

Disuguaglianze in cifre

Potenzialità
delle banche dati sanitarie

ISSN 1591-223X
DOSSIER
145-2007



Disuguaglianze in cifre

Potenzialità
delle banche dati sanitarie

Accreditamento

La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agazia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

responsabile Marco Biocca

redazione e impaginazione Federica Sarti

Stampa Regione Emilia-Romagna, Bologna, marzo 2007

Copia del volume può essere richiesta a

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail fsarti@regione.emilia-romagna.it

oppure può essere scaricata dal sito Internet

http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss145.htm

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

Il documento è stato predisposto nell'ambito del Progetto ministeriale ex artt. 12 e 12 bis, DLgs 502/1992 e successive modificazioni "Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili" - sottoprogetto "Analisi dell'accesso ai servizi sanitari attraverso le banche dati" - a cura dell'équipe di ricerca coordinata dall'Unità operativa Azienda USL di Bologna (ex Bologna Nord)

Maria Cristina Cocchi Azienda USL di Bologna - responsabile scientifico dell'UO
Pasquale Falasca Azienda USL di Ravenna
Oscar Mingozi Azienda USL di Forlì
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Mauro Palazzi Azienda USL di Cesena
Giuliano Silvi Azienda USL di Ravenna
Laura Zanzani Azienda USL di Rimini

La redazione del volume è stata curata da

Maria Cristina Cocchi Azienda USL di Bologna
Pasquale Falasca Azienda USL di Ravenna
Mauro Palazzi Azienda USL di Cesena
Barbara Calderone Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Sara Capizzi Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Hanno contribuito alla stesura dei Capitoli

Arianna Ancarani Azienda USL di Ravenna
Romana Bacchi Azienda USL di Forlì
Elizabeth Bakken Azienda USL di Cesena
Nicoletta Bertozzi Azienda USL di Cesena
Barbara Calderone Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Sara Capizzi Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Maria Cristina Cocchi Azienda USL di Bologna
Francesca Di Tommaso Azienda USL di Ravenna
Pasquale Falasca Azienda USL di Ravenna
Maria Augusta Nicoli Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Mauro Palazzi Azienda USL di Cesena
Vincenza Perlangeli Azienda USL di Bologna
Francesca Righi Azienda USL di Cesena
Rossella Salvi Provincia di Rimini
Teresa Samorè Azienda USL di Ravenna
Giannalberta Savelli Azienda USL di Ravenna
Angelo Stefanini Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna,
e Università di Bologna
Patrizia Vitali Azienda USL di Cesena
Laura Zanzani Azienda USL di Rimini

Si ringraziano

Maria Vizioli	Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna
Eleonora Verdini	Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna
Camilla Lupi	Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna
Simonetta Simoni	Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna
Sergio Battaglia	Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna
Gisella Garaffoni	Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna
Francesca Francesconi	Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna
Massimo Clo	Direzione generale Sanità e politiche sociali Emilia-Romagna
Alessandro Milani	Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

Ciclo di workshop regionali *Sanità, il diritto debole. Strumenti, metodologie di analisi delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari e indicazioni per sviluppare strategie operative tese a garantire equità*, maggio-giugno 2005.¹

- Dossier n. 111. *Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee*. 2005.
- Dossier n. 138. *Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna*. 2006.
- Dossier n. 145. *Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie*. 2007.

¹ http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/eventi/2005_ws_disug.htm

Indice

Introduzione	9
<i>Abstract</i>	10
Parte I. Diversi o disuguali?	11
1. Le disuguaglianze tra vulnerabilità sociale e capacità individuali	13
1.1. Il contesto	13
1.2. Disuguaglianza, vulnerabilità... È solo una questione lessicale?	16
1.3. "Quanta disuguaglianza possiamo accettare?"	19
1.4. Il modello: i meccanismi generatori	20
1.5. I flussi informativi regionali e le scelte metodologiche	21
2. Le disuguaglianze sociali e la salute: il ruolo delle variabili socio-economiche	25
2.1. Reddito e salute	25
2.2. Determinanti socio-economici e storie individuali di salute	26
2.3. Ruolo della coesione sociale	27
2.4. Ruolo delle disuguaglianze socio-economiche	27
2.5. Per un quadro concettuale dei determinanti socio-economici della salute	28
3. La programmazione distrettuale e le disuguaglianze sociali	31

Parte II. Le disuguaglianze in cifre	35
4. La popolazione dell'Emilia-Romagna: la diversità non è un <i>optional</i>	37
4.1. La popolazione regionale sempre più "diversa"	37
4.2. Natalità e fecondità	43
4.3. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori	45
4.4. L'immigrazione dall'Italia	47
4.5. Le famiglie	48
5. Uno sguardo ai ricoveri	51
5.1. Introduzione	51
5.2. Materiali e metodi	51
5.3. Risultati	53
6. L'accesso al Pronto soccorso	65
6.1. Premessa	65
6.2. Materiali e metodi	66
6.3. Risultati	67
6.4. Conclusioni	73
7. L'accesso alle cure pre-natali	75
7.1. Introduzione	75
7.2. Materiali e metodi	76
7.3. Risultati	77
7.4. Conclusioni	81
8. Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)	83
8.1. Introduzione	83
8.2. Materiali e metodi	84
8.3. Risultati	85
8.4. Conclusioni	95
9. La mortalità infantile	97
9.1. Introduzione	97
9.2. Materiali e metodi	98
9.3. Risultati	99
9.4. Conclusioni	102

Parte III. L'uso integrato di banche dati	105
10. Verso l'elaborazione di indicatori sulle disuguaglianze	107
10.1. Introduzione	107
10.2. Lungo i sentieri delle disuguaglianze	108
11. Creazione di un Osservatorio sui fenomeni migratori della provincia di Rimini	137
11.1. Come nasce l'idea di un Osservatorio	137
11.2. Obiettivi e destinatari dell'Osservatorio	138
11.3. Istituzioni, organizzazioni e altri attori coinvolti	138
11.4. Azioni previste e tempi di realizzazione del progetto	138
11.5. Modalità di diffusione e presentazione	141
11.6. Principali risultati raggiunti al 2005	141
11.7. Sviluppi futuri	143
Bibliografia	145

Introduzione

Il Dossier raccoglie i contributi e le riflessioni scaturite all'interno del gruppo di lavoro "Analisi dell'accesso ai servizi sanitari attraverso le banche dati" nell'ambito del progetto ministeriale "Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili". Obiettivo della pubblicazione è presentare i principali risultati, in termini sia di riflessione teorica che di analisi dei dati, su come il tema delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e nei percorsi di cura può essere affrontato utilizzando le banche dati sanitarie regionali.

Un gruppo di lavoro composto da 8 Aziende USL² coordinate dell'Agenzia sanitaria regionale ha infatti sviluppato approfondite analisi utilizzando i dati forniti dai principali flussi informativi sanitari attivi in Emilia-Romagna (dimissioni ospedaliere, specialistica ambulatoriale, parti, aborti, mortalità, emergenze-urgenza).³

Nella prima parte del volume vengono fornite le informazioni di contesto da cui prende avvio il progetto. Si tracciano le motivazioni da cui è scaturito e in particolare si mettono in luce le scelte metodologiche che hanno guidato le indagini effettuate in relazione al modello di accesso a cui si fa riferimento (*Capitolo 1*); sono inoltre descritti i principali orientamenti della letteratura sullo studio delle disuguaglianze sociali, evidenziando come siano consolidati i risultati che mettono in stretta relazione i determinanti sociali (reddito, *status* sociale, ecc.) con le condizioni di salute della popolazione (*Capitolo 2*). Infine viene preso in considerazione il punto di vista dell'organizzazione (la programmazione distrettuale) consentendo di collocare gli studi e la riflessione all'interno della gestione quotidiana dei percorsi di accesso ai servizi sanitari (*Capitolo 3*).

Nella seconda parte del Dossier viene presentato il quadro demografico della Regione (*Capitolo 4*) e vengono esposti i diversi studi condotti sui dati dei principali flussi informativi: scheda di dimissione ospedaliera (SDO; *Capitolo 5*), accesso al Pronto soccorso (*Capitolo 6*), certificato di assistenza al parto (CedAP; *Capitolo 7*), banca dati sugli aborti, considerando solo le interruzioni volontarie di gravidanza (*Capitolo 8*) e Registro di mortalità (ReM), con particolare attenzione alla mortalità infantile (*Capitolo 9*).

Nella terza parte vengono presentate due riflessioni conclusive sulle potenzialità di un approccio multidisciplinare al tema delle disuguaglianze (*Capitolo 10*) e dei *link* tra banche dati sanitarie e non sanitarie (*Capitolo 11*).

² Aziende USL di Ferrara, Bologna (ex Città ed ex Bologna Nord), Rimini, Cesena, Reggio Emilia, Ravenna e Forlì.

³ <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/index.html>

Abstract
Numbers of inequalities
Potentialities of health databases

The volume collects contributions and comments of the regional workgroup "Analysis on access to health services through databases" within the project financed by the Minister of Health "Inequalities: generation mechanisms and identification of possible interventions". The Dossier presents the main results on how the problem of inequalities in access to health services and healthcare can be faced using regional health databases.

A work group with participants of 8 Health Units (Ferrara, Bologna - former Città di Bologna and Bologna Nord -, Rimini, Cesena, Reggio Emilia, Ravenna e Forlì) coordinated by the Regional Agency for Health and Healthcare has deeply analysed data from the main health information flows of Emilia-Romagna (hospital discharges, outpatient specialist examinations, childbirths, abortions, mortality, emergency).

In Chapter 1 of the volume some information on the project is given: starting context, motivations, methodological choices (Chapter 1); Chapter 2 deals with the main study trends in literature on social inequalities, underlying the strict relation between social determinants (income, social status, ...) and health conditions of the population. In the third Chapter the focus is the health organization at local level, to understand the everyday management of access to health services.

The second part of the Dossier presents the demographic situation of Emilia-Romagna (Chapter 4) and different studies on the main information flows: hospital discharge file (Chapter 5); access to Emergency room (Chapter 6); certificate of childbirth assistance (Chapter 7); database on abortions (Chapter 8); Register of mortality, in particular of infants (Chapter 9).

The two final chapters deal with the potentialities of a multidisciplinary approach to the theme of inequalities (Chapter 10) and links between health and non health databases (Chapter 11).

Parte I.

Diversi o disuguali?

1. Le disuguaglianze tra vulnerabilità sociale e capacità individuali⁴

1.1. Il contesto

La letteratura riferita alle disuguaglianze in ambito sanitario non solo è numerosa, ma ha ormai una lunga tradizione (vedi *Capitolo 2*).

Un primo livello su cui si è focalizzata la ricerca riguarda la variabilità nella popolazione. Le disuguaglianze nello stato di salute esistenti tra le persone e la popolazione sono l'inevitabile conseguenza di differenze genetiche, di condizioni socio-economiche diverse o il frutto della scelta individuale del proprio stile di vita. Le disuguaglianze si osservano su tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale: a parità di età, il rischio di morire è più alto nelle classi sociali più svantaggiate, tra i disoccupati, tra chi abita in case disagiate e in quartieri degradati, tra chi vive solo o in situazioni familiari meno protette. Il grado di istruzione è un altro fattore fondamentale poiché è portatore di conoscenze, abilità, possibilità di autogestione, capacità di scelta, senso di responsabilità per sé e per gli altri (Costa *et al.*, 1999; Kawachi, 1999). Quando svantaggi socio-economici si associano a condizioni in cui è presente una patologia cronica o malattia mentale, le disuguaglianze si accentuano ulteriormente (Gresenz *et al.*, 2001; Strurm, Gresenz, 2002).

Un secondo livello concerne la variabilità riscontrabile nell'accesso e nei trattamenti. Le persone appartenenti a fasce di popolazione svantaggiata accedono a un sistema di prestazioni sanitarie molto spesso intempestive, di qualità scadente, ripetitive, inappropriate e scarsamente efficaci. In particolare, sono più esposte a iperconsumo di prestazioni inefficaci e inappropriate - quando non addirittura dannose - e sono meno capaci di accedere ai servizi necessari, soprattutto a interventi di alta complessità, per rimediare a condizioni di salute peggiori; o ancora, nei loro confronti vengono effettuate scelte discriminatorie che non trovano giustificazione in termini di evidenze (Bowling, 1999; Reale, 2002).

Un terzo livello di variabilità riguarda i razionamenti impliciti. Con l'entrata in vigore dell'accordo tra Stato e Regioni (novembre 2001) che introduce l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza si avvia un percorso di prioritarizzazione dei trattamenti, che inevitabilmente sta avendo forti ripercussioni sulla popolazione e in particolare sulle fasce deboli. Il Sistema sanitario sarà in grado di garantire equità di accesso a fronte della selettività delle prestazioni e di chi ne avrà diritto?

⁴ A cura di Maria Augusta Nicoli, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Area di programma Accreditamento - Progetto Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale.

Come sottolinea Taroni (2000) dalle esperienze internazionali emerge che

il dibattito sui principi e sui criteri di un "razionamento razionale" dell'assistenza sanitaria sia destinato a non avere mai termine, in quanto la soluzione "razionale" agli innumerevoli problemi scientifici, tecnici ed etici non si intravede in nessun paese (p. 89).

Dietro infatti alla definizione dei LEA si registra

una presenza pervasiva e ubiquitaria di un razionamento implicito dell'assistenza sanitaria ... che mettono in discussione il supposto universalismo e la vantata equità dei sistemi sanitari a finanziamento pubblico e di assicurazione sociale, ed impongono di affrontare esplicitamente il problema della selezione delle prestazioni, non tanto per garantire l'equilibrio finanziario del sistema, quanto per risolvere problemi di equità e di giustizia (Taroni, 2000, p. 32).

Dei molteplici aspetti che discendono dalle considerazioni di Taroni, si vuole qui sottolineare che a proposito del razionamento implicito, sono ormai numerosi gli studi in cui si evidenzia l'influenza esercitata dai fattori sociali sui processi decisionali che riguardano i diversi attori del sistema sanitario in merito alle scelte sulle priorità. Le scelte sono guidate non sempre sulla base dei principi di efficacia, efficienza e utilità ma anche dai valori a cui i decisori fanno riferimento.⁵

È interessante la ricerca condotta da Lian (2001) in cui vengono messe in relazione le norme che guidano i professionisti nella decisione di prioritarizzazione, e come queste norme sono in relazione al percorso di *training*, all'età e al luogo di lavoro. In particolare si evidenzia un'influenza diretta di due variabili di contesto sulla decisione, quali il tipo di dipartimento in cui lavora il professionista e il tipo di ospedale. L'orientamento normativo dei professionisti è cioè influenzato dai contesti specifici nei quali praticano la loro competenza.

Il tema di fondo è quindi comprendere meglio questi processi e accogliere l'invito frutto delle riflessioni di Mechanic (1995) di includere il razionamento implicito come una forma che di fatto garantisce maggiore flessibilità al sistema decisionale e quindi più adatto al crescere delle differenze culturali, di età e alle diverse circostanze. Lo stesso Lian (2001) propone di sviluppare percorsi decisionali *standard* maggiormente aderenti ai contesti in cui si vogliono calare e di porre più attenzione, oltre che alle idee normative che guidano l'azione professionale, alle scelte organizzative come fattori altrettanto rilevanti nei processi decisionali poiché creano le condizioni nelle quali i professionisti operano.

Ham e Coulter (2001) sollecitano a considerare i due processi di razionamento (esplicito e implicito) come strumenti complementari e auspicano che si vada verso un'integrazione di più punti di vista (esperti e *lay people*) quali fonti di informazioni diverse ma equamente rilevanti, per garantire ai processi decisionali sulle priorità la possibilità di affrontare e gestire le scelte conseguenti nella loro complessità.

⁵ Per un approfondimento si rimanda a rassegne sui principali studi condotti in questo ambito (Kneeshow, 1997; Hasman, 2003).

L'introduzione di strumenti di selezione anche in contesti sanitari universalistici tendono a razionamenti impliciti. Le ricerche sugli orientamenti assunti dalla popolazione e dai professionisti nella definizione delle priorità di trattamento mostrano che i criteri sono correlati a valutazioni che risentono dell'attribuzione di responsabilità personale (es. in un fumatore, l'insorgenza del tumore polmonare), delle differenze di età (priorità ai giovani), delle prospettive future della qualità della vita (Bowling, 1993; Domenighetti, Maggi, 2001; Kneeshaw, 1997).

Un quarto livello di cui solo recentemente si sta tenendo conto è la variabilità riferita alle *capabilities* (Sen, 1992). Come è stato evidenziato dalla letteratura recente prodotta dagli economisti, l'idea di uguaglianza deve confrontarsi con due differenti tipi di diversità:

- la sostanziale eterogeneità degli esseri umani e
- la molteplicità delle variabili in base alle quali l'uguaglianza può essere valutata.

Così ad esempio, la disuguaglianza all'interno della famiglia riguarda l'uso delle risorse e la trasformazione delle risorse in capacità di funzionare. Utilizzando esclusivamente dati sulla distribuzione del reddito all'interno della famiglia non si riesce a cogliere il grado di disuguaglianza sociale legato ai due elementi citati (Ranci, 2002).

Il Progetto ministeriale "Le disuguaglianze: i meccanismi di generazione e l'identificazione di interventi possibili"⁶ promosso dall'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna è stato elaborato per analizzare e indicare soluzioni operative dal punto di vista dell'organizzazione. In particolare l'obiettivo generale è:

quello di identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in particolare considerando quel complesso intreccio di variabili - non solo cliniche, epidemiologiche ed economiche - ma socio-culturali e psicosociali che generano condizioni di non equità. Identificazione peraltro finalizzata a predisporre azioni di governo a livello regionale e locale, che implementino una cultura orientata al principio della "cittadinanza delle differenze", che promuovano processi partecipativi alle scelte di politica sanitaria per garantire equità e ridurre i rischi di razionamento implicito (LEA), e finalizzata a portare a sistema le scelte organizzative atte a contrastare forme di discriminazione.

⁶ ex artt. 12 e 12bis, DLgs 502/1992 e successive modificazioni.

1.2. Disuguaglianza, vulnerabilità... È solo una questione lessicale?

La rilevazione delle disuguaglianze comporta l'identificazione di gruppi di soggetti diversamente avvantaggiati. Ci sono, cioè, soggetti appartenenti a determinate categorie sociali che risultano avvantaggiati nell'usufruire di un servizio o nell'avere una qualità di vita migliore, e soggetti appartenenti ad altre categorie sociali che, al contrario, vanno incontro a più difficoltà nell'accedere o usufruire del medesimo servizio o trattamento.

Come già sottolineato, i primi studi che hanno evidenziato la presenza di queste iniquità hanno individuato le appartenenze alle categorie sulla base di variabili socio-economiche, che comprendono cioè il reddito o il livello di istruzione. Valkonen (1994, p. 79) spiega:

gli studi sulle ineguaglianze sociali nella salute si basano sul concetto sociologico di stratificazione sociale: esistono infatti strati o classi sociali che costituiscono una gerarchia in funzione di determinate variabili strettamente correlate, quali la professione, il reddito, le condizioni economiche e il livello di istruzione dei cittadini.

L'utilizzo di questo tipo di variabili risale ai primi studi sulla mortalità in Inghilterra e nel Galles. Chadwick (1965) riferiva che nel 1842 l'età media alla morte delle persone suddivise secondo l'occupazione era:

i gentiluomini e le persone occupate in professione, e le loro famiglie... 45 anni; i commercianti e le loro famiglie... 26 anni; artigiani, servitù e operai, e le loro famiglie... 16 anni.

Dal 1921 i dati di mortalità sono stati pubblicati per ampi gruppi di classi sociali definite secondo l'impiego (Pamuck, 1985). Anche il *Black Report*, un rapporto di un gruppo di lavoro istituito dal governo della Gran Bretagna negli anni '80⁷ per osservare il problema delle disuguaglianze nella sanità, prende in considerazione soprattutto la relazione tra malattia-salute e classe occupazionale. Da questa analisi e da ulteriori ricerche epidemiologiche e sociologiche condotte successivamente facendo riferimento al medesimo tipo di approccio, si è giunti ad osservare come in tutti i paesi per i quali sono disponibili i dati, i tassi di mortalità sono più alti presso le classi più basse (Fox, 1989; Kunst *et al.*, 1992).

Le categorie sociali prese in considerazione da questo tipo di ricerche, che coinvolgono soprattutto discipline quali la sociologia, l'epidemiologia e la medicina, sono quindi costituite da soggetti che appartengono a classi sociali di basso, medio o alto reddito e un livello di istruzione misurato sulla stessa scala. Non sono mancati tuttavia nel tempo accesi dibattiti all'interno di queste discipline sul modo migliore per misurare tali variabili o sul significato che esse sottendono.

In sociologia, ad esempio, è tuttora in corso un dibattito sull'origine delle disuguaglianze nella salute in relazione al reddito. Coloro che condividono l'approccio cosiddetto neo-

⁷ Il gruppo di lavoro sotto la presidenza di Sir Douglas Black presentò i risultati nel 1980 ma il rapporto non venne reso pubblico. Dopo grandi clamori e accesi dibattiti, due anni più tardi fu resa pubblica una versione edita da Townsend e Davidson (1982).

materialistico (che fanno riferimento alla School of Public Health dell'Università del Michigan, USA) sostengono che le disuguaglianze nel reddito sono accompagnate da molte differenze nelle condizioni di vita, sia a livello individuale sia di popolazione, che possono influenzare lo stato di salute. Secondo questa corrente, quindi, il perno è sostanzialmente il reddito assoluto: le differenze nelle condizioni di salute sono legate al reddito, che diventa un indicatore generale dello stato di una persona, perché una persona con reddito basso avrà meno opportunità, meno istruzione, abiterà in case più disagiate, ecc.

Secondo l'inglese Richard G. Wilkinson (1999, 2000), invece, oltre alle disuguaglianze economiche, anche le relazioni sociali hanno un forte impatto sul benessere psico-sociale e possono spiegare il quadro della salute della popolazione nei paesi più ricchi. Per questo tipo di impostazione, definita psico-sociale, il problema non è più il reddito assoluto, ma il modo in cui le persone si collocano nel contesto sociale. L'esempio pratico riportato dall'autore è la differenza di speranza di vita alla nascita tra gli afro-americani e la popolazione di colore del Costa Rica. Il reddito del primo gruppo è nettamente superiore a quello del secondo, eppure la speranza di vita del Costa Rica è più alta di quella degli afro-americani, perché questi ultimi si trovano in un ambiente rischioso e sono discriminati; la popolazione di colore del Costa Rica, invece, vive in modo più coeso, con una situazione di equità all'interno. Questo tipo di approccio suggerisce quindi che la variabile reddito non è di per sé sufficiente per spiegare e misurare le disuguaglianze nella salute, ma che occorre prendere in considerazione anche altre variabili che tengano in considerazione il contesto sociale-relazionale di appartenenza.

Dietro a questi problemi apparentemente metodologici, si evidenzia la necessità di dotarsi non solo di indicatori più adeguati ma di chiavi di lettura in grado di cogliere i processi di trasformazione delle comunità locali, tra cui i percorsi di fragilità sociale difficilmente identificabili e affrontabili con chiavi di lettura macro.

Occorre precisare che la letteratura più recente ha messo in luce che la struttura stessa della disuguaglianza si è modificata inducendo la necessità di un profondo rinnovamento degli strumenti analitici con cui le disuguaglianze vengono osservate e diventano oggetto delle politiche pubbliche.

Tra le nuove povertà e le nuove fragilità sociali ci sono indubbiamente aspetti e fattori determinanti comuni. Come rileva Ranci (2002) i due termini identificano tuttavia posizioni diverse: la prima è caratterizzata dalla perdita quasi definitiva di diritti e di garanzie, dalla mancanza di risorse primarie, dall'assistenza di relazioni sociali che fungano da supporto e da riferimento affettivo e sociale; la seconda è contrassegnata da incertezza di status, dalla disponibilità solo teorica di risorse e di opportunità (talvolta anche in eccesso), dalla presenza di una rete di relazioni ancora vitali anche se logorate e poco resistenti nel tempo.

Se la povertà riguarda una popolazione soprannumeraria che non svolge più funzioni sociali ed economiche riconosciute nel nuovo ordine economico, la vulnerabilità riguarda una popolazione che, pur integrata nei principali sistemi

di organizzazione della società, sperimenta direttamente su di sé, nella propria organizzazione quotidiana e nei propri comportamenti, gli effetti più indesiderabili del nuovo ordine socioeconomico (Ranci, 2002, p. 13).

La disuguaglianza assume oggi un carattere multidimensionale (Paci, 1996) ovvero si costruisce non sulla base di un fattore sul quale si cumulano altri fattori di svantaggio di importanza decrescente, ma dall'intreccio tra fattori diversificati difficilmente ordinabili in via gerarchica. In conseguenza di questo carattere multidimensionale, la disuguaglianza non appare identificabile sulla semplice base dell'occupazione e del reddito disponibile, quanto delle condizioni generali di vita a cui contribuiscono anche i sistemi di *welfare* e le forme di organizzazione familiare

L'analisi di Paci ha portato diverse conferme empiriche all'idea di una pluralizzazione delle fonti di disuguaglianza e all'ipotesi di un'analisi che tenga conto contemporaneamente di variabili tradizionali e innovative, tra cui aspetti relativi alle situazioni di vita dei soggetti (genere, età, famiglia, ecc).

In definitiva gli attributi che solitamente si considerano per rilevare le disuguaglianze sociali andrebbero ricondotti al concetto di vulnerabilità sociale, vulnerabilità intesa come situazione di vita caratterizzata dall'inserimento precario nei canali di accesso alle risorse materiali fondamentali e/o dalla fragilità del tessuto relazionale di riferimento (la famiglia e le reti sociali territoriali); ciò che la caratterizza non è solo un deficit di risorse ma un'esposizione a processi di disarticolazione sociale che raggiunge un livello critico, ovvero mette a repentaglio la stabilità dei modelli di organizzazione della vita quotidiana.

Sul piano pratico questo comporta che i soggetti che rientrano nei percorsi di vulnerabilità sociale non sono tradizionalmente descritti da variabili che indicano la quantità delle risorse acquisite ma dalla stabilità dei canali che ne regolano la disponibilità e l'utilizzo. Si dovrà porre maggiore attenzione anziché sulle posizioni sociali che le persone ottengono, sulle possibilità effettive che la situazione sociale di vita sperimentata offre per l'utilizzo di quanto acquisito, ovvero sulla solidità dei meccanismi di integrazione sociale e di acquisizione/utilizzo delle risorse in cui la popolazione è inserita e a cui deve il proprio tenore di vita.

In questa prospettiva diventa estremamente rilevante affrontare il tema delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari come contesto in cui prendono forma quei meccanismi che contribuiscono a rendere precario l'equilibrio tra collocazioni stabili e collocazioni instabili, generando situazioni vulnerabili che compromettono coloro che si trovano tra integrazione ed esclusione, tra accesso pieno e stabile a certe ricompense sociali e difficoltà a tradurle nel benessere atteso, tra carenza di risorse e buone capacità di organizzazione e gestione strategica.

Come sottolinea Sen (1992), la disuguaglianza riguarda non la distribuzione dei mezzi (esiste un sistema sanitario regionale), quanto l'esistenza di differenziazioni nelle capacità. Un deficit di capacità può dipendere infatti dalla scarsità di mezzi, ma anche dalla difficoltà di convertire i mezzi disponibili in capacità.

1.3. “Quanta disuguaglianza possiamo accettare?”

Il titolo provocatorio del volume scritto da Arnsperger e Van Parijs (2003) mette in luce, come sottolinea Ferrera nell'Introduzione, che:

- vi è una soglia oltre la quale la disuguaglianza non può essere accettata;
- al di sotto di questa soglia la disuguaglianza deve comunque soddisfare alcuni requisiti di accettabilità;
- la disuguaglianza è tendenzialmente una condizione non desiderabile anche se forse necessaria per conseguire qualche altro bene sociale.

Ma si può aggiungere che si tratta anche di definire quale uguaglianza si intende perseguire. Affrontare le politiche in merito alle disuguaglianze, come quelle in ambito sanitario, comporta quindi chiarire la *ratio* sottostante le scelte e le strategie adottate, in quanto dagli approcci generali⁸ a cui si può fare riferimento derivano prescrizioni diverse su come dovrebbero essere razionati i trattamenti sanitari. Quindi verrebbe agita un'idea di uguaglianza non univoca.

Tuttavia, come rileva Ferrera, le strategie perseguite dai governi occidentali di fornire alla crescita della spesa sanitaria (connessa all'invecchiamento della popolazione e al costo dei trattamenti) le strategie sperimentate - quali l'imposizione di forme compartecipative alla spesa finanziaria da parte degli utenti e la limitazione delle prestazioni offerte a carico dell'assicurazione pubblica obbligatoria - non hanno seguito percorsi lineari, né sono state ispirate da criteri espliciti scelti in base a valutazioni ponderate e trasparenti.

Come sostiene Sen (1992), l'idea di uguaglianza deve confrontarsi con due differenti tipi di diversità: la sostanziale eterogeneità degli esseri umani e la molteplicità delle variabili in base alle quali l'uguaglianza può essere valutata.

Così ad esempio, la disuguaglianza all'interno della famiglia riguarda l'uso delle risorse e la loro trasformazione in capacità di funzionare, e nessuno dei due tipi di informazioni viene adeguatamente catturato dalla nozione di distribuzione di reddito all'interno della famiglia (Ranci, 2002). In questa direzione si sta orientando parte della letteratura scientifica: nel numero monografico della rivista *Social Science & Medicine*, vol. 60, n. 2 del gennaio 2005 sono riportati diversi contributi sintetizzati dal titolo dell'editoriale *Equity, Capabilities and Health*.

In particolare, l'approccio delle *capabilities* permette di entrare nel merito dei meccanismi generatori più interessanti per le organizzazioni sanitarie perché consentono di evidenziare soprattutto nella fase di accesso ai servizi gli aspetti che maggiormente competono alla stessa organizzazione.

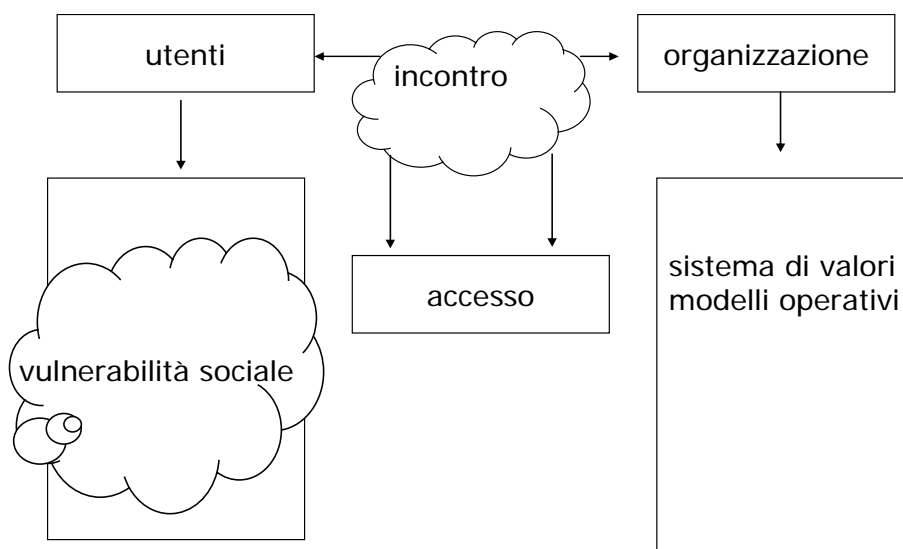
Si possono così intendere le buone pratiche come politiche abilitanti, per cui si sposta l'accento su ciò che è necessario agli individui nelle circostanze concrete perché le loro capacità possano essere sviluppate almeno fino a una soglia minima e possano essere effettivamente esercitate e tradursi in funzionamenti, se le persone lo desiderano (Saraceno, 2002a)

⁸ Approccio utilitarista, liberista, marxista, egualitarista liberale.

1.4. Il modello: i meccanismi generatori

Facendo riferimento all'obiettivo generale del progetto è stato definito un modello interpretativo delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, in cui l'accesso viene analizzato come incontro tra utenza e organizzazione.

Figura 1. Il modello interpretativo



L'accento è sulle seguenti parole chiave:

- meccanismi generatori "sociali", intendendo spiegazioni causali contestualizzate che rendono conto del "come" e del "perché" un dato evento abbia luogo; meccanismo sociale come contesto d'azione - che può essere sia individuale sia collettivo - caratterizzato da uno specifico sistema costituito da vincoli, mezzi materiali, nonché risorse valoriali, cognitive e motivazionali (Bianco, 2001);
- accesso come incontro tra utenza e organizzazione; quindi rivestono rilevanza non solo gli elementi caratterizzanti gli utenti ma anche gli aspetti strutturali/culturali dell'organizzazione e i professionisti;
- vulnerabilità sociale, intesa come situazione di vita caratterizzata dall'inserimento precario nei canali di accesso alle risorse materiali fondamentali e/o dalla fragilità del tessuto relazionale di riferimento (la famiglia e le reti sociali territoriali); ciò che caratterizza questa situazione non è solo un *deficit* di risorse ma un'esposizione a processi di disarticolazione sociale che raggiunge un livello critico, ovvero mette a repentaglio la stabilità dei modelli di organizzazione della vita quotidiana;
- le buone pratiche come politiche abilitanti attuate dal sistema pubblico di servizi; l'accento si sposta pertanto su ciò che è necessario agli individui nelle circostanze concrete, affinché le loro capacità si sviluppino almeno fino a una soglia minima e possano essere effettivamente esercitate (Saraceno, 2002a).

1.5. I flussi informativi regionali e le scelte metodologiche

Il *focus* del Dossier è sulle differenze nell'accesso ai servizi sanitari e nei percorsi di cura tra chi è vulnerabile socialmente e chi non lo è. L'accesso come incontro comporta una lettura delle disuguaglianze in relazione anche alle caratteristiche dell'organizzazione sia a livello macro (scelte operative, cultura organizzativa, ecc.), sia nella quotidianità dei rapporti tra operatore e utente.

Diventa pertanto necessario dotare l'organizzazione sanitaria di strumenti per leggere il proprio funzionamento a partire dai flussi informativi esistenti e da un loro utilizzo nel rilevare differenze ascrivibili alle vulnerabilità sociali.

Nell'ambito del Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna, si è pertanto deciso di studiare da un lato alcuni servizi rivolti all'intera cittadinanza (Pronto soccorso, assistenza ospedaliera, ...), dall'altro alcuni servizi dedicati a particolari tipologie di utenze considerate socialmente vulnerabili (anziani, immigrati, donne).

La vulnerabilità sociale in questo caso è indagata attraverso il riferimento a tre variabili chiave: cittadinanza/nazionalità, genere, età, condizioni che sono riconosciute anche dal Trattato di Amsterdam come principali fattori esplicativi di diverse forme di discriminazione.

Nella figura si schematizzano le diverse tipologie di servizi in relazione alle differenti caratteristiche dell'utenza.

Figura 2. Tipologie di servizi e caratteristiche dell'utenza



L'obiettivo di fondo di questo volume è:

- sperimentare percorsi di analisi delle differenze di accesso ai servizi sanitari tra quanti sono definiti socialmente vulnerabili e quanti non lo sono;
- sviluppare dove è possibile degli indicatori che permettano di evidenziare inapproprietezze di percorso collegate alle caratteristiche degli utenti.

Prima di entrare nel merito dei contributi di ricerca, è opportuno ricordare che a livello regionale sono disponibili banche dati aggiornate con diverse modalità di utilizzo. Tuttavia, si sono riscontrati dei limiti dovuti al fatto che non tutte le banche dati presentano il campo "cittadinanza" come campo obbligatorio, che alcuni flussi di interesse sono ancora locali (per esempio Pronto soccorso), e che la possibilità di creare dei *link* con altre banche dati non sempre è possibile.

Pertanto in questo contesto si è optato di procedere in due direzioni a partire dall'utilizzo delle banche dati a disposizione e ovviando ai limiti presenti. La prima direzione ha comportato - nelle sedi locali dove è stato possibile - la sperimentazione di *link* fra banche dati appartenenti ad enti diversi per mettere in relazione variabili sanitarie e variabili sociali. In particolare l'Unità operativa dell'Azienda USL di Reggio Emilia ha creato dei *link* tra la banca dati del Registro di mortalità e quella dell'anagrafe del Comune di Reggio Emilia al fine di verificare sia la fattibilità tecnica sia il *trend* della relazione tra mortalità e condizioni socio-economiche rispetto ai risultati ottenuti in ambito nazionale.⁹

Oltre a questa prima esperienza si segnala anche il lavoro svolto dall'Azienda USL di Rimini che ha realizzato un *link* tra la banca dati SDO e quelle amministrative provinciali (anagrafe residenti, permessi di soggiorno, anagrafe assistiti e anagrafe imprese - vedi *Capitolo 10*). In questo caso le variabili considerate sono quelle sanitarie in relazione a variabili socio-culturali della popolazione immigrata.

La seconda direzione ha riguardato l'insieme delle analisi avviate dalle singole Aziende sanitarie *partner* del sottoprogetto (*Tabella 1*). Come si può rilevare sono stati considerati gli accessi a servizi comuni in relazione alle tre dimensioni di vulnerabilità: cittadinanza, età e genere. In particolare, l'attenzione rivolta al percorso nascita permette alcune riflessioni all'interno di una stessa tipologia di utenza (donne) per comprendere meglio dinamiche intra-categoriali in cui le variabili cittadinanza, genere ed età possono generare effetti incrociati.

⁹ Si veda il documento del progetto diretto da Silvia Candela, "Condizioni socio-economiche e mortalità nella popolazione di Reggio Emilia nel decennio 1992-2001" pubblicato nella Collana *Progetto salute* dell'Azienda USL di Reggio Emilia, 2005.

Tabella 1. Ambiti delle ricerche delle Aziende sanitarie *partner*

Aziende USL	Banca dati	Variabili	Periodo	Territorio
Bologna	Flusso informativo aziendale relativo al Pronto soccorso**	età cittadinanza genere	2002	Tutte le Aziende USL aderenti al Progetto ministeriale***
Ravenna	Flusso regionale SDO*, ReM* e mortalità infantile*	età cittadinanza genere	2002-2003	Tutte le Aziende USL aderenti al Progetto ministeriale***
Cesena	Flusso regionale CedAP*	età cittadinanza	2003	Tutte le Aziende USL della Regione
Rimini e Forlì	Flusso regionale aborti**	età cittadinanza	2003	Tutte le Aziende USL della Regione

Legenda

* Sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali Regione Emilia-Romagna banche dati *on line*

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/index.html>

SDO - Scheda di dimissione ospedaliera

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/sdo/sdo.html>

ReM - Registro di mortalità

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/rem/rem.html>

CedAP - Certificato di assistenza al parto

<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/cedap/cedap.html>

** Flussi aziendali sul Pronto soccorso e flusso regionale aborti non disponibili *on line*.

*** Aziende USL di Ferrara, Bologna (ex Città ed ex Bologna Nord), Rimini, Cesena, Reggio Emilia, Ravenna e Forlì.

2. Le disuguaglianze sociali e la salute: il ruolo delle variabili socio-economiche¹⁰

Lo studio dei determinanti socio-economici della salute non è un fenomeno particolarmente recente, potendo in Europa risalire almeno al medioevo con Paracelso, per arrivare, nell'800, al tentativo di comprensione dell'impatto dell'industrializzazione sulla salute con John Snow, Fredrick Engels, Louis René Villermé e Rudolf Virchow.

È tuttavia soprattutto dopo la pubblicazione del *Black Report* in Gran Bretagna nel 1980 che si incontra, da una parte, una grande quantità di studi e ricerche che esplorano la connessione tra fattori sociali e salute e, dall'altra, il tentativo dei decisori politici di concettualizzare i risultati di tali ricerche allo scopo di applicarli nella pratica e tradurli in politiche concrete. L'esempio più conosciuto è senza dubbio quello del governo inglese con l'*Acheson Report* (Acheson *et al.*, 1998), che suggerisce quali *target* preferenziali su cui concentrarsi la povertà, il reddito, il sistema fiscale, l'istruzione, il lavoro, la casa e l'ambiente, la mobilità, i trasporti, l'inquinamento atmosferico e la nutrizione.

2.1. Reddito e salute

Se tuttavia esiste un generale consenso circa l'impatto delle variabili socio-economiche sulla salute, i meccanismi con cui ciò avviene e la forza delle relazioni che tra loro si instaurano non sono altrettanto chiari (Deaton, 2002). Per esempio, gli studi sulla associazione tra reddito individuale e salute mostrano una costante relazione tra livello del reddito e morbosità/mortalità, laddove coloro che si trovano ai livelli di reddito più bassi soffrono dei più alti tassi di mortalità e di inferiore stato di salute. Tuttavia, chi sostiene che questa disuguaglianza individuale nel reddito si traduce in peggiore salute per tutta la popolazione viene confutato da altri (per esempio Mackenback, 2002) che mostrano come nei dati provenienti da 16 paesi industrializzati "l'associazione tra disuguaglianza di reddito e speranza di vita è scomparsa". Conclusioni apparentemente opposte vengono raggiunte da un vasto studio multicentrico dei paesi dell'OCSE (Navarro *et al.*, 2003). Questa vivace discussione ha concentrato l'attenzione sulla natura della relazione esistente tra disuguaglianza e salute, in particolare sulle modalità con cui gli effetti contestuali della disuguaglianza, come basso stato sociale anziché la disuguaglianza di reddito in sé, possano influenzare gli esiti di salute.

¹⁰ A cura di Angelo Stefanini, Direzione generale Sanità e politiche sociali, Regione Emilia-Romagna, e Università di Bologna.

Le differenze nella salute collegate al genere e all'etnia costituiscono un esempio della difficoltà di separare nettamente l'effetto attribuibile ad altre categorie sociali come la classe, che rappresentano parte della rete di relazioni sociali che creano o negano l'accesso a benessere economico e a opportunità sociali. L'etnia può inoltre avere un impatto sulla salute se un particolare gruppo di popolazione ha una storia di povertà relativa e di esclusione sociale, formale o informale. L'esclusione sociale può comprendere l'esclusione dalla società civile sancita da leggi o norme (come la detenzione in centri di permanenza temporanea degli immigrati non regolari), la limitazione o mancanza di accesso a beni sociali per gruppi con bisogni particolari (che ad esempio non conoscono la lingua del posto), l'esclusione dalla società civile di soggetti classificati come devianti o da tenere sotto controllo (tossicodipendenti), ecc. L'esclusione sociale viene quindi ad aggiungersi al carico di altri determinanti sociali vissuti da popolazioni per vari motivi diverse, come avviene quando certi gruppi appartengono in modo sproporzionato a categorie socio-economiche molto basse.

2.2. Determinanti socio-economici e storie individuali di salute

I legami tra i determinanti sociali della salute e le traiettorie individuali di salute e malattia sono molto complessi. È chiaro ormai il ruolo delle esposizioni nei primi periodi della vita sulla storia di salute nella fase adulta (Kuh *et al.*, 2003). Alti livelli di stress possono compromettere il buon funzionamento del sistema immunitario, mentre reti sociali immiserite, bassa autostima, alti tassi di depressione, ansietà, insicurezza e la percezione di perdita di controllo impattano sulla qualità della vita (Wilkinson, 1996). Alcuni fattori sociali come la mancanza di accesso alla scuola possono evidentemente influire negativamente sulle opportunità che si presentano nel corso dell'esistenza (Daniels *et al.*, 1999), mentre lo stress associato a tali disuguaglianze può avere effetti sul benessere emotivo a livello individuale. Stati emozionali negativi compromettono la salute psicologica manifestandosi in problemi come depressione, ansietà, rabbia, disperazione e condizioni fisiche come la malattia coronarica e probabilmente tumori, anche se i fattori causali implicati in queste associazioni sono complessi.

L'epidemiologia sociale ha studiato soprattutto le caratteristiche degli individui (come le condizioni socio-economiche, psicologiche e comportamentali) associate a fattori di rischio e di protezione, vulnerabilità e tenacia. Nonostante i determinanti sociali siano responsabili di esiti negativi di salute in alcune categorie di persone, qualche individuo all'interno di quelle categorie si mantiene in buona salute. Alcuni ricercatori stanno studiando in che modo fattori sociali, eventi e periodi di transizione significativi nella vita possano, da una parte, aumentare la vulnerabilità e la probabilità di esiti avversi (fattori di rischio) o, dall'altra parte, ridurre il rischio e promuovere la capacità di resistenza, accrescendo così la probabilità di esiti positivi (fattori protettivi) (Cashmore, 2001).

2.3. Ruolo della coesione sociale

Quello che è ormai indisputabile è la necessità di un più ampio approccio economico e politico alla salute pubblica, basato sulla conoscenza teorica ed empirica dell'interazione tra relazioni sociali, sviluppo economico, politiche pubbliche e salute. Ne è esempio il dibattito in corso sul cosiddetto capitale sociale, inteso come la capacità che reti e altre strutture sociali hanno di fornire benefici ai propri membri. Tali benefici vengono generati attraverso due principali componenti: l'elemento relazionale, indiretto, che risiede nelle organizzazioni sociali di cui un individuo è membro (fiducia, reciprocità che facilita le interazioni sociali ed economiche), e l'elemento materiale (beneficio diretto) collegato alle risorse a cui quell'individuo può avere accesso grazie alla sua appartenenza al gruppo (Portes, 1998).

Le conseguenze benefiche di una forte coesione sociale sono intuitivamente evidenti, ma ciò che sfugge è attraverso quali "percorsi biologici" si possa passare da una ferita sociale a una biologica, la malattia e la morte. Una prima spiegazione è che esista evidentemente "qualcosa" nelle connessioni tra i singoli individui che è importante per la salute. La statistica medica e l'epidemiologia insegnano che i livelli di salute di una popolazione sono qualcosa di più della semplice somma aritmetica della salute dei suoi singoli membri e che i determinanti della salute di una popolazione sono sia di tipo individuali che di tipo contestuale. Da questo punto di vista c'è qualcosa di intrinsecamente sociale nel migliorare la salute pubblica che non può essere ridotto allo studio e alla modificazione di singoli individui (Rose, 1985). I collegamenti e le relazioni tra le persone rappresentano un'area di indagine senz'altro sottovalutata nell'epidemiologia nonostante sia stato mostrato come esse possano dare luogo a modelli molto diversi di trasmissione delle malattie infettive in una popolazione (Koopman, Lynch, 1999).

Questa prospettiva potrebbe forse fornire un nuovo linguaggio per capire come il supporto sociale abbia a volte mostrato un effetto protettivo contro esiti negativi in salute. Per esempio, un alto livello di supporto sociale blocca la trasmissione dell'agente patogeno chiamato stress.

2.4. Ruolo delle disuguaglianze socio-economiche

Lo studio dell'associazione tra disuguaglianze socio-economiche e disuguaglianze nella salute ha oggi assunto tra gli epidemiologi lo *status* di vera e propria disciplina autonoma, l'epidemiologia sociale. Differenti studiosi hanno sostenuto differenti spiegazioni del fenomeno delle disuguaglianze in salute.

L'interpretazione materiale delle disuguaglianze in salute sottolinea la relazione scalare tra posizione socio-economica e accesso a condizioni materiali tangibili, sia quelle fondamentali come cibo, un tetto e l'accesso a servizi e beni, sia di altro tipo come il possesso di un'auto e della casa, l'accesso a servizi telefonici e internet, e così via (Lynch, Kaplan, 2000).

L'interpretazione psicosociale, invece, attribuisce l'esistenza delle disuguaglianze in salute agli effetti diretti e indiretti dello stress che proviene dall'essere inferiore nella gerarchia socio-economica o dal vivere in condizioni di relativo svantaggio socio-economico. Un modello degli effetti diretti dello stress sui sistemi fisiologici è quello del carico allo statico, che descrive il logorio causato all'organismo dall'esposizione quotidiana a circostanze negative di vita (McEwen, Seaman, 1999). Lo stress può anche influenzare indirettamente la salute, causando un tipo di comportamento a rischio come il fumo o il bere eccessivo.

In realtà queste spiegazioni non sono mutualmente esclusive né è possibile sempre districare i loro effetti l'uno dall'altro. Una causa comune di incomprendimento nasce dall'uso di etichette a seconda che i ricercatori si riferiscano alle cause iniziali o ai percorsi sottostanti. L'uso predominante delle etichette "materiale" o "psicosociale" sembra dipendere dai percorsi di fondo attraverso cui i diversi fattori producono disuguaglianze in salute. Quindi, un basso prestigio o *status* sociale e la mancanza di controllo sono spesso etichettati come determinanti psicosociali anche se potrebbero essere scatenati da fattori materiali (come assenza di reddito o misera abitazione).

2.5. Per un quadro concettuale dei determinanti socio-economici della salute

Quando un problema si rivela complesso, va affrontato da diverse direzioni e scomposto in parti più facilmente governabili, senza però perderlo di vista nel suo insieme. Come è intuibile da quanto detto sopra, ogni tentativo di comprendere e descrivere i determinanti sociali della salute richiede la capacità di valutare come funziona la società, la conoscenza delle cause principali delle malattie che si stanno studiando, la comprensione dei processi psicologici e di come essi possano interagire con i rispettivi meccanismi biologici. Senza un'attiva collaborazione tra varie discipline, è improbabile poter progredire.

Un quadro concettuale in grado di scomporre il problema in parti separate senza perderlo di vista nel suo complesso distingue i determinanti sociali della salute in tre livelli: un livello distale, uno mediale e uno prossimale.

Il livello distale (macro o a monte) comprende i determinanti che è possibile chiamare fondamentali (Marmot, 1996), rappresentati da fattori come istruzione, posto di lavoro, tipo di occupazione e condizioni lavorative, reddito, abitazione, area di residenza. Questi determinanti sono a loro volta condizionati da fattori ancora più a monte, come politiche governative e sovranazionali o globali.

Il livello intermedio comprende i contesti sociale, fisico, economico e ambientale che si occupano nell'arco della vita e che influenzano la salute sia indirettamente attraverso processi psicosociali e comportamenti individuali (Stronks *et al.*, 1997), sia più direttamente attraverso eventi come incidenti, lesioni fisiche e violenza individuale e collettiva. Anche il sistema sanitario gioca un ruolo nel determinare il grado di disuguaglianza socio-economica nella salute all'interno della società: esso non costituisce quindi soltanto un insieme di servizi di cura e prevenzione delle malattie, ma anche una

base importante di ri-distribuzione della ricchezza e di lotta alla povertà (Stefanini, 2004). Molti autori tuttavia tendono a ridimensionare notevolmente l'importanza di tale ruolo (Blaster, 1996).

Inoltre, malattie e morte prematura sono una conseguenza di reazioni biologiche avverse che avvengono come risultato di modificazioni o annullamento del funzionamento di vari sistemi fisiologici a livello prossimale. Esiste ormai un crescente corpo di conoscenze che suggeriscono come il peggiore profilo di salute presentato dai gruppi sociali svantaggiati sia in parte dovuto a variazioni del funzionamento fisiologico e biologico continuative e nel lungo periodo dovute ad una peggiore salute psicosociale e a comportamenti più rischiosi nei confronti della salute (Brunner, 1997).

Infine, fattori come la cultura - intesa come il sistema condiviso di significati, codici, simboli, valori, credenze, norme e atteggiamenti che plasmano e circoscrivono i processi decisionali e in ultima analisi i comportamenti e le azioni di ciascuno - possono essere intesi come determinanti sia di tipo distale che mediale. La politica di un governo, ad esempio, è inserita e sviluppata all'interno di certi contesti culturali. Inoltre, in quanto individui, tutti sono inseriti in differenti contesti culturali nel corso della vita quotidiana, come il lavoro, la famiglia, la scuola. Questi diversi contesti influenzano (sia positivamente che negativamente) il benessere psicologico, i comportamenti correlati alla salute e in ultima analisi la stessa salute.

Un quadro concettuale di questo genere può essere utile in vari modi:

- ad offrire una veduta di insieme delle interrelazioni tra determinanti socio-economici e salute;
- ad aiutare a identificare possibili punti di entrata per politiche e strategie di contrasto;
- ad aiutare a sviluppare nuovi studi e ricerche individuando le lacune presenti nell'attuale conoscenza sia a livello locale che globale.

3. La programmazione distrettuale e le disuguaglianze sociali¹¹

I mutamenti demografici, socio-economici ed epidemiologici costringono ad interpretare e analizzare le dinamiche di utilizzo dei servizi, la coerenza tra servizi offerti e bisogni di salute rilevati, e impongono la scelta di priorità.

Il Piano sanitario nazionale 2003-2005 pone tra gli obiettivi prioritari la riduzione delle disuguaglianze sociali nella salute e il miglioramento della salute dei gruppi di popolazione meno sani riducendo le differenze rispetto ai gruppi più favoriti.

Come stabilito dal DLgs 229/1999 si rafforza il ruolo del Distretto per importanza strategica e autonomia funzionale, come presidio nel quale si raccoglie e si coordina la domanda di salute e di cura dei cittadini.

L'apporto distrettuale a questo processo complessivo si concretizza nella pianificazione e nella programmazione della politica sanitaria e socio-sanitaria del territorio, in un approccio globale, a garanzia di un accesso tempestivo alle cure, dell'integrazione sanitaria e socio-sanitaria e della continuità dei processi assistenziali.

Il governo della domanda di servizi da parte del Distretto non può prescindere dall'identificazione dei bisogni di salute della popolazione, dalla consapevolezza dei problemi di salute, dalla conoscenza di eventuali rischi correlati al territorio, dalle disuguaglianze in termini di salute, dalla possibilità di accesso ai servizi sanitari e dalla garanzia della continuità delle cure.

Una delle funzioni attraverso cui si realizza il governo della domanda è quella della committenza, tramite la quale si organizzano le risposte ai bisogni di salute della popolazione, si allocano le risorse, si definiscono le caratteristiche quali-quantitative dei servizi necessari, si assicura l'equità di accesso, la tempestività, l'appropriatezza ovvero si organizza l'accesso dei cittadini a tutte le prestazioni e servizi direttamente o indirettamente garantiti dal Servizio sanitario regionale.

Il Distretto deve quindi perseguire politiche di intervento nei confronti della popolazione del territorio di riferimento al fine anche di contenere lo svantaggio sociale che ne può derivare, in parte attribuibile direttamente alle modalità dell'offerta sanitaria, all'accessibilità dei servizi, oltre che alla loro efficacia.

Una corretta programmazione distrettuale non può prescindere dalle caratteristiche peculiari delle disuguaglianze nell'accesso e nell'erogazione dei servizi sanitari, individuando specifici bisogni di cura a favore dei soggetti socialmente svantaggiati per ricomporre all'interno e in carico ai servizi stessi le fasi dei percorsi che i cittadini vivono.

¹¹ A cura di Maria Cristina Cocchi, Azienda USL di Bologna, Distretto Pianura Est.

Gli studi presentati in questo Dossier mettono in evidenza elementi importanti sulle caratteristiche dei tre gruppi *target* di popolazione oggetto dell'indagine: immigrati, donne, anziani.

L'incremento della popolazione anziana e di quella straniera nel territorio distrettuale - per definizione "fragili" cioè a più forte rischio di malattia e perdita di autonomia - prevede di attivare azioni efficaci e specifiche per un guadagno di salute direttamente proporzionale al grado di fragilità, a garanzia di accessibilità, essenzialità dei percorsi, cure domiciliari integrate anche in contesti abitativi protetti, tutela sociale.

In questo contesto assume particolare importanza, per l'accesso ai servizi sanitari e per l'adesione alle cure, la figura del mediatore culturale per gli immigrati, inteso non come mero interprete, bensì come indispensabile facilitatore dei percorsi e della promozione dei progetti, come ad esempio:

- accesso e uso dei servizi per la gravidanza e il puerperio da parte di donne immigrate;
- copertura con le vaccinazioni obbligatorie e non;
- adesione a raccomandazioni delle campagne di prevenzione;
- accesso e uso dei servizi per il bambino sano da parte di donne immigrate, ecc.

I mediatori culturali - intesi dunque come supporto conoscitivo-operativo alla pianificazione dell'accesso - rappresentano pertanto una risorsa preziosa da coinvolgere, sia nella dimensione di interpreti dell'impatto delle attività assistenziali sui cittadini, sia nel ruolo di attori protagonisti nella qualificazione dei processi di accoglienza.

La programmazione distrettuale promuove strategie orientate al perseguimento degli obiettivi di salute per tutti i residenti del territorio di riferimento e naturalmente anche dei gruppi svantaggiati, offrendo livelli di assistenza articolati, costruiti con l'apporto degli Enti locali, del volontariato e del Terzo settore, avvicinando i servizi di base alla popolazione più disagiata e più anziana, superando forme di disagio per alcune tipologie di prestazioni o patologie (ad esempio terapia anticoagulante orale e diabete) e prevenendo possibili situazioni di fragilità determinate dall'isolamento.

L'osservazione della frequenza e della causa del ricorso al Pronto soccorso da parte soprattutto degli immigrati, come emerge dallo studio, fa supporre che sarebbe ad esempio utile e opportuno, oltre che appropriato, d'intesa con i medici di medicina generale, le amministrazioni comunali e il volontariato, attivare ambulatori per gli immigrati irregolari con l'obiettivo di offrire un minimo livello assistenziale, primario, fuori dall'ambito ospedaliero.

Particolare importanza peraltro assume il contesto ospedaliero anche per gli altri *target* di popolazione indagata; considerato spesso, per tradizioni storiche e culturali, come unico punto di riferimento per i problemi di salute, l'ospedale, struttura fisica di riferimento a volte esclusivo, presenta appunto un'alta percentuale di accessi di codici bianchi al Pronto soccorso, che quasi mai si traducono in ricovero.

Appare evidente che è necessario lavorare su progetti ideati e concordati con gli operatori sulla base delle caratteristiche degli utenti o delle criticità rilevate nelle singole realtà operative.

Gli obiettivi che si intendono raggiungere devono tendere ad attivare e sostenere la promozione dello scambio di esperienze e di progetti relativi al tema dell'accoglienza e della transcultura, fungendo da nodo di rete, nonché a rendere sempre più fluidi ed efficaci i rapporti tra l'ospedale e i servizi territoriali.

Parte II.

Le disuguaglianze in cifre

4. La popolazione dell'Emilia-Romagna: la diversità non è un *optional*¹²

Dal rapporto Lo sviluppo demografico in Emilia-Romagna pubblicato nell'agosto 2005 emerge che nell'ultimo decennio la popolazione regionale ha registrato un incremento rilevante sostenuto in primo luogo dal contributo dell'immigrazione, sia dalle altre regioni italiane, soprattutto meridionali, sia dall'estero. La regione diventa la meta privilegiata dei flussi migratori sud-nord. La capacità attrattiva nei confronti dell'estero è in forte crescita ed è tra le più alte in Italia.

L'invecchiamento della popolazione segna un rallentamento imputabile non a una riduzione del numero di persone con più di 65 anni, bensì a un incremento dei giovani fino a 14 anni. Da regione demograficamente matura, si sta passando a una regione di grande vitalità demografica.

4.1. La popolazione regionale sempre più "diversa"

La popolazione dell'Emilia-Romagna all'1 gennaio 2005 è costituita da 4.151.335 residenti con un incremento di 50.000 unità (+1,2%) rispetto al dato dell'1 gennaio 2004 (*Tabella 1*).

Tabella 1. Popolazione residente in Emilia-Romagna per provincia all'1/1/2004 e all'1/1/2005

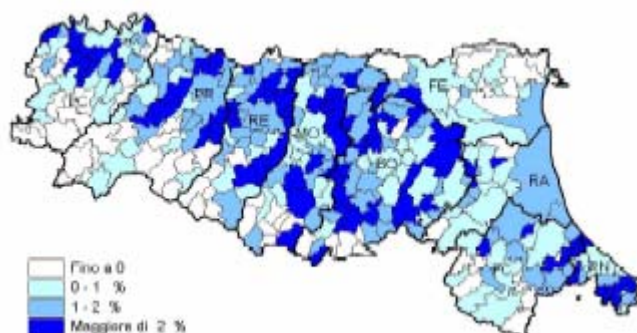
Province	1/1/2004	1/1/2005	Differenze 2005/2004	Variazioni % 2005/2004
Piacenza	270.934	273.705	2.771	1,0
Parma	407.754	413.182	5.428	1,3
Reggio Emilia	477.534	486.961	9.427	2,0
Modena	651.920	659.858	7.938	1,2
Bologna	935.107	944.279	9.172	1,0
Ferrara	347.582	349.777	2.195	0,6
Ravenna	360.750	365.367	4.617	1,3
Forli-Cesena	366.504	371.272	4.768	1,3
Rimini	283.239	286.934	3.695	1,3
<i>Totale</i>	<i>4.101.324</i>	<i>4.151.335</i>	<i>50.011</i>	<i>1,2</i>

¹² Sintesi di AA.VV. Lo sviluppo demografico in Emilia-Romagna. *Quaderni di statistica*. Regione Emilia-Romagna, agosto 2005.

<http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica/news/sd2005.pdf>

L'incremento di popolazione registrato nell'ultimo anno è il risultato di un aumento generalizzato che ha riguardato in proporzioni differenti le popolazioni provinciali. La provincia con il maggior numero di nuovi iscritti è Reggio Emilia con 9.427 unità (2%), seguita da Parma, Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini con incrementi percentuali più contenuti (1,3%). È interessante ribadire che l'incremento è dovuto alla mobilità sia dall'estero sia interregionale.

Figura 1. Variazioni percentuali 2005-2004 della popolazione residente in Emilia-Romagna



All'1 gennaio 2005 la popolazione regionale risulta composta per il 48,6% da maschi e per il 51,4% da femmine, con un quoziente di mascolinità generale (maschi per 100 femmine) pari a 94,6%.

Per quanto riguarda l'età, a livello provinciale si riscontra una diminuzione della classe 15-39 anni in tutte le province ad eccezione di Parma e Reggio Emilia che presentano incrementi di popolazione superiori alla media regionale in tutte le classi d'età fino a 64 anni. Nelle classi di età più giovani, fino a 14 anni, si rilevano, rispetto al 2004, gli aumenti più consistenti a Reggio Emilia e Ravenna, mentre la classe d'età più anziana mostra incrementi decisamente superiori alla media regionale nelle province romagnole, in particolare Rimini e Forlì-Cesena.

Le modificazioni intervenute nella popolazione regionale nel decennio 1995-2005 possono essere colte sinteticamente confrontando le piramidi delle età relative al 1995 e al 2005. A fronte di un incremento complessivo della popolazione del 5,8%, aumentano lievemente più i maschi (+6,4%) delle femmine (+5,3%) e cambia la forma della piramide: si allarga la base quale conseguenza dell'incremento delle nascite e dell'arrivo di immigrati, aumenta la fascia d'età 30-45 anni a seguito all'immigrazione e si dilata il vertice per l'invecchiamento della popolazione dovuto a guadagni in termini di speranza di vita.

Figura 2. Piramide delle età della popolazione residente in Emilia-Romagna all'1/1/1995

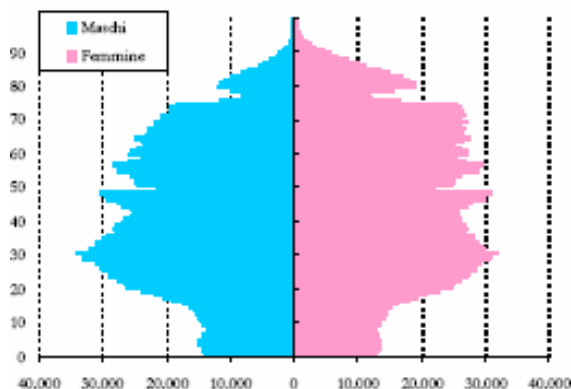
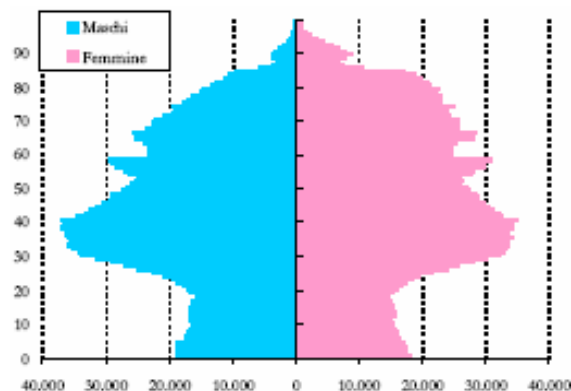
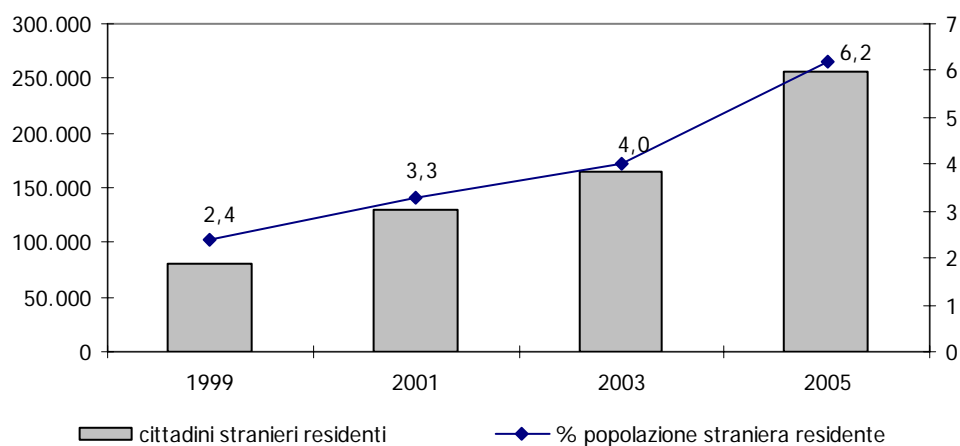


Figura 3. Piramide delle età della popolazione residente in Emilia-Romagna all'1/1/2005



I cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna nel 1998 erano 81.000 circa pari al 2,4% della popolazione residente (*Figura 4*). Tale consistenza è aumentata nel corso degli anni successivi, raggiungendo valori pari a 130.000 nel 2001 e a 164.000 circa nel 2003.

La popolazione straniera residente ha così raggiunto nel 2005 una consistenza di 257.233 individui pari al 6,2% della popolazione residente (nel 2004 la quota di stranieri in Italia sulla popolazione residente è pari al 3,4%).

Figura 4. Cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna. Anni 1999, 2001, 2003, 2005

La popolazione straniera nel 2005 è composta per quasi il 90% da africani, asiatici ed europei provenienti da paesi non comunitari (*Tabella 2*). Nel dettaglio, le principali cittadinanze in Emilia-Romagna sono quelle presenti in regione, e più in generale in Italia, da più tempo: marocchina, albanese, e anche se in misura minore tunisina (*Tabella 3*). La quarta comunità in ordine di consistenza numerica è quella dei cittadini rumeni, di più recente introduzione e che sta gradualmente aumentando la propria presenza.

Tra i cittadini stranieri residenti, il rapporto tra i sessi appare lievemente a favore dei maschi, al contrario di quanto accade nella popolazione nel suo complesso. Esaminando le singole nazionalità, si trovano alcune situazioni dove il rapporto assume valori molto diversi e probabilmente viene influenzato dalla specializzazione in alcuni settori lavorativi. Si pensi per esempio ai servizi alle famiglie e all'assistenza agli anziani, che occupano prevalentemente straniere provenienti da Moldavia, Ucraina e Polonia.

Tabella 2. Cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna per sesso e area geografica di cittadinanza. 2005

Area geografica di cittadinanza	Valori assoluti			Distribuzione %		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<i>EUROPA</i>	46.760	57.192	103.952	34,7	46,7	40,4
UE 15	3.284	5.358	8.642	2,4	4,4	3,4
Paesi neocomunitari	1.371	5.182	6.553	1,0	4,2	2,5
Paesi europei non comunitari	42.105	46.652	88.757	31,3	38,1	34,5
<i>AFRICA</i>	57.600	36.185	93.785	42,8	29,5	36,5
Africa settentrionale	42.009	25.457	67.466	31,2	20,8	26,2
Africa occidentale	13.726	8.283	22.009	10,2	6,8	8,6
Africa orientale	1.019	1.795	2.814	0,8	1,5	1,1
Africa centro-meridionale	846	650	1.496	0,6	0,5	0,6
<i>AMERICA</i>	4.369	9.122	13.491	3,2	7,4	5,2
America settentrionale	383	439	822	0,3	0,4	0,3
America centrale	753	2.301	3.054	0,6	1,9	1,2
America meridionale	3.233	6.382	9.615	2,4	5,2	3,7
<i>ASIA</i>	25.945	19.948	45.893	19,3	16,3	17,8
Asia orientale	10.647	11.472	22.119	7,9	9,4	8,6
Asia occidentale	1.257	791	2.048	0,9	0,6	0,8
Asia centro-meridionale	14.041	7.685	21.726	10,4	6,3	8,4
<i>OCEANIA</i>	30	44	74	0,0	0,0	0,0
<i>APOLIDE</i>	19	19	38	0,0	0,0	0,0
<i>Totale</i>	134.723	122.510	257.233	100,0	100,0	100,0

Tabella 3. Principali paesi di cittadinanza dei cittadini stranieri residenti in Emilia-Romagna. 2004 e 2005

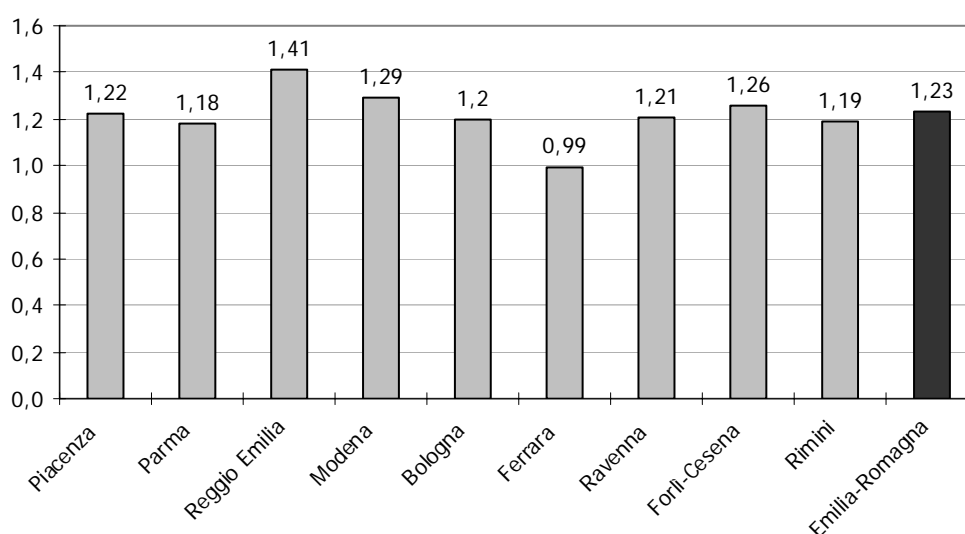
Paese di cittadinanza	Valori assoluti		Composizione %		Variazione % 2004/2005
	2004	2005	2004	2005	
Marocco	39.946	46.408	19,0	18,0	16,2
Albania	28.870	35.116	13,7	13,7	21,6
Tunisia	13.800	16.438	6,6	6,4	19,1
Romania	10.848	15.394	5,2	6,0	41,9
Cina	10.134	13.148	4,8	5,1	29,7
Ucraina	6.075	10.337	2,9	4,0	70,2
Pakistan	6.318	8.101	3,0	3,1	28,2
Filippine	6.567	7.571	3,1	2,9	15,3
India	6.406	7.381	3,0	2,9	15,2
Ghana	5.745	6.824	2,7	2,7	18,8
Moldavia	4.352	6.618	2,1	2,6	52,1
Senegal	5.584	6.491	2,7	2,5	16,2
Macedonia	4.614	5.358	2,2	2,1	16,1
Nigeria	3.802	4.830	1,8	1,9	27,0
Polonia	3.242	4.643	1,5	1,8	43,2
Serbia e Montenegro	3.143	3.775	1,5	1,5	20,1
Sri Lanka	2.547	3.025	1,2	1,2	18,8
Bangladesh	2.298	2.928	1,1	1,1	27,4
Turchia	2.210	2.726	1,1	1,1	23,3
Egitto	1.885	2.431	0,9	0,9	29,0
Altri paesi	42.014	47.690	20,0	18,5	13,5
<i>Totale</i>	<i>210.400</i>	<i>257.233</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>22,3</i>

4.2. Natalità e fecondità

Il tasso di fecondità totale (TFT)¹³ risulta in questi anni in continua crescita, e nel 2003 si attesta su un valore pari a 1,2.

Confrontando i tassi di fecondità totale calcolati per provincia si evidenzia una notevole variabilità: la provincia con il tasso più elevato è Reggio Emilia (1,41) mentre Ferrara si conferma la provincia con il più basso numero medio di figli per donna (0,99). Questi valori possono essere messi in relazione al fatto che Reggio Emilia e Ferrara sono le due province rispettivamente con più alto numero e più basso numero di donne straniere residenti.

Figura 5. Tasso di fecondità totale per provincia in Emilia-Romagna, 2003



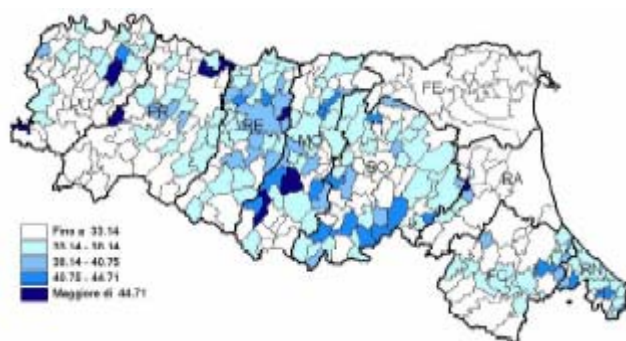
Nella Figure 6 e 7 è presentata la distribuzione territoriale a livello comunale del tasso grezzo di fecondità (nati vivi per 1.000 donne in età feconda) e la sua evoluzione dal triennio 1996-1998 al triennio 2002-2004. Nel primo periodo considerato si riscontrano differenze territoriali: valori bassi nelle aree montane, nel ferrarese e nella provincia di Ravenna; valori elevati nel reggiano, nel modenese e nella seconda cintura del comune di Bologna.

Ben diverso è il quadro che emerge nel triennio 2002-2004: persiste un basso tasso di fecondità nel ferrarese, mentre si riscontrano vaste aree ad alto tasso di fecondità nella provincia di Reggio Emilia compreso il capoluogo, nel modenese, nella cintura del comune

¹³ Il tasso di fecondità totale è il numero medio di figli per una coorte fittizia di 1.000 donne non toccate da mortalità. Alla base vi è l'ipotesi che per le donne si verifichi, nelle età della vita riproduttiva, un livello di fecondità pari a quello misurato attraverso i tassi specifici di fecondità per età osservati in un anno di calendario. L'indicatore si ricava dalla somma dei tassi specifici di fecondità per le donne tra i 15 e i 49 anni. Il suo valore dovrebbe risultare superiore ai 2,1 figli per donna per consentire la sostituzione di una generazione con quella successiva.

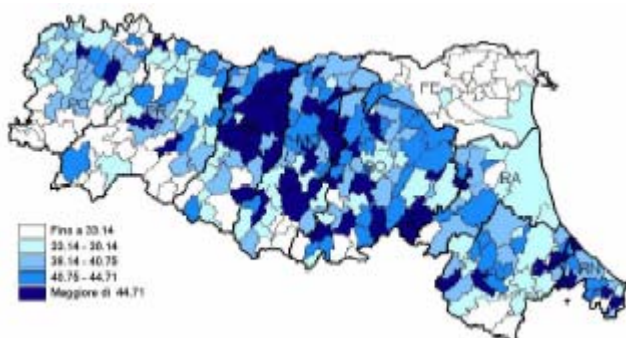
di Bologna, nel forlivese e nel riminese escluse alcune aree di montagna. I valori più elevati del tasso di fecondità si riscontrano nelle province di Reggio Emilia e Modena che risultano essere anche le aree a maggior tasso migratorio estero: si evidenzia nuovamente il contributo delle donne straniere all'evoluzione positiva della fecondità.

Figura 6. Tasso grezzo di fecondità (valori per 1.000 donne in età 15-49). Media triennio 1996-1998.



Fonte: Elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati ISTAT

Figura 7. Tasso grezzo di fecondità (valori per 1.000 donne in età 15-49). Media triennio 2002-2004



Fonte: Elaborazioni Regione Emilia-Romagna su dati ISTAT

4.3. Caratteristiche socio-demografiche dei genitori

Le caratteristiche socio-demografiche dei genitori sono desunte dalla fonte CedAP e sono relative alle donne residenti in Emilia-Romagna, che hanno partorito in regione presso le strutture pubbliche, private o a domicilio.

La presenza crescente di popolazione immigrata rappresenta una delle maggiori novità degli ultimi anni e dall'analisi dei dati per l'anno 2003 emerge una percentuale di nati da madri con cittadinanza straniera che supera il 15% (escludendo i dati di Ferrara, ritenuti non attendibili per la cittadinanza) (Figura 8). Le prime elaborazioni effettuate sui dati del 2004, di fonte SDO, evidenziano un ulteriore aumento della percentuale di cittadine straniere tra le partorienti residenti che si attesta su un valore prossimo al 17%, crescendo di oltre 2 punti percentuali rispetto al 2003 (14,2%).

La provincia con la quota maggiore di nati da cittadine straniere è Piacenza, seguita da Modena, Parma e Reggio Emilia. Le cittadinanze più numerose sono quelle marocchina, albanese, tunisina, cinese e rumena; queste cittadinanze totalizzano circa il 50% delle partorienti immigrate.

La Figura 9 evidenzia che nel 2003 il 10% dei nati ha entrambi i genitori con cittadinanza straniera e il 16% ha almeno un genitore straniero; l'ISTAT nel 2002 indicava per l'Italia una percentuale inferiore a 2.

Figura 8. Numero dei nati secondo la cittadinanza della madre per provincia in Emilia-Romagna. Composizione percentuale. 2003

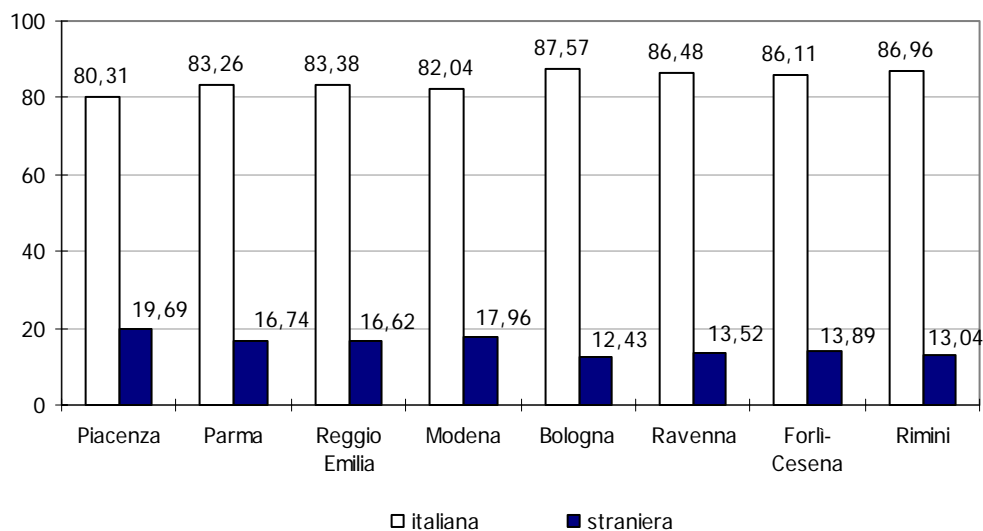
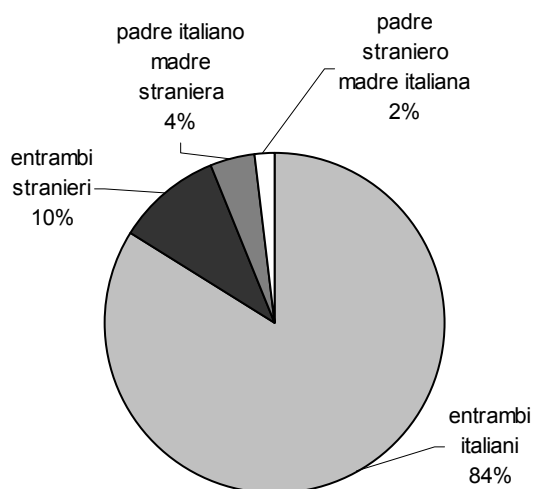
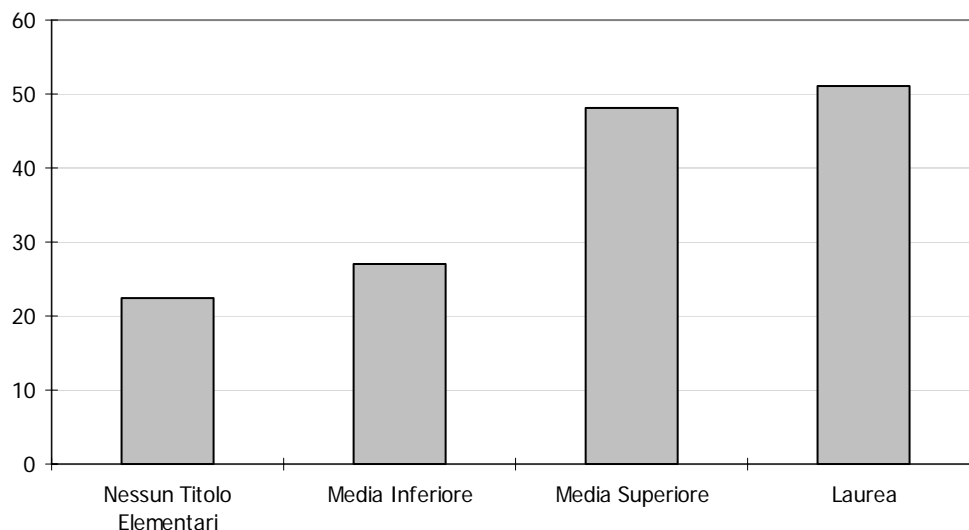


Figura 9. Distribuzione dei nati secondo la cittadinanza dei genitori, valori percentuali. Emilia-Romagna, 2003



La stima dei tassi di fecondità per titolo di studio (*Figura 10*) mostra come, a fronte della distribuzione percentuale sopra descritta, il tasso di fecondità risulta direttamente proporzionale al titolo di studio della madre. Questo comportamento è influenzato dalla struttura per età, che per un'analisi più dettagliata e significativa andrebbe annullato.

Figura 10. Tasso di fecondità per titolo di studio della madre in Emilia-Romagna. 2003



L'analisi per stato civile delle residenti che hanno partorito nel 2003 mostra come la quota di donne non coniugate sia ormai consistente, in particolare nelle province di Bologna e Ravenna. Piacenza è la provincia dove si mantiene più alta la percentuale di nascite da madri coniugate. L'elevata quota di donne nubili (18,6%) non corrisponde necessariamente a un elevato tasso di famiglie monoparentali, ma è più probabilmente attribuibile alla scelta da parte di molte coppie di non regolarizzare la propria convivenza, comportamento piuttosto diffuso in Emilia-Romagna.

4.4. L'immigrazione dall'Italia

La popolazione residente dell'Emilia-Romagna nella seconda metà degli anni '90 ha cominciato ad aumentare, con un'accelerazione particolare in questi ultimi anni determinata dal positivo saldo migratorio sia nella componente interna che estera, influenzata anche dagli effetti della sanatoria del 2002.

L'Emilia-Romagna presenta nel 2004 un saldo migratorio di circa 58.000 unità (*Tabella 5*), di cui 20.000 provenienti da comuni italiani situati in altre regioni e 38.000 dall'estero. Si tratta di un saldo migratorio vicino al valore dell'anno precedente, pari a 61.000 unità, ma nettamente più elevato di quello del 2002 quando era di poco meno di 46.000 unità. Negli ultimi due anni si è rafforzata la componente di immigrazione dall'estero, che passa da circa 19.000 unità nel 2002 a 38.000 unità nel 2004.

Tabella 5. Saldo migratorio interno, estero e totale in Emilia-Romagna. 2002-2004

Anni	Saldo migratorio		
	Italia	Eestero	Totale
2002	26.275	19.263	45.538
2003	20.158	40.961	61.119
2004	20.171	37.823	57.994

L'incremento della popolazione regionale è stato sostenuto da diversi anni dal saldo migratorio positivo, che compensa ampiamente il saldo naturale negativo. Il saldo migratorio degli ultimi 3 anni (oltre 160.000 unità) è decisamente superiore a quello dei periodi precedenti: si ricorda che nel triennio 1996-1998 era di circa 83.000 unità.

Si sottolinea come fenomeno interessante la mobilità interregionale, che vede un saldo migratorio nel biennio 1995-1996 a 32.000 unità e nel biennio 2001-2002 a 39.000 unità.

Gli iscritti in Emilia-Romagna provengono prevalentemente dalle regioni meridionali (oltre il 50% viene dall'Italia meridionale e insulare) e, nel periodo considerato, crescono maggiormente le regioni del Centro e del Sud (+32%) (*Tabella 6*).

Tabella 6. Iscritti per trasferimento di residenza interregionale in Emilia-Romagna per ripartizione geografica di provenienza. Anni 1995-1996 e 2001-2002

Ripartizione geografica	Valori assoluti		Variazione %
	1995-1996	2001-2002	
Nord-Ovest	13.139	15.685	19,4
Nord-Est	4.348	5.369	23,5
Centro	7.807	10.345	32,5
Sud e Isole	36.762	48.607	32,2
<i>Totale</i>	<i>62.056</i>	<i>80.006</i>	<i>28,9</i>

4.5. Le famiglie

Il processo di trasformazione delle strutture familiari, che da decenni riguarda l'Italia e in particolare il nord e l'Emilia-Romagna, fa registrare un aumento del numero delle famiglie e una diminuzione della loro dimensione che nel 2002-2003 si attesta su 2,4 componenti, contro una media nazionale di 2,6 componenti.

Risultano in costante aumento le famiglie unipersonali che nel 1995-1996 rappresentavano il 22% del totale delle famiglie mentre nel 2002-2003 raggiungono il 28,5%, proporzione superiore sia alla media italiana (25,3%) sia a quella del nord-est (25,5%).

Le coppie con figli rappresentano sempre la tipologia più frequente ma il loro peso diminuisce. Aumenta contestualmente la proporzione di coppie senza figli, stabile il peso dei nuclei monogenitore.

Tabella 7. Famiglie e nuclei familiari per tipologia in Emilia-Romagna, Italia nord-est e Italia. Anni 1995-1996 e 2002-2003

Ripartizioni territoriali	Anni	Single *	Famiglie estese *	Nuclei familiari **			Numero medio compon.
				Coppie con figli	Coppie senza figli	Mono-genitore	
Emilia-Romagna	1995-1996	22,0	8,3	56,4	32,7	10,9	2,6
	2002-2003	28,5	5,7	53,6	36,0	10,4	2,4
Nord-Est	1995-1996	20,9	7,4	58,8	29,6	11,6	2,6
	2002-2003	25,5	5,9	55,6	32,9	11,5	2,5
Italia	1995-1996	20,5	5,2	61,6	27,5	10,9	2,7
	2002-2003	25,3	5,3	58,9	29,2	11,9	2,6

Legenda

* per 100 famiglie

** per 100 nuclei familiari

Una particolare rilevanza assume il dato della proporzione di famiglie di un componente analizzato congiuntamente per zona altimetrica e ampiezza demografica del comune (Figura 11). In montagna la percentuale di famiglie con un componente si mantiene sempre più elevata rispetto alle altre zone altimetriche. Al diminuire della dimensione demografica aumenta la proporzione di famiglie unipersonali, che nei comuni fino a 2.000 abitanti arriva a superare il 40%. In collina i comuni fino a 10.000 abitanti presentano valori compresi tra quelli relativi alla montagna e alla pianura. I valori più consistenti riguardano i comuni fino a 3.000 abitanti e in modo ancor più marcato Bologna, unico comune di oltre 50.000 abitanti che ricade in tale zona altimetrica. In pianura l'intervallo di variazione della percentuale di famiglie unipersonali è più contenuto.

Delle oltre 457.000 famiglie unipersonali rilevate nel censimento 2001, poco meno di 179.000 (39% del totale) sono costituite da un componente maschio mentre meno di 279.000 (61%) da un componente femmina.

Il vivere in famiglie unipersonali è un fenomeno che interessa in misura prevalente le età anziane. L'incidenza di coloro che hanno 65 anni e più sul totale delle famiglie unipersonali supera il 51%, i giovani di età inferiore ai 34 anni si attestano al 15,3% mentre le classi d'età da 35 a 64 anni presentano incidenze che variano fra il 9,4 e il 12,6%. Fra gli anziani residenti in famiglie unipersonali, la presenza femminile risulta preponderante: le donne infatti costituiscono il 78% della classe d'età 65 anni.

La Figura 12 mostra l'andamento per genere delle distribuzioni percentuali per classi di età delle famiglie unipersonali. Le famiglie di 1 componente maschio sono prevalentemente concentrate nelle classi d'età da 25 a 44 anni, mentre le famiglie di 1 componente femmina presentano maggiore concentrazione nelle classi anziane.

Figura 11. Famiglie e nuclei familiari per tipologia in Emilia-Romagna, Italia nord-est e Italia. Anni 1995-1996 e 2002-2003

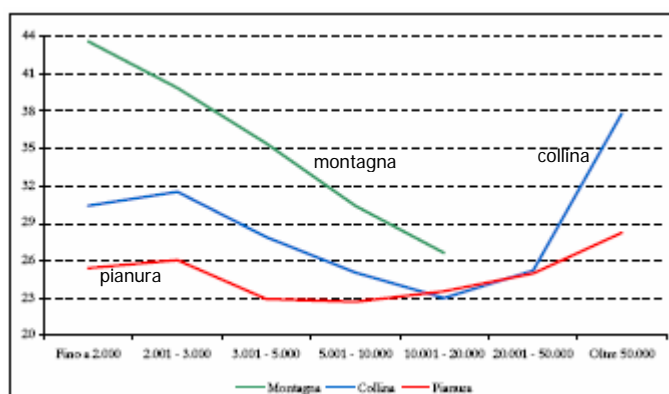
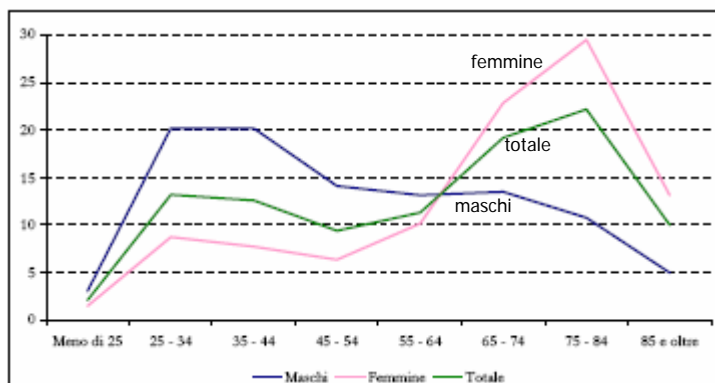


Figura 12. Famiglie e nuclei familiari per tipologia in Emilia-Romagna, Italia nord-est e Italia. Anni 1995-1996 e 2002-2003



5. Uno sguardo ai ricoveri¹⁴

5.1. Introduzione

Si è presa in considerazione la scheda di dimissione ospedaliera (SDO) in quanto potente flusso sanitario routinario che raccoglie informazioni sia sanitarie che anagrafiche di tutti i ricoveri effettuati da Presidi ospedalieri pubblici e privati della regione Emilia-Romagna. Nel dicembre 2000 è stato pubblicato, a cura dell'allora Ministero della sanità, il primo *Rapporto nazionale sui ricoveri ospedalieri degli stranieri in Italia* realizzato utilizzando la banca dati SDO relativa all'anno 1998.

La presente analisi ha un intento prevalentemente descrittivo, con l'ambizione di utilizzare i dati individuali provenienti dal flusso informativo della SDO¹⁵ per produrre qualche considerazione rispetto alle possibili differenze dei percorsi assistenziali a partire da basi di dati correntemente disponibili, sia da parte di un amministratore locale, che di operatori sanitari. I dati di seguito presentati sono una selezione a titolo esemplificativo delle numerosissime elaborazioni che la banca dati SDO permette, e che sono state sviluppate in modo più approfondito nel *report* finale del progetto.

L'analisi è stata svolta secondo l'approccio epidemiologico di popolazione, ovvero valutando l'accesso della popolazione residente nelle diverse Aziende USL, senza soffermarsi sulla *performance* dei singoli ospedali.

L'ipotesi che lo studio si propone di verificare è il grado di capacità di misurare (validità) le differenze nell'accesso ai servizi ospedalieri (secondo le variabili comunemente disponibili nei flussi informativi) per specifiche patologie o problemi sanitari rilevanti.

5.2. Materiali e metodi

L'analisi è stata condotta sulle Aziende coinvolte nel progetto ministeriale (Ravenna, Cesena, Rimini, Forlì, Reggio Emilia, Ferrara, Bologna) in riferimento ai dati relativi alla scheda di dimissione ospedaliera.

Il punto di vista prevalente è stato quello della popolazione: è stato misurato l'utilizzo dell'assistenza ospedaliera dei residenti ovunque ricoverati (in Emilia-Romagna e in altre regioni) in modo da ricavare stime di misura per confrontare l'utilizzo della struttura ospedaliera rapportato alla popolazione residente. Si è cioè scelto il punto di vista del committente, non del produttore di servizi.

¹⁴ A cura di Pasquale Falasca, Arianna Ancarani e Francesca Di Tommaso, Azienda USL di Ravenna. Si ringrazia Maria Vizioli dell'Agenzia sanitaria regionale dell' Emilia-Romagna.

¹⁵ <https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/sdo/sdo.html>

La scheda di dimissione ospedaliera è stata istituita con DM 28/12/1991 quale parte integrante della cartella clinica ospedaliera, strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli ospedali pubblici e privati dell'intero territorio nazionale. La SDO è utilizzata principalmente per le transazioni finanziarie relative alla mobilità sanitaria, ma può utilmente essere letta anche per disegnare immagini epidemiologiche sulla prevalenza e la distribuzione delle patologie di una popolazione.

Le variabili selezionate nell'analisi riguardano le caratteristiche della persona (età, sesso, cittadinanza, comune di residenza) e la tipologia di ricovero (regime di ricovero, modalità di ammissione e dimissione, diagnosi principale alla dimissione e eventuale procedura codificata come ICD9-CM 97, durata di degenza e DRG).

A partire dalle informazioni disponibili è stata calcolata la mortalità a 30 giorni dalla dimissione (come differenza fra l'ultima data di dimissione e la data del decesso).

Tabella 1. Variabili prese in esame dalla banca dati SDO dell'Emilia-Romagna. 2002-2003

Variabili
Progressivo SDO
Anno di ricovero
Numero identificativo paziente
Data di nascita
Sesso
Comune di nascita
Comune di residenza
Cittadinanza
Azienda USL di residenza
Presidio di ricovero
Tipo ammissione (ordinario, urgente)
Tipo dimissione (decesso, ordinaria, a domicilio, trasferito, ecc.)
Regime di ricovero (ordinario e diurno)
Diagnosi principale
Intervento principale
DRG
Data dimissione
Data di morte
Giorni di degenza

Il campo cittadinanza riporta il codice ISTAT del paese di cittadinanza del ricoverato. Per l'analisi sono stati raggruppati i paesi con cittadinanza italiana (100) e straniera (diversa da 100). In alcune rappresentazioni sono stati utilizzati raggruppamenti per continenti (utilizzando la composizione dell'Unione europea a 12 Stati e tenendo distinti i paesi dell'Europa dell'est).

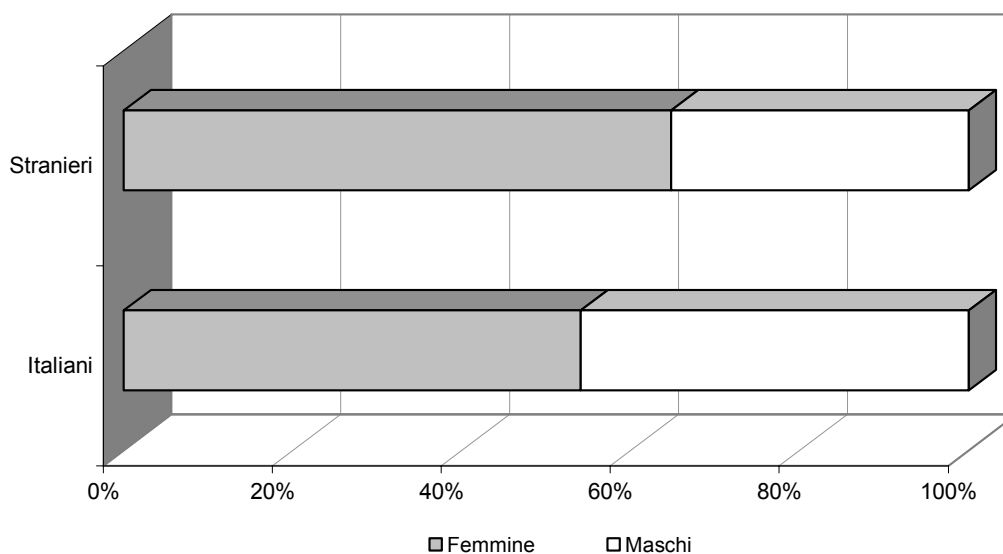
I dati generali delle 7 Aziende USL sono riferiti alle dimissioni del 2002 e del 2003. Una serie storica riguarda il periodo 1997-2003 (dal 1997 esiste un'identificazione univoca del paziente in Emilia-Romagna).

5.3. Risultati

Ricoveri in relazione alla cittadinanza, al genere e all'età

Per offrire una visione complessiva dell'andamento dei ricoveri si prende in considerazione la distribuzione di tutti i ricoveri (anni 2002-2003) dei cittadini residenti nelle Aziende comprese nel progetto, considerando sia quelli in regime ordinario che diurno, suddivisi in base alla nazionalità e al genere (*Figura 1*).

Figura 1. Distribuzione sul totale dei ricoveri 2002-2003 nelle 7 Aziende dell'Emilia-Romagna partecipanti all'indagine

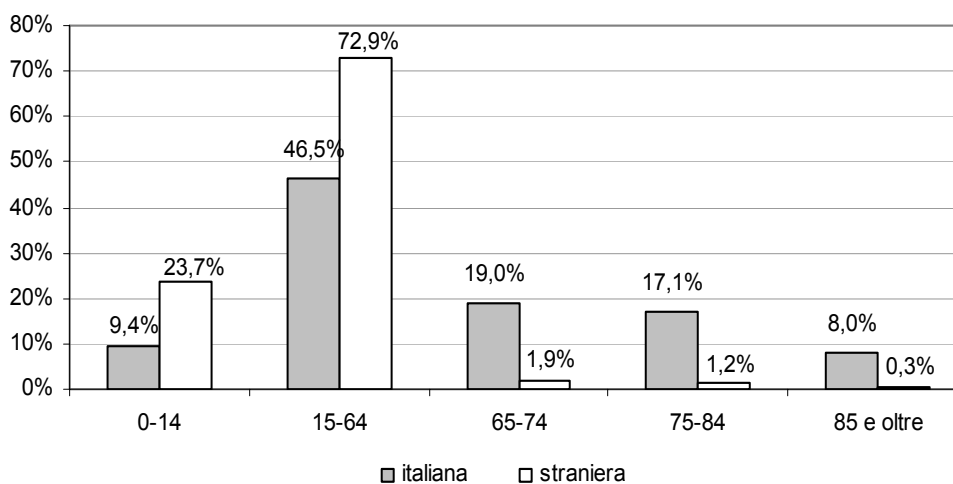


In Tabella 2 e Figura 2 si apprezza la distribuzione per classi di età dei dimessi in relazione alla cittadinanza e al sesso. Per quanto riguarda gli italiani si rileva una distribuzione piuttosto bilanciata nei due sessi nelle fasce di età dai 15-64 anni e oltre i 64 anni. Nel gruppo degli stranieri maschi i ricoveri riguardano in particolare il gruppo di soggetti nella fascia di età tra 15-64 anni (58%), in minor misura la fascia 0-14 anni (38%); per quanto riguarda le donne, si rileva la netta prevalenza dell'età compresa tra i 15 e i 64 anni (81%).

Tabella 2. Dimessi dagli ospedali delle 7 Aziende dell'Emilia-Romagna partecipanti all'indagine (2002-2003). Distribuzione per classi di età e genere dei dimessi italiani e stranieri

Cittadinanza	Classi d'età	Maschi		Femmine	
		N	%	N	%
Italiani	0-14	50.767	11%	40.423	8%
	15-64	193.782	43%	261.721	49%
	65 e oltre	206.092	46%	228.231	43%
	<i>totale</i>	<i>450.641</i>	<i>100%</i>	<i>530.375</i>	<i>100%</i>
Stranieri	0-14	4.267	38%	3.313	16%
	15-64	6.513	58%	16.727	81%
	65 e oltre	443	4%	605	3%
	<i>totale</i>	<i>11.223</i>	<i>100%</i>	<i>20.645</i>	<i>100%</i>
<i>Totale</i>		<i>461.864</i>		<i>551.020</i>	

Figura 2. Ricoveri per classi di età dei dimessi italiani e stranieri



Osservando il tipo di ricovero (programmato, urgente)¹⁶ si nota una più alta quota di accesso urgente fra gli stranieri (*Figura 3*). Se si considera l'incrocio con il sesso, si evidenzia che il ricovero con modalità urgente riguarda in maniera leggermente superiore le donne (*Figura 4*).

Figura 3. Tipo di ricovero per cittadinanza

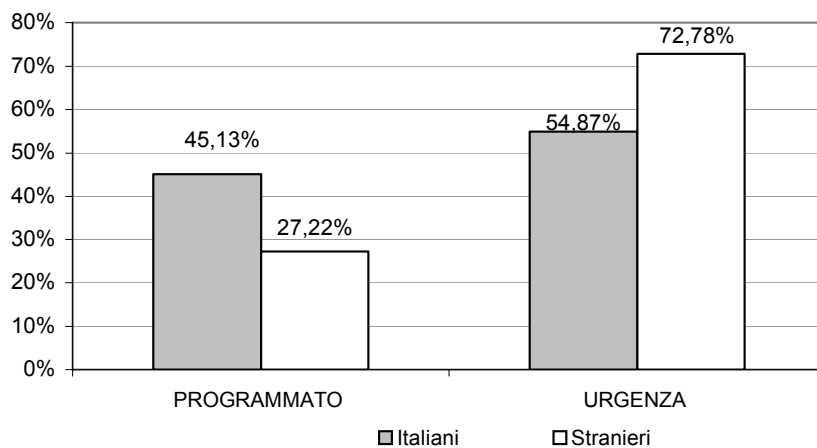
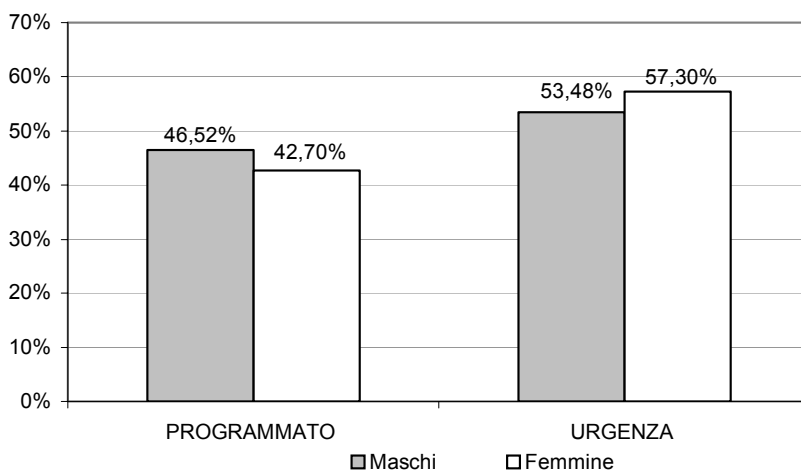


Figura 4. Tipo di ricovero per sesso



¹⁶ Questi dati si riferiscono solo all'anno 2003 e ai ricoveri in regime ordinario (naturalmente non contempla i neonati sani).

Tassi di ospedalizzazione

In Tabella 3 sono riportate le principali diagnosi (e la categoria diagnostica corrispondente) con il più alto differenziale tra i tassi di ricovero fra maschi e femmine. L'analisi dei singoli tassi di ricovero per 1.000 abitanti descrive l'intensità, oltre che la direzione, delle malattie maggiormente associate al genere.

Per approfondire eventuali differenze di genere rispetto alla numerosità, alla degenza media, alla mortalità a 30 giorni, al tipo di ospedale, al regime di ricovero e al tipo di dimissione sono state scelte 3 patologie che non risultano collegate al sesso per caratteristiche intrinseche della malattia e presentano un tasso di ospedalizzazione pari a 1: asma, cataratta e ictus. Complessivamente le donne hanno più ricoveri in tutte e tre le patologie considerate; hanno una degenza media superiore e la differenza è maggiore in riferimento all'asma. La mortalità a 30 giorni riguarda tendenzialmente più le donne, in particolare per l'asma e l'ictus (*Tabella 4*).

Se si considera la variabile cittadinanza, si rileva come varia il tasso di ospedalizzazione in riferimento alle principali diagnosi. In particolare l'aborto ha un'incidenza sette volte più alta nelle straniere, l'asma e le infezioni acute alle vie respiratorie tre volte superiore e le ferite e i traumatismi intracranici due volte più alte negli stranieri che negli italiani (*Tabella 5*).

Tabella 3. Rapporto tra i tassi di ospedalizzazione (maschi su femmine) dei residenti delle Aziende partecipanti al progetto. Disuguaglianze per diagnosi principale. 2002-2003

Categoria della diagnosi principale	Diagnosi principale	Rapporto M/F	Tasso di ricovero x 1.000 abitanti		N. ricoveri	
			M	F	M	F
IX Malattie dell'apparato digerente	Ernia inguinale	10,6	6,52	0,61	14.730	1.482
VII Malattie del sistema cardio-circolatorio	Arteriosclerosi coronarica	3,0	0,76	0,25	1.714	611
XVII Traumatismi e avvelenamenti	Ferite aperte	2,4	0,79	0,33	1.786	789
X Malattie dell'apparato genito-urinario	Calcolosi del rene e dell'uretere	2,1	1,93	0,91	4.368	2.213
V Disturbi psichici	Sindrome da dipendenza dall'alcool	2,1	0,58	0,28	1.305	671
VII Malattie del sistema cardio-circolatorio	Altre forme di ischemia cardiaca	2,0	5,63	2,86	12.709	6.921
VII Malattie del sistema cardio-circolatorio	Infarto miocardico acuto	1,9	3,50	1,84	7.908	4.446
XVII Traumatismi e avvelenamenti	Traumatismi intracranici *	1,6	1,56	0,96	3.530	2.313
IX Malattie dell'apparato digerente	Ulcere dello stomaco e dell'intestino tenue	1,5	0,82	0,54	1.860	1.299
XVII Traumatismi e avvelenamenti	Frattura del collo del femore	0,4	0,94	2,66	2.125	6.439
V Disturbi psichici	Psicosi	0,8	2,71	3,57	6.123	8.636
IX Malattie dell'apparato digerente	Litiasi biliare	0,8	2,08	2,70	4.706	6.545
XVII Traumatismi e avvelenamenti	Fratture	0,9	5,59	6,49	12.634	15.700
III Malattie endocrine, nutrizione e disturbi immunitari	Deplezione dei volumi	0,9	0,30	0,34	667	827
XIII Malattie del sistema osteo-muscolare	Artropatie e tessuti correlati	0,9	6,00	6,74	13.553	16.308

Legenda

* Esclusi quelli associati alla frattura del cranio

Tabella 4. Ricoveri, degenza media e mortalità a 30 giorni per asma, cataratta, ictus, per genere

	Maschi	Femmine	Totale
Numero ricoveri			
Asma	837	907	1.744
Cataratta	19.053	28.903	47.956
Ictus	15.497	17.047	32.544
<i>Totale</i>	<i>35.387</i>	<i>46.857</i>	<i>82.244</i>
Degenza media (in giorni)			
Asma	10,9	13,5	12,3
Cataratta	5,8	5,9	5,9
Ictus	16,6	17,0	16,8
<i>Totale</i>	<i>10,7</i>	<i>10,1</i>	<i>10,4</i>
Mortalità a 30 giorni			
Asma	0,36%	0,88%	0,57%
Cataratta	0,09%	0,06%	0,07%
Ictus	9,45%	11,52%	10,53%
<i>Totale</i>	<i>4,19%</i>	<i>4,24%</i>	<i>4,22%</i>

Tabella 5. Rapporto tra i tassi di ospedalizzazione (stranieri su italiani) dei residenti delle Aziende partecipanti al progetto. Disuguaglianze per diagnosi principale. 2002-2003

Categoria della diagnosi principale	Diagnosi principale	Rapporto stran/ital	Tasso di ricovero x 1.000 abitanti		N. ricoveri	
			stranieri	italiani	stranieri	italiani
XI Complicanze gravidanza, parto e puerperio	Aborto e gravidanza ectopica e molare	7,7	24,70	3,19	3.602	14.918
VIII Malattie dell'apparato respiratorio	Asma	3,4	1,21	0,35	177	1.647
VIII Malattie dell'apparato respiratorio	Infezioni acute delle vie respiratorie	2,9	3,28	1,12	478	5.257
IX Malattie dell'apparato digerente	Appendicite	2,6	2,46	0,94	359	4.397
XVII Traumatismi e avvelenamenti	Ferite aperte	2,5	1,36	0,55	198	2.575
XVII Traumatismi e avvelenamenti	Traumatismi intracranici *	2,0	2,50	1,25	364	5.843

Legenda

* Esclusi quelli associati alla frattura del cranio

Trattamenti

Dalla distinzione tra i trattamenti di tipo medico e chirurgico (desunta dai DRG) risulta la stessa proporzione di utilizzo fra italiani e stranieri (58% italiani e 59% stranieri per i DRG medici e 42% e 41% rispettivamente per quelli chirurgici).

Tabella 6. Dimessi dagli ospedali delle 7 Aziende dell'Emilia-Romagna partecipanti all'indagine (2002-2003). Distribuzione per DRG medici e chirurgici dei dimessi italiani e stranieri

Cittadinanza	DRG	2002		2003		Totale	
		N	%	N	%	N	%
Italiani	chirurgico	196.488	42%	193.865	42%	390.353	42%
	medico	274.660	58%	267.970	58%	542.630	58%
	<i>Totale</i>	471.148	100%	461.835	100%	932.983	100%
Stranieri	chirurgico	5.112	39%	6.447	42%	11.559	41%
	medico	7.946	61%	8.787	58%	16.733	59%
	<i>Totale</i>	13.058	100%	15.234	100%	28.292	100%
<i>totale</i>		<i>484.206</i>		<i>477.069</i>		<i>961.275</i>	

Figura 5. Italiani dimessi dagli ospedali delle 7 Aziende dell'Emilia-Romagna partecipanti all'indagine (2002-2003), per DRG

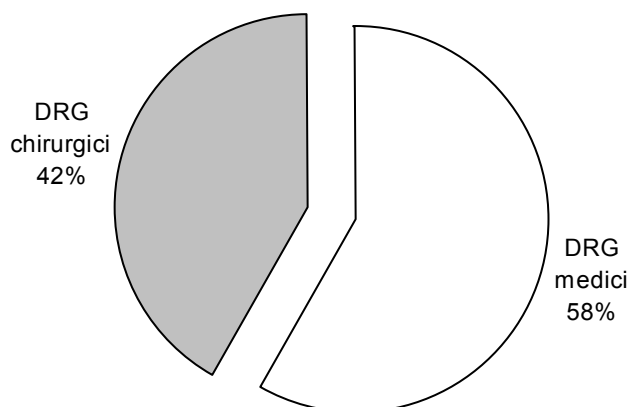
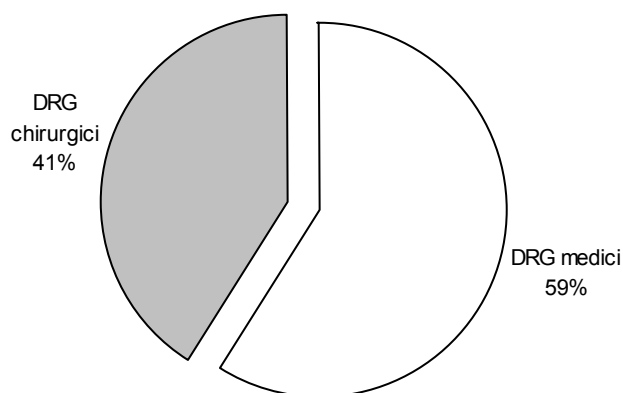


Figura 6. Stranieri dimessi dagli ospedali delle 7 Aziende dell'Emilia-Romagna partecipanti all'indagine (2002-2003), per DRG



Nelle Tabelle 7 e 8 si può apprezzare la distribuzione dei dimessi dalle 7 Aziende per i 20 DRG più frequenti in relazione alla cittadinanza, negli anni 2002 e 2003. Ai primi sei posti degli italiani compaiono gli interventi per cataratta, ricoveri di chemioterapia, scompenso cardiaco e interventi sul ginocchio (corrispondenti al 13% di tutti i ricoveri); per gli stranieri compaiono unicamente DRG correlati al parto, all'aborto e a problematiche inerenti la riproduzione (corrispondenti al 36,8% di tutti i ricoveri).

Tabella 7. Dimessi dagli ospedali delle 7 Aziende dell'Emilia Romagna partecipanti all'indagine (2002-2003) Distribuzione dei 20 DRG più frequenti per i dimessi *italiani*

DRG	Descrizione	2002		2003		Totale	
		N	%	N	%	N	%
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	26.422	5,3%	21.031	4,3%	47.453	4,8%
391	Neonato normale	16.020	3,2%	16.291	3,4%	32.311	3,3%
410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta	12.711	2,6%	13.866	2,9%	26.577	2,7%
127	Insufficienza cardiaca e shock	11.823	2,4%	11.871	2,4%	23.694	2,4%
373	Parto vaginale no CC	11.851	2,4%	11.835	2,4%	23.686	2,4%
222	Interventi sul ginocchio no CC	7.376	1,5%	7.505	1,5%	14.881	1,5%
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età >17 no CC	6.855	1,4%	7.016	1,4%	13.871	1,4%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterectomia	6.831	1,4%	6.644	1,4%	13.475	1,4%
359	Interventi utero/annessi, no neoplasie no CC	6.355	1,3%	7.005	1,4%	13.360	1,4%
209	Interventi su articolazioni magg. e reimpianti di arti inferiori	5.527	1,1%	6.097	1,3%	11.624	1,2%
119	Legatura e stripping di vene	5.555	1,1%	5.890	1,2%	11.445	1,2%
430	Psicosi	5.288	1,1%	5.315	1,1%	10.603	1,1%
088	Malattie polmonari cronico-ostruttive (COPD)	5.109	1,0%	5.321	1,1%	10.430	1,1%
082	Neoplasie dell' apparato respiratorio	5.259	1,1%	5.092	1,0%	10.351	1,1%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie maligne	5.306	1,1%	4.834	1,0%	10.140	1,0%
371	Taglio cesareo no CC	5.079	1,0%	4.951	1,0%	10.030	1,0%
183	Esofagite, gastroenterite, miscellanea malattie apparato digerente, età >17 no CC	4.939	1,0%	4.360	0,9%	9.299	0,9%
112	Interventi sul sistema cardiovascolare per via percutanea	4.033	0,8%	4.944	1,0%	8.977	0,9%
006	Decompressione del tunnel carpale	4.739	1,0%	3.459	0,7%	8.198	0,8%
229	Interventi mano o polso, eccetto interventi maggiori articolazioni no CC	3.704	0,7%	3.933	0,8%	7.637	0,8%
<i>Totale generale</i>		<i>495.243</i>	<i>32,5%</i>	<i>485.894</i>	<i>32,4%</i>	<i>981.137</i>	<i>32,4%</i>

Tabella 8. Dimessi dagli ospedali delle 7 Aziende dell'Emilia-Romagna partecipanti all'indagine (2002-2003). Distribuzione dei 20 DRG più frequenti per i dimessi *stranieri*

DRG	Descrizione	2002		2003		Totale	
		N	%	N	%	N	%
373	Parto vaginale no CC	1.640	11,1%	1.818	10,6%	3.458	10,8%
381	Aborto con dilatazione e raschiamento mediante aspirazione o isterectomia	1.494	10,1%	1.841	10,7%	3.335	10,5%
391	Neonato normale	1.199	8,1%	1.382	8,1%	2.581	8,1%
371	Taglio cesareo no CC	590	4,0%	647	3,8%	1.237	3,9%
359	Interventi utero/annessi, no neoplasie no CC	238	1,6%	357	2,1%	595	1,9%
383	Altre diagnosi pre-parto con complicazioni mediche	265	1,8%	258	1,5%	523	1,6%
184	Esofagite, gastroenterite, miscellanea malattie apparato digerente, età <18	222	1,5%	237	1,4%	459	1,4%
379	Minaccia d'aborto	207	1,4%	250	1,5%	457	1,4%
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	173	1,2%	244	1,4%	417	1,3%
183	Esofagite, gastroenterite, miscellanea malattie apparato digerente, età >17 no CC	177	1,2%	167	1,0%	344	1,1%
364	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto neoplasie maligne	151	1,0%	190	1,1%	341	1,1%
098	Bronchite e asma, età <18	176	1,2%	156	0,9%	332	1,0%
070	Otite media e infezioni alte vie respiratorie, età <18	168	1,1%	156	0,9%	324	1,0%
390	Neonato con altri affezioni significative	139	0,9%	138	0,8%	277	0,9%
384	Altre diagnosi pre-parto no complicazioni mediche	132	0,9%	143	0,8%	275	0,9%
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	130	0,9%	141	0,8%	271	0,9%
167	Appendicectomia con diagnosi principale no complicata no CC	104	0,7%	134	0,8%	238	0,7%
026	Convulsioni e cefalea età <18	110	0,7%	112	0,7%	222	0,7%
222	Interventi sul ginocchio no CC	103	0,7%	117	0,7%	220	0,7%
229	Interventi mano o polso, eccetto interventi maggiori articolazioni no CC	89	0,6%	129	0,8%	218	0,7%
<i>Totale generale</i>		<i>14.741</i>	<i>50,9%</i>	<i>17.134</i>	<i>50,3%</i>	<i>31.875</i>	<i>50,6%</i>

6. L'accesso al Pronto soccorso¹⁷

6.1. Premessa

Al fine di identificare i meccanismi che sono alla base dei processi di disuguaglianze nell'accesso ai Servizi sanitari, il Gruppo di lavoro - composto dai referenti delle Aziende USL che hanno aderito al progetto, costituitosi per la ricerca sulle tipologie della domanda/accesso - ha individuato negli immigrati, nelle donne di età dai 18 anni in su e negli anziani di età *over* 65 anni i soggetti potenzialmente più fragili da considerare nell'indagine.

Il presupposto è quello che per evitare i meccanismi che portano all'insorgenza di disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, è necessario poterli conoscere e in particolare essere in grado di misurare il fenomeno. In letteratura sono ormai evidenti le relazioni tra disuguaglianze e condizione socio-economica dei soggetti. Questa relazione tra i determinanti sopra esposti e la salute dei cittadini prevede studi basati sul *record linkage* individuale di dati sanitari e dati socio-economici derivanti dalle rilevazioni censuarie (reddito, grado di scolarità, qualità abitativa, indice di deprivazione sociale e altri). Sono studi particolarmente complessi, estremamente corretti da un punto di vista metodologico, purtroppo non sempre praticabili in quanto i dati socio-sanitari non sono a disposizione per tutte le realtà territoriali.

Partendo da questo presupposto, si è ipotizzato di utilizzare i Sistemi informativi sanitari aziendali quali fonti correnti di dati per verificare se essi si prestavano ad essere strumenti accessibili e agevoli in grado di illustrare il fenomeno e le sue variazioni temporali, e quindi utili per monitorare un territorio aziendale la cui configurazione socio-demografica è particolarmente influenzata dalla dinamica dei movimenti migratori degli ultimi anni.

In particolare, questo studio descrittivo si pone gli obiettivi di:

- evidenziare eventuali differenze nell'accesso nella domanda/accesso al servizio di Pronto soccorso per i tre gruppi di popolazione *target* oggetto dell'indagine, utilizzando le informazioni correnti presenti nei sistemi informativi delle Aziende coinvolte nella ricerca;
- valutare la fruibilità da parte dei cittadini di tale servizio;
- eventualmente delineare le caratteristiche dei soggetti che vi accedono oltre alle modalità di accesso, l'appropriatezza della domanda/accesso facendo attenzione ad eventuali sacche di popolazione che maggiormente ricorrono a tale servizio.

¹⁷ A cura di Vincenza Perlangeli, Azienda USL di Bologna.

6.2. Materiali e metodi

In questa prima fase della ricerca quindi si è provveduto al reperimento di dati a livello aziendale, allo scopo di analizzarli nella loro complessità: sono stati quindi utilizzati i Sistemi informativi delle Aziende sanitarie coinvolte nella ricerca quali fonti correnti di dati sanitari (Aziende USL di Reggio Emilia, Bologna, Ravenna, Ferrara, Cesena, Rimini).

L'analisi ha comportato la rilevazione di dati di accessi al PS relativi all'anno 2002 effettuando una stratificazione della domanda in base alle variabili identificative età, genere, cittadinanza. Si è inoltre analizzata la modalità di accesso in particolare il codice di priorità di accesso, gli accessi su richiesta del MMG, gli accessi con ricovero e quelli accessi per trauma.

Tabella 1. Gruppi di popolazione *target* analizzati

Gruppi di popolazione	Variabili identificative		
Immigrati	età	genere	cittadinanza e paese di provenienza
Donne \geq 18 anni	età		cittadinanza
Anziani > 65 anni	età	genere	cittadinanza

Tabella 2. Tipologia dei dati di Pronto soccorso. 2002

Pronto soccorso	Accessi dall'1/1/2002 al 31/12/2002	Codice di priorità di accesso Accessi su richiesta del MMG Accessi con ricovero Accessi per trauma
-----------------	-------------------------------------	---

Tabella 3. Esempio di schema per l'elaborazione dei dati

		Cittadinanza italiana (= 100)				Cittadinanza non italiana (\neq 100)			
		Classi di età				Classi di età			
		\leq 18	19-49	50-64	65+	\leq 18	19-49	50-64	65+

Codice colore o di priorità

Bianco
Verde
Giallo
Rosso

Modalità di accesso

Su richiesta del MMG
Con esito di ricovero
Per traumi

6.3. Risultati

Per quanto riguarda l'analisi dei dati relativi agli accessi al Pronto soccorso, su un totale di 504.495 accessi complessivi, il 53% sono da attribuire a uomini e il 47% a donne. Il genere maschile accede al PS in maniera maggiore rispetto al genere femminile nonostante l'evento nascita contribuisca in maniera importante tra queste ultime.

La distribuzione degli accessi tra i cittadini italiani è del 52,6% per gli uomini e il restante 47,4% per le donne. Per i cittadini stranieri i maschi costituiscono il 58,5% e le donne il 41,5% (*Figura 1*).

I cittadini stranieri rappresentano il 7% (maschi 8,4% e femmine 6,6%). Tale valore risulta più elevato della percentuale di stranieri presenti rispetto alla popolazione residente.

La classe di età dei cittadini che più frequentemente si reca al PS è quella dei 19-49 anni in entrambi i gruppi di popolazione, seguita dalla classe degli *over 65* nella popolazione italiana e dalla fascia 0-18 anni tra gli stranieri (*Figura 2*).

Questa distribuzione tra i due diversi gruppi di popolazione rispecchia la loro composizione demografica, infatti gli *over 65*enni sono una percentuale importante nella popolazione italiana il cui indice di vecchiaia, se pur in lieve flessione negli ultimi anni, rimane ancora elevato (RER 2000: 193,9), così come la classe 0-18 anni degli stranieri risulta al secondo posto in ragione della più alta natalità tra i cittadini stranieri.

Figura 1. Accessi al PS per classe di età e sesso

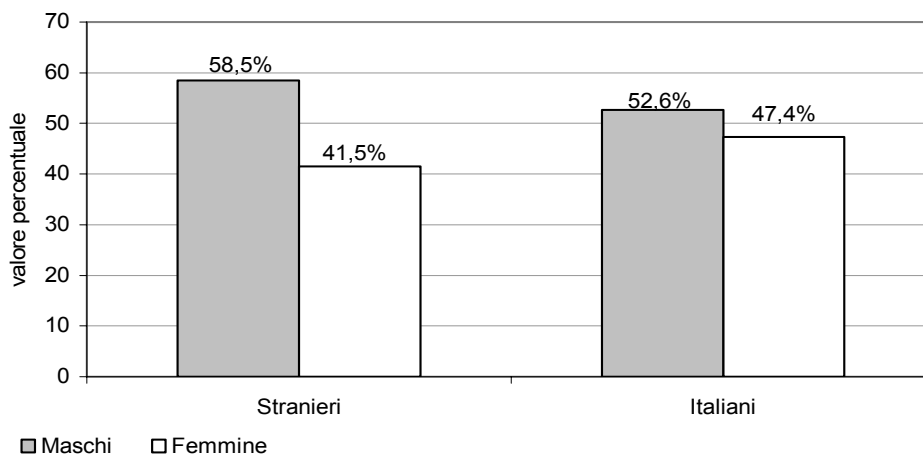


Figura 2. Accessi al PS per classe di età e sesso

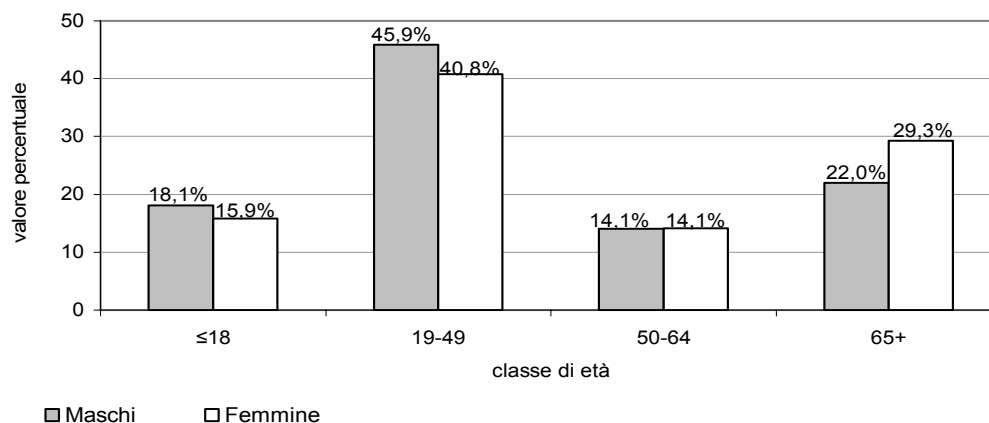
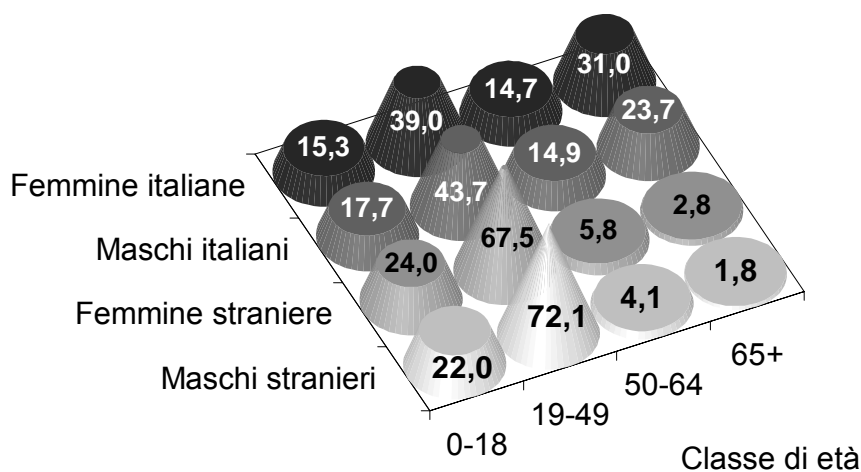


Figura 3. Accessi al PS per classe di età, sesso e cittadinanza



Dall'analisi degli accessi al Pronto soccorso per codice di priorità, ben il 14% sono codici bianchi, che per definizione sono ritenuti inappropriati (*Tabella 4*).

I valori più elevati relativi a questo codice si riscontrano tra gli stranieri indipendentemente dal genere, evidenziando un ricorso al PS per cause a più alto rischio di inappropriata. Infatti tra gli stranieri il codice bianco rappresenta sul totale degli accessi il 25% (26,1% uomini e 24,1% donne), contro il 13,3% degli stessi tra gli italiani. In entrambi i gruppi i codici bianchi si concentrano soprattutto tra i 19 e 49 anni.

I codici verdi rappresentano la maggior parte degli accessi, con valori che superano il 63%.

Tabella 4. Accessi al PS per codice di priorità, sesso e cittadinanza (valori assoluti e percentuali)

Codice di priorità di accesso	italiani		stranieri		totale		totale	
	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	M+F	%
bianco	34.547	27.942	5.375	3.524	39.922	31.466	71.388	14,0
verde	159.369	139.915	13.002	9.253	172.371	149.168	321.539	63,7
giallo	46.617	47.963	1.966	1.684	48.583	49.647	98.230	19,4
rosso	6.412	6.460	286	180	6.698	6.640	13.338	2,6
<i>Totale accessi</i>	<i>246.945</i>	<i>222.280</i>	<i>20.629</i>	<i>14.641</i>	<i>267.574</i>	<i>236.921</i>	<i>504.495</i>	<i>100,0</i>

Legenda

* Sono considerati solo gli accessi nei quali è specificata la cittadinanza.

Figura 4. Accessi al PS per codice di priorità e cittadinanza - maschi

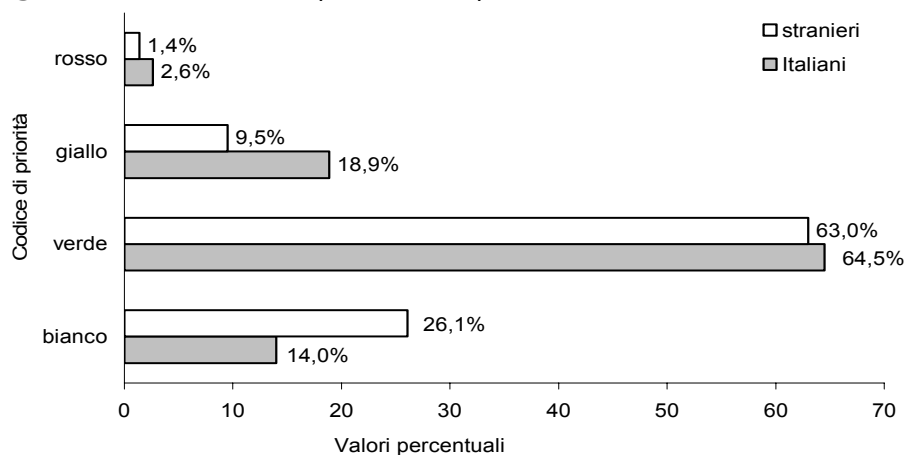
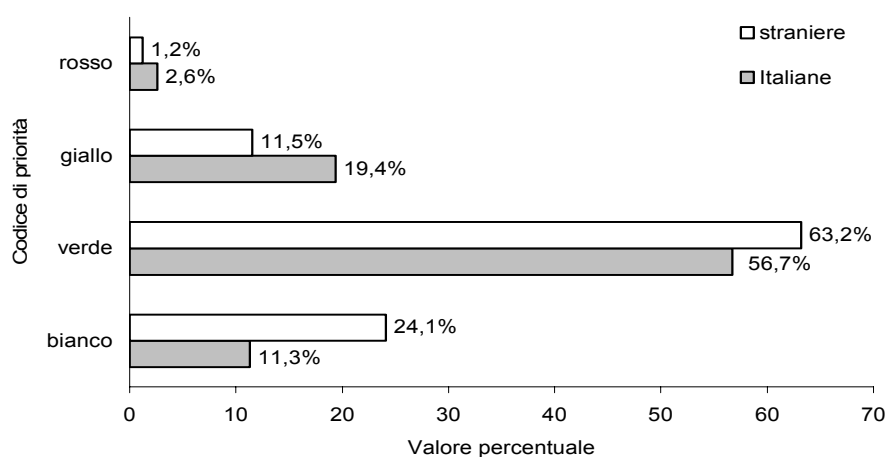
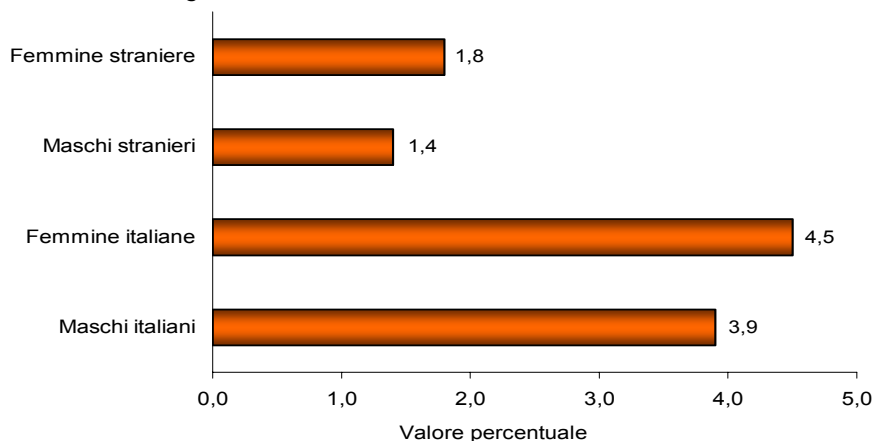


Figura 5. Accessi al PS per codice di priorità e cittadinanza - femmine



Alla tendenza ad accedere in maniera inappropriata al Pronto soccorso si associa una bassa percentuale di visite su richiesta del medico di base. Infatti, solo l'1,8% delle donne e l'1,4% degli uomini stranieri giunge al PS dopo aver prima consultato un medico di medicina generale. Il fenomeno tra gli italiani presenta una maggiore frequenza e quasi tutta da attribuire alla classe di età *over 65* anni, con una percentuale che supera il 57%. Non si registra una differenza di genere se si escludono gli accessi nelle donne per parto.

Figura 6. Accessi al PS su richiesta del medico di medicina generale, per cittadinanza e genere



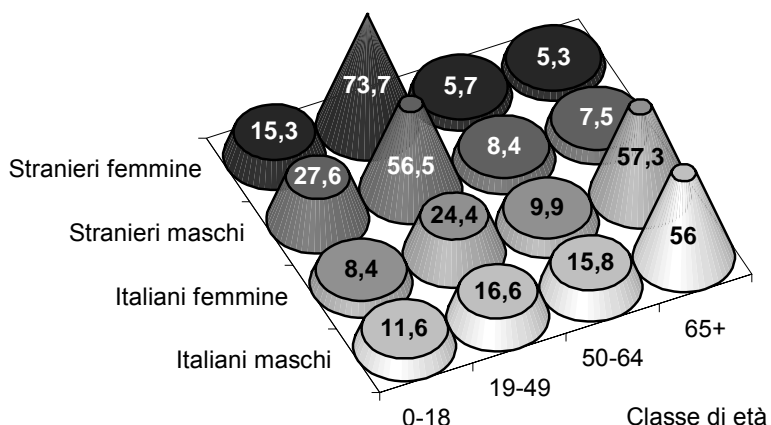
Esiste inoltre una differenza negli accessi che evolvono in ricovero. Si traducono in ricoveri più frequentemente nel genere femminile, fenomeno questo da attribuire ai parti, e alla maggiore longevità delle *over 65*enni.

Risulta comunque bassissima sul totale la percentuale di accessi che esitano in ricoveri tra gli stranieri (0,9% donne e 0,8% uomini). Tra questi le donne sono quasi il doppio rispetto agli uomini (13,9% *vs* 7,6%). Il fenomeno sembra ricollegarsi all'alta percentuale di codici bianchi che poi non si traducono in ricoveri (11,2% donne e 13,5% uomini).

La differenza di genere si mantiene pressoché in tutte le fasce di età.

Gli anziani in assoluto rappresentano la classe che più frequentemente va incontro a ricovero.

Figura 7. Accessi al PS con esito di ricovero, per cittadinanza e genere



Gli eventi traumatici nel loro complesso rappresentano un'importante causa di accessi al Pronto soccorso in entrambi i generi. Anche in questi casi si rilevano delle differenze sia in base al genere sia in base alla cittadinanza. Indubbiamente è un fenomeno più diffuso tra gli uomini con il 59,2% su tutti gli accessi. Tra gli uomini italiani il fenomeno rappresenta il 48,2% e il 38,1% tra le donne. I valori relativi agli stranieri sono del 44,1% nel genere maschile e del 24,9% nelle donne.

La classe di età più interessata è quella 19-49 anni, dove gli stranieri del genere maschile raggiungono un valore dell'11,6% su tutti i ricoveri tra gli uomini di pari età. Da segnalare nel genere femminile il 23% delle straniere giovanissime che ricorre al PS per traumi e il 22,6% tra le donne anziane italiane.

Figura 8. Accessi al PS in seguito a trauma, per cittadinanza e genere

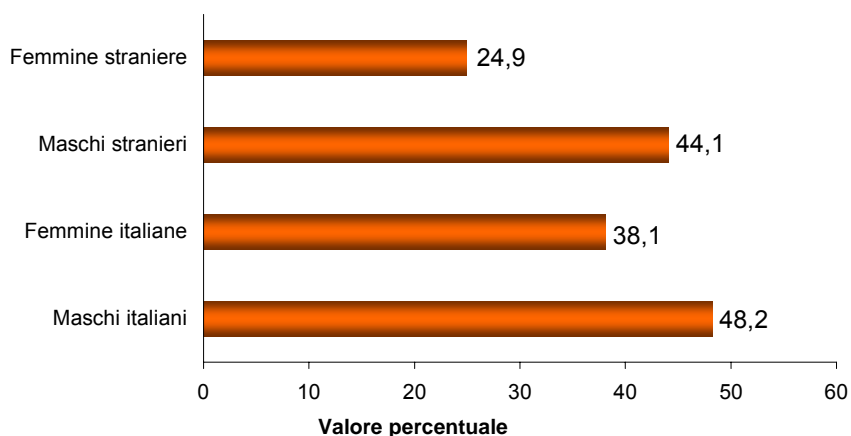
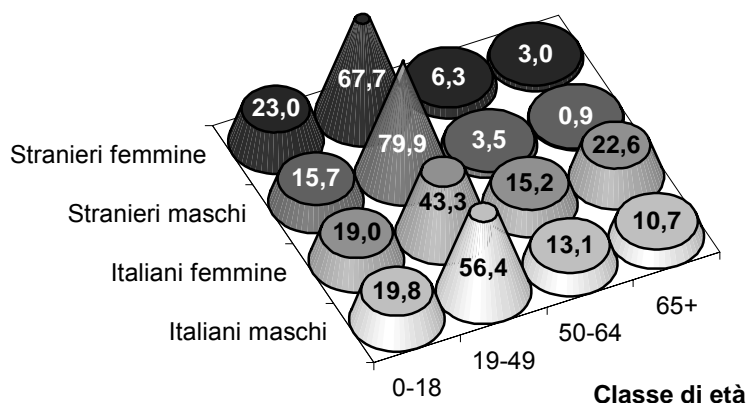


Figura 9. Accessi al PS in seguito a trauma per cittadinanza, genere e classe di età



Le differenze rilevate tra i due gruppi di popolazione (italiani e stranieri) si mantengono anche gli anziani *over 65enni*. In particolare solo il 3,8% tra i maschi e il 4,2% tra le femmine accede su richiesta di un medico di medicina generale.

Figura 10. Modalità di accesso al Pronto soccorso, per nazionalità - maschi

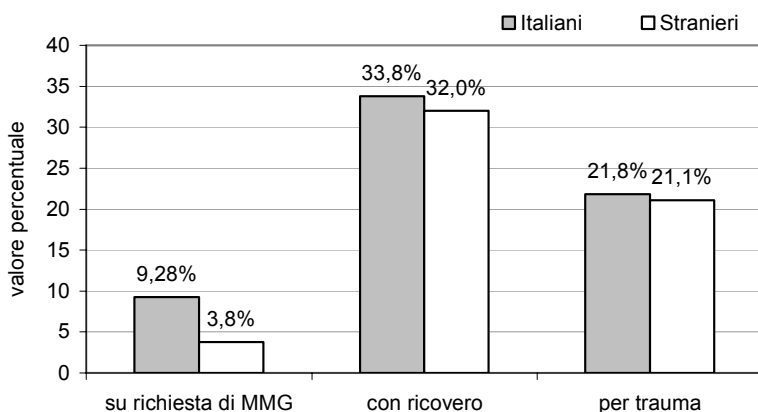
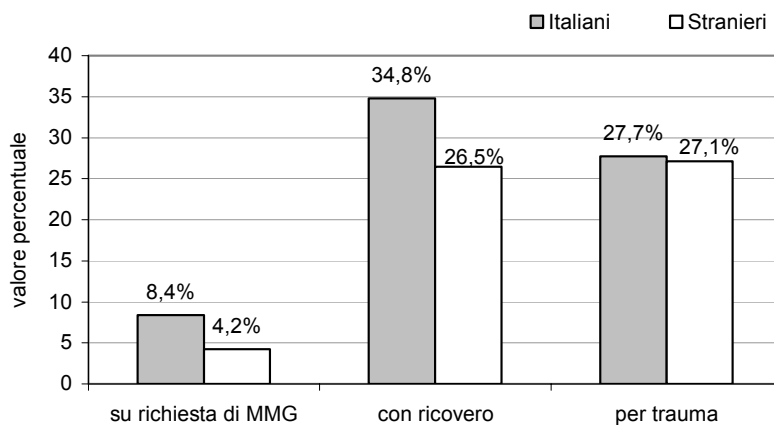


Figura 11. Modalità di accesso al Pronto soccorso, per nazionalità - femmine



6.4. Conclusioni

L'analisi fin qui condotta ha evidenziato l'alta percentuale di stranieri che accedono al Pronto soccorso e per cause a più alto rischio di inappropriatazza. Infatti risulta alta la percentuale di codici bianchi.

Il medico di medicina generale non rappresenta la figura primaria di riferimento, a dimostrazione che non tutti gli stranieri riescono a entrare in relazione con la stessa facilità con i servizi della medicina di base. A questo di conseguenza segue la bassa percentuale degli accessi che poi esitano in ricovero.

Le donne anziane (65+ anni) e italiane accedono in misura rilevante per traumi, sottolineando il rischio di fratture a cui questo gruppo di popolazione è sottoposta.

Il flusso informativo aziendale relativo ai dati di Pronto soccorso esistente nelle Aziende USL che hanno contribuito alla raccolta dei dati può considerarsi uno strumento accessibile e agevole per illustrare il fenomeno della domanda in chiave di disuguaglianza nell'accesso allo specifico percorso di cura analizzato, anche se lo sforzo di coordinamento e di confronto messo in campo per questa azione di ricerca ha messo in luce non pochi problemi di fattibilità relativi a una disomogeneità tra le Aziende USL nell'archiviazione e nella modalità di estrazione dei dati.

In conclusione, i risultati - nonostante una percentuale di informazioni non rilevate - seppure parzialmente, riescono ad evidenziare eventuali differenze nell'accesso a specifici percorsi di cura.

7. L'accesso alle cure pre-natali¹⁸

7.1. Introduzione

L'accesso non adeguato all'assistenza pre-natale rappresenta un problema di salute pubblica, comportando rischi di parto prematuro, complicanze durante il parto, basso peso del bambino alla nascita e mortalità neonatale (*Rapporto OsservaSalute*, 2004). Da questa constatazione, derivata dalla letteratura e ampiamente condivisa tra gli esperti, scaturisce l'interesse per i fattori che possono condizionare tale accesso.

In Italia l'assistenza alla gravidanza è offerta gratuitamente dal SSN, ma alcune caratteristiche socio-demografiche delle madri (giovane età, basso livello di scolarizzazione, cittadinanza straniera, condizione disoccupata), indicative di situazione economica disagiata, possono condizionare la fruibilità del servizio da parte della donna e determinare un accesso inadeguato ai servizi di assistenza pre-natale (Corchia *et al.*, 1995; Rowe, Garcia, 2003).

Secondo un'indagine svolta a metà degli anni '90, in Italia la stima della percentuale di donne con accessi inadeguati alle cure pre-natali (4,2%) era tra le più basse rispetto a quelle dei Paesi europei partecipanti allo studio: solo la situazione finlandese risultava migliore (3,1%) (Delvaux *et al.*, 2001). Nonostante il dato incoraggiante e il tradizionale buon livello di assistenza italiano, rimane l'esigenza di verificare quanto l'offerta di servizi risponda alle effettive esigenze della popolazione, soprattutto alla luce dei recenti fenomeni di transizione demografica. Sempre più consistente è infatti la presenza di giovani donne straniere che, nell'affrontare gravidanza e parto, incontrano tutti i problemi legati all'integrazione con un sistema di cure impostato su una tradizione culturale spesso distante dalla propria.

La presente analisi si propone di dimensionare il fenomeno attuale degli accessi inadeguati ai servizi di assistenza pre-natale in Emilia-Romagna e di valutare il ruolo dei vari determinanti socio-demografici sotto il profilo quantitativo. Lo studio è finalizzato ad individuare categorie di donne a maggior rischio e raccogliere elementi utili per promuovere eventuali interventi di prevenzione e promozione della salute della gravidanza.

¹⁸ A cura di Elizabeth Bakken, Nicoletta Bertozzi, Mauro Palazzi, Francesca Righi, Patrizia Vitali, Azienda USL di Cesena, Servizio di Epidemiologia e comunicazione.

7.2. Materiali e metodi

L'analisi è stata condotta utilizzando l'archivio dei Certificati di assistenza al parto (CedAP), compilati nei 34 punti nascita dell'Emilia-Romagna nel 2003. Attraverso questo flusso informativo (attivo nelle 11 Aziende sanitarie della regione dal 2002) sono raccolte informazioni relative a gravidanza, parto e neonato. La sezione relativa alle caratteristiche socio-demografiche dei genitori è particolarmente dettagliata, rendendo il CedAP uno strumento privilegiato per la lettura e il monitoraggio delle disuguaglianze.

La qualità del dato di questa banca è migliorata notevolmente e può considerarsi affidabile, anche se rimangono alcuni settori con margine di miglioramento (criticità su variabili specifiche in alcune Aziende sanitarie e lacune nelle informazioni socio-demografiche relative ai padri).

Nel valutare la qualità della banca dati si sono applicati gli stessi criteri di controllo utilizzati dal gruppo di lavoro che ha redatto il dettagliato rapporto *La nascita in Emilia-Romagna*, al quale si rimanda per eventuali approfondimenti (Baroncini *et al.*, 2005). Si sono considerati i certificati relativi a 33.930 parti avvenuti nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna nel 2003, corrispondenti al 96,5% dei nati vivi risultanti dalle schede di dimissione ospedaliera (SDO) dello stesso anno. Gli eventi nascita sono stati compresi indipendentemente dalla residenza delle partorienti. A seguito di alcune operazioni di correzione o trascodifica rivelatesi necessarie, la qualità dei dati relativi alle madri ha raggiunto livelli accettabili (complessivamente meno del 2% di dati mancanti). Non sono state considerate affidabili la variabile cittadinanza per l'Azienda USL di Ferrara e la variabile condizione lavorativa per l'Azienda USL di Forlì. I dati socio-demografici relativi ai padri non sono stati inclusi nell'analisi per l'incompletezza rilevata.

Sulla base della letteratura e in linea con le raccomandazioni che l'OMS propone per l'assistenza alla gravidanza (Villar, Bergsjø, 2001), si è scelto di considerare gli accessi alle cure come inadeguati se la madre dichiara di avere effettuato il primo controllo ginecologico dopo la tredicesima settimana oppure di essersi sottoposta a meno di 4 visite lungo tutto il decorso della gestazione. Questi due indicatori (considerati nel presente studio indipendentemente l'uno dall'altro) consentono di identificare i casi in cui l'accesso all'assistenza non può essere considerato sufficiente, anche se non forniscono informazioni sulla qualità in termini di appropriatezza ed efficacia.

Dopo la descrizione della popolazione studiata, l'analisi è stata condotta attraverso lo studio della distribuzione di frequenza degli indicatori di accesso inadeguato nell'ambito di diverse condizioni materne identificate da età, titolo di studio, condizione lavorativa, parità,¹⁹ cittadinanza (italiana o straniera) e tipo di servizio prevalentemente utilizzato; per le donne straniere è stato anche considerato il continente di provenienza. Si è studiata la relazione statistica tra gli indicatori di accesso inadeguato e le principali

¹⁹ La parità rimanda alla condizione di aver avuto o meno parti e in che numero; una nullipara è una donna che non ha avuto nessun parto (e di conseguenza nessun figlio), una primipara è una donna che ha avuto un unico parto (o che è al primo parto se si parla di una che sta per partorire) e una pluripara (o multipara) è una donna che ha avuto almeno due parti.

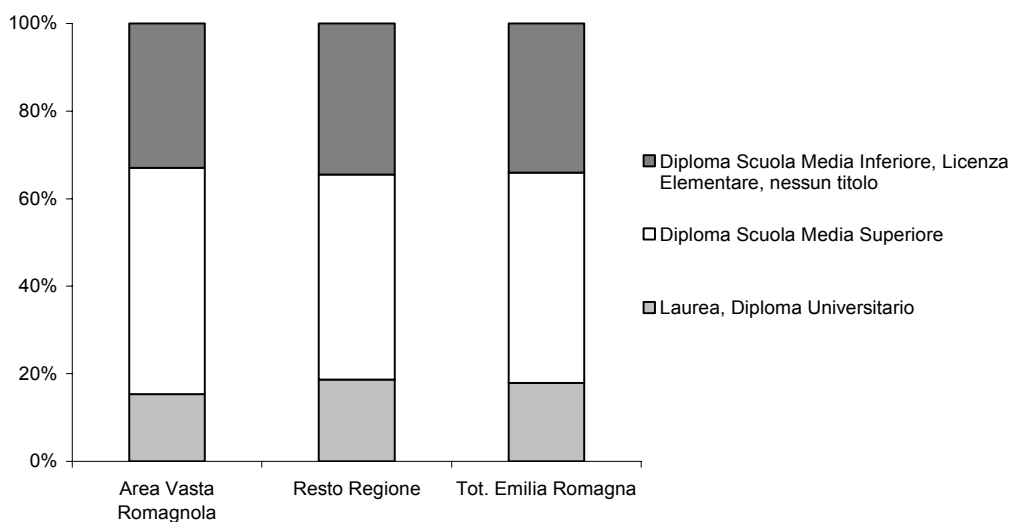
variabili con modelli di regressione logistica. In questa fase, le donne straniere provenienti dall'Europa centro-orientale (Paesi dell'Europa centrale e dell'ex Unione sovietica) sono state distinte da quelle provenienti dai 15 Paesi per primi membri dell'Unione europea; a quest'ultimo gruppo sono stati accorpati anche San Marino, Liechtenstein e Svizzera.

7.3. Risultati

La maggior parte delle partorienti è risultata di età compresa tra i 25 e i 34 anni (età mediana 32 anni) ed è primipara (57%). Le donne sono occupate nel 72% dei casi, casalinghe nel 22% e disoccupate o in cerca di prima occupazione nel 5% dei casi. La percentuale di donne disoccupate è maggiore tra le partorienti nelle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna rispetto a quelle emiliane (7% vs 4%).

Circa una madre su tre (66%) presenta un titolo di studio alto (laurea o diploma di scuola media superiore), senza differenza tra le Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna e le altre emiliane.

Figura 1. Titolo di studio delle madri per area territoriale del parto. Emilia-Romagna, 2003



Complessivamente 5.594 partorienti (pari al 16%) hanno cittadinanza straniera. Queste provengono soprattutto dall'Africa e dall'Europa dell'Est (Balcani ed ex URSS): nelle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna sono più numerose le donne provenienti dall'Europa dell'Est, mentre nelle Aziende sanitarie emiliane il gruppo più consistente viene dall'Africa; vi è anche una maggiore presenza rispetto all'area romagnola di donne asiatiche, soprattutto cinesi (*Figura 2*). Le partorienti straniere sono più giovani rispetto alle italiane (età mediana di 28 vs 32 anni) e hanno più frequentemente un titolo di studio basso (56% vs 30%).

Nel corso della gravidanza circa tre partorienti straniere su quattro (75%) si rivolgono ai servizi pubblici, in particolare ai consultori (63%). Le italiane, invece, si rivolgono più spesso a servizi privati (79%) e solo una su cinque si fa seguire in ambito pubblico (20%) (Figura 3).

Figura 2. Continente di provenienza delle partorienti straniere. Emilia-Romagna, 2003

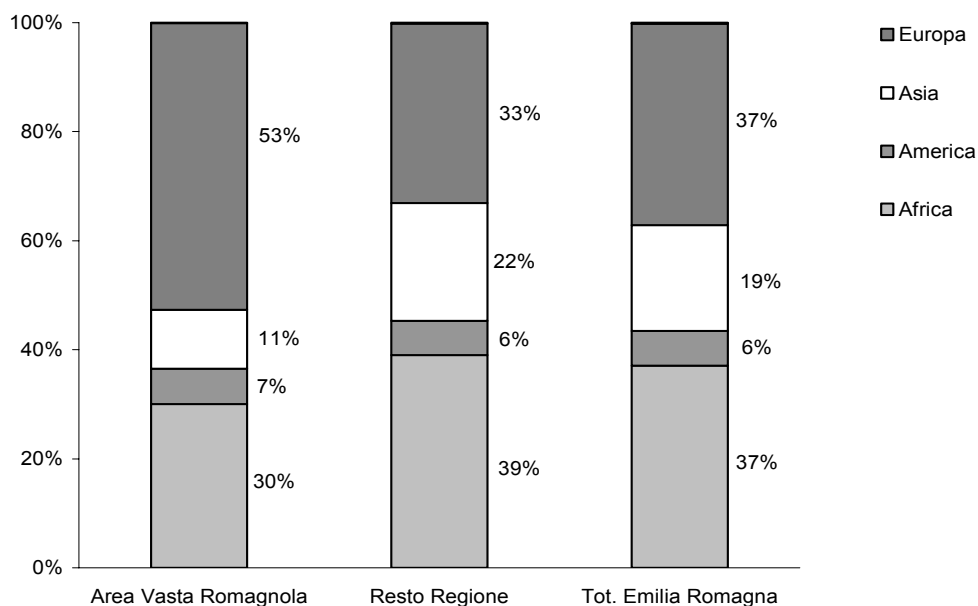
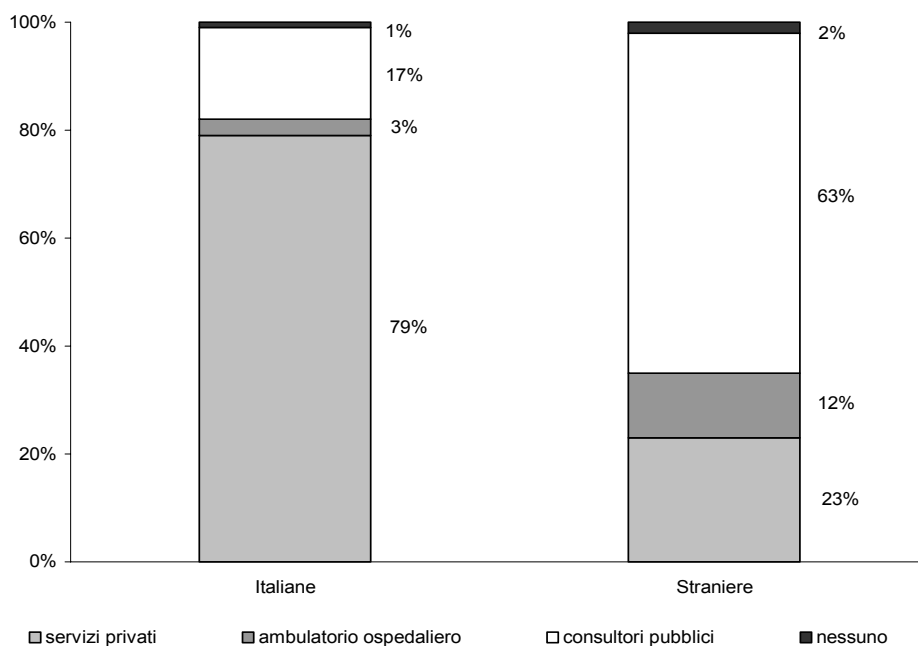


Figura 3. Servizi prevalentemente utilizzati, per cittadinanza delle partorienti. Gravidanze fisiologiche. Emilia-Romagna, 2003



La percentuale di gravidanze a decorso patologico è invece simile (6% per le italiane e 7% per le straniere), così pure quella di nati di basso peso (circa 4% delle gravidanze fisiologiche) e di nati pre-termine (tra il 4 e il 5% delle gravidanze fisiologiche).

Rispetto alla modalità del parto, la quota di tagli cesarei è lievemente più bassa nelle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna (24% vs 29% di tutti i parti). Le partorienti straniere sono sottoposte a taglio cesareo in percentuale minore rispetto alle italiane (25% vs 29%); questa differenza è meno spiccata nelle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Romagna (22% vs 25%) rispetto a quelle emiliane (25% vs 30%).

Complessivamente 1.839 donne hanno effettuato la prima visita dopo la 13^a settimana di gestazione (5,5% di tutti i casi) e 712 donne hanno effettuato meno di 4 controlli (2% di tutti i casi). Le partorienti straniere presentano una percentuale più elevata di donne che hanno effettuato meno di 4 visite durante la gravidanza (14% vs 5%) e si sono recate alla prima visita oltre la 13^a settimana (17% vs 3%). Tra le 217 partorienti (0,6%) che non si sono sottoposte ad alcun controllo in gravidanza, ben 3 su 4 (71%) sono straniere. Il 16% delle straniere, rispetto al 3% delle italiane, dichiara di avere effettuato nel corso della gravidanza meno delle 3 ecografie raccomandate in base all'evidenza scientifica e offerte gratuitamente dal Sistema sanitario nazionale.

Dall'analisi univariata emergono, in linea con quanto atteso in base ai dati di letteratura, alcune caratteristiche che sembrano porre le partorienti in condizione svantaggiata rispetto a un adeguato accesso alle cure: giovane età (<20 anni), basso titolo di studio, condizione di disoccupazione o in cerca di prima occupazione, l'essere casalinga, la pluriparità e l'utilizzo prevalente dei servizi di tipo pubblico (consultori o ambulatori ospedalieri).

Nell'analisi multivariata la cittadinanza straniera si è confermata essere il fattore più fortemente associato con l'aver effettuato la prima visita oltre la 13^a settimana (indicatore di accesso inadeguato), in particolare per le donne provenienti dall'Asia (ORa = 3,4 IC 2,8-4,1). Tra tutte le immigrate quelle meno propense a ritardare le visite sembrano essere le africane (ORa = 2,4 IC 2,0-2,8). L'aver effettuato la prima visita oltre la 13^a settimana è risultato associato in maniera statisticamente significativa anche con altre variabili: giovane età della madre (ORa = 2,1 IC 1,5-3,0), condizione di disoccupata o in cerca di prima occupazione (ORa = 1,8 IC 1,5-2,2), condizione di casalinga (ORa = 1,7 IC 1,5-1,9), basso titolo di studio (ORa = 1,4 IC 1,3-1,6), pluriparità (ORa = 1,3 IC 1,2-1,4), utilizzo prevalente di ambulatorio ospedaliero (ORa = 2,2 IC 1,8-2,6) o consultorio pubblico (ORa = 2 IC 1,7-2,3) e assenza di un riferimento sanitario prevalente (ORa = 2,4 IC 1,5-3,7) (*Tabella 1*).

In un modello di analisi multivariata con l'altro indicatore di accesso inadeguato (meno di 4 visite lungo il decorso della gravidanza) si ottengono risultati che confermano i precedenti: i fattori considerati appaiono infatti associati statisticamente anche a questo indicatore (*Tabella 2*).

Tabella 1. Prima visita dopo la 13^a settimana di gestazione. OR e relativi IC (95%) per le caratteristiche socio-demografiche risultate statisticamente significative. Regione Emilia-Romagna (esclusa Azienda USL di Ferrara), 2003

Variabile	Fattore di rischio	OR agg	IC
Cittadinanza madre	straniera dall'Asia	3,4	2,8-4,1
	straniera dall'Europa centro-orientale	3,0	2,6-3,6
	straniera dall'America	2,9	2,1-4,0
	straniera dall'Africa	2,5	2,1-2,9
Servizio prevalente	nessuno	2,5	1,6-3,9
	ambulatorio ospedaliero	2,2	1,8-2,7
	Consultorio pubblico	2,0	1,7-2,3
Età madre	giovane (meno di 20 anni)	2,1	1,5-3,0
Condizione lavorativa madre	disoccupata/ in cerca di prima occupazione	1,8	1,5-2,2
	condizione di casalinga	1,7	1,5-1,9
Titolo di studio madre	basso (diploma media inf./licenza el./nessun titolo)	1,4	1,3-1,6
Parità	pluripara	1,3	1,2-1,4

Tabella 2. Meno di 4 visite nel corso della gravidanza. OR e relativi IC (95%) per le caratteristiche socio-demografiche risultate statisticamente significative. Regione Emilia-Romagna (esclusa Azienda USL di Ferrara), 2003

Variabile	Fattore di rischio	OR agg	IC
Cittadinanza madre	straniera dall'Europa centro-orientale	2,2	1,8-2,5
	straniera dall'Asia	2,1	1,7-2,6
	straniera dall'Africa	1,9	1,6-2,2
	straniera dall'America	1,7	1,1-2,4
Servizio prevalente	nessuno	11,5	9,2-14,5
	ambulatorio ospedaliero	2,6	2,2-3,1
	Consultorio pubblico	1,3	1,1-1,4
Età madre	giovane (meno di 20 anni)	2,0	1,5-2,7
Condizione lavorativa madre	disoccupata/ in cerca di prima occupazione	2,1	1,8-2,5
	casalinga e altro	1,5	1,3-1,7
Parità	pluripara	1,3	1,2-1,5
Titolo di studio madre	basso (diploma media inf./licenza el./nessun titolo)	1,2	1,1-1,3

7.4. Conclusioni

Quanto emerso conferma la possibilità di utilizzare il flusso informativo dei Certificati di assistenza al parto come strumento di lettura e studio del fenomeno delle disuguaglianze in salute.

L'analisi dei dati ha evidenziato modalità differenti di accesso alle cure pre-natali in base a diverse condizioni socio-demografiche delle madri, in particolare in base alla diversa cittadinanza. Particolarmente rilevante a questo proposito è il fatto che la maggior parte delle donne che non hanno effettuato controlli durante tutta la gravidanza è straniera; tuttavia anche gli altri fattori indagati hanno dimostrato un proprio peso e contribuiscono a delineare situazioni specifiche da considerare con attenzione sia tra le immigrate sia tra le italiane.

Le disuguaglianze portate in evidenza da questo studio richiedono un'attivazione da parte dei Servizi di sanità pubblica per definire eventuali interventi o per ottimizzare quelli già in atto; rimane la necessità di comprendere meglio le dinamiche che portano le donne ad accedere in maniera inadeguata ai servizi, anche attraverso indagini di tipo qualitativo che interpellino i soggetti più direttamente coinvolti, dalle madri agli operatori sanitari.

Sarà inoltre importante ripetere nel tempo elaborazioni di tipo quantitativo sui dati degli archivi CedAP, selezionando gli indicatori che meglio si possono prestare a monitorare il fenomeno delle disuguaglianze e a valutare gli interventi messi in atto.

Nel processo di perfezionamento della qualità del dato che sta accompagnando il consolidarsi di questo flusso informativo, è pertanto necessario non trascurare l'importanza delle variabili socio-demografiche, essenziali allo studio delle disuguaglianze.

8. Le interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)²⁰

8.1. Introduzione

La banca dati sulle interruzioni volontarie di gravidanza (di seguito IVG) è implementata in Emilia-Romagna dagli inizi degli anni '80 su specifica scheda di rilevazione ISTAT; partecipano alla rilevazione presidi pubblici e privati che dal 1999 dispongono di un programma di *data entry* predisposto dalla Regione che ha notevolmente migliorato l'omogeneità e la completezza delle informazioni. La rilevazione viene chiusa annualmente alla fine del primo semestre dell'anno successivo.

Dati di letteratura evidenziano il crescente ricorso alla pratica dell'interruzione volontaria di gravidanza da parte delle donne extracomunitarie, rispetto a una tendenza alla diminuzione da parte delle donne italiane; questo fenomeno è il principale responsabile della stabilizzazione dei tassi di abortività osservati negli ultimi anni.

Il presente lavoro non vuole essere quindi un rapporto sulle IVG ma identifica nella popolazione femminile straniera immigrata che è ricorsa alla IVG il *target* in studio al fine di:

- contribuire al miglioramento delle conoscenze sulle disuguaglianze identificando un *set* di indicatori derivabili in larga parte dalla specifica banca dati regionale IVG, di uso corrente;
- formulare una prima valutazione sulla utilità dei descrittori selezionati, tenendo conto anche delle eventuali criticità incontrate per la loro costruzione.

Ciò rientra nell'ottica più complessiva dello sviluppo di un sistema integrato di conoscenze, tra cui quelle derivanti dai vari flussi informativi correnti, che possa supportare la formulazione di politiche di salute e di miglioramento dei servizi.

²⁰ A cura di Romana Bacchi, Oscar Mingozi (Azienda USL di Forlì) e Laura Zanzani (Azienda USL di Rimini), in collaborazione con Camilla Lupi, Simonetta Simoni, Eleonora Verdini (Servizio Sistema informativo Sanità e Politiche sociali, Regione Emilia-Romagna).

8.2. Materiali e metodi

Sono state esaminate le informazioni relative a tutta la produzione di interruzioni volontarie di gravidanza in strutture della Emilia-Romagna nel 2003, e contenute nella banca dati regionale sulle IVG.

Sono state escluse dall'analisi le IVG di donne residenti in regione ma avvenute in strutture ubicate al di fuori del territorio regionale (mobilità interregionale).

Per valutare la presenza di eventuali differenze e/o disuguaglianze sono stati messi a confronto due gruppi di popolazione:

- gruppo donne dell'Unione europea (donne UE): donne residenti in regione che hanno effettuato interruzione volontaria di gravidanza in strutture regionali, di nazionalità di Paesi UE prima del marzo 2003 (Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Finlandia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia); sono state incluse in questo gruppo anche le donne provenienti da paesi non UE ma caratterizzati da livelli di sviluppo socio-economico di tipo occidentale (San Marino, USA, Canada, Giappone);
- gruppo donne extra Unione europea (donne extra UE): donne residenti in regione che hanno effettuato IVG con nazionalità pertinente a tutti quei Paesi non ricompresi nella definizione precedente.

La scelta degli indicatori è stata finalizzata alla descrizione di quattro ambiti fondamentali per l'individuazione di differenze/disuguaglianze, e precisamente indicatori in grado di descrivere differenze circa:

- comportamenti,
- accesso ai servizi,
- tipo di trattamento,
- esiti dell'intervento.

Gli indicatori sono stati scelti fra quelli maggiormente utilizzati in letteratura e nei rapporti di settore, anche con il contributo di professionisti dell'area ostetrico-ginecologica e consultoriale, dopo verifica di qualità dei dati presenti in archivio.

Per la maggioranza degli indicatori individuati si è fatto riferimento alle IVG avvenute nell'anno 2003 mentre, per quanto concerne le caratteristiche socio-demografiche - quali la frequenza dell'evento IVG per classi di età, titolo di studio, stato civile, condizione professionale, nazionalità - si è preso a riferimento il quadriennio 2000-2003; ciò ha permesso di costruire uno scenario descrittivo di base inerente i due gruppi di donne in studio.

Il livello di aggregazione e di rappresentazione degli indicatori è stato regionale e di Area Vasta Romagna (AVR), quest'ultima comprendente le Aziende USL di Forlì, Cesena, Ravenna e Rimini.

Gli indicatori sono stati elaborati con un'analisi univariata semplice operata sui dati inerenti entrambi i gruppi di donne in studio.

8.3. Risultati

Vengono esposti i principali risultati inerenti gli indicatori selezionati relativi al livello regionale, evidenziando i dati di Area Vasta Romagna solo quando difforni.

Gli indicatori individuati sono i seguenti:

- differenze nei comportamenti
 - tasso di abortività
 - rapporto di abortività
 - IVG ripetute
 - indici di fuga
- accesso ai servizi
 - struttura utilizzata per l'accesso
 - tempo di attesa
 - epoca gestazionale al momento della IVG
 - certificati "urgenti"
- tipo di trattamento
 - tipo di ricovero
 - tipo di intervento
 - anestesia utilizzata
- esiti
 - IVG complicate

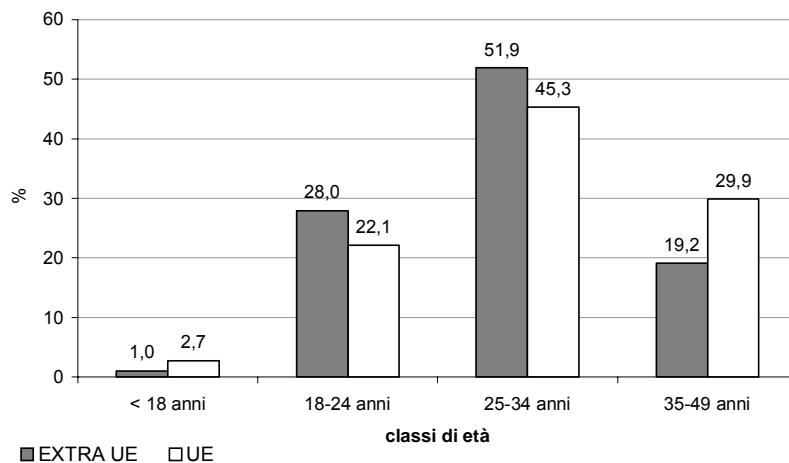
Nel 2003 in Emilia-Romagna sono state effettuate 11.278 IVG di cui 3.706, pari al 33% del totale, effettuate dalle donne extra UE, e 7.572, pari al 67% del totale, da donne UE.

8.3.1. Scenario socio-demografico

Età

La composizione per età evidenzia che le donne extra UE che effettuano interruzione volontaria di gravidanza sono più giovani rispetto alle donne UE. La classe di età più rappresentata è comunque quella 25-34 anni per entrambe le popolazioni (52% vs 45%).

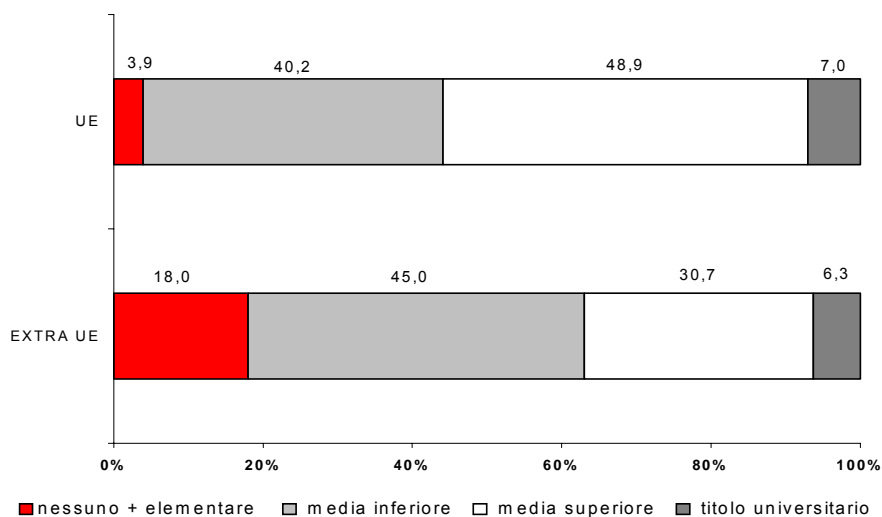
Figura 1. IVG per classi di età. Totale Regione, 2003



Istruzione

Si può affermare che le donne extra UE (che ricorrono alla IVG) presentano più spesso titolo di studio basso o medio basso, o assente; in particolare, il diploma di scuola superiore è presente nel 37% delle donne extra UE contro il 56% delle donne UE.

Figura 2. IVG per titolo di studio. Totale Regione, 2003

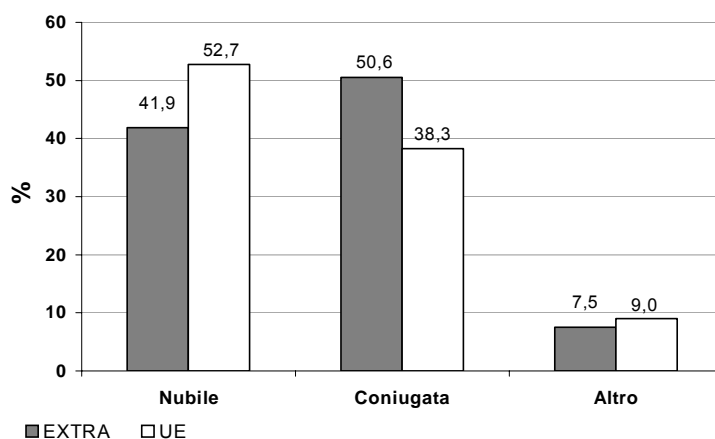


Stato civile

Le nubili prevalgono nel gruppo UE nel 2003, come anche nel complessivo periodo 2000-2003. Le coniugate prevalgono invece nel gruppo extra UE (51% vs 38%), con una relativa stabilità dei valori nel quadriennio. L'andamento è sovrapponibile anche in Area Vasta Romagna.

Le donne separate, divorziate e vedove (con rilevanza quantitativa per le prime due) è quella complessivamente meno rappresentata.

Figura 3. IVG per stato civile. Totale Regione, 2003

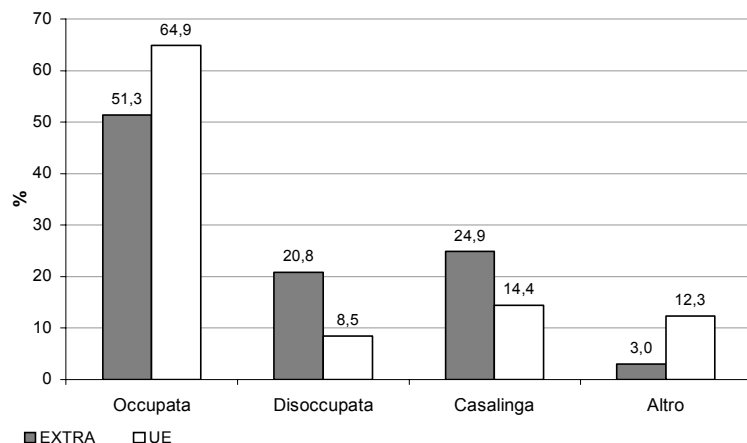


Condizione professionale

Le donne extra UE che effettuano IVG volontarie presentano livelli di occupazione più bassi rispetto alle donne UE (51% vs 65%).

Queste differenze sono costanti per tutto il quadriennio in esame.

Figura 4. IVG per condizione professionale. Totale Regione, 2003



Nazionalità

Le prime 10 nazionalità, indicate in Tabella 1 in ordine decrescente, rappresentano nelle donne extra UE oltre il 60% del totale delle donne sottoposte a IVG, sia nel 2000 che nel 2003.

In linea con gli aspetti generali di tipo demografico si osserva che i Paesi dell'Est europeo occupano, nel tempo, le postazioni più alte della graduatoria. In particolare, le donne rumene passano al primo posto mentre erano al quarto nel 2000, le ucraine e le moldave al 4° e al 5° posto mentre erano rispettivamente al 6° e all'8°. In termini relativi, rimangono comunque molto rappresentate le donne marocchine ed albanesi.

Tabella 1. Prime 10 nazionalità rappresentate. Donne extra UE

2000		2003	
1	Marocco	Romania	↑ 1
2	Albania	Marocco	↓ 2
3	Nigeria	Albania	↓ 3
4	Romania	Ucraina	↑ 4
5	Cina	Moldavia	↑ 5
6	Ucraina	Cina	↓ 6
7	Yugoslavia ex (Serbia-Montenegro)	Nigeria	↓ 7
8	Moldavia	Tunisia	8
9	Ghana	Russia	↑ 9
10	Russia	Ghana	↓ 10

8.3.2. Indicatori che descrivono differenze di comportamento

Tasso di abortività

[n. di IVG / donne 15-49 *1.000 (residenti)]

Il tasso di abortività, come peraltro raccomandato anche dall'OMS, rappresenta l'indicatore più accurato per una corretta valutazione della tendenza al ricorso all'IVG.

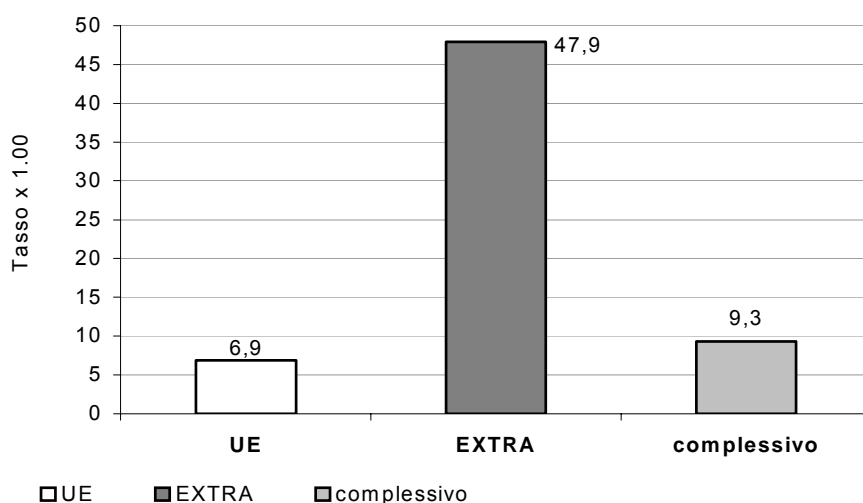
Per quanto riguarda le donne extra UE, la costruzione dell'indicatore non è possibile con le sole informazioni presenti nella banca dati sulle IVG poiché i denominatori provengono da altri flussi informativi non sempre disponibili a livello locale.

A titolo esemplificativo sono stati considerati i tassi di abortività dell'Azienda USL di Rimini per la quale è stato possibile calcolare l'indicatore. Dai dati si evidenzia un ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza di circa sette volte superiore rispetto alle donne UE. Il tasso (48/1.000) è simile a quello della Azienda USL di Reggio Emilia (46/1.000), riscontrato con una indagine specifica svolta nel 2001.

Nel 2000, i tassi di abortività complessivi senza distinzione di nazionalità, sono pari a 10,2 per la Regione Emilia-Romagna e a 9,6 per l'Italia.

Anche dai dati parziali disponibili si evidenzia come il tasso complessivo di abortività sia fortemente influenzato dalla componente straniera, che mostra un ricorso superiore alla IVG.

Figura 5. Tassi di abortività Azienda USL di Rimini per donne UE, extra UE, totale



Rapporto di abortività

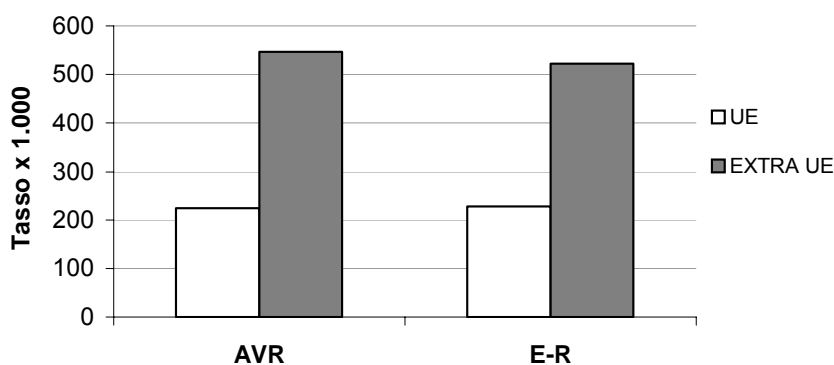
[n. di IVG per 1.000 nati vivi (residenti)]

Anche il rapporto di abortività non è direttamente estrapolabile dalla banca dati IVG, ma necessita di informazioni desumibili da altri flussi informativi (CedAP, SDO).

È anch'esso correlato alla tendenza a ricorrere all'aborto ma è maggiormente influenzato dal numero di nati presenti in una popolazione.

Anche in questo caso si evidenziano valori due volte superiori nelle donne extra UE.

Figura 6. Rapporto di abortività per area territoriale (Area vasta Romagna, Regione)

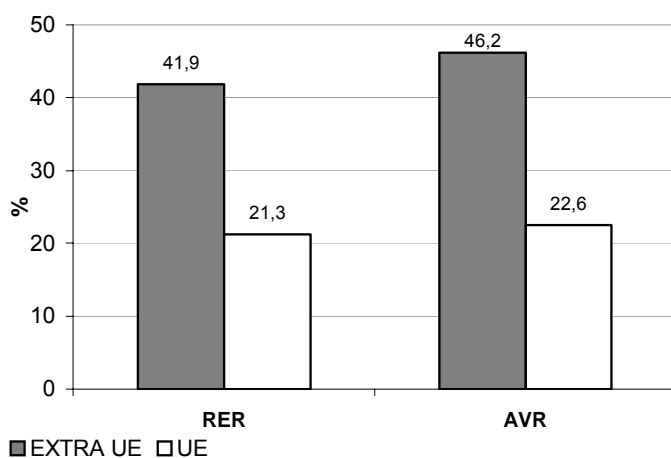


IVG ripetute

[n. donne con IVG precedenti / totale IVG]

L'indicatore descrive la tendenza a ricorrere in modo ripetitivo a questo tipo di intervento da parte delle donne. Il grafico evidenzia come nelle donne extra UE questo sia un evento più frequente, con proporzioni sovrapponibili a livello regionale e di Area Vasta Romagna.

Figura 7. IVG ripetute per area territoriale (Area vasta Romagna, Regione). 2003



Indice di fuga

[proporzione di IVG effettuate da donne residenti di entrambe le popolazioni al di fuori della propria Azienda di residenza]

Va sottolineato che il calcolo di questo indicatore tiene conto solo della mobilità intraregionale, per cui non si esclude una possibile sottostima dell'indice per le Aziende di confine.

Pur nella variabilità dell'indice per le diverse Aziende dell'Emilia-Romagna, si è osservata una maggiore tendenza delle donne UE ad effettuare la IVG presso altre Aziende. In Area Vasta Romagna, come nel resto della regione, si può osservare però come la quasi totalità della mobilità si esaurisca in territori limitrofi all'Azienda di residenza.

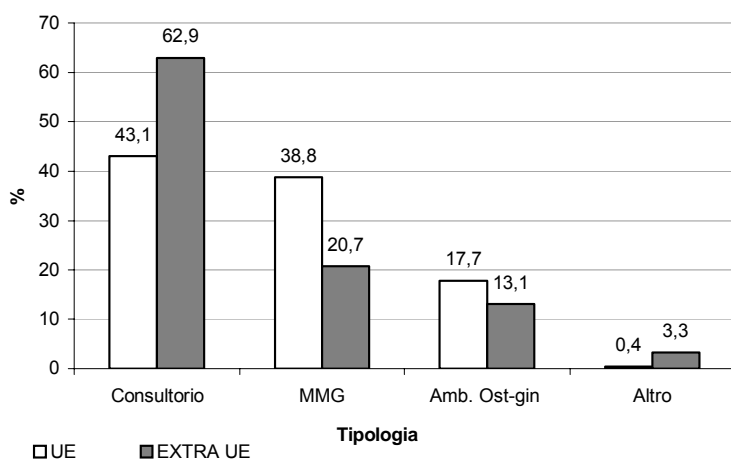
La validità di questo indicatore va pertanto valutata più attentamente tenendo conto anche dell'attività delle Aziende ospedaliere e della mobilità extraregionale, qui non considerate.

8.3.3. Indicatori che descrivono differenze nell'accesso ai servizi

Tipologia di struttura utilizzata per l'accesso alla IVG

Il consultorio familiare risulta essere il punto di accesso al Servizio sanitario regionale più utilizzato da entrambi i gruppi di donne, anche se in proporzione maggiore dalle donne extra UE (63% vs 43%), che meno frequentemente si rivolgono al medico di medicina generale rispetto alle donne UE (21% vs 39%).

Figura 8. IVG per Servizio che ha rilasciato il certificato. Regione, 2003



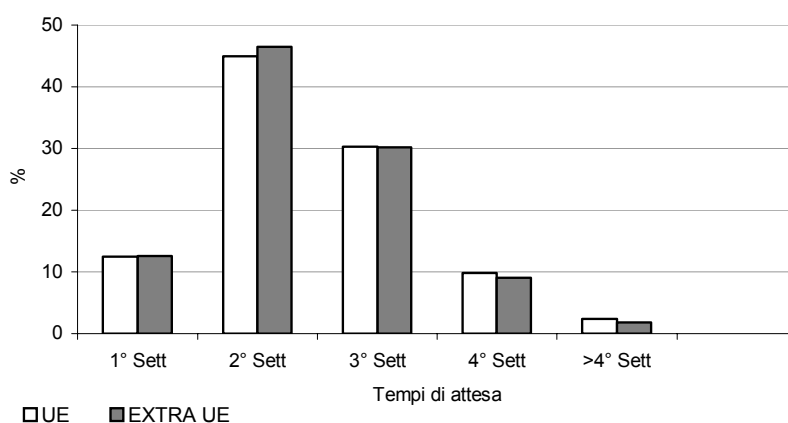
Tempi di attesa

[tempo intercorso tra data dell'intervento e data del certificato IVG]

Dal confronto fra i due gruppi sono state escluse le donne con età gestazionale superiore alle 10 settimane in quanto le donne in epoca gestazionale avanzata potrebbero presentare tempi di attesa più brevi per consentire il rispetto dei tempi legali. In questo modo dovrebbe risultare meglio rappresentata la risposta del Servizio sanitario regionale.

I dati non evidenziano differenze significative nei due gruppi.

Figura 9. Tempi di attesa in settimane



Epoca gestazionale al momento della IVG

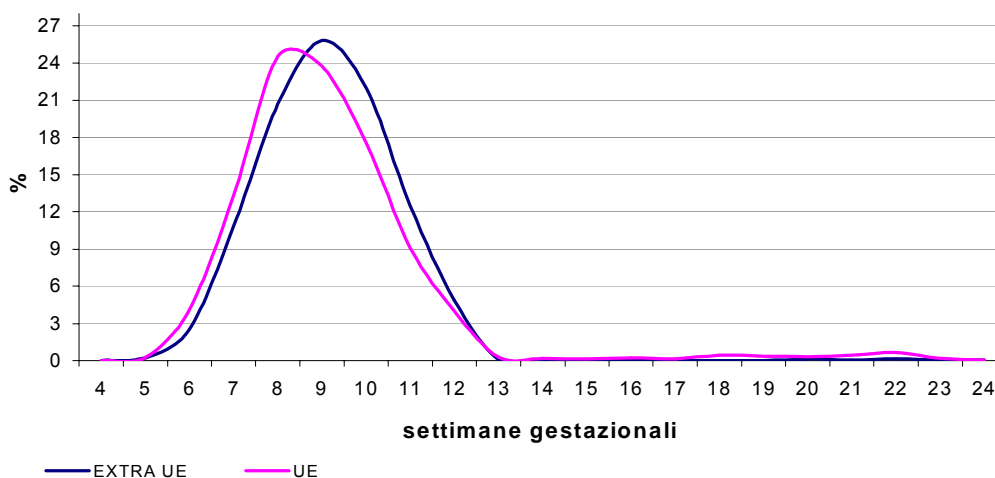
L'epoca gestazionale fornisce informazioni sia per una lettura integrata dei vari indicatori in quanto epoche gestazionali più avanzate comportano un maggior rischio di complicanze, sia sulla disponibilità e accessibilità dei servizi e dei loro livelli di integrazione.

In accordo con i dati nazionali emerge la tendenza delle donne extra UE a sottoporsi all'aborto in epoca gestazionale più avanzata rispetto alle donne UE.

Questo indicatore, se letto unitamente a quello relativo ai tempi di attesa (che non mostra sostanziali differenze), può indicare la strada per ulteriori spazi di indagine.

Infatti, quali ulteriori variabili possono incidere nella effettuazione relativamente più tardiva della IVG? La mancanza di informazioni sul rischio? La carenza di informazioni sul percorso organizzativo offerto? Diverso atteggiamento culturale della donna?

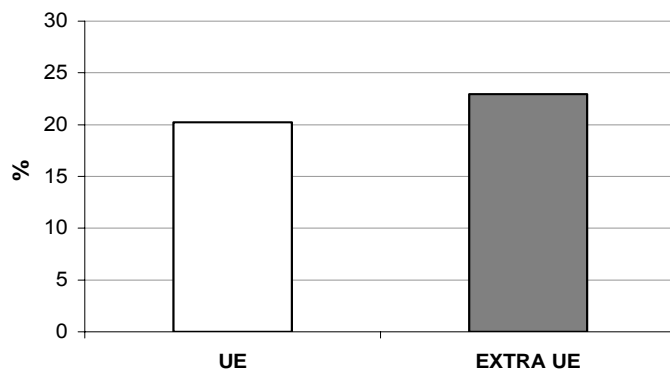
Figura 10. IVG per settimana gestazionale



Certificati urgenti²¹

Non appaiono differenze di rilievo dell'andamento di tale indicatore tra i due gruppi di donne.

Figura 11. Certificati urgenti (entro i 99 giorni). Regione, 2003



²¹ L'art. 5 della Legge 194/1978 recita:

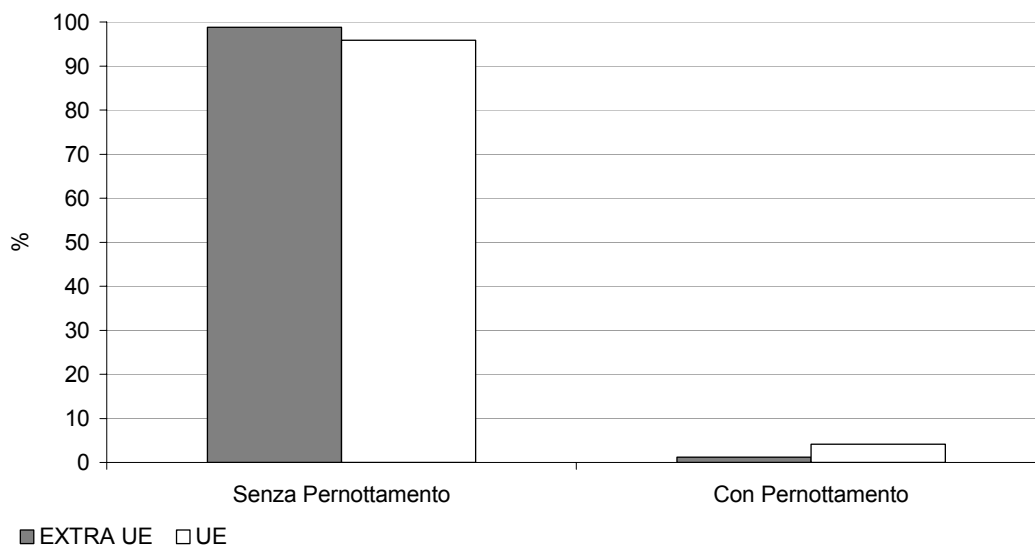
Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza. Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare l'interruzione della gravidanza. Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere l'interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciatole ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate.

8.3.4. Indicatori che descrivono differenze nel trattamento terapeutico

Tipo di ricovero

Il regime di ricovero in *day hospital* è il tipo di ricovero largamente prevalente in entrambi i gruppi di donne in studio.

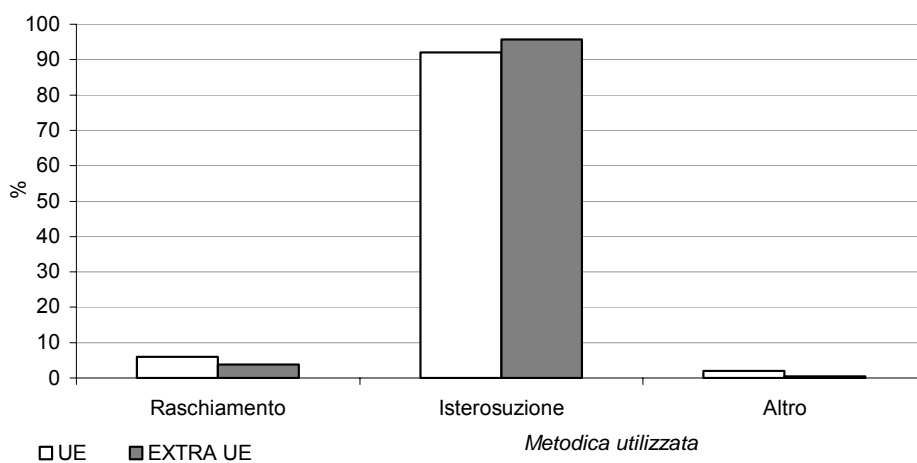
Figura 12. Ricovero con o senza pernottamento. Totale Regione, 2003



Metodiche di intervento

L'isterosuzione è la metodica di intervento maggiormente e uniformemente utilizzata nei due gruppi di popolazione.

Figura 13. Tipo di intervento. Totale Regione, 2003



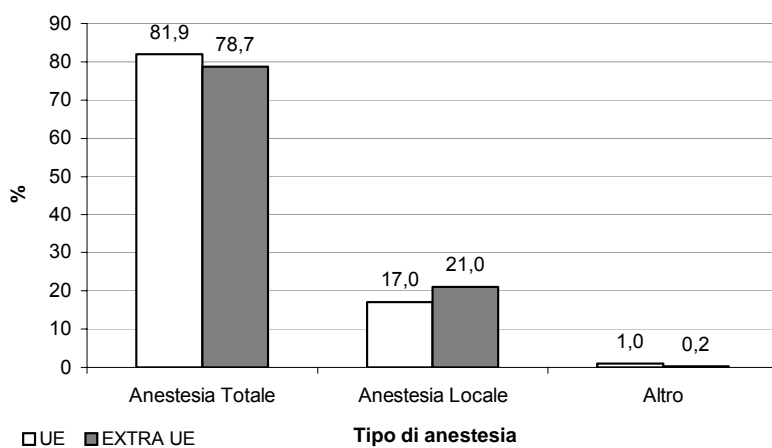
Tipo di anestesia utilizzata

Le Linee guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2000), citate anche dalla relazione del Ministero della salute, prevedono che quando l'intervento di elezione è l'isterosuzione debba essere praticata l'anestesia locale.

Poiché in entrambi i gruppi la metodica di intervento più frequente è l'isterosuzione mentre l'anestesia totale è la tecnica di gran lunga più diffusa, ne risulta una pratica clinica difforme dalle linee guida.

Pur evidenziando che la letteratura internazionale al riguardo non è univoca su questo aspetto e benché la valutazione dell'appropriatezza delle metodiche esuli dagli scopi di questo studio, pare importante sottolineare come il tipo di comportamento professionale adottato venga applicato uniformemente nei due gruppi di donne.

Figura 14. IVG per tipo di anestesia. Totale Regione, 2003



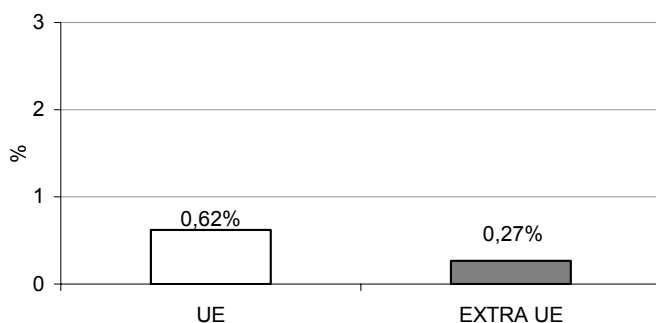
8.3.5. Indicatori che descrivono differenze negli esiti

Distribuzione delle IVG definite complicate

L'occorrenza di complicazioni - come ad esempio emorragia, infezioni, perforazione, decesso - rappresentano esiti indesiderati dell'intervento, anche se di diversa gravità.

Si tratta di fenomeni rari in entrambe le popolazioni, in accordo con i dati nazionali.

Figura 15. IVG complicate. Totale Regione, 2003



8.4. Conclusioni

Premessa indispensabile a qualsiasi considerazione è quella di evidenziare il carattere preliminare di questo lavoro che, unitamente all'analisi statistica semplice operata in questa fase, non può portare a conclusioni definitive, in genere supportate dall'eliminazione di possibili fattori confondenti.

Sarà quindi necessario procedere ad un'analisi multivariata per confermare o meno i risultati esposti, approfondendo gli aspetti legati alle condizioni socio-economiche o alle caratteristiche antropologico-culturali (quali ad esempio la nazionalità) ai fini di comprendere meglio le dinamiche relative ai comportamenti, all'accesso, al trattamento e agli esiti nelle sue molteplici dimensioni.

Ciò è in parte possibile attraverso la stessa banca dati IVG, anche se la complessità degli aspetti suggerisce la possibilità di effettuare indagini *ad hoc*.

Traendo spunto da questa proposta si ritiene inoltre opportuno allargare in futuro il processo di condivisione circa il *set* minimo di indicatori omogenei di livello regionale, e sul quale operare gli approfondimenti.

Ciò premesso, i dati evidenziano che esistono sostanziali differenze socio-demografiche fra i due gruppi di donne che affrontano la IVG: infatti, le donne extra UE - rispetto alle donne UE - sono più giovani, possiedono un titolo di studio inferiore, sono più spesso coniugate e disoccupate.

La provenienza geografica sta rapidamente cambiando negli ultimi anni in coerenza con gli andamenti demografici complessivi che vedono i Paesi dell'Est guadagnare le prime postazioni (Romania), seguiti subito dopo dalla comunità di donne marocchine e albanesi.

Indicatori di comportamento

Tutti gli indicatori confermano il maggiore ricorso delle donne extra UE alla IVG, ciò in linea con quanto avviene sul territorio nazionale.

A questo proposito è utile ribadire che gli indicatori più accurati per valutare l'andamento del fenomeno in una popolazione sono il tasso e il rapporto di abortività, cioè due indicatori che non sono direttamente derivabili dalla banca dati IVG, ma necessitano di altre informazioni provenienti da altri sistemi informativi, sanitari e non.

La difficoltà a reperire a livello locale le informazioni utili per calcolare i tassi di abortività dei cittadini stranieri è un ostacolo rilevante per la completa ed esauriente descrizione di eventuali differenze fra gruppi di popolazione e anche per operare confronti geografici.

Si ritiene quindi necessario promuovere la trasmissione dei dati anagrafici completi relativi ai cittadini stranieri dal livello periferico (comunale e provinciale), al livello centrale (regionale) per la costruzione di tassi specifici.

Indicatori di accesso ai servizi

Le donne extra UE utilizzando più frequentemente i Consultori e questo conferma l'importanza che queste strutture assumono per le straniere, soprattutto in Emilia-Romagna ove il loro sviluppo diffuso nel territorio le rende geograficamente accessibili. La constatazione che le donne extra UE, in linea con i dati di letteratura, abortiscono in un'epoca gestazionale più avanzata, nonostante osservino tempi di attesa sovrapponibili a quelli delle donne UE, potrebbe indicare una difficoltà di accesso alla struttura, legata a dimensioni dell'accesso di tipo culturale, informativo, organizzativo e le cui inferenze eventuali non sono state studiate.

Indicatori di trattamento e di esito

Una volta che le donne hanno raggiunto la struttura e vengono a contatto con il Servizio sanitario regionale osservano lo stesso trattamento delle donne UE per il tipo di intervento, per i tempi di attesa e per il tipo di anestesia utilizzata; anche gli esiti non sembrano differire.

A riprova di ciò, l'eventuale margine di inappropriatazza sul quale incidere in relazione all'applicazione di linee guida, conferma la sostanziale uniformità nei trattamenti.

9. La mortalità infantile²²

9.1. Introduzione

La mortalità infantile (morti nel primo anno di vita) è uno degli indicatori sanitari più robusti e più largamente utilizzati.

La forte diminuzione dei valori del tasso di mortalità infantile osservata nei paesi sviluppati ha ridotto la sua utilità come misura riassuntiva di salute dell'intera popolazione. La sua stretta correlazione con le condizioni socio-economiche, tuttavia, ne assicura ancora oggi un vasto utilizzo nel monitoraggio sociale delle disuguaglianze in tema di salute; trova infatti applicazione quale indicatore di salute pubblica, di qualità dei servizi sanitari, di distribuzione della ricchezza e di standard di vita generale di una popolazione.

In considerazione anche del fatto che la prevenzione delle morti in età precoce offre un efficace contributo all'incremento delle aspettative di vita nella popolazione, il monitoraggio dei tassi di mortalità infantile rimane un componente chiave dell'azione di salute pubblica efficace (South West Public Health Observatory, 2002).

Negli anni più recenti si è assistito a un notevole flusso immigratorio, in gran parte da Paesi extra-comunitari, tanto è vero che nella seconda metà degli anni '90 la popolazione straniera residente in Emilia-Romagna è quasi raddoppiata (da 81.265 nel 1997 a 130.304 nel 2000) (AA.VV., 2003).

Ad una prima ondata di immigrati giovani, di sesso maschile e sani (la salute era l'unica possibilità per sopravvivere e produrre reddito), negli ultimi tempi si è assistito al ricongiungimento delle famiglie e alla formazione di nuove famiglie con il conseguente aumento di nati di origine extra-comunitaria (Luberto *et al.*, 2003).

La condizione di extra-comunitario è notoriamente diversa da quella dei residenti nativi sul piano culturale, sociale ed economico, che può influenzare l'approccio ai problemi di salute, con particolare riguardo all'accesso ai servizi sanitari.

Si è quindi voluta studiare la mortalità infantile in rapporto alla provenienza geografica dei genitori dei deceduti, nell'intento di evidenziare l'esistenza o meno di differenze tra comunitari ed extra-comunitari.

²² A cura di Giuliano Silvi, Giannalberta Savelli, Teresa Samorè, Azienda USL di Ravenna, Dipartimento di sanità pubblica.

Si ringrazia Pasquale Falasca (Direzione sanitaria Azienda USL di Ravenna) per aver reso disponibili i dati sui ricoveri ospedalieri.

9.2. Materiali e metodi

Sono stati calcolati i seguenti indicatori:

- mortalità infantile (morti 1° anno di vita nel periodo t / nati vivi nel periodo t x 1.000);
- mortalità neonatale (morti entro 28° giorno nel periodo t / nati vivi nel periodo t x 1.000);
- mortalità post-neonatale (morti dopo 28° giorno nel periodo t / nati vivi nel periodo t x 1.000);

Numeratori e denominatori fanno riferimento alla popolazione residente in Area Vasta Romagna, comprendente i territori delle province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini, nel periodo 1 gennaio 1998 - 31 dicembre 2003.

La fonte dei dati per i decessi è rappresentata dai Registri di mortalità - presenti a livello locale presso i Dipartimenti di sanità pubblica delle Aziende USL, in formato cartaceo (schede ISTAT di morte) e informatizzato, ove vengono raccolti i dati anagrafici e le cause di morte relativi a tutti i residenti ovunque deceduti e a tutti i decessi avvenuti nel territorio competente ovunque residenti - e dal ReM (Registro di mortalità) archivio informatizzato presso l'Assessorato alla sanità della Regione Emilia-Romagna, che raccoglie le informazioni dei singoli archivi aziendali.

La banca dati regionale delle schede di dimissione ospedaliera è stata la fonte dei dati relativi ai nati vivi; non è stato possibile utilizzare il flusso CedAP, di fatto interrotto e parzialmente riassorbito nelle SDO a partire dal 1998 a seguito di innovazioni normative (Legge Bassanini n. 127/1997 e Regolamento di attuazione n. 403/1998). Soltanto nel 2002, come conseguenza del Decreto Ministro della salute n. 349/2001 e della Circolare ministeriale 19 dicembre 2001, il flusso è stato ricostituito.

Per extra-comunitario si è inteso il neonato con almeno un genitore proveniente da un paese non facente parte della Comunità europea, così come definita nel 2003 (Europa dei 15).

L'informazione sulla cittadinanza dei genitori ha rappresentato una criticità per la conduzione dello studio. Nel caso dei deceduti, l'informazione è stata recuperata dai singoli certificati ISTAT di morte, in quanto presente; per i nati vivi lo strumento reso disponibile *on line* dalla banca dati regionale per l'analisi dei ricoveri consente di recuperare l'informazione sul neonato e non sui genitori.

L'analisi dei certificati ISTAT di morte ha inoltre consentito una valutazione sulla qualità dei dati riportati nell'archivio ReM regionale.

Per l'analisi e l'elaborazione dei dati si è fatto uso dei *software* EpiInfo e Stata; vista la relativa rarità degli eventi considerati, per il calcolo degli intervalli di confidenza si è assunto che tali eventi seguissero la distribuzione di probabilità di Poisson.

9.3. Risultati

Nel periodo considerato si sono verificati 170 decessi tra i residenti in Area Vasta Romagna; la qualità dei certificati ISTAT ha reso possibile elaborare i dati relativi a 153 deceduti (in 3 casi, data di nascita errata; 5 schede mancanti; in 9 casi, cittadinanza dei genitori non presente), di cui 133 comunitari e 20 extra UE.

I nati vivi sono stati rispettivamente 43.895 (UE) e 2.297 (extra UE).

La Tabella 1 riporta la mortalità infantile totale, neonatale e post-neonatale in termini assoluti e in tassi x 1.000, con i rispettivi intervalli di confidenza. Si osserva una differenza statisticamente significativa del tasso totale tra cittadini UE ed extra UE, come dimostrato dalla mancata sovrapposizione degli intervalli di confidenza; lo stesso risultato si riscontra per il tasso post-neonatale ma non per quello neonatale, anche se in quest'ultimo caso non si è lontani dalla significatività statistica.

Tabella 1. Mortalità infantile in residenti in AVR, per cittadinanza ed età neonatale. Numeri assoluti e tassi per 1.000. Periodo 1998-2003

Cittadinanza	Nati vivi n.	Numero decessi			Tassi x 1.000 (IC 95%)		
		Totale >1 anno	Età neonat. (0-28 gg)	Età post-neonat. (29+ gg)	Totale >1 anno	Età neonat. (0-28 gg)	Età post-neonat. (29+ gg)
Italia - UE	43.895	133	100	33	3,0 (2,5-3,5)	2,3 (1,9-2,8)	0,8 (0,5-1,1)
Extra UE	2.297	20	12	8	8,7 (5,3-13,4)	5,2 (2,7-9,1)	3,5 (1,5-6,9)

Tre sono le cause responsabili di oltre i tre quarti dei decessi in entrambi i gruppi, ma con peso diverso: mentre tra i cittadini comunitari la gestazione breve e basso peso alla nascita e le malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche rappresentano la prima e la terza causa di decesso, le stesse occupano una posizione inversa nel gruppo degli extra-comunitari (*Tabella 2.a - 2.b*).

Tabella 2.a. Principali cause di mortalità infantile, per età e cittadinanza (*Italia e UE*).
Residenti in AVR. Periodo 1998-2003

Italia - UE	Tasso x 1.000	Cause	n.	%
Età neonatale (0-28 gg)	2,3	Gestazione breve e basso peso	46	46,0
		Altre condizioni insorte nel periodo perinatale	30	30,0
		Malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche	19	19,0
Età post- neonatale (29+ gg)	0,8	Altre condizioni insorte nel periodo perinatale	7	21,2
		Malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche	7	21,2
		Gestazione breve e basso peso	3	9,1
		Morte in culla	3	9,1
Totale <1 anno	3,0	Gestazione breve e basso peso	49	36,8
		Altre condizioni insorte nel periodo perinatale	37	27,8
		Malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche	26	19,5

Tabella 2.b. Principali cause di mortalità infantile, per età e cittadinanza (*extra UE*).
Residenti in AVR. Periodo 1998-2003

Extra UE	Tasso x 1.000	Cause	n.	%
Età neonatale (0-28 gg)	5,2	Altre condizioni insorte nel periodo perinatale	5	41,7
		Malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche	4	33,3
		Gestazione breve e basso peso	2	16,7
Età post- neonatale (29+ gg)	3,5	Malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche	3	37,5
		Morte in culla	2	25,0
		Gestazione breve e basso peso	1	12,5
Totale <1 anno	8,7	Malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche	7	35,0
		Altre condizioni insorte nel periodo perinatale	5	25,0
		Gestazione breve e basso peso	3	15,0

L'andamento temporale del tasso di mortalità infantile mostra la tendenza al mantenimento sugli stessi valori per il gruppo dei comunitari e una spiccata tendenza al decremento per gli extra UE, restando comunque su valori superiori rispetto al primo gruppo (*Figura 1*).

Figura 1. Andamento annuale dei tassi di mortalità infantile (x 1.000) in residenti in AVR, per cittadinanza. Periodo 1998-2003



È stata condotta anche un'analisi dei ricoveri in soggetti con età inferiore a un anno, con particolare attenzione per le cause principali e il peso alla nascita, indicatore quest'ultimo già da tempo riconosciuto essere correlato al livello socio-economico; popolazione di riferimento e periodo di tempo considerati sono analoghi a quelli della mortalità.

Anche per i ricoveri si osservano valori più elevati negli extra UE rispetto ai comunitari, con una differenza statisticamente significativa tra i rispettivi tassi (*Tabella 3*).

Non si osservano, al contrario, differenze importanti nelle cause che hanno determinato il ricovero né nel peso alla nascita (*Tabelle 4 e 5*).

Tabella 3. Ricoveri in età <1 anno, per cittadinanza. Residenti in AVR. Periodo 1998-2003

	Nati vivi n.	Ricoveri n.	Tasso di ricovero x 1.000 (IC 95%)	
Italia - UE	43.895	7.285	166,0	(162,5-169,5)
Extra UE	2.297	471	205,1	(188,7-222,1)

non valorizzato: n. 405 (0,9%)

Tabella 4. Ricoveri in età <1 anno, per categorie di cause principali e cittadinanza. Numeri assoluti e percentuali. Residenti in AVR. Periodo 1998-2003

Patologie	Italia - UE		Extra UE	
	n.	%	n.	%
Altre condizioni insorte periodo perinatale	3.595	49,3	230	48,8
Gestazione breve e basso peso alla nascita	1.217	16,7	105	22,3
Infezioni spec. periodo perinatale	465	6,4	28	5,9
Malattie infettive	163	2,2	15	3,2
Malformazioni congenite e aberrazioni cromosomiche	85	1,2	3	0,6
Altre patologie	1.760	24,2	90	19,1

non valorizzato: n. 335 (4%)

Tabella 5. Ricoveri in età <1 anno, per categorie di peso e cittadinanza. Numeri assoluti e percentuali. Residenti in AVR. Periodo 1998-2003

Peso alla nascita *	Italia - UE		Extra UE	
	n.	%	n.	%
<1.000	80	0,3	4	0,2
1.000 - 1.499	165	0,5	44	2,2
1.500 - 2.499	1.656	5,5	108	5,5
2.500+	28.464	93,7	1.822	92,1
<i>Totale</i>	<i>30.365</i>	<i>100,0</i>	<i>1.978</i>	<i>100,0</i>

* *range* 600 - 6.000 gr; esclusi n. 155 ricoveri (0,5%)

9.4. Conclusioni

I flussi SDO e ISTAT hanno consentito di evidenziare un comportamento differenziato nella mortalità infantile e nei ricoveri tra cittadini comunitari ed extra UE.

Di particolare rilievo l'analisi dei tassi di mortalità neonatale e post-neonatale. I decessi che avvengono subito dopo il parto o comunque nel primo mese di vita sono fortemente dipendenti dalla qualità dell'assistenza ospedaliera ricevuta (Gnavi, Costa, 2002); l'assenza di una differenza statisticamente significativa dei tassi neonatali depone per una sostanziale equità di trattamento e quindi la cittadinanza non interviene come variabile in grado di influenzare l'offerta ospedaliera ai neonati.

Un comportamento differenziato nei due gruppi di cittadini si osserva per il tasso di mortalità post-neonatale, un indicatore fortemente influenzato dall'ambiente di vita del bambino inteso in senso lato, comprendente gli aspetti culturali, gli stili di vita, le

abitudini della famiglia di appartenenza, e che può incidere in modo rilevante sul diverso ricorso o accesso alle strutture sanitarie.

Sembra quindi realizzarsi quel fenomeno già osservato da altri di “protezione sulla disuguaglianza” esercitata dalla struttura ospedaliera sui neonati (Gnavi, Costa, 2002).

Di un certo interesse anche il rilievo di un diverso comportamento tra comunitari ed extra-comunitari nelle cause di decesso in età infantile, che merita sicuramente ulteriori approfondimenti.

Nonostante le criticità rilevate relativamente alla qualità dei dati raccolti e la brevità del periodo considerato, i flussi SDO, certificato di morte ISTAT e ReM si sono mostrati utili nel cogliere differenze - tra cittadini comunitari ed extra-comunitari - nella mortalità e nel ricorso al ricovero avvenuti durante il primo anno di vita.

Ciò li candida a diventare ordinari strumenti di lavoro ad uso degli operatori sanitari per la sorveglianza e il monitoraggio di eventuali situazioni di disuguaglianza nella valutazione del percorso nascita, in integrazione con gli altri flussi esistenti (CedAP, malformazioni congenite, ecc.).

Parte III.

L'uso integrato di banche dati

10. Verso l'elaborazione di indicatori sulle disuguaglianze²³

10.1. Introduzione

Con l'emergere della nuova prospettiva, che si basa sul riconoscimento dell'impatto che le condizioni economiche e sociali hanno sulla salute, il tema delle disuguaglianze assume sempre più un ruolo di argomento chiave e di criterio principale in base al quale orientare le scelte delle politiche sociali e sanitarie, in relazione agli investimenti e al migliore guadagno in salute per l'intera popolazione.

Contemporaneamente, cresce il bisogno di studiare queste disuguaglianze e la consapevolezza di quanto la conoscenza dei fenomeni debba essere componente essenziale della politica per diagnosticare i problemi, stabilire le priorità, valutare e controllare le conseguenze e l'impatto delle sue azioni.

Posto che tra conoscenza e decisione politica non vi è mai una semplice relazione deterministica (Zajczyk, 2001) e che tradurre un'evidenza scientifica in pianificazione e azione è un processo complesso e tutt'altro che lineare, si fa dunque strada una prospettiva che pone al centro gli obiettivi della conoscenza non come elemento di facciata, ma come componente essenziale dei processi decisionali dei *policy maker*.

Nella prospettiva di integrazione della conoscenza (generalmente e diffusamente nella forma dell'informazione statistica²⁴) nell'attività programmatica delle politiche di promozione della salute, si colloca anche l'intervento del Sistema sanitario. In particolar modo, per quanto concerne il suo contributo alla ricerca e all'informazione, il Sistema sanitario ha sempre più il dovere e il mandato istituzionale di valutare le disuguaglianze della salute, di esplorarne i processi e i nessi causali, di contribuire alla lettura delle emergenze socio-economiche e sanitarie.

²³ A cura di Barbara Calderone e Sara Capizzi, Agenzia sanitaria regionale Emilia-Romagna, Area di programma Accreditamento - Progetto Cittadini, comunità e Servizio sanitario regionale. Si ringraziano per i preziosi e fondamentali contributi: Elisabeth Bakken, Pasquale Falasca, Camilla Lupi, Oscar Mingozzi, Maria Augusta Nicoli, Mauro Palazzi, Giuliano Silvi, Patrizia Vitali, Laura Zanzani.

²⁴ Poiché la rapidità e la diversificazione nei diversi contesti locali delle trasformazioni sociali rendono il bisogno di informazione sempre più urgente, tempestivo e mirato, il ricorso alle statistiche prodotte dagli Enti pubblici e di ricerca è divenuto via via più frequente assieme alla rapidissima diffusione delle tecnologie informatiche, al punto che si parla di processo di "alfabetizzazione statistica" (Mariotti, 1992).

Poiché, come suggeriscono sia la letteratura che il dibattito attuale, le disuguaglianze in salute sono soprattutto il prodotto dell'azione di un intreccio di criteri e di fattori diversificati che vanno ricercati nelle condizioni sociali, culturali ed economiche della popolazione (quali il reddito, la posizione lavorativa, l'istruzione, l'ambiente), nasce la necessità di costruire un approccio teorico-metodologico multidimensionale e multifattoriale all'analisi della disuguaglianza (Paci, 1996), che tenga conto contemporaneamente di variabili tradizionali (i concetti classici di classe e di reddito) e di variabili innovative sulle situazioni di vita dei soggetti (genere, età, famiglia, ...) (Ranci, 2002).

In un certo senso, infatti, le disuguaglianze nella salute, perché inique da un punto di vista etico e perché "contraddicono la comune nozione di giustizia",²⁵ sono un indicatore molto sensibile della complessa interazione esistente tra comportamento individuale e organizzazione sociale.

L'obiettivo di conoscenza rispetto a un fenomeno così multiforme e poliedrico deve essere senz'altro collegato all'individuazione di nuovi "segmenti concettuali" (Zajczyk, 2001) e alla sperimentazione di nuove strategie di misurazione anche sulla base della individuazione di indicatori più consoni ed efficaci per la lettura dei processi sempre più complessi di stratificazione, segmentazione e disuguaglianza.

Il presupposto fondamentale e la sfida più importante per affrontare lo studio delle disuguaglianze, risiedono nell'assunzione di un atteggiamento culturale e metodologico pluralistico, in grado cioè di cogliere la multidimensionalità delle tematiche in una logica di confronto tra più centri di osservazione e di riflessione, che concorrono a produrre la conoscenza.

10.2. Lungo i sentieri delle disuguaglianze

Le caratteristiche peculiari di questo approccio pluralistico allo studio delle disuguaglianze possono essere così riassunte.

- Integrazione: è dall'integrazione di più approcci teorici ed empirici che può derivare un miglioramento nella comprensione dei fattori da attribuirsi, da un lato alle cause che determinano cambiamenti oggettivi nella condizione di vita degli individui, dall'altro ai motivi (politici, culturali, demografici, ambientali) che inducono modificazioni nel mondo dei valori e della percezione dei bisogni e delle aspirazioni.

²⁵ Vedi il *Manifesto per l'equità* a cura dell'Associazione Italiana di Epidemiologia in cui, per l'ampiezza e l'intensità che "le disuguaglianze di salute e di quelle relative alle possibilità di accesso alle prestazioni erogate dai servizi sanitari" hanno assunto, si dichiara la loro riduzione come "traguardo irrinunciabile per qualsiasi politica sanitaria" e si rivendica "l'impegno per un sistema che garantisca a tutta la popolazione il mantenimento e il recupero della salute".

Uno sguardo multidisciplinare e finalizzato a trattare congiuntamente i diversi temi per consentirne una visione di insieme, mette in luce i punti oscuri, evidenzia i nessi interrelati e le possibili sinergie, a partire dalla complessità della produzione statistica caratterizzata da una pluralità di enti di natura diversa.

- Valorizzazione dell'esistente: a partire dalla considerazione della rilevante massa di indagini, studi e informazioni inerenti temi di interesse - sebbene talvolta poco trasparente, frammentata e non immediatamente utilizzabile a fini conoscitivi - la scelta è quella di leggere congiuntamente le diverse banche dati disponibili sulla popolazione italiana, sottoponendole a un'analisi secondaria che mantenga un comune impianto teorico e metodologico. Quindi, dati vecchi - raccolti per rispondere a interrogativi tradizionali - al servizio di uno sguardo nuovo, allo scopo di investigare un problema emergente, concentrato sull'intreccio di fattori e di processi che generano disuguaglianza e non limitato a rilevare specifici fattori di rischio (Ranci, 2002).
- De-contestualizzazione: non è un compito facile quello di sviluppare (soprattutto nello studio di fenomeni sociali e sanitari in tema di disuguaglianze) misure decontestualizzate, quali sono gli indicatori sociali.

Decontestualizzati nel senso che l'indicatore si propone di cogliere il significato funzionale, e perciò dunque astratto e generalizzabile, di una determinata osservazione sulla realtà sociale che riesca a produrre conoscenze utilizzabili per una esplorazione della realtà non slegata dalle ristrette angolature delle singole culture e pratiche conoscitive nazionali, ma al tempo stesso da queste non strettamente vincolata (Zajczyk, 2001, p. 45).

Indicatori relativi, ad esempio, al mercato del lavoro, all'istruzione, alla povertà presentano significati e interpretazioni assai differenti a seconda del contesto istituzionale, storico e culturale cui vengono riferiti. Nel contempo, è necessario fare degli sforzi per eliminare, o quanto meno ridurre, le rigide barriere disciplinari ancora assai vistose tra campi di investigazione vicini, se si tratta di filoni di studio e di ricerca che, pur con le specificità concettuali che ne contraddistinguono i rispettivi ambiti, hanno comunque a che fare con le condizioni di vita materiali così come si manifestano oggettivamente o vengono percepite soggettivamente.²⁶

- Comparabilità: si assiste ad una fase di radicale trasformazione sotto il profilo delle dinamiche sociali, economiche, politiche, che accresce l'interesse e la necessità di prevenire, conoscere, controllare l'insorgere e il modificarsi dei fenomeni sociali sulle realtà territoriali, in una "prospettiva che non può non essere sempre più attenta alla comparazione, non soltanto tra realtà nazionali, ma anche tra entità transnazionali" (Zajczyk, 2001, p. 45). A fronte di un numero consistente di statistiche ufficiali e dati

²⁶ Come è il caso degli studi sulle condizioni di vita o di *wellbeing*, diffusi e radicati nei paesi scandinavi e in Olanda, e di quelli nel campo della disuguaglianza, della povertà e dell'esclusione sociale, viceversa maggiormente sviluppati nei paesi anglosassoni e negli ultimi anni anche in Francia, a partire dagli anni '80 (Zajczyk, 2001, p. 44).

di *survey* a livello di singolo paese, risultano ancora insufficienti le esperienze volte a una standardizzazione a livello internazionale delle procedure di operazionalizzazione²⁷ e, nonostante gli sforzi fatti a livello internazionale per rafforzare lo studio della comparabilità degli indicatori, la politica sociale e sanitaria non può ancora contare su un funzionale sistema istituzionale dei dati necessari.

Sulla base di queste premesse concettuali, il sistema sanitario, nell'interrogare se stesso rispetto alle disuguaglianze deve in primo luogo chiarire dove inizia e dove finisce il rischio di disuguaglianze rispetto all'utilizzo dei servizi sanitari, ovvero analizzare i diversi momenti dell'esperienza del cittadino, intesa non come semplice susseguirsi di eventi di cura o erogazioni di trattamenti, ma come percorso da ricomporre (*Paragrafo 9.2.1*).

Accanto a ciò si pone la questione di provare a tratteggiare un quadro dei soggetti vittime di disuguaglianze attraverso l'individuazione delle diverse caratteristiche (variabili) che concorrono a tracciarne un *identikit* (*Paragrafo 9.2.2*).

Esaminate queste due questioni, la successiva operazione è quella di selezionare indicatori che, coerenti con i percorsi e i soggetti, analizzati secondo una logica connettiva e connotati dalle necessarie caratteristiche di qualità, siano possibili indizi di disuguaglianze (*Paragrafi 9.2.3, 9.3.1 e 9.3.2*).

10.2.1. Ricomporre i percorsi

L'operazione concettuale preliminare che è necessario svolgere prima di individuare un set di indicatori sulle disuguaglianze è quella di definire e circoscrivere il più chiaramente possibile l'oggetto di analisi. In altri termini, è necessario chiarire quali disuguaglianze si intendono descrivere: disuguaglianze nello stato di salute e nei comportamenti della popolazione? Disuguaglianze nelle modalità di accesso? Disuguaglianze nei trattamenti sanitari ricevuti o negli esiti della cura?

Appare evidente che le disuguaglianze possono manifestarsi non solo in fase di accesso e di erogazione, ma durante tutti i diversi momenti del percorso lungo cui si snoda l'esperienza del paziente all'interno dei servizi sanitari. Lo sforzo del ricercatore è pertanto quello di individuare indicatori che descrivano le diverse fasi del percorso che i cittadini compiono all'interno della sanità, non semplicemente il loro stato di salute/malattia, e ampliare progressivamente il *focus* di analisi nel tentativo di immettere tutti gli elementi (o almeno i principali) che riproducono sia la multidimensionalità del concetto di disuguaglianza, sia la specificità dei percorsi di cura.

Provare ad analizzare le disuguaglianze nella salute significa quindi prendere in considerazione indicatori che riguardano non solo lo stato di salute dei soggetti, ma anche le modalità di accesso ai servizi e di trattamento, gli esiti delle cure fornite, senza tralasciare le modalità di dimissione-uscita dai servizi stessi e il collegamento con eventuali altri servizi/strutture.

²⁷ Nonostante qualche segno positivo stia arrivando dall'EUROSTAT e da alcuni archivi dati europei (Zajczyk, 2001, p. 45).

È poi la lettura congiunta di tutti questi dati, non solo del valore di un singolo indicatore, che può delineare il volto delle disuguaglianze e fornire indicazioni per garantire una loro riduzione efficace.

Da un certo punto di vista, i moderni sistemi informativi tendono in qualche modo a “polverizzare” i vissuti e a frammentare i percorsi. Utilizzare codici alfanumerici che rimandano a patologie, organi e apparati, interventi e prestazioni, giorni di permanenza nei reparti, modalità di trasferimenti da ambulatori e servizi, permette molto efficacemente di conoscere in tempo reale esattamente quanti ricoveri sono stati effettuati in tutti gli ospedali della regione, ma rende più difficoltoso chiarire quante persone sono state ricoverate ed estremamente complesso ricostruire le storie di malattia e i percorsi di cura, sia all'interno dello stesso servizio che tra un servizio e l'altro.

Lo sforzo complessivo è quello di utilizzare le informazioni messe a disposizione dai diversi sistemi informativi (sanitari, demografici e sociali) per evidenziare i bisogni di cura e provare a ricomporre le fasi dei percorsi che i cittadini vivono all'interno dei servizi.

Il presupposto teorico di partenza è che i sistemi informativi, sanitari e sociali, non possono essere concepiti logicamente e operativamente come mere banche dati, ma come insiemi logicamente integrati di metodi, strumenti, procedure e tecniche per la selezione, la raccolta, l'archiviazione, l'elaborazione e la distribuzione di informazioni. Come tali, dovrebbero essere in grado di fornire informazioni non solo sull'offerta di servizi e prestazioni, ma anche sui bisogni e sulla domanda, oltre che sulla qualità dei servizi offerti (Gregori, 2004; Gregori, Mauri, 2004). Se un sistema informativo privilegia fortemente solo una di queste tre macroaree, in particolare il lato dell'offerta di servizi/prestazioni, ed è invece carente rispetto all'analisi dei bisogni e alla domanda di cura, rischia di fallire nella sua duplice funzione conoscitiva e di programmazione.

Ad esempio, rispetto al tema delle cure fornite alle donne in caso di interruzione volontaria di gravidanza (come ben evidenziato nel *Capitolo 8* di questo Dossier), tassi e rapporti di abortività non sono sufficienti da soli a descrivere le differenze di comportamento riproduttivo e di uso dei servizi che emergono tra donne italiane e straniere. Per raccontare le eventuali disuguaglianze vanno analizzati più elementi e l'intero percorso di cura, come ad esempio il numero di donne con IVG ripetute, che rimanda ai comportamenti prima dell'accesso; il tipo di struttura/servizio utilizzato per la richiesta di intervento (consultorio, MMG, ...); i tempi di attesa intercorsi tra la data dell'intervento e quella del certificato; l'epoca gestazionale delle donne al momento dell'intervento, che riguardano le modalità e il momento dell'accesso; il tipo di ricovero, di intervento e di anestesia effettuata, che rimandano ai trattamenti ricevuti; fino alle eventuali complicanze, che descrivono gli esiti.

10.2.2. Sulle tracce dei soggetti

L'altra scelta che chiunque voglia affrontare lo studio delle disuguaglianze si trova a dover affrontare è quella di selezionare quelli che vengono definiti come determinanti della salute ovvero le caratteristiche (variabili) dei soggetti che si ipotizzano provocare le disuguaglianze (Costa *et al.*, 2004).

Se è vero infatti che le disuguaglianze odierne si presentano come nuove, perché determinate da fattori sociali ed economici inediti e diversi rispetto al passato (Ranci, 2002, p. 18), c'è chi ha immesso un ulteriore aspetto di complessità affermando che le disuguaglianze non riguardano semplicemente la disuguale distribuzione dei mezzi, ma anche - e soprattutto - l'esistenza di differenze nelle capacità che gli individui hanno di convertire le risorse disponibili, come ad esempio il reddito (Sen, 1992).

Occorre pertanto disporre di un modello integrato di analisi che tenga conto insieme della condizione lavorativa o di mercato, di quella di genere, di età, di etnia, del titolo di studio/livello di istruzione, così come della tipologia familiare, delle caratteristiche dell'abitazione, della classe sociale. In caso contrario, oggi più che mai gli studi vanno incontro a crescenti limiti di capacità euristica (Paci, 1996).

Appare di conseguenza evidente come studiare le differenze dell'assistenza sanitaria solo in base a genere, età, reddito, cittadinanza, non possa più considerarsi come in passato una pista in grado di cogliere la molteplicità del fenomeno, per non parlare dell'urgente esigenza di una revisione critica, sia concettuale che operativa, delle stesse. In altri termini, è un'operazione tutt'altro che banale o neutra definire le condizioni di anziano, povero, straniero...

Non va inoltre sottovalutato il fatto che fenomeni come l'invecchiamento, l'immigrazione e la povertà sono fortemente connotati a livello di genere e meriterebbero di essere analizzati anche nella prospettiva del ciclo di vita dei soggetti e in un'ottica longitudinale (Saraceno, 2002b).

Passaggi di età

Rispetto alla variabile età è possibile sollevare alcune problematiche. Volendo infatti analizzare le disuguaglianze in base agli anni dei pazienti, la scelta delle fasce di età risulta la fase cruciale e dovrà essere effettuata considerando congiuntamente il *focus* specifico della ricerca e tenendo presente i criteri utilizzati da altre ricerche nazionali ed internazionali, rispetto alle quali poter poi effettuare confronti.

Ad esempio, nel caso degli anziani, sebbene si continui convenzionalmente a utilizzare la soglia dei 65 anni come quella che sancisce il passaggio alla terza età, sono molti gli studi e le riflessioni che sottolineano come oggi l'età non sia più indicativa di una condizione particolare, ma l'essere (o il ritenersi) anziani sia invece legato a una pluralità di fattori quali le condizioni di salute, la perdita di abilità/autonomia, la condizione attiva/lavorativa, la vedovanza... Non a caso sempre più si distingue tra anziani giovani (65 e 75 anni), anziani veri e propri (76 e 80 anni) e grandi anziani (oltre gli 80 anni).

Così, se fino a qualche anno fa il superamento dei 65 anni coincideva anche con il ritiro dal mercato del lavoro e sanciva in qualche modo anche il progressivo deterioramento dello stato di salute, avere oggi più di 65 anni svela molto poco della condizione anziana: sono infatti sempre più numerosi gli ultra 65enni che lavorano, sono in buona salute, hanno ancora energie, risorse e tempo da mettere a disposizione di figli e nipoti, sono pienamente inseriti nel contesto sociale che li circonda, ovvero dotati di quella "plasticità" che li rende capaci di adattarsi ai cambiamenti (Laffi *et al.*, 2003, pp. 20-21). Allo stesso tempo, aumentano anche gli anziani che soffrono di malattie cronic-degenerative, i non autosufficienti, gli anziani soli, poveri.

In una realtà regionale come quella emiliano-romagnola, infatti, con indici di vecchiaia pari 184%, e quote di *over 65* e *over 80* rispettivamente pari al 22,5% e al 6,4%, continuare a utilizzare esclusivamente il semplice - e semplicistico - criterio dell'età per descrivere la condizione anziana rischia di produrre distorsioni e semplificazioni che riguardano oltre un quarto della popolazione, che rappresenta contemporaneamente una quota più che significativa degli utenti della sanità²⁸.

Stesse riflessioni possono essere effettuate rispetto alla condizione giovanile: sono molteplici gli elementi che sanciscono il passaggio alla condizione di adulto (entrata nel mercato del lavoro, uscita da casa dei genitori, costituzione di un proprio nucleo familiare, ...) e non il semplice compiere 18 anni (Buzzi *et al.*, 2002).

Rispetto al tema dell'età, tutti i flussi informativi sanitari regionali analizzati²⁹ prevedono la raccolta della data di nascita del paziente e permettono pertanto ogni tipo di aggregazione in classi e di elaborazione (dalla più alla meno analitica).

Movimenti di confine

Rispetto al tema dell'immigrazione, come sottolinea Lainati (2005), sono diverse le variabili che contribuiscono a definire la popolazione straniera/immigrata: cittadinanza, paese di nascita e (durata della) residenza. Paese di nascita e cittadinanza infatti da sole non riescono a cogliere in modo completo la popolazione immigrata. Nel caso in cui si utilizzi esclusivamente il criterio del paese di nascita, infatti, si considererebbero tutte le persone nate all'estero, escludendo così le cosiddette seconde generazioni (ovvero i figli degli immigrati, che oggi rappresentano una categoria in forte aumento anche nella realtà territoriale nazionale), e al tempo stesso si includerebbero cittadini italiani nati all'estero (rischio piuttosto elevato per un paese di antica emigrazione come l'Italia).

²⁸ Dati all'1 gennaio 2005. Fonte: AA.VV., 2005.

²⁹ Banche dati schede di dimissioni ospedaliere (SDO), assistenza specialistica ambulatoriale (ASA), certificato di assistenza al parto (CedAP), interruzioni di gravidanza, Registro di mortalità (ReM).

Nel caso invece si utilizzi il criterio della cittadinanza, si considererebbero stranieri solo i cittadini privi della cittadinanza del Paese di accoglimento a prescindere dal Paese di nascita.³⁰

Quando si intendono analizzare le disuguaglianze tra cittadini italiani e immigrati/stranieri, adottare la combinazione di più criteri - sebbene notevolmente più complessa - appare una scelta in grado di prevenire distorsioni importanti, soprattutto nel caso di un fenomeno in rapido mutamento qual è appunto quello migratorio. Se è vero infatti che all'inizio del processo migratorio gli immigrati stranieri rappresentano la quasi totalità, con il passare degli anni, pur rimanendo il segmento principale, vengono progressivamente affiancati sia dagli immigrati naturalizzati che dalle seconde generazioni. Sebbene in Italia questo processo sia ancora agli albori rispetto ad altri Paesi europei di più antica immigrazione, è fondamentale cominciare fin da ora a considerare questi fattori.

Tra l'altro il quadro si complica ulteriormente se si considerano anche le questioni legate alla condizione di irregolarità (che dipende dalla legislazione nazionale e cambia negli anni) o alle profonde differenze linguistico-culturali legate alle diverse nazionalità/cittadinanze.

Tutti i gruppi di lavoro³¹ hanno evidenziato quando delicato, complesso e decisivo sia stato il passaggio che prevedeva proprio la selezione dei criteri in base a cui considerare un paziente straniero, e in ogni Capitolo sono infatti ben specificate le scelte operative effettuate.

Rispetto al tema immigrazione, tutti i flussi informativi sanitari regionali prevedono la raccolta dell'informazione relativa sia alla nazionalità/cittadinanza, sia al luogo di nascita e di residenza del paziente. Le eventuali criticità possono pertanto riguardare non tanto la possibilità di raccogliere il dato, quanto i livelli di completezza e corretta compilazione delle diverse schede (SDO, ASA, ReM, CedAP, ecc.) o le possibilità di *link* con altre banche dati (ad esempio quell'anagrafe civile o dell'anagrafe sanitaria), per recuperare informazioni sulle condizioni di residenza e di regolarità.

³⁰ Per quanto riguarda i figli degli immigrati, inoltre, il calcolo della loro numerosità dipende fortemente dalla legislazione nazionale: nel caso di prevalenza dello *ius soli*, che prevede l'acquisizione automatica della cittadinanza del Paese ospitante quando vi si nasce, la presenza degli immigrati sarebbe sottostimata, nel caso invece di prevalenza dello *ius sanguinis*, che utilizza il legame di filiazione, il numero degli immigrati sarebbe maggiore. In Italia è in vigore lo *ius sanguinis*.

³¹ Ci si riferisce ai gruppi che hanno svolto le analisi presentate in questo volume sulle diverse banche dati sanitarie regionali.

Segni di povertà

Una riflessione a parte va riservata alla questione della povertà, rispetto alla quale occorre superare un approccio di studio puramente economicistico, basato sull'analisi del reddito disponibile (reale e presunto) e dell'occupazione, per includere anche elementi relativi alle condizioni di vita (come le forme di organizzazione familiare, gli stili e livelli di consumo, il patrimonio e l'abitazione) e al contesto di vita (cittadino/rurale, Nord/Sud, ...), che permettano di disegnare un quadro più articolato delle condizioni di fragilità e di insufficienza economica.

A parità di reddito, infatti, poter contare su un'abitazione di proprietà e sui risparmi fa la differenza, sia rispetto alla capacità di fronteggiare le spese, sia rispetto al senso di sicurezza verso il futuro, così come, a parità di reddito (basso o scarso), essere anziani soli in piccole città o in contesti rurali sembra rappresentare una condizione più protetta rispetto a quella di una giovane coppia che vive nelle aree metropolitane del Nord (Saraceno, 2002b).

Le ricerche comparative hanno inoltre messo in evidenza come la povertà in Italia sia un fenomeno che riguarda soprattutto le famiglie con figli, meno le persone sole e le coppie senza figli, e meno di altrove è legata alla disoccupazione dell'adulto di riferimento. In una quota consistente di famiglie in situazione di povertà economica infatti, la persona di riferimento è occupata: a provocare la povertà sembrano essere l'assenza di un reddito di lavoro coniugata a uno squilibrio tra le risorse disponibili e il numero di consumatori familiari. Il che non è necessariamente dovuto al maggior numero di figli, ma al più ristretto numero di lavoratori, conseguente al permanere dei figli in famiglia o al basso tasso di occupazione delle donne sposate con figli (Saraceno, 2002b).

Dal lato operativo, rispetto a questo tema i flussi informativi sanitari regionali permettono di raccogliere i dati relativi al titolo di studio, allo stato civile e alla condizione lavorativa (anche se non sono tutti campi per cui è previsto l'obbligo di compilazione e non tutte le banche dati li rilevano³²); nulla però possono dire ad oggi sulle forme familiari e di convivenza (di cui viene talvolta utilizzata come variabile *proxy*, in modo piuttosto impreciso, lo stato civile), sul numero di figli, sull'abitazione, sul reddito, ...

Le soluzioni che fino ad oggi sono state individuate per ovviare a questi limiti e individuare indirettamente le caratteristiche socio-economiche dei pazienti hanno proposto l'utilizzo di variabili *proxy* del reddito e delle condizioni socio-economiche (come ad esempio il titolo di studio e la condizione professionale) o il *link* tra quelle sanitarie e altre banche dati (come ad esempio quelle dell'anagrafe civile, del censimento, dell'anagrafe tributaria). Queste ultime possono infatti fornire indicazioni più o meno dirette sul reddito, come ad esempio le distribuzioni di reddito per aree delle città, o le caratteristiche dell'abitazione, quali il titolo di godimento, la superficie, la disponibilità dei servizi (Candela *et al.*, 2005; Costa *et al.*, 1995).

³² Si noti ad esempio che né l'ASA né la SDO rilevano i dati sul titolo di studio e sulla condizione lavorativa.

Va sottolineato che questa seconda soluzione risulta quanto mai complessa ed è stata applicata principalmente allo studio della mortalità, che - a differenza del ricovero o di altri episodi di cura - è un evento unico per il soggetto che pertanto il sistema informativo registra un'unica volta. Il *link* tra le banche dati, la selezione dei casi e l'analisi delle differenze in termini di variabili socio-economiche risulta pertanto sempre estremamente complesso, ma comunque meno problematico rispetto ai casi in cui invece il sistema informativo registra ogni accesso al servizio sanitario (come ad esempio i diversi ricoveri o parti di uno stesso paziente).

10.2.3. La scelta degli indizi

L'individuazione degli indicatori che meglio descrivono le disuguaglianze è il passaggio successivo alla definizione del campo di ricerca e alla scelta delle variabili di stratificazione (sesso, età, cittadinanza, ecc.).

Prima di elencare il set di indicatori proposti, preme qui sottolineare che questa scelta implica un confronto con la questione della qualità dei dati (che rimanda a più dimensioni e caratteristiche), ovvero che gli indicatori scelti sono in grado di soddisfare le esigenze conoscitive, fornendo dati che siano allo stesso tempo accurati (aspetto tecnico), rilevanti (aspetto sostanziale) e tempestivi (aspetto politico) (Colleoni, Zajczyk, 1996).

Una questione di qualità dei dati

Non è certo questa la sede per approfondire le caratteristiche specifiche che ogni indicatore deve avere (validità, sensibilità, adeguatezza, comparabilità e fedeltà-attendibilità) (Marradi, 1993), ma interessa evidenziare alcune delle criticità che possono riguardare la qualità dei dati.

In altre parole, preme sottolineare come le banche dati e gli indicatori che esse propongono o che da esse si possono ricavare non sono neutre, ma hanno spesso già attuato scelte teoriche, di metodo e di significato che non possono essere ignorate, se non a scapito di un corretto utilizzo e interpretazione del dato.

Rispetto alla validità,³³ ogni volta che ci si trova a interpretare il valore fornito da un indicatore va sempre tenuto presente che il rapporto tra un concetto e l'indicatore non è univoco. Sarà allora l'esperienza del ricercatore il criterio più opportuno da seguire nella scelta di un indicatore, così come ancora l'esperienza del ricercatore è fondamentale in quei casi in cui la relazione tra concetto e indicatore, pur esistendo, è spuria in quanto condizionata dalla presenza di un altro fenomeno generale con cui il concetto-indicatore può intrattenere un rapporto di causa-effetto più stretto (Zajczyk, 2001, p. 20).

Ad esempio, utilizzare il tasso di mortalità come indicatore in grado di rilevare l'efficacia delle strutture sanitarie nel risolvere i problemi di salute di una popolazione pone in evidenza un possibile problema rispetto alla validità. Un elevato valore del tasso (grezzo) di mortalità può infatti essere legato anche all'invecchiamento della popolazione,

³³ Validità intesa come capacità di rappresentare il concetto in modo adeguato (Marradi, 1993).

al peggioramento della condizioni ambientali, agli stili di vita della popolazione o addirittura alla capacità attrattiva delle stesse strutture sanitarie presenti in un determinato territorio. Più appropriati e raffinati risultano a questo proposito i dati forniti dai tassi di mortalità specifici per cause di morte (eventualmente differenziati per fasce di età e luoghi di residenza).

Rispetto alla sensibilità,³⁴ preme qui sottolineare l'opportunità in fase di raccolta dei dati di eccedere nella differenziazione degli stati possibili di una variabile, dal momento che mentre una classificazione troppo analitica può essere sempre riaggregata, non è vero il contrario.

Questa raccomandazione può apparire sia ovvia che priva di conseguenze operative. In realtà spesso è trascurata in pratica (ad esempio, non sempre le domande sullo stato civile colgono le diverse tipologie di relazioni di parentela/convivenza, o quelle sulla condizione professionale dettagliano in modo adeguato rami di attività, posizioni, reali impegni di orari,³⁵ ...) ed è tutt'altro che scevra da rischi. Una classificazione molto sensibile implica infatti elevata attenzione e accuratezza da parte di chi raccoglie il dato e - considerando il fatto che sono i professionisti sanitari a compilare le schede individuali, che spesso lo fanno più volte al giorno, in condizioni di carico lavorativo elevato, talvolta senza che sia a loro chiaro il senso di un così elevato livello di dettaglio richiesto - il rischio di errori e imprecisioni può ridurre anche di molto l'attendibilità dei dati.

La sensibilità non può pertanto che essere un compromesso tra gli obiettivi conoscitivi, le esigenze di monitoraggio del sistema, la preparazione/motivazione di chi raccoglie i dati e i risultati delle rilevazioni precedenti che l'hanno utilizzata.

L'adeguatezza³⁶ rimanda alle caratteristiche dello strumento per la raccolta dei dati o alla loro diffusione/utilizzazione. Rispetto alla scelta dello strumento, non sempre sono presenti tutti i quesiti necessari per cogliere in modo approfondito una determinata caratteristica (ad esempio le situazioni di convivenza e le tipologie familiari). Per quanto riguarda la diffusione dei dati, emergono spesso criticità in termini di tempestività di trasmissione che possono condizionare - talvolta pesantemente - i tempi di elaborazione.

Un altro aspetto che può essere interessante approfondire è la comparabilità.³⁷ Se è vero che questa proprietà si fonda sull'uniformità nella definizione delle unità di analisi, sull'uniformità nei criteri di classificazione degli stati di ciascuna proprietà e sull'uniformità nelle definizioni operative, è abbastanza immediato evidenziare esempi concreti di difetti di comparabilità. Ci si trova ad esempio davanti a un problema di comparabilità quando si tratta di confrontare dati che riguardano unità di analisi le cui dimensioni e i cui confini

³⁴ Sensibilità intesa come capacità di una classificazione di rappresentare e cogliere in modo fedele le gamma degli stati possibili su una proprietà, con particolare riguardo a quelli più ricorrenti (Marradi, 1993).

³⁵ Si noti a questo proposito che la SDO e l'ASA non rilevano neppure la condizione professionale.

³⁶ Adeguatezza come grado di rispondenza ai bisogni conoscitivi del ricercatore (Marradi, 1984).

³⁷ Comparabilità come operazione di confronto tra due e più stati distinti di uno o più soggetti su una stessa proprietà (Marradi, 1984).

(sia territoriali che organizzativi) variano nel tempo, come i Distretti sanitari, le Aziende sanitarie e addirittura le Unità operative. Criticità dovute a disomogeneità nei criteri di classificazione degli stati emergono invece ad esempio nel caso della classificazione delle cause di morte, che ha subito varie revisioni nel corso degli anni. I dati infine possono non essere comparabili perché sono diverse le definizioni delle unità operative, come ad esempio nel caso in cui si considerino come cittadini comunitari gli individui appartenenti alla vecchia Unione europea dei 15 (quella fino al 2003) o considerando anche i nuovi Paesi entrati dopo tale data. La non omogeneità in questo caso è reale, nel senso che a una stessa dicitura possono corrispondere diverse definizioni; in altri casi può essere solo apparente.

Ci sono situazioni infine che rimandano alla fedeltà³⁸ (o attendibilità) del dato. Uno dei casi in cui questa può essere assente è quando ci si trova dinanzi a un'imprecisione o insufficienza nella definizione operativa dell'indicatore.³⁹ Un esempio di insufficienza nella definizione operativa (e quindi di limiti di fedeltà del dato) è quello dei ricoveri ospedalieri: la SDO infatti registra le caratteristiche di ogni singolo ricovero (o dimissione) e ha pertanto come unità di rilevazione il "ricovero", non il "ricoverato". Nel caso infatti in cui la stessa persona venga ricoverata più volte, vengono compilate tante SDO quanti sono i ricoveri. Se l'obiettivo è quello di conoscere gli aspetti tecnici dell'assistenza (al fine del rimborso da parte della Regione all'Azienda USL /struttura di ricovero) o quello di individuare i volumi di attività, l'unità di rilevazione è adeguata. Se invece l'obiettivo è anche quello della conoscenza epidemiologica tramite i tipi di ricoveri o le caratteristiche socio-anagrafiche della popolazione, il ricovero come unità di rilevazione è insufficiente (dal momento che la singola scheda non dice ad esempio quante volte un individuo è stato ricoverato, cosa che può essere recuperata solo attraverso il codice fiscale o il codice paziente).

La precisazione è tutt'altro che irrilevante e sottolinea come per i sistemi informativi sanitari regionali le unità di misura sono gli accessi al sistema sanitario (ricoveri, singole prestazioni di specialistica ambulatoriale, parti, aborti, ...), non i singoli individui (ricoverati in ospedale, pazienti che accedono alle prestazioni ambulatoriali, donne che partoriscono...).

Chi entra più volte in ospedale viene registrato più volte, perché l'accesso al ricovero ospedaliero non è singolo. Chi si sottopone a diverse visite specialistiche, per il sistema "diventa" tante diverse visite specialistiche. Chi partorisce o abortisce più volte risulta inserito per ogni parto o aborto. Unica eccezione che sfugge a questa regola della moltiplicazione è la morte.

³⁸ Fedeltà o attendibilità come proprietà del rapporto tra il concetto che ha suggerito la definizione operativa e gli esiti effettivi delle operazioni che tale definizione prevede, ovvero capacità di rilevare senza distorsioni l'effettivo stato del soggetto/oggetto a cui si riferisce (Marradi, 1984).

³⁹ Ci sono casi di infedeltà del dato dovuti alla inadeguata preparazione dei rilevatori (ad esempio nel caso di cattivo addestramento) o a errori materiali (errori nelle procedure, nelle modalità di aggregazioni dei dati o di trasmissione di questi) (Colleoni, Zajczyk, 1996).

In altre parole, l'individuo e le sue caratteristiche tendono a coincidere con quelle del ricovero, del parto, della prestazione ambulatoriale e tendono a moltiplicarsi a ogni accesso, trascinandosi dietro eventuali cambiamenti avvenuti nella biografia del soggetto (come ad esempio l'aumento dell'età, mutamenti nella condizione professionale e nel numero di figli...).

Le ambiguità e le difficoltà che ne derivano sono evidenti, prima tra tutte la confusione terminologica che si può creare tra ricovero/dimissione e ricoverato/dimesso, quando vengono presentati i dati relativi ai primi e non ai secondi. Spesso si parla infatti di dimessi, ma si riportano i dati delle dimissioni; si scrive di partorienti, ma si commentano i dati dei parti.

Questo meccanismo di selezione, raccolta, archiviazione ed elaborazione dei dati si riproduce dal livello micro di singolo reparto/Unità operativa/struttura al livello macro di Azienda, Regione e Stato nazionale, fino ad alimentare le statistiche dell'Unione europea e quelle mondiali dell'OMS.

Tutte le questioni fin qui evidenziate rispetto sia alla qualità dei dati, sia alle difficoltà concettuali e operative di ricomporre i percorsi e di seguire le tracce dei soggetti, non devono ovviamente portare al rifiuto dei dati, ma stimolare chiunque si trovi a confrontarsi con le misure fornite dagli indicatori affinché sottoponga a giudizio critico tutte le procedure adottate nella costruzione, nell'utilizzo e nell'interpretazione dei dati. In altri termini, chiunque si trovi o voglia selezionare, calcolare o interpretare i valori degli indicatori non può prescindere dai criteri secondo cui il valore è stato calcolato e dai limiti e vantaggi di cui ognuno è portatore.

Un primo set di indicatori

Sulla base di tutte le riflessioni fin qui esposte, delle analisi svolte dai diversi gruppi di lavoro e delle indicazioni fornite dalla letteratura, è a questo punto possibile cominciare a delineare un set di indicatori per lo studio delle disuguaglianze nei percorsi sanitari.

Si precisa che questo primo set di indicatori è un punto di partenza non di arrivo, che vuole stimolare ulteriori riflessioni, critiche, affinamenti, che esige miglioramenti e che può fungere da stimolo per i *database* già esistenti.

In particolare vengono proposte 4 diverse aree tematiche.

A. **Stato e movimento della popolazione:** comprende indicatori [di struttura (stato) e di bilancio demografico (movimento)] che descrivono le caratteristiche delle popolazione dell'Emilia-Romagna in termini demografici.

Fonti: sono indicatori che possono essere trovati già elaborati o calcolati utilizzando le banche dati demografiche della Regione Emilia-Romagna e quella nazionale (ISTAT).

- B. **Percorso nascita:** composta da indicatori che riguardano il tema natalità-maternità e della mortalità infantile.

Fonti: i dati sono forniti da diverse banche dati sanitarie regionali (CedAP, aborti/IVG, SDO, ReM, ...) e da banche dati nazionali (ISTAT, Istituto superiore di sanità, ...).

- C. **Problemi di salute:** comprende le informazioni che descrivono il tipo di patologia e i trattamenti dei soggetti che accedono ai ricoveri ospedalieri e ai servizi di emergenza-urgenza.

Fonti: i dati sono reperibili nelle banche dati sanitarie regionali (SDO, ReM), in banche dati sanitarie aziendali (Pronto soccorso) e in banche dati nazionali (ISTAT, ISS).

- D. **Decesso:** composta da indicatori di mortalità.

Fonti: gli indicatori sono reperibili o calcolabili utilizzando i dati delle banche dati sanitarie regionali (ReM) e delle banche dati nazionali (ISTAT, ISS).

Ogni area è a sua volta declinata in sotto-aree che meglio dettagliano singoli e specifici percorsi sanitari.

Per ogni sotto-area tematica vengono inoltre evidenziate alcune "piste di analisi" attraverso un elenco di variabili di incrocio, che possono essere utilizzate per stratificare i valori dei singoli indicatori, e una sezione dedicate alle principali fonti dei dati.

Gli indicatori di ogni sottoarea sono inoltre scanditi secondo la fase del percorso sanitario a cui rimandano;⁴⁰ in particolare sono state dettagliate 4 fasi del percorso sanitario:

Pre-accesso:

comprende indicatori che riguardano lo stato di salute della popolazione al momento dell'accesso ai servizi o determinati comportamenti sanitari.

Accesso:

composta da indicatori che riguardano le modalità con cui gli utenti accedono (servizi di invio, tempi di attesa, ...).

Trattamento:

comprende indicatori che riguardano specificatamente le cure sanitarie ricevute.

Esiti e dimissione:

composta da indicatori che descrivono gli esiti del percorso (non semplicemente delle cure) e le modalità di uscita dal servizio.

La lista di indicatori proposti per ogni area tematica non esaurisce in alcun modo la complessità del tema, ma rappresenta solo una proposta di analisi di quel tema, del tutto modificabile e integrabile. La scelta delle aree tematiche e degli indicatori è il risultato di una sintesi delle riflessioni e delle scelte dei diversi gruppi di lavoro che fin qui hanno presentato i risultati delle banche dati utilizzate. Si riferiscono tutte a problematiche

⁴⁰ Nel caso degli indicatori demografici e di quelli sul decesso, non è ovviamente possibile dettagliare le fasi del percorso sanitario.

sanitarie trasversali alle banche dati sanitarie (e quindi ai lavori di analisi dei diversi gruppi) e non coincidono con nessuna di esse. Il tentativo è quello di sintetizzare, sistematizzare e rendere facilmente fruibile tutto il lavoro di analisi svolto a partire dalla valorizzazione delle banche dati esistenti (e accessibili *on line*) e dagli indicatori individuati dai gruppi.⁴¹

Il presupposto è quindi quello che non è necessario inventare nulla di nuovo in termini di ricerche *ad hoc* o di *database*; la difficoltà semmai è selezionare tra le innumerevoli informazioni messe a disposizione e promuovere un approccio che, rispetto al tema delle disuguaglianze, fornisca qualche indicazione su come utilizzarle, leggerle, discriminarne limiti e potenzialità ed eventualmente delineare possibilità di miglioramento.

Come già sottolineato, la proposta metodologica prevede:

- uso integrato di più banche dati, sia a livello di aggregazione (regionali, nazionali, aziendali) sia come tipi (sanitarie, sociali, demografiche);
- lettura congiunta di una serie di indicatori che riguardano le diverse fasi (pre-accesso, accesso, trattamento, esiti e dimissioni) di un percorso sanitario, non un singolo evento di cura.

Tabella 1. Indicatori per aree tematiche

Area tematica	N. indicatori
A. Stato e movimento della popolazione	17
B. Percorso nascita	60
B1. Nascita e cure pre-natali	26
B2. Aborti	25
B3. Mortalità infantile	9
C. Problemi di salute	56
C1. Ricovero e cura in ospedale	30
C2. Emergenza-urgenza	26
D. Decesso	11
Totale	144

⁴¹ Per approfondimenti sulle definizioni degli indicatori si rimanda ai Capitoli di questo Dossier; in particolare:

- indicatori demografici: Capitolo 4;
- indicatori del percorso nascita: Capitoli 7, 8 e 9;
- indicatori dei problemi di salute: Capitoli 5 e 6;
- indicatori di decesso: Capitoli 4 e 9.

Area tematica	Fase del percorso	Indicatori
A. Stato e movimento della popolazione		
<p><i>Variabili di stratificazione suggerite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sesso - Età - Cittadinanza - Luogo di nascita - Sub-area di provenienza * - Provincia di residenza - AUSL di evento/residenza - Distretto di evento/residenza <p>* definizione ISTAT</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. Composizione della popolazione residente 2. Età media 3. Indice di vecchiaia 4. Indice di invecchiamento 5. Indice di dipendenza totale (+ giovanile e senile) 6. Percentuale popolazione grandi anziani 7. Tasso (grezzo) di natalità 8. Tasso (grezzo) di mortalità 9. Tasso di immigrazione 10. Tasso di fecondità totale 11. Saldo migratorio 12. Saldo naturale 13. Speranza di vita alla nascita 14. Speranza di vita a 65 anni 15. Composizione popolazione straniera residente 16. Numero permessi di soggiorno 17. Stima della popolazione straniera non regolare⁴²
<p><i>Principali fonti disponibili</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le Regione in cifre - ISTAT - Dossier Caritas 		

⁴² Per stima della popolazione straniera non regolare si intende quella relativa agli stranieri privi di regolare permesso di soggiorno, di cui annualmente la Caritas effettuata stima su base regionale (si veda la pubblicazione *Immigrazione. Dossier statistico* a cura di Caritas/Migrantes).

Area tematica	Fase del percorso	Indicatori
B. Percorso nascita		
B1. Nascita e cure pre-natali	Pre-accesso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero parti 2. Numero donne che hanno partorito 3. Età mediana delle partorienti⁴³ 4. % partorienti <18 anni 5. % gravidanze patologiche
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Variabili di stratificazione suggerite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Età della madre - Cittadinanza madre - Luogo di nascita madre - Sub-area di provenienza* - Titolo studio madre - Condizione professionale della madre - Cittadinanza padre - AUSL di residenza/evento - Distretto di residenza/evento - Parità - Tipo di gravidanza (fisiologica/patologica) - Tipo di servizio utilizzato (pubblico/privato) <p>* definizione ISTAT</p> </div>	Accesso	<ol style="list-style-type: none"> 6. Numero mediano visite (solo per gravidanze fisiologiche)⁴⁴ 7. % donne che hanno effettuato <4 di visite 8. % donne che hanno effettuato la 1^a vista dopo il primo trimestre (13^a settimana) 9. Età gestazionale media alla prima visita 10. Numero mediano di ecografie effettuate ⁴⁵ 11. % donne che hanno effettuato <3 ecografie 12. % donne che hanno utilizzato servizi pubblici 13. % donne che hanno effettuato amniocentesi o villi coriali >35 anni 14. % donne che hanno effettuato amniocentesi o villi coriali <35anni

⁴³ Si preferisce l'età mediana invece dell'età media quando la distribuzione della variabile è significativamente diversa dalla distribuzione normale.

⁴⁴ Si suggerisce il valore mediano perché la scheda CedAP raccoglie il dato sul numero di visite fino a 9.

⁴⁵ Si suggerisce il valore mediano perché la scheda CedAP raccoglie il dato sul numero di ecografie fino a 9.

Principali fonti disponibili

- CedAP
- SDO
- ReM
- Registro IMER⁴⁶

Trattamento	15. % travagli spontanei
	16. % travagli indotti
	17. % travagli senza travaglio
	18. % travagli indotti con prostaglandine
	19. % travagli indotti con ossitocina
	20. % travagli indotti con altro farmaco
	21. % parti cesarei
Esiti e dimissione ⁴⁷	22. % (o numero) nati basso peso
	23. % (o numero) nati pre-termine
	24. % (o numero) nati con malformazione
	25. % (o numero) nati con necessità di rianimazione
	26. Numero nati morti

⁴⁶ *Registro IMER. Indagine sulle malformazioni congenite in Emilia-Romagna.* <http://www.unife.it/imer/>

⁴⁷ Riguardo ai nati a basso peso, nati pre-termine, con malformazioni e i nati morti, si suggerisce di utilizzare i valori assoluti e non i valori percentuali che - visto il ridotto numero di casi - potrebbero non evidenziare differenze significative (tra diverse nazionalità, ...).

Area tematica	Fase del percorso	Indicatori
B. Percorso nascita (continua)		
B2. Aborti ⁴⁸	Pre-accesso	
	<i>Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero IVG 2. Numero donne che abortiscono volontariamente 3. Tasso di abortività volontaria 4. Rapporto di abortività volontaria 5. % donne con IVG ripetute
	<i>Aborti spontanei</i>	<ol style="list-style-type: none"> 6. Numero aborti spontanei 7. Numero donne che abortiscono spontaneamente 8. Tasso di abortività spontanea 9. Rapporto di abortività spontanea 10. Rapporto di abortività spontanea corretto⁴⁹ 11. % aborti spontanei da cause traumatiche
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Variabili di stratificazione suggerite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Età - Cittadinanza - Luogo di nascita - Titolo studio - Stato civile - Condizione professionale - Sub-area di provenienza * - AUSL di residenza/evento - Distretto di residenza/evento <p>* definizione ISTAT</p> </div>		

⁴⁸ Nel caso degli aborti, in questa sede vengono presentati solo gli indicatori relativi alle interruzioni di gravidanza (fatta eccezione per alcuni indicatori relativi ai comportamenti di salute in fase di pre-accesso ai servizi sanitari) e non agli aborti spontanei, sui cui andrebbe sviluppata una riflessione *ad hoc*.

⁴⁹ Rapporto di abortività spontaneo corretto: N. aborti spontanei / N. aborti spontanei+nati+ 30% delle IVG. In termini discorsivi, il denominatore comprende anche una quota di IVG che si stima sarebbero comunque divenute aborti spontanei, pari al 30% delle IVG totali.

Principali fonti disponibili

- Banca dati aborti
- SDO
- ISTAT

Accesso	12. % donne che accedono attraverso consultorio
	13. % donne che accedono attraverso medico fiducia
	14. età gestazionale al momento dell'IVG
	15. Numero medio di gg di attesa tra data di emissione del certificato e data di IVG (tempo medio di attesa)
	16. % certificazioni urgenti
Trattamento	17. % interventi in regime di ricovero ordinario
	18. % interventi in regime <i>day hospital</i>
	19. % interventi con raschiamenti
	20. % interventi con metodi di isterosuzione
	21. % anestesie totali
	22. % anestesie locali
	23. % interventi con isterosuzioni realizzate con anestesie totali
Esiti e dimissione	24. % aborti con complicazioni
	25. % IVG con ritardo ⁵⁰

⁵⁰ La IVG si intende realizzata con ritardo quando il periodo tra data di certificazione e data dell'intervento è superiore alle 3 settimane (21 gg).

Area tematica	Fase del percorso	Indicatori
B. Percorso nascita (continua)		
B3. Mortalità infantile		<ol style="list-style-type: none"> 1. N. nati vivi 2. Mortalità infantile 3. Tasso di mortalità infantile 4. Tasso di mortalità neonatale 5. Tasso di mortalità post-neonatale 6. Tasso di mortalità perinatale 7. Tasso di natimortalità 8. Tasso di mortalità infantile per causa 9. N. ricoveri di bambini <1 anno
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="271 501 640 533"><i>Variabili di stratificazione suggerite</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="271 541 506 564">- Sesso del bambino <li data-bbox="271 576 573 600">- Cittadinanza del bambino <li data-bbox="271 611 618 635">- Luogo di nascita del bambino <li data-bbox="271 646 573 670">- Cittadinanza della madre <li data-bbox="271 681 551 705">- Cittadinanza del padre <li data-bbox="271 716 573 740">- AUSL di residenza/evento <li data-bbox="271 751 618 775">- Distretto di residenza/evento </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p data-bbox="271 908 528 932"><i>Principali fonti disponibili</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="271 943 349 967">- SDO <li data-bbox="271 978 349 1002">- ReM <li data-bbox="271 1013 371 1037">- ISTAT </div>		

C. Problemi di salute

C1. Ricovero e cura in ospedale

Variabili di stratificazione suggerite

- Sesso
- Et 
- Cittadinanza
- Luogo di nascita
- Titolo di studio
- Stato civile
- AUSL di residenza/evento
- Distretto di residenza/evento
- Presidio ospedaliero di evento

Principali fonti disponibili

- SDO
- ISTAT
- ISS⁵⁴

Pre-accesso

1. Numero ricoveri ospedalieri⁵¹
2. Numero di persone ricoverate
3. % ricoveri di stranieri (sul totale dei ricoveri)
4. % ricoveri di stranieri/1.000 ricoveri
5. Tasso grezzo di ospedalizzazione⁵²
6. Tasso standardizzato di ospedalizzazione
7. Tasso di ospedalizzazione specifico per patologia (causa)
8. Tasso di ospedalizzazione specifico per diagnosi principale⁵³

Accesso

9. % ricoveri programmati
10. % ricoveri d'urgenza
11. % ricoveri programmati con pre-ospedalizzazione

⁵¹ Si parla di ricoveri, ma tecnicamente la scheda registra la dimissione.

⁵² Tasso di ospedalizzazione su 1.000 residenti. Nel caso di elaborazioni su pi  annualit  si suggerisce di utilizzare il tasso medio annuo.

⁵³ Utilizzare la classificazione ICD 9 CM.

⁵⁴ Istituto superiore di sanit .

Area tematica	Fase del percorso	Indicatori
C. Problemi di salute (continua)		
C1. Ricovero e cura in ospedale (continua)	Trattamento	12. % ricoveri in regime ordinario 13. % ricoveri in regime di <i>day hospital</i> 14. 20 DGR più frequenti 15. % dei DRG medici 16. % dei DRG chirurgici 17. % parti cesarei 18. % parti vaginali 19. % gravidanze/parti complicati ⁵⁵ 20. % parti normali 21. % aborti indotti 22. % aborti spontanei 23. % complicanze successivi ad aborti 24. Degenza media (durata media della degenza in gg)

⁵⁵ Oltre alla percentuale, è interessante calcolare anche i tassi di ospedalizzazione per 1.000 residenti per gravidanze/parti complicati, parti normali, aborti indotti, aborti spontanei, complicanze successivi ad aborti.

Esiti e dimissione	25. % di mortalità a 30gg ⁵⁶
	26. % dimissioni deceduto
	27. % dimissioni ordinarie (a domicilio o in istituto)
	28. % dimissioni protette
	29. % dimissioni volontarie
	30. % dimissioni con trasferimento

⁵⁶ È possibile calcolare questo indicatore nel caso di un *link* tra la banca dati SDO e ReM.

Area tematica	Fase del percorso	Indicatori
C. Problemi di salute (continua)		
C2. Emergenza-urgenza	Pre-accesso	<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero di accessi al Pronto soccorso 2. Numero di persone che accedono al Pronto soccorso 3. Tasso di accesso al Pronto soccorso ⁵⁷
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Principali fonti disponibili:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - banca dati aziendale su PS </div>	Accesso	<ol style="list-style-type: none"> 4. % accessi con codice bianco⁵⁸ 5. % accessi con codice verde 6. % accessi con codice giallo 7. % accessi con codice rosso 8. % accessi per traumi/infortuni 9. % accessi per malattia 10. % di accessi per ogni ora del giorno 11. % di accessi per ogni giorno della settimana 12. % di accessi per ogni mese dell'anno 13. % di accessi su richiesta del MMG/PLS 14. % accessi tramite 118 15. % accessi su richiesta di specialista 16. % accessi autonomi⁵⁹
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Variabili di stratificazione suggerite:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Età - Sesso - Cittadinanza - Luogo di nascita - Titolo di studio - AUSL di residenza/evento - Distretto di residenza/evento - Presidio ospedaliero di evento </div>		

⁵⁷ Tasso su 1.000 residenti. Nel caso di elaborazioni su più annualità si suggerisce di utilizzare il tasso medio annuo.

⁵⁸ Si intende il codice colore in entrata, quello assegnato al momento del *triage*.

⁵⁹ Modalità di invio: se stesso.

Trattamento	17. Tempo di attesa medio (per ora del giorno)
Esiti e dimissione	18. % presi in carico dall'ospedale (ricoverati)
	19. % presi in carico dallo specialista
	20. % non presi in carico (dimessi, rinviati medico curante)
	21. % non ripassato per chiusura (allontanatosi)
	22. % deceduti
	23. % accessi con codice bianco ⁶⁰
	24. % accessi con codice verde
	25. % accessi con codice giallo
26. % accessi con codice rosso	

⁶⁰ Si intende il codice colore assegnato dal medico al momento della dimissione. La percentuale dei codici colore in uscita è utile per verificare concordanze tra livello di gravità in entrata e alla dimissione.

Area tematica	Fase del percorso	Indicatori
D. Decesso⁶¹		<ol style="list-style-type: none"> 1. Numero morti 2. Tasso grezzo di mortalità 3. Tasso specifico di mortalità per causa 4. % decessi per causa esterna 5. % decessi per causa violenta 6. % decessi suicidio 7. % decessi avvelenamento 8. % decessi incidente stradale 9. % decessi altro incidente 10. % decessi avvenuti in casa 11. % decessi avvenuti fuori casa
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Principali fonti disponibili:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ReM - ISTAT </div>		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><i>Variabili di incrocio suggerite:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Età - Sesso - Cittadinanza - Luogo di nascita - Stato civile - Titolo di studio - Condizione professionale - AUSL di residenza/evento </div>		

⁶¹ Mortalità infantile in percorso nascita

10.2.4. Proposte per il miglioramento delle banche dati analizzate

Sulla base di tutte le elaborazioni svolte e delle riflessioni attuate, i diversi gruppi di lavoro hanno evidenziato le seguenti proposte operative.

1. Creare un **coordinamento regionale** che proponga il tema “studio e lotta delle disuguaglianze” come una priorità delle aziende, senza limitarlo ad una questione che riguarda esclusivamente i migranti, ma allargando il fuoco di analisi a tutta l’utenza.
2. Attivare **équipe** multiprofessionali (composte da epidemiologici, statistici, psicologi/sociologi, operatori dei servizi, ...) che lavorino sia sull’analisi dei dati, sia sull’approfondimento di tematiche specifiche, in particolare sono emersi come temi di particolare interesse “maternità e donne migranti” e “aborti e donne migranti”.
3. Migliorare la **qualità dei dati**, ovvero incentivare prioritariamente la compilazione
 - dei campi *cittadinanza* e *luogo di nascita* (in alcuni casi campi non obbligatori e con elevatissimi numeri di dati mancanti), eventualmente attivando un gruppo di lavoro apposito su questo tema che sensibilizzi gli operatori, o rendendo col tempo obbligatori i campi;
 - dei campi che riguardano *il padre* della scheda CedAP (età e nazionalità).
4. **Sciogliere alcuni dubbi** che riguardano:
 - la definizione della condizione di straniero, in particolare vanno attuate riflessioni per capire se e quando è meglio usare il luogo di nascita, la cittadinanza o una combinazione di entrambi per distinguere tra pazienti/utenti italiani e stranieri;
 - l’utilizzo del titolo di studio, che forse andrebbe analizzato in modo meno semplicistico in rapporto alla cittadinanza, dal momento che è diverso in base ai paesi di origine (se non altro in termini di anni di studio);
 - la possibilità di costruire un “indice di disuguaglianza” elaborato sulla base di più indicatori.
5. Considerare l’opportunità di modificare le banche dati, introducendo **nuovi campi**, che raccolgano informazioni utili per l’approfondimento del tema disuguaglianze:
 - la scheda CedAP non raccoglie dati sulla partecipazione della donna ai *corsi di preparazione alla nascita*; potrebbe essere utile proporre l’inserimento di uno o più campi su questo tema;
 - dove non è già previsto, inserire ad esempio i campi *titolo di studio* e *condizione lavorativa*;
 - potrebbe essere molto utile, anche se piuttosto delicato, cominciare raccogliere informazioni anche sulla condizione di regolarità del paziente straniero, indicando ad esempio se è titolare di un regolare permesso di soggiorno o di un tesserino di straniero temporaneamente presente (STP)
6. Promuovere i **link** tra diverse banche dati, in particolare sarebbe molto utile
 - tra SDO e anagrafi comunali (si veda a questo proposito il *Capitolo 11*);
 - tra CedAP/SDO e consumi sanitari.

7. Affinare la **reportistica on line** (predefinita e/o dinamica) inserendo la possibilità di elaborare alcuni indicatori differenziati in base ad esempio a sesso e cittadinanza/nazionalità; esempio:

- SDO differenziate per maschi/femmine e italiani/non italiani
- dimessi
- giornate e accessi
- 40 DRG più frequenti
- dimessi e durata di degenza per DRG
- pazienti e numero medio di ricoveri per paziente
- % di parti cesarei
- tassi di ospedalizzazione e indici di consumo

CedAP differenziati per italiane/non italiane ed eventualmente titolo di studio

- numero parti
- distribuzione delle partorienti per visite di controllo in gravidanza
- distribuzione dei neonati secondo il peso
- distribuzione dei nati per vitalità
- distribuzione dei nati secondo la presenza di malformazioni

ReM differenziati per italiani/non italiani

- totale deceduti residenti in Emilia-Romagna per Azienda USL e sesso
- deceduti residenti in Emilia-Romagna per causa di morte e Azienda USL
- deceduti residenti in Emilia-Romagna per causa di morte e sesso
- tassi specifici
- tassi standardizzati per età

8. Ridurre la difficoltà di **reperire i dati per il calcolo di alcuni indicatori**, in particolare è risultato estremamente difficile (quando non addirittura impossibile) reperire i dati di popolazione necessari per ottenere i valori dei denominatori dei tassi di abortività (sia volontaria che spontanea), dal momento che la banca dati *on line* **Regione in cifre**, non permette l'estrazione dei valori per le fasce di età fertili (in genere 15-49 anni).

10.2.5. Fonti dei dati on line

Regione Emilia-Romagna

- Regione in cifre. sito statistico della Regione Emilia-Romagna
<http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica/index.htm>
- Il sistema informativo politiche per la salute e politiche sociali
<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/index.html>
- SDO. Scheda di dimissione ospedaliera
<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/sdo/sdo.html>
- ReM. Registro di mortalità
<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/rem/rem.html>
- CedAP. Certificato di assistenza al parto
<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/cedap/cedap.html>
- ASA. Assistenza specialistica ambulatoriale
<https://siseps.regione.emilia-romagna.it/flussi/html/asa/asa.html>
- Registro IMER. Indagine sulle malformazioni congenite in Emilia-Romagna
<http://www.unife.it/imer/>

Italia

- ISTAT. Istituto nazionale di statistica
<http://www.istat.it/>
- DEMO-ISTAT. Demografia in cifre
<http://demo.istat.it/>
- Ministero della salute
<http://www.ministerosalute.it/>
- Istituto superiore di sanità
<http://www.iss.it/>
- EpiCentro. Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute
<http://www.epicentro.iss.it/>

11. Creazione di un Osservatorio sui fenomeni migratori della provincia di Rimini⁶²

11.1. Come nasce l'idea di un Osservatorio

Il Piano per la salute locale prevedeva, tra le diverse aree tematiche di interesse, anche quella inerente la salute della popolazione immigrata; in seno ai gruppi di lavoro attivati al fine di individuare i problemi prioritari di salute e le principali azioni da intraprendere è emersa, tra le altre, la necessità di dotarsi di uno strumento organico di descrizione dell'evoluzione del fenomeno migratorio che non si limitasse ai soli aspetti di demografia tradizionale, stante la molteplicità dei determinanti della salute. La Conferenza territoriale sociale e sanitaria ha ufficializzato pertanto un progetto operativo che potesse andare in questa direzione, reso attuativo a partire dal 2003, affidandone la responsabilità di implementazione all'Ufficio statistica della Provincia. La Provincia di Rimini, infatti, nel proprio sistema degli Osservatori provinciali, aveva da poco inserito un osservatorio sull'immigrazione che, al momento della formulazione del progetto, aveva pubblicato i *report* 2001 e 2002.

Il sistema degli Osservatori provinciali è un sistema integrato di dati e informazioni, costituito da una struttura complessa che svolge un'attività permanente tesa a registrare i fenomeni che riguardano il territorio provinciale in modo sistematico e continuativo, attraverso un'organizzazione razionale e funzionale delle informazioni, mettendo uno spartiacque tra iniziative episodiche e limitate all'attivazione saltuaria di studio. Il sistema utilizza prevalentemente dati di fonte amministrativa, sfruttando i grandi giacimenti gestionali della pubblica amministrazione che permettono di abbattere i costi di rilevazione e minimizzare il disturbo statistico. L'uso del dato elementare permette di utilizzare tecniche di *record linkage* tra archivi di provenienza diversa che consentono di descrivere l'evoluzione dei fenomeni considerati attraverso la memorizzazione dei molti eventi della vita contenuti negli archivi della pubblica amministrazione.

⁶² A cura di Laura Zanzani (Azienda USL di Rimini) e Rossella Salvi (Provincia di Rimini).

11.2. Obiettivi e destinatari dell'Osservatorio

Obiettivo generale

Aumentare e rendere organiche le conoscenze delle problematiche della popolazione immigrata attraverso la rilevazione strutturata e continuativa di informazioni (demografiche, socio-economiche, culturali, relative allo stato di salute, ecc.) reperibili in diversi settori della comunità istituzionale e non.

Obiettivi specifici

- Fornire ad amministratori, operatori tecnici del sociale e sanitari, imprese, Sindacati, organizzazioni del Terzo settore, enti di formazione, uno strumento di riferimento condiviso in grado di massimizzare il contributo delle specializzazioni di settore, e che possa quindi porsi a servizio della pianificazione e della programmazione territoriale sul tema dell'immigrazione.
- Creare una struttura operativa di base dell'Osservatorio, in modo tale da contenere i costi di rilevazione, evitare il disturbo statistico per le unità di rilevazione, mantenere costante l'aggiornamento dei flussi informativi.

11.3. Istituzioni, organizzazioni e altri attori coinvolti

Durante le diverse fasi del progetto (così come di seguito dettagliate) sono stati coinvolti Comuni, Azienda USL, Caritas diocesana, Forze dell'ordine, Uffici per l'impiego, Camera di Commercio, istituzioni scolastiche.

11.4. Azioni previste e tempi di realizzazione

Il progetto ha una valenza triennale (2003-2005); durante tale periodo infatti si presume di aver creato presupposti stabili per la generazione dei flussi informativi verso l'Osservatorio, la condivisione dei risultati ottenuti, la valutazione tecnico-politica dei risultati della iniziativa. Il progetto prevede uno sviluppo per fasi.

- *Fase zero:* gennaio - dicembre 2003
 - Individuare le fonti dei dati, prevalentemente di tipo amministrativo e, di conseguenza, dei diversi Soggetti detentori di informazioni utili alla descrizione del fenomeno. Per quanto riguarda le Amministrazioni comunali, il progetto ha potuto beneficiare già in questa fase del flusso di dati provenienti dalle Anagrafi comunali attivato dall'Amministrazione provinciale e da sottoporre a consolidamento su base storica. Il progetto prevedeva di procedere attraverso contatti con le diverse Associazioni di volontariato, Associazioni rappresentanti le diverse comunità etniche presenti sul territorio, forze sindacali, ecc.
 - Attraverso incontri specifici, condividere con i diversi soggetti individuati le finalità del progetto e acquisirne la disponibilità a partecipare operativamente.

- Censire gli archivi informatici esistenti presso i diversi *partner* aderenti all'iniziativa e valutare le informazioni in essi contenute, attraverso l'esame dei relativi tracciati record. Lo scopo di questa specifica operazione era verificare la fattibilità della costruzione di un'unica banca dati che consentisse l'associazione, alla singola unità di rilevazione, dei diversi attributi che ne descrivono le caratteristiche, normalmente solo patrimonio dei singoli specifici settori e strutturalmente non interagenti dal punto di vista informatico, tra loro. Dal punto di vista più operativo, il censimento è servito anche a verificare la presenza all'interno dei diversi tracciati *record* di campi che permettessero operazioni di *record linkage* e la verifica della "distanza" informatica esistente tra le diverse banche dati, anche ai fini di una migliore definizione dei costi e delle criticità collegati a tale operazione (esempio: rispetto della legge sulla *privacy*, costi informatici, ecc.).
- Fase 1: giugno 2003 - giugno 2004
 - Sviluppare e consolidare i flussi informativi: i diversi *partner* utilizzano i dati contenuti nei propri archivi informatici per soddisfare lo specifico debito informativo. Su tale base, di fatto pre-costituita, è stato sviluppato l'inoltro in via continuativa dei flussi informativi di settore verso l'Osservatorio; per alcuni settori questo ha significato di fatto l'acquisizione della banca dati da parte dell'Osservatorio (anagrafi, archivi permessi di soggiorno, archivio imprese) mentre in altri ha casi ha prodotto l'inserimento (come nel caso della Azienda USL) all'interno del *report* annuale di sezioni di dati prima non presenti, frutto di elaborazione direttamente operata dal settore competente.

In altre parole, in questa fase si è puntato ad acquisire quei contributi di settore formulati sulla base della propria peculiare capacità di esprimere dati ed informazioni, senza forzare necessariamente sugli aspetti della integrazione informatica degli archivi.
 - Verificare e implementare i singoli archivi informatici di settore: al fine di verificare se gli archivi informatici di settore presentavano spazi di miglioramento o potenzialità di interrogazione che trascendevano dagli usi abituali per i quali erano stati creati, è stata stimolata una rivisitazione degli archivi settoriali o comunque una raccolta organica, all'interno del singolo settore, delle informazioni che potevano avere rilevanza.

Nel caso dell'Azienda USL ciò ha condotto alla stesura di una sezione specifica del *report* 2004 nella quale sono stati organicamente rappresentate le informazioni relative al *target*, indipendentemente dal servizio coinvolto: tassi di ospedalizzazione standardizzati, dati di accesso al Pronto soccorso per codice di gravità, iscrizione al SSN, attività dei consultori e degli ambulatori territoriali dedicati, denunce di malattie infettive.

- Fase 2: gennaio - dicembre 2005
 - Creare una banca dati unica dell'Osservatorio: questa operazione rappresenta l'azione più innovativa e significativa dell'intero progetto, in quanto è strumento finalizzato alla realizzazione di elaborazioni e di indicatori più articolati rispetto a quelli normalmente disponibili, al fine di migliorare il livello di descrizione dell'universo immigrati nella provincia di Rimini. La disponibilità degli archivi di settore ha permesso all'Osservatorio di realizzare la banca dati unica che, con operazioni di *record linkage*, ha condotto alla formulazione di indicatori più raffinati, lo sviluppo di ulteriori livelli descrittivi (come ad es. la mappatura dei dati per micro-aree territoriali e l'elaborazione dei dati su base provinciale, con articolazione comunale e/o aggregati di comuni e aree subcomunali (sezione di censimento); allo stesso tempo, solo la diretta disponibilità degli archivi informatici ha consentito all'Osservatorio di garantire quei livelli di elaborazione per singoli ambiti, non possibile da parte del *partner* interessato. Infine, la banca dati consentirà in futuro di ipotizzare possibili sviluppi inferenziali delle elaborazioni.
 - Elaborare i dati: tale fase ha rappresentato il momento operativo in cui l'Osservatorio si è dedicato all'elaborazione delle linee informative concordate con i destinatari e i *partner* dell'iniziativa.
 - Progettazione di eventuali ricerche *ad hoc*: i livelli descrittivi sviluppati con le azioni precedenti possono evidenziare lacune o carenze di informazioni che potrebbero essere superate con specifiche indagini; si ritiene importante che il coordinamento di tali iniziative resti nell'ambito dell'Osservatorio, per garantire omogeneità e completezza nel percorso conoscitivo del fenomeno nel suo insieme, in collaborazione con i *partner* di volta in volta più competenti a collaborare nell'ambito specifico.

Così impostato, l'Osservatorio permette di confrontare le caratteristiche della popolazione italiana e di quella straniera immigrata - ad esempio indici di fecondità, età media, tassi di natalità, ecc. - e, nell'ipotesi di utilizzare i dati sanitari complessivi, sarà in futuro possibile iniziare ad analizzare anche i comportamenti sanitari dei due segmenti di popolazione. La possibilità di confronto sui ricoveri ospedalieri era già stata sperimentata in occasione della predisposizione del *IV Rapporto* dell'Osservatorio, ma solo relativamente ai stranieri residenti, attraverso la formulazione di tassi standardizzati di ospedalizzazione.

11.5. Modalità di diffusione e presentazione

Il progetto prevede iniziative di presentazione pubblica dei *report* prodotti annualmente dall'Osservatorio, in occasione delle quali evidenziare - oltre ai dati - lo sviluppo del percorso del progetto in termini qualitativi attraverso i diversi livelli di risultato raggiunti. I *report* sono diffusi principalmente attraverso riproduzione su CD Rom e pubblicazione internet presso il sito della Provincia di Rimini e dei *partner*, mentre è limitata la diffusione cartacea.

11.6. Principali risultati raggiunti al 2005

Il 26 ottobre 2005 è stato presentato pubblicamente il *Rapporto annuale* dell'Osservatorio (dati all'1 gennaio 2005), consultabile in internet all'indirizzo http://www.provincia.rimini.it/informa/statistiche/demografia/2005_immigrati/index.htm.

Con riferimento ai dati di tipo sanitario, il *Rapporto* mostra i risultati di una prima sperimentazione di integrazione tra banca dati provinciale, a sua volta precedentemente integrata con Ministero dell'Interno, anagrafi comunali, Camera di Commercio, ecc., e l'archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO). Più precisamente, nel rispetto della *privacy* l'operazione di *record linkage* è avvenuta con le schede SDO 2004 relative a stranieri ricoverati nelle strutture pubbliche e private accreditate del territorio; alcune operazioni sono state direttamente effettuate dall'Azienda USL.

Una volta resa anonima la banca dati così costituitasi, l'Osservatorio ha provveduto alle elaborazioni statistiche concordate con l'Azienda USL. Questa operazione ha consentito di associare alle variabili selezionate all'interno della SDO e quindi tipicamente di taglio settoriale (tipo di ricovero, regime di ricovero, motivo di ricovero, giornate di degenza, patologia principale, categorie diagnostiche principali, ecc.) anche variabili estranee al mondo sanitario, quali il possesso di residenza o del permesso di soggiorno, il motivo della presenza sul territorio, il tempo di permanenza nel territorio, il tipo di famiglia, la professione dichiarata, il titolo di istruzione, oltre ovviamente alla cittadinanza/nazionalità.

Da ultimo si è messa in relazione anche l'anagrafe degli assistiti per descrivere il livello di copertura del medico di medicina generale su questa popolazione. A un'analisi descrittiva tradizionale, basata su tassi di ospedalizzazione generale e tassi specifici per sesso ed età, si potuto quindi disporre anche di tassi di ospedalizzazione differenziati per stranieri residenti e stranieri con permesso di soggiorno.

La più complessiva fruibilità dei risultati, anche in relazione alle esigenze dei destinatari, è stata formulata attraverso un'analisi *cluster* che ha consentito di caratterizzare gruppi di persone straniere ospedalizzate, non solo in base alle variabili di tipo sanitario ma sulla base di quelle non sanitarie sopra elencate. Se è infatti noto che la maggior parte di ricoveri di stranieri è a carico del sesso femminile - in particolare per gravidanza, parto e puerperio -, non altrettanto noto è se queste donne ricoverate per parto erano sul

territorio per motivi di ricongiungimento familiare o per lavoro, se sono occupate o meno, vivono sole o che in una qualche forma di tipologia familiare, se sono presenti sul territorio da un anno o da dieci, e così via.

L'analisi *cluster* ha evidenziato sette gruppi di persone che in base al sesso e all'età si possono sinteticamente definire come segue.

In base al sesso

Un mondo femminile

- Partorienti che si connotano per la presenza di una famiglia cui si sono ricongiunte, non si trovano in condizione di occupate, e sono relativamente giovani.
- Donne che partoriscono ma si trovano nel territorio con un permesso di soggiorno per motivi di salute, arrivate da poco tempo, spesso nubili, non figurano aver scelto il medico di medicina generale, e dichiarano di fare la colf / domestica / assistente.
- Donne che decidono di non portare a termine la gravidanza, nel territorio per motivi di lavoro, di età più adulta delle precedenti, arrivate da poco tempo dai Paesi europei non comunitari.

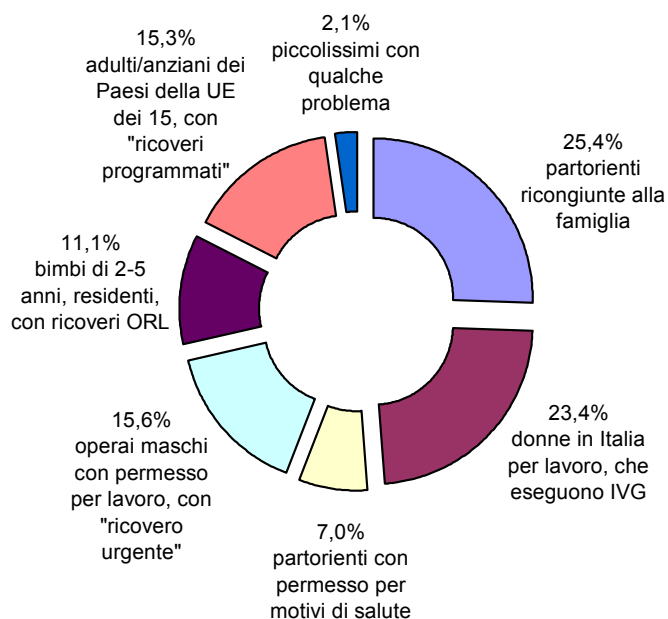
Un mondo maschile

- Persone adulte che si trovano nel territorio per motivi di lavoro subordinato, si ricoverano con i caratteri dell'urgenza per problematiche dell'apparato digerente, respiratorio e muscolo-scheletrico. Sono operai generici, spesso celibi, provenienti da Paesi africani e vivono in una tipologia familiare composta da più persone non legate tra loro né da legami parentali né da vincoli coniugali.

In base all'età

- Gruppo di adulti, spesso anziani, che è presente sul territorio da molti anni, si ricovera su proposta del proprio medico di base in modo programmato per patologie più spesso cronico-degenerative. Nella vita queste persone possiedono un lavoro di tipo imprenditoriale o libero professionale e sono cittadini dei Paesi dell'Unione europea dei 15. Il tipo di famiglia è mista.
- Gruppo di piccolissimi che si ricovera nelle immediate vicinanze dell'evento nascita per problemi legati soprattutto alle modalità del parto e al basso peso.
- Gruppo dei piccoli in età pre-scolare (2-5 anni) che vivono in famiglia a componente straniera; residenti, si ricoverano per patologie afferenti alla sfera otorinolaringoiatrica o neurologica. Sono più spesso maschi.

Figura 1. Stranieri residenti e soggiornanti con un solo ricovero nel 2004. Gruppi / cluster. Valori percentuali



11.7. Sviluppi futuri

I risultati sin qui ottenuti orientano verso futuri approfondimenti inerenti le aree della gravidanza (flusso CedAP), dei minori (registro dei nati pre-termine), e degli adulti in relazione all'attività lavorativa. La sperimentazione effettuata induce inoltre a riproporre l'analisi dei ricoveri su un *trend* temporale più lungo, oltre che a completare lo scenario attraverso l'effettuazione di *record linkage* anche con le banche dati sanitarie territoriali quali ad esempio quelle consultoriali e della specialistica ambulatoriale.

Bibliografia

- AA.VV. *Profilo di salute delle province della costa emiliano-romagnola*, dicembre 2003.
- AA.VV. Lo sviluppo demografico in Emilia-Romagna. *Quaderni di statistica*. Regione Emilia-Romagna, agosto 2005.
<http://www.regione.emilia-romagna.it/statistica/news/sd2005.pdf>
- Acheson D., Baker D., Chambers J., Graham H., Marmot M., Whitehead M. *Independent inquiry into inequalities in health report*. United Kingdom, Secretary of State for Health, 1998.
- Arnsperger C., Van Parijs P. *Quanta disuguaglianza possiamo accettare?* Bologna, Il Mulino, 2003.
- Bacci M.L. *Introduzione alla demografia*. Torino, Loescher Editore, 1984.
- Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Lupi C., Simoni S., Verdini E. *La nascita in Emilia-Romagna. 2° rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP)*. Regione Emilia-Romagna, 2005.
http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2004.pdf
- Baronciani D., Basevi V., Battaglia S., Clò M., Lupi C., Simoni S., Verdini E. *La nascita in Emilia-Romagna. 3° rapporto sui dati del Certificato di assistenza al parto (CedAP)*. Regione Emilia-Romagna, 2006.
http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2005.pdf
- Bianco M.L. *L'Italia delle disuguaglianze*. Roma, Carrocci, 2001.
- Blaxter M. The significance of socioeconomic factors in health for medical care and the National Health Service. In Blane D., Brunner E., Wilkinson R. (eds.). *Health and Social Organisation: Towards a Health Policy for the Twenty-First Century*. London, Routledge, 1996.
- Bowling A. *What people say about prioritizing health services*. London, King's Fund Centre, 1993.
- Bowling A. Ageism in cardiology. *British Medical Journal*, 319: 1353-1355, 1999.
- Brunner E. Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 314: 1472-1476, 1997.
- Buzzi C., Cavalli C., De Lillo A. (a cura di). *Giovani del nuovo secolo. Quinto rapporto IARD sulla condizione giovanile in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2002.
- Candela S., Cavuto S., Luberto F. *Condizioni socioeconomiche e mortalità nella popolazione di Reggio Emilia*. Azienda USL di Reggio Emilia, Dipartimento di sanità pubblica, Unità di epidemiologia, 2005.
- Caritas. *XIII rapporto sull'immigrazione Caritas - Migrantes. Dossier statistico 2003*. Roma, Caritas Diocesana, 2003.

- Cashmore J. Family, early development and the life course: Common risk and protective factors in pathways to prevention. In Eckersley R., Dixon J., Douglas B. (eds.). *The social origins of health and wellbeing*. Cambridge, Cambridge University Press, 2001.
- Chadwick E. *Report on the sanitary condition of the labouring population of Great Britain. 1842*. Edinburgh, Edinburgh University Press, 1965.
- Colleoni M., Zajczyk F. Qualità dei dati. In Mauri L., Panati C. (a cura di). *Pagine aperte 2*. Milano, FrancoAngeli, 1996.
- Corchia C., Mastroiacovo P., Lanni R., Grimaldi V., Scarano G., Baronciani D. Social and geographical inequalities in prenatal care in Italy. *Prenat Diagn*, 6: 535-540, 1995.
- Costa G., Faggiano F. (a cura di). *Equità nella salute in Italia*. Milano, Fondazione Smith Kline, FrancoAngeli, 1994.
- Costa G., Faggiano F., Paganelli F. Differenze sociali nella mortalità e Torino e in Italia negli anni '80. In Costa G., Faggiano F., Lagorio S. *Mortalità per professioni in Italia negli anni '80*. ISPESL, Collana Quaderni ISPESL, n. 2, 1995.
- Costa G., Spadea T., Cardano M. Disuguaglianze di salute in Italia. *Epidemiologia e Prevenzione*, n. 28 (3, Supplemento), 2004.
- Daniels N., Kennedy B.P., Kawachi, I. Why justice is good for our health: The social determinants of health inequalities. *Daedalus*, 128 (4): 215-251, 1999.
- Deaton A. Commentary: The convoluted story of international studies of inequality and health. *International Journal of Epidemiology*, 31: 546-549, 2002.
- Delvaux T., Buekens P., Godin I., Boutsen M. and the Study Group on Barriers and Incentives to Prenatal Care in Europe. Barriers to Prenatal care in Europe. *Am J Prev Med*, 21 (1): 52-59, 2001.
- Domenighetti G., Maggi J. Definizione di priorità sanitarie e razionamento, efficacia, efficienza verso equità e compassione. *Tendenze nuove*, marzo/aprile 2001 pp. 4-14.
- Fox J. (ed.). *Health inequalities in European countries*. Aldershot, Gower, 1989.
- Gnani R., Costa G. Esiti della gravidanza, mortalità infantile e titolo di studio della madre in Piemonte dal 1980 al 1995. *Epidemiologia e prevenzione*, 26 (5): 225-233, 2002.
- Grandolfo M.E., Spinelli A., Pediconi M. Epidemiologia. Cosa è successo e cosa è cambiato nelle IVG negli ultimi anni? *78° Convegno SIGO*, Perugia 9-13 novembre 2002.
- Gregori E. Sistemi informativi sociali: tre ceste da riempire. *Mutamento sociale*, n. 3/04, Synergia, 2004. Disponibile nel sito <http://www.synergia-net.it>
- Gregori E., Mauri L. Il sistema informativo sociale come strumento d'azione. *Mutamento sociale*, n. 1/04, Synergia, 2004. Disponibile nel sito <http://www.synergia-net.it>
- Gresenz C.R., Sturm R., Tang L. Income and mental health: unraveling community and individual level relationships. *J Mental Health: Policy Econ*, 4 (4): 197-203, 2001.
- Ham C., Coulter A. Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for healthcare choices. *J Health Serv Res Policy*, 6 (3): 163-169, 2001.

- Hasman A. Eliciting reasoning: empirical methods in priority setting. *Health Care Analysis*, 11 (1): 41-58, 2003.
- Kawachi I. Social capital and community effects on population and individual health. *Ann NY Acad Sci*, 896: 120-130, 1999.
- Kneeshaw J. What does the public think about rationing?- A review of evidence. In New B. (ed.). *Rationing- talk and action in health care*. London, King's Fund, 1997, pp. 58-76.
- Koopman J.S., Lynch J.W. Individual causal models and population systems models in epidemiology. *American Journal of Public Health*, 89: 1170-1175, 1999.
- Kuh D., Ben-Shlomo Y., Lynch J., Hallqvist J., Power C. Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (10): 778-783, 2003.
- Kunst A.E., Mackenback J.P. *An international comparison of socio-economic inequalities in mortality*. MGZ 92.11. Rotterdam, Department of public health and social medicine, Erasmus University Rotterdam, 1992.
- Laffi S., Billari F., Micheli G. I mutamenti in corso nella condizione anziana. In Calderone B., Laffi S. (a cura di). *Innovare il welfare per la terza età*. Milano, FrancoAngeli, 2003.
- Lainati C. Indicatori di integrazione socio-professionale dei cittadini immigrati: una tavola rotonda di confronto. *Mutamento sociale*, n. 6/05, Synergia, 2005. Disponibile nel sito <http://www.synergia-net.it>
- Lian O.S. Norms for priority setting among health professionals: a view from Norway. *Sociology of Health & Illness*, 23: 357-385, 2001.
- Luberto F., Campari C., Cassinadri M., Romano C., Candela S. *La mortalità infantile in provincia di Reggio Emilia*. Azienda USL di Reggio Emilia, novembre 2003.
- Lynch J.W., Kaplan G. Socioeconomic position. In Berkman L.F., Kawachi I. (eds.). *Social Epidemiology*. New York, Oxford University Press, 2000, pp. 13-35.
- Mackenbach J. Income inequality and health. *British Medical Journal*, 324: 1-2, 2002.
- Mariotti M. *Informazione e sapere*. Milano, Anabasi, 1992.
- Marmot M. The social pattern of health and disease. In Blane D., Brunner E., Wilkinson, R. (eds.). *Health and Social Organisation: Towards a Health Policy for the Twenty-First Century*. London, Routledge, 1996, pp. 42-67.
- Marradi A. *Concetto e metodo per la ricerca sociale*. Firenze, Giuntina, 1984.
- Marradi A. *L'analisi monovariata*. Milano, Franco Angeli, 1993.
- McEwen B.S., Seeman T. Protective and damaging effects of mediators of stress. Elaborating and testing the concepts of allostasis and allostatic load. *Ann NY Acad Sci*, 896: 30-47, 1999.
- Mechanic D. Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing. *British Medical Journal*, 310: 1655-1659, 1995.
- Ministero della salute. Relazione del Ministero della salute sull'attuazione della Legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (Legge 194/1978). Dati preliminari 2003; dati definitivi 2002. 28 ottobre 2004.

- Morelli M., Ruggerini M.G. *Donne migranti: le difficili scelte di maternità. Ricerca sull'IVG nella provincia di Reggio Emilia*. Carocci Editore, 2005.
- Navarro V., Whitehead M., Doran T., Burström B., Helmert U., Costa G., Borrell C. Summary and conclusions of the study. *International Journal Health Services*, 33 (4): 743-749, 2003.
- Nussbaum M. *Giustizia sociale e dignità umana*. Bologna, Il Mulino, 2002.
- Osservatorio dei fenomeni migratori. Provincia di Rimini. 2004.
http://www.provincia.rimini.it/informa/statistiche/demografia/2004_immigrati/index.htm
- Paci M. (a cura di). *Le dimensioni della disuguaglianza. Rapporto della Fondazione Cespe sulla disuguaglianza sociale in Italia*. Bologna, Il Mulino, 1993.
- Paci M. (a cura di), *I mutamenti della stratificazione italiana*, in Storia della Repubblica Italiana, Vol. III, Torino, Einaudi, 1996.
- Pamuck E.R. Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Pop Stud*, 39: 17-31, 1985.
- Portes, A. Social capital: its origins and application in modern sociology. *Annual Review of Sociology*, 24 (1): 1-24, 1998.
- Ranci C. *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2002.
- Reale E. (a cura di). *Una salute a misura di donna*. Atti del gruppo di lavoro "Medicina donna salute", Dipartimento Pari Opportunità. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Roma, 2002.
- Regione Emilia-Romagna. *Interruzione volontaria di gravidanza in Emilia-Romagna. Rapporto*. Novembre 2001.
- Rodriguez D., Omeldo G., Cavanillas B., Vargas G. Unplanned pregnancy as a major determinant in inadequate use of prenatal care. *Prev Med*, 26 (6): 834-838, 1997.
- Rose J. Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology*, 14: 32-38, 1985.
- Rowe R.E., Garcia J. Social class, ethnicity and attendance for antenatal care in the United Kingdom: a systematic review. *J Public Health Med*, 25 (2): 113-119, 2003.
- *Salute riproduttiva. Rapporto OsservaSalute 2004. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Vita e Pensiero, 2004, pp. 187-199.
- SaPeRiDoc Centro di documentazione *on line* sulla salute perinatale e riproduttiva, CeVEAS Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria - Azienda USL di Modena. *Linee guida sull'assistenza alla donna che richiede interruzione volontaria di gravidanza*. 2006.
- Saraceno C. Introduzione. In Nussbaum M. *Giustizia sociale e dignità umana*. Bologna, Il Mulino, 2002a.
- Saraceno C. Introduzione. In Ranci C. *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*. Bologna, Il Mulino, 2002b.
- Sen A.K. *Inequality Re-examined*. Oxford, Oxford University Press, 1992. Traduzione italiana *La disuguaglianza. Un riesame critico*. Bologna, Il Mulino, 1992.

- South West Public Health Observatory. Infant mortality in the South West of England. *SWPHO Bulletin*. agosto 2002.
- Spinelli A. Immigrazione: aspetti epidemiologici e impatto clinico. *Convegno SIGO*. Perugia, 11-13 novembre 2002.
- Spinelli A., Grandolfo M. Aborto tra le immigrate: un fenomeno emergente. Relazione al *Convegno "L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Studio delle tendenze e dei fattori di rischio"*. Roma, 19 novembre 2003.
- Stefanini A. Politiche di salute e salute della politica. *Qualità Equità*, n. 19, 2000.
- Stefanini A. Disuguaglianze ed equità nella salute. Cosa può fare un servizio sanitario? *Salute e Sviluppo*, 1: 43-48, 2004.
- Stronks K., van de Mheen H., Looman C.W., Mackenbach J.P. The importance of psychosocial stressors for socioeconomic inequalities in perceived health. *Social Science and Medicine*, 46 (4-5): 611-623, 1997.
- Sturm R., Gresenz C.R. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ*, 324 (7328): 20, 2002. Paper.
- Taroni F. Livelli essenziali di assistenza: sogno, miraggio o nemesi? In Fiorentini G. (a cura di). *I servizi sanitari in Italia 2000*. Bologna, Il Mulino, 2000, pp. 27-91.
- Villar J., Bergsjø P. *WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model*. World Health Organization, 2001.
http://www.who.int/reproductive-health/publications/RHR_01_30/RHR_01_30_contents.en.html
- Wilkinson R.G. *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London, New York, Routledge, 1996.
- Wilkinson R.G. Income inequality, social cohesion and health: clarifying the theory. A reply to Muntaner and Lynch. *International Journal of Health Services*, 29 (3): 525-543, 1999.
- Wilkinson R.G. The need of an interdisciplinary perspective on the social determinants of health. *Health Economics*, 9: 581-583, 2000.
- Zajczyk F. *Fonti per le statistiche sociali*. Milano, FrancoAngeli, 1996.
- Zajczyk F. *Il mondo degli indicatori sociali*. Roma, Carrocci, 2001.

COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (*)

(*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (*)
28. Gli scavi in sottterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006.
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (*)
138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (*)
139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna, 2006. (*)
140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna, 2006. (*)
141. Accredimento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna, 2007. (*)
142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna, 2007. (*)
143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna, 2007. (*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna, 2007. (*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna, 2007. (*)

