



**EPIDEMIOLOGIA
& PREVENZIONE**

**Rivista dell'Associazione
italiana di epidemiologia**

ANNO 36 (5)

SETTEMBRE-OTTOBRE 2012

SUPPLEMENTO 5

A I E Associazione
Italiana di
Epidemiologia

**XXXVI Congresso
Annuale**

la salute ai tempi della crisi

come la crisi economica
influisce sulla capacità
delle persone, delle comunità
e dell'ambiente di promuovere
la propria salute, e sulla capacità
del sistema sanitario
di proteggerla in modo
sostenibile

EDIZIONI **i**nferenze

in collaborazione con:



BARI

29.30.31 ottobre

settimane e con un peso tra 2,5 e 4,5 Kg. Le analisi sono state effettuate separatamente per coorte.

I potenziali determinanti della crescita considerati in questo studio sono: la durata gestazionale, l'età materna, l'altezza, il livello di educazione e il BMI pre-gravidanza materno, il fumo in gravidanza, la parità e la presenza di diabete e ipertensione/pre-eclampsia in gravidanza. Abbiamo adattato il modello non lineare SITAR ai pesi osservati (su scala logaritmica): una singola curva (spline) viene adattata alle curve individuali, traslando l'asse del peso e traslando e riscaldando l'asse del tempo, stimando come effetti misti i tre corrispondenti parametri, chiamati *size* (peso all'origine), *tempo* (tempo di maturazione) e *velocity* (tasso di crescita). L'effetto dei determinanti viene misurato su questi parametri. Il modello utilizzato per queste analisi include un effetto delle covariate solo su *size* e *velocity*.

Risultati. Alcuni fattori prenatali sono risultati essere associati con la crescita durante l'infanzia. Nelle tre coorti si è stimato un effetto positivo della durata gestazionale, della parità (pluripare vs. nullipare), dell'altezza e del BMI pre-gravidanza materno su *size* mentre si è stimato un effetto negativo della durata gestazionale e della parità sulla *velocity*. Si è inoltre osservato che i bambini di madri ipertese in gravidanza presentano un *size* minore e una *velocity* più elevata. Questo stesso andamento si è osservato per i bambini nati da madri fumatrici, ma l'effetto è presente nelle sole coorti europee. Non si sono osservati effetti del livello di educazione materno.

Conclusioni. In queste tre coorti i risultati di maggiore interesse riguardano l'effetto del BMI materno su *size* che suggerisce la presenza di un effetto intergenerazionale modificabile e l'effetto dell'ipertensione in gravidanza, in parte spiegabile dalla maggiore proporzioni di prematuri fra i nati da mamme ipertese. Inoltre è rilevante sottolineare che, nonostante il diverso sviluppo economico che caratterizza queste popolazioni, non si è osservato un effetto dell'educazione materna.

110

L'ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO (PS) DI BAMBINI NEL PRIMO ANNO DI VITA IN PROVINCIA DI REGGIO EMILIA: EFFETTO DELLA CITTADINANZA E DEL TITOLO DI STUDIO DELLA MADRE

Bonvicini L,¹ D'Angelo S,¹ Ballotari P,¹ Caranci N,² Giorgi Rossi P,¹ Candela S¹

¹AUSL Reggio Emilia – Dipartimento di Sanità Pubblica – Servizio di Epidemiologia; ²Regione Emilia-Romagna – Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale

Introduzione. Gli immigrati in provincia di Reggio Emilia sono il 13% della popolazione residente. In età pediatrica il ricorso ai servizi di emergenza e di cure primarie differisce tra italiani e immigrati. Anche i determinanti dell'accesso sono diversi nelle due popolazioni.

Obiettivi. Valutare le differenze nell'accesso al PS nel primo anno di vita fra i bambini italiani e immigrati. Misurare l'influenza del titolo di studio della madre sull'accesso al PS dei bambini nel primo anno di vita e verificare se questa differisce per la popolazione immigrata e italiana.

Metodi. Sono inclusi nello studio tutti i nati vivi da parto singolo, residenti in provincia di Reggio Emilia e nati in Emilia Romagna nel 2008-2009 per cui sia stato possibile linkare il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) alle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) del nato (n=10.258). La coorte così ottenuta è stata linkata con il database degli accessi al PS, relativamente ai 12 mesi successivi alla nascita.

Le variabili considerate sono: cittadinanza, titolo di studio ed età della madre, la presenza o meno di nati vivi precedenti, il genere e lo stato di salute del bambino alla nascita.

Un'analisi multivariata (binomiale negativa, zero inflated ove opportuno) è stata effettuata per studiare i fattori che influenzano l'accesso al PS in generale, gli accessi inappropriati (triage bianco), gli accessi urgenti (triage giallo o rosso), le patologie che hanno richiesto ricovero. Si presenta l'Incidence Rate Ratio (IRR) e relativo intervallo di confidenza (IC95%).

Risultati. Il 37% (n=3.843) dei bambini ha almeno un accesso (immigrati 46,8%; italiani 33,7%). Gli immigrati hanno un rischio significativamente maggiore degli italiani di accedere al PS (IRR 1,49; IC95% 1,39-1,61), le femmine accedono meno (IRR 0,88; IC95% 0,82-0,94) mentre i primogeniti accedono di più (IRR 1,24; IC95% 1,16-1,33).

Il basso titolo di studio è un fattore di rischio solo per gli italiani (IRR 1,68; IC95% 1,48-1,91) e non per gli immigrati.

Gli immigrati hanno un rischio maggiore di accessi inappropriati (IRR 1,72; IC95% 1,48-2,00), ma anche di accessi seguiti da ricovero (IRR 1,51; IC95% 1,26-1,82) e, sebbene in minor misura e non significativo, di accessi urgenti (IRR 1,24; IC95% 0,97-1,59).

Conclusioni. Il rischio di accesso al PS per i bambini immigrati è significativamente più alto rispetto agli italiani, in accordo con quanto mostrato in letteratura.

L'influenza del titolo di studio differisce in base alla cittadinanza: per gli italiani è inversamente legato al ricorso al PS, per gli immigrati non si evidenzia una relazione tra le due variabili.

Il maggior ricorso al PS degli immigrati sembra essere dovuto sia a un maggior uso del PS, anche per motivi non urgenti (maggiore rischio di accesso con triage bianco), sia a un maggior bisogno per esiti acuti di questa popolazione (maggiore rischio di accessi seguiti da ricovero e di accessi urgenti).

166

RAPPORTO DEI SESSI ALLA NASCITA NELLA POPOLAZIONE CINESE E INDIANA IN TOSCANA

Da Frè M,¹ Voller F,¹ Dubini V,² Cipriani F¹

¹Osservatorio di Epidemiologia, Agenzia Regionale di Sanità della Toscana;

²Azienda Sanitaria di Firenze

Introduzione. L'Organizzazione mondiale della sanità definisce valori del *sex ratio* (rapporto dei sessi alla nascita: numero di nati maschi ogni 100 femmine) compresi tra 102 e 106 maschi come biologicamente normali. Alcune popolazioni, come quella cinese e indiana, registrano valori del *sex ratio* particolarmente elevati nel Paese di origine, ma anche nelle comunità che vivono all'estero.