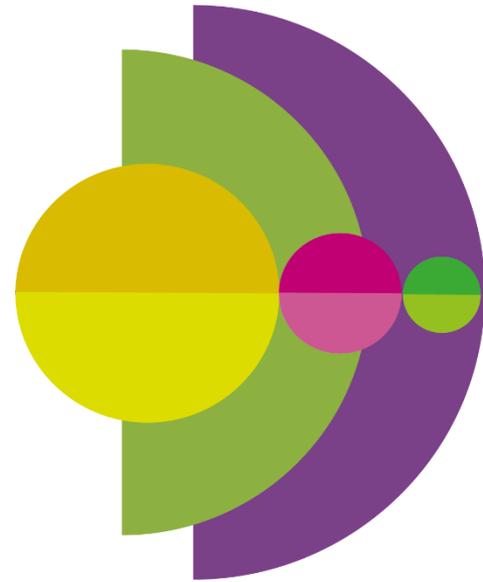


# CONVEGNO

**I progetti dell'Italian Obstetric Surveillance System: la nascita durante la pandemia di SARS-CoV-2, l'aggiornamento dei dati sulla mortalità materna e la programmazione delle attività post-pandemiche**

Roma, 18 maggio 2023, Aula Pocchiari, Istituto Superiore di Sanità



**I dati ottenuti dalle segnalazioni della sorveglianza attiva**

Serena Donati a nome del gruppo ItOSS

# La sorveglianza della mortalità materna in Italia

| Anno |  | Copertura dei nati |
|------|--|--------------------|
| 2008 | Avvio delle procedure di record-linkage di flussi correnti | 49%                |
| 2013 | Avvio della sorveglianza attiva ItOSS                      | 49%                |
| 2015 | Arruolamento nuove regioni                                 | 73%                |
| 2017 | Inclusione della sorveglianza ItOSS nel DPCM               | 77%                |
| 2018 | Arruolamento nuove regioni                                 | 85%                |
| 2019 | Arruolamento nuove regioni                                 | 91%                |
| 2021 | Arruolamento nuove regioni "in remoto"                     | 95%                |
| 2022 | Arruolamento nuova regione                                 | 97%                |
| 2023 | Arruolamento nuove regioni                                 | 100%               |



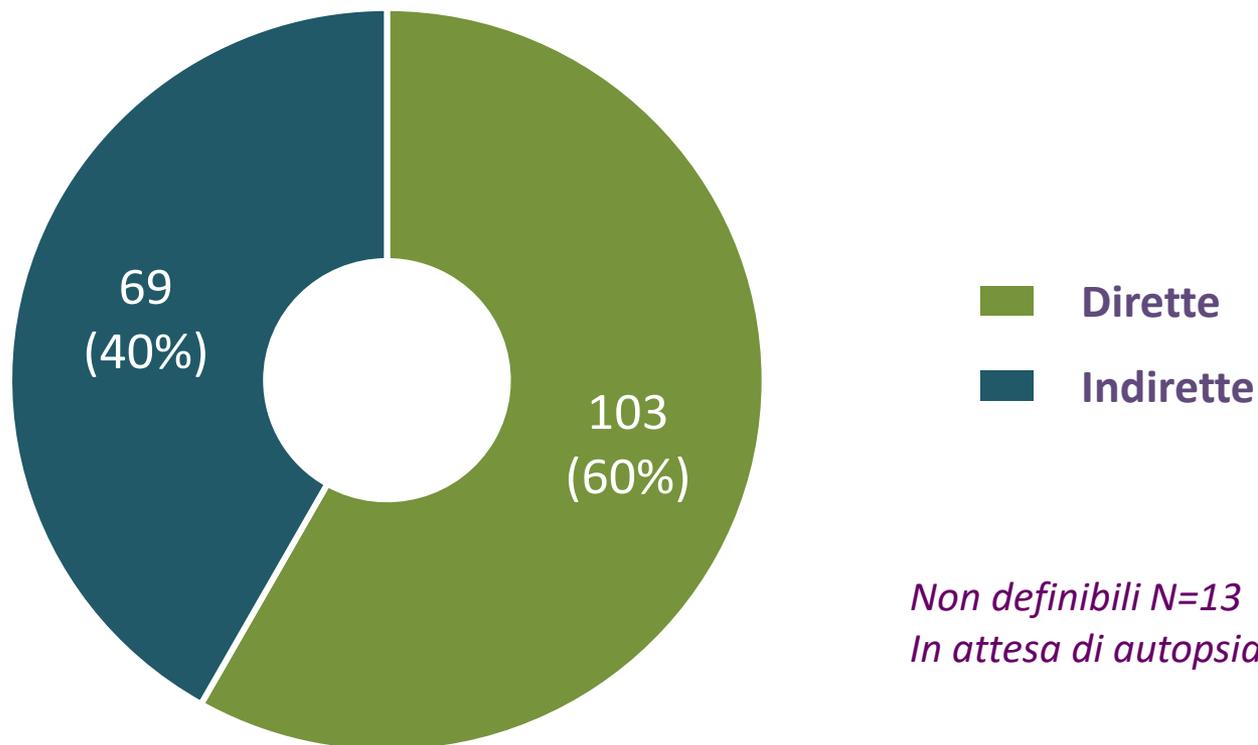


**Dal 2013 al 2021**, i referenti delle Regioni partecipanti alla sorveglianza attiva ItOSS, hanno segnalato **187 casi di morte materna**

*Donati S, Maraschini A, Dell'Oro S, Lega I, D'Aloja P. Regional Maternal Mortality Working Group. The way to move beyond the numbers: the lesson learnt from the Italian Obstetric Surveillance System. Ann Ist Super Sanita 2019 Oct-Dec*



# La classificazione delle 187 morti materne



*Non definibili N=13*  
*In attesa di autopsia N=2*

## Regno Unito 2018-20 (N=229)

|           |     |
|-----------|-----|
| Dirette   | 48% |
| Indirette | 52% |



# La transizione ostetrica



Stadio I  
MMR > 1000/100.000

Mortalità materna e fecondità molto alte e predominanza delle **cause dirette** insieme a una quota consistente di decessi attribuibili a **malattie trasmissibili** come la malaria. La maggior parte delle donne vive una situazione vicina alla storia naturale della gravidanza e del parto **senza alcun accesso alle cure**

Stadio II  
MMR 999-300/100.000

Mortalità materna e fecondità molto alte con cause simili allo stadio I per **mancanza di infrastrutture di base, sistemi sanitari deboli, carenza di assistenza qualificata al parto e di servizi di pianificazione familiare**

Stadio III  
MMR 299-100/100.000

Mortalità materna ancora alta, fecondità variabile e predominanza delle **cause dirette**. **L'accesso alle cure, la loro qualità**, un'assistenza al parto qualificata e un'adeguata gestione delle complicanze sono i problemi principali di questa fase

Stadio IV  
MMR < 50/100.000

Mortalità materna contenuta/bassa, fecondità bassa con crescente importanza delle cause **indirette**, in particolare malattie non trasmissibili. La **qualità delle cure** e il ruolo crescente **dell'eccessiva medicalizzazione** come minaccia all'appropriatezza delle cure sono i problemi principali di questa fase

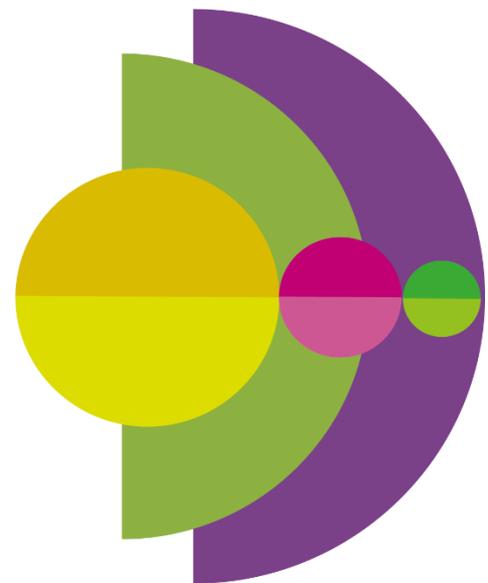
Stadio V  
MMR < 5/100.000

Tutte le morti materne evitabili sono evitate, fecondità bassa/molto bassa. Le **malattie non trasmissibili** sono le principali cause di mortalità. La **sostenibilità della qualità delle cure** è il principale problema di questa fase

Souza, J et al. *Obstetric transition: the pathway towards ending preventable maternal deaths*. BJOG 2014; 121 ( Suppl. 1): 1– 4.

Chaves Sda C t al. *Obstetric transition in the World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health: exploring pathways for maternal mortality reduction*. Rev Panam Salud Publica. 2015 May;37(4-5):203-10.





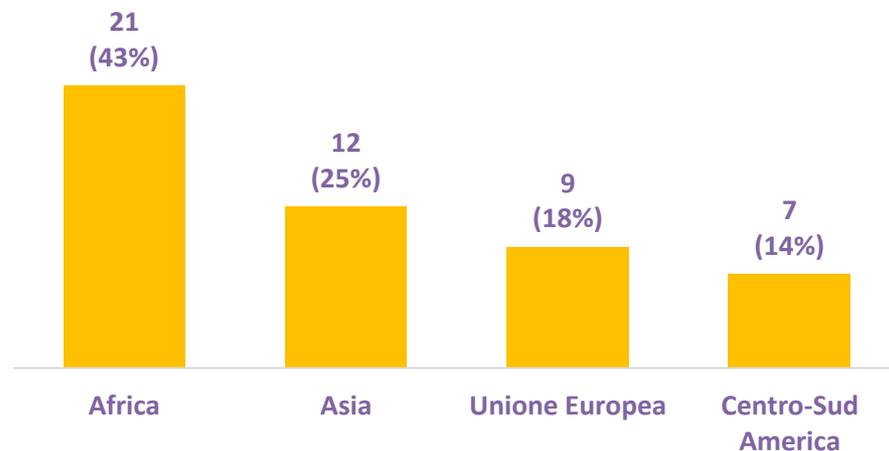
# Le caratteristiche delle donne

# La cittadinanza e l'età media

Cittadinanza (N=4 missing)



Area geografica di provenienza delle 49 donne ItOSS

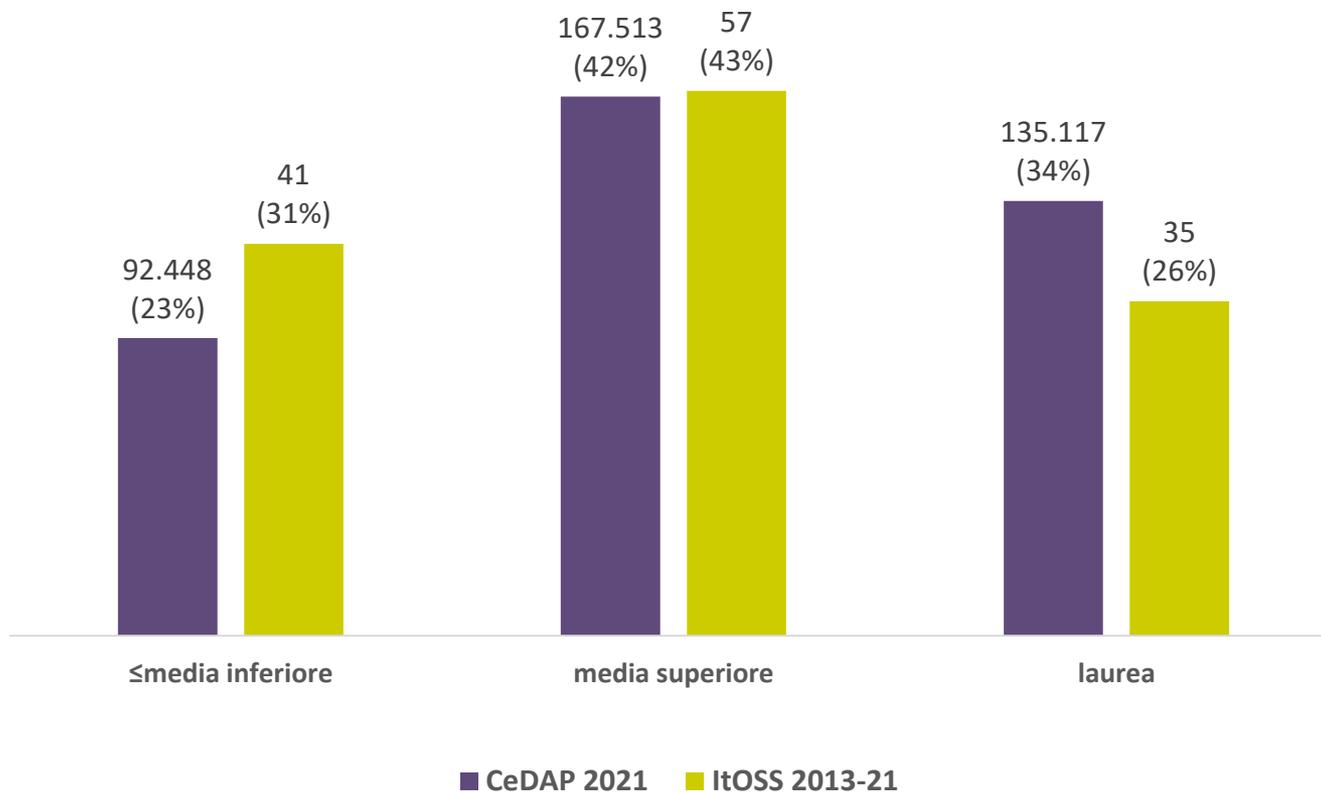


italiane  
straniere

Età media in anni (N=3 missing)



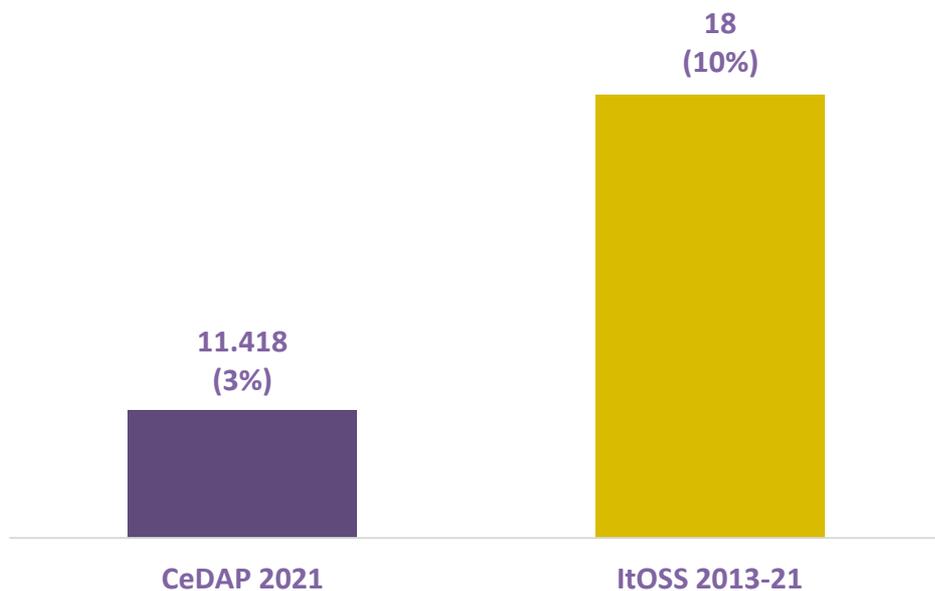
## Il titolo di studio



*N=54 (29%) informazione non disponibile*



## Il ricorso alla PMA



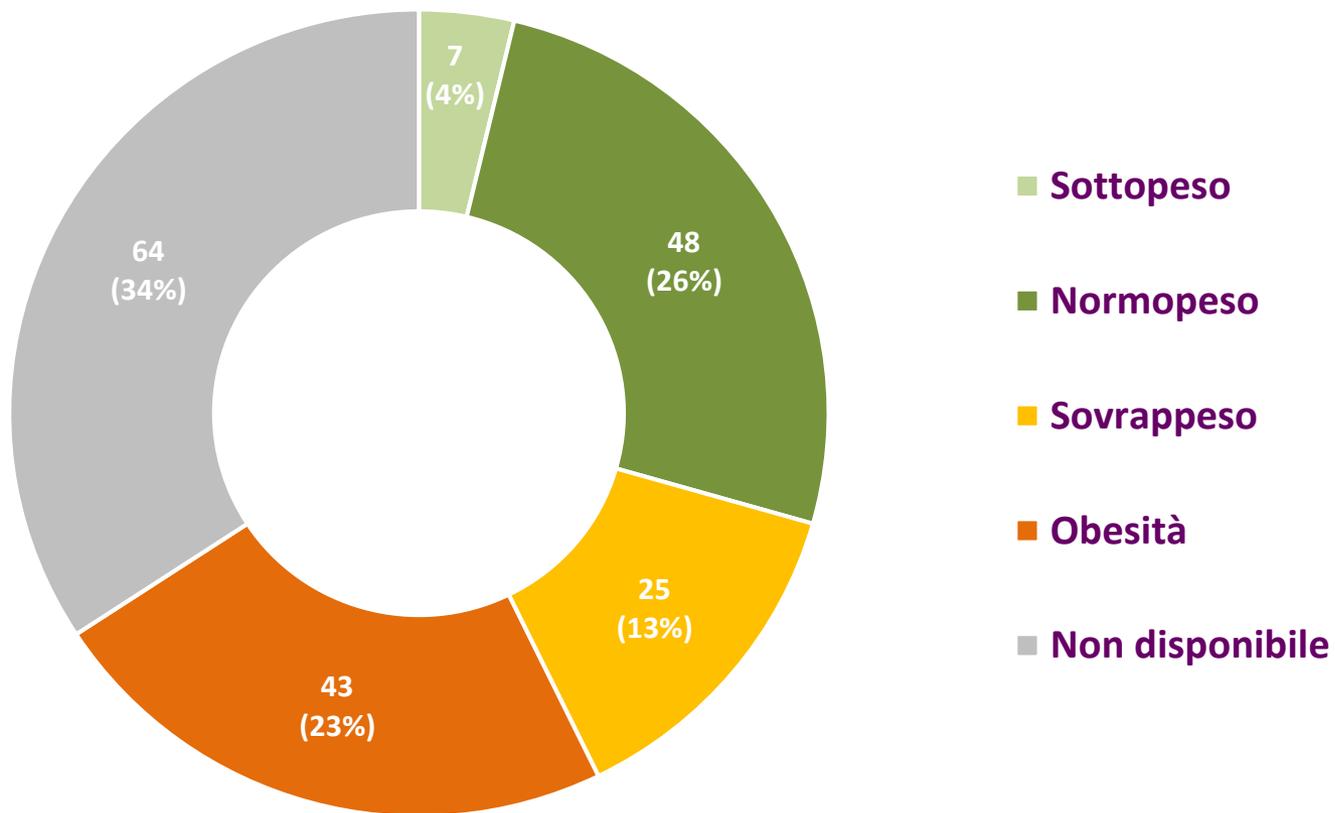
|                    |       |
|--------------------|-------|
| Età $\geq 42$ anni | 11/18 |
|--------------------|-------|

|                                   |      |
|-----------------------------------|------|
| BMI $\geq 30$ Kg/m <sup>2</sup> * | 5/15 |
|-----------------------------------|------|

\* 3 casi con informazione mancante



# L'indice di massa corporea





---

## Rischi grezzi di morte materna

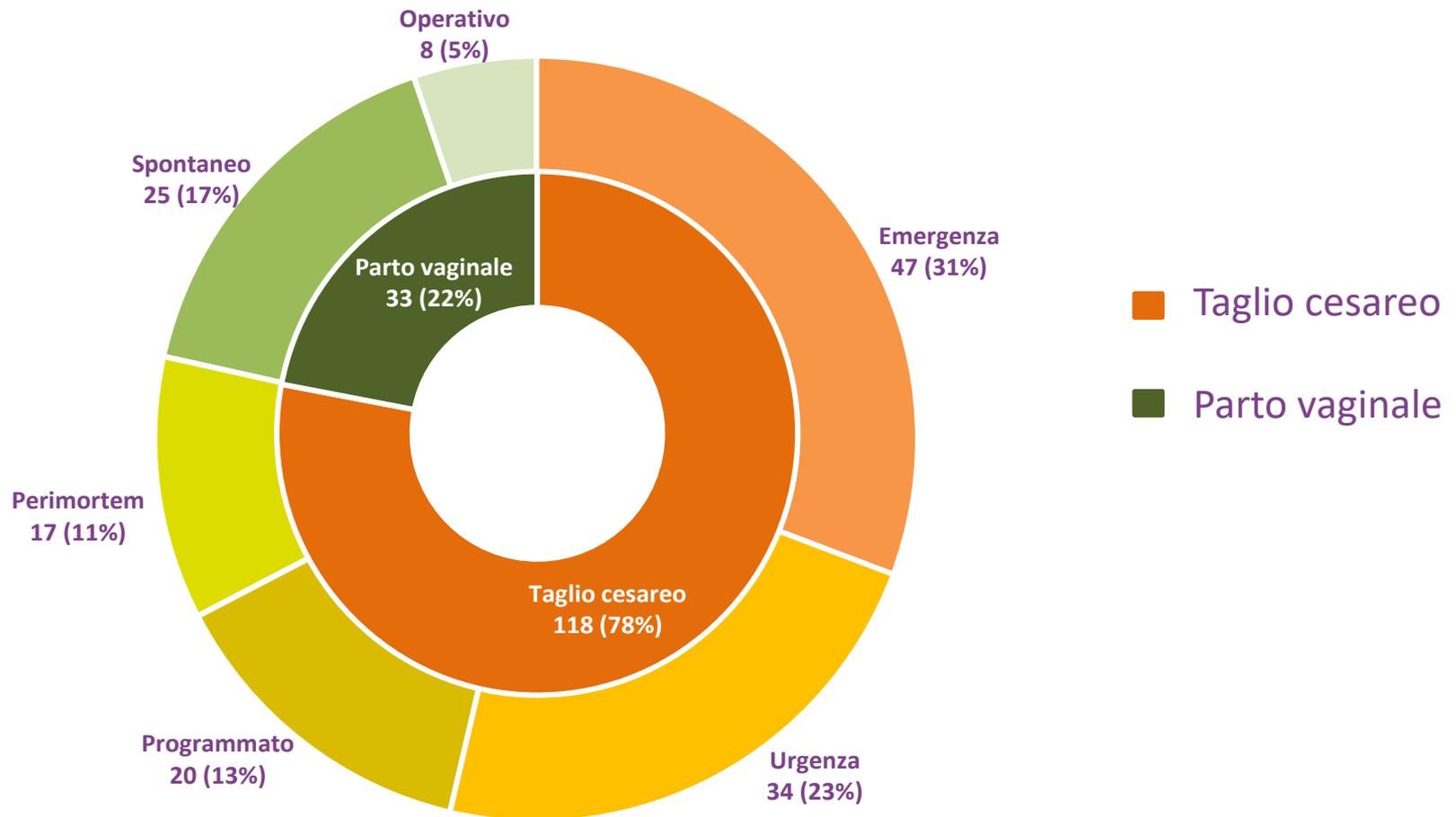
|  |                              |
|--|------------------------------|
| Età materna $\geq 40$ anni*                            | RR = <b>1,65 (1,20-2,28)</b> |
| Cittadinanza non italiana*                             | RR = <b>1,35 (1,06-1,71)</b> |
| Livello di istruzione $\leq$ scuola media inferiore*   | RR = <b>1,32 (1,02-1,70)</b> |
| Indice di massa corporea $\geq 30$ Kg/m <sup>2</sup> ^ | RR = <b>3,39 (2,57-4,48)</b> |
| Concepimento mediante PMA*                             | RR = <b>3,38 (2,18-5,25)</b> |

\*Popolazione di riferimento CeDAP 2021;

^ popolazione di riferimento Sorveglianza Passi 2021 - donne 18-49 anni

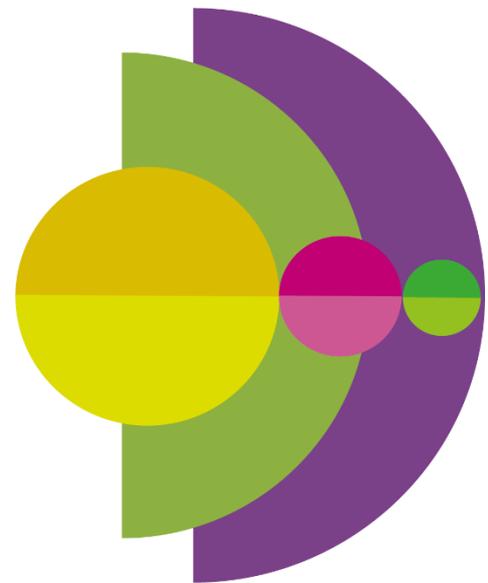


# La modalità di espletamento del parto (N=152 parti)



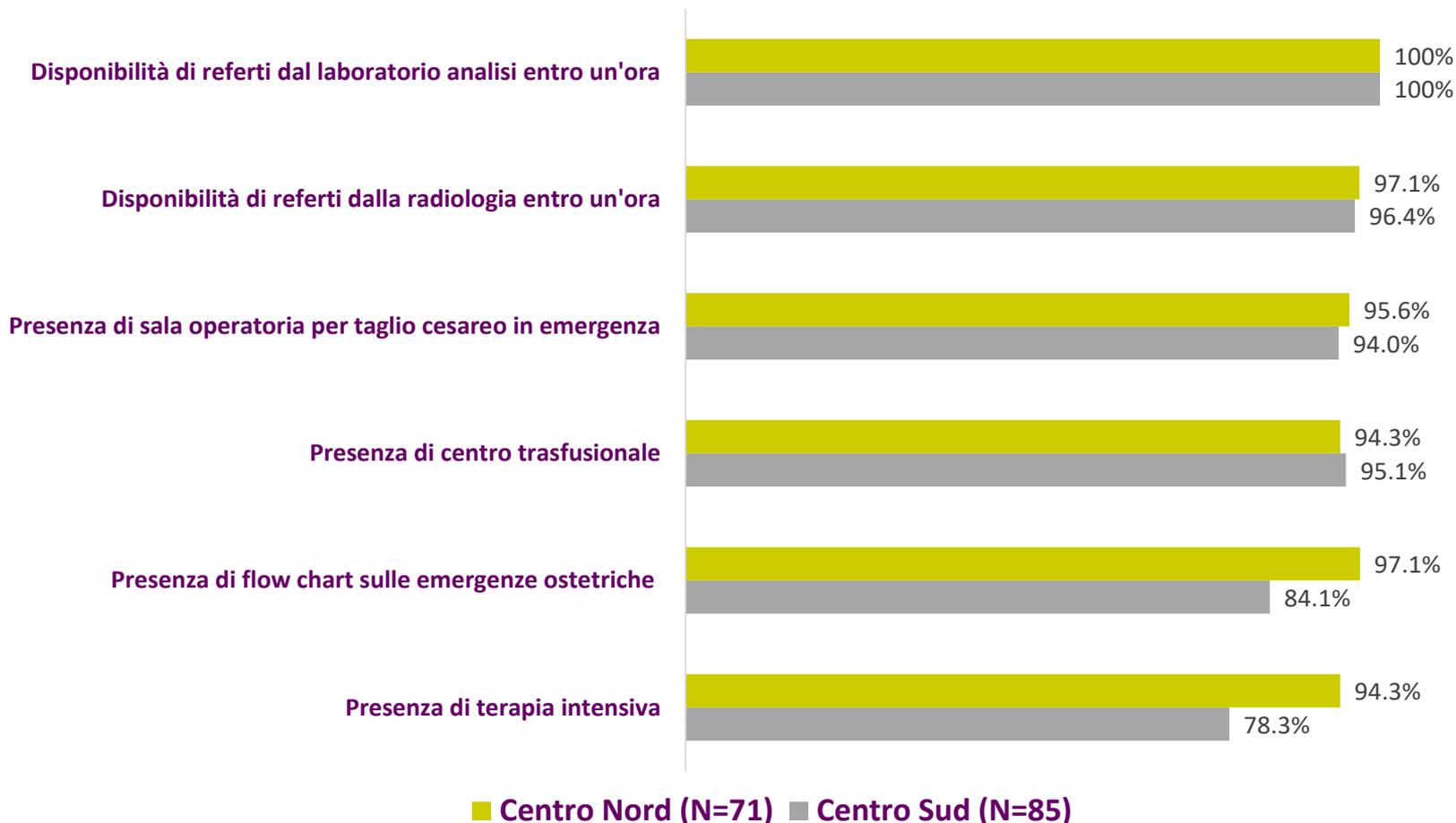
1 caso non noto



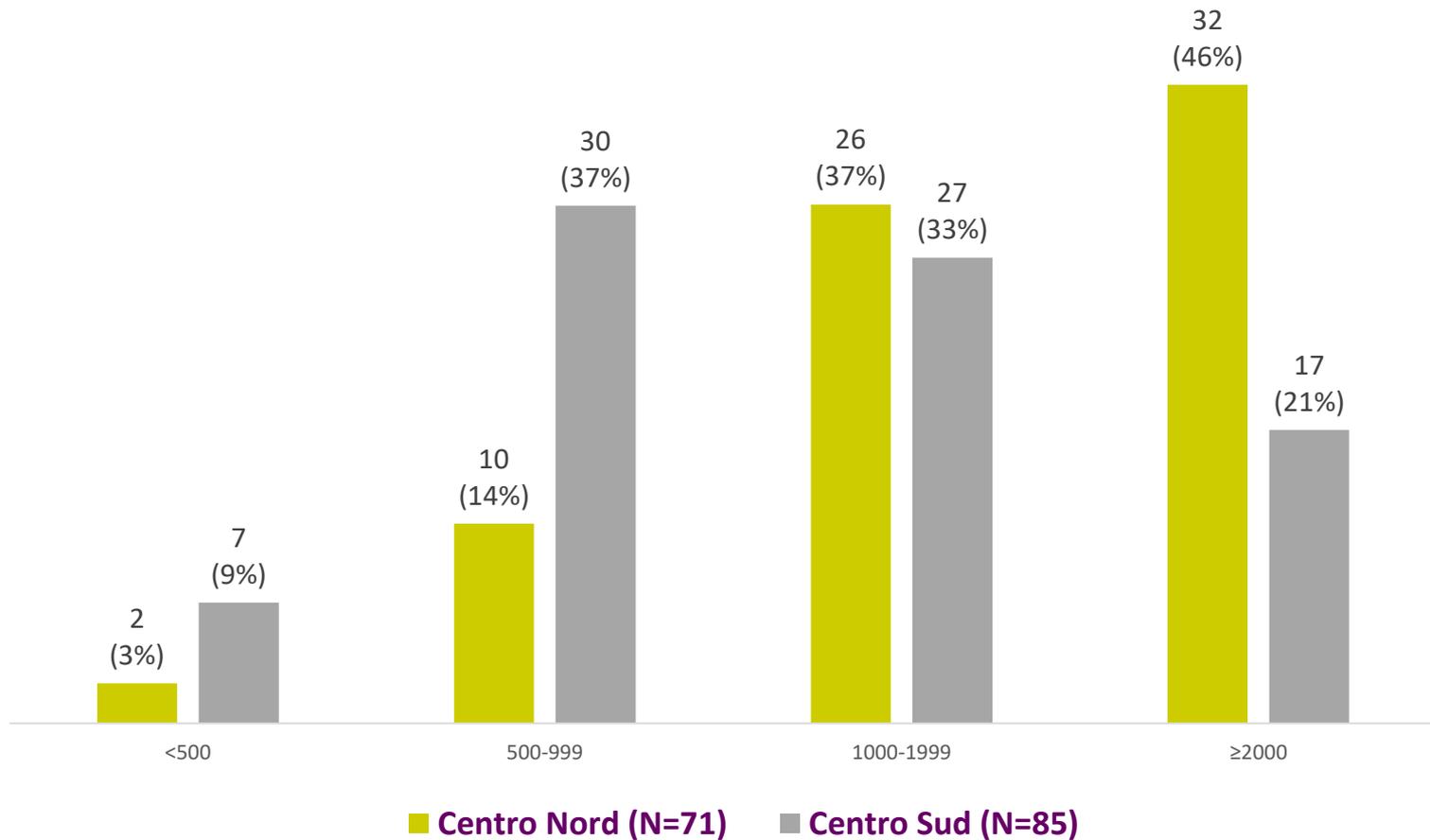


# Le caratteristiche dei presidi sanitari

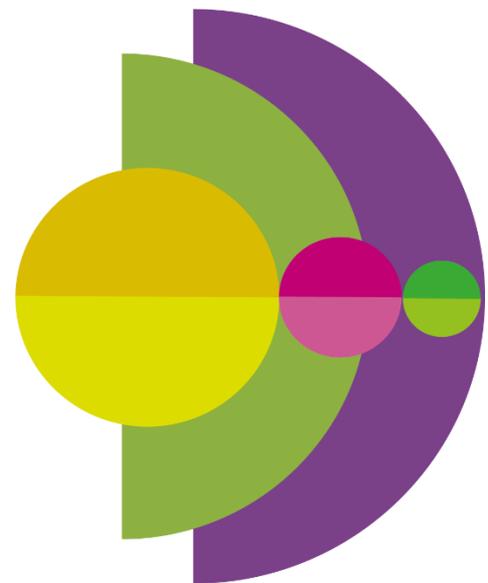
# Caratteristiche organizzative dei presidi sanitari in cui sono avvenuti i decessi (N=156)



# Volume dei parti nei punti nascita in cui sono avvenuti i decessi per area geografica (n=156)

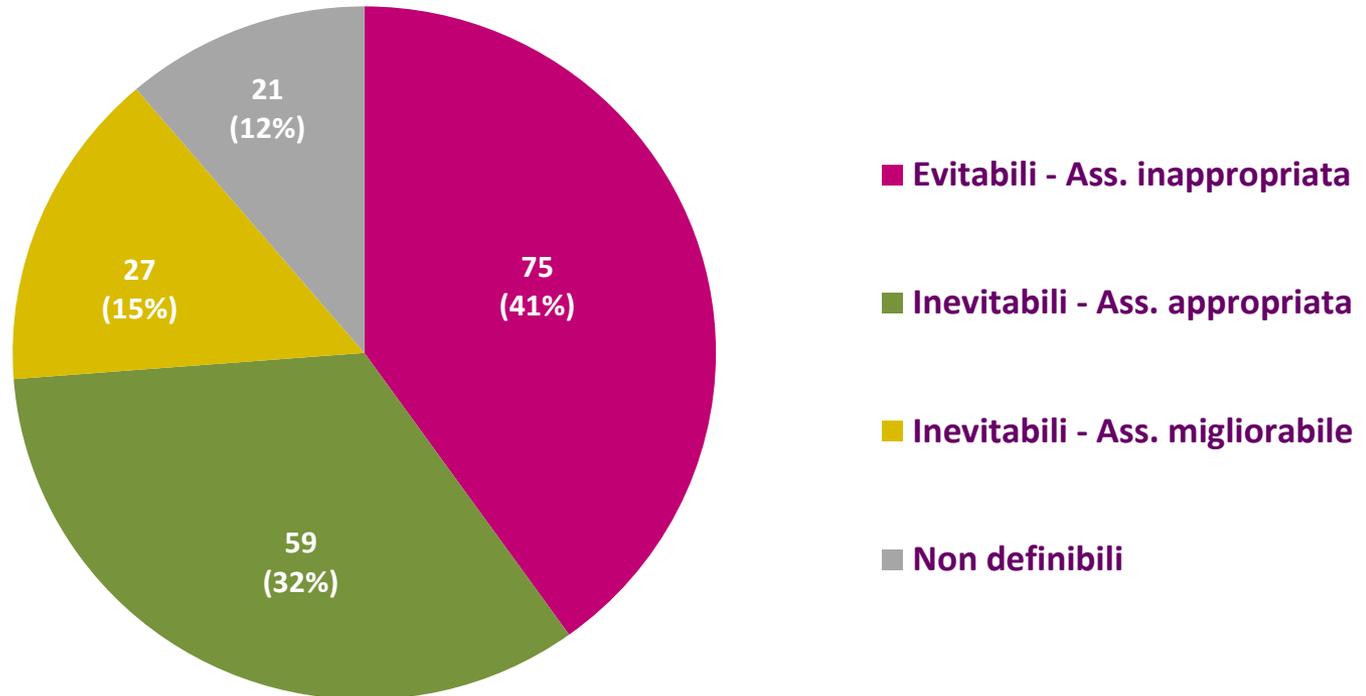


Informazione non disponibile per 5 punti nascita (1 del Centro Nord e 4 del Centro Sud)



La qualità dell'assistenza

# Evitabilità dei decessi e qualità dell'assistenza (N=187)

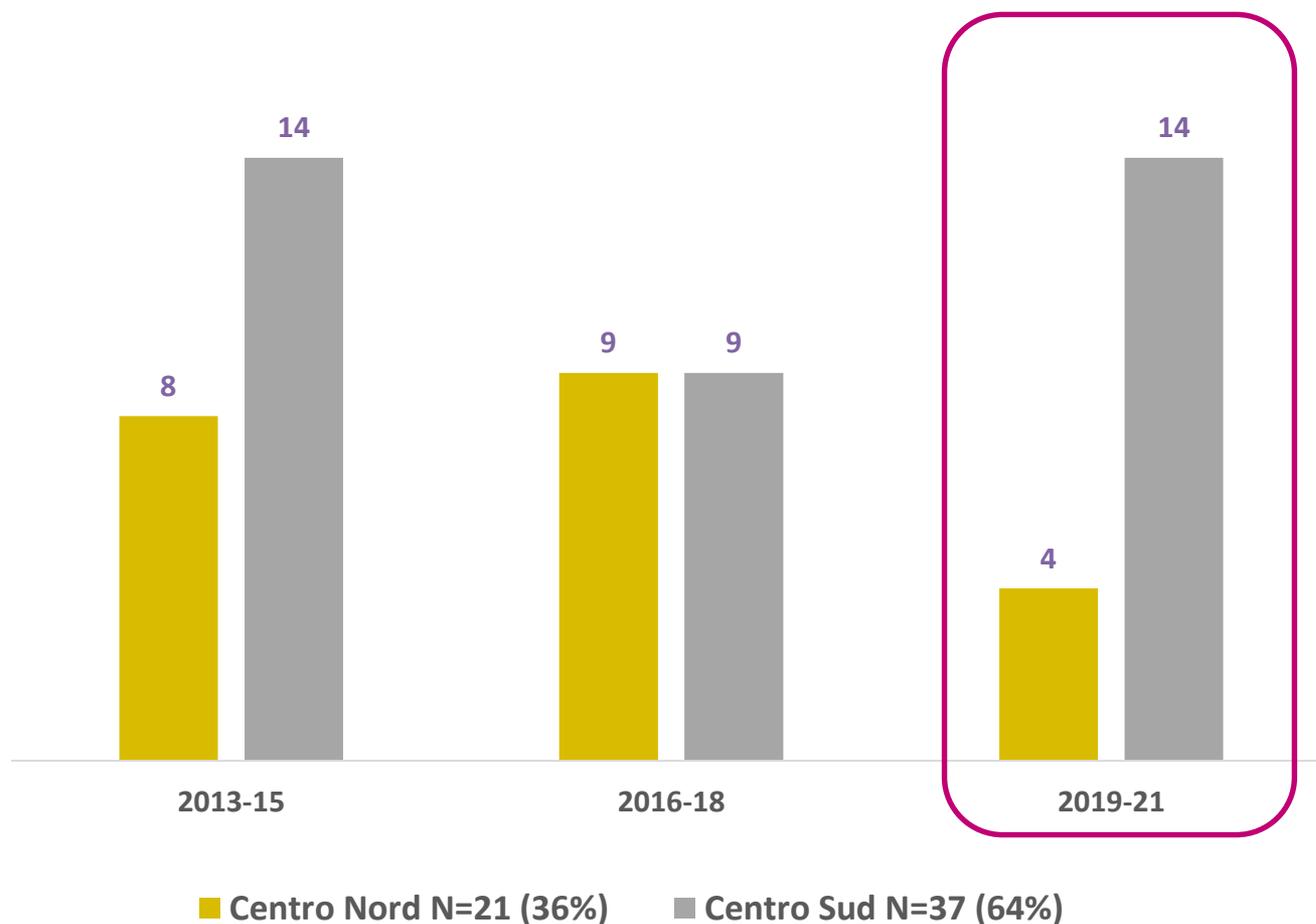


*4 casi in attesa di autopsia*

*1 caso in attesa di documentazione sequestrata dall'autorità giudiziaria*



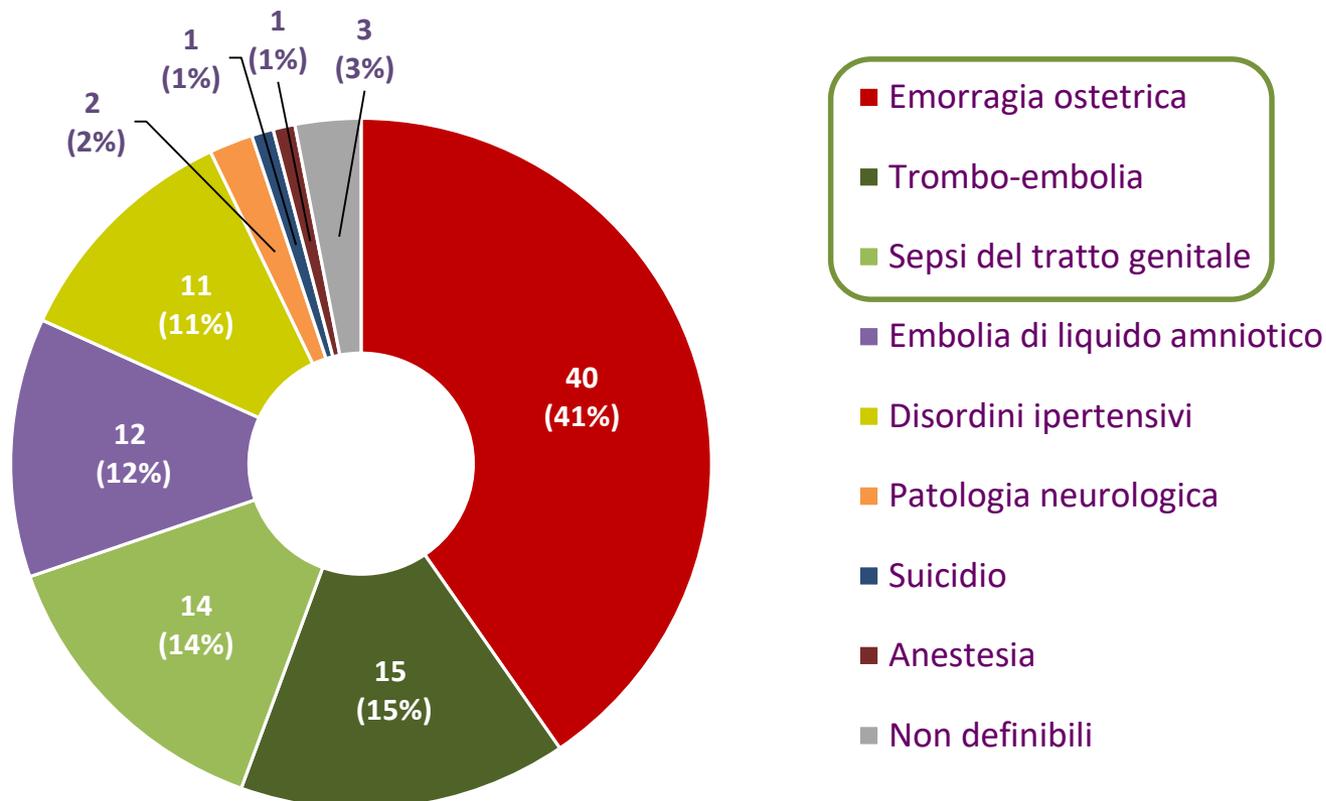
# Casi evitabili anni 2013-2021 in Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia (N=58)





# Le cause delle morti materne

## Cause delle morti dirette $\leq 42$ giorni, anni 2013-2021 (N=103)

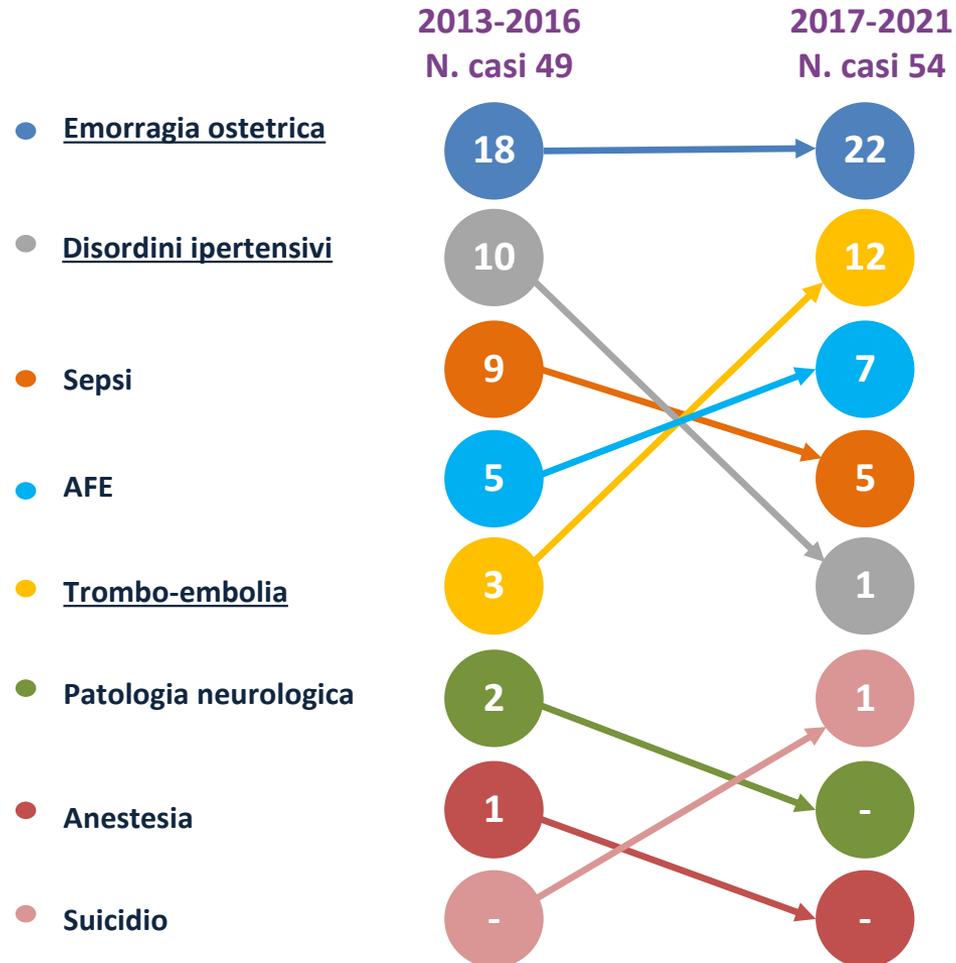


*2 casi in attesa di autopsia*

*2 casi in attesa di documentazione sequestrata dall'autorità giudiziaria*



# Andamento temporale delle cause delle morti dirette ≤ 42 giorni



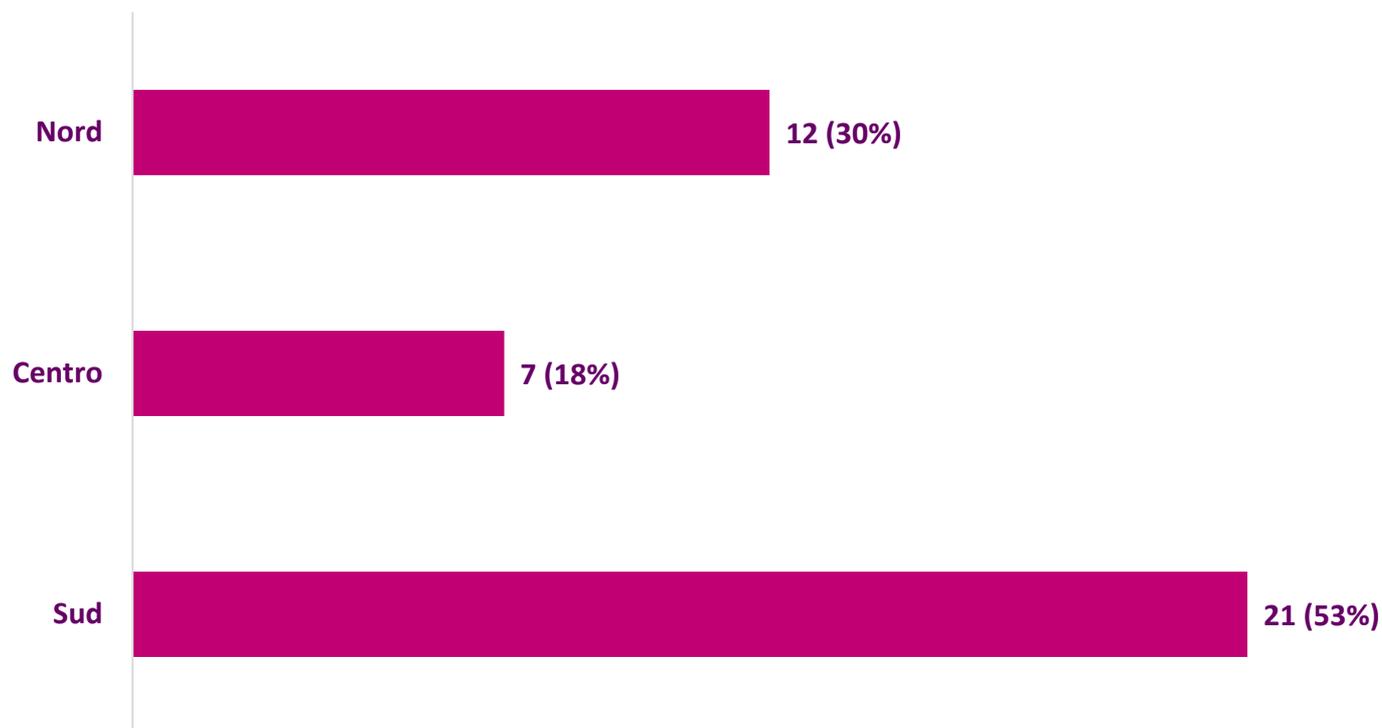
Anni 2013-2016: 1 caso non definibile

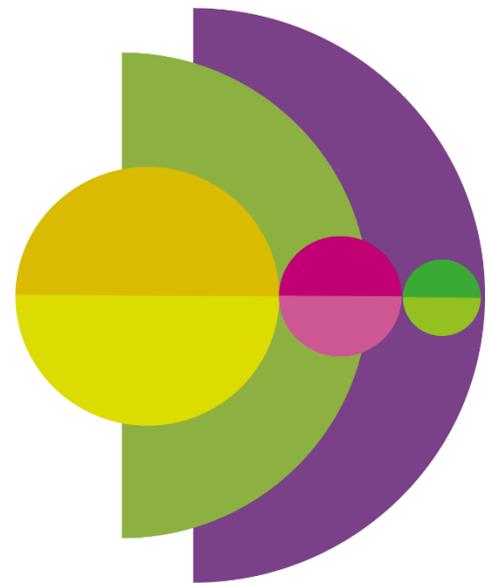
Anni 2017-2021: 2 casi in attesa di autopsia, 2 non definibili, 2 in attesa di documentazione clinica per coinvolgimento autorità giudiziaria



---

## Morti materne dirette da emorragia ostetrica 2013-2021 (N=40 casi)





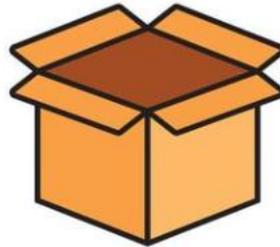
Le azioni promosse da ItOSS per ridurre le morti materne da cause emorragiche



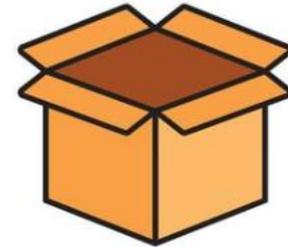
## Il bundle ItOSS



1. attività di ricerca



2. sviluppo di linee guida



3. offerta di formazione





# 1. Attività di ricerca



2014-2016

**Studio prospettico *population based* sui *near miss* da emorragia ostetrica**

Rilevare e analizzare i casi incidenti di:

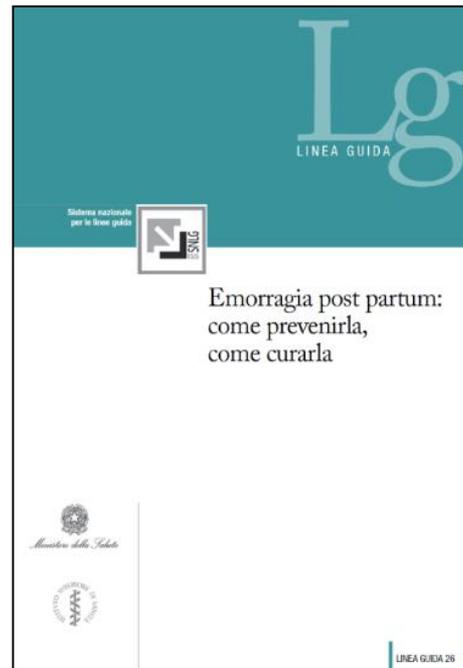
- emorragia grave del post partum
- rottura d'utero
- placentazione anomala invasiva
- isterectomia del post partum





## 2. Sviluppo di linee guida

2018  
Linea guida evidence-based SNLG «Emorragia del post partum: come prevenirla, come curarla»



### L'importanza della comunicazione\*

Come in tutte le emergenze, anche nel caso di EPP la comunicazione fra i professionisti, la donna e i suoi familiari è molto importante per acquisire consapevolezza dei principali aspetti di questa complicazione del parto.

La comunicazione con la donna e i suoi familiari fa parte dell'assistenza medica e deve essere garantita dall'ospedale del quale clinicamente.

Si raccomanda che un membro dell'equipe sanitaria spieghi con termini chiari e comprensibili cosa sta accadendo, risponde alle domande e offre sostegno.

Prima della dimissione ospedaliera va offerta alla donna, e possibilmente al suo partner, un colloquio sugli eventi che hanno caratterizzato l'EPP. In particolare, vanno esaminati gli aspetti principali dell'emergenza ostetrica, le possibili conseguenze sulla futura gravidanza, l'importanza di segnalare l'episodio ai medici che assisteranno la donna in futuro e i riferimenti dei servizi sanitari a cui rivolgersi una volta rientrati a casa. Va inoltre consegnata alla donna una lettera di dimissione che contenga informazioni dettagliate su procedimenti, interventi, strategie emergenziali e strategie somministrative.

\*Fonte: Ministero della Salute (2018) Linee guida SNLG «Emorragia del post partum: come prevenirla, come curarla».

### A chi rivolgersi per ottenere le informazioni dopo la dimissione ospedaliera?

Dopo la dimissione dall'ospedale la donna può rivolgersi al proprio medico di fiducia o al consultorio familiare di zona che è la struttura deputata a gestirla in casa per accompagnarla e sostenerla durante i primi mesi di vita del bambino. A seguito di un EPP le donne possono avere

difficoltà nell'arrivare e sostenere l'allattamento al seno anche per il ritardo nel contatto iniziale con il piccolo a seguito dell'emergenza emorragica.

L'equipe del consultorio offre consulenze individuali e la possibilità di partecipare a gruppi di incontro insieme ad altre mamme che hanno partorito. Ogni quartiere ha il suo consultorio di zona dove si può andare e ottenere assistenza senza impegnare del medico.

Questo documento contiene informazioni che derivano da accurati rigori di studi scientifici di recente pubblicazione compilati da esperti del settore: medici specialisti in ginecologia e ostetricia, aneuristica, ematologia, nefrologia, cardiologia, infermeristica, medicina tradizionale e medicina generale, infermieri, scienziati, rappresentanti del Ministero della Salute, rappresentanti di associazioni di cittadini, epidemiologi e metodologi di linee guida. La versione per professionisti sanitari è la linea guida "Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla" pubblicata a ottobre 2018.



COME PREVENIRLA  
COME CURARLA





### 3. Offerta di formazione

2014-2018

Offerta gratuita di tre corsi FAD su «Prevenzione, diagnosi e management della EPP» per i professionisti che assistono la nascita

Dossier  
evidence-based



5 simulazioni di casi clinici  
che riproducono la pratica  
clinica quotidiana

**15.000** medici e ostetriche di cui l'**84%** ha acquisito i crediti ECM  
e oltre il **99%** ha valutato il corso rilevante, efficace e di qualità



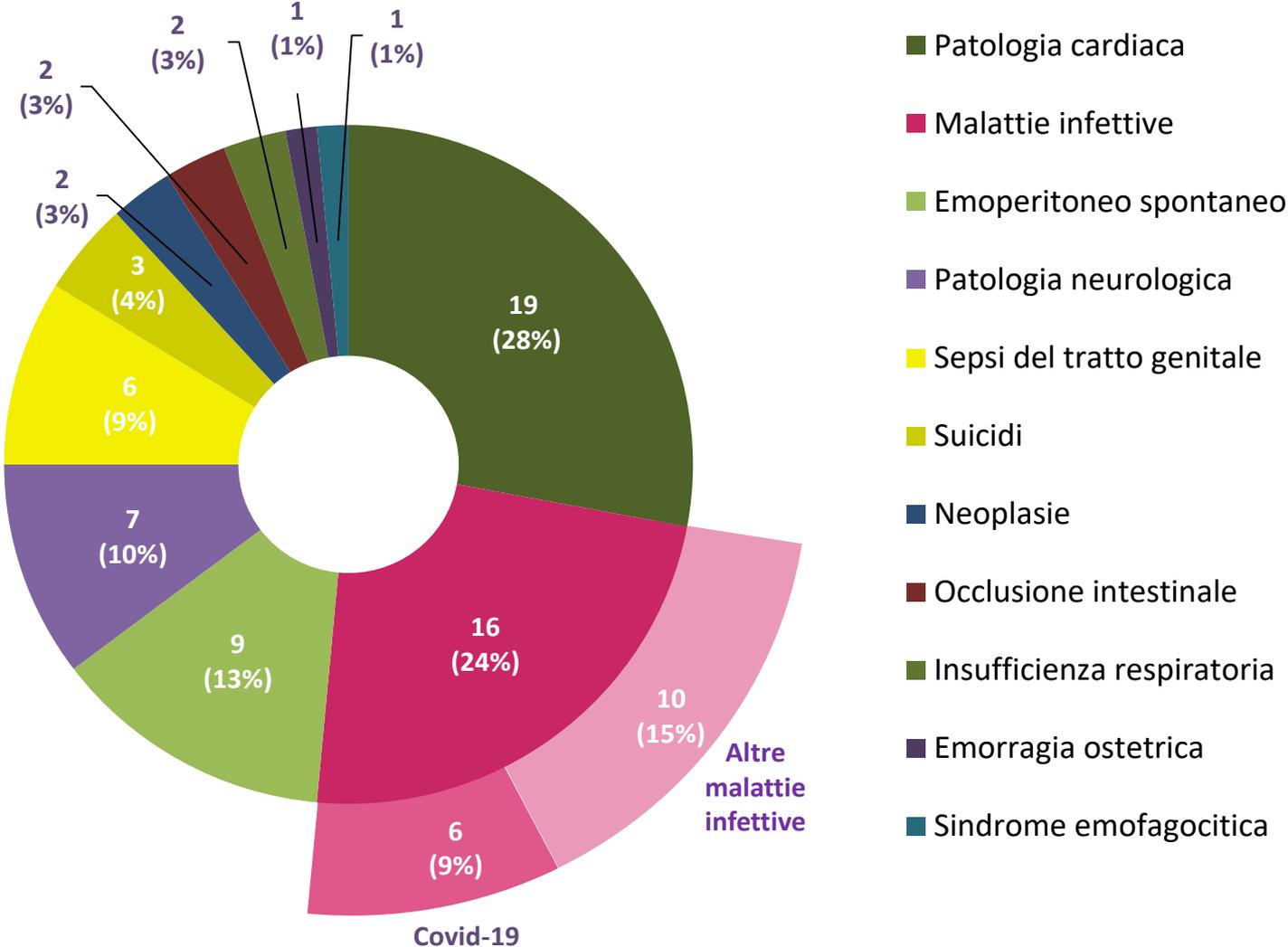
# L'impatto del bundle ItOSS

## Riduzione del MMR emorragico prima e dopo l'implementazione del bundle

|                          |   |                        |
|--------------------------|---|------------------------|
| MMR emorragico 2007-2013 | ➔ | 2,49 (IC95% 1,75-3,43) |
| MMR emorragico 2014-2018 | ➔ | 0,77 (IC95% 0,33-1,58) |



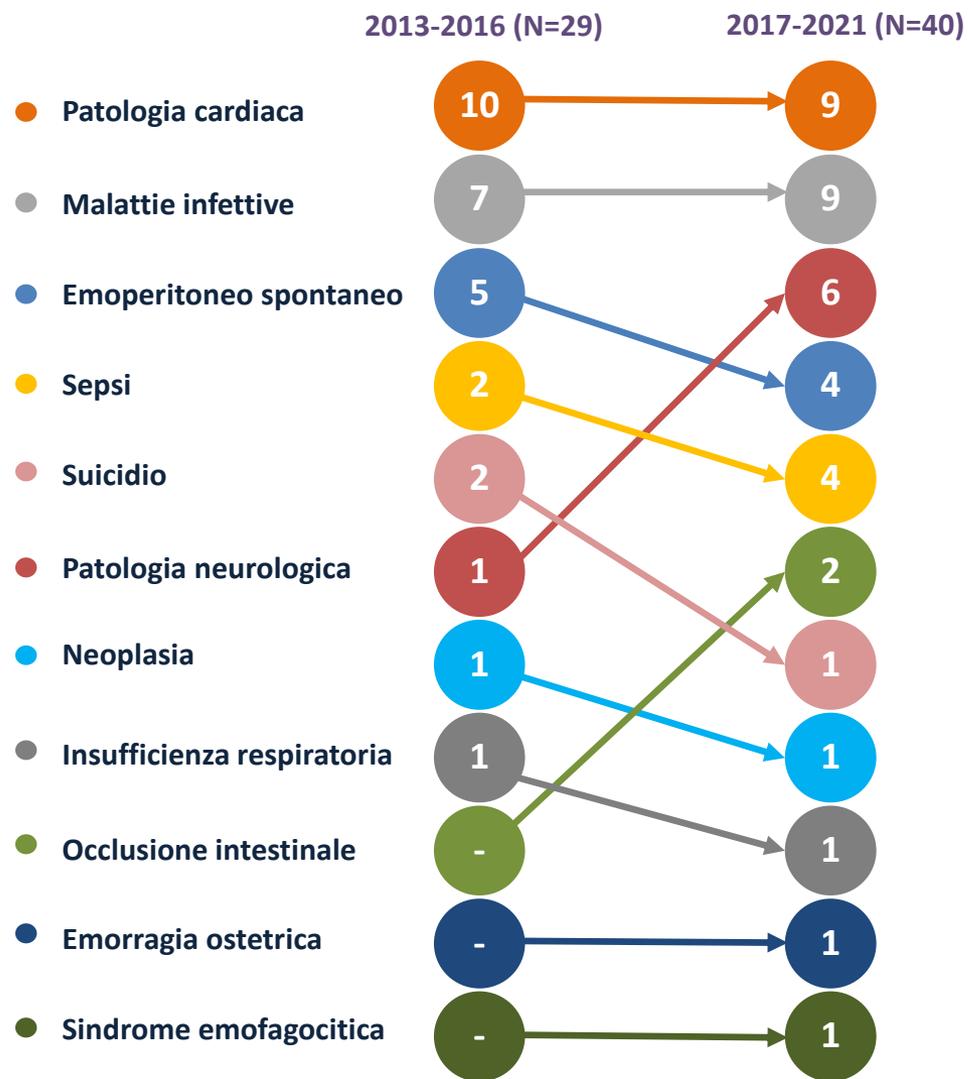
# Cause delle morti indirette ≤ 42 giorni, anni 2013-2021 (N=69)

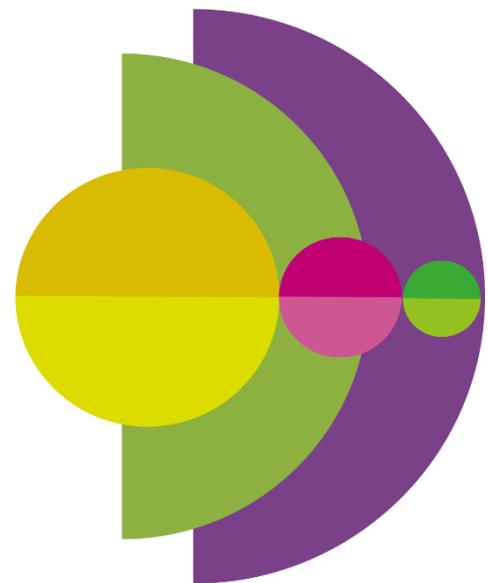


*In attesa di autopsia N=1*



## Cause delle morti indirette ≤ 42 giorni (N=69)





La nuova proposta ItOSS,  
asincrona a causa del COVID



# Patologia cardiaca e Trombo-embolica



## 1. Offerta di formazione

2020-2022

Corso FAD su «Patologia cardiaca e trombo-embolica in gravidanza»

**6.341 professionisti sanitari** di cui l'**85%** ha acquisito i crediti ECM e oltre il **99%** ha valutato il corso rilevante, efficace e di qualità



## 2. Sviluppo di linee guida

Non abbiamo le risorse necessarie per sviluppare due linee guida ma i **dossier della FAD** sono un ottimo riferimento per l'aggiornamento professionale



## 3. Attività di ricerca

2024-2026

Studio prospettico *population based* sui *near miss* da **cardiomiopatia, embolia polmonare**, laparotomia dopo cesareo o parto vaginale, isterectomia



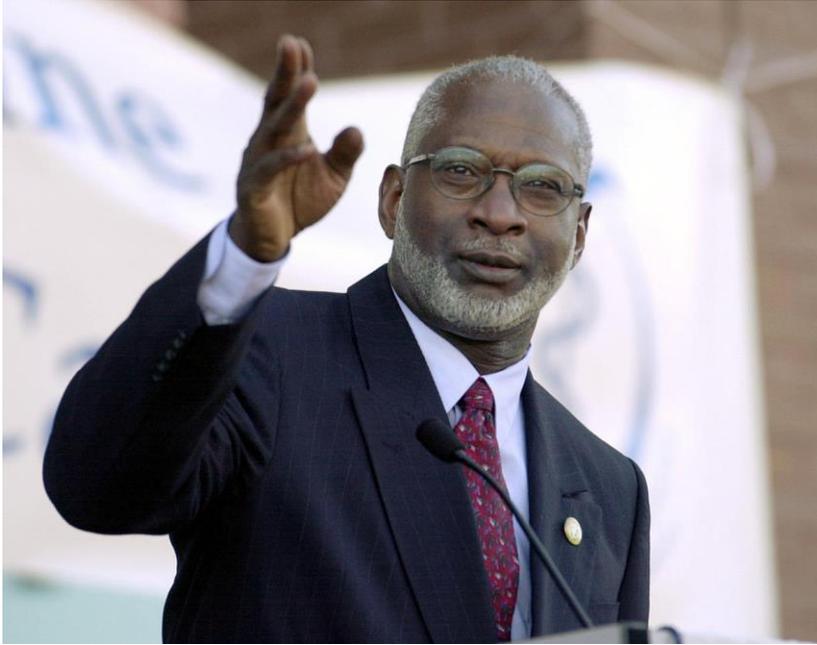


---

# Riflessioni conclusive

- L'Italia si è dotata di un sistema di sorveglianza ostetrica avanzato che ci permette di monitorare il rapporto di mortalità materna, studiare la grave morbosità e sostenere l'aggiornamento professionale con l'obiettivo di ridurre gli eventi evitabili
- E' urgente completare la transizione ostetrica riducendo le morti evitabili da cause dirette, anche attraverso il contenimento delle differenze rilevate per area geografica
- La riduzione significativa del MMR emorragico nelle Regioni che hanno partecipato al bundle ItOSS conferma la capacità di legare la ricerca all'azione per ridurre gli esiti prevenibili
- Gli esperti dei comitati per le indagini confidenziali hanno predisposto le annuali raccomandazioni per la pratica clinica che diffonderemo
- Occorre avviare le indagini confidenziali delle morti materne tardive. Proponiamo di iniziare un progetto pilota che analizzi le morti materne tardive da suicidio
- La collaborazione con la rete INOSS e con EURO PERISTAT offre grandi opportunità di ricerca multinazionale cui la rete ItOSS è chiamata a contribuire attivamente





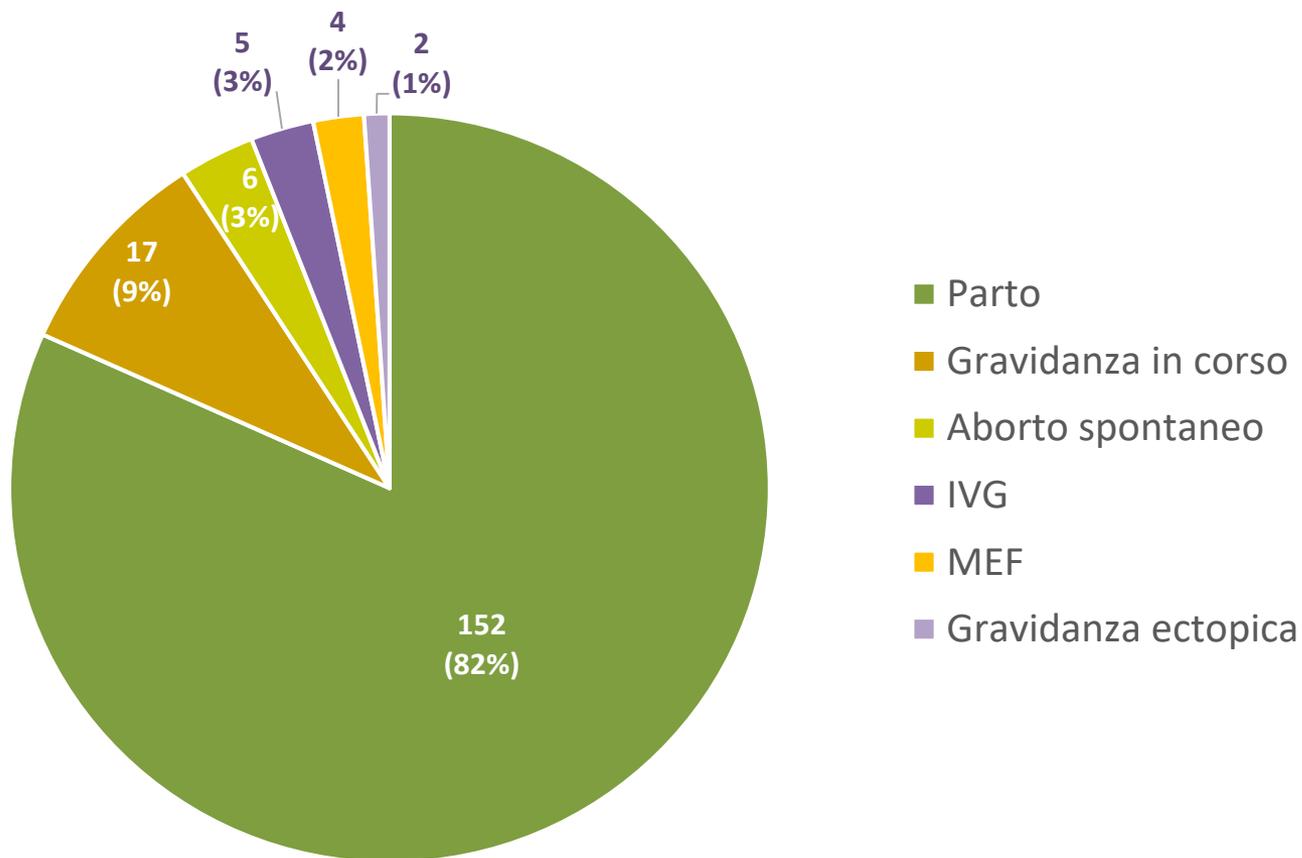
“La salute pubblica non può esistere senza la sorveglianza perché è dalla sorveglianza che essa nasce e si sviluppa”

*David Satcher Direttore CDC, 1993–1998*





# Le caratteristiche ostetriche al momento del decesso



*1 caso in attesa di documentazione sequestrata dall'autorità giudiziaria*

