

**La salute degli Italiani nei dati del CNESPS**

# **Mortalità e morboosità materna grave in Italia**

*Sabrina Senatore  
Cnesps-Reperto Salute della Donna e  
dell'Età Evolutiva*

Roma, 17 giugno 2011



# Il gruppo di lavoro:

**ISS, Cnesps - Reparto salute della donna e dell'età evolutiva**  
*Serena Donati, Sabrina Senatore, Alessandra Ronconi*

## **Regioni:**

**P.A. di Trento:** *Silvano Piffer, Martina De Nisi*

**Regione Piemonte:** *Luisa Mondo, Raffaella Rusciani*

**Regione Emilia-Romagna:** *Eleonora Verdini, Camilla Lupi*

**Regione Toscana:** *Veronica Casotto, Valeria Dubini*

**Regione Lazio:** *Domenico Di Lallo, Arianna Polo*

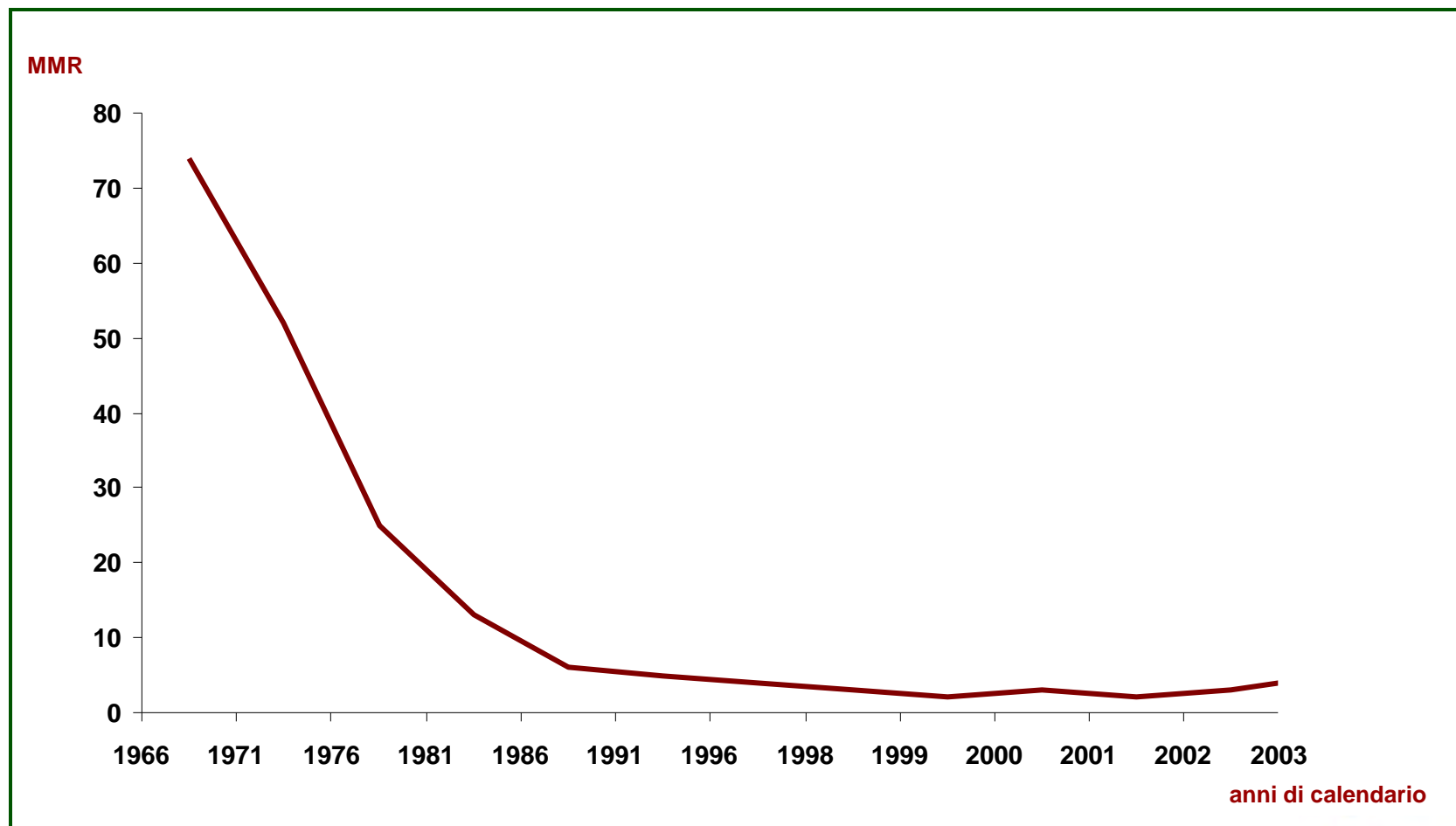
**Regione Campania:** *Renato Pizzuti, Michele Santoro, Maurizio Saporito*

**Regione Sicilia:** *Gabriella Dardanoni, Achille Cernigliaro*

## **CeVeas di Modena**

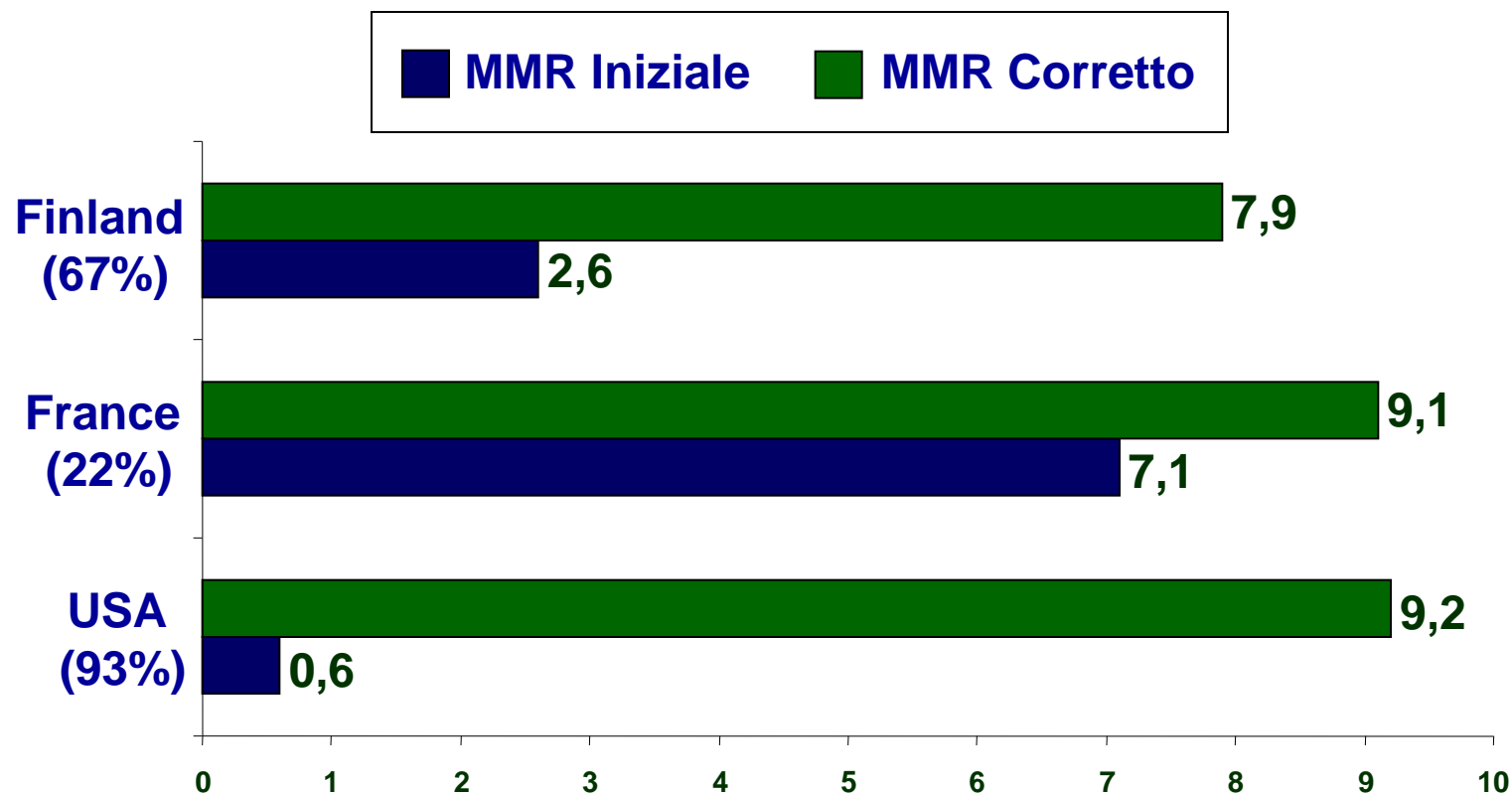
*Vittorio Basevi, Daniela Spettoli*

# Morti materne per 100.000 nati vivi in Italia anni 1966 - 2003



fonte: ISTAT

## La sottostima della mortalità materna nei paesi industrializzati



fonte: Deneux-Tharoux C et al. Obstet Gynecol 2005;106(4):684-692

# Mortalità materna: definizioni ICD10

## Morte materna

morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal termine della gravidanza per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non per cause accidentali, a prescindere dalla durata e dalla sede della gravidanza

## Morte materna tardiva

morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette, oltre i 42 giorni ma entro 1 anno dalla fine della gravidanza

# Obiettivi dello studio

1. Rilevare i casi e analizzare le principali cause associate alla mortalità materna attraverso studi di record-linkage tra le schede di morte ISTAT (ReM) e le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nelle Regioni partecipanti.
2. Rilevare e analizzare le principali cause di morbosità materna attraverso lo studio dei *near miss* mediante le SDO in collaborazione con le regioni partecipanti.
3. Mettere a punto modelli di sorveglianza della mortalità materna che possano essere implementati in Italia e in altri Paesi comunitari in collaborazione con l'OMS.

# Regioni partecipanti:criteri di selezione



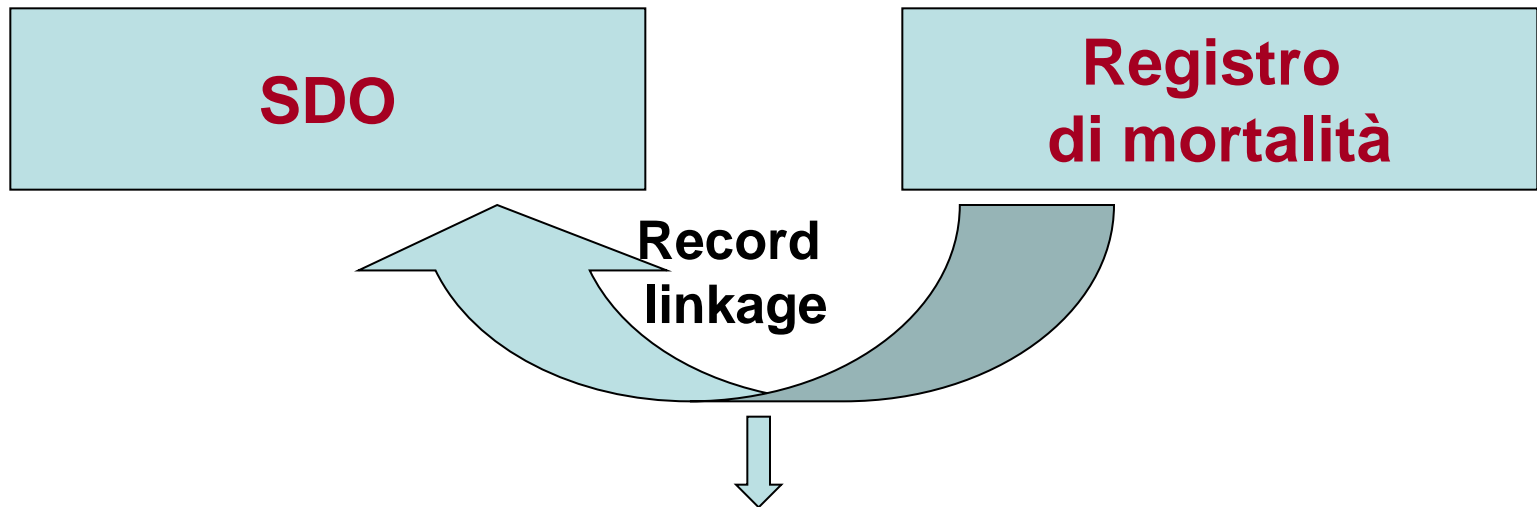
numero di nati/anno

almeno 3 anni consecutivi  
di rilevazione dei dati nel  
periodo 2000-2007

localizzazione geografica

**Copertura complessiva:**  
38% delle donne residenti in  
età 15-49 anni  
1.001.292 nati vivi

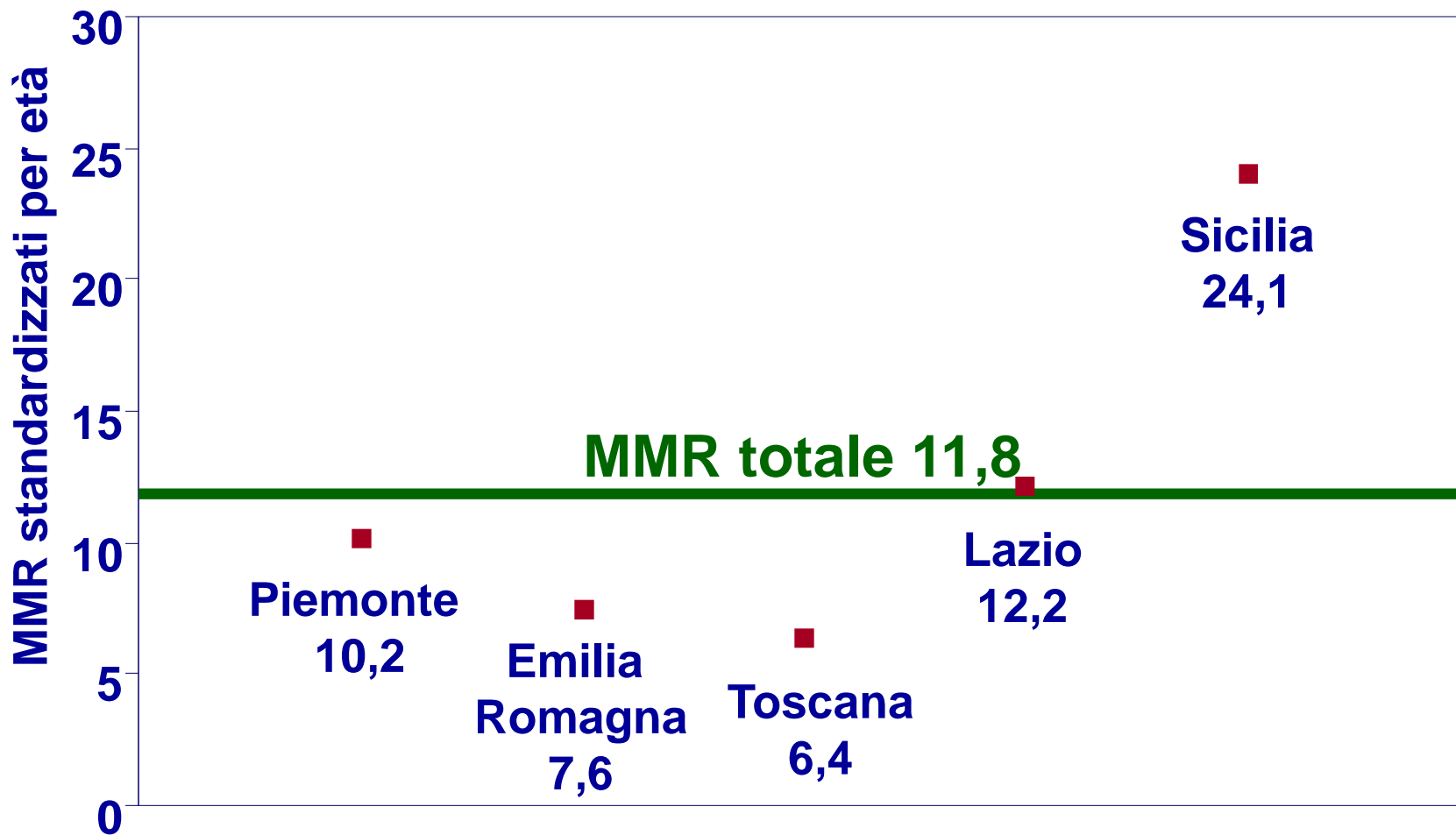
# Mortalità materna: definizione e selezione dei casi



Donne decedute, residenti nelle Regioni partecipanti, di età compresa tra 15 e 49 anni, con almeno un ricovero, nei 365 giorni precedenti la data del decesso, per cause legate alla gravidanza



# Rapporto di mortalità materna ( $\leq 42$ giorni)



## La sottostima della mortalità materna in Italia

**75%** rispetto al **MMR nazionale ISTAT**  
(MMR= 3 per 100.000 nati vivi)

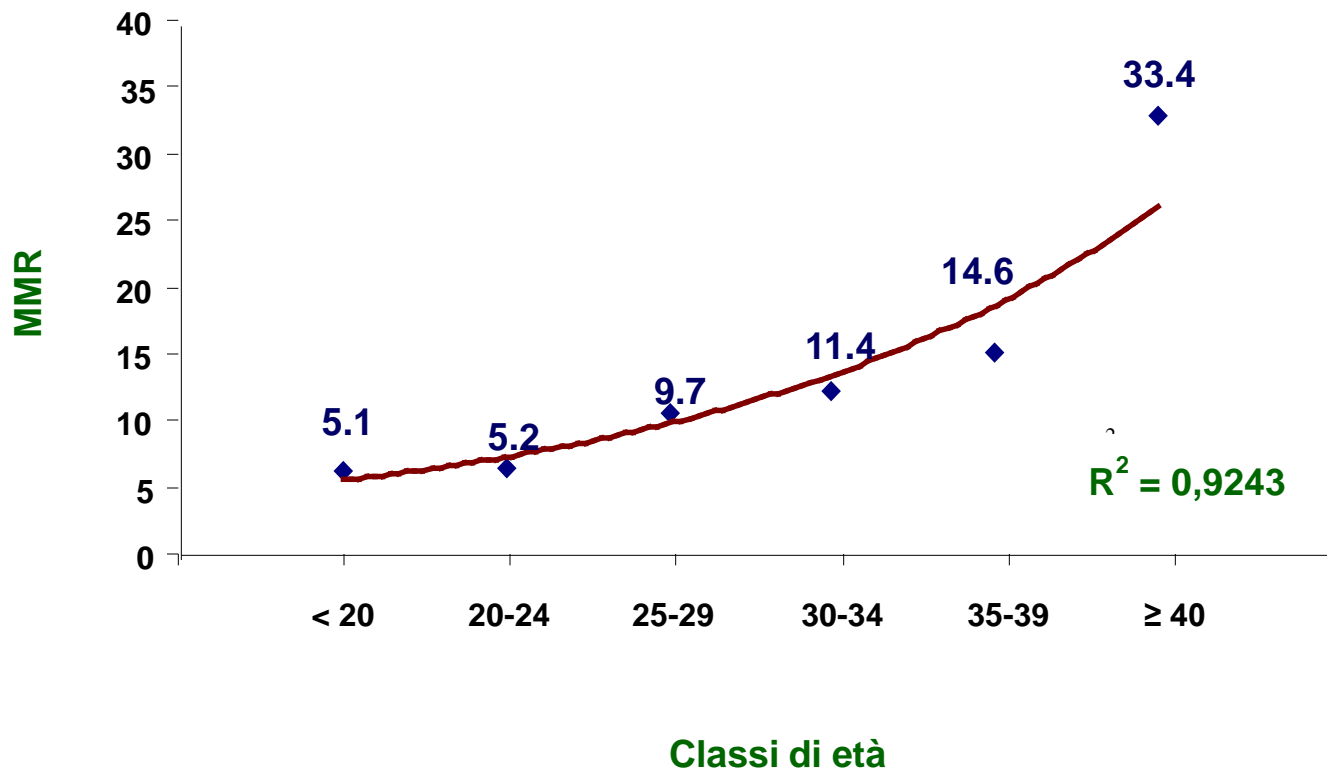
**63%** rispetto al MMR calcolato attraverso le  
schede di morte ISTAT delle sole **regioni**  
**coinvolte** nello studio  
(MMR= 4,4 per 100.000 nati vivi).

# La mortalità materna per età della madre

Regioni	Nati vivi*		Morti ≤ 42 g		MMR		RR (IC 95%)
	<35 a	≥35 a	<35 a	≥35 a	<35 a	≥35 a	
Piemonte	80.747	18.947	5	5	6,2	22,0	3,5 (1,0-12,0)
Emilia-Romagna	187.851	69.641	13	7	6,9	10,1	1,5 (0,6-3,8)
Toscana	129.509	50.208	7	5	5,4	10,0	1,9 (0,6-5,9)
Lazio	187.187	70.737	18	14	9,6	19,8	2,1 (1,0-4,3)
Sicilia	156.572	40.704	30	14	19,2	34,4	1,8 (1,0-3,4)
<b>Totale</b>	<b>741.866</b>	<b>250.237</b>	<b>73</b>	<b>45</b>	<b>9,8</b>	<b>17,7</b>	<b>1,8 (1,2-2,6)</b>

\* fonte: SDO di parto

# MMR per classi quinquennali di età materna



Età media al decesso: 33 anni

Nel 2007 la proporzione di nascite in donne di età  $\geq 35$  anni era pari al 29%

# La mortalità materna per modalità di parto

## Taglio cesareo

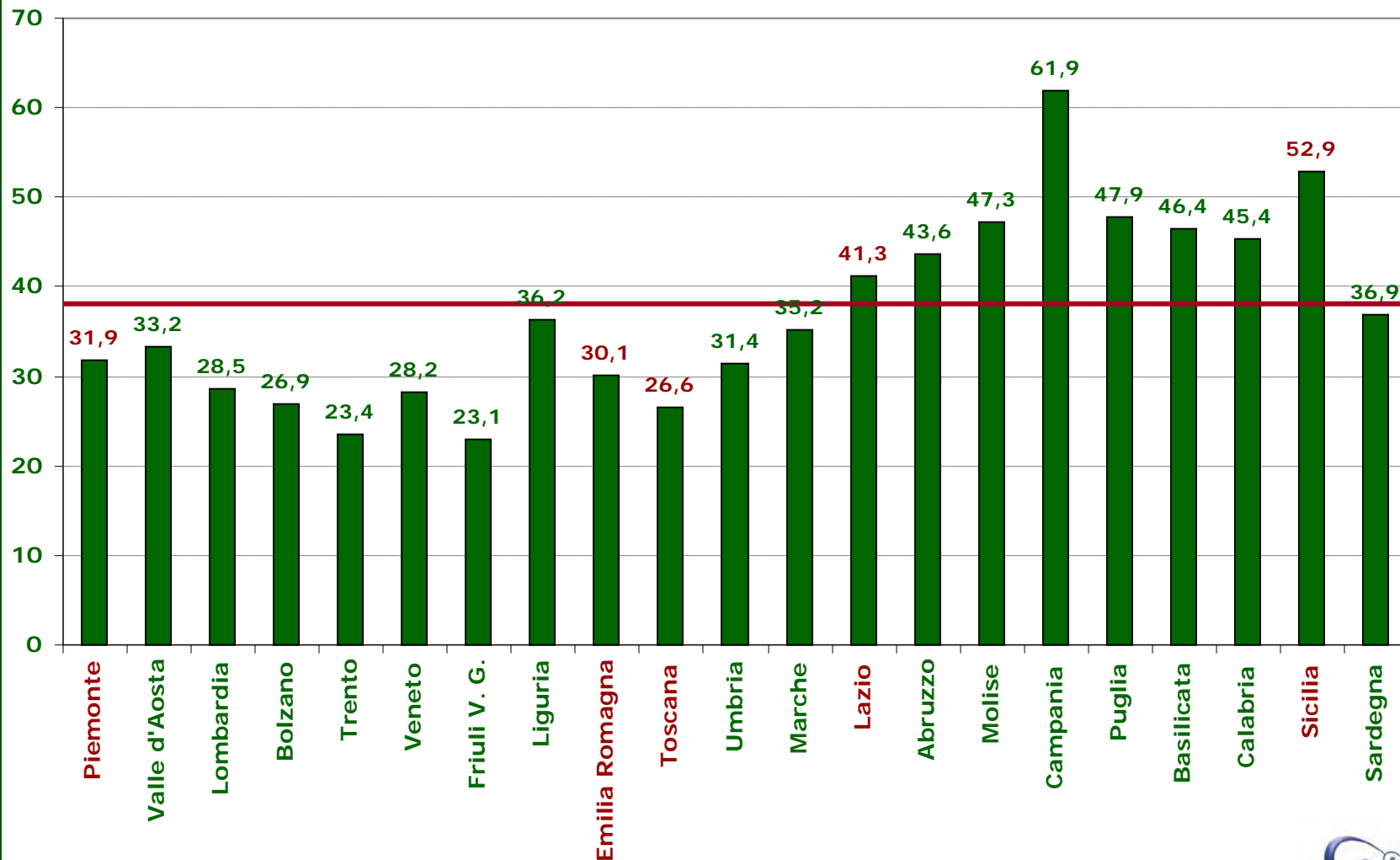
**MMR= 12,8** (47 morti su 367.302 nati vivi)

## Parto vaginale

**MMR= 4,2** (26 morti su 625.727 nati vivi)

**RR (IC95%): 3,0 (1,9-4,8)**

# Percentuale di TC per Regione (SDO 2008)



## La mortalità materna per nazionalità

**Italiane:** MMR= 11,4 (101 morti su 886.485 nati vivi)

**Straniere:** MMR= 13,8 ( 15 morti su 108.472 nati vivi)

RR 95%CI: 1,2 (0,7-2,1)

## La mortalità materna per livello di istruzione

**Istruzione bassa:** MMR= 15,8 (23 morti su 338.977 nati vivi-  
dati regione Lazio e Piemonte)

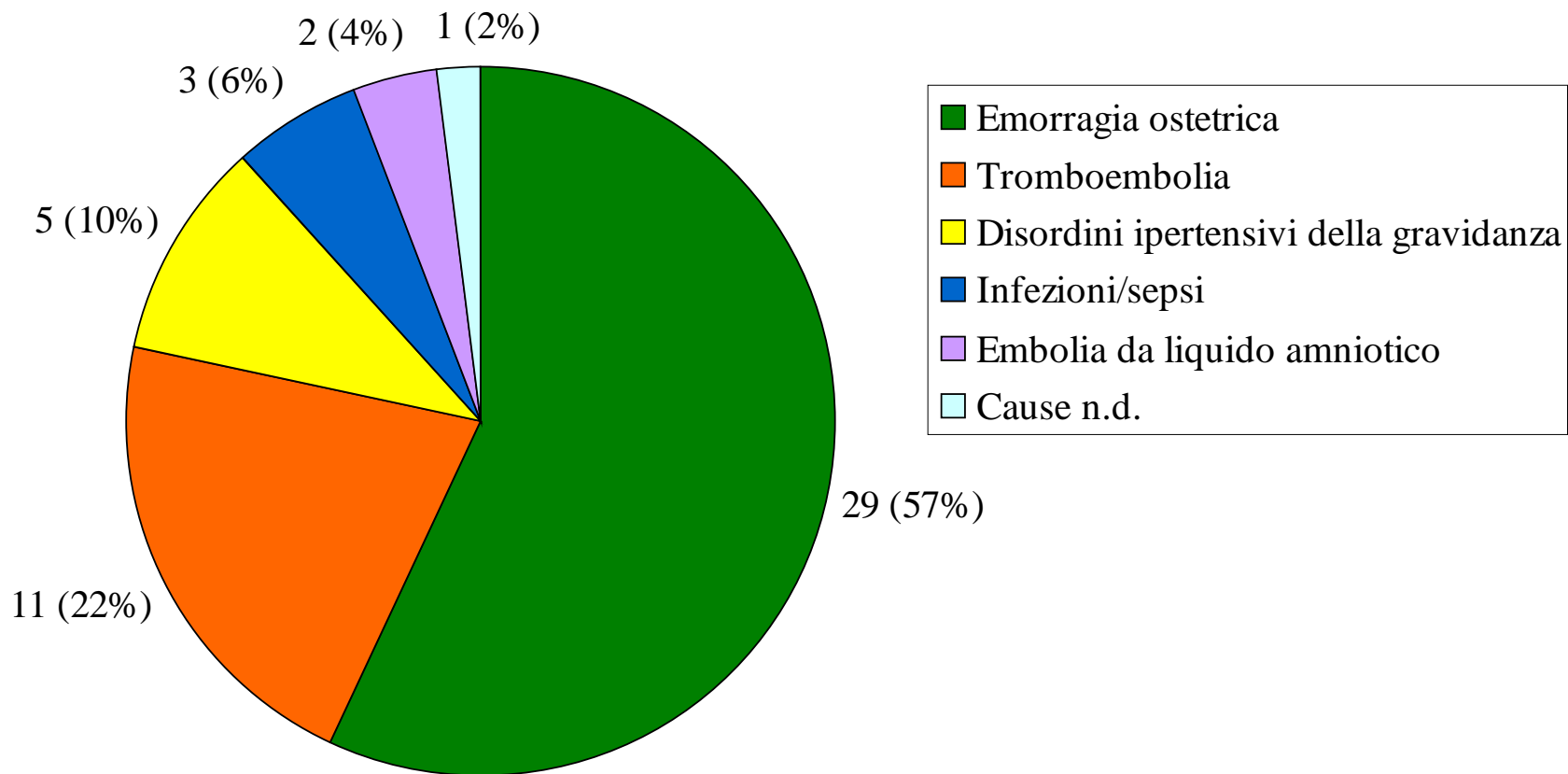
**Istruzione alta:** MMR= 8,8 (17 morti su 338.977 nati vivi-  
dati regione Lazio e Piemonte)

RR 95%CI: 1,9 (1,0-3,4)



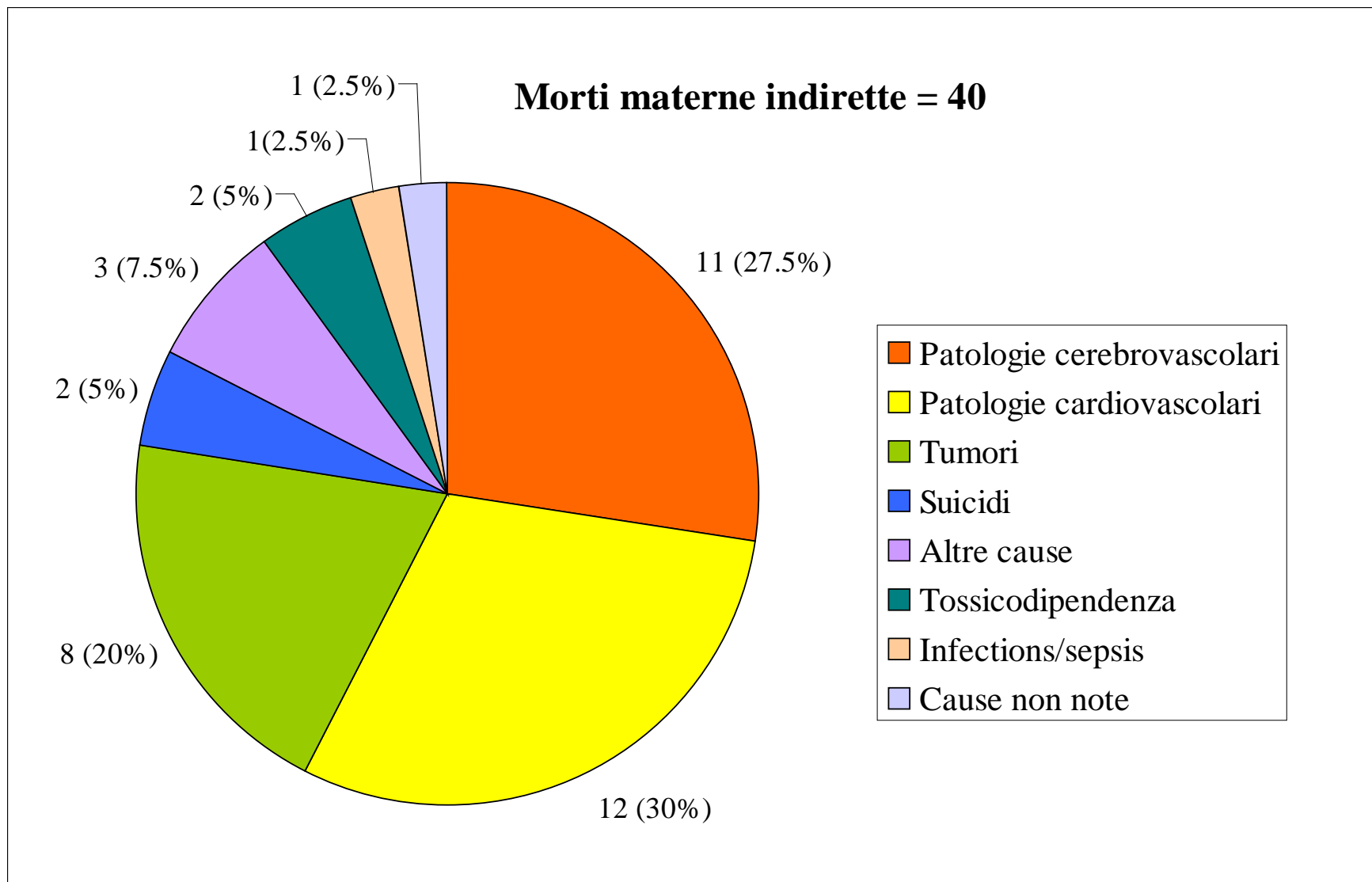
# Cause delle morti materne $\leq 42$ giorni

## Morti materne dirette = 51





# Cause delle morti materne $\leq 42$ giorni



# Obiettivi dello studio

1. Rilevare i casi e analizzare le principali cause associate alla mortalità materna attraverso studi di record-linkage tra le schede di morte ISTAT (ReM) e le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nelle Regioni partecipanti.

2. Rilevare e analizzare le principali cause di morbosità materna attraverso lo studio dei *near miss* mediante le SDO in collaborazione con le regioni partecipanti.

3. Mettere a punto modelli di sorveglianza della mortalità materna che possano essere implementati in Italia e in altri Paesi comunitari in collaborazione con l'OMS.

## ***Near miss cases: definizione OMS***

Una donna che sarebbe deceduta ma che è sopravvissuta alle complicazioni insorte durante la gravidanza, il parto o entro 42 giorni dal termine della gravidanza stessa

# Near miss: definizione e selezione dei casi

**SDO**



Donne residenti nelle Regioni partecipanti, di età compresa tra 15 e 49 anni, che hanno sviluppato complicazioni potenzialmente fatali durante la gravidanza, o entro 42 giorni dal parto, alle quali sono sopravvissute, con ricovero in terapia intensiva (codice specialità 49, 50) negli anni 2004-2005

# Near miss: Regioni partecipanti

Anni 2004 - 2005

## Copertura complessiva:

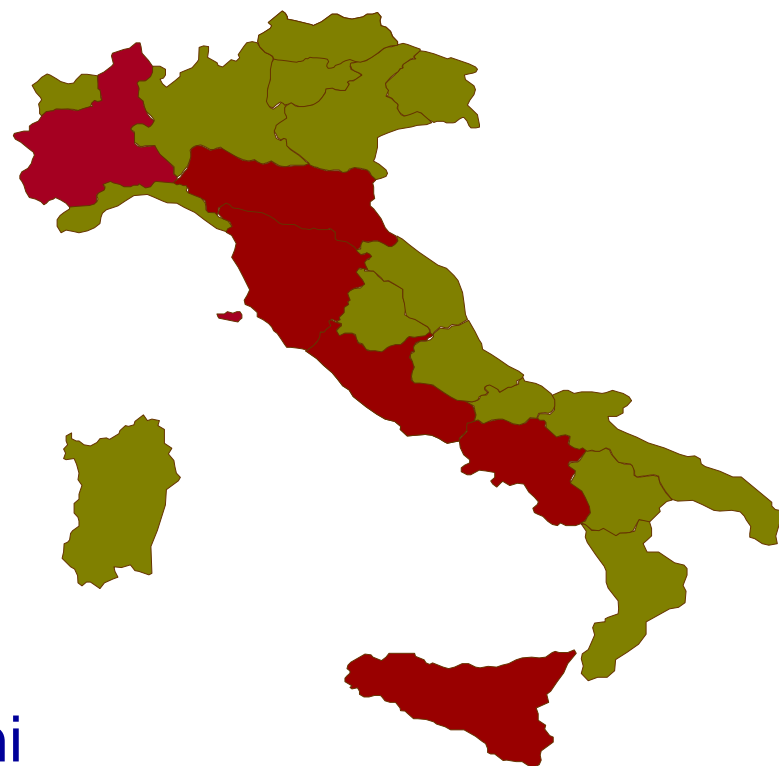
49% delle donne residenti  
in età 15-49 anni

Numero di parti 539.382

Terapie intensive e  
unità coronariche  
in tutte le province delle Regioni  
partecipanti: 0,5-0,7 posti letto  
per 1000 donne in età 15-49 anni

1259 near miss

Tasso di morbosità materna grave = 2,3 per 1000 parti



# Tassi specifici per età della donna

Regioni	near- miss		numero parti		tasso spec.		RR 95%CI
	<35 a	≥35 a	<35 a	≥35 a	<35 a	≥35 a	
Piemonte	227	121	52557	18947	4,3	6,4	1,5 (1,2-1,9)
Emilia - Romagna	139	68	53727	20370	2,6	3,3	1,3 (0,9-1,7)
Toscana	89	45	43020	17749	2,1	2,5	1,2 (0,8-1,7)
Lazio	140	71	74100	30919	1,9	2,3	1,2 (0,9-1,6)
Campania	102	44	103471	24174	1,0	1,8	1,8 (1,3-2,6)
Sicilia	147	70	80541	19666	1,8	3,6	2,0 (1,5-2,6)
<b>Totale</b>	<b>844</b>	<b>419</b>	<b>407416</b>	<b>131825</b>	<b>2,1</b>	<b>3,2</b>	<b>1,5 (1,3-1,7)</b>

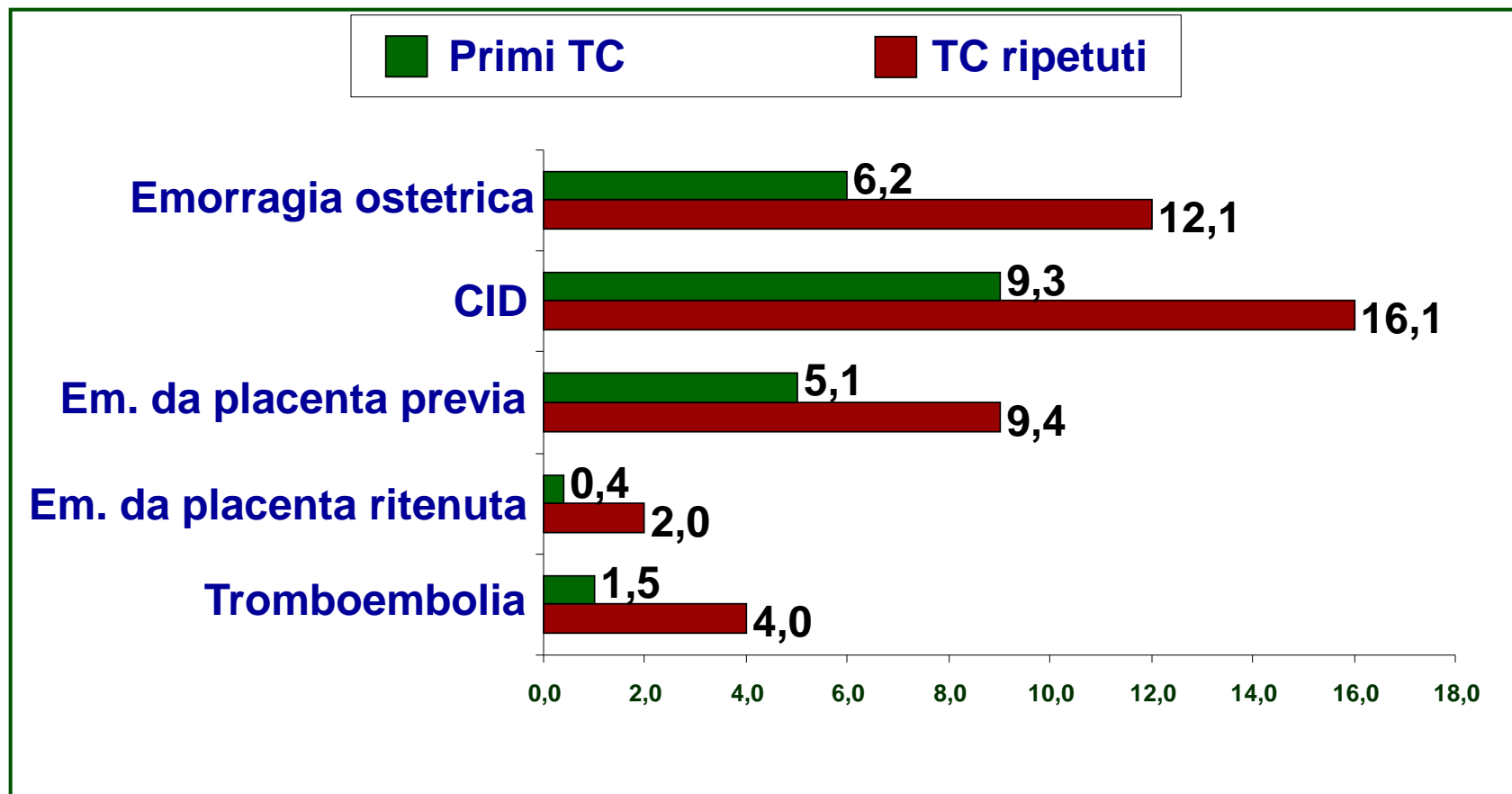
## Tassi specifici per modalità del parto

**parto vaginale: 0,7 (224 near miss su 304.425 parti)**

**taglio cesareo: 3,7 (870 near miss su 233.854 parti)**

**RR 95%CI: 5,3 (4,6-6,1)**

# Esiti in percentuale per modalità del parto



**Primi TC: N=729**

**TC ripetuti: N=149**



## Tassi specifici per livello di istruzione

**Istruzione bassa:** 2,9 (178 near miss su 61.356 parti – dati regioni Piemonte e Lazio)

**Istruzione alta:** 2,4 (211 near miss su 89.084 parti – dati regioni Piemonte e Lazio)

RR 95%CI: 1,2 (1,0-1,5)

## Tassi specifici per nazionalità

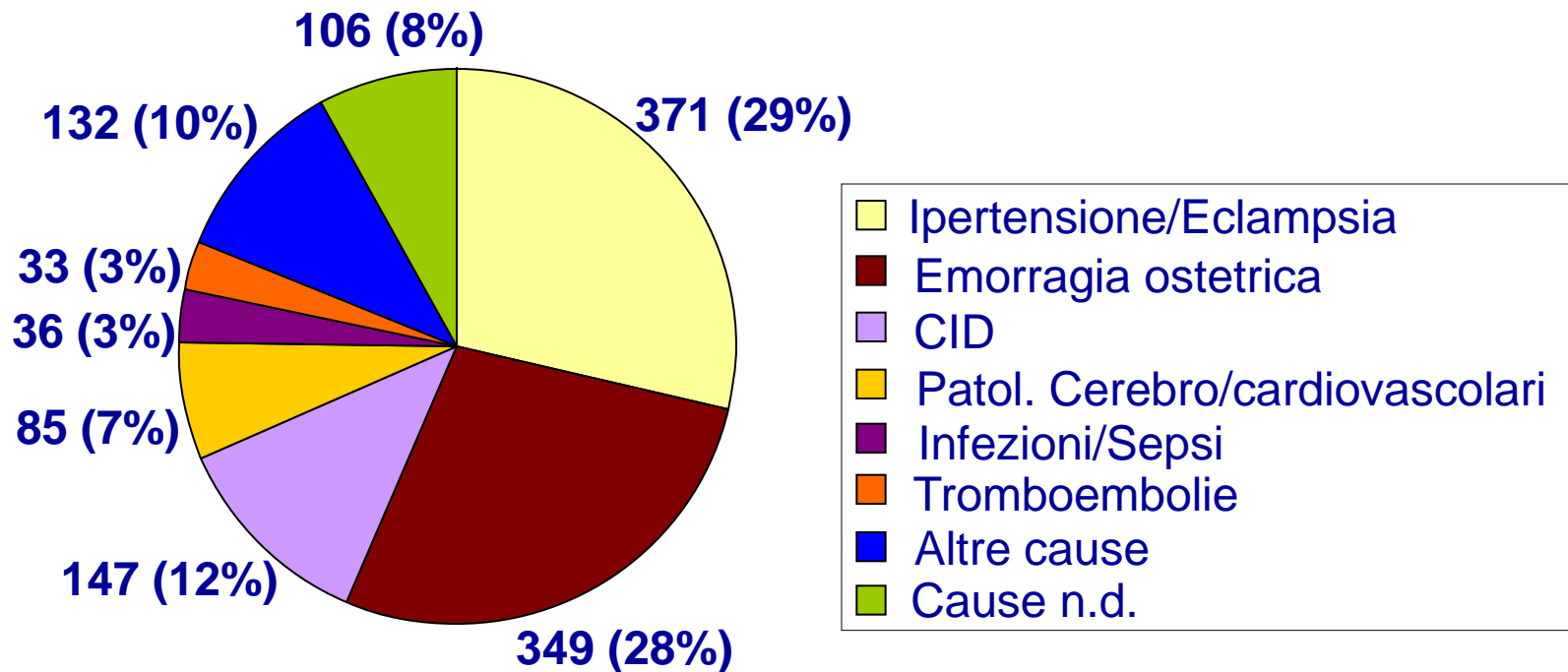
**Italiana:** 2,2 (1081 near miss su 487593 parti)

**straniera:** 3,6 (182 near miss su 50.266 parti)

RR 95%CI: 1,6 (1,4-1,9)



# Near miss: cause associate



# Considerazioni conclusive

Lo studio di record – linkage conferma un'importante sottostima (63%) del MMR calcolato attraverso il registro di mortalità nelle regioni partecipanti.

Gli MMR specifici per regione, istruzione e nazionalità evidenziano diseguaglianze meritevoli di attenzione.

Gli MMR specifici per modalità di espletamento del parto sollecitano una riflessione rigorosa sull'eccesso di TC.

La maggior parte delle morti rilevate nelle regioni partecipanti sono dirette e le loro cause sono, per buona parte, evitabili.

## Considerazioni conclusive

Approfondire la conoscenza delle cause dei casi di mortalità e morbosità materna grave (near miss) è prioritario rispetto a rilevarne l'esatto numero.

La rilevazione dei casi incidenti attraverso un sistema di sorveglianza rappresenta l'unica possibilità per costruire stime affidabili e promuovere percorsi di audit tra professionisti al fine di ridurre al minimo la quota di mortalità e morbosità materna evitabile.