

Delib.G.R. 7 aprile 2004, n. 394 ⁽¹⁾.

Linea di indirizzo alle Aziende sanitarie relativa al progetto del PSR 2003-2005: punto 8.5.1 relativamente a «Salute donna e neonato».

(1) Pubblicata nel B.U. Umbria 19 maggio 2004, n. 21.

La Giunta regionale

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del direttore regionale alla sanità e servizi sociali;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal dirigente di Servizio competente, ai sensi dell'art. 21, comma 3 e 4, del regolamento interno;

b) del parere di legittimità espresso dal direttore;

Vista la *legge regionale 22 aprile 1997, n. 15* e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

Delibera:

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di approvare l'emanazione di una linea di indirizzo alle Aziende sanitarie ai sensi di quanto previsto dall'art. 3, comma 4, della legge n. 3/1998, applicative di quanto previsto nella Sezione 8 del PSR 2003-2005, relativamente alla materia «Salute donna e neonato»;

3) di recepire conseguentemente l'elaborato allegato al documento istruttorio, che diviene pertanto parte della programmazione sanitaria regionale per il triennio 2003-2005, in quanto indirizzo vincolante per le Aziende sanitarie;

4) di pubblicare la presente delibera nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Documento istruttorio

Oggetto: Linea di indirizzo alle Aziende sanitarie relativa al progetto del PSR 2003-2005: punto 8.5.1 relativamente a «Salute donna e neonato».

Al fine di dare applicazione a quanto previsto dalla Sezione 8 del PSR 2003-2005 in materia di «Azioni del piano» e conformemente a quanto stabilito nell'art. 3, comma 4, della legge n. 3/1998, dove si dispone che «la Giunta regionale, al fine di assicurare la coerenza delle gestione dei servizi sanitari rispetto agli obiettivi della programmazione e garantire omogeneità di interventi e prestazioni su tutto il territorio regionale, nonché l'uso ottimale delle risorse finanziarie e l'efficienza delle strutture sanitarie, assume direttive vincolanti per le Aziende sanitarie regionali, informandone contestualmente il Consiglio regionale», sono stati predisposti dalla Direzione regionale sanità e servizi sociali, linee di indirizzo in alcune aree di attività previste dalla citata Sezione 8 del PSR 2003-2005, sulla base delle necessità di espandere per alcune di esse le indicazioni ivi contenute, in piena conformità con le priorità indicate dal Consiglio regionale.

Con il presente atto è stato prodotto uno specifico elaborato nella materia Salute donna e neonato, che diviene linea di indirizzo alle Aziende sanitarie in relazione al disposto dell'*art. 3, comma 4, della legge regionale n. 3/1998*.

Si è ritenuto opportuno, rispetto al progetto del P.S.R. 2003-2005 di cui al punto 8.5.1. (Promozione e tutela della salute delle donne e dell'età evolutiva e della famiglia) elaborare una linea di indirizzo delimitata all'ambito «Salute donna e neonato». Infatti, la complessità delle problematiche collegate all'età evolutiva e la necessità di una definizione più precisa e di una chiara organizzazione e rete dei servizi richiede un approccio specifico, che è anche oggetto dei lavori di apposita commissione (vedi cap. 7.5.3 del P.S.R.), a conclusione dei quali verrà prodotta specifica linea di indirizzo.

PREMESSA.

La salute femminile presenta una specificità di genere, non confinabile all'interno dei problemi relativi alla sfera riproduttiva, che riguarda sia l'incidenza di malattie e di disabilità, sia la modalità nella utilizzazione dei servizi sanitari che la diffusione di fattori di rischio.

È necessario individuare il genere come fattore significativo per tutelare la specificità della salute delle donne e costruire una parità di opportunità, sapendo che le reali condizioni di vita e di lavoro delle donne e degli uomini sono diseguali e diverse.

È importante a tal fine non solo una lettura dei dati epidemiologici disaggregati per genere, ma una lettura di questi che privilegi la dimensione del ciclo di vita, da leggere in modo diacronico. Questa infatti è segnata da eventi, responsabilità, priorità diverse e da momenti critici legati all'età (diventare adulte, diventare anziane) alla vita familiare (sposarsi, non sposarsi, avere/non avere figli, separarsi) alla vita lavorativa (entrare nel mondo del lavoro, fare carriera). La dimensione sistemico-relazionale intreccia tutti questi fattori ed incide ulteriormente sulla salute fisica e psichica in cui le donne risultano particolarmente colpite.

La bassa natalità presente nella nostra Regione come in molte altre regioni italiane ci deve far riflettere sul complesso intreccio tra fattori economici, sociali e culturali che insieme contribuiscono a determinare le scelte di procreazione, poiché la scelta del figlio unico, prevalente nei modelli familiari regionali, potrebbe essere una scelta obbligata più che una libera scelta. Diventa pertanto estremamente importante individuare possibili strategie di conciliazione tra lavoro, maternità, salute e servizi per favorire una inversione di tendenza sulla natalità.

Le aree da connettere pertanto alle altre parti del piano sono quelle che riguardano il lavoro, le/gli anziani, la disabilità fisica ed il disagio psichico. In questa parte si affronterà in particolare la salute riproduttiva (percorso nascita, tutela della fertilità, contraccezione, applicazione della *legge n. 194/1978*).

Per quanto riguarda la infanzia e l'età evolutiva questa linea di indirizzo non contiene indicazioni specifiche ma rinvia alle decisioni che saranno adottate in seguito alle indicazioni del gdl regionale ad hoc.

Gli obiettivi, e le azioni proposte andranno valutati attraverso indicatori di verifica dei risultati in parte già elaborati in parte da scegliere ulteriormente.

I PROBLEMI DI SALUTE.

Molti dei problemi individuati nel PSR 1999-2001 sussistono, ma sono state proposte con alcune integrazioni ai problemi individuati per le diverse fasi. Si fa presente che comunque non sono sempre disponibili i dati epidemiologici di riferimento ma ci si è basati sulle molteplici segnalazioni derivanti dalle esperienze dei Servizi proposte dai referenti aziendali.

Nel percorso nascita.

Gravidanza.

Riduzione della possibilità di diagnosi e terapia di patologie infettive trasmissibili al feto (toxoplasmosi, streptococco gruppo B, HIV, epatite B e C, sifilide) con particolare riguardo all'insufficiente e tardivo numero di controlli compiuto a volte da parte di alcune donne straniere nel corso della gravidanza, che potrebbero essere compiuti in tempo utile per evitare sequele neonatali.

Parto.

- Ancora non sufficiente attenzione alla umanizzazione delle cure e scarso rispetto per la fisiologia del parto.
- Elevato tasso di interventi per taglio cesareo su tutto il territorio regionale con punte di eccellenza e di lieve miglioramento e conseguente ripetitività del TC.
- Necessità di offerta anche della analgesia nel travaglio nei casi di necessità o di richiesta a seguito di una corretta ed adeguata informazione alla gestante su rischi e benefici.
- Inadeguato trasferimento delle madri con gravidanze patologiche o con minacce di parto prematuro all'interno degli ospedali dotati di TIN.

Puerperio.

- Insufficiente il sostegno psico-sociale alle puerpere sia in ospedale che a domicilio.
- Mancata individuazione dei disturbi relazionali in una fase che invece è fondamentale sia per lo sviluppo del bambino che per il processo di cambiamento e crescita personale della madre in un rinnovato contesto relazionale familiare.

Neonato.

- Aumento delle malattie infettive in neonati ex-prematuri che si evidenzia con punte fino ad un 30 per cento di neonati dimessi dalle TIN che si ammalano nel primo anno di vita.
- Diagnosi tardive in neonati dimessi precocemente dal nido.

Nella sessualità e funzione riproduttiva consapevole.

- Difficoltà nell'uso tempestivo di contraccezione postcoitale CPC.
- Consistente ricorso all'IVG, con particolare riferimento alle donne immigrate.

- Scarso numero di donne che tornano ai controlli post-IVG per una adeguata scelta contraccettiva.
- Assenza dell'uso di IVG medica negli ospedali.
- Infertilità e sterilità di coppia legata anche all'età più avanzata della donna e dei loro partner per la prima gravidanza.

Nella menopausa.

Patologie correlate alla menopausa (apparato genitourinario, osteoporosi, depressione).

I PROBLEMI DI ASSISTENZA.

Inadeguatezza delle conoscenze epidemiologiche disponibili.

- Le conoscenze epidemiologiche non sono tuttora adeguate, in quanto i dati vengono raccolti con criteri disomogenei e non sono disponibili per la rete complessiva.

Le difficoltà sono legate in particolare:

- alla rilettura dei dati del nuovo CEDAP e alla registrazione dei casi diagnosticati dopo la nascita che diano conoscenze sull'epidemiologia delle disabilità ad insorgenza pre e perinatale;
- alla interruzione della sorveglianza epidemiologica consentita dal registro dei nati con malformazione congenita;
- alla mancata informatizzazione dei servizi territoriali per cui non è ancora a regime il flusso dati dell'attività consultoriale malgrado la elaborazione di indicatori;
- alla dispersione e sottostima dei dati relativi al maltrattamento e all'abuso delle donne.

Nel percorso nascita.

Gravidanza.

Si riscontrano ancora ritardi nella condivisione diffusa tra gli operatori medici ed ostetriche dei protocolli nazionali garantiti gratuitamente e della logica dell'EBM già sottesa alle linee-guida

regionali del 1996 per la gravidanza fisiologica e risultano ancora assenti o carenti spazi di gestione autonoma della gravidanza fisiologica da parte delle ostetriche (possibile attivazione di ambulatori dedicati alla gravidanza fisiologica gestiti dalle ostetriche).

Mancata applicazione della *Delib.G.R. 16 maggio 2001, n. 482* che permette di garantire le indagini diagnostiche alle straniere anche al di fuori dei tempi previsti quando si presentano tardivamente.

Mancano scelte organizzative sulla diagnostica prenatale relative ai servizi che garantiscano la I ecografia con traslucenza nucale e test ematici multipli per la diagnosi precoce come previsto dall'*allegato b del D.M. 10 settembre 1998* (protocollo Bindi).

Il servizio di diagnostica genetica regionale per la diagnosi prenatale di Perugia è ormai sovraccarico di richieste visto l'innalzamento dell'età media delle gravide.

Vi è la necessità di implementare i percorsi integrati tra territorio, ospedali ed Aziende sanitarie per seguire lo sviluppo della fisiologia ma in particolar modo per i casi di patologia nel corso della gravidanza come previsto nei PAL aziendali.

Parto.

Necessità di rivedere l'assetto funzionale dei punti nascita, seguendo le indicazioni del POMI (24 aprile 2000).

Mancata verifica della adeguatezza degli standard previsti per ogni livello dei punti nascita (personale e strumentazione).

Assenza di protocolli e conseguenti meccanismi operativi omogenei in tema di trasporto in utero e poi di trasporto neonatale.

Scarsa possibilità di poter accedere al rooming-in e scarsa utilizzazione ove questo esiste.

Insufficiente attenzione all'umanizzazione dell'evento parto (attenzione alle richieste della donna, alla presenza di persone di fiducia, alla libertà di movimento in travaglio e nel parto).

Carenza del numero delle ostetriche e delle soluzioni organizzative che permettano la loro piena utilizzazione.

Analgesia per il travaglio di parto non ottenibile in molte ASL o solo in regime di intra-moenia.

Puerperio.

Mancata integrazione tra ospedale e territorio per le dimissioni precoci e scarsa attenzione a concordare il momento della dimissione con la coppia genitoriale.

Necessità di indagare sull'effettiva diffusione dell'allattamento materno completo e prolungato come da indicazione dell'OMS.

Necessità di iniziative programmate e di formazione per personale medico e non medico che si occupi del periodo del puerperio.

Carenza di ostetriche e difficoltà ad organizzare e permettere il loro lavoro in modo domiciliare e a facilitare la loro collaborazione con altre figure dedicate al lavoro domiciliare.

Neonato e lattanti.

Presenza in carico da parte del pediatra di libera scelta non sempre precoce.

Necessità di verifica sulla adeguatezza dei posti letto e delle dotazioni strutturali per accogliere neonati con patologie critiche e strutture del lattante con patologia intensivistica.

Trasporto neonatale lento, inadeguato tecnicamente che porta ad aggravare la patologia neonatale preesistente.

Nei problemi relativi alla sessualità e funzione riproduttiva consapevole.

Mancata organizzazione dei servizi che garantiscano in tempi adeguati (entro 24 ore) la risposta alla richiesta della contraccezione post-coitale o di emergenza.

Mancata individuazione di percorsi assistenziali per le donne e le coppie che presentano problemi di infertilità non risolvibili nei servizi umbri.

Nelle patologie tumorali femminili.

(vedi progetto specifico).

OBIETTIVI PER IL TRIENNIO.

Obiettivi di salute, assistenziali e organizzativi, in relazione ai problemi prima evidenziati. Alcuni degli obiettivi individuati vanno integrati con quelli già previsti nei progetti di cui al punto 7.5.3 del PSR «Sviluppare l'intervento dei servizi di salute mentale e riabilitazione per l'infanzia».

- 1) Attivare e/o migliorare le conoscenze epidemiologiche ed i relativi flussi.
- 2) Aumentare speranza di vita senza disabilità alla nascita.
- 3) Ridurre rischi e danni nel percorso nascita, anche in relazione all'errore diagnostico.
- 4) Ridurre il numero dei tagli cesarei ed aumentare la appropriatezza del ricorso al TC.

- 5) Garantire l'offerta di analgesia intra partum ove realmente necessaria.
- 6) Favorire una maggiore integrazione dei servizi ospedalieri con quelli territoriali e tra i servizi sanitari e quelli sociali.
- 7) Favorire in ciascuna Azienda la costituzione di un DMI integrato tra ospedale e territorio.
- 8) Favorire la conoscenza dell'offerta e l'accesso ai servizi per la donna nella popolazione immigrata extracomunitaria e diffusione e facilitazione nell'uso a chiamata delle mediatrici culturali.
- 9) Costruire omogeneamente nel territorio regionale le competenze in materia di abuso sulle donne.
- 10) Implementare l'attività di educazione sessuale nelle scuole per prevenire comportamenti a rischio.
- 11) Migliorare la organizzazione dei servizi consultoriali.

LE AZIONI NEL TRIENNIO.

Azioni organizzative (modifiche e/o integrazioni dell'organizzazione attuale).

- 1) Ridefinire l'organizzazione dei punti nascita per adeguarli agli standard previsti (vedi POMI).
- 2) Decidere sull'organizzazione del percorso diagnostico garantito a tutte le gravidanze (clinical governance) da prevedere in ogni ASL.
- 3) Adeguare il trasporto neonatale anche prevedendo unità mobili dedicate.
- 4) Istituire la figura del coordinatore aziendale dei consultori per tutte le attività stabilite dal PSR prevedendo anche la responsabilità della gestione del flusso dei dati di attività.
- 5) Adeguare la rete dei consultori ed il personale agli standard previsti dal precedente PSR visto anche il notevole accesso delle donne immigrate che si aggiunge alla popolazione residente.
- 6) Ridefinire la funzione del DMI in relazione al governo clinico.
- 7) Avviare sperimentazione dell'organizzazione di servizi che possano praticare l'aborto medico.
- 8) Garantire il servizio di mediazione culturale in modo continuo e diffuso in tutte le ASL.

Sistemi operativi professionali (linee-guida, percorsi assistenziali, ecc.).

- 1) Monitorare la applicazione di protocolli/linee-guida sulla gravidanza ed il parto.

2) Istituire sistemi di valutazione sull'appropriatezza dei ricoveri (ordinari e in day hospital), degli accessi al pronto soccorso seguiti da ricovero e del rapporto ospedale territorio circa il trattamento di patologie-traccia.

3) Prevedere accordi di programma con i Comuni sulle aree ad alta integrazione socio-sanitaria (mediazione familiare, affidamento e adozione, sostegno alla maternità).

Sistemi operativi per la gestione del clima e delle relazioni esterne.

1) Istituire un sistema di informazione per la popolazione che faccia conoscere problematiche, obiettivi, iniziative, risultati dei vari interventi.

2) Superare come metodo comunicativo l'informazione con strumenti cartacei ricorrendo a sistemi di più ampia diffusione (radio, TV ed internet).

3) Migliorare il sito internet regionale ed i siti aziendali, che dovrebbero contenere semplici e chiare informazioni sui servizi.

4) Promuovere ed incentivare la comunicazione e l'interazione con la rete sociale delle donne sia a livello istituzionale che di associazionismo.

Sistemi operativi gestionali (formazione, S.I. ecc.)

Formazione.

1) Aggiornamento obbligatorio comune degli operatori territoriali ed ospedalieri (ginecologi, ostetriche, pediatri) su temi comuni inerenti la pratica clinica in ginecologia ed ostetricia nella logica dell'EBM.

2) Promozione della metodologia dell'audit (discussione routinaria dei casi).

3) Formazione congiunta e diffusa sulla promozione della fisiologia della gravidanza, parto e puerperio.

4) Sperimentare la utilizzazione delle mother assistant già formate nella nostra Regione, in modo da favorire un percorso nascita che sia davvero domiciliare (vedi progetto europeo L. da Vinci H.O.M.E.) nel rispetto delle indicazioni legislative nazionali sugli OSS.

5) Aggiornamento delle ostetriche e dei ginecologi relativamente alla contraccezione post-coitale e alle nuove tecniche dell'aborto medico.

6) Aggiornamento del personale socio-sanitario dei consultori in merito alla consulenza in materia di infertilità e dei servizi relativi alla adozione anche rispetto alla nuova legislazione, ed inoltre rispetto alla gestione dei casi di violenza sessuale sulle donne e sui bambini.

7) Prosecuzione dei corsi per la rianimazione neonatale.

8) Promuovere attività di ricerca sui servizi e attività di formazione in armonia con gli obiettivi del piano.

9) Fornire elementi per una scelta informata e consapevole sulle terapie sostitutive nel periodo della vita menopausale.

Sistema informativo.

1) Identificare indicatori per la base-line dei problemi di salute evidenziati per la verifica degli obiettivi di piano, anche attraverso:

- riattivazione del registro malformazioni,

- piena utilizzazione della fonte dati disponibile dal flusso CEDAP.

2) Attivare sistemi di monitoraggio e valutazione dello stato di salute, ma anche dell'offerta di servizi, integrando MMG e PDLS.

3) Attivare sistema di rilevazione per la prevalenza e incidenza dei casi di maltrattamento e abuso sulle donne.

4) Informatizzare il sistema di rilevazione dati del Servizio consultoriale e messa a regime del flusso dei dati.

Strumenti per la valutazione - Gli indicatori.

Si è già detto della necessità di rivedere in modo collegiale quali debbano essere gli indicatori da prescegliere per una valutazione della attuazione delle azioni previste e ciò significa, per una efficace governance, il coinvolgimento dei clinici responsabili di tutti i Servizi nei DMI.

Nel lavoro sinora svolto sono pervenute solo frammentarie indicazioni; un lungo lavoro di confronto è già stato fatto per quanto attiene alla valutazione del lavoro dei servizi consultoriali arrivando ad elaborare una metodologia comune di rilevazione dei dati con relativo programma di informatizzazione. Si riporta qui di seguito l'esito di tale lavoro ormai in fase di attuazione locale.

Indicatori di attività dei consultori familiari

Percorso nascita

Numero di gravidanze seguite [*]/numero nati nel distretto sanitario

Schede gravidanza

Anagrafi Comuni

Percentuale di gravidanze di donne immigrate (n. gravidanze in donne

Schede gravidanza

immigrate/n. gravidanze totali x 100)	
Numero corsi di preparazione al parto	Scheda attività di iniziativa
Percentuale di donne che seguono i corsi (n. di donne che seguono i corsi/numero dei parti nel distretto sanitario)	Schede attività di iniziativa Anagrafi Comuni
Percentuale di donne che allattano al seno dopo il terzo mese (n. di donne che allattano al seno dopo il terzo mese/donne che hanno partecipato ai corsi di preparazione al parto x 100)	Interviste anche telefoniche
Numero donne assistite nel puerperio	Scheda per puerperio
Percentuale di valutazioni positive (n. di donne e/o coppie che hanno espresso valutazione positiva/n. donne e/o coppie che hanno espresso una valutazione)	Questionario

[*] Per gravidanze seguite si intendono le gravidanze seguite presso la struttura con un minimo di 3 visite.

SALUTE DONNA

Numero pap test (screening e spontanei)	Registro interno dei PAP test
Percentuale donne con un Pap test ogni 3 anni/popolazione target	Programma informatizzato screening
Numero donne che hanno partecipato ai corsi di informazione sulla menopausa	Scheda attività iniziata
Numero di casi di consulenze psico-sociali individuali	Scheda giornaliera
Numero coppie con problemi di sterilità	Scheda giornaliera
Numero coppie immigrate con problemi sterilità	Scheda giornaliera
Numero consulenze per MST	Scheda giornaliera

I V G

Numero di colloqui psico-sociali	Scheda IVG o giornaliera
Numero di certificazioni	Scheda IVG o giornaliera
Numero certificazioni per le immigrate	Scheda IVG o giornaliera
Numero ritorni dopo IVG	Scheda IVG o giornaliera
Numero ritorni immigrate dopo IVG	Scheda IVG o giornaliera

CONTRACCEZIONE

Numero di richieste di informazioni e consulenze	Scheda giornaliera
Numero di IUD inseriti	Scheda giornaliera
Numero di contraccezioni di emergenza	Scheda CPC
Numero di prime prescrizioni per contraccezione orale	Scheda giornaliera
Numero di consulenze sull'uso di preservativi	Scheda giornaliera
Numero consulenze su metodi naturali consigliati	Scheda giornaliera
Numero di diaframmi inseriti	Scheda giornaliera

Numero di contraccezioni post IVG	Scheda giornaliera IVG
RELAZIONE COPPIA/FAMIGLIA	
N. di consulenze di mediazione familiare	Scheda giornaliera
N. di corsi educazione alla genitorialità	Scheda attività iniziativa
N. di consulenze psico-sociali per la coppia famiglia	Scheda giornaliera
N. di consulenze per abuso e maltrattamento	Scheda giornaliera
N. di consulenze per adozioni e/o affidamenti	Scheda giornaliera
INCONTRI PROGRAMMATI	
N. di incontri su menopausa	Scheda attività iniziativa
Numero di partecipanti agli incontri su menopausa	Scheda attività iniziativa
N. di incontri su malattie sessualmente trasmesse	Scheda attività iniziativa
Numero di partecipanti agli incontri su malattie sessualmente trasmesse	Scheda attività iniziativa
N. di incontri su contraccezione	Scheda attività iniziativa
Numero di partecipanti agli incontri su contraccezione	Scheda attività iniziativa
N. di altri incontri	Scheda attività iniziativa
Numero di partecipanti agli altri incontri	Scheda attività iniziativa
MEDIAZIONE CULTURALE	
Numero di richieste di intervento delle mediatrici culturali	Scheda attività mediatrici

Si propone, inoltre, una lista di indicatori, partendo dalle indicazioni sinora inviate dai Servizi, dalle azioni previste nel piano rispetto alla salute della donna e da quanto elaborato da appositi gruppi di lavoro a livello italiano ed europeo, che possono misurare lo stato di attuazione del PSR e gli obiettivi di salute nelle diverse fasce di età e gruppi di popolazione, sempre in relazione ai 5 obiettivi di salute generali del PSR umbro:

- 1) aumentare gli anni di vita senza disabilità;
- 2) ridurre la disabilità evitabile;
- 3) ridurre la mortalità evitabile;
- 4) garantire la equità di accesso;
- 5) ridurre l'errore.

Tali indicatori sono stati suddivisi sulla base della tipologia e disponibilità delle fonti dei dati in tre gruppi principali:

- indicatori che possono essere costruiti a partire dai dati dei flussi informativi correnti, disponibili a livello regionale e rappresentati dal flusso del CEDAP, dal RENCAM, dai dati di natalità e mortalità dell'ISTAT, dall'archivio regionale delle SDO e dai dati di attività del pronto soccorso; tali indicatori possono costituire la base-line di partenza per conoscere, integrare e verificare i problemi di salute ed organizzativi riguardanti la sfera materno-infantile:

- tasso di natimortalità;

- tasso di mortalità perinatale [x osp. x reg.];
- tasso di mortalità neonatale precoce [x osp. x reg.];
- tasso di mortalità neonatale tardiva [x osp. x reg.];
- tasso di mortalità neonatale [x osp. x reg.];
- tasso di mortalità post-neonatale [x osp. x reg.];
- tasso di mortalità infantile (per incidenti) [x osp. x reg.];
- distribuzione del peso alla nascita (percentuale nati con peso alla nascita <2500 gr.);
- distribuzione dell'età gestazionale (percentuale nati prematuri prima della 37^a settimana di gestazione);
- distribuzione delle nascite per modalità del parto (percentuale di T.C. per ospedale);
- tasso di mortalità materna;
- percentuale di parti prematuri (<32 settimane) in strutture di I livello e II livello (prive di UTIN);
- prevalenza anomalie congenite alla nascita.

• Indicatori che possono essere costruiti, in tempi prevedibilmente più lunghi rispetto a quelli del primo gruppo, a partire da dati provenienti da indagini campionarie e ad hoc, già effettuate quali l'indagine multiscopo dell'ISTAT o da progettare a livello regionale, oppure sulla base dei dati di attività delle ASL:

- n. consulenze genetiche/n. richieste;
- n. diagnosi infezioni prenatali/n. gravidanze;
- liste di attesa per ecografia ostetrica e per IVG negli ospedali;
- percentuale trasferimenti in utero/trasferimenti neonatali;
- percentuale di allattati al seno nelle prime 48 h di vita;
- percentuale di allattati al seno dopo 3^o mese;
- percentuale donne in menopausa che hanno cambiato stili di vita;
- percentuale donne che frequentano centri menopausa;
- percentuale donne che eseguono HRT.

• Indicatori per i quali la costruzione ed il monitoraggio sono più problematici e per i quali è necessario un lavoro di approfondimento per l'individuazione delle possibili fonti dei dati:

- tasso di incidenza di HIV pediatrico (n. nati con HIV);
- n. di ospedali che hanno richiesto sperimentazione IVG medica.

L'Osservatorio epidemiologico regionale produce, entro sei mesi dalla approvazione della presente linea di indirizzo una relazione sulla salute della donna e del neonato in Umbria sulla base di quanto sopra proposto.