

I PROGETTI ISS-REGIONI PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA ALLA NASCITA IN ITALIA

Istituto Superiore di Sanità, 12 gennaio 2018



Il progetto sulla fragilità psichica in gravidanza: una conoscenza frammentaria e complessa

Ilaria Lega, Silvia Andreozzi, Paola D'Aloja,
Alice Maraschini, Serena Donati

Reparto salute della donna e dell'età evolutiva
CNaPPS - ISS



Perché un progetto sulla fragilità psichica?

Rapporto di mortalità materna specifico per causa di morte

- **EMORRAGIA 2,1 per 100.000 nati vivi**
- **SUICIDIO 2,0 per 100.000 nati vivi**

Esperienze internazionali



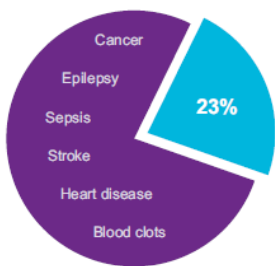
MBRRACE-UK

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

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**



NIH Public Access

Author Manuscript

Obstet Gynecol. Author manuscript; available in PMC 2012 August 27.

Published in final edited form as:

Obstet Gynecol. 2011 November ; 118(5): 1056–1063. doi:10.1097/AOG.0b013e31823294da.

Homicide and Suicide During the Perinatal Period: Findings from the National Violent Death Reporting System



AOGS ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

Maternal deaths in the Nordic countries

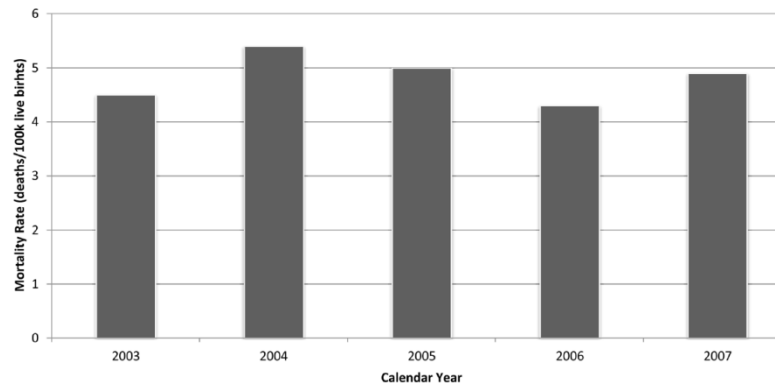
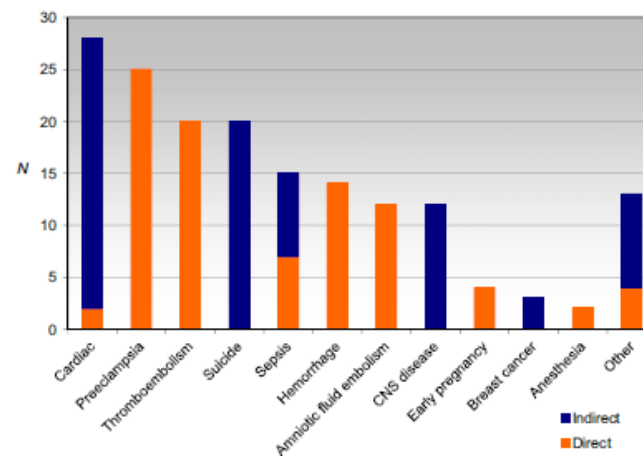


Figure 1. Pregnancy-Associated Violent Death Rate
Pregnancy-Associated Violent Death Rate in our sample over the years 2003–2007.



Progetto CCM 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”

Coordinamento Regione Emilia Romagna
Responsabile scientifico Silvana Borsari

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

Unità operative cliniche
AUSL Bologna 1, Torino 3, ASL Roma 2,
ASL di Enna

Finanziamento
Ministero della Salute - Bando CCM 2015



Metodologia

- Studio prospettico: intervento per riconoscimento e presa in carico del disagio psichico perinatale che ha coinvolto i professionisti del percorso nascita e delle cure primarie nelle AUSL Bologna 1, Torino 3, ASL Roma 2, ASL di Enna
- Studio retrospettivo: raccolta di informazioni, tramite record-linkage di flussi informativi sanitari, sui casi di suicidio, omicidio, tossicodipendenza identificati dal sistema di sorveglianza della mortalità materna ISS-regioni nel **2006-2012**

Anche Lombardia, Puglia e Friuli Venezia Giulia hanno partecipato allo studio retrospettivo



Studio retrospettivo



-> elenco dei casi

Strategia di ricerca tramite parole chiave - quotidiani nazionali e regionali, agenzie stampa..

Regioni -> hanno reperito informazioni sui casi tramite:

- **SDO** - tutti i ricoveri precedenti al decesso
- **Sistema informativo delle prescrizioni di farmaci** - qualsiasi prescrizione con codici ATC SNC
- **Prestazioni ambulatoriali specialistiche** - qualsiasi visita nelle discipline psichiatria, tossicologia, neurologia
- **Pronto soccorso** - qualsiasi accesso
- **Flusso informativo salute mentale** - qualsiasi accesso



Risultati dello studio retrospettivo



Disponibilità dei flussi per regione

Primo anno di disponibilità dei flussi informativi

Regione	SDO	Prescrizioni di farmaci	Specialistica ambulatoriale	PS	Salute mentale
Piemonte	1996	1997	2002	2002	-
Lombardia	1999	2000	1999	2010	2010
Friuli Venezia Giulia	1986	2000	1998	2000	-
Emilia-Romagna	1998	2002	2002	2010	2005
Toscana	1996	2003	2000	2010	2011
Lazio	2001	2001	-	2001	-
Campania	2006	2010	2010	-	-
Puglia	2001	2005	2006	2012	-
Sicilia	2004	2011	2008	2013	2014




Distribuzione dei casi per causa di morte e regione

Regione	Suicidio	Omicidio	Tossicodipendenza	Dubbia	Totale
Piemonte	4	1	0	0	5
Lombardia	12	7	0	1	20
Friuli Venezia Giulia	6	0	0	0	6
Emilia Romagna	10	3	0	0	13
Toscana	6	1	3	0	10
Lazio	7	3	3	3	16
Campania	4	1	0	0	5
Puglia	2	0	0	4	6
Sicilia	10	3	1	0	14
Totale	61	19	7	8	95

Anni 2006-2012, per la Puglia 2006-2010


- Lo studio ha consentito di chiarire la causa di morte specifica di 7 su 15 decessi per i quali la causa era dubbia



Caratteristiche sociodemografiche per causa di morte (n=87)

	Suicidio n=61 Frequenza (%)	Omicidio n=19 Frequenza (%)	Tossicodipendenza n=7 Frequenza
Età			
< 35	28 (46)	16 (84)	4
≥ 35	33 (54)	3 (16)	3
Cittadinanza			
<i>italiana</i>	47 (77)	10 (53)	7
<i>non italiana</i>	14 (23)	9 (47)	0
Figli			
<i>sì</i>	12 (20)	6 (32)	3
<i>no</i>	45 (73)	12 (63)	4
Titolo di studio*			
<i>media superiore, laurea o più</i>	17	10	2
<i>media inferiore, elementare, nessuno</i>	16	2	3

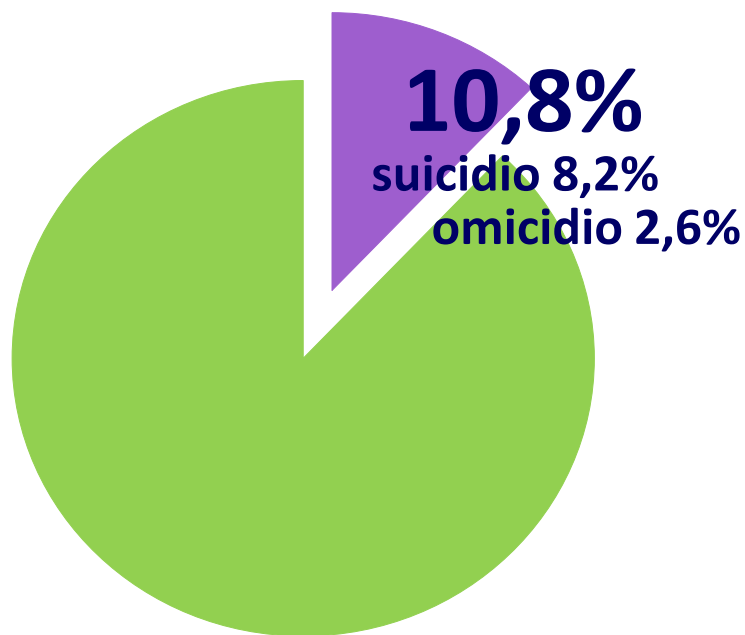
* mancante per 37 casi



Esito di gravidanza e timing del decesso per causa di morte (n=87)

		Suicidio (n=61) Frequenza (%)	Omicidio (n=19) Frequenza (%)	Abuso di sostanze (n=7)
Esito gravidanza index	<i>parto</i>	31 (51)	2 (11)	1
	<i>IVG</i>	16 (26)	9 (47)	4
	<i>aborto spontaneo</i>	10 (16)	5 (26)	1
	<i>gravidanza in corso</i>	4 (7)	3 (16)	1
Timing del decesso	<i>entro 42 giorni</i>	12 (20)	2 (11)	2
	<i>tra 42 e 365 giorni</i>	49 (80)	17 (89)	5

Percentuale delle morti violente rispetto al totale delle morti

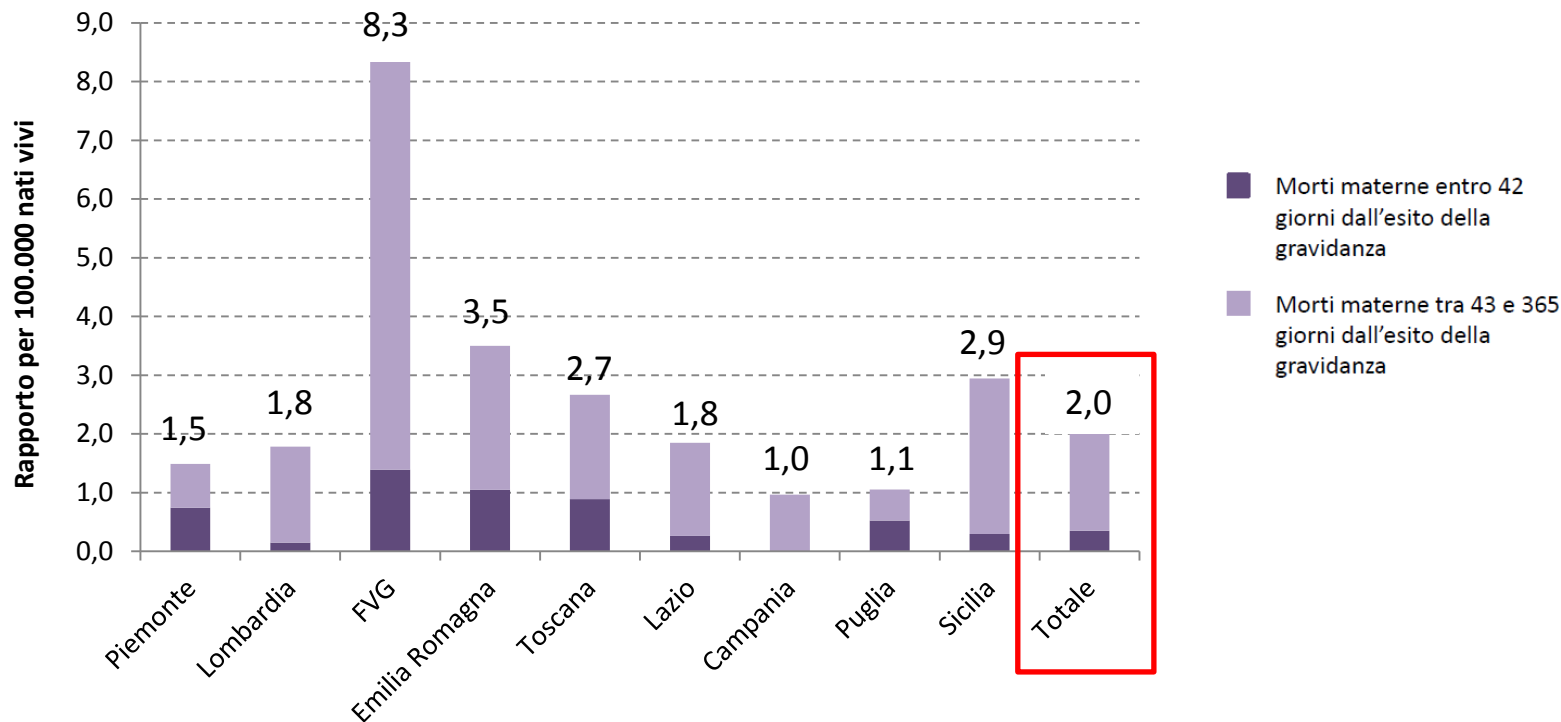


Le **morti per suicidio** (N=61) e **omicidio** (N=19) rappresentano il **10,8%** dei 739 decessi che si sono verificati entro un anno dall'esito della gravidanza in 9 Regioni

➔ Il fenomeno potrebbe essere sottostimato perché per 8 decessi non è stato possibile stabilire se si trattasse di suicidi, omicidi o incidenti

Morti materne per suicidio

Rapporto specifico per 100.000 nati vivi



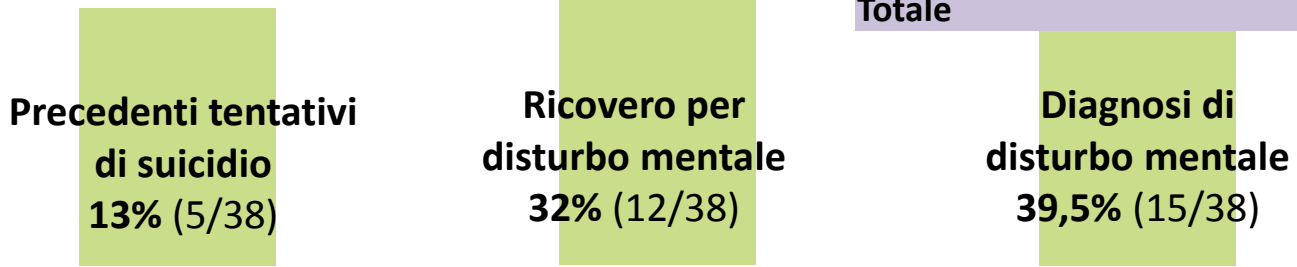
- Modalità del suicidio

Le morti materne per suicidio avvengono prevalentemente con i mezzi più violenti (n=51; 84%), prevalentemente impiccagione (n=22) e precipitazione (n=15)



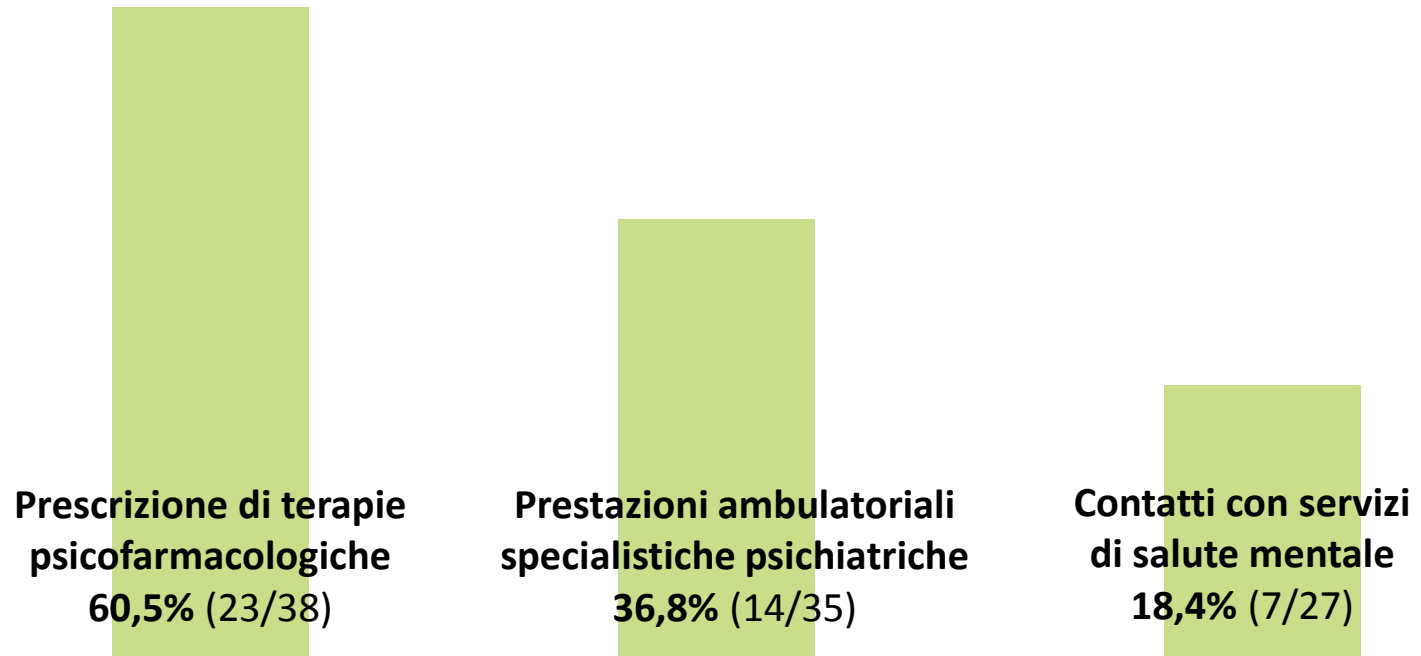
Focus sui fattori di rischio per suicidio (n=38)

Approfondimento in 5 Regioni con almeno 4 flussi informativi disponibili



Diagnosi	N
Psicosi puerperale	1
Disturbo bipolare	4
Disturbo borderline di personalità	2
Disturbo delirante	1
Disturbo dell'adattamento	2
Disturbo depressivo maggiore	2
Disturbo depressivo maggiore con sintomi psicotici	2
Disturbo schizoaffettivo	1
Totale	15

Terapie psicofarmacologiche e contatti con specialisti della salute mentale nel corso della vita



- ➔ Solo in 3 degli 11 casi di donne affette da un disturbo mentale grave la diagnosi psichiatrica è stata registrata insieme alla diagnosi ostetrica
- ➔ Solo 10 delle 38 donne morte per suicidio hanno avuto uno o più contatti con una specialista della salute mentale nell'ultimo mese prima del decesso



**Quali indicazioni per la comprensione
del fenomeno e per la prevenzione
di questi decessi?**



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 tra 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



Conclusioni

**Grazie
per l'attenzione!**

- Il progetto è una prima fotografia di un fenomeno complesso
- È importante che tutti gli operatori del percorso nascita siano consapevoli del problema
- L'approccio utilizzato è utile per stimare la frequenza dei decessi ma non consente di comprendere cosa è accaduto o come sia possibile migliorare
- Audit clinici? Formazione? Sviluppo di competenze specifiche di psichiatria perinatale?

Bologna, 21 settembre 2018

Convegno finale del progetto CCM sul Disagio psichico perinatale