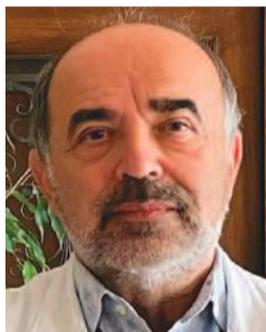


ESITI AVVERSI

Le Raccomandazioni sulla morte endouterina

Come prendersi cura delle donne, dalla comunicazione all'accoglienza della coppia

Il tasso di natimortalità, ovvero il rapporto dei nati morti sul totale dei nati, è uno degli indicatori di salute maggiormente rilevanti di una popolazione; unitamente al tasso di mortalità neonatale precoce (bambini morti entro la prima settimana di vita) costituisce infatti la "mortalità perinatale"



FABIO FACCHINETTI
Direttore della Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia dell'Aou di Modena

LA MORTE ENDOUTERINA non è solo un indicatore epidemiologico, ma uno degli esiti avversi più comuni della gravidanza (si verifica circa in 1 ogni 200-300 parti nei paesi industrializzati dell'Occidente) ed è associato a un impatto emotivo molto forte nelle coppie, con esiti talora devastanti sull'integrità psicofisica e sociale. Nella serie di *The Lancet The ending preventable stillbirth* (2016) è

"La gestione della morte endouterina fetale. Prendersi cura della natimortalità"

Realizzata dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui, allo scopo di aiutare tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza alle coppie che sperimentano questo tragico avvenimento nel corso della loro vita"

emerso che l'Italia non è in grado di fornire informazioni sulle cause di morte in oltre il 50% dei nati morti tardivi, cioè di quei feti morti dopo le 28 settimane. Non definire una causa, al di là del vulnus statistico, equivale a non trovare una ragione, e non darsi una ragione è per un essere umano - in questo caso per due esseri umani, la donna e il proprio compagno - la cosa peggiore che possa accadere, peggiore anche del lutto e di tutto ciò che a esso consegue. La mente umana è una straordinaria macchina di senso e comprendere il senso e il perché di ciò che ci accade, soprattutto relativamente ad avvenimenti così drammatici come la morte endouterina, è necessario per darsi una ragione e raggiungere un equilibrio interiore. Dal punto di vista strettamente clinico, trovare una causa e/o riconoscere fattori di rischio può essere di grande aiuto per esprimere una prognosi sul futuro riproduttivo della coppia e fornire consigli utili a evitare la ricorrenza.

La sensibilità clinica e statistico-epidemiologica nei confronti di questo tema è cresciuta negli anni, così come vi è stata un'impennata degli studi che considerano i determinanti bio-psico-sociali del fenomeno, in diverse parti del mondo. Come

amenorrea, equivalente a 25 settimane + 5 gg di età gestazionale, un limite che oggi appare obsoleto, alla luce dei progressi dell'assistenza prenatale e di quella neonatologica. Almeno 2 esperienze italiane che si sono sviluppate negli ultimi 10 anni - il Sistema di sorveglianza della mortalità perinatale realizzato dalla Regione Emilia-Romagna (2014) e la Sorveglianza pilota della mortalità perinatale SPItOSS dell'Istituto Superiore di Sanità (2017) - hanno fornito una stima della natimortalità maggiormente precisa di quelle precedentemente disponibili. Possiamo ora affermare con ragionevole certezza che la prevalenza del fenomeno natimortalità si attesta intorno a 3-4/mille, un valore che conferma l'Italia in posizione privilegiata nell'ambito dei paesi europei; vi sono però importanti differenze regionali che indi-

per molti altri aspetti dell'assistenza perinatale, i fattori di rischio identificati devono però essere approfonditi e valutati nel contesto socio-culturale specifico.

Un primo elemento da considerare è la norma: in Italia viene definito nato morto il feto partorito senza segni di vita dopo il 180° giorno di

per molti altri aspetti dell'assistenza perinatale, i fattori di rischio identificati devono però essere approfonditi e valutati nel contesto socio-culturale specifico. Un primo elemento da considerare è la norma: in Italia viene definito nato morto il feto partorito senza segni di vita dopo il 180° giorno di

cano una ineguaglianza di salute. Un'altra osservazione deriva dalla presenza nella nostra popolazione di fattori di rischio non dissimili da quelli presenti in altre realtà occidentali; alcuni di questi fattori sono modificabili, quali obesità e abitudine tabagica, in quanto legati a stili di vita non corretti. Interventi mirati a modificare l'alimentazione, stimolare l'attività fisica e ridurre fumo e alcol in gravidanza si sono dimostrati efficaci nel miglioramento di tutti gli esiti perinatali. Infine, lo studio delle cause specifiche della natimortalità è stato storicamente ostacolato dalla mancanza di protocolli uniformi per valutare e classificare i nati morti e dalle poche indagini eseguite (prima fra tutte l'autopsia e l'esame istologico della placenta) e ciò soprattutto per motivi culturali, oltreché organizzativi.

Per tutti questi motivi nasce "La gestione della morte endouterina fetale. Prendersi cura della natimortalità" realizzato dalla Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Aogoi, Agui, allo scopo di aiutare tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza alle coppie che sperimentano questo tragico avvenimento nel corso della loro vita. Dotandoli di strumenti tecnici e culturali con i quali offrire alle famiglie in lutto la migliore assistenza possibile, professionale, ma empatica, attraverso tre parole chiave: diagnosi, prognosi e sostegno.



ANTONIO RAGUSA
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese

Le Raccomandazioni in sintesi

DEFINIZIONE

- Ogni neonato di età gestazionale $\geq 22+0$ settimane deve essere considerato come nato morto laddove diagnosticato antepartum o con Apgar 0 al 1° e al 20° minuto se morto intrapartum. In caso l'età gestazionale sia ignota utilizzare il criterio del peso alla nascita ≥ 500 g e/o la lunghezza vertice tallone ≥ 25 cm.
- Tutti i casi di natimortalità così definiti devono essere registrati nel flusso CedAP.

DIAGNOSI E CERTIFICAZIONI

- La diagnosi di nato morto antepartum richiede una valutazione appropriata e urgente che deve essere posta mediante ecografia e si fonda sull'assenza dell'attività cardiaca.
- La motivazione per tale esame deve essere comunicata in modo chiaro ed inequivocabile alla donna/coppia.
- L'esame ecografico deve essere eseguito da un medico specialista in ginecologia ed ostetricia ed è auspicabile la presenza di un collega, in supporto alla diagnosi.
- Per ogni nato morto, è necessario compilare:
 - dichiarazione accertamento di decesso;
 - attestazione ai fini della formazione dell'atto di nascita;
 - modulo di richiesta del riscontro diagnostico e dell'esame della placenta;
 - certificato di assistenza al parto.

FATTORI DI RISCHIO E CONDIZIONI ASSOCIATE

- I fattori di rischio e le condizioni associate alla natimortalità sono molteplici e taluni sono modificabili mediante appropriato counselling pre-concezionale.

LA COMUNICAZIONE DI MORTE DEL FETO

- La comunicazione, elemento essenziale del processo di cura, deve essere individualizzata, ed occorre:
 - utilizzare un linguaggio comprensibile e chiaro;
 - evitare l'eccesso di informazioni selezionando le prioritarie;
 - verificare la comprensione delle informazioni fornite, lasciando il tempo necessario alla loro elaborazione;
 - gestire "il silenzio" senza interpretare, ma comunicando presenza e disponibilità, anche per un ulteriore incontro a breve

distanza di tempo.

- La comunicazione deve essere inserita nella documentazione clinica.
- Le Organizzazioni Sanitarie debbono farsi carico della formazione alla comunicazione.
- La mediazione culturale deve essere adottata per le madri migranti.

ACCOGLIENZA DELLA DONNA E DELLA COPPIA

- La comunicazione della morte fetale deve essere sempre data in un ambiente riservato e tranquillo, se possibile in presenza di una persona scelta dalla donna, offrendo il tempo per comprendere.
- La donna deve essere accolta in una stanza preferibilmente singola, non contigua al reparto di ostetricia/puerperio. Durante la degenza le persone scelte dalla donna devono avere libero accesso.
- Garantire la possibilità di presa in carico psicologica con un'offerta proattiva.
- Garantire sostegno psicologico ai sanitari coinvolti.
- La comunicazione delle indagini diagnostiche va posta all'attenzione della coppia: è fondamentale affrontare il tema dell'autopsia e i medici devono trasmetterne l'utilità.

ASSISTENZA AL PARTO: TRAVAGLIO E INDUZIONE

- Si raccomanda di pianificare il parto per via vaginale ricordando che l'induzione immediata del travaglio è necessaria solo in particolari circostanze.
- Il taglio cesareo va considerato solo per appropriate indicazioni mediche: alle donne che lo richiedono offrire un counselling dedicato e registrandolo nella documentazione clinica.
- Il percorso assistenziale del travaglio/parto deve includere:
 - supporto e accompagnamento (ostetrica dedicata);
 - cura dei luoghi e dei comportamenti (camera protetta ed isolata, rispetto dell'intimità);
 - supporto al dolore fin dalla fase latente.
- L'analgisia farmacologica deve essere garantita coinvolgendo un anestesista e con ricorso precoce alle diverse tecniche con impostazione multimodale. La sedazione farmacologica non è indicata.

- L'inibizione della montata latte o la facilitazione della donazione del latte devono essere prontamente concordate con la donna.
- La coppia deve poter stare con il proprio bambino: tenerlo in braccio e raccogliere i ricordi. Tale momento è fondamentale per il processo di elaborazione del lutto.

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

- Allo scopo di comprendere i fattori causali, occorre svolgere routinariamente apposite indagini. In funzione di ipotesi diagnostiche originate dalla discussione multidisciplinare può rendersi necessario pianificare ulteriori indagini, anche dopo diverso tempo.
- Deve essere istituita una cartella "ad hoc" per il nato morto e allegarla alla cartella materna.
- Per ciascun nato morto effettuare l'esame obiettivo del neonato da parte dal pediatra/neonatologo.
- La placenta, le membrane amniotiche ed il cordone ombelicale, dopo gli accertamenti effettuati alla nascita, devono essere mantenute refrigerate ed inviate al più presto, preferibilmente non fissate, per l'esame istologico; il corpo deve seguire le medesime procedure.
- L'esame istologico degli annessi fetali e l'esame autoptico devono essere eseguiti da un anatomo patologo esperto, nel rispetto delle modalità operative.
- L'autopsia è parte fondamentale delle indagini ed è compito dei clinici farne comprendere l'importanza ai genitori, i quali possono avvalersi di un consulente di fiducia.

LA DIMISSIONE

- La dimissione deve avvenire prima possibile, compatibilmente con la volontà e le condizioni psicofisiche materne.
- La madre deve ricevere le informazioni in presenza di una o più persone di fiducia e, se necessario, garantire la mediazione culturale.
- La lettera di dimissione deve includere:
 - il riferimento telefonico/mail del medico referente dell'équipe (case manager);
 - un appuntamento per la continuità del sostegno psicologico (se accettato);
 - i contatti di gruppi di supporto di auto-mutuo aiuto presenti sul territorio/web;
 - un appuntamento per un

eventuale visita clinica del puerperio.

- Laddove rifiutato, occorre fornire indicazioni scritte delle strutture territoriali a cui la coppia potrà rivolgersi per un successivo sostegno psicologico.
- Consegnare i ricordi del neonato raccolti durante la degenza (assieme alle foto del bambino possibilmente su supporto digitale); nel caso vengano rifiutati, garantirne lo stoccaggio per la pronta consegna alla richiesta.
- Dopo l'esecuzione dell'Audit, pianificare il follow-up con la coppia per la consegna della relazione conclusiva sul caso; potranno essere presenti anche altri specialisti del gruppo multidisciplinare. Alla relazione conclusiva, vanno allegati i referti originali degli accertamenti eseguiti.
- Tale colloquio deve avvenire in un ambulatorio riservato ed in orario dedicato.

PREVENZIONE DELLA RICORRENZA

- La gravidanza successiva, in assenza di fattori di rischio su cui intervenire, deve essere intrapresa in base all'equilibrio psicofisico raggiunto dalla coppia nell'elaborazione del lutto.
- In presenza di comorbidità, un intervallo più lungo tra le gravidanze (> 6 mesi) può essere utile per ridurre i fattori di rischio.
- La gravidanza successiva deve essere considerata "a rischio" e quindi essere presa in carico da un ambulatorio specialistico o/professionista esperto, anche in collaborazione con il curante

AUDIT NELLA NATIMORTALITÀ

- Per ogni caso realizzare un audit multiprofessionale; i punti nascita Spoke possono avvalersi di competenze esterne. Si raccomanda la presenza di un referente del rischio clinico.
- La prima analisi del caso deve essere effettuata nei giorni successivi all'evento e l'audit dovrebbe essere realizzato entro 90 giorni dalla nascita.
- Obiettivi dell'audit sono: a) definire le cause e i fattori associati alla morte; b) fornire gli elementi per condurre la comunicazione con i genitori; c) stimare il rischio di ricorrenza; d) coordinare le attività di sostegno alla famiglia; e) analizzare il processo assistenziale ed i fattori potenziali che possono aver contribuito all'esito.