

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Cesena

Profilo di Equità in epoca prenatale e pediatrica

Ausl di Cesena



Marzo 2011

Copia del volume può essere richiesta a:
Giampiero Battistini *AUSL Cesena*
via M. Moretti, 99 47521 Cesena (FC)
e-mail: giampiero.battistini@ausl-cesena.emr.it

oppure può essere scaricata dal sito internet:
<http://www.ausl-cesena.emr.it/> (sezione Dipartimento di Sanità Pubblica)

A cura di:

Mauro Palazzi ⁽¹⁾ Chiara Reali ⁽¹⁾ Barbara Calderone ⁽²⁾ Patrizia Vitali ⁽¹⁾ Nicoletta Bertozzi ⁽¹⁾
Cristina Raineri ⁽¹⁾ Giorgia Vallicelli ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *U.O. Epidemiologia e Comunicazione AUSL Cesena*

⁽²⁾ *Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna*

Elaborazioni statistiche a cura di:

Patrizia Vitali

Con la collaborazione di:

Orietta Amadori *Responsabile Area Famiglia-Minori, Unione dei Comuni del Rubicone*

Alessandra Amici *U.O. Direzione Infermieristica e Tecnica*

Nello Bacchi *Responsabile Ufficio di Piano Unione dei Comuni del Rubicone*

Ramona Baiardi *Servizio Studi e Statistica, Comune di Cesena*

Giampiero Battistini *U.O. Epidemiologia e Comunicazione*

Antonella Bazzocchi *U.O. Epidemiologia e Comunicazione*

Giancarlo Biasini *Pediatra, Direttore della rivista Quaderni dell'Associazione Culturale Pediatri*

Gloria Bissi *Servizio Medicina Legale*

Antonella Brunelli *Direttore Distretto del Rubicone*

Doriana Chiuchiù *U.O. Neuropsichiatria dell'infanzia e adolescenza*

Eugenia D'Agostino *U.O. Pubbliche Relazioni e Comunicazione*

Anna Faetani *U.O. Pediatria e Consultorio Familiare*

Laura Farneti *Servizio Programmazione Sociale e Sanitaria Comune di Cesena*

Massimo Farneti *Direttore U.O. Pediatria e Consultorio Familiare*

Andrea Giamperoli *U.O. Programmazione e Controllo aziendale*

Fosca Marrone *U.O. Pediatria e Consultorio Familiare*

Franca Magnani *Responsabile Area Famiglia-Minori, Comune di Cesena*

Augusta Nicoli *Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna*

Agnese Senzani *Ufficio di Piano Unione dei Comuni del Rubicone*

Paolo Ugolini *Responsabile Osservatorio Epidemiologico Dipendenze Patologiche*

Paola Zavagli *U.O. Gestione Sistemi Informatici*

Renato Zanotti *U.O. Pubbliche Relazioni e Comunicazione*

Servizio Politiche Familiari Infanzia Adolescenza Regione Emilia-Romagna

Servizi Pubblica Istruzione dei Comuni del territorio cesenate

La missione dell'Azienda USL di Cesena è la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo i livelli essenziali di assistenza, come previsto dalla normativa nazionale e regionale.

Con uno slogan, la missione dell'azienda è quella di stare "dalla parte di chi chiede con la responsabilità di chi offre".

Stare dalla parte di chi chiede significa farsi promotore e attivamente patrocinare la promozione e la tutela della salute, facendosi anche carico di dare voce e trovare soluzioni a tutte quelle condizioni che comportano differenze nelle esperienze di salute e malattia e nell'accesso ai servizi dovute a cause evitabili poiché legate a determinanti socioeconomici.

Tali condizioni, conosciute come disuguaglianze in salute, sono tra le maggiori sfide per i sistemi sanitari dei paesi economicamente avanzati in quanto è ormai chiaro che miglioramenti nella salute della popolazione generale non possono essere raggiunti senza sforzi aggiuntivi per ridurre le iniquità sociali nella salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità è in prima fila nell'indicare ai governi di tutto il mondo la rotta del contrasto delle disuguaglianze quale perno per le politiche sanitarie di tutti i Paesi attraverso diverse raccomandazioni, la prima delle quali è quella di migliorare la capacità di lettura e la conoscenza del fenomeno.

Il presente lavoro cerca di rispondere a questa raccomandazione proponendoci una lettura della salute del nostro territorio attraverso la prospettiva dell'equità in salute, partendo dalle iniquità vissute nei primi anni di vita, periodo in cui possono mettere radici quelle differenze che condizioneranno il benessere dell'individuo lungo tutto l'arco della vita.

La conoscenza del fenomeno è la preconditione necessaria affinché possano essere attivate azioni di miglioramento, che dovranno necessariamente nascere dalla collaborazione di tutti gli attori che nel territorio hanno la responsabilità e la possibilità di intervenire su di esse e basarsi su nuovi paradigmi di intervento che abbandonino la logica dell'attesa per sposare quella della medicina di iniziativa, basata su prevenzione, promozione della salute ed empowerment dei cittadini.

Per stare dalla parte di chi chiede bisogna innanzitutto incontrarlo, ascoltarlo e conoscerlo.

Strumenti come questo Profilo di Equità consentono di farlo e rappresentano i primi passi del percorso che ci vede al fianco dei cittadini nella tutela della salute, senza sottrarci alla responsabilità di migliorare l'offerta di servizi e di promuovere nei tavoli locali di governo politiche che abbiano al centro la salute e il benessere delle persone che abitano il nostro territorio.

*Maria Basenghi
Direttore Generale - Ausl Cesena*

INDICE

| | Pag. |
|---|------|
| Introduzione | 2 |
| Il contesto Cesenate | 5 |
| Determinanti sociali di salute | 13 |
| – Elenco indicatori dei determinanti sociali di salute | 14 |
| – Elenco indicatori desiderati per completare le informazioni sui determinanti sociali di salute | 44 |
| Effetti sulla Salute | 47 |
| – Elenco indicatori degli effetti sulla salute | 48 |
| – Elenco indicatori desiderati per completare le informazioni sugli effetti sulla salute | 85 |
| Conseguenze socio economiche della malattia | 92 |
| – Elenco indicatori desiderati per completare le informazioni sulle conseguenze socio economiche della malattia | 93 |
| Conclusioni | 99 |
| – Ausl di Cesena ed Emilia-Romagna (E.R.): confronto degli indicatori | 101 |
| – Determinanti di salute: tabella sinottica | 102 |
| – Effetti sulla salute: tabella sinottica | 104 |
| Indicatori utilizzati | 106 |
| – Elenco indicatori dei Determinanti sociali di salute | 115 |
| – Elenco indicatori degli effetti sulla salute | 119 |
| Bibliografia | 124 |

Introduzione

Introduzione

Il tema delle iniquità e disuguaglianze in salute è un argomento di estrema attualità e rilevanza per la salute pubblica a livello mondiale. Nel 2008 è stato pubblicato dalla Commissione per i Determinanti Sociali di Salute (CSDH) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), un documento nel quale venivano raccolte le principali evidenze scientifiche esistenti sulle disuguaglianze in salute e sui fattori che le determinano, accompagnate da indicazioni relative alle strategie da mettere in campo per contrastarle.

Tra queste raccomandazioni vi era l'invito a creare sistemi per monitorare le disuguaglianze nella popolazione e i risultati delle azioni di contrasto. Con questo scopo è stata realizzata una prima proposta di indicatori di iniquità e disuguaglianze da inserire nei Profili di Comunità della Regione Emilia-Romagna, una sorta di "cassetta degli attrezzi" a disposizione delle diverse Ausl, creata attraverso un percorso condiviso ed in continua evoluzione, capace di offrire alcuni strumenti ed un linguaggio comuni per leggere i diversi territori regionali nell'ottica dell'equità in salute. Quello che viene proposto non è un elenco di formule arido e fine a se stesso, ma un elenco di opportunità per leggere fenomeni potenzialmente allarmanti per un territorio.

In questa prima fase si è scelto di limitare il campo di ricerca allo studio delle disuguaglianze nella salute nei primi anni di vita, dal concepimento ai 14 anni, nella consapevolezza, basata su evidenze scientifiche, che in tale periodo vengono poste le basi delle disuguaglianze in salute di cui l'individuo soffrirà per tutto l'arco della vita. Se il risultato verrà ritenuto utile, si potrà replicare su altre fasce della popolazione o problemi da studiare. La lista di indicatori è stata elaborata dall'U.O. di Epidemiologia e Comunicazione dell'Ausl di Cesena e ha portato alla proposta di un nucleo di 28 indicatori, realizzati secondo le indicazioni proposte dalla CSDH dell'OMS. A questi, si aggiungono alcuni indicatori *desiderati*, ma al momento non disponibili a causa di limiti nei sistemi di rilevazione o nelle fonti. L'auspicio di questo lavoro è, infatti, anche quello di mettere in evidenza queste carenze per migliorare in futuro le fonti disponibili. La carenza di informazioni si avverte maggiormente per l'ambito sociale, legato alle condizioni di vita delle persone, lasciando al momento la nostra lista sbilanciata in favore della componente prettamente sanitaria di esito sulla salute, tradizionalmente più ricca di informazioni. La necessità di spostarsi nella conoscenza maggiormente sul fronte dei determinanti è fondamentale anche per non rischiare di continuare a "cercare solo dove c'è luce" e quindi non fornire informazioni ai decisori politici utili per intervenire a monte della catena che porta al danno sulla salute.

Disuguaglianze di salute nell'Ausl di Cesena

Il presente lavoro è la sperimentazione della lista di indicatori a livello locale, con la creazione di un primo Profilo di Equità in epoca prenatale e pediatrica nel territorio dell'Ausl di Cesena.

I dati raccolti attraverso gli indicatori verranno presentati in una serie di schede riassuntive che avranno la duplice finalità di fornire informazioni e descrivere il processo attraverso cui si è giunti a raccoglierle, mantenendo le finalità informative e di proposta metodologica insite in questo lavoro.

L'elenco delle schede è preceduto da una introduzione descrittiva delle caratteristiche demografiche e delle risorse sociali ed economiche del territorio, al fine di agevolare la successiva interpretazione dei dati presentati.

Metodo di lavoro

Per la definizione di indicatore di disuguaglianze e la creazione del set di indicatori, si è primariamente attinto ad esperienze internazionali già consolidate.

I modelli teorici di riferimento dei determinanti sociali di salute e dei meccanismi generatori di disuguaglianze sono quelli proposti dalla CDSH dell'OMS e dal sottogruppo di lavoro sull'età prescolare. In essi erano presenti anche indicazioni metodologiche per la creazione di sistemi di monitoraggio delle disuguaglianze riassunti nella Tabella 1 e utilizzati per l'impostazione della lista di indicatori proposta in questo lavoro.

Oltre a queste, sono state consultate anche altre fonti, quali:

- il Local Basket of Indicators del London Health Observatory^a;
- il set di indicatori di disuguaglianze proposto per il Canada nel 2009^b ed i documenti tecnici preparatori ad esso, con particolare riferimento alla revisione delle liste di indicatori in uso in diverse nazioni e delle raccomandazioni per la creazione di essi^c.

A queste esperienze internazionali si è aggiunta l'analisi di:

- indicatori di valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Decreto del Governo 12.12.2001 Allegato 1);
- indicazioni regionali per la stesura dei Profili di Comunità (20.05.2008)^d;
- obiettivi Regionali del Percorso Nascita (DGR 533/2008);
- indicazioni del progetto nazionale di Promozione della Salute nella Popolazione Immigrata (2007-2009);
- Profilo di Comunità dell'Ausl di Cesena (2008)^e.

Gli indicatori proposti sono stati raccolti in tre macro categorie: determinanti sociali di salute, effetti sulla salute, conseguenze socioeconomiche della malattia; il gruppo dei determinanti sociali di salute è a sua volta distinto in due sottogruppi: determinanti strutturali e condizioni di vita quotidiana.

Per ciascun indicatore è stata individuata la fonte dei dati, il livello territoriale disponibile e una serie di variabili in cui è possibile e auspicabile stratificarlo (raccolte nella Tabella seguente), scelte sulla base di evidenze scientifiche che ne supportano il ruolo di potenziali fonti di iniquità.

Nelle linee guida per la creazione di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute, la CSDH raccomanda di stratificare i dati per sesso, almeno due indicatori di posizione socioeconomica (educazione, reddito, posizione professionale), gruppo etnico, altri fattori di stratificazione sociale rilevanti per il contesto studiato e area di residenza (urbana, rurale, ecc). Non è quindi sufficiente avere una sola variabile di stratificazione (es. cittadinanza) perché il dato raccolto possa essere interpretato in maniera adeguata ed utile alla programmazione di interventi.

In questo lavoro, un indicatore viene considerato qualitativamente utile per leggere le disuguaglianze se rispetta almeno le prime tre condizioni poste dalla CSDH (sesso, etnia, almeno due variabili di stratificazione socioeconomica).

^a disponibile all'indirizzo: <http://www.lho.org.uk/viewResource.aspx?id=13608>

^b disponibile al sito <http://www.phn-rsp.ca/pubs/ihi-idps/index.html>

^c disponibile all'indirizzo <http://www.gpiatlantic.org/publications/pubs.htm>

^d disponibile all'indirizzo:

<http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/Pianosociale/profilocomunita.htm>

^e Disponibile all'indirizzo: <http://www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/Sanit%C3%A0Pubblica/EpidemiologiaeComunicazione/Studiepidemiologici/ProfilidisalutedellaComunit%C3%A0/tabid/521/Default.aspx> oppure <http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/Pianosociale/profilocomunita.htm>

Tabella adattata dal modello di riferimento per una sorveglianza nazionale di equità in salute, CSDH 2007

| Disuguaglianze in Salute | |
|---|--|
| I dati su particolari risultati di salute andrebbero stratificati per: | |
| <ul style="list-style-type: none"> - sesso - almeno due indicatori di posizione socioeconomica (educazione, reddito, posizione professionale) - gruppo etnico - altri fattori di stratificazione sociale rilevanti per il contesto studiato - area di residenza (urbana, rurale, ecc) | |
| La distribuzione della popolazione all'interno del sottogruppo studiato | |
| Una misura sintetica di disuguaglianza relativa | |
| Una misura sintetica di disuguaglianza assoluta | |
| Effetti sulla salute | |
| Mortalità (per tutte le cause, specifica per causa e per età) | Morbilità e Disabilità |
| Early Child Development | Benessere percepito |
| Salute Mentale | Informazioni su condizioni epidemiologicamente rilevanti |
| Determinanti di salute | |
| Determinanti strutturali di iniquità | Condizioni di vita quotidiana |
| Genere <ul style="list-style-type: none"> - norme e valori - partecipazione economica - salute sessuale e riproduttiva Iniquità sociali <ul style="list-style-type: none"> - esclusione sociale - distribuzione della ricchezza e del benessere - educazione Contesto socio-politico <ul style="list-style-type: none"> - diritti civili - condizioni lavorative - priorità di governo e spesa pubblica - condizioni macroeconomiche | Stili di vita <ul style="list-style-type: none"> - fumo - alcol - attività fisica - alimentazione Ambiente fisico e sociale <ul style="list-style-type: none"> - acqua e servizi igienici - condizioni abitative - infrastrutture, trasporti e urbanistica - qualità dell'aria - capitale sociale Condizioni di lavoro <ul style="list-style-type: none"> - rischi lavorativi materiali - stress Sistemi sanitari <ul style="list-style-type: none"> - copertura - infrastrutture Protezione sociale <ul style="list-style-type: none"> - copertura - generosità |
| Conseguenze socioeconomiche della malattia | |
| Conseguenze economiche | Conseguenze sociali |

Variabili utilizzate per la stratificazione degli indicatori di disuguaglianze

| | |
|---------------------|--|
| Età | Livello di Istruzione |
| Sesso | Stato occupazionale |
| Cittadinanza | Reddito |
| Disabilità | Condizioni di particolare vulnerabilità sociale |

Gli indicatori proposti sono stati selezionati secondo i seguenti criteri:

- indicatori rappresentativi di un'ampia parte della popolazione target
- raccolti in maniera costante nel tempo, attendibili e confrontabili
- semplici da calcolare e valutare.

Il Contesto Cesenate

Il contesto Cesenate

Il Quadro demografico

Il territorio dell'Ausl di Cesena comprende 15 comuni dislocati su una superficie complessiva di 1.116 kmq, con caratteristiche piuttosto eterogenee sotto il profilo morfologico e socio-economico.

La popolazione complessiva al 1.1.2010 era di circa 205.581 abitanti: il Comune di Cesena da solo rappresenta con i suoi 96.171 cittadini quasi il 50% dei residenti. Cesenatico supera i 25.000 abitanti, Savignano sul Rubicone i 17.000, mentre San Mauro Pascoli è prossimo a raggiungere gli 11.000; i rimanenti Comuni restano al di sotto di questa quota.

La superficie complessiva è suddivisa in maniera equilibrata fra le 3 aree altimetriche (pianura, collina, montagna), mentre la popolazione residente si concentra per l'85% nei Comuni di pianura.

Nel periodo 2007-2009 il **numero di famiglie** è in aumento (da 80.948 a 84.267) e continua la contrazione del numero medio di componenti delle famiglie (da 2.48 a 2.44). Le famiglie unipersonali sono il 30%.

Negli ultimi anni è stato registrato un aumento del **tasso di natalità**, trend mantenuto anche nel triennio 2007-09, (da 9.6 a 9.8 e sovrapponibile al dato medio regionale), con distribuzione differente nel territorio: tassi di natalità più alti si registrano nei comuni del Distretto del Rubicone, dove è maggiore la presenza di famiglie immigrate.

Il **tasso grezzo di fecondità**, sebbene ancora più basso della media regionale, appare in crescita e si avvicina al 43%.

Nati, Tasso di natalità e tasso di fecondità, 2009

| | Ausl Cesena | Emilia-Romagna |
|--------------------|--------------------|-----------------------|
| N° nati | 2.010 | 42.117 |
| Tasso di natalità | 9,8 | 9,7 |
| Tasso di fecondità | 42,8 | 43,2 |

Fonte: Regione Emilia -Romagna

I dati relativi alle **unioni matrimoniali** hanno registrato una battuta d'arresto rispetto agli incrementi registrati negli anni precedenti: nel 2007 si è avuto un picco di 700 unioni a cui è seguita una deflessione negli anni successivi (679 nel 2008 e 618 nel 2009). Rimangono pressoché stabili nel triennio i dati sulle convivenze (circa 83 l'anno).

Al 1/1/2010 gli **stranieri** residenti nei Comuni del territorio cesenate sono 19.343, pari al 9.4% della popolazione complessiva; la percentuale è in linea col dato regionale (9.7%) ed è superiore a quello nazionale disponibile per l'anno 2008 (6.5%). Gli stranieri residenti sono una popolazione giovane rispetto a quella locale, equamente distribuita per sesso e con una presenza di minori pari al 22%.

**Popolazione residente di 0-14 anni d'età
Ausl Cesena, anno 2010**

- Nel 2009 sono nati 2.010 bambini: complessivamente i **minori di 14 anni** nel territorio dell'Ausl di Cesena sono circa 27.800, pari al 14% della popolazione totale (15% nel Distretto del Rubicone e 13% nel Distretto di Cesena).
- Al 31 dicembre 2010 nel Comune di Cesena risiedevano circa 8.000 famiglie con almeno un componente di età inferiore ai 14 anni, pari a circa 19% del totale; di queste circa 440 (pari al 5%) hanno 3 o più figli minori di 14 anni.

| | Età in anni | | | | | | 0-14 |
|------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|------|
| | 0-2 | 3-5 | 6-8 | 9-11 | 12-14 | | |
| Bagno di Romagna | 167 | 164 | 136 | 139 | 113 | 719 | |
| Borghi | 95 | 89 | 82 | 82 | 61 | 409 | |
| Cesena | 2.537 | 2.531 | 2.447 | 2.393 | 2.202 | 12.110 | |
| Cesenatico | 728 | 671 | 711 | 676 | 683 | 3.469 | |
| Gambettola | 310 | 295 | 309 | 283 | 293 | 1.490 | |
| Gatteo | 317 | 281 | 280 | 242 | 221 | 1.341 | |
| Longiano | 260 | 229 | 222 | 200 | 189 | 1.100 | |
| Mercato Saraceno | 219 | 191 | 163 | 164 | 178 | 915 | |
| Montiano | 54 | 39 | 42 | 43 | 59 | 237 | |
| Roncofreddo | 87 | 91 | 117 | 103 | 87 | 485 | |
| San Mauro Pascoli | 353 | 390 | 351 | 348 | 348 | 1.790 | |
| Sarsina | 87 | 99 | 82 | 79 | 103 | 450 | |
| Savignano sul Rubicone | 575 | 566 | 528 | 525 | 535 | 2.729 | |
| Sogliano al Rubicone | 94 | 90 | 87 | 83 | 65 | 419 | |
| Verghereto | 49 | 36 | 31 | 34 | 36 | 186 | |
| TOTALE | 5.932 | 5.762 | 5.588 | 5.394 | 5.173 | 27.849 | |

Fonte: Camera di Commercio Forlì-Cesena

**Percentuale di stranieri residenti di 0-14 anni d'età
Ausl di Cesena, anno 2010**

- Circa il 13% della popolazione di 0-14 anni è straniera; la maggior parte dei bambini stranieri si concentra nei comuni di Savignano sul Rubicone (19%), Gatteo (17%) e San Mauro Pascoli (17%).

| | Stranieri | Totale | % pop straniera |
|------------------------|-------------|---------------|-----------------|
| Bagno di Romagna | 55 | 719 | 7,6 |
| Borghi | 36 | 409 | 8,8 |
| Cesena | 1.545 | 12.110 | 12,8 |
| Cesenatico | 393 | 3.469 | 11,3 |
| Gambettola | 217 | 1.490 | 14,6 |
| Gatteo | 230 | 1.341 | 17,2 |
| Longiano | 115 | 1.100 | 10,5 |
| Mercato Saraceno | 136 | 915 | 14,9 |
| Montiano | 33 | 237 | 13,9 |
| Roncofreddo | 64 | 485 | 13,2 |
| San Mauro Pascoli | 304 | 1.790 | 17,0 |
| Sarsina | 50 | 450 | 11,1 |
| Savignano sul Rubicone | 513 | 2.729 | 18,8 |
| Sogliano al Rubicone | 61 | 419 | 14,6 |
| Verghereto | 14 | 186 | 7,5 |
| TOTALE | 3766 | 27.849 | 13,5 |

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Su tutto il territorio nazionale aumentano le donne che diventano madri dopo i 30 anni, in piena età lavorativa. Si pone pertanto il problema di conciliare **lavoro e famiglia**, compito non ancora sufficientemente agevolato dai servizi già attivati nel territorio. Nonostante l'implementazione dei servizi di supporto alle famiglie con minori e anziani, il maggior carico assistenziale rimane ancora prevalentemente a carico della donna nel nostro territorio e in tutta l'Italia.

Dai dati raccolti durante il Bilancio di Salute dei minori si evidenzia che circa la metà delle madri (53%) ha ripreso l'attività lavorativa entro il 10° mese di vita del bambino; la percentuale sale al 64% al 24° mese.

Durante il lavoro della madre, il figlio viene accudito:

- dai familiari (81% a 10 mesi e 58% a 24 mesi)
- nell'asilo nido (8% a 10 mesi e 37% a 24 mesi)
- da baby-sitter (9% a 10 mesi e 5% a 24 mesi).

Risorse economiche e casa

Risorse economiche

– Nel 2009 il **tasso di occupazione**^f nel territorio provinciale era pari al 66,8%. Il dato, stabile negli anni, si conferma di poco inferiore a quello regionale (69%) e più elevato di quello nazionale (57,6%). Gli uomini risultano più occupati delle donne (74,1 vs 59,5). Il tasso di occupazione negli stranieri continua a ridursi e passa al 63,8% (68,7% nel terzo trimestre 2008).

– Il tasso di **disoccupazione**^g è in aumento in particolare nelle donne e negli stranieri (dal 6,9% del terzo trimestre 2008 al 10,6% del terzo trimestre 2009).

– Complessivamente la disoccupazione interessa le fasce di lavoratori più deboli (giovani, donne e stranieri); a questi si aggiunge in maniera non trascurabile anche la componente maschile.

– Il territorio della provincia presenta un **PIL pro-capite** pari a 30.724 Euro, in linea con quello regionale, superiore al dato nazionale.

– Anche il reddito medio lordo pro-capite delle famiglie è in linea col dato regionale (22.000 euro circa nel 2009).

Tassi di occupazione e disoccupazione per anni

| | Tasso di occupazione | | | Tasso di disoccupazione | | |
|----------------|----------------------|------|------|-------------------------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 |
| Forli-Cesena | 68.2 | 66.4 | 66.8 | 3.2 | 5.0 | 6.1 |
| Emilia-Romagna | 70.2 | 70.4 | 69.1 | 2.8 | 3.1 | 4.5 |
| Italia | 58.6 | 58.8 | 57.6 | 5.9 | 6.6 | 7.5 |

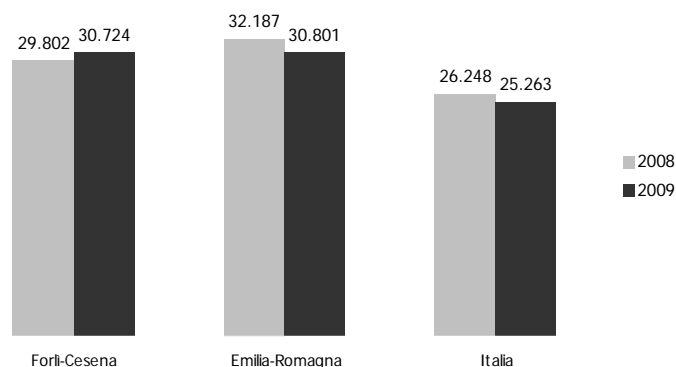
Fonte: Camera di Commercio Forli-Cesena

Tassi di occupazione e disoccupazione per sesso, 2009

| | Tasso di Occupazione | | Tasso di disoccupazione | |
|----------------|----------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Uomini | Donne | Uomini | Donne |
| Forli-Cesena | 74.1 | 59.5 | 5.9 | 6.4 |
| Emilia-Romagna | 75.8 | 62.4 | 4.1 | 4.9 |
| Italia | 68.8 | 46.4 | 6.5 | 9.0 |

Fonte: Camera di Commercio Forli-Cesena

Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite in Euro (2008 e 2009)



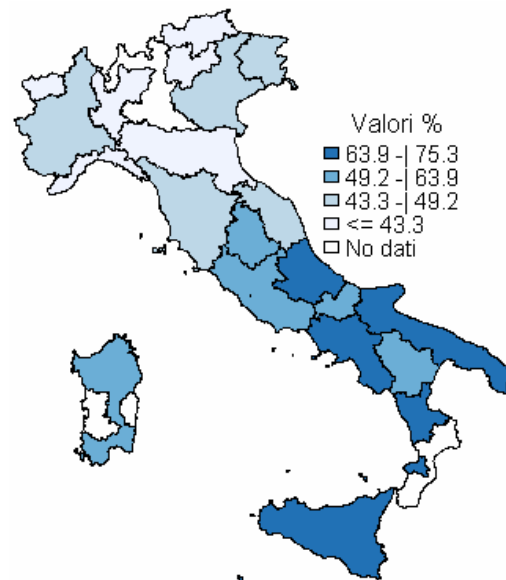
Fonte Camera di Commercio Forli-Cesena

^f Tasso di occupazione = numero degli occupati/popolazione 15-64 anni

^g Tasso di disoccupazione = persone che sono in cerca di occupazione/forza lavoro (occupati e persone in cerca di occupazione)

- Sulla base dei dati del Sistema di Sorveglianza PASSI 2007-09 nell'Ausl di Cesena, circa la metà (53%) delle persone di 18-69 anni non percepisce alcuna difficoltà economica, riferita al proprio nucleo familiare; il 35% ha qualche difficoltà e il rimanente 12% ha molte difficoltà economiche, in linea con i dati regionali.
- La percezione di difficoltà economiche mostra un marcato gradiente territoriale Nord-Sud.
- Nella percezione di difficoltà economiche non sono emerse differenze significative per classi d'età.
- La percezione di difficoltà economiche è più alta nelle donne (48% vs il 40% degli uomini), in ogni le classi d'età.
- A livello regionale il 27% degli stranieri dichiara di avere molte difficoltà economiche, il 45% qualche difficoltà e solo il 28% non ha riferito alcuna difficoltà economica.

Persone con qualche/molte difficoltà economiche riferite (%)
PASSI 2009



Casa

In Emilia-Romagna il 73,3% delle famiglie ha una **casa** di proprietà, il 16,8% è in affitto e il 10% vive in case con altro titolo di godimento.

Nel biennio 2009-10 nel territorio dell'Ausl di Cesena le domande per l'inserimento nelle graduatorie per l'assegnazione degli alloggi di **edilizia residenziale pubblica** (ERP) sono state 1.260. Nel comune di Cesena nel 2010-11 le domande presentate sono state 666, rispetto alle 483 del 2009 (+38%). Il 43% sono domande presentate da cittadini stranieri (quota in calo rispetto al bando precedente), mentre è invece stabile la quota di domande pervenute da persone anziane (7%).

Offerta di servizi sanitari, sociali e socio-educativi

Servizi sanitari

Nel 2009 nel territorio dell'Ausl di Cesena operano 31 **pediatri di libera scelta** (PLS) che servono complessivamente una popolazione pediatrica di 27.849 bambini. Accanto ai PLS garantiscono l'assistenza di base ai minori i servizi di **pediatria di comunità**, presenti presso i due Distretti con équipe multiprofessionali formate da Pediatri di comunità, infermieri/assistenti sanitarie e dietiste.

Sono inoltre presenti 10 **consultori pediatrici** (Cesena, Mercato Saraceno, Sarsina, Bagno di Romagna, Savignano sul Rubicone, Borghi, Cesenatico, Gambettola, Roncofreddo e Sogliano), 6 **consultori familiari** (Cesena, Mercato Saraceno, Bagno di Romagna, Savignano sul Rubicone, Cesenatico e Gambettola) e 2 **consultori giovani** (Cesena e Savignano sul Rubicone).

Nel 2008, i consultori familiari del territorio hanno seguito 8.158 donne, pari al 12,2% delle potenziali utenti. Questa quota è inferiore alla media regionale (15%) e diversa nei due Distretti (13,6% nel Distretto di Cesena e 10,7% in quello del Rubicone). Circa la metà delle donne in gravidanza (52,1%) viene seguita da questi servizi; la percentuale è in aumento negli ultimi anni ed è superiore alla media regionale (43,5%). Si segnala inoltre il forte aumento delle donne immigrate che utilizzano questi servizi e costituiscono il 48,8% delle donne seguite, con valori e trend sovrapponibili a quelli regionali (51,4%).

Servizi socio-educativi

Nell'anno educativo 2009-10 nel territorio dell'Ausl di Cesena 1.306 i bambini di età compresa 0-2 anni hanno frequentato i servizi per la prima infanzia (nidi pubblici, privati convenzionati e privati puri; micro-nidi; spazi bimbi), pari al 22% circa della popolazione residente di pari età. I bambini stranieri sono 61, pari al 4.7% (quota inferiore a quella regionale dell'8,2%); i bambini disabili sono 10, pari allo 0.8%. Nessun bimbo nomade o apolide risulta iscritto. In tutti i comuni, tranne in quello di Verghereto, sono presenti servizi per la prima infanzia; in quelli di maggiori dimensioni (Cesena, Cesenatico, Savignano, San Mauro Pascoli, Gatteo e Bagno di Romagna) operano sia i servizi pubblici che privati, mentre in quelli più periferici e della Comunità montagna i nidi privati coprono prevalentemente la richiesta.

Nell'A.S. 2009-10 la copertura a livello provinciale, espressa dal rapporto tra i posti disponibili rispetto alla popolazione 0-2 anni residente, è risultata pari al 28%, quota superiore a quella nazionale (17%), ma ancora inferiore rispetto a quella regionale (30%) e al valore del 33% auspicato dall'UE.

Nel corso del 2010 in diversi Comuni del territorio, come pure in tutta la Regione, si è stato registrato un calo delle domande di servizi per la prima infanzia: in alcuni Comuni non si sono coperti i posti disponibili. Questa tendenza da monitorare nel tempo potrebbe essere un riflesso della crisi economica che sta coinvolgendo anche il nostro Paese dalla fine del 2009.

**Bambini iscritti servizi prima infanzia
per Comuni dell'Ausl di Cesena anno educativo 2009-10**

| Comune | Nidi Pubblici | Nidi Privati Convenzionati | Nidi Privati | Altri servizi | Totale | N° Bambini Stranieri | % Bambini Stranieri | % iscritti sulla pop. 0-2 anni |
|-------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| Bagno di Romagna | 31 | 0 | 23 | 0 | 54 | 0 | 0 | 32,3 |
| Borghi | 0 | 0 | 12 | 0 | 12 | 0 | 0 | 12,6 |
| Cesena | 348 | 108 | 228 | 0 | 684 | 32 | 4,7 | 27 |
| Cesenatico | 39 | 62 | 36 | 22 | 159 | 0 | 0 | 21,8 |
| Gambettola | 43 | 0 | 0 | 0 | 43 | 2 | 4,7 | 13,9 |
| Gatteo | 19 | 0 | 19 | 0 | 38 | 0 | 0 | 12 |
| Longiano | 0 | 49 | 0 | 0 | 49 | 0 | 0 | 18,8 |
| Mercato Saraceno | 0 | 14 | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 | 6,4 |
| Montiano | 0 | 0 | 8 | 0 | 8 | 2 | 25 | 14,8 |
| Roncofreddo | 0 | 0 | 0 | 12 | 12 | 2 | 16,7 | 13,8 |
| San Mauro Pascoli | 43 | 0 | 29 | 0 | 72 | 6 | 8,3 | 20,4 |
| Sarsina | 0 | 0 | 18 | 0 | 18 | 0 | 0 | 20,7 |
| Savignano sul R. | 68 | 48 | 0 | 11 | 127 | 17 | 13,4 | 22,1 |
| Sogliano al R. | 0 | 0 | 16 | 0 | 16 | 0 | 0 | 17 |
| Verghereto | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Totale | 591 | 108 | 228 | 45 | 1.306 | 61 | 4,7 | 22 |

Fonte Sistema informativo sui servizi educativi per la prima infanzia Regione Emilia-Romagna

Determinanti Sociali di Salute

Elenco indicatori dei determinanti sociali di salute

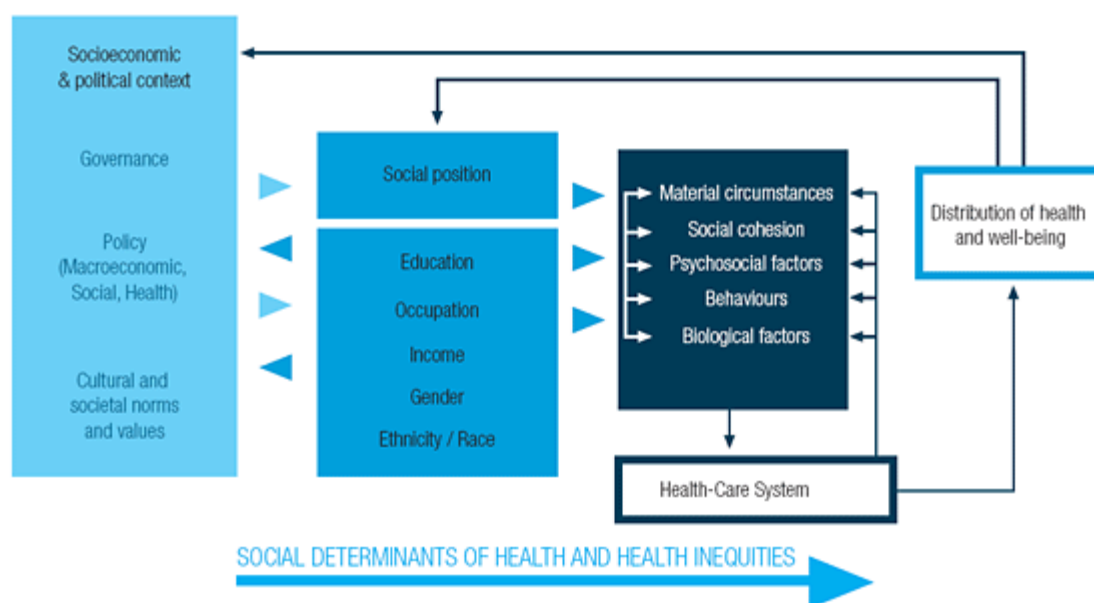
| | |
|---|-------------|
| La gravidanza e il parto | Pag. |
| • Tasso di gravidanza in minorenni | 18 |
| • Proporzione di parti con taglio cesareo | 20 |
| • Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12 ^a settimana di gestazione | 22 |
| • Donne che hanno effettuato meno di 4 visite ostetriche in gravidanza | 24 |
| • Immunizzazione alla rosolia nelle partorienti | 26 |
| • Esecuzione di esami invasivi prenatali nelle donne ultra 35enni | 28 |
| • Esecuzione di più di 7 ecografie in gravidanza | 30 |
| • Donne che fumano in gravidanza | 32 |
| • Partecipazione ai corsi in preparazione al parto | 34 |
| | |
| Il bambino | |
| • Copertura dei Bilanci di salute | 36 |
| • Allattamento al seno | 38 |
| • Accudimento del bambino | 40 |
| • Copertura Vaccinale per Morbillo, Parotite e Rosolia | 42 |

Determinanti sociali di salute

I determinanti sociali della salute sono fattori in grado di modificare positivamente o negativamente la salute di un individuo. Nel tempo sono stati sviluppati diversi modelli di riferimento con l'obiettivo di definire il ruolo giocato sulla salute dai vari determinanti sociali e il peso da attribuire a ciascuno di essi.

La *Commission on Social Determinants of Health* dell'OMS (CSDH) ha recentemente proposto un nuovo modello di riferimento¹ che tenta di rappresentare in un unico schema i determinanti di salute e i meccanismi generatori di disuguaglianze.

Determinanti sociali di salute e meccanismi generatori di disuguaglianze. CSDH, 2007



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

In questo modello si individuano tre gruppi di fattori che a diverso titolo hanno un impatto sulla distribuzione della salute e del benessere:

1. il contesto politico e socio-economico
2. la posizione socio-economica
3. le condizioni di vita e di lavoro, i fattori psicosociali, la coesione sociale, i comportamenti individuali e fattori biologici e il sistema sanitario.

L'insieme del contesto politico e socio-economico e la posizione socio-economica costituiscono i *determinanti strutturali della salute*, mentre le condizioni di vita e di lavoro, gli stili di vita e i servizi rappresentano i *determinanti intermedi di salute*.

I determinanti definiti strutturali generano la stratificazione sociale e definiscono la posizione socio-economica degli individui all'interno di gerarchie di potere, prestigio e accesso alle risorse: «Sono i primi anelli di una catena di cause; una catena fatta di altri anelli, di ulteriori fattori causali la cui azione è più direttamente legata all'insorgenza di una malattia (determinanti intermedi)» (Maciocco 2009).

La direzione della freccia sottolinea la direzione della concatenazione di cause al cui anello conclusivo si trovano i determinanti intermedi, ovvero i fattori che trasformano le disuguaglianze create dai determinanti strutturali in danno alla salute.

Nella figura sono riportati inoltre molteplici meccanismi di feedback, rappresentati da frecce orientate in senso inverso rispetto a quello principale: alcuni eventi di vita possono infatti agire a ritroso modificando la posizione socio-economica ricoperta dall'individuo (es. l'insorgenza di una malattia o di infermità).

I determinanti di salute di un territorio

Nella creazione dei sistemi di monitoraggio delle disuguaglianze in salute la CSDH raccomanda di individuare una serie di indicatori capaci di leggere la distribuzione dei determinanti di salute. Le dimensioni dei determinanti strutturali e delle condizioni della vita quotidiana ritenute essenziali sono raccolte nella tabella seguente.

**Determinanti sociali di salute: aree da esplorare
con l'utilizzo di Indicatori di disuguaglianze (CSDH, 2008)**

| Determinanti di salute | |
|--|---|
| Determinanti strutturali di iniquità | Condizioni di vita quotidiana |
| <p>Genere</p> <ul style="list-style-type: none"> - norme e valori - partecipazione economica - salute sessuale e riproduttiva <p>Iniquità sociali</p> <ul style="list-style-type: none"> - esclusione sociale - distribuzione della ricchezza e del benessere - educazione <p>Contesto socio-politico</p> <ul style="list-style-type: none"> - diritti civili - condizioni lavorative - priorità di governo e spesa pubblica - condizioni macroeconomiche | <p>Stili di vita</p> <ul style="list-style-type: none"> - fumo - alcol - attività fisica - alimentazione <p>Ambiente fisico e sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - acqua e servizi igienici - condizioni abitative - infrastrutture, trasporti e urbanistica - qualità dell'aria - capitale sociale <p>Condizioni di lavoro</p> <ul style="list-style-type: none"> - rischi lavorativi materiali - stress <p>Sistemi sanitari</p> <ul style="list-style-type: none"> - copertura - infrastrutture <p>Protezione sociale</p> <ul style="list-style-type: none"> - copertura - generosità |

Rispetto alle proposte di indicatori sulle condizioni della vita quotidiana, nella realtà locale sono attualmente disponibili indicatori relativi a stili di vita, assistenza sanitaria e assistenza sociale.

Le informazioni relative a condizioni ambientali e di lavoro non sono sempre disponibili per una lettura declinata nell'ottica delle disuguaglianze; in particolare relativamente all'ambiente di lavoro informazioni sulla possibilità delle madri di conciliare i tempi di vita e di lavoro potrebbero essere inserite nell'ambito di ricerca scelto, vista la correlazione con la salute del bambino in età prescolare.

Rispetto alle condizioni abitative, sono disponibili alcune informazioni derivanti da studi e progetti locali.

Al momento rimane più complesso raccogliere informazioni rispetto ai determinanti strutturali: questa difficoltà riflette la tendenza in passato a misurare maggiormente la prossimità al problema di salute, sfumando le condizioni del contesto in cui si è sviluppata la storia di malattia. Nel paragrafo 5 sono elencate alcune proposte di indicatori desiderabili per quest'area, con le motivazioni della proposta e i limiti attuali alla raccolta dei dati.

Tasso di gravidanza in minorenni

Definizione:

$$\frac{\text{Numero di gravidanze di residenti minorenni} \times 1.000}{\text{Donne residenti 15-17 anni}}$$

Significato:

- le gravidanze in adolescenza sono correlate a un più alto rischio di cure prenatali inadeguate, neonati di basso peso alla nascita e mortalità infantile.
- nelle famiglie con genitori adolescenti il rischio di esclusione sociale è più alto: le madri adolescenti sono più a rischio di non terminare gli studi, avere difficoltà a trovare un lavoro, essere genitori single e crescere il proprio bambino in condizioni di povertà.
- i figli di adolescenti sono più a rischio di soffrire di condizioni di salute precarie e di diventare a loro volta genitori adolescenti
- le gravidanze tra gli adolescenti sono più frequenti in ragazzi con basso livello di istruzione e in condizione di disagio economico-sociale.

Conoscere l'entità e la distribuzione del fenomeno consente di monitorare l'eventuale presenza di aree o categorie a maggior rischio verso cui indirizzare azioni preventive o di supporto mirate.

Questo indicatore viene proposto per esplorare la sottocategoria dei determinanti strutturali di salute relativa alla salute sessuale e riproduttiva.

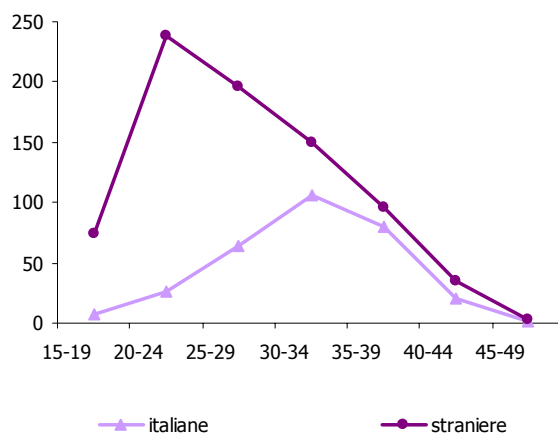
- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il tasso di gravidanza è risultato pari a 55 gravidanze ogni 1.000 donne in età feconda (15-49 anni), in linea col dato regionale.
- Il tasso di gravidanza è significativamente più alto nelle donne straniere (125‰ vs 46,4‰ delle italiane).
- La percentuale di gravidanze nelle donne straniere è più alta in particolare prima dei 35 anni.
- Circa il 12% delle gravidanze esita in una interruzione volontaria di gravidanza (IVG); la percentuale di IVG è più alta nelle donne straniere (19,5% vs 9,7% delle italiane), dato confermato a livello regionale.

N° e Tassi di gravidanza SDO 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|-------|----------------|-------|
| | N | Tasso | N | Tasso |
| Italiane | 5.737 | 46,4 | 115.313 | 46,0 |
| Straniere | 1.870 | 125,0 | 44.743 | 120,6 |
| Totale | 7.607 | 54,8 | 160.056 | 55,7 |

* ogni 1.000 donne in età feconda (15-49 anni)

Tasso di gravidanza età-specifico Ausl Cesena SDO 2007-09

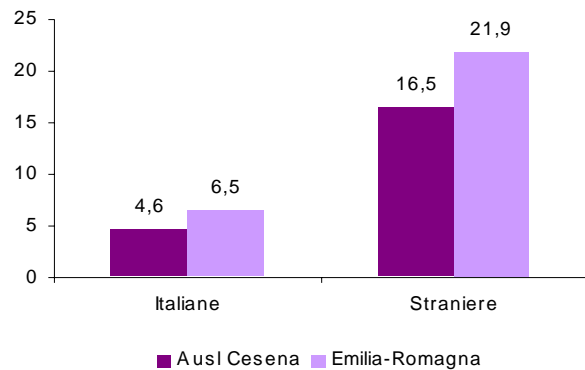


- Nel triennio 2007-09 nelle minorenni residenti nell'Ausl di Cesena si sono registrate 41 gravidanze, pari a una media di 13-14 all'anno; un quarto (25%) delle gravidanze si sono verificate in minorenni con cittadinanza straniera.
- Il tasso di gravidanze è significativamente maggiore nelle minorenni straniere rispetto a quelle italiane (16,5 vs 4,6).
- A livello regionale il tasso di gravidanza è più alto sia nelle minorenni italiane (6,5) sia in quelle straniere (21,9); si mantiene il rapporto 1 a 3 tra italiane e straniere (6,5 vs 21,9).
- Nelle gravidanze in minorenni il ricorso IVG è alto, in particolare nelle minorenni italiane rispetto alle straniere sia a livello aziendale (77.4% vs 30%) sia a livello regionale (69.4 vs 49.6).

**Numero di gravidanze in minori di 18 anni
SDO 2007-09**

| | Ausl Cesena | Emilia-Romagna |
|------------------|-------------|----------------|
| Italiane | 31 | 905 |
| Straniere | 10 | 341 |

**Tasso di gravidanze in minori di 18 anni per 1.000
SDO 2007-09**



Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ ricoveri per gravidanza (parti + IVG + Aborti Spontanei) in minorenni residenti avvenuti in regione} \times 1.000}{\text{Donne residenti 15-17 anni}}$$

Le gravidanze comprendono: parti (DRG 370-375) + Interruzioni Volontarie di Gravidanza (codice diagnosi principale = 635-635.92) + Aborti Spontanei (codice diagnosi principale = 632 e 634.0-634.92)

Validità e limiti: l'indicatore fornisce una misura dell'entità delle gravidanze nelle minorenni che hanno avuto un accesso ospedaliero.

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 2007-09

Proporzione di parti con taglio cesareo

Definizione:

$$\frac{\text{Numero di parti con taglio cesareo}}{\text{Totale parti}} \times 100$$

Significato: secondo l'OMS la percentuale di parti cesarei dovrebbe essere contenuta al 10-15% dei parti; valori percentuali più alti evidenziano un ricorso inappropriato a questa modalità di parto.

Stratificare questa informazione per variabili correlate a possibili iniquità può rilevare la presenza di alcune categorie maggiormente esposte al rischio di scelte assistenziali inappropriate riguardo alla modalità del parto.

Questo indicatore viene proposto per esplorare la sottocategoria dei determinanti strutturali di salute relativa alla salute sessuale e riproduttiva.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena le **gravidanze** con decorso fisiologico hanno rappresentato il 95% delle gravidanze, mentre quelle a decorso patologico il rimanente 5%.
- Nelle gravidanze a decorso fisiologico la proporzione di parti con taglio cesareo è risultata del 22%, mentre sale al 43% in quelle con decorso patologico.
- Il ricorso al taglio cesareo nelle **gravidanze fisiologiche** è risultato più basso rispetto al valore regionale (22% vs 27%).
- Nell'Ausl di Cesena la percentuale di parti cesarei nelle gravidanze a decorso fisiologico cresce all'aumentare dell'età, passando dal 16,9% delle donne di età ≤ 24 anni al 32,2% delle ultra 40enni; questa tendenza è ancora più evidente a livello regionale.
- Il ricorso al taglio cesareo nelle gravidanze a decorso fisiologico è risultato più alto nelle donne con cittadinanza italiana* rispetto alle straniere** (22,5% vs 19,2%); questa tendenza è confermata a livello regionale.
- Il ricorso al taglio cesareo è più frequente nelle donne con basso titolo di studio (24,7%); a livello regionale non sono emerse differenze per titolo di studio.
- Non sono emerse significative differenze in base alla condizione professionale della madre.

Parti con taglio cesareo Cedap 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Totale | 1.122 | 21,8 | 28.516 | 27,1 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 98 | 16,9 | 2.054 | 18,2 |
| 25-34 | 597 | 20,2 | 15.425 | 25,5 |
| 35-39 | 340 | 25,4 | 8.646 | 32,7 |
| 40 e oltre | 87 | 32,2 | 2.391 | 40,2 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 911 | 22,5 | 22.465 | 28,3 |
| Straniere PFPM** | 211 | 19,2 | 6.054 | 24,3 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 235 | 20,9 | 6.805 | 27,4 |
| Media Superiore | 492 | 20,4 | 12.885 | 27,3 |
| Media Inferiore/ nessun titolo | 395 | 24,7 | 8.829 | 27,6 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 764 | 21,2 | 19.696 | 28,3 |
| Disoccupata/ in cerca prima occupazione | 41 | 19,0 | 890 | 25,3 |
| Casalinga e altro | 248 | 22,5 | 6.029 | 25,7 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

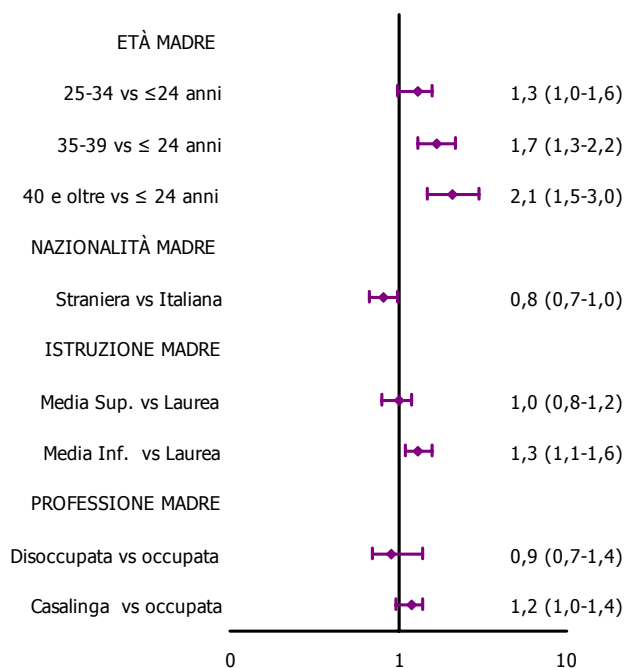
** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Nell'analisi statistica multivariata condotta il ricorso al taglio cesareo si conferma correlato all'età più elevata e al basso titolo di studio della madre.

La probabilità di ricorso al taglio cesareo è infatti maggiore:

- nelle donne di 35-39 anni (OR 1,7) e in quelle sopra ai 40 anni (OR 2,1) rispetto alle donne ≤ 24 anni
- nelle donne con basso titolo di studio (OR 1,3) rispetto alle laureate.

**Fattori associati al parto con taglio cesareo (regressione logistica)
Ausl Cesena Cedap 2007-09**



Nel rapporto Cedap 2009 sono emerse differenze legate alla nazionalità delle donne straniere: le donne nate in Paesi dell’Africa sub-Sahariana (Nigeria, Costa d’Avorio, Ghana, Senegal) e nell’America centro-meridionale (Brasile, Cuba, Repubblica Domenicana) hanno una probabilità maggiore di ricorrere al parto cesareo rispetto alle donne nate in Italia (OR 1.7), mentre la probabilità è minore per le donne nate in Paesi dell’Est Europa e del Nord Africa.

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° di parti con taglio cesareo (modalità del parto=4) relativi a donne residenti avvenuti in regione} \times 100}{\text{Totale parti}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso gravidanza=1) e sono esclusi i parti gemellari.

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di stimare il fenomeno del parto con taglio cesareo, stratificando per cittadinanza, classi d’età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell’Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12^a settimana di gestazione

Definizione:

$$\frac{\text{Gravide che si sottopongono alla prima visita prenatale dopo la 12^a settimana di gestazione}}{\text{Totale delle gravide}} \times 100$$

Significato: secondo gli standard indicati dall'OMS per una gravidanza fisiologica, la prima visita ostetrica deve avvenire entro la 12^a settimana di gravidanza (3^o mese). L'incontro precoce con il ginecologo o l'ostetrica consente infatti di informare la donna sul percorso assistenziale della gravidanza, sulla possibilità di sottoporsi ad accertamenti diagnostici e screening prenatali, sulle precauzioni comportamentali e ambientali utili a tutelare la gravidanza.

In letteratura le madri che ricorrono tardivamente alla prima visita sono con maggior frequenza minorenni, immigrate o donne con basso livello di istruzione.

Questo indicatore viene proposto per esplorare la sottocategoria delle condizioni della vita quotidiana relativa all'assistenza sanitaria.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena l'la percentuale di donne che ha eseguito la prima visita oltre la 12^o settimana è risultata pari al 6,7%, valore in linea con quello regionale (7,6%).
- Questo comportamento tende ad essere più frequente:
 - nelle donne ≤24 anni (12,2%)
 - nelle donne straniere** rispetto alle italiane* (12,7% vs 5%)
 - nelle donne con basso titolo di studio (9,3%)
 - nelle donne disoccupate o in cerca di prima occupazione (13,7%).

Queste tendenze sono ribadite anche dal dato regionale, più consistente come numerosità.

Donne che eseguono la prima visita dopo la 12^a settimana di gestazione Cedap 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|---|-------------|------|----------------|------|
| | N | % | N | % |
| Totale | 347 | 6,7 | 8.001 | 7,6 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 71 | 12,2 | 1.725 | 15,2 |
| 25-34 | 195 | 6,5 | 4.507 | 7,4 |
| 35-39 | 66 | 4,9 | 1.400 | 5,2 |
| 40 e oltre | 15 | 5,5 | 368 | 6,1 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 206 | 5,0 | 3.502 | 4,4 |
| Straniere PFPM** | 141 | 12,7 | 4.499 | 17,9 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 52 | 4,6 | 1.140 | 4,5 |
| Media Superiore | 145 | 5,9 | 2.887 | 6,0 |
| Media Inferiore/ nessun titolo | 150 | 9,3 | 3.974 | 12,3 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupato | 194 | 5,3 | 3.523 | 5,0 |
| Disoccupato/ in cerca prima occupazione | 30 | 13,7 | 404 | 11,4 |
| Casalinga e altro | 120 | 10,8 | 3.977 | 16,8 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

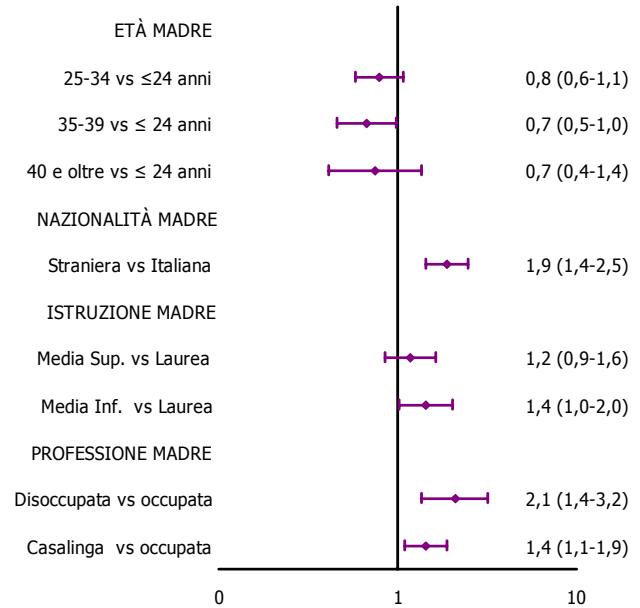
** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

L'analisi statistica multivariata condotta conferma le correlazioni rilevate.

La probabilità di eseguire la prima visita dopo la 12^o settimana è infatti maggiore:

- nelle madri con cittadinanza straniera (OR 1,9)
- nelle madri con basso titolo di studio (OR 1,4)
- nelle madri disoccupate/ in cerca di prima occupazione (OR 2,1) e nelle casalinghe studentesse e altro (OR 1,4).

**Donne che eseguono la prima visita dopo la 12^a settimana di gestazione: fattori associati (regressione logistica)
Ausl Cesena Cedap 2007-09**



I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2009 della regione Emilia Romagna evidenziano inoltre che la probabilità di eseguire una prima visita tardiva in gravidanza è associata a:

- padre nato all'estero (OR 1,5)
- madre nata all'estero (OR 1,9)
- genitori entrambi nati all'estero (OR 2,9)
- titolo di studio medio-basso (OR 1,3).

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione e si sono sottoposte alla prima visita dopo la 12^a settimana di gestazione (prima visita di controllo in gravidanza > 12) x 100}}{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1).

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Donne che hanno effettuato meno di 4 visite ostetriche in

Definizione:

Donne che eseguono meno di 4 visite ostetriche x100
Donne che hanno partorito

Significato: l'OMS raccomanda che l'assistenza alle donne con gravidanza con decorso non complicato comprenda almeno 4 visite ostetriche. Questo parametro (insieme all'esecuzione della 1° visita non oltre la 12ª settimana) viene monitorato per valutare l'adeguatezza dell'assistenza ostetrica in gravidanza. Conoscere quali siano le donne che sono a maggior rischio di sottoporsi a cure inadeguate consente di valutare l'entità del problema e comprendere a quali donne rivolgere maggiori attenzioni e interventi di promozione della salute.

Questo indicatore viene proposto per esplorare la sottocategoria delle condizioni della vita quotidiana

gravidanza

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena la percentuale di donne che hanno eseguito meno di 4 controlli in gravidanza è risultata pari all'1,5%, valore inferiore a quello regionale (3,4%).
- La percentuale di donne in gravidanza con assistenza inadeguata è più alta:
 - nelle donne ≤24 anni (2,9%)
 - nelle donne straniere** rispetto alle italiane* (3,7% vs 0,9%)
 - nelle donne con basso titolo di studio (2,5%)
 - nelle donne non occupate dal punto di vista lavorativo (3,2%).

Queste tendenze sono confermate anche dal dato regionale, più consistente come numerosità.

Donne in gravidanza che effettuano meno di 4 controlli Cedap 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|-----|--------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Totale | 76 | 1,5 | 3.621 | 3,4 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 17 | 2,9 | 852 | 7,5 |
| 25-34 | 44 | 1,5 | 1.972 | 3,2 |
| 35-39 | 10 | 0,7 | 644 | 2,4 |
| 40 e oltre | 5 | 1,8 | 152 | 2,5 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 35 | 0,9 | 1.599 | 2,0 |
| Straniere PFPM** | 41 | 3,7 | 2.022 | 8,1 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 12 | 1,1 | 430 | 1,7 |
| Media Superiore | 24 | 1,0 | 1.234 | 2,6 |
| Media Inferiore/ nessun titolo | 40 | 2,5 | 1.957 | 6,1 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupato | 26 | 0,7 | 1.306 | 1,9 |
| Disoccupato/ in cerca prima occupazione | 7 | 3,2 | 204 | 5,7 |
| Casalinga e altro | 36 | 3,3 | 1.796 | 7,6 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Visto l'esiguo numero di casi a livello locale, l'analisi statistica multivariata è stata condotta sui dati regionali .

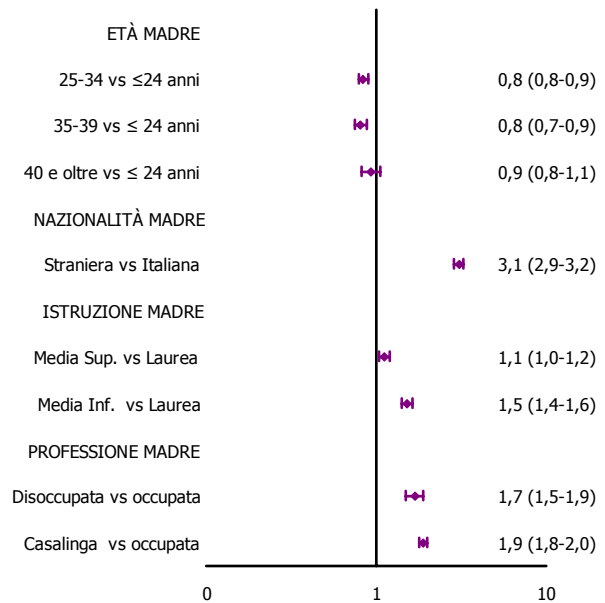
Nell'analisi il numero insufficiente di controlli in gravidanza si conferma correlato con la cittadinanza straniera, una bassa scolarità e la mancanza di occupazione.

La probabilità di eseguire meno di 4 controlli in gravidanza è infatti maggiore:

- nelle madri straniere (OR 3,1)
- nelle madri con titolo di studio basso (OR 1,5).
- nelle madri disoccupate /in cerca di prima occupazione (OR 1,7) o casalinga/studentessa/altro (OR 1,9).

La probabilità di eseguire meno di 4 controlli è inoltre più alta nelle madri di età ≤ 24 anni.

Donne che si sottopongono a meno di 4 controlli in gravidanza: fattori associati (regressione logistica) Emilia-Romagna Cedap 2007-09



I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2009 della regione Emilia-Romagna evidenziano inoltre che la probabilità di eseguire un numero insufficiente (< 4) di visite in gravidanza è associata a:

- padre nato all'estero (OR 1,4)
- madre nata all'estero (OR 2,4)
- genitori entrambi nati all'estero (OR 3,1)
- titolo di studio della madre medio-basso (OR 1,4).

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione e hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza (numero visite < 4)}}{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione}} \times 100$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso= 1).

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Immunizzazione alla rosolia nelle partorienti

Definizione:

Donne che hanno partorito non immuni alla rosolia x100
Donne che hanno partorito

Significato: la rosolia è una malattia causata da un virus a trasmissione interumana, particolarmente pericolosa nelle donne in gravidanza in quanto può causare aborto e malformazioni multiple al feto (Sindrome da Rosolia Congenita o SRC).

La prevenzione della SRC è una delle priorità della Regione europea dell'OMS e la riduzione della sua incidenza a 1 caso ogni 100 mila nati vivi rientra tra gli obiettivi dei programmi di immunizzazione per il 2010. Per prevenire la SRC si stima che la percentuale di donne in età fertile suscettibili al virus non debba superare il 5%. La principale strategia preventiva per ridurre la circolazione del virus è rappresentata dalla riduzione dei soggetti suscettibili attraverso la vaccinazione dei nuovi nati entro il 2° anno di vita ed il recupero dei soggetti non vaccinati attraverso l'offerta attiva del vaccino in concomitanza con altre attività vaccinali routinarie. Attualmente la vaccinazione per la rosolia viene somministrata attraverso un vaccino trivalente, associata a morbillo e parotite (MPR). In concomitanza con le attività vaccinali routinarie, è importante che vengano condotti programmi di recupero vaccinale (*catch up*) per evitare l'accumulo di suscettibili nella popolazione.

L'obiettivo fissato è quello di raggiungere una copertura vaccinale del 95% per MPR entro il 2° anno e del 95% per la rosolia nelle ragazze adolescenti. I dati di copertura vaccinale in Italia per queste patologie sono particolarmente variabili a livello territoriale. In Emilia-Romagna i dati sono positivi, attestando una copertura delle ragazze 13enni del 94,8% nel 2009, dato progressivamente in crescita negli ultimi 10 anni. Il sistema di vaccinazioni regionale sembra quindi raggiungere gli obiettivi raccomandati nei nuovi nati. Possibili popolazioni a rischio possono essere quelle provenienti da altri paesi o in età più elevate.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena la percentuale di donne che hanno partorito senza essere immuni alla rosolia è risultata del 4,4%, circa la metà di quella registrata in Emilia-Romagna (9%).
- Non sono emerse differenze significative per classi d'età, cittadinanza, titolo di studio e condizione professionale.
- Nel 2008 in Emilia-Romagna si è registrata un'epidemia di rosolia che ha coinvolto 115 persone, tra le quali 3 donne in gravidanza. Una di queste era una donna di origine marocchina residente nell'Ausl di Cesena.

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Donne partorienti non immuni alla rosolia Cedap 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|-----|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Totale | 226 | 4,4 | 9.296 | 9,0 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 27 | 4,6 | 1.173 | 10,6 |
| 25-34 | 129 | 4,3 | 5.354 | 9,0 |
| 35-39 | 56 | 4,1 | 2.258 | 8,6 |
| 40 e oltre | 14 | 5,1 | 511 | 8,7 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 177 | 4,3 | 6.769 | 8,6 |
| Straniere PFPM** | 49 | 4,4 | 2.527 | 10,4 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 49 | 4,3 | 1.989 | 8,1 |
| Media Superiore | 102 | 4,2 | 4.108 | 8,8 |
| Media Inf./ nessun titolo | 75 | 4,7 | 3.199 | 10,2 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 158 | 4,4 | 6.063 | 8,8 |
| Disoccupata/ in cerca prima occupazione | 8 | 3,7 | 441 | 12,5 |
| Casalanga e altro | 52 | 4,7 | 2.488 | 10,8 |

Metodo di calcolo:

Donne residenti che hanno partorito in regione e che si dichiarano non immuni alla rosolia
(rubeo test=2) x 100

Donne residenti che hanno partorito in regione.

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso= 1).

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di stimare le partorienti non immuni da rosolia e di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Esecuzione di esami prenatali invasivi nelle donne ultra 35enni

Definizione:

$$\frac{\text{Donne ultra 35enni che non hanno effettuato un'indagine prenatale invasiva}}{\text{Donne ultra 35enni che hanno partorito}} \times 100$$

Significato: la diagnosi prenatale delle anomalie del cariotipo fetale (malattie cromosomiche) è oggi possibile grazie all'esecuzione in gravidanza di tre procedure invasive: prelievo dei villi coriali (villocentesi), prelievo del liquido amniotico (amniocentesi) e fetoscopia/funicolocentesi.

Queste procedure vengono offerte gratuitamente a tutte le gravide ultra 35enni in quanto il rischio di malattie cromosomiche aumenta con l'avanzare dell'età materna.

Esperienze internazionali e nuove raccomandazioni nazionali e regionali si stanno però orientando verso una ridefinizione del rischio di malattie cromosomiche calcolato non solo sulla base dell'età materna, ma anche in rapporto a parametri biochimici ed ecografici rilevabili in gravidanza.

Nelle *Linee Guida alla gravidanza fisiologica*, recentemente pubblicate, è infatti contenuta la raccomandazione di offrire un percorso diagnostico *non invasivo* per la diagnosi prenatale di anomalie cromosomiche a tutte le gravide e di procedere con gli esami invasivi solo nelle donne positive, indipendentemente dall'età. Questo percorso è già offerto alle donne gravide della nostra Regione, per cui nei prossimi anni sarà opportuno tarare l'indicatore per valutare le nuove procedure.

Dai dati di letteratura emerge un minor ricorso alla diagnosi prenatale nelle donne in condizioni di svantaggio sociale, differenza anche attribuibile a difficoltà di comunicazione tra operatori e gravide, con minor possibilità per le donne di compiere scelte consapevoli.

Per valutare la presenza di queste differenze, viene proposto di rilevare le caratteristiche delle donne che non si sono sottoposte ad esami invasivi dopo i 35 anni nonostante l'offerta gratuita legata all'età. In futuro questa disuguaglianza potrebbe essere meglio evidenziata valutando la proposta o meno del percorso diagnostico prenatale.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il 44,6% delle donne gravide sopra ai 35 anni non si è sottoposta agli esami prenatali invasivi; il dato è in linea con quello regionale (43,5%).
- Il ricorso alla diagnosi prenatale è meno frequente:
 - nelle gravide con cittadinanza straniera** (79,9% vs il 41% delle italiane*)
 - nelle gravide con basso titolo di studio (52%) e nelle donne non occupate (50%).

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

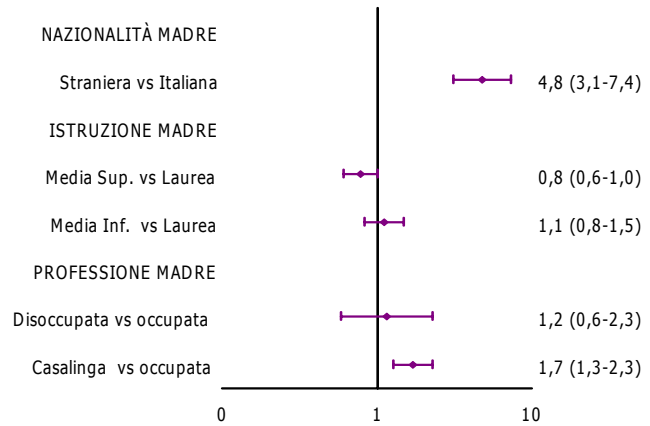
** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)

**Donne gravide di età ≥35 anni
che NON si sottopongono a esami prenatali invasivi
Cedap 2007-09**

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Totale | 703 | 44,6 | 13.488 | 43,5 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 588 | 41,0 | 10.828 | 39,2 |
| Straniere PFPM** | 115 | 79,9 | 2.660 | 78,4 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 182 | 45,3 | 4.258 | 43,4 |
| Media Superiore | 291 | 39,7 | 5.524 | 39,8 |
| Media inferiore/nessun titolo | 230 | 52,0 | 3.706 | 50,7 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 507 | 40,8 | 9.787 | 39,0 |
| Disoccupata/ in cerca prima occupazione | 19 | 50,0 | 341 | 53,0 |
| Casalinga e altro | 157 | 44,3 | 2.702 | 63,4 |

- Nell'analisi statistica multivariata condotta, la mancata esecuzione di esami invasivi prenatali si conferma correlata significativamente con la cittadinanza straniera e la condizione di casalinga/studentessa. La probabilità di non eseguire gli esami prenatali è infatti maggiore:
 - nelle donne gravide con cittadinanza straniera (OR 4.8)
 - nelle donne gravide casalinghe, studentesse o altro (OR 1,7).

**Fattori associati alla mancata esecuzione di esami invasivi prenatali dopo i 35 anni (regressione logistica)
Ausl Cesena Cedap 2007-09**



I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2009 della regione Emilia Romagna evidenziano inoltre una maggiore probabilità di non eseguire indagini prenatali invasive nelle gravidanze sopra ai 35 anni con:

- padre nato all'estero (OR 1,4)
- madre nata all'estero (OR 1,7)
- genitori entrambi nati all'estero (OR 6.2)
- titolo di studio medio-basso (OR 1,8).

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Donne residenti ultra 35enni partorienti in regione che non hanno effettuato alcuna indagine prenatale invasiva} \times 100}{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1).

Le indagini prenatali invasive sono quelle per le quali è stato effettuato almeno uno dei seguenti esami: amniocentesi =sì o villi coriali=sì o fetoscopia/funicolocentesi=sì.

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Esecuzione di più di 7 ecografie in gravidanza

Definizione:

$\frac{\text{Donne che dichiarano di essersi sottoposte a più di 7 ecografie in gravidanza}}{\text{Donne che hanno partorito}} \times 100$

Significato: le linee guida alla gravidanza fisiologica, recentemente pubblicate, prevedono per l'assistenza alla gravidanza fisiologica l'esecuzione di almeno 2 ecografie:

- prima ecografia: entro la 12° settimana per la datazione della gravidanza
- seconda ecografia: tra la 19° e la 21° settimana per la rilevazione di anomalie fetali
- a queste si aggiunge in genere un terza ecografia alla 32° settimana per le gravide con placenta previa.

Queste ecografie vengono definite *diagnostiche* o di *screening* e vanno distinte dal semplice utilizzo molto diffuso dell'ecografia a completamento della visita durante i controlli in gravidanza.

Il numero di ecografie diagnostiche in gravidanza viene proposto come indicatore di un'eventuale medicalizzazione eccessiva della gravidanza. I dati vanno però interpretati con cautela, in quanto l'informazione viene riferita dalla donna partoriente per la quale può risultare complessa la distinzione tra le due forme di ecografia. L'indicatore può comunque essere utilizzato per mettere in luce la percezione che la donna ha avuto dell'assistenza ricevuta.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena circa un quarto delle donne gravide (23,6%) ha riferito di aver eseguito più di 7 ecografie; la percentuale è più alta rispetto alla media regionale (14,6%).
- La percentuale cresce all'aumentare dell'età, passando dal 12% delle donne di età ≤ 24 anni al 27,1% delle ultra 40enni.
- L'esecuzione di un numero elevato di ecografie è risultata più alta nelle donne italiane* rispetto alle straniere** (28% vs 7,3%).
- L'esecuzione di un numero elevato di ecografie è risultata inoltre più alta nelle gravide con titolo di studio più elevato (laurea o diploma superiore) e nelle donne occupate (27,1%) o disoccupate (28%) rispetto alla categoria casalinga e altro.
- Le tendenze rilevate si confermano a livello regionale.

Donne gravide sottoposte a più di 7 ecografie Cedap 2007-09

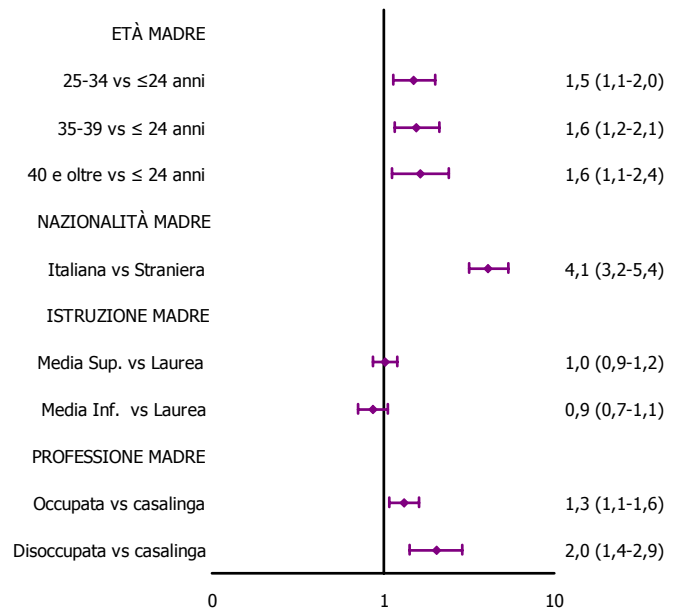
| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Totale | 1.213 | 23,6 | 15.338 | 14,6 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 69 | 12,0 | 909 | 8,0 |
| 25-34 | 712 | 24,1 | 8.863 | 14,5 |
| 35-39 | 359 | 26,7 | 4.519 | 16,9 |
| 40 e oltre | 73 | 27,1 | 1.046 | 17,4 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 1.134 | 28,0 | 14.239 | 17,8 |
| Straniere PFPM** | 79 | 7,3 | 1.099 | 4,4 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 309 | 27,5 | 4.522 | 18,0 |
| Media Superiore | 629 | 26,0 | 7.592 | 15,9 |
| Media Inferiore/ nessun titolo | 275 | 17,3 | 3.224 | 10,0 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 978 | 27,1 | 12.677 | 18,0 |
| Disoccupata/ in cerca prima occupazione | 60 | 28,0 | 566 | 16,0 |
| Casalinga e altro | 158 | 14,5 | 1.931 | 8,2 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

- Nell'analisi statistica multivariata condotta, l'esecuzione di più di 7 ecografie si conferma correlata significativamente con l'età, la cittadinanza italiana.
- La probabilità di eseguire più di 7 ecografie è infatti maggiore:
 - nelle donne di età superiore ai 24 anni (OR 1,6)
 - nelle donne italiane (OR 4,1)
 - nelle disoccupate (OR 2) e nelle occupate (OR 1,3).

**Fattori associati all'esecuzione di più di 7 ecografie (regressione logistica)
Ausl Cesena Cedap 2007-09**



Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione e che hanno effettuato più di 7 ecografie in gravidanza (n° ecografie >7)} \times 100}{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione.}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1).

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre. La qualità dei dati è limitata dal fatto che l'informazione viene riferita dalla partoriente senza la certezza che la donna possa distinguere tra ecografie diagnostiche e quelle a semplice completamento della visita ostetrica.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Donne che fumano in gravidanza

Definizione:

$$\frac{\text{Donne che continuano a fumare in gravidanza}}{\text{Donne che hanno partorito}} \times 100$$

Significato: l'abitudine al fumo in gravidanza è associata a un maggior rischio di esiti negativi quali aborto spontaneo, gravidanza extrauterina, natimortalità, restrizione della crescita fetale, basso peso alla nascita, nascita pretermine, distacco intempestivo di placenta; sono anche segnalati effetti nel tempo sullo sviluppo neurocomportamentale e rischio di SIDS (sindrome da morte improvvisa del lattante).

L'abitudine al fumo nel corso della gravidanza risulta significativamente associata a condizioni di vulnerabilità socio-culturale: la frequenza è infatti più elevata in madri giovani, con bassa scolarità e senza partner accanto.

- Nel biennio 2008-09 nell'Ausl di Cesena la percentuale di donne che continuano a fumare in gravidanza è risultata pari al 6,5%, valore sovrapponibile al dato regionale (6,1%).
 - Non sono emerse differenze di comportamento rilevanti nelle diverse classi di età.
 - L'abitudine al fumo in gravidanza è risultata più alta nelle donne con cittadinanza italiana* rispetto a quelle alle straniere** (7,5% vs 3%).
 - Il fumo in gravidanza è più frequente nelle donne con titolo di studio più basso (9,7%).
 - Le donne disoccupate fumano in percentuale maggiore rispetto alle occupate (9,5% vs 6,3%) e alle altre condizioni (casalinga, studentessa).
- Queste tendenze sono confermate anche a livello regionale.

Donne in gravidanza che continuano a fumare Cedap 2008-09

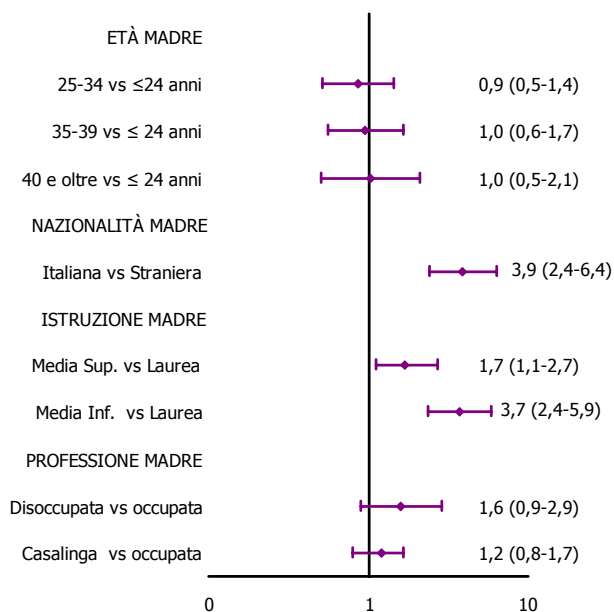
| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|---|-------------|-----|----------------|------|
| | N | % | N | % |
| Totale | 220 | 6,5 | 5.906 | 6,1 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 22 | 6,2 | 744 | 7,1 |
| 25-34 | 117 | 6,0 | 3.336 | 6,0 |
| 35-39 | 65 | 7,2 | 1.425 | 5,8 |
| 40 e oltre | 16 | 9,1 | 400 | 7,2 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 197 | 7,5 | 5.222 | 7,2 |
| Straniere PFPM** | 23 | 3,0 | 684 | 3,0 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 27 | 3,6 | 709 | 3,0 |
| Media Superiore | 95 | 5,9 | 2.607 | 6,0 |
| Media Inferiore/ nessun titolo | 98 | 9,7 | 2.590 | 9,0 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 153 | 6,3 | 4.146 | 6,1 |
| Disoccupata/ in cerca prima occupazione | 14 | 9,5 | 389 | 11,5 |
| Casalinga e altro | 46 | 6,6 | 1.256 | 5,5 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

- L'analisi statistica multivariata condotta conferma che il fumo in gravidanza è correlato al basso titolo di studio e alla cittadinanza italiana.
- La probabilità di fumo in gravidanza è infatti maggiore:
 - nelle madri con diploma di scuola media inferiore o con nessun titolo rispetto alle laureate (OR 3,7)
 - nelle madri con diploma di scuola media superiore rispetto alle laureate (OR 1,7)
 - nelle madri italiane rispetto alle straniere (OR 3,9).

**Gravide che continuano a fumare in gravidanza:
fattori associati (regressione logistica)
Ausl Cesena Cedap 2008-09**



I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2009 della regione Emilia Romagna evidenziano inoltre che:

- l'abitudine al fumo prima della gravidanza è maggiore nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere (18,9% vs 6,8%)
- in gravidanza continuano a fumare circa il 40% delle donne fumatrici; il valore è sovrapponibile tra italiane e straniere
- le donne con scolarità medio-bassa rispetto alle laureate presentano una maggiore pregressa abitudine al fumo (17,1% vs 10,9%) e una probabilità maggiore di continuare a fumare in gravidanza (OR 2,9).

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione e hanno fumato in gravidanza (abitudine al fumo=13)} \times 100}{\text{Donne residenti che hanno partorito in regione}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1).

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti. Il dato raccolto sul fumo è stato inserito nel Cedap solo nel 2007 e si può considerare di buona qualità a partire dal 2008.

Fonte: Cedap 2008-09

Partecipazione ai corsi in preparazione al parto

Definizione:

$$\frac{\text{Primipare che non partecipano ai corsi di preparazione al parto}}{\text{Totale delle primipare}} \times 100$$

Significato: nel percorso di accompagnamento della donna e della coppia al parto è riconosciuta una particolare importanza anche alle attività educative e di sostegno alla transizione verso la genitorialità; in particolare, i corsi in preparazione al parto sono associati positivamente al benessere della madre e del bambino.

La partecipazione ai corsi in preparazione del parto assume particolare rilevanza nelle donne con maggior disagio sociale. Comprendere le caratteristiche delle donne non partecipanti ai corsi può consentire di riorientare le modalità della proposta in modo da favorirne l'accesso e migliorare la qualità dei corsi stessi. Questo indicatore viene proposto per esplorare la sottocategoria delle condizioni della vita quotidiana relativa all'assistenza sanitaria.

- Nel triennio 2007-09, nell'Ausl di Cesena poco meno della metà (43,7%) delle primipare non ha partecipato ai corsi pre-parto, valore inferiore alla media regionale (49,3%).
- La mancata partecipazione ai corsi pre-parto è risultata più alta:
 - nelle donne più giovani (75,6%)
 - nelle donne con cittadinanza straniera** rispetto a quelle italiane* (79,4% vs 32,9%)
 - nelle donne con basso titolo di studio (70,5%)
 - nelle donne disoccupate e nelle casalinghe (55,8% e 70,3%).

Queste tendenze sono confermate anche dal dato regionale, più consistente come numerosità.

Primipare non partecipanti ai corsi pre-parto Cedap 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|------|--------------------|------|
| | N | % | N | % |
| Totale | 467 | 43,7 | 14.957 | 49,3 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 133 | 75,6 | 3.489 | 76,6 |
| 25-34 | 237 | 37,6 | 8.249 | 45,2 |
| 35-39 | 72 | 33,2 | 2.521 | 41,2 |
| 40 e oltre | 25 | 55,6 | 695 | 49,8 |
| Nazionalità della madre | | | | |
| Italiane e PSA* | 270 | 32,9 | 9.645 | 40,3 |
| Straniere PFPM** | 197 | 79,4 | 5.312 | 82,7 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 58 | 23,6 | 2.993 | 35,6 |
| Media Superiore | 196 | 37,6 | 6.669 | 46,1 |
| Media Inferiore/ nessun titolo | 213 | 70,5 | 5.295 | 70,9 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 283 | 35,8 | 9.737 | 42,0 |
| Disoccupata/ in cerca prima occupazione | 29 | 55,8 | 783 | 61,4 |
| Casalinga e altro | 149 | 70,3 | 4.309 | 75,7 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

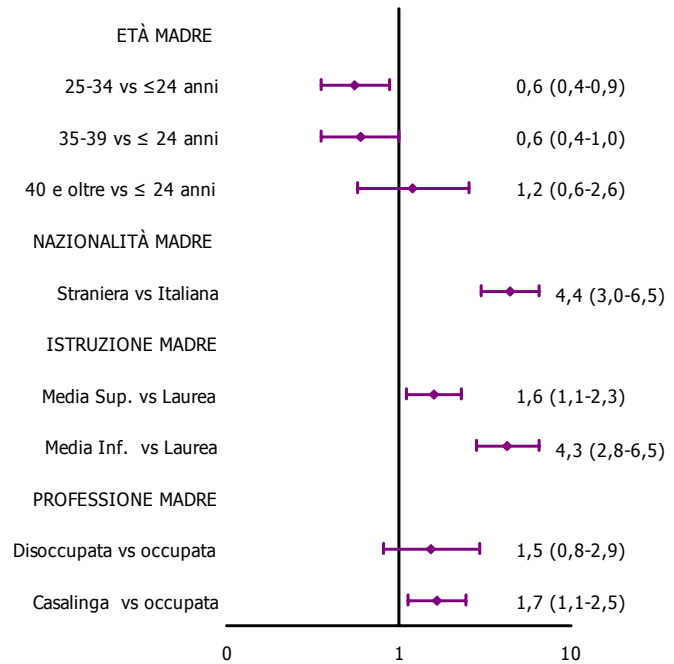
** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

**Fattori associati alla mancata partecipazione ai corsi pre-parto delle primipare (regressione logistica)
Ausl Cesena Cedap 2007-09**

L'analisi statistica multivariata condotta conferma le correlazioni rilevate.

La probabilità di non partecipazione ai corsi è infatti maggiore:

- nelle primipare con cittadinanza straniera rispetto alle italiane (OR 4,4)
- nelle primipare con diploma di scuola media inferiore (OR 4,3) o scuola media superiore (OR 1,6) rispetto alle laureate
- nelle primipare casalinghe, studentesse o altro (OR 1,7) rispetto alle occupate.



Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Primipare residenti che hanno partorito in regione e che non hanno partecipato ai corsi pre-parto (corso di preparazione al parto = 1) \times 100}{\text{Primipare residenti che hanno partorito in regione}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1).

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Copertura dei Bilanci di Salute

Definizione:

$\frac{\text{Bambini visitati al Bilancio di Salute al 24° mese e a 11 anni}}{\text{Popolazione assistita di pari età}} \times 100$

Significato: i Bilanci di salute (BdS) sono visite pediatriche programmate durante le quali i bambini vengono sottoposti a valutazioni dello sviluppo auxologico e psicomotorio e del raggiungimento delle tappe cognitive e sensoriali adeguate per età.

I BdS sono effettuati nel primo anno di vita (3°, 5° e 10° mese), al 24° e 36° mese, a 6, 11 e 14 anni, in genere in occasione delle chiamate vaccinali.

Per stimare l'adesione alle visite dei BdS si è scelto di valutare la copertura del primo BdS non associato a vaccinazione (24° mese) e del BdS all'11° anno, nel quale la vaccinazione è prevista solo per le ragazze.

- Nell'Ausl di Cesena al 24° mese di vita rispondono all'invito per il Bilancio di Salute circa il 75% dei bambini assistiti.
- L'adesione è minore nei bambini con cittadinanza straniera (52,2% vs 79,2% negli italiani).
- A 11 anni la quota di ragazzi che rispondono all'invito per il Bilancio di Salute è 75%; non sono emerse differenze tra maschi e femmine, nonostante le ragazze siano invitate anche per il richiamo vaccinale.
- L'adesione è minore nei minori stranieri (41,2% vs 79,2% nei minori italiani).

Copertura dei Bilanci di Salute
24 mesi (Coorti nascita 2005-2007)
11 anni (Coorti nascita 1996-1998)
Ausl Cesena

| | età | | | |
|------------------|---------|------|---------|------|
| | 24 mesi | | 11 anni | |
| | N | % | N | % |
| Italiani | 5.228 | 79,2 | 3.749 | 79,2 |
| Stranieri | 635 | 52,2 | 243 | 41,2 |
| Totale | 5.863 | 75,0 | 3.992 | 75,0 |

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Bambini sottoposti al Bilancio di Salute al 24° mese e a 11 anni} \times 100}{\text{Popolazione assistita di pari età}}$$

Validità e limiti:

Il Bilanci di Salute sono registrati su un database gestito a livello locale: non è pertanto disponibile il confronto col dato regionale.

I Bilanci di Salute sono inoltre dedicati al bambino, per cui non riportano l'informazione circa la cittadinanza delle madri.

Fonte: Bilanci di salute della Pediatria di Comunità Ausl Cesena e Anagrafe Sanitaria

Allattamento al seno

Definizione:

$$\frac{\text{Bambini allattati al seno al 3° e 5° mese di vita}}{\text{Totale bambini al 3° e al 5° mese di vita}} \times 100$$

Significato: l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda l'allattamento al seno* *esclusivo* (ovvero senza acqua, altri fluidi o solidi) per sei mesi, allungando l'allattamento complementare fino ai 2 anni ed oltre. L'allattamento al seno è riconosciuto come fattore protettivo per la salute a breve e lungo termine del bambino, in particolare nella prevenzione di infezioni nella prima infanzia, asma, diabete, obesità ed altre condizioni di morbilità e mortalità precoce. Nei bambini nati di basso peso l'allattamento al seno è inoltre associato a una riduzione di mortalità e morbilità e a benefici nello sviluppo fisico e cognitivo.

L'allattamento è un fattore protettivo anche per le madri nei confronti dei tumori della mammella e delle ovaie, del diabete di tipo 2 e della depressione postpartum.

L'allattamento al seno risulta anche correlato allo sviluppo di una buona relazione madre-bambino e un attaccamento sicuro, condizioni importanti per la crescita emozionale e il benessere psicologico.

Nel Percorso Nascita regionale è presente la promozione e il supporto dell'allattamento al seno: gli obiettivi indicati sono il raggiungimento del 50% di allattamento esclusivo e 60% di allattamento completo al 3° mese e il 40% di allattamento completo al 5° mese.

- Nel 2008 un'indagine campionaria sulla prevalenza dell'allattamento al seno condotta in Regione ha evidenziato nell'Ausl di Cesena riceve latte materno (esclusivo, predominante o complementare) il 76% dei bambini al 3° mese di vita e il 73% al 5° mese.
- L'allattamento al seno esclusivo è pari al 45% al 3° mese e al 40% al 5° mese.
- La prevalenza di allattamento al seno è in genere più alta di quella regionale.
- A livello regionale, la percentuale di donne che non allattano è significativamente più alta tra le italiane rispetto alle donne immigrate sia al 3° mese (25% vs 16%) sia al 5° mese (35% vs 24%).

**Percentuale di bambini allattati al seno a 3° e 5° mese di vita
Indagine prevalenza dell'allattamento al seno 2008**

| Allattamento | 3° mese di vita | |
|---|-----------------|----------------|
| | Ausl Cesena | Emilia-Romagna |
| Esclusivo, predominante e complementare | 76% | 70% |
| Esclusivo | 45% | 47% |
| Allattamento | 5° mese di vita | |
| | Ausl Cesena | Emilia-Romagna |
| Esclusivo, predominante e complementare | 73% | 67% |
| Esclusivo | 40% | 31% |

* L'OMS classifica l'allattamento al seno in: *esclusivo*, se il bambino riceve solo latte materno senza aggiunta di altri liquidi e solidi; *predominante* se oltre al latte materno assume anche altri liquidi non nutritivi (acqua, tè, tisane, succhi di frutta ecc.); *complementare* o *parziale* se il latte materno viene alternato con latte artificiale o a cibi solidi; *non allattamento*. La somma dell'allattamento esclusivo e dell'allattamento parziale rappresenta il cosiddetto *allattamento completo*.

Riguardo l'allattamento al seno sono disponibili anche informazioni locali attraverso i dati raccolti nei Bilanci di Salute del 3° e 5° mese.

- Nell'Ausl di Cesena sono allattati al seno, in maniera esclusiva o complementare, il 77,5% dei bambini al 3° mese di vita e il 66,2% al 5° mese.
- La proporzione di allattamento al seno è più alta nei bambini con cittadinanza straniera rispetto ai bambini italiani sia al 3° mese di vita (87,2% vs 75,7%) sia al 5° mese (81% vs 63,4%).

**Neonati allattati al seno al 3° e 5° mese di vita
Coorti di nascita 2007-2009
Bilanci di Salute Ausl Cesena**

| | 3° mese | | 5° mese | |
|------------------|---------|------|---------|------|
| | N | % | N | % |
| Italiani | 3.434 | 75,7 | 2.859 | 63,4 |
| Stranieri | 773 | 87,2 | 695 | 81,0 |
| Totale | 4.207 | 77,5 | 3.554 | 66,2 |

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Bambini allattati al seno al 3° e al 5° mese di vita (coorti di nascita 2007-09)} \times 100}{\text{Bambini visitati al BdS al 3° e al 5° mese di vita (coorti di nascita 2007-09)}}$$

Validità e limiti:

I dati sull'allattamento al seno a livello locale si riferiscono ai bambini sottoposti ai Bilanci di Salute che rappresentano rispettivamente il 94% e il 93% della popolazione assistita al 3° e al 5° mese.

I Bilanci di Salute sono registrati su un database gestito a livello locale: non è pertanto disponibile il confronto col dato regionale.

I Bilanci di Salute sono inoltre dedicati al bambino, per cui non riportano l'informazione circa la cittadinanza delle madri.

Fonte: Bilanci di salute della Pediatria di Comunità dell'Ausl di Cesena

Accudimento del bambino

Definizione ripresa del lavoro:

$$\frac{\text{Madri che hanno ripreso il lavoro al 10° e al 24° mese di vita del bambino}}{\text{Bambini al 10° e al 24° mese di vita}} \times 100$$

Definizione accudimento:

$$\frac{\text{Aiuto principale per l'accudimento al 10° e al 24° mese di vita}}{\text{Bambini al 10° e al 24° mese di vita le cui madri che hanno ripreso il lavoro}} \times 100$$

Significato: diversi studi hanno documentato come in Italia le difficoltà economiche e la scarsità di politiche a tutela della famiglia siano alla base del calo di natalità e dello spostamento in avanti dell'età delle primipare. Sulla donna infatti grava il maggior carico di lavoro domestico e di accudimento di figli e familiari, indipendentemente dalla situazione lavorativa.

Queste condizioni ostacolano la ripresa del lavoro dopo la nascita di un figlio. In Italia il sostegno principale viene offerto dai nonni; nelle famiglie immigrate sono maggiormente importanti le reti amicali. La presenza di una rete di supporto familiare o formale è essenziale affinché il nucleo familiare possa fornire al bambino un ambiente fisico, economico-sociale e relazionale ottimale per una crescita sana. Attraverso questo indicatore si esplora la ripresa al lavoro delle madri dopo la nascita di un figlio e le fonti di supporto principale per l'accudimento del bambino.

- Secondo i dati Cedap, al momento della gravidanza il 73% delle madri lavorava (82% delle italiane e 41% delle straniere).
- Al 10° mese di vita del bambino, circa la metà delle madri (53%) ha ripreso lavoro; il dato si mantiene stabile negli ultimi anni.
- La ripresa lavorativa è nettamente superiore per le madri di bambini con cittadinanza italiana (57,8% vs 24,3%).

Donne che hanno ripreso il lavoro al 10° mese di vita del bambino Coorti nascita 2006-2008 Bilanci di Salute Ausl Cesena

| Bambini | N | % |
|---------------|--------------|-------------|
| Italiani | 2.584 | 57,8 |
| Stranieri | 182 | 24,3 |
| Totale | 2.766 | 53,0 |

- Nel primo anno di vita del bambino, l'aiuto principale alle madri lavoratrici viene offerto dai nonni (67,3%), in particolare per le donne italiane.

Aiuto principale per l'accudimento del bambino al 10° mese Coorti nascita 2006-2008 Bilanci di Salute Ausl Cesena

| | Italiani | | Stranieri | | Totale | |
|------------------------|--------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Nonni | 1.765 | 70 | 52 | 29 | 1.817 | 67 |
| Padre | 263 | 10 | 35 | 20 | 298 | 11 |
| Baby sitter | 228 | 9 | 25 | 14 | 253 | 9 |
| Nido | 210 | 8 | 18 | 10 | 228 | 8 |
| Altri familiari | 51 | 2 | 34 | 19 | 85 | 3 |
| Conoscenti | 6 | 0 | 13 | 7 | 19 | 1 |
| Totale | 2.523 | 100 | 177 | 100 | 2.700 | 100 |

- Al 24° mese di vita del bambino, circa i due terzi delle madri (64,2%) hanno riferito di aver ripreso lavoro; il dato si mantiene stabile negli ultimi anni.
- La ripresa lavorativa è nettamente superiore per le madri di bambini con cittadinanza italiana (69,4% vs 28,3%).
- Anche nel secondo anno di vita, l'aiuto principale alle madri lavoratrici viene offerto dai nonni (49%) e a seguire dall'asilo nido (37%).

**Donne che hanno ripreso il lavoro
al 24° mese di vita del bambino
Ausl Cesena Coorti nascita 2006-2008**

| Bambini | N | % |
|------------------|-------|------|
| Italiani | 2.732 | 69,4 |
| Stranieri | 161 | 28,3 |
| Totale | 2.893 | 64,2 |

**Aiuto principale per l'accudimento del bambino al 24° mese
Ausl Cesena Coorti nascita 2006-2008**

| | Italiani | | Stranieri | | totale | |
|------------------------|----------|-----|-----------|-----|--------|-----|
| | N | % | N | % | N | % |
| Nonni | 1.351 | 50 | 38 | 25 | 1.389 | 49 |
| Nido | 1.014 | 38 | 35 | 23 | 1.049 | 37 |
| Padre | 152 | 6 | 35 | 23 | 187 | 7 |
| Baby sitter | 133 | 5 | 11 | 7 | 144 | 5 |
| Altri familiari | 29 | 1 | 28 | 19 | 57 | 2 |
| Conoscenti | 2 | 0 | 4 | 3 | 6 | 0 |
| Totale | 2.681 | 100 | 151 | 100 | 2.832 | 100 |

Metodo di calcolo:

Ripresa del lavoro

$$\frac{\text{Madri che hanno ripreso il lavoro al 10° e al 24° mese di vita (coorti di nascita 2006-08)} \times 100}{\text{Bambini sottoposti rispettivamente a BdS al 10° e al 24° mese di vita (coorti di nascita 2006-08)}}$$

Accudimento

$$\frac{\text{Aiuto principale per l'accudimento al 10° e al 24° mese di vita (coorti di nascita 2006-08)} \times 100}{\text{Bambini sottoposti rispettivamente a BdS al 10° e al 24° mese di vita le cui madri che hanno ripreso il lavoro (coorti di nascita 2006-08)}}$$

Validità e limiti:

I dati sull'accudimento si riferiscono ai bambini sottoposti ai Bilanci di Salute che rappresentano rispettivamente il 92% della popolazione assistita al 10° mese di vita e il 79% di quella al 24° mese.

I Bilanci di Salute sono registrati su un database gestito a livello locale: non è pertanto disponibile il confronto col dato regionale.

I Bilanci di Salute sono inoltre dedicati al bambino, per cui non riportano l'informazione circa la cittadinanza delle madri.

Fonte: Bilanci di salute della Pediatria di Comunità dell'Ausl di Cesena

Copertura vaccinale per Morbillo, Parotite e Rosolia

Definizione:

$$\frac{\text{N° di bambini vaccinati al 24° mese di vita}}{\text{Bambini della relativa coorte di nascita}} \times 100$$

Significato: morbillo, parotite e rosolia sono malattie infettive a trasmissione interumana. I nuovi nati rappresentano la fonte più rilevante di soggetti suscettibili nella comunità e pertanto costituiscono il target dei programmi di prevenzione e controllo.

La vaccinazione antimorbillo-parotite-rosolia è fortemente raccomandata: in Italia viene offerta gratuitamente a partire dai 12 mesi di vita; il calendario prevede la somministrazione di due dosi: una dose a 12 mesi ed un richiamo a 5-6 anni.

Per il controllo e l'eliminazione di morbillo, parotite, rosolia e sindrome da rosolia congenita, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha proposto, diversi obiettivi operativi, tra cui il raggiungimento di una copertura vaccinale del 95% al 24° mese di vita.

Si è scelto di utilizzare questa vaccinazione come indicatore di una potenziale copertura vaccinale diseguale nel territorio, in quanto non si tratta di una vaccinazione obbligatoria, ma fortemente raccomandata.

- Nel 2010 nell'Ausl di Cesena la copertura vaccinale per Morbillo-Parotite-Rosolia (MPR) al 24° mese è risultata pari all'86,1%, stabile rispetto all'anno precedente.
- La copertura vaccinale al 24° mese è inferiore rispetto alla media regionale (93,5% nel 2009 ultimo dato disponibile) e all'obiettivo del 95% proposto dall'OMS.
- Non si sono rilevate differenze rilevanti nella copertura vaccinale tra bambini italiani e bambini stranieri.
- Al fine di aumentare la copertura vaccinale per MPR sono state già attivate azioni di miglioramento da parte della Pediatria di Comunità.

Copertura vaccinale al 24° mese per Morbillo Parotite Rosolia Coorti nascita 2008 Ausl Cesena, 2010

| | bambini | | bambine | | Totale | |
|------------------|---------|-------------|---------|-------------|--------|-------------|
| | N | % copertura | N | % copertura | N | % copertura |
| Italiani | 711 | 85,9 | 685 | 86,8 | 1.396 | 86,3 |
| Stranieri | 155 | 82,0 | 146 | 88,5 | 301 | 85,0 |
| Totale | 866 | 85,2 | 831 | 87,1 | 1.697 | 86,1 |

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° di bambini residenti che risultano vaccinati al 24° mese di vita (coorti di nascita 2008)} \times 100}{\text{Bambini residenti della coorte di nascita 2008}}$$

Validità e limiti:

Non si segnalano particolari problemi

Fonte: Data Base On Vaccinazione di Comunità Ausl Cesena

Elenco indicatori desiderati per completare le informazioni sui determinanti sociali di salute

| | Pag. |
|--|-------------|
| • Stato nutrizionale delle donne all'inizio della gravidanza | 45 |
| • Esposizione al fumo passivo in ambiente domestico | 45 |
| • Madri con patologie croniche, disabilità o condizioni di vulnerabilità sociale | 45 |
| • Madri con depressione puerperale | 46 |

Indicatori desiderati per completare le informazioni sui determinanti sociali di salute

Stato nutrizionale delle donne all'inizio della gravidanza

Definizione:

$$\frac{\text{Donne in sovrappeso o obese all'inizio della gravidanza} \times 100}{\text{Totale delle gravide}}$$

Significato: L'elevato stato nutrizionale della madre all'inizio della gravidanza risulta correlato con diversi eventi avversi e complicanze durante la gravidanza e al momento del parto. In particolare le donne obese hanno un maggior rischio di diabete gestazionale, pre-eclampsia e complicanze tromboemboliche mentre i bambini sono più frequentemente macrosomici e hanno un maggior rischio di mortalità perinatale. Le donne dovrebbero essere aiutate a perdere peso prima della gravidanza o aiutate a evitare un eccessivo aumento ponderale durante la gestazione. Peso all'inizio e alla fine della gravidanza e altezza potrebbero essere raccolti nella scheda CedaP.

Esposizione al fumo passivo in ambiente domestico

Definizione:

$$\frac{\text{Donne esposte al fumo passivo in gravidanza} \times 100}{\text{Totale delle gravide}}$$

Significato: L'esposizione al fumo di tabacco causa lungo tutto il percorso nascita numerosi problemi di salute, che possono essere distinti in effetti fetali, perinatali ed effetti post-natali. In particolare l'esposizione al fumo passivo dopo la nascita risulta associata a Sindrome della morte improvvisa del lattante (SIDS), sviluppo di malattie respiratorie, in particolare nel primo anno di vita, otite media e riacutizzazione dell'asma. Inoltre, nel fumo sono presenti numerosi composti cancerogeni che possono aumentare il rischio di cancro nei bambini. Attualmente non è disponibile un sistema che rilevi in maniera sistematica e affidabile questo dato.

Madri con patologie croniche, disabilità o condizioni di vulnerabilità sociale

Definizione:

$$\frac{\text{Madri con patologie croniche, disabilità o in condizioni di vulnerabilità sociale} \times 100}{\text{Totale delle madri}}$$

Significato: Lo stato di salute della madre o la presenza di particolari condizioni di vulnerabilità sociale può influire sulla qualità della gestazione e sull'adesione all'assistenza ostetrica raccomandata e sulla qualità dell'accudimento del bambino, condizionando le basi di un sano sviluppo in età prescolare. Conoscere il numero e le caratteristiche delle madri con bisogni speciali è rilevante per poter prevedere percorsi dedicati di assistenza alla gravidanza e di sostegno nel puerperio e nei primi anni di vita del bambino. Recenti linee guida del National Institute for Health raccomandano percorsi di assistenza dedicati a madri che presentino particolari condizioni di vulnerabilità sociale (minorenni, tossicodipendenti, richiedenti asilo-rifugiate o donne che non parlino la lingua del Paese, vittime di violenza); a queste proponiamo di aggiungere l'attenzione a madri con patologie croniche e disabilità, condizioni che possono ostacolare la capacità dell'ambiente familiare di essere di sostegno ad un sano sviluppo del bambino.

Madri con depressione puerperale

Definizione:

$$\frac{\text{Madri con depressione puerperale}}{\text{Totale delle gravide}} \times 100$$

Significato:

La depressione post-partum rappresenta una patologia piuttosto frequente, ma spesso misconosciuta che può avere gravi ripercussioni sulla salute sia della madre che del bambino. In particolare è associata a interruzione precoce dell'allattamento al seno, ritardo nello sviluppo cognitivo, disturbi emozionali nel bambino. Inoltre è associata a difficoltà di relazione con il padre del bambino ed a depressione paterna. Come raccomandato a livello internazionale, nell'Ausl di Cesena viene eseguito uno screening per la depressione materna attraverso l'uso di un test (Edinburg Postnatal Depression Scale-EPDS) utilizzato dai Pediatri di Famiglia in occasione dei bilanci di salute dei 2-3 mesi e dei 10-11 mesi.

L'EPDS è un questionario di autovalutazione costituito da 10 domande che esplorano i sintomi depressivi caratteristici del periodo del post-partum (senso di colpa, sentimenti di incomprendimento e di fallimento, tristezza e pianti improvvisi senza causa apparente, ansia e intense preoccupazioni per se stessa e per gli altri, disturbi del sonno). Ogni domanda comprende quattro possibili risposte, la puerpera deve scegliere quella che meglio corrisponde allo stato d'animo provato negli ultimi sette giorni. A ogni risposta corrisponde un punteggio da 0 a 3, il punteggio globale varia da 0 a 30. La somma dei punteggi offre uno score di probabilità, non una diagnosi: <10 normale, 10-12 dubbio, >12 patologico.

L'utilizzo dei dati raccolti nel corso dei Bilanci di Salute ci consente di avere una stima della quota di madri risultate positive al test. Tuttavia, i dati non potranno essere stratificati per variabili socioeconomiche in quanto i Bilanci di salute si riferiscono solo al bambino e non alla madre. Inoltre, le difficoltà legate alla comprensione della lingua italiana non rendono lo strumento valido per madri provenienti da altri Paesi le quali non vengono sottoposte al test in un'alta percentuale di casi.

L'indicatore potrebbe essere messo in relazione con allattamento, unione parentale e accudimento prevalente del minore, informazioni rilevate nei Bilanci di Salute.

Effetti sulla Salute

Elenco di indicatori degli effetti sulla salute

| La gravidanza e il parto | Pag. |
|--|-------------|
| • Parti prematuri | 50 |
| • Neonati di basso (<2.500 g) e bassissimo (<1.500 g) peso alla nascita | 52 |
| • Neonati sovrappeso alla nascita (≥ 4.000 g) | 56 |
| • Tasso di mortalità materna | 58 |
| • Tasso di mortalità infantile (0-1 anno di vita) | 60 |
| • Tasso di mortalità neonatale (un mese di vita) | 62 |
| • Tasso di mortalità post neonatale (da un mese a 1 anno) | 64 |
| • Rapporto di abortività | 66 |
| • Percentuale di gravidanze che esitano in Interruzioni Volontarie di Gravidanza | 68 |
| | |
| Il bambino | |
| • Tasso di accesso al Pronto Soccorso nei minori di 14 anni | 70 |
| • Tasso di ricovero nei minori di 14 anni | 74 |
| • Tasso di mortalità nei minori di 14 anni | 78 |
| • Stato nutrizionale nei minori di 14 anni | 80 |
| • Sedentarietà nei minori di 14 anni | 82 |
| • Carie Dentale | 84 |

Effetti sulla salute

In questo capitolo sono raccolte le schede relative agli indicatori che rilevano differenze nelle esperienze di malattia legate a condizioni socio-economiche dell'ambiente di vita del bambino e della famiglia.

Sulla base delle indicazioni dell'OMS si sono scelti indicatori che esplorano morbilità e mortalità generale e per cause specifiche.

In particolare, sono proposte alcune schede relative ad indicatori di salute perinatale, tradizionalmente utilizzati per rilevare disuguaglianze in salute nel percorso nascita e nell'assistenza alla gravida e al neonato e già presenti in quest'ottica nel Rapporto Cedap. Per quanto riguarda i dati di mortalità neonatale, infantile e materna, la numerosità a livello locale è estremamente ridotta; la gravità di questi eventi e la loro possibile correlazione con condizioni di natura socioeconomica consiglia l'approccio tipico degli eventi sentinella: uno studio approfondito dei singoli casi e un conseguente lavoro di audit per evidenziare eventuali nodi critici nell'assistenza utili per la prevenzione di eventi futuri.

Successivamente vengono presentati i dati di accesso al Pronto Soccorso e di ospedalizzazione nella fascia 0-14 anni, con un approfondimento dedicato al primo anno di vita quale momento di grande fragilità del bambino e della famiglia. Per quanto riguarda l'ospedalizzazione, si è scelto di guardare in particolare i tassi di ospedalizzazione per patologie respiratorie, gastrointestinali e traumatismi, condizioni note in letteratura per essere sfavorevolmente correlate a condizioni di degrado ambientale e vulnerabilità sociale.

Per gli incidenti domestici e stradali vengono presentati anche i dati di mortalità, essendo queste condizioni tra le principali cause di mortalità evitabile nei primi anni di vita.

Lo stato nutrizionale e la sedentarietà vengono proposte tra gli esiti di salute in quanto sono correlati con l'ambiente familiare e di vita del bambino.

Infine, sono state proposte misure in grado di esplorare l'Early Child Development (ECD), lo sviluppo del bambino in età prescolare nelle dimensioni fisica, cognitivo-linguistica e socio-emozionale. In Italia non esistono al momento indici sintetici per questa dimensione, considerata uno tra i principali determinanti di salute e sviluppo del bambino. Si sono pertanto proposti alcuni indicatori "proxy" che indirettamente ne esplorano le diverse componenti, sebbene per alcune aree questa opportunità rimanga tra i desiderata.

Al termine del capitolo sono presentati alcuni indicatori, ancora non disponibili, che potrebbero essere utili per la programmazione di interventi preventivi e di promozione della salute per i minori di 14 anni. In particolare, si è scelto di proporre un focus su alcune condizioni devianti e stili di vita insalubri che coinvolgono gli adolescenti e i giovani del territorio: la speranza è che conoscere le condizioni personali e familiari correlate col rischio di disagio porti a un approccio preventivo di sostegno alle famiglie già dalla prima infanzia.

Parti prematuri

Definizione:

$$\frac{\text{Nati vivi pretermine}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Significato:

Si considera pretermine il parto avvenuto prima della 37^a settimana di gestazione.

Il parto prematuro alla 33^a -36^a settimana di gestazione è associato a un più elevato tasso di natimortalità, mortalità e morbilità infantile, con possibili conseguenze a lungo termine sulla salute del bambino.

I nati prematuri presentano un maggior rischio di sviluppare paralisi cerebrale, deficit cognitivi e patologie respiratorie.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena la percentuale di nati prematuri è risultata del 5,3%, in linea con il valore regionale (4,5%).
- I parti pretermine sono risultati più frequenti sopra ai 40 anni di età della madre (7,4%).
- Non sono emerse differenze rilevanti per cittadinanza, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Parti prima della 37^a settimana di gestazione Cedap 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|-----|--------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Totale | 271 | 5,3 | 4.690 | 4,5 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 25 | 4,3 | 460 | 4,1 |
| 25-34 | 148 | 5,0 | 2.501 | 4,1 |
| 35-39 | 78 | 5,8 | 1.352 | 5,1 |
| 40 e oltre | 20 | 7,4 | 377 | 6,4 |
| Nazionalità | | | | |
| Italiane e PSA* | 227 | 5,6 | 3.525 | 4,5 |
| Straniere PFPM** | 44 | 4,0 | 1.165 | 4,7 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 50 | 4,5 | 1.004 | 4,1 |
| Media Superiore | 130 | 5,4 | 2.134 | 4,5 |
| Media Inferiore/ nessun titolo | 91 | 5,7 | 1.552 | 4,9 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 194 | 5,4 | 3.080 | 4,4 |
| Disoccupata/ in cerca prima occupazione | 11 | 5,1 | 158 | 4,5 |
| Casalinga/ studentessa | 55 | 5,0 | 1.115 | 4,8 |
| Altro | | | | |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

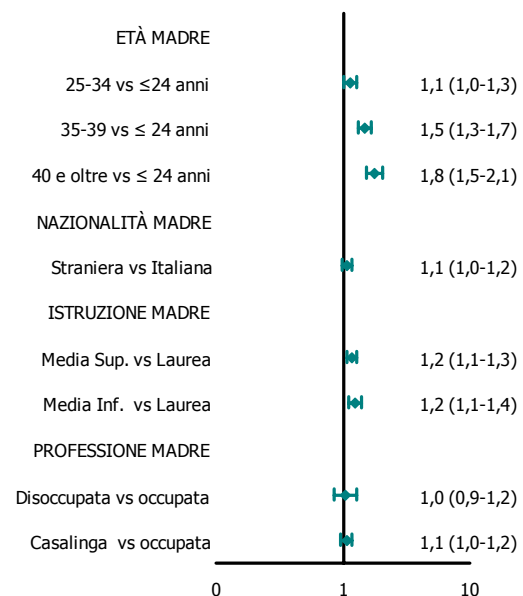
** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

L'analisi statistica multivariata condotta a livello aziendale, non evidenzia differenze significative sulla base delle variabili considerate, anche per la scarsa numerosità dei casi.

A livello regionale la probabilità di partorire pretermine è significativamente maggiore

- al crescere dell'età della madre (35-39 anni OR 1,5 e ≥ 40 anni OR 1,8)
- per le donne non laureate (OR 1,2).

Fattori associati al parto prima della 37^a settimana di gestazione (regressione logistica) Emilia-Romagna 2007-09



I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2009 della regione Emilia Romagna evidenziano inoltre una probabilità maggiore di nascere pretermine:

- nei bambini con madre (OR 1,2) o entrambi i genitori nati all'estero (OR 1,1) rispetto ai figli di genitori nati in Italia
- nei bambini figli di madri con basso livello di istruzione (OR 1,4) rispetto alle laureate.

Queste differenze si confermano anche nel caso di bambini nati molto pretermine (<32^a settimana).

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Bambini nati vivi pretermine (età gestazionale <37^a settimana)} \\ \text{da donne residenti che hanno partorito in regione}}{\text{Nati vivi da donne residenti che hanno partorito in regione}} \times 100$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1), i nati vivi (vitalità =1) e sono esclusi i parti gemellari.

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Neonati di basso (<2.500 g) e bassissimo (<1.500 g) peso alla nascita

Definizione:

$$\frac{\text{N° di nati vivi di basso (<2.500 g) o bassissimo (<1.500 g) peso alla nascita} \times 100}{\text{Nati vivi}}$$

Significato:

Il basso e bassissimo peso alla nascita sono correlati a un alto rischio di mortalità e morbilità precoce e tardiva.

Il basso peso alla nascita è presente in tutti i livelli sociali, ma è più frequente nelle donne gravide in condizioni di vulnerabilità sociale o con comportamenti a rischio durante la gravidanza: in particolare il fumo in gravidanza è uno dei fattori di rischio maggiormente modificabili nel prevenire la nascita di bambini di basso peso nei paesi sviluppati.

Il bassissimo peso del bambino alla nascita rappresenta un valido indicatore dei livelli di attività e della qualità delle cure dei servizi per l'assistenza neonatale.

- Nel biennio 2008-09 nell'Ausl di Cesena la percentuale di nati sottopeso (<2.500 g) è risultata del 3,7%, in linea col dato regionale (3,3%).
- La nascita di bambini sottopeso è risultata più frequente nelle madri con età sopra ai 40 anni (6,6%) ed è meno frequente nelle madri laureate (2%).
- La frequenza di bambini sottopeso è maggiore nelle madri fumatrici (7,8%).
- Non sono emerse differenze rilevanti per cittadinanza e condizione professionale della madre.

Nati di basso peso (<2.500 g)
Cedap 2008-09

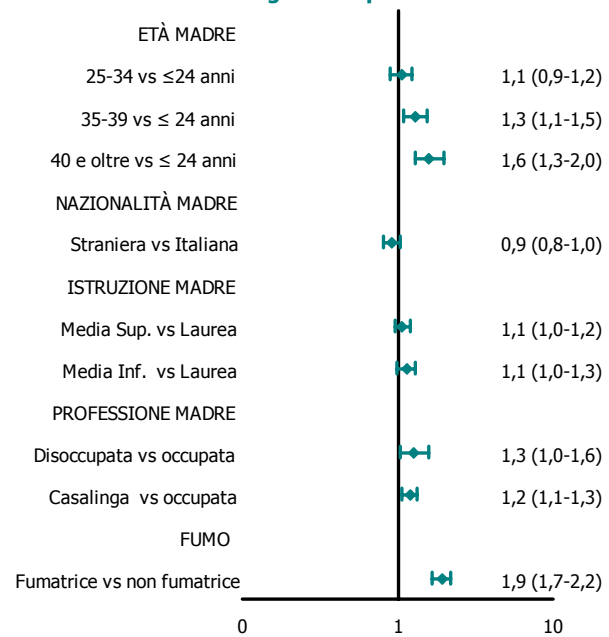
| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|-----|--------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Totale | 126 | 3,7 | 2.333 | 3,3 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 13 | 3,6 | 243 | 3,2 |
| 25-34 | 67 | 3,4 | 1.240 | 3,1 |
| 35-39 | 34 | 3,7 | 655 | 3,6 |
| 40 e oltre | 12 | 6,6 | 195 | 4,8 |
| Nazionalità | | | | |
| Italiane e PSA* | 101 | 3,8 | 1.782 | 3,4 |
| Straniere PFPM** | 25 | 3,3 | 551 | 3,2 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 15 | 2,0 | 519 | 3,1 |
| Media Superiore | 67 | 4,1 | 1.037 | 3,3 |
| Media inferiore/nessun titolo | 44 | 4,2 | 777 | 3,6 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 82 | 3,4 | 1.516 | 3,2 |
| Disoccupata/in cerca prima occupazione | 8 | 5,5 | 98 | 4,1 |
| Casalinga/studentessa altro | 31 | 4,2 | 581 | 3,7 |
| Fumo in gravidanza | | | | |
| Non fumatrici | 106 | 3,4 | 1.960 | 3,2 |
| Fumatrici | 17 | 7,8 | 242 | 6,1 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

L'analisi statistica multivariata condotta, conferma una probabilità maggiore di partorire figli di basso peso nelle donne di età superiore ai 35 anni e nelle donne che fumano in gravidanza (OR 1,9).

**Fattori associati al basso peso (< 2.500 g) alla nascita
(regressione logistica)
Emilia-Romagna Cedap 2008-09**



I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2009 della regione Emilia Romagna confermano una probabilità di partorire un figlio con basso peso maggiore nelle madri con un livello di istruzione medio-alto (OR 1,1) e medio-basso (OR 1,5) rispetto a quelle con un livello di istruzione alto.

- Nel biennio 2008-09 nell'Ausl di Cesena la percentuale di nati con peso molto basso (<1.500 g) è risultata dello 0,4%, in linea col dato regionale (0,3%).
- A livello aziendale il numero di bambini nati con peso <1.500 g è molto basso e non consente di valutare differenze correlate alle variabili socio-economiche della madre.
- A livello regionale non sono emerse differenze rilevanti per cittadinanza, titolo di studio e condizione professionale della madre.

| Nati di bassissimo peso (<1500 g) Cedap 2008-09 | | | | |
|---|------------------------|----------|----------------------------|----------|
| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
| | N | % | N | % |
| Totale | 14 | 0,4 | 185 | 0,3 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤24 | 3 | 0,8 | 26 | 0,3 |
| 25-34 | 7 | 0,4 | 98 | 0,2 |
| 35-39 | 3 | 0,3 | 46 | 0,3 |
| 40 e oltre | 1 | 0,5 | 15 | 0,4 |
| Nazionalità | | | | |
| Italiane e PSA* | 10 | 0,4 | 131 | 0,2 |
| Straniere PFPM** | 4 | 0,5 | 54 | 0,3 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 0 | 0 | 32 | 0,2 |
| Media Superiore | 8 | 0,5 | 90 | 0,3 |
| Media inferiore/nessun titolo | 6 | 0,6 | 63 | 0,3 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 3 | 0,1 | 115 | 0,2 |
| Disoccupata/in cerca prima occupazione | 0 | 0 | 5 | 0,2 |
| Casalinga/studentessa altro | 10 | 1,4 | 50 | 0,3 |
| Fumo in gravidanza | | | | |
| Non fumatrici | 13 | 0,4 | 161 | 0,3 |
| Fumatrici | 0 | 0 | 11 | 0,3 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2009 della regione Emilia Romagna evidenziano che la probabilità di partorire un figlio con peso molto basso è maggiore nelle madri con un livello di istruzione medio-alto (OR 1,2) e medio-basso (OR 1,6) rispetto a quelle con livello alto.

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° di nati vivi di basso (<2.500 g) o bassissimo (<1.500 g) peso da donne residenti che hanno partorito in regione} \times 100}{\text{Nati vivi da donne residenti che hanno partorito in regione}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1), i nati vivi (vitalità =1) e sono esclusi i parti gemellari.

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2008-09

Neonati sovrappeso alla nascita (≥ 4.000 g)

Definizione:

$$\frac{\text{Nati di peso } \geq 4.000 \text{ g} \times 100}{\text{Nati vivi}}$$

Significato:

Il neonato di peso alla nascita superiore a 4.000 g si definisce macrosoma.

La macrosomia fetale si associa a un rischio maggiore di complicazioni perinatali sia per la madre (lacerazioni ed emorragie) sia per il nuovo nato (distocia di spalla, paralisi del plesso brachiale, frattura della clavicola, ipoglicemia neonatale).

Recenti studi hanno correlato la macrosomia fetale con la predisposizione a patologie croniche quali obesità e diabete di tipo 2, tradizionalmente correlate al basso peso alla nascita.

Risultano più frequentemente macrosomi i neonati di sesso maschile, nati oltre la 40° settimana di gestazione, figli di madri multipare, in sovrappeso prima dell'inizio della gravidanza, non fumatrici, con alto titolo di studio. La nascita di bimbi macrosomi è inoltre più frequente in alcune etnie.

Lo studio delle nascite di bambini macrosomi nell'ottica delle disuguaglianze è una nuova prospettiva che potrebbe aprire riflessioni preventive interessanti.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena la percentuale di bambini nati in sovrappeso (≥ 4.000 g) è risultata pari all'8%, in linea col dato regionale (7,5%).
- La nascita di bambini in sovrappeso è risultata più frequente nelle madri con cittadinanza straniera** (9,6%) e casalinghe, studentesse o altro (9,7%).
- La nascita di bambini in sovrappeso è risultata meno frequente nelle madri di età ≤ 24 anni (6,6%) e sopra ai 40 anni (5,6%).
- Non sono emerse differenze rilevanti per titolo di studio.

**Nati sovrappeso (≥ 4.000 g)
Cedap 2007-09**

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|---|----------------|-----|--------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Totale | 410 | 8,0 | 7.801 | 7,5 |
| Classi d'età della madre | | | | |
| ≤ 24 | 38 | 6,6 | 772 | 6,8 |
| 25-34 | 246 | 8,4 | 4.503 | 7,5 |
| 35-39 | 111 | 8,3 | 2.103 | 8,0 |
| 40 e oltre | 15 | 5,6 | 423 | 7,1 |
| Nazionalità | | | | |
| Italiane e PSA* | 304 | 7,5 | 5.547 | 7,0 |
| Straniere PFPM** | 106 | 9,6 | 2.254 | 9,1 |
| Istruzione della madre | | | | |
| Laurea | 91 | 8,1 | 1.784 | 7,2 |
| Media Superiore | 187 | 7,7 | 3.522 | 7,5 |
| Media inferiore/nessun titolo | 132 | 8,3 | 2.495 | 7,8 |
| Condizione professionale della madre | | | | |
| Occupata | 267 | 7,4 | 5.030 | 7,2 |
| Disoccupata/in cerca prima occupazione | 12 | 5,6 | 255 | 7,3 |
| Casalinga/studentessa altro | 107 | 9,7 | 1.903 | 8,1 |

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le donne a cittadinanza italiana sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

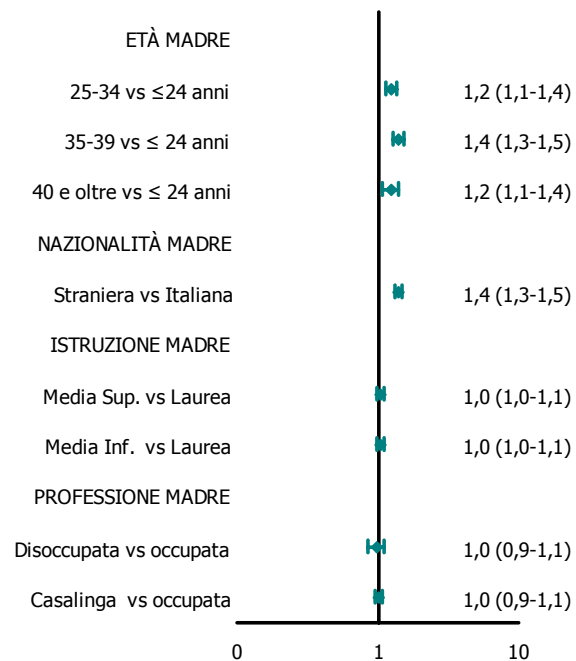
** Nel testo si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

**Fattori associati a peso elevato alla nascita
(regressione logistica)
Emilia-Romagna Cedap 2007-09**

Dall'analisi statistica multivariata condotta a livello aziendale non si evidenziano correlazioni significative con le variabili considerate, verosimilmente anche per la bassa numerosità dei casi.

A livello regionale la probabilità di avere un neonato sovrappeso è maggiore:

- nelle donne di età 25-34 anni (OR 1,2) e 35-39 anni (OR 1,4) rispetto a quelle più giovani (≤24 anni).
- nelle donne straniere (OR 1,4).



Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° di nati vivi di peso elevato } (\geq 4.000 \text{ g}) \text{ da donne residenti che hanno partorito in regione} \times 100}{\text{Nati vivi da donne residenti che hanno partorito in regione}}$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1), i nati vivi (vitalità =1) e sono esclusi i parti gemellari.

Validità e limiti:

Questo indicatore consente di confrontare la frequenza dell'evento per cittadinanza, classi d'età, livello di istruzione e condizione professionale della madre.

Il Certificato di Assistenza al Parto (Cedap) nell'Ausl di Cesena è compilato per il 99% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2007-09

Tasso di Mortalità materna

Definizione:

N° di decessi in donne durante la gravidanza, il parto, entro 42 giorni (6 settimane) dal termine della gravidanza e nel periodo 43 giorni - 365 giorni (morti tardive) X 100.000

Nati vivi

Significato:

Il tasso di mortalità materna informa sul rischio di una donna di morire per complicanze legate alla gravidanza o al parto.

Il tasso di mortalità materna si è notevolmente ridotto nel tempo e presenta attualmente grandi differenze tra paesi ad alto e basso reddito.

La gravità dell'evento e la possibilità che esso sia correlato a carenze nell'assistenza ne impone comunque il monitoraggio con l'ottica delle disuguaglianze e un attento studio dei singoli casi quali eventi sentinella.

- La mortalità materna è un evento rarissimo nella nostra Regione: nel periodo 2002-08 non si sono registrati casi nell'Ausl di Cesena; in Emilia-Romagna i casi registrati sono stati 7, di cui 3 in donne di cittadinanza straniera.
- La gravità degli eventi suggerisce la necessità di uno studio accurato dei singoli casi, considerati quali eventi sentinella di possibili problemi nell'assistenza alla gravida. Il numero esiguo dei casi e delle cause non permette di trarre utili considerazioni sulla presenza di differenze tra gruppi di popolazione riconducibili a disuguaglianze su base etnica.

**Casi di mortalità materna
Emilia Romagna (2002-08)**

| Anno | Età | Cittadinanza | Causa |
|------|-----|--------------|---|
| 2002 | 27 | Italiana | Eclampsia |
| 2002 | 30 | Straniera | Emorragia 3 periodo |
| 2003 | 28 | Italiana | Complicanze venose |
| 2004 | 37 | Straniera | Disturbi cerebrovascolari del puerperio |
| 2005 | 32 | Italiana | Pre-eclampsia grave |
| 2006 | 35 | Italiana | Embolia di liquido amniotico |
| 2007 | 37 | Straniera | Sofferenza materna |

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° donne decedute per complicazioni della gravidanza del parto e del puerperio}}{\text{(codice causa iniziale ICD-IX 630-676) X 100.000}}$$

Nati vivi (Cedap)

Validità e limiti:

I certificati di morte non sono in grado di rilevare il fenomeno in maniera completa, a causa della complessità della definizione di morte materna, che dovrebbe comprendere sia il decesso di una donna durante la gravidanza o il parto, sia quello avvenuto entro l'anno dal termine della gravidanza.

Come criterio di selezione si è adottato l'unico attualmente fattibile tramite il Registro di mortalità: codice della causa iniziale di morte ICD-IX 630-676.

Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna, Cedap

Tasso di mortalità infantile (0-1 anno di vita)

Definizione:

Numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita x1.000
Nati vivi

Significato:

Il tasso di mortalità infantile è stato utilizzato per lungo tempo come indicatore generico del benessere di una nazione, in quanto considerato particolarmente sensibile sia ai cambiamenti socioeconomici sia agli interventi di assistenza sanitaria.

La mortalità infantile si è ridotta in tutte le regioni del mondo, ma persistono ampie differenze tra le nazioni e all'interno dei singoli stati, correlate con lo stato socioeconomico della famiglia, gli stili di vita e abitudini dei genitori e l'assistenza sanitaria.

- Nel triennio 2006-08 nell'Ausl di Cesena si sono registrati 18 decessi nel primo anno di vita, con una media di 6 decessi per anno.
- Il tasso di mortalità infantile registrato è molto basso, circa 3 decessi ogni 1.000 nati vivi (3,3‰), in linea col dato regionale.
- I tassi di mortalità infantile si mantengono tra i più bassi del mondo, con valori inferiori al dato medio italiano (3,7‰) e alla media dei Paesi OCSE¹ (4,6‰).
- Il tasso di mortalità infantile è risultato più alto nei bambini stranieri, anche se la scarsa numerosità non consente di trarre conclusioni sulla significatività della differenze rilevata. Tuttavia, il fatto che questo divario sia confermato anche a livello nazionale (5‰ per gli stranieri vs 3,6‰ per italiani, Istat 2005) lascia supporre che una differenza esista e non possa essere sottovalutata.

| Mortalità infantile (0-1 anno di vita) 2006-08 | | | | |
|---|--------------------|--------------|-----------------------|--------------|
| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
| | N | Tasso | N | Tasso |
| Italiani | 14 | 3 | 288 | 3 |
| Stranieri | 4 | 4,9 | 94 | 4,7 |
| Totale | 18 | 3,3 | 382 | 3,3 |

* per 1.000 nati vivi

¹ Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° bambini residenti deceduti nel primo anno di vita} \times 100.000}{\text{Bambini residenti di 0 anni}}$$

Validità e limiti:

Il limite principale di questo indicatore è nel fatto che il numero di nati vivi non è disponibile distinto per cittadinanza: si è quindi reso necessario utilizzare come proxy il numero di bambini di 0 anni.

L'esiguità dei casi di mortalità a livello locale rende inoltre più utile considerarli come "eventi sentinella" da approfondire e monitorare.

Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna 2006-08

Tasso di mortalità neonatale (un mese di vita)

Definizione:

$$\frac{\text{Numero di decessi avvenuti nel primo mese di vita} \times 1.000}{\text{Nati vivi}}$$

Significato:

La mortalità neonatale è strettamente correlata ai processi biologici che avvengono durante la gestazione e al momento del parto ed è pertanto considerata un buon indicatore della salute della madre, del neonato e dell'assistenza sanitaria loro offerta.

Le dimensioni esigue della casistica e la mancanza di variabili socio-economiche nelle banche dati utilizzate limita la possibilità di formulare ulteriori considerazioni.

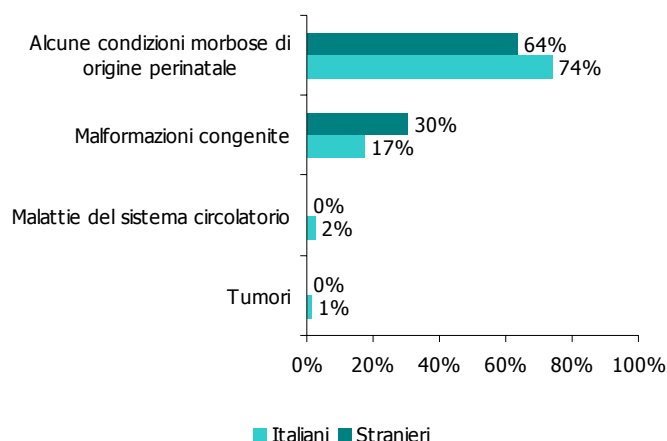
- Nel triennio 2006-08 nell'Ausl di Cesena si sono registrati 14 decessi in bambini di 0-28 giorni, con una media di 3-4 decessi per anno.
- Il tasso di mortalità neonatale registrato è basso (circa 2 decessi ogni 1.000 nati vivi), in linea col dato regionale.
- Il tasso di mortalità neonatale è risultato più alto nei bambini stranieri, anche se la bassa numerosità non consente di trarre conclusioni sulla significatività della differenze rilevata.
- A livello regionale la maggior parte delle morti nei primi 28 giorni di vita è dovuta a condizioni perinatali** e malformazioni congenite (90%), come ampiamente atteso dai dati di letteratura.
- Nell'Ausl di Cesena i 14 casi registrati sono stati causati da immaturità estrema, disturbi relativi a gestazione breve e basso peso alla nascita.

Mortalità neonatale 0-28 giorni
2006-08

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 11 | 2,4 | 203 | 2,1 |
| Stranieri | 3 | 3,7 | 67 | 3,3 |
| Totale | 14 | 2,6 | 270 | 2,3 |

*per 1.000 nati vivi

Cause di mortalità neonatale 0-28 giorni
Emilia-Romagna 2007-09



** Condizioni che hanno origine nel periodo perinatale anche se la morte o le manifestazioni patologiche si manifestano successivamente. Include condizioni morbose della madre, complicazioni della gravidanza, del parto e del travaglio, e condizioni morbose del feto e del neonato.

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° Bambini residenti deceduti tra la nascita e il 28° giorno di vita} \times 1.000}{\text{Bambini residenti di 0 anni}}$$

Validità e limiti:

Il limite principale di questo indicatore è nel fatto che il numero di nati vivi non è disponibile distinto per cittadinanza: si è quindi reso necessario utilizzare come proxy il numero di bambini di 0 anni.

L'esiguità dei casi di mortalità a livello locale rende inoltre più utile considerarli come "eventi sentinella" da approfondire e monitorare.

Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna 2006-08

Tasso di mortalità post neonatale (da un mese a 1 anno di vita)

Definizione:

Decessi avvenuti tra un mese e un anno di vita x1000
Nati vivi

Significato:

Il tasso di mortalità post neonatale è un indicatore di salute del nuovo nato, riflette lo stato di salute del bambino e della madre e l'assistenza sanitaria offerta dopo il parto.

Il tasso di mortalità post neonatale è tradizionalmente considerato un indicatore di performance dei servizi sanitari per l'infanzia, anche se recenti studi propongono di correlarlo maggiormente all'accudimento parentale, rivolgendo in questa direzione gli interventi di prevenzione.

Le dimensioni esigue della casistica e la mancanza di variabili socio-economiche nelle banche dati utilizzate limita la possibilità di formulare ulteriori considerazioni.

- Nel triennio 2006-08 nell'Ausl di Cesena si sono registrati 5 decessi nel periodo post neonatale (da un mese a un anno di vita), con una media di 1-2 decessi per anno.
- Il tasso di mortalità post neonatale registrato è molto basso, circa 1 decesso ogni 1.000 nati vivi, in linea col dato regionale.
- Il tasso di mortalità post neonatale è risultato lievemente più alto nei bambini stranieri, anche se la scarsa numerosità non consente di trarre conclusioni sulla significatività della differenza rilevata.

Mortalità post neonatale 2006-08

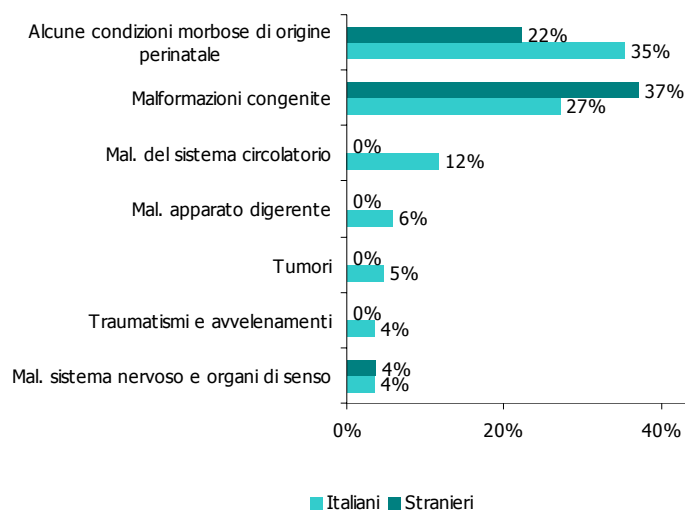
| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|-------|----------------|-------|
| | N | Tasso | N | Tasso |
| Italiani | 3 | 0,6 | 85 | 0,9 |
| Stranieri | 2 | 2,4 | 27 | 1,3 |
| Totale | 5 | 0,9 | 112 | 1,0 |

* per 1.000 nati vivi

- A livello regionale la maggior parte delle morti post neonatali è dovuta a condizioni perinatali** e malformazioni congenite (29%), come atteso dai dati di letteratura.
- I 5 decessi registrati nell'Ausl di Cesena sono stati causati da malattie del sistema nervoso e malformazioni cardiache.

** Condizioni che hanno origine nel periodo perinatale anche se la morte o le manifestazioni patologiche si manifestano successivamente. Include condizioni morbose della madre, complicazioni della gravidanza, del parto e del travaglio, e condizioni morbose del feto e del neonato.

Cause di mortalità post neonatale Emilia-Romagna 2007-09



La SIDS (sindrome da morte improvvisa nel lattante) è considerata la principale causa di morte nel periodo post neonatale; in Italia la stima è di 1 caso ogni 1.000 nati vivi. Nel triennio 2006-08 non si sono registrati casi di SIDS nell'Ausl di Cesena. La SIDS ha una più elevata probabilità di verificarsi quando sussistono alcune condizioni e comportamenti a rischio da parte dei genitori e delle persone che si prendono cura dei neonati; i fattori di rischio principali sono due: la posizione nel sonno (rischio significativamente elevato per bambini in posizione prona o di lato) e l'esposizione a fumo passivo. La mortalità per questa causa va monitorata in una prospettiva di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze.

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° bambini residenti deceduti tra 29° e 365° giorno di vita} \times 1.000}{\text{Bambini residenti di 0 anni}}$$

Validità e limiti:

Il limite principale di questo indicatore è nel fatto che il numero di nati vivi non è disponibile distinto per cittadinanza: si è quindi reso necessario utilizzare come proxy il numero di bambini di 0 anni.

L'esiguità dei casi di mortalità a livello locale rende inoltre più utile considerarli come "eventi sentinella" da approfondire e monitorare.

Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna 2006-08

Rapporto di abortività

Definizione:

$$\frac{\text{Numero di Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)} \times 100}{\text{nati vivi}}$$

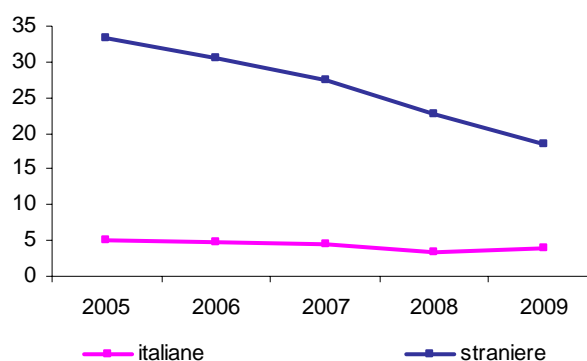
Significato:

Il rapporto di abortività è un tradizionale indicatore per lo studio delle interruzioni volontarie di gravidanza.

Stratificarlo per variabili socioeconomiche consente di monitorare l'eventuale presenza di popolazioni in cui il ricorso all'IVG è più alto.

- Nell'anno 2009 nell'Ausl di Cesena sono state effettuate 307 IVG, 187 per donne italiane e 120 per donne straniere
- Il tasso di IVG nell'anno 2009 è risultato pari a 3,5 ogni 1.000 donne italiane e 22,8 ogni 1.000 donne straniere
- Nel periodo 2005-2009 il tasso di IVG risulta più alto per le donne straniere rispetto alle italiane, ma tasso per le donne straniere presenta un trend decrescente.
- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il rapporto di abortività è risultato pari a 15,6 IVG per 100 nati vivi, inferiore a quello regionale (22%).
- Il rapporto di abortività è significativamente più alto nelle donne straniere rispetto alle italiane (33,1% vs 11,6%); le differenze sono risultate ancor più accentuate a livello regionale (50,3% vs 16,3%).

Tasso di IVG per 1.000 donne di 15-49 anni, Ausl di Cesena, anni 2005-2009



N° Interruzione Volontarie di Gravidanza (IVG) e rapporto di abortività (IVG/Nati vivi) 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|------------------|-------------|---------------------|-----------------|---------------------|
| | N | % IVG/ nati vivi | N | % IVG/ nati vivi |
| Italiane | 556 | 11,6 | 16.763 | 16,3 |
| Straniere | 365 | 33,1 | 10.617 | 50,3 |
| Totale | 921 | 15,6 | 27.380 | 22,0 |

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° ricoveri per IVG in residenti avvenuti in regione}}{\text{Bambini di 0 anni}} \times 100$$

Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza sono identificate dalle Schede di Dimissione Ospedaliera aventi codice di diagnosi principale = 635-635.92

Validità e limiti:

Il limite principale di questo indicatore è che il numero di nati vivi non è disponibile per cittadinanza: si è quindi reso necessario utilizzare come proxy il numero di bambini di 0 anni.

L'indicatore fornisce una misura dell'entità delle IVG che hanno avuto un accesso ospedaliero.

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 2007-09

Percentuale di gravidanze che esitano in IVG

Definizione:

$$\frac{\text{Numero ricoveri per Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)} \times 100}{\text{Totale ricoveri per gravidanza (Aborto Spontaneo-AS, IVG, Parti)}}$$

Significato:

Questo rapporto esprime la proporzione di gravidanze che esitano in IVG nelle diverse classi di età e per cittadinanza. Rappresenta un'indicazione sull'entità e le caratteristiche del fenomeno in diversi gruppi di popolazione.

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena i ricoveri per IVG hanno rappresentato il 12,1% del totale dei ricoveri per gravidanza, valore inferiore a quello regionale (17,1%).
- Il ricorso all'IVG è più frequente nelle donne con cittadinanza straniera (19,5% vs 9,7% delle italiane), dato confermato anche a livello regionale (23,7% vs 14,5%).
- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il ricorso all'IVG è più frequente nelle giovanissime <18 anni (64,3 %), in particolari nelle minorenni italiane, in linea con il dato regionale.
- Nelle donne italiane il ricorso all'IVG si mantiene alto nella classe 18-24 anni (25.3%), per poi stabilizzarsi nelle classi d'età successive.
- Nelle donne con cittadinanza straniera la percentuale di gravidanze che esitano in IVG si mantiene costantemente più elevato in tutte le classi d'età, eccetto nelle minorenni.
- Questi dati, confermati anche a livello regionale, suggeriscono l'ipotesi di una criticità riguardo alla contraccezione e pianificazione delle nascite nelle età giovanili comune a tutte le donne, che si mantiene nelle straniere anche nelle età successive.

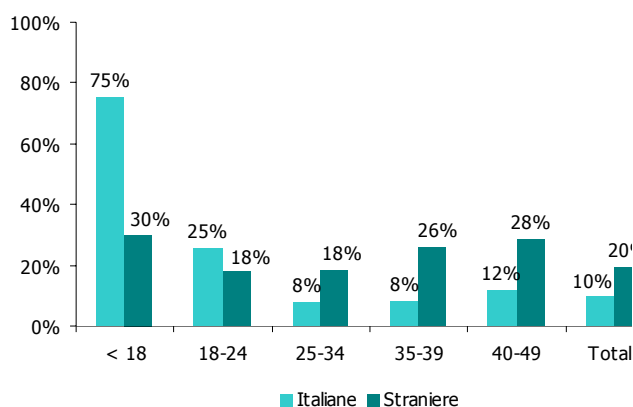
N° Interruzione Volontarie di Gravidanza (IVG) e rapporto IVG/gravidanze 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia- Romagna | |
|------------------|-------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| | N | % IVG/ gravidanze | N | % IVG/ gravidanze |
| Italiane | 556 | 9,7 | 16.763 | 14,5 |
| Straniere | 365 | 19,5 | 10.617 | 23,7 |
| Totale | 921 | 12,1 | 27.380 | 17,1 |

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e rapporto IVG/gravidanze per classi d'età 2007-09

| Età | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|----------------|-------------|----------------|----------------|----------------|
| | N | % IVG/ grav | N | % IVG/ grav |
| < 18 | 27 | 64,3 | 797 | 66,9 |
| 18-24 | 179 | 20,8 | 5.509 | 29,1 |
| 25-34 | 428 | 10,4 | 12.465 | 14,4 |
| 35-39 | 209 | 10,4 | 5.873 | 14,4 |
| 40-49 | 78 | 13,9 | 2.736 | 21,5 |
| Totale | 921 | 12,1 | 27.380 | 17,1 |

Rapporto IVG/gravidanze per classi d'età Ausl cesena 2007-09



Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° ricoveri per IVG in residenti avvenuti in regione} \times 100}{\text{Totale ricoveri per gravidanza (Aborto Spontaneo-AS, IVG, Parti)}}$$

Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza sono identificate dalle Schede di Dimissione Ospedaliera aventi codice di diagnosi principale = 635-635.92

Le gravidanze comprendono: parti (DRG 370-375) + Interruzioni Volontarie di Gravidanza (codice diagnosi principale = 635-635.92) + Aborti Spontanei (codice diagnosi principale = 632 e 634.0-634.92)

Validità e limiti:

L'indicatore fornisce una misura dell'entità delle sole gravidanze che hanno avuto un accesso ospedaliero.

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 2007-09

Tasso di accesso in Pronto Soccorso nei minori di 14 anni

Definizione:

$$\frac{\text{Numero di accessi al Pronto Soccorso da parte di minori residenti di età 0-14 anni} \times 1000}{\text{Popolazione residente di 0-14 anni}}$$

Significato:

Il Pronto Soccorso rappresenta un interessante punto di osservazione della popolazione nell'ottica delle disuguaglianze in salute: analizzando i dati di accesso è possibile evidenziare se vi siano sottogruppi di popolazione che ricorrono con maggior frequenza a cure in emergenza/urgenza o che utilizzano il Pronto Soccorso per condizioni non urgenti, da gestirsi negli ambulatori della medicina di base.

Queste situazioni possono essere spie di difficoltà di accesso ai servizi di base o di condizioni di vulnerabilità sociale da approfondire al fine di mettere in atto strategie preventive e di promozione della fruibilità dei servizi.

Il Pronto Soccorso è inoltre un servizio a bassa soglia, aperto 24 ore al giorno e presente in tutti i paesi del mondo: queste caratteristiche lo rendono facilmente accessibile anche a persone in situazioni di forte marginalità (senza fissa dimora, Stranieri Temporaneamente Presenti) o che hanno ancora una rappresentazione dei servizi legata a quella dei paesi di origine (stranieri di recente immigrazione).

Accessi al Pronto Soccorso nei bambini sotto 1 anno di vita

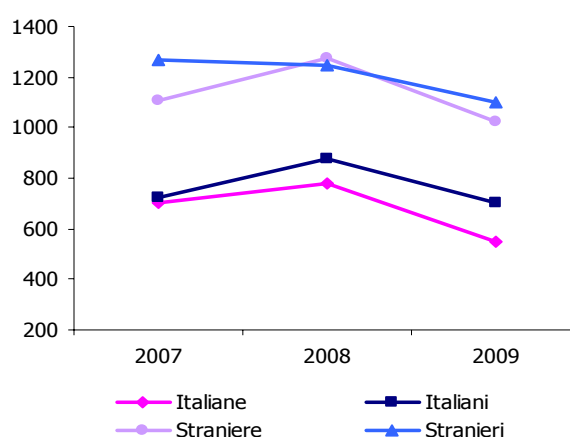
- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il tasso di accesso al Pronto Soccorso nei bambini con età minore di un anno è risultato pari a 799 accessi ogni 1.000 bambini di pari età.
- Il tasso di accesso è stato lievemente superiore nei bambini rispetto alle bambine (843‰ vs 753‰).
- Il tasso di accesso è risultato più alto nei bambini stranieri rispetto agli italiani (1.165‰ vs 725‰).
- La causa più frequente di ricorso al PS è rappresentata dalla diagnosi generica di "malattia" (90% dei casi negli stranieri e 80% negli italiani), seguita dai traumi accidentali (9,5% negli italiani e 3,3% negli stranieri), incidenti domestici (2%) e stradali (0,5%) sia per gli italiani che per gli stranieri.
- Ad ogni assistito in Pronto Soccorso viene attribuito un codice² di uscita, indice della gravità del caso. Al 72% degli accessi di bambini con età minore di un anno è stato attribuito un codice per cause non urgenti (codici bianchi e verdi).
- Gli accessi per cause non urgenti sono più frequenti nei bambini stranieri (78,7% vs 71,1% degli italiani).
- Circa un quarto (23%) degli accessi in PS esita in ricovero (24% negli italiani e 20% negli stranieri)

Tassi di accesso al Pronto Soccorso nei bambini minori di 1 anno Ausl Cesena 2007-09

| | Bambini | | Bambine | | Totale | |
|------------------|---------|--------|---------|--------|--------|---------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 1.847 | 770 | 1.556 | 678 | 3.403 | 725,1 |
| Stranieri | 586 | 1.198 | 513 | 1.130 | 1.099 | 1.165,4 |
| Totale | 2.433 | 842,7 | 2.069 | 752,6 | 4.502 | 798,8 |

* per 1.000 bambini minori di 1 anno residenti

Tassi di accesso al Pronto Soccorso nei bambini minori di 1 anno Ausl Cesena 2007-09



Codici in uscita 0-1 anni assistiti in PS Ausl Cesena 2007-09

| Codice Uscita | Italiani | | Stranieri | | Totale | |
|---------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Rosso | 7 | 0,2 | 8 | 0,7 | 15 | 0,3 |
| Giallo | 709 | 20,8 | 183 | 16,7 | 892 | 19,8 |
| Verde | 2.022 | 59,4 | 726 | 66,1 | 2.748 | 61,0 |
| Bianco | 397 | 11,7 | 138 | 12,6 | 535 | 11,9 |
| Altro | 268 | 7,9 | 44 | 4,0 | 312 | 6,9 |
| Totale | 3.403 | 100 | 1.099 | 100 | 4.502 | 100 |

² Al momento dell'accesso in Pronto Soccorso i pazienti vengono sottoposti ad una prima valutazione della domanda di assistenza e ad essi viene assegnato un codice colore che simboleggia la priorità dell'accesso alla visita basata sulla gravità delle condizioni di salute: **codice rosso** (molto critico, pericolo di vita, priorità massima, accesso immediato alle cure); **codice giallo** (mediamente critico, presenza di rischio evolutivo, possibile pericolo di vita); **codice verde** (poco critico, assenza di rischi evolutivi, prestazioni differibili); **codice bianco** (non critico, pazienti non urgenti).

Al termine della prestazione (visita ed eventuali accertamenti o consulenze specialistiche) il medico di Pronto Soccorso ha l'obbligo di identificare il livello di gravità del paziente assegnando un codice d'uscita che attualmente è rappresentato dagli stessi colori rosso, giallo, verde e bianco analoghi a quelli assegnati con tutt'altra finalità dall'infermiere triagista: mentre i primi indicano la priorità dell'accesso alla visita, i secondi indicano la gravità clinica complessiva dell'assistito.

Accessi in Pronto Soccorso 1-14 anni

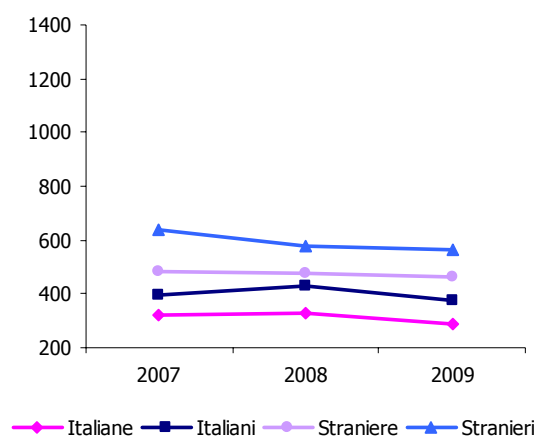
- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il tasso di accesso al Pronto Soccorso nei bambini di 1-14 anni è risultato pari a 377 accessi ogni 1.000 minori di pari età, valori notevolmente inferiori rispetto a quelli dei bambini sotto l'anno.
- Il tasso di accesso si conferma superiore nei bambini rispetto alle bambine (421‰ vs 332‰), analogamente alla classe 0-1 anno.
- Il tasso di accesso è risultata più alto nei bambini stranieri rispetto agli italiani (532‰ vs 358‰).
- La causa più frequente di ricorso al PS è rappresentata dalla diagnosi generica di "malattia" (67% dei casi negli stranieri e 49% negli italiani), seguita dai traumi accidentali (17% negli italiani e 17% negli stranieri), incidenti domestici (rispettivamente 5,3% e 4,2%) e stradali (1,7% e 2,1%).
- I dati confermano la presenza di un alto tasso di accesso per cause non urgenti anche nella fascia 1-14 anni: la maggior parte dei bambini (91%) ricorre al PS per problemi non urgenti (codici bianchi o verdi) che potrebbero essere gestiti da servizi di assistenza extraospedaliera. L'analisi dei codici di uscita non ha mostrato differenze tra bambini italiani e stranieri.
- Circa un 8% degli accessi in PS esita in ricovero (8% negli italiani e 7% negli stranieri)

**Tassi di accesso al Pronto Soccorso
Minori di 1-14 anni
Ausl Cesena, 2007-09**

| | Maschi | | Femmine | | Totale | |
|------------------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 13.636 | 400,3 | 10.126 | 314,1 | 23.762 | 358,4 |
| Stranieri | 2.383 | 590,6 | 1.893 | 472,7 | 4.276 | 531,8 |
| Totale | 16.019 | 420,5 | 12.019 | 331,6 | 28.038 | 377,1 |

* per 1.000 minori 1-14 anni anno residenti

**Tassi di accesso al Pronto Soccorso
Età 1-14 anni per 1.000
Ausl Cesena**



**Codici in uscita 1-14 anni assistiti in PS
Ausl Cesena 2007-09**

| Codice Uscita | Italiani | | Stranieri | | Totale | |
|---------------|----------|------|-----------|------|--------|------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Rosso | 35 | 0,1 | 5 | 0,1 | 40 | 0,1 |
| Giallo | 1.849 | 7,8 | 338 | 7,9 | 2.187 | 7,8 |
| Verde | 17.232 | 72,9 | 3.044 | 71,5 | 20.276 | 72,7 |
| Bianco | 4.190 | 17,7 | 817 | 19,2 | 5.007 | 18,0 |
| Altro | 460 | 1,9 | 0 | 0,0 | 460 | 1,6 |
| Totale | 23.766 | 100 | 4.276 | 98,7 | 27.970 | 100 |

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° di accessi al Pronto Soccorso da parte di minori residenti di età 0 e 1-14 anni} \times 1.000}{\text{Popolazione residente di età 0 e 1-14 anni}}$$

Validità e limiti:

I dati del Pronto Soccorso provengono da un flusso non ancora consolidato, migliorabile per la qualità, sarà possibile a breve anche il confronto col dato regionale.

Fonte: Data base del Pronto Soccorso dell'Ausl di Cesena/ Anagrafe regionale popolazione residente

Tasso di ricovero nei minori di 14 anni

Definizione:

$$\frac{\text{numero di ricoveri di minori residenti di 0-14 anni}}{\text{popolazione residente di 0-14 anni}} \times 1.000$$

Significato:

Il monitoraggio dei tassi di ricovero in età pediatrica è importante al fine di valutare l'entità del fenomeno e le cause prevalenti nel territorio, al fine di rilevare eventuali scostamenti rispetto all'atteso. Leggere questi dati nell'ottica dell'equità in salute consente di rilevare la presenza di popolazioni più a rischio di ammalare per tutte le cause e per condizioni specifiche che trovano tra le loro concause il vivere in ambienti sociali degradati (es. patologie gastrointestinali, respiratorie e i traumatismi).

Le patologie delle vie aeree superiori, otiti e patologie gastroenteriche sono più frequenti in bambini che vivono in abitazioni insalubri e sovraffollate.

A livello europeo, i traumatismi rappresentano la principale causa di mortalità nella fascia 5-18 anni.

In particolare gli incidenti domestici costituiscono un'importante causa di mortalità nei paesi sviluppati nella fascia 0-5 anni; questi eventi sono favoriti da abitazioni fatiscenti, con impianti non a norma e superfici accidentate, poste sul mercato degli affitti a prezzi più accessibili per popolazioni a basso reddito; sono fattori di rischio anche la difficoltà nell'accudimento genitoriale, correlata a stato di salute livello di istruzione e condizioni occupazionali dei genitori.

L'incidentalità stradale tra 0-14 è un fenomeno disomogeneo, legato alle differenti tappe di crescita ed autonomia: in una prima fase prevalgono modalità traumatiche legate alle condizioni con cui il bambino viene trasportato dai genitori (uso non adeguato dei dispositivi di sicurezza); successivamente emergono le esperienze autonome di mobilità urbana a piedi, in bicicletta e con ciclomotori.

Ricoveri nei bambini sotto 1 anno di vita

- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il tasso di ricovero nei bambini con età minore di 1 anno è risultato pari a 315 ricoveri ogni 1.000 bambini di pari età, in linea col valore regionale (313,9‰).
- Il tasso di ricovero è risultato più alto nei figli di stranieri (445,4‰ vs 289,2‰); questa differenza a livello aziendale appare più marcata rispetto ai valori regionali.
- Il tasso di ricovero si conferma superiore nei maschi rispetto alle femmine (481‰ vs 407‰), analogamente a quanto rilevato per i tassi di accesso in Pronto Soccorso.

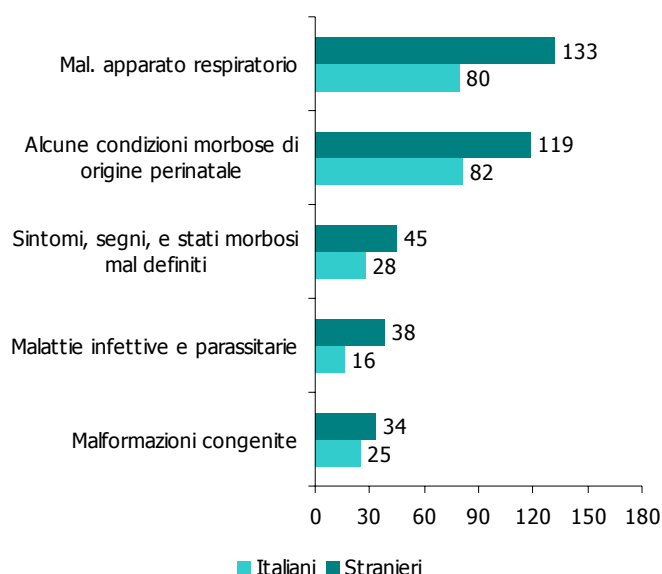
Tasso di ricovero nei bambini minori di 1 anno
2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 1.357 | 289,2 | 28.875 | 297,9 |
| Stranieri | 420 | 445,4 | 8.676 | 382,2 |
| Totale | 1.777 | 315,3 | 37.551 | 313,9 |

* per 1.000 bambini minori di 1 anno residenti

- Per la maggior parte delle cause di ricovero, i tassi di ricovero sono risultati più alti nei bambini stranieri, con una differenza più marcata nell'Ausl di Cesena rispetto al dato regionale. In particolare la differenza è risultata più netta per le malattie respiratorie e malattie infettive che riconoscono tra i fattori di rischio condizioni di svantaggio sociale.

Tassi di ricovero nei bambini minori di 1 anno per causa Ausl Cesena, 2007-09



Ricoveri nei minori 1-14 anni

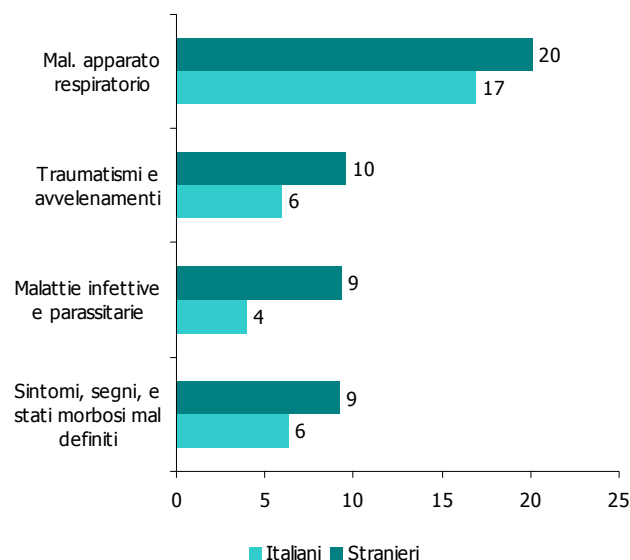
- Nel triennio 2007-09 nell'Ausl di Cesena il tasso di ricovero nei minori di età 1-14 anni è risultato pari a 68 ricoveri ogni 1.000 minori di pari età, lievemente superiore al valore regionale (63‰).
- Il tasso di ricovero è risultato più alto nei bambini con cittadinanza straniera (84‰ vs 66,3‰); questa differenza a livello aziendale appare più marcata rispetto ai valori regionali.
- Il tasso di ricovero negli stranieri è inoltre più alto nei maschi (96‰) rispetto alle femmine (72‰) in linea con quanto rilevato per i tassi di accesso al Pronto Soccorso.
- A livello aziendale i tassi di ricovero sono risultati più alti nei bambini stranieri per la maggior parte delle cause di ricovero, mentre il dato regionale non ha evidenziato differenze significative.

Tasso di ricovero in minori di età 1-14 anni Ausl Cesena 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 4.396 | 66,3 | 82.107 | 62,1 |
| Stranieri | 675 | 84,0 | 13.641 | 67,3 |
| Totale | 5.071 | 68,2 | 95.748 | 62,8 |

* per 1.000 minori di età 1-14 anni residenti

Tassi di ricovero in minori di età 1-14 anni per causa Ausl Cesena, 2007-09



Ricoveri per incidente stradale

Per quanto riguarda gli **incidenti stradali**, il tasso di ricovero è risultato pari a 0,5‰ nei minori di 1 anno e 0,6‰ nei minori di 1-14 anni.

Tasso di ricovero per incidente stradale nei bambini minori di 1 anno 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 2 | 0,4 | 7 | 0,1 |
| Stranieri | 1 | 1,1 | 7 | 0,3 |
| Totale | 3 | 0,5 | 14 | 0,1 |

* per 1.000 bambini minori di 1 anno residenti

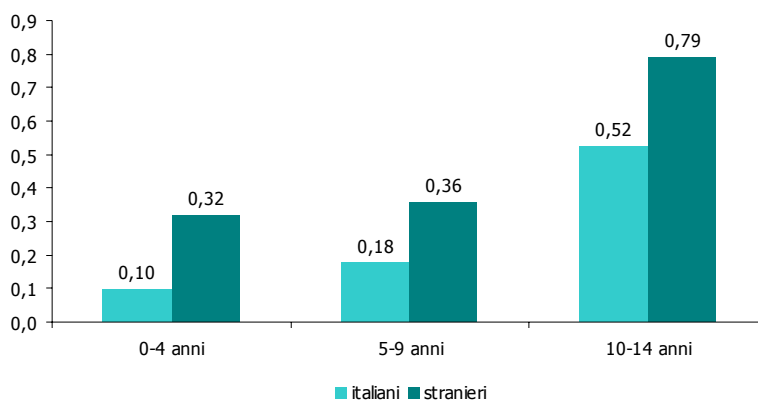
Tasso di ricovero per incidente stradale nei minori di età 1-14 anni 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 35 | 0,5 | 361 | 0,3 |
| Stranieri | 7 | 0,9 | 94 | 0,5 |
| Totale | 42 | 0,6 | 455 | 0,3 |

* per 1.000 minori di età 1-14 anni residenti

Il tasso di ricovero per incidente stradale aumenta con l'età, tendenza attesa in relazione all'aumento della mobilità urbana con l'avanzare dell'età del bambino.

Tasso di ricovero per incidente stradale nei minori di 14 anni per classi d'età Emilia-Romagna 2007-09



Ricoveri per incidente domestico

Per quanto riguarda gli **incidenti domestici**, il tasso di ricovero è risultato pari al 2,5‰ nei minori di 1 anno e 0,3‰ nei minori di 1-14 anni.

Tasso di ricovero per incidente domestico nei bambini minori di 1 anno- 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 12 | 2,6 | 75 | 0,8 |
| Stranieri | 2 | 2,1 | 15 | 0,7 |
| Totale | 14 | 2,5 | 90 | 0,8 |

* per 1.000 bambini minori di 1 anno residenti

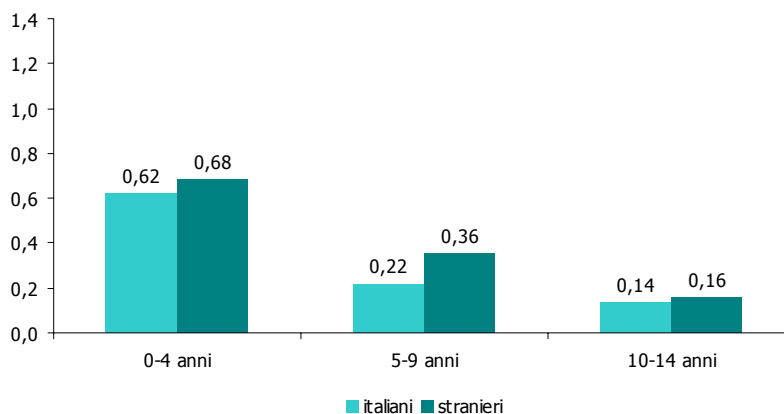
Tasso di ricovero per incidente domestico nei minori di età 1-14 anni 2007-09

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 29 | 0,4 | 396 | 0,3 |
| Stranieri | 5 | 0,6 | 86 | 0,4 |
| Totale | 34 | 0,5 | 482 | 0,3 |

* per 1.000 minori di età 1-14 anni residenti

Il tasso di ricovero diminuisce con l'età, tendenza attesa in relazione all'aumento della capacità cognitiva del minore e della competenza e autonomia fisica.

Tasso di ricovero per incidente domestico nei minori di 14 anni per classi d'età Emilia-Romagna 2007-09



Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° di ricoveri di minori residenti di età 0 e 1-14 anni, avvenuti in regione} \times 1.000}{\text{Popolazione residente di età 0 e 1-14 anni}}$$

Sono stati considerati i ricovero ordinari (Ro) e quelli in Day Hospital (DH).

Gli incidenti domestici sono stati individuati considerando la variabile trauma = 002, gli incidenti stradali con la variabile trauma = 003

Validità e limiti:

Nei ricoveri 0-1 anno sono esclusi i nati vivi sani. La variabile trauma non è soggetta a controllo scartante regionale.

Fonte: Schede Dimissione Ospedaliera 2007-09/ Anagrafe regionale popolazione residente

Tasso di mortalità nei minori di 1-14 anni

Definizione:

$$\frac{\text{Numero di decessi di minori residenti di età 1-14 anni} \times 1000}{\text{Popolazione residente di età 1-14 anni}}$$

Significato:

Le principali cause di mortalità tra 5-14 anni nei paesi economicamente sviluppati sono le patologie neoplastiche e i traumatismi.

Monitorare gli scostamenti rispetto all'atteso o la prevalenza di alcune cause di mortalità in gruppi di popolazione serve a valutare la presenza di eventuali disuguaglianze.

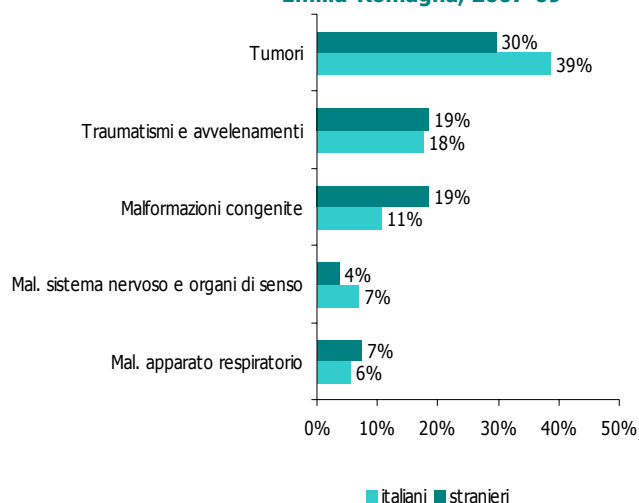
- Nel triennio 2006-08 nell'Ausl di Cesena il tasso di mortalità nella fascia di età 1-14 anni è risultato pari a 0,1 decessi ogni 1.000 residenti di pari età, in linea col dato regionale.
- Non sono emerse differenze tra i minori italiani e stranieri.
- Le cause di principali di morte nei minori di 1-14 anni sono i tumori (37%) e i traumatismi-avvelenamenti (18%), in linea con dato atteso in letteratura.

Tasso di mortalità in minori di 1-14 anni
2006-08

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 5 | 0,1 | 160 | 0,1 |
| Stranieri | 2 | 0,2 | 27 | 0,1 |
| Totale | 7 | 0,1 | 187 | 0,1 |

* per 1.000 minori di età 1-14 anni residenti

Cause di mortalità nei minori di 1-14 anni
Emilia-Romagna, 2007-09



Mortalità per incidenti stradali e domestici

- La casistica relativa ai decessi nella fascia di età 1-14 anni causati da incidenti stradali e domestici è ridotta: nel triennio 2006-08 a livello aziendale si sono registrati 2 morti da incidente stradale e nessun morto da incidenti domestici; a livello regionale i decessi sono stati rispettivamente 23 e 3.

Tasso di mortalità nei minori di 1-14 anni per incidenti stradali 2006-08

| | Ausl Cesena | | Emilia-Romagna | |
|------------------|-------------|--------|----------------|--------|
| | N | Tasso* | N | Tasso* |
| Italiani | 1 | 0,02 | 18 | 0,01 |
| Stranieri | 1 | 0,12 | 5 | 0,02 |
| Totale | 2 | 0,03 | 23 | 0,02 |

* per 1.000 minori di età 1-14 anni residenti

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° di decessi di minori residenti di età 1-14 anni, avvenuti in regione} \times 1.000}{\text{popolazione residente di età 1-14}}$$

I decessi da incidente stradale sono stati identificati con i codici di causa esterna ICD-IX E810-819, E826 ed E829, quelli da incidente domestico sono stati esaminati singolarmente considerando la causa esterna.

Validità e limiti:

L'individuazione dell'incidente domestico non è riconducibile a codici precisi.

Fonte: Registro di mortalità Regione Emilia-Romagna 2006-08/ Anagrafe regionale popolazione residente

Stato nutrizionale nei minori di 14 anni

Definizione:

$$\frac{\text{Minori in sovrappeso e obesi}}{\text{Totale bambini}} \times 100$$

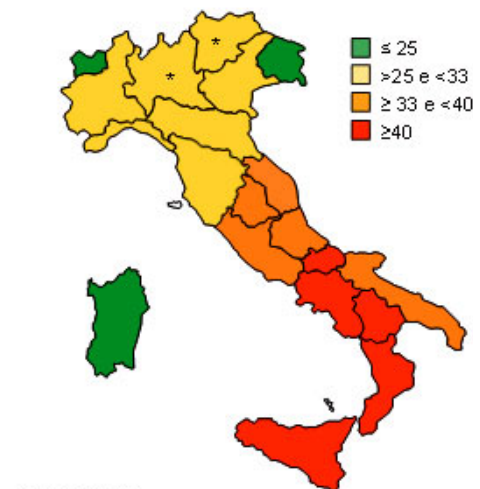
Significato:

Il sovrappeso e l'obesità sono importanti fattori di rischio per diverse patologie cronic-degenerative; se sono già presenti in giovane età condizionano la salute fisica e psicologica della persona nel breve e lungo termine.

Un bambino obeso presenta un rischio maggiore di sviluppare dislipidemie, intolleranza glucidica, diabete di tipo II, ipertensione, aumento degli enzimi di funzionalità epatica, disturbi psicosociali (quali isolamento e scarsa autostima), di essere vittima di derisione e bullismo e di diventare un adulto obeso. Diversi studi hanno dimostrato l'esistenza di una correlazione tra condizioni di svantaggio socioeconomico ed un rischio maggiore di sovrappeso ed obesità infantile.

- Nell'Ausl di Cesena, come a livello regionale e nazionale, sovrappeso e obesità sono una condizione diffusa: a 6 anni il 15% dei bambini è in sovrappeso ed il 9% obeso; a 9 anni si sale rispettivamente al 19% e all'11%. A livello regionale il 20% dei bambini di 9 anni è sovrappeso e il 9% obeso (OKkio alla salute, 2010)
- I bambini con genitori sovrappeso/obesi o con basso livello di istruzione sono maggiormente a rischio di eccesso ponderale.
- A livello regionale il sovrappeso riguarda il 15% dei ragazzi 11enni e 13enni e il 13% dei ragazzi 15enni; per l'obesità le prevalenze sono rispettivamente del 2,7% negli 11enni, il 2,3% nei 13enni e l'1,3% nei 15enni (HBSC 2009-10).

Sovrappeso e Obesità nei bambini di 8-9 anni per Regione. Okkio alla Salute, 2008



* Dati stimati

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Minori in sovrappeso e obesi} \times 100}{\text{Totale bambini del campione}}$$

Validità e limiti: I dati locali risalgono a due studi trasversali condotti rispettivamente nelle scuole materne nel 2004 e nelle scuole elementari nel 2006. Sono in corso di analisi le rilevazioni realizzate con il sistema di sorveglianza Okkio alla Salute che consentirà di avere dati aggiornati a livello provinciale.

Fonte: Okkio alla salute e HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

Sedentarietà nei minori di 14 anni

Definizione:

$$\frac{\text{Bambini che non praticano almeno 1 ora di attività fisica al giorno} \times 100}{\text{Totale dei bambini}}$$

Significato:

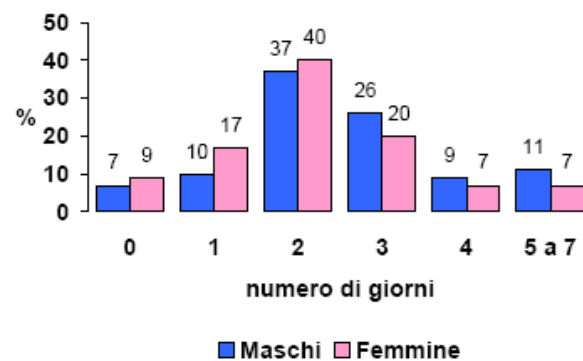
Nella fascia 6-17 anni, Linee Guida internazionali raccomandano la pratica di almeno 60 minuti di attività fisica (AF) moderata o intensa al giorno; almeno due volte a settimana dovrebbero essere previsti esercizi mirati a rinforzare l'ossatura, il tono muscolare e migliorare la flessibilità.

La pratica regolare di AF durante l'accrescimento è un fattore determinante per la salute fisica e mentale ed un investimento per il futuro: i ragazzi che praticano regolarmente movimento tendono ad acquisire uno stile di vita attivo che manterranno con maggior facilità nell'età adulta.

Diversi studi, anche locali, correlano la sedentarietà a fattori socioeconomici e culturali della famiglia e del contesto di residenza.

- Nell'Ausl di Cesena circa un terzo (33%) dei bambini di 9 anni non svolge alcuna attività sportiva. Gli sport preferiti dai bambini che praticano attività sportiva sono il nuoto, il calcio, la danza e la ginnastica artistica.
- Tra i bambini sedentari la percentuale di sovrappeso/obesi è maggiore del 50% rispetto ai bambini che praticano attività vivaci.
- A livello regionale 1 bambino su 4 a 9 anni risulta sedentario e solo 1 su 10 pratica i livelli di attività fisica raccomandati (Okkio alla Salute, 2010)
- La sedentarietà è diffusa anche tra gli adolescenti: nel 2009 tra gli studenti dei bienni delle scuole superiori di Cesena solo il 12% degli intervistati praticava i livelli di attività fisica raccomandati.
- La sedentarietà è più diffusa tra le ragazze, tra gli studenti di Istituti Professionali e tra quelli che usano pc/videogiochi per più di 4 ore al giorno.
- Il livello di attività fisica praticato è inoltre risultato correlato al livello di istruzione e alla cittadinanza dei genitori

Distribuzione dei bambini del campione per quantità di giorni in cui praticano almeno 1 ora di attività fisica. Okkio alla Salute Emilia-Romagna, 2008



Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Bambini che non praticano almeno 1 ora di attività fisica al giorno} \times 100}{\text{Totale bambini}}$$

Validità e limiti:

I dati locali risalgono a due studi trasversali condotti rispettivamente nelle scuole materne nel 2004 e nelle scuole elementari nel 2006. Sono in corso di analisi le rilevazioni realizzate con il sistema di sorveglianza Okkio alla Salute che consentirà di avere dati aggiornati a livello provinciale.

Fonte: Okkio alla salute

Carie dentale

Definizione:

Bambini con carie dentale a 3 e 11 anni x100
Bambini di 3 e 11 anni

Significato:

La carie dentale e le patologie gengivali rimangono tra le più comuni cause di patologie orali nei paesi economicamente sviluppati, sebbene la loro prevalenza sia diminuita negli ultimi decenni grazie all'introduzione in commercio di dentifrici fluorati e allo sviluppo socioeconomico.

I principali fattori di rischio delle patologie del cavo orale sono comuni ad altre condizioni cronico degenerative (dieta, consumo di tabacco, alcol, stress e scarsa igiene) e sono più diffusi nei gruppi di popolazioni maggiormente vulnerabili e deprivati.

Questo indicatore rappresenta sia una misura diretta della salute dentale dei bambini sia una misura indiretta della salute generale e della qualità della dieta dei bambini e può pertanto consentire di individuare gruppi di minori particolarmente vulnerabili.

- Nell'Ausl di Cesena i bambini di 36 mesi con carie dentale risultano il 4,9% dei bambini assistiti
- La presenza di carie è più frequente nei bambini con cittadinanza straniera (13,6% vs 3,9%).
- A 11 anni la percentuale di bambini con carie cresce al 17,2% e si accentua la differenza tra bambini stranieri e italiani (43,6% vs 15,5%).

**Bambini con carie dentali a 36 mesi e a 11 anni
Coorti di nascita 2004-06
Ausl di Cesena 2010**

| | 36 mesi | | 11 anni | |
|------------------|---------|------|---------|------|
| | N | % | N | % |
| Italiani | 148 | 3,9 | 575 | 15,5 |
| Stranieri | 59 | 13,6 | 102 | 43,6 |
| Totale | 207 | 4,9 | 677 | 17,2 |

Metodo di calcolo:

Bambini con carie dentale a 3 e 11 anni rilevati ai Bilanci di Salute x100
Bambini di 3 e 11 anni sottoposti a Bilancio di Salute

Validità e limiti:

I dati si riferiscono ai bambini sottoposti ai Bilanci di Salute che rappresentano rispettivamente il 76% della popolazione assistita a 3 anni e il 70% di quella a 11 anni.

I Bilanci di Salute sono registrati su un database gestito a livello locale: non è pertanto disponibile il confronto col dato regionale.

I Bilanci di Salute sono inoltre dedicati al bambino, per cui non riportano l'informazione circa la cittadinanza delle madri.

Fonte: Bilanci di salute della Pediatria di Comunità dell'Ausl di Cesena

Elenco Indicatori desiderati per completare le informazioni sugli effetti sulla salute

| | Pag. |
|---|-------------|
| • Neonati late-preterm (34°-36° settimana di gestazione) | 86 |
| • Sviluppo linguistico | 87 |
| • Minori in carico ai servizi sociali per causa prevalente del minore | 87 |
| • Minori in carico ai servizi sociali per causa prevalente della famiglia | 88 |
| • Interventi attivati dai servizi sociali | 88 |
| • Dispersione scolastica | 89 |
| • Consumo di fumo e alcol tra gli adolescenti | 89 |
| • Minori seguiti dai SerT per dipendenze patologiche | 90 |

Indicatori desiderati per completare le informazioni sugli esiti di salute

Neonati late-preterm (34°-36° settimana di gestazione)

Definizione:

$$\frac{\text{Nati vivi alla 34}^{\text{a}}\text{-36}^{\text{a}} \text{ sett. di gestazione}}{\text{Nati vivi}} \times 100$$

Significato:

I neonati definiti late-preterm sono quelli nati tra la 34^a e 36^a settimana di gestazione. Fino a pochi anni fa venivano considerati neonati da gravidanza quasi fisiologica, ma recenti studi dimostrano che la nascita a questa età gestazionale è associata ad una serie di esiti negativi più frequenti che nella popolazione a termine.

In particolare, i nati late-preterm risultano più a rischio di: natimortalità e mortalità infantile; sindrome da distress respiratorio, apnee ed altre patologie respiratorie; infezioni neonatali; ipoglicemia sintomatica; iperbilirubinemia; difficoltà di alimentazione; paralisi cerebrale infantile; disturbi dello sviluppo neuro comportamentale e dell'apprendimento.

Diverse condizioni sono associate ad un maggior rischio di nascita pretermine: alcune sono legate a condizioni di salute della madre, altre a fattori socioeconomici.

Dato l'elevato interesse della comunità scientifica per lo studio delle conseguenze a lungo termine della nascita tra la 34^a e 36^a settimana di gestazione, in particolare quelle legate all'early child development, si propone di monitorare questo fenomeno con l'ottica dell'equità in salute.

Sviluppo linguistico

Definizione:

Bambini con test ELM patologico al 36° mese x100
Bambini al 36° mese di vita

Significato:

L'OMS presta particolare attenzione nei primi anni di vita all' Early Child Development (ECD), ovvero lo sviluppo del bambino globalmente inteso, composto dalla dimensione fisica, cognitivo-linguistica e socio-emozionale. Attualmente non sono disponibili in Italia strumenti per una valutazione complessiva di queste dimensioni; si propone pertanto di individuare misure indirette delle tre componenti attualmente disponibili.

In particolare per lo sviluppo linguistico si propone di utilizzare il test di screening condotto dai pediatri di famiglia durante i Bilanci di Salute al 36° mese di vita per un primo screening dei bambini con disturbi del linguaggio; questo dato andrà completato con le diagnosi definitive di secondo livello condotte dalla neuropsichiatria infantile.

Sebbene il test di screening venga condotto regolarmente, la qualità del dato è ancora poco attendibile per cui, in accordo con la Pediatria di comunità, questo indicatore viene proposto tra i "desiderata" nell'attesa di valutare la possibilità di migliorare la raccolta dell'informazione.

Minori in carico ai servizi sociali per problemi prevalenti del minore

Definizione:

Numero di minori in carico ai servizi sociali per causa prevalente del minore x100
Popolazione di riferimento

Significato: Conoscere i minori presi in carico dai Servizi Sociali consente di avere il polso delle situazioni di disagio più gravi presenti nel territorio e delle caratteristiche degli utenti dei servizi per un duplice fine: quello di stimare la presenza di aree del territorio maggiormente in difficoltà e gruppi di popolazione a maggior rischio e di programmare interventi preventivi specifici.

Per rilevare tali informazioni è disponibile il Sistema Informativo Regionale su bambini, ragazzi e nuclei familiari seguiti dai servizi sociali territoriali (SISAM) che potrà essere utilizzato per le rilevazioni future di questi dati. Al momento il sistema informatizzato copre solo il Distretto del Rubicone, ma entro la fine del 2011 sarà disponibile su entrambi i Distretti. Pertanto si attende questo passaggio per la rilevazione del dato.

Minori in carico ai servizi sociali per problemi prevalenti della famiglia

Definizione:

Numero di minori in carico ai servizi sociali per causa prevalente della famiglia x100
Popolazione di riferimento

Significato: Conoscere le caratteristiche delle famiglie dei minori presi in carico dai Servizi Sociali consente di avere un quadro più preciso delle problematiche familiari che portano al ricorso ai servizi sociali ed ai nuclei che avrebbero un maggior bisogno di sostegno in ottica preventiva.

Per rilevare tali informazioni è disponibile il Sistema Informativo Regionale su bambini, ragazzi e nuclei familiari seguiti dai servizi sociali territoriali (SISAM) che potrà essere utilizzato per le rilevazioni future di questi dati. Al momento il sistema informatizzato copre solo il Distretto del Rubicone, ma entro la fine del 2011 sarà disponibile su entrambi i Distretti. Pertanto si attende questo passaggio per la rilevazione del dato.

Interventi attivati dai Servizi Sociali

Definizione:

Numero di interventi messi in atto dai servizi sociali per causa prevalente del minore x100
Popolazione di riferimento

Significato: Tale indicatore può completare il quadro della capacità dei servizi di andare incontro alle situazioni di disagio sociale presenti nel territorio.

Anche per questo indicatore si utilizzerà dal prossimo anno il Sistema Informativo Regionale su bambini, ragazzi e nuclei familiari seguiti dai servizi sociali territoriali (SISAM) che potrà essere utilizzato per le rilevazioni future di questi dati.

Dispersione scolastica

Definizione:

$$\frac{\text{Studenti con frequenza irregolare, ritardi, interruzioni, ripetenti e non ammessi agli anni successivi}}{\text{Studenti di riferimento}} \times 100$$

Significato:

La dispersione è un fenomeno complesso e può essere definita come insieme di fattori che modificano il regolare svolgimento del percorso scolastico di uno studente. In ambito scolastico non si identifica semplicemente con l'abbandono, ma riunisce un insieme di cause (irregolarità nelle frequenze, ritardi, non ammissione all'anno successivo, ripetenze, interruzioni) che possono sfociare nell'uscita anticipata dei ragazzi dal sistema scolastico. Per analizzare le cause della dispersione e le sue dimensioni occorre intrecciare variabili soggettive e macro-sociali, anche se lo sviluppo socio-economico resta il fattore discriminante per il manifestarsi del fenomeno.

In ambito europeo la Conferenza di Lisbona ha individuato nella riduzione della dispersione uno dei cinque obiettivi che i Paesi membri dovranno raggiungere nel campo dell'istruzione entro il 2010.

A livello Regionale è attivo in tutte le scuole di ogni ordine, il monitoraggio dei percorsi scolastici e formativi degli studenti emiliano-romagnoli. Il contatto con i referenti consentirà di capire se tale Banca dati potrà essere utile ad un monitoraggio futuro della situazione sulla dispersione scolastica nel territorio locale.

Consumo di Fumo e Alcol negli adolescenti

Definizione:

$$\frac{\text{Numero di adolescenti che fumano o bevono alcol}}{\text{Totale adolescenti}} \times 100$$

Significato: Questo indicatore viene proposto per individuare le caratteristiche dei ragazzi che hanno un maggior rischio di acquisire comportamenti insalubri in adolescenza. La rilevazione Regionale sui Comportamenti di Salute dei ragazzi in Età Scolare (HBSC) documenta che l'abitudine tabagica cresce con l'età passando dall'1% dei ragazzi di 11 anni al 23% di quelli di 15 anni. L'iniziazione al fumo avviene intorno ai 13 anni. Il consumo di alcol riguarda il 33% dei ragazzi a 11 anni e sale al 79% a 15 anni. Il consumo più frequente riguarda l'8,5% degli 11enni e il 46% dei 15enni. Questi dati confermano l'importanza di agire precocemente in maniera preventiva proprio nella preadolescenza per disincentivare l'assunzione di comportamenti insalubri.

A livello locale fino ad ora sono state condotte solo rilevazioni puntuali in occasione di ricerche ad hoc. Si spera che la rilevazione regionale HBSC possa in futuro essere estesa consentendo un campionamento rappresentativo di Ausl e arricchito di informazioni socio economiche.

Minori seguiti dai SerT per dipendenze patologiche

Definizione:

$$\frac{\text{numero di minori in carico ai SerT} \times 100}{\text{popolazione di riferimento}}$$

Significato: Questo indicatore viene proposto per individuare le caratteristiche dei ragazzi che hanno un maggior rischio di sviluppare Dipendenze Patologiche in Adolescenza. Tale informazione può individuare popolazioni a rischio verso cui indirizzare interventi preventivi. I dati sono disponibili grazie al Servizio Dipendenze patologiche dell'Ausl. Non sono stati attualmente inseriti in quanto rinviati ad un secondo livello di approfondimento.

Conseguenze socio-economiche della malattia

Conseguenze socio-economiche della malattia

Lo studio delle disuguaglianze in salute ha portato da tempo a constatare l'esistenza di un meccanismo pervasivo che correla la povertà con la malattia secondo il quale la povertà peggiora lo stato di salute, interferendo con la possibilità di riscatto dalla povertà stessa, che a sua volta peggiora ulteriormente la salute dell'individuo rendendolo progressivamente sempre più vulnerabile.

I sistemi di welfare di un paese possono interrompere questa spirale negativa introducendo sistemi di sostegno sociale capaci di garantire pari opportunità di crescita e sviluppo a tutti gli individui, in particolare a quelli con bisogni speciali.

Per monitorare la capacità di un territorio di sostenere le persone con vulnerabilità sociali e sanitarie possono essere individuati indicatori che mettano in luce iniquità o disuguaglianze rispetto all'esigibilità di diritti essenziali correlati alle precondizioni di salute (es. istruzione, lavoro, abitazione, alimentazione ecc.) o che studino la capacità dei servizi messi in atto di raggiungere tutte le persone che ne hanno effettivamente bisogno (es. sostegno scolastico, contributi per l'adeguamento domestico, ecc.).

Al momento questa parte della nostra lista è composta di soli indicatori desiderati. Per arricchire questa sezione si ritiene infatti fondamentale un lavoro multidisciplinare che parta dalla iniziale valutazione della quota di bambini con bisogni speciali e delle loro famiglie nel territorio e che analizzi i percorsi disponibili per l'esigibilità di diritti. Solo a quel punto sarà possibile individuare indicatori chiave e interventi correttivi.

A titolo di esempio si propone come indicatore desiderato per quest'area in età pediatrica la quota di madri che perdono il lavoro per assistere un figlio disabile.

Elenco indicatori desiderati per completare le informazioni sulle conseguenze socio-economiche della malattia

| | Pag. |
|---|------|
| • Madri che lasciano il lavoro per assistere un figlio disabile | 94 |

Madri che lasciano il lavoro per assistere un figlio disabile

Definizione: Madri che lasciano il lavoro per assistere un figlio disabile x100
Bambini con invalidità o handicap certificati nel territorio

Significato: Diversi studi hanno documentato come in Italia gravi sulla donna il maggior carico di lavoro domestico e di accudimento di figli e familiari, indipendentemente dalla sua situazione lavorativa. Tale condizione rende già particolarmente complessa la capacità per le madri di conciliare i tempi di vita e di lavoro e si aggrava quando i bisogni dei familiari richiedono un'assistenza speciale e continuativa, come spesso avviene per i bambini con disabilità gravi o gravissime. I servizi pubblici non sempre sono in grado di sostenere le famiglie come anche la rete parentale o sociale, e spesso la madre a rinuncia al lavoro per garantire un'assistenza adeguata al minore. Questa scelta comporta necessariamente un impoverimento del nucleo familiare ed un sovraccarico psicologico e sociale dei suoi membri con possibili ricadute negative su tutta la famiglia.

Conclusioni

Conclusioni

Il quadro che emerge dal Profilo di Equità sulla salute perinatale e pediatrica presenta una immagine globalmente positiva del territorio cesenate.

Sono evidenziati risultati che mostrano un buon livello di salute generale, con indicatori spesso migliori del livello medio regionale e che supportano i risultati positivi di programmi e interventi realizzati da diversi anni nel territorio cesenate a sostegno delle famiglie e dei loro bambini. In particolare, la percentuale di parti cesarei, il rapporto di abortività e l'immunizzazione alla rosolia nelle partorienti risultano migliori rispetto alla media regionale.

Per quanto riguarda i principali esiti di salute (tassi di mortalità infantile e materna), l'esiguità dei casi non consente di affermare con certezza l'esistenza o meno di differenze tra gruppi di popolazione. Inoltre, la mancanza di variabili socio-economiche nei flussi che registrano tali eventi limita ulteriormente la valutazione dei fenomeni nell'ottica dell'equità.

La presenza di lacune nelle banche dati disponibili condiziona la qualità degli indicatori proposti ed uno sforzo verso il miglioramento della capacità di lettura delle disuguaglianze nel territorio deve necessariamente passare dal miglioramento dei sistemi informativi.

Pur nella consapevolezza di questi limiti, si possono identificare diverse aree critiche nelle quali emerge la presenza di disuguaglianze tra persone con diversa cittadinanza, titolo di studio e condizione occupazionale.

A titolo esemplificativo si segnala in particolare che per le madri con cittadinanza straniera risulta più difficile l'accesso ai servizi di assistenza alla gravidanza (visite ed esami prenatali e partecipazione ai corsi pre-parto), così come lavorare dopo la nascita di un figlio. Tra le donne con cittadinanza straniera sono inoltre più elevati i tassi di gravidanze in minorenni e i rapporti di abortività. I bambini con cittadinanza straniera accedono al PS, vengono ricoverati in ospedale e hanno carie più spesso degli italiani.

Nelle donne italiane è più frequente il ricorso ad esami invasivi prenatali sotto i 35 anni, al taglio cesareo in caso di gravidanza fisiologica e all'interruzione volontaria di gravidanza tra le minorenni. Le donne italiane continuano inoltre a fumare più spesso in gravidanza e allattano meno al seno delle straniere.

Per le madri con basso titolo di studio o non occupate, risulta più difficile l'accesso ai servizi di assistenza alla gravidanza (visite ed esami prenatali e partecipazione ai corsi pre-parto) e smettere di fumare durante la gravidanza.

Per le donne giovani (con meno di 24 anni) risulta più difficile l'accesso ai servizi di assistenza alla gravidanza (visite ed esami prenatali e partecipazione ai corsi pre-parto).

Sebbene il presente lavoro abbia diversi limiti, si auspica possa comunque essere uno stimolo per gli operatori dei servizi socio sanitari e gli amministratori locali, a prendere consapevolezza della situazione e li spinga ad approfondire lo studio delle disuguaglianze con indagini più mirate, anche di tipo qualitativo, utili ad attuare iniziative volte al miglioramento delle condizioni che garantiscono equità in salute sin dai primi anni di vita, e a promuovere il miglioramento ed un uso più consapevole delle banche dati disponibili.

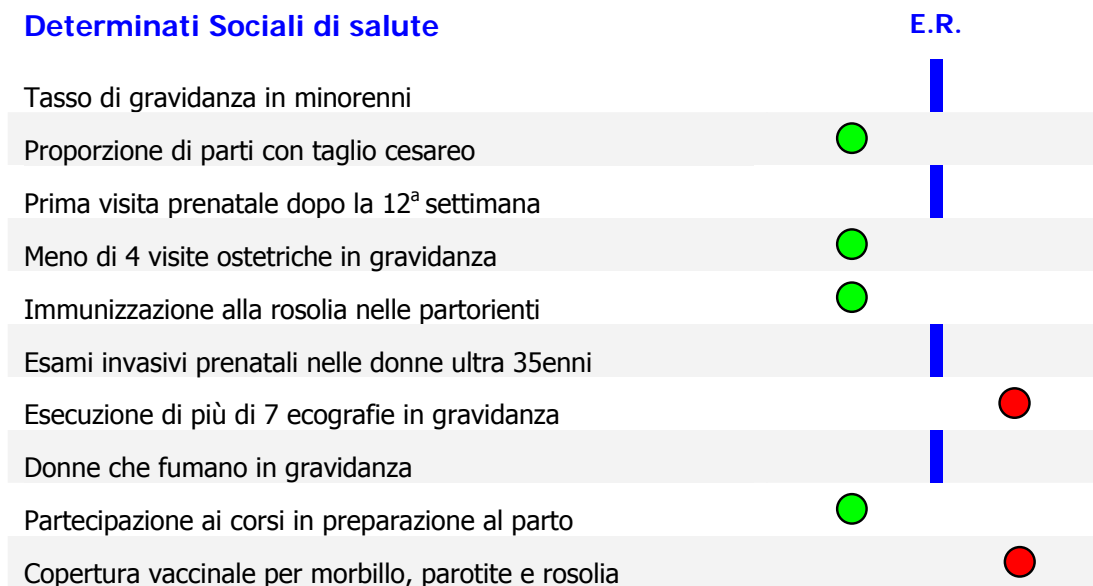
Per aiutare ad avere una visione di insieme schematica e sintetica si sono raccolte nelle pagine seguenti alcune tavole sinottiche per presentare le criticità rilevate nell'analisi degli indicatori.

La prima scheda si riferisce al confronto tra il dato relativo all'indicatore rilevato a livello dell'Ausl di Cesena e il valore medio regionale.

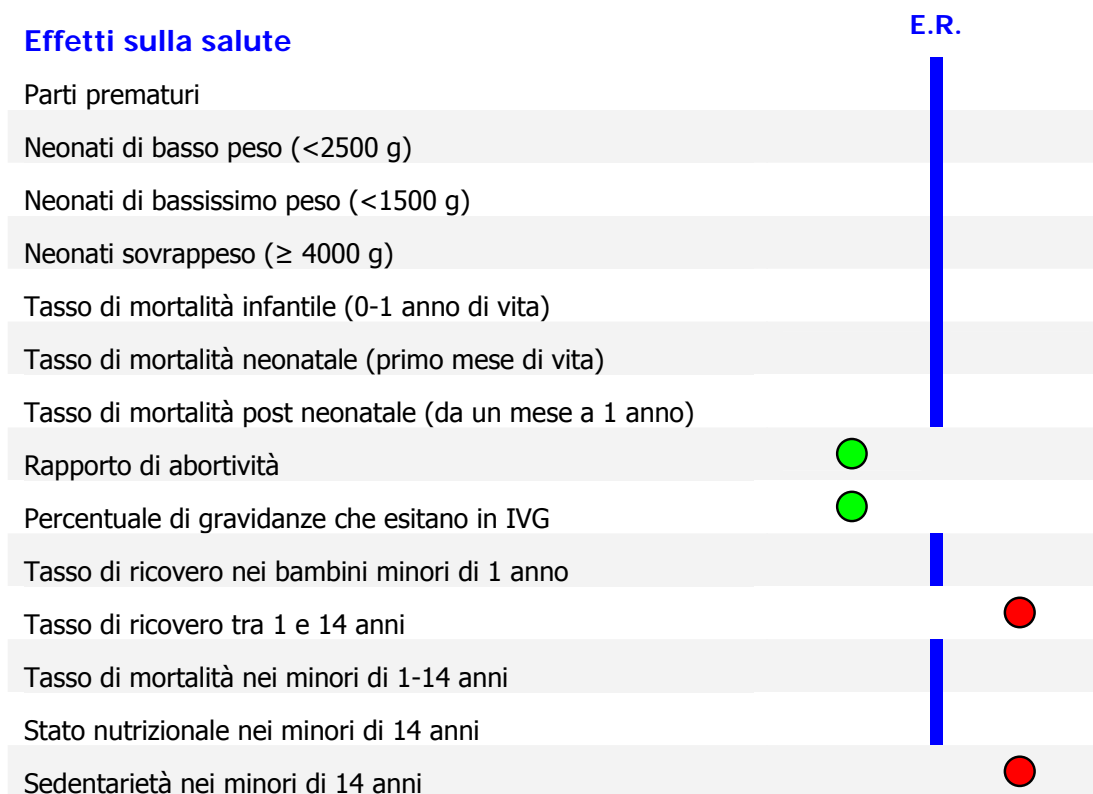
Le successive schede mostrano per ogni indicatore l'eventuale presenza di disuguaglianze rispetto ai diversi determinanti considerati (età, sesso, cittadinanza, ecc.)

Ausl di Cesena ed Emilia-Romagna (E.R.): confronto degli indicatori*

Determinati Sociali di salute



Effetti sulla salute



LEGENDA

- l'indicatore presenta valori migliori nell'Ausl di Cesena
- | gli indicatori regionali e di Ausl si equivalgono
- l'indicatore presenta valori peggiori nell'Ausl di Cesena

DETERMINANTI DI SALUTE: TABELLA SINOTTICA

| INDICATORE | ETÀ | | | SESSO | | CITTADINANZA | | DISABILITÀ | TITOLO DI STUDIO | | | CONDIZIONE OCCUPAZIONALE | | | REDDITO | VULNERABILITÀ |
|------------|------|-------|------|-------|---|--------------|-----------|------------|------------------|-----------------|--------|--------------------------|----------|-----------|---------|---------------|
| | ≤ 24 | 25-34 | ≥ 35 | F | M | Italiana | Straniera | | Fino media inf. | Media superiore | Laurea | Disoccupata | Occupata | Casalinga | | |

La gravidanza e il parto

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|---|--|--|---|---|--|---|---|---|
| Tasso di gravidanza in minorenni | | | | | | | ☹ | | | | | | | | |
| Proporzione di parti con taglio cesareo | | | ☹ | | | | ☹ | | | ☹ | | | | | |
| Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12 ^a settimana di gestazione | | | | | | | ☹ | | | ☹ | | | ☹ | | ☹ |
| Donne che hanno effettuato meno di 4 visite ostetriche in gravidanza (*) | ☹ | | | | | | ☹ | | | ☹ | ☹ | | ☹ | | ☹ |
| Immunizzazione alla rosolia nelle partorienti | | | | | | | | | | | | | | | |
| Esecuzione di esami invasivi prenatali nelle donne ultra 35enni | | | | | | | ☹ | | | | | | | | ☹ |
| Esecuzione di più di 7 ecografie in gravidanza | | ☹ | ☹ | | | | ☹ | | | | | | ☹ | ☹ | |
| Donne che fumano in gravidanza | | | | | | | ☹ | | | ☹ | ☹ | | | | |
| Partecipazione ai corsi in preparazione al parto | | | | | | | ☹ | | | ☹ | ☹ | | | | ☹ |

| INDICATORE | ETÀ | | | SESSO | | CITTADINANZA | | DISA BILITÀ | TITOLO DI STUDIO | | | CONDIZIONE OCCUPAZIONALE | | | REDDITO | VULNE RABILITÀ |
|------------|------|-------|------|-------|---|--------------|-----------|----------------|-----------------------|--------------------|--------|-----------------------------|----------|-----------|---------|-------------------|
| | ≤ 24 | 25-34 | ≥ 35 | F | M | Italiana | Straniera | | Fino media inf. | Media superiore | Laurea | Disoccupata | Occupata | Casalinga | | |

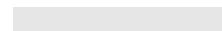
Il bambino

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Copertura dei Bilanci di Salute al 24 mese | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Copertura dei Bilanci di Salute a 11 anni | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Allattamento al seno | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accudimento del bambino al 10 mese | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accudimento del bambino al 24 mese | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Copertura vaccinale per Morbillo, Parotite e Rosolia | | | | | | | | | | | | | | | | |

LEGENDA

- ⊖ valore critico che segnala la presenza di una disuguaglianza, supportata da una differenza statisticamente significativa;
- ⊕ valore che segnala la presenza di una disuguaglianza che a livello statistico è al limite della significatività;
- (*) la regressione logistica è stata effettuata solo sui dati regionali per la scarsa numerosità di casi nell'Ausl di Cesena.

 Non pertinente

 Non disponibile

Italiana: italiane e straniere provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA)

Straniera: straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

| INDICATORE | ETÀ | | | SESSO | | CITTADINANZA | | DISA BILITÀ | TITOLO DI STUDIO | | | CONDIZIONE OCCUPAZIONALE | | | REDDITO | VULNE RABILITÀ |
|------------|------|-------|------|-------|---|--------------|-----------|----------------|-----------------------|--------------------|--------|-----------------------------|----------|-----------|---------|-------------------|
| | ≤ 24 | 25-34 | ≥ 35 | F | M | Italiana | Straniera | | Fino media inf. | Media superiore | Laurea | Disoccupata | Occupata | Casalinga | | |

Il bambino

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Tasso di accesso al PS nei bambini sotto 1 anno di vita | | | | ☹ | | | ☹ | | | | | | | | | |
| Tasso di accesso in Pronto Soccorso tra 1 e 14 anni | | | | ☹ | | | ☹ | | | | | | | | | |
| Tasso di ricovero nei bambini sotto 1 anno di vita | | | | | | | ☹ | | | | | | | | | |
| Tasso di ricovero nei minori 1-14 anni | | | | ☹ | | | ☹ | | | | | | | | | |
| Tasso di mortalità in minori 1-14 anni | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Strato nutrizionale nei minori di 14 anni | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sedentarietà nei minori di 14 anni | | | | ☹ | | | | | | | | | | | | |
| Carie dentali nei bambini di 3 anni | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Carie dentali nei bambini di 11 anni | | | | | | | ☹ | | | | | | | | | |

LEGENDA

- ☹ valore critico che segnala la presenza di una disuguaglianza, supportata da una differenza statisticamente significativa
- ☺ valore che segnala la presenza di una disuguaglianza che a livello statistico è al limite della significatività
- (*) la regressione logistica è stata effettuata solo sui dati regionali per la scarsa numerosità di casi nell'Ausl di Cesena
- (**) dato nazionale

 Non pertinente

 Non disponibile

Italiana: italiane e straniere provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA)

Straniera: straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

Indicatori utilizzati

Indicatori utilizzati

Il Profilo di Equità presentato nei capitoli precedenti nasce da uno studio sugli indicatori di disuguaglianza e dalla creazione di un elenco di misure che, come attrezzi, possano essere scelte ad hoc, a livello locale, per studiare diversi fenomeni con l'ottica dell'equità in salute.

Il lavoro da un lato ha quindi l'obiettivo di fornire modalità condivise, basate su evidenze, per leggere le disuguaglianze con gli strumenti attualmente disponibili, dall'altro, quello di evidenziare quali miglioramenti dovrebbero essere apportati per rendere gli attuali sistemi informativi più utili per leggere il territorio nell'ottica dell'equità.

Nelle pagine seguenti viene riportata la lista sintetica degli indicatori, una sorta di "carta d'identità" di ogni misura proposta, capace di evidenziare a quale livello di dettaglio sono disponibili i dati per calcolare l'indicatore, le fonti dei dati e la possibilità di stratificare la misura per variabili socio-economiche. Di ogni informazione è stata indicata l'attuale disponibilità.

Il nostro elenco di indicatori è stato concepito seguendo le indicazioni della CSDH su come impostare un sistema di sorveglianza sulle disuguaglianze e pertanto tale modello è stato utilizzato anche come punto di riferimento per comprendere quali aree non ancora esplorate dai nostri sistemi di rilevazione dovrebbero trovare indicatori adatti a leggerle.

Nelle linee guida per la creazione di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute, la CSDH raccomanda infatti di stratificare i dati per sesso, almeno due indicatori di posizione socio-economica (educazione, reddito, posizione professionale), gruppo etnico, altri fattori di stratificazione sociale rilevanti per il contesto studiato e area di residenza (urbana, rurale, ecc).

Le variabili di stratificazione degli indicatori per il nostro lavoro sono state scelte sulla base delle indicazioni della CSDH e di altre evidenze scientifiche che ne rafforzano il ruolo di possibili fattori di iniquità. Le motivazioni delle scelte e il significato della variabile sono raccolte nella Tabella che segue.

Ogni variabile è potenzialmente importante per la lettura del fenomeno e la sua assenza rappresenta un primo aspetto critico relativo alla completezza delle fonti disponibili.

Limitandoci a considerare le prime tre condizioni poste dalla CSDH (sesso, etnia, almeno due variabili di stratificazione socio-economica) come essenziali per definire la qualità minima dell'indicatore, vediamo che attualmente queste informazioni sono disponibili solo per i dati che provengono dal Certificato di Assistenza al Parto (CedaP), mentre tutti gli altri indicatori presentano lacune informative più o meno gravi (dall'assenza di ogni variabile, alla mancanza di variabili socio-economiche).

Per quanto riguarda le variabili aggiuntive proposte a livello locale (disabilità, altre condizioni di vulnerabilità sociale) la lacuna informativa è pressoché generalizzata. In particolare, non è

possibile conoscere quanto alcuni dei fenomeni indagati coinvolgano persone con disabilità, lacuna ritenuta molto grave per le possibili ricadute sull'aggravamento delle barriere di accesso ai servizi ed sulle iniziative preventive per questa fascia fragile di popolazione.

Infine, le nostre banche dati sono in grado di leggere solo una minima parte dei fenomeni a cui viene raccomandato di prestare attenzione dalla CSDH. In particolare, le fonti informative disponibili sono molto focalizzate sulle caratteristiche dell'individuo e meno sulle condizioni ambientali che favoriscono od ostacolano la fruizione di diritti o l'assunzione di comportamenti sani. Tuttavia, è noto come siano proprio i determinanti strutturali di salute a giocare un ruolo chiave nell'indurre iniquità e disuguaglianze e verso di essi dovrebbe indirizzarsi il maggior sforzo informativo ed organizzativo.

Per andare in questa direzione è fondamentale un coinvolgimento pieno di attori apparentemente distanti dal mondo della sanità e concordare con loro, ispirandoci a nazioni che hanno già compiuto questo sforzo, parametri e sistemi per la lettura delle caratteristiche sociali, amministrative ed economiche del territorio correlandole con il benessere e la salute degli individui che in esso sviluppano la loro esistenza.

Si apre quindi una sfida interessante e utile che porti ad una rivoluzione copernicana dei sistemi di lettura della salute: non porre più al centro il momento in cui la salute si incrina e si rendono necessari i servizi sanitari, ma partire dalla relazione tra l'individuo e il suo ambiente globalmente inteso.

Per fare questo e spingere i nostri Profili ad essere un pieno strumento utile alla programmazione locale è necessario l'impegno di tutti gli attori coinvolti, a partire da quelli che con piccoli interventi possono completare alcune banche dati (es. Bilanci di Salute) fino a quelli che dovranno ripensare a sistemi di lettura del territorio.

| Variabili di stratificazione degli indicatori: significato e razionale | |
|--|---|
| Età | Nell'ambito di analisi di questo documento, le età di cui terremo considerazione per la stratificazione sono sia quella della madre, per quanto riguarda gli indicatori di accesso alle cure prenatali ed al parto, sia quella del bambino, per gli indicatori relativi a particolari effetti sulla salute e condizioni della vita quotidiana. |
| Sesso | <p>Con il termine <i>genere</i> si intendono quelle caratteristiche dell'essere uomo o donna che sono socialmente costruite, mentre con il termine <i> sesso </i> si intendono quelle caratteristiche che sono biologicamente determinate. Lo studio delle disuguaglianze di genere è molto ricco per quanto riguarda la tradizionale vulnerabilità del genere femminile. In molte società, le ragazze e le donne soffrono discriminazioni sistematiche nell'accesso al potere, al prestigio ed alle risorse. Discriminazioni in base al genere spesso includono differenti opportunità di accesso all'educazione e a lavori remunerativi, condizioni che possono ulteriormente aggravare lo svantaggio sociale delle donne ed i rischi per la salute. Lo svantaggio di genere si manifesta anche nella frammentazione ed incertezza dei percorsi lavorativi dovuti al sopraggiungere di responsabilità familiari.</p> <p>Nel nostro lavoro utilizzeremo la variabile sesso per stratificare gli indicatori di disuguaglianza che verranno proposti. Pur non cogliendo pienamente la dimensione di genere, questa variabile è universalmente presente e ci consente di cominciare a rilevare la presenza di aree a rischio di disuguaglianze nella popolazione. Di particolare interesse sarà la ricerca di eventuali aree di discriminazione per il mondo maschile, classicamente meno studiato in quest'ottica.</p> |
| Cittadinanza | <p>Utilizzeremo la variabile cittadinanza per la stratificazione degli indicatori, distinguendo i Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM)¹, intra ed extra Unione Europea, e i Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) per i quali i dati sono generalmente sovrapponibili a quelli dei cittadini italiani. La cittadinanza è una variabile che non coglie al 100% la condizione di immigrato, non rilevando infatti le persone provenienti da altri paesi ma presenti da un lungo tempo in Italia o coniugati con italiani. Una alternativa possibile sarebbe stata quella di considerare il paese di nascita, variabile raramente raccolta nei flussi informativi attualmente disponibili. Si è scelto di utilizzare la cittadinanza sulla base di considerazioni condivise con altre realtà e inserite nel documento "La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi" messo a punto nel 2009 da un gruppo di lavoro nazionale coordinato dalla regione Marche</p> <p>La scelta della variabile per studiare l'area della diversità di origine nazionale o etnica resta comunque assai controversa e numerose analisi di letteratura dibattono sull'argomento. La ragione del dibattito è legata alla multidimensionalità della componente etnica (caratteristiche fenotipiche, fattori culturali, esposizione a fattori di rischio endemici nel paese d'origine, lingua madre, ecc) e delle potenziali influenze che essa può avere sulla salute (farmacogenetica, esposizione a fenomeni di razzismo, barriere culturali all'accesso ai servizi, maggior rischio di trovare occupazioni pericolose e non specializzate con ricadute sul reddito familiare, non comprensione della lingua del paese ospitante, ecc.) .</p> |

¹ Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM): Africa settentrionale, Africa orientale, Africa centro meridionale, Asia occidentale (tranne Israele), Asia Centro Meridionale, Asia Orientale (tranne Corea del Sud e Giappone), America centro meridionale, Europa Centro-Orientale (Compresi: Rep. Ceca, Slovacchia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Ungheria, Cipro, Malta, Bulgaria, Romania)

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>Cittadinanza</p> | <p>Il rischio di utilizzare categorie generali per condizioni multidimensionali è quello di attribuire troppo peso ad alcuni elementi perdendone di vista altri e di creare categorie che non esistono nella realtà: esempio tipico è il concetto di razza, entità storicamente e culturalmente determinata ma biologicamente infondata.</p> <p>Una variabile che rilevi contemporaneamente tutte le sfumature biologiche e socio-culturali insite nell'appartenenza ad un gruppo etnico non è al momento disponibile (particolarmente interessante in proposito è la sperimentazione dell'auto attribuzione di appartenenza etnica utilizzato in diversi Stati del mondo).</p> <p>Sebbene al momento sia più utile utilizzare la variabile cittadinanza, si tenterà di non utilizzarla come unica variabile di stratificazione degli indicatori, per rilevare il peso relativo delle diverse condizioni sociali, senza attribuire una valenza eccessiva e spesso fuorviante alla componente culturale.</p> |
| <p>Livello di Istruzione</p> | <p>Il livello di istruzione è il più utilizzato indicatore proxy di posizione socio-economica, in quanto correlato alla capacità del soggetto di accedere a risorse conoscitive, economiche e sociali. L'educazione è un determinante di salute in quanto correlata allo stato occupazionale, alle condizioni economiche, alla capacità di essere recettivi a messaggi preventivi e ad accedere appropriatamente ai servizi sanitari.</p> <p>Il livello di istruzione dei genitori viene spesso utilizzato, insieme allo stato occupazionale, al reddito familiare ed alle condizioni abitative, per indicare la posizione socio-economica ereditata dal bambino nell'infanzia. L'istruzione dei genitori riflette le risorse materiali, intellettuali ed economiche della famiglia e quindi dell'ambiente di vita del bambino, è correlata ai futuri risultati scolastici ed è un potente determinante del futuro lavoro svolto nella vita adulta. Il confronto tra il livello di istruzione raggiunto e il livello di istruzione dei genitori può essere utilizzato inoltre per cogliere la transizione di livello socio-economico nel corso della vita. Numerose evidenze scientifiche sostengono in particolare l'importanza del livello di istruzione della madre nel promuovere un ottimale sviluppo fisico, cognitivo ed emozionale del bambino.</p> |
| <p>Stato occupazionale</p> | <p>In letteratura la posizione professionale è riconosciuta quale importante indicatore di posizione socio-economica. In particolare, esistono numerosi sistemi di classificazione per definire il tipo di professione svolta, basati sul tipo di lavoro (es. manuale o non manuale), sulla formazione (es. specializzato o non specializzato) o sulla distribuzione del potere in un'organizzazione (es. manager, dipendente).</p> <p>Diversi studi utilizzano l'attuale o il lavoro mantenuto più a lungo per definire il livello socio-economico di un adulto.</p> <p>Nella realtà Italia cominciano ad essere disponibili dati stratificati sulla condizione lavorativa, ma raccolti non in maniera routinaria né confrontabile da tutte le banche dati mentre sono disponibili in alcune banche dati informazioni sullo stato di occupazione (occupato/non occupato).</p> <p>A livello regionale, dati sullo stato occupazionale sono presenti nel Certificato di assistenza al parto (Cedap), nelle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), nel Registro di Mortalità e nei dati del Sistema di Sorveglianza PASSI. Pur essendo presente in alcuni di questi flussi la possibilità di raccogliere la tipologia di lavoro svolto, la scarsa affidabilità dei dati non li rende facilmente utilizzabili. È invece più facilmente disponibile l'informazione generica circa lo stato di occupazione/disoccupazione, condizione</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>maggiormente legata al reddito familiare che alle differenze su base occupazionale.</p> <p>Tuttavia, essendo la disoccupazione un importante determinante di disagio socio-economico e non essendo disponibili informazioni legate al reddito, quando disponibile questo dato è stato utilizzato per la stratificazione degli indicatori.</p> |
| Reddito | <p>Il reddito è l'indicatore di posizione socio-economica che misura meglio le risorse materiali disponibili per la famiglia. È una variabile multidimensionale e non facilmente disponibile. Il reddito è correlato con lo stato di salute sia direttamente, con effetto dose-risposta, che indirettamente, influenzando una vasta gamma di condizioni materiali direttamente correlate con essa.</p> <p>Tra le variabili di livello socio-economico, il reddito è quella capace di cambiare in maniera più repentina, determinando variazioni di status lungo l'arco della vita.</p> <p>Nel nostro territorio sono disponibili misure indirette di reddito disponibile per le famiglie, quali il Prodotto Interno Lordo (PIL) pro-capite o il PIL per famiglie. Questi indicatori tuttavia non sono in grado di mettere a fuoco la distribuzione del reddito per gruppi di popolazione né i fenomeni di accumulazione del reddito, quali quelli letti dall'Indice di Gini, disponibile solamente a livello regionale, e dall'Indice di deprivazione. Sempre quali indicatori di contesto, sono disponibili i dati Regionali sulla povertà assoluta e relativa .</p> <p>A livello individuale, la correlazione tra reddito e condizioni di salute è presente solamente nel Sistema di Sorveglianza PASSI, nel quale viene raccolta la percezione della ricchezza personale e familiare.</p> |
| Disabilità | <p>Secondo la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della salute (ICF), la disabilità viene intesa come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.</p> <p>Conoscere la presenza di disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi per le persone disabili sarebbe fondamentale per poter intervenire adeguatamente. Tuttavia, non sono al momento disponibili informazioni che consentano di stratificare i nostri indicatori per la dimensione della disabilità.</p> <p>Si è scelto ugualmente di lasciare la colonna "disabilità" nella scheda di rilevazione per rendere evidente il vuoto di informazioni disponibili sulle modalità di interazione delle persone disabili con i servizi che non siano ad esse strettamente dedicati.</p> |
| Altre condizioni di vulnerabilità sociale | <p>In questa categoria sono raccolte in maniera eterogenea diverse condizioni di svantaggio sociale che possono tradursi in disuguaglianze di salute e sviluppo per il bambino.</p> <p>In particolare si intende: madri con problemi di tossicodipendenza, madri vittime di violenza, madri/padri con storie di carcerazioni, richiedenti asilo e rifugiati, nomadi.</p> <p>Tali condizioni andrebbero rilevate e monitorate al fine di prevedere percorsi dedicati e attività di sostegno alla maternità, come raccomandato dalle recenti linee guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del sistema sanitario inglese alle madri con particolare svantaggio sociale.</p> |

Istruzione per leggere le griglia di indicatori

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|-------|-----------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | |
| TASSO DI GRAVIDANZA IN MINORENNI | Numero di gravidanze di residenti minorenni/donne residenti 15-17 anni*1000 | LBOI | DSI Salute riproduttiva | (D) | (D) | (D) | D | D | SDO | Annuale |

Riferimento teorico metodologico:

LEGENDA SIGLE:

- **Indicazioni Regione 2008** per la stesura dei Profili di Comunità (del 20 maggio 2008)
- **GAD:** gruppo di lavoro azienda USL di Cesena
- **ISTAT:** istituto nazionale di statistica
- **LEA:** Livelli Essenziali di Assistenza
- **LBOI:** Local Basket of Indicators del London Health Observatory
- **OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità
- **CSDH:** Commissione per i determinanti Sociali di Salute OMS
- **ECD:** Early Child Development
- **Percorso nascita:** delibera di giunta regionale n. 533/2008
- **BDS:** Bilanci di salute

Livello di dettaglio territoriale

- D=** disponibile
- ND=** non disponibile
- (D)** = disponibile ma non statisticamente significativo per piccoli numeri di casi

Banca dati in cui trovare i dati necessari per il calcolo dell'indicatore

LEGENDA SIGLE

- **CEDAP:** certificato di assistenza al parto
- **SDO:** scheda di dimissione ospedaliera
- **PASSI:** studio PASSI
- **ISTAT:** istituto nazionale di statistica
- **PS:** pronto soccorso
- **REM:** registro di mortalità
- **Cam. Com.:** camera di commercio

Istruzione per leggere le griglia di indicatori Parte II

È stata scelto di utilizzare la variabile "**cittadinanza**" e non "paese di nascita", in coerenza con il lavori svolti dal gruppo nazionale che ha elaborato il profilo di salute della popolazione immigrata, perché - secondo stime ISTAT - oggi in Italia è ancora piuttosto indicativa della condizione di immigrato.

Condizione di **disabilità** intesa secondo la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), che fa riferimento a funzioni corporee, strutture corporee, attività di partecipazione e fattori ambientali.

| Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale |
|-----|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|
| D | | D | ND | ND | ND | ND | ND |

In particolare si intendono: persone con problemi di alcool/tossicodipendenza, vittime di violenza, persone con storie di carcerazioni, richiedenti asilo e rifugiati, nomadi, senza fissa dimora.

D = disponibile

ND = non disponibile

Celle in grigio = variabile di stratificazione che riguarda una caratteristica naturale della popolazione di studio.

Elenco Indicatori dei Determinanti sociali di salute

Determinanti strutturali di iniquità (DSI): sono quei fattori che generano la stratificazione sociale e che definiscono la posizione socio-economica degli individui all'interno di gerarchie di potere, prestigio e accesso alle risorse. La loro azione pone le basi affinché gli individui vengano esposti a determinanti intermedi, ultimi anelli di una catena di cause che porta alla malattia. In questo gruppo vengono raccolte informazioni su: iniquità legate al genere (norme e valori, partecipazione economica, tutela della salute riproduttiva); iniquità sociali (esclusione sociale, iniquità nella distribuzione del reddito e nell'accesso all'istruzione); contesto sociopolitico (tutela dei diritti civili, condizioni di lavoro, priorità di spesa pubblica, condizioni macroeconomiche). Molte delle informazioni che ricadrebbero in questo gruppo di indicatori non sono attualmente disponibili.

Condizioni di vita quotidiana (CVQ): le condizioni della vita quotidiana o determinanti intermedi di salute, sono quelle condizioni che traducono in disuguaglianze in salute le iniquità presenti all'interno della struttura socioeconomica di un dato territorio. In questo gruppo di indicatori sono compresi quelli relativi a: stili di vita; caratteristiche dell'ambiente fisico e sociale; condizioni di lavoro; assistenza sanitaria; protezione sociale.

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Età | Sesso | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | Altro (specificare) |
|---|---|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|--|-----------------------|-----|-------|--|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|---------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | | | Età | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale | |
| TASSO DI GRAVIDANZA IN MINORENNI | Numero di gravidanze di residenti minorenni/donne residenti 15-17 anni*1000 | LBOI | DSI Salute riproduttiva | (D) | (D) | (D) | D | D | SDO | Annuale | D | | D | ND | ND | ND | ND | ND | | |
| PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO | Numero di parti con taglio cesareo/totale dei parti*100 | LEA | DSI Salute riproduttiva | (D) | (D) | D | D | D | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | | |
| PRIMA VISITA PRENATALE EFFETTUATA DOPO LA 12 ^a SETTIMANA DI GESTIONE | Donne che hanno effettuato la prima visita oltre 12 ^a settimana/totale delle gravide*100 | OMS | CVQ Assistenza sanitaria | (D) | (D) | D | D | D | Cedap Ausl e Regione; Istat Italia (triennale) | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | | |

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | |
|--|---|--|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|--|-----------------------|--|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale |
| NUMERO DI VISITE OSTETRICHE EFFETTUATE IN GRAVIDANZA MINORE DI 4 | Donne che eseguono meno di 4 visite ostetriche/donne che hanno partorito * 1000 | OMS | CVQ Assistenza sanitaria | (D) | D | D | D | D | Cedap Ausl e Regione; Istat italia (triennale) | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND |
| IMMUNIZZAZIONE ALLA ROSOLIA NELLE PARTORIENTI | Donne che hanno partorito non immuni per la rosolia/donne che hanno partorito | Piano di Eliminazione Morbillo e Rosolia congenita | DSI Salute riproduttiva | (D) | (D) | D | D | D | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND |
| ESECUZIONE DI ESAMI INVASIVI PRENATALI DOPO 35 ANNI | donne ultra 35enni che hanno effettuato un'indagine prenatale invasiva/donne ultra 35enni che hanno partorito * 100 | Indicazioni Regione2008 | CVQ Assistenza sanitaria | (D) | (D) | D | D | D | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND |
| NUMERO DI ECOGRAFIE ESEGUITE IN GRAVIDANZA MAGGIORE DI 7 | Donne che dichiarano di essersi sottoposte a più di 7 ecografie in gravidanza/donne che hanno partorito*100 | GAD | CVQ Assistenza sanitaria | (D) | (D) | D | D | D | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND |

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|---|-----------------------|--|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|---------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale | Altro (specificare) |
| DONNE CHE FUMANO IN GRAVIDANZA | donne che continuano a fumare in gravidanza/donne che hanno partorito*100 | LBOI | CVQ Stili di vita | D | D | D | D | | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | |
| PARTECIPAZIONE AI CORSI IN PREPARAZIONE AL PARTO | primipare che partecipano ai corsi di preparazione al parto/totale delle primipare*100 | Obiettivi Percorso nascita | CVQ Assistenza sanitaria | (D) | (D) | D | D | | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | |
| COPERTURA DEI BILANCI DI SALUTE | Bimbi sottoposti a BdS al 24° mese e a 11 anni/popolazione assistita di pari età | BDS; dati solo locali | CVQ Copertura servizi sanitari | D | D | D | | | Pediatria di Comunità | Annuale | D | D | D | ND | ND | D | ND | ND | |
| ALLATTAMENTO AL SENO | bambini allattati al seno al 3° e 5° mese di vita/totale bambini al 3° e 5° mese di vita | BDS; dati solo locali | CVQ Stili di vita | D | D | D | D | D | Bilanci di salute; Rilevazione allattamento regionali;dati Nazionali ISTAT | Annuale | D | D | D | ND | ND | D | ND | ND | |

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | | |
|-------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|--|-----------------------|--|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|---------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale | Altro (specificare) |
| ACCUDIMENTO DEL BAMBINO | madri che hanno ripreso il lavoro al 10° e 24° mese di vita del bambino/totale bambini al 10° e al 24° mese di vita | BDS; dati solo locali | CVQ Ambiente sociale | D | D | D | ND | D | Bilanci di salute; dati Regionali e Nazionali ISTAT (essere madri in Italia) | Annuale | D | ND | D | ND | ND | D | ND | ND | |
| COPERTURA VACCINALE MPR | numero di bambini vaccinati al 24° mese/bambini assistiti della relativa coorte di nascita | LEA | CVQ Assistenza sanitaria | | D | D | D | | Flusso informativo regionale; Servizio materno Infantile Ausl Cesena | Annuale | D | D | D | ND | ND | ND | ND | ND | |

Elenco Indicatori degli Effetti sulla Salute

Per rilevare la presenza di disuguaglianze in salute viene raccomandato di raccogliere dati su mortalità per tutte le cause, per alcune cause specifiche epidemiologicamente rilevanti per il paese ed età specifiche. Inoltre viene raccomandato di monitorare lo sviluppo dei bambini in età prescolare (Early Child Development-ECD), la morbilità per patologie epidemiologicamente rilevanti per il paese, la disabilità e la salute percepita.

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | | |
|--|---|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|-------|-----------------------|--|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|---------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale | Altro (specificare) |
| NUMERO DI PARTI PREMATURI | nati vivi pretermine/nati vivi *100 | Indicazioni Regione 2008 | Morbilità | (D) | (D) | D | D | D | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | |
| NEONATI DI BASSO (<2500g) E BASSISSIMO (1500g) PESO ALLA NASCITA | nati <2500g o <1500g alla nascita/nati vivi*100 | Indicazioni Regione 2008 | Morbilità | (D) | (D) | D | D | D | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | |
| NEONATI SOVRAPPESO ALLA NASCITA | nati ≥ 4000g/nati vivi nello stesso periodo*100 | GAD | Morbilità | (D) | (D) | D | D | D | Cedap | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | |

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|-----------------------|-----------------------|--|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|---------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale | Altro (specificare) |
| TASSO DI MORTALITA' MATERNA | N° di decessi in donne durante la gravidanza, il parto, entro 42 giorni(6 settimane) dal termine della gravidanza e nel periodo 43 giorni - 365 giorni (morti tardive)/nati vivi*100.000 | LEA, Indicazioni Regione 2008 | Mortalità | D | D | D | | | Registro di mortalità | Annuale | D | | D | ND | D | D | ND | ND | |
| TASSO DI MORTALITA' INFANTILE | numero di decessi avvenuti nel primo anno di vita/nati vivi*1000 | LEA, Indicazioni Regione 2008 | Mortalità | (D) | (D) | (D) | D | D | Registro di mortalità | Annuale | D | D | D | ND | ND | ND | ND | ND | causa di morte |
| TASSO MORTALITA' NEONATLE (0-28GG DI VITA) | numero di decessi avvenuti tra la nascita e il 28° giorno di vita/nati vivi dello stesso periodo*1000 | LEA, Indicazioni Regione 2008 | Mortalità | (D) | (D) | (D) | D | D | Registro di mortalità | Annuale | D | D | D | ND | D | D | ND | ND | causa di morte |
| TASSO DI MORTALITA' POSTNEONATALE (DA 1MESE A 1 ANNO DI VITA) | decessi avvenuti tra 1 mese e 1 anno di vita/nati vivi nello stesso periodo*1000 | LEA, Indicazioni Regione 2009 | Mortalità | (D) | (D) | (D) | D | D | Registro di mortalità | Annuale | D | D | D | ND | D | D | ND | ND | causa di morte |

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | |
|--|--|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|----------------------------|-----------------------|--|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale |
| RAPPORTO DI ABORTIVITA' | n di IVG/nati vivi nello stesso periodo* 100 | LEA | outcome causa specifica | (D) | (D) | D | D | D | SDO | Annuale | D | | D | ND | ND | ND | ND | |
| % DI IVG SULLE GRAVIDANZE | numero ricoveri per Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG)/totale dei ricoveri per gravidanza (Aborto Spontaneo-AS, IVG, Parti)*100 | GAD | outcome causa specifica | (D) | (D) | D | D | D | SDO, Cedap | Annuale | D | | D | ND | ND | ND | ND | |
| TASSO ACCESSO PS NEI MINORI DI 14 ANNI | numero di accessi al Pronto Soccorso da parte di minori di età 0-14 anni/popolazione residente di età 0-14 anni*1000 | GAD | Assistenza sanitaria | (D) | (D) | D | D | | archivio informatizzato PS | Annuale | D | D | D | ND | ND | ND | ND | |
| TASSO DI RICOVERO MINORI DI 14 ANNI | numero di ricoveri di minori residenti di età 0-14 anni/popolazione residente di 0-14 anni*1000 | GAD | Morbilità | (D) | (D) | D | D | D | SDO | Annuale | D | D | D | ND | ND | ND | ND | |

| Nome indicatore | Composizione indicatore | Riferimento teorico/metodologico | Categoria di classificazione dell'indicatore | Livello di dettaglio disponibile | | | | | Fonte | Frequenza di raccolta | Dimensioni disuguaglianze esplorate ed esplorabili | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------------------------|--|----------------------------------|-----------|-------------|---------|--------|--|-----------------------|--|-------|--------------|------------|-----------------------|---------------------|---------|-------------------------------------|---------------------|
| | | | | Comune | Distretto | Ausl Cesena | Regione | Italia | | | Età | Sesso | Cittadinanza | Disabilità | Livello di istruzione | Stato occupazionale | Reddito | Condizioni di vulnerabilità sociale | Altro (specificare) |
| TASSO DI MORTALITA' MINORI DI 14 ANNI | numero di decessi di minori residenti di età 0-14 anni/popolazione residente di 0-14 anni*1000 | GAD | Mortalità | (D) | (D) | (D) | D | D | Registro Mortalità; Istat e Statistica RER | Annuale | D | D | D | ND | ND | ND | ND | ND | |
| STATO NUTRIZIONALE | minori in sovrappeso e obesi/ popolazione di pari età*100 | GAD | Morbilità | (D) | (D) | D | D | D | Okkio alla salute | Annuale | D | D | D | ND | D | ND | ND | ND | |
| SEDENTARIETA' MINORI DI 14 ANNI | Bambini che non praticano almeno 1 ora di attività fisica al giorno/totale bambini del campione*100 | GAD | Morbilità | (D) | (D) | D | D | D | Okkio alla salute | Annuale | D | D | D | ND | D | ND | ND | ND | |
| CARIE DENTALE | bambini con carie dentale a 3 e 11 anni /bambini di 3 e 11 anni*100 | BDS; dati solo locali | Morbilità | D | D | D | ND | ND | dati servizio materno infantile | Annuale | D | D | D | ND | ND | ND | ND | ND | |

Bibliografia

Bibliografia

Contesto locale

- WHO/CSDH. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. WHO, 2008.
- WHO/CSDH. The social determinant of health: developing an evidence base for political action. Measurement and Evidence Knowledge Network. 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/measurementandvidence/en/index.html
- London Health Observatory. Local Basket of inequalities indicators. 2003 APHO-HDA www.lho.org.uk
- Hayward, K. Colman, R. Panozzo, L. Health disparities background. Report for developing health disparities indicators in Canada. 2008 GPIAtlantic <http://www.gpiatlantic.org/publications/pubs.htm>
- Pan-Canadian Public Health Network. Indicators of health inequalities. 2009 <http://www.phn-rsp.ca/pubs/ihl-idps/index.html>
- ARS Marche. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. 2009 http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubbl_SaluteImmigrati2009.pdf
- Camera di Commercio della Provincia di Forlì-Cesena. Rapporto sull'economia della provincia di Forlì-Cesena – 2009. <http://www.fc.camcom.it/>
- Comune di Cesena. Bilancio Sociale Settore Servizi Sociali. Gestione Associata dei Servizi Sociali e Sociosanitari del Distretto di Cesena – Valle del Savio. 2011 <http://serviziweb.comune.cesena.fc.it/pianisociali/index.html>
- Osservatorio Regionale del Sistema Abitativo. Rapporto Provinciale di Forlì-Cesena 2010 <http://www.provincia.fc.it/politicheabitative/upload/Rapporto%20Provinciale%20Forl%C3%AC-Cesena%202010.pdf>
- Ausl Cesena. Il Bilancio di Missione 2009. Cesena, Agosto 2010.
- Istat. Conciliare lavoro e famiglia. Una sfida quotidiana. Argomenti n. 33. 2008 http://www.istat.it/dati/catalogo/20080904_00/arg_08_33_conciliare_lavoro_e_famiglia.pdf
- Martelli A., Giusberti F., Cicognani E. Cesena oggi. Vivere, condividere e orientarsi fra genere, genti e generazioni, CESENA, Il Ponte Vecchio, 2009

Determinanti Sociali di salute

- Commission on Social Determinants of Health. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper (Final Draft), April 2007
- Maciocco, G. I determinanti della salute. Una nuova, originale, cornice concettuale. 25/01/2009 www.saluteinternazionale.it
- Regione Emilia Romagna. La nascita in Emilia-Romagna. 7° rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedaP) - Anno 2009. Bologna, 2010. <http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni.htm>
- NHS. The Indicator Guide Health Profiles 2010. <http://www.apho.org.uk/resource/view.aspx?RID=50204>
- Sistema Nazionale per le Linee Guida. Gravidanza fisiologica. Linea Guida 20. 2010. http://www.snlg-iss.it/lgn_gravidanza_fisiologica_2010
- Sistema Nazionale per le Linee Guida. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea Guida 19. 2010 http://www.snlg-iss.it/lgn_taglio_cesareo_assistenza_donne
- WHO- world Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-7
- Department of reproductive health and research RHR, World Health Organization. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. Genève: World Health Organization; 2001
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Deliberazione 13 novembre 2003. Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Piano nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita». (G. U. N. 297 del 23 Dicembre 2003 Suppl. Ordinario n. 195)
- Circolare n. 12 del 13 luglio 1999 "Controllo ed eliminazione di morbillo, parotite e rosolia attraverso la vaccinazione"
- Pandolfi, E. Chiaradia, G. Moncada, M. Rava, L. Tozzi, AE. Prevention of congenital rubella and congenital varicella in Europe. Eurosurveillance, 2009. Vol. 14 Issue 9.
- Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali. Genitori più. 7 azioni per la vita del tuo bambino. Manuale per gli operatori 2009. http://www.genitoripiù.it/documents/uploads/manuale_2010/GenitoriPiu_manuale.pdf
- Kramer, MS. Kakuma, R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1.
- Hoddinot, P. Tappin, D. Wright, C. Breast feeding. BMJ 2008;336:881-887
- Regione Emilia-Romagna. Prevalenza dell'allattamento al seno in Emilia-Romagna. Ricerca Anno 2008 – Quinta edizione. Bologna, Marzo 2010
- Tsoi, E. Shaikh, H. Robinson, S. Teoh, TG. Obesity in pregnancy: a major healthcare issue. Postgrad Med J 2010;86:617-623
- National institute for Health and Clinical Excellence. Weight management before, during and after pregnancy. NICE Public Health Guidance 27 www.nice.org.uk/guidance/PH27
- National institute for Health and Clinical Excellence. Pregnancy and complex social factors. A model for service provision for pregnant women with complex social factors. NICE Public Health Guidance 110 <http://guidance.nice.org.uk/CG110>
- Earls, M.F. Clinical Report – Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Pediatrics 2010; 126: 1032-1039

- Deave, T. Heron, J. Evans, J. Emond, A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. BJOG 2008; 115: 1043-1051
- Farneti, C. Farneti, M. Marrone, F. La depressione post-partum: i pediatri come protagonisti. Un'esperienza dell'Ausl di Cesena. Quaderni Acp 2010; 17: 58-63

Effetti sulla salute

- Siddiqi, A. Irwin, L. Hertzman, C. Total Environment Assessment Model for Early Child Development. Evidence Report for the WHO's CSDH. Giugno 2007 http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/index.html
- WHO/CSDH Analytic and Strategic Review Paper: International Perspective on early Child Development. Knowledge network for Early Child Development. 2005 http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/en/index.html
- Kuh, D. Ben-Shlomo, Y. Lynch, J. Et al. Life course epidemiology. J Epidemiol Community Health 2003;57:778-783
- Braveman, P. Barclay, C. Health disparities in Childhood: a life course perspective. Pediatrics 2009; 124: S163-S175
- Ronfani, L. Macaluso, A. Tamburlini, G. Rapporto sulla del bambino in Italia: problemi e priorità. 2005 <http://www.acp.it/allegati/RAPPOR10.pdf>
- Lauria, L. De Stavola, BL. A district-based analysis of stillbirth and infant mortality rates in Italy: 1989-93. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 2003. 17, 22-32
- OECD Family database www.oecd.org/els/social/family/database
- ARS Marche. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. 2009 http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/doc/pubbl_SaluteImmigrati2009.pdf
- Corchia, C. Epidemiologia dei neonati di peso molto basso in Italia. Quaderni acp 2004; 11(2): 56-58
- Lucchini, R. Barba, G. Giampietro, S. Trivelli, M. Dito, L. De Curtis, M. Macrosomic infant: clinical problem at birth and afterward. Minerva Pediatr. 2010 Jun;62(3 Suppl 1):65-6.
- Ausl Cesena. Profilo della popolazione immigrata nei Comuni del territorio cesenate. Cesena, 2006 <http://www.ausl-cesena.emr.it>
- WHO Regional Office for Europe. WHO guidelines for indoor air quality: dampness and mould. 2009. <http://www.euro.who.int/en/home>
- WHO Regional Office for Europe Addressing the socioeconomic safety divide: a policy briefing. WHO 2009
- Ausl di Cesena. Sorveglianza nutrizionale delle scuole elementari dell'Azienda Sanitaria di Cesena. 2007 <http://www.ausl-cesena.emr.it>
- Ausl di Cesena. Sorveglianza nutrizionale delle scuole materne dell'Azienda Sanitaria di Cesena. 2004 <http://www.ausl-cesena.emr.it>
- ISS. Okkio alla Salute: sistema di sorveglianza su alimentazione e attività fisica nei bambini della scuola primaria. Risultati 2008. Rapporto Istisan 09/24, 2009. <https://www.okkioallasalute.it/>
- Regione Emilia Romagna. Okkio alla Salute. Risultati dell'indagine 2008. Regione Emilia Romagna. 2008 <https://www.okkioallasalute.it/>
- HBSC Italia. Stili di vita e salute dei giovani in età prescolare. Emilia-Romagna. Rapporto sui dati regionali HBSC 2009-10. Regione Emilia-Romagna 2010 <http://www.saluter.it/documentazione/rapporti>
- Palazzi, M. Prati, E. Vitali, P. Reali, C. Bertozzi, N. Sangiorgi, D. Raineri, C. Girotti, A. Attività fisica nei giovani studenti. Indagine conoscitiva rivolta agli studenti del biennio Scuole Secondarie di 2° grado. Quaderni acp 2010; 17 (3): 103-105
- Beaglehole R, Benzan H, Crail J, Mackay J. The Oral Health Atlas – Mapping a neglected global health issue. Cointrin, Geneve, Switzerland: FDI World Dental Federation, 2009.
- Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. Community Dent Oral Epidemiol 2000; 28(6):399-406.
- Vezzoni, M. Lucchini, R. Acerbi, L. et al. Salute orale in età pediatrica: studio della prevalenza di carie in provincia di Milano. Medico e Bambino pagine elettroniche 2005; 8(4) http://www.medicoebambino.com/carie_DMFT_orale_salute_parodontale_tartaro
- Regione Emilia-Romagna. Relazione sull'interruzione Volontaria di Gravidanza nel 2009. Settembre 2010
- Il sistema informativo regionale su bambini, ragazzi e nuclei familiari seguiti dai servizi sociali territoriali (SISAM) <http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/infanzia/sezioni/osservatorio/Sisam.htm>
- Ministero della Pubblica Istruzione. Servizio Statistico. La dispersione scolastica. Indicatori di base anno scolastico 2006-07. Maggio 2008. http://www.scuolaer.it/scuola_cifre/rapporti_publicazioni/dispersione_scolastica.aspx
- Talge, N.M. Holzman, C. Wang, J. Lucia, V. Gardiner, J. Breslau, N. Late-preterm birth and its association with cognitive and socioemotional outcomes at 6 years of age. Pediatrics 2010; 126: 1124-1131

