

EpiComNews

*Notiziario a cura del Servizio Epidemiologia e Comunicazione - Dipartimento Sanità Pubblica
Azienda USL di Cesena*

n.12

Settembre 2007

Disuguaglianze in salute e nell'accesso ai servizi nel territorio cesenate

In sintesi:

- Le disuguaglianze in salute rappresentano differenze e disparità presenti in gruppi particolari di popolazione, che condizionano accesso e fruibilità dei servizi sanitari.
- Nel nostro territorio si è valutata la presenza di disuguaglianze in salute in due sottogruppi di popolazione: le persone con cittadinanza straniera e le persone con un basso titolo di studio (utilizzato in letteratura quale indicatore di una situazione economica svantaggiata).
- Le persone con cittadinanza straniera accedono ai servizi sanitari in maniera diversa rispetto agli italiani di pari età: i minori stranieri vengono ricoverati più spesso rispetto bambini italiani (137 ricoveri vs 61 per 1.000 minori); le donne straniere accedono alle cure prenatali con maggior ritardo e minor frequenza e presentano un'adesione al programma di screening per il carcinoma della cervice uterina molto più bassa (32% vs 50%).
- Indipendentemente dalla cittadinanza, ad un basso livello d'istruzione corrisponde una peggiore percezione del proprio stato di salute e in genere una maggior prevalenza dei principali fattori di rischio comportamentali; inoltre si ha più spesso compresenza di più fattori di rischio.
- Per contrastare le disuguaglianze in salute, si rivela fondamentale la collaborazione con altri attori sociali (amministrazioni pubbliche, mondo produttivo, scuole, volontariato...).

Disuguaglianza in salute è il termine usato per descrivere differenze, variazioni e disparità nel raggiungimento della salute da parte di individui e gruppi¹. Per meglio comprendere le disuguaglianze in salute è opportuno considerare la dimensione etica del problema, sottolineando quali differenze siano evitabili e non necessarie, e pertanto non eque ed accettabili per la società.²

E' nota ormai da tempo l'esistenza di una relazione inversa fra condizione socioeconomica e stato di salute, che determina un "gradiente sociale" nella salute della popolazione all'interno di un Paese: a qualunque livello della scala sociale ci si ponga, chi si trova ad un livello inferiore presenta un profilo di salute peggiore rispetto al livello immediatamente superiore³.

Questo è legato al fatto che la salute è condizionata non solo dall'organizzazione del

Sistema Sanitario e dagli interventi sanitari specifici, ma anche (e in maniera più rilevante) da fattori sociali, economici e ambientali (quali ad es. distribuzione del reddito, organizzazione del lavoro, sistema educativo, qualità dell'ambiente fisico e sociale).

Studiare e approfondire il problema delle disuguaglianze in salute diventa pertanto la premessa per realizzare interventi di miglioramento della salute veramente efficaci ed ispirati a principi di equità sociale.

Le disuguaglianze in salute rappresentano una sfida per la medicina non solo da un punto di vista etico, ma anche perché una riduzione nel carico di malattie fra i gruppi più svantaggiati può contribuire a migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione.

La cittadinanza straniera come fattore di rischio per un diseguale accesso alle cure

I dati di attività dei Servizi sanitari dell'Ausl di Cesena mostrano come le persone con cittadinanza straniera si inseriscano con maggiori difficoltà rispetto agli italiani nei percorsi di assistenza, con conseguenti rischi per la salute.

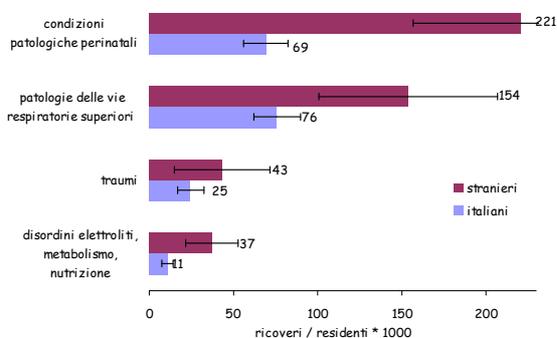
In particolare le analisi effettuate sui dati relativi ai ricoveri (Schede di Dimissione Ospedaliera SDO) e agli accessi al Pronto Soccorso avvenuti nell'Ausl di Cesena e relativi all'anno 2005, evidenziano la presenza di disuguaglianze di accesso ai servizi, a conferma di ciò che era già stato riscontrato per il periodo 2002-2004⁴.

Nel 2005 si sono registrati 1.631 **ricoveri** di residenti stranieri, corrispondenti al 6% dei ricoveri complessivi, dato in linea con la percentuale di popolazione straniera residente sul totale della popolazione.

Il 33% dei ricoveri degli stranieri ha riguardato minorenni (20% bambini con meno di un anno e 13% nella fascia 1-17 anni).

Escluse le "nascite fisiologiche", i bambini stranieri nel primo anno d'età risultano ricoverati più spesso di quelli italiani (137 ricoveri per 1000 vs 61). Le patologie perinatali rappresentano le diagnosi più frequenti nel primo anno di vita (221 ricoveri vs 69), seguite dalle patologie delle vie respiratorie superiori (154 vs 76) e dai disordini elettrolitici, metabolici, nutrizionali (37 vs 11).

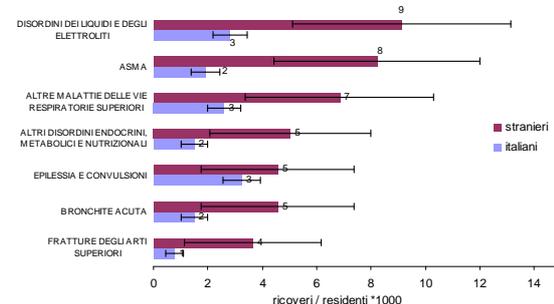
Tassi di ospedalizzazione e relativi IC95% per le patologie più frequenti tra i residenti con meno di un anno. Ausl di Cesena, anno 2005.



Anche nella fascia 1-17 anni i minori stranieri residenti presentano tassi di ricovero più elevati; le cause più frequenti di ricovero sono i disordini idroelettrolitici (9 ricoveri per 1000

vs 3), asma (8 vs 2) e altre infezioni e malattie delle vie respiratorie superiori (7 vs 3).

Tassi di ospedalizzazione e relativi IC95% per le patologie più frequenti tra i residenti con età tra 1 e 17 anni. Ausl Cesena, anno 2005.



Nel 2005 gli **accessi al PS** di residenti stranieri sono stati 4.870, pari a circa il 9% del totale. Il 27% degli accessi di stranieri sono stati a carico di minorenni (6% con meno di 1 anno e 21% nella fascia 1-17 anni).

I tassi di accesso al PS più elevati si sono registrati per i bambini nel primo anno di vita (1.375 accessi per 1000 vs 1.228), mentre nella fascia 1-17 anni gli accessi sono 460 vs 297. Il 74% degli accessi di minori stranieri è dovuto a condizioni genericamente indicate come "malattia" (vs 49% dei minori italiani).

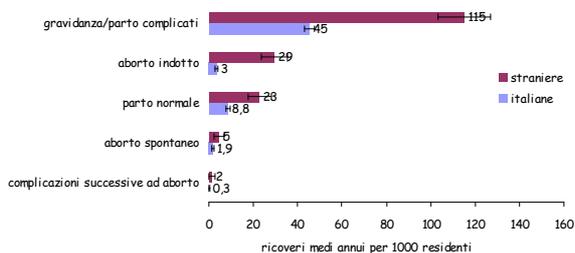
L'analisi dei codici di accesso al PS dei minori non evidenzia differenze rilevanti: tuttavia i minori stranieri presentano un tasso di ricovero maggiore (88 su mille contro il 69 su mille negli italiani), particolarmente evidente per i minori provenienti da particolari sub-aree: Asia e Medio Oriente, Africa subsahariana.

La distribuzione degli accessi degli immigrati nelle diverse ore del giorno mostra un andamento generalmente sovrapponibile a quello degli italiani, salvo una più spiccata tendenza all'afflusso nelle ore serali post-lavorative (fascia oraria 19-24 ed oltre), in particolare per quanto riguarda i bambini con meno di un anno.

Le **donne** straniere nella fascia 18-49 anni sono ricoverate più spesso delle italiane, principalmente per condizioni correlate alla sfera riproduttiva. Nel 2005 il tasso di ospedalizzazione per gravidanza e/o parto delle donne immigrate, infatti, è, nella fascia d'età 18-49, quasi raddoppiato (244 vs 122 ricoveri per 1000) e quello per aborto volontario è 9 volte più elevato per le straniere (29 vs 3). Per

le altre cause di ricovero non si sono riscontrate differenze rilevanti.

Tassi di ospedalizzazione medi annui e relativi IC95% per condizioni correlate alla gravidanza e al parto. AUSL Cesena, anno 2005



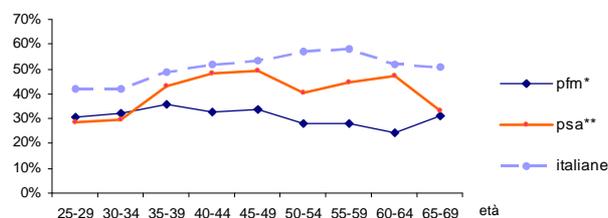
La percentuale di madri con cittadinanza straniera in Emilia Romagna è passata dal 17% nel 2003 al 22% nel 2005⁵. Nonostante questa alta percentuale l'accesso alle cure prenatali nelle donne straniere avviene con maggior ritardo e minor frequenza rispetto alle italiane come si è rilevato dall'analisi dei Certificati di Assistenza al Parto (CEDAP 2003⁶ e 2004⁷), valutando gli indicatori di accesso inadeguato alle cure prenatali indicati dall'OMS⁸ (prima visita effettuata dopo la 13^o settimana di gestazione e meno di 4 visite effettuate durante l'intera gravidanza).

Questa situazione comporta un maggior rischio di assistenza prenatale inadeguata, aumento dei parti pretermine e dei neonati di basso peso. I dati relativi al 2005 confermano la presenza costante di queste disuguaglianze: in particolare nelle donne straniere con scolarità

medio-bassa, si registra una maggior frequenza di ricoveri in gravidanza, di parto pretermine e basso peso del neonato.

Anche l'analisi dei dati del Centro Screening dell'Ausl di Cesena relativamente al periodo 2005-2006 conferma una condizione di disuguaglianza già riscontrata nel biennio precedente: le donne immigrate presentano una minor adesione al programma di prevenzione del tumore del collo dell'utero (32% vs 50%); solo una straniera su tre risponde all'invito dell'Ausl e si presenta a fare il Pap Test contro due italiane su tre. La disparità è probabilmente ancor maggiore se si considera che molte italiane non aderenti effettuano comunque il test privatamente.

Percentuale di donne che aderiscono allo screening per il cervicocarcinoma. Ausl Cesena, anni 2005-2006.



*Straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Classificazione ISTAT)

** Straniere provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (Classificazione ISTAT)

Ruolo dei fattori sociali

Il legame tra l'essere straniero e il difficile utilizzo dei servizi, in particolare nel settore materno infantile, è stato ulteriormente indagato attraverso una ricerca qualitativa che ha coinvolto gruppi di persone straniere, operatori sanitari del territorio Cesenate e mediatori interculturali. Questa indagine ha confermato l'esistenza di difficoltà che ostacolano una fruizione ottimale dei servizi e il rapporto tra utenti stranieri ed operatori: poca padronanza della lingua, carenza di informazioni, erronee rappresentazioni dei servizi e del loro funzionamento, attribuzioni reciproche di responsabilità per eventuali problemi. La ricerca ha anche svelato un ulteriore livello di complessità della situazione, legato alle risorse e alla storia personale di ciascun immigrato. Sono state infatti messe in risalto differenze notevoli tra le persone

emigrate legate al livello di istruzione, al reddito familiare e alla provenienza nel paese d'origine da zone rurali o urbane.

Lo status sociale appare pertanto un elemento importante anche in questa popolazione: stranieri con livello socio economico alto non hanno comportamento molto diverso dagli italiani, mentre povertà, provenienza da realtà disagiate e basso livello d'istruzione, condizionano l'utilizzo adeguato dei servizi, determinando una condizione di maggior vulnerabilità.

In base a quanto riportato dai partecipanti all'indagine, in molti Paesi l'assistenza offerta dai servizi pubblici è di scarsa qualità, ma pochi possono permettersi di ricorrere ai servizi privati perché troppo costosi. Questa esperienza maturata nel Paese d'origine molto spesso finisce col condizionare la

rappresentazione soggettiva anche dei Servizi pubblici italiani, generando diffidenza o rassegnazione e producendo ulteriori disuguaglianze.

Presenza di fattori di rischio comportali e determinanti socio-economici nella popolazione cesenate (Studio PASSI, 2005)

Come ormai confermato da numerosi studi internazionali e nazionali, i determinanti socio-economici influenzano in maniera rilevante la percezione dello stato di salute e la presenza dei principali fattori di rischio comportamentali (sedentarietà, sovrappeso/obesità, fumo, alcol), creando condizioni di disuguaglianza in salute tra la popolazione.⁹

Alcuni risultati dello studio PASSI 2005 (indagine sugli stili di vita e sullo stato di salute nella popolazione di 18-69 anni), condotto anche in Emilia-Romagna e nell'Ausl di Cesena, riflettono questo aspetto.¹⁰⁻¹¹

Nel studio PASSI si è utilizzato, analogamente ad altre esperienze in letteratura, il **livello di istruzione** come indicatore proxy dello stato socio-economico, non disponendo di indicatori più specifici come ad esempio il reddito; si sono classificati 2 livelli di istruzione: basso (nessun titolo di studio, licenza elementare o media inferiore) e alto (licenza media superiore o laurea).

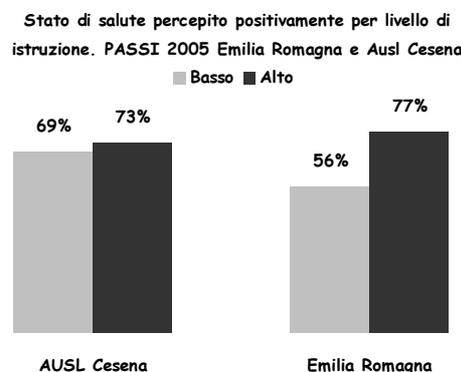
In base ai risultati dello studio regionale, il 50% della popolazione presenta un livello di istruzione alto, con marcate differenze a seconda delle classi d'età esaminate: 71% nella fascia 18-34 anni, 58% in quella 35-49 e 29% in quella 50-69 anni.

Per valutare l'eventuale effetto confondente dell'età sull'impatto del livello di istruzione, l'analisi statistica è stata condotta stratificando per tre classi d'età (18-34, 35-49 e 50-69 anni) e valutando se tale variabile confermava il dato relativo all'impatto del livello di istruzione sullo stile di vita o ne modificava il risultato.

Stato di salute percepito

Lo stato di salute percepito a livello individuale è in relazione con i tradizionali indicatori oggettivi di salute (morbosità e mortalità) ed è correlato alla presenza di malattie croniche o dei loro fattori di rischio.

Dai risultati di PASSI, la percezione relativa al proprio stato di salute appare correlata col livello di istruzione: la percentuale di persone che giudicano positivamente il proprio stato di salute è maggiore tra quelle con titolo di studio alto (77% vs 56%); tale dato è confermato anche considerando il possibile confondimento associato alle diverse classi d'età.



A livello regionale, le medie dei giorni al mese percepiti in cattiva salute per motivi fisici/psicologici e con limitazioni alle attività abituali sono più alte nelle persone con basso titolo di studio; le differenze si confermano in genere anche all'interno delle tre classi d'età considerate.

Giorni in cattiva salute percepita (PASSI Emilia-Romagna, 2005)			
N° gg/mese per			
Livello Istruzione	Motivi fisici	Motivi psicologici	Attività limitata
bassa	3,9	3,7	1,8
alta	2,5	3,1	0,9

A livello locale i dati risultano in linea con la tendenza regionale, con l'unica interessante differenza relativa ad una maggior percezione di giorni in cattiva salute per motivi psicologici in persone con livello di istruzione elevato in tutte le classi d'età.

Sedentarietà

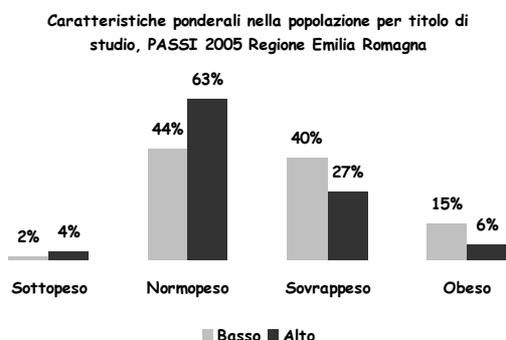
L'attività fisica moderata e regolare gioca un ruolo importante nell'influenzare l'aspettativa di vita: le persone attive presentano infatti un minor rischio di patologie cardiovascolari, ictus, diabete, osteoporosi e traumi da caduta.

Nonostante questo, solo una persona su due pratica l'attività fisica raccomandata (30 minuti/gg di attività moderata per almeno 5 giorni alla settimana)¹²; il 13% circa della popolazione adulta è completamente sedentaria. Complessivamente le persone con basso titolo di studio mostrano una prevalenza di sedentarietà lievemente maggiore (15% vs 12%), per le persone al di sotto dei 50 anni.

Sovrappeso ed obesità

L'eccesso di peso contribuisce allo sviluppo di frequenti e rilevanti patologie (tra cui le malattie cardiovascolari).

Sulla base dei risultati di PASSI, si stima una prevalenza di persone in eccesso ponderale del 44% (33% in sovrappeso e 10% obese); l'eccesso ponderale è maggiore negli uomini (52% vs 36%).



Le persone con titolo di studio basso mostrano una prevalenza maggiore di eccesso ponderale (55% vs 33%), confermando una correlazione già nota ampiamente documentata in letteratura¹³. L'andamento è confermato in tutte le classi d'età considerate: nella fascia 18-34 anni le persone con basso livello di istruzione in eccesso ponderale sono il 36% contro il 18% di quelle con alto livello, nella fascia 35-49 anni il 44% contro il 37% e in quella 50-69 anni si sale al 65% contro il 53%.

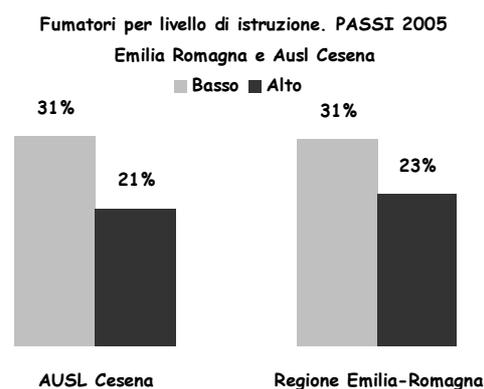
Un'indagine sullo stato nutrizionale a livello dei bambini di 6 e 9 anni ha inoltre rilevato che il livello di istruzione dei genitori condiziona lo stato nutrizionale dei figli: con l'aumentare del

livello di istruzione dei genitori, diminuisce la prevalenza di sovrappeso ed obesità dei figli¹⁴⁻¹⁵.

Abitudine al fumo

Il fumo di tabacco è tra i principali fattori di rischio nell'insorgenza di gravi patologie cronico-degenerative ed è il maggior fattore di rischio evitabile di morte precoce.

In base ai risultati dello Studio PASSI il 28% della popolazione adulta riferisce di essere fumatrice, con una prevalenza maggiore negli uomini (31% vs 25%).



Complessivamente la prevalenza di fumatori è maggiore tra le persone con un basso titolo di studio (33% vs 24%); analizzando per classi d'età questa differenza si accentua nelle prime due classi esaminate (18-34 anni 48% vs 24%; 35-49 anni 40% vs 21%), mentre non si nota più sopra ai 50 anni (22% vs 23%).

Consumo di alcol

Si considerano "consumatori a rischio" tre tipologie di bevitori: i forti consumatori (più di 3 unità alcoliche al giorno per gli uomini e più di 2 per le donne), i bevitori fuori pasto e coloro che effettuano grandi bevute o 'binge drink' (almeno 6 unità alcoliche in un'unica occasione). Dai risultati dello studio PASSI, si stima che i consumatori classificabili a rischio siano il 20% della popolazione adulta (18-69 anni); complessivamente le modalità di assunzione considerate a rischio risultano più diffuse fra i giovani (41% fra 18-24 anni e 29% in quella 25-34), negli uomini (32% vs 9%) e nelle persone con più alto livello di istruzione (22% vs. 18%).

A livello regionale la correlazione tra consumo a rischio e livello d'istruzione non è più evidente esaminando le singole classi d'età. Si accentua

invece la differenza di prevalenza: i giovani consumatori a rischio sono circa il doppio rispetto a quelli delle altre classi d'età (33% verso 15%). I dati rilevati a Cesena evidenziano invece una correlazione positiva tra livello di istruzione e consumo a rischio per tutte le classi d'età. Questi dati, apparentemente in controtendenza, confermano un andamento già noto in letteratura secondo il quale il consumo di alcolici e l'abuso di sostanze in genere si distribuiscono in maniera complessa e difficilmente generalizzabile.

Compresenza di fattori di rischio comportamentali

La compresenza di più fattori di rischio accresce nella persona la probabilità di peggiorare il proprio stato di salute.

Dai risultati dello studio PASSI emerge che il 17% della popolazione di 18-69 anni non presenta alcun fattore di rischio tra quelli considerati; tra il rimanente 83%, il 41% presenta un fattore di rischio, il 29% due fattori, il 12% tre e l'1% tutti i 4 fattori considerati.

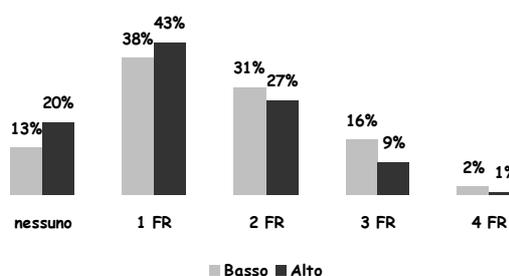
La compresenza di più fattori di rischio è maggiormente elevata negli uomini.

Si è evidenziata una relazione inversa tra livello di istruzione e presenza di fattori di rischio: la prevalenza di persone senza alcun fattore di rischio è maggiore tra coloro che hanno un titolo di studio alto (20% vs 13%); questa

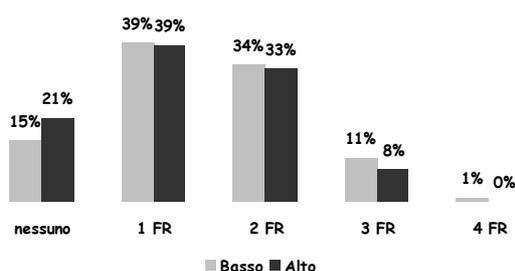
differenza viene mantenuta nelle 3 classi d'età considerate (18-34 anni 21% vs 11%; 35-49 anni 22% vs 19%; 50-69 anni 16% vs 12%).

La compresenza di 2 o più fattori di rischio è invece più rilevante nelle persone con basso titolo di studio (48% vs 37%), dato confermato nelle 3 classi d'età (18-34 anni 57% vs 41%; 35-49 anni 50% vs 30%; 50-69 anni 45% vs 40%).

Presenza di Fattori di Rischio nella popolazione per livello di istruzione, PASSI 2005 Regione Emilia Romagna



Presenza di Fattori di Rischio nella popolazione per livello di istruzione, PASSI 2005 AUSL Cesena



Conclusioni

L'analisi dei dati condotta nella realtà cesenate mostra, pur all'interno di una diffusa condizione di buona salute della popolazione, la presenza di disuguaglianze in salute e di accesso ai servizi. Tali disuguaglianze se non sono adeguatamente contrastate possono aumentare e comportare un impatto tangibile sulla salute della popolazione ed in particolare sulle sue fasce più deboli.

Per questo si è ritenuto importante monitorare tale situazione e portarla a conoscenza degli amministratori e degli operatori socio-sanitari, perchè ne tengano conto al fine di semplificare l'accesso e la fruizione dei servizi anche da parte di coloro che, per basso livello culturale, cattiva conoscenza della lingua o difficoltà di trasporto, non riescono a fruirne in maniera adeguata.

Per ottenere un diffuso ed importante impatto sulla salute della popolazione, è necessario prestare particolare attenzione ai bisogni e alle peculiarità dei gruppi socialmente più fragili e trovare strategie capaci di raggiungerli. Tali interventi devono coinvolgere oltre ai servizi sanitari le altre organizzazioni sociali (amministrazioni pubbliche, mondo produttivo, scuole, volontariato, ecc...) che possono agire efficacemente sui determinanti socio-economici responsabili della creazione e del persistere delle disuguaglianze.

L'Ausl di Cesena ha già avviato forme di collaborazione tra soggetti sociali del territorio, dalle Pubbliche Amministrazioni alle associazioni di volontariato a singole persone interessate, ed è impegnata in una serie di interventi finalizzati alla tutela della salute dei gruppi più vulnerabili.

Tra gli interventi attuati per favorire l'accesso ai servizi e contrastare le disuguaglianze, citiamo come esempi il servizio di mediazione culturale, la formazione degli operatori sanitari, il progetto di assistenza Salem per gli stranieri

irregolari, il progetto "educatori alla salute nelle comunità" ed il progetto per il miglioramento delle condizioni di igiene e sicurezza delle abitazioni.

Alcuni progetti recentemente attivati nel territorio dell'Ausl di Cesena:

Educatori alla salute nella comunità (ESC):

Per promuovere l'adesione ai servizi, in particolare sanitari, da parte della popolazione straniera residente nel territorio dell'Ausl di Cesena è attivo da Gennaio 2007 un progetto che prevede la formazione di Educatori alla Salute, cioè volontari che si impegnano a portare informazioni sull'esistenza e la natura di servizi attivi sul territorio all'interno delle loro Comunità di origine. Attualmente sono attivi 16 ESC e il loro lavoro si è focalizzato sull'adesione allo screening per il Carcinoma della Cervice uterina.

L'idea è stata mutuata da un'esperienza analoga nata a Leeds¹⁶, in Inghilterra, con risultati soddisfacenti in termini di *empowerment** delle donne e promozione della salute.

Tale progetto è organizzato in collaborazione con Associazioni di volontariato, Associazioni di cittadini stranieri e Amministrazione Comunali.

*L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce *empowerment* come "un processo che permette agli individui di ottenere un maggiore controllo sulle decisioni e sulle azioni che hanno effetto sulla loro salute".

Miglioramento delle condizioni di igiene e sicurezza delle abitazioni:

Nell'ottobre 2005 è stato siglato un protocollo di intesa tra Comune di Cesena, Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) e la Fondazione per lo sviluppo e la promozione dei contratti di locazione abitativi (Fondazione per l'Affitto), per migliorare le condizioni di igiene e sicurezza delle abitazioni che giungono all'osservazione degli uffici competenti su richiesta di privati (contratto di lavoro, permesso di soggiorno, ricongiungimento familiare, bando di concorso per alloggi di edilizia residenziale pubblica - ERP), su segnalazione di altri uffici o di organi di pubblica sicurezza. Il miglioramento delle abitazioni insalubri presenti sul mercato degli affitti, spesso economicamente accessibili alle fasce più deboli della popolazione, è un intervento mirato alla promozione della salute e riduzione delle disuguaglianze.

Inoltre, il progetto prevede il coinvolgimento dei proprietari superando una logica burocratico-sanzionatoria e promuovendo invece la collaborazione attiva tra i cittadini e le istituzioni.

A cura di:

Mauro Palazzi, Nicoletta Bertozzi, Patrizia Vitali,
Francesca Righi, Elizabeth Bakken, Antonella
Bazzocchi, Sabrina Guidi, Cristina Raineri (*Servizio
Epidemiologia e Comunicazione- Dip. Prevenzione e
Sanità Pubblica*)
Chiara Reali, Elena Prati
(*Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina
Preventiva, Università di Bologna*)

*Per informazioni sul progetto e per ricevere copia
del presente report:*

Servizio di Epidemiologia e Comunicazione -
Dipartimento di Sanità Pubblica - AUSL di Cesena
Via M. Moretti, 99
tel 0547/352031-352072 -e-mail:
epidemiologia@ausl-cesena.emr.it

Bibliografia

¹ Kawakchi, I. et al. (2002). A glossary for health inequalities, *J Epidemiol Community Health* 56: 647-652;

² Whitehead M. (1990). The concepts and principles of equity and health. WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen;

³ Costa, G. Cardano, M. Demarca, M. (1998). Torino, storie di una grande città. Torino, ufficio di statistica, Osservatorio socioeconomico torinese;

⁴ Dossier dell'Azienda USL di Cesena: Profilo della popolazione immigrata nei Comuni del territorio del territorio cesenate. 2005;

www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/SanitàPubblica;

⁵ Regione Emilia-Romagna. La nascita in Emilia-Romagna. 3° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Bologna: Regione Emilia-Romagna. 2006

www.saperidoc.it/doc_148.html

⁶ Bakken, E. Bertozzi, N. Palazzi, M. Righi, F. Vitali, P. (2005). "L'accesso alle cure prenatali in Emilia Romagna, 2003"., *Not Ist Super Sanità*; 18 (10):iii-iv;

⁷ Regione Emilia-Romagna. La nascita in Emilia-Romagna - 2° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP). Bologna: Regione Emilia-Romagna. Giunta Regionale. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. 2005 ;

www.saperidoc.it/doc_137.html

⁸ Villar, J. Bergsjø, P. (2001). WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. www.who.int/reproductive-health/publications;

⁹ Buratti, E. Voller, F. Le disuguaglianze negli stili di vita in A caro prezzo. Le disuguaglianze nella salute. OISG, Edizioni ETS, Pisa 2006

¹⁰ Dossier Regione Emilia Romagna. PASSI Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia -2005;

www.epicentro.iss.it/passi/risultati_emiliaromagna.asp

¹¹ Dossier dell'Azienda USL di Cesena. PASSI Progressi delle aziende Sanitarie per la Salute in Italia -2006.

www.epicentro.iss.it/passi/risultati_emiliaromagna.asp

¹² Diet and physical activity: a public health priority [web site]. Geneva, World Health Organization, 2006.

www.who.int/dietphysicalactivity/en;

¹³ WHO. The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. 2007.

www.euro.who.int

¹⁴ Dossier dell'Azienda USL di Cesena: Sorveglianza nutrizionale nelle scuole materne dell'Azienda Sanitaria di Cesena - Novembre 2004.

www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/SanitàPubblica;

¹⁵ Dossier dell'Azienda USL di Cesena: Sorveglianza nutrizionale nelle scuole elementari dell'Azienda Sanitaria di Cesena - Febbraio 2007

www.ausl-cesena.emr.it/Azienda/SanitàPubblica;

¹⁶ Fong Chiu, L. Application and Management of the Community health Educator Model. A handbook for practitioners. Nuffield Institute for health, Leeds 2003.