascurabile il problema del contrasto alle disuguaglianze nell'ambito della popolazione italiana
- le condizioni di svantaggio socio-economico agiscono negativamente sulla salute della donne e del bambino indipendentemente dai fattori demografici e clinici
- fattori di disuguaglianza devono essere considerati fattori di rischio per la salute e la qualità di vita dell'individuo
- Come per i fattori di rischio clinici, le/i professioniste/i devono ricercare e identificare i fattori di disuguaglianza nelle donne in gravidanza, per offrire una assistenza efficace nel ridurre gli esiti avversi associati



## Grazie per l'attenzione

ncaranci@regione.emilia-romagna.it

