



Sistema di sorveglianza della mortalità perinatale - SPitOSS Incontro con lo Steering Committee nazionale

13 giugno 2017

Aula Zampieri – Istituto Superiore di Sanità

Il progetto pilota di sorveglianza della mortalità
perinatale coordinato dall'ISS:
obiettivi e metodologia

Serena Donati, Paola D'Aloja, Ilaria Lega e Alice Maraschini
Istituto Superiore di Sanità



SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

La composizione dello steering committee nazionale

Prof. Giovanni Scambia

Dott. Elsa Viora

Prof. Nicola Colacurci

Dott. Andrea Dotta

Prof. Irene Cetin

Prof. Alberto Villani

Dott. Maria Vicario

Dott. Paola Stillo

Dott. Maria Grazia Frigo

Dott. Danilo Celleno

Prof. Maurizio Genuardi

Dott. Ezio Fulcheri

Dott. Ada Macchiarini

Dott. Claudia Ravaldi

Dott. Luisa Frova

Dott. Angela De Feo

SIGO (Società Italiana Ginecologia e Ostetricia)

AOGOI (Associazione Ginecologi Ospedalieri Italiani)

AGUI (Associazione Ginecologi Universitari Italiani)

SIN (Società Italiana Neonatologia)

SIMP (Società Italiana di Medicina Perinatale)

SIP (Società Italiana di Pediatria)

FNCO (Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche)

IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri Professionali)

SIARTI (Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva)

CIAO (Club Anestesisti Ostetrici)

SIGU (Società Italiana di Genetica Umana)

SIAPEC/IAP (Società Italiana Anatomia Patologica e Citologia Diagnostica)

Associazione Semi per la SIDS Onlus

Associazione Ciao Lapo

ISTAT

Ministero della Salute

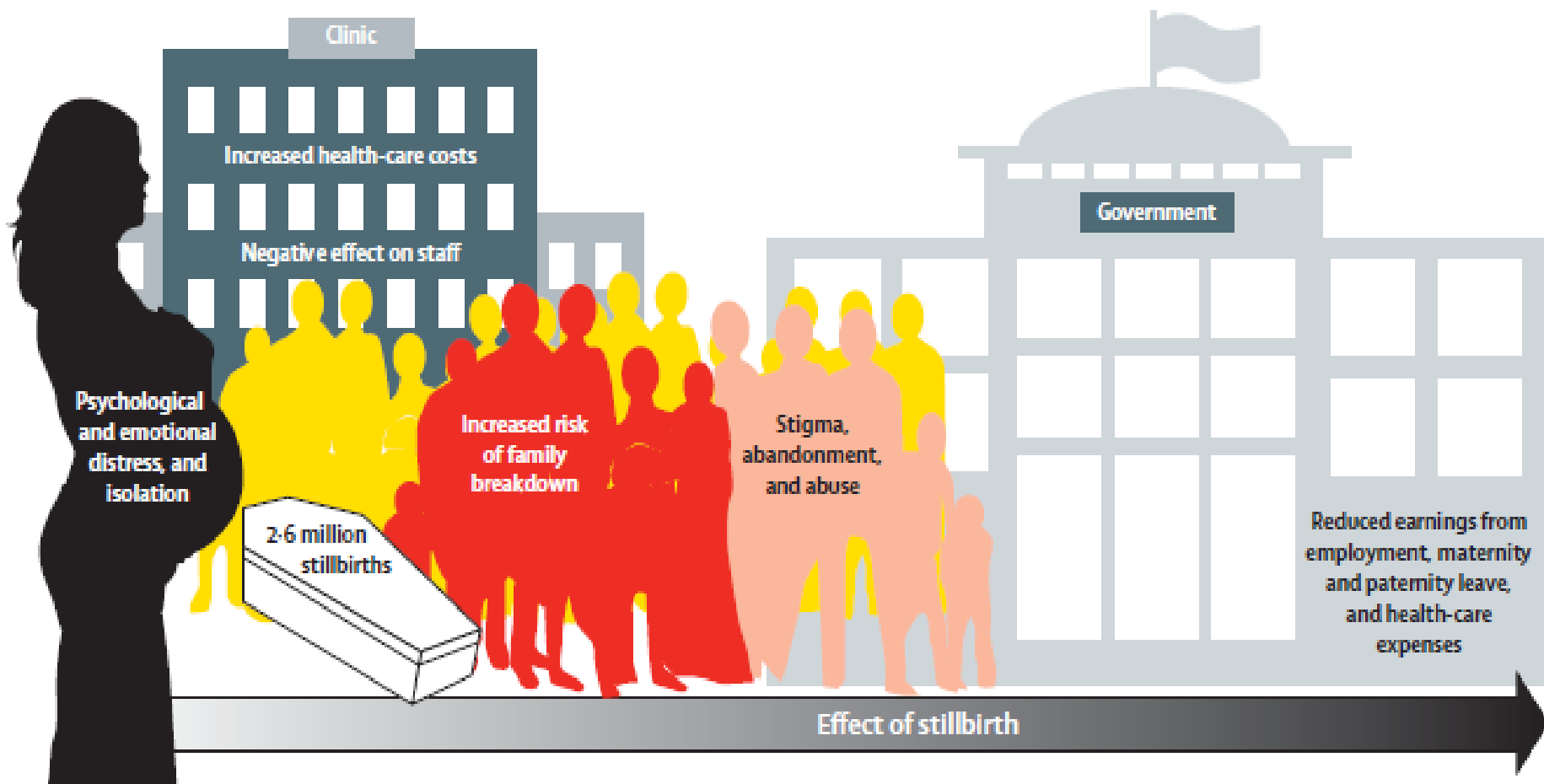


Programma della giornata

- Presentazione dei componenti dello steering committee
- La mortalità perinatale a livello globale e nei paesi ad alto reddito
- Obiettivi e metodi del progetto pilota di sorveglianza ISS-regioni
- Il sistema di classificazione ICD-PM
- Discussione
- Lo steering committee nazionale di progetto: obiettivi e potenzialità
- Discussione

Effetto della natimortalità sulle donne, famiglie, servizio sanitario, società e istituzioni governative.

THE LANCET



At the end of the Millennium Development Goals



**No woman
should die
while giving
life**

303,000 die



**No
baby
stillborn**

2.6 million die



**No
newborn
born to die**

2.7 million die



**No child
dying or
stunted**

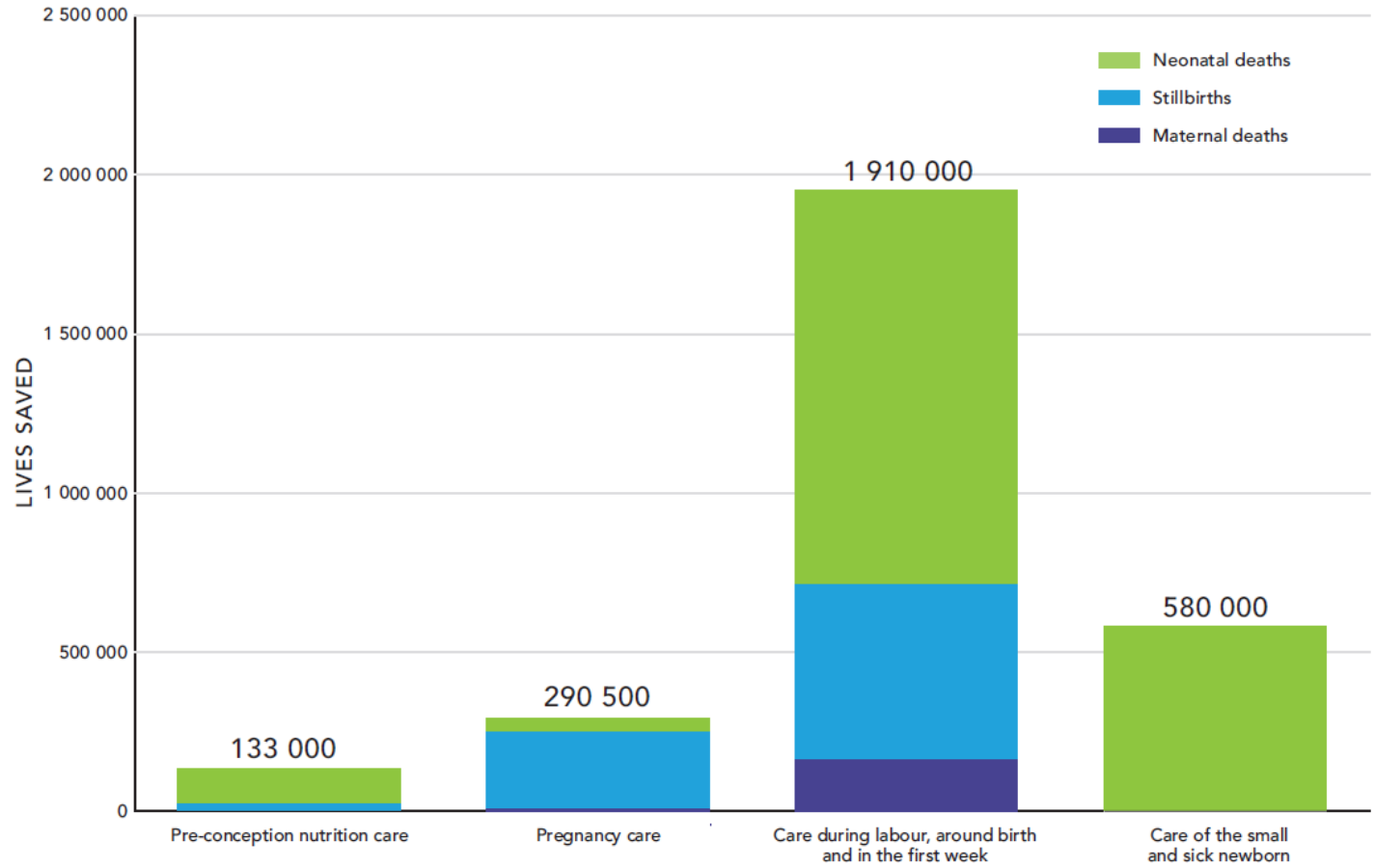
3.2 million die

Progress slower than
for child or maternal mortality

Almost 9 million deaths of women and children, 6 million related to pregnancy and birth

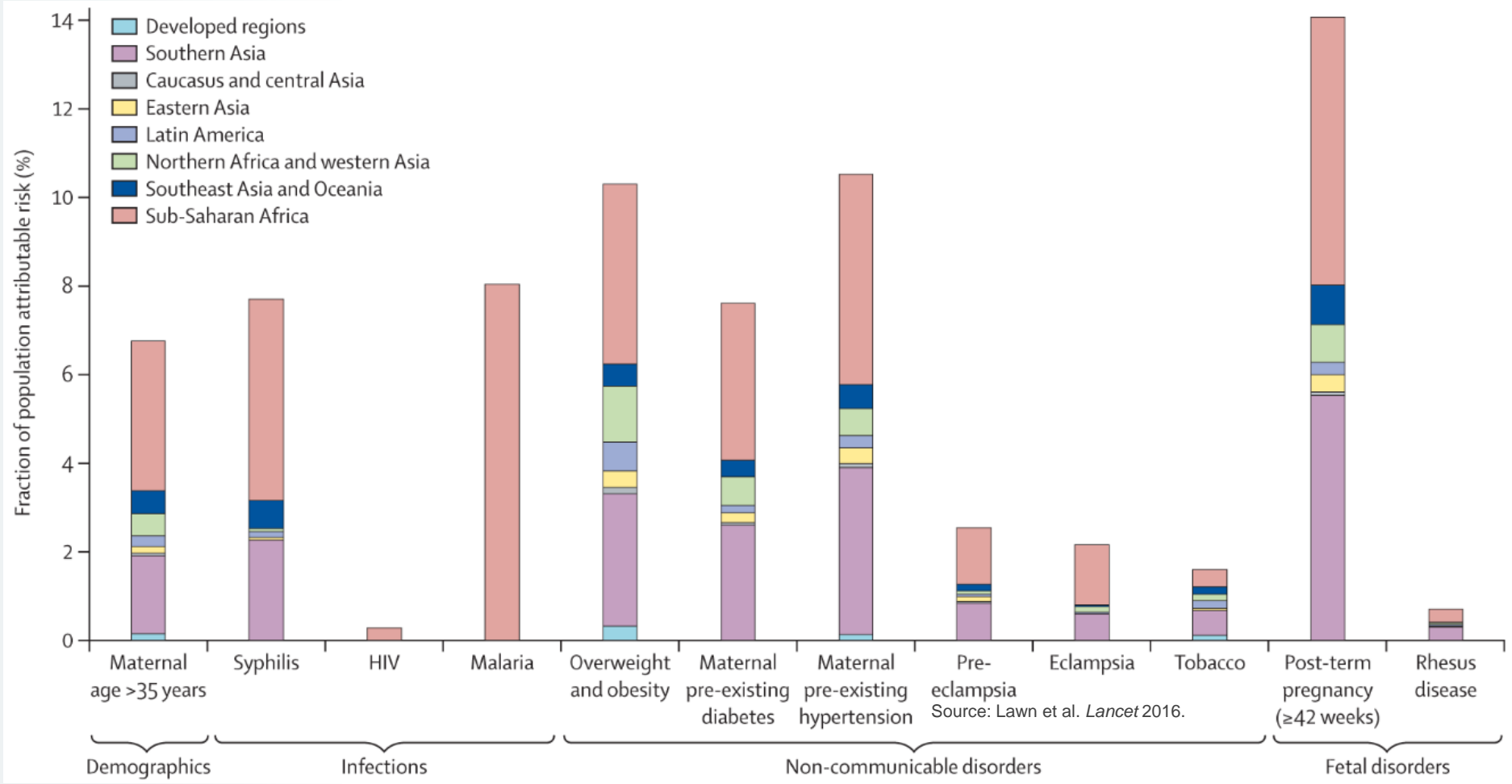


Fig. 3 Lives that could be saved by 2025 with universal coverage of care



Source: *The Lancet* Every Newborn Series, Bhutta Z et al. *Lancet*, 2014 (6).

Fattori di rischio di natimortalità prevenibili

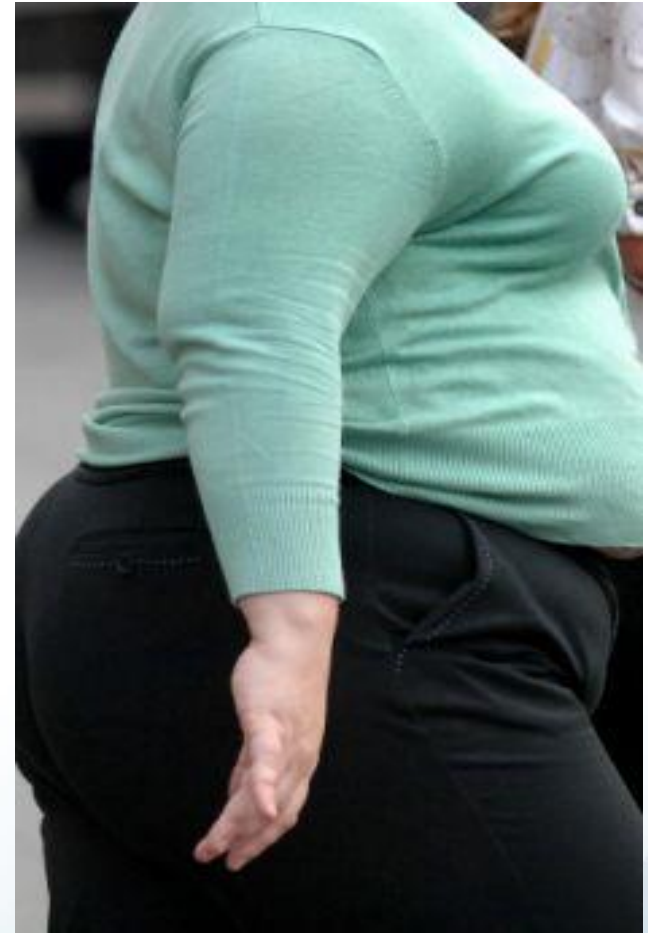


Fattori di rischio per natimortalità modificabili nei paesi ad alto reddito

Nei paesi ad alto reddito il **90% delle morti in utero** avviene **ante partum**.

Le morti sono spesso associate allo stile di vita e riguardano anche **fattori di rischio prevenibili** come l'obesità, il fumo di sigaretta, l'inappropriata assistenza in gravidanza incluso il mancato riconoscimento dei feti a rischio.

Nei paesi ad alto reddito le attività di ricerca sul tema della mortalità perinatale possono essere migliorate a partire da un appropriato e univoco approccio alla **classificazione delle morti perinatali**.



L'obesità è responsabile del 30% di tutti i nati morti



MADRI INDIGENTI NEI PAESI AD ALTO SVILUPPO



IL RISCHIO PIÙ ALTO PER LE FAMIGLIE PIÙ POVERE Incidenza doppia di morte in utero



- ✓ basso livello culturale
- ✓ madri fumatrici (fino al 60%)
- ✓ limitato accesso a cure ostetriche appropriate

Un approccio etico alla salute globale dovrebbe raggiungere le donne più povere, le loro famiglie e i loro figli



Strategic objective 1

Strengthen and invest in care during labour, birth and the first day and week of life.

A large proportion of maternal and newborn deaths and stillbirths occur within this period, but many deaths and complications can be prevented by ensuring high-quality essential care to every woman and baby during this critical time.

Strategic objective 2

Improve the quality of maternal and newborn care. Substantial gaps in the quality of care exist across the continuum for women's and children's health. Many women and newborns do not receive quality care even when they have contact with a health system before, during and after pregnancy and childbirth. Introducing high-quality care with high-impact, cost-effective interventions for mother and baby together – delivered, in most cases, by the same health providers with midwifery skills at the same time – is key to improvement.

Strategic objective 3

Reach every woman and newborn to reduce inequities. Having access to high-quality health care without suffering financial hardship is a human right. Robust evidence for approaches to ending preventable newborn deaths is available and, if applied, can effectively accelerate the coverage of essential interventions through innovations and in accordance with the principles of universal health coverage.

Strategic objective 4

Strategic objective 5

Count every newborn through measurement, programme-tracking and accountability.

Measurement enables managers to improve performance and adapt actions as needed. Assessing outcomes and financial flows with standardized indicators improves accountability. There is a need to improve metrics globally and nationally, especially for birth outcomes and quality of care around the time of birth. Every newborn needs to be registered and newborn and maternal deaths and stillbirths need to be counted.





Leisher *et al.* *BMC Pregnancy and Childbirth* (2016) 16:295
DOI 10.1186/s12884-016-1071-0

BMC Pregnancy and Childbirth

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Seeking order amidst chaos: a systematic review of classification systems for causes of stillbirth and neonatal death, 2009–2014

Susannah Hopkins Leisher^{1,2*}, Zheyi Teoh¹, Hanna Reinebrant^{1,2}, Emma Allanson^{3,4}, Hannah Blencowe⁵, Jan Jaap Erwich^{2,6}, J. Frederik Frøen^{7,8}, Jason Gardosi⁹, Sanne Gordijn^{2,6}, A. Metin Gülmezoglu³, Alexander E. P. Heazell^{2,10,11}, Fleurisca Korteweg^{2,12}, Joy Lawn⁵, Elizabeth M. McClure^{2,13}, Robert Pattinson¹⁴, Gordon C. S. Smith¹⁵, Özge Tunçalp³, Aleena M. Wojcieszek^{1,2} and Vicki Flenady^{1,2}



Progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale (SPitOSS)

Regioni partecipanti: Lombardia, Toscana e Sicilia



Presidi ospedalieri coinvolti: 137

Tipo di studio: *population based*

Progetto nato nell'ambito dell'*Italian Obstetric Surveillance System -ItOSS*

Finanziato dal **Ministero della Salute**
programma CCM 2016 - Azioni Centrali

Approvato all'unanimità
dal **Comitato Etico ISS**



SPiOSS
Italian Perinatal Surveillance System

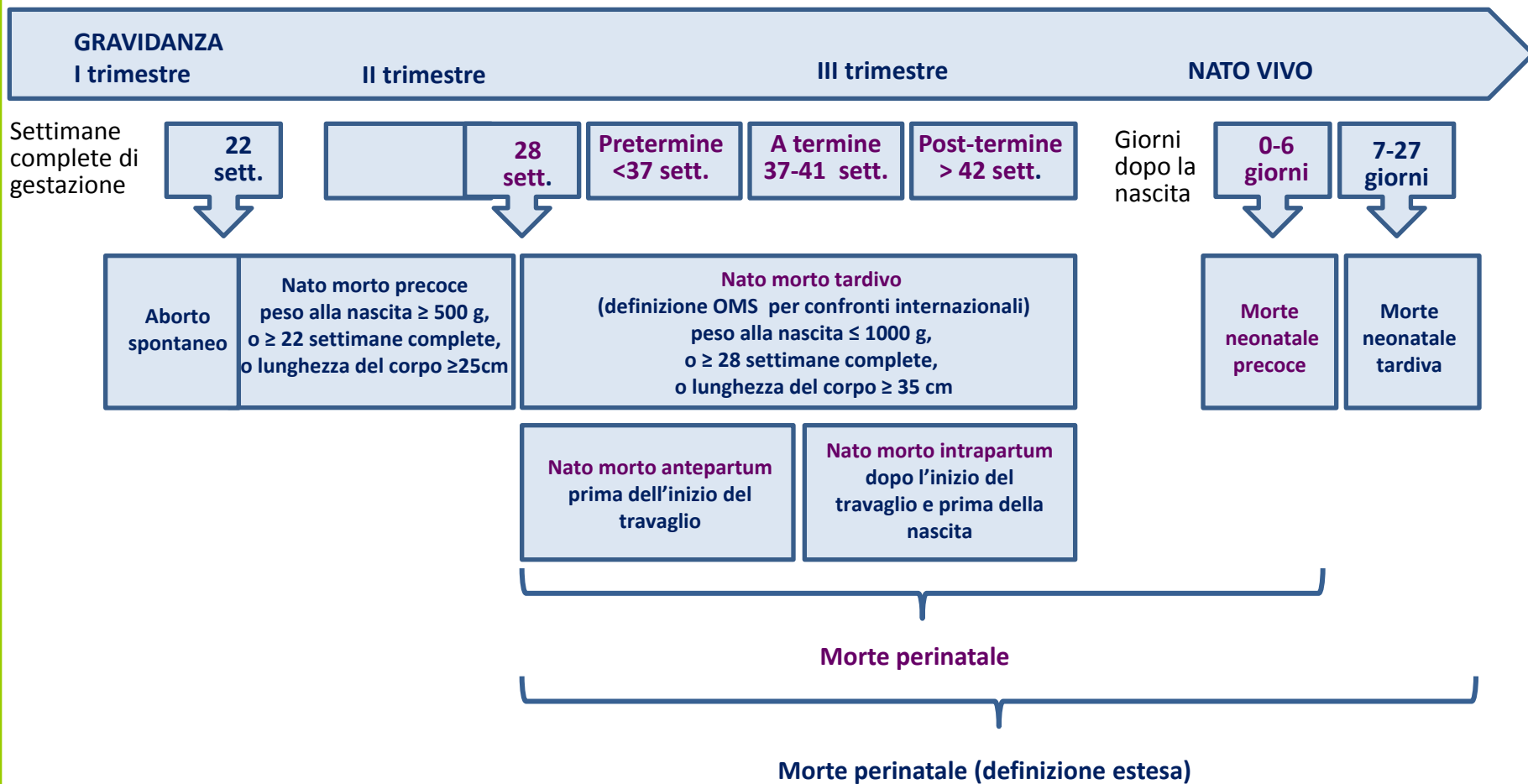
Obiettivo generale

Implementare un modello pilota di sorveglianza attiva della **mortalità in utero tardiva e della mortalità neonatale precoce** nelle regioni Lombardia, Toscana e Sicilia per produrre stime *population-based* della mortalità perinatale e informazioni utili a prevenire i decessi perinatali evitabili.



Definizione di morte perinatale

SPItOSS: «Morte in utero e nato morto dopo 28 settimane di gestazione o più, nati vivi deceduti entro sesto giorno di vita completo ossia 6 gg + 23 h»



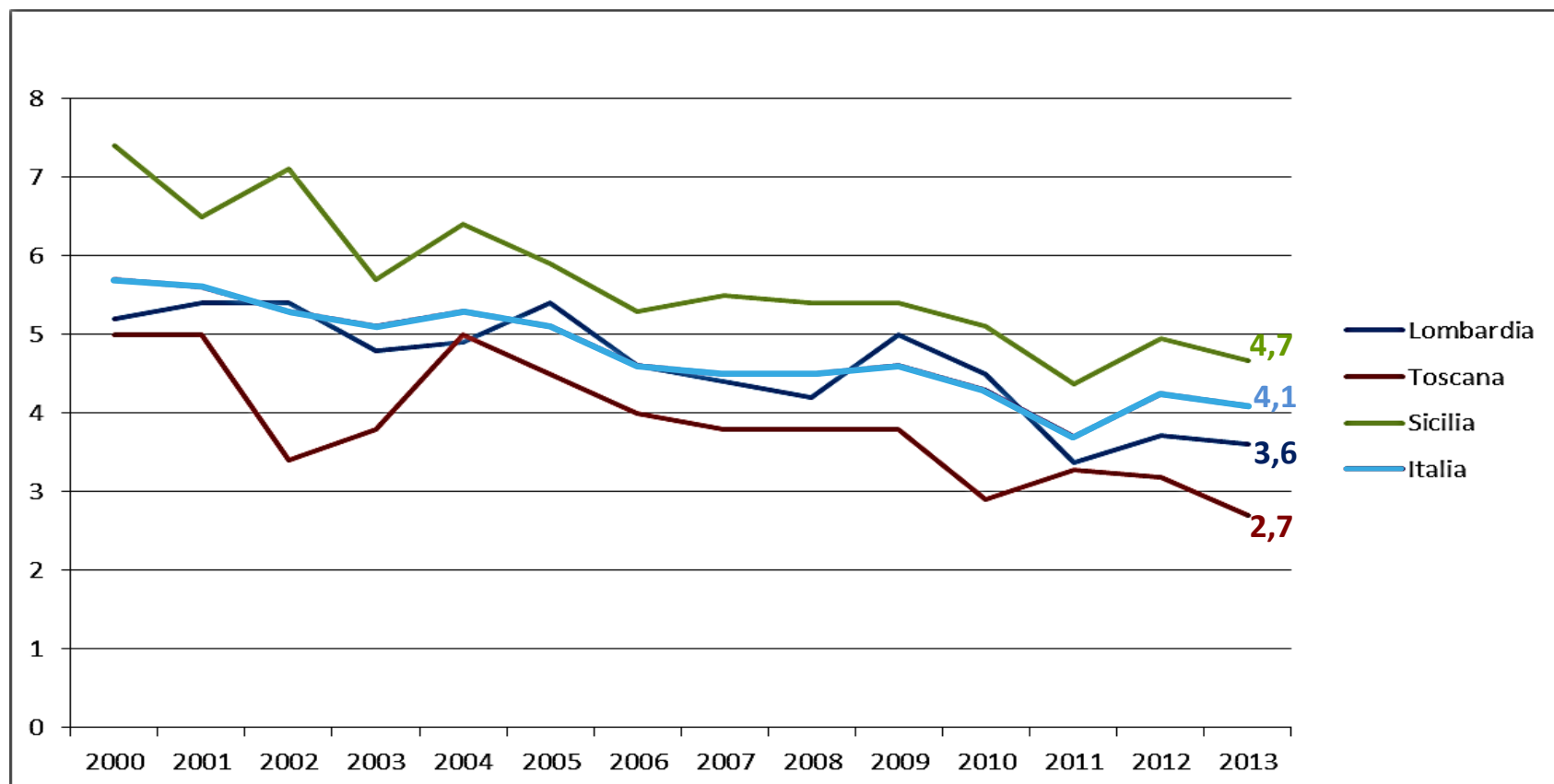


SPIOSS
Italian Perinatal Surveillance System

Obiettivo specifico 1:

Rilevare *il tasso di incidenza* delle morti perinatali utilizzando i flussi sanitari correnti.

Mortalità perinatale per regione di evento (tasso per 1000 nati)



Fonte: ISTAT 2013 - Indagine sulle cause di morte, Rilevazione mensile degli eventi demografici di stato civile



Gli attori del sistema di sorveglianza

Istituto Superiore di Sanità

Unità operative
Regioni Lombardia, Toscana e Sicilia

137 presidi sanitari con U.O.
ostetricia/neonatologia e/o TIN

Direzioni sanitarie, 1 referente ginecologo e 1 referente neonatologo/pediatra
in ciascun presidio censito e risk manager aziendali

Tutto il personale che assiste la donna e il neonato nei presidi sanitari

Gli esperti dei comitati multiprofessionali regionali
responsabili delle indagini confidenziali

I componenti dello steering committee nazionale



SPiOSS
Italian Perinatal Surveillance System

Unità operative di coordinamento

ISS: Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, CNAPPS

(Dott.ssa Serena Donati, Dott.ssa Paola D'Aloja, Dott.ssa Ilaria Lega, Dott.ssa Alice Maraschini, Silvia Andreozzi e Mauro Bucciarelli)

Regioni:

Lombardia, con il coordinamento locale della Regione Lombardia (responsabili scientifici: Prof.ssa Patrizia Vegani e Dott. Roberto Bellù)

Toscana, con il coordinamento locale dell'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) Toscana

(responsabili scientifici: Dott. Fabio Voller, Prof. Carlo Dani e Dott. Federico Mecacci)

Sicilia, con il coordinamento locale dell'Osservatorio Epidemiologico dell'Assessorato regionale della Salute

(responsabili scientifici: Dott.ssa Gabriella Dardanoni, Dott.ssa Maria Rosa d'Anna e Dott.ssa Angela Motta)

I presidi sanitari censiti e coinvolti nella sorveglianza

Numero strutture (anno 2017)	Lombardia	Toscana	Sicilia
Solo ostetricia/neonatologia	47	17	29
Ostetricia/neonatologia e TIN	19	7	17
Solo TIN	-	1	-
TOTALE	66	25	46
TOTALE NATI 2015*	84149	27494	43307

*Fonte: ISTAT



SPiOSS
Italian Perinatal Surveillance System

Procedure del sistema di sorveglianza

Segnalazione dei casi incidenti

- Segnalazione della morte via web entro 48 ore (referente di struttura)
- Fotocopia della cartella clinica



Audit multiprofessionale

- Audit interno al presidio sanitario (referente di struttura e risk manager)
- Compilazione Modello SP1 (stesso ID feto/neonato della scheda di segnalazione)
- Consegna SP1 e cartella clinica, resa anonima, al referente regionale

Indagine confidenziale

- Indagine confidenziale dei casi campionati in ISS (Comitato regionale)
- Compilazione Modello SP2 (stesso ID feto/neonato della scheda di segnalazione)
- Consegna SP1, SP2 e cartella clinica, resa anonima, al referente regionale

Revisione centrale

- Revisione dei casi presso l'ISS (Comitato tecnico-scientifico)
- Incontro collegiale annuale per revisione dei casi incerti o discordanti



Il materiale didattico del pacchetto formativo consegnato ai referenti di struttura

Documenti:

- Protocollo originale dello studio
- Protocollo breve per i professionisti sanitari
- Sintesi del manuale ICD-PM

Modulistica:

- Modulo sulle caratteristiche organizzative di struttura
- Scheda di segnalazione della morte perinatale
- Modulo SP1
- Modulo SP2
- Modulo di dichiarazione di conflitto di interessi
- Modulo di dichiarazione di riservatezza

Presentazioni in pdf utilizzate nella giornata di formazione



Segnalazione dei casi incidenti

I referenti ricevono dal coordinatore regionale un **ID** e una **password di struttura per collegarsi al sito internet** dedicato alla sorveglianza, predisposto ad hoc dall'ISS.

In ogni caso di **morte perinatale**, uno dei due referenti del presidio sanitario dove è avvenuto il decesso lo **segnala entro 48 ore** tramite la scheda di segnalazione online appositamente predisposta, che genera in automatico un **codice identificativo del neonato**.

Entro un mese dall'avvio del progetto i referenti di struttura compilano un **modulo online sulle caratteristiche organizzative** del proprio presidio sanitario da aggiornare una volta l'anno.



Scheda di segnalazione del decesso perinatale

Data di segnalazione
gg mm aa

ID feto/neonato

ATTENZIONE: riportare lo stesso codice sul modulo SP1

Data presunta decesso:
gg mm aa

TIMING DEL DECESSO

- Antepartum (prima dell'inizio del travaglio)
- Intrapartum (durante il travaglio/parto)
- Entro i primi 7 giorni di vita

INFORMAZIONI GRAVIDANZA

Gravidanza plurima no si

Se sì, n. nati vivi (scrivere 9 se sconosciuto) n. nati morti (scrivere 9 se sconosciuto)

NB. In caso di gravidanza plurima compilare una scheda di segnalazione e un modulo SP1 per ciascun decesso perinatale; per le segnalazioni successive alla prima inserire l'ID feto/neonato del/i gemello/i deceduto/i nel campo Note della Scheda di segnalazione del decesso perinatale e del Modulo SP1 (pag. 4)

Note _____



Modulo caratteristiche organizzative dei presidi sanitari

Regione _____

Punto nascita I livello II livello

Numero parti anno Numero nati anno

% tagli cesarei totali %

% parti vaginali %

% parti vaginali operativi %

% nati pretermine (< 37 sett) %

% nati peso < 2500 g %

% nati outborn %

Quali delle seguenti figure professionali sono disponibili h24?

Dedicate unicamente alla UO di ostetricia/neonatologia		Presenti nel punto nascita dove è collocata la UO di ostetricia/neonatologia	
Ginecologo	<input type="checkbox"/>	Ginecologo	<input type="checkbox"/>
Anestesista	<input type="checkbox"/>	Anestesista	<input type="checkbox"/>
Ostetrica	<input type="checkbox"/>	Ostetrica	<input type="checkbox"/>
Pediatra/Neonatologo	<input type="checkbox"/>	Pediatra/Neonatologo	<input type="checkbox"/>

segue



SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

segue Modulo caratteristiche organizzative dei presidi sanitari

Presenza di reparto “dedicato” di patologia della gravidanza Sì No

Presenza di reparto di terapia intensiva per adulti Sì No

Presenza di TIN Sì No

In caso di assenza di TIN è prevista una TIN di riferimento? Sì No

È disponibile una integrazione funzionale con una rete di servizio STEN? Sì No

È disponibile una integrazione funzionale con una rete di servizio STAM? Sì No

L'audit interno alla struttura

In ogni caso di morte perinatale **deve essere organizzato un audit locale** che preveda la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza.





Il Significant Event Audit (SEA)

L'analisi dell'evento significativo deve essere guidata rispondendo a quattro quesiti:

1. Cosa è accaduto?
2. Perché è accaduto?
3. Cosa è possibile imparare dall'analisi dell'evento?
4. Quali azioni è possibile intraprendere per prevenire casi analoghi?



SPiOSS
Italian Perinatal Surveillance System

Il Significant Event Audit (SEA)

Cosa è accaduto?

Descrivere nel dettaglio come è avvenuto il decesso e chi è stato coinvolto nell'assistenza. Considerare inoltre l'impatto dell'evento sui familiari della donna per gestire in maniera efficace la comunicazione, sul team assistenziale e sull'organizzazione.

Perché è accaduto?

Descrivere le cause principali e secondarie che hanno contribuito al verificarsi del decesso, specificando gli aspetti positivi e negativi che hanno caratterizzato l'assistenza. Considerare, ad esempio, la professionalità del team assistenziale, l'eventuale carenza del sistema organizzativo, la mancanza di appropriate conoscenze e la complessità dell'evento. Specificare se il decesso può essere definito, a parere del gruppo multidisciplinare, un evento prevenibile.



SPiOSS
Italian Perinatal Surveillance System

Il Significant Event Audit (SEA)

Cosa è possibile imparare dall'analisi dell'evento?

Confermare che è stata effettuata un'analisi di gruppo dell'evento e prendere in esame, ad esempio, la necessità di **aggiornamento e training**; il bisogno di rispettare **procedure e protocolli**; la necessità di riconsiderare il lavoro di team e la comunicazione.

Quali azioni è possibile intraprendere per prevenire casi analoghi?

Descrivere, ove opportuno e fattibile, le **azioni concordate e promosse alla luce del caso preso in esame**. Considerare, ad esempio, l'opportunità di introdurre, aggiornare o correggere un protocollo assistenziale e predisporre le modalità di effettuazione e di verifica delle azioni concordate.

Modulo SP1 per i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza



MODULO SP1

Data compilazione scheda:
gg mm aa

ID feto/neonato

Data decesso:
gg mm aa ore minuti Ora certa no sì

Data parto:
gg mm aa ore minuti

Parto avvenuto nello stesso punto nascita in cui si è verificato il decesso no sì

Morte materna: no sì

Anni di scolarità materna: non conosciuto (n.c.)

Cittadinanza materna: italiana straniera (specificare _____) n.c.

Paese di nascita madre: italiana altro paese (specificare _____) n.c.

Madre single (non coniugata/non convivente) no sì

Fattori di rischio materni

Età materna: (anni compiuti al momento del parto)

Parità: (numero parti precedenti)

Se precedenti nati presenza di: nati morti nati pretermine nati di basso peso per età gestazionale

Aborti spontanei n. IVG n. RCU n.

Esposizioni potenzialmente dannose:

Obesità (BMI >30) no sì n.c.

Fumo nei 5 anni precedenti la gravidanza no sì n.c.

Se sì, interruzione prima della gravidanza no sì n.c.

Fumo in gravidanza no sì n.c.

Interruzione del fumo durante la gravidanza: no sì, nel I trim. sì, nel II-III trim n.c.

Alcol in gravidanza (> 5 drink/settimana) no sì n.c.

Farmaci (se rischio sconosciuto specificare _____) no sì n.c.

Sostanze d'abuso (specificare _____) no sì n.c.

Note _____



segue Modulo SP1 per i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza

Gravidanza:

Gravidanza singola plurima se plurima, *vitalità* altri nati: nati vivi n. nati morti n.

Età gestazionale: settimane giorni calcolata stimata ecograficamente

PMA no sì

Se PMA, eterologa no sì, paterna sì, materna sì, doppia

Assistenza in gravidanza privata
 pubblica
 ambulatorio gravidanza a rischio
 altro (specificare _____)

Prima visita in gravidanza entro la 14^a settimana no sì

Numero di ecografie in gravidanza Ecografia morfologica no sì

Diagnosi prenatale invasiva no sì

Test di Kleihauer-Betke/Citometria a flusso no sì Test di Coombs indiretto no sì

Tampone vagino rettale Strepto β g.B no sì

Sierologia: Rosolia no sì Toxoplasmosi no sì Sifilide no sì

Patologia della gravidanza no sì (specificare _____)

Esecuzione profilassi steroidea: no sì Se sì: n. dosi n. cicli

Note _____



segue Modulo SP1 per i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza

Travaglio e parto

Inizio del travaglio: spontaneo indotto TC programmato

Presenza BCF al momento del ricovero: no sì

Modalità del parto: vaginale vaginale operativo TC programmato TC urgente
 TC dopo fallimento parto vaginale operativo

Neonatologo presente al parto no sì

Peso: grammi Sesso: M F

Score di Apgar: 1 min. 5 min. Intubato a 5 min. no sì

Ph cordonale , n.c.

Morbosità neonatale

Sepsi precoce no sì

Emorragia intraventricolare no sì

Ipertensione polmonare no sì

Sindrome da distress respiratorio neonatale no sì

Malformazioni congenite no sì

Altro no sì, specificare _____

Rianimazione

non necessaria maschera e pallone intubazione

non effettuata massaggio cardiaco somministrazione di adrenalina

altro, specificare _____

Note _____



SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

segue Modulo SP1 per i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza

Timing del decesso

antepartum intrapartum entro i primi 7 giorni di vita

Ultimi movimenti fetali avvertiti ore prima della diagnosi di morte fetale n.c.

Valutazione clinica: decesso riferibile a ore prima della diagnosi di morte fetale n.c.

Note _____

Indagini effettuate

esame esterno feto no sì esame placenta no sì

fotografia feto no sì riscontro diagnostico/autopsia no sì

Interessamento autorità giudiziaria no sì

Note _____



segue Modulo SP1 per i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza

Fattori non clinici che possono aver contribuito al decesso

- Ritardo della donna nel cercare assistenza
- Rifiuto di terapie e/o ricovero
- Inadeguatezza dei mezzi di trasporto da casa alla struttura sanitaria
- Inadeguatezza dei mezzi di trasporto tra diverse strutture sanitarie (es. ritardo nel reperire l'ambulanza per il trasferimento)
- Inadeguatezza nella documentazione clinica ai fini del chiaro inquadramento del paziente
- Inadeguatezza nella comunicazione tra professionisti sanitari nella gestione del processo assistenziale
- Inadeguatezza nella comunicazione tra professionisti sanitari e pazienti/familiari accompagnatori
- Inadeguatezza dei servizi (es. posti letto insufficienti, sala operatoria non disponibile, rianimazione fuori sede, lunga attesa al pronto soccorso)
- Inadeguatezza delle strutture (es. sala parto e sala operatoria cesarei su piani diversi)
- Inadeguatezza delle attrezzature (es. mancanza di strumentazione)
- Inadeguatezza dei materiali di consumo (es. sacche di sangue ed emoderivati)
- Inadeguatezza di risorse umane (es. personale medico, ostetrico e/o infermieristico disponibile e/o reperibile)
- Inadeguatezza legata all'organizzazione del lavoro (es. organizzazione dei turni, fatica, stress)
- Inadeguatezza di conoscenze/competenze dei professionisti sanitari
- Inadeguatezza dei servizi di mediazione culturale
- Dimissione precoce inappropriata
- Altro, specificare _____
- Nessuno



SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

segue **Modulo SP1 per i professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza**

Causa principale di morte perinatale

Codice ICD-PM (tabella 1)

Codice ICD-10 morte perinatale

Codice condizione materna principale correlata (tabella 2) gruppo specifica

Altra causa di morte perinatale

Codice ICD-10

Altra condizione materna correlata

Codice altra condizione materna correlata (tabella 2) gruppo specifica

Note _____



SPHCSS
Italian Perinatal Surveillance System



BJOG

An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

DOI: 10.1111/1471-0528.14243

www.bjog.org

Commentary

Giving a voice to millions: developing the WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM

ER Allanson,^{a,b} Ö Tunçalp,^b J Gardosi,^c RC Pattinson,^d JP Vogel,^b JJHM Erwich,^e VJ Flenady,^{f,g} JF Frøen,^{h,i} J Neilson,^j A Quach,^k A Francis,^c D Chou,^b M Mathai,^l L Say,^b AM Gülmezoglu^b



The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM



L'applicazione dell'ICD-10 alle morti perinatali a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: l'ICD-PM

L'ICD-PM riduce gli errori di codifica e migliora la qualità dell'attribuzione delle cause di morte perinatale.

1. rileva il **timing** della morte perinatale distinguendo le morti **ante partum** (prima dell'inizio del travaglio), **intra partum** (durante il travaglio, ma prima della nascita) o **neonatali precoci** (entro 7 giorni di vita postnatale);

2. applica un approccio che, attraverso **diversi livelli di approfondimento** della classificazione della causa di morte, riflette le informazioni disponibili nel contesto in cui si verifica la morte perinatale.

3. permette di evidenziare **la correlazione tra la condizione materna e quella perinatale.**

Table 1. The ICD-PM system: perinatal causes of death, separated by timing of death, and maternal condition at the time of perinatal death

Main perinatal cause of death ICD-PM groups

Antepartum death		Intrapartum death		Neonatal death	
A1	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	I1	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities	N1	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
A2	Infection	I2	Birth trauma	N2	Disorders related fetal growth
A3	Antepartum hypoxia	I3	Acute intrapartum event	N3	Birth trauma
A4	Other specified antepartum disorder	I4	Infection	N4	Complications of intrapartum events
A5	Disorders related fetal growth	I5	Other specified intrapartum disorder	N5	Convulsions and disorders of cerebral status
A6	Antepartum death of unspecified cause	I6	Disorders related to fetal growth	N6	Infection
		I7	Intrapartum death of unspecified cause	N7	Respiratory and cardiovascular disorders
				N8	Other neonatal conditions
				N9	Low birthweight and prematurity
				N10	Miscellaneous
				N11	Neonatal death of unspecified cause
Maternal condition					
	M1	Complications of placenta, cord and membranes			
	M2	Maternal complications of pregnancy			
	M3	Other complications of labour and delivery			
	M4	Maternal medical and surgical conditions			
	M5	No maternal condition			

Selezione dei casi da sottoporre ad indagine confidenziale

In base al tasso di mortalità perinatale ISTAT e al numero di nati per regione, i casi attesi di morte perinatale in un mese sono 7 in Toscana, 17 in Sicilia e 25 in Lombardia.

Presso l'ISS si procederà a selezionare, tramite campionamento probabilistico, un campione rappresentativo del totale delle morti perinatali segnalate da ciascuna regione, da sottoporre a indagine confidenziale regionale.

I comitati multiprofessionali regionali sono nominati dalla regione e composti da neonatologi, ginecologi, anestesisti, ostetriche, genetisti esperti in patologia perinatale, anatomo-patologi e referenti del rischio clinico. Quando opportuno il comitato può convocare per consulenza specialisti di altre discipline.

Esecuzione delle indagini confidenziali e compilazione modulo SP2

Ciascun esperto del comitato regionale responsabile delle indagini confidenziali deve firmare una **dichiarazione di riservatezza** e una **dichiarazione sul conflitto di interessi** e deve astenersi dalla partecipazione alla discussione dei casi per i quali si può configurare eventuale conflitto di interessi.

Al termine della discussione dei casi clinici il comitato compila il **modulo SP2** definendo la **causa del decesso** mediante la **classificazione ICD-PM e ICD-10**, la sua **potenziale evitabilità** e la **qualità dell'assistenza** in termini clinici e organizzativi.



Modulo SP2 per l'indagine confidenziale

INDAGINE CONFIDENZIALE

ID feto/neonato

Data del decesso
gg mm aa

Data dell'indagine confidenziale
gg mm aa

Timing del decesso:

- antepartum (prima dell'inizio del travaglio) intrapartum (durante travaglio/parto)
 entro i primi 7 giorni di vita

Causa della morte _____

Causa principale di morte perinatale

Codice ICD-PM (tabella 1)

Codice ICD-10 morte perinatale

Codice condizione materna principale correlata (tabella 2) gruppo specifica

Altra causa di morte perinatale

Codice ICD-10

Altra condizione materna correlata

Codice altra condizione materna correlata (tabella 2) gruppo specifica

Evitabilità (0: inevitabile, 1: evitabile, 2: probabilmente evitabile, 9: non definibile)



SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

segue

Modulo SP2 per l'indagine confidenziale

Criticità

Attribuite alla paziente o al suo entourage:

- Mancato accesso all'assistenza
- Mancata adesione alla terapia
- Rifiuto della terapia o dell'assistenza

Relative alle modalità dell'assistenza:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incapacità di apprezzare la gravità del problema | <input type="checkbox"/> Ritardo nell'accettazione al pronto soccorso |
| <input type="checkbox"/> Diagnosi non corretta | <input type="checkbox"/> Ritardo nella diagnosi |
| <input type="checkbox"/> Trattamento inappropriato | <input type="checkbox"/> Ritardo nel trattamento |
| <input type="checkbox"/> Mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti | |

segue



segue

Modulo SP2 per l'indagine confidenziale

Relative all'organizzazione delle cure nella struttura:

Personale insufficiente, mancanza di mezzi

Specificare il motivo delle criticità identificate _____

Assistenza (Riportare il codice appropriato 0: non ottimale, 1: ottimale, 2: non applicabile, 9: gli esperti non possono valutarla)

Gravidanza/parto:

Assistenza preconcezionale

Assistenza in gravidanza

Assistenza al parto

Assistenza al neonato

Patologie o complicazioni:

Pronto soccorso

Assistenza ostetrica

Assistenza anestesiologicala

Assistenza neonatale

Assistenza rianimatoria materna

Assistenza rianimatoria neonatale

Commenti relativi alla qualità assistenziale _____

segue



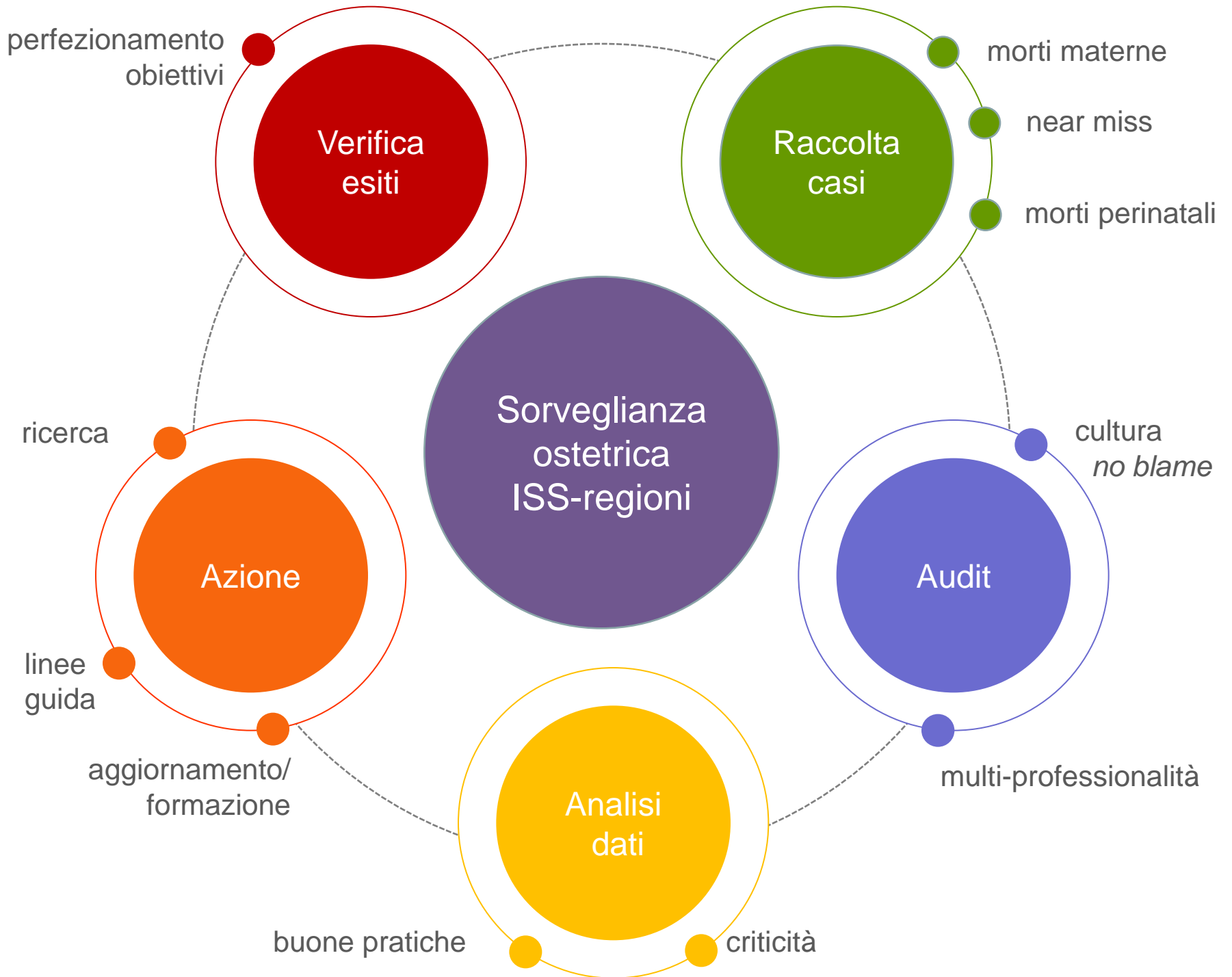
SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

Revisione centrale presso l'ISS

L'intera documentazione dei casi sottoposti a indagine confidenziale viene consegnata all'ISS dove si procede a una ulteriore **valutazione** con il supporto di un **comitato tecnico-scientifico centrale**.

Tutti i casi che risultano discordanti rispetto a quanto concluso a livello regionale o meritevoli di ulteriore analisi vengono **discussi collegialmente** dal comitato tecnico-scientifico centrale e dagli esperti regionali per arrivare a una **classificazione conclusiva condivisa**.

L'incontro collegiale viene organizzato in ISS una volta l'anno





Perché uno Steering Committee nazionale di progetto?

1. Condivisione e discussione multidisciplinare degli obiettivi e degli strumenti metodologici del progetto
2. Promozione e sostegno alle attività del progetto pilota di sorveglianza della mortalità perinatale
3. Ideazione e collaborazione a progetti di ricerca di interesse comune
4. Diffusione dei risultati del progetto



Proposte operative da discutere

- ✓ siti web, newsletter e riviste rivolti a decisori politici, professionisti sanitari e cittadini
- ✓ congressi nazionali e regionali
- ✓ iniziative di comunicazione delle associazioni di cittadini
- ✓ collaborazione nell'ideazione di progetti di ricerca e nell'analisi dei dati prodotti dai sistemi di sorveglianza
- ✓ collaborazione nell'analisi dei flussi sanitari a cura dell'ISTAT
- ✓ attività istituzionale del Ministero della Salute
- ✓ disponibilità di professionisti autorevoli per la revisione dei materiali e della casistica

Sito web ISS: www.iss.it/itoss



Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)



(IT) Responsabile: [Serena Donati](#)

Cerca

Sei in: [ISS](#) > [ITOSS](#) > [Attività di ricerca](#)

In questo sito...

- Home
- Attività di ricerca**
- Chi siamo
- Documenti
- In rilievo
- INOSS
- Partner
- Pubblicazioni

Utilità

Contattaci

Link

Visualizzazione

Testo piccolo

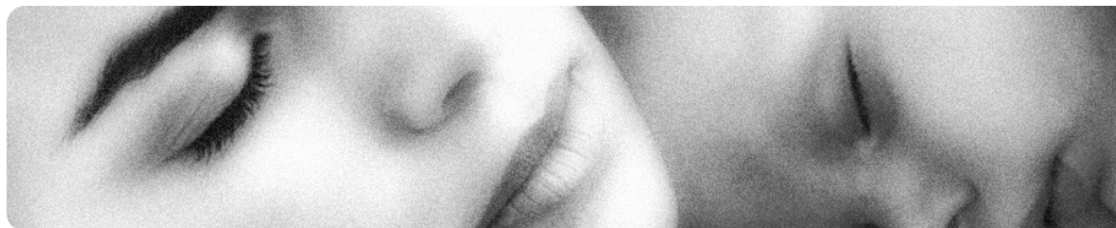
TESTO GRANDE

Versione stampabile

RSS feed

Sottoscrivi l'RSS di questo sito per essere informato sugli aggiornamenti

Accessibilità



Attività di ricerca

[Vedi l'elenco dei contenuti](#)

Sorveglianza della Mortalità Materna

Nell'ambito dell'attività di ricerca epidemiologica e di salute pubblica inerente la salute sessuale e riproduttiva delle donne, il Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva del CNESPS - ISS si occupa da molti anni anche della mortalità e della grave morbosità materna. Difatti, i decessi associati alla gravidanza e al parto di donne in età riproduttiva, sebbene rari nei Paesi industrializzati come l'Italia, rappresentano un evento drammatico, soprattutto se si considera che circa la metà delle morti materne potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali.

Il reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva ha coordinato, in collaborazione con il Ministero della Salute, il gruppo di lavoro multidisciplinare che ha curato la stesura delle **"Raccomandazioni per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"** pubblicate il 31 marzo 2008 sul sito del Ministero della Salute.

Il reparto ha inoltre realizzato lo **"Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna"**, finanziato dal Ministero della Salute. Questo progetto, realizzato negli anni 2008-2010 in collaborazione con l'OMS, il Ceveas di Modena e 6 regioni italiane (Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia), aveva l'obiettivo di verificare la completezza della rilevazione delle morti materne e di studiarne le cause associate. Lo studio ha permesso di calcolare il rapporto di mortalità materna linkando i dati delle schede di morte ISTAT con quelli delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) nelle regioni partecipanti. Rispetto al rapporto di mortalità materna calcolato dall'ISTAT attraverso i soli certificati di morte e pari a 4,4 decessi per 100.000 nati vivi, lo studio ha rilevato una sottostima del 63% nelle ragioni partecipanti (MMR=11,8 per 100.000 nati vivi). La forte sottostima del fenomeno ha messo in luce l'urgente necessità, anche nel nostro Paese, di attivare una sorveglianza dei casi incidenti in modo da disporre di dati affidabili anche per comprendere le cause che hanno portato alla morte materna e, quindi, per promuovere idonee misure di prevenzione.