



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

Profilo di equità in epoca prenatale e perinatale

Prov. Rimini



Febbraio 2019

A cura di:

Mauro Palazzi ⁽¹⁾, Giulia Silvestrini ⁽²⁾, Francesco Sintoni⁽¹⁾, Patrizia Vitali⁽¹⁾

Elaborazioni statistiche a cura di:

Patrizia Vitali ⁽¹⁾

Hanno collaborato a impostazione grafica e revisione:

Giampiero Battistini ⁽¹⁾ e Sabrina Guidi ⁽¹⁾

⁽¹⁾ *U.O. Epidemiologia e Comunicazione - Cesena - Dipartimento di Sanità Pubblica - Ausl Romagna*

⁽²⁾ *U.O. Igiene Pubblica - Ravenna - Dipartimento di Sanità Pubblica - Ausl Romagna*

Indice

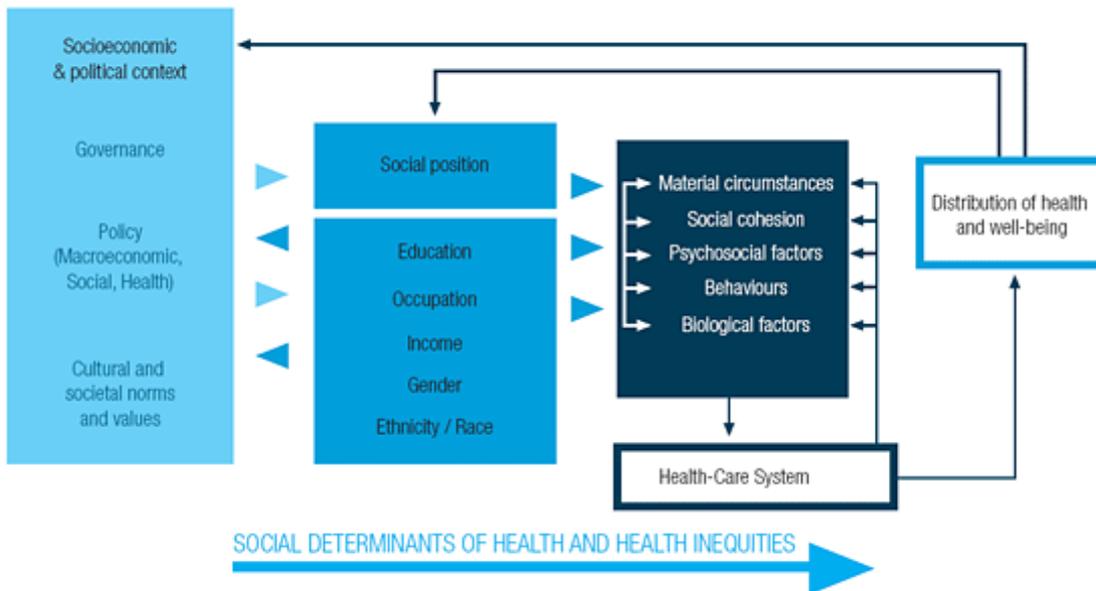
	pag.
1 Introduzione	1
2 Metodologia	7
3 Profilo di popolazione: caratteristiche delle donne gravide residenti nella provincia di Rimini triennio 2015-17	9
4 Leggere le disuguaglianze di salute: schede indicatori	17
Assistenza alla donna in gravidanza	17
Peso e gravidanza: BMI pre gravidico e variazione ponderale	18
Fumo e gravidanza	22
Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12a settimana di gestazione	24
Mancata partecipazione ai corsi in preparazione al parto delle primipare	26
Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG): tasso di IVG e frequenza di IVG sul totale delle gravidanze	31
Il parto	35
Ricorso all'analgesia epidurale	36
Proporzione di parti con taglio cesareo	39
Salute del bambino	42
Parti prematuri	43
Neonati di basso (<2500 g) e bassissimo peso (<1500 g) alla nascita	45
Tasso di mortalità neonatale (0-28 gg)	49
Tasso di mortalità postneonatale (da 1 mese a 1 anno di vita)	50
5 Conclusioni	51

1. Introduzione

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'Organizzazione Mondiale della Sanità (CSDH) propone un modello di riferimento che tenta di rappresentare in un unico schema i determinanti di salute e i meccanismi generatori di disuguaglianze.



Source: Amended from Solar & Irwin, 2007

Determinanti sociali di salute e meccanismi generatori di disuguaglianze. CSDH, 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 dell'individuo
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 possono essere definiti come *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 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).

Indicatori per il monitoraggio delle disuguaglianze

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

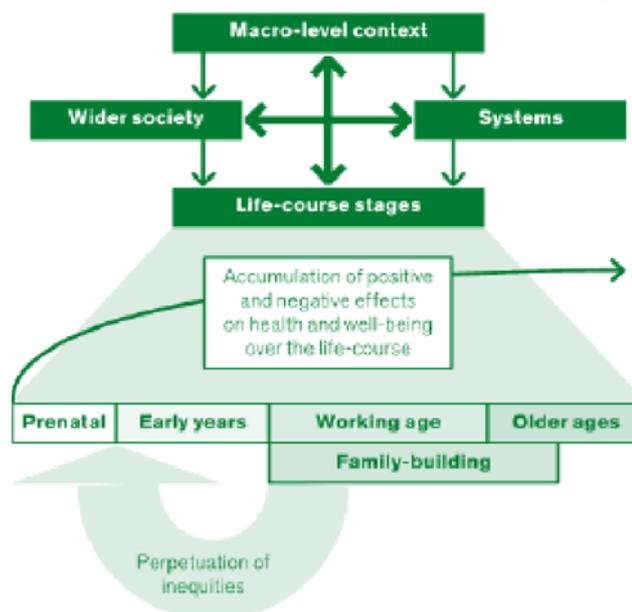
Non sempre è possibile utilizzare tutti questi indicatori nello studio delle disuguaglianze, nella maggior parte dei casi questo è dovuto alla non disponibilità di dati o all'assenza di variabili socio economiche a cui correlare l'esposizione. A questo proposito è in corso a diversi livelli su scala nazionale una revisione dei flussi informativi correnti e dei tracciati delle indagini campionarie nell'ottica di inserire anche informazioni di tipo socio-economico che permettano queste riflessioni.

Inoltre, è necessario che i diversi indicatori vengano selezionati anche in base all'ambito che si intende indagare ed a ciò che si intende mettere in luce.

Disuguaglianze e percorso nascita

Nel 2014 la Commissione sui determinanti sociali di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito una cornice concettuale per illustrare come i determinanti sociali agiscano sulla persona (figura 1). Le scelte organizzative in ambito politico, sociale e dei sistemi istituzionali, come la scuola e il sistema sanitario, possono produrre disuguaglianze sociali che esercitano il loro effetto nel corso di tutta la vita dell'individuo, condizionandone le scelte. (WHO-Euro, 2014) Gli esiti avversi di salute sono il risultato dell'azione di diversi fattori di rischio che si accumulano nel corso della vita dell'individuo, a partire dall'epoca prenatale, e hanno maggiore impatto in coloro che, per condizioni di svantaggio sociale, usufruiscono meno di fattori protettivi in grado di limitare il loro effetto negativo (long life course approach). In epoca prenatale, le disuguaglianze possono agire anche come effetto transgenerazionale delle condizioni di svantaggio vissute dalla madre/coppia. (Lumey LH, 2011; Marmot M, 2010).

Figura 1 Aree di intervento per il contrasto delle disuguaglianze di salute



Sulla base di questi presupposti, l'OMS ha posto tra le priorità politiche e sociali quella di garantire un buon inizio di vita a ogni bambino, attraverso un'adeguata protezione sociale e sanitaria per le donne e le famiglie, un'istruzione universale e di alta qualità e un sistema assistenziale in grado di rispondere ai bisogni della madre/coppia e del bambino (WHO-Euro, 2014) e ciò passa inevitabilmente anche dalla messa in atto di opportune strategie efficaci per il contrasto delle disuguaglianze di salute.

Nonostante vi siano ad oggi robuste evidenze sull'associazione tra disuguaglianze sociali ed esiti avversi perinatali (Spong CY, 2011; Smith GC, 2007; Schaaf JM, 2013; Crawford S, 2017), è necessario analizzare a che livello e con quali meccanismi si instaurano e agiscono tali disuguaglianze per poter agire per contrastarle o ridurle e quindi impattare sugli eventi avversi.

In ambito materno infantile, così come in altri ambiti, si possono distinguere due tipologie di disuguaglianze:

- disuguaglianze nelle condizioni di salute o negli esiti
- disuguaglianze nell'accesso e utilizzo dell'assistenza sanitaria.

Ognuna di queste tipologie può essere indagata da indicatori specifici, ad esempio al primo gruppo appartengono la distribuzione delle gravidanze indesiderate, o la percentuale di parti pre-termine, il tasso di mortalità materna o fetale, mentre nel secondo gruppo troviamo indicatori di accesso e appropriatezza dell'assistenza, come ad esempio percentuale di donne che hanno effettuato un pap test, percentuale di gravidanze che ricevono la prima visita entro la 12^o settimana di gestazione o percentuale di tagli cesarei.

Secondo l' *American College of Obstetricians and Gynecologists* è importante che gli operatori che lavorano nel campo dell'ostetricia e ginecologia siano consapevoli di ognuna di queste categorie e che si applichino per comprendere le origini delle disuguaglianze al fine di individuare e implementare strategie appropriate per ridurle.

Le origini delle disuguaglianze di salute sono da ricercare, in alcuni casi a livello macro, ad esempio si legano alla distribuzione del reddito nella società, al possedere o meno una casa idonea, al livello di istruzione o ad opportunità lavorative e possono ridursi soltanto agendo a questi livelli; mentre in altri casi sono maggiormente correlate ad aspetti quali le caratteristiche del paziente, del sistema sanitario o a caratteristiche proprie dell'operatore sanitario, e queste ultime richiedono una trattazione più approfondita perché è a questo livello che si può agire con maggiore efficacia da parte del servizio sanitario.

Fattori legati al paziente: a questa categoria appartengono sia aspetti di tipo genetico (come ad esempio particolari polimorfismi o mutazioni genetiche riscontrabili in etnie specifiche), ma anche variazioni delle preferenze, delle attitudini specifiche per ciascun paziente e diverso valore o senso attribuito dal paziente alla gravidanza o al concetto di salute e malattia, che possono impattare sia sull'aderenza e compliance ai percorsi che su stili di vita o esiti di salute.

Fattori legati al sistema sanitario: questi fattori entrano maggiormente in causa in quei sistemi sanitari non universalistici, come ad esempio quello americano, dove alcune prestazioni o servizi sono preclusi a particolari fasce della popolazione. Nel nostro contesto a questa categoria appartengono principalmente le scelte organizzative o gestionali che potrebbero ridurre la fruibilità di un servizio per particolari categorie di pazienti.

Fattori legati all'operatore: A questa categoria appartengono gli atteggiamenti o le credenze proprie degli operatori sanitari. Numerose evidenze dimostrano come pregiudizi positivi o negativi e errori interpretativi da parte del personale sanitario nella presa in carico di soggetti vulnerabili (basso livello di istruzione, cittadinanza straniera...) possano contribuire all'instaurarsi di disuguaglianze di salute. Ad esempio è dimostrato come in alcuni contesti vi sia la tendenza a modificare il counselling sia sugli stili di

vita che sulla contraccezione in base alla nazionalità o allo stato socio-economico della paziente o del paziente. Alcuni studi mostrano effetti simili anche sull'indicazione al cesareo o sull'avvio di percorsi in condizioni di infertilità. A questo si aggiunge, in caso di pazienti straniere, l'interpretazione spesso affetta da bias culturale da parte degli operatori sanitari, ma anche dei pazienti, di informazioni sanitarie che può ridurre l'aderenza e la compliance della paziente ai percorsi proposti. (Institute of Medicine Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington DC: National Academy press, 2003)

Al fine di promuovere equità nell'assistenza e nella presa in carico della donna e del bambino nelle diverse fasi di incontro con il sistema sanitario, secondo *l'American College of Obstetrics and Gynecologist* è **importante che gli operatori che si occupano di salute materno infantile :**

- **Aumentino la propria conoscenza e consapevolezza delle disuguaglianze di salute possibili attraverso formazioni specifiche;**
- **Supportino e realizzino interventi di miglioramento che identifichino tra gli obiettivi la riduzione delle disuguaglianze a livello locale;**
- **Promuovano progettualità a supporto delle comunità più fragili per supportare le donne che hanno minore accesso ai servizi sanitari;**
- **Lavorino in collaborazione con la sanità pubblica e i comuni per identificare ed affrontare eventuali disuguaglianze in termini di educazione, literacy, esposizione ambientale e accesso ai servizi socio-sanitari e sanitari.**

Razionale del rapporto

La conoscenza dei fenomeni è un prerequisito essenziale per programmare interventi realmente utili ed efficaci. In Emilia-Romagna lo studio delle disuguaglianze in ambito perinatale è reso possibile dalla rilevazione sistematica delle informazioni sui fattori sociali dei genitori contenute nel tracciato CedAP. In precedenti Rapporti regionali le analisi delle disuguaglianze hanno ad esempio rilevato che i nati da genitori stranieri, rispetto ai nati da genitori italiani, hanno un rischio maggiore di nascere pretermine e di basso peso. Inoltre, le donne italiane con basso livello di istruzione, rispetto alle connazionali con alta scolarità, hanno maggior rischio di esiti negativi sia materni che neonatali. (Baroncini D, 2010; Basevi V, 2014).

In questo rapporto sono raccolte le schede relative ad indicatori su fattori di rischio, accesso ai servizi, salute e malattia influenzati da condizioni socio-economiche dell'ambiente di vita del bambino e della famiglia e che possono dare luogo a disuguaglianze.

In particolare il rapporto si articola in un'analisi di contesto con approfondimento delle caratteristiche socio-economiche delle donne gravide residenti nella provincia di Rimini, seguito da una selezione di 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 regionale.

Ogni scheda è costruita per essere utilizzata anche separata dal report completo, al fine di favorire l'effettivo utilizzo dei dati epidemiologici presentati in un'ottica di programmazione e progettazione specifica.

2. Metodologia

Formato schede indicatore: Per ogni indicatore proposto sono presentati definizione, significato, metodo di calcolo comprensivi di criteri di selezione, validità, limiti e relativa fonte, seguiti dalla presentazione dei risultati delle analisi condotte.

Fonte dei dati: I dati utilizzati per il rapporto provengono dai seguenti flussi:

- Banca dati Regione Emilia Romagna Cedap (Certificato di assistenza al parto) Anni 2014-2016. La regione Emilia-Romagna pubblica, alla fine dell'anno successivo alla raccolta dei dati, un report che esplicita i criteri di selezione adottati per ogni analisi; frutto di un'attenta revisione delle singole variabili. Al fine di poter utilizzare criteri già validati si è ritenuto opportuno analizzare i dati fino al 2016, poiché al momento dell'analisi dei dati la regione non aveva ancora pubblicato i dati relativi al 2017.
- Banca dati Regione Emilia Romagna SDO (schede dimissione ospedaliera) 2014-2017.
- Regione Emilia-Romagna, statistica self service (Popolazione e tassi di Natalità) <http://statistica.regione.emilia-romagna.it/servizi-online/statistica-self-service-1/popolazione>
- ISTAT per tassi di fecondità. http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_FECONDITA1 e tassi di natalità http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDEMOGI

Metodi statistici:

Per quanto riguarda l'utilizzo del flusso regionale Cedap, si sono analizzati outcome dicotomici -es. madri fumatrici in gravidanza (sì/no), mancata partecipazione a corsi pre parto (sì/no)- per i quali sono state calcolate le frequenze stratificate per variabili diverse a seconda dell'indicatore. Tutti gli indicatori sono stati stratificati per le seguenti variabili socio economiche:

- classe d'età (≤ 24 , 25-34,35-39, 40 e oltre),
- nazionalità
 - ITALIANE: donne con cittadinanza italiana e donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA);
 - STRANIERE donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM),
- livello d'istruzione: media inferiore/nessun titolo; media superiore; laurea)
- condizione professionale della madre: occupata; disoccupata/in cerca di prima occupazione; casalinga e altro).

Dove appropriato anche per parità, abitudine al fumo in gravidanza, peso pre-gravidico della madre, taglio cesareo precedente.

L'associazione tra ciascuna variabile identificata e gli outcome è stata valutata tramite la regressione logistica multivariata, la misura di associazione calcolata è l'odds ratio aggiustato (OR). La precisione delle stime è espressa mediante intervalli di confidenza al 95% (IC95). Software utilizzato SPSS 20.

Poiché obiettivo del rapporto è analizzare il ruolo dei determinanti socio-economici sugli outcome proposti, è stato ritenuto opportuno utilizzare per la costruzione degli indicatori la sottopopolazione delle gravidanze fisiologiche (circa l'88% delle gravidanze totali in Romagna), ritenendola più omogenea e meno soggetta all'effetto di fattori confondenti difficili da individuare e controllare.

Al fine di presentare anche la sottopopolazione delle gravidanze a decorso patologico, viene esposta una descrizione delle caratteristiche socio economiche di queste gravide completata da una regressione logistica che studia la relazione tra l'avere una gravidanza patologica e alcune delle principali variabili socio-economiche.

Per quanto riguarda, infine, 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.

3. Profilo di popolazione: caratteristiche delle donne gravide residenti nella provincia di Rimini

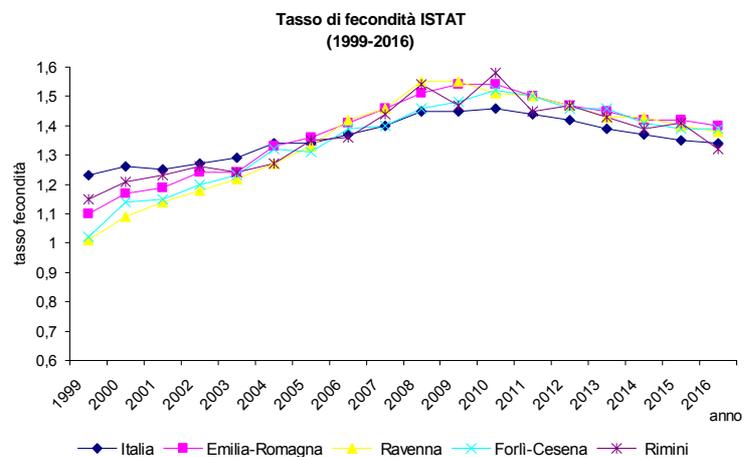
Il presente capitolo analizza l'andamento delle gravidanze e dei parti nella provincia di Rimini nel triennio 2014-2016 con particolare riguardo alla distribuzione di alcune variabili socio-economiche, come ad esempio livello di istruzione e cittadinanza, che verranno utilizzate nella maggior parte delle schede indicatori quali lenti per permettere lo studio delle disuguaglianze socio-economiche nell'assistenza alla gravida e negli esiti di salute nel periodo perinatale.

Popolazione di riferimento

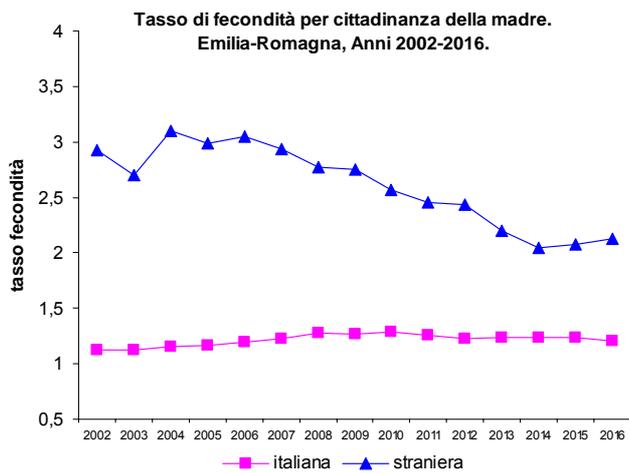
Nel triennio 2014-2016 poco più della metà della popolazione residente in Emilia-Romagna, in Romagna e nella provincia di Rimini è costituita da donne (rispettivamente 2,3 milioni, 581mila, 175mila unità in media per anno), di queste circa il 40% è in età fertile. Le donne in età fertile, in media nel triennio considerato, sono pari a circa 949mila unità in Regione (40% sul totale delle donne), 237mila in Romagna (40% sul totale delle donne), 81mila nel riminese (42% sul totale delle donne). La percentuale di straniere in età fertile sul totale delle donne in età fertile è pari a 33% in Regione, 30% in Romagna, 27% nel riminese.

Profilo di natalità e fecondità della popolazione e caratteristiche

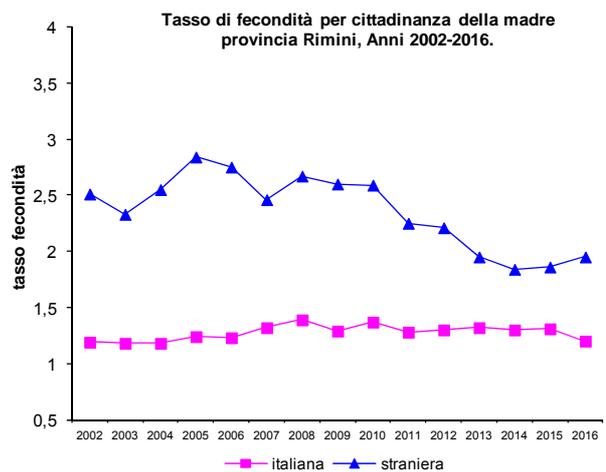
Analizzando l'andamento della fecondità (numero medio di figli per donna) sia a livello nazionale che regionale e aziendale, si evidenzia un calo dal 2010 con valori inferiori per le donne italiane rispetto alle straniere. Osservando in particolare gli andamenti nella provincia di Rimini suddivisi per cittadinanza, si evidenzia un trend più o meno costante per le donne italiane, mentre, seppur con valori quasi doppi rispetto alle italiane (1,2 nelle italiane e 2,0 nelle straniere), una diminuzione progressiva della fecondità nelle donne straniere dal 2006, con un leggero incremento nel 2016.



fonte: ISTAT

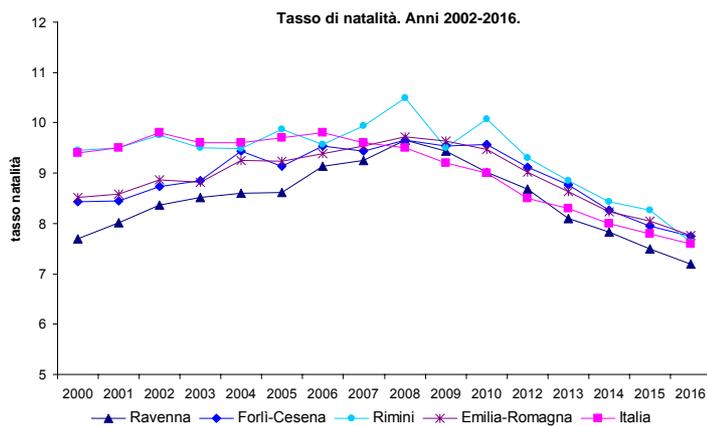


fonte: ISTAT



fonte: ISTAT

Considerando il tasso di natalità (numero di nati vivi sul totale della popolazione), dove sono disponibili anche i dati riferiti all'ambito territoriale di appartenenza, si evidenzia un calo costante, al pari della fecondità. Il tasso grezzo di natalità per 1.000 ab. è pari a 7,6 per l'Ambito territoriale di Rimini (anno 2016), in linea con quello aziendale.



fonte: ISTAT

Tasso grezzo di natalità per 1.000 ab., distinto per Ambito Territoriale di residenza, anno 2016

	tasso natalità * 1.000
Ambito T. Rimini	7,6
Ausl Romagna	7,5
Emilia -Romagna	7,8

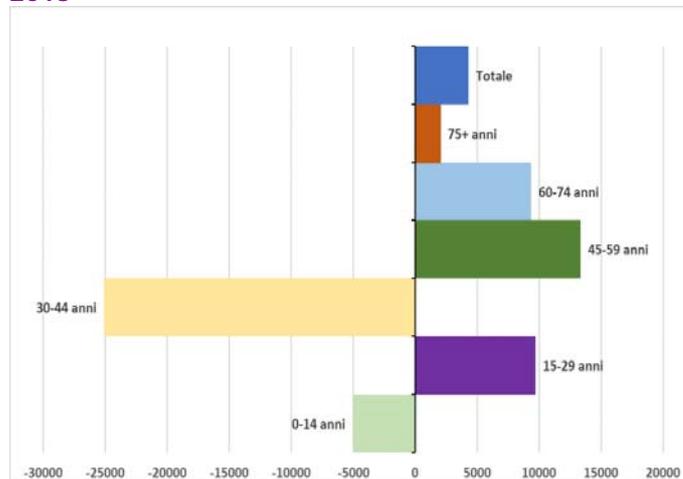
fonte: Regione Emilia-Romagna

BOX: Proiezioni demografiche e andamento della popolazione in età fertile residente in Emilia-Romagna

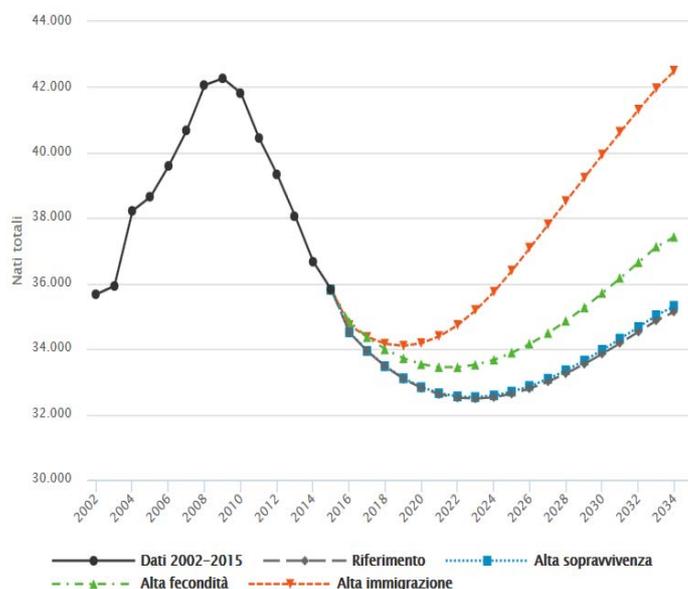
All'1.1.2018 la popolazione residente in Emilia-Romagna fa registrare una variazione positiva pari a +0,1%, ma le classi centrali delle età lavorative (30-44 anni) sono quelle che risultano in maggiore sofferenza, confermando il trend di diminuzione ormai in corso da qualche anno. In questo segmento di popolazione l'effetto strutturale è particolarmente forte: vi si concentrano attualmente le generazioni più esigue mai nate nella storia demografica della regione, con riflessi negativi sulla natalità, poiché diminuiscono le potenziali madri proprio nelle età di più elevata espressione dei comportamenti fecondi: in Emilia-Romagna l'età media al parto è stimata in 31,7 anni e tra i 30 e i 35 anni si osservano i tassi di fecondità più elevati dell'intero periodo fecondo (15-49 anni).

Secondo proiezioni demografiche presentate nel Cepad 2016 e riprese dal servizio statistica della Regione nel 2017, nello scenario di riferimento (vedi figura) il numero medio di figli per donna passa da 1,42 del 2014 a 1,45 nel 2035. Un aumento fino a 1,56 figli per donna (scenario alta fecondità) porterebbe il numero di nati ad aumentare da 700 a 2 mila unità annue rispetto allo scenario di riferimento. Raddoppiare i saldi migratori (immigrati-emigrati) rispetto al periodo 2010-2015, senza variazioni nella fecondità, farebbe aumentare il numero di nati annui fino a riportarlo ai livelli del picco osservato nel 2009.

Popolazione residente per classi di età. Emilia-Romagna. Variazioni assolute tra 1° gennaio 2017 e 1° gennaio 2018



Proiezioni demografiche - possibili scenari: nati totali Emilia Romagna



Tassi di gravidanza

Nel triennio 2014-16 le gravidanze in donne residenti nell'ambito territoriale di Rimini sono state circa 7mila, di queste, l' 83% sono esitate in parto (7.455 parti), in Romagna 31.721 gravidanze con 24.873 parti (78%) e in Regione 133.031 gravidanze con 99.580 parti (75%).

Numero di parti e gravidanze di donne in età fertile, tasso di gravidanza e parti** / gravidanze**. Anni 2014-2016

	N parti*	N gravidanze**	pop età fertile	tasso di gravidanze per 1.000	parti/grav
Ambito T. Rimini	7.455	9.004	220.902	40,8	83%
Romagna	24.873	31.721	711.256	44,6	78%
Emilia -Romagna	99.580	133.031	2.813.268	47,3	75%

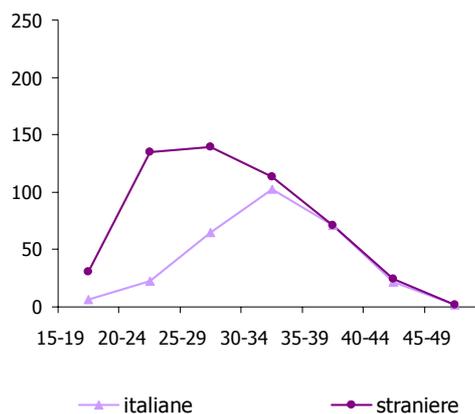
Nell'Ambito territoriale di Rimini il tasso di gravidanza è risultato pari a 40,8 gravidanze ogni 1.000 donne in età fertile (15-49 anni) inferiore a quello romagnolo (44,6) e a quello regionale (47,3).

Il tasso di gravidanza è significativamente più alto nelle donne straniere rispetto alle italiane per tutti gli ambiti analizzati (Rimini 65,9‰ vs 35,7‰, Romagna 75,6‰ vs 38‰, Emilia-Romagna 84,7‰ vs 38,8‰). Tale scostamento è presente soprattutto prima dei 35 anni, dopo questa età i valori tendono ad allinearsi.

N° e Tassi di gravidanza per 1.000 SDO 2014-16

	Italiane		Straniere		totale	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
Ambito T. Rimini	6.563	35,7	2.441	65,9	9.004	40,8
Romagna	22.326	38,0	9.395	75,6	31.721	44,6
Emilia -Romagna	88.933	38,8	44.098	84,7	133.031	47,3

Tasso di gravidanza età-specifico (per 1.000) Ausl Romagna SDO 2014-16



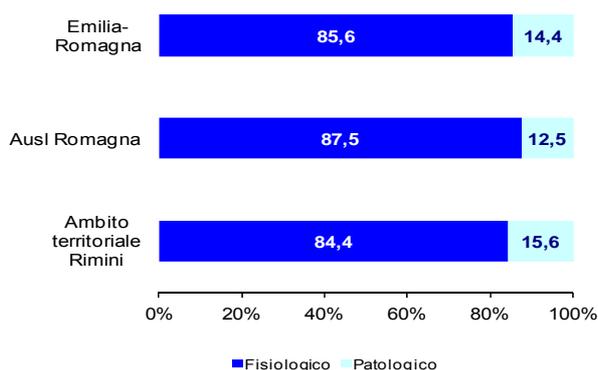
* parti DRG 370-375

** parti DRG 370-375 ; ivg 635-635.92; aborti spontanei 632, 634.0-634.92

Decorso della gravidanza

Nelle donne residenti, il decorso della gravidanza risulta patologico nel 14,4% dei casi in Regione, 12,5% in Romagna e 15,6% nel riminese.

Per decorso patologico si intende gravidanza che ha presentato una morbilità materna pregressa o insorta in gravidanza o una morbilità fetale. (Circ. Regionale 25/2014).



Gravidanze a decorso patologico. Cedap 2014-16

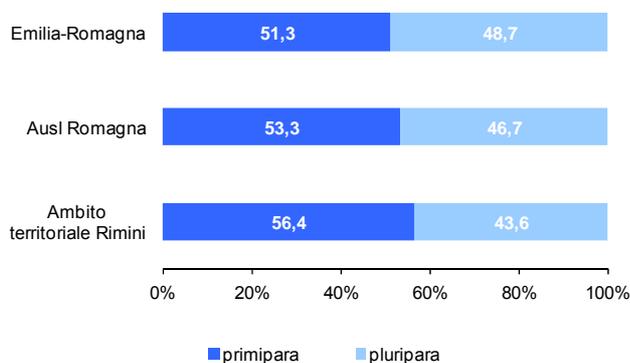
	Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%
Totale	3.060	12,5	13.848	14,4
Classe d'età della madre				
<24	240	10,1	1.064	11,8
25-34	1.511	11,1	7.092	13,2
35-39	946	14,7	4.022	15,9
40 e oltre	363	17,5	1.670	20,0
Nazionalità della madre				
Italiane e PSA	2.084	11,7	8.813	13,0
Straniere PFP	976	14,4	5.035	17,6
Istruzione della madre				
Laurea	822	10,5	3.677	11,8
Media Superiore	1345	12,3	5.993	14,5
Media inferiore/nessun titolo	893	15,4	4.178	17,6
Condizione professionale della madre				
Occupata	1.891	11,6	8.195	13,1
Disoccupata/in cerca prima occupazione	322	14,5	1.181	15,0
Casalinga e altro	765	13,6	4.368	17,1

Analizzando l'impatto dei determinanti socio economici sull'evento gravidanza patologica tramite regressione logistica sui dati aziendali e regionali, emerge come sia in Romagna che in Regione la percentuale di gravidanze a decorso patologico cresce all'aumentare dell'età (Romagna rispettivamente OR=1,39 delle 25-34enni vs le <24 anni, 2,06 delle 35-39enni vs le <24 anni, 2,58 delle ultra 40enni vs le <24 anni; in Regione tali valori sono rispettivamente OR=1,44, 1,98, 2,69).

Le gravidanze patologiche aumentano al diminuire del livello del titolo di istruzione (Romagna OR=1,20 titolo di studio più basso della media inferiore rapportato alla laurea, 1,51 per la media superiore; in Regione rispettivamente OR=1,26, 1,46). Le gravidanze patologiche sono significativamente maggiori nelle straniere rispetto alle italiane (Romagna OR=1,24 Regione OR=1,35), nelle disoccupate (Romagna OR=1,32; Regione OR=1,18) e nelle casalinghe (Romagna OR=1,11; Regione OR=1,22) rispetto alle occupate.

Parità

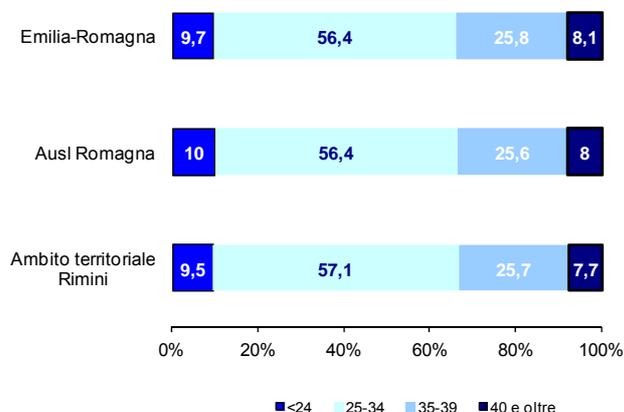
Nell'ambito territoriale di Rimini le primipare sono attorno al 56% valore lievemente superiore a quello di Regione e Romagna.



Di seguito vengono presentate le caratteristiche delle donne residenti nella Provincia che hanno avuto una gravidanza fisiologica e hanno partorito in Regione, popolazione di riferimento degli indicatori presentati nel rapporto.

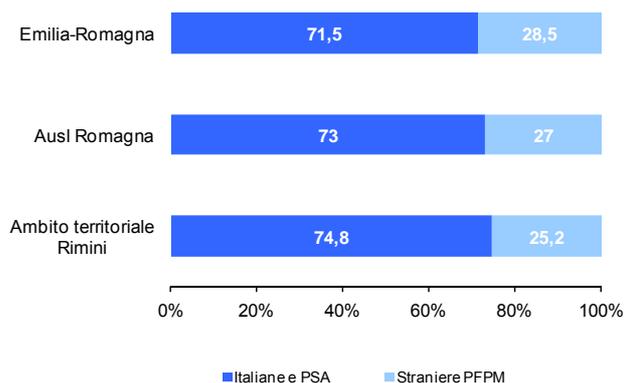
Classi d'età della madre

Nella provincia di Rimini, il 57,1% delle partorienti ha tra i 25 e i 34 anni, il 25,7% tra i 35 e i 39 anni e circa l'8% ha più di 40 anni, dato in linea con il dato aziendale e regionale.



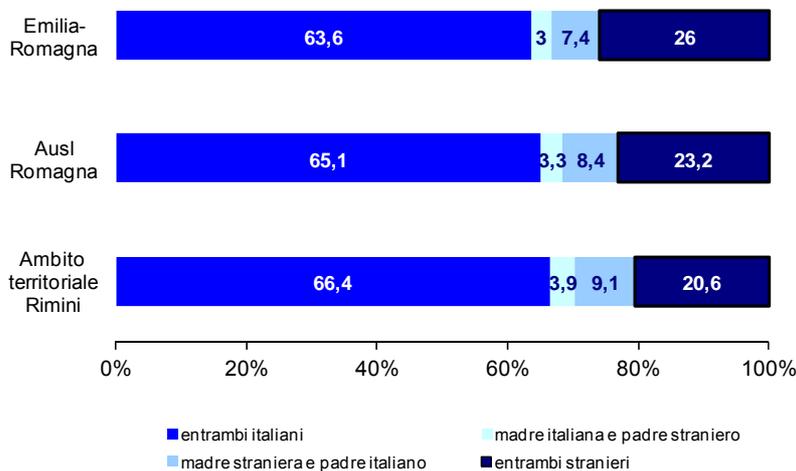
Nazionalità della madre

Nell'ambito territoriale di Rimini, il 74,8% delle madri risulta di nazionalità Italiana, in linea con il dato romagnolo e superiore a quello regionale. Tra le straniere le nazionalità più presenti sono quella albanese (22%) e rumena (16%) e marocchina (10%).



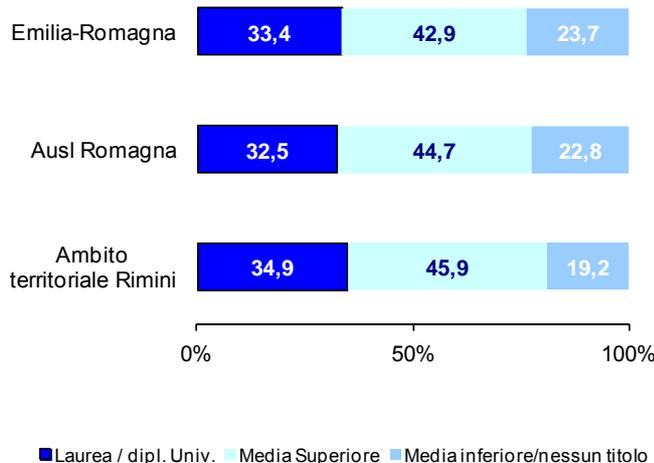
Paese di nascita di entrambi i genitori

Analizzando la distribuzione del Paese di nascita di entrambi i genitori, si notano alcune peculiarità della provincia di Rimini: la frequenza di avere genitori entrambi italiani (66,4%) è superiore rispetto all'AUSL Romagna (65,1%) e alla Regione (63,6%), mentre è inferiore la frequenza di genitori entrambi stranieri. Inoltre, rispetto alla Romagna e alla Regione, nella provincia di Rimini è più frequente che un bambino abbia madre straniera e padre italiano.



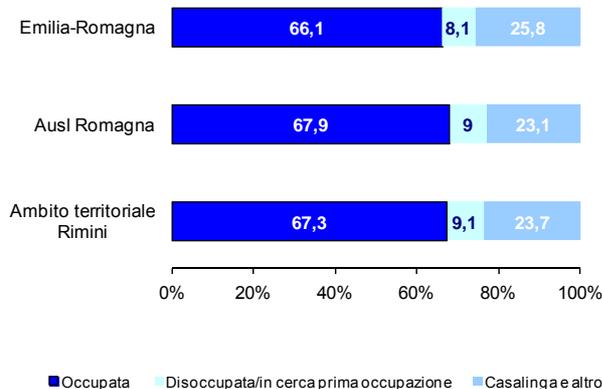
Titolo di studio della madre

Le madri laureate sono il 34,9% a Rimini, in linea col dato regionale e romagnolo (33,4 e 32,5). Inoltre, a Rimini solo il 19% delle mamme ha un titolo di studio medio-inferiore, mentre in Romagna e in Regione tali percentuali sono 22,8% e 23,7%.



Condizione professionale della madre

Nel territorio di Rimini 67,3% delle madri risulta occupata, dato in linea con la Romagna (67,9%) e lievemente superiore a quello regionale (66,1%).



4- Leggere le disuguaglianze di salute: schede indicatori

Assistenza alla donna in gravidanza

	Pag.
• Peso e gravidanza: Indice di Massa Corporea (BMI) (IMC) pre gravidico e variazione ponderale	18
• Fumo in gravidanza	22
• Esecuzione prima visita prenatale dopo la 12 settimana di gestazione	24
• Mancata partecipazione, delle primipare, ai corsi di preparazione al parto	26
• Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG): tasso di IVG e frequenza di IVG sul totale delle gravidanze	31

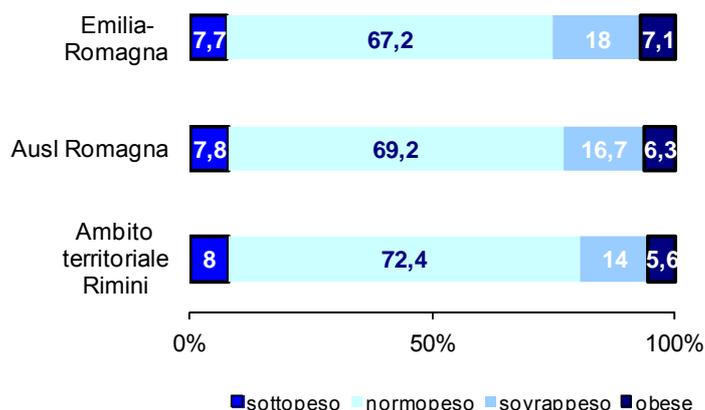
Peso e gravidanza: Indice di Massa Corporea (BMI) pre gravidico e variazione ponderale

L'elevato peso corporeo 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 trombo emboliche mentre i bambini nati da donne obese, 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. Di seguito si propone una analisi del peso corporeo materno prima della gravidanza e lo studio della variazione ponderale superiore a quella definita appropriata (IOM 2009) in relazione a diverse variabili socio-economiche.

BMI della madre pre gravidanza

Andando ad analizzare le caratteristiche delle donne prima di intraprendere la gravidanza e in particolare il BMI pre gravidanza, quale parametro frequentemente correlato con eventi avversi sia in gravidanza che durante il parto, il 72,4% delle donne a Rimini è normopeso, con una frequenza complessiva di sovrappeso e obesità pre gravidico pari al 19,6%, quest'ultima inferiore rispetto al dato romagnolo (23%) e a quello regionale (25,1%).



Variazione ponderale in gravidanza

Definizione:

$$\frac{\text{Donne con variazione ponderale superiore a quella consigliata}}{\text{Totale delle gravide}} \times 100$$

Significato: Dati osservazionali presentati dalle più importanti società scientifiche internazionali indicano che l'aumento di peso in gravidanza, pur variando da donna a donna, è solitamente compreso tra 7 e 18 kg per le donne che partoriscono bambini di 3-4 kg di peso. Diversi studi hanno evidenziato una associazione tra peso materno rilevato alla prima visita, aumento ponderale settimanale e peso alla nascita e dopo il peso materno pre gravidico e il fumo in gravidanza, la variazione ponderale rappresenta il terzo fattore legato al peso alla nascita.

Secondo una revisione sistematica di letteratura (Viswanathan M. et al. Outcomes of maternal weight gain. Evidence report/technology assessment AHRQ, 2008) vi è una relazione tra un aumento eccessivo di peso e problemi fetali quali macrosomia, elevato peso fetale e complicanze legate al parto.

Per questo dallo IOM è stato identificato un aumento di peso per BMI pre gravidico entro il quale non sono dimostrati esiti avversi per la gravidanza. (IOM, Institute of Medicine (2009). *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. Washington (US): National Academy Press*).

Aumento di peso totale e settimanale nel secondo e terzo trimestre per IMC pregravidico, gravidanza con feto singolo

IMC pregravidico (kg/m ²)	aumento di peso totale (intervallo in kg)	aumento di peso nel secondo e terzo trimestre* media (intervallo) in kg/settimana
sottopeso (<18.5)	12,5 - 18	0,51 (0,44-0,58)
normopeso (18.5 - 24.9)	11,5 - 16	0,42 (0,35-0,50)
sovrappeso (25 - 29.9)	7 - 11,5	0,28 (0,23-0,33)
obese (≥30)	5 - 9	0,22 (0,17-0,27)

* il calcolo assume un aumento di peso di 0,5-2 kg nel primo trimestre.

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Donne residenti con variazione ponderale superiore a quella consigliata}}{\text{donne residenti che hanno partorito in regione}} \times 100$$

Sono comprese solo le gravidanze fisiologiche (decorso = 1), parti non gemellari e gravidanze a termine (dopo la 37^o settimana).

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99.8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2016

- Per questo indicatore sono stati analizzati i dati relativi all'anno 2016*. Le donne che hanno avuto un incremento di peso superiore a quello raccomandato (IOM2009) sono state il 22,2% nella provincia di Rimini, 25,6% in Romagna e 23,1% in Regione. Il valore di Rimini è in linea con quello della Romagna e quello regionale.
- In Romagna l'incremento di peso superiore a quello consigliato è più elevato:
 - nelle donne più giovani (<24 anni)
 - nelle donne con basso titolo di studio (media superiore e inferiore);
 - nelle donne che fumavano in gravidanza
 - nelle primipare
 - nelle donne sovrappeso e obese prima dell'inizio della gravidanza.

* Per via della miglior qualità del dato reso tale dalla obbligatorietà dell'inserimento

Donne con variazione ponderale superiore a quella consigliata IOM 2009, Cedap 2016

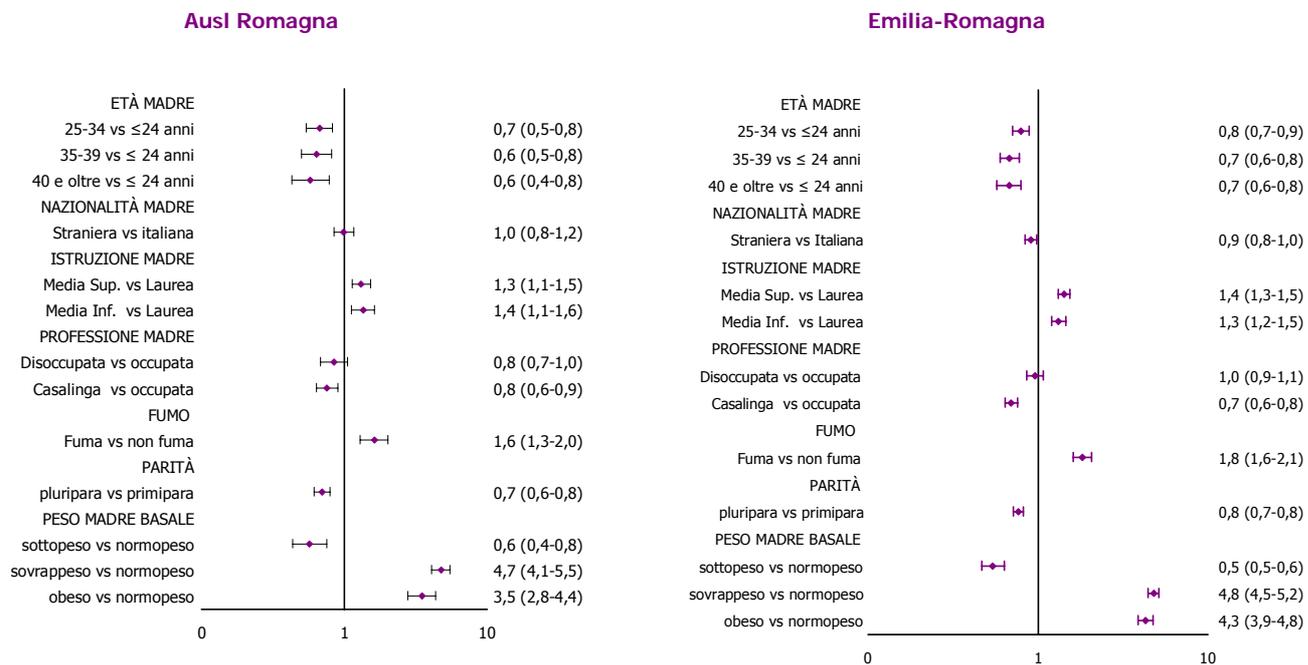
	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%
Totale	429	22,2	1.660	25,6	5.926	23,1
Classi d'età della madre						
<24	52	30,8	211	33,5	649	26,5
25-34	238	21,2	935	25,5	3.471	23,7
35-39	99	20,7	391	24,1	1.361	21,1
40 e oltre	40	23,8	123	22,2	445	21,0
Nazionalità						
Italiane e PSA	317	22,1	1.194	25,4	4.208	23,3
Straniere PFP	112	22,3	466	26,1	1.718	22,5
Istruzione della madre						
Laurea	129	19,2	445	20,9	1.533	17,8
Media Superiore	208	23,2	787	27,3	2.800	25,7
Media inferiore/nessun titolo	92	25,0	428	29,2	1.593	25,5
Condizione professionale della madre						
Occupata	277	21,7	1.096	25,5	3.857	23,2
Disoccupata/in cerca prima occupazione	44	25,4	161	27,1	560	26,3
Casalinga e altro	101	22,1	370	25,1	1.467	21,7
Peso pre gravidanza della madre						
sottopeso	14	7,5	67	12,4	198	9,9
normopeso	235	16,8	838	19,0	2.735	16,0
sovrapeso	143	51,1	580	51,1	2.172	45,9
obeso	37	50,7	175	45,0	821	43,5
Parità						
primipara	246	23,0	940	27,6	3.158	24,4
pluripara	183	21,1	720	23,4	2.768	21,7
Fumo in gravidanza						
non fumatrice	402	21,8	1.507	25,0	5.362	22,3
fumatrice	27	29,3	150	35,1	509	35,0

Donne straniere con variazione ponderale superiore a quella consigliata (IOM 2009) per nazionalità. Romagna e Emilia-Romagna , Cedap 2016

cittadinanza	Romagna		Emilia-Romagna	
	n°	%	n°	%
Albania	98	28,9	240	26,3
Romania	115	35,5	326	30,6
Marocco	58	18,6	252	17,8
Cina	17	18,5	53	14,6
Moldavia	26	31,7	140	30,1
Ucraina	14	19,2	61	26,4
Nigeria	18	29,5	58	17,4
Macedonia	14	23,7	30	28,3
Senegal	5	9,6	14	17,0
Tunisia	12	24,5	65	16,6

Tra le 10 nazionalità più rappresentate in Romagna nel 2016, la frequenza di gravide con variazione ponderale superiore a quella consigliata è più alta per rumene (35,5%), moldave (31,7%), nigeriane (29,5%) e albanesi (28,9%).

Fattori associati a variazione ponderale superiore a quella consigliata IOM 2009,
(regressione logistica), anno 2016



L'analisi statistica multivariata è stata condotta esclusivamente in riferimento alla Romagna e alla Regione e conferma le correlazioni rilevate.

Fumo in gravidanza

Definizione:

$$\frac{\text{Donne fumano in gravidanza} \times 100}{\text{Donne che hanno partorito}}$$

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).

In letteratura 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.

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99.8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2014-16

Donne in gravidanza che fumano, Cedap 2014-16

	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna*	
	N	%	N	%	N	%
Totale	387	6,1	1.490	6,9	4.513	6,2
Classi d'età della madre						
<24	58	9,7	206	9,6	626	8,8
25-34	203	5,7	833	6,9	2.487	6,1
35-39	108	6,7	362	6,6	1.082	5,9
40 e oltre	18	3,7	89	5,2	318	5,5
Nazionalità						
Italiane e PSA	287	6,1	1.166	7,4	3.715	7,2
Straniere PFP	100	6,3	324	5,6	798	3,9
Istruzione della madre						
Laurea	78	3,6	215	3,1	620	2,7
Media Superiore	203	7,0	747	7,8	2.103	6,7
Media inferiore/nessun titolo	106	8,8	528	10,8	1.790	10,2
Condizione professionale della madre						
Occupata	234	5,7	955	6,7	2.814	6,0
Disoccupata/in cerca prima occupazione	53	9,5	201	10,6	643	10,6
Casalinga e altro	85	5,9	308	6,3	1.026	5,5

*esclusi, per distribuzione anomala dei dati, Ospedale Maggiore-Bologna (anni 2014-16) e Aosp universitaria Bologna, anno 2014

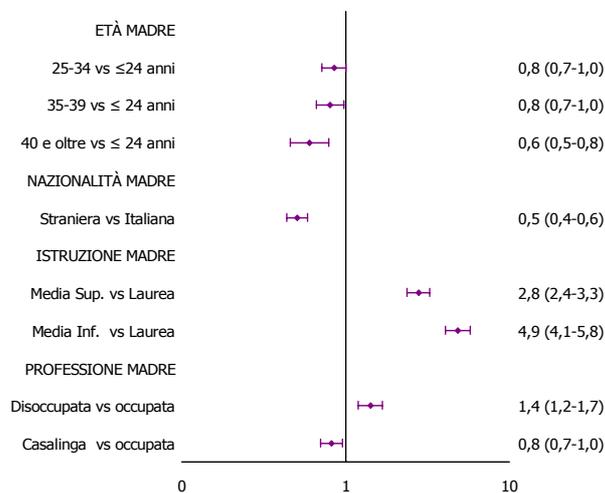
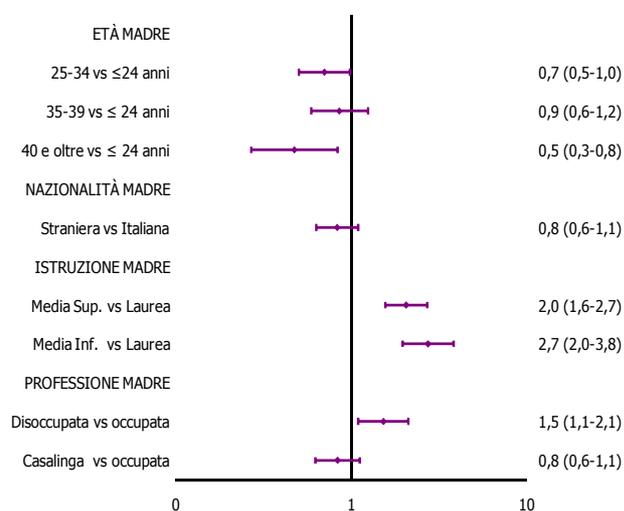
Nel triennio 2014-16 nell'Ambito territoriale di Rimini la percentuale di donne che fumano in gravidanza è 6.1% in linea con quella romagnola e regionale.

I dati sono anche in linea con la letteratura disponibile e mostrano come a fumare siano più frequentemente:

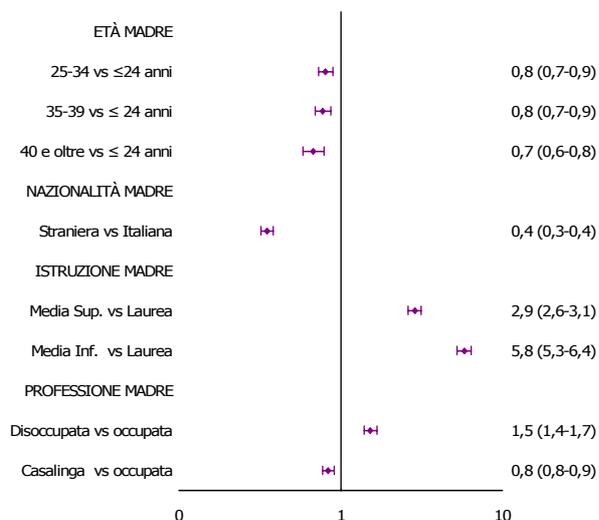
- le donne con basso titolo di studio,
- le disoccupate.

Tutte le correlazioni sono confermate dall'analisi logistica multivariata.

Gravide che fumano in gravidanza: fattori associati (regressione logistica), Cedap 2014-16
Ambito territoriale Rimini Ausl Romagna



Emilia-Romagna



In particolare le donne meno istruite hanno una probabilità circa 2/3 volte maggiore di fumare in gravidanza rispetto alle più istruite. L'aumento è di 3 volte nelle madri con diploma di scuola media inferiore o con nessun titolo rispetto alle laureate e di circa 2 volte nelle madri con diploma di scuola media superiore rispetto alle laureate; l'intensità della relazione è più bassa di quella a livello romagnolo e regionale. Inoltre, i dati contenuti nel rapporto CEDAP 2016 della Regione Emilia Romagna confermano anche nella nostra Regione, un'associazione chiara tra fumo in gravidanza e il rischio di parto pretermine e di bambino con basso peso alla nascita (<2500 gr).

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° 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.

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

Metodo di calcolo:

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

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99.8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2014-16

Donne che eseguono la prima visita dopo la 12^a settimana di gestazione, Cedap 2014-16

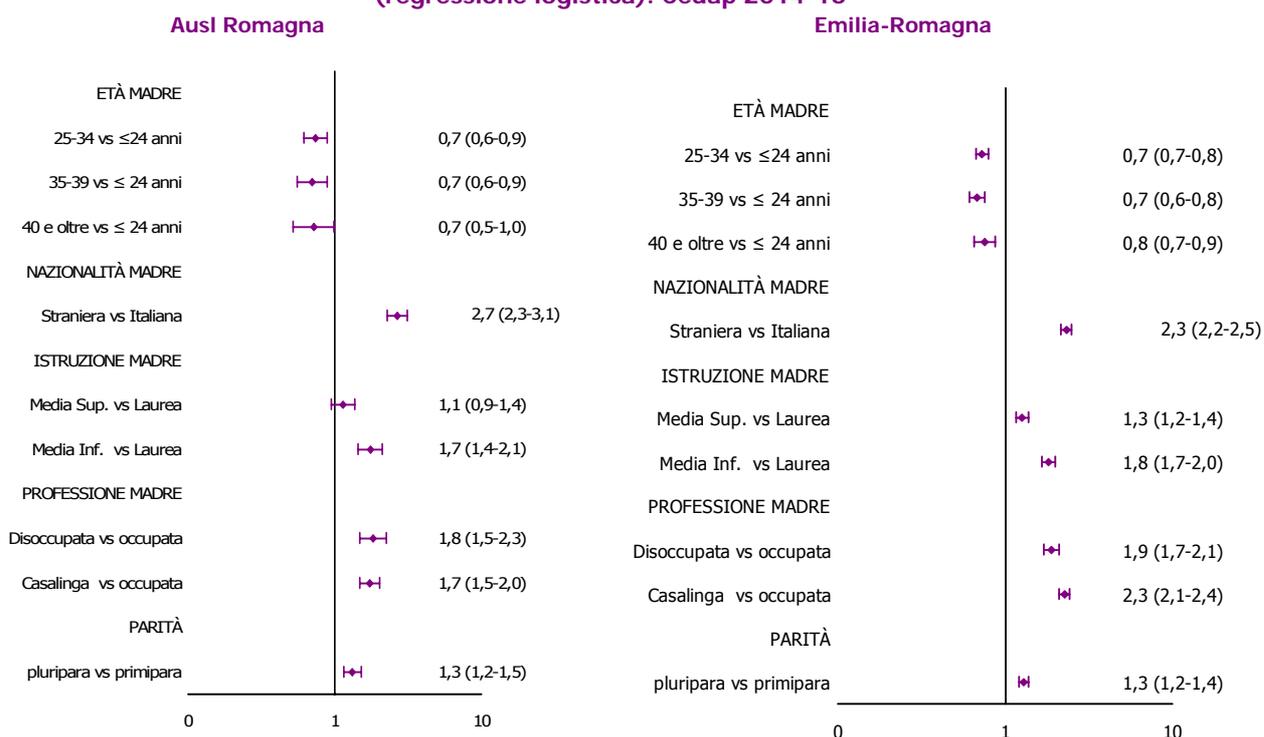
	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%
Totale	55	0,9	1.033	4,8	5.038	6,1
Classi d'età della madre						
<24	13	2,2	212	9,9	1.001	12,6
25-34	29	0,8	573	4,7	2.840	6,1
35-39	13	0,8	189	3,4	906	4,2
40 e oltre	0	0,0	59	3,5	291	4,4
Nazionalità						
Italiane e PSA	31	0,7	419	2,7	2.000	3,4
Straniere PFPM	24	1,5	614	10,6	3.038	12,9
Istruzione della madre						
Laurea	10	0,5	185	2,6	853	3,1
Media Superiore	22	0,8	385	4,0	1.901	5,4
Media inferiore/nessun titolo	23	1,9	463	9,5	2.284	11,7
Condizione professionale della madre						
Occupata	19	0,5	413	2,9	1.735	3,2
Disoccupata/in cerca prima occupazione	8	1,4	137	7,2	529	7,9
Casalinga e altro	25	1,7	470	9,6	2.755	13,0
Parità						
primipara	24	0,7	447	3,9	2.014	4,8
pluripara	31	1,1	586	5,8	3.024	7,5

Nel triennio 2014-16 le donne in gravidanza che hanno eseguito la prima visita oltre la 12° settimana nella provincia di Rimini sono state 55, l' 1% rispetto al totale delle partorienti. Questa percentuale è molto inferiore rispetto a quella aziendale e regionale , rispettivamente 4,8% e 6,1%. Dato lo scarso numero di donne nel riminese che effettua la prima visita oltre la 12° settimana, viene proposta la regressione logistica per analizzare le variabili socio-economiche che incidono su questo indicatore, utilizzando i dati aziendali e regionali. L'esecuzione della prima visita oltre le 12 settimane di gestazione in Romagna e Regione tende ad essere più frequente:

- nelle donne ≤24 anni
- nelle straniere rispetto alle italiane
- nelle donne con basso titolo di studio
- nelle casalinghe, disoccupate ritirate dal lavoro, inabili...
- nelle donne che hanno avuto altre gravidanze.

Osservando la tabella (numeri assoluti e percentuali) emerge come alcune di queste associazioni potrebbero essere vere anche per le 55 donne della provincia di Rimini.

Donne che eseguono la prima visita dopo la 12^a settimana di gestazione: fattori associati (regressione logistica). Cedap 2014-16



Un approfondimento proposto nell'ultimo rapporto CEDAP disponibile, relativo ai dati del 2016, evidenzia a livello regionale un aumento del rischio di eseguire una prima visita tardiva in gravidanza qualora i genitori siano nati all'estero, rispettivamente con un OR pari a 2,75 se entrambi i genitori sono nati all'estero, 2,20 se solo la madre e 1,35 se solo il padre.

Mancata partecipazione, delle primipare, ai corsi di preparazione al parto

Definizione:

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

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; 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.

Si è scelto di analizzare esclusivamente le primipare poiché è noto come la pluriparità sia associata ad una minore probabilità di partecipare ai corsi.

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99.8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2014-16

Primipare non partecipanti ai corsi pre-parto, Cedap 2014-16

	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%
Totale	1.307	36,8	3.839	34,2	17.184	41,3
Classi d'età della madre						
<24	263	56,2	991	60,3	4.140	70,5
25-34	713	32,7	1.992	29,7	9.278	37,5
35-39	253	35,6	637	28,6	2.738	32,7
40 e oltre	78	40,0	219	33,5	1.028	40,2
Nazionalità						
Italiane e PSA	753	27,7	2.114	24,3	10.216	31,6
Straniere PFPM	554	66,7	1.725	68,2	6.968	75,2
Istruzione della madre						
Laurea	360	27,2	905	22,6	4.423	28,5
Media Superiore	609	36,7	1.710	33,1	7.652	41,6
Media inferiore/ nessun titolo	338	59,5	1.224	59,7	5.109	67,0
Condizione professionale della madre						
Occupata	700	29,4	2.058	26,4	9.540	32,5
Disoccupata/in cerca prima occupazione	152	40,0	495	42,1	1.980	48,9
Casalinga e altro	427	61,3	1.231	59,4	5.573	69,9

- Nel triennio 2014-16, circa 4 su 10 primipare non hanno partecipato a corsi pre-parto nell’Ambito territoriale di Rimini, percentuale in linea con quella aziendale e significativamente inferiore a quella regionale.
- La mancata partecipazione ai corsi pre-parto risulta più alta:
 - nelle donne più giovani (<24 anni);
 - nelle donne con basso titolo di studio , con gradiente decrescente all’aumentare del titolo posseduto;
 - nelle donne disoccupate e per le casalinghe.
 - nelle donne con cittadinanza straniera rispetto a quelle italiane.
 -

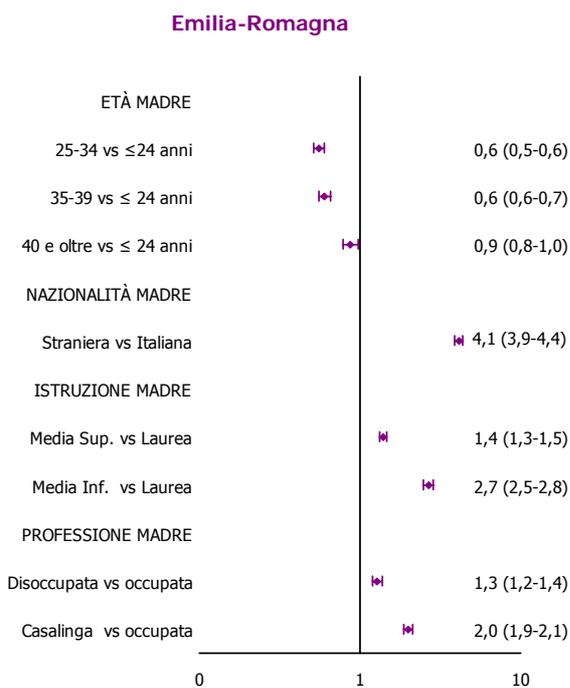
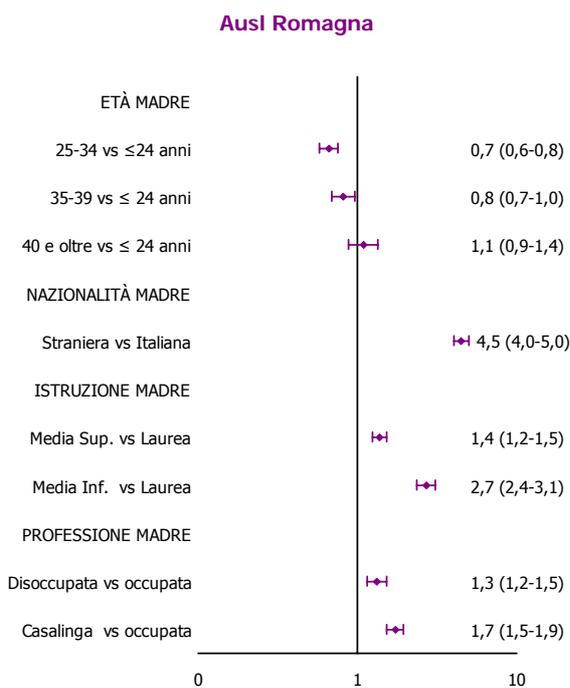
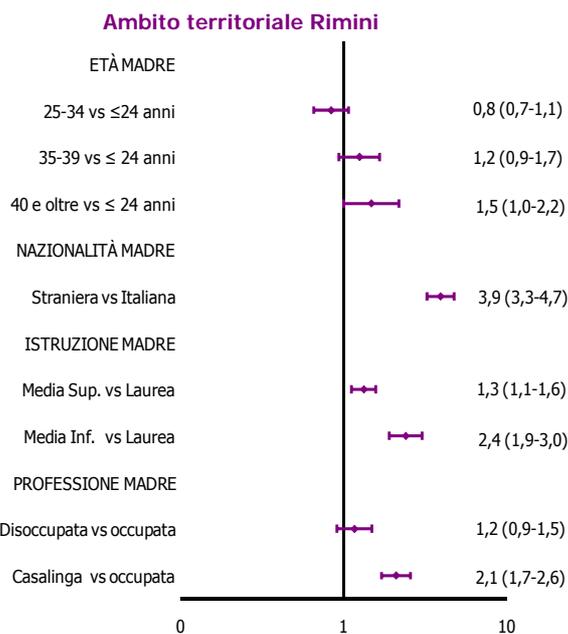
Donne straniere che NON partecipano al corso pre parto sul totale delle partorienti primipare distinte per cittadinanza. Cedap 2014-16

	Rimini		Romagna		Emilia-Romagna	
	n°	%	n°	%	n°	%
Albania	133	69,3	372	70,9	997	75,1
Romania	97	63,4	352	61,0	1210	67,1
Marocco	63	86,3	250	85,0	1156	89,8
Cina	32	91,4	88	92,6	301	90,7
Ucraina	43	60,6	78	56,3	236	60,2
Macedonia	17	81	67	80,7	124	81,6
Moldova	26	52	67	54,0	419	61,3
Bangladesh	14	100	46	97,9	149	96,8
Senegal	17	85	37	82,2	69	82,1
Polonia	11	64,7	32	50,0	91	49,5

Nella provincia di Rimini la percentuale di primipare straniere che non hanno partecipato al corso pre parto è, come per Romagna e Regione, piuttosto elevata per tutte le nazionalità. In particolare partecipano poco ai corsi le donne cinesi e marocchine ma anche rumene, albanesi e ucraine. Inoltre è interessante notare come tutte le primipare di nazionalità bengalese non abbiano partecipato ai corsi, percentuale quasi costante anche a livello aziendale e regionale.

I fattori associati alla mancata partecipazione sono comuni a tutti i territori e sono confermati dall’analisi logistica multivariata eccetto che per le donne più giovani nel Riminese (vedi regressioni logistiche).

Fattori associati alla mancata partecipazione ai corsi pre-parto delle primipare (regressione logistica), Cedap 2014-16



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.

Metodo di calcolo:

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

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) 2015-17

Nel triennio 2014-16 nelle minorenni residenti nella provincia di Rimini si sono registrate 52 gravidanze (pari a 17 eventi all'anno), di cui 45 in ragazze italiane e 7 in ragazze straniere.

Il tasso di gravidanza nelle minorenni nell'Ambito di Rimini è pari a 3,9‰, in linea con il dato regionale e romagnolo.

Numero di gravidanze e tasso per 1.000 minori di 18 anni SDO 2014-16

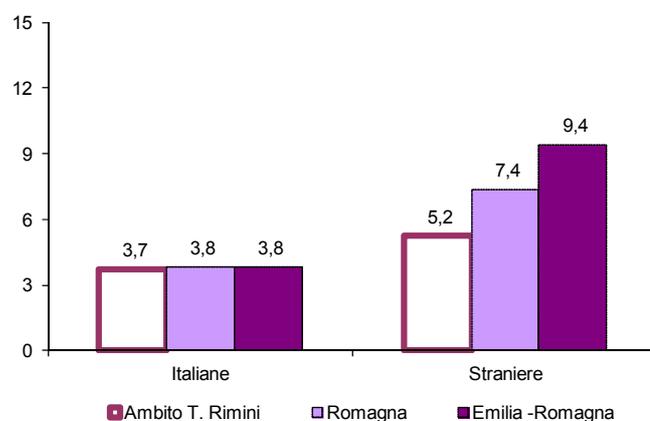
	Italiane		Straniere		totale	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
Ambito T. Rimini	45	3,7	7	5,2	52	3,9
Romagna	142	3,8	33	7,4	175	4,2
Emilia -Romagna	552	3,8	194	9,4	746	4,5

In generale il tasso di gravidanze è significativamente maggiore nelle minorenni straniere rispetto a quelle italiane per i dati di Romagna (Romagna 3,8‰ vs 7,4‰) e regionali complessivi (RER 3,8‰ vs 9,4‰), probabilmente a causa della più consistente numerosità del campione.

In base al confronto con uno studio precedente è emerso che in Regione, rispetto al 2007-09, il tasso di gravidanza nelle minorenni è diminuito.

In Regione si è passati da 6,5‰ a 3,8‰ nelle italiane e da 21,9‰ a 9,4‰ nelle straniere;

Tasso di gravidanze in minori di 18 anni per 1.000 SDO 2014-16



Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG): tasso di IVG e frequenza di IVG sul totale delle gravidanze

Tasso di IVG

Definizione:

Numero ricoveri per Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) 15-49 anni x1000
Popolazione media residente di donne di età 15-49 anni

Significato: La Legge n. 194/1978 ("Norme per la tutela della maternità e sull'Interruzione Volontaria della Gravidanza") regola, in Italia, le modalità del ricorso all'aborto volontario. In base ad essa, qualsiasi donna per motivi di salute, economici, sociali o familiari può richiedere l'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) entro i primi 90 giorni di gestazione. Oltre questo termine, l'IVG è consentita solo per gravi problemi di salute fisica o psichica. L'IVG può essere effettuata utilizzando la metodica chirurgica o farmacologica, in entrambi i casi in regime di ricovero. Anche il ricorso all'interruzione farmacologica di gravidanza si sta dimostrando interessato da disuguaglianze, sia socio-economiche, sia di nazionalità. Il tasso di abortività volontaria in questo rapporto raccoglie tutti i ricoveri effettuati per IVG indipendentemente dalla metodica ed è l'indicatore più frequentemente usato a livello internazionale per analizzare il fenomeno che, in gran parte, dipende dalle scelte riproduttive, dall'uso di metodi contraccettivi nella popolazione e dall'offerta dei servizi nei vari ambiti territoriali.

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° ricoveri per IVG (farmacologiche e chirurgiche), in donne residenti, avvenuti in regione} \times 1.000}{\text{Donne residenti 15-49 anni}}$$

Le Interruzioni Volontarie di Gravidanza si identificano con codice di diagnosi principale = 635-635.92

Validità e limiti: L'indicatore è creato a partire dalle SDO e non utilizza direttamente in dati del Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG che si basa sui modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Secondo stime di copertura percentuale presentati nei report nazionali sul fenomeno delle IVG la copertura delle IVG fonte SDO rispetto al flusso D12 è circa del 100% per l'AUSL Romagna.

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 2014-16

Dai dati risulta che nel triennio 2014-2016 il tasso complessivo di IVG a Rimini è pari a 5,9‰, in linea con il dato della Romagna 6,3‰ ma inferiore rispetto al regionale di 7,5‰.

Analizzando nello specifico le diverse classi di età si nota come i territori di Rimini e la Romagna presentino tassi di IVG minori rispetto a quelli Regionali per tutte le età. Con riferimento all'età, la classe con i livelli più elevati del tasso è quella 25-34 anni, come negli altri territori.

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG): numero e tasso grezzo per 1.000 ab . Anni 2014-16

Età	Ambito Territoriale Rimini		Romagna		Emilia-Romagna	
	N	tasso IVG	N	tasso IVG	N	tasso IVG
15-17	34	2,5	111	2,7	507	3,1
18-24	232	7,6	829	8,5	4.060	10,5
25-34	526	9,6	1.842	10,6	8.912	12,8
35-39	315	8,7	1.060	9,1	4.901	10,7
40-49	187	2,2	671	2,4	2.815	2,5
Totale	1.294	5,9	4.513	6,3	21.195	7,5

Il tasso di IVG nelle donne straniere è circa il triplo di quello delle italiane in tutti i territori.

Secondo l'ultimo rapporto regionale sulle Interruzioni volontarie di gravidanza, analizzando la metodica utilizzata, il ricorso all'interruzione farmacologica di gravidanza si attesta, per il 2016, intorno al 16% per il distretto di Rimini e al 13% per quello di Riccione inferiore rispetto ai valori aziendali (21%).

**Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG):
numero e tasso grezzo per 1.000 ab. Anni 2014-16**

	Italiane		Straniere		totale	
	N	Tasso IVG	N	Tasso IVG	N	Tasso IVG
Ambito T. Rimini	825	4,5	469	12,7	1.294	5,9
Romagna	2.803	4,8	1710	13,8	4.513	6,3
Emilia -Romagna	12.346	5,4	8.849	17,0	21.195	7,5

Frequenza di IVG sul totale di gravidanze

Definizione:

Numero ricoveri per Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) 15-49 anni x100
Totale ricoveri per gravidanza (Aborto Spontaneo-AS, IVG, Parti) 15-49 anni

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.

Metodo di calcolo:

N° ricoveri per IVG (farmacologiche e chirurgiche) in residenti avvenuti in regione x 100
Totale ricoveri per gravidanza (Aborto Spontaneo-AS, IVG, Parti)

Validità e limiti:

L'indicatore è creato a partire dalle SDO e non utilizza direttamente in dati del Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle IVG che si basa sui modelli D12 dell'Istat che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento. Secondo stime di copertura percentuale presentati nei report nazionali sul fenomeno delle IVG la copertura delle IVG fonte SDO rispetto al flusso D12 è circa del 100% per l'AUSL Romagna.

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)

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) 2014-16

Nel triennio 2014-16 le IVG hanno rappresentato il 14,4% del totale dei ricoveri per gravidanza nell'Ambito territoriale di Rimini, tale valore è in linea con quelli di Romagna (14,2%) e regione (15,9%).

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e rapporto IVG/gravidanze per ambito territoriale Anni 2014-16

	Italiane		Straniere		totale	
	N	%IVG/ Gravidanze	N	%IVG/ Gravidanze	N	%IVG/ Gravidanze
Ambito T. Rimini	825	12,6	469	19,2	1.294	14,4
Romagna	2.803	12,6	1.710	18,2	4.513	14,2
Emilia -Romagna	12.346	13,9	8.849	20,1	21.195	15,9

Nel territorio di Rimini la frequenza di IVG sul totale delle gravidanze è maggiore nelle donne con cittadinanza straniera (19,2% vs 12,6%), differenza che si dimostra tale anche in Romagna (12,6% vs 18,2%) e a livello regionale (13,9% vs 20,1%); rispetto all'analisi precedente, condotta sul triennio 2007-09, la differenza tra italiane e straniere sta diminuendo.

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e rapporto IVG/gravidanze per classi d'età Anni 2014-16

Età	Ambito Territoriale Rimini		Romagna		Emilia-Romagna	
	N	% IVG/grav	N	% IVG/grav	N	% IVG/grav
15-17	34	65,4	111	63,4	507	68,0
18-24	232	26,6	829	24,8	4.060	28,7
25-34	526	11,0	1.842	11,1	8.912	12,9
35-39	315	13,1	1.060	12,7	4.901	14,1
40-49	187	21,2	671	20,3	2.815	19,6
Totale	1.294	14,4	4.513	14,2	21.195	15,9

Rispetto al totale delle gravidanze per età, il ricorso all'IVG si conferma essere molto più frequente nelle giovanissime, con circa 6 IVG su 10 gravidanze nelle minorenni in Romagna come a Rimini, soprattutto nelle minorenni italiane romagnole (6 su 10 per le italiane tra 15 e 17 anni vs 3 su 10 per le straniere nella stessa fascia di età) , in linea con il dato Regionale.

Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) e rapporto IVG/gravidanze per cittadinanza Anni 2014-16

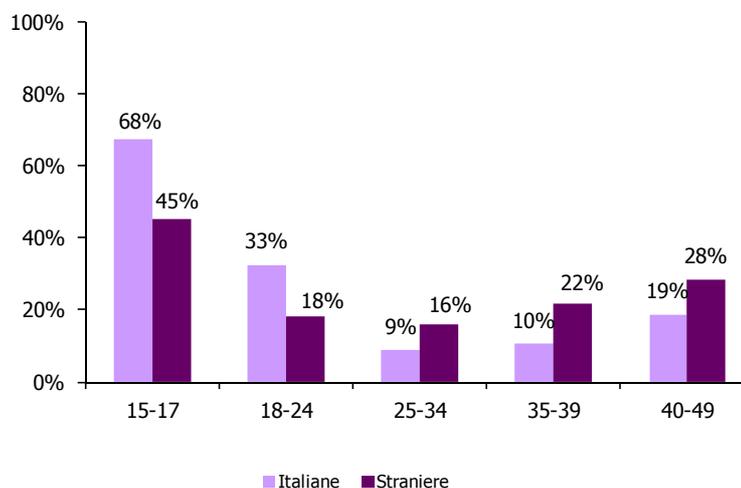
cittadinanza	Rimini		Romagna	
	n	ivg/grav	n	ivg/grav
Albania	94	17,3	287	17,3
Romania	78	20,6	372	21,4
Ucraina	48	27,9	96	25,7
Cina	41	27,7	149	28,7
Marocco	27	11,3	135	10,0
Moldova	27	21,3	83	22,5
Macedonia	14	16,3	39	14,9
Tunisia	10	15,4	49	17,5
Bulgaria	10	35,7	54	30,3

Nel territorio provinciale di Rimini il rapporto tra IVG e gravidanza è maggiore tra le donne ucraine (27,9%), cinesi (27,7%) e moldave (21,3%).

La frequenza del ricorso all'IVG sul totale delle gravidanze resta maggiore nelle italiane rispetto alle straniere fino ai 24 anni, mentre dai 25 anni ai 44 anni risulta maggiore nelle straniere.

A queste IVG ne vanno aggiunte per Rimini 2 in ragazze italiane al di sotto dei 15 anni, in Romagna nella stessa fascia d'età abbiamo 10 italiane e 1 straniera, mentre in Regione 35 italiane e 8 straniere.

Rapporto IVG / gravidanze per classi d'età e nazionalità Ausl Romagna 2014-16



4.2 Il parto

pag.

- Ricorso all'analgisia epidurale 36
- Proporzione di parti con taglio cesareo 39

Ricorso all'analgesia epidurale

Definizione:

$$\frac{\text{Gravide che ricorrono all'analgesia epidurale} \times 100}{\text{Totale delle gravide}}$$

Significato

Negli ultimi 10 anni a livello sia nazionale che internazionale si è assistito ad un aumento dell'utilizzo dell'analgesia epidurale durante il travaglio. Le Linee guida OMS sull'assistenza al parto pubblicate nel 2018 raccomandano l'analgesia epidurale a tutte le donne in salute che desiderino utilizzarla per controllare il dolore durante il travaglio e a livello nazionale tale metodica è inserita nei LEA e quindi deve essere offerta gratuitamente e su tutto il territorio alla donna che ne fa richiesta.

L'indicatore proposto è in grado di monitorare l'andamento delle epidurali a livello aziendale e provinciale e di rilevare eventuali disuguaglianze nel ricorso a tale metodica ma non ci fornisce informazioni sulle ragioni alla base di tali disuguaglianze, aspetto che deve essere invece indagato attraverso il coinvolgimento di utenti e operatori sanitari per comprendere se tali differenze sono da ricondursi a disuguaglianze di offerta o se invece siano da far risalire a scelte consapevoli della donna che preferisce non ricorrere ad un metodo farmacologico per il contenimento del dolore da travaglio e parto.

E' importante sottolineare infatti, come la scelta di utilizzare o meno l'epidurale, sia influenzata da numerosi fattori, legati non solo alla tipologia di offerta da parte del servizio sanitario, ma anche da aspetti sanitari legati all'andamento della gravidanza e del travaglio e da alcuni determinanti di tipo socio-economico che possono influire a diverso livello sulla scelta da parte della donna di richiedere o di accettare la parto analgesia, ma anche sulla tendenza degli operatori a proporla tra le opzioni. In un vasto studio condotto in USA è emerso ad esempio come sono associate a maggior utilizzo e a maggiore probabilità di offerta di epidurale la nulliparità, l'elevata età materna, l'etnia caucasica e l'avere una assicurazione privata. (*Huston WJ, McClafflin RR, Mansfield CJ, Rudy M. Factors associated with the use of intrapartum epidural analgesia. ObstetGynecol1994;84:579 – 82.*). Altri studi confermano questi dati e individuano un ruolo importante del livello di istruzione e del contesto economico di residenza, associando un maggior utilizzo di epidurale ad elevato livello di istruzione e contesto di residenza caratterizzato da benessere. (*Social disparity and the use of intrapartum epidural analgesia in a publicly funded health care system Ning Liu*)

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{Gravide residenti che sono ricorse all'analgesia epidurale} \times 100}{\text{Gravide residenti che hanno partorito in regione}}$$

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99.8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2014-16

Donne che ricorrono all'analgesia epidurale, Cedap 2014-16

	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%
Totale	1.661	29,4	4.884	26,2	14.107	20,2
Classi d'età della madre						
<24	146	25,8	411	20,5	1.128	15,3
25-34	961	29,1	2.850	26,4	7.976	19,6
35-39	427	30,7	1.267	27,9	3.887	22,7
40 e oltre	127	32,0	356	27,5	1.116	23,2
Nazionalità						
Italiane e PSA	1.375	32,7	4.107	30,3	12.041	24,2
Straniere PFPM	286	19,8	777	15,4	2.066	10,2
Istruzione della madre						
Laurea	660,0	33,0	1.955	32,0	6.161	26,1
Media Superiore	750,0	29,1	2.181	26,2	5.914	19,8
Media inferiore/nessun titolo	251,0	23,4	748	17,9	2.032	12,4
Condizione professionale della madre						
Occupata	1175	31,7	3.600	28,9	10.879	23,7
Disoccupata/in cerca prima occupazione	155	30,4	454	27,8	1.167	20,1
Casalinga e altro	286	22,1	745	17,6	1.959	11,0
Parità						
primipara	1.222	36,9	2.436	37,3	10.541	27,9
pluripara	439	18,7	789	15,0	3.566	11,1
Servizio prevalentemente usato in gravidanza						
pubblico	943	33,6	2.926	31,3	9.021	26,1
privato	718	25,2	1.958	21,1	5.084	14,4
BMI pre gravidanza						
sottopeso	128	28,4	360	28,1	1.188	22,3
normopeso	1.129	28,8	2.989	26,8	9.415	20,7
sovrappeso	206	31,0	608	23,7	1.974	16,9
obesa	61	37,4	204	23,2	713	16,4

* 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)

Nel triennio 2014-16, circa una partoriente su 3 è ricorsa all'analgesia epidurale nel riminese (29,4%) in linea con la Romagna (26,2%) e significativamente superiore alla Regione (20,2%).

Analizzando i dati aziendali, l'analgesia epidurale è utilizzata più frequentemente:

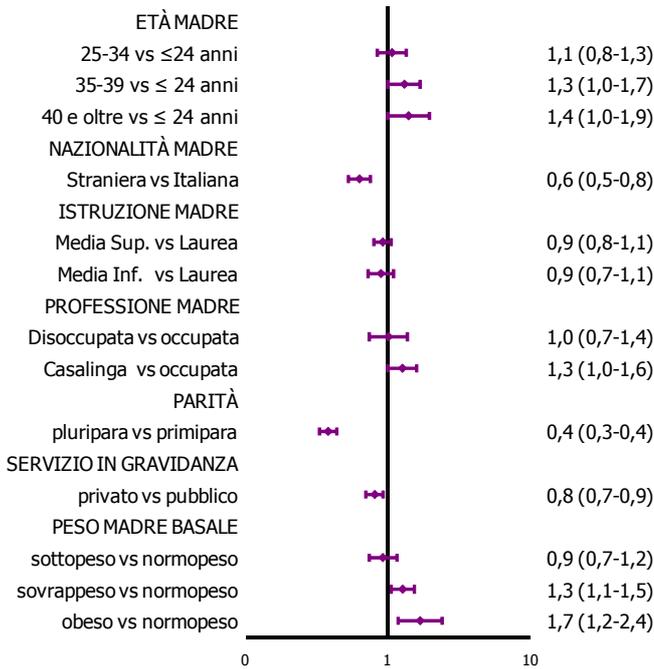
- dalle donne oltre i 25 anni
- dalle donne con cittadinanza italiana rispetto alla straniera;
- dalle laureate e dalle diplomate
- dalle disoccupate e dalle occupate rispetto alle casalinghe
- dalle primipare
- da coloro che sono state seguite nel consultorio pubblico.

Queste tendenze sono confermate dal dato regionale, più consistente come numerosità, e dalla regressione logistica multivariata.

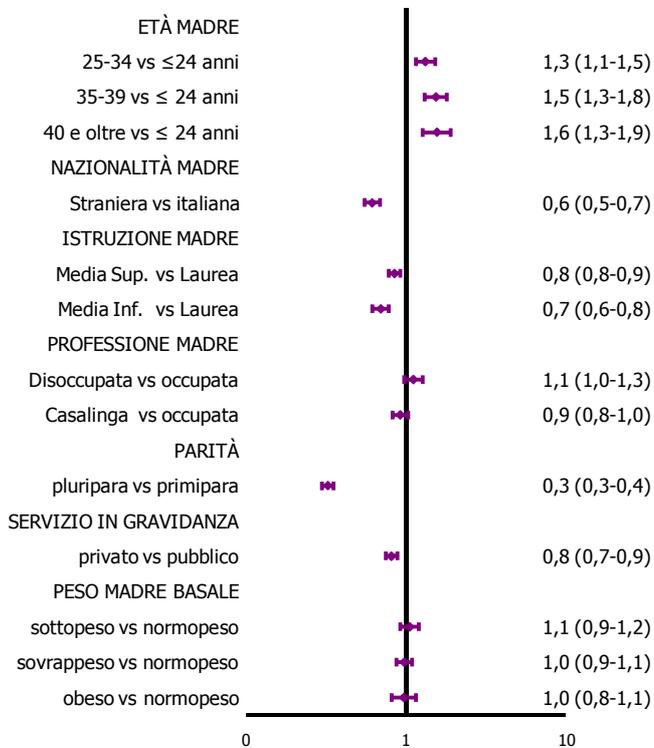
Nel riminese l'epidurale (analisi logistica) è significativamente più frequente esclusivamente in coloro che sono state seguite dal consultorio pubblico, nelle italiane, nelle primipare e nelle donne sovrappeso e obese.

Fattori associati al ricorso all'analggesia epidurale (regressione logistica), Cedap 2014-16

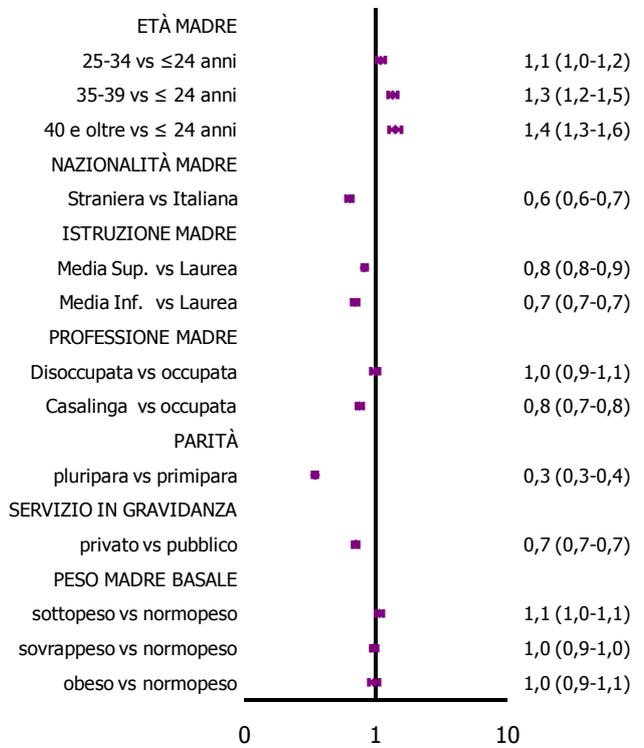
Ambito territoriale Rimini



Ausl Romagna



Emilia-Romagna



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 pari al 10-15% dei parti totali; 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.

Metodo di calcolo:

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

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99,8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2014-16

Parti con taglio cesareo, Cedap 2014-16

	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%
Totale	894	14,4	4.533	21,4	18.897	23,2
Classi d'età della madre						
<24	44	7,5	305	14,3	1.170	14,8
25-34	432	12,2	2.280	19,0	9.457	20,5
35-39	307	19,2	1.390	25,6	5.854	27,9
40 e oltre	111	23,5	558	33,5	2.416	37,2
Nazionalità						
Italiane e PSA	712	15,3	3.400	22,0	13.910	23,9
Straniere PFP	182	11,6	1.133	19,8	4.987	21,4
Istruzione della madre						
Laurea	282	13,0	1.384	20,1	6.093	22,4
Media Superiore	435	15,2	2.052	21,6	8.173	23,4
Media inferiore/nessun titolo	177	14,8	1.097	22,7	4.631	23,9
Condizione professionale della madre						
Occupata	611	15,0	3.136	22,1	12.803	23,9
Disoccupata/in cerca prima occupazione	68	12,4	413	22,0	1.443	21,8
Casalinga e altro	193	13,5	939	19,5	4.559	21,8
Parità						
primipara	468	13,3	2.393	21,2	9.371	22,5
pluripara	426	15,8	2.140	21,6	9.526	23,9
Taglio cesareo precedente						
no	712	15,3	3.000	15,6	11.867	16,3
sì	182	11,6	1.533	76,3	7.030	80,9
Parità e Tagli cesarei precedenti						
pluripara senza TC	113	5,2	607	7,7	2.496	8,0
primipara	468	13,3	2.393	21,2	9.371	22,5
pluripara con TC	313	61,5	1.533	76,3	7.030	80,9

* 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 (PFP)

Nel triennio 2014-16 il ricorso al taglio cesareo nelle **gravidezze fisiologiche** è stato pari al 14,4% nel Riminese, tale percentuale è significativamente inferiore rispetto al 21,4% della Romagna e al 23,2% della Regione.

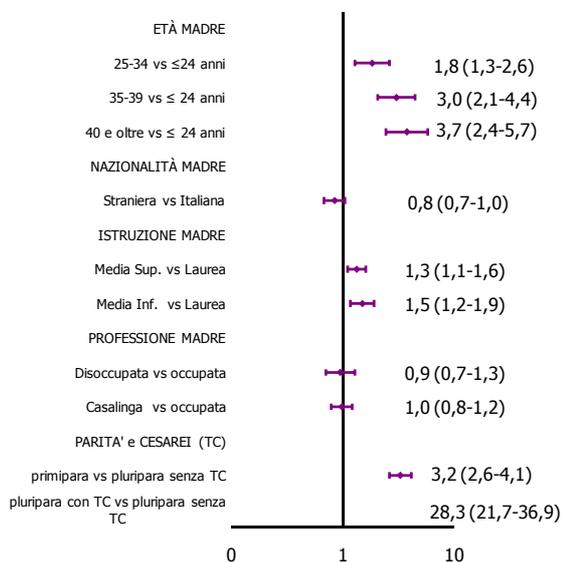
Nel 2016, in Emilia-Romagna il tasso di **tagli cesarei**, ricavato dalle schede di dimissione ospedaliera senza esclusione delle gravidanze patologiche, è stato pari a 26,1%, di quasi nove punti inferiore al valore registrato in Italia da SDO (34,9%) (*Ministero della salute, 2017b*)

Dalle analisi condotte emerge come la percentuale di tagli cesarei nelle gravidanze a decorso fisiologico cresca all'aumentare dell'età. In Romagna si va da un 14,3% di cesarei nelle gravide di età ≤ 24 anni al 33,5% nelle ultra 40enni, la stessa tendenza si rileva nella Provincia di Rimini (7,5% vs 23,5%) e a livello Regionale (14,8% vs 37,2%). Il ricorso al taglio cesareo nelle gravidanze a decorso fisiologico è risultato leggermente più alto nelle donne con cittadinanza italiana rispetto alle straniere (22% vs 19,8% in Romagna) anche questa tendenza è confermata a livello regionale (23,9% vs 21,4% in Romagna). Il ricorso al taglio cesareo presenta leggere differenze per titolo di studio.

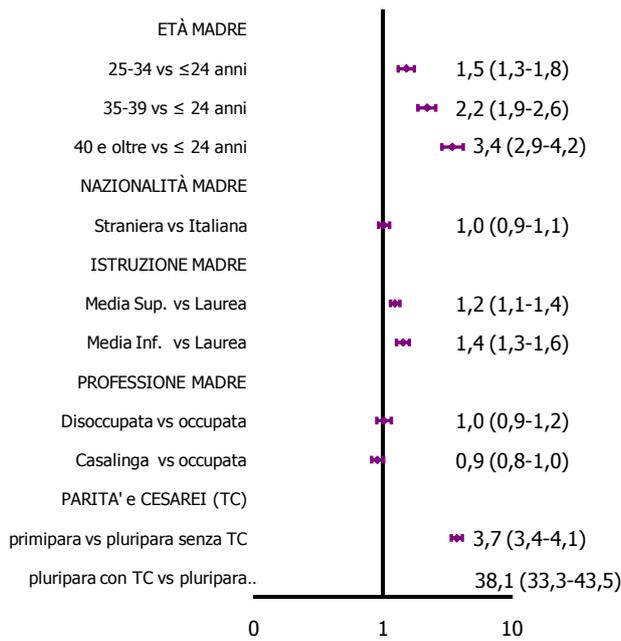
Intuitivo risulta il riscontro di un maggiore ricorso a taglio cesareo per le pluripare con pregresso cesareo.

Fattori associati al parto con taglio cesareo (regressione logistica) Cedap 2014-16

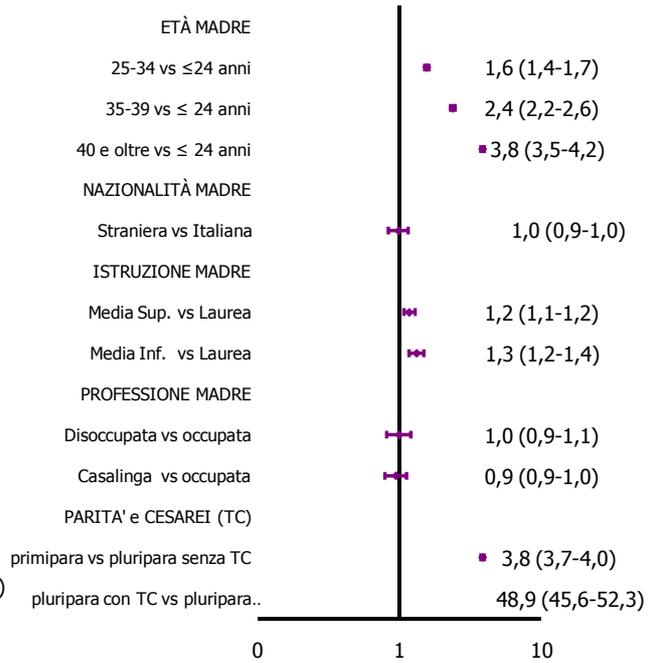
Ambito territoriale Rimini



Ausl Romagna



Emilia-Romagna



Nell'analisi statistica multivariata condotta, il ricorso al taglio cesareo (TC) si conferma correlato all'età più elevata e al basso titolo di studio della madre e soprattutto considerando come riferimento la pluripara con precedente parto naturale, un aumento di rischio nel ricorso al taglio cesareo si ha per le pluripare con ricorso a tagli cesarei precedenti e nelle primipare.

Nel rapporto regionale Cedap 2016 sono emerse differenze legate alla nazionalità delle donne straniere, le donne nate in alcune aree geografiche hanno una probabilità maggiore di ricorrere al taglio cesareo: Africa subsahariana (OR 1,43; IC95% 1,30-1,57), dall'America centro-meridionale (OR 1,32; IC95% 1,16-1,50) e dal Subcontinente indiano (OR 1,29; IC95% 1,16-1,43) rispetto alle donne nate in Italia.

Salute del Bambino

Pag.

- Parti prematuri 44
- Neonati di basso (<2.500 g) e bassissimo (<1.500 g) peso alla nascita 46
- Tasso di mortalità neonatale (0-28gg) 49
- Tasso di mortalità postneonatale (da 1 mese a 1 anno di vita) 50

Parti prematuri

Definizione:

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

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 morbidità infantile, con possibili conseguenze a lungo termine sulla salute del bambino.

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

Metodo di calcolo:

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

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99.8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2014-16

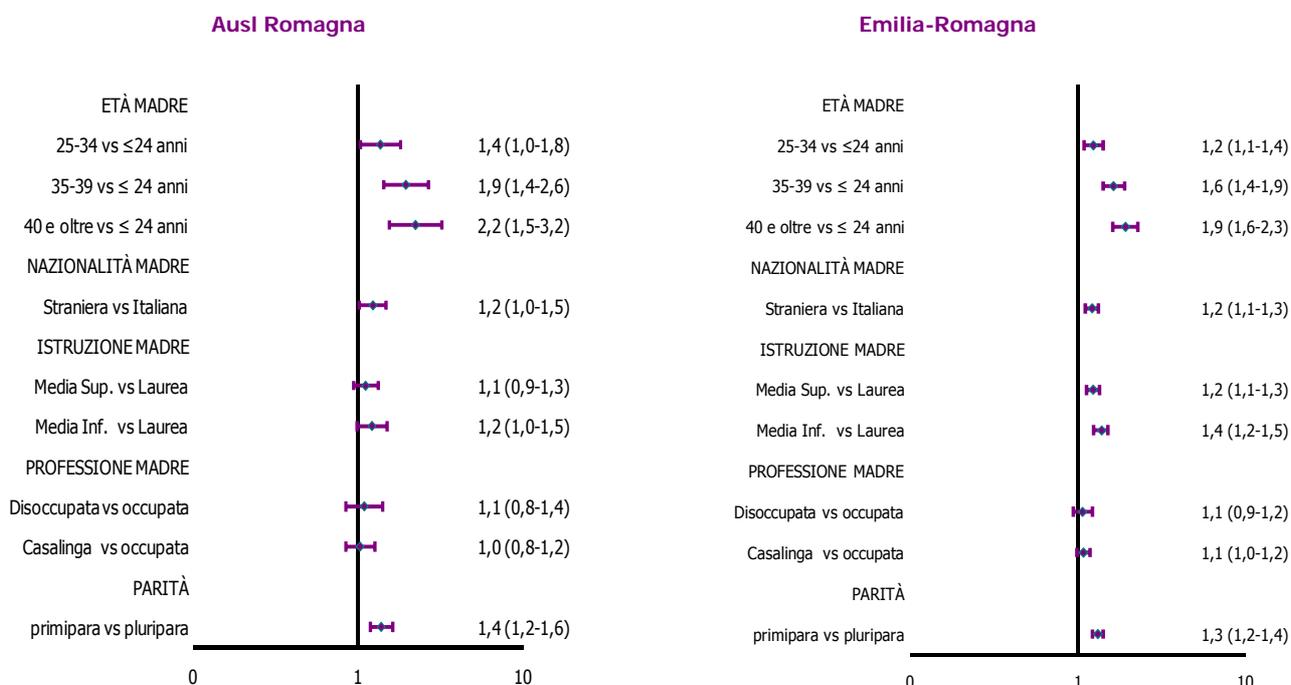
Nati prima della 37^a settimana gestazionale sui nati vivi esclusi i gemelli (Cedap anni 2014-16)

	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%
Totale	180	2,9	782	3,7	3.198	3,9
Classi d'età della madre						
<24	11	1,9	66	3,1	291	3,7
-34	94	2,6	403	3,4	1.680	3,7
35-39	54	3,4	232	4,3	902	4,3
40 e oltre	21	4,5	81	4,9	325	5,0
Nazionalità						
Italiane e PSA	124,0	2,7	556	3,6	2.178	3,7
Straniere PFPM	56,0	3,6	226	4,0	1.020	4,4
Istruzione della madre						
Laurea	58	2,7	240	3,5	922	3,4
Media Superiore	88	3,1	352	3,7	1.416	4,1
Media inferiore/nessun titolo	34	2,8	190	3,9	860	4,5
Condizione professionale della madre						
Occupata	116	2,8	513	3,6	2.024	3,8
Disoccupata/in cerca prima occupazione	14	2,5	72	3,8	268	4,1
Casalinga e altro	40	2,8	174	3,6	873	4,2
Parità						
primipara	114	3,2	450	4,0	1.794	4,3
pluripara	66	2,5	332	3,3	1.504	3,8

* Nel testo si considerano ITALIANE sia le cittadine italiane sia le donne straniere provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA), si considerano STRANIERE le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM),

Nel triennio 2014-16 la percentuale di nati prematuri è risultata del 2,9% nel riminese, in linea con il valore romagnolo (3,7%) e regionale (3,9%).

**Fattori associati al parto prima della 37^a settimana di gestazione (regressione logistica)
Ausl Romagna ed Emilia-Romagna 2014-16**



L'analisi statistica multivariata condotta a livello Romagnolo e Regionale, evidenzia che la probabilità di partorire pretermine aumenta significativamente

- al crescere dell'età della madre (35-39 anni: OR 1,9 in Romagna e 1,6 in Regione e ≥40 anni rispettivamente OR 2,2 e 1,9)
- per le donne primipare (OR 1,4 in Romagna e 1,3 in Regione)
- per donne con basso livello di istruzione e per le straniere, solo a livello Regionale.

I dati presentati nel rapporto CEDAP 2016 della regione Emilia Romagna evidenziano inoltre una probabilità maggiore di avere un bambino pretermine per le gravide obese e in caso di gravidanze multiple.

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

Definizione:

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

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 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 alla nascita rappresenta inoltre un valido indicatore della qualità delle cure dei servizi per l'assistenza neonatale.

Metodo di calcolo:

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

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) in Emilia-Romagna è compilato per il 99,8% delle donne partorienti.

Fonte: Cedap 2014-16

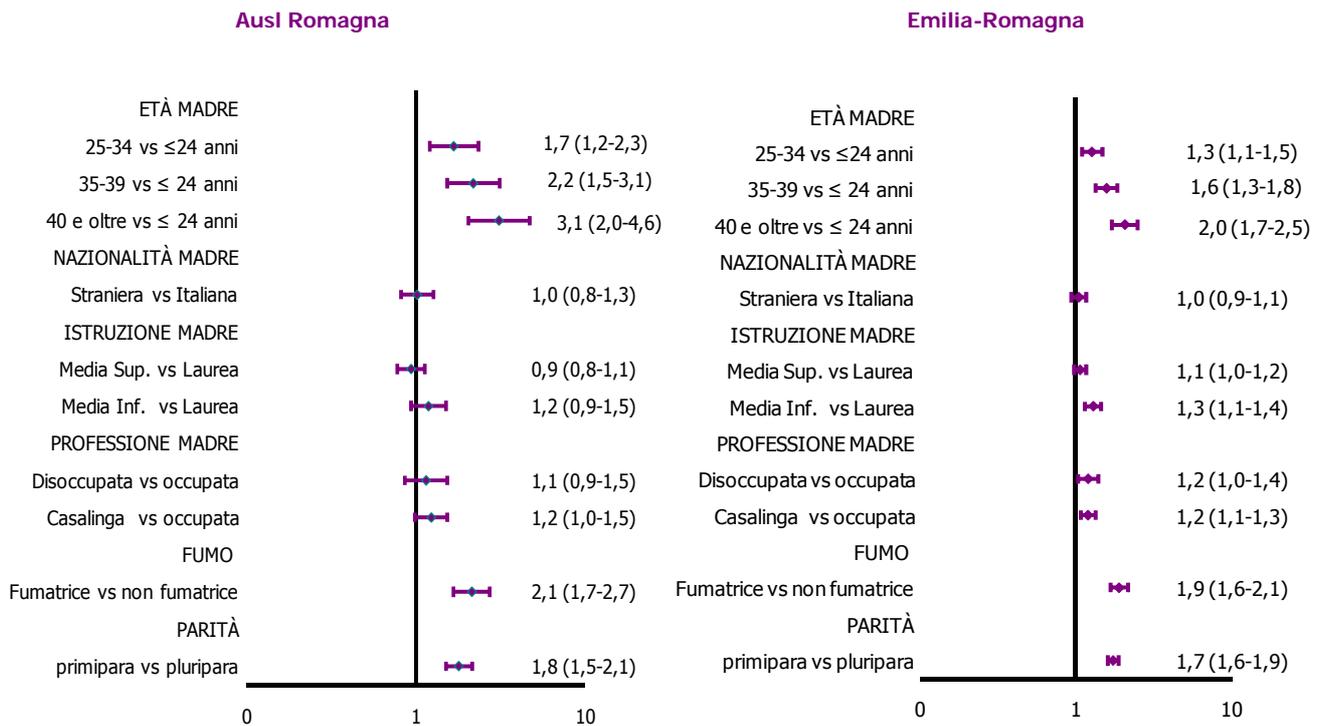
Nati di basso peso (<2.500 g) esclusi i gemelli, Cedap anni 2014-16

	Ambito territoriale		Ausl		Emilia-Romagna	
	Rimini		Romagna			
	N	%	N	%	N	%
Totale	152	2,4	630	3	2729	3,3
Classi d'età della madre						
≤24	14	2,4	49	2,3	263	3,3
25-34	80	2,3	336	2,8	1.456	3,2
35-39	35	2,2	173	3,2	727	3,5
40 e oltre	23	4,9	72	4,3	283	4,4
Nazionalità						
Italiane e PSA*	114	2,4	469	3	1.945	3,3
Straniere PFPM**	38	2,4	161	2,8	784	3,4
Istruzione della madre						
Laurea	50	2,3	204	3	843	3,1
Media Superiore	75	2,6	267	2,8	1145	3,3
Media inferiore/nessun titolo	27	2,3	159	3,3	741	3,8
Condizione professionale della madre						
Occupata	94	2,3	410	2,9	1726	3,2
Disoccupata/in cerca prima occupazione	10	1,8	60	3,2	255	3,9
Casalinga e altro	42	2,9	144	3	719	3,4
Fumo in gravidanza						
Non fumatrici	136	2,3	547	2,8	2.409	3,2
Fumatrici	16	4,1	83	5,6	268	5,9
Parità						
primipara	103	2,9	399	3,5	1.662	3,9
pluripara	49	1,8	231	2,3	1067	2,6

Nel triennio 2014-16 la percentuale di nati sottopeso (<2.500 g) è risultata del 2,4% a Rimini, in linea col dato Romagnolo (3%) e con quello Regionale (3,3%).

La nascita di bambini sottopeso, nonostante i piccoli numeri, è meno frequente nelle madri al di sotto dei 40 anni. La frequenza di bambini sottopeso è circa 2 volte maggiore nelle madri fumatrici e nelle primipare.

**Fattori associati al basso peso (<2.500 g) alla nascita (regressione logistica)
Ausl Romagna ,Emilia-Romagna Cedap2014-16**



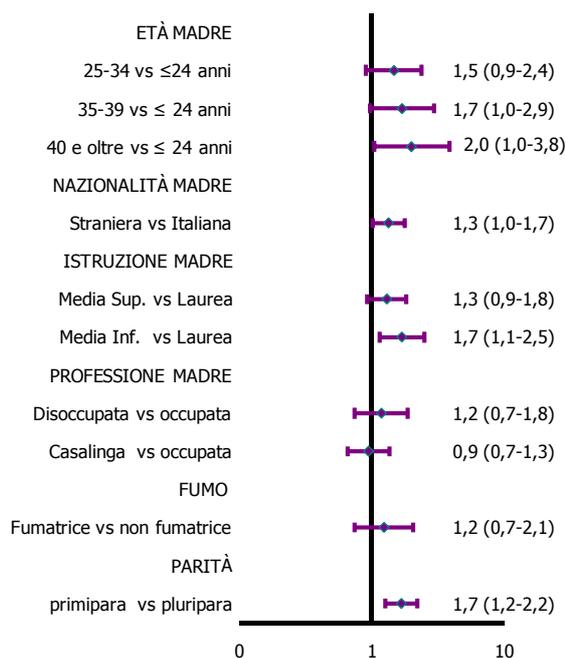
L'analisi statistica multivariata condotta su dati aziendali e regionali, evidenzia un rischio di circa 2 volte maggiore di partorire figli di basso peso per le donne di età superiore ai 35 anni, per le donne che fumano in gravidanza e per le pluripare. I dati contenuti nel rapporto CEDAP 2016 della regione Emilia Romagna confermano queste associazioni e rilevano una maggiore probabilità di partorire un figlio con basso peso anche per le straniere e per le donne con livello di istruzione medio basso.

% Nati di peso molto basso (<1500 g) esclusi i gemelli Cedap anni 2014-16

	Ambito territoriale Rimini		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%
Totale	16	0,3	56	0,3	291	0,4
Classi d'età della madre						
≤24	2	0,3	2	0,1	24	0,3
25-34	9	0,3	39	0,3	164	0,4
35-39	2	0,1	10	0,2	79	0,4
40 e oltre	3	0,6	5	0,3	24	0,4
Nazionalità						
Italiane e PSA*	13	0,3	38	0,2	179	0,3
Straniere PFPM**	3	0,2	18	0,3	112	0,5
Istruzione della madre						
Laurea	4	0,2	18	0,3	79	0,3
Media Superiore	9	0,3	28	0,3	125	0,4
Media inferiore/nessun titolo	3	0,3	10	0,2	87	0,4
Condizione professionale della madre						
Occupata	11	0,3	40	0,3	178	0,3
Disoccupata/in cerca prima occupazione	1	0,2	5	0,3	28	0,4
Casalinga e altro	4	0,3	10	0,2	82	0,4
Fumo in gravidanza						
Non fumatrici	16	0,3	53	0,3	262	0,3
Fumatrici	0	0	3	0,2	18	0,4
Parità						
primipara	10	0,3	30	0,3	167	0,3
pluripara	4	0,1	19	0,2	120	0,2

A livello aziendale il numero di bambini nati con peso <1.500 gr. è molto ridotto e non consente di valutare differenze correlate alle variabili socio-economiche della madre. A livello Regionale sono emerse differenze relative ad avere come titolo di studio la media inferiore e all'essere primipara.

**Fattori associati al peso molto basso (<1.500 g) alla nascita (regressione logistica)
Emilia-Romagna Cedap2014-16**



Tasso di mortalità neonatale (un mese di vita)

Definizione:

$$\frac{\text{N° morti nei primi 28 giorni di vita} \times 1.000}{\text{Nati vivi}}$$

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 a loro offerta

Metodo di calcolo:

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

Validità e limiti:

Il limite di questo indicatore è nel fatto che il numero di nati vivi è disponibile distinto per cittadinanza solo fino al 2015 per cui si sono presi a riferimento i bambini nati vivi del triennio 2013-15.

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

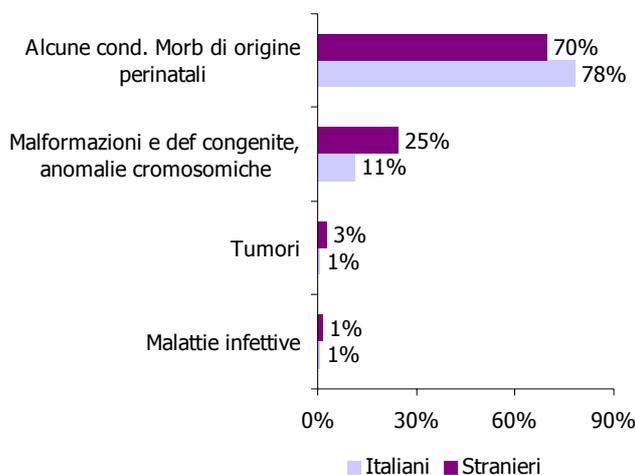
Fonte: Registro mortalità Emilia-Romagna 2014-16

- Nel triennio 2014-16 in provincia di Rimini si sono registrati 10 decessi in bambini di 0-28 giorni, con una media di 3 decessi per anno,
- Il tasso di mortalità neonatale registrato è basso (circa 1,1 decessi ogni 1.000 nati vivi), in linea col dato Romagnolo e Regionale, e senza differenze tra italiani e stranieri
- Il tasso di mortalità neonatale è risultato uguale nei bambini stranieri e italiani nel riminese (1,4 vs 1),
- Analizzando i dati a livello Regionale, dove nel triennio analizzato si sono avuti in totale 177 decessi (con differenze tra italiani e stranieri meno marcate, rispettivamente 1,4 e 2,2 su 1000 nati vivi) la maggior parte delle morti nei primi 28 giorni di vita è dovuta a condizioni perinatali** (75%) e malformazioni congenite (14%), come ampiamente atteso dai dati di letteratura.

Mortalità neonatale 0-28 giorni 2014-16

	Provincia Rimini		Romagna		Emilia- Romagna	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
Italiani	7	1,0	32	1,5	117	1,4
Stranieri	3	1,4	17	2,9	60	2,2
totale	10	1,1	49	1,8	177	1,6

Cause di mortalità neonatale 0-28 giorni Emilia-Romagna 2014-16**



** Alcune condizioni morbose di origine perinatale: 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

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

Definizione:

$$\frac{\text{Decessi avvenuti tra un mese e un anno di vita} \times 1.000}{\text{Nati vivi}}$$

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.

Metodo di calcolo:

$$\frac{\text{N° Bambini residenti deceduti tra un mese e un anno di vita} \times 1.000}{\text{Bambini nati vivi}}$$

Validità e limiti:

Il limite di questo indicatore è nel fatto che il numero di nati vivi è disponibile distinto per cittadinanza solo fino al 2015 per cui si sono presi a riferimento i bambini nati vivi del triennio 2013-15.

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

Nel triennio 2014-16 nella Provincia di Rimini si sono registrati 4 decessi nel periodo post neonatale (da un mese a un anno di vita), con una media di 1 decessi per anno.

Nel riminese negli anni 2014-16 non si registrano decessi neonatali di stranieri.

A livello regionale la maggior parte delle morti post neonatali è dovuta a malformazioni congenite (32%) e a condizioni perinatali (28%)** come atteso dai dati di letteratura.

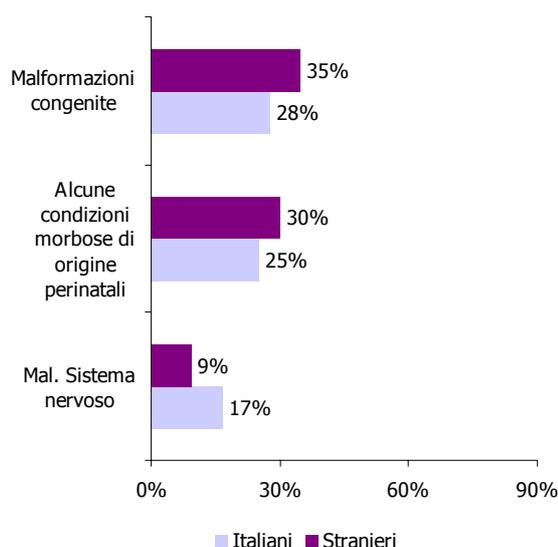
Le dimensioni esigue della casistica e la mancanza di variabili socio-economiche nelle banche dati utilizzate limita la possibilità di formulare ulteriori considerazioni.

** 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.

Mortalità post neonatale
2014-16

	Provincia Rimini		Romagna		Emilia- Romagna	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
Italiani	4	0,6	8	0,4	37	0,4
Stranieri	0	0,0	8	1,4	44	1,6
totale	4	0,4	16	0,6	81	0,7

Cause di mortalità post neonatale
Emilia-Romagna 2014-16



Conclusioni

Gli esiti avversi di salute sono il risultato dell'azione di diversi fattori di rischio che non solo sono in grado di agire singolarmente, ma si accumulano nel corso della vita dell'individuo, a partire dall'epoca prenatale. Per questo investire su interventi rivolti alle prime fasi della vita, in particolare alle donne e alle famiglie, per garantire adeguata ed equa protezione sociale e un sistema assistenziale in grado di rispondere ai bisogni della madre/coppia e del bambino deve essere tra le priorità del servizio sanitario nazionale. In particolare lo studio delle disuguaglianze di salute che si instaurano in queste fasi della vita e l'identificazione di strategie efficaci per il loro contrasto può rappresentare un elemento di ripensamento per i servizi e una via di miglioramento della performance. Questo perché la fascia di popolazione interessata è ampia, infatti le donne che risiedono in Romagna sono circa 600.000 e di queste il 40% sono in età fertile, con circa il 30% di donne straniere.

Analizzando il tasso di gravidanze, nel triennio 2014-16 è risultato pari a circa 45 gravidanze su 1000 in Romagna e 41 gravidanze su 1.000 per Rimini. Il tasso di gravidanza è significativamente più alto nelle donne straniere rispetto alle italiane sia nel territorio di Rimini che a livello romagnolo e regionale (Rimini 65,9‰ vs 35,7‰; Romagna 75,6‰ vs 38‰, Emilia-Romagna 84,7‰ vs 38,8‰). Tale scostamento è presente prima dei 35 anni, mentre dopo questa età i valori tendono ad allinearsi. La donna che partorisce nel territorio riminese è nel 57,1% dei casi tra i 25 e i 34 anni e nel 25,7% dei casi tra 35 e 39 anni; nel 74,8% dei casi è di nazionalità italiana. L'alto livello di istruzione e l'occupazione si ha rispettivamente nel 34,9% e nel 67,3% dei casi.

Il quadro che emerge dal Profilo di Equità sulla salute pre e perinatale nella Provincia di Rimini, mostra una situazione globalmente positiva della salute materno infantile e della fruizione dei percorsi disponibili per l'assistenza alla gravidanza e per la tutela dei primi anni di vita. In particolare, risulta particolarmente efficiente la presa in carico tempestiva della gravidanza (1° visita entro la 12 settimana) e ridotta la frequenza di tagli cesari, in linea con le indicazioni OMS.

Tra le aree critiche, nelle quali emerge la presenza di disuguaglianze tra persone con diversa cittadinanza, titolo di studio e condizione occupazionale, si segnalano in particolare:

- Minor accesso ai corsi di accompagnamento alla nascita per le madri con cittadinanza straniera, i tassi di gravidanze in minorenni e di interruzioni volontarie di gravidanza più elevati nelle donne straniere rispetto alle italiane.
- Le mamme con titolo di studio inferiore alla scuola media superiore, partecipano meno ai corsi preparto, fumano di più e hanno una variazione ponderale superiore a quella consigliata, nonostante nel riminese i livelli di BMI pre gravidanza siano migliori rispetto alla situazione romagnola e regionale.
- Le donne disoccupate fumano di più in gravidanza, le casalinghe hanno minore adesione ai corsi pre parto.
- Per le donne giovani (con meno di 24 anni) è maggiore l'eccessivo aumento di peso e la percentuale di gravidanze che esitano in IVG.

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 che li spinga ad approfondire, anche in una logica intersettoriale e di scambio tra servizi e conoscenze, lo studio delle disuguaglianze con indagini più mirate, anche di tipo qualitativo, con il fine ultimo di riuscire a mettere in campo 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.

Tabella sinottica- provincia Rimini

INDICATORE	ETÀ			CITTADINANZA		TITOLO DI STUDIO			CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		
	≤ 24	25-34	≥ 35	Italiana	Straniera	Fino media inf.	Media superiore	Laurea	Disoccupata	Occupata	Casalanga
DETERMINATI											
Variazione ponderale superiore a quella consigliata (*)	☹					☹	☹				
Donne che fumano in gravidanza						☹	☹		☹		
Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12 ^a settimana di gestazione	Dato il basso numero di casi in cui la prima visita viene effettuata dopo la 12-esima settimana, non è possibile effettuare l'analisi di equità.										
Partecipazione ai corsi di preparazione al parto			☺		☹	☹	☹				☹
Tasso di gravidanza in minorenni (*)					☹						
Tasso di IVG (*)		☹			☹						
Percentuale di gravidanze che esitano in IVG	☹				☹						
Ricorso all'analgesia epidurale	☺				☹						☺
Proporzioni di parti con taglio cesareo		☹	☹		☺	☹	☹				
EFFETTI SULLA SALUTE (dati Ausl Romagna)											
Parti prematuri (*)		☹	☹		☺	☺					
Neonati di basso (<2.500 g) peso alla nascita (*)		☹	☹								
Neonati di bassissimo (<1.500 g) peso alla nascita			☹ dati RER		☹ dati RER	☹ dati RER					
Tasso di mortalità neonatale (0-28gg)											
Tasso di mortalità post neonatale (29gg- 1 anno)											

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;

(*) l'elaborazione è stata effettuata solo sui dati romagnoli per la scarsa numerosità di casi nei singoli ambiti

(**) l'elaborazione è stata effettuata solo sui dati regionali

■ 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)

Insieme, *sulle vie della cura*