

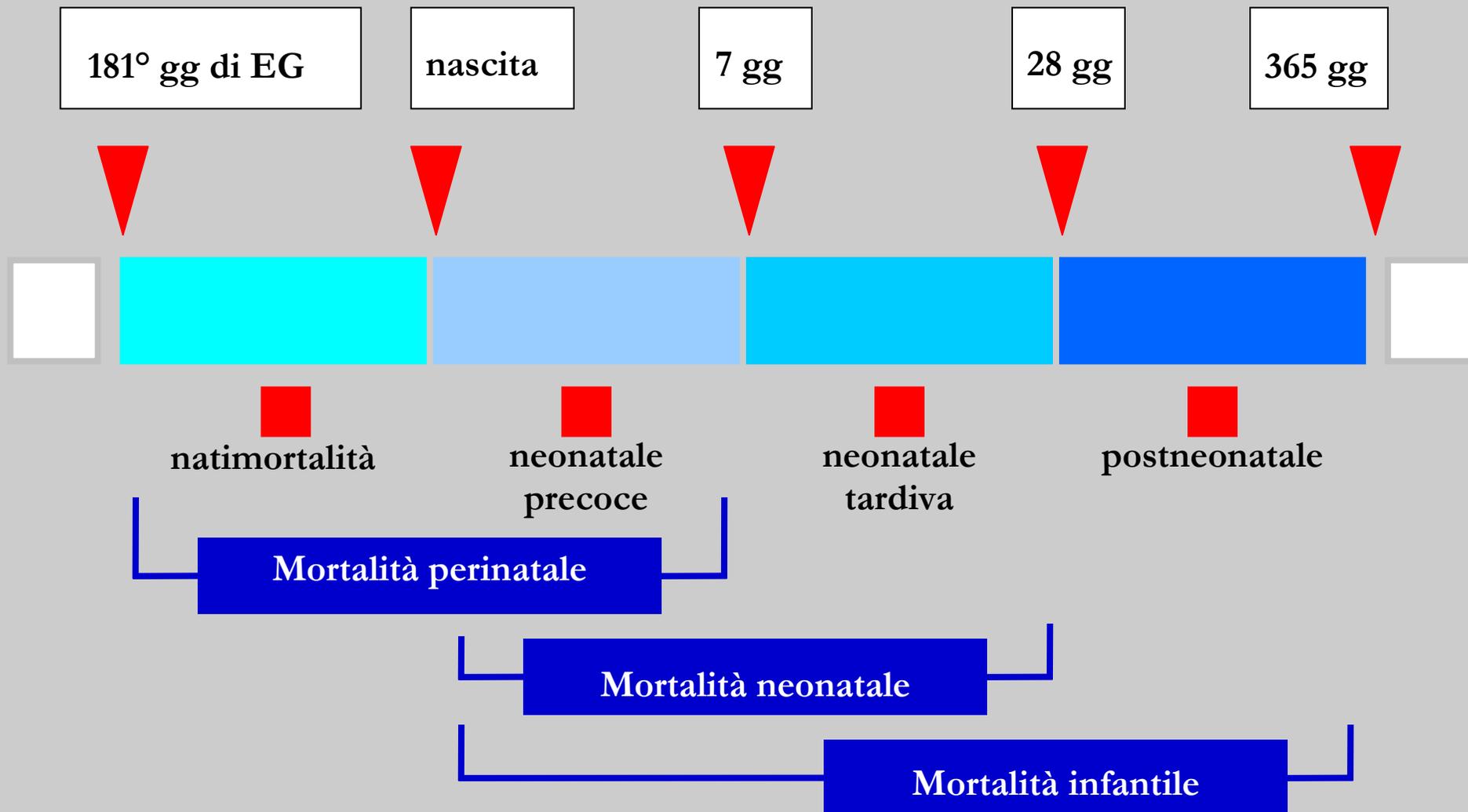
# SIUD

Felice Repetti

Come impostare il  
problema della SIUD?

La Spezia – 27 Novembre 2010

# MORTALITA' PERINATALE ED INFANTILE



# DEFINIZIONI ISTAT

## Critero temporale

- **NATO MORTO:** il feto partorito senza segno di vita dopo il 180° giorno di amenorrea senza che abbia respirato al momento del parto.
- **ABORTO:** interruzione spontanea della gravidanza fino al 180° giorno di amenorrea.

# **RACCOMANDAZIONI OMS**

## **Critério ponderale**

- **NATO MORTO: feto di peso di 500 g o più che alla nascita non mostra alcun segno di vita**
- **ABORTO: espulsione o estrazione completa dal corpo materno di embrione o feto di peso <500g**

# La natimortalità: i problemi nella definizione

**differentiare il nato morto dall'aborto**

differenti definizioni rendono  
problematici i confronti  
internazionali

**Italia: 25 sett + 5 gg**

USA: 20 sett.  
Francia: 22 sett.  
UK, Olanda: 24 sett  
Svizzera: 27 sett.  
Danimarca: 28 sett.

**proposta  
OMS**

**aborto: peso inferiore ai 500 grammi  
indipendentemente dall'età gestazionale**

**(già adottato in Germania)**

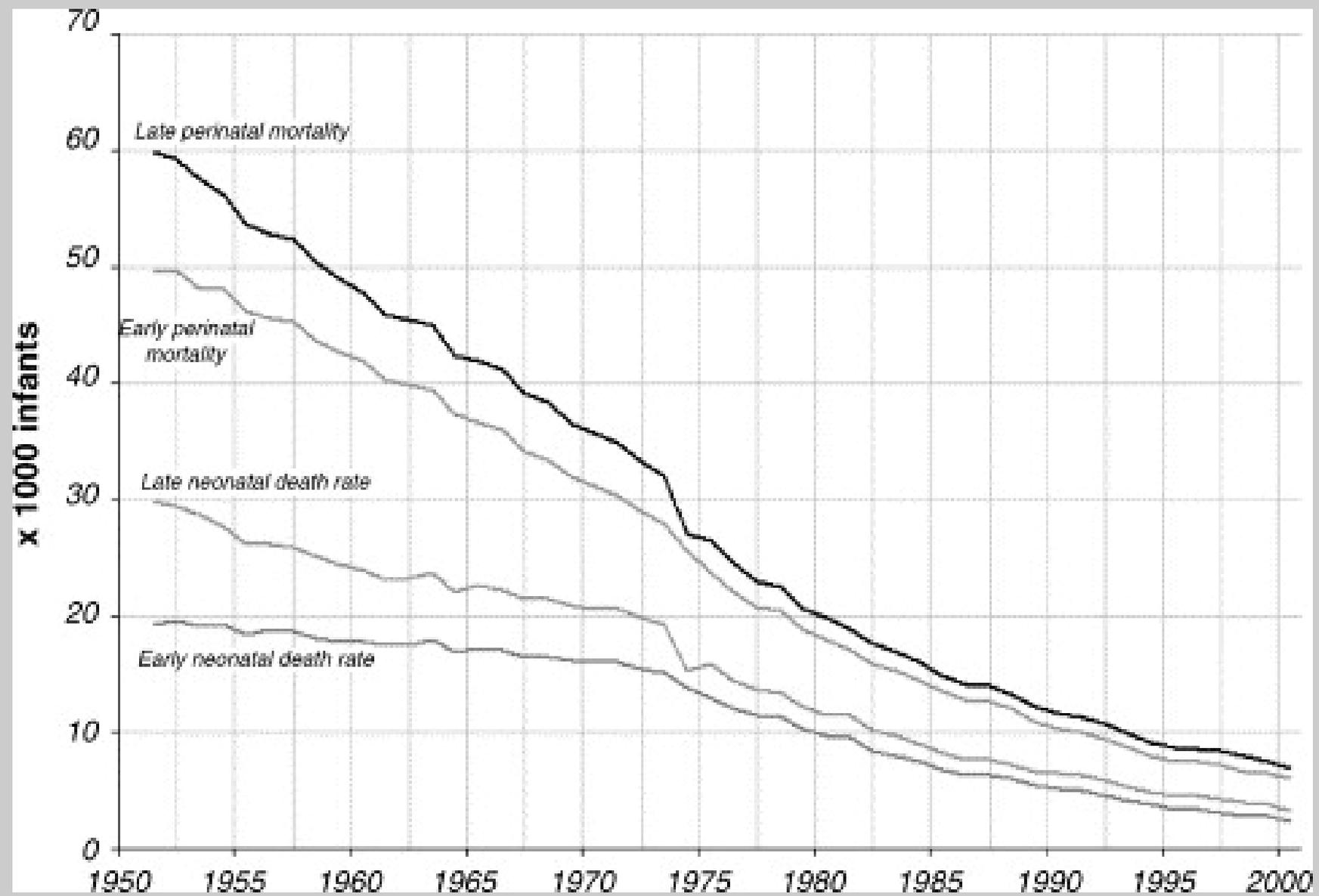
---

# la natimortalità: i cambiamenti



sensibile riduzione della natimortalità a partire dal 1950:

- miglioramento delle cure ostetriche, in particolare quelle relative a isoimmunizzazione Rh, diabete, preeclampsia e IUGR
- induzione del parto nelle gravidanze post-termine
- declino mortalità per malformazioni (diagnosi prenatale)



Scoscia M. EJOG  
2005

## Linee Guida sul Management dei forti prematuri: La Carta di Firenze (2007)

Al di sotto delle 23+0 settimane la sopravvivenza al di fuori dell'utero è del tutto eccezionale.

A partire dalle 25+0 settimane di età gestazionale vi è elevata probabilità di sopravvivenza, anche se dipendente da cure intensive.

Il neonato di età gestazionale compresa tra 23+0 e 24+6 settimane evidenzia un progressivo miglioramento della sopravvivenza

# Linee Guida sul Management dei forti prematuri: La Carta di Firenze (2007)

Le problematiche sopra sollevate suggeriscono la stesura di raccomandazioni per gli operatori sanitari.

## *Età gestazionale: 22+0 - 22+6 settimane*

- *Atteggiamento ostetrico: Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre*
- *Atteggiamento neonatologico: Al neonato devono essere offerte solo le cure compassionevoli*

## *Età gestazionale: 23+0 - 23+6 settimane*

- *Atteggiamento ostetrico: Le decisioni di trattamento devono basarsi sullo stato di salute della madre.*
- *Atteggiamento neonatologico: I parametri vitali del neonato devono essere accuratamente valutati.*

## *Età gestazionale: 24+0 – 25+6 settimane*

- Il taglio cesareo può essere preso in considerazione anche per indicazione fetale.
- I neonati devono esser rianimati e sottoposti a cure intensive.

# MEF

## **SPIEGABILE: STILLBIRTH**

Giustificata dall'esame autoptico del feto e degli annessi

## **INSPIEGABILE : SIUD**

### **Sudden Intrauterine Unexplained Death**

Morte endouterina prima del parto di un feto con età gestazionale  $\geq$  di 22 settimane complete o con un peso di almeno 500 grammi, inaspettata e per la quale l'autopsia non sia in grado di dimostrare la causa di morte.

## EPIDEMIOLOGIA

15% delle gravidanze si interrompe nel 1° e nel 2° trimestre con la morte del bambino (**74117** nel 2008).

Una gravidanza su 270 (**3,5/1000**) circa si conclude con la morte in utero del bambino (seconda metà della gestazione).

## EPIDEMIOLOGIA

Nel 2008, in Italia,

**1866 nati morti,**

(molti dopo la 36 settimana)

6 famiglie al giorno colpite

**ISTAT, 2009**

C. R. 2010

# SIUD: fenomeno enorme e “sommerso”



Necessarie strategie di prevenzione:

... Quale screening per le gravidanze ad alto rischio di SIUD?

# FATTORI DI RISCHIO PER LA SIUD

- ✓ Età materna
- ✓ Fumo
- ✓ Nulliparità
- ✓ Etnia
- ✓ Bassi fattori socio-economici
- ✓ Sovrappeso e Obesità
- ✓ IUGR
- ✓ Complicanze in gravidanze precedenti
- ✓ Gravidanze multiple
- ✓ Età gestazionale avanzata, soprattutto oltre il termine

<b>Età materna</b>	<b>OR</b>
< 30	1.0
30 - 34	1.3
35 - 39	1.9
> 40	3.7

Rasmussen S. Early Human Development. 2003; 71: 39-52

Smith G.C.S., Min.Gin. 2005; 57:397-410

# Diagnostic evaluation of intrauterine fetal deaths in Stockholm 1998–99

PETERSSON KARIN<sup>1</sup>, BREMME KATARINA<sup>2</sup>, BOTTINGA ROGER<sup>3</sup>, HOF SJÖ ALEXANDRA<sup>2</sup>, HUL THÉN-VARLI INGELA<sup>4</sup>, KUBLICKAS MARIUS<sup>1</sup>, NORMAN MARGARETA<sup>5</sup>, PAPADOGIANNAKIS NIKOS<sup>6</sup>, WÄNGGREN KJELL<sup>5</sup> and WOLFF KERSTIN<sup>1, \*</sup>

From the Departments of Obstetrics and Gynecology at <sup>1</sup>Huddinge University Hospital, <sup>2</sup>Karolinska Hospital, <sup>3</sup>Södertälje Hospital, <sup>4</sup>Söder Hospital, <sup>5</sup>Danderyds Hospital and the <sup>6</sup>Department of Pathology, Huddinge University Hospital, Stockholm, Sweden.

*Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; 81: 284–292. © Acta Obstet Gynecol Scand 2002

**188 MEF**

**MEF SPIEGATA 90 %**

**SIUD 10 %**

## CAUSE

Infezioni **24 %**

Insufficienza placentare / IUGR **22%**

Distacco di placenta **19 %**

Patologie materne **12 %**

Malformazioni fetali **10 %**

Patologie del cordone **9 %**



# SIUD

## strategie di ricerca

- Necessario
  - Protocollo di studio sui feti colpiti
  - Centralizzazione degli esami in centri specializzati nello studio clinico e nella ricerca sul fenomeno

# MEF: La responsabilità professionale medica

In un recente articolo pubblicato sulla rivista online “Medical Malpractice Daily” è apparsa un'inchiesta su 20 casi di morte endouterina fetale denunciati all'autorità giudiziaria (periodo 1992-2001)

In 7 dei 20 casi esaminati la condotta dei sanitari si è rivelata corretta mentre nei rimanenti 13 casi questa si è rivelata erronea (sentenza di I grado)

F. Vimercati\*, A.S. Dell'Erba\*, L. Viola\*, N. Di Nunno

## ... E le famiglie colpite?

- Necessario
  - Protocollo comune nel “cosa dire” e “come farlo”
  - Sostegno psicologico alla famiglia
  - Corretta informazione sul fenomeno e sul rischio che lo stesso si ripresenti in futuro

# SIUD ... il “dopo”

CiaoLapo Onlus

The screenshot shows the website of CiaoLapo Onlus, an organization dedicated to supporting pregnant women at risk and providing psychological support after a stillbirth. The browser window title is "CiaoLapo Onlus - Windows Internet Explorer" and the address bar shows "http://www.ciaolapo.it/index.php".

The website header features the logo "CIAO CiaoLapo Onlus PLUS" with the tagline "Tutela della gravidanza a rischio e della salute perinatale" and "Sostegno psicologico nella perdita in gravidanza e dopo il parto". Below the header is a navigation menu with links for SOCIAL, BLOG, COSA FACCIAMO, FORUM, CHAT, FOTO, INIZIATIVE, and DOCUMENTI. A counter displays "5X1000".

The main content area includes a banner with colorful butterflies and the text "CiaoLapo" and "info@ciaolapo.it". Below the banner are three columns of content:

- ULTIMI ARTICOLI**:
  - "Il senso dell'automutuoi ..." with a sub-headline "Crea tutta la felicità che riesci a creare; rimuovi tutta la sofferenza ..." and a "Readmore..." link.
  - "Memory Box: un'indagine s ..." with a sub-headline "Perdere un bambino in gravidanza condiziona non
- CIAOLAPO ONLUS**:
  - A date widget shows "APR 13".
  - Article title: "Mi dispiace non c'è battito" by Claudia Ravaldi.
  - Text: "CiaoLapo Onlus è una associazione a carattere scientifico e assistenziale che riunisce genitori e professionisti (medici, psicologi, ostetriche) impegnati nella ricerca sulla **morte perinatale** e nel **sostegno psicologico** ai familiari in lutto. CiaoLapo è stata fondata da due genitori, entrambi medici a
- OGGI RICORDIAMO....**:
  - Paolo, Gabriele, 22/11/2006 Linda (Barbara e Antonio)
  - 22/11/2006 Matteo (Daniela69)
  - 22/11/2007 Astrid (Barbara)

The taskbar at the bottom shows the Start button, several open applications (Repetti 27 nov, Repetti XP - OpenOffice..., CiaoLapo Onlus - Win..., Immagine - Paint), and the system tray with the time 10:53.

# **L'associazione CiaoLapo Onlus**

**(associazione scientifico – assistenziale)**

***Nasce l'11 Aprile del 2006  
ad un mese dalla nascita/morte  
di Lapo, mio figlio, avvenuta a 38  
settimane e tre giorni di gravidanza per  
trombosi del cordone il 13 Marzo del  
2006***

Claudia Ravaldi

# **L'associazione CiaoLapo Onlus**

**(associazione scientifico – assistenziale)**

*Tutela della gravidanza a rischio  
e della salute perinatale.*

*Sostegno psicologico ai genitori che  
perdono i figli in gravidanza e dopo il  
parto.*

Claudia Ravaldi

[www.ciaolapo.it](http://www.ciaolapo.it)

Ideato e rivolto a genitori e familiari, a  
ostetriche psicologi e medici coinvolti nel lutto  
in gravidanza e dopo il parto

Aspettavamo Lapo, per il 25 Marzo del 2006. *"Mi dispiace non c'è battito"*. Il nostro bambino ha smesso di vivere due settimane prima di quella data, ed è nato fermo e perfetto, il 13 Marzo del 2006. Quando abbiamo perso Lapo siamo stati proiettati in una sorta di dimensione parallela.

Ci è stato detto, come unica consolazione, che "pochissime donne perdono i figli a fine gravidanza", che "sono cose rare", "senza motivo" e che, comunque, "non capitano due volte". Ci è stato detto, infine, di tornare a casa, non pensarci più, e appena possibile, provare un'altra gravidanza.

Tornati a casa a braccia vuote e con il cuore pieno di incredulità e dolore, ci siamo sentiti soli, e non siamo riusciti a trovare nessuno che potesse aiutarci ad affrontare questo lutto nel migliore dei modi...

# Gli eventi di vita “traumatici” - scala di importanza

1	<b>Morte di un figlio</b>	<b>19,33</b>
2	Morte del coniuge	18,76
3	Sentenza di carcerazione	17,60
4	Morte di un familiare stretto	17,21
5	Infedeltà del coniuge	16,78
6	Grosse difficoltà finanziarie	16,57
7	Crollo negli affari	16,46
8	Licenziamento	16,45
9	<b>Aborto o figlio nato morto</b>	<b>16,34</b>
10	Divorzio	15,95
11	Separazione coniugale dovuta a conflitti	15,93
12	Chiamata in giudizio per gravi violazioni della legge	15,79
13	Gravidanza non desiderata	15,57
14	Ricovero in ospedale di un familiare (grave malattia)	15,30
15	Disoccupazione per un mese	15,26
16	Morte di un caro amico	15,18
17	Retrocessione nel lavoro	15,05
18	Grave malattia fisica personale	14,61
19	Inizio di relazione extraconiugale	14,09
20	Perdita di oggetti personali di valore	14,07
21	Causa legale	13,78
22	Insuccesso accademico (esami o corso)	13,62
23	Matrimonio del figlio senza consenso	13,24
24	Rottura di fidanzamento o relazione	13,23

Scala  
degli  
eventi  
di vita  
Paykel  
1970

31	Conflitti con familiari non conviventi	12,11
32	Trasferimento in un altro paese	11,37
33	Menopausa	11,02
34	Difficoltà finanziarie moderate	10,91
35	Separazione da una persona significativa	10,68
36	Sostenere un esame importante	10,44
37	Separazione dal coniuge non dovuta a conflitti	10,33
38	Cambiamento negli orari di lavoro	9,96
39	Nuova persona in casa	9,71
40	Pensionamento	9,33
41	Cambiamento delle condizioni di lavoro	9,23
42	Cambiamento nel tipo di lavoro	8,84
43	Rottura con il/la ragazzo/a	8,80
44	Cambiamento di residenza (nuova città)	8,53
45	Cambiamento nella scuola	8,15
46	Termine degli studi	7,61
47	Un figlio lascia la casa (per college, ecc.)	7,20
48	Riconciliazione coniugale	6,95
49	Violazione della legge di grado lieve	6,05
50	<b>Nascita di un figlio vivo (madre)</b>	<b>5,91</b>
51	<b>Gravidanza della moglie</b>	<b>5,67</b>
52	Matrimonio	5,61
53	Promozione	5,39
54	Malattia fisica personale minore (che richiede visita)	5,20
55	Trasloco (nella stessa città)	5,14
56	Nascita di un bambino (per il padre), adozione	5,13
57	Inizio della scuola	5,09

## GRAVIDANZA

## VITA VS MORTE

### LA MORTE INTRAUTERINA UN LUTTO VERO E PROPRIO

*Oltre al trauma della perdita , comporta una particolare sofferenza per la madre che deve partorire un **FETO MORTO***



Tuttavia risulta meno comprensibile in quanto **scarsamente rappresentabile** perchè si piange un bambino "**sconosciuto**" al mondo.(Kirkley-best, Kellner, 1982)

**QUANDO UN BAMBINO NASCE MORTO O MUORE POCO DOPO, NON SI SCORGE NIENTE DEI 9 MESI DELLA GRAVIDANZA, IN QUANTO IL CORPO DELLA MADRE RIMANE VUOTO ANCHE SE PREDISPOSTO ALL'ACCUDIMENTO, SENZA NESSUNO DA ACCUDIRE.**

**"Mi sono sentita come una bara che camminava"**  
(Bourne, 1983)

# Esiti psicologici per la coppia

## *Trauma psichico e memoria*

Come in tutti gli eventi traumatici, il periodo immediatamente successivo all' evento ha un'importanza essenziale

Non fare nulla lascia il soggetto con una sensazione di abbandono, trascuratezza e tristezza (**ferita secondaria**)

I ricordi degli eventi si consolidano nel momento immediatamente successivo, con la mediazione degli ormoni dello stress (adrenalina, norepinefrina, cortisolo)

Si forma un **ricordo vivido e catastrofico**

E' quindi essenziale che medici, ostetriche e infermieri abbiano la **preparazione necessaria** per **INFORMARE, SOSTENERE, ACCUDIRE** la coppia dei genitori

## **La morte in utero**

### **Assistenza**

**Gli operatori sono spesso scarsamente preparati e/o non considerano il supporto al lutto parte della loro prestazione lavorativa (NON è mio compito).**

**..Ma...**

**La diagnosi di morte in utero e ciò che segue avviene in ospedale, CON gli operatori, che entrano loro malgrado nel lutto della coppia.**



## L'aborto e la morte perinatale: esiti psicologici per la coppia genitoriale

Elaborare un lutto normale non **significa** in alcun modo dimenticare il bambino scomparso, ma imparare a situarlo al giusto posto in una storia compiuta, a conservare il ricordo di lui, senza l'attesa del suo ritorno.

**Elaborare è dimenticare?**

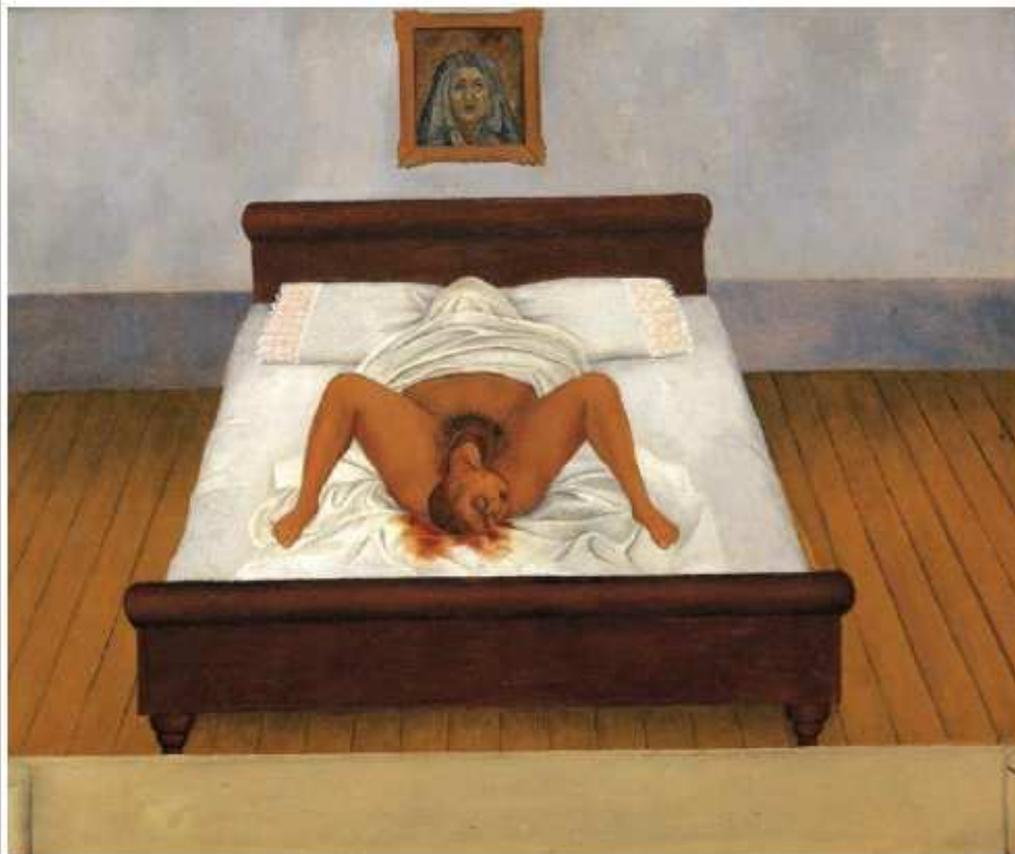


# Cosa NON dire!!

- *E' meglio che non lo vedi*
- *Non posso stare con te, di là ci sono donne che partoriscono i bambini vivi*
- *La prossima volta andrà meglio*
- *Sei fortunata che ne hai già uno*
- *E' una fatalità, non ci pensare*
- *Dio manda i guai a chi ha le spalle forti*
- *I figli vanno e vengono*
- *Fanne presto un altro*
- *Beata te che almeno sai di poter restare incinta*
- *Devi essere forte per tua moglie*

- *Sei sana. Non succederà più.*
- *Sarebbe morta di SIDS tra qualche tempo*
- *Meglio adesso che dopo nata*
- *Non è mai esistita, devi dimenticare*
- *E' stato meglio così*





**Frida Kahlo, My birth, 1932**

C. R. 2010

***“E’ stata una  
gravidanza, è  
stato un parto,  
è stato ed è un  
bambino”  
Wehkamp***

# La nostra realtà

E.O. OSPEDALI GALLIERA - GENOVA



## ISTRUZIONE OPERATIVA:

Gestione del Nato Morto

PREPARATO		VERIFICATO	APPROVATO
Gruppo di lavoro interdisciplinare		RAQ di struttura	Dr. Bandelloni Dr. Forte Dr. Mazzella Dr. Mori Dr. Rappetti Dr. Rollandi
Data: 01/06/2010	Rev: 0	Descrizione delle modifiche: Prima emissione	
Data: 15/10/2010	Rev 1	Modificato par 5.3.2 <i>Compilazione della cartella clinica</i> Implementata la cartella informatica relativamente al nato morto. La cartella clinica è ora compilabile e stampabile sul supporto Argos	

## La morte all'inizio della vita

- Aborto
- Parto prematuro
- Morte intrauterina
- Interruzione di gravidanza per anomalie congenite
- Bambini affetti da anomalie incompatibili con la vita
- Morte intra-partum
- Morte post-natale

Il lutto perinatale: caratteristiche

## **Morire prima di nascere**

**è un lutto negato**

*(non nato,*

*non morto,*

*non morto,*

*non lutto)*

**Impensabile per molti**

**Inimmaginabile per i più**

## L'operatore e il lutto

1° fase:

SHOCK, STORDIMENTO, NEGAZIONE DEL FATTO, CONGELAMENTO EMOTIVO

- I genitori hanno bisogno della vicinanza di persone care, rispetto ed empatia, tempo.
- Gli operatori devono comunicare la notizia con chiarezza, rispetto e attesa; portare i genitori con delicatezza verso la seconda fase, offrendo presenza e sostegno.

## L'operatore e il lutto

2a fase: REALIZZAZIONE DOLOROSA DEL FATTO ACCADUTO,  
STUPORE, DISORIENTAMENTO , PERDITA D'IDENTITA',  
FALLIMENTO, VERGOGNA ,PAURA, SENSI DI COLPA, ESPRESSIONE  
DEL DOLORE

- Se possibile dare tempo ai genitori per adattarsi alla situazione.
- Permettere l'espressione del dolore, creando l'ambiente adatto.

## L'operatore e il lutto

- Dare loro l'opportunità di vedere il bambino, di fargli il bagno, di vestirlo, di tenerlo con sé per quanto tempo lo desiderano. Lasciare libero accesso ai familiari e amici della coppia.
- In caso di un bambino malformato presentarlo vestito e spogiarlo insieme. Sottolineare gli aspetti belli del bambino. Favorire il legame.
- Produrre ricordi per i genitori (foto, impronta del piede, braccialetto , ciocca di capelli,ecc.)
- Presenza empatica

## L'operatore e il lutto

Processo di elaborazione del lutto

durata variabile (6 mesi – 2 anni)

Ogni bambino è unico e irripetibile

L'età del bambino non è importante per l'entità della perdita

il legame genitore-bambino inizia dal concepimento

La gestione degli operatori incide sull'intensità delle reazioni al lutto

la degenza è l'unica opportunità per crearsi un ricordo

*Secondo una leggenda Talmudica quando un bambino nasce possiede la conoscenza di tutte le vite precedenti.*

*Un angelo appare e lo istruisce a mantenere questo segreto, pone il dito sulle labbra del bambino che dimentica tutto. Una traccia del gesto dell'angelo rimane: è il piccolo solco tra le labbra ed il naso.*

*Soltanto a questo punto il bambino può emettere il suo primo grido.*