



Bartolomeo l'Inglese (XIII secolo) enuncia l'opinione comune secondo la quale l'anima vada ad abitare il corpo del concepito, sia femmina che maschio, al 46° giorno (cifra che ha le sue spiegazioni nel simbolismo religioso dei numeri: 46 anni è l'edificazione del Tempio di Gerusalemme, eccetera). Perché abbia vita quindi il feto deve avere animo e forma umana

MORTE ENDOUTERINA

La morte inaspettata del feto è un'esperienza drammatica, non solo per i genitori ma anche per i professionisti. Specie se si verifica nelle ultime settimane di gestazione quando tutto è pronto ad accogliere la nuova vita. Ne consegue un senso di impotenza, anche per le insufficienti conoscenze delle condizioni associate a questo evento avverso.

L'approccio difensivo che ne deriva limita l'indagine di eventuali carenze sul piano assistenziale ed organizzativo, contribuendo così ad impoverire lo scambio informativo e la relazione tra professionisti sanitari e la famiglia ma anche tra gli stessi operatori sanitari coinvolti.

Una perdita incolmabile. Quando le parole non bastano

SECONDO L'OMS si definisce nato morto il prodotto del concepimento completamente espulso o estratto dalla madre, che non mostri alcuna evidenza di vitalità quale il respiro spontaneo o, dopo stimolazioni, pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale, o quando l'autopsia non evidenzia nei polmoni.

In Italia dai dati CeDAP vi è un tasso di natimortalità di 2,78 nati morti ogni mille nati e di circa 3,3 su mille secondo i dati Istat, mentre il tasso raggiunge il 28-32‰ nei Paesi in via di sviluppo dell'Asia del Sud e dell'Africa Sub-Sahariana. **Nessuno può scegliere dove nascere.**

Il limite temporale gestazionale entro cui si distingue la "morte endouterina fetale" (morte endouterina spontanea di un soggetto che ha raggiunto sviluppo anatomico-funzionale compatibile con vita extrauterina autonoma) dall' "aborto" (morte endouterina spontanea di un soggetto con sviluppo anatomico-funzionale non compatibile con vita extrauterina autonoma) non è univoco.

Vi sono varie definizioni utilizzate a livello internazionale ed anche nazionale:

- per l'OMS il limite è rappresentato dal peso fetale uguale o superiore a 500 grammi, indipendentemente dall'età gestazionale;
- l'International Stillbirth Alliance utilizza invece il cut-off della vitalità neonatale a partire da

22 settimane compiute di età gestazionale (22 settimane e 0 giorni, ovvero 154 giorni) oppure il peso neonatale superiore a 500 grammi quando l'età gestazionale è sconosciuta;

- secondo la classificazione utilizzata in ambito internazionale europeo (European Perinatal Health Report 2013) si considera il cut-off di 22 settimane ed è la stessa che viene considerata per la compilazione dei CeDAP;

- per la legge italiana oltre 180 giorni (25 settimane + 5 giorni)

- dopo il raggiungimento della possibilità di vita autonoma (*viability*) che ovviamente varia in modo importante a seconda del contesto sociale-sanitario a cui si fa riferimento. In un documento Italiano (Carta di Firenze) questa viene posta a 22 settimane + 6 giorni di età gestazionale; altri la pongono a 24 settimane; in altri documenti a 28 settimane (196° giorno).

Nonostante queste differenti definizioni utilizzate a livello nazionale ed internazionale, è fondamentale differenziare gli aborti (entro 22-23 settimane compiute) dalle morti intrauterine: le perdite molto precoci del prodotto del concepimento derivano nella stragrande maggioranza da anomalie intrinseche del feto (cromosomiche o geniche), i feti possono morire delle stesse cause in differenti epoche gestazionali, sebbene con differente frequenza. Le medesime cause sono an-



MAURIZIO SILVESTRI
Dirigente medico
Consultorio familiare
Spoleto e Tesoriere Aogoi

MORTE ENDOUTERINA

che alla base della mortalità neonatale, soprattutto quando interviene nei primi 7 giorni di vita (mortalità neonatale precoce). Per questo si preferisce parlare di mortalità perinatale, che dal punto di vista cronologico è data dalla somma della mortalità fetale endouterina con quella che avviene nel neonato entro i primi 7 giorni di vita. In Europa il 90% delle morti fetali avviene nel periodo che precede l'inizio del travaglio di parto: il rischio è maggiore nei parti pretermine, si riduce progressivamente sino a 37 settimane per poi innalzarsi con l'avanzare della gravidanza.

I principali fattori di rischio che possono influire negativamente il decorso della gravidanza, fino alla morte inaspettata del feto, sono riconducibili a varie condizioni, fra cui: basso stato socio-economico, fumo di sigaretta, assunzione di alcool, eccessivo aumento ponderale, gravidanza protratta, etnia afro-americana, MEF pregresse, ritardo di crescita intrauterino, gravidanza multipla, età materna inferiore a 15 anni oppure superiore a 35 anni, traumi in gravidanza, violenza domestica.

Le cause, che spesso rimangono inspiegate anche dopo le possibili procedure diagnostiche, possono essere riconducibili principalmente a patologie di origine: 1) fetale; 2) placentare; 3) materne 4) sconosciute.

Sono disponibili linee guida internazionali pubblicate recentemente, nel 2018 (Queensland clinical guidelines) e nel 2020 (Società canadese di Ostetricia e Ginecologia - SOGC)

La Fondazione Ragonese Confalonieri, diretta da Antonio Ragusa, sta redigendo, su indicazione delle Società scientifiche SIGO-AOGOI-AGUI-Agite, delle raccomandazioni che possano essere di aiuto a tutti noi: a Fabio Facchinetti è stato dato il compito di coordinare il gruppo di lavoro.

Molto interessante l'ipotesi di gruppi di ricerca secondo quali le mutazioni geniche che possono

produrre "morte cardiaca improvvisa" nel lattante e nell'adolescente possano manifestarsi funzionalmente già in epoca prenatale determinando così la morte inaspettata del feto.

Dopo la conferma ecografica della morte intrauterina deve essere programmato il parto che di solito avviene per via vaginale. In presenza di patologie materne (sepsi, preeclampsia, emorragia) questo va espletato il prima possibile mentre, se le membrane amniocoriali sono integre ed in assenza di segni clinici e di laboratorio di CID, è ammesso un approccio più flessibile in base ai protocolli interni del punto nascita e/o alle richieste della donna. Si consideri che l'attesa aumenta il rischio di sviluppare anomalie della coagulazione.

Sarebbe utile che i punti nascita si dotino di un protocollo sugli accertamenti da eseguire in caso di morte inaspettata del feto che dovrebbe prevedere controlli sulla gestante prima dell'espletamento del parto, sul neonato, sul sangue del cordone ombelicale e sulla placenta.

Dopo il parto è necessario inibire la lattazione alla puerpera e proporre un follow up dopo 6-8 settimane per la valutazione degli esami effettuati durante il ricovero e dell'esito dell'autopsia. Questa visita è anche l'occasione per informare e discutere i risultati degli accertamenti, valutare eventuali indagini da eseguire e/o modifiche degli stili di vita e di ritardare il concepimento se ancora non è stato compresa la causa e soprattutto se la donna non si sente psicologicamente pronta ad affrontare una nuova gravidanza.

È importante comunicare alla donna/coppia tutti gli elementi che sono stati ricercati ma anche che, pur facendo tutto il possibile, purtroppo in circa metà dei casi non si riesce ad identificare la causa della morte.

La morte inaspettata del feto è un problema spesso taciuto ma con un impatto emotivo enorme sulla donna e sulla coppia che a volte persiste anche dopo una successiva nascita di un bambino sano. È indispensabile fornire alla coppia un adeguato supporto psicologico che li aiuti nell'elaborazione del lutto. Medesimo supporto dovrebbe essere offerto anche agli operatori sanitari che si sono presi cura di queste gravidanze.

Uno studio multicentrico su oltre 6mila primigravide

Nel 2018 è stato pubblicato sul *New England Journal of Medicine* lo studio ARRIVE (A Randomized Trial of Induction Versus Expectant Management) che conclude "l'induzione sistematica del travaglio di parto alla 39 settimana riduce l'incidenza della morte in utero oltre che il ricorso al taglio cesareo". Questo studio multicentrico, che ha interessato diversi ospedali degli Stati Uniti, ha arruolato oltre 6mila primigravide a basso rischio ostetrico randomizzate in due gruppi di oltre 3mila donne ciascuno. Ad un gruppo veniva indotto il travaglio a 39 settimane mentre nell'altro gruppo si attendeva l'inizio fisiologico delle contrazioni.

Dalle conclusioni si desume che per prevenire una morte perinatale occorrerebbero circa 3mila induzioni del travaglio di parto alla 39 settimana, mentre sono richieste circa 28 induzioni per prevenire 1 taglio cesareo.

L'induzione sistematica del travaglio di parto alla 39 settimana richiede un intervento di grande portata a fronte di un piccolo beneficio sulla prevenzione delle morti fetali. Inoltre, numerosi autori hanno posto il problema sulle implicazioni non del tutto conosciute per il futuro del neonato, nel caso s'interrompa la gravidanza quando la placenta, ancora funzionante, potrebbe apportare sostanze favorevoli al successivo benessere neonatale.

