

Tratto da Sis-Magazine

<http://old.sis-statistica.org/magazine>

Le diseguaglianze sociali nel percorso nascita; l'esperienza del CedAP in Emilia-Romagna

- Articoli -
Data di pubblicazione : mercoledì 2 settembre 2009

Sis-Magazine

Studiare per prendere un diploma o una laurea conviene. Si tratta di una convinzione largamente condivisa e confermata dai dati dell'Istat se mettiamo il titolo di studio in relazione con gli sbocchi professionali. Un basso titolo di studio, poi, per una donna, non è rilevante soltanto per il tipo di lavoro cui può accedere, vuol dire anche un eventuale gravidanza con meno visite di controllo, un rischio accresciuto di partorire con taglio cesareo e di dare alla luce un figlio con basso peso. Questi sono alcuni dei risultati di uno studio condotto in Emilia Romagna, utilizzando il CedAP (certificato di assistenza al parto). Le disuguaglianze sociali sono rilevanti, per quanto riguarda la salute, nonostante il sistema sanitario italiano universalistico abbia una storia trentennale [1]. Condizioni disagiate di vita determinano situazioni di iniquità rispetto alla salute e condizionano le traiettorie di vita sin dall'inizio [2]. Il titolo di studio, l'occupazione e l'ambiente nel quale vivono i potenziali futuri genitori influenzano i percorsi e la vita dei figli che verranno e i risultati di questa indagine stanno a dimostrarlo.

Il CedAP è una fonte informativa prevista in tutte le Regioni italiane. In Emilia-Romagna viene gestita all'interno di un Sistema Informativo integrato di archivi sanitari [3] ed è ampia e affidabile. Permette di redigere rapporti dettagliati sulle nascite avvenute nella regione per ogni anno di calendario e fornisce informazioni su numerose caratteristiche della madre e dei nati, oltre ad alcune sul padre. Dedicata particolare attenzione, inoltre, alla rilevazione e alla sintesi di informazioni sui percorsi assistenziali fruiti e sugli esiti sanitari più rilevanti di gravidanza, parto e nascita.

Nell'ambito del rapporto annuale del 2007 [1] un gruppo di studio ha approfondito le disuguaglianze sociali - già parzialmente indagate nei rapporti degli anni precedenti - mettendo sotto osservazione numerose variabili sullo stato socio-economico e la cittadinanza delle madri e una serie di informazioni complete e di buona qualità che coprono un arco di più di tre anni.

Lo studio ha tenuto conto delle conclusioni della commissione dell'Organizzazione mondiale della sanità sui determinanti sociali di salute (pubblicato a novembre 2008 [2]), e delle raccomandazioni generali che invitano a misurare e analizzare il problema; tali priorità - miglioramento del benessere delle donne e circostanze in cui i figli nascono - sono condivise anche dalla comunità scientifica e dai decisori e il gruppo di studio, pertanto, è impegnato a generare ipotesi per approfondimenti, conservando il maggior rigore possibile entro uno studio di epidemiologia descrittiva, e a produrre sintesi rilevanti a fini di sanità pubblica e utili ai decisori politici.

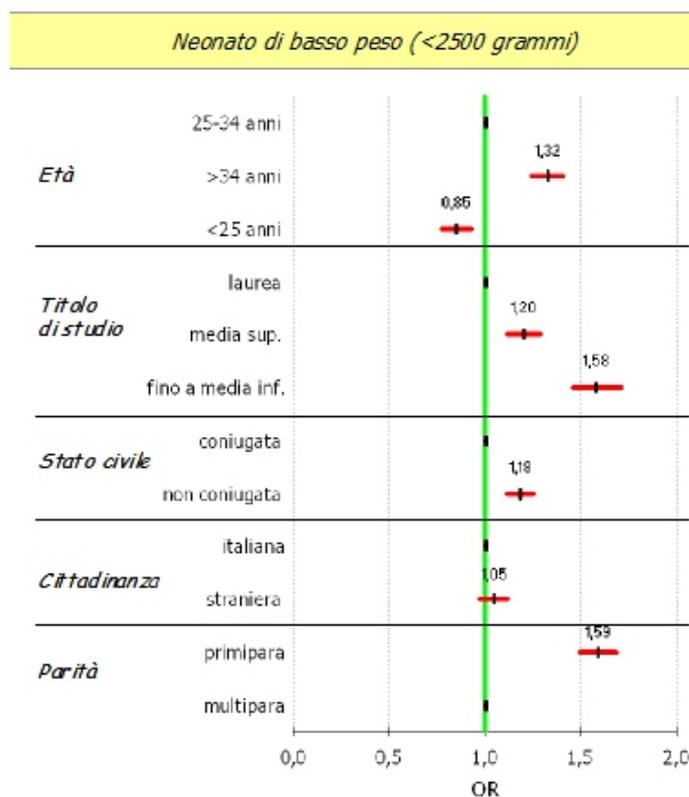
Il periodo di osservazione è il triennio 2005-2007. I dati sono relativi a tutti i parti semplici avvenuti nella regione Emilia-Romagna, vale a dire sono stati esclusi i parti con più nati, che comporterebbero particolari attenzioni nell'interpretazione, e costituiscono l'1,4 per cento del totale. Il numero di parti e nati, in tal modo, coincide ed è pari a 114.014.

Lo studio ha indagato gli esiti sanitari relativi all'assistenza in gravidanza (adeguato numero di visite, prima visita entro i termini consigliati, indagini prenatali invasive, uso prevalente del servizio pubblico in gravidanza, ricovero in gravidanza), al parto (travaglio indotto, persone di fiducia in sala parto, parto con taglio cesareo) e alle condizioni del neonato (basso peso, nascita pretermine, necessità di rianimazione, nato morto). Per spiegare la variabilità degli esiti si sono usate le variabili sul titolo di studio, sulla condizione professionale e sulla cittadinanza della madre. Lo stato civile e la parità [2] sono ulteriori variabili ausiliarie introdotte nel modello, oltre all'età, che in un caso specifico (analisi del ricorso a esami invasivi in gravidanza) è stata usata come variabile di stratificazione anziché come variabile esplicativa.

Il rapporto ([4] e [5]) è scaricabile in formato elettronico e contiene le sintesi sulle singole variabili, sia per il 2007, sia per il triennio, unitamente ad analisi multivariate su singoli esiti. Le variabili dipendenti sono dicotomiche, cioè del tipo 0-1, e il modello di regressione adottato è un logit, con stime dei coefficienti ottenute con il metodo della massima verosimiglianza (manuale STATA 10 [6]). Ciò corrisponde a condurre un'analisi logistica, ottenendo come coefficienti finali i logaritmi degli *Odds Ratio* (OR), che costituiscono stime dei *Rischi Relativi* (RR), vale a dire misure che

esprimono il rapporto tra il rischio di avere l'esito in studio in un livello della variabile rispetto a quello di un livello di riferimento (con $RR=1$). I risultati dei modelli multivariati sono raffigurati con segmenti che denotano intervalli di confidenza al 95 per cento (IC95 per cento) e, nello studio, sono stati commentati anche alla luce della letteratura pubblicata e della coerenza con quanto osservato nei precedenti rapporti.

Per illustrare il tipo di risultati trovati, riportiamo come esempio l'analisi dell'esito basso peso alla nascita (<2.500 gr), con la stima degli *OR* (IC95 per cento) per ogni variabile introdotta nel modello, per spiegarne la variabilità al netto delle altre. La letteratura indica che la bassa scolarità, l'appartenenza a minoranze etniche, la condizione professionale sfavorita della madre sono condizioni associate a tale esito; inoltre l'analisi delle reti causali evidenzia l'importanza di alcuni determinanti: fumo e nutrizione materna, età e parità. I risultati ottenuti con i dati rilevati nel 2005-07 (nel solo 2007 anche il fumo) e riportati di seguito, sono coerenti con quanto pubblicato nella letteratura internazionale.



Inoltre:

- ▶ le donne fumatrici, che non modificano tale abitudine pure in gravidanza, risultano avere un rischio maggiore di partorire un bambino di basso peso alla nascita: $OR=1,7$ (IC=95%: 1,4-2,0).

NB: dati fumo solo 2007. La stima è ancora una volta "al netto" dell'effetto delle altre variabili.

Come esempio di un ulteriore sviluppo, menzioniamo un indice che conta le condizioni di svantaggio, e che permette anche di individuare la dimensione del gruppo più svantaggiato: si tratta di informazioni cruciali per definire gli interventi volti a contrastare le disuguaglianze per quanto riguarda la salute pubblica. Ad esempio, rispetto all'esito "insufficiente numero di visite in gravidanza" le 4 condizioni di svantaggio (età più giovane, titolo di studio inferiore,

disoccupata, non coniugata) sono contemporaneamente presenti in 1.621 donne con parto semplice nel triennio. Conoscere l'ammontare del contingente di donne più vulnerabili, in questo caso a prescindere dalla loro cittadinanza, fornisce elementi utili alla programmazione di interventi più adeguati.

I risultati (si rimanda, per le stime numeriche, al rapporto [4]), commentati per ogni singolo esito anche in relazione con le conoscenze disponibili della letteratura pubblicata, sono stati ulteriormente sintetizzati in un quadro sinottico (cfr. Rapporto 2007, pp-128-129 [4]).

Le conclusioni, mettendo al centro i determinanti sociali anziché i singoli aspetti dell'assistenza e della salute della madre e del nato, offrono uno strumento conoscitivo al decisore politico [3], come si evince di seguito.

- La *scolarità materna medio-bassa* (fino alla licenza media inferiore), la *cittadinanza straniera* e la *condizione di mancata occupazione materna* (disoccupazione e stato di casalinga) risultano significativamente associate (seppure con diversa intensità) a:
 - maggiore rischio di inappropriata assistenza in gravidanza (meno di 4 controlli ed epoca tardiva del primo controllo);
 - maggiore utilizzo prevalente di servizi pubblici (consultori e ambulatori ospedalieri) per l'assistenza in gravidanza;
 - minore ricorso alla diagnosi prenatale invasiva nelle donne di età inferiore ai 35 anni;
 - maggiore probabilità di non essere accompagnate da una persona di fiducia in sala parto.
- La *scolarità materna medio-bassa* e la *cittadinanza straniera* risultano significativamente associate (con diverse intensità) a un aumentato rischio di: neonato pretermine (<37 settimane e.g.), neonato grave pretermine (<32 settimane e.g.), neonato di peso molto basso (<1500 g), necessità di rianimazione in sala parto e morte fetale in utero.
- La *scolarità materna medio-bassa* e la *condizione di mancata occupazione materna* risultano significativamente associate a un maggior rischio di ricovero in gravidanza.
- La *cittadinanza straniera* e la *condizione di mancata occupazione materna* risultano significativamente associate a un minor ricorso alla diagnosi prenatale invasiva nelle donne di età uguale o superiore ai 35 anni.
- La *scolarità materna medio-bassa* risulta significativamente associata (con diversa intensità) a un maggior rischio di parto cesareo e di nascita di un bambino di basso peso (<2500 g.).
- La *cittadinanza straniera* risulta significativamente associata a un maggior rischio di induzione del travaglio.

È stata condotta un'ulteriore analisi secondo il paese di nascita della madre (utilizzando una classificazione OMS che divide i paesi secondo il tasso di mortalità nei primi cinque anni di vita) e la sua scolarità. Per la maggior parte delle variabili si osserva che l'associazione tra origine straniera ed esito indagato è più forte per le donne di bassa scolarità nate in paesi caratterizzati da elevati tassi di mortalità, sia per quanto riguarda gli aspetti relativi all'assistenza in gravidanza e al parto, sia per la maggior parte degli esiti neonatali.

Inoltre gli esiti negativi associati alle diseguglianze non sono osservabili soltanto nella popolazione immigrata, ma anche in quella italiana caratterizzata da scolarità medio-bassa e/o mancata occupazione materna.

Si osserva anche un aumentato rischio di esiti negativi associato

- ▶ *all'età materna*: alla giovane età per gli esiti relativi all'assistenza in gravidanza, alla condizione di età uguale o superiore ai 35 anni per gli esiti relativi al parto e alla salute neonatale;
- ▶ *alla parità*: alla multiparità per gli esiti relativi alla gravidanza, alla condizione di primipara per gli esiti relativi al parto e alla salute neonatale;
- ▶ alla condizione di donna *non coniugata*, che è presente in più del 25 per cento dei casi.

Per concludere, la mole e la qualità dei dati raccolti consentono di esaminare in maniera approfondita il fenomeno e di collegarlo ai determinanti sociali, giudicati rilevanti per i vari esiti. Ne deriva un'ampia descrizione, la conferma di alcune relazioni espresse in studi di letteratura pubblicati in altri paesi e la proposta di altre ipotesi per l'approfondimento. A prescindere dall'approccio individuato - sempre suscettibile di miglioramenti - lo studio ha prodotto informazioni rilevanti per la sanità pubblica riguardanti la caratterizzazione e la quantificazione della popolazione sensibile, che sono utili presupposti per intraprendere politiche di intervento.

Per saperne di più

[1] Costa G, Cislighi C, Caranci N (eds). *Le disuguaglianze di salute. Problemi di definizione e di misura*. Salute e Società, Franco Angeli, 2009; a. VIII, n. 1: 58-78.

[2] Rapporto finale della *Commission on Social Determinants of Health*, novembre 2008:
http://www.who.int/social_determina...

[3] Sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali.: <https://siseps.regione.emilia-romag...>

[4] 5° rapporto "La nascita in Emilia Romagna": i dati Cedap per il 2007, dicembre 2008:
<http://www.regione.emilia-romagna.i...>

[5] Presentazione del Rapporto: <http://www.regione.emilia-romagna.i...>

[6] STATA base reference manual, volume 2 I-P, release 10, Stata press 2007.

Autori

Nicola Caranci, Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna

Camilla Lupi, Servizio Sistema informativo sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna

Dante Baronciani, Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'assistenza Sanitaria, Modena

[1] Nell'anno i dati raccolti sono relativi a 39.792 parti (ed a 40.370 neonati), in più di 120 variabili

[2] Variabile indicante la condizione di aver avuto precedenti parti (multiparità)

[3] Si veda la tabella sinottica a pagina 128 del rapporto