



Il sistema delle sorveglianze regionali e nazionali in ambito materno infantile

Sistema di sorveglianza della mortalità perinatale (SPItOSS)

Firenze, 28 marzo 2019, Villa la Quiete



Cosa dice l'epidemiologia

- **Le morti neonatali sono diminuite del 40%** dal 1990 al 2013 a livello globale (2,8 milioni nel 2013).
- **Le morti in utero sono scese solo del 15%** dal 1995 al 2009.
- Nel mondo, la morte in utero colpisce almeno **2,6 milioni di famiglie ogni anno**.
- Numeri equivalenti a quelli delle morti registrate tra i bambini nel primo anno di vita e pari a più del doppio delle morti neonatali entro la prima settimana di vita

Cosa dice l'epidemiologia

- In Italia l'Istat dal 2000 al 2013 ha registrato una diminuzione del tasso di mortalità perinatale (nel 2013, era pari a 4,1/1000).
- Esiste una variabilità per area geografica, meritevole di approfondimento, che vede il tasso più alto in Sicilia (4,7/1000) e i valori più bassi in Lombardia (3,6/1000) e Toscana (2,7/1000).

L'importanza delle sorveglianze

- **Aver affiancato al sistema di sorveglianza della mortalità materna (Itoss) anche un sistema dedicato specificamente alla mortalità perinatale** non può che favorire una raccolta più completa di informazioni utili ai professionisti sanitari del percorso nascita.
- Infatti, oltre ai dati sulle cause di mortalità materna tra le quali l'emorragia ostetrica, i suicidi, l'influenza in gravidanza e il taglio cesareo, **saranno presto disponibili anche informazioni fondamentali per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza al feto e al neonato** e per permettere di produrre stime *population based* con cui verificare i tassi di mortalità stimati attraverso i flussi sanitari.



SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

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





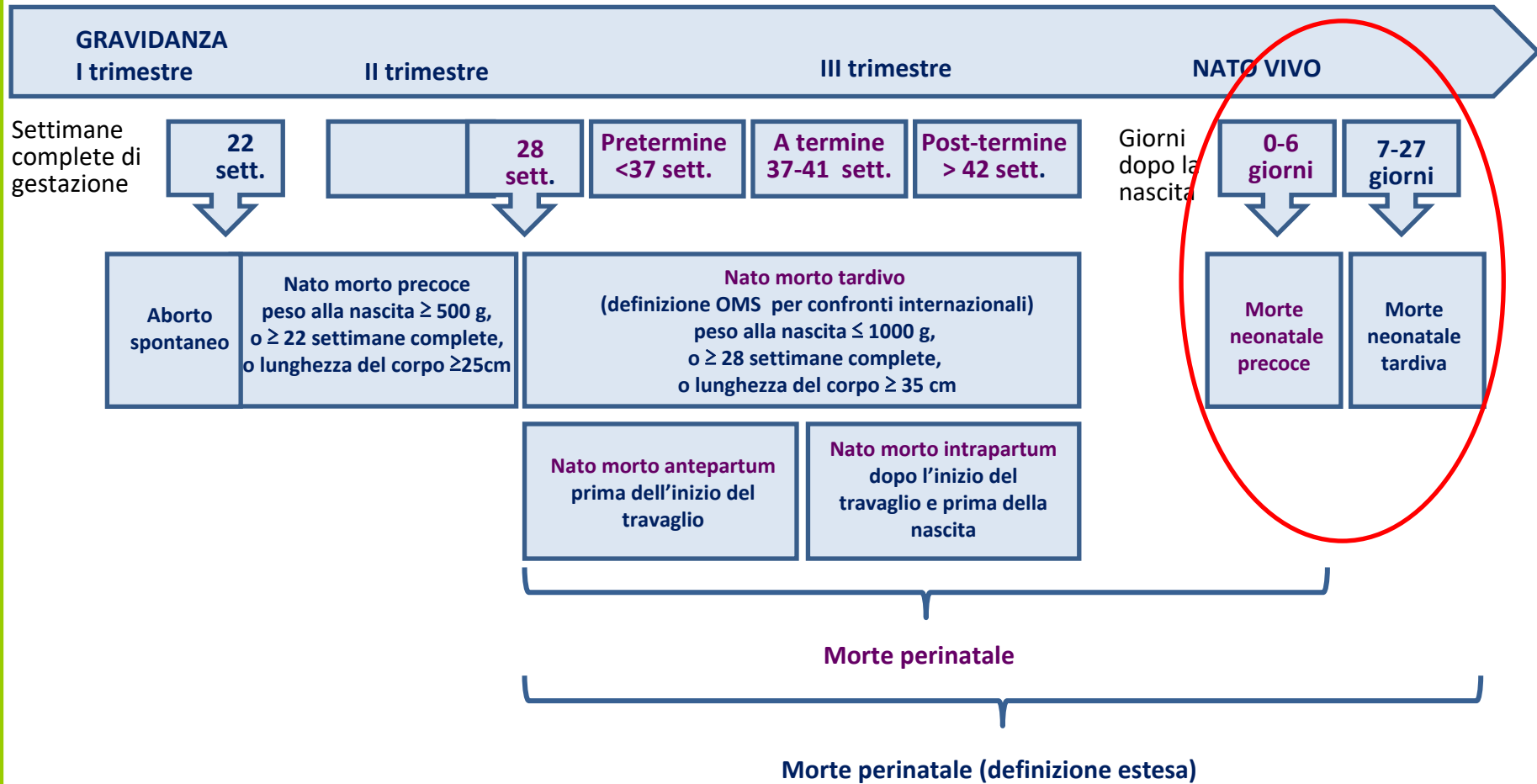
Obiettivo generale

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 il sesto giorno di vita completo ossia 6 gg + 23 h»



Lawn JE, Blencowe H, Pattinson R, et al, for The Lancet's Stillbirths Series steering committee. Stillbirths: Where? When? Why? How to make the data count? *Lancet* 2011; published online April 14. DOI:10.1016/S0140-6736(10)62187-3



SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

SPitOSS: la metodologia

- SPitOSS raccoglie i dati dei casi di mortalità perinatale da tutti i presidi sanitari dotati di Unità di ostetricia e neonatologia e/o di Unità di terapia intensiva neonatale (Tin) in Lombardia, Toscana e Sicilia
- SPitOSS ha la struttura organizzativa della Sorveglianza della Mortalità Materna: **il punto strategico è l'audit all'interno delle strutture in cui avviene il decesso**
- SPitOSS adotta il sistema internazionale di classificazione ICD-PM (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death– Perinatal Mortality) per l'attribuzione delle cause di morte in utero e neonatale precoce



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/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

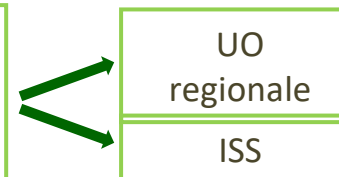


SPitOSS
Italian Perinatal Surveillance System

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



Selezione dei casi da sottoporre ad indagine confidenziale

L'obiettivo principale delle indagini confidenziali sui casi di decesso perinatale è la ricerca di eventuali criticità suscettibili di miglioramento per ridurre la mortalità perinatale evitabile.

In base alla letteratura i casi di morte intrapartum sono gli eventi più rari e più spesso associati ad assistenza sotto lo standard e pertanto prevenibili.

Per questo motivo **l'ordine di priorità in base al quale i casi di morte perinatale saranno sottoposti a indagine confidenziale prevede:**

- **le morti intrapartum;**
- **le morti neonatali** (da 28 settimane al settimo giorno di vita) correlate a condizioni di sofferenza intrapartum e, a seguire, le altre morti neonatali;
- **le morti antepartum a partire da 35 settimane** e a seguire le altre.

Tutti i casi di morte perinatale dovuti a malformazioni incompatibili con la sopravvivenza non saranno sottoposti a indagine confidenziale.



La composizione del Comitato multi-professionale in regione Toscana

Epidemiologo /Statistico:

Fabio Voller, Monia Puglia

Neonatologi:

Carlo Dani, Paolo Ghirri, Simone Pratesi, Barbara Tomasini, Luigi Gagliardi

Ginecologi:

Federico Mecacci, Filiberto Maria Severi, Caterina Serena

Anestesista:

Massimo Micaglio

Genetista:

Elisabetta Pelo

Anatomo-patologo:

Castiglione Francesca, Vincenzo Nardini

Ostetriche /ginecologhe:

Laura Iannuzzi, Francesca Strigini

Risk-manager:

Riccardo Tartaglia, Sara Albolino, Giulia Dagliana, Ismaele Fusco



SPITOSS
Italian Perinatal Surveillance System

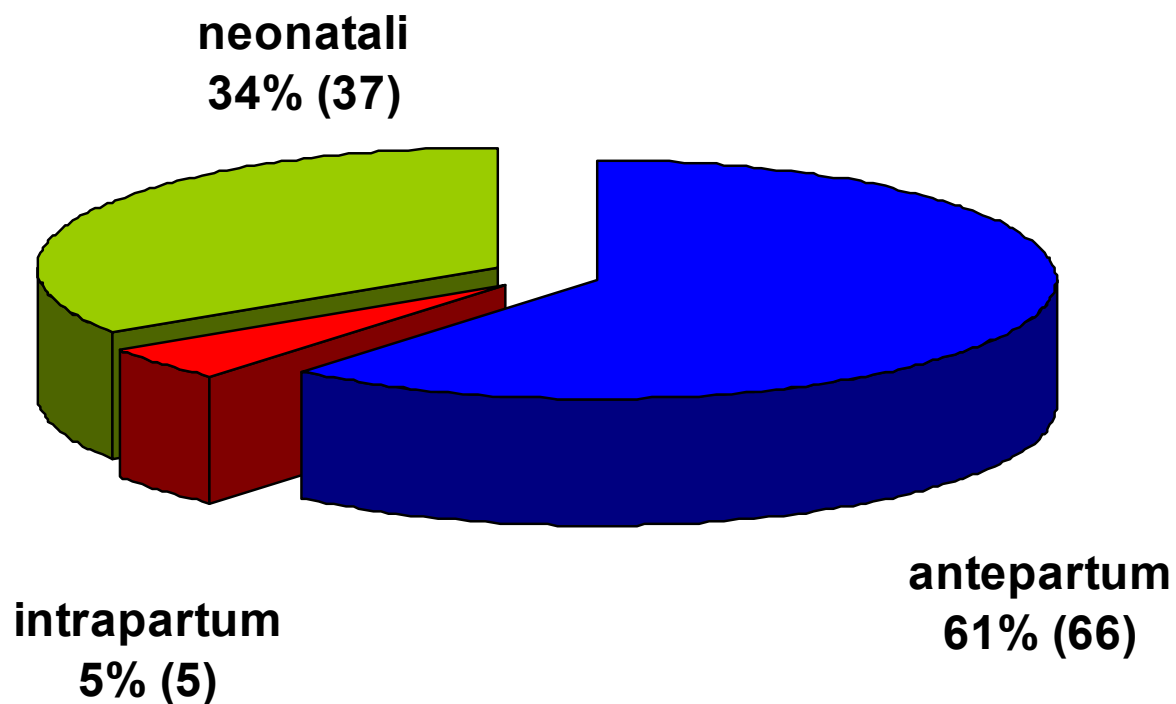
Morti perinatali segnalate totali dal 1-07-2017 al 08-03-2019

Regione	Antepartum	Intrapartum	Neonatale	Totale
Lombardia	219	14	94	327
Toscana	66	5	37	108
Sicilia	106	11	76	193
Totale	391	30	207	628



Casi Toscani dal 1-07-2017 al 08-03-2019

108 casi registrati – 2,4 casi ogni 1.000 nati



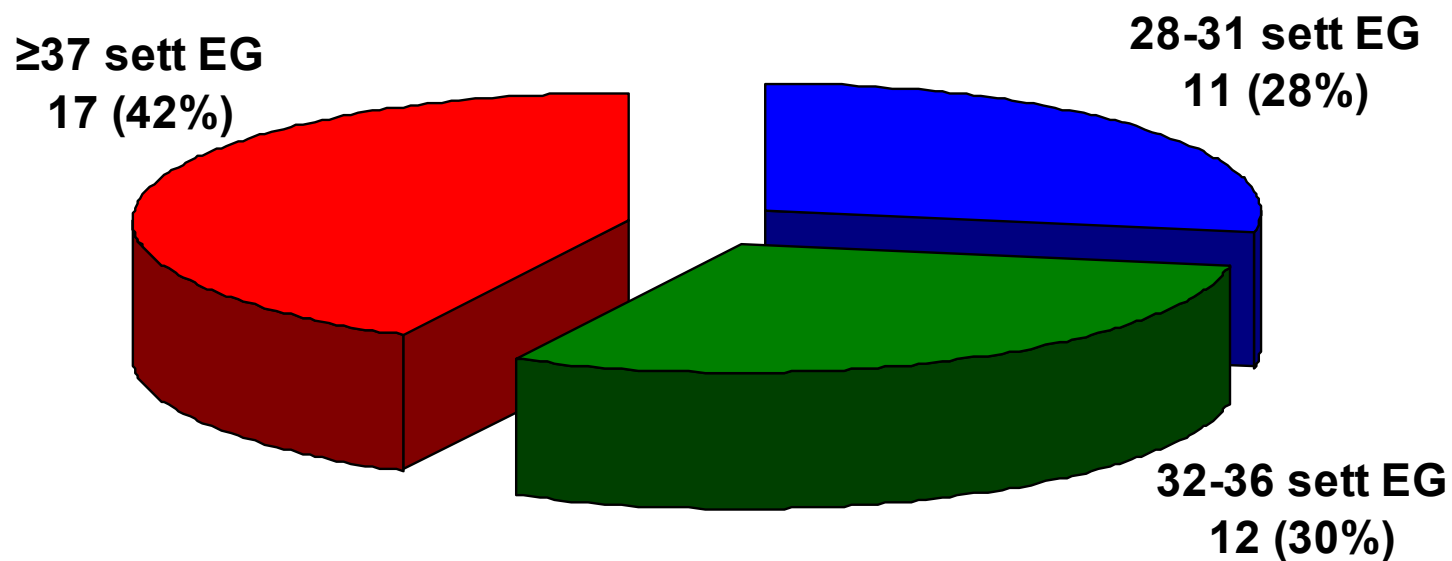
Recupero casi non segnalati da CAP per i nati morti
da SDO per i neonati morti entro 6 giorni



Casi Toscani ANTEPARTUM dal 1-07-2017 al 08-03-2019

66 casi registrati – 1,5 casi ogni 1.000 nati

Sono state analizzate 40/66





Casi Toscani NEONATALI dal 1-07-2017 al 08-03-2019

37 casi registrati – **0,8 casi ogni 1.000 nati**

Sono state analizzate 12/37
6/12 presentano malformazioni incompatibili con la vita

Feto anencefalico. Scelta della donna di proseguire la gravidanza

Trisomia 18 – S. Edwards

S. Edwards

Deficit di carnitina/acilcarnitina traslocasi a eredità autosomica recessiva, neonato omozigote (doppia mutazione del gene)

Cardiopatía congenita complessa - cuore sinistro ipoplasico

Ipoplasia polmonare, atresia anale, megavesicica, calico-pielectasia renale bilaterale, utero setto

Mortalità neonatale tra i residenti in relazione all'area geografica. Anni 2006-2015

