



**La salute riproduttiva della donna
La salute del bambino
I percorsi nascita
nella ASL 4 di Terni**



[Profilo di salute 2009 vol. 2](#)

Redazione:

A cura della Rete epidemiologica aziendale

Coord. Marco Cristofori

Redattori Margarete Tockner, Carla Gambarini, Vincenzo Casaccia, Lorella Damen, Claudio Cupello, Marco Cristofori.

Sistema informativo

Luca Calvi

Si ringraziano: La Dr.ssa Prandini Stefania e il Dr. Marco Petrella per l'analisi sui bilanci di salute dei pediatri.

Per maggiori informazioni visita il sito web www.asl4.terni.it

Indice:

Cap. 1 La salute della donna	Pag. 4
1.1 Assistenza in gravidanza	Pag. 4
1.2 Abortività volontaria	Pag. 8
Cap. 2 La salute del bambino	Pag. 9
2.1 Bilanci di salute dei Pediatri di libera scelta	Pag. 10
2.2 Materiali e metodi	Pag. 11
2.3 Risultati	Pag. 11
2.4 Conclusioni	Pag. 20
Cap. 3 Attività dei punti nascita e mobilità passiva	Pag. 21
3.1 Organizzazioni punti nascita ASL 4 e Azienda Ospedaliera	Pag. 21
3.2 Obiettivi dello studio	Pag. 21
3.3 Risultati	Pag. 22
3.4 Mobilità passiva intra regionale	Pag. 23
3.5 Mobilità presso presidi extra regionali	Pag. 24
3.6 Nel dettaglio	Pag. 25
3.7 Altri indicatori	Pag. 26
3.8 Indici di efficienza	Pag. 27
3.9 Conclusioni	Pag. 28
Considerazioni finali	Pag. 29

Cap. 1 La salute riproduttiva della donna

La salute femminile presenta delle peculiarità indipendentemente dalla salute riproduttiva la quale ha, comunque, un forte impatto sulla qualità della salute della donna e del suo vissuto.

Alcuni dati riguardanti la popolazione femminile:

- le donne vivono più a lungo degli uomini: la stima della speranza di vita alla nascita, in Umbria, è di 84,2 anni per le femmine e di 79 anni per i maschi;
- la popolazione femminile di 65 anni ed oltre costituisce, nella provincia di Terni, il 57,6% (ISTAT, 2008);
- le principali cause di morte nelle donne umbre sono le malattie cardiovascolari e i tumori, di cui il tumore della mammella è al primo posto (tasso standardizzato: 34 x100.000) seguito dal tumore del colon-retto (24,2 x 100.000) e del polmone (19 x100.000).
- si segnala un aumento significativo sia dell'incidenza che della mortalità per il tumore del polmone tra il 1994 ed il 2007 (RTUP) di fronte ad un trend opposto nei maschi.

Il differente trend tra uomini e donne è legato esclusivamente all'andamento del fattore di rischio principale costituito dall'abitudine al fumo e correlato al progressivo aumento del tabagismo nelle donne giovani a partire dagli anni 70 in poi.

Dallo **studio PASSI 2008** emergono dati che indicano una attenzione della donna verso la propria salute. Si rileva una buona adesione allo screening del carcinoma della cervice uterina (l'**86%**) ed allo screening del carcinoma della mammella (l'**84%**). Inoltre il **69%** delle donne intervistate di 40-49 anni, fuori fascia screening, riferisce di aver effettuato una mammografia negli ultimi due anni.

Caratteristiche socio demografiche delle donne in gravidanza e delle partorienti nella provincia di Terni estratte dal Rapporto Cedap 2008.

Nella provincia di Terni risiedono 50.808 donne in età feconda (15-49 anni). Di queste

- il 13,9 % ha cittadinanza straniera;
- l'età media al momento del parto è di 32,4 anni per le italiane e 27,7 anni per le straniere;
- il 25,9% delle madri ha una scolarità uguale o inferiore alla licenza di scuola media inferiore.

1.1 Assistenza in gravidanza

Fonte: CedAP 2006 e 2008

Il numero delle donne straniere in età feconda e la percentuale di madri con cittadinanza straniera sono in costante aumento. In Umbria la frequenza di madri con cittadinanza straniera è aumentata nel triennio 2004-2006 dal 18,6 al 20,4 %. La cittadinanza straniera risulta essere correlata ad una minore accessibilità ai servizi ed ad un maggior rischio di ricevere un'assistenza insufficiente durante la gravidanza.

Le figure 1 e 2 evidenziano che le donne straniere effettuano un minor numero di visite di controllo e di ecografie durante la gravidanza rispetto alle donne italiane. In particolare emerge che il 12,2% delle donne straniere effettua un numero inferiore alle 3 ecografie raccomandate.

Per superare le disuguaglianze nell'assistenza in gravidanza è necessario attivare progetti ed azioni mirate.

Fig. 1

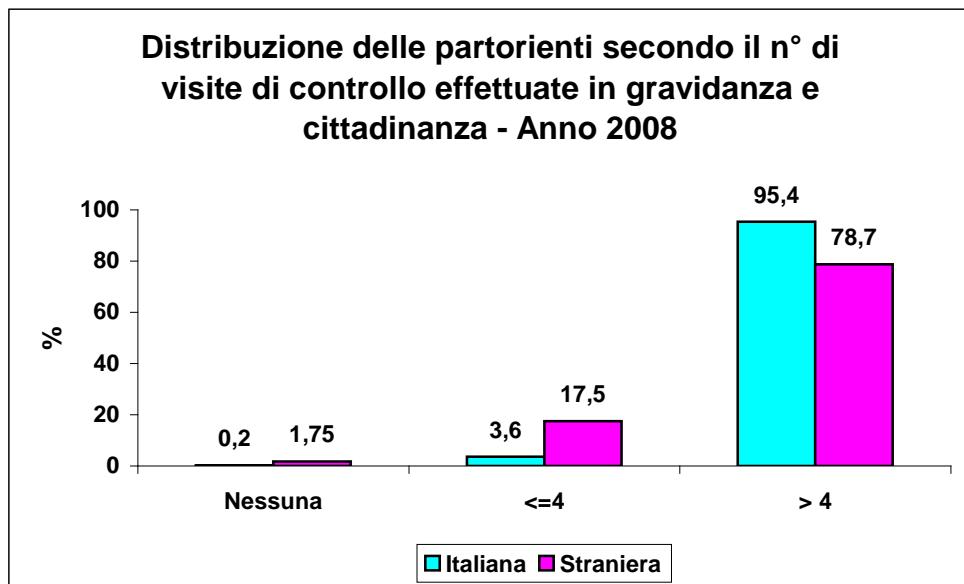
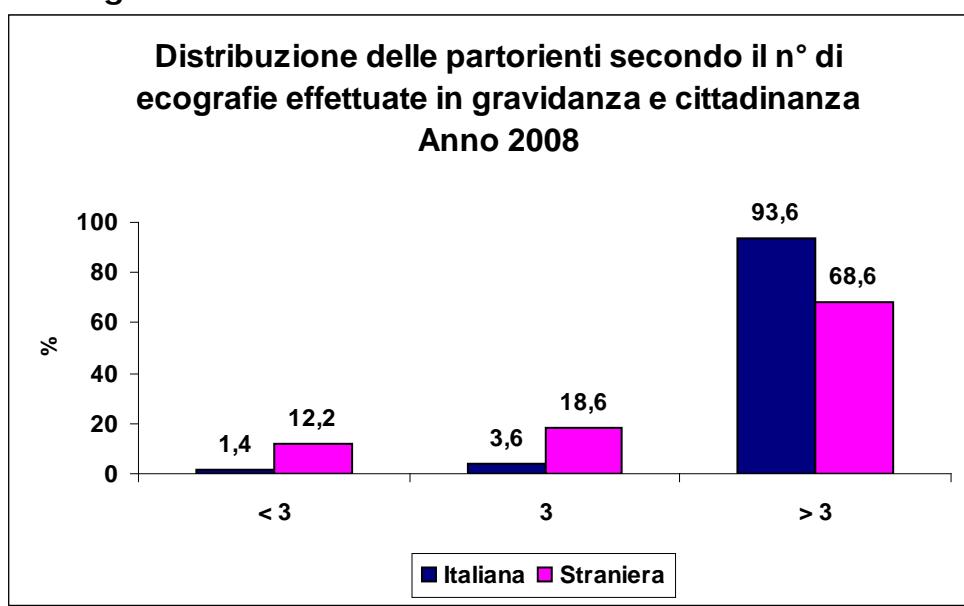


Fig. 2



1.1 Assistenza al parto

Fonte: Cedap 2006 e 2008; SDO 2008

Nel 2008, i parto avvenuti tra le donne residenti nei comuni della ASL di Terni sono stati 1778. Come mostra la tab. 1 il parto avviene soprattutto nel **punto nascita di riferimento locale** rispetto alla residenza della madre, complessivamente nel 67% dei casi, con valori più alti (72 e 70%) nelle donne residenti a Terni ed Orvieto.

La più alta percentuale di parto fuori regione si osserva nel Distretto 3 anche se il numero assoluto risulta essere non molto rilevante (36) e avviene soprattutto nei punti nascita limitrofi del Lazio e della Toscana.

Tab. 1 - N° e % di parto nelle donne residenti nella ASL 4 Terni – 2008

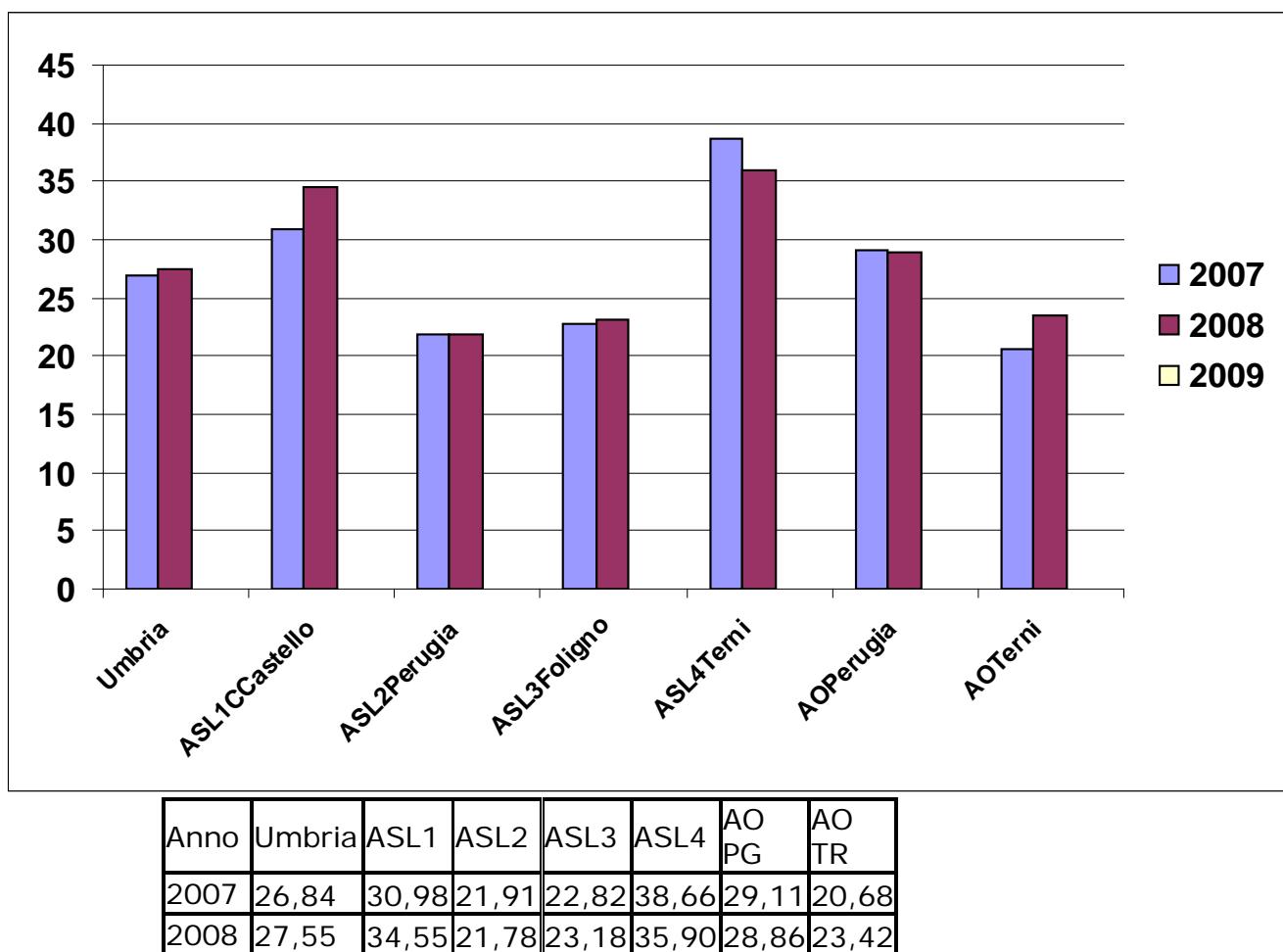
Residenza	N° parti	% parti nel PN di riferimento locale	% parti nel PN più scelto Reg. Umbria	% parti in altri PN Reg. Umbria	% parti FUORI REGIONE
Distretto 1	1050	72 (AO TR)	14 (PO Narni)	8	6
Distretto 2	418	54 (PO Narni)	32 (AO TR)	9	5
Distretto 3	310	70 (PO Orvieto)	6 (PO Cast. Lago)	12	12
ASL 4	1778	67	17	9	7

L'analisi della **modalità del parto** indica che, complessivamente, nei punti nascita provinciali il 63,2% dei parto avviene per via vaginale ed il 36,8% con parto cesareo, valore superiore alla media regionale del 31% e più che doppio rispetto al valore raccomandato dall'OMS (CedAP 2006).

Tra gli indicatori della valutazione della performance dell'assistenza sanitaria umbra, anni 2007 e 2008, viene calcolata la **% di parto cesarei depurati (NTSV)**, indicatore di appropriatezza della modalità del parto, relativo al comportamento dei professionisti riguardo al parto cesareo, depurato da fattori che possono aumentare il ricorso al cesareo stesso. (Fig. 1)

Fig. 3

Percentuale di parti cesarei depurati - NTSV (Nullipare, Terminal, Single, Vertex)



La figura sovrastante mostra che nei punti nascita della ASL 4 la percentuale dei Tagli Cesarei (TC) depurati è notevolmente superiore alla media regionale e la più alta di tutte le Aziende sanitarie umbre (38,66 nel 2007- 35,90 nel 2008).

Il TC rappresenta una procedura potenzialmente soggetta a sovrautilizzo; pertanto, una riduzione del ricorso al TC nelle donne a basso rischio costituisce un obiettivo prioritario per migliorare la qualità dell'assistenza al parto e per promuovere l'approccio fisiologico ed umanizzato al parto ed alla nascita, oltre al benessere materno e neonatale.

L'analisi dell'età gestazionale al parto e del peso alla nascita indicano che le **gravidanze ed i parto a rischio** vengono centralizzati nei punti nascita con un'assistenza neonatale intensiva: nell' Azienda Ospedaliera di Terni l' 8,2% dei nati è pretermine (< 37 settimane di gestazione) in confronto al 3,7% dei punti nascita di Narni e Orvieto.

Nell' Azienda Ospedaliera di Terni il 7,9% di neonati ha un peso inferiore a 2500 gr; valori più che raddoppiati rispetto al punto nascita di Narni dove i nati < 2500 gr. sono il 2,7%. Ad Orvieto si rileva, nel 2008, una percentuale di nati sottopeso (<2500 gr.) del 5,8%, corrispondente a 22 neonati.

1.2 Abortività volontaria

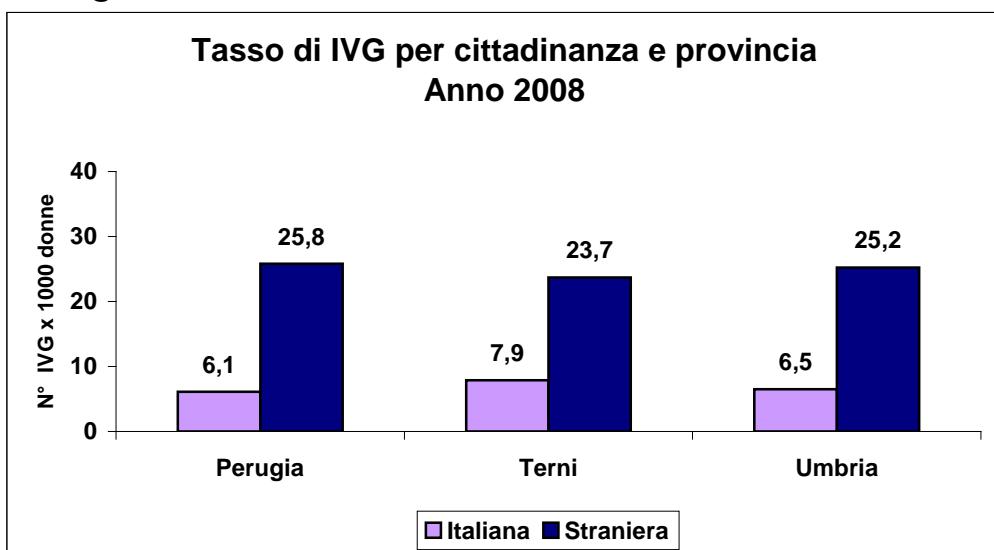
Fonte: CedAP 2008

Nel 2008, in Umbria, complessivamente 1919 donne hanno fatto ricorso ad una IVG, con un tasso di abortività (n° IVG x 1.000 donne in età feconda 15-49 anni) pari a 9,5 x 1.000 (Italia 8,7 x 1.000; Ministero della Salute).

A partire dagli anni 80, in Umbria come in Italia, si è verificata una progressiva diminuzione del fenomeno IVG; più precisamente possiamo dire che da un tasso di abortività del 20,3 x 1.000 nel 1981 si è scesi ad un valore di 14,1 x 1.000 nel 1991, 11,9 x 1.000 nel 2001.

Per quanto riguarda le donne straniere residenti in Italia il tasso di abortività risulta essere maggiore rispetto a quelle con cittadinanza italiana. La sottostante figura 1 mostra come il tasso di IVG sia, anche nelle donne straniere residenti nella nostra Regione, circa tre volte più alto delle italiane, con valori simili nelle due province e nell'intera Regione Umbria.

Fig. 4



Tali valori richiedono un approfondimento delle conoscenze nelle scelte riproduttive della popolazione immigrata individuando eventuali fattori di rischio e le motivazioni del ricorso alla IVG, evidenziando le differenze tra i gruppi etnici. Sarebbe opportuno valutare l'accesso ai servizi e le difficoltà più frequentemente riscontrate dalle donne immigrate e fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi al fine di prevenire le IVG.

Cap. 2 La salute del bambino

2.1 Bilanci di salute dei pediatri

La Regione Umbria ha previsto, nell'ambito dell'Accordo Regionale stilato con i medici pediatri di libera scelta con la D.G.R. n. 1164 del 9 luglio 2007, l'attivazione del Progetto "Salute Infanzia", finalizzato all'adozione di stili di vita sani fin dai primi anni di vita e alla prevenzione, in particolare, degli incidenti stradali e domestici.

Il Progetto si fonda sull'attività di counseling ai genitori, svolta dai pediatri in occasione dei bilanci di salute effettuati entro i primi due anni di età, attraverso colloqui finalizzati a migliorare le competenze dei genitori rispetto alla prevenzione dei rischi più comuni per l'età del bambino e, conseguentemente, a far adottare comportamenti adeguati a prevenirli; tali colloqui sono preceduti dalla compilazione di questionari, prodotti su scala regionale e registrati dai pediatri su supporto informatico.

I questionari sono stati somministrati ai genitori dei nuovi nati, ovvero tutti i bambini nati a partire dal 1° ottobre 2007, in occasione del 1°, del 3° e del 5° bilancio di salute, con la finalità nel primo di valutare le conoscenze in tema di fattori determinanti di salute e prevenzione di incidenti, negli altri due di registrare eventuali eventi negativi (anche eventi sentinella) nonché il consolidamento delle conoscenze.

Le tematiche affrontate dai questionari riguardano la prevenzione degli incidenti stradali e degli incidenti domestici (traumi, ustioni, ingestione di sostanze tossiche quali farmaci e detersivi) derivanti anche dall'uso di giocattoli non sicuri, l'adozione di una corretta alimentazione, la non esposizione al fumo e la prevenzione della morte improvvisa in culla.

Gli interventi di counseling sono supportati dalla consegna, ad ogni incontro, di schede informative specifiche sugli argomenti trattati, allo scopo di rinforzare e chiarire al genitore le informazioni fornite tramite il colloquio con il pediatra ed estendere l'informazione ad altre figure del nucleo familiare.

A partire dal novembre 2007 è stata completata la seconda fase del Progetto con l'avvio dell'inserimento dei questionari nel software predisposto appositamente dalla società WEBRED.

La valutazione di processo, ovvero la valutazione dell'andamento del progetto, è svolta dai nuclei pediatrici delle équipes territoriali attraverso il confronto diretto con i pediatri di libera scelta e la risoluzione delle eventuali criticità insorte.

Entro i primi quattro mesi del 2009 è stata prevista una prima valutazione di impatto, attraverso l'elaborazione dei dati rispetto al primo anno di valenza del progetto, per la prosecuzione del progetto stesso.

La Regione ha pertanto istituito con D.G.R. 403/2009 la Commissione Regionale di Valutazione del Progetto "Salute Infanzia", coordinata dalla Dott.ssa Giaimo, con il compito di analizzare i dati dei questionari inseriti nel primo anno di intervento e valutare l'opportunità di proseguire il progetto sulla base dei risultati raggiunti.

2.2 Materiali e metodi

L'analisi qui riportata è stata effettuata utilizzando i dati relativi ai primi quattro bilanci di salute effettuati nel periodo novembre 2007/ottobre 2008 sulla coorte di nuovi nati dal 1 ottobre 2007 al 31 ottobre 2008.

I bilanci di salute sono effettuati con la seguente tempistica: il I bilancio entro i primi 30 giorni di vita, il II bilancio a 4 mesi (+/- 45 giorni), il III bilancio a 7 mesi (+/- 45 giorni), il IV bilancio a 12 mesi (+/- 60 giorni) e il V bilancio a 24 mesi (+/- 60 giorni). I risultati di questa prima valutazione, pertanto, non contengono i dati relativi al V bilancio.

Le informazioni raccolte ai singoli bilanci sono le seguenti:

I e II bilancio:

- come è più sicuro che dorma il tuo/a bambino/a;
- come è più sicuro trasportare tuo/a figlio/a in auto;
- qual'è secondo te la causa più frequente di trauma nel bambino/a;
- come misuri la temperatura dell'acqua del bagnetto;
- tipo di allattamento;

III bilancio:

- dove vengono tenute le medicine per il tuo/a bambino/a;
- nello scegliere un giocattolo per tuo/a figlio/a che cosa è più importante;
- tipo di allattamento;

IV bilancio:

- nel primo anno il bambino ha subito un incidente domestico;
- è stato necessario un accesso al Pronto soccorso.

L'analisi è stata effettuata calcolando, per l'intera regione e per ASL, la frequenza delle risposte per ogni domanda relativa alle conoscenze dei genitori, la frequenza dei diversi tipi di allattamento, considerando le diverse età dei bambini al I e al III bilancio, la frequenza di incidente domestico e di relativo ricorso al pronto soccorso.

E' stata, inoltre, calcolata nei singoli bilanci la proporzione di soggetti, appartenenti alla coorte di nuovi nati considerata dal progetto, che sono stati seguiti con continuità, ovvero che hanno effettuato tutti e quattro i bilanci di salute.

2.3 Risultati

I Bilancio

Tabella 2: soggetti visti al primo bilancio per sesso e ASL

ASL	Sesso		Totale
	F	M	
ASL 1	539	538	1077
ASL 2	1191	1165	2356
ASL 3	462	496	958
ASL 4	595	681	1276
Totale	2787	2880	5667

Considerando l'età al bilancio, oltre un terzo di questi bambini è stata vista nei primi 15 giorni di vita, senza distinzione di sesso. Più precoce l'arruolamento nelle ASL 1 e 4.

Tabella 3: età al I bilancio per ASL

ASL	Giorni	
	0 - 15	16 - 30
ASL 1	47,8%	52,2%
ASL 2	31,3%	68,7%
ASL 3	27,6%	72,4%
ASL 4	42,9%	57,1%
Totale	36,4%	63,6%

Nel primo mese di vita l'allattamento al seno esclusivo o predominante supera l'80%, senza differenze significative tra i due sessi e in modo abbastanza omogeneo nelle quattro ASL.

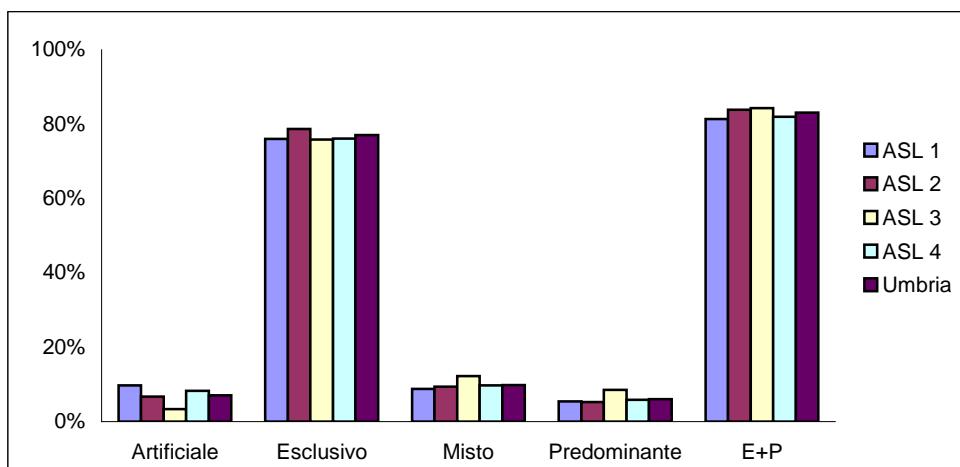


Fig. 3: tipo di allattamento al I bilancio per ASL

Rispetto alle domande sulla sicurezza, c'è una certa variabilità per ASL della risposta sulla posizione del bambino a letto. Riguardo al trasporto in auto è più alta la percentuale della risposta giusta e più omogenea la distribuzione delle risposte tra ASL. La variabilità alle risposte per le altre due domande dovrebbe essere valutata anche alla luce di eventuali iniziative informative attuate in modo difforme nelle diverse ASL.

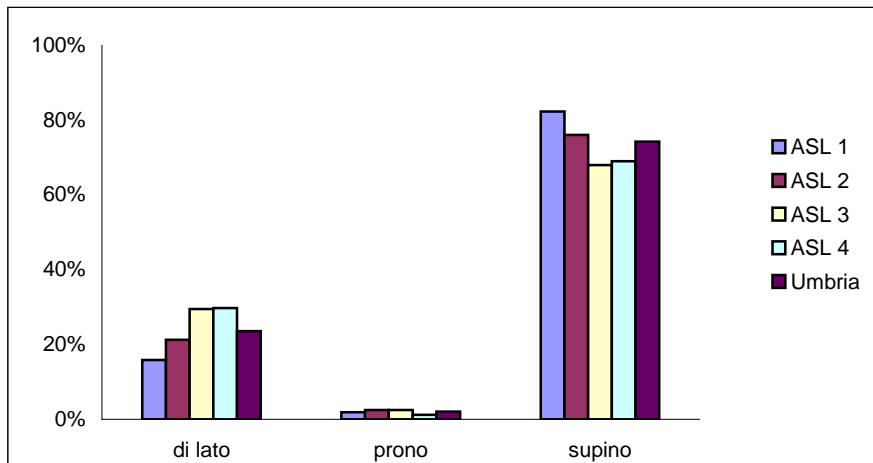


Fig. 4: distribuzione % delle risposte alla domanda **Come è più sicuro che dorma il tuo/a bambino/a**

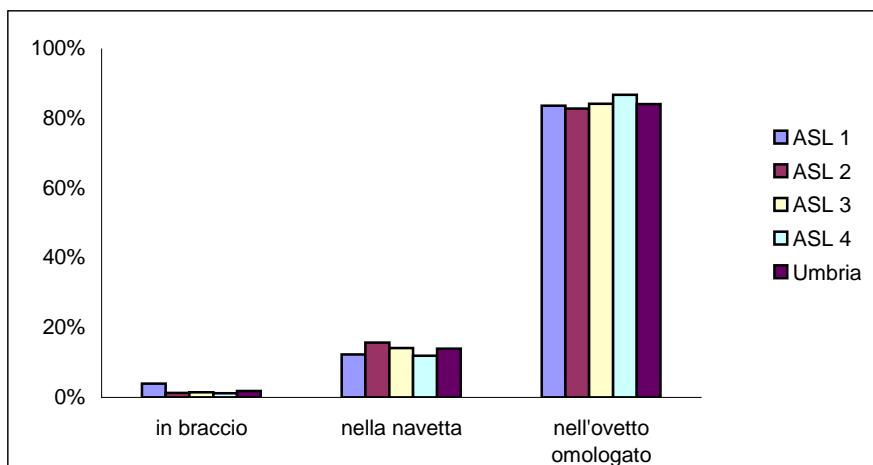


Fig. 5: distribuzione % delle risposte alla domanda **Come è più sicuro trasportare tuo/a figlio/a in auto**

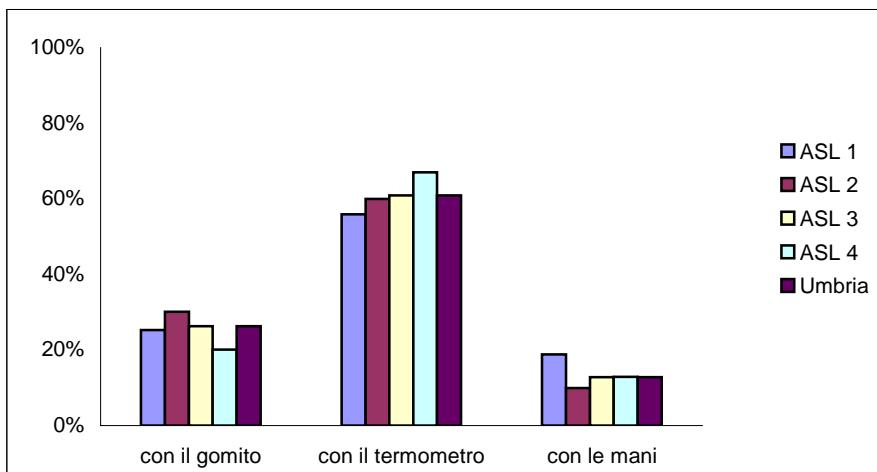


Fig. 6: distribuzione % delle risposte alla domanda **Come misuri la temperatura dell'acqua del bagnetto**

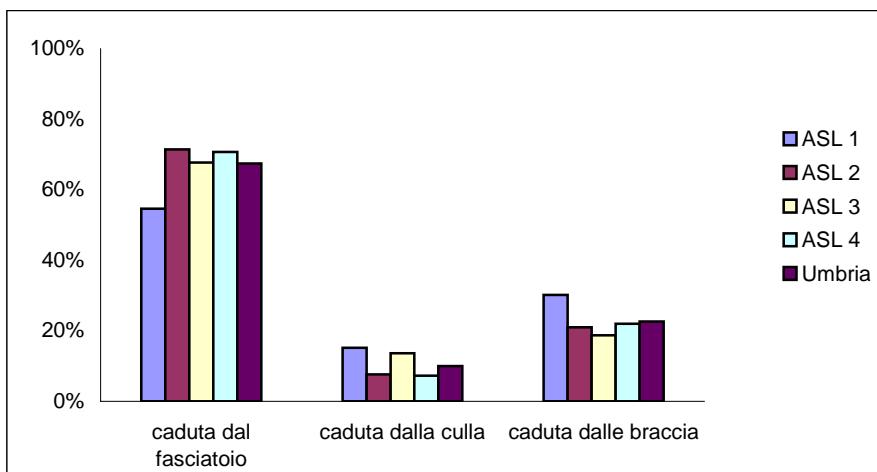


Fig. 7: distribuzione % delle risposte alla domanda **Qual'è secondo te la causa più frequente di trauma nel bambino/a**

II Bilancio

I soggetti della coorte dei nuovi nati visti al secondo bilancio sono 5161, 3601 dei quali sono quelli che hanno avuto anche il primo bilancio.

Difatti, i bambini che hanno effettuato il primo bilancio e candidati ad un secondo bilancio sono tutti quelli nati prima dell'agosto 2008, ovvero 4274 bambini.

Tabella 4: soggetti visti al secondo bilancio per sesso e ASL

ASL	F	M	Totale
ASL 1	448	435	883
ASL 2	1065	1059	2124
ASL 3	472	476	948
ASL 4	557	649	1206
Totale	2542	2619	5161

Tabella 5: soggetti già visti al I bilancio

ASL	Candidati	Visti al II bilancio	Percentuale di continuità
ASL 1	834	726	87,1%
ASL 2	1810	1506	83,2%
ASL 3	719	611	85,0%
ASL 4	911	758	83,2%
Totale	4274	3601	84,3%

Più del 70% dei bambini è stato visto entro il quarto mese. Più precoce il bilancio nelle ASL 1 e 4, anche se nei bilanci successivi al primo la precocità ha valore solo ai fini dell'arruolamento, mentre è più importante centrare l'età propria del bilancio.

Tabella 6: età al secondo bilancio per ASL

ASL	mese in corso			
	3	4	5	6
ASL 1	25,5%	47,6%	25,1%	1,8%
ASL 2	21,7%	47,4%	28,4%	2,5%
ASL 3	24,5%	47,9%	23,2%	4,4%
ASL 4	29,9%	47,0%	22,1%	1,0%
Totale	24,8%	47,4%	25,4%	2,4%

III Bilancio

I soggetti della coorte dei nuovi nati visti al terzo bilancio sono 3477, 2162 dei quali sono quelli che hanno effettuato anche il primo e il secondo bilancio.

Tabella 7: soggetti visti al terzo bilancio per sesso e ASL

ASL	F	M	Totale
ASL 1	306	301	607
ASL 2	733	701	1434
ASL 3	297	323	620
ASL 4	377	439	816
Totale	1713	1764	3477

Tabella 8: soggetti già visti al I e al II bilancio

ASL	Candidati	Visti al III bilancio	Percentuale di continuità
ASL 1	550	477	86,7%
ASL 2	1187	935	78,8%
ASL 3	419	330	78,8%
ASL 4	553	420	75,9%
Totale	2709	2162	79,8%

Più del 70% dei bambini è stato visto entro il settimo mese, più precoce nelle ASL 1 e 4.

Tabella 9: età al terzo bilancio per ASL

ASL	mese in corso			
	6	7	8	9
ASL 1	29,2%	49,3%	20,9%	0,7%
ASL 2	24,3%	43,0%	29,0%	3,8%
ASL 3	25,8%	43,1%	26,6%	4,5%
ASL 4	27,6%	47,8%	21,3%	3,3%
Totale	26,2%	45,2%	25,4%	3,2%

La prevalenza di allattamento al seno esclusivo o predominante si abbassa al settimo mese al 45% circa, con una certa variabilità tra ASL.

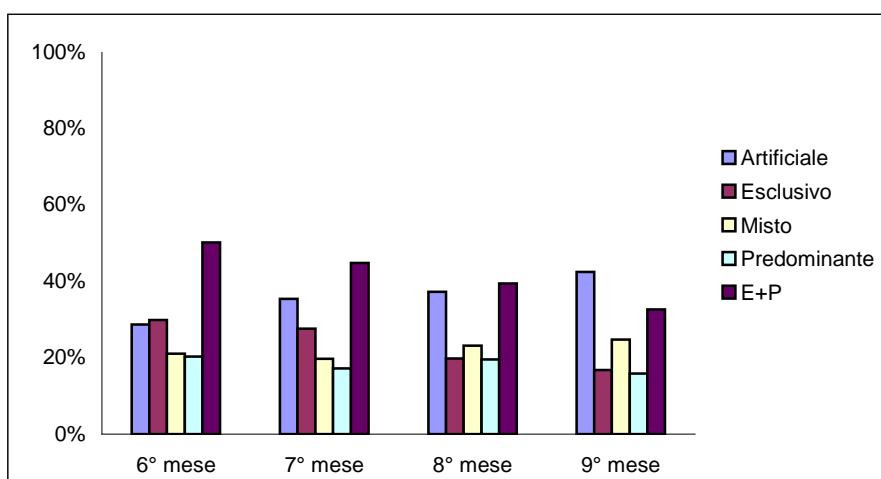


Fig. 6: tipo di allattamento al III bilancio per età – Umbria

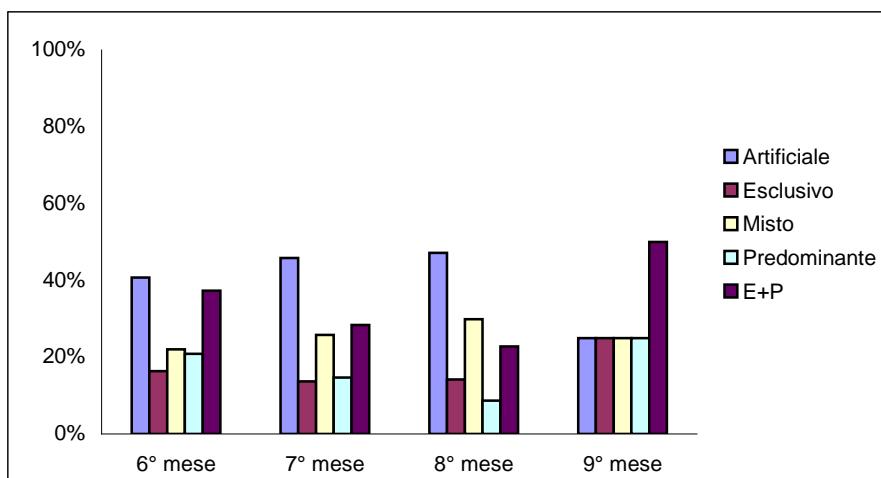


Fig. 7: tipo di allattamento al III bilancio per età – ASL 1

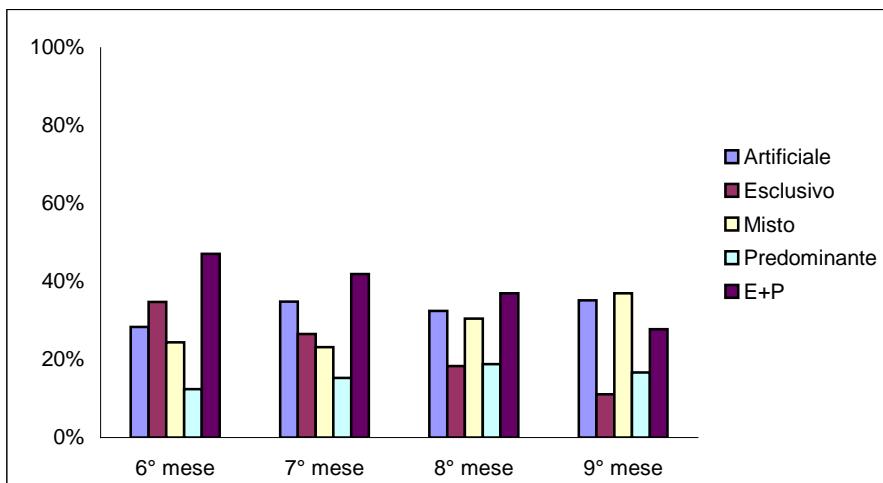


Fig. 8: tipo di allattamento al III bilancio per età – ASL 2

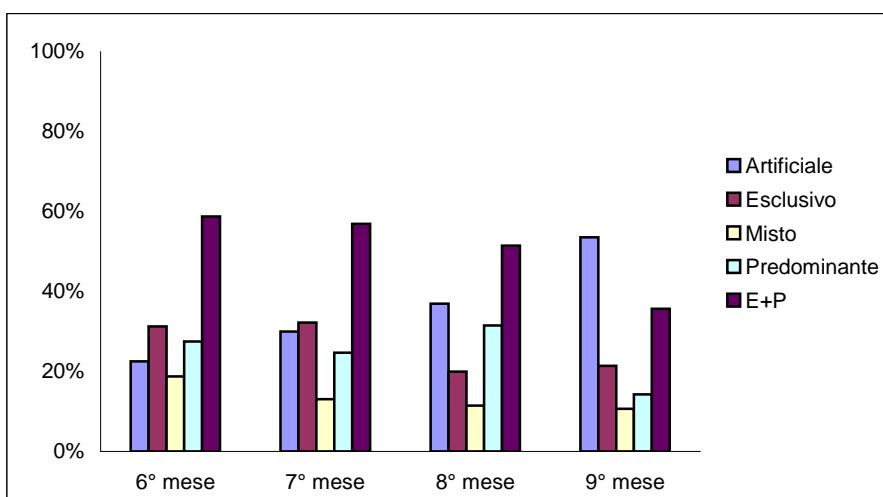


Fig. 9: tipo di allattamento al III bilancio per età – ASL 3

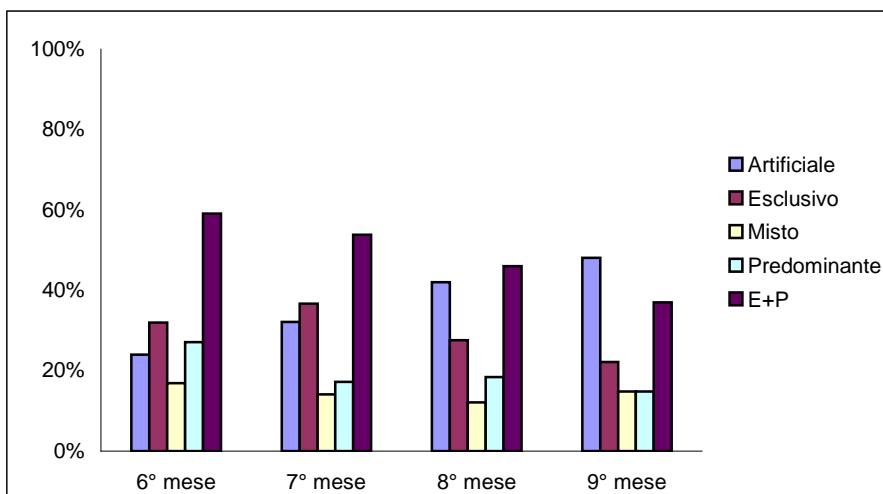


Fig. 10: tipo di allattamento al III bilancio per età – ASL 4

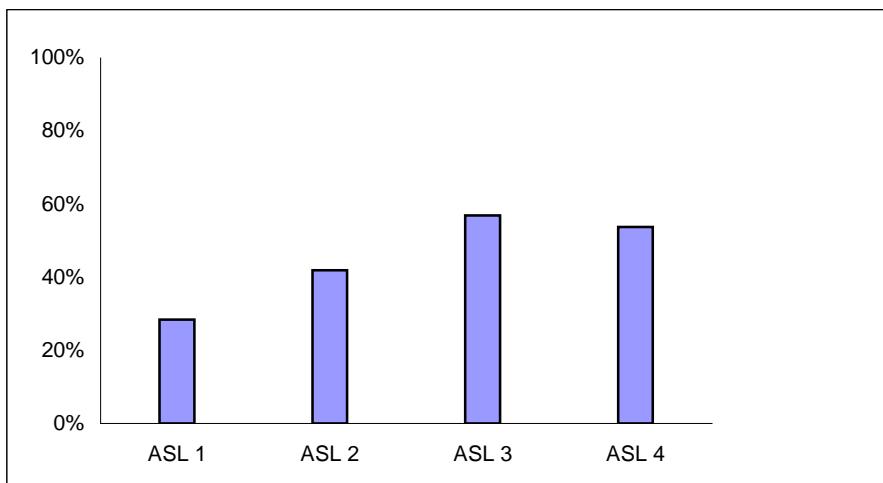


Fig. 11: allattamento esclusivo o predominante (E+P) al seno (%) al 7° mese per ASL

Rispetto alle domande sulla sicurezza poste in questo bilancio, i genitori appaiono disorientati in tutte e quattro le ASL. Solo il marchio CÈ sembra essere oggetto di maggiore attenzione nelle ASL 2 e 4.

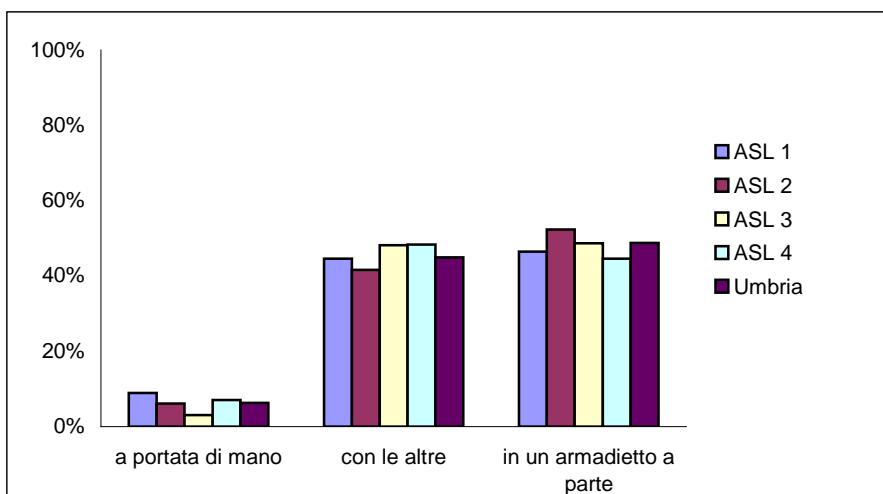


Fig. 12: distribuzione % delle risposte alla domanda **Dove vengono tenute le medicine per il tuo bambino/a**

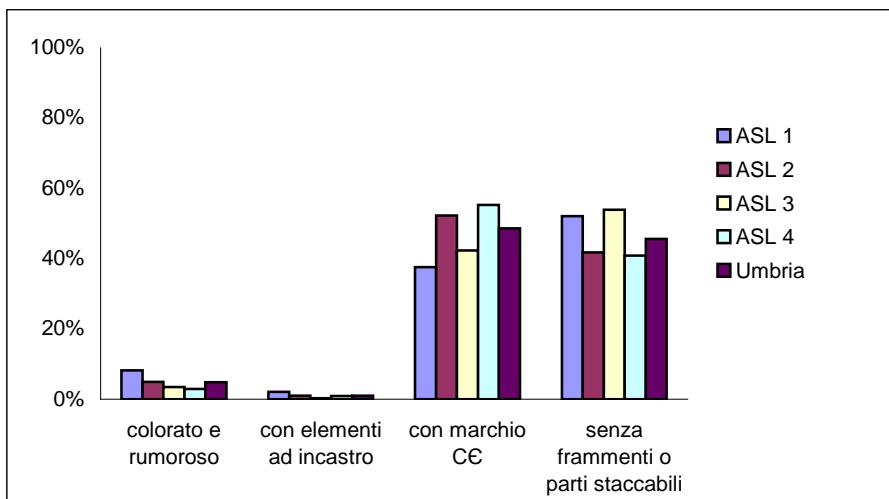


Fig. 13: distribuzione % delle risposte alla domanda **Nello scegliere un giocattolo per tuo figlio/a che cosa è più importante**

IV Bilancio

I soggetti della coorte dei nuovi nati visti al quarto bilancio sono 840, 224 dei quali hanno effettuato tutti i bilanci precedenti. Difatti, solo i nati entro novembre 2007, ovvero 402 bambini, hanno la probabilità di essere visti al IV bilancio.

Tabella 8: soggetti visti al quarto bilancio per sesso e ASL

ASL	F	M	Totale
ASL 1	79	82	161
ASL 2	148	172	320
ASL 3	83	70	153
ASL 4	101	105	206
Totale	411	429	840

Tabella 9: soggetti già visti ai bilanci precedenti

ASL	Candidati	Visti al IV bilancio	Percentuale di continuità
ASL1	150	108	72,0%
ASL2	189	84	44,4%
ASL3	58	27	46,6%
ASL4	5	5	100,0%
Totale	402	224	55,7%

In questa coorte, oltre l'80% sono stati arruolati entro l'anno in tutte le ASL.

Tabella 10: età al quarto bilancio

ASL	mese in corso		
	11	12	13
ASL 1	45,3%	38,5%	16,2%
ASL 2	41,8%	39,4%	18,8%
ASL 3	47,0%	34,0%	19,0%
ASL 4	41,7%	40,3%	18,0%
Totale	43,5%	38,5%	18,1%

Nel primo anno risultano coinvolti in incidenti 31 soggetti, pari al 3,7% dei casi esaminati. Il trauma è la causa di quasi tutti gli incidenti, tranne un caso di ustione. Per circa il 30% degli incidenti è stato necessario l'accesso al Pronto Soccorso, con una certa variabilità del dato per ASL.

Tabella 11: Bambini coinvolti in incidenti nel primo anno di vita per ASL

ASL	Incidenti	Frequenza
ASL 1	7	4,3%
ASL 2	17	5,3%
ASL 3	5	3,3%
ASL 4	2	1,0%
Totale	31	3,7%

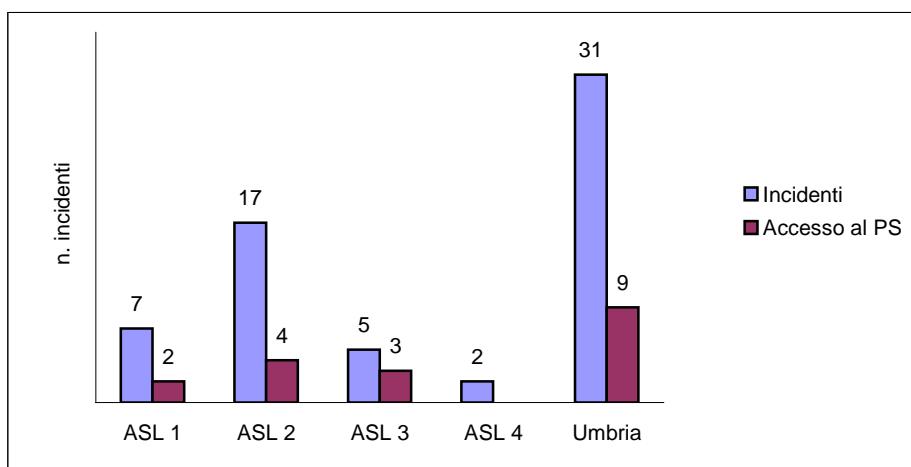


Fig.14: Numero di incidenti con accesso al Pronto Soccorso

2.4 Conclusioni

Dall'analisi effettuata emergono alcune importanti considerazioni che possono essere spunto per aggiustamenti successivi al progetto stesso.

Per quanto riguarda il dato sull'allattamento al seno, potrebbe essere opportuno aggiungere la domanda sull'allattamento al II bilancio al fine di rilevare la prevalenza anche intorno al 3-4° mese, come indicato dalle Linee di indirizzo nazionali sulla protezione, la promozione ed il sostegno dell'allattamento al seno, che hanno recepito le indicazioni dell'OMS.

Emergono, inoltre, alcune incertezze nelle risposte da parte dei genitori soprattutto per quanto riguarda alcuni rischi presenti in ambiente domestico che rendono, pertanto, necessario continuare l'attività di counselling ai genitori da parte dei pediatri di libera scelta.

La frequenza di incidente domestico, rilevata nel primo anno di vita, è in linea con quanto emerge da altre rilevazioni nazionali; tuttavia, sarà necessario un approfondimento di quanto rilevato tramite le Schede di Dimissione Ospedaliera e, quando disponibili, tramite i dati di accesso al Pronto Soccorso per incidente domestico, con i quali potrà anche essere valutata la gravità dell'incidente stesso.

Nel complesso, quindi, quanto emerso da questa prima valutazione dimostra l'utilità di proseguire senz'altro per un altro anno il Progetto Salute Infanzia.

Cap. 3 Attività dei punti nascita e mobilità passiva

3.1 Organizzazione punti nascita ASL 4 e Azienda Ospedaliera

Ogni distretto ha nel suo territorio un punto nascita, per quanto riguarda quello di Terni il punto nascita è situato all'interno dell'Azienda Ospedaliera che non fa parte dei presidi ASL essendo entità autonoma; per quanto riguarda gli altri due distretti i punti nascita sono situati nei due presidi ospedalieri di Narni Amelia e di Orvieto che sono di competenza della ASL 4.

Inoltre, in ogni distretto è presente un consultorio familiare che, insieme ai punti nascita e ai reparti di ostetricia e ginecologia da luogo ad una strutturazione relativamente autonoma e forte da un punto di vista territoriale per il percorso materno infantile.

Il tasso di natalità all'interno del territorio della ASL 4, che coincide perfettamente con i confini provinciali, è molto basso, tanto è vero che la ASL di Terni ha degli indici di struttura della popolazione e demografici che la collocano fra le più "vecchie" in Italia.

Lo scopo dello studio è quello di evidenziare alcuni indicatori e alcune variabili e di analizzare i dati al fine di conoscere in modo dettagliato quei parametri che si ritengono necessari per la programmazione del percorso nascita all'interno del territorio e per evidenziare eventuali punti deboli o meno nel sistema.

Le esigenze dello studio devono rispondere fondamentalmente alle seguenti richieste:

1. Verificare Quanti sono i bambini i cui genitori sono residenti ed assistiti nella ASL che nascono fuori dai punti nascita del territorio? Questo per evidenziare se ci sono degli spostamenti non fisiologici verso presidi esterni;
2. Verificare se ci sono forti spostamenti territoriali da un distretto ad un altro;
3. Individuare quali sono i Comuni fuori ASL presso i quali si rivolge la popolazione assistita e se possibile conoscerne le motivazioni;
4. Verificare quanti interventi chirurgici ostetrici vengono eseguiti nel territorio di competenza dell'Azienda e paragonare i dati con le medie nazionali;
5. Verificare quanto è forte l'attrattività dei presidi ASL per i Comuni che si trovano all'esterno del territorio e valutare il saldo positivo o negativo;
6. Quantificare la degenza media pre-parto e post-parto nei reparti di ostetricia dei presidi ospedalieri della ASL 4. e confrontare i dati con gli altri presidi regionali.

3.2 Gli Obiettivi dello studio sono:

1. Evidenziare quantitativamente e qualitativamente la mobilità verso presidi esterni alla ASL 4 e anche fra presidi interni al territorio aziendale;
2. Evidenziare il grado di attrattività dei punti nascita dell'ASL;
3. Verificare in modo accurato le degenze medie totali e poi suddivise per prima e dopo il parto, considerando i DRG del parto medicalmente assistito e del parto chirurgicamente assistito;

3.3 Risultati

Nel periodo compreso fra il primo giugno 2007 e il 31 maggio 2008 (un anno) sono nati 1977 bambini residenti nella ASL di Terni.

Tabella 12 Nati residenti per sesso

Riferiti a 01/06/2007 – 30/05/2008

Sesso	Numero	Percentuale
F	932	47,1%
M	1045	52,9%
Totale	1977	100,0%

Tabella 13 Nati residenti per Distretto

Riferiti a 01/06/2007 – 30/05/2008

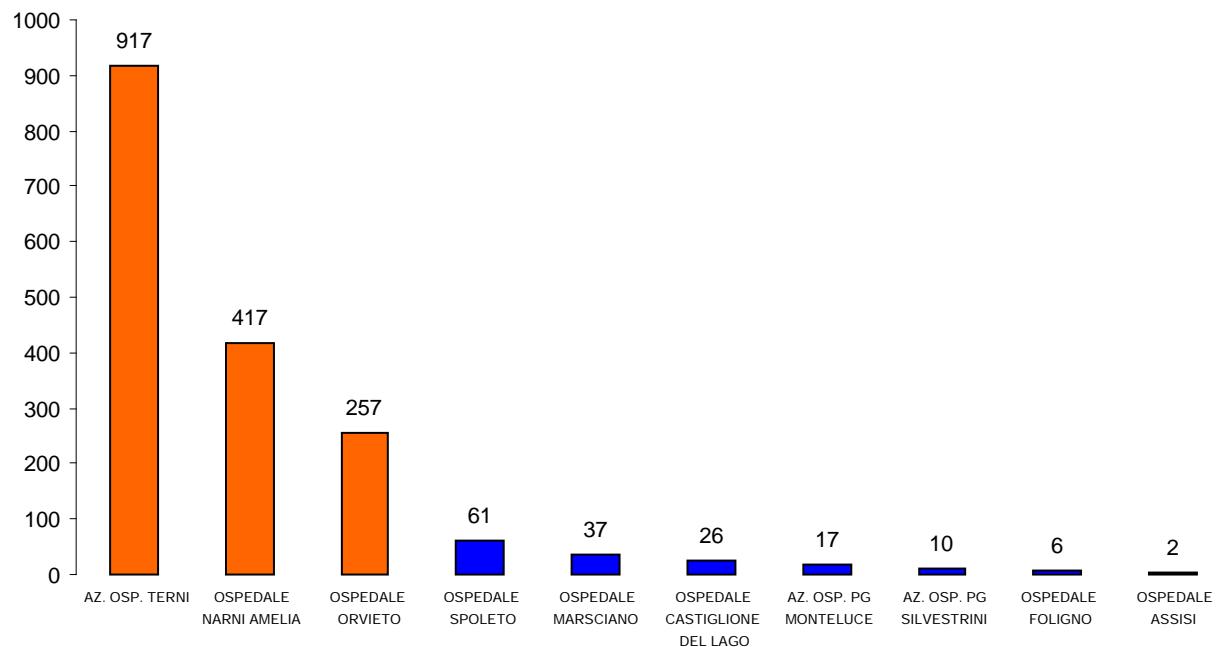
Distretto di residenza	Numero	Percentuale
Narni-Amelia	446	22,6%
Orvieto	344	17,4%
Terni	1187	60,0%
Totale	1977	100,0%

Hanno partorito nei presidi ASL e nell'Azienda Ospedaliera di Terni l'**84%** delle donne residenti, hanno partorito al di fuori della ASL il **16%** delle donne residenti, di cui un **8,4%** nei presidi umbri e un ulteriore **7,6%** fuori regione. Da una prima analisi dei dati 2008 (01 gennaio – 31 dicembre) i valori sono sovrappponibili.

3.4 Mobilità Passiva Intra - regionale

I Presidi umbri verso cui si concentra la maggior parte della mobilità passiva intra - regionale sono Spoleto; Marsciano, Castiglione del lago e Perugia.

Figura 15



Mobilità verso i principali presidi Umbri per distretto

Tabella 14

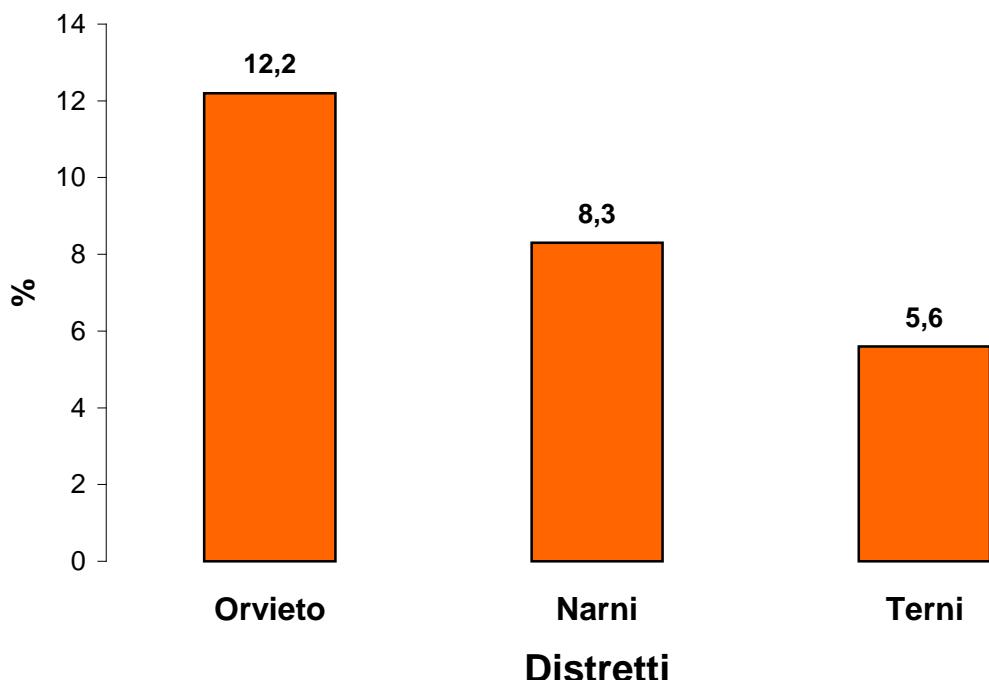
distretto	Castiglione del lago	Marsciano	Narni	Orvieto	Perugia	Spolet	Terni	Totale
Narni- amelia	2 0,5	8 2,0	247 60,8	19 4,7	7 1,7	10 2,5	112 27,6	406 100,0
Orvieto	29 9,7	17 5,7	5 1,7	231 77,0	15 5,0	0 0,0	3 1,0	300 100,0
Terni	0 0,0	10 0,9	180 16,1	10 0,9	10 0,9	56 5,0	851 76,2	1117 100,0
TOTALE	31 1,7	35 1,9	432 23,7	260 14,3	32 1,8	66 3,6	966 53,0	1823 100,0

3.5 Mobilità verso presidi extra regionali

Sono nati fuori regione 146 bambini, il 7,4 % del totale

Figura 16

Nati fuori regione per distretto, percentuale



Non c'è una mobilità extra regionale di rilievo in quanto il valore più alto si ha verso Roma (1,5%)

3.6 Nel dettaglio:

Distretto di Orvieto:

La mobilità passiva totale per il distretto di Orvieto è del 32,8% di cui un 18,4% verso altri presidi regionali e un 2,4 % interna alla ASL verso gli altri due distretti, il restante 12 % è verso Roma (2,9%); Siena (2,3%) e altri comuni.

Tabella 15

Sintesi Mobilità Passiva	
Località	Percentuale
<i>Intra ASL</i>	2,4
<i>Altri presidi regionali</i>	18,4
<i>Extra regione</i>	12
Totale	32,8

Vediamo dai dati grezzi come ci sia uno spostamento dai Comuni dell'alto Orvietano (Monteleone d'Orvieto, Montegabbione, Fabro e Ficulle) verso il presidio di Castiglione del Lago o l'Azienda Ospedaliera di Perugia. Mentre da Orvieto e Baschi c'è un leggero spostamento su Marsciano.

Distretto di Narni Amelia:

La mobilità passiva totale per il distretto di Narni-Amelia è del 46,6% di cui un 8,9% verso altri presidi regionali e un 29,4% interna alla ASL verso gli altri due distretti, rispettivamente il 25,1% verso Terni e il 4,3 verso Orvieto , il restante 8,3 % è verso Roma e altri comuni.

Tabella 16

Sintesi Mobilità Passiva	
Località	Percentuale
<i>Intra ASL</i>	29,4
<i>Altri presidi regionali</i>	8,9
<i>Extra regione</i>	8,3
Totale	46,6

C'è un forte spostamento verso l'Azienda Ospedaliera di Terni (25%), anche verso il presidio di Orvieto (4,3) si registra un aumento rispetto al passato di mobilità.

Distretto di Terni:

La mobilità passiva totale per il distretto di Terni è del 28,3% di cui un 3% verso altri presidi regionali e un 19,7 % interna alla ASL verso gli altri due distretti, rispettivamente il 15,2% verso Narni e il 4,3 verso Orvieto , il restante 5,6% è verso comuni extra – regionali.

Tabella 17

Sintesi Mobilità Passiva	
Località	Percentuale
<i>Intra ASL</i>	19,7
<i>Altri presidi regionali</i>	3,0
<i>Extra regione</i>	5,6
Totale	28,3

C'è un forte spostamento verso l'Ospedale di Narni (15,2%) e anche verso l'Ospedale di Spoleto (4,7%).

3.7 Altri indicatori:

Le nascite e l'attrattività dei 2 presidi della ASL 4

Tabella 18

PRESIDIO DI NASCITA	Percentuale attrattività
OSPEDALE DI ORVIETO	38
OSPEDALE NARNI AMELIA	32

L'attrattività dei due presidi è molto elevata e sicuramente superiore alla mobilità passiva extraregionale.

3.8 Indici di efficienza

Tabella 19

**PARTI PRESSO I PRESIDI UMBRI DI DONNE RESIDENTI NELL'ASL N. 4 DI TERNI
PERIODO 01/06/2007 - 31/05/2008**

**TIPO DRG + FREQUENZA + GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO +
GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO**

COD_ISTRIC	Dati	DRG CHIRURGICI	DRG MEDICI	Totale complessivo
OSPEDALE CASTIGLIONE DEL LAGO	N° RICOVERI	7	19	26
	DEGENZA MEDIA	3,1	3,5	3,4
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	0,1	0,0	0,0
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	3,0	1,0	1,5
OSPEDALE ASSISI	N° RICOVERI	2		2
	DEGENZA MEDIA	6,5	No dati	6,5
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	2,5		2,5
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	4,0		4,0
OSPEDALE MARSCIANO	N° RICOVERI	8	29	37
	DEGENZA MEDIA	4,4	3,6	3,7
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	0,5	0,3	0,4
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	3,9	3,2	3,4
OSPEDALE SPOLETO	N° RICOVERI	20	41	61
	DEGENZA MEDIA	4,8	3,3	3,8
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	0,2	0,4	0,3
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	4,6	2,9	3,5
OSPEDALE ORVIETO	N° RICOVERI	95	162	257
	DEGENZA MEDIA	4,7	3,3	3,8
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	1,0	0,4	0,6
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	3,8	2,7	3,1
OSPEDALE NARNI AMELIA	N° RICOVERI	161	256	417
	DEGENZA MEDIA	6,1	3,5	4,5
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	1,1	0,6	0,8
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	4,9	2,9	3,7
OSPEDALE FOLIGNO	N° RICOVERI	2	4	6
	DEGENZA MEDIA	3,5	3,8	3,7
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	0,5	1,8	1,3
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	3,0	2,0	2,3
AZ. OSP. PG MONTELUCE	N° RICOVERI	5	12	17
	DEGENZA MEDIA	7,2	7,0	7,1
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	4,0	4,4	4,3
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	3,2	2,6	2,8
AZ. OSP. PG SILVESTRINI	N° RICOVERI	6	4	10
	DEGENZA MEDIA	5,2	3,3	4,4
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	1,5	0,5	1,1
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	3,7	2,8	3,3
AZ. OSP. TERNI	N° RICOVERI	283	634	917
	DEGENZA MEDIA	5,9	2,9	3,9
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	1,8	0,6	1,0
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	4,1	2,3	2,8
N° RICOVERI totale		589	1161	1750
DEGENZA MEDIA totale		5,7	3,2	4,0
GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO totale		1,4	0,6	0,9
GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO totale		4,2	2,5	3,1

Tabella 20

**PARTI PRESSO I PRESIDI UMBRI DI DONNE RESIDENTI NELL'ASL N. 4 DI TERNI DISTINTE PER PERIODO
FASCIA DI ETA' 01/06/2007 - 31/05/2008**
**TIPO DRG + FREQUENZA + GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO + GIORNI MEDI DI POST
INTERVENTO**

FASCIA_ETA'	Dati	DRG CHIRURGICI	DRG MEDICI	Totale complessivo
>65	N° RICOVERI	1	1	1
	DEGENZA MEDIA	2,0	2,0	
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	1,0	1,0	
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	1,0	1,0	
0-13	N° RICOVERI	1	1	2
	DEGENZA MEDIA	5,0	4,0	4,5
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	0,0	0,0	0,0
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	5,0	1,0	3,0
14-17	N° RICOVERI	2		2
	DEGENZA MEDIA	7,5		7,5
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	2,5		2,5
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	5,0		5,0
18-40	N° RICOVERI	541	1108	1649
	DEGENZA MEDIA	5,6	3,2	4,0
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	1,4	0,6	0,9
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	4,2	2,5	3,1
40-65	N° RICOVERI	45	51	96
	DEGENZA MEDIA	6,0	2,7	4,3
	GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO	1,7	0,3	1,0
	GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO	4,2	2,4	3,3
N° RICOVERI totale		589	1161	1750
DEGENZA MEDIA totale		5,7	3,2	4,0
GIORNI MEDI DI PRE INTERVENTO totale		1,4	0,6	0,9
GIORNI MEDI DI POST INTERVENTO totale		4,2	2,5	3,1

3.9 Conclusioni:

L'analisi dei dati sulla mobilità passiva evidenzia che la maggior parte degli spostamenti è all'interno della regione e della stessa ASL, ci sono situazioni legate prevalentemente a peculiarità territoriali. Soltanto un 7,6% dei parti delle donne residenti nella ASL 4 avviene fuori Regione. Il numero di cesarei supera di un 10% la media regionale soprattutto si evidenzia un dato elevato nel presidio di Narni Amelia. Gli indicatori di efficienza legati alla degenza sono abbastanza buoni, Orvieto e Terni si posizionano al di sotto del livello medio regionale (4 gg.) per la degenza che è rispettivamente di 3,3 e 3,9,. Mentre Narni si posiziona leggermente al di sopra con 4,5 gg. Un terzo dei ricoveri è per DRG chirurgico.

Considerazioni finali:

Questo secondo volume del profilo di salute 2009, ha preso in esame una parte importante della salute collettiva in una società moderna, quella della fase riproduttiva della donna e quella immediatamente successiva del bambino. I dati sono estratti dall'anagrafe sanitaria, dalle SDO, dal CeDAP, dai bilanci di salute dei pediatri di libera scelta cui va un ringraziamento particolare per l'attività svolta. C'è ancora una difficoltà nella raccolta dati dei consultori familiari, da cui andrebbero estrapolati i dati sulla partecipazione ai corsi pre parto, e altre attività. Tuttavia il dato che viene fuori da questa analisi è di buona qualità e ci da una indicazione anche comparativa sugli out come di salute riproduttiva della donna, sulla salute del bambino riguardo all'allattamento al seno e alcune conoscenze sulla sicurezza. Si è visto dai dati di PASSI 2008 come invece, le conoscenze del **progetto Ministeriale "Genitori più"** relativo ai sette comportamenti essenziali per la corretta gestione di un neonato non siano molto diffusi. Quindi partendo da questi dati per l'Azione si ritiene opportuno effettuare:

1. Un miglioramento dell'Anagrafe sanitaria, soprattutto un aggiornamento tempestivo;
2. Una migliore raccolta dei dati dei consultori familiari;
3. Verificare le interruzioni di gravidanza con la possibilità di valutare l'accesso ai servizi e le difficoltà più frequentemente riscontrate dalle donne immigrate e fornire agli operatori proposte per migliorare l'organizzazione dei servizi al fine di prevenire le IVG;
4. Una diffusione maggiore e capillare dei comportamenti sicuri per il neonato compreso l'allattamento al seno;
5. Ridurre la mobilità passiva, anche se non molto elevata, verso l'Azienda Ospedaliera di Terni (problema Narni – Amelia), presso i presidi della Provincia di Perugia (distretto di Orvieto), e soprattutto quella extra –regionale. Il fenomeno è naturalmente legato alle territorialità e anche alle attività sul territorio di ginecologi ospedalieri.