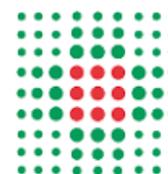


Chi ben comincia: L'Health Equity Audit nel percorso nascita dell'AUSL Romagna



Mauro Palazzi, Giulia Silvestrini

Ausl Romagna



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

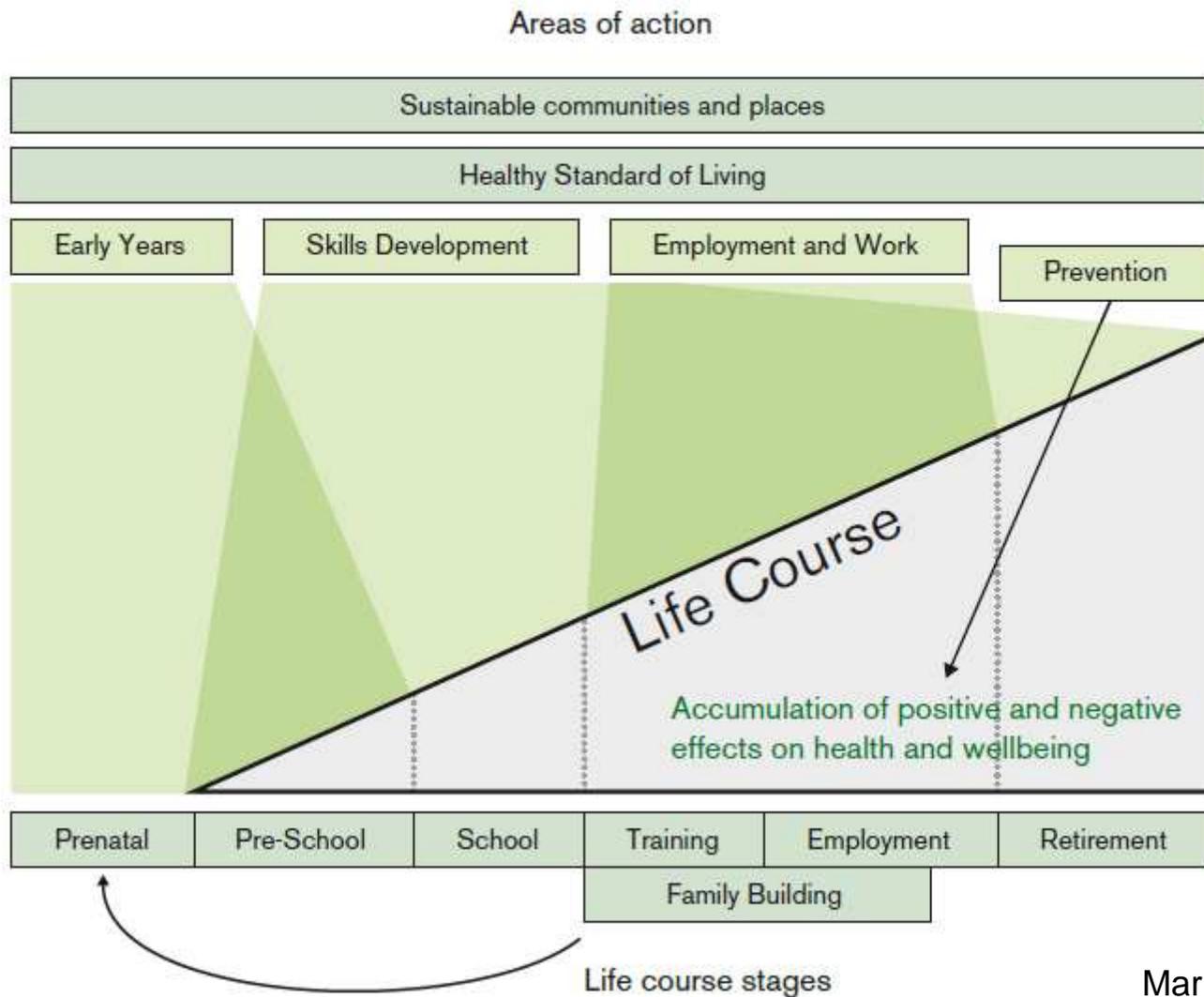
Problema da affrontare

Disuguaglianze in salute e accesso ai servizi in epoca prenatale e pediatrica



Teoria dell'accumulazione

Figure 1.5 Actions across the life course



Disuguaglianze e Percorso Nascita

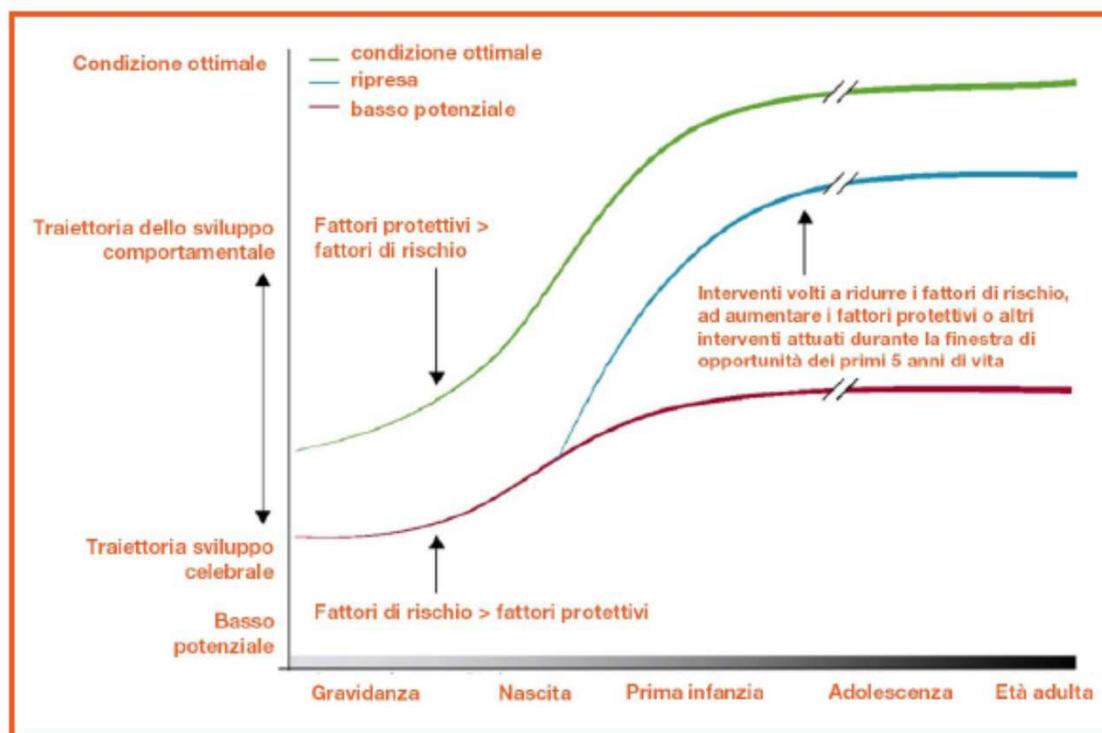
- Svantaggio socio-culturale ed economico sono correlati a un rischio maggiore di esiti negativi in gravidanza, parto e epoca perinatale
- Questi esiti avversi sono il risultato dell'interazione di fattori di rischio individuali che si accumulano nel corso della vita dell'individuo e delle popolazioni
- Le disuguaglianze nel corso della gravidanza possono avere ripercussioni importanti nell'età adulta come effetto transgenerazionale dello svantaggio sociale.



Sviluppo cerebrale ed esposizione ai fattori di rischio

I primi cinque anni sono 'una finestra di opportunità' per la lotta alle disuguaglianze. **Investire in questo periodo**, per ridurre l'esposizione ai fattori di rischio, **è molto più efficace**, come strategia politica, che scommettere su interventi attuati negli anni successivi.

Figura 4. Andamento delle traiettorie di sviluppo cerebrale e comportamentale in funzione del grado di esposizione a fattori di rischio e di protezione, durante i primi cinque anni di vita

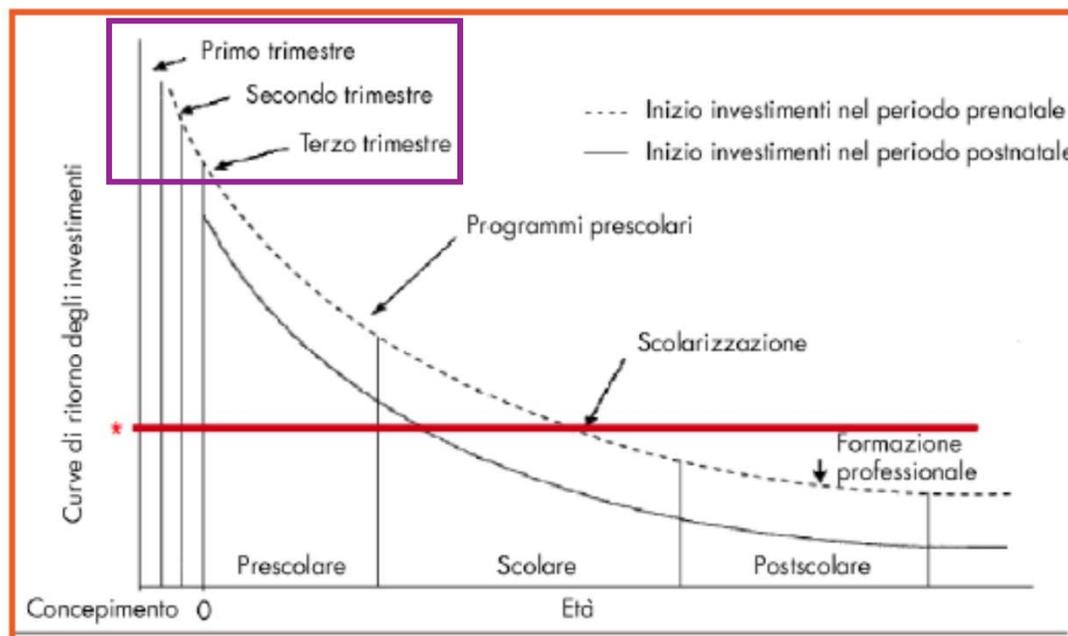


Fonte: Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S. et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Child development 1. Lancet 2011; 378: 1325-38



Primi anni e contrasto delle disuguaglianze

Figura 3. Curve di ritorno degli investimenti nelle diverse età



* Soglia di ritorno economico pari all'investimento

Fonte: Tamburini G. Interventi precoci per lo sviluppo del bambino: razionale, evidenze e buone pratiche. Medico e Bambino 2014; 33: 232-239

Investire nei primi anni di vita contribuisce a ridurre il gap socio-economico nella popolazione e le conseguenti disuguaglianze, producendo anche, nel tempo, dei vantaggi economici in termini di costi evitati al sistema socio-sanitario



Tabella 1. I fattori chiave

Fattori chiave	Descrizione
<i>Benessere psicosociale dei genitori</i>	<p>Nella gravidanza e nel periodo postnatale la salute mentale della madre può influenzare la qualità della relazione mamma-bambino e lo sviluppo del bambino. La depressione materna in gravidanza è un importante fattore di rischio per la depressione post parto. E' un evento da non trascurare perché spesso implica, da parte della madre, comportamenti di poca cura e attenzione verso di sé, pericolosi per lo sviluppo del feto e con conseguenze sullo sviluppo fisico, cognitivo, emotivo dopo la nascita e nel corso dell'infanzia. Inoltre la depressione materna è spesso correlata anche a situazioni di isolamento, mancanza di supporto sociale e da parte del partner, eventi di vita negativi e portatori di stress. Anche i padri possono essere oggetto di depressione, ansia, stress e influire, così, sullo sviluppo del bambino.</p>
<i>Fumo</i>	<p>Fumare e l'esposizione al fumo passivo in gravidanza hanno conseguenze sullo sviluppo del feto, con possibili risultati negativi per la salute del neonato, come per esempio basso peso alla nascita, e in seguito malattie respiratorie o diabete. Il basso peso alla nascita può avere un impatto sullo sviluppo cognitivo ed emotivo e sui comportamenti del bambino e aumenta la probabilità di soffrire di malattie croniche in età adulta. L'esposizione al fumo passivo può avere un impatto negativo sulla salute infantile, essere causa di asma, aumentare il rischio di eventi improvvisi di morte in culla, infezioni alle basse vie respiratorie, come polmonite e bronchite e infezioni all'orecchio medio.</p>
<i>Alcol e droghe</i>	<p>L'abuso di alcol e droghe in gravidanza ha effetti dannosi per lo sviluppo fetale e impatti negativi a lungo termine, dopo la nascita, per lo sviluppo del bambino, la sua salute e il suo comportamento. Nel periodo dopo la nascita, inoltre, l'abuso di alcol o droghe da parte del o dei genitori può incidere sulla relazione con il figlio influenzandone lo sviluppo socio-emotivo. I bambini i cui genitori abusano di alcol o droghe sono più a rischio di abuso in età adulta.</p>
<i>Violenza domestica</i>	<p>La violenza domestica è strettamente associata a una gamma di esiti negativi per neonati e bambini piccoli, inclusi disturbi posttraumatici da stress e problemi emotivi e di comportamento. La violenza domestica o l'abuso domestico (intimate partner violence) include atti di abuso fisico, emotivo, psicologico ed economico da chi è, o è stato, partner in una relazione di intimità o da parte di qualche membro della famiglia. Sono contemplati come violenza domestica anche casi di abuso sessuale o di stalking. Sebbene anche le donne possano essere violente, nel contesto di una relazione, nei casi di violenza tra partner, sono innanzitutto loro le vittime che subiscono le peggiori conseguenze. La violenza di genere è un fenomeno oggi talmente diffuso che è stato coniato un neologismo, femminicidio.</p>
<i>Preparazione e supporto alla nascita e al ruolo di neo-genitore</i>	<p>La gravidanza e i mesi immediatamente successivi alla nascita sono un momento propizio e fondamentale per fornire supporto alla salute e al benessere di mamma e bebè. La preparazione e il supporto alla nascita sono aspetti tradizionalmente affrontati dall'educazione prenatale per migliorare alcuni esiti: dolore in fase di travaglio, basso peso alla nascita, tipo di parto, allattamento al seno. Tuttavia, più di recente, è stata riconosciuta anche l'importanza di offrire un supporto psicologico ai genitori, nel delicato momento di passaggio a un ruolo nuovo, e gli interventi hanno contemplato non solo il periodo prima della nascita ma anche quello successivo. E' stata anche riconosciuta la necessità di sostenere i papà quando diventano genitori: questo spiega la sempre maggiore presenza di interventi che, nel periodo prima della nascita, si indirizzano a entrambe le figure genitoriali ma anche solo ai padri.</p>

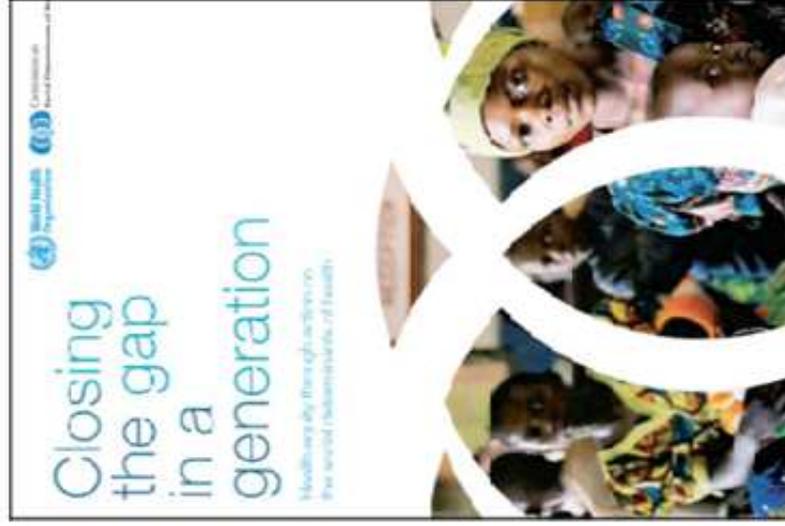
<p><i>Attaccamento</i></p>	<p>Un attaccamento sicuro da parte dei bambini dipende dalle relazioni che instaurano con le figure che per prime si prendono cura di loro. Gravidanza e periodo postnatale sono momenti eccellenti per aiutare i genitori a creare il tipo di interazione che promuoverà un attaccamento sicuro con il figlio neonato.</p> <p>Una genitorialità armonica e sensibile è associata all'attaccamento sicuro, mentre una genitorialità indifferente/punitiva o incostante/invadente è associata a un attaccamento insicuro evitante, ambivalente o disorganizzato. Alcuni atteggiamenti dei genitori orientati all'abuso/abbandono sono associati a un attaccamento disorganizzato, a cui si correlano numerosi problemi tra cui disordini nel comportamento. Molti sono i fattori che possono compromettere la capacità del genitore di esercitare una genitorialità armonica e sensibile: problemi di salute mentale (per esempio ansia o depressione), isolamento sociale, violenza domestica, dipendenza da alcol e droghe, povertà.</p>
<p><i>Sostegno alla genitorialità</i></p>	<p>I genitori svolgono il ruolo più critico e complesso per il benessere sociale ed emotivo dei figli.</p> <p>Come si è già sottolineato comportamenti dei genitori che ricorrono a una disciplina positiva e alla supervisione e che evitano cicli coercitivi di interazione, giocano un ruolo chiave per l'evoluzione emotiva e per il comportamento dei bambini.</p> <p>Il focus principale è fornire ai genitori contenuti psico-educativi sulla genitorialità ma anche migliorare aspetti del loro essere genitori (ad esempio fiducia e autostima). E' necessario, quindi, dare un aiuto e un sostegno ai genitori perché svolgano bene il loro ruolo nei primi cinque anni di vita del figlio. Questo sostegno può essere differente, riguardo al luogo in cui viene offerto (casa, nido, scuola per l'infanzia,...) e alle modalità (sostegno tramite mezzi di comunicazione, autogestito, individuale, di gruppo, misto).</p>
<p><i>Sicurezza e protezione del bambino</i></p>	<p>La sicurezza e la protezione dell'infanzia si realizzano principalmente con la prevenzione o la riduzione dei casi di abuso, trascuratezza e abbandono e degli incidenti non intenzionali.</p> <p>L'abuso e l'abbandono nella prima infanzia hanno nel corso di tutta la vita ricadute fortemente negative sulla salute psicofisica e sullo sviluppo sociale ed emotivo. E' perciò necessario intervenire precocemente modificando le modalità di interazione dei genitori con i propri figli. Riguardo alla prevenzione di incidenti non intenzionali che avvengono in casa, è importante modificare alcuni comportamenti e abitudini dei genitori e fornire o installare dispositivi per garantire la sicurezza.</p>
<p><i>Alimentazione: allattamento e prevenzione dell'obesità</i></p>	<p>Una buona alimentazione fin da neonato ha effetti positivi sulla salute del bambino prima e dell'adulto poi: l'allattamento al seno fa bene al bambino, è protettivo per la sua salute e per il suo sviluppo cognitivo.</p> <p>Le madri adolescenti o provenienti da contesti socio-economici svantaggiati hanno meno probabilità di iniziare o di continuare ad allattare al seno il proprio figlio. Le abitudini alimentari influenzano le scelte alimentari dei bambini già da piccolissimi. I tassi in aumento di obesità infantile devono orientare le azioni per promuovere una dieta più sana, ma anche per ridurre le abitudini sedentarie e aumentare l'attività fisica. Sono sufficienti questi dati per comprendere l'importanza di adottare strategie pre e postnatali per promuovere l'allattamento al seno e interventi per prevenire e trattare obesità e sovrappeso nella prima infanzia.</p>
<p><i>Sviluppo cognitivo, sociale ed emotivo del bambino</i></p>	<p>Un eloquio pronto, capacità linguistiche e comunicative sono associate con l'età scolare e con risultati sociali e scolastici positivi per tutto il periodo infantile. Anche uno sviluppo emotivo positivo già da neonato e poi nella prima infanzia è elemento associato alla "school readiness" - vale a dire quanto un bambino è pronto a intraprendere il percorso scolastico - e a un adattamento emotivo positivo negli anni seguenti. Il fattore ambiente, in particolare la relazione genitore-figlio, è estremamente importante durante il periodo prescolare. Ritardi nello sviluppo in questo periodo dimostrano che i bambini che vivono in condizioni di svantaggio hanno più probabilità di presentare ritardi cognitivi e linguistici. Gli anni prescolari sono perciò una prima opportunità per promuovere il linguaggio e la comunicazione di tutti i bambini, in particolare di quei bambini che possono avere bisogno di un aiuto in più.</p>

**...per questo è fondamentale AGIRE,
per contrastare le disuguaglianze nelle prime
fasi di vita...**

l' Equità

"Equity from the start" -

Rapporto della Commissione OMS sui Determinanti Sociali



Sviluppare programmi di
Early Childhood Development:

- **Allattamento e nutrizione corretta**
- **Supporto pre-post natale alle madri**
- **Sostegno alla genitorialità**
- Istruzione ed educazione precoci
- **Contrasto alle disuguaglianze in salute:**
 - **Gruppi svantaggiati**
 - **Famiglie e bambini con bisogni speciali**



Come promuovere l'Equità e contrastare le disuguaglianze?

AAA

Analizzare

Agire

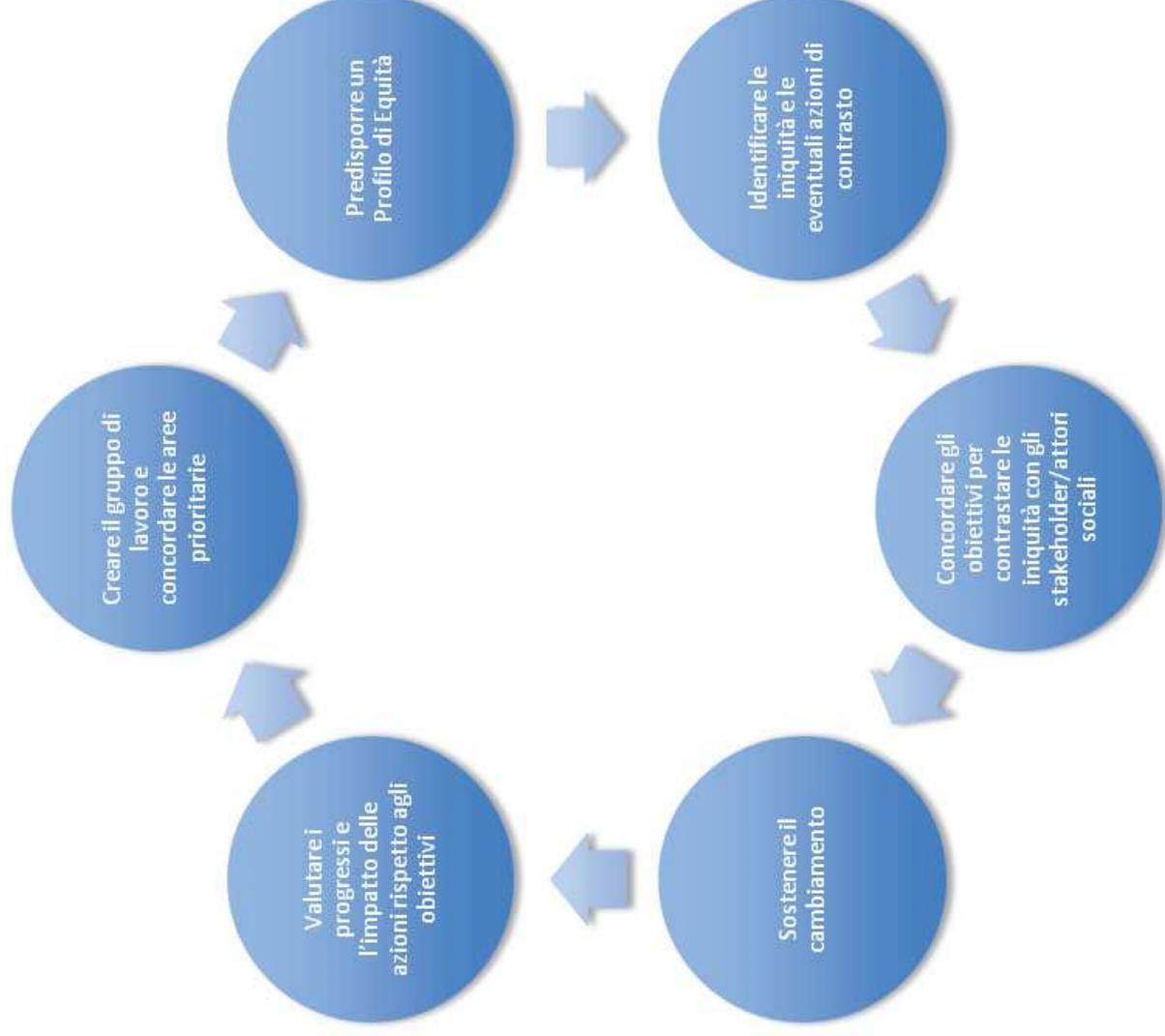
(sulle nostre organizzazioni)

Advocacy

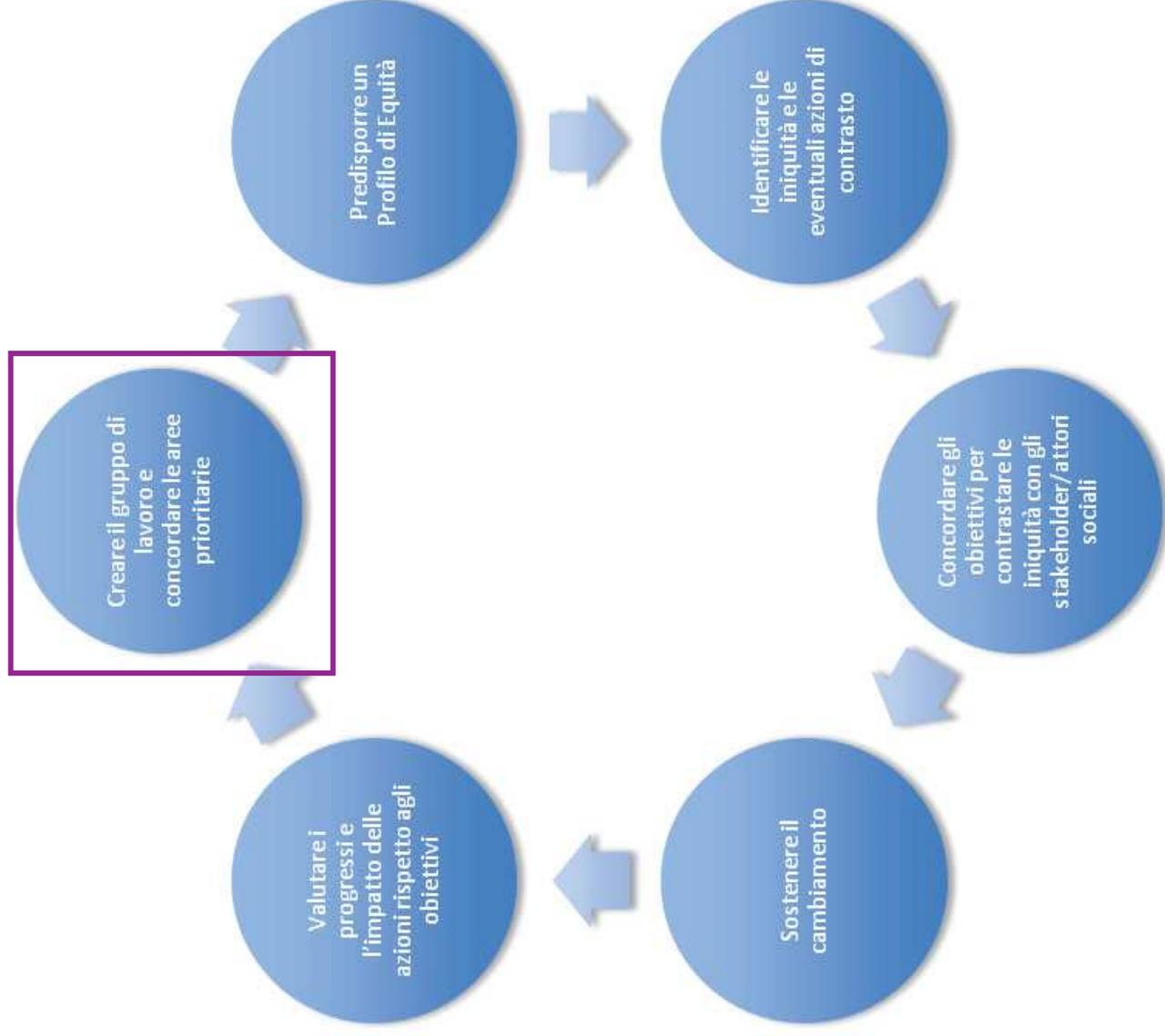
(sensibilizzare, comunicare..)



Quale strumento? Il ciclo dell'HEA



Quale strumento? Il ciclo dell'HEA



Gruppo di lavoro e definizione delle priorità

- Apprendere dal passato....

2010 e 2015 Report su
disuguaglianze e gravidanza
Cesena- UO Epidemiologia e
Comunicazione- Cesena



TABELLA SINOTTICA

INDICATORE	ETÀ			CITTADINANZA		TITOLO STUDIO			CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		
	≤ 24	25-34	≥ 35	Italiana	Straniera	Fino a media inf.	Media superiore	Laurea	Disoccupata	Occupata	Casalinga, studentessa o altro
Prima visita in gravidanza dopo la 12 ^a settimana di gestazione	☹	😊	😊	😊	☹	☹	☹	😊	☹	😊	☹
Esecuzione di meno di 4 visite ostetriche in gravidanza	☹	😊	😊	😊	☹	☹	☹	😊	☹	😊	☹
Fumo in gravidanza	☹	☹	☹	☹	😊	☹	☹	😊	☹	☹	☹
Mancata partecipazione ai corsi pre-parto	☹	😊	☹	😊	☹	☹	☹	😊	☹	😊	☹
Le gravidanze in ragazze minorenni	Non disponibile			😊	☹	Non disponibile					
Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)	☹	☹	☹	😊	☹	Non disponibile					

LEGENDA

- ☹ caratteristica significativamente negativa
- ☹ caratteristica neutra
- 😊 caratteristica significativamente positiva

■ Non disponibile

Italiana: italiane e straniere provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA)
 Straniera: straniere provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM)

Importante approfondimento quantitativo, ma senza azioni concrete di contrasto...

A cura di:

Palazzi M., Bertozzi N., Reali C., Sardonini L., Vitali P. UO Epidemiologia e Comunicazione Dipartimento di Sanità Pubblica - Cesena, Ausl della Romagna

Aprile 2015



Creazione del gruppo di lavoro e definizione di priorità

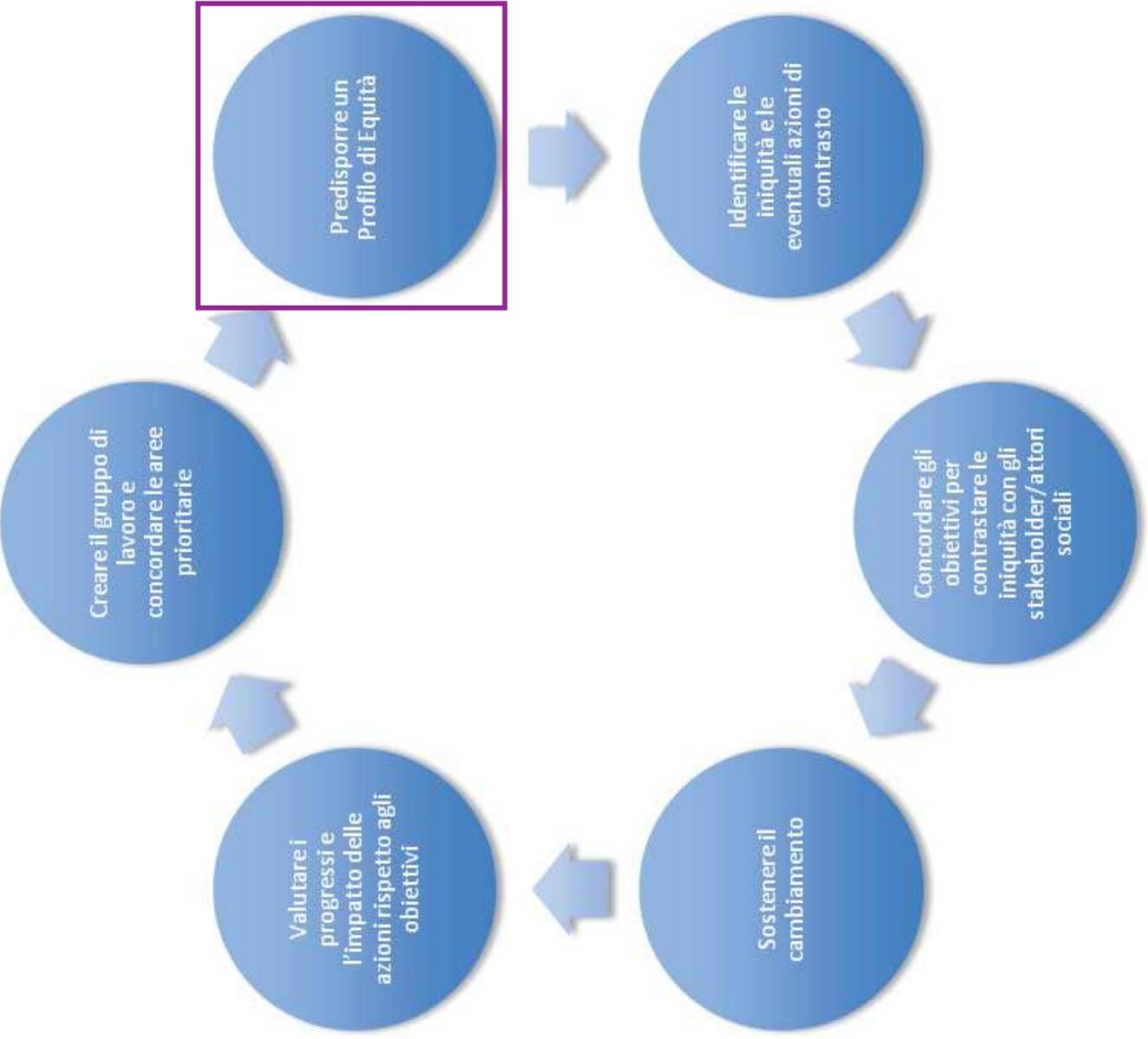
Obiettivo: Non solo analizzare ma **analizzare per agire!**

- Coinvolgimento dalle prime fasi dei soggetti in grado di mettere in campo le azioni di contrasto:

Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza

- Identificazione di Indicatori «utili» e sui quali fosse poi possibile/fattibile mettere in campo azioni correttive
- Scelta di partire da una Provincia: Forlì Cesena, per poi estendere l'analisi e il progetto a tutta l'Azienda USL della Romagna







Analizzare



Il profilo di Equità



Profilo di equità in epoca prenatale e perinatale

Prov. Forlì-Cesena



A cura di:

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

⁽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

Elaborazioni statistiche a cura di:
Patrizia Vitali⁽¹⁾

Ottobre 2018



Il profilo di Equità

Indice

1	Introduzione	pag. 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



Metodi e fonte 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.
- 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 e tassi di natalità
- http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_FECONDITA1
http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDDEMOG1

Negli indicatori viene indagata 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.



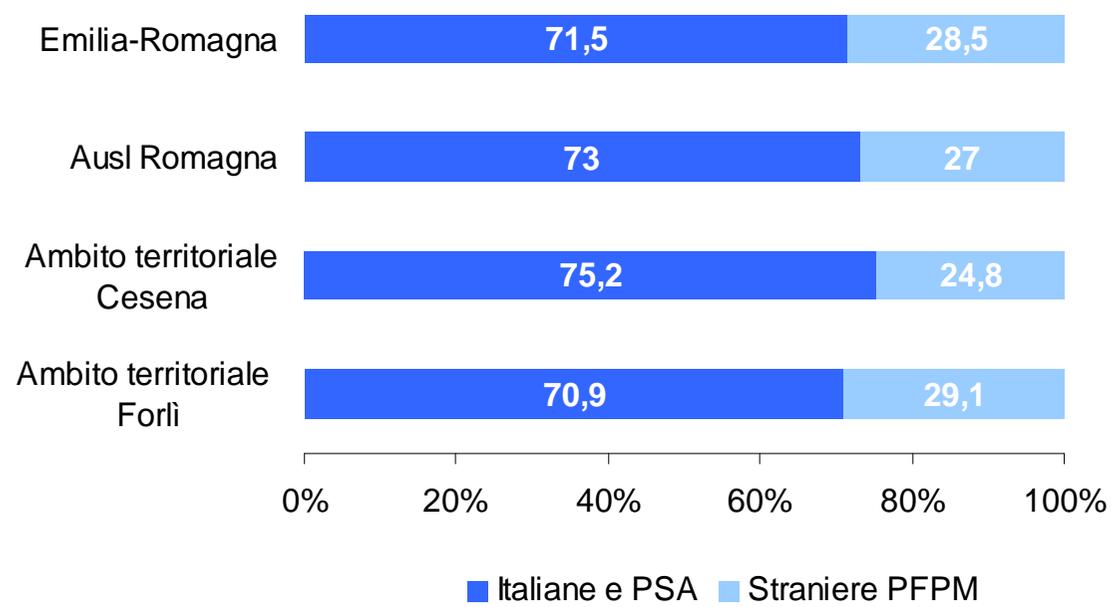
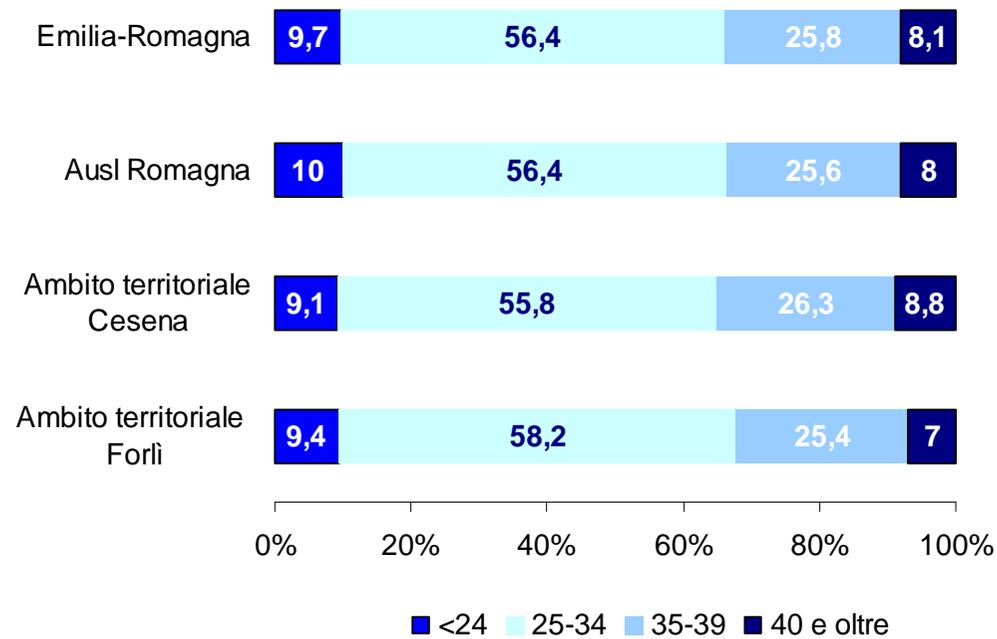
Tasso di gravidanze*

	N parti	N gravidanze	pop età fertile	tasso di gravidanze per 1.000
Ambito T. Forlì	4.085	5.310	115.107	46,1
Ambito T. Cesena	4.668	5.735	134.372	42,7
Romagna	23.917	30.250	711.256	42,5
Emilia -Romagna	96.310	127.800	2.813.268	45,4

*Fonte SDO- 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)



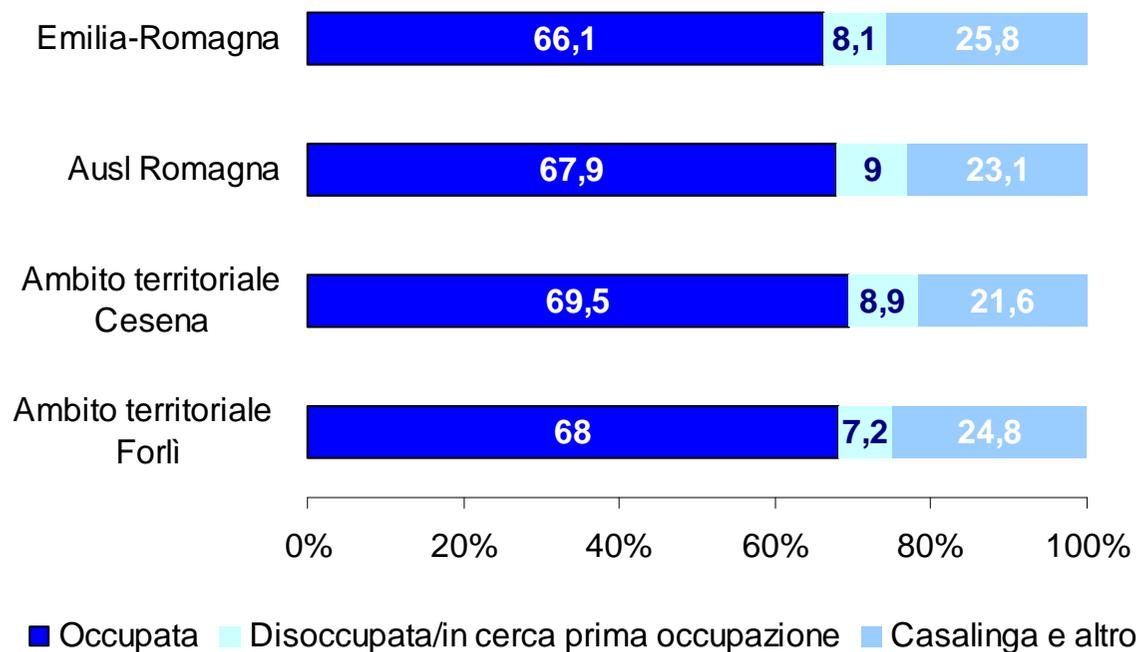
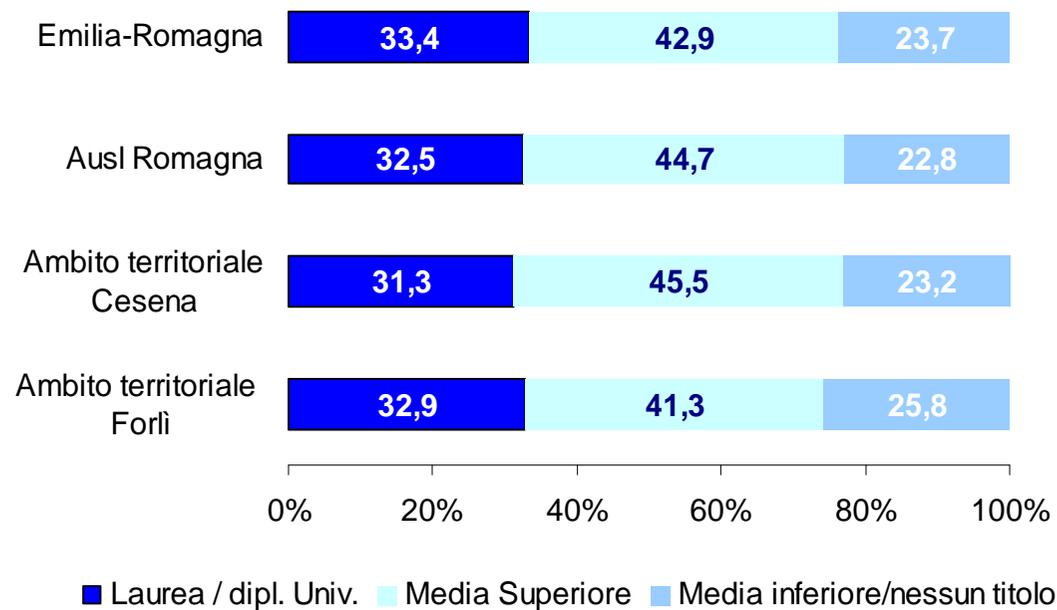
Classi d'età della madre



Nazionalità della madre



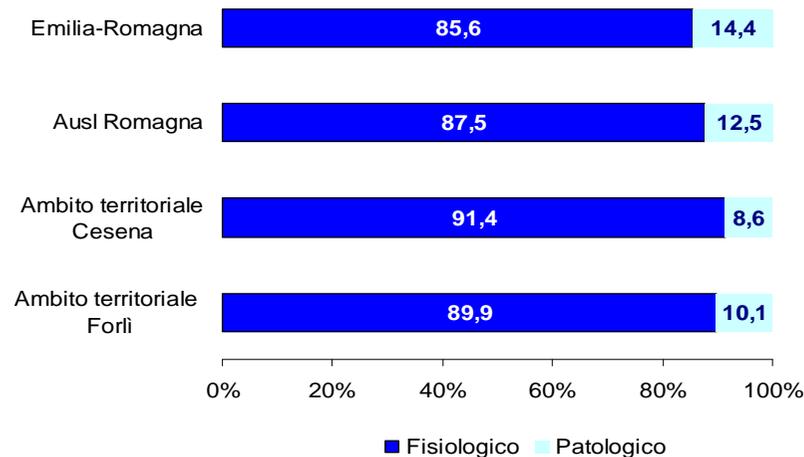
Titolo di studio della madre



Condizione occupazionale della madre



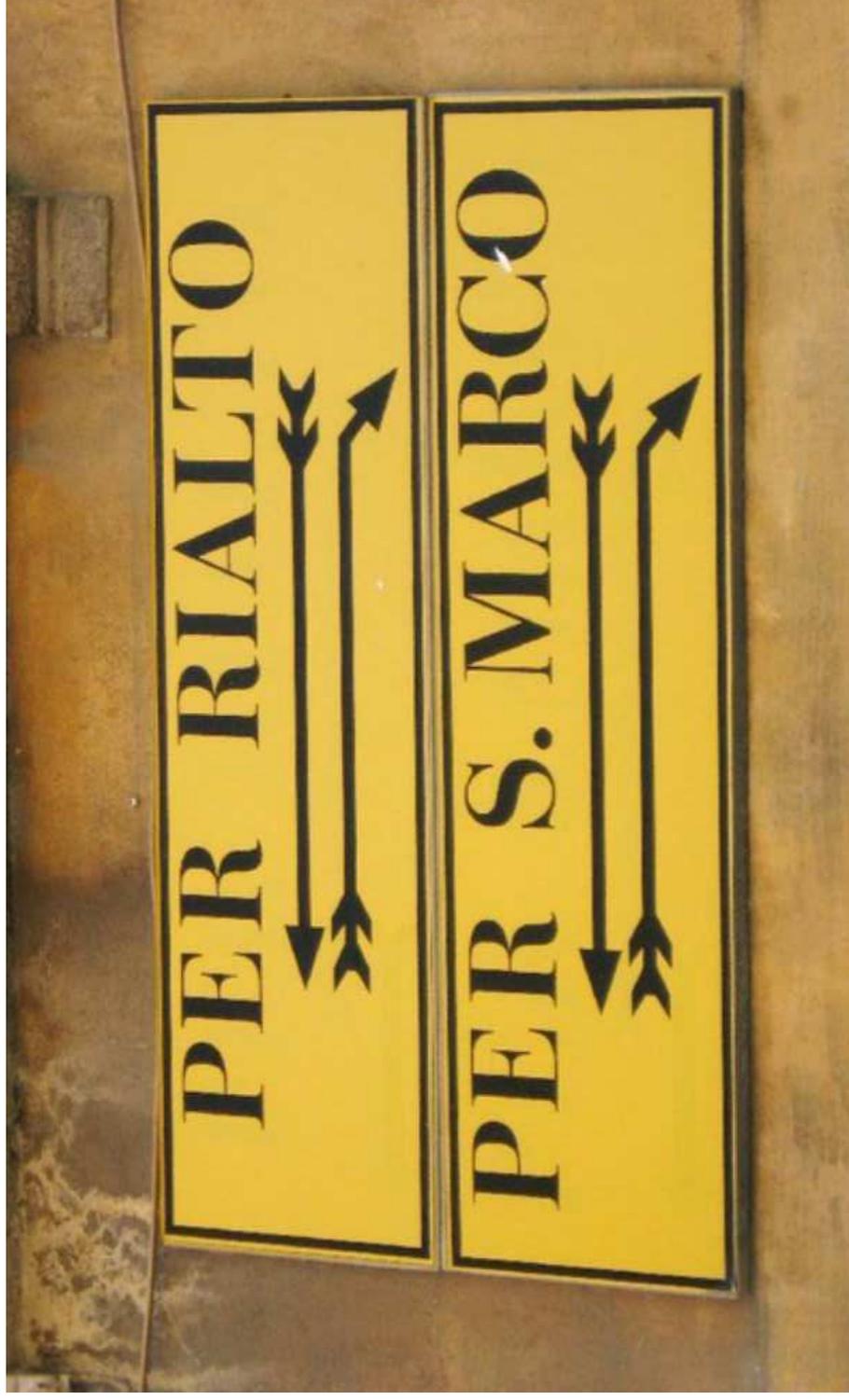
Gravidanze a decorso patologico



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 PFPM	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

Esempio di indicatore



Mancata partecipazione ai corsi di preparazione al parto Cedap 2014-16

	Ambito territoriale Forlì		Ambito territoriale Cesena		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Totale	721	39,0	510	23,8	3,839	34,2	17,184	41,3
Classi d'età della madre								
<24	191	71,3	162	53,1	991	60,3	4.140	70,5
25-34	389	34,6	240	18,8	1.992	29,7	9.278	37,5
35-39	107	31,2	74	16,8	637	28,6	2.738	32,7
40 e oltre	34	34,0	34	27,0	219	33,5	1.028	40,2
Nazionalità								
Italiane e PSA	390	27,3	254	14,8	2.114	24,3	10.216	31,6
Straniere PFPM	331	80,9	256	59,3	1.725	68,2	6.968	75,2
Istruzione della madre								
Laurea	149	21,8	91	12,5	905	22,6	4.423	28,5
Media Superiore	313	40,0	218	21,5	1.710	33,1	7.652	41,6
Media inferiore/ nessun titolo	259	70,2	201	49,8	1.224	59,7	5.109	67,0
Condizione professionale della madre								
Occupata	386	30,0	239	15,8	2.058	26,4	9.540	32,5
Disoccupata/in cerca prima occupazione	64	40,8	65	34,9	495	42,1	1.980	48,9
Casalinga e altro	268	69,6	189	48,5	1.231	59,4	5.573	69,9



Mancata partecipazione ai corsi di preparazione al parto Cedap 2014-16

Ambito territoriale Forlì		Ambito territoriale Cesena		Ausl Romagna		Emilia-Romagna	
N	%	N	%	N	%	N	%
721	39,0	510	23,8	3.839	34,2	17.184	41,3

Partecipano di meno le donne

- più giovani
- con cittadinanza straniera
- meno istruite
- disoccupate o casalinghe

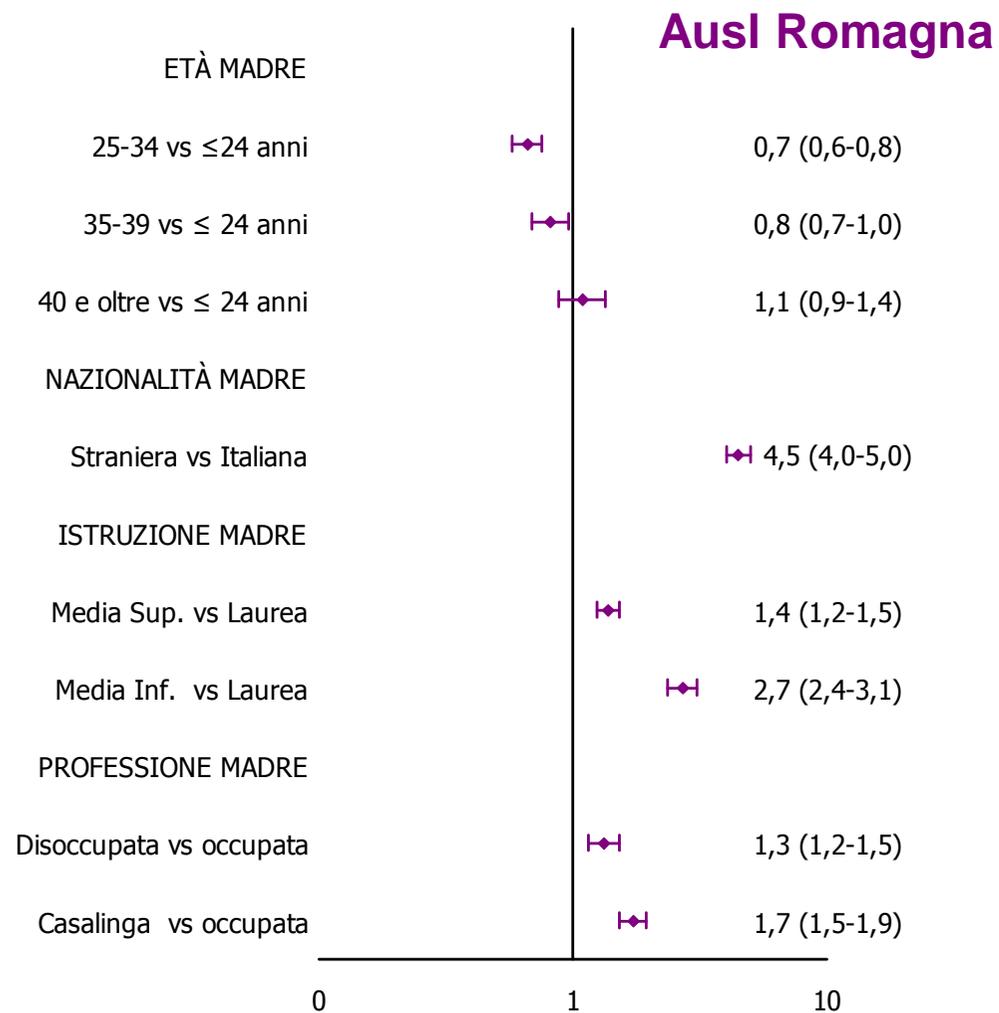


Tabella sinottica- Ambito territoriale Cesena 1

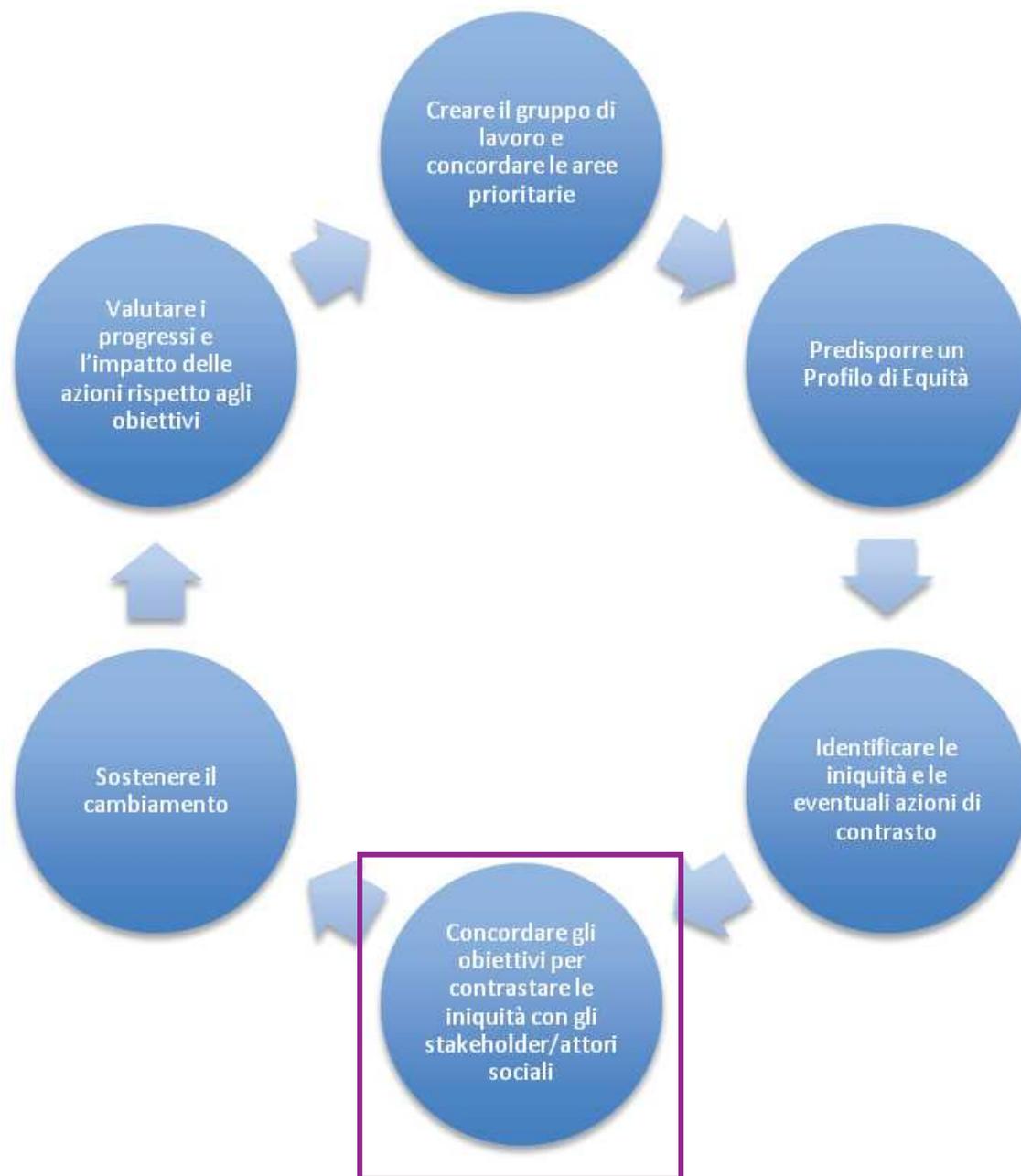
INDICATORE	ETÀ			CITTADINANZA		TITOLO DI STUDIO			CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		
	≤ 24	25-34	≥ 35	Italiana	Straniera	Fino media inf.	Media superiore	Laurea	Disoccupata	Occupata	Casalanga
DETERMINATI											
Variazione ponderale superiore a quella consigliata (*)	☹					☹	☹				
Donne che fumano in gravidanza				☹		☹	☹		☺		
Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12 ^a settimana di gestazione					☹						
Partecipazione ai corsi in 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		☹	☹			☺	☹				



Tabella sinottica segue- Ambito territoriale Cesena 2

INDICATORE	ETÀ			CITTADINANZA		TITOLO DI STUDIO			CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		
	≤ 24	25-34	≥ 35	Italiana	Straniera	Fino media inf.	Media superiore	Laurea	Disoccupata	Occupata	Casalunga
EFFETTI SULLA SALUTE											
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-)											





Per rendere più realizzabile l'AZIONE, la scelta è avvenuta a livello "alto".

**Dipartimento Trasversale
Salute Donna Infanzia e
Adolescenza Forlì-Cesena**
in collaborazione con la **UOC
Epidemiologia e
Comunicazione** del
Dipartimento Sanità Pubblica
della Ausl Romagna

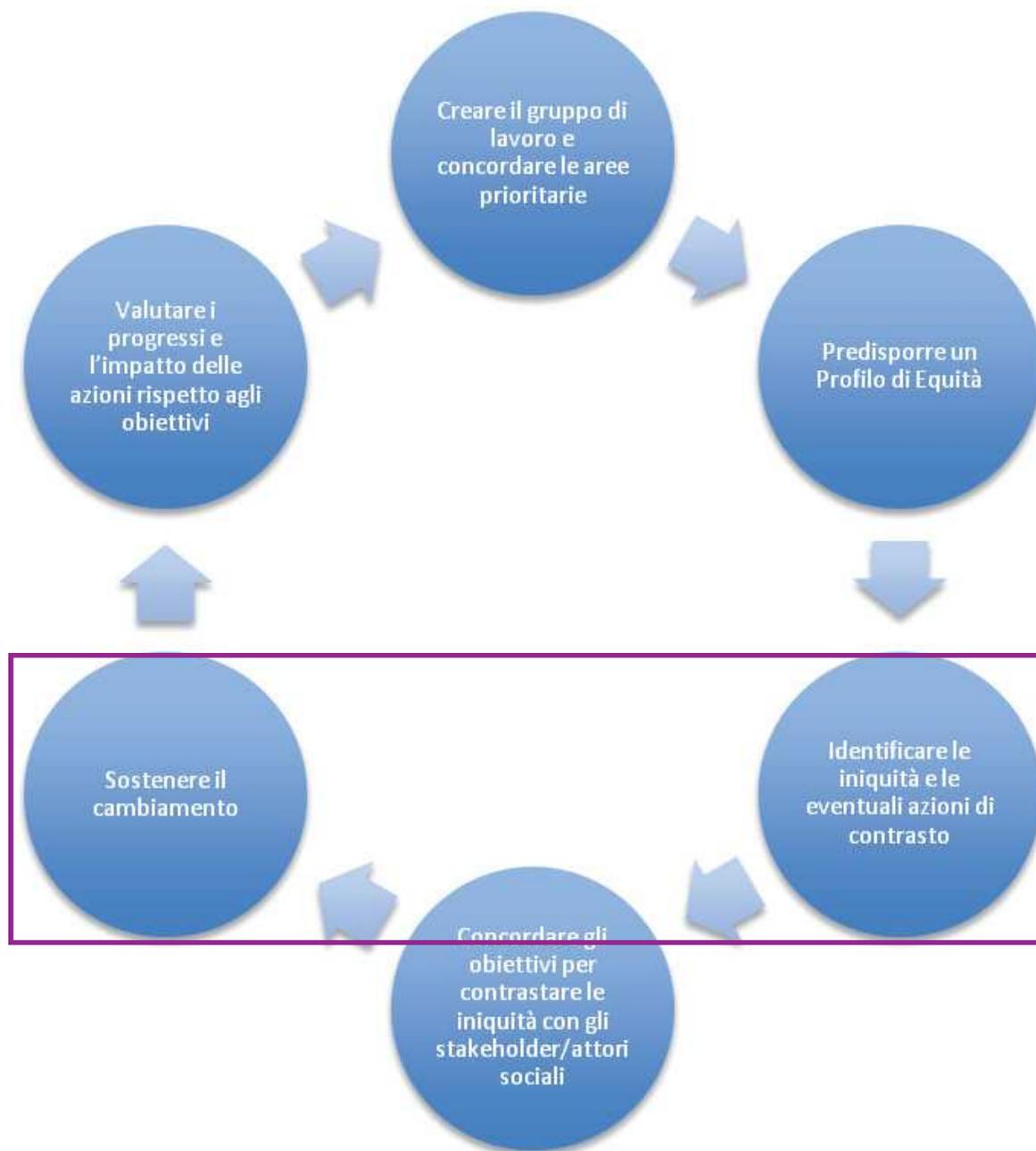


Scelta degli indicatori su cui intervenire Cesena

INDICATORE	ETÀ			CITTADINANZA		TITOLO DI STUDIO			CONDIZIONE OCCUPAZIONALE		
	≤ 24	25-34	≥ 35	Italiana	Straniera	Fino media inf.	Media superiore	Laurea	Disoccupata	Occupata	Casalinga
DETERMINATI											
Variazione ponderale superiore a quella consigliata (*)	☹					☹	☹		STILI DI VITA		
Donne che fumano in gravidanza				☹		☹	☹		☹		
Esecuzione della prima visita prenatale dopo la 12 ^a settimana di gestazione					☹						
Partecipazione ai corsi in preparazione al parto	☹				☹	☹	☹		☹		☹

**Accesso corsi
accompagnamento alla
nascita**





In questa fase si è avviato un gruppo di lavoro più ampio, intersettoriale e interdisciplinare



Creazione di un gruppo di lavoro intersettoriale e multidisciplinare

Enti Pubblici Locali

- Ufficio di Piano
- ASP – (centro per le famiglie, centro interculturale)

AUSL

UOC Epidemiologia e Comunicazione
Distretto

Pediatria di Comunità Cesena
Consultorio Familiare Cesena

Associazionismo

Altri attori sociali



Agire



Definizione di due linee di attività (schede progetto)

1. Aumentare e migliorare informazione e conoscenze delle donne in maniera trasversale su servizi e importanza stili di vita sani in gravidanza e nel puerperio

■ **2. Comprendere le barriere all'accesso e alla fruizione dei servizi del consultorio, tra cui i corsi di accompagnamento alla nascita nelle categorie più svantaggiate**



Aumentare e migliorare l'informazione e conoscenze del personale

FAVORIRE LO SCAMBIO E L'INTERSETTORIALITA'

Predisposizione di una **mappatura di servizi** e progetti disponibili sul territorio suddivisi per target:

- Gravidе
- 0-3 anni
- > 3 anni
- Famiglie/genitori



Aumentare e migliorare l'informazione e conoscenze del personale

- Definizione di un **percorso formativo** dedicato a tutto il **personale del consultorio del territorio di Cesena** articolato su diverse giornate, nell'arco di 5-6 mesi, su stili di vita in gravidanza con una attenzione particolare agli aspetti inter/culturali e antropologici

Programma

- Stili di vita sani in gravidanza e nel puerperio
- Tabacco e alcool in gravidanza: esiti
- Aspetti culturali ed antropologici legati alla gravidanza e alla maternità
- Discussione casi (segni di disagio o di violenza in gravidanza)
- Valutazione dei mutamenti nel comportamento delle gravide negli ultimi 15 anni

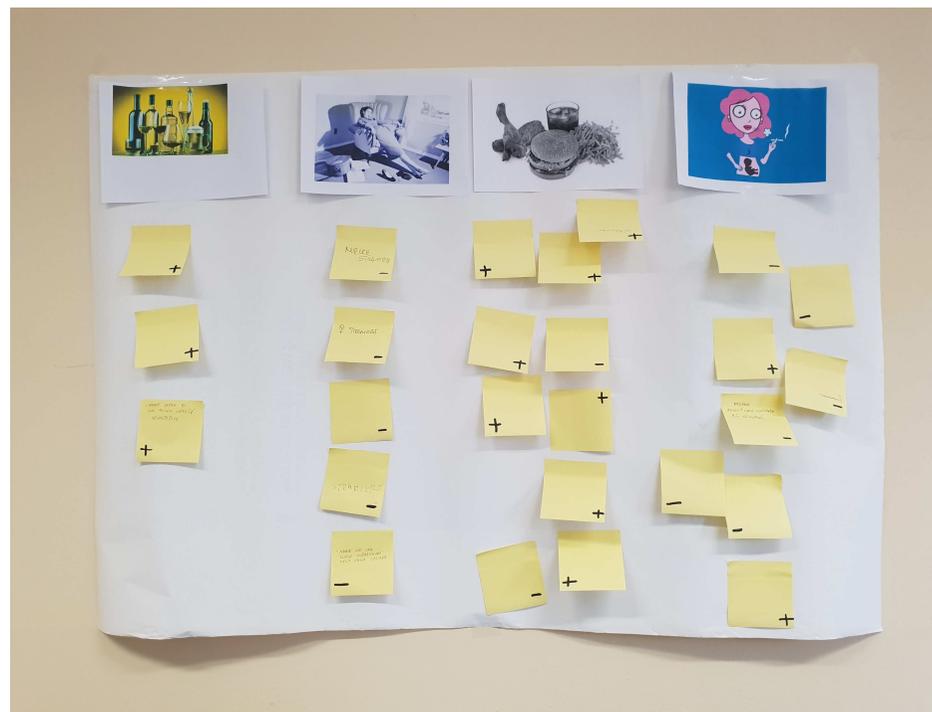


Focus group con il personale del consultorio

In collaborazione con l'ASSR.

Partecipanti ostetriche e psicologi del consultorio

Analizzati ostacoli e fattori favorenti il counselling ai corretti stili di vita in gravidanza.



Creazione di «opportunità» dedicate

- Gruppi di cammino per gravide
- Counselling per smettere di fumare
- Corsi di Cucina per gravide a rischio obesità



Aumentare e migliorare l'informazione e conoscenze delle donne

INFORMAZIONE DI PROSSIMITA'

Identificazione di alcuni setting di tipo «opportunistico*» dove poter essere presenti e fornire informazioni relative a:

- ✓ Stili di vita in gravidanza e puerperio;
- ✓ percorsi di presa in carico disponibili per la gravidanza e il post parto sul territorio di riferimento;
- ✓ modalità per l'accesso ai servizi sanitari appropriati;

*Es. Scuole di Italiano, Scuole dell' Infanzia, Setting lavorativo, comunità straniere e altri luoghi da individuare con la collaborazione delle comunità stesse.



2. Comprendere le barriere

SUPPORTO DEI METODI DI INDAGINE QUALITATIVA

- **Organizzazione di INTERVISTE E/O FOCUS GROUP** per indagare eventuali fattori ostacolanti e favorenti l'accesso ai corsi pre parto presenti sul territorio coinvolgendo le donne con le vulnerabilità e gli operatori a contatto con loro. (in collaborazione con ASSR)



Campi analizzati nelle interviste:

- Partecipazione ai corsi,
 - motivi della non partecipazione,
 - criticità e ostacoli rilevanti
 - livello delle informazioni ricevute su servizi e opportunità
-
- Setting delle interviste: Consultorio, Scuola di Italiano, Centro per le famiglie



2. Comprendere le barriere

“Guardiamoci dentro!”

Valutazione del livello socio-economico dell'utenza che accede ai servizi rappresentati al tavolo

Variabili SE indagate

- Livello di istruzione madre
 - Cittadinanza madre
 - Occupata si/no o casalinga
 - Livello di istruzione padre
 - Cittadinanza padre
 - Occupata si/no
-
- Rilevazione restrospettiva o prospettica dell'utenza



Riunioni/incontri periodici

UNO DEI SUCCESSI DELL' HEA!

Tavolo permanente intersettoriale e “fluido”

Coordinamento UOC Epidemiologia e
Comunicazione in collaborazione con
Dipartimento Materno Infantile

Creazione di sinergie tra servizi e progetti di
ricerca.

Incontri a cadenza mensile di confronto,
aggiornamento, programmazione e valutazione



Estensione dell'HEA

Fine 2018

Presentazione del modello a livello Dipartimentale ai Direttori di Distretto dell' Azienda AUSL

Febbraio 2019 – Prodotti i Report per la Provincia di **Ravenna e Rimini**



**Profilo di equità
in epoca prenatale e
perinatale**



Febbraio 2019

**Profilo di equità
in epoca prenatale e
perinatale**



Febbraio 2019



E cosa fa il resto dell'Azienda?

Febbraio- Aprile 2019

Ravenna: primo incontro con Direttore Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza Ravenna e Direttore Distretto.

Forlì: presentazione al Comitato di Dipartimento Salute Donna Infanzia e Adolescenza Forlì-Cesena e avvio tavolo di lavoro intersettoriale.

Rimini: in attesa di effettuare il primo incontro di presentazione

Nel frattempo....



Advocacy



Presentazione dei report e dell' HEA ai Direttori di Distretto, ai Pediatri di Libera Scelta, alla comunità, etc...

Grazie per l'attenzione!

Domande?



- Per ulteriori informazioni
- giulia.silvestrini@auslromagna.it
- Mauro.palazzi@auslromagna.it

