



La sorveglianza della mortalità materna in Italia: validazione del progetto pilota e prospettive future

5 Marzo 2015

Istituto Superiore di Sanità

Risultati e validazione del progetto pilota di sorveglianza della mortalità materna ISS-Regioni

**Serena Donati a nome del gruppo di lavoro ISS –Regioni
CNESPS - ISS**

Contenuti della presentazione

- Ringraziamenti
- Risultati dell'analisi mediante record-linkage
- Risultati della sorveglianza attiva
- Risultati oltre gli obiettivi del progetto

Ringraziamenti

- Ministero della salute
- Steering Committee nazionale di progetto
- Comitato tecnico-scientifico nazionale
- Comitati regionali per le indagini confidenziali
- Revisori esterni
- Rete del rischio clinico
- Tutti i professionisti che assistono le donne
- Unità operative regionali
- Referenti dei presidi sanitari

Struttura Complessa a
Direzione Universitaria
Servizio Sovra-zonale
di Epidemiologia



Dott. Luisa Mondo



Dott. Raffaella Rusciani

Referenti dei presidi sanitari

Sara Cantoira, Roberta Foti, Valeria Ferrero, Claudio Martina, Angelide Barbano, Alessandra Bongiovanni, Annasilvia Pertusio, Giovanna Oggè, Mario Ardizzoia, Daniela Kozel, Paola Peduzzi, Franco Donadio, Barbara Mitola, Nadia Rocca, Roberta Balboni, Federico Tuo, Mario Canesi, Concetta Vardè, Pierangelo Argentero, Vincenzo Mura, Vincenzo Lio, Pasqualina Russo, Cinzia Sesia, Mariel Renzetti, Giuseppina Poppa, Pietro Lombardo, Giordano Germano, Olivero Fabrizio, Caterina Mineccia, Giuseppe Colafiglio, Alessandra Magistirs, Antonia Giordano.

Componenti del comitato regionale

Giovanni Botta, Germano Giordano, Evelina Gollo, Paola Serafini, Teresa Spadea, Tullia Todros.

Direzione generale sanità e politiche sociali



Dott. Daniela Spettoli



Dott. Vittorio Basevi



Dott. Camilla Lupi

Emília-Romagna

Referenti dei presídí sanitari

Letizia Balduzzi, Antonio Pistolesi, Antonella Rosi, Antonella Tuzio, Cinzia Cavalli, Elisa Mazzini, Marco Panteghini, Augusto Catani, Laura Sgarbi, Paolo Accorsi, Ivana Algeri, Marinella Lenzi, Maria Cristina Selleri, Federica Ferlini, Michela Poli, Giuliano Guerzoni, Fabrizio Corazza, Giovanni Grazia, Mauro Salieri, Nicola D'urso, Celestino Claudio Bertellini, Daniele Pungetti, Elena de Ambrosi, Stefania Fieni Maria Biagina de Ramundo, Francesco Baldassari, Giuliana Simonazzi, Liliana Pittini, Marco Zanello, Ugo Malagù, Angelo Benedetti, Vania Maselli, Mauro Nastasi, Stefano Reggiani, Gianluca Bersani.

Componenti del comitato regionale

Vittorio Basevi, Giuseppe Battagliarin, Alessandra De Palma, Fabio Facchinetti, Giovanni Gambale, Giancarlo Gargano, Paolo Gregorini, Camilla Lupi, Vania Maselli, Licia Massa, Corrado Melega, Cristiana Pavesi, Nicola Rizzo, Angela Salerno, Daniela Spettoli.

Unità operativa Regione Toscana

Osservatorio di Epidemiologia,
Agenzia Regionale di Sanità
della Toscana



Dott. Monica Da Frè



Dott. Valeria Dubini



Dott. Fabio Voller

Referenti dei presídí sanitari

Antonio Franco Ragusa, Gianluca Bracco, Pasquale Florio, Laura Niccoli, Giansenio Spinelli, Massimo Srebot, Andrea Antonelli, Angela Citernesi, Ambrogio de Nardo, Cristina Ferretti, Marco Cencini, Francesco Catania, Franco Lelli, Giuseppe Mazzullo, Massimo Fabbiani, Alfio Frizzi, Paola del Carlo, Valeria Dubini, Marco Filippeschi, Giovanni Paolo Cima, Maria Giovanna Salerno, Felice Petraglia, Filiberto Maria Severi, Secondo Guaschino, Giuseppe Cariti, Ettore Cariati.

Componenti del comitato regionale

Antonella Cinotti, Mariarosa Di Tommaso, Valeria Dubini, Luigi Gagliardi, Carlo Giolli, Vincenzo Nardini, Armando Pedullà, Riccardo Tartaglia, Francesco Venneri.

- Agenzia di sanità pubblica
- Direzione salute e integrazione socio-sanitaria

Dott. Domenico Di Lallo

Dott. Simona Asole

Dott. Arianna Polo

Lazio

Referenti dei presidi sanitari

Luigi Palazzetti, Romolo di Iorio, Francesco Fadda, Paolo Gastaldi, Danilo Celleno, Humberto Zanetti, Livia di Bernardo, Giorgio Nicolanti, Giovanni Testa, Lea Panepuccia, Carlo Piscicelli, Loredana Coccia, Maria Grazia Frigo, Pier Giuseppe Pricoco, Marco Gregorio Galati, Giovanni Crisci, Massimo Petriglia, Lara di Paolantonio, Carlo Mogini, Gisella Giampà, Antonio Castellano, Gianpiero Fabi, Antonio Bertoldi, Cristiana Bianchini, Carmelo Morabito, Rossana Lucidi, Sara de Carolis, Biagio Cinque, Giovanni Grossi, Angela Cazzella, Antonio Guglielmi, Maria D'alessandro, Maria Clara D'alessio, Marina Marceca, Raniero Cartocci, Giovanni Iglizzi, Maurizio Cammarota, Stefania Lattuille, Giuseppe Baccaro, Antonella Fabbro, Giuliana Santilli, Francesco Maneschi, Mario Dauri, Livia Cococcia, Maria Domenica Cipriani, Riccardo Ingallina, Giancarlo di Maurizio, Alberto Calugi, Mario Garbarino, Paolo Barillari.

Componenti del comitato regionale

Antonio Castellano, Giulia d'Amati, Domenico Di Lallo, Maria Grazia Pellegrini, Quirino Piacevoli, Romolo Sabatini, Vincenzo Scotto di Palumbo.

Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR



Dott. Marcello Pezzella



Dott. Renato Pizzuti

CAMPANIA

Referenti dei presidi sanitari

Antonio Costabile, Paolo Giacometti, Pietropaolo Aniello, Concetta Masullo, Carlo Landolfi, Nicola Battista, Leonardo Nargi, Rocco Vincenzo, Mario Corbo, Giovanni Guglielmucci, Stefano Palmieri, Domenico Ventriglia, Antonella Stile, Umberto, Diurno, Nicolino Rosato, Daniele Ferrucci, Giuseppe Perrella, Carlo Capuano, Francesco Salzillo, Annunziata Scherillo, Rosa Volpicelli, Francesco Forleo, Antonio Cherubini, Luisa Sichenze, Antonio Notaro, Lorenzo Sorrentino, Pietro Chiacchio, Pietro Ottomano, Vittorio di Maro, Eligio Parente, Pasquale Contiello, Assunta Piccolo, Pietro Iacobelli, Mariano di Caterino, Giovanni de Carlo, Nicola Mario Iannantuoni, Antonio Fusco, Marcella Marino, Francesco Botti, Nicola Cerasuolo, Esposito Eutalia, Francesco Manganaro, Luigi Lacchi, Cosimo Salvatore Ricco, Marialuisa Borrelli, Mario Minetti, Nicola Ricciardelli, Augusto Rivellini, Nicola D'alessandro, Wanda Attianese, Giuseppe Ascione, Stefano Guarino, Bruno Torsiello, Gennaro Auriemma, Salvatore Ronsini, Savina Tanagro, Salvatore Cassese, Francesco de Laurentis, Roberto Ferrara, Silvana Onorato, Giacomo del Giudice, ,Ciro Coppola, Giovanni Gerosolima Gennaro Trezza, Attilio Romano, Roberto Iovieno, Giuseppe Bifulco, Nicola Colacurci, Raffaele Ferraioli, Antonio de Marco, Pasquale de Franciscis, Michela Filomena Mingione, Roberto Iovieno, Giovanni Chello, Antonio Caserta.

Componenti del comitato regionale

Elvio De Blasio, Giuseppina Di Lorenzo, Umberto Ferbo, Pasquale Martinelli, Paolo Puggina, Aniello Pugliese, Maurizio Saliva, Virginia Scafarto, Maria Triassi



Assessorato della Salute
Dipartimento Attività
Sanitarie
e
Osservatorio Epidemiologico

Dott. Gabriella Dardanoni e Immacolata Schimmenti

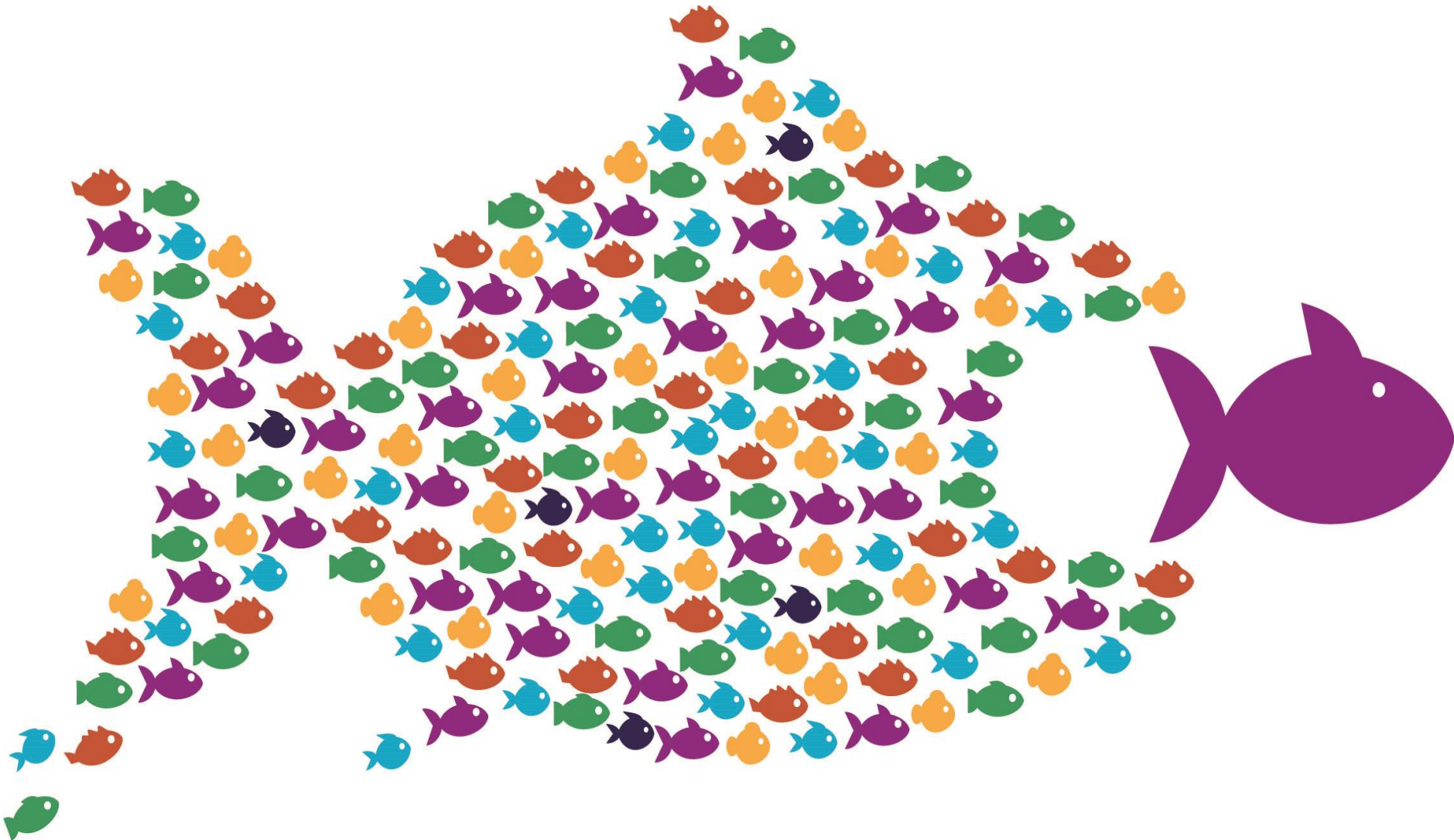
Referenti dei presidi sanitari

Maria Rosa D'anna, Giuseppe Ettore, Salvatore Bennici, Giuseppe Bonaccorsi, Giuseppe Bonaccorsi, Salvatore Corsello, Angelo Tarascio, Marco Panella, Antonino Rapisarda, Emilio Lo Meo, Luigi Campione, Umbrto Musarra, Sebastiano Caudullo, Onofrio Triolo, Cosimi Raffone, Rocco Billone, Rocco Billone, Roberto Ardizzone, Massimo Petronio, Antonino Perino, Vincenzo Miceli, Luigi Alio, Vincenzo Lo Bue, Luigi Triolo, Fabrizio Quartararo, Salvatore Morgia, Antonino Bucolo, Tommaso Mercadante, Salvatore Pollina, Luca Bonfiglio, Giuseppe Bonanno, Luca Bonfiglio, Lucia Lo Presti, Lilli Maria Klein, Rosario La Spina, Salvatore Incandela, Mario Marcello Pira, Giuseppe Canzone, Giuseppe La Ferrera Luigi Li Calsi, Angelo Caradonna, Seyed Alì Mousavi, Salvatore di Leo, Bruno Magliarditi, Provvidenza Castronovo, Umberto Angelo Castellano, Salvatore Riolo, Claudio Germilli, Giuseppe Fucà, Calogero Salvaggio, Michele Palmeri, Giuseppe Giannone, Giuseppe Turco, Giacomo Castiglione, Vito Geronimo, Mauro Orazio Coco, Vincenzo Lo Bue, Antonino Bucolo, Lucia Lo Presti, Antonino Frasca, Salvatore Tolaro.

Componenti del comitato regionale

Ignazio Barbieri, Giovanni Bartoloni, Maria Rosa D' Anna, Gabriella Dardanoni, Giuseppe Ettore, Tommaso Mannone, Giuseppe Murolo, Emanuele Scarpuzza, Rosaria Taverna.

La molteplicità di esperienze e di punti di
vista aiuta a risolvere la complessità!



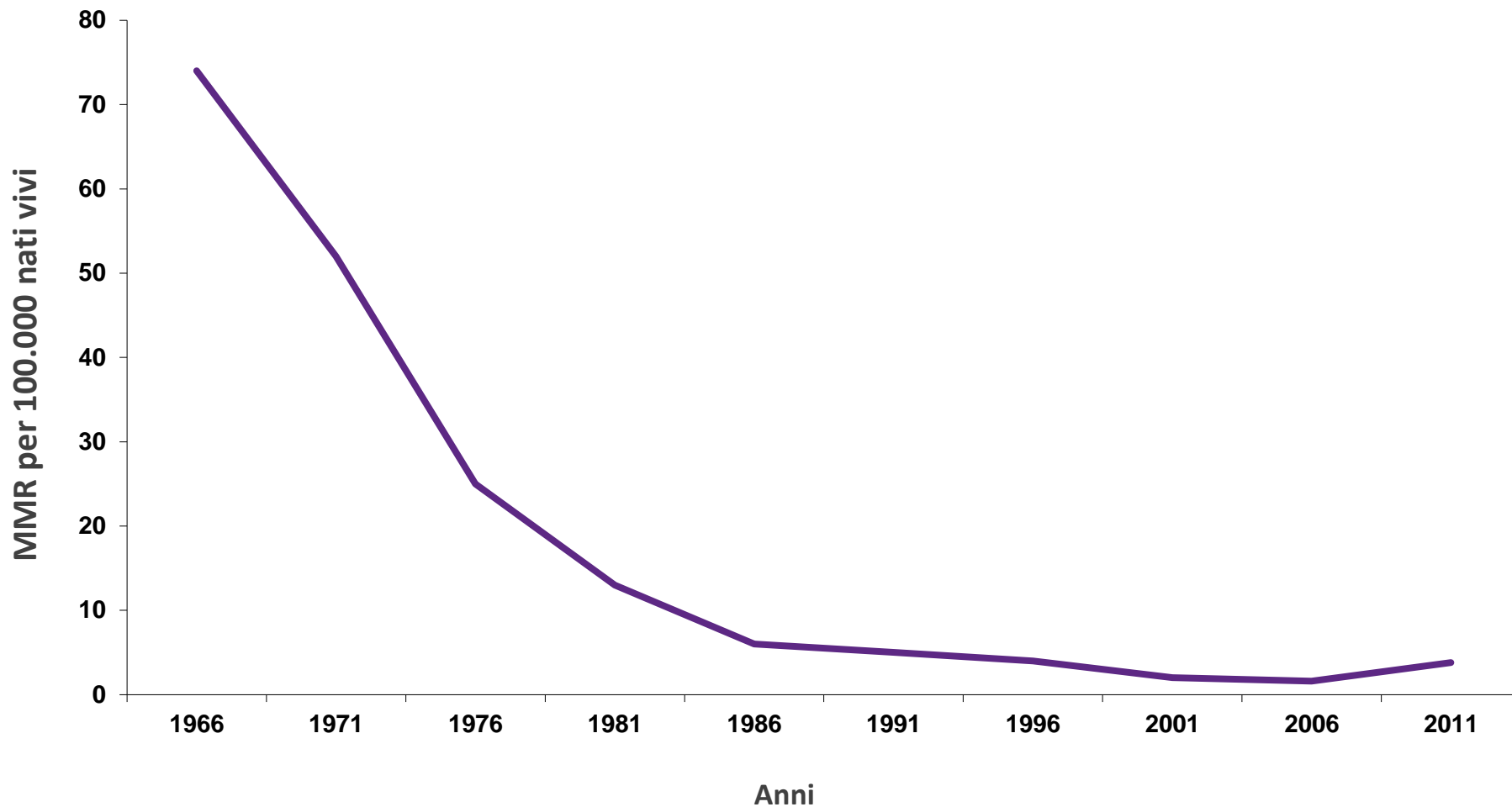
Risultati dell'analisi mediante record-linkage



Qualcosa è impossibile solo
fino a quando non la si fa

Nelson Mandela

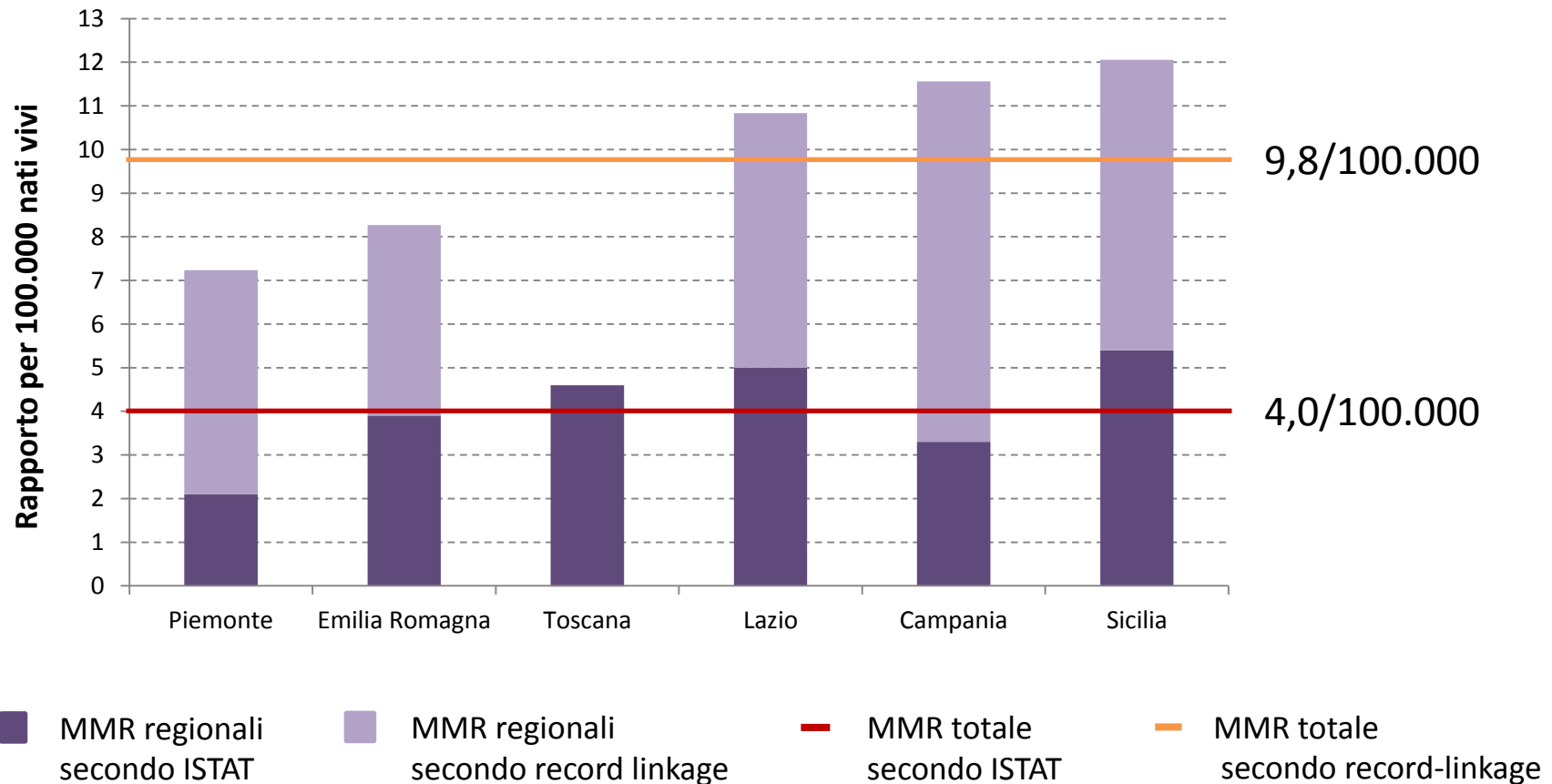
Andamento della mortalità materna in Italia attraverso i certificati di morte dell'ISTAT, anni 1966-2012



Fonte: ISTAT, elaborazione dati Dott. Francesco Grippo

MMR stimato attraverso i certificati di morte dell'ISTAT versus MMR stimato attraverso il record linkage

Sottostima del 59% dei casi di morte materna



MMR grezzo e standardizzato da record-linkage in 6 Regioni, anni 2006 - 2012

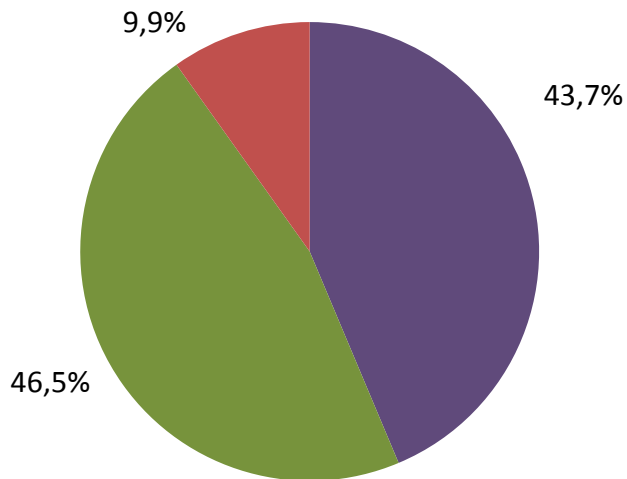
Regione	Anni	Nati vivi*	Morti materne (≤ 42 giorni)	MMR grezzo per 100.000 nati vivi	MMR std**
Piemonte	2006-2010	193.475	14	7,2	7,3
Emilia Romagna	2008-2012	205.634	17	8,3	7,9
Toscana	2007-2010	130.884	6	4,6	4,6
Lazio	2006-2012	378.551	41	10,8	9,9
Campania	2006-2010	302.679	35	11,6	13,4
Sicilia	2008-2012	240.581	29	12,1	12,6
Totale	2006-2012	1.451.804	142	9,8	9,8

* *Fonte: ISTAT*

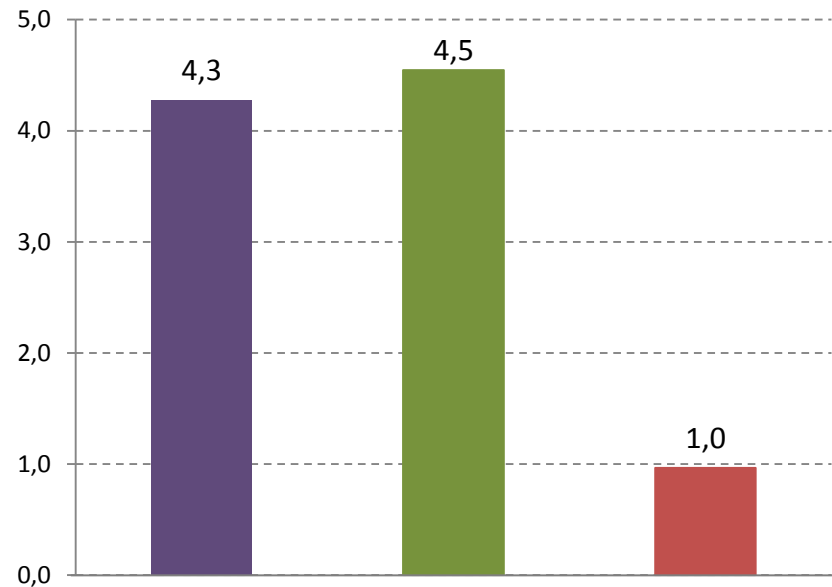
** *Rapporti standardizzati per età; popolazione standard: totale nati vivi - fonte: SDO di parto*

Mortalità materna entro 42 giorni in 6 Regioni anni 2006 - 2012

Distribuzione percentuale



Rapporto per 100.00 nati vivi

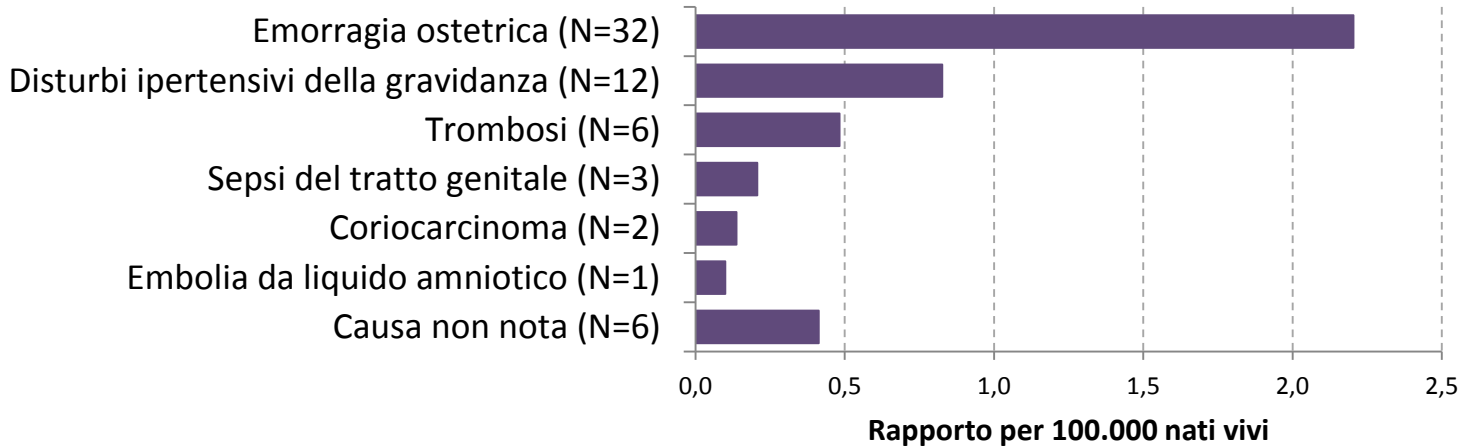


■ Morti materne dirette
(N=62)

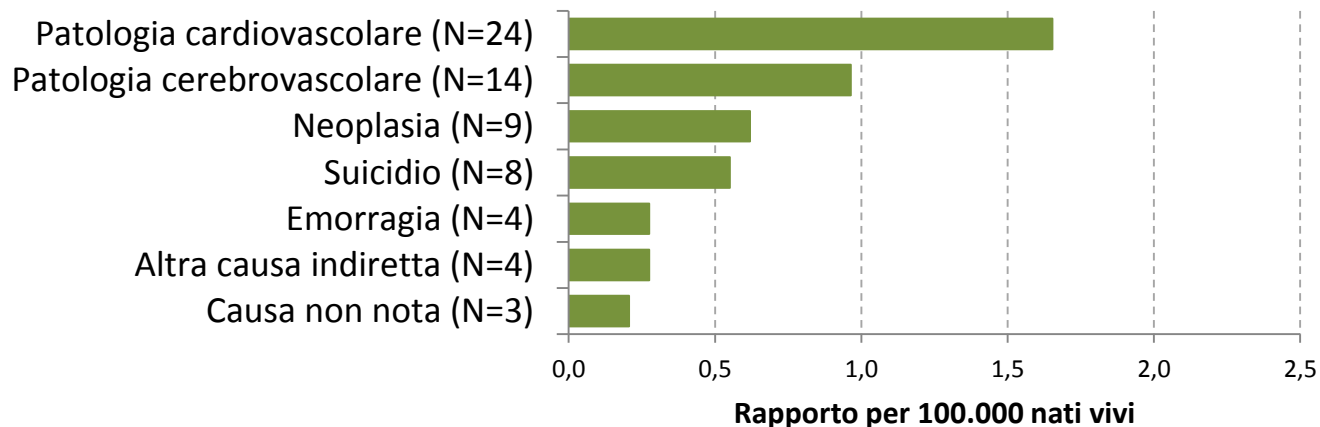
■ Morti materne indirette
(N=66)

■ Morti materne non
classificabili (N=14)

Cause delle morti materne DIRETTE entro 42 giorni dall'esito della gravidanza



Cause delle morti materne INDIRETTE entro 42 giorni dall'esito della gravidanza

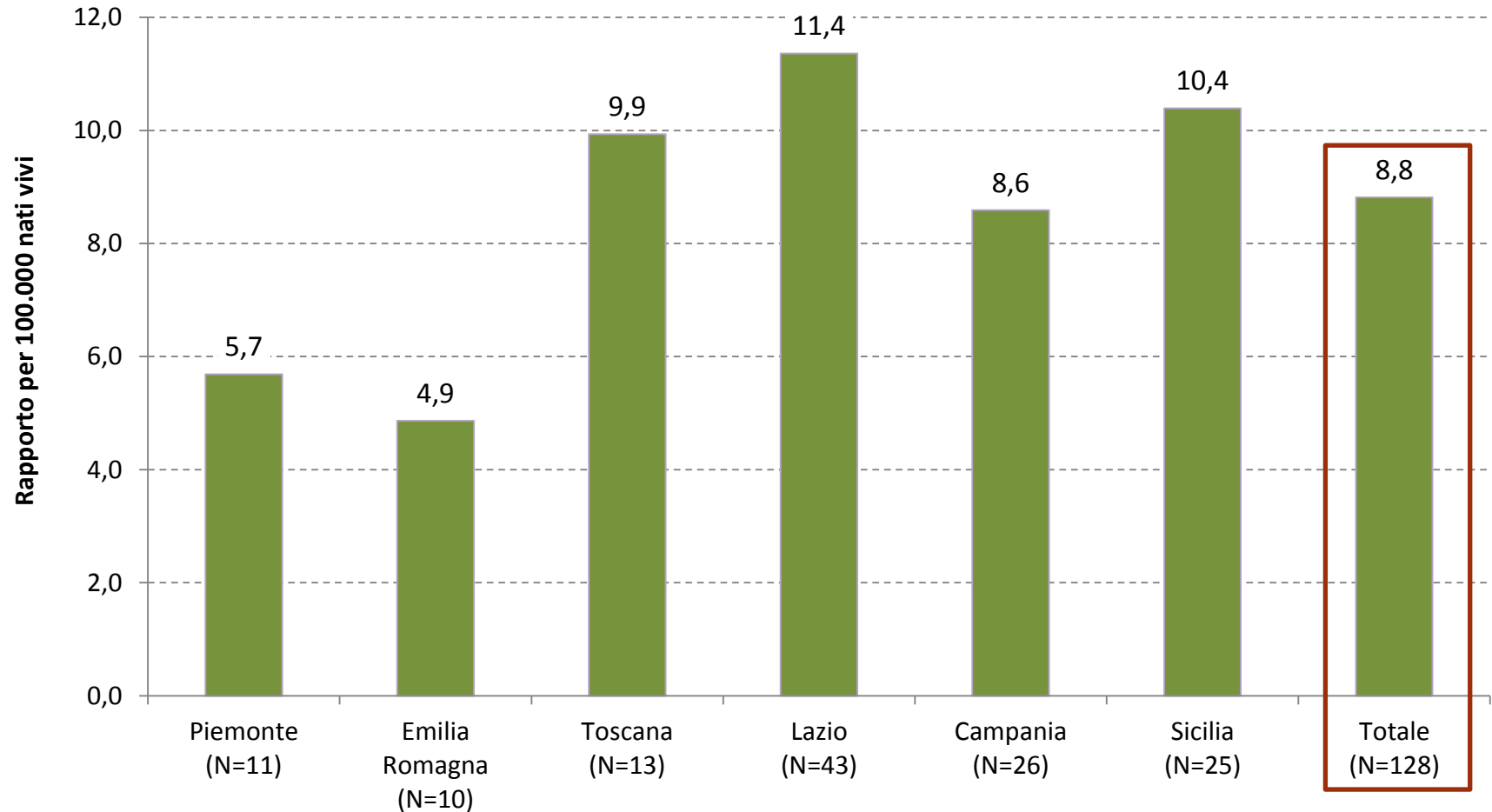


Rapporto di Mortalità Materna Diretta (DMMR) in 6 Regioni, anni 2006 - 2012

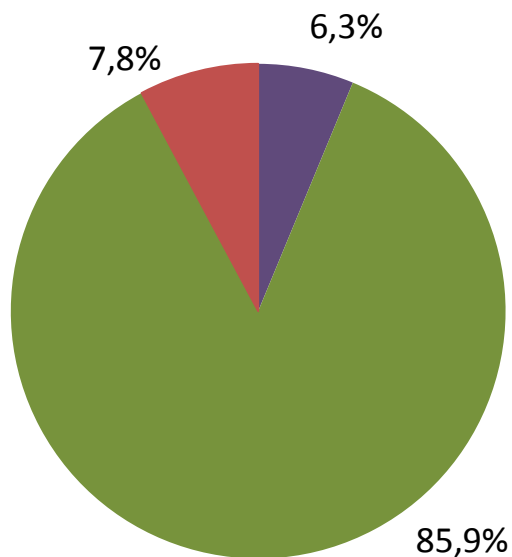
Regione	Anni	Nati vivi*	N	DMMR
Piemonte	2006-2010	193.475	4	2,1
Emilia Romagna	2008-2012	205.634	6	2,9
Toscana	2007-2010	130.884	3	2,3
Lazio	2006-2012	378.551	16	4,2
Campania	2006-2010	302.679	18	5,9
Sicilia	2008-2012	240.581	15	6,2
Totale	2006-2012	1.451.804	62	4,3

* Fonte: ISTAT

Morti materne avvenute tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza e MMR tardivo in 6 Regioni, anni 2006 - 2012



Cause delle morti materne indirette avvenute tra 43 e 365 giorni dall'esito della gravidanza



- Morti materne dirette (N=8)
- Morti materne indirette (N=110)
- Morti materne non classificabili (N=10)

Cause indirette

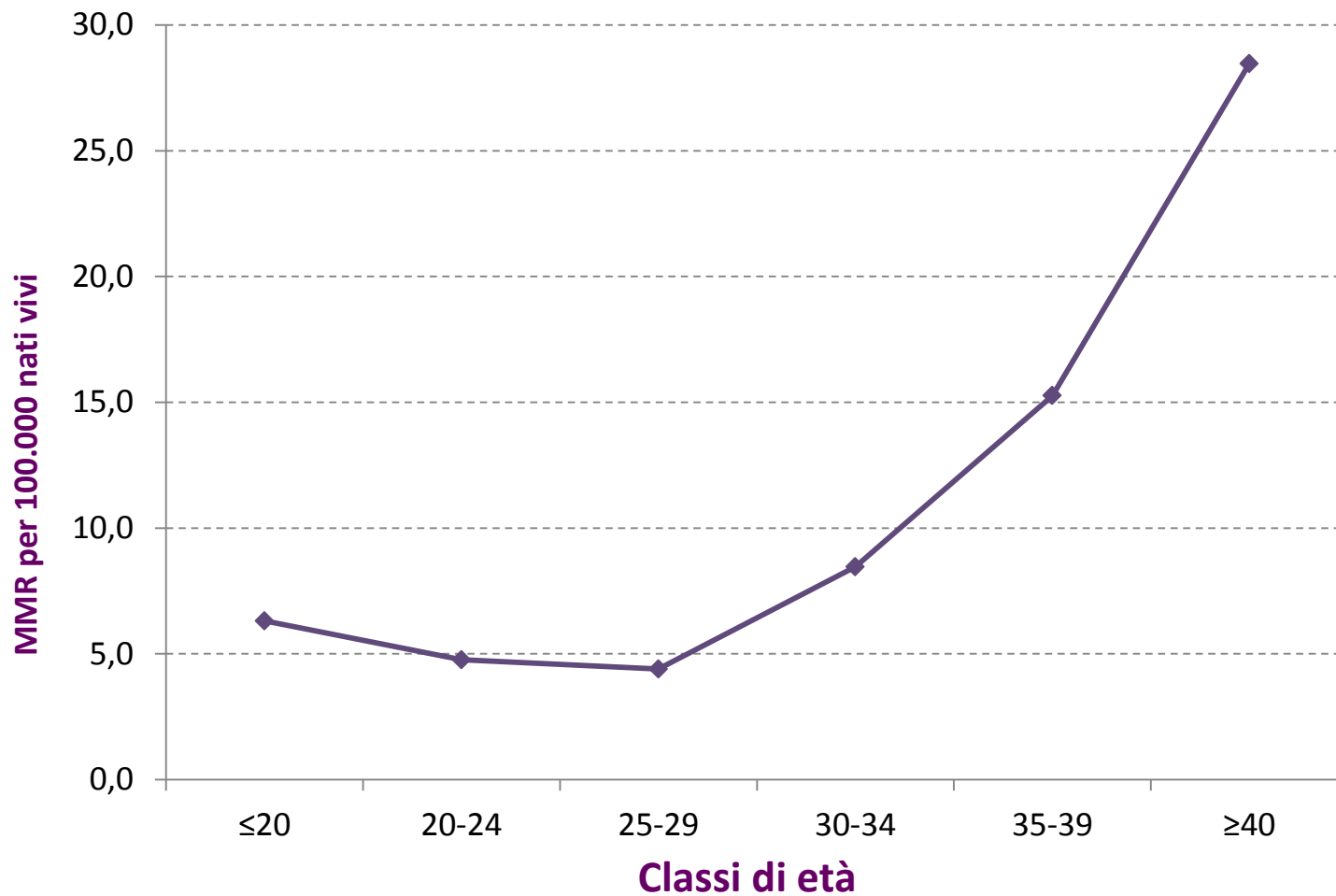
Cause indirette	N	%
Neoplasia	49	44,5
Suicidio	25	22,7
Patologia cardiovascolare	15	13,6
Patologia cerebrovascolare	5	4,5
Sepsi	2	1,8
Tossicodipendenza	1	0,9
Altra causa indiretta	6	5,4
Causa non nota	7	6,4
Totale	110	100,0

Rischio relativo di morte materna per caratteristiche della donna e modalità del parto

	RR	IC95%
Età della madre: ≥ 35 aa <i>versus</i> <35 aa	2,75	1,98-3,83
Cittadinanza della madre: straniera <i>versus</i> italiana	0,91	0,56-1,47
Livello di istruzione*: basso <i>versus</i> alto	2,50	1,63-3,85
Modalità del parto: taglio cesareo <i>versus</i> parto vaginale	4,15	2,60-6,63

* RR calcolato includendo i dati di Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Sicilia. Istruzione bassa: nessuna + elementare + media inferiore; istruzione alta: media superiore + laurea

Andamento del MMR per classi d'età



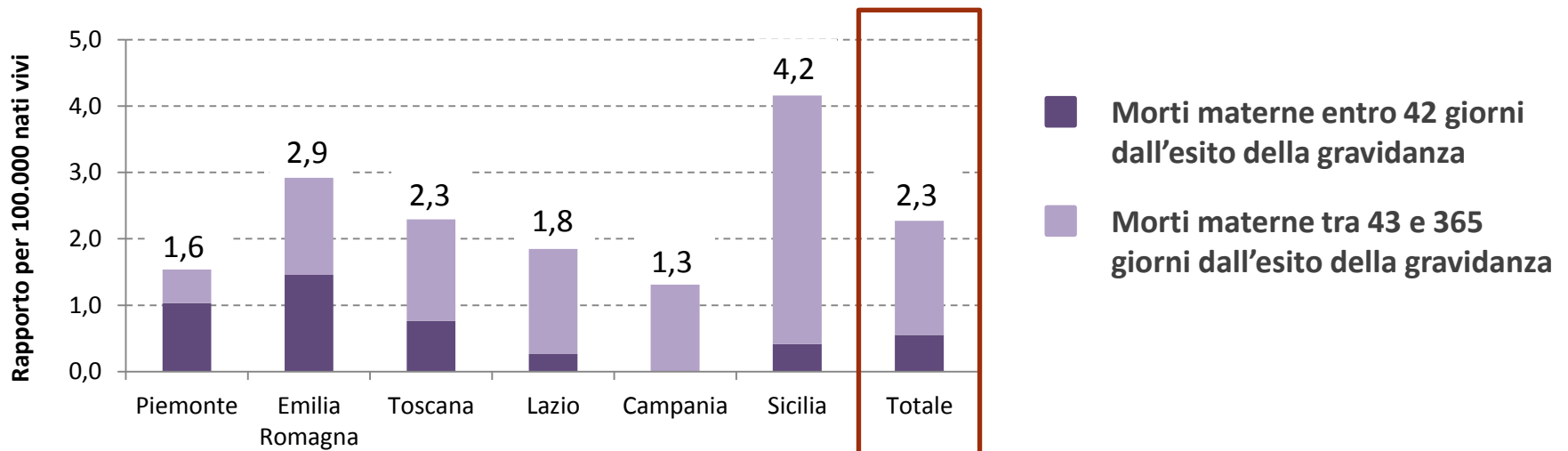
Morti materne per suicidio

Numerosità e percentuale rispetto al totale delle morti materne

Regione	N	%
Piemonte	3	12,0
Emilia Romagna	6	22,2
Toscana	3	15,8
Lazio	7	8,3
Campania	4	6,6
Sicilia	10	18,5
Totale	33	12,2

I dati potrebbero sottostimare il fenomeno perché ci sono 7 decessi per i quali non è stato possibile stabilire se fossero suicidi, omicidi o incidenti

Rapporto per 100.000 nati vivi



Risultati della sorveglianza attiva

Dal 1 febbraio 2013 al 31 gennaio 2015

39 morti materne segnalate
su un totale di 505.312 nati vivi nelle 6 Regioni partecipanti.

MMR = 7,7/100.000 nati vivi

- 23 morti materne dirette
- 11 morti materne indirette
- 6 non ancora classificabili

Cause delle 39 morti materne notificate dalla sorveglianza attiva

- **Emorragia ostetrica:**
 - 4 casi di atonia uterina*
 - 2 casi di distacco di placenta*
 - 1 caso di lacerazione cervicale*
- **Sepsi:**
 - 3 casi da aborto*
 - 1 caso da cerchiaggio cervicale*
 - 1 caso da TC*
- **Malattie infettive:**
 - 3 casi di influenza H1N1*
 - 1 caso di TBC miliare*
 - 1 caso di malaria*
- **Disordini ipertensivi della gravidanza:**
 - 3 casi di pre-eclampsia*
- **Trombosi:**
 - 2 casi di tromboembolia polmonare*
- **Embolia da liquido amniotico**
 - 2 casi*
- **Rottura vasi splenici:**
 - 2 casi*
- **Infarto del miocardio:**
 - 1 caso*
- **Suicidio:**
 - 1 caso*
- **Non ancora classificabili per sequestro della documentazione clinica:**
 - 10 casi*

Emorragia ostetrica



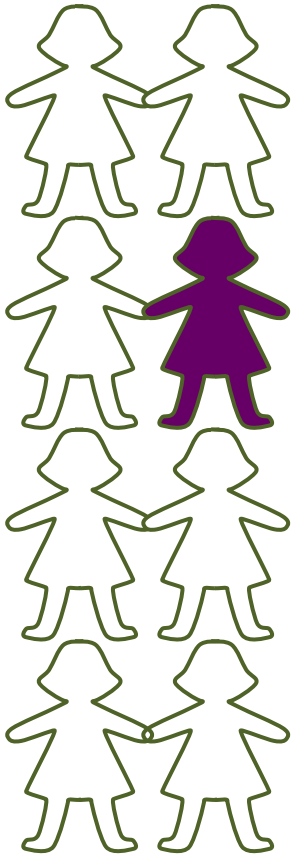
2 donne su 10 sono morte a seguito di uno shock emorragico

Otto dei 39 decessi rilevati attraverso la sorveglianza attiva sono avvenuti a seguito di **emorragia ostetrica**.

Le criticità segnalate più frequentemente sono:

- l'incapacità di apprezzare la gravità del problema
- il ritardo nella diagnosi e nel trattamento
- la mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti
- il trattamento inappropriato

Nel 2015-16
il sistema di sorveglianza ostetrica
IOSS-Regioni
coordinerà la redazione di
una linea guida su
prevenzione, diagnosi e trattamento
dell'emorragia del post partum
sotto l'egida del
Sistema Nazionale Linee Guida dell'IOSS.



1 donna su 8 è morta a seguito di sepsi

Cinque dei 39 decessi rilevati attraverso la sorveglianza attiva sono avvenuti a seguito di shock settico.

1 donna su 8 è morta a seguito di malattie infettive

Cinque dei 39 decessi rilevati attraverso la sorveglianza attiva sono avvenuti a seguito di complicazioni di malattie infettive

Le azioni chiave per la diagnosi e il trattamento appropriato della sepsi sono:

- ricordare che rappresenta una condizione clinica frequente
- massimizzare la tempestività della diagnosi
- somministrare velocemente antibiotici per via endovenosa
- coinvolgere precocemente clinici esperti

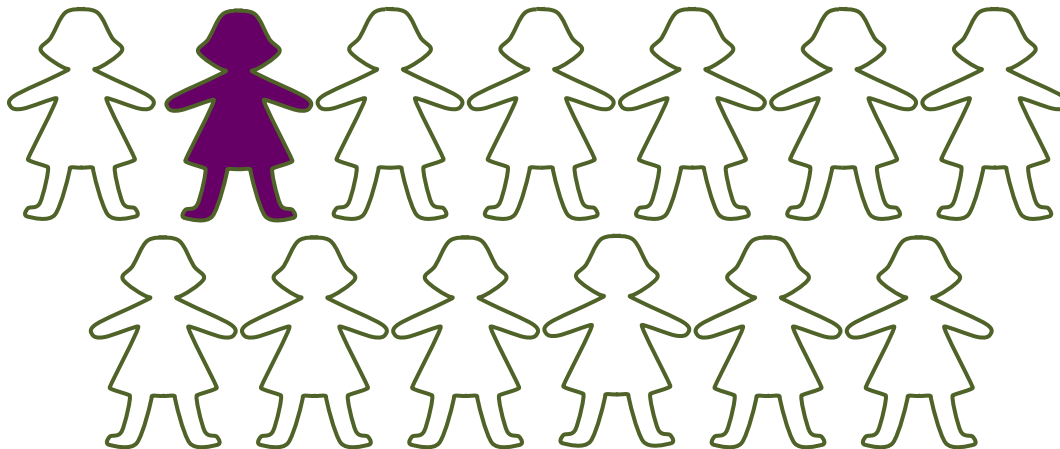
I revisori dei Comitati regionali hanno segnalato la difficoltà riscontrata nel porre diagnosi di sepsi in modo tempestivo al fine di prevenire la rapida evoluzione verso lo shock e hanno proposto una

Consensus Conference
sulla sepsi in ostetricia.

Influenza in gravidanza

Tre dei 39 decessi rilevati attraverso la sorveglianza attiva sono avvenuti a seguito di **polmonite da virus H1N1** durante il periodo dell'epidemia stagionale di influenza.

**1 donna su 13 è morta a causa dell'influenza
nessuna era stata vaccinata**



Sintesi di un caso clinico

Una donna di 33 anni alla terza gravidanza giunge in Pronto Soccorso in condizioni di emergenza per **gravissima insufficienza respiratoria a 20 settimane di gravidanza.**

Riferisce febbre e progressiva difficoltà respiratoria **da 3 giorni.**

Inizia terapia con **Oseltamivir** dopo 58 ore dal ricovero e **dopo la conferma microbiologica** di infezione da H1N1 su tampone nasale e aspirato bronchiale.

Nonostante l'assistenza intensivistica muore durante il trasferimento in eliambulanza dalla terapia intensiva a un **centro di riferimento regionale ECMO.**

Le donne in gravidanza devono essere informate che, durante il periodo dell'epidemia stagionale dell'influenza, è raccomandata:

- la **vaccinazione**
- il frequente e accurato **lavaggio delle mani**
- il **consulto tempestivo di un medico** in caso di febbre e dispnea ingravescente

In caso di sospetta infezione da H1N1 al momento del **ricovero ospedaliero** è raccomandato:

- eseguire un aspirato naso-faringeo per la **ricerca di virus respiratori**
- offrire il trattamento antivirale **entro 48 ore** dall'inizio dei sintomi e prima della conferma dei test microbiologici.
- **considerare precocemente** il trasferimento in un centro di riferimento dotato di **ECMO** in caso di mancata risposta alla terapia.

Procreazione Medicalmente Assistita

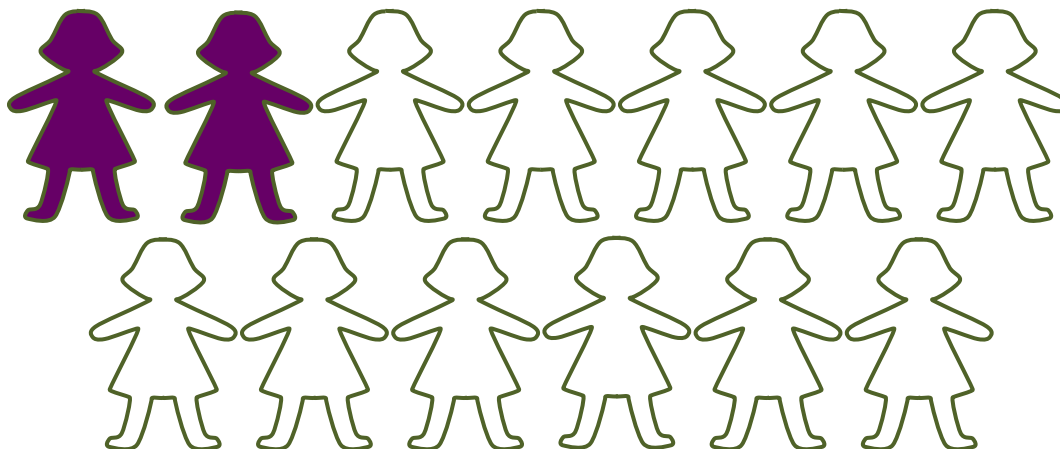
Sei dei 39 decessi rilevati attraverso la sorveglianza attiva sono avvenuti in donne che si erano sottoposte a **tecniche di PMA**.

Tre avevano un'età **oltre 42 anni**

Cinque avevano un **BMI>30**

Due si erano sottoposte a PMA **all'estero**

2 donne su 13 sono morte a seguito di complicazioni di gravidanze indotte mediante tecniche di PMA



Sintesi di un caso clinico

Una donna di **37 anni** con un **pregresso taglio cesareo, miomatosi uterina, BMI=42** e **pregresso intervento di riduzione gastrica**, si sottopone a **FIVET**.

A **35 settimane** si ricovera per **PROM** in una **struttura di I livello** dove viene sottoposta a **taglio cesareo** e contestuale **miomectomia** complicata da emorragia del post partum che esita in **shock emorragico** e morte materna.

- La valutazione **dell'appropriatezza delle indicazioni** alle tecniche di riproduzione assistita, specialmente in donne vicine o oltre la menopausa, richiede un'accurata verifica delle condizioni di salute di base, del rischio metabolico e dell'impatto delle terapie estrogeno-progestiniche.
- Nel Regno Unito i requisiti per accedere alle tecniche di procreazione medicalmente assistita comprendono:
 - un'età < 42 anni
 - un BMI < 30

La revisione dei casi da parte dei Comitati Regionali e dell'ISS

Per 29 casi è stata ultimata la revisione mediante le **indagini confidenziali** dei Comitati Regionali multiprofessionali e la **revisione centrale** effettuata in ISS.

- assistenza appropriata **12 casi**
- assistenza migliorabile, ma esito non evitabile **5 casi**
- assistenza inappropriata ed esito evitabile **12 casi**

La revisione dei casi da parte dei Comitati Regionali e dell'ISS

Le criticità più frequenti segnalate dai professionisti che hanno assistito le donne e dai revisori sono:

- la mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti
- l'incapacità di apprezzare la gravità del problema
- il ritardo nella diagnosi e nel trattamento
- l'inappropriata assistenza in gravidanza
- l'inadeguatezza della documentazione clinica al fine del chiaro inquadramento della paziente
- la diagnosi e il trattamento non appropriati

Raccomandazioni organizzative emerse dalla sorveglianza ostetrica

- tutte le donne con patologie croniche precedenti la gravidanza devono essere prese in carico da professionisti esperti coordinati da un singolo clinico di riferimento.
- tutte le donne che presentano complicazioni mediche in gravidanza devono essere prese in carico da un team assistenziale multidisciplinare per evitare problemi di comunicazione tra professionisti di diverse discipline/strutture assistenziali.
- tutti i presidi sanitari devono dotarsi di protocolli operativi *evidence-based* per la gestione delle complicazioni che possono insorgere nell'assistenza alla gravidanza o al parto.

Raccomandazioni non cliniche emerse dall'analisi dei casi incidenti di morte materna

- **tutti i casi di morte materna devono essere segnalati e sottoposti a revisione mediante audit e indagine confidenziale.**
- **ogni professionista coinvolto nell'assistenza deve partecipare alla revisione dei casi mediante audit multi-disciplinare perché l'identificazione delle criticità suscettibili di miglioramento da parte dei clinici sono uniche e di insostituibile valore.**
- **l'incompletezza e/o inappropriatelyzza della documentazione clinica e la mancata segnalazione delle morti materne rappresenta un indicatore di assistenza sotto lo standard.**

Risultati oltre gli obiettivi del progetto

La cosa più difficile è agire,
il resto è solo tenacia



Amelia Earhart

Risultati oltre gli obiettivi del progetto

- La creazione di una **rete di 290 presidi sanitari pubblici e privati** coinvolti nelle attività di sorveglianza ostetrica nelle 6 Regioni partecipanti.
- La partecipazione dell'Italia, con il nome di **Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS)**, all'International Network of Obstetric Survey System (**INOSS**) che, attraverso una collaborazione multinazionale di organizzazioni, conduce studi *population-based* su eventi morbosi gravi in gravidanza o al parto.
- L'avvio dello **studio prospettico population based sui near miss ostetrici** da emorragia del post partum, rottura d'utero, placentazione anomala invasiva e isterectomia peri partum nelle 6 regioni partecipanti.

Risultati oltre gli obiettivi del progetto

- L'offerta gratuita di una **formazione a distanza sull'emorragia del post partum**, accreditata ECM che ha registrato la partecipazione entusiasta di **oltre 5.000 professionisti** in 10 mesi.
- La collaborazione con gli **anatomo-patologi** e la produzione di un documento di indirizzo per il riscontro autoptico in caso di morte materna approvato dalla **SIAPEC**.
- La prosecuzione della sorveglianza ostetrica nelle sei regioni partecipanti e la sua estensione alla **Lombardia** e alla **Puglia** nel 2015 portando la copertura dal 49% al **75% dei nati del Paese**.
- La realizzazione di una linea guida sulla emorragia del post partum sotto l'egida del SNLG nel 2015-16

Risultati oltre gli obiettivi del progetto

- La realizzazione di una nuova **FAD per medici e ostetriche** nel 2015-16
- La designazione di **focal point** su nomina **dell'Organizzazione Mondiale della Sanità** per la revisione delle stime di mortalità materna in Italia.
- L'inserimento della sorveglianza della mortalità materna nel **DPCM** (ex articolo 12, comma 10 del DL n. 179/2012) **per l'istituzione di registri e sorveglianze di interesse nazionale**, attualmente in attesa di finalizzazione.
- L'inserimento della sorveglianza della mortalità materna nel **Piano Sanitario Nazionale 2014 - 2016** e la programmazione del record-linkage per produrre una stima nazionale del MMR nel 2016.

CONCLUSIONI



*Il futuro appartiene
a coloro che credono
nella bellezza dei
propri sogni*

Eleanor Roosevelt
