

in fase acuta che post. Un aspetto importante per la paziente, è la possibilità di donare il latte anche in casi di morte perinatale e di attribuire alla loro perdita un significato diverso, non più legato esclusivamente alla mancata o interrotta generatività, ma alla possibilità di offrire un nutrimento funzionale e idoneo alla crescita e allo sviluppo di altri neonati. In tale situazione interverranno nell'equipè anche gli addetti alla nurse-ria/neonatalogia

Si configurerà un passaggio dalla morte alla vita. Alla donazione

La gestione e la possibilità di offrire un reparto collaborante e collaborativo, ha dimostrato una diminuzione dei fattori di rischio utili non solo per la coppia genitoriale, ma anche per l'intero sistema familiare e i professionisti che attorno ad esso ruotano, riducendo inoltre nelle donne la possibilità di sviluppare sintomatologie depressive e ansiose. Gli effetti di un sostegno così configurato, inoltre, risultano funzionali per un recupero positivo della maternità e paternità, con un contrasto importante alla depressione favorendo la ricostruzione di un equilibrio familiare che inevitabilmente viene messo alla prova con la perdita di un bambino, a qualsiasi età gestazionale.

BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, Arlington, VA, American Psychiatric Press, 5^{ed}

Amstrong D. (2001), *Exploring father's experiences of pregnancy after a prior perinatal loss*, the American journal of maternal child nursing, vol 26 pp 147-153

Andolfi, M.; D'Elia, A. (2007), *Le perdite e le risorse della famiglia*, Milano, Raffaello Cortina.

Archiati, P. (2003), *Vivere con gli angeli e con i morti*, Roma, Il Ternerario.

Bateson, G. (1988), *Mente e Natura*, Milano, Adelphi.

Bateson, G. (1997), *La sacra unità*, Milano, Adelphi.

Bateson, G.; Bateson, M. C. (1989), *Dove gli angeli esitano*, Milano, Adelphi.

Bercelli, F.; Leonardi, P.; Viaro, M. (1999), *Cornici terapeutiche*, Milano, Raffaello Cortina.

Bocchi, G.; Ceruti, M. (1985), *La sfida della complessità*, Milano, Mondadori.

Boscolo, L.; Cecchin, G.; Hoffman, L.; Penn, P. (2004), *Clinica sistemica*, Bollati Boringhieri, Torino

Boscolo L., Bertrando P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Milano, Raffaello Cortina Editore, Milano

Boscolo L., Bertrando P. (1993), *I tempi del tempo*, Bollati Boringhieri, Torino

Campione F. (2012), *Lutto e desiderio*, Armando editore, Roma

Cazzaniga E. (2001), *La famiglia, la perdita e il lutto*, in AA.VV., Psiconcologia, Milano, Masson, Milano

Cazzaniga E. (2017), *Il lutto*, Outis, Monza

Cazzaniga E., *In bocca a Kronos*, Edizioni AMA Milano-Monza Brianza.

Cazzaniga E. (2007), *Il lutto e le esperienze insolite*, Edizioni AMA Milano-Monza Brianza.

Cazzaniga E. (2005), *L'approccio narrativo-relazionale al lutto*, in Ad occhi aperti. La relazione d'aiuto alla fine della vita e nelle esperienze di perdita, Ed. Libreria Cortina Verona

Cecchin G., Lane G., Ray W.A., (1992), *Irriverenza*, Milano, Franco Angeli, Milano

Chianura P., Chianura L., Fuxa E., Mazzoni S. (2011), *Manuale clinico di terapia familiare*, Vol I-II-III, Milano, Franco Angeli, Milano

Cozza G. (2010), *Quando l'attesa si interrompe*, Il leone verde, Torino

Di Pietro A., Tavella P. (2006), *Madri selvagge: Contro la tecnorapina del corpo femminile*, Torino, Einaudi.

Freud, S. (1976), *Lutto e malinconia*, in *Opere*, vol. 8, Torino, Bollati Boringhieri.

“

La gestione e la possibilità di offrire un reparto collaborante e collaborativo, ha dimostrato una diminuzione dei fattori di rischio utili non solo per la coppia genitoriale, ma anche per l'intero sistema familiare e i professionisti che attorno ad esso ruotano

Galeotti, S. (2003), *Storia dell'aborto: I molti protagonisti e interessi di una lunga vicenda*, Bologna, Il Mulino.

Gergen, K. J.; Gergen, M. (2005), *La costruzione sociale come dialogo*, Padova, Logos.

Goldbeter-Merinfeld, E. (2014), *Il lutto impossibile: Il modello del terzo pesante in terapia familiare*, Milano, Franco Angeli.

Lawn, J. E.; Kinney, M. (2014), "Executive Summary", *The lancet*, Maggio 2014.

Leonardi, P.; Viaro, M. (1990), *Conversazione e terapia*, Milano, Raffaello Cortina.

Malagoli Togliatti, M.; Telfener, U. (1983), *La terapia sistemica*, Roma, Astrolabio.

Mori, M. (1996), *Aborto e morale: Capire un nuovo diritto*, Torino, Einaudi.

Riccio, M. (2017), *La cicogna distratta: Il paradigma sistemico relazionale nella clinica della sterilità e dell'infertilità di coppia*, Milano, Franco Angeli.

Scirè, G. (2008), *L'aborto in Italia. Storia di una legge*, Milano, Mondadori.

Stern, D.; Bruschweiler-Stern, N. (1999), *Nascita di una madre*, Milano, Mondadori.

Testoni, I. (2011), *Dopo la notizia peggiore*, Padova, Piccin-Nuova Libreria.

18

CONTRIBUTI

Morte intrauterina

L'Organizzazione mondiale della sanità definisce morte intrauterina fetale il decesso di un feto di peso superiore ai 500 grammi corrispondente alla 22^a settimana di gestazione o a una lunghezza totale di 25 centimetri. Nel caso in cui l'epoca gestazionale fosse inferiore alle 22 settimane si parla invece di aborto spontaneo



GIOVANNI SAVARESE
Direttore genetica medica

LA PRIMA STIMA UFFICIALE elaborata congiuntamente da Unicef, Oms, Gruppo della Banca mondiale e Divisione per la popolazione del Dipartimento per gli affari economici e sociali delle Nazioni Unite e pubblicata nel report "A Neglected Tragedy: The Global Burden of Stillbirths" riporta per l'Italia un tasso di mortalità in utero pari a 2,4 per mille nati e una diminuzione del 15,1% dall'anno 2000 (1507 casi) al 2019 (1070 casi).

I tassi nazionali pubblicati dall'Istat per l'anno 2016 sono pari a 4,2 nati morti e neonati morti entro la prima settimana di vita per mille nati (mortalità perinatale);

Tra i principali fattori di rischio è opportuno menzionare:

- l'età materna inferiore a 15 anni o superiore a 35 anni;
- la presenza di un pregresso episodio di morte endouterina;
- un feto di sesso maschile;
- gravi deficit di crescita fetale;
- la gravidanza multipla;
- il fumo, l'uso di sostanze stupefacenti e/o l'assunzione di alcol in gravidanza;
- la trombofilia e/o patologie materne quali l'obesità, il diabete, l'ipertensione arteriosa;
- le nefropatie;
- le malattie autoimmuni;
- anomalie congenite fetali;
- anomalie genetiche fetali.

In una percentuale compresa fra il 25% ed il 40% dei casi le cause di morte intrauterina del feto restano sconosciute e tale percentuale tende ad aumentare progressivamente con l'avanzare dell'epoca gestazionale.

Le avanzate tecniche di genetica e di biologia molecolare utilizzate dall'Ames nei suoi laboratori di Milano e di Napoli, possono fornire delle risposte all'ampia casistica che, fino ad oggi, veniva classificata come "decesso idiopatico".

Il ricorso a strumentazione di ultima generazione come il Novaseq 6000 e l'iScan Illumina consente l'analisi dell'intero esoma umano a prezzi contenuti riuscendo ad individuare problemi di natura genetica che potrebbero fornire una spiegazione alla morte intrauterina evitando che il rischio possa ricorrere in future gravidanze.

Le indagini che devono essere consigliate quando si incorre in un evento del genere sono:

- Cariotipo su materiale fetale;
- Snp-Array al trio (feto, madre e padre);
- NGS al trio.

La solida esperienza acquisita dai genetisti dell'Ames nell'utilizzo delle tecniche molecolari e, nello specifico, nelle numerose indagini svolte negli ultimi anni su casi di morte intrauterina, nonché il ricorso alle tecniche diagnostiche più avanzate, rappresenta un utile strumento per lo specialista nel fornire maggiori certezze alla sfortunata coppia che affronta un evento tanto traumatico; ciò consente di ridurre il rischio di morte intrauterina nelle future gravidanze ed evita che possano essere intraprese pericolose *querelle* di natura medico-legale.