



La sorveglianza della mortalità e grave morbosità materna in Italia
Roma, 27 maggio 2016, Istituto Superiore di Sanità



Le nuove attività di ricerca: lo studio sul disagio psichico perinatale

Ilaria Lega e Silvana Borsari*

CNESPS, Istituto Superiore di Sanità

*Servizio Assistenza Territoriale Regione Emilia Romagna

Contenuti della presentazione

- Alcuni riferimenti internazionali
 - morti materne correlate a disturbi mentali
 - attenzione alla salute mentale in gravidanza e dopo il parto
- I risultati dello studio di *record-linkage* ISS-Regioni sulle morti materne avvenute tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza
- Il nuovo studio coordinato dalla Regione Emilia-Romagna sul disagio psichico perinatale che coinvolge la rete ISS-Regioni

Le morti materne che si verificano oltre i 42 giorni dall'esito della gravidanza a livello globale:

- sono spesso classificate erroneamente e sottostimate
- non sono diminuite nell'ultimo decennio
- devono essere oggetto di raccolte dati sistematiche e di analisi da parte di esperti che sappiano formulare raccomandazioni appropriate alla prevenzione

THE LANCET

www.thelancet.com Vol 387 May 21, 2016

Comment

Late maternal deaths: a neglected responsibility

Karen Sliwa, John Anthony

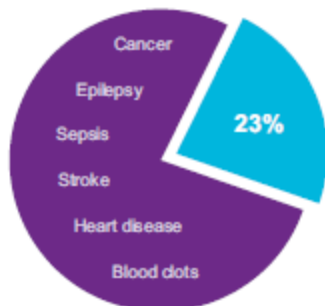
Morti materne da cause psichiatriche: l'esperienza del Regno Unito

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**



Approfondimento sui casi di morti materne per suicidio nel Regno Unito (2009-2013)

- In un periodo di 5 anni 101 donne sono morte per suicidio durante la gravidanza o entro un anno dal suo termine nel Regno Unito
- I casi sono stati rivisti per definire le caratteristiche sociodemografiche e cliniche delle donne morte per suicidio e ricostruire il loro percorso di cura prima e dopo il parto
- Alla luce della revisione dei casi sono state individuate alcune criticità assistenziali e formulate raccomandazioni per la prevenzione

Criticità assistenziali e raccomandazioni per la prevenzione delle morti materne per suicidio nel Regno Unito

Criticità più frequenti:

- mancanza di comunicazione e di continuità delle cure fra medicina generale, servizi per la maternità e servizi per la salute mentale
- mancanza di valutazione anamnestica dei problemi di salute mentale
- incapacità di apprezzare la gravità del problema

Raccomandazioni e azioni chiave:

- la comunicazione fra servizi è essenziale per prestare cure di buona qualità alle donne con problemi di salute mentale
- valutazione dello stato di salute mentale alla prima visita
- cambiamenti significativi e recenti delle condizioni mentali, la comparsa di nuovi sintomi, di pensieri o comportamenti autolesivi, espressioni nuove e persistenti di sentirsi incompetente come madre o l'allontanamento dal bambino possono essere segnali di allarme di un disturbo mentale grave e richiedono la valutazione da parte di uno specialista esperto

L'attenzione internazionale alla salute mentale in gravidanza e dopo il parto



Sustainable Development Goals 2016-2030:

...anche i Paesi a sviluppo più avanzato sono chiamati all'azione per eliminare le morti materne e infantili evitabili e per **assicurare il raggiungimento del più elevato livello di salute e benessere possibile per le donne, i neonati e i bambini.**



Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region - Executive summary, 2014

Approccio *life course*: protezione sanitaria e sociale alle donne in gravidanza e alle giovani famiglie

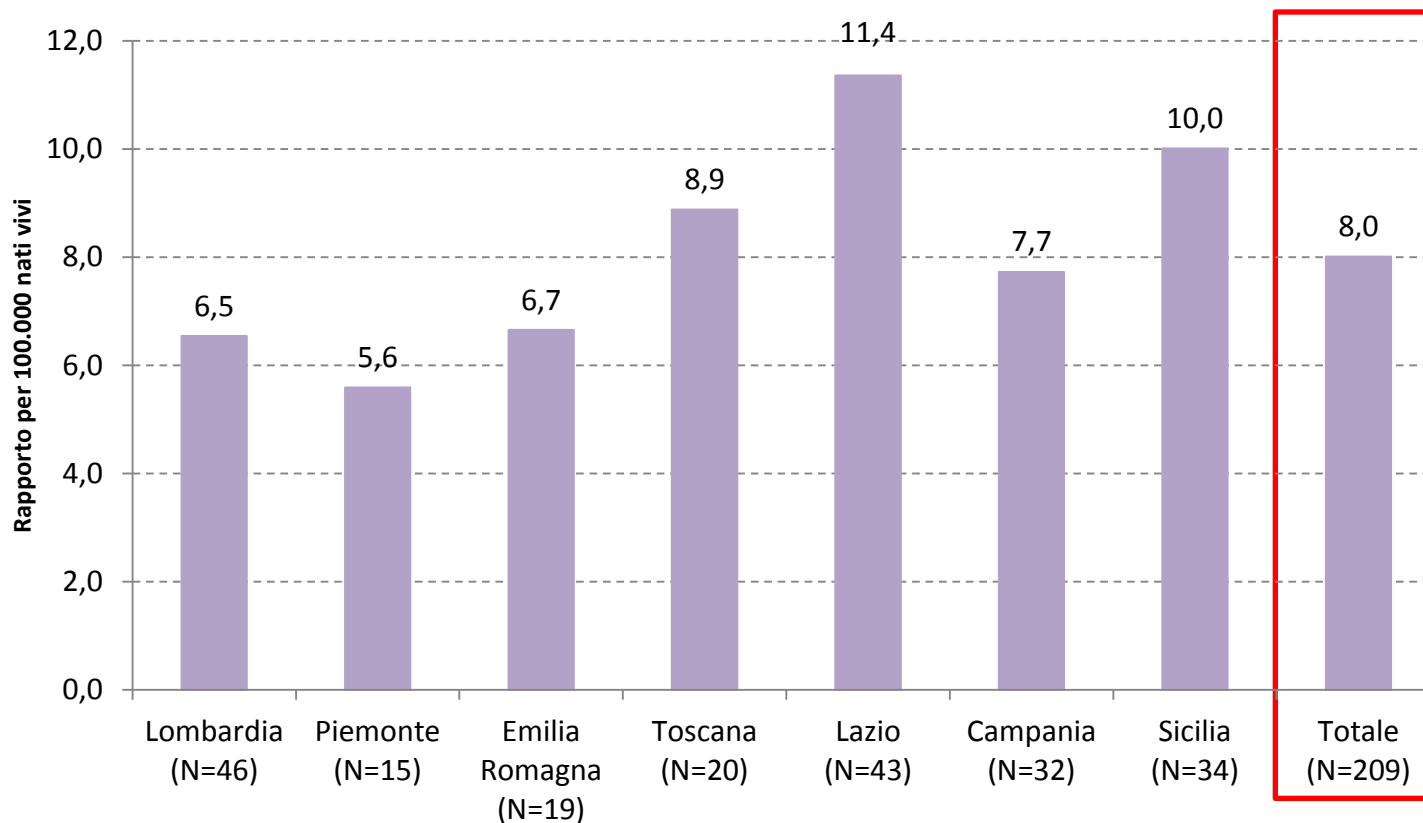
NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance

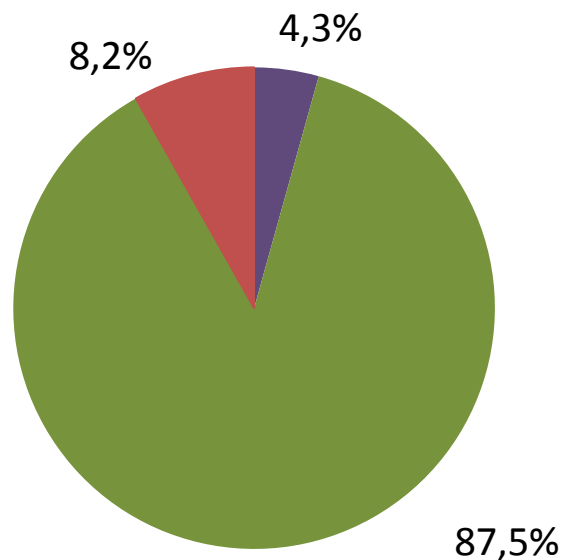
NICE guidelines [cg192] Published date: December 2014 Last updated: June 2015

I risultati del *record-linkage* ISS Regioni sulle morti materne tardive

Morti materne avvenute tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza e MMR tardivo in 7 Regioni, anni 2006-2012



Cause delle morti materne avvenute tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza



- Morti materne dirette (N=9)
- Morti materne indirette (N=182)
- Morti materne non classificabili (N=17)

Cause indirette	N	%
Neoplasia	84	46,2
Suicidio	47	25,8
Patologia cardiovascolare	23	12,6
Patologia cerebrovascolare	9	4,9
LES	3	1,6
Sepsi	2	1,1
Tossicodipendenza	1	0,5
Altro causa indiretta	6	3,3
Causa non nota	7	3,8
Totale	182	100,0

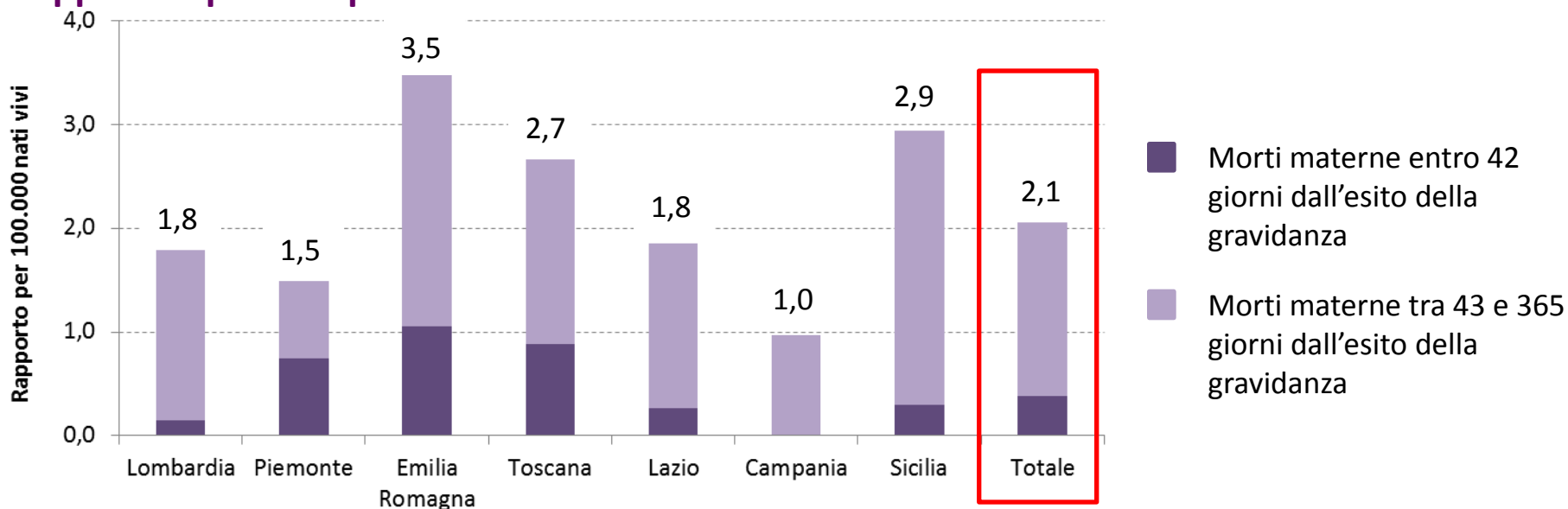
Morti materne per suicidio

Numerosità e percentuale delle morti per suicidio rispetto al totale delle morti materne (precoci e tardive)

Regione	N	%
Lombardia	12	22,6%
Piemonte	4	7,5%
Emilia Romagna	10	18,9%
Toscana	6	11,3%
Lazio	7	13,2%
Campania	4	7,5%
Sicilia	10	18,9%
Totale	53	100,0%

I dati potrebbero sottostimare il fenomeno perché ci sono 14 decessi per i quali non è stato possibile stabilire se fossero suicidi, omicidi o incidenti

Rapporto specifico per 100.000 nati vivi



Morti accidentali: omicidi e incidenti

Regione	Anni	Omicidi	Incidenti non stradali	Incidenti stradali	Rapporto per 100.000 nati vivi
Lombardia	2006-2012	7	2	16	2,4
Piemonte	2006-2012	1	5	6	2,2
Emilia Romagna	2006-2012	1	1	2	0,7
Toscana	2006-2012	1	2	5	2,2
Lazio	2006-2012	1	n.d	n.d	n.d
Campania	2006-2012	1	2	4	1,0
Sicilia	2006-2012	3	1	7	2,1
Totale	2006-2012	15	13	40	1,5

Per il Lazio sono stati identificati 10 decessi per eventi accidentali per i quali non si è riusciti a stabilire se siano incidenti stradali o di altro tipo

Per 14 decessi non è stato possibile stabilire se si tratti di omicidio, suicidio o incidente

Il nuovo studio sul disagio psichico perinatale

“Intervento per il riconoscimento del disagio psichico perinatale e sostegno alla maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie”



Regione capofila: Emilia Romagna

**Unità operative: ISS, Piemonte, Toscana,
Lazio, Campania, Sicilia**

Responsabile scientifico: Silvana Borsari

**Finanziamento: Ministero della Salute
Bando CCM 2015**

● Obiettivo generale:

promuovere l'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto per il precoce riconoscimento e la presa in carico della maternità e paternità fragile da parte della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie

● Metodologia

- **studio retrospettivo**, basato su uno studio di *record-linkage* di flussi informativi sanitari relativi ai casi di suicidio e omicidio identificati dal sistema di sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni
- **studio prospettico**, che consisterà nella realizzazione di un intervento per la promozione dell'attenzione al tema del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto e per il riconoscimento del disagio psichico perinatale da parte dei professionisti della rete dei servizi del percorso nascita e delle cure primarie

Obiettivi specifici:

- per i casi di suicidio e omicidio rilevati tra il 2006 e il 2012 in 6 Regioni italiane rintracciare e analizzare le informazioni disponibili nei flussi informativi di:
 - schede di dimissione ospedaliera
 - prescrizioni di farmaci
 - prestazioni specialistiche ambulatoriali
 - assistenza riabilitativa
 - accessi in pronto soccorso (PS)
- identificare precedenti ricoveri per causa psichiatra o per disturbi di dipendenza da sostanze, traumatismi, avvelenamento; prescrizioni di farmaci attivi sul SNC; prestazioni presso i servizi territoriali psichiatrici e per le dipendenze; interventi psichiatrici di tipo riabilitativo; accessi in PS per quadri psichiatrici acuti, tentato suicidio, violenza
- tracciare un profilo clinico delle donne a rischio di suicidio in epoca perinatale e formulare delle raccomandazioni per la sua prevenzione

Obiettivi specifici:

- rilevare le caratteristiche di servizi e pratiche clinico assistenziali per il sostegno alla salute mentale in epoca perinatale già in atto presso le ASL delle 4 Regioni partecipanti al progetto prospettico
- mettere a punto un protocollo condiviso che garantisca il coordinamento tra diversi servizi e figure professionali delle reti coinvolte
- realizzare una formazione multiprofessionale per le figure sanitarie di riferimento per la donna, il bambino e la coppia genitoriale coinvolte nell'intervento
- individuare un strumento per lo screening del disagio psichico in gravidanza e dopo il parto adatto al contesto specifico
- realizzare una adeguata presa in carico per le donne con fattori di rischio psicosociale, sintomi depressivi o precedenti psicopatologici di rilievo nell'ambito della rete dei servizi territoriali già disponibili
- proporre un intervento rivolto ai partner delle donne prese in carico previo consenso delle partecipanti

Un principio ispiratore per il nuovo progetto

“L’assistenza alla donna prima, durante e dopo la gravidanza deve essere resa disponibile senza soluzione di continuo tra i diversi professionisti, le diverse discipline e i diversi servizi che supportano la donna e lavorano con lei in questa fase così importante della sua vita.

Medici, ostetriche, infermieri, psicologi, assistenti sociali, decisori...**tutti dobbiamo mettere in pratica la cura centrata sul paziente che predichiamo, tenendo nella medesima considerazione la salute fisica, la salute mentale e i bisogni sociali della donna prima, durante e dopo la gravidanza»**

**Al prossimo anno per
i primi risultati!**

