



**Sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna in Italia**  
**27 Maggio 2016**  
**Istituto Superiore di Sanità**

# **I punti di forza e le criticità delle indagini confidenziali in Lombardia**

**Prof. Irene Cetin**

Dipartimento Materno-Infantile  
Ospedale Sacco - Università di Milano

Dal 1952...ogni 3 anni...

- **C** onfidential
- **E** nquiry into
- **MA** ternal and
- **C** hild
- **H** ealth



Maternal, Newborn and  
Infant Clinical Outcome  
Review Programme

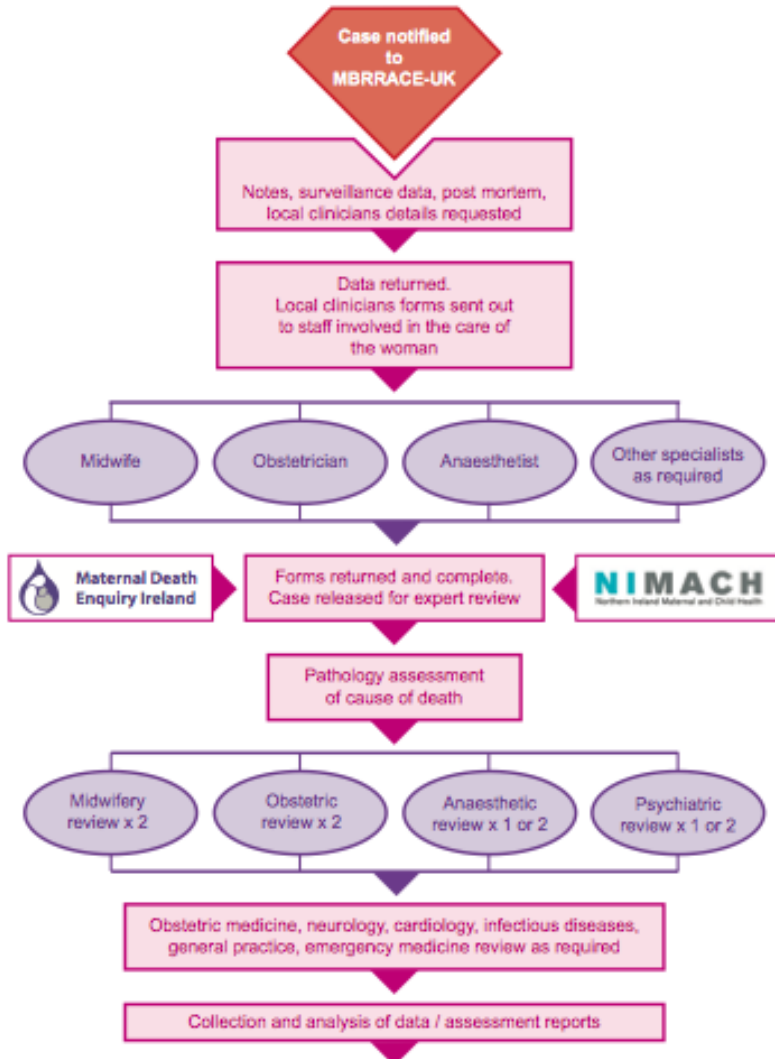


**MBRRACE-UK**  
Mothers and Babies: Reducing Risk through  
Audits and Confidential Enquiries across the UK

**Saving Lives, Improving Mothers' Care**  
Surveillance of maternal deaths in the UK  
2011-13 and lessons learned to inform maternity  
care from the UK and Ireland Confidential Enquiries  
into Maternal Deaths and Morbidity 2009-13



December 2015

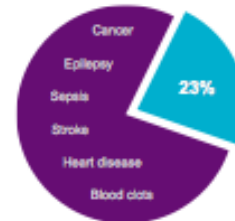


## Key messages

from the report 2015



## Mental health matters



Almost a **quarter** of women who died between six weeks and one year after pregnancy died from **mental-health related causes**



1 in 7 women died by **Suicide**

## Specialist perinatal mental health care matters\*



If the women who died by suicide became ill today:

- **40%** would not be able to get any specialist perinatal mental health care.
- Only **25%** would get the highest standard of care.

## It's OK to tell

The mind changes as well as the body during and after pregnancy.

### Women who report:

- New thoughts of violent self harm
- Sudden onset or rapidly worsening mental symptoms
- Persistent feelings of estrangement from their baby



**need urgent referral to a specialist perinatal mental health team**

\*Mapping data from the Maternal Mental Health Alliance (<http://everyonesbusiness.org.uk>)

# Le indagini confidenziali nel sistema ISS-regioni



- L'indagine confidenziale viene realizzata dal **comitato regionale** composto da due ginecologi, due anestesisti, un'ostetrica, un anatomopatologo e/o medico legale, un epidemiologo e un referente di rischio clinico con possibilità di ulteriori consulenze specialistiche.
- Ogni componente del comitato è tenuto a compilare un modulo di esplicitazione di eventuali **conflitti di interesse** per ogni caso discusso.
- Il comitato regionale riceve la documentazione clinica anonima dal referente regionale e, a conclusione dell'indagine, redige un rapporto utilizzando il **modulo M2** del sistema di sorveglianza.

# Modulo M2 per l'indagine confidenziale ad opera dei Comitati regionali

Il modulo riporta la causa  
del decesso e descrive la  
**appropriatezza**  
dell'assistenza e il parere  
del comitato circa  
**l'evitabilità** del decesso  
materno.



ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ



*Ministero della Salute*

**Sorveglianza della mortalità materna:  
progetto pilota in Regioni del Nord, Centro e Sud Italia**

**Modulo M2 per l'indagine confidenziale**

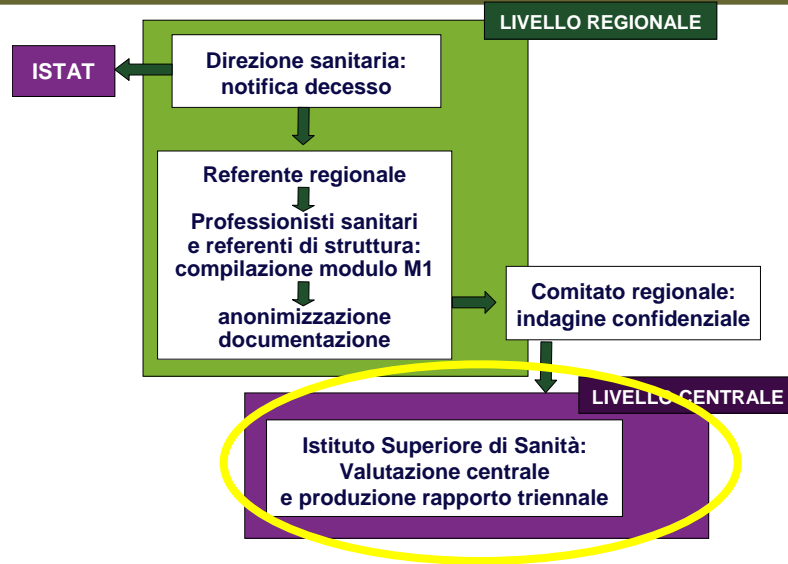
a cura dell'Istituto Superiore di Sanità



ItQSS  
Italian Obstetric Surveillance System

Novembre 2012

# La revisione centrale dell'intera documentazione



- **L'ISS revisiona** l'intera documentazione clinica di tutti i casi di morte materna avvalendosi degli esperti del comitato tecnico-scientifico nazionale del progetto e di eventuali specialisti in altre discipline.
- In caso di epicrisi diverse da quelle formulate dai comitati regionali, i casi vengono **discussi collegialmente** con i comitati regionali per arrivare ad un parere condiviso.
- L'ISS effettua l'analisi dei dati aggregati, calcola i rapporti di mortalità grezzi e stratificati e definisce le cause associate.
- Ogni tre anni l'ISS redige un rapporto e, prima della sua pubblicazione, distrugge tutta la documentazione presa in esame.

## I risultati dell'indagine conoscitiva dei componenti dei Comitati regionali responsabili delle indagini confidenziali (N=47)

Hanno partecipato **47 professionisti sanitari**: ginecologi, anestesisti, ostetriche, anatomo-patologi, neonatologi, epidemiologi e risk manager.

**22 al Nord** (Lombardia, Piemonte ed Emilia-Romagna)

**25 al Sud** (Lazio, Campania, Puglia e Sicilia).

Le informazioni apprese attraverso i **media** possono influenzare le conclusioni del comitato regionale?

	Nord	Sud	Totale	
Modalità	N	N	N	%
Sì, talvolta	1	2	3	6.4%
No, raramente	9	8	17	36.2%
No, mai	12	15	27	57.4%
Totale complessivo	22	25	47	100.0%

In base alla sua esperienza, il comitato regionale nei confronti dei professionisti sanitari che hanno assistito la donna ha un atteggiamento:

## ***COLPEVOLIZZANTE***

<b>Modalità</b>	<b>Totale</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Sì, talvolta	9	19.1%
No, raramente	9	19.1%
No, mai	29	61.7%
<b>Totale complessivo</b>	<b>47</b>	<b>100.0%</b>

## ***COMPLICE***

<b>Modalità</b>	<b>Totale</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Sì, talvolta	5	10.6%
No, raramente	11	23.4%
No, mai	31	66.0%
<b>Totale complessivo</b>	<b>47</b>	<b>100.0%</b>



In base alla sua esperienza, l'*interdisciplinarietà* del comitato è utile alla discussione dei casi clinici?

Modalità	Nord		Sud		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Sì, sempre	22	100.0%	25	100.0%	47	100.0%

*Dati mancanti 2*

In base alla sua esperienza la preghiamo di esprimere un parere sui seguenti aspetti della documentazione disponibile:

## QUALITA'

Modalità	Nord	Sud	Totale	
	N	N	N	%
Insufficiente	2	<b>5</b>	7	14,9%
Sufficiente	9	9	18	38,3%
Buono	9	9	18	38,3%
Ottimo	1	1	2	4,3%
Totale complessivo	21	24	45	100,0%

## COMPLETEZZA

Modalità	Nord	Sud	Totale	
	N	N	N	%
Insufficiente	1	<b>8</b>	9	19,1%
Sufficiente	12	11	23	48,9%
Buono	8	4	12	25,5%
Ottimo	0	1	1	2,1%
Totale complessivo	21	24	47	100,0%

*Dati mancanti 2*

# Riflessioni conclusive

---

Alla luce delle evidenze disponibili la revisione critica sistematica dei casi di mortalità e grave morbosità materna, mediante gli audit e le indagini confidenziali, è una procedura preziosa per il miglioramento continuo della pratica clinica.

La cultura «no blame» è ancora giovane nel paese e la qualità della documentazione clinica risente di questa resistenza culturale.

Il sistema di sorveglianza ostetrica ISS-regioni ha costruito una rete di professionisti che iniziano ad apprezzare la possibilità di identificare le buone pratiche e le criticità assistenziali e organizzative in caso di eventi sentinella.

L'indisponibilità o la scarsa qualità della documentazione clinica è un indicatore di assistenza sotto lo standard.

Esiste una variabilità meritevole di attenzione nella qualità della documentazione clinica raccolta e nell'abitudine al confronto tra pari sia tra regioni che tra presidi all'interno della stessa regione.