



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL
BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA
Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

Proposta di percorso assistenziale in caso di morte endouterina
fetale in una realtà ospedaliera della Provincia di Vicenza

Relatrice: Dott.ssa Tregnago Laura
Correlatori: Dr.ssa Greco Jessica; Dr.ssa Rebellato Elisabetta;
Dr. Mascarello Davide

LAUREANDA: BERNARDELLE CHIARA

ANNO ACCADEMICO 2023/2024

INDICE

RIASSUNTO	1
INTRODUZIONE	3
1. NATIMORTALITÀ	5
1.1 Definizione di morte endouterina fetale	7
2. ANALISI DELLA LETTERATURA	11
2.1 Diagnosi	12
2.2 Gestione del parto	15
2.3 Assistenza nel post-partum	19
2.3.1 Cartella clinica "nato morto"	23
2.4 Accertamenti diagnostici	24
2.4.1 Accertamenti fondamentali	25
2.4.2 Accertamenti discrezionali	28
2.5 Dimissione	32
3. ASSISTENZA AL LUTTO	35
3.1 Comunicazione	36
3.1.1 Audit clinico	39
3.2 Ruolo dell'ostetrica/o	40
3.3 Diritti dei genitori	42

4. ANALISI DEL CONTESTO ATTUALE IN CASO DI MORTE ENDOUTERINA FETALE PRESSO L'OSPEDALE SAN BORTOLO DI VICENZA	45
4.1 Percorso attuale "Accettazione in pronto soccorso ostetrico-ginecologico"	45
4.1.1 Diagramma di Ishikawa	48
4.1.2 Analisi SWOT	49
4.2 Percorso attuale "Accettazione-trasferimento in ginecologia degenze"	51
4.2.1 Diagramma di Ishikawa	54
4.2.2 Analisi SWOT	55
4.3 Percorso attuale "Accettazione in sala parto"	57
4.3.1 Diagramma di Ishikawa	59
4.3.2 Analisi SWOT	60
4.4 Percorso attuale "Colloquio post-dimissione"	62
4.5 Definizione del Problema	63
5. PROPOSTA DI PERCORSO ASSISTENZIALE IN CASO DI MORTE ENDOUTERINA FETALE PRESSO L'U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE SAN BORTOLO DI VICENZA	67
5.1 Analisi WBS - <i>Work Breakdown Structure</i>	67
5.2 Definizione delle risorse materiali	69
5.3 Definizione delle risorse umane	70
5.3.1 Individuazione della figura di riferimento e continuità	70

5.3.2 Corso di aggiornamento	71
5.4 Logistica	72
5.5 Definizione degli strumenti condivisi	73
5.5.1 Cartella clinica ostetrica e del nato morto	74
5.6 Presa in carico e diagnosi	75
5.7 Ricovero in reparto	79
5.8 Sala parto	81
5.9 Post-parto	83
5.9.1 Trasporto e sepoltura	87
5.10 Puerperio e dimissione	89
5.11 Audit Multidisciplinare	92
5.12 Incontro conclusivo con la coppia	93
5.13 Durata temporale del percorso di assistenza alla MEF	95
5.14 Definizione delle responsabilità	97
CONCLUSIONE	101
BIBLIOGRAFIA	103
SITOGRAFIA	109
ALLEGATO 1	111
ALLEGATO 2	112

ALLEGATO 3	117
ALLEGATO 4	118
ALLEGATO 5	122
ALLEGATO 6	123
ALLEGATO 7	126
ALLEGATO 8	127
ALLEGATO 9	130

RIASSUNTO

Introduzione: La morte endouterina fetale (MEF) è un evento tragico che colpisce profondamente famiglie e personale sanitario. È essenziale, nel caso si verifichi una MEF, adottare un approccio assistenziale ben definito e compassionevole, in grado di supportare la madre, il partner e i familiari. Questo progetto si propone di delineare un percorso di intervento standardizzato da seguire in caso di MEF, al fine di garantire un'assistenza di qualità che risponda alle esigenze fisiche ed emotive delle donne e delle famiglie colpite da questo evento drammatico. Un intervento chiaro, omologato e condiviso può contribuire a migliorare la gestione clinica, ridurre l'ansia e fornire supporto in un momento di vulnerabilità. In questo contesto, l'obiettivo principale è quello di fornire al personale ospedaliero un percorso assistenziale completo (clinico, etico, psicologico e comunicativo) su cui si possa fare affidamento in un momento delicato, che spesso lo stesso professionista fatica ad affrontare. La particolarità della gestione assistenziale dei casi di nati morti risiede anche nella varietà di figure professionali, che dovrebbero essere coinvolte in questo delicato percorso, come psicologi, neonatologi, anatomo-patologi, genetisti e infettivologi. Al momento delle dimissioni, è importante garantire che il team multidisciplinare che ha assistito la coppia continui a supportarla, offrendole indicazioni utili e collegandola a gruppi o figure di sostegno. Successivamente si incontrerà la coppia per la comunicazione delle probabili cause di morte e per fornire tutte le informazioni necessarie qualora abbia intenzione di programmare una nuova gravidanza.

Scopo dello studio: Costruzione di un percorso diagnostico-terapeutico assistenziale per una gestione univoca della morte endouterina fetale presso l'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza.

Materiali e metodi: Il lavoro è stato suddiviso in più fasi. Una iniziale di revisione della letteratura e delle linee guida internazionali tramite *scooping review*. Una fase secondaria in cui si analizza il percorso di assistenza alla MEF, attualmente utilizzato presso l'Ospedale San Bortolo di Vicenza, tramite due strumenti di *project management*, quali il diagramma di Ishikawa e l'analisi SWOT. L'ultima fase presenta la proposta di un percorso assistenziale nei casi di MEF attuabile presso l'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza, elaborata attraverso l'analisi WBS, il diagramma di Gantt e la matrice di assegnazione delle responsabilità.

Risultati: In base alla letteratura, alle linee guida e analizzando l'attuale protocollo, è stato prodotto un nuovo percorso assistenziale in caso di morte endouterina fetale presso l'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza.

Conclusioni: L'assistenza nei casi di MEF è complicata dalla rarità dell'evento e dalle forti emozioni coinvolte. Tuttavia, un percorso assistenziale ben definito e la formazione del personale sull'argomento possono migliorare l'assistenza ai genitori, rendendola più empatica e rispettosa. La qualità dell'assistenza ricevuta in ospedale influisce significativamente sul processo di elaborazione del lutto. Pertanto, la creazione di un percorso condiviso che rispetti i bisogni della coppia e del bambino e che garantisca supporto e strumenti adeguati per il personale sanitario diventa fondamentale.

INTRODUZIONE

Durante l'esperienza di tirocinio nel reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale San Bortolo di Vicenza ho avuto l'opportunità di assistere una coppia che ha perso il proprio bambino in utero.

Prima di allora non avevo realmente compreso cosa volesse dire per i genitori quella che i professionisti chiamano morte endouterina fetale.

Questa esperienza mi ha disorientata, mi ha insegnato tanto, ma ha lasciato in me molti dubbi e domande che mi hanno poi portata ad approfondire la tematica in questa tesi.

Per i professionisti sanitari affrontare l'assistenza ad una coppia con diagnosi di MEF è una situazione complessa. È un evento doloroso che sconvolge anche loro stessi, indipendentemente dalla preparazione.

Da studentessa, ho percepito la difficoltà e la responsabilità che ricade sugli operatori, nonché i bisogni degli stessi.

Confrontandomi con il personale ho avvertito quanto loro avessero a cuore l'argomento: la maggior parte dei professionisti è estremamente preparata e aggiornata, tuttavia, essendo un evento raro ed emotivamente difficile, beneficerebbe di un'adeguata pianificazione del percorso. L'assistenza alla MEF senza un percorso predefinito può causare errori evitabili.

Per questo, ho condotto prima un'approfondita ricerca in letteratura riguardo l'assistenza alla MEF, poi ho provato ad analizzare il percorso attualmente in vigore nell'ospedale di

Vicenza per capire cosa ci fosse di positivo e cosa invece si potesse migliorare e aggiungere.

Tenendo a mente questi elementi ho elaborato una proposta cercando di avere una visione più globale sull'argomento: l'importanza della gestione medico-scientifica della MEF è indiscutibile; tuttavia, si rende necessario porre maggiore attenzione ai bisogni dei genitori e dei professionisti.

1. NATIMORTALITÀ

"Negli ultimi due decenni il mondo ha subito la tremenda perdita di 48 milioni di nati morti. Questo fardello persistente ha portato a circa 2 milioni di nati morti all'anno negli ultimi anni - molti dei quali avrebbero potuto essere evitati con un'assistenza adeguata. La perdita di bambini nati morti non è vissuta in modo uniforme: i tassi nazionali di nati morti in tutto il mondo variano da 1,4 a 32,2 nati morti per 1.000 nascite totali nel 2019. [...]"

Nel 2019, si stima che 2,0 (1,9-2,2) milioni di bambini siano nati morti a 28 settimane o più di gestazione, con un tasso globale di nati morti di 13,9 (13,5-15,4) per 1.000 nascite totali." (1)

I numeri dei bambini nati morti appena riportati sono enormi e difficili da metabolizzare. Colpisce come tutt'ora vengano trascurati e ignorati nella maggior parte dei Paesi, sebbene sia presente un'ampia differenza tra Paesi sviluppati, nei quali si ha un tasso inferiore di natimortalità grazie al progresso socioeconomico e al miglioramento dell'assistenza alla maternità, e quelli in via di sviluppo, in cui invece il tasso di natimortalità rimane alto.

Le cinque principali cause di morte endouterina fetale nel mondo sono:

- complicanze del parto, il 98% avviene nei Paesi non sviluppati (2)
- infezioni della madre durante la gravidanza
- patologie della madre, specialmente ipertensione e diabete
- ritardo di crescita del feto
- malattie congenite.

In Italia, nel 2022 sono stati registrati 994 nati morti su 393 997 nati totali. Il tasso di natimortalità (numero nati morti/numero nati ogni 1000) è pari a 2,40 nati morti su 1000 nati, confermandosi nella media della prevalenza del fenomeno, 3-4/1000, e collocandosi ai limiti inferiori tra i Paesi europei.

Sempre nell'anno 2022, la regione Veneto ha registrato 101 casi di nati morti su 31.755 nati, con un tasso di natimortalità del 3,18 nati morti su 1000 nati, leggermente più alto rispetto alla media nazionale (Figura 1). (2)

Nel 2022, presso l'ospedale San Bortolo di Vicenza sono stati registrati 5 casi di nati morti su 2346; con un tasso di natimortalità del 2,13 su 1000 nati, ben più basso della media regionale ed al di sotto della media nazionale.

Regione	Nati totali	Nati vivi	Nati morti per 1000 nati
Piemonte	25.175	25.116	2,34
Valle d'Aosta	746	743	4,02
Lombardia	68.021	67.851	2,50
Prov. Auton. Bolzano	4.936	4.925	2,23
Prov. Auton. Trento	3.879	3.873	1,55
Veneto	31.755	31.654	3,18
Friuli Venezia Giulia	7.886	7.868	2,28
Liguria	8.191	8.167	2,69
Emilia Romagna	30.502	30.422	2,62
Toscana	22.121	22.087	1,54
Umbria	5.044	5.023	3,97
Marche	8.321	8.304	2,04
Lazio	36.410	36.305	2,88
Abruzzo	8.005	7.988	2,12
Molise	984	983	1,02
Campania	44.799	44.772	0,60
Puglia	26.624	26.534	3,38
Basilicata	3.453	3.437	4,63
Calabria	12.744	12.701	3,37
Sicilia	36.802	36.707	2,47
Sardegna	7.259	7.247	1,65
Totale	393.997	393.045	2,40

Figura 1: Distribuzione regionale dei nati totali, vivi e nati morti. Anno 2022. (fonte: CeDAP)

È, tuttavia, presente un problema di sottostima dei dati sulla natimortalità, sia a livello nazionale che internazionale, a causa di una mancata definizione universale di morte endouterina fetale – MEF.

1.1 Definizione di morte endouterina fetale

La definizione di morte endouterina fetale non è univoca a livello internazionale e cambia in base alla legislazione dei diversi Paesi. (Tabella I)

L'OMS definisce come morte endouterina fetale *“La morte prima della completa espulsione o estrazione dalla madre di un prodotto del concepimento, indipendentemente dalla durata della gravidanza; la morte è indicata dal fatto che dopo tale separazione il feto non respira o non mostra alcun altro segno di vita, come ad esempio il battito del cuore, la pulsazione del cordone ombelicale o un movimento definito dei muscoli volontari.”* e utilizza il peso fetale e l'età gestazionale come intervalli di riferimento per inserire il nato morto all'interno della definizione di periodo perinatale (22 settimane di gestazione – 7 giorni completi dopo la nascita): *“I requisiti legali per la registrazione delle morti fetali e dei nati vivi variano da Paese a Paese e anche all'interno dei Paesi. Se possibile, tutti i feti e i neonati che pesano almeno 500 g alla nascita, sia vivi che morti, devono essere inclusi nelle statistiche. Quando le informazioni sul peso alla nascita non sono disponibili, i criteri corrispondenti per l'età gestazionale (22 settimane complete) o la lunghezza corporea (25 cm di altezza) dovrebbero*

essere applicati nell'ordine: (1) peso alla nascita, (2) età gestazionale, (3) lunghezza del tallone. Per un confronto internazionale, si raccomandano 1000 g e/o 28 settimane di gestazione. L'inclusione nelle statistiche nazionali dei feti e dei neonati di peso compreso tra 500 e 1000 g è raccomandata sia per il suo valore intrinseco sia perché migliora la copertura dei dati a partire da 1000 g.” (3)

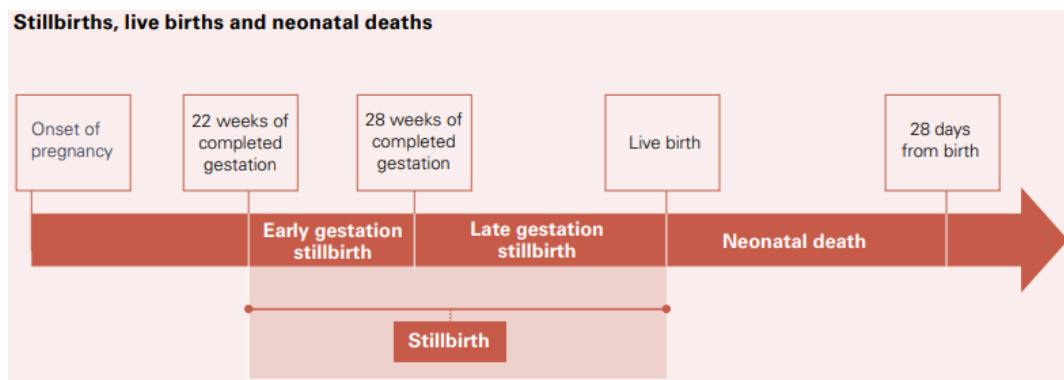


Figura 2: Morte endouterina fetale, morte neonatale (fonte: unicef.org)

L'OMS, per una compatibilità internazionale, invita a raccogliere tutti i dati delle MEF tardive, a partire dalle 28 settimane di gestazione, per eliminare le disparità legate alla qualità dell'assistenza intensiva neonatale; tuttavia, ove possibile, consiglia di raccogliere anche i dati delle MEF precoci, a partire da 22 settimane di gestazione.

La morte endouterina fetale viene distinta ulteriormente in morte fetale ante-partum, prima dell'inizio del travaglio di parto, e in morte fetale intra-partum, che avviene durante il travaglio e/o il parto. (4)

Nella legislazione italiana, il nato morto è definito come il feto partorito senza segni di vita dopo il 180esimo giorno di amenorrea (>25+5 settimane gestazionali).

In Italia, il fenomeno della natimortalità è una statistica critica da rilevare a causa della presenza di due flussi distinti di indagine, che in molti casi tendono a sovrapporsi: sulle Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS) dell'Istat e i Certificati di assistenza al parto (CeDAP) del Ministero della Salute. (4) Il primo, in vigore dal 1978, raccoglie tutti i casi di aborto spontaneo che si verificano entro le 25+5 settimane di gestazione. Il secondo, il CeDAP, aggiornamento in vigore dal 2001, certifica i nati morti seguendo la definizione dell'OMS.

È difficile immaginare che in un paese avanzato, con i mezzi tecnologici e sanitari come l'Italia, dalle 22 alle 25+5 settimane di gestazione, sia presente una zona grigia di lavoro. Vista la qualità elevata dell'assistenza intensiva neonatale e delle cure rivolte alla madre durante la gravidanza sarebbe, necessario revisionare la definizione italiana di nato morto, abbassando l'età gestazionale di riferimento, come hanno già fatto altre nazioni. (vedi Tabella I)

Per questo motivo nella proposta del percorso, che verrà realizzata al Capitolo 5, si manterrà, per la classificazione del nato morto, come epoca di riferimento dalle 22 settimane più zero di gestazione, che coincidono con le MEF precoci. L'intenzione sarebbe quella di raccogliere più dati utili possibili per tentare di stimare meglio il fenomeno della natimortalità e di classificare le possibili cause di morte. È importante soprattutto per poter riconoscere un bambino e i suoi genitori come una famiglia a tutti gli effetti: anche se il loro bambino non è mai stato vivo, di fatto queste persone saranno genitori per sempre.

Tabella I: fonti e definizioni.

Fonte	Definizione
SIGO - AOGOI - AGUI	<i>"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." (4)</i>
ACOG	<i>"Parto di un feto di 20 settimane di gestazione od oltre o ≥ 350 g senza segni di vita." (5)</i>
RCOG	<i>"Morte endouterina fetale dopo 24 settimane di gravidanza." (6)</i>
PSANZ	<i>"Morte endouterina fetale dopo 20 settimane di gravidanza o feto di almeno 400 g di peso alla nascita." (7)</i>
SOGC	<i>"Morte endouterina fetale dopo 20 settimane di gravidanza o feto di peso > 500 g." (8)</i>
The 2011 Lancet Stillbirths Series	<i>"Con morte in utero ci si riferisce a tutte le perdite che avvengono dopo la 22° settimana di gestazione, tuttavia, quando è necessario confrontare i dati tra i diversi paesi a livello internazionale, si è utilizzata la definizione dell'OMS di peso alla nascita superiore a 1000g o età gestazionale superiore a 28 settimane (morti in utero del terzo trimestre)." (9)</i>

2. ANALISI DELLA LETTERATURA

Ritengo sia impossibile creare un percorso universale da utilizzare per l'assistenza alla morte endouterina fetale per diversi motivi, come la varietà di culture nel mondo, il divario socioeconomico presente e l'interpretazione personale del lutto.

Tuttavia, negli ultimi anni si è riscontrata la necessità di provare a standardizzare i percorsi, istruendo e aiutando il personale ad affrontare i bisogni, sia dei genitori in lutto che i propri. Per questo molte associazioni hanno cercato di creare delle linee guida o raccomandazioni che si soffermassero soprattutto su determinati temi delicati ma cruciali riguardanti la morte endouterina fetale: il momento della diagnosi, la gestione del travaglio e del parto, l'assistenza del post-partum, gli accertamenti diagnostici e la dimissione con follow-up, con un focus basato sul supporto psicologico.

Da un'analisi di più studi è emerso che per fornire un'assistenza appropriata sia necessario tener conto almeno di questi punti:

- ricevere informazioni adeguate
- avere tempo sufficiente per parlare con gli operatori
- essere coinvolti attivamente nelle decisioni da prendere
- essere trattati con rispetto e gentilezza
- poter vedere e tenere in braccio il bambino
- poter trascorrere del tempo con il bambino
- poter raccogliere i suoi ricordi
- poter scegliere il rito funebre. (10)

2.1 Diagnosi

Il momento della diagnosi della morte endouterina fetale è estremamente complesso sia per la coppia, che riceve la drammatica notizia, sia per il professionista, che la deve comunicare. È necessario porre attenzione alla comunicazione verbale e paraverbale, in quanto è una situazione critica e il modo in cui verrà comunicata potrà influire su tutto il percorso di elaborazione del lutto dei genitori. Per questa ragione, la quasi totalità della letteratura sull'argomento raccomanda caldamente che la notizia venga comunicata alla paziente con la presenza di una persona di fiducia, in un luogo dedicato, in cui possa essere garantita la privacy e la tranquillità, mediante un linguaggio empatico e semplice. Infine, è necessario fornire poche e chiare informazioni utili per il periodo immediatamente successivo, usufruendo anche di materiale informativo e opuscoli, lasciando il tempo alla coppia per porre eventuali domande. (4;11;12;13;14)

La comunicazione della diagnosi è sempre difficile: stravolge la vita della donna, della coppia, della famiglia e del professionista. In un momento di tale shock è quindi opportuno usare un linguaggio chiaro, semplice e inequivocabile. Spesso, per cercare di non turbare più del dovuto la coppia, l'operatore utilizza dei termini tecnici o ambigui che non vengono compresi del tutto e che potrebbero comportare attimi di speranza inopportuni.

Di estrema importanza è comunicare alla paziente che non ha commesso azioni sbagliate. Non è necessario dare troppe informazioni, se non è lei a richiederlo, ma lo è dimostrare di essere partecipi e realmente dispiaciuti dell'accaduto. In un momento simile l'unico aiuto che è possibile offrire è la propria presenza e il proprio sostegno adattando e personalizzando

l'assistenza alla storia personale e familiare dei genitori. Sentirsi compresi da un professionista sanitario facilita l'alleanza terapeutica. (14)

Il *gold standard* per la diagnosi di morte endouterina fetale è l'ecografia visualizzando il cuore fetale e verificando l'assenza di battito cardiaco fetale (BCF) (4;11;14;15); è indicata anche la presenza di un secondo professionista durante l'esame. (4)
"L'ecografia è essenziale per una diagnosi accurata di morte fetale intrauterina (IUFD). L'ecografia consente la visualizzazione diretta del cuore fetale e le visualizzazioni possono essere integrate con color-doppler del cuore e del cordone ombelicale. L'uso degli ultrasuoni facilita anche la visualizzazione di altre caratteristiche secondarie come idrope fetale, polidramnios, anidramnios, accavallamento delle ossa del cranio ed edema cutaneo. L'auscultazione del cuore fetale mediante stetoscopio Pinard o Doppler è imprecisa e questo, insieme alla cardiotocografia, non dovrebbe essere utilizzato per indagare su una sospetta IUFD".(6)

Se non si dovesse conoscere l'epoca gestazionale del feto sarebbe necessario fare ulteriori indagini, come la misurazione *Crown-Rump Length* (CRL- misurazione lunghezza vertice-sacro), previa valutazione delle condizioni psicofisiche materne. (14)

È rilevante considerare segni, sintomi e l'istinto della donna, in quanto sono il motivo principale per cui la gestante si è recata in ospedale; quindi utilizzare il tempo prima dell'esame per instaurare un rapporto di fiducia risulterà fondamentale e di aiuto nei momenti successivi alla diagnosi. (12)

Nel periodo immediatamente successivo alla diagnosi, la coppia subisce uno shock cognitivo ed è probabile che risulti assente; tuttavia, la mente di quei genitori ha subito un trauma e lavora

per assimilare la notizia appena ricevuta e assorbirà ogni minimo dettaglio, commento, movimento che rimarranno per sempre impressi nella loro mente. Le azioni dei professionisti fungeranno come rinforzo positivo o negativo.

Viene raccomandato ai professionisti di assistere e di rispondere a ogni domanda della coppia, offrendo tempo e privacy per assimilare la notizia e per confrontarsi, prima di discutere della gestione e del piano terapeutico successivo. (12;13)

Alcune coppie vorranno tornare a casa prima di procedere e secondo alcuni articoli scientifici (6;12;13;14), se la situazione clinica della paziente è stabile, è consentito concederglielo dando loro appuntamento nelle giornate successive; altre pazienti, invece, chiederanno la possibilità di partorire il prima possibile.

È necessario che ogni scelta assistenziale del personale sia condivisa e discussa con la coppia in modo da personalizzare l'assistenza e assecondare le loro esigenze. (13) Il professionista dev'essere sempre pronto a dare un sostegno, anche rimanendo come sola presenza fisica all'interno della stanza, rispondendo alle domande dei genitori in qualsiasi momento.

Alcuni studi affermano che la coppia ha apprezzato maggiormente di ricevere le cure successive dallo stesso personale che gli ha comunicato la diagnosi, mantenendo una continuità assistenziale e di relazione terapeutica, dove possibile. (12;13;14)

2.2 Gestione del parto

Prima di procedere con qualunque counseling relativo all'induzione del travaglio di parto è bene sapere che il timing va considerato in base alle condizioni cliniche della paziente, all'epoca gestazionale del feto, alla pregressa anamnesi ostetrica e soprattutto alle volontà materne.

L'induzione precoce è da valutare quando vi è una necessità urgente di espletare il parto per situazioni di rischio materno, come nei casi di sepsi, pre-eclampsia, distacco intempestivo di placenta (DIPNI) o coagulazione intravascolare disseminata (CID); in tutti gli altri casi è possibile adottare una condotta d'attesa. Gli studi rilevano che, se le condizioni rimangono stabili, il parto spontaneo avviene entro le tre settimane successive, ma è opportuno, per le pazienti che hanno richiesto la condotta d'attesa, effettuare test ematochimici ogni 48 ore poiché il rischio di infezione e CID è più elevato. (6;13;16)

Se la situazione lo permette, è importante fornire alla paziente entrambe le opzioni, in modo che la decisione sia condivisa e supportata dal professionista. La maggior parte delle donne decide di procedere rapidamente con l'induzione in modo da partorire il prima possibile (17); coloro che scelgono la condotta di attesa, invece, devono essere dettagliatamente informate che dovranno sottoporsi ugualmente a esami ematochimici due volte alla settimana fino al parto, che potranno scegliere di cambiare idea sul timing in qualsiasi momento, che l'autopsia potrebbe avere un valore ridotto a causa dell'aumentata macerazione del corpo fetale e che, se la gravidanza è a epoche gestazionali elevate, la madre potrebbe sentire dei movimenti passivi. (6;11;13)

È raccomandato il parto vaginale (4;6;11;13;14); tuttavia se l'anamnesi ostetrica lo richiede è da valutare anche l'opzione del taglio cesareo, come per il distacco intempestivo di placenta, la presenza di placenta previa o una situazione fetale trasversa persistente. (4) *“La donna stessa potrebbe richiedere il taglio cesareo a causa di esperienze precedenti o per il desiderio di evitare il parto vaginale di un bambino morto. [...] Ciò richiede una discussione attenta e sensibile e un processo decisionale congiunto. Le implicazioni del parto cesareo per la futura gravidanza dovrebbero essere discusse.”* (6)

Non esistono protocolli standard sull'induzione relativi alla MEF. Sono utilizzati diversi metodi di induzione che cambiano in base all'epoca gestazionale, anamnesi ostetrica pregressa e *score di Bishop*. I differenti metodi includono prostaglandine, come il misoprostolo, soprattutto utilizzato in combinazione con il mifepristone nel secondo trimestre, e il gel dinoprostone, più frequentemente utilizzato nel terzo trimestre, o l'infusione ossitocica o il catetere Foley intracervicale.

Molti studi e linee guida concordano nel dire che i metodi migliori di induzione per il parto di un nato morto sono: le prostaglandine, l'ossitocina e il catetere Foley. Tuttavia, ognuno di questi, presenta delle differenze sulla modalità e via di somministrazione. Nelle tabelle successive vengono messi a confronto, distinguendo le pazienti in due categorie: pazienti senza fattori di rischio di rottura uterina (Tabella II) e pazienti a rischio di rottura uterina (Tabella III).

Tabella II

Fonte	Schema induzione: pazienti senza fattori di rischio di rottura uterina.	
SIGO - AOGOI - AGUI (4)	<25 ⁺⁰ s.g.	Mifepristone 200-600mg per via orale (os.) – dopo 24-48h misoprostolo 400mcg per via vaginale o sublinguale (ogni 3h, per max 4 somministrazioni in 24h)
	25 ⁺⁰ - 33 ⁺⁶ s.g.	Mifepristone 200-600mg per os - dopo 24-48h misoprostolo 200mcg per via vaginale o sublinguale (ogni 3-6h, per max 6 somministrazioni in 24h)
	≥34 ⁺⁰ s.g.	Preinduzione: catetere transcervicale (Cook Baloon o Foley) o dinoprostone (Propess o Prepidil) Induzione: misoprostolo 50-100mcg per via vaginale o sublinguale (ogni 3-6h, per max 5 somministrazioni in 24h) o infusione di ossitocina + amniorexi
RCOG (6)	Combinazione con dose singola di mifepristone (200mg) e prostaglandine: misoprostolo (per via vaginale ha meno effetti indesiderati) o gemeprost. (dosaggio di misoprostolo in base all'epoca gestazionale e protocollo ospedaliero)	
PSANZ (7)	Fa riferimento alle Linee Guida del RCOG	
NW- Stillbirth- Guideline (11)	24 ⁺⁰ - 26 ⁺⁶ s.g.	Mifepristone 200mg per os – dopo 48h misoprostolo 200mcg per via vaginale o sublinguale (ogni 6h, per max 5)
	27 ⁺⁰ - 27 ⁺⁶ s.g.	Mifepristone 200mg per os – dopo 48h misoprostolo 100mcg per via vaginale o sublinguale (ogni 6h, per max 5)
	≥28 ⁺⁰ s.g.	Mifepristone 200mg per os – dopo 48h misoprostolo 50mcg per via vaginale o sublinguale (ogni 6h, per max 5)

Tabella III

Fonte	Schema induzione: pazienti con fattori di rischio di rottura uterina.	
SIGO - AOGOI - AGUI (4)	<34 ⁺⁰ s.g.	Mifepristone 200-600mg per os - dopo 24-48h: misoprostolo 400mcg per via vaginale o sublinguale (ogni 3h, per max 4 somministrazioni in 24h). Se dopo 24h non è avvenuto il parto: rivalutare la situazione prevedendo un secondo ciclo di misoprostolo (400mcg ogni 6h per max 4 volte). Dopo il 2° ciclo non è ancora avvenuto il travaglio valutare le seguenti opzioni: somministrare un 3° ciclo di induzione con misoprostolo 400mcg ogni 6h o infusione di ossitocina + amniorexi. Taglio cesareo come ultima scelta.
	≥34 ⁺⁰ s.g.	Preinduzione: catetere transcervicale (Cook Baloon o Foley) Induzione: infusione di ossitocina + amniorexi (evitare misoprostolo e dinoprostone)
RCOG (6)	Utilizzare mifepristone, evitare uso di prostaglandine, anche se misoprostolo a bassi dosaggi (25-50mcg) è consentito. È raccomandato catetere transcervicale, con rischio di infezione ascendente. (Cook Baloon o Foley)	
PSANZ (7)	Fa riferimento alle Linee Guida del RCOG	
NW-Stillbirth-Guideline (11)	Mifepristone 600mg per os, per 2 giorni consecutivi - al terzo giorno: utilizzare catetere transcervicale (Cook Baloon o Foley) o misoprostolo 50mcg (ogni 6 ore, per max 5 dosi)	

È di estrema importanza fornire informazioni alla coppia che riguardino il metodo di induzione, il processo e la gestione del parto, compreso il luogo e il timing, informarli sui metodi di controllo del dolore e ciò che avverrà dopo il parto: potranno vedere e tenere il loro neonato se lo desiderano e per il tempo che vorranno, informandoli sulla possibilità che l'aspetto non sia come lo immaginano. Il fatto di essere informati può farli sentire meno spaventati e un po' più consapevoli di ciò che potrebbero volere.

Oltre al dolore psicologico, la maggior parte delle pazienti sono spaventate dal provare dolore durante il travaglio, e per questo dev'essere fornita una analgesia adeguata. (4;6;11;13)

L'espletamento di un parto con un feto morto non è diverso da quello di un feto vivo; tuttavia, ci sono delle caratteristiche da tenere a mente come l'ipotetico verificarsi di ipocinesia uterina, che si risolve con l'uso dell'ossitocina, un arresto della progressione o una possibilità di distocia di spalla, secondamento della placenta ritardato e, nel post-partum, metrorragie da ipotonia uterina. (4)

Va poi ricordato che deve essere eseguita l'immunoprofilassi alle madri con gruppo Rh negativo nei giorni seguenti al parto. (4;6)

2.3 Assistenza nel post-partum

Lo studio Peters et al. (2015) riporta quanto le decisioni importanti della coppia, in questo momento, siano frutto della modalità con cui vengono fornite le informazioni e le proposte terapeutiche. È molto apprezzato dai genitori che la persona che li ha seguiti

inizialmente nel percorso sia presente e li aiuti nella decisione di vedere o meno il loro bambino. *“I genitori apprezzano quando gli operatori sanitari della maternità parlano del loro bambino, lo toccano e lo tengono in braccio con la stessa tenerezza e rispetto riservati a qualsiasi altro bambino. Questo può comportare coccole e parole gentili al bambino. Per i genitori, queste attività possono normalizzare il tempo trascorso con il loro bambino e aiutare a convalidare i loro sentimenti.”* (11)

In questi casi l'aspetto traumatico è molto forte, è possibile che i genitori non sappiano assolutamente cosa è meglio per loro e che non abbiano idea di come sia il percorso dell'elaborazione del lutto.

Spesso ci sono molti timori e paure riguardanti la morte e l'aspetto del bambino. L'operatore può contribuire a dissolvere queste paure semplicemente descrivendo con onestà e partecipazione l'aspetto del bambino. Le madri hanno spesso bisogno di dare un volto reale al bambino immaginario, hanno bisogno di conservare ricordi per poter superare adeguatamente il lutto.

Dopo il parto, la coppia è nuovamente travolta da emozioni che per la maggior parte sono contrastanti a causa dell'evento traumatico che stanno vivendo: alcuni lasciano andare la rabbia, altri cercano di razionalizzare il più possibile, altri hanno un blocco emotivo. In questo nuovo momento estremamente fragile e delicato è necessario accompagnarli passo dopo passo, senza insistere e senza chiedere di esternare le proprie emozioni; cercare di essere sempre disponibili e presenti perché saranno loro a chiedere aiuto, se ne sentiranno il bisogno.

Tutta la letteratura e le linee guida sono concordi che permettere alla coppia di vedere e passare del tempo con il proprio bambino sia prezioso, possibilmente prima dell'autopsia. Alcuni genitori

avranno bisogno di tempo prima di considerare l'idea di vedere il loro bambino ed è importante offrirglielo: possono chiederlo in ogni momento in base a quando si sentono pronti e il personale deve supportarli nelle decisioni. (4;11;12) Tuttavia, incoraggiare forzatamente la coppia a interagire con il bambino ha riscontrato un effetto negativo sulla rielaborazione, causando ansia e depressione. (14) Molti genitori sono restii nel vedere il loro bambino perché hanno paure e timori riguardo il suo aspetto: è compito del professionista accogliere e percepire queste paure e aiutarli a superarle dando tutte le possibili informazioni e descrivendo con onestà l'aspetto del bambino. Per una mamma l'importanza di dare un volto reale a colui che è cresciuto nella sua pancia ha un valore inestimabile e la aiuterebbe nel creare un prezioso ricordo utile per poter superare adeguatamente il lutto del suo bambino. (18)

Il luogo dell'incontro deve essere privato, tranquillo ed è fondamentale offrire tutto il tempo necessario alla coppia per stare con il proprio bambino. (4)

Un altro elemento fondamentale secondo gli studi è la creazione dei ricordi: fotografie, indumenti indossati, impronte di mani e piedi, braccialetto identificativo. (4;11;12;14) Questa raccolta può essere fatta dal personale sanitario per poi essere consegnata alla coppia o potrebbe essere eseguita assieme ai genitori. Questa opportunità gli offre la possibilità di stare del tempo con loro il bambino, di accudirlo come con qualsiasi altro bambino e di creare dei ricordi tangibili. (12) Moltissimi genitori hanno valutato importante il tempo trascorso con il proprio bambino e la raccolta dei ricordi. (19)

Se la coppia non volesse vedere il bambino sarebbe importante assecondarla e sostenerla nella loro scelta senza essere giudicanti, intervenendo sempre qualora nel tempo la coppia cambiasse idea, favorendo l'incontro.

Durante il colloquio preparato sulla possibilità di vedere e stare con il bambino, è importante offrire le giuste informazioni anche sulla creazione e gestione dei ricordi, spiegando come e cosa andrà a far parte della *Memory Box*. (11) La maggior parte dei genitori è favorevole a questo gesto. In Italia, non è chiaro se per la raccolta e la creazione della scatola dei ricordi sia obbligatorio il consenso dei genitori, nonostante ciò, è comunque fondamentale affrontare il discorso in modo che siano consapevoli del gesto e di quanto questo sia importante per l'elaborazione del lutto. È raccomandato che, se i ricordi non vengono portati a casa dai genitori, l'ospedale li conservi: la coppia potrà richiederli in qualsiasi momento. (4;11) I ricordi raccolti sono gli elementi concreti di qualcosa che all'improvviso sembra quasi non essere mai esistito, mentre esiste eccome.

La paziente può richiedere di essere ricoverata per il resto della degenza in un'area lontano dalla presenza di altri neonati, o può richiedere il contrario: è importante discutere attentamente anche di questo argomento. (14)

È raccomandato offrire una consulenza in merito all'allattamento. Anche la tematica della lattazione, seppur spesso considerata secondaria, può creare disagio e dolore sia fisico che mentale: dare tutte le informazioni sull'interruzione della produzione lattea o sull'eventuale donazione di latte è fondamentale. Non c'è un momento giusto per affrontare la consulenza sull'allattamento: non è necessario che sia fatta subito dopo la nascita, ma va

effettuata assolutamente durante la degenza in modo che, una volta dimessa la paziente, l'allattamento non sia più un pensiero.
(14)

2.3.1 Cartella clinica "nato morto"

L'importanza di adottare una cartella clinica dedicata al nato morto è fondamentale. È uno strumento necessario per raccogliere tutta la documentazione pertinente sul nato morto, oltre che essere utilissimo per gli operatori nell'organizzazione delle procedure da svolgere.

Il modello di cartella clinica (Allegato 2) proposto dalle Raccomandazioni "Gestione della morte endouterina fetale (MEF)", realizzate dalla Fondazione Confalonieri, è costituito da più sezioni:

- informazioni sulla madre (reperibili dalla cartella clinica ostetrica): livello di istruzione, etnia, età, presenza di fattori di rischio (fumo, obesità, uso di farmaci)
- informazioni sulla gravidanza (reperibili dalla cartella clinica ostetrica): indagini effettuate, patologie pre-gestazionali e/o gestazionali
- uno spazio per descrivere eventuali eventi rilevanti per il decesso
- informazioni sul travaglio, parto e dati del neonato (valori antropometrici)
- informazioni su condizioni cliniche rilevanti il feto: il funicolo, la placenta, il liquido amniotico, l'utero
- esame obiettivo del feto al momento del parto
- informazioni sulle indagini effettuate dopo il parto

- autopsia
- esame istologico della placenta
- risultati degli accertamenti diagnostici eseguiti su feto e annessi fetali.

La cartella clinica del nato morto è parte integrante della documentazione relativa alla morte endouterina fetale.

2.4 Accertamenti diagnostici

Individuare e catalogare le cause di morte endouterina fetale è complicato e accade spesso che questa rimanga ignota. Oltre alla difficoltà medico-scientifica di accertare segni e sintomi riconducibili alla causa, deve essere migliorato l'aspetto tecnico legato agli accertamenti diagnostici materno-fetali da effettuare prima e dopo la nascita.

È necessario che i genitori, tramite un dettagliato counseling prima del parto, siano informati su queste indagini e possano decidere consapevolmente di procedere, o meno, a determinati accertamenti. Per aiutare e incentivare la coppia nella scelta, senza imposizioni, è utile spiegare per quali motivi sia necessario procedere con degli accertamenti, ovvero al fine di:

- utilizzare i risultati per programmare, prevenire e monitorare una eventuale futura gravidanza
- salvaguardare la salute della donna e della coppia al di fuori della gravidanza, consigliando uno stile di vita migliore o

impostando determinate terapie (per esempio nel caso di una infezione in atto)

- aiutare i genitori nell'elaborazione del lutto fornendo loro tutte le informazioni disponibili sulla causa di morte del figlio. (4;13)

Questi accertamenti, se effettuati in maniera conforme, diventano utili anche per una finalità pubblica: studiare e comprendere l'epidemiologia della natimortalità potrebbe aiutare a individuare determinate caratteristiche o alcuni fattori di rischio attivando così un eventuale intervento ostetrico.

Pur non essendoci omogeneità nei protocolli diagnostici da seguire relativi alla MEF, letteratura scientifica e linee guida internazionali sono d'accordo sulla presenza di due tipologie di esami: gli accertamenti "fondamentali", quali anamnesi materna, quadro clinico materno, esame obiettivo del nato morto, autopsia fetale, esame macroscopico e istologico della placenta, del cordone e delle membrane amniocoriali, valutazione del cariotipo fetale; e gli accertamenti "discrezionali", in base a specifiche condizioni cliniche e/o ai risultati delle indagini fondamentali effettuate (Allegato 1). Sono esami che devono essere eseguiti in diversi momenti dalla diagnosi alle settimane successive.

L'integrazione delle due tipologie di esami viene personalizzata da caso a caso ed è corretto informare i genitori che, anche svolgendo un'indagine completa, talvolta potrebbe non essere possibile individuare la causa specifica del decesso. (11)

2.4.1 Accertamenti fondamentali

a. Anamnesi materna e quadro clinico materno

Tutte le linee guida concordano che effettuare una corretta e dettagliata anamnesi pone la base dell'intera assistenza alla paziente ed è essenziale per provare a determinare la causa della morte del feto. Le informazioni da raccogliere sono relative alla storia familiare, all'anamnesi personale e ostetrica, attuale e passata. (4;5;6;11;20)

Oltre all'anamnesi, si ritiene rilevante la valutazione del peso materno e dell'incremento ponderale dovuto alla gravidanza, il controllo della pressione arteriosa ed eventuali segni e sintomi di pre-eclampsia, distacco di placenta, uso di sostanze, traumi. (20)

b. Esame obiettivo del nato morto

La valutazione del nato morto evidenzia anomalie di vario grado nel 25% dei casi e la sua omissione comporta il rischio di una mancata diagnosi di morte nel 4% dei casi. (4) È importante eseguire l'esame obiettivo nel periodo immediatamente successivo al parto, tempistiche permettendo, in modo da annotare eventuali dismorfismi, che possono essere distinti in anomalie maggiori e minori (Allegato 2). Inoltre è importante valutare il grado di macerazione fetale, la crescita fetale, l'odore, la presenza di edemi e/o petecchie, il colore della cute. È raccomandato eseguire prelievi sul feto in modo da poter eseguire ulteriori indagini quando necessario, come il test di Coombs, l'emocoltura su sangue fetale o l'Array-CGH per il cariotipo fetale. Il prelievo può essere effettuato tramite il cordone ombelicale o attraverso puntura intracardiaca (l'esito dell'esame dipenderà dall'epoca del decesso). (4;5;6) Oltre all'esame obiettivo, andrebbe sempre effettuata una sequenza

fotografica (Allegato 3) del nato morto al fine di favorire l'autopsia e la valutazione dell'anatomo-patologo. (4)

È opportuno disporre e utilizzare una cartella clinica apposita del nato morto in cui poter riportare e raccogliere tutti gli accertamenti e la documentazione che lo riguarda. (4)

c. Autopsia fetale

L'autopsia è il *gold standard* tra gli accertamenti diagnostici per determinare la causa della morte. *“Questo esame può escludere potenziali cause di morte, identificare i disturbi che possono complicare gravidanze successive, orientare la consulenza al fine di prevenire la recidiva, assistere nella gestione del lutto aiutando i genitori a comprendere la patologia sottostante e ad alleviare i sentimenti di senso di colpa.”* (21)

La valutazione post-mortem dovrebbe essere effettuata da un patologo perinatale esperto e dovrebbe includere l'esame obiettivo del feto, le misurazioni antropometriche, l'esame istologico degli organi interni e il campionamento dei tessuti per le analisi microbiologiche. (4;5;6;20)

In Italia, la legislazione non è chiara sull'obbligatorietà di chiedere il consenso ai genitori per l'autopsia, né se sia previsto il riscontro diagnostico obbligatorio per i nati morti da una determinata epoca gestazionale. Indipendentemente da tutto ciò, è essenziale spiegare esaustivamente alla coppia l'importanza dell'indagine anatomo-patologica, rassicurandola sul rispetto e la cura che verrà riservata al loro bambino, lasciando il tempo per elaborare la decisione ed eventualmente per porre domande. Anche la cultura personale e religiosa dei genitori gioca un ruolo fondamentale in queste decisioni, quindi

talvolta potrebbe essere opportuno proporre diverse possibilità, tra cui anche l'autopsia parziale o non indagare alcuni specifici organi.

d. Esame macroscopico e istologico della placenta, del cordone e delle membrane amniocoriali

L'esame della placenta non ha vincolo e tutte le linee guida raccomandano la valutazione macroscopica e istologica della placenta con annesso cordone amniocoriali e cordone ombelicale. (4;5;6;20) È necessario che chi assiste il parto descriva minuziosamente l'aspetto del disco placentare, delle membrane e del cordone, che valuti il peso e misuri i diametri placentari e la lunghezza del cordone ombelicale in centimetri. È opportuno segnalare la presenza di nodi veri o, al momento del parto, i giri di cordone attorno al collo o a parti del corpo fetale. (4)

e. Valutazione del cariotipo fetale

L'analisi cariotipica fetale è raccomandata dalla maggior parte delle linee guida (5;6;7) considerato che le anomalie cromosomiche sono presenti nel 6-13% dei nati morti. (20)

2.4.2 Accertamenti discrezionali

a. Test di laboratorio

Al momento della diagnosi di morte endouterina fetale, si raccomanda di eseguire sempre alcuni esami ematochimici, come emocromo completo, gruppo sanguigno materno, test di Coombs, coagulazione materna e test di Kleihauer-Betke

(esame per la ricerca dell'emorragia feto-materna), al fine di escludere potenziali complicazioni come pre-eclampsia o CID.

b. Sierologia

Alcune linee guida, come ACOG, PSANZ e SOGC, e le raccomandazioni della Fondazione Confalonieri non raccomandano l'esecuzione degli esami TORCH (Toxoplasmosi, Rosolia, Citomegalovirus, virus dell'Herpes simplex) di routine. Le stesse concordano nell'indagare Parvovirus B19, Sifilide e *Listeria Monocytogenes* solo nell'eventualità che sia presente sintomatologia infettiva e/o se i risultati degli accertamenti precedenti lo richiedano. (5;8) Mentre le linee guida dell'RCOG suggeriscono di eseguire i test TORCH, Sifilide e Parvovirus indipendentemente dalla clinica perché i risultati di questi esami potrebbero rilevare infezioni occulte che possono essere causa di morte del feto. (6) Per quanto riguarda infezioni tropicali (Virus Zika, Malaria, ...) vengono raccomandate le indagini solo in caso di sospetto e per le donne provenienti da aree endemiche. (4)

c. Batteriologia (emoculture, urine da mitto intermedio, tamponi vaginali e cervicali)

Rispetto a questa tipologia di accertamenti solo le linee guida RCOG e le raccomandazioni della Fondazione Confalonieri ne discutono e raccomandano di eseguire tamponi vagino-rettali e vagino-cervicali quando si sospetta un'infezione batterica, in casi di febbre materna, con sintomatologia simil-influenzale, PROM prolungata, anomalie del liquido amniotico. (4;6)

Tuttavia, visto il basso impegno clinico ed economico è consigliabile eseguire queste tipologie di esami. (4)

d. Microbiologia fetale e placentare

“Esiste un accordo generale sul fatto che i campioni fetali e placentari (sangue o tamponi) debbano essere testati per potenziali infezioni fetali che potrebbero causare la morte in utero, poiché è stato dimostrato che fino al 24% dei casi può essere una morte in utero correlata a infezioni.” (20)

Le linee guida ACOG e SOGC raccomandano l'esecuzione routinaria dei test per Streptococco di gruppo B, Listeria Monocytogenes, Escherichia Coli e Sifilide; mentre altre colture batteriche meno frequenti dovrebbero essere eseguite solo quando è presente un quadro clinico sospetto. (20)

e. Screening della trombofilia

Non sono necessari accertamenti; tuttavia, le linee guida ACOG ne consigliano l'esecuzione quando nell'anamnesi materna si riscontra una storia personale o familiare di malattia tromboembolica.

Il test per gli anticorpi Lupus anticoagulante, anti-cardiolipina e anti-B2 glicoproteina-1, quindi per indagare la sindrome da anticorpi antifosfolipidi (trombofilia acquisita), sono raccomandati in caso di restrizione della crescita fetale, basso peso alla nascita o lesioni istologiche placentari. (4;5;6)

“I LEA (livelli essenziali di assistenza) del 2017 prevedono la valutazione di anticorpi anti anticardiolipina e lupus anticoagulante in tutti i casi di morte perinatale. Dopo un test iniziale positivo, la conferma della presenza di Ab antifosfolipidi è richiesta a un minimo di 12 settimane di distanza.” (4)

f. Funzionalità tiroidea

Se non è presente un precedente dosaggio della funzione tiroidea è consigliato eseguirlo. (4;6)

“I LEA del 2017 prevedono la valutazione degli anticorpi anti-tireoglobulina e anti-tireoperossidasi in caso di morte perinatale.” (4)

g. Valutazione metabolismo glucidico

Per quanto riguarda lo screening per il diabete gli studi divergono: le linee guida come RCOG e SOGC (6;8) ne raccomandano l'esecuzione, mentre ACOG e PSANZ (5;7) solo in casi di restrizione di crescita, macrosomia fetale, polidramnio, obesità o sindrome metabolica nota.

h. Funzionalità epatica e acidi biliari

Sono raccomandati gli esami relativi alla funzionalità epatica in caso di sintomatologia riconducibile alla colestasi gravidica, come prurito, primo tra tutti. (4;5;6;7;8;20)

i. Screening tossicologico

È opportuna l'indagine tossicologica in base alla storia e alle caratteristiche della paziente e della storia clinica ostetrica (anche il distacco intempestivo di placenta è una indicazione). (4;5)

Il test può essere effettuato solo con consenso materno.

j. Radiografia e risonanza magnetica nucleare cerebrale

Gli accertamenti di diagnostica per immagini sono utili e raccomandati nel momento in cui non venga dato il consenso all'autopsia. La risonanza magnetica può essere utile come indagine aggiuntiva; mentre la radiografia del feto è consigliata

quando il corpo fetale presenta dismorfismi o malformazioni strutturali che con l'ecografia non si erano riscontrate. (4;20)

2.5 Dimissione

La dimissione è un momento da organizzare e preparare con cura. Si basa sull'assistenza ricevuta durante la degenza e in parte riguarda il supporto che avrà la coppia al di fuori dell'ambito ospedaliero.

L'assistenza e il sostegno al lutto ricevuti durante il periodo in ospedale hanno un impatto importante nell'adattamento alla perdita e al percorso di elaborazione del lutto, per questo la dimissione è da prendere in considerazione solo quando le condizioni fisiche e psicologiche della paziente lo permettono. È possibile che la decisione possa essere presa anche in considerazione ai pensieri e alle preoccupazioni della coppia. (12)
Se la dimissione dovesse avvenire in tempi precoci sarebbe opportuno assicurare la programmazione di controlli clinici per valutare le condizioni psicofisiche materne. (4)

Durante il colloquio per la dimissione è necessario che con la donna sia presente una persona di fiducia e dove possibile anche il ginecologo/a e l'ostetrica/o che ha seguito e seguirà la coppia, in modo da favorire una continuità assistenziale maggiore. Anche il luogo dev'essere tranquillo, non ci devono essere interruzioni.

Il colloquio deve essere svolto da un professionista che ha seguito il caso della coppia, deve fornire tutte le informazioni riguardanti

la gestione del puerperio, mantenendo un focus sulla salute psicologica della donna e del partner, offrendo necessariamente informazioni su gruppi di supporto locale per coloro che hanno subito perdite perinatali. Includere degli opuscoli o dei *depliant* con i contatti di alcune associazioni può essere d'aiuto.

Sarebbe importante, per una questione relativa alla continuità assistenziale e in accordo con la coppia, fissare già l'appuntamento con lo specialista psicologo che li ha seguiti nella degenza.

Oltre a questo, è utile fornire il materiale con la programmazione degli appuntamenti successivi: in base al quadro clinico della paziente la pianificazione sarà personalizzata, tuttavia è importante fissare un appuntamento a 8-12 settimane dal parto in cui i professionisti che hanno seguito la paziente facciano un colloquio con la coppia per consegnare e discutere dei risultati delle indagini diagnostiche eseguite. Durante questo colloquio verranno discussi il riassunto della storia clinica della paziente e della gravidanza, i risultati degli accertamenti effettuati, le conclusioni sulla possibile causa di morte e le raccomandazioni nell'eventualità di una futura gravidanza.

Questo colloquio darà modo all'operatore di comprendere lo stato di salute fisica e mentale della coppia e alla coppia stessa di porre eventuali domande o esternare i propri dubbi riguardo l'accaduto.
(4;12)

La coppia, che è stata assistita durante tutta la degenza, deve sentire di essere supportata anche una volta avvenuta la dimissione. Per questo è importante assicurarsi che al di fuori dell'ospedale abbia una rete di sostegno, culturale o religiosa, che possa fornire aiuto nell'elaborazione del lutto e nella ripresa della vita quotidiana.

3. ASSISTENZA AL LUTTO

"Il lutto è una condizione psicofisica (coinvolge mente, cuore, pelle, gesti) e riguarda chi, perdendo "l'oggetto d'amore", soffre per la sua mancanza." (10)

L'elaborazione del lutto è un processo fisiologicamente lungo e complesso, fatto di tappe, soste, progressi e traumi che aiutano la coppia colpita a mantenere vivo il ricordo del figlio deceduto e il legame insostituibile che con lui si è creato.

Negli anni l'assistenza ai genitori che hanno subito una morte endouterina fetale è fortunatamente cambiata.

Negli anni '70, si pensava che la perdita risultasse meno dolorosa non facendo vedere il bambino morto alla neo-madre, si evitava di farlo riconoscere ai genitori e non c'erano rituali di addio. La coppia era esortata ad avere subito un altro bambino, in modo da sostituire quello appena morto, come se non fosse mai esistito. (19)

In questi decenni, con molta fatica, si è cercato di dare visibilità a quella definita una morte invisibile, ma che per i genitori e le famiglie invisibile non è. Finalmente si è arrivati a elaborare e a legittimare una teoria del lutto che rispetti e dia identità al bambino, unico e irripetibile (22), e che aiuti i genitori con la creazione di legami e ricordi del loro figlio amato. Elaborare la perdita consente gradualmente di integrarla come parte della propria storia di vita.

Quando si parla del nato morto è importante ricordarsi che è un bambino che lascia dietro a sé una famiglia addolorata, che ancor prima di conoscerlo deve salutarlo. È una perdita inaspettata,

scioccante e traumatica, rappresenta un serio fattore di rischio psicologico. Per questo diventa essenziale, che tutti gli operatori, supportino i genitori nell'affrontare il lutto in maniera adeguata e rispettosa, accompagnandoli e sostenendoli durante e dopo la degenza con la massima continuità di cure possibile.

Anche i professionisti risentono dell'evento: non si potrà mai essere del tutto preparati a una notizia così emotivamente sconcertante. Per questo è necessario offrire una formazione adeguata e disporre di strumenti utili così da poter erogare la migliore assistenza possibile.

Per quanto ci si stia sforzando, l'assistenza alle coppie in lutto ha ancora pochissimo spazio nella nostra società: il sistema sanitario italiano non ha ancora provveduto a creare una Linea Guida e la carenza di formazione riguardo il tema, durante il corso di laurea e post-laurea, non aiuta i professionisti ad essere preparati e capaci a una *care* qualificata, sensibile e attenta, basata sulla relazione e un'adeguata comunicazione.

L'assistenza alla morte endouterina fetale non consiste nel seguire solamente le procedure, ma deve considerare di accompagnare la coppia genitoriale nel processo di elaborazione del lutto per la morte del figlio.

3.1 Comunicazione

Comunicare è un'abilità davvero complessa e spesso viene trascurata rispetto ad altri aspetti tecnici dell'assistenza sanitaria.

Eppure, essa è alla base della relazione terapeutica tra professionista e paziente, ha un ruolo fondamentale nella risoluzione dei problemi e nel processo decisionale condiviso. La stessa legislazione italiana recita, nell'art.8, legge 219 del 2017 (23), che *"Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura"*. La comunicazione non si limita a essere solo verbale, anzi, il non verbale e il paraverbale, ossia tono, voce, gesti, posture, sguardi, rappresentano la maggior parte dell'interazione comunicativa tra operatore e paziente. Può quindi risultare un ostacolo o un rinforzo nella relazione professionista-paziente.

Se saper comunicare fa parte del lavoro di ogni professionista sanitario, diventa ancora più importante quando la comunicazione da dare è infausta.

La comunicazione della diagnosi di morte endouterina fetale è dolorosa per tutti gli attori coinvolti. Per la coppia è un evento catastrofico: i genitori attraversano una fase di shock di grande intensità e spesso accade che si presenti un blocco cognitivo. È quindi importante dare poche informazioni, utili al qui e ora, senza dilungarsi troppo su aspetti successivi della gestione. Sono informazioni che devono pervenire in modo diretto e semplice. Non esistono parole magiche o di conforto per dare la notizia di un bambino morto in utero e non c'è modo di alleviare il dolore. Tuttavia, il modo in cui comunica l'operatore potrebbe aiutare fin da subito la paziente e creare un'alleanza terapeutica: apertura, disponibilità, sincero dispiacere e partecipazione rappresentano elementi importanti per il genitore in quel determinato frangente.

(18)

In un momento simile è necessario che il professionista provi a rallentare i propri pensieri e che lasci spazio a quelli della coppia; è importante che sia presente, mostrando disponibilità, ascoltando i dubbi, rispondendo con onestà e sincerità alle domande e accogliendo le reazioni emotive della coppia, come i pianti e i silenzi o la rabbia e lo sconforto. (24) Anche come ci si pone nei confronti del bambino è importante: fa parte della vita dei genitori, lo hanno immaginato fin dai primi momenti e se dovessero aver deciso un nome sarebbe importante che anche il professionista lo utilizzasse.

La capacità comunicativa del professionista influisce moltissimo sul processo di elaborazione del lutto da parte dei genitori: le parole, gli atteggiamenti, il rispetto e il cordoglio rimarranno impresse nella mente della coppia rafforzando positivamente il percorso futuro.

Alla base di un'efficace e rispettosa comunicazione ci deve essere empatia, chiarezza e onestà, tenendo conto anche di due fattori essenziali che sono spazio e tempo. Il modello *SPIKES - Setting up, Perception, Invitation, Knowledge, Emotion, Summary* - (Figura 3) è una guida utile all'operatore per orientarsi nella comunicazione di una brutta notizia attenzionando i bisogni del paziente. (25)

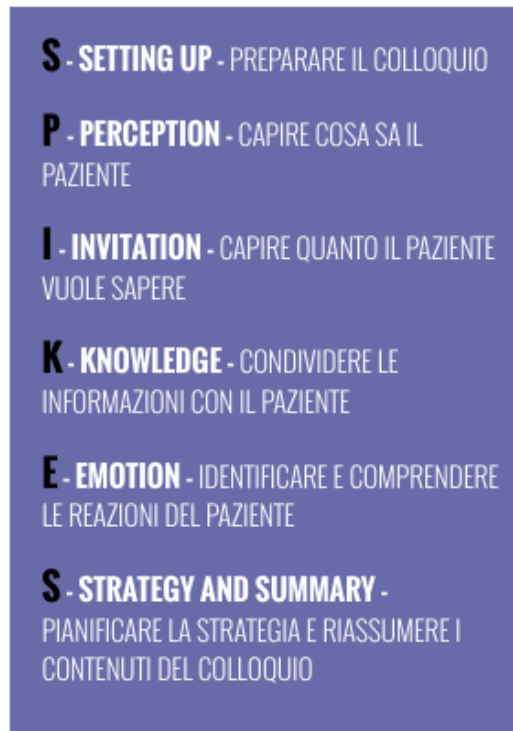


Figura 3: Sintesi delle fasi di SPIKES

In ogni caso, è necessario che il professionista personalizzi la comunicazione, senza aver paura di manifestare alla coppia le proprie emozioni, dimostrandosi disponibile senza mai sminuire o evitare l'argomento.

3.1.1 Audit clinico

L'audit diventa uno strumento fondamentale all'interno di un percorso di morte endouterina fetale principalmente per due motivi: per revisionare la documentazione e i referti del caso, per poi stabilire la strategia di comunicazione per l'incontro con la coppia e per valutare la qualità di assistenza, in modo eventualmente da implementare gli interventi necessari e per coinvolgere i professionisti, che non hanno fatto parte del gruppo

di lavoro, come aggiornamento continuo riguardo l'assistenza alla MEF.

L'audit perinatale viene definito *"l'analisi sistematica, critica, della qualità dell'assistenza perinatale, inclusi le procedure utilizzate per la diagnosi e il trattamento, l'impiego di risorse, gli esiti e la qualità di vita delle donne e dei loro bambini"*(4); le funzioni quindi sono:

- la revisione del singolo caso
- la definizione della/e causa/e di morte
- l'analisi sul processo assistenziale e gli eventuali fattori che possono aver influito nel decesso
- le azioni per migliorare e implementare la qualità di assistenza nel percorso assistenziale nei casi di MEF
- il coordinamento di attività di supporto alla coppia al di fuori dell'ospedale, fornendo le indicazioni sulle associazioni di supporto
- l'analisi del rischio di ricorrenza e il piano assistenziale per una futura gravidanza personalizzandolo in base alla coppia.

3.2 Ruolo dell'ostetrica/o

"L'ostetrica come supporto principale della venuta al mondo, della nascita, della vita, si trova ad affrontare questa discrasia, a confrontarsi con la negazione della vita, con la morte percepita come la più innaturale di tutte, perché non giunge a termine di un lungo cammino di vita, ma ne tronca l'inizio ante diem. Il lutto prenatale è la perdita di un individuo unico, concepito

nell'immaginario e morto prima di divenire reale e conosciuto.”
(24)

In letteratura si suggerisce come il supporto di una *equipe* preparata possa rendere meno devastante l'esperienza dei genitori riguardo la morte del proprio bambino. (21;22;23)

Il professionista sanitario cura, cerca un modo di alleviare/togliere la sofferenza, ha l'obiettivo di "far star bene" il paziente. Nei casi di MEF l'assistenza non sarà mirata esclusivamente ad alleviare il dolore della perdita, ma avrà l'obiettivo di prendersi cura della sofferenza dei genitori inserendoli e accompagnandoli nell'elaborazione del lutto.

L'ostetrica/o è una figura portante in questo percorso perché è inequivocabilmente coinvolta nel prendersi cura della gravidanza e del parto, anche con feto morto. L'obiettivo è quello di fornire un'assistenza centrata sulla donna che ponga l'accento sulle sue esigenze. (26)

Il compito dell'ostetrica/o è di proteggere più possibile il benessere materno e della coppia. Accompagnare una mamma e un papà che hanno perso il proprio bambino durante tutto il periodo della degenza significa dare tutti gli strumenti possibili per poter superare consapevolmente i momenti dolorosi che prevede il percorso.

Significa stare accanto alla coppia nel momento della diagnosi, ascoltare e rispondere con onestà ai loro quesiti, offrire tutte le informazioni di cui ha bisogno per compiere delle scelte riguardanti ogni passaggio, dalla modalità di induzione alla possibilità di vedere il bambino una volta nato, incentivare la creazione dei ricordi, spiegando gli aspetti positivi attribuibili a questo gesto, dare informazioni sul puerperio e sull'allattamento, ma anche

ripercorre assieme ai genitori le varie fasi del percorso appena vissuto in modo che, quello che è accaduto pian piano inizi a far parte della loro storia di vita, riducendo il più possibile il trauma attuale e futuro.

Sostenendo e ascoltando i bisogni della coppia, l'ostetrica/o può avere un ruolo chiave nella gestione della morte in utero: con un supporto sensibile ed una cura adeguata si è in grado di porre le basi per una elaborazione del lutto positiva; al contrario, con atteggiamenti errati, si può ostacolare il processo. (18)

In tutto ciò, è facile che una figura così tanto coinvolta nell'assistenza alla MEF, come l'ostetrica/o, abbia la percezione di sentirsi inadeguata e impreparata ad affrontare l'evento. Questo timore spesso è causato dall'inesperienza e dalla disinformazione riguardo al tema. (25)

3.3 Diritti dei genitori

In che momento una mamma diventa mamma e un papà diventa papà? E un figlio?

Quando si riuscirà a comprendere che la perdita di un bambino è sempre estremamente dolorosa indipendentemente dall'epoca della gravidanza in cui si è o in base a quanti giorni di vita ha il neonato?

Sono domande che, ogni genitore che perde il suo bambino, si pone e spesso, a malincuore, non hanno risposte.

L'art. 1, comma 1, del Codice civile italiano dichiara "*La capacità giuridica si acquista dal momento della nascita. I diritti che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all'evento della nascita.*"(27); quindi è da considerarsi "bambino" solo il soggetto nato e svincolato dal corpo materno, indipendente da esso. E di conseguenza, per la legge italiana, si è "madre" solo nel momento in cui avviene la nascita. Tuttavia, la realtà è un'altra.

Negli ultimi anni, a livello sanitario, ci si è resi conto che dare valore e identità al nato morto significa dare valore e identità a due persone che già erano mamma e papà, indipendente dall'evento nascita e ancora prima di conoscere la sorte del loro bambino.

Per questo motivo sarebbe auspicabile che la legislazione italiana possa aggiornare in futuro le normative riguardanti differenti punti, come: l'attuale definizione di MEF (Capitolo 1), che non è conforme alle raccomandazioni internazionali, la parziale tutela materna, la quale allo stato attuale ha la possibilità di avere il congedo di maternità nel caso di nato morto, solo dopo il 180° giorno di gestazione (art. 16 del D. Lgs. N. 151 del 2001) (28) e infine il regolamento di polizia mortuaria (D.P.R. n. 285 del 1990) (29) prevede il seppellimento a carico della famiglia per il nato morto con età gestazionale > 28 settimane, mentre per i feti nati morti tra le 20 e le 28 settimane complete consente ai genitori di scegliere la modalità di seppellimento. Se la coppia desidera seppellire il neonato in forma privata può farlo facendo una richiesta all'Unità Sanitaria Locale entro 24 ore dalla nascita, altrimenti la sepoltura è a carico dell'ospedale.

Il lutto del proprio figlio è già un evento complesso per i genitori e non essere visti e riconosciuti dalla società lo rende ancora più drammatico.

4. ANALISI DEL CONTESTO ATTUALE IN CASO DI MORTE ENDOUTERINA FETALE PRESSO L'OSPEDALE SAN BORTOLO DI VICENZA

Prima di proporre un percorso, è necessario concentrarsi su come venga attualmente condotta l'assistenza alla morte endouterina fetale presso le unità operative del pronto soccorso ostetrico-ginecologico, del reparto di ginecologia e della sala parto dell'ospedale San Bortolo di Vicenza. Successivamente, tramite la realizzazione di un'analisi con strumenti di project management, si andrà a valutare se siano presenti delle problematiche e, nel caso, proporre alcuni strumenti per la risoluzione.

Si delinearà così una base di partenza attuale, sulla quale viene eseguito un lavoro di analisi e, nel capitolo successivo, possono essere valutati alcuni strumenti di pianificazione per un percorso di assistenza alla MEF.

4.1 Percorso attuale "Accettazione in pronto soccorso ostetrico-ginecologico"

- Accettazione in pronto soccorso: l'ostetrica/o determina segni e sintomi. Completa il triage assegnando il codice colore. Rileva parametri vitali materni.
- Ingresso in ambulatorio: in base al codice colore la paziente accede all'ambulatorio. Se possibile, ci si assicura che sia

accompagnata da una persona di fiducia. Raccolta dell'anamnesi da parte del medico di guardia (MdG).

- Visita, ecografia e diagnosi: tramite eco-office il MdG effettua la diagnosi di MEF rilevando l'assenza del battito cardiaco fetale (BCF) e procede alla datazione della gravidanza (valutazione biometria fetale); successivamente esegue l'esame obiettivo che prevede la valutazione dell'eventuale presenza di perdite ematiche, scolo di liquido amniotico, valutazione del collo uterino e la presenza di attività contrattile uterina. Nei casi di pazienti con barriera linguistica l'ostetrica/o contatta il mediatore culturale, secondo la procedura operativa "Procedura per richiesta mediazione culturale" (agosto 2022).
- in caso di espulsione in pronto soccorso ostetrico-ginecologico di feto ben riconoscibile: conservare "a fresco" (no formalina) in attesa della decisione di sepoltura da parte dei genitori (indicato nella procedura "Trasporto e sepoltura prodotto del concepimento")

Il materiale espulso in PS deve sempre seguire la paziente assieme alla relativa modulistica, compilata dal medico che ha assistito all'espulsione.

- Ricovero: il medico comunica la diagnosi alla paziente e la informa dell'iter terapeutico. Si procede al ricovero, alla compilazione della cartella clinica e all'acquisizione del consenso informato per eventuale RCU. Si preallerta il reparto di degenza della Ginecologia per l'accoglienza.
- se MEF si utilizza cartella clinica ostetrica.

- Trasferimento: paziente accompagnata dall'OSS e trasferita, a discrezione del MdG in Ginecologia o Sala Parto.
- Aspetti psicologici e ruoli degli operatori: si comunica la diagnosi con chiarezza, delicatezza e rispetto, offrendo presenza, sostegno e ascolto. Si lavora per creare fin da subito l'ambiente adatto.

Compiti assistenziali dell'ostetrica/o:

- assegna codice-colore in base a segni e sintomi
- rileva i parametri vitali materni
- raccoglie l'anamnesi ostetrica
- assiste il MdG per ecografia, visita e diagnosi, qualora ce ne sia la necessità
- eventualmente esegue il PROM-test
- se espulsione del feto: conserva "a fresco" il feto
- se ricovero per induzione del parto: esegue un test rapido COVID
- se ricovero per induzione del parto: posiziona un accesso venoso
- se ricovero per induzione del parto: prenota ed esegue tutti gli esami del "Profilo MEF Madre"
- se ricovero per induzione del parto: prenota ed esegue i tamponi cervicali-vagino-rettali del "Profilo MEF Madre"
- se ricovero per induzione del parto: si accerta della presenza di visita anestesiologicala, se non presente allerta l'anestesista
- applica il braccialetto identificativo
- preallerta il reparto di Ginecologia e Sala Parto
- supporta la paziente e il partner.

Compiti assistenziali del medico di guardia:

- riceve la paziente
- completa l'anamnesi: prossima-remota, personale-familiare, ostetrico-ginecologica
- effettua l'eco-office, l'esame obiettivo
- comunica la diagnosi alla paziente
- ricovera la paziente
- compila la cartella clinica, compila la modulistica e acquisisce i consensi informati (consenso informato per eventuale revisione della cavità uterina - RCU -, modulistica "trasporto e sepoltura")
- dà indicazioni sull'iter terapeutico.

4.1.1 Diagramma di Ishikawa

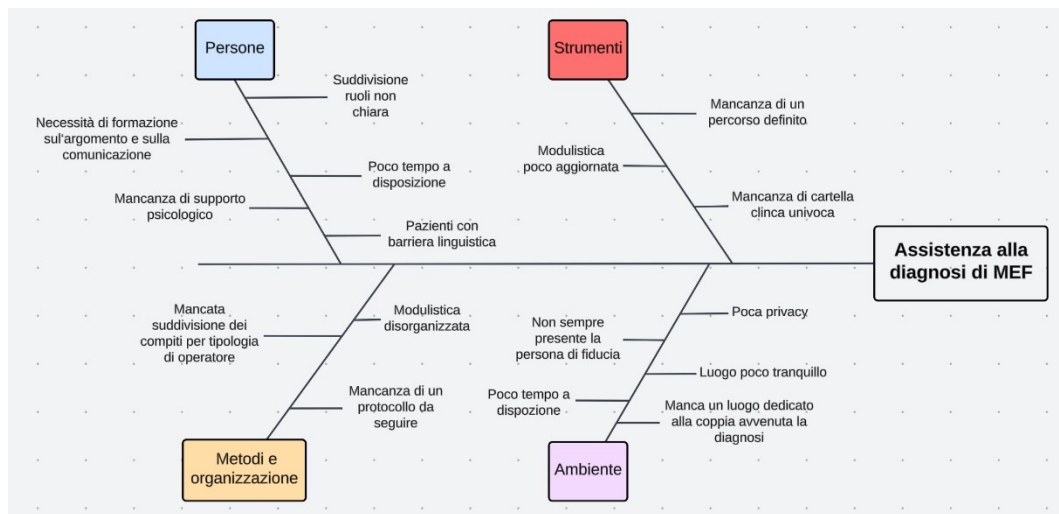


Figura 4: Diagramma di Ishikawa "Accettazione in pronto soccorso ostetrico-ginecologico".

Dal diagramma di Ishikawa (Figura 4) si può notare come la presa in carico della paziente con sospetta morte endouterina fetale si complichino al momento della comunicazione della diagnosi: a causa della rarità e al carico emotivo della situazione, sorgono delle

problematiche che non agevolano il personale nell'assistenza della coppia. Non è presente un piano terapeutico assistenziale complessivo e manca una modulistica aggiornata e organizzata, che racchiuda consensi, accertamenti diagnostici e flowchart da seguire. Il tutto rende difficoltosa non solo la presa in carico della paziente, ma anche l'interazione che si ha con lei: se non è presente un piano è difficile fornire informazioni che siano chiare e concise, soprattutto in un momento così delicato della vita di una mamma.

Altre problematiche rilevanti sono il tempo e il luogo. Dalla diagnosi si attiva un iter che è importante percorrere in modo da assistere nella maniera più completa la coppia; tuttavia, è fondamentale far sì che i genitori abbiano la possibilità di prendersi del tempo in luogo tranquillo e dedicato a loro, in modo da poter provare ad interiorizzare ciò che è stato appena comunicato, piangere il loro bambino e confrontarsi su ciò che avverrà.

4.1.2 Analisi SWOT

Si utilizza l'analisi SWOT (Tabella IV) per valutare punti di forza e debolezza, opportunità e minacce dell'attuale percorso. Questo permette di procedere a una proposta che pone le basi sull'assistenza attuale, unendola alla più aggiornata letteratura scientifica.

Tabella IV

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> • avere un documento campione utile per il percorso clinico assistenziale per diagnosi di MEF • avere un protocollo operativo dell'intervento psicologico: "Percorso diagnostico terapeutico per l'assistenza psicologica negli eventi luttuosi legati alla gravidanza" (agosto 2022) • avere una procedura operativa riguardante il "Trasporto e sepoltura dei prodotti del concepimento" (dicembre 2021) • avere un'istruzione operativa riguardante le "Indicazioni per eseguire piccoli interventi chirurgici ginecologici-ostetrici (RCU, isterosuzioni)" (febbraio 2022) • avere una procedura operativa riguardante gli istologici: "Procedura per la raccolta, identificazione, invio esami istologici" (agosto 2022) • personale competente e in numero corretto; importante la figura della seconda ostetrica di Pronto Soccorso nelle ore diurne • dare l'opportunità di avere una persona di fiducia al momento della diagnosi • poter usufruire del mediatore culturale ("Procedura per richiesta mediazione culturale" -agosto 2022-) • conoscere la procedura in caso di espulsione del feto in atto in pronto soccorso • avere a disposizione strumenti per una corretta assistenza (ecografo, DPI, ...) 	<ul style="list-style-type: none"> • poca privacy • poco tempo a disposizione • mancanza di una cartella clinica e di modulistica organizzata per la morte endouterina fetale • formazione non uniforme del personale riguardo l'argomento • lacune riguardo i modi e i tempi di intervento • mancato supporto per il professionista: sia assistenziale che psicologico • mancanza di un percorso chiaro e definito post ricovero • suddivisione ruoli non chiara
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> • migliorare l'assistenza al lutto perinatale • migliorare la consapevolezza e la soddisfazione del personale • creare un percorso terapeutico da seguire utile per il personale 	<ul style="list-style-type: none"> • difficoltà di organizzazione delle attività • mancata possibilità di usufruire sempre del mediatore culturale

<ul style="list-style-type: none"> • agevolare i professionisti con l'organizzazione della modulistica • crescita personale e professionale degli operatori • introdurre una cartella clinica destinata alla paziente con diagnosi di MEF • approfondire il tema del lutto perinatale • dare alla paziente privacy e tempo utilizzando un locale appropriato del PS • concordare insieme alla paziente il luogo della degenza • compilare e completare l'anamnesi e la cartella clinica mantenendo, se possibile, una continuità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • difficoltà nella comunicazione professionista-paziente
---	--

4.2 Percorso attuale "Accettazione-trasferimento in ginecologia degenze"

Trasferimento in Ginecologia degenze dal PS OGN di paziente con diagnosi di aborto tardivo/MEF o dal reparto di Ostetricia per BCF assente in paziente ricoverata.

- Step 1: presa in carico in reparto

L'infermiere:

- si presenta come professionista di riferimento
- accompagna la paziente e la persona di fiducia nella stanza predisposta
- chiede se sono necessari chiarimenti
- compila la cartella infermieristica

- controlla la grafica, i dati e rilevare i parametri vitali (PV)
- Step 2: controllo della predisposizione corretta dell'iter
 - avvisa MdG se non allertato
 - informa l'anestesista
 - assiste a eventuale visita ginecologica
 - sorveglia la paziente
 - se aumenta di dolore o compaiono perdite ematiche: allerta il MdG
 - se imminente espulsione: allerta la Sala Parto, prepara il materiale per eventuale espulsione in reparto
 - se espulsione in reparto e necessaria RCU: segue il protocollo RCU e passare allo "Step 4"
- Step 3: induzione o espletamento del parto
 - accompagna la paziente in Sala Parto con la cartella clinica
 - la persona di fiducia accompagna la paziente
- Step 4: rientro in reparto
 - accoglie la paziente in reparto, dopo le consegne dalla Sala Parto
 - rileva PV, controllo delle perdite ematiche (PE) e della diuresi, verifica di eventuali terapie
 - garantisce la presenza della persona di fiducia
 - il materiale espulso viene trattato secondo le indicazioni del protocollo "Trasporto e sepoltura prodotti del concepimento"

- MdG prescrive il farmaco per inibire la lattazione. L'infermiere somministra il farmaco (cabergolina)
- Step 5: dimissione
 - dopo 24h dall'espletamento del parto è prevista la dimissione, previo controllo del gruppo sanguigno e del fattore Rh
 - consegna alla coppia dei contatti per supporto psicologico.

Compiti assistenziali dell'infermiere/a:

- accompagna la paziente e la persona di fiducia nella stanza predisposta
- avvisa il medico di guardia della ginecologia
- rileva i parametri vitali materni
- compila la cartella infermieristica
- offre supporto emotivo
- informa l'anestesista
- sorveglia la paziente
- se aumento di dolore o comparsa di perdite ematiche: allerta il MdG
- se imminente espulsione: allerta la Sala Parto, prepara il materiale per eventuale espulsione in reparto
- accompagna la paziente in Sala Parto
- fornisce assistenza nel post partum: rileva i PV, controlla le PE e la diuresi, controllo del dolore, verifica eventuali terapie
- somministra farmaco per inibire la lattazione ed eventuali antidolorifici
- dà informazioni utili per il supporto psicologico.

4.2.1 Diagramma di Ishikawa

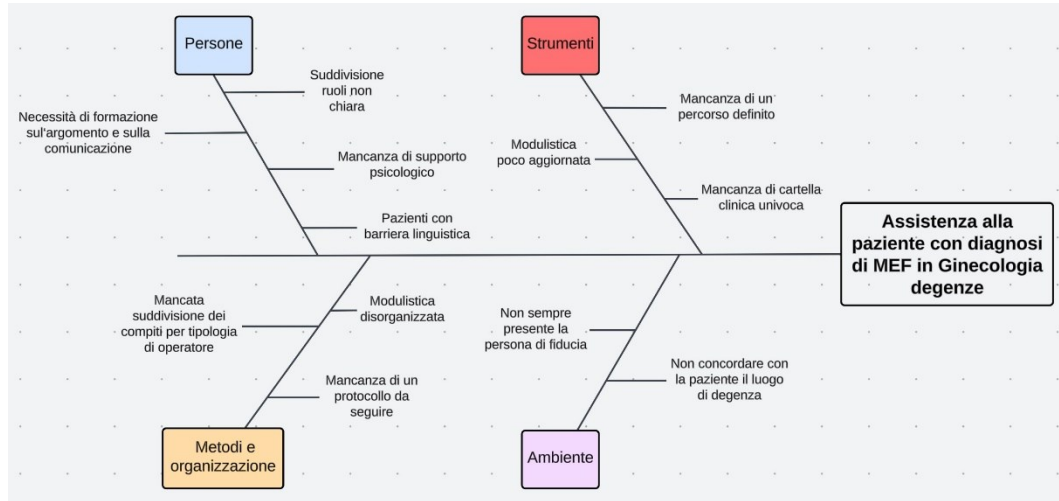


Figura 5: Diagramma di Ishikawa "Accettazione-trasferimento in ginecologia degenze"

L'organizzazione attuale riguardo il trasferimento in Ginecologia, analizzata con il diagramma di Ishikawa (Figura 5), pone pressoché le stesse problematiche dell'analisi precedente, quindi la mancanza di un piano terapeutico assistenziale e la mancata organizzazione della modulistica. Inoltre, il dover compilare una ulteriore cartella clinica relativa alla paziente comporta lavoro aggiuntivo e potrebbe comportare errori di trascrizione.

È evidente che la mancanza maggiore, in questa situazione di ricovero, sia quella di non prendere in considerazione l'inserimento programmato di una figura come lo psicologo, già dal momento della diagnosi o durante il ricovero: ostetrica/o e infermiere/a possono sicuramente supportare e sostenere la coppia, ma proporre, fin da subito, la possibilità di un percorso parallelo con un terapeuta è di estrema importanza per iniziare a elaborare il lutto.

4.2.2 Analisi SWOT

Si utilizza l'analisi SWOT (Tabella V) per valutare punti di forza e debolezza, opportunità e minacce dell'attuale percorso. Questo permette di procedere a una proposta che pone le basi sull'assistenza attuale, unendola alla più aggiornata letteratura scientifica.

Tabella V

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> • avere un documento campione utile per il trasferimento/accettazione nel reparto di Ginecologia • stanza di degenza singola • possibilità per la paziente di essere accompagnata dalla persona di fiducia • personale competente e in numero corretto • poter usufruire del mediatore culturale ("Procedura per richiesta mediazione culturale" -agosto 2022-) • conoscere la procedura in caso di aborto tardivo in atto o espulsione del feto in atto in reparto 	<ul style="list-style-type: none"> • compilazione di una ulteriore cartella infermieristica • mancanza di una cartella clinica e di modulistica organizzata per la morte endouterina fetale • formazione non uniforme del personale riguardo l'argomento • lacune riguardo i modi e i tempi di intervento • no suddivisione chiara dei compiti • mancato supporto per il professionista: sia assistenziale che psicologico • mancanza di un percorso chiaro e definito
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> • migliorare l'assistenza al lutto perinatale • migliorare la consapevolezza e la soddisfazione del personale • creare un percorso terapeutico da seguire utile per il personale • agevolare i professionisti con l'organizzazione della modulistica • crescita personale e professionale degli operatori • introdurre una cartella clinica destinata alla paziente con diagnosi di MEF • approfondire il tema del lutto perinatale • supportare la coppia proponendo l'inserimento precoce a un percorso psicologico • compilare e completare l'anamnesi e la cartella clinica mantenendo una continuità assistenziale 	<ul style="list-style-type: none"> • difficoltà di organizzazione delle attività • mancata possibilità di usufruire sempre del mediatore culturale • difficoltà nella comunicazione professionista-paziente • possibilità che nessuno comunichi alla donna la diagnosi definitiva • possibilità che la paziente/coppia si senta abbandonata al momento della dimissione

4.3 Percorso attuale "Accettazione in sala parto"

Trasferimento in Sala Parto da Ginecologia o PS OGN di paziente con MEF di età gestazionale ≥ 15 sg.

La stanza di riferimento dove accogliere la paziente verrà decisa in base al carico di lavoro presente in quel momento, valutando che sia il più lontano possibile da altre madri in travaglio attivo (Sala Parto n°3), cercando di mantenere la tutela e il rispetto dell'intimità della coppia.

L'ostetrica/o:

- Accoglie la paziente: si presenta e instaura un rapporto empatico. In caso di barriera linguistica attivare immediatamente il servizio di mediazione culturale.
- Visiona la cartella clinica: esami ematochimici, parametri vitali materni, visita ostetrica, terapia in corso.
- Avvisa il MdG e lo informa sulle condizioni della paziente; attiva una collaborazione con il medico Anestesista per il controllo del dolore.
- Organizza il materiale necessario per l'assistenza al parto.
- Assiste alla nascita, somministra ossitocina con iniezione intramuscolare (i.m.) secondo protocollo, attende il secondamento. Se le perdite ematiche superano > 500 ml attiva il protocollo emorragia post-partum (DMO 2017).
- In caso di incompleto o mancato secondamento si rende necessaria la revisione della cavità uterina.
- Offre alla coppia un supporto psicologico rispettoso e partecipato.

- Trasferimento: osservazione della paziente nelle due ore successive all'espulsione. Preallerta e consegna la paziente al personale infermieristico del reparto di Ginecologia.
- Prepara e consegna la "Memory Box", compresa la foto del bambino. Nel caso i genitori non la volessero è compito dell'ospedale (coordinatrice della Sala Parto) conservarla e consegnarla ai genitori se dovessero richiederla successivamente.

Compiti assistenziali dell'ostetrica/o:

- accompagna la paziente e la persona di fiducia nella stanza predisposta, più lontano possibile dalle altre sale travaglio
- avvisa il MdG della Sala Parto
- avvisa il medico Anestesista della Sala Parto per il controllo del dolore
- rileva i parametri vitali materni
- visiona la cartella clinica della paziente
- offre supporto emotivo e crea una relazione empatica
- favorisce la possibilità di vedere e tenere il bambino con sé per il tempo necessario alla coppia
- sorveglia lo stato di salute della paziente
- assiste all'espulsione del prodotto del concepimento
- fornisce assistenza nel post partum: rilevazione dei PV, controllo delle PE e della diuresi, controllo del dolore, verifica eventuali terapie
- dà informazioni utili per il supporto psicologico e per la sepoltura

- trasferisce la paziente in Ginecologia, previa consegna.

Compiti assistenziali del medico di guardia:

- accoglie la paziente
- se induzione del parto: spiega i metodi di induzione possibili
- se induzione del parto: decide il metodo di induzione da utilizzare in accordo con la paziente e lo applica
- prescrive eventuali farmaci da somministrare alla paziente (ossitocina, antibiotico, ...).

4.3.1 Diagramma di Ishikawa

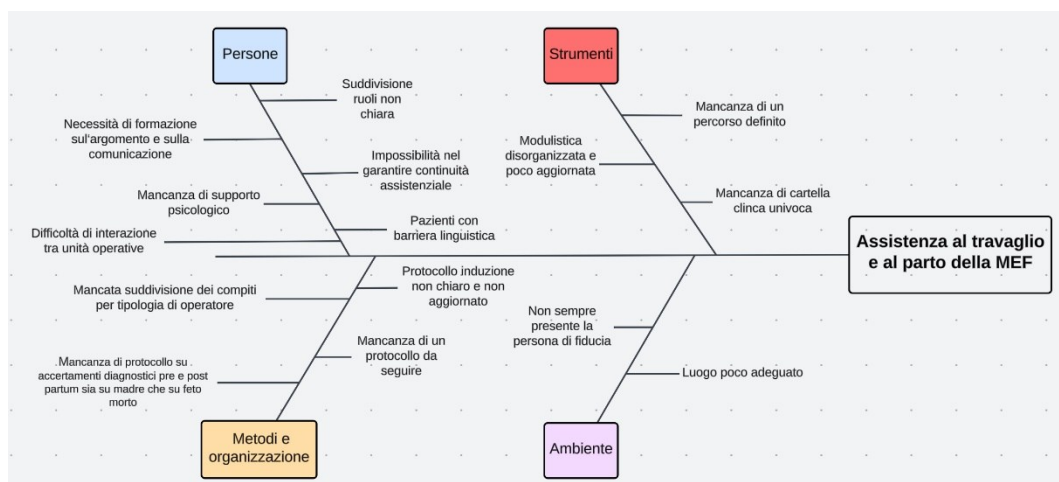


Figura 6: Diagramma di Ishikawa "Accettazione in sala parto"

Da questo diagramma (Figura 6) si evince come la problematica principale sia la mancanza di percorsi destinati alla morte endouterina fetale: non è presente un protocollo sul metodo di induzione di una paziente con diagnosi di MEF, né uno sugli accertamenti da eseguire sulla madre pre e post-partum o sul feto e i suoi annessi, né uno su cosa fare o come comportarsi con i genitori alla nascita del feto. L'insieme, unito alla difficoltà emotiva

e relazionale nel seguire una coppia in lutto per il proprio bambino, rende l'assistenza del personale spesso caotica e complessa, rischiando così di incorrere in errori non voluti, comunicazioni imprecise e di sottovalutare le necessità dei genitori in quel preciso istante.

È emerso, inoltre, come, a volte, ci sia poca collaborazione e comunicazione tra unità operative. Non lavorando insieme si rischia di eseguire esami/accertamenti in eccesso o in difetto, che potrebbero comportare una mancata o errata diagnosi di morte fetale.

4.3.2 Analisi SWOT

Si utilizza l'analisi SWOT (Tabella VI) per valutare punti di forza e debolezza, opportunità e minacce dell'attuale percorso. Questo permette di procedere a una proposta che pone le basi sull'assistenza attuale, unendola alla più aggiornata letteratura scientifica.

Tabella VI

Punti di forza	Punti di debolezza
<ul style="list-style-type: none"> • avere un documento campione utile per l'accettazione in Sala Parto • avere un protocollo di gestione clinica - farmacologica dell'aborto tardivo e della morte endouterina fetale • riservare una stanza più lontano possibile dalle altre sale travaglio • possibilità per la paziente di essere accompagnata dalla persona di fiducia • personale competente e in numero corretto • presa in carico da parte di un unico professionista ostetrico per una corretta continuità assistenziale • poter usufruire del mediatore culturale ("Procedura per richiesta mediazione culturale" -agosto 2022-) 	<ul style="list-style-type: none"> • mancanza di una cartella clinica e di modulistica organizzata per la morte endouterina fetale • formazione non uniforme del personale riguardo l'argomento • lacune riguardo i modi e i tempi di intervento • no suddivisione chiara dei compiti • mancato supporto per il professionista: sia assistenziale che psicologico • mancanza di un percorso chiaro e definito • mancanza di protocollo su accertamenti diagnostici pre e post partum sia su madre che su feto morto, come indicato dalla formazione Confalonieri • modulistica disorganizzata e non funzionale • formazione non uniforme sulla comunicazione in caso di lutto perinatale • non chiara la modalità di dimissione della paziente • mancanza di follow-up
Opportunità	Minacce
<ul style="list-style-type: none"> • migliorare l'assistenza al lutto perinatale • migliorare la consapevolezza e la soddisfazione del personale • creare un percorso terapeutico da seguire utile per il personale • agevolare i professionisti con l'organizzazione della modulistica • crescita personale e professionale degli operatori • introdurre una cartella clinica destinata alla paziente con diagnosi di MEF • approfondire il tema del lutto perinatale 	<ul style="list-style-type: none"> • difficoltà di organizzazione delle attività • mancata possibilità di usufruire sempre del mediatore culturale • difficoltà nella comunicazione professionista-paziente • difficoltà di interazione tra unità operative • luogo poco adeguato

<ul style="list-style-type: none"> • supportare la coppia proponendo l’inserimento precoce a un percorso psicologico • modificare e aggiornare il protocollo sul tipo di induzione alla MEF • inserire un protocollo sugli accertamenti diagnostici pre e post partum sia su madre che su feto morto • coinvolgere e collaborare con altre figure professionali: psicologo, neonatologo, anatomo-patologo • creazione di un database multidisciplinare sugli accertamenti diagnostici e dati clinici raccolti • eseguire un audit multidisciplinare per l’accertamento della causa di morte 	
---	--

4.4 Percorso attuale “Colloquio post-dimissione”

Recentemente è stato attivato un ulteriore intervento all’interno del percorso MEF, ovvero l’incontro conclusivo con la coppia.

Dopo qualche settimana dal parto, i genitori tornano a colloquio in ospedale e ricevono la documentazione riguardante l'autopsia, l'esame istologico della placenta e di eventuali altri accertamenti diagnostici effettuati durante il ricovero.

L’incontro viene organizzato in modo che partecipino alcuni membri del personale che sono stati coinvolti durante il percorso assistenziale della coppia colpita da MEF. Questo genera qualità della relazione, cambiando in modo sostanziale il rapporto con i genitori e tra questi e l’ospedale a cui si sono rivolti. I professionisti

che presenziano l'incontro sono il medico ginecologo, l'ostetrica/o che ha assistito al parto e lo/a psicologo/a che segue/ha seguito la coppia.

Al termine dell'incontro viene consegnata ai genitori una relazione in cui si ripercorre l'accaduto, si spiega l'eventuale causa di morte e si consigliano ulteriori accertamenti diagnostici o condotte da seguire per una eventuale successiva gravidanza.

Alla coppia se necessario si consigliano ulteriori accertamenti diagnostici da eseguire o condotte da seguire per una eventuale successiva gravidanza.

4.5 Definizione del Problema

L'operatore sanitario che assiste una paziente/coppia con diagnosi di morte endouterina fetale si trova spesso in difficoltà. La morte, anche la morte di un bambino non ancora nato, scatena in ogni professionista delle reazioni soggettive che rischiano di ostacolare la creazione del legame coppia-professionista e, di conseguenza, incidere negativamente sull'assistenza, compromettendo fin da subito l'elaborazione del lutto dei genitori. In una situazione emotivamente e professionalmente complessa come questa, è importante che il personale sia preparato, formato e abbia la possibilità di poter adottare protocolli assistenziali da seguire, che lo aiutino nella gestione clinica e terapeutica della paziente.

La problematica che emerge dalle analisi effettuate in precedenza è che, pur essendoci una base da cui partire, manca un percorso

assistenziale sulla morte endouterina fetale, dalla presa in carico fino alla dimissione e oltre. La difficoltà nel creare questo percorso è anche nell'assenza di interazione e collaborazione tra diverse unità operative: la MEF interessa molteplici ambiti, per organizzare il percorso assistenziale bisogna scorporare le azioni necessarie nelle singole unità operative (U.O.) per poi integrare i singoli percorsi in un piano operativo globale, di più ampio respiro, che organizzi e renda armonica tutta l'assistenza erogata.

L'assistenza alla MEF è un percorso articolato, dove si interfacciano più ambiti medici, sarebbe utile identificare un professionista che sia una figura di riferimento per la coppia e per l'*equipe*. Esso pianifica la presa in carico, organizza la degenza e il post-dimissione, decide, in condivisione con la coppia, modalità e tempi di cura, funge da collegamento tra le figure professionali agevolando le varie attività. Questa figura potrebbe essere identificata con il *case manager*; tuttavia, all'interno della U.O.C. Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale San Bortolo di Vicenza non è presente.

Allo stesso livello, la carenza di letteratura scientifica e il pudore sull'argomento comporta una scarsa preparazione in materia di counseling e comunicazione, trascurate sia prima che dopo il percorso di laurea. Senza un giusto sostegno si avrà, quindi, un professionista che si sente inadeguato, bloccato e in difficoltà di fronte alla situazione e una coppia che purtroppo riceverà un'assistenza inadatta.

Altri fattori poco considerati sono tempo e spazio, elementi utili per la creazione di una buona relazione terapeutica. L'ospedale è un luogo frenetico, organizzato, dove non sono previste pause per elaborare un piano terapeutico e spesso anche nell'assistenza alla

MEF si dà più importanza agli iter terapeutici che alla persona; ma durante tutto il periodo del ricovero, dal momento della diagnosi, al parto o alla dimissione, il bisogno maggiore per quella paziente/coppia è di poter prendersi tempo, necessario per elaborare, sedimentare e porsi delle domande.

5. PROPOSTA DI PERCORSO ASSISTENZIALE IN CASO DI MORTE ENDOUTERINA FETALE PRESSO L'U.O.C OSTETRICIA E GINECOLOGIA DELL'OSPEDALE SAN BORTOLO DI VICENZA

La morte endouterina fetale richiede un'assistenza personalizzata, professionale, ma anche contenitiva ed empatica. La revisione della letteratura scientifica e dell'attuale percorso in vigore presso l'ospedale San Bortolo di Vicenza hanno lo scopo di porre rilievo sull'importanza di adottare e implementare un progetto per l'assistenza diagnostico-terapeutica nei casi di MEF.

L'obiettivo finale è quello di garantire un'assistenza adeguata alla coppia e al nato morto, fornendo al personale tutti gli strumenti e le competenze necessarie per rendere gli interventi efficaci e rispettosi.

5.1 Analisi WBS - *Work Breakdown Structure*

Per sviluppare la proposta si adoperava WBS – *Work Breakdown Structure* (Tabella VII). È uno strumento grafico utile nella definizione e nell'organizzazione di attività complesse. Esso viene sviluppato sia in un'analisi della scomposizione delle attività complessive del progetto, sia nella descrizione di alcune parti principali di esso.

Tabella VII

Percorso assistenziale per casi di morte endouterina fetale			
RISORSE MATERIALI	RISORSE UMANE	LOGISTICA	STRUMENTI CONDIVISI
<ul style="list-style-type: none"> - Attrezzatura (tutto il materiale occorrente per una MEF, ecografo, tamponi microbiologici, contenitori per istologico, ..) 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione e della figura di riferimento - Individuazione e della figura di continuità - Comunicazione al personale del nuovo protocollo - Breve corso interno di aggiornamento - Flowchart "Gestione dei ricordi" 	<ul style="list-style-type: none"> - Distribuzione dell'attività in reparti diversi - Condivisione del percorso assistenziale - Ambulatorio dedicato in PS - Stanza per la degenza - Valutazione del luogo migliore per l'induzione, il parto e la degenza - Flowchart "Accertamenti diagnostici da effettuare" - Flowchart "Dimissione e programmazione appuntamenti" 	<ul style="list-style-type: none"> - Istruzioni operative - Percorso personalizzato - Audit multidisciplinare - Cartella clinica "nato morto" - Cartella clinica materna - Flowchart e raccolta in un unico fascicolo di tutta la documentazione necessaria divisa per settimane di gestazione al riscontro della MEF - Flowchart "Accettazione in PS" - Flowchart "Modalità di induzione" - Flowchart "Cosa e quando comunicare" - Flowchart "Trasporto e sepoltura"

5.2 Definizione delle risorse materiali

L'attrezzatura e il materiale occorrenti all'assistenza della paziente con diagnosi di MEF sono già presenti nei diversi reparti in cui verrà ricoverata.

- La scatola dei ricordi può essere composta da un libretto/quaderno di poche pagine, cappellino e scarpine da neonato, *kit* per la creazione delle impronte (inchiostro o gesso), un certificato di nascita simbolico e un volantino informativo sul lutto, eventualmente un pupazzo; il tutto all'interno di un contenitore/scatola da fornire in seguito ai genitori. Il materiale è reperibile, anche tramite delle donazioni all'ospedale.
- La documentazione relativa alla MEF sarà organizzata in un fascicolo presente sia in sala parto (e nel computer della sala parto), sia in Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico. Il fascicolo comprenderà le *flowcharts* riguardanti l'assistenza alla MEF e la documentazione MEF per epoca gestazionale.
- Il materiale strettamente rilevante all'assistenza della MEF - fascicolo, scatola dei ricordi, cartella del nato morto - si conserva in luogo dedicato (un armadio), sia in Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico che Sala Parto.

5.3 Definizione delle risorse umane

L'assistenza alla morte endouterina fetale prevede un'ampia rete di professionisti sanitari coinvolti: il medico ostetrico-ginecologo, l'ostetrica/o, lo/a psicologo/a, il medico anestesista, l'infermiere/a.

- È importante la divulgazione del nuovo percorso in modo che i professionisti di tutte le unità operative coinvolte siano informati.
- È da garantire il più possibile la continuità assistenziale nelle diverse fasi del percorso, assicurando, se possibile, un rapporto ostetrica/paziente *one to one* durante il periodo del travaglio, parto e post-parto.

5.3.1 Individuazione della figura di riferimento e continuità

L'assistenza alla MEF richiede una figura di raccordo identificata come "*case manager*" per tutto il personale coinvolto e di riferimento per i genitori. Può essere individuata nella figura di seconda/o ostetrica/o di aggiunta al Pronto Soccorso e/o nell'ostetrica/o in turno di giornata, presso il reparto di Ostetricia, o nella coordinatrice della sala parto.

Il suo ruolo è quello di referente della coppia, fornisce e/o ripete le informazioni riguardo le procedure, risponde alle domande e fa in modo che le esigenze dei genitori siano rispettate. Alla dimissione programma il follow-up della coppia e organizza gli

eventuali appuntamenti, come quello riguardante l'incontro conclusivo.

Inoltre agevola il lavoro degli altri professionisti coordinando l'assistenza e, per quanto possibile, garantisce la continuità assistenziale favorendo lo scambio di consegne e informazioni riguardanti la coppia tra le diverse figure e i diversi reparti coinvolti.

5.3.2 Corso di aggiornamento

In considerazione dell'istituzione di un nuovo percorso, è necessario informare il personale dell'U.O. Ostetricia e Ginecologia della nuova procedura tramite e-mail e, in breve tempo, indire una riunione, sia in presenza che da remoto. Il nuovo percorso deve essere condiviso, tramite e-mail, anche con le altre unità operative che possono essere coinvolte durante l'assistenza a una MEF.

Inoltre può essere necessario offrire un training specifico per affrontare in modo appropriato l'evento della morte in utero. A tale è sempre disponibile il corso *on-line* dell'associazione Ciao Lapo, il personale ostetrico verrà suddiviso in gruppi da 4 persone al mese che dovranno seguire e completare il corso entro il mese stabilito, in modo da avere tutto il personale formato entro 12 mesi. Questo consentirà inoltre di avere la fornitura necessaria di *Memory Box*. Corsi su specifiche aree potranno essere attivati su richiesta del personale.

5.4 Logistica

Il percorso assistenziale nei casi di morte endouterina fetale si scorre in più fasi e la modalità della degenza è vincolata a esse, ciò implica che la paziente/coppia sia destinata a cambiare spesso stanza rendendo complesso un momento già particolare. Per rendere il tutto meno traumatico è necessario adibire delle stanze adeguate a questo percorso:

- avvenuta la comunicazione della diagnosi nell'ambulatorio del pronto soccorso, è possibile accompagnare la coppia in un'altra stanza – potenzialmente quella allocata dietro il luogo di triage del PS ostetrico-ginecologico di Vicenza- per dare il tempo necessario di assimilare la notizia e consentire al personale di fornire ulteriori informazioni, effettuare gli esami necessari e programmare il ricovero in un luogo tranquillo e privato
- fornire una stanza di degenza in cui la paziente/coppia sia da sola, nel reparto di Ginecologia o di Ostetricia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza, in base ai suoi desideri. È consigliabile, indipendente dalla volontà materna/della coppia, predisporre una stanza distante dal nido (stanza n.18 nel reparto di ostetricia) e nelle vicinanze dell'ostetricia, nel caso si decida per un ricovero nel reparto di ginecologia (stanza n.58)
- è opportuno che i diversi colloqui (modalità di induzione, partoanalgesia, incontro con lo/a psicologo/a, allattamento, ...) da effettuare durante la degenza siano svolti nella stanza della paziente con la possibilità di avere sempre la persona di fiducia accanto

- la pre-induzione, l'induzione e l'iniziale travaglio, se non presentano complicanze per la madre, sono attività che possono essere svolte nella stanza di degenza affinché la paziente transiti il meno possibile in sala parto
- valutare in sala parto, in base al carico di lavoro del momento, quale sia il luogo migliore per l'induzione e quale sia quello per il parto e il post-parto. È raccomandabile servirsi di una stanza lontana da altre sale travaglio, che abbia gli strumenti utili per l'assistenza al parto e la possibilità di essere isolata chiudendo la porta (stanza n.3).

5.5 Definizione degli strumenti condivisi

All'interno del nuovo percorso vengono istituite e aggiornate delle istruzioni operative per definire la gestione delle attività più importanti del percorso.

Le istruzioni operative, insieme a tutta la documentazione necessaria, saranno conservate su supporto cartaceo all'interno di un fascicolo dedicato, riposta nel luogo scelto per il materiale MEF, in PS OGN e in sala parto e su supporto elettronico, in una cartella una cartella all'interno del computer della sala parto.

All'interno del fascicolo si può reperire:

- la *flowchart* "Diagnosi e presa in carico della paziente con MEF"
- lo schema "Accertamenti MEF madre"

- lo schema "Accertamenti MEF feto e annessi"
- lo schema "Gestione dei ricordi"
- lo schema "Comunicazione MEF"
- la *flowchart* "Gestione nato morto 22+0w – 25+5w"
- la *flowchart* "Gestione nato morto $\geq 25+6w$ "
- il documento "Accompagnamento della salma"
- il documento "Richiesta di riscontro diagnostico"
- il documento "Avviso di morte"
- il documento "Scheda tanatologica e di idoneità biologica al prelievo dei tessuti da cadavere"
- il documento "Informativa sui criteri e modalità di attuazione della normativa regionale sui prodotti di concepimento $\leq 25+5w$ "
- il documento "Dichiarazione di avvenuta informazione $\leq 25+5w$ "
- il documento "Richiesta di trasporto e sepoltura di prodotti del concepimento $\leq 25+5w$ "
- il documento "Richiesta esame istologico"
- i documenti di diverse richieste facoltative: "Richiesta esami anatomia patologica", "Modulo di richiesta di analisi genetiche prenatali", "Modulo di richiesta per esame batteriologico materiali vari", "Richiesta indagini per ricerca micobatteri".

5.5.1 Cartella clinica ostetrica e del nato morto

Dal momento della diagnosi fino alla dimissione è adottata la cartella clinica ostetrica in uso attualmente nell'U.O. del reparto di Ostetricia dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza. La cartella vuota è reperibile nell'armadio della stanza adibita ad ambulatorio di

cardiotocografia (CTG), nel piano del PS ostetrico-ginecologico. La compilazione spetta al medico, l'ostetrica/o completerà con la documentazione di sua pertinenza.

Per la raccolta delle informazioni e della documentazione pertinente al nato morto si utilizza una cartella destinata esclusivamente a esso. Un modello di riferimento è quello della cartella delle Raccomandazioni della Fondazione Confalonieri. La cartella vuota è reperibile negli armadi, di PS OGN e di sala parto, dove è collocato il materiale per l'assistenza alla MEF. La compilazione spetta al medico neonatologo e all'anatomo-patologo, l'ostetrica/o completerà con la documentazione di sua pertinenza.

5.6 Presa in carico e diagnosi

All'ingresso della donna con sospetta MEF in PS:

1. l'ostetrica triagista attribuisce il codice giallo, o rosso nelle situazioni di emergenza (perdita ematica – PE - massiva, convulsioni, alterazione dello stato di coscienza, alterazione grave dei parametri vitali – PV - materni)
2. è opportuno accompagnare le donne che hanno già ricevuto la diagnosi di MEF in un luogo tranquillo (verosimilmente la stanza allocata dietro il luogo del triage) fino al momento della valutazione del medico in ambulatorio
3. la paziente entra nell'ambulatorio del PS: il medico di guardia (MdG) completa la raccolta anamnestica e l'ostetrica rileva i

parametri vitali materni (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, temperatura corporea)

4. se la paziente è accompagnata da una persona di fiducia è possibile farla accomodare.
 5. il medico provvede a eseguire un eco-office e se non rileva il battito cardiaco fetale e l'epoca di gestazione è ≥ 22 settimane + 0 giorni, con la presenza di un secondo professionista (ginecologo ostetrico od ostetrica/o) (4), comunica alla paziente/coppia la diagnosi di morte endouterina fetale
 6. nel caso in cui l'età gestazionale sia incerta o non conosciuta il MdG procede con la valutazione della biometria fetale/datazione della gravidanza
 7. nei casi di paziente/coppia con barriera linguistica si contatta il mediatore culturale
 8. se si verifica l'espulsione del feto in pronto soccorso si conserva il nato morto e la placenta in un luogo fresco, senza fissare in formalina. Valutare la situazione e parlare con i genitori sulle informazioni relative ad autopsia, sepoltura e ricordi. Il materiale espulso segue sempre la paziente, la comunicazione ai genitori e la compilazione della modulistica è competenza del medico che ha assistito l'espulsione
 9. se l'espulsione non è in atto, dopo la diagnosi è da considerare il quadro clinico della paziente: valutare i PV materni, la presenza di perdite ematiche (PE), se viene rilevato scolo di liquido amniotico (LA) valutarne il colore e l'odore, verificare tramite visita vaginale le condizioni del collo uterino, valutare la presenza di contrazioni
- Paziente con quadro clinico instabile a causa di fattori di rischio emergenti (distacco intempestivo di placenta – DIPNI

-, sepsi, coagulazione intravascolare disseminata – CID -, PE massiva, attacco eclamptico):

1. allertare l'*equipe* operatoria e la sala operatoria per l'esecuzione di un TC in codice rosso – ovvero emergente
 2. eseguire in PS, o in sala parto, esami "Profilo MEF MADRE" (allegato ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI – PUNTO 1)
 3. il medico deve acquisire il consenso per il taglio cesareo, se la situazione lo consente
 4. trasferire la paziente in sala parto fornendole le informazioni essenziali. L'ostetrica/o e il MdG pre-allertano il personale della sala parto dando consegne della paziente.
- Paziente con quadro clinico instabile a causa di fattori di rischio non emergenti (Pre-eclampsia, liquido tinto o maleodorante, rottura del sacco amniotico – PROM - prolungata, piressia) o paziente con quadro clinico stabile che desidera l'induzione:
1. il medico effettua il ricovero
 2. l'ostetrica/o accompagna la paziente/coppia in un luogo privato e tranquillo (verosimilmente la stanza allocata dietro il luogo del triage). Esegue gli esami del "Profilo MEF MADRE" (allegato ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI – PUNTO 1). Fornisce il braccialetto identificativo
 3. informa la paziente sul ricovero e la gestione del suo caso; completa la cartella clinica ostetrica
 4. la paziente e la persona di fiducia sono accompagnati dall'operatore sociosanitario nella stanza di degenza concordata che può essere nei

reparti di ostetricia (stanza n.18) o di ginecologia (stanza n.58). L'ostetrica/o e il MdG pre-allertano il personale del reparto dando consegne della paziente.

- Paziente con quadro clinico stabile che desidera una condotta di attesa:
 1. l'ostetrica/o accompagna la paziente/coppia in un luogo privato e tranquillo (verosimilmente la stanza allocata dietro il luogo del triage). Esegue gli esami del "Profilo MEF MADRE" (allegato ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI – PUNTO 1)
 2. se i risultati degli esami sono negativi, quindi non sussiste un quadro clinico instabile, il medico dimette la paziente e programma, in collaborazione con l'ostetrica, gli esami da eseguire ogni 48 ore (emocromo, coagulazione, conta piastrinica); un colloquio per fornire informazioni sul metodo di induzione del parto, accertamenti sul nato morto, gestione dei ricordi, sepoltura (allegato COMUNICAZIONE MEF) e per programmare il giorno del ricovero per l'espletamento del parto.

L'allegato "Diagnosi e presa in carico della paziente con MEF" è una *flowchart* riassuntiva di questa fase del percorso assistenziale.

5.7 Ricovero in reparto

La paziente può giungere come accesso dal PS OGN o essere già ricoverata e ricevere la diagnosi di MEF in assenza di BCF.

- Il medico di guardia della sala parto sostiene il colloquio relativo alla comunicazione dei metodi di induzione, alla spiegazione sugli accertamenti diagnostici sul feto e alla sepoltura del nato morto. È importante anche la presenza dell'ostetrica che potenzialmente seguirà la coppia in sala parto.
- Il medico deve:
 - compilare e firmare la richiesta del riscontro diagnostico. Se la MEF è di epoca gestazionale <28w chiedere il consenso e la firma dei genitori (fare una copia, l'originale è da consegnare alla medicina legale)
 - compilare e firmare il documento "Dichiarazione di avvenuta informazione $\leq 25+5w$ " e "Richiesta di trasporto e sepoltura di prodotti del concepimento $\leq 25+5w$ ". I genitori devono firmare i due documenti in base alla scelta sulla modalità di seppellimento.
- È raccomandabile informare la coppia riguardo la possibilità di attivare fin da subito il supporto dello psicologo e di poter richiedere un colloquio se lo desidera.
- L'ostetrica/o individuata come *case manager* comunica la possibilità, in base al desiderio dei genitori, di vedere o meno il bambino e di creare dei ricordi.

- Il medico anestesista della sala parto esegue il colloquio sull'utilizzo della partoanalgesia e, nel caso in cui la paziente non avesse eseguito la visita anestesiologicala, la effettua in quel momento.

Per quanto riguarda la comunicazione alla coppia è possibile far riferimento all'allegato "COMUNICAZIONE MEF" strumento utile per il personale coinvolto.

- Il medico valuta dei fattori, quali quadro clinico materno, epoca gestazionale, punteggio di Bishop, e, in accordo con le esigenze della paziente, stabilisce quale sia il metodo di induzione corretto da impiegare nel caso specifico. Lo schema di induzione a cui si fa riferimento è adottato dalle Raccomandazioni "Gestione della morte endouterina fetale (MEF)", realizzate dalla Fondazione Confalonieri (4), sono suddivise le pazienti che hanno o meno fattori di rischio di rottura uterina (Figura 7-8). In base al tipo di pre-induzione o induzione la paziente sarà trasferita o meno in sala parto, previa acquisizione del consenso per l'induzione.

<25 ⁺⁰ settimane	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristone 200-600 mg per os (se disponibile) • Dopo 24-48 ore: misoprostolo 400 mcg per via vaginale o sublinguale ogni 3 ore per un massimo di 4 somministrazioni in 24 h
25 ⁺⁰ -33 ⁺⁶ settimane	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristone 200-600 mg per os (se disponibile) • Dopo 24-48 ore misoprostolo 200 mcg per via vaginale o sublinguale ogni 3-6 ore per un massimo di 6 somministrazioni in 24 h
≥34 ⁺⁰ settimane	<ul style="list-style-type: none"> • Preinduzione con catetere transcervicale (Cook Baloon o Foley) o dinoprostone (Propess o Prepidil secondo gli schemi di reparto) • Induzione con: <ul style="list-style-type: none"> - misoprostolo 50-100 mcg per via vaginale o sublinguale ogni 3-6 ore per un massimo di 5 dosi in 24 ore - infusione di ossitocina (dopo 4 ore almeno dall'ultima dose di misoprostolo) e amniorexi

Figura 7: Schema di induzione per donne senza fattori di rischio di rottura uterina

<34 ⁺⁰ settimane	<ul style="list-style-type: none"> • Mifepristone 200-600 mg per os (se disponibile). • Dopo 24-48 ore: misoprostolo 400 mcg per via vaginale o sublinguale ogni 3 ore per un massimo di 4 somministrazioni in 24 h • Se dopo 24 ore dall'inizio della terapia non è avvenuto il parto rivalutare la situazione ostetrica prevedendo un secondo ciclo di misoprostolo (400 mcg ogni 6 ore per un massimo di 4 volte) • Se dopo il 2° ciclo non è ancora avvenuto il travaglio valutare le seguenti opzioni: <ul style="list-style-type: none"> - somministrare subito o dopo un giorno di attesa un 3° ciclo di induzione con misoprostolo 400 mcg ogni 6 ore - infusione di Ossitocina e amniorexi - eventuale taglio cesareo (ultima scelta)
≥34 ⁺⁰ settimane	<ul style="list-style-type: none"> • Catetere transcervicale (Cook balloon o Foley) • Infusione di ossitocina e amniorexi • Evitare misoprostolo e dinoprostone

Figura 8: Schema di induzione per donne che hanno fattori di rischio di rottura uterina

- L'infermiere/a o l'ostetrica/o che ha in carico la paziente in reparto sorveglia la salute psicofisica della paziente, con una valutazione frequente e gli aggiornamenti dovranno essere sempre condivisi con il team della sala parto.

Per il travaglio e il parto la paziente e la persona di fiducia verranno trasferiti in sala parto.

5.8 Sala parto

Il luogo più opportuno il travaglio e il parto, in considerazione del personale a disposizione e dell'organizzazione della struttura, è la sala parto.

- Individuare la stanza adeguata per la paziente/coppia con diagnosi di MEF: deve preferibilmente essere lontana dalle altre sale travaglio (stanza n.3).
- Preparare nella stanza dove si lavano i ferri chirurgici, individuata come stanza adibita alla manipolazione del nato

morto, il materiale accessorio per l'assistenza alla nascita di un feto morto, oltre a quello già previsto per l'assistenza al parto:

- 5 tamponi microbiologici con tappo rosa
 - 1 tampone microbiologico con tappo "rosso" UTM
 - 1 provetta con tappo viola, lunga
 - contenitore per esaminare la placenta
 - contenitore istologico per la placenta, con etichetta dell'anagrafica della paziente
 - culla per il neonato
 - pannolino
 - scatola per i ricordi, con cappellino e scarpette
 - braccialetto identificativo della mamma e del neonato.
- Prima che la paziente venga trasferita è necessario ricevere le consegne dal reparto in modo da conoscere lo stato psicofisico della paziente, l'anamnesi, gli esami effettuati e su cosa è, o non è, stata informata.
 - Durante l'assistenza al travaglio, parto e post-parto è raccomandabile l'assistenza *one to one*.
 - L'ostetrica/o e il medico della sala parto si presentano e accolgono la paziente e la persona di fiducia.
 - Riassumono, ancora una volta, come si svolge il periodo del travaglio e del parto, avendo l'accortezza di chiedere alla paziente/coppia se ha domande.
 - Con l'esordio del travaglio, spontaneo o tramite induzione, è raccomandabile eseguire sempre la partoanalgesia farmacologica. In accordo con il MdG, l'ostetrica/o e la coppia, il medico anestesista, dedicato alla sala parto, effettua la partoanalgesia farmacologica appena la paziente lo richiede, l'ostetrica/o assiste la procedura.

- L'ostetrica/o segue la paziente per tutto il periodo del travaglio, sorveglia lo stato psicofisico della coppia, valuta la frequenza e la durata delle contrazioni, identifica in che fase del travaglio è la paziente (anche tramite visita ostetrica), assiste all'espletamento del parto con espulsione del feto e al secondamento spontaneo.
- L'ostetrica/o deve limitare, possibilmente, il numero di personale che entra nella sala durante questo periodo; deve aggiornare il team man mano che il travaglio progredisce e/o allertare il MdG in caso di complicanze.
- Nell'eventualità di mancato o incompleto secondamento l'ostetrica avvisa il MdG che si rende necessaria la revisione della cavità uterina (RCU), previo consenso firmato della paziente.
- Anche se il parto vaginale non è un evento sterile, affinché il campionamento delle indagini risulti il più decontaminato possibile è importante creare un piano sterile dove, di seguito, verranno effettuati gli esami su feto e placenta.

5.9 Post-parto

- Dopo l'espulsione del corpo fetale, l'ostetrica/o, o un secondo professionista ostetrico, deve eseguire due tamponi orofaringei in profondità sul feto e provare a effettuare dei prelievi cordonali, cercando di aspirare più sangue fetale possibile da conservare a temperatura ambiente.

- Quando avviene il secondamento l'ostetrica/o, o un secondo operatore, deve eseguire tre tamponi microbiologici, un tampone per il liquido amniotico, due tamponi sul lato fetale della placenta.
- La placenta è da riporre in un contenitore cosicché l'ostetrica/o, che ha assistito il parto, in un secondo momento, possa eseguire una valutazione macroscopica.
- In seguito, la placenta deve essere riposta in un contenitore per l'esame istologico, identificato tramite etichetta anagrafica della paziente, e deve essere conservata in frigorifero fino al momento del trasferimento in anatomia patologica, che deve avvenire il prima possibile.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici da eseguire sul feto e annessi in allegato si trova uno schema con l'elenco degli esami da effettuare, utile per il personale coinvolto.

- L'ostetrica/o, valutando la situazione emotiva della coppia, con delicatezza, propone la possibilità di vedere il figlio, indipendentemente da ciò che si era deciso nel colloquio precedente.
- Se i genitori rifiutano, il feto viene riposto in una culla e, prima di essere lavato e sistemato, l'ostetrica, che ha assistito il parto, provvede all'esame obiettivo del nato morto (Allegato 2) e all'esecuzione delle foto (Allegato 3).
- Se invece la coppia desidera vedere e stare con il bambino è importante che l'ostetrica/o dia loro la possibilità fornendo supporto pratico ed emotivo. Insieme si possono eseguire le foto da mettere sia in cartella che nella scatola dei ricordi, si può lavare, sistemare e vestire il neonato; si possono fare le impronte delle mani e dei piedi all'interno del libretto dei ricordi. Nel contempo, l'ostetrica/o deve eseguire l'esame

obiettivo del nato morto. La totalità di queste azioni è eseguibile in un periodo di tempo prolungato, utile alla coppia per assimilare e piangere la morte del proprio bambino.

- Qualora i genitori non volessero vedere il bambino e non desiderassero creare insieme dei ricordi è importante che lo faccia l'ostetrica/o, aiutata dall'operatore sociosanitario in turno.

Per quanto riguarda come e quando creare la scatola dei ricordi, è possibile far riferimento all'allegato "GESTIONE DEI RICORDI", strumento utile per il personale coinvolto.

- Durante il periodo del post-parto l'ostetrica/o che ha assistito la coppia deve riproporre la possibilità di vedere e il bambino, spiegando l'utilità del gesto, ma senza mai obbligare. Se uno dei due genitori esprime il desiderio di vederlo, è raccomandato dargli questa possibilità in un luogo privato e tranquillo.
- L'ostetrica/o che ha assistito al parto, oltre a una valutazione attenta della puerpera e al sostegno della coppia nel post-parto, ha il compito di controllare la documentazione relativa al parto, alla madre e al nato morto.

L'ostetrica/o deve:

- completare la cartella clinica ostetrica e la cartella clinica del nato morto
- compilare il registro dei parti
- inserire i braccialetti mamma-bambino in cartella
- compilare il CeDAP: >25+5 settimane gestazionali deve stampare l'attestato di nascita e consegnarlo alla coppia con relativa spiegazione

- compilare un certificato di nascita simbolico da inserire all'interno della scatola dei ricordi
- controllare che il materiale da inviare (istologico della placenta, tamponi microbiologici) sia etichettato con l'anagrafica della paziente
- eseguire una copia della cartella clinica ostetrica e una copia della cartella clinica del nato morto da consegnare alla medicina legale e all'operatore delle celle
- controllare che la documentazione sia corretta e divisa in "originale" per la medicina legale e una copia da inserire nella cartella clinica ostetrica.

Il medico deve:

- compilare e firmare la richiesta per l'istologico della placenta (all'interno deve essere specificato il nome del bambino)
- compilare il cartellino di accompagnamento della salma: completare con i dati richiesti e scrivere a matita "*Figlio di nome e cognome della madre*"
- compilare e firmare la scheda tanatologica (fare una copia, l'originale è da consegnare alla medicina legale)
- compilare e firmare il documento sulla comunicazione allo stato civile (fare una copia, l'originale è da consegnare alla medicina legale).
- Trascorse le due ore, se non sorgono complicanze, si può trasferire la paziente e la persona di fiducia nella stanza di degenza assegnata in precedenza.
- Prima del trasferimento verificare l'avvenuta prescrizione da parte del medico degli antidolorifici e di eventuale altra terapia.
- L'OSS ha il compito di accompagnare la coppia in reparto (ostetricia/ginecologia) previa consegna della paziente

dell'ostetrica/o di sala parto all'ostetrica/o o infermiere/a del reparto.

5.9.1 Trasporto e sepoltura

Il percorso di trasporto e sepoltura del nato morto, presso l'Ospedale San Bortolo, si differenzia in base all'età gestazionale del feto.

Se la MEF avviene tra le 22+0 e le 25+5 settimane gestazionali si deve:

- prima del parto il medico consegna alla coppia il documento "Informativa sui criteri e modalità di attuazione della normativa regionale sui prodotti di concepimento $\leq 25+5w$ " e il documento da firmare di "Dichiarazione di avvenuta informazione $\leq 25+5w$ ", chiede il consenso e la firma per il riscontro diagnostico
- prima o entro le 24 ore dal parto il medico deve far firmare il documento "Richiesta di trasporto e sepoltura di prodotti del concepimento $\leq 25+5w$ ". In base alla decisione dei genitori sia sulla sepoltura che sull'autopsia la salma del nato morto compie un percorso diverso
- dopo il parto l'ostetrica/o deve: inserire i dati nel CeDAP, senza produrre l'attestato di nascita, assegnare i braccialetti madre-bambino da inserire in cartella, compilare il registro dei parti.
 - Modalità di sepoltura in forma privata (con oneri a carico della famiglia): una copia della modulistica va inserita nella cartella ostetrica, l'originale "Dichiarazione di avvenuta informazione $\leq 25+5w$ "

e "Richiesta di trasporto e sepoltura di prodotti del concepimento $\leq 25+5w$ " segue la salma e, in base all'esecuzione o meno dell'autopsia fetale, il feto sarà trasportato in anatomia patologica o alle celle mortuarie.

- Modalità di sepoltura a carico dell'azienda sanitaria (con oneri a carico dell'AULSS 8 Berica): una copia della modulistica va inserita nella cartella ostetrica, l'originale "Dichiarazione di avvenuta informazione $\leq 25+5w$ " e "Richiesta di trasporto e sepoltura di prodotti del concepimento $\leq 25+5w$ " segue la salma e in base all'esecuzione o meno dell'autopsia, il feto sarà trasportato in anatomia patologica o presso la Medicina legale.
- Nelle giornate in cui l'anatomia patologica non accetta campioni (dopo le 13.00 del sabato, la domenica e i festivi) conservare il materiale all'interno dei contenitori in frigorifero presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

Se la MEF avviene $\geq 25+6$ settimane gestazionali si deve:

- se MEF $< 28w$, prima del parto, chiedere il consenso e la firma per il riscontro diagnostico. Per le MEF ≥ 28 l'autopsia è obbligatoria
- dopo il parto l'ostetrica/o deve inserire il CeDAP e produrre l'attestato di nascita, assegnare i braccialetti mamma bambino da inserire in cartella, compilare il registro dei parti
- il medico compila e firma il documento "Accompagnamento della salma", il documento "Richiesta di riscontro diagnostico", il documento "Avviso di morte", il documento "Scheda tanatologica e di idoneità biologica al prelievo dei

tessuti da cadavere”, il documento “Richiesta esame istologico” per la placenta

- inviare al comune una copia del documento “Avviso di morte” e dell’attestato di nascita CeDAP
- fare una copia della cartella ostetrica da consegnare all’operatore delle celle
- fare una copia dei documenti di “Richiesta di riscontro diagnostico”, di “Scheda tanatologica e di idoneità biologica al prelievo dei tessuti da cadavere” e di “Avviso di morte”. Gli originali seguono la salma in anatomia patologica o alle celle.

Per quanto riguarda i percorsi per la gestione, il trasporto e la sepoltura delle MEF di età gestazionale diversa, è possibile far riferimento agli allegati “MEF 22+0-22+5w” e “MEF \geq 25+6w”, strumenti utili per il personale coinvolto.

5.10 Puerperio e dimissione

Il puerperio è il periodo di tempo che decorre dal post-partum al ripristino delle condizioni materne pregravidiche, convenzionalmente considerato della durata di 6-8 settimane.

- La paziente rimane ricoverata nella stanza di degenza precedentemente assegnata.
- L’ostetrica/o valuta lo stato fisico della puerpera e psicologico della coppia (anche se la paziente è ricoverata in

ginecologia, la valutazione della puerpera deve essere compito dell'ostetrica/o).

- Se precedentemente rifiutato l'ostetrica/o, o l'infermiera/e, e il medico di guardia devono offrire nuovamente la possibilità di incontrare uno psicologo, spiegando l'importanza di iniziare fin da subito un percorso psicologico utile per una buona elaborazione del lutto.
- Nelle 24 ore successive al parto è necessario che un'ostetrica/o affronti con la paziente la consulenza in merito all'allattamento. È importante dare le indicazioni sull'interruzione della produzione del latte. Se, tuttavia, la paziente lo richiede è possibile fornire informazioni sulla possibilità di donazione del latte materno (escludere le pazienti con infezioni virali in atto, che fanno uso di droghe e/o alcol, che fumano sigarette, che assumono determinati farmaci o se sono state trasfuse recentemente con emoderivati), in modo che la paziente possa scegliere quello che reputa più corretto per lei.
 - Se la paziente desidera bloccare/prevenire la produzione di latte, il medico deve prescrivere il farmaco per arrestare la lattazione ("Dostinex", principio attivo: Cabergolina) e successivamente l'ostetrica/o provvede con la somministrazione, dando ulteriori informazioni riguardo ai giorni successivi e alle eventuali modificazioni del seno.
 - Se invece la paziente desidera avere ulteriori informazioni riguardo la donazione del latte è opportuno spiegarle la spremitura manuale del seno, la modalità d'uso del tiralatte, come va raccolto il latte in maniera sterile, l'arrivo della montata latte e la prevenzione di eventuali

ingorghi. Inoltre, bisogna fornirle gli opuscoli e i contatti della Banca del Latte di Vicenza.

- La dimissione va pianificata dal medico del reparto in cui è ricoverata la paziente e va valutata insieme al resto del team (ostetrica/o, psicologo/a) considerando lo stato fisico, emotivo e le volontà della donna e della coppia nel corso del ricovero. È importante che, oltre al medico di guardia, sia presente una figura che l'ha seguita nel percorso (il medico o l'ostetrica/o che ha assistito al parto o lo/a psicologo/a o la coordinatrice della sala parto). Sono da fornire molte informazioni, quindi è opportuno che ci sia anche la persona di fiducia della paziente e, nel caso di barriera linguistica, è da attivare la mediazione culturale.

Nel colloquio di dimissione si devono affrontare determinate tematiche:

- fornire alla paziente i contatti del consultorio familiare di Vicenza o del distretto di riferimento
- fornire alla paziente informazioni sui gruppi di supporto locali o servizi religiosi per i genitori e i familiari che hanno subito il lutto del figlio
- dare informazioni utili sulla gestione del puerperio. Se la dimissione dovesse avvenire precocemente a causa della volontà materna, sarebbe necessario assicurare dei controlli clinici in ospedale o in consultorio a 48 ore e/o a 7 giorni per valutare le condizioni puerperali
- fornire le informazioni anche tramite materiale scritto
- per le coppie che hanno inizialmente rifiutato, riproporre la *Memory Box*. Se neanche a questo punto desiderano riceverla, è da ricordare che è compito della coordinatrice della sala parto conservarla in ospedale, in luogo

predisposto, e che i genitori possono richiederla in un momento successivo

- programmare gli appuntamenti successivi; nel caso ci fossero degli esami da svolgere sono da programmare anche quelli
- a 8-12 settimane programmare l'incontro finale con la coppia in un ambulatorio dedicato.

La dimissione deve essere pianificata con il team coinvolto nell'assistenza e con la coppia.

5.11 Audit Multidisciplinare

L'audit multidisciplinare si terrà una settimana prima dell'incontro con i genitori, in un tempo ragionevole dall'arrivo di tutta la documentazione necessaria, ma non oltre i 15 giorni dall'arrivo della stessa.

L'organizzazione sarà a cura della figura individuata come *case manager* del caso in questione.

Parteciperanno:

- il medico che ha preso in carico la donna per il parto
- l'ostetrica/o che ha assistito il parto
- la psicologa che ha in carico la coppia
- in base al caso: l'infettivologo o/e il genetista o/e l'anatomo-patologo.

L'incontro avrà una durata di circa un'ora e potrà svolgersi sia in presenza che da remoto.

Durante l'incontro si discuterà:

- la revisione del singolo caso
- la definizione della/e causa/e di morte
- l'analisi sul processo assistenziale e gli eventuali fattori che possono aver influito nel decesso
- le azioni per migliorare e implementare la qualità di assistenza nel percorso assistenziale nei casi di MEF
- il coordinamento di attività di supporto alla coppia al di fuori dell'ospedale, fornendo le indicazioni sulle associazioni di supporto
- l'analisi del rischio di ricorrenza e il piano assistenziale per una futura gravidanza personalizzandolo in base alla coppia.

5.12 Incontro conclusivo con la coppia

- Alla dimissione è importante fissare il colloquio conclusivo con la coppia in modo da poter revisionare il caso, consegnare loro la documentazione e i risultati delle indagini.
- È un incontro da fissare circa a 8-12 settimane dal parto, ma è ugualmente importante tenere informata la coppia, tramite mail o chiamata telefonica, dei risultati degli esami o di eventuali indagini aggiuntive da eseguire sulla paziente/coppia.

- Il compito di referente e organizzatore dell'incontro è dell'ostetrica/o di riferimento del caso, ovvero Case manager, la/il quale collabora con il medico ginecologo-ostetrico, l'ostetrica/o che ha assistito il parto e lo psicologo che hanno seguito il caso durante il ricovero.
- Qualora i tempi delle indagini risultassero più lunghi del previsto, è ugualmente opportuno fissare un incontro con la coppia e aggiornarli.
- La restituzione del caso deve avvenire dopo l'audit multidisciplinare.
- Il colloquio dev'essere programmato in una data e ora accordate con entrambi i genitori e deve avvenire in un ambulatorio dedicato (stanza della coordinatrice ostetrica o dell'ambulatorio ginecologico nel reparto di ostetricia o nella stanza riunioni del personale nel piano della sala parto).
- È importante che vi sia la presenza dei membri coinvolti maggiormente nell'audit multidisciplinare (sicuramente il medico-ginecologo, l'ostetrica/o, lo psicologo che hanno assistito la coppia; in aggiunta, in base alle indagini effettuate, anche l'anatomo-patologo o l'infettivologo o il genetista).
- L'incontro deve prevedere la revisione e restituzione del caso, dei risultati delle indagini eseguite, tra cui la/e probabile/i causa/e di morte del feto, e la consegna degli originali di tutti i referti. Una copia dev'essere fornita anche per il medico curante della donna.
- Può essere utile anche per monitorare lo stato psicologico della coppia.
- Questo incontro pone le basi per il follow-up della coppia e della famiglia in quanto permette di fornire indicazioni valide su una futura gravidanza illustrando ai genitori un'ipotetica

organizzazione della gestazione, valutando anche il rischio di ricorrenza.

- Se alla coppia non è stata consegnata la scatola dei ricordi durante la degenza o alla dimissione, è opportuno ricordare la possibilità di riceverla.

5.13 Durata temporale del percorso di assistenza alla MEF

Il diagramma di Gantt (Tabella VIII), in questo progetto, è utilizzato per delineare una linea temporale basata sulle attività fondamentali per un'adeguata assistenza alla paziente/coppia con diagnosi di MEF. È costruito indicando sull'asse delle ascisse le unità di tempo, che nel caso del percorso MEF si dividono in giorni e settimane, e sull'asse delle ordinate le attività da svolgere.

Consente di definire la temporalità del percorso nei suoi passaggi principali, dando al professionista la possibilità di valutarne le tempistiche e l'andamento.

L'assistenza alla MEF dev'essere individualizzata in base al quadro clinico e psicologico della situazione, ciò comporta una difficoltà nello stabilire determinate tempistiche o eventuali fasi aggiuntive da inserire all'interno del percorso.

5.14 Definizione delle responsabilità

Dopo aver stabilito le procedure da svolgere e quando attuarle, è importante stabilire il ruolo di ogni professionista all'interno del percorso. Questa analisi verrà scorporata tramite il modello di matrice di assegnazione delle responsabilità (Tabella IX).

Tabella IX

Attività	Ost t PS	Md G PS	Ost t SP	Md G SP	M. Anes t	Ost/In f Rep	OS S	Psicolog o
Accettazione PS								
Triage	R	I					C	
Esame obiettivo ostetrico	C	R					I	
Diagnosi e comunicazione MEF	C	R						
Compilazione/ aggiornamento cartella clinica	C	R	C			C		
Accettazione per ricovero	C	R					I	
Esecuzione esami	R	I						
Trasferimento in sala parto/reparto	R	I					C	
Attività	Ost t PS	Md G PS	Ost t SP	Md G SP	M. Anes t	Ost/In f Rep	OS S	Psicolog o
Ricovero in reparto								
Accoglienza in reparto	C			I		R	C	I
Valutazione continua						R		
Colloquio per metodo di induzione			I	R		C		I
Far firmare consenso induzione			I	R		C		
Colloquio per autopsia e accertamenti			I	R		C		I/C

diagnostici sul feto e annessi								
Far firmare consenso per autopsia			I	R		C		
Colloquio per trasporto e sepoltura			I	R		C		I/C
Far firmare consenso per sepoltura			I	R		C		
Colloquio partoanalgesia			I	I	R	I		
Far firmare consenso per partoanalgesia			I	I	R	I		
Colloquio per Memory Box			I	C		R		I/C
Trasferimento in sala parto			I	C		R	C	
Attività	Ost t PS	Md G PS	Ost t SP	Md G SP	M. Anes t	Ost/In f Rep	OS S	Psicolog o
Sala parto								
Accoglienza in sala parto	C	I	R	I		C	C	
Induzione			C	R	I			
Valutazione continua			R	I	I		I	
Procedure assistenziali travaglio			R	I	I		I	
Esecuzione parto analgesia			C	I	R		I	
Esecuzione TC urgente			C	R	C		C	
Procedure assistenziali parto			R	R	I		I	
Procedure assistenziali secondamento			R	R			C	
Eventuale esecuzione RCU			C	R	C		C	
Assistenza post-parto			R	I	I		C	
Attività	Ost t PS	Md G PS	Ost t SP	Md G SP	M. Anes t	Ost/In f Rep	OS S	Psicolog o
Post-parto								
Esecuzioni accertamenti			R	I			C	

Incontro con neonato/creazioni e ricordi			R	I			C	
Esecuzione atto di nascita (inserimento CeDAP)			R	I				
Trasferimento salma			R	R			I	
Trasferimento placenta			C	C			R	
Compilazione cartella nato morto			I	R				
Attività	Ost PS	Md G PS	Ost SP	Md G SP	M. Anest	Ost/Inf Rep	OSS	Psicologo
Puerperio in reparto								
Valutazione continua						R		C
Colloquio allattamento				I		R		
Attività	Ost PS	Md G PS	Ost SP	Md G SP	M. Anest	Ost/Inf Rep	OSS	Psicologo
Dimissione								
Programmazione appuntamenti				R		C		C
Informazioni associazioni di supporto				I		R		C

Legenda:

- Ost PS-SP-Rep: ostetrica/o di pronto soccorso, di sala parto, di reparto
- Inf Rep: infermiera/e di reparto
- MdG PS-SP: medico di guardia di pronto soccorso, di sala parto
- M. Anest: medico anestesista
- OSS: Operatore sociosanitario.

CONCLUSIONE

La morte endouterina fetale è un evento tragico che colpisce la coppia, la famiglia e, in modo differente, il personale sanitario coinvolto.

L'assistenza è complessa a causa della rarità del fenomeno e della situazione emotivamente rilevante da affrontare nella pratica clinica dei professionisti. Tuttavia dall'analisi della letteratura e delle linee guida emerge che l'attuazione di un percorso assistenziale definito e la formazione del personale, riguardo l'argomento, possa aiutare i professionisti coinvolti a offrire alla coppia in lutto un'assistenza personalizzata, professionale e, allo stesso tempo, empatica e rispettosa.

L'elaborazione del lutto dei genitori, e il conseguente vissuto psicologico, dipende moltissimo dall'assistenza ricevuta durante il ricovero in ospedale. Comprendere il dolore della coppia e riconoscere il valore di un'assistenza rispettosa nei confronti loro e del bambino è fondamentale per intervenire in modo professionale ed empatico durante tutte le fasi del percorso, dalla diagnosi alle visite post-dimissione.

A questo proposito, la creazione di un percorso assistenziale stabilito e condiviso garantisce alla coppia e al bambino nato morto il sostegno necessario e il rispetto dei loro bisogni e fornisce al personale ospedaliero uno strumento su cui affidarsi per rendere gli interventi il più efficaci e rispettosi possibile.

BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF. A Neglected Tragedy, The global burden of stillbirths. 2020.
2. WHO. Neonatal and perinatal mortality: Country region and Global estimates. Vol. 99, World Health Organisation. 2006.
3. Ufficio di Statistica del Ministero della Salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) - Analisi dell'evento nascita - Anno 2022. 2023.
4. Fondazione Confalonieri Ragonese. GESTIONE DELLA MORTE ENDOUTERINA FETALE (MEF). PRENDERSI CURA DELLA NATIMORTALITÀ. SIGO, AGOI, AGUI; 2023.
5. Management of Stillbirth. Obstetrics & Gynecology. 2020;135(3).

6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologist. Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth Late Intrauterine Fetal Death and Stillbirth. Green-top Guideline No 55. 2010;(55).
7. PZANZ. Care Around Stillbirth and Neonatal Death Clinical Practice Guideline. 2024.
8. SOGC, editor. Guideline No. 394-Stillbirth Investigation. 2020.
9. Stillbirths. Executive Summary. The Lancet. 2011;
10. Ravaldi C. Piccoli Principi: attraversare il lutto perinatale. CiaoLapo ed., editor. 2022.
11. NHS England. North West Management of Stillbirth Guideline. 2021.

12. Peters MDJ, Lisy K, Riitano D, Jordan Z, Aromataris E. Caring for families experiencing stillbirth: Evidence-based guidance for maternity care providers. *Women and Birth*. 2015;28(4).
13. Queensland Clinical Guidelines. Stillbirth care. Guideline No. MN23.24-V10-R28. Queensland Health. 2023.
14. Maslovich MM, Burke LM. Intrauterine Fetal Demise. 2022 Oct 31. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32491465.
15. Da Silva FT, Gonik B, McMillan M, Keech C, Dellicour S, Bhangé S, et al. Stillbirth: Case definition and guidelines for data collection, analysis, and presentation of maternal immunization safety data. *Vaccine*. 2016;34(49).
16. Gómez Ponce de León R, Wing D, Fiala C. Misoprostol for intrauterine fetal death. Vol. 99, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2007.

17. Baronciani D, Bulfamante G, Facchinetti F. La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale. 2008.
18. Ravaldi C. La gestione clinica del lutto perinatale: strategie di intervento e linee guida internazionali . 2009 May;
19. O'Connell O, Meaney S, O'Donoghue K. Caring for parents at the time of stillbirth: How can we do better? *Women and Birth*. 2016;29(4).
20. Tsakiridis I, Giouleka S, Mamopoulos A, Athanasiadis A, Dagklis T. Corner of Academy Investigation and management of stillbirth: a descriptive review of major guidelines. 2022; Available from: <https://doi.org/10.1515/jpm-2021-0403>
21. Atienza-Carrasco J, Linares-Abad M, Padilla-Ruiz M, Morales-Gil IM. Breaking bad news to antenatal patients with strategies to lessen the pain: A qualitative study. *Reprod Health*. 2018;15(1).

22. Ravaldi C. Assistere la morte perinatale: il ruolo del personale ospedaliero nel sostegno ai genitori e ai familiari in lutto. 2nd ed. 2018.
23. Legge 22 dicembre 2017, n.219, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".
24. Mattalucci C, Raffaetà R. Generare tra la vita e la morte: aborto e morte perinatale in una prospettiva multidisciplinare. In 2020. p. 111–24.
25. Gandino G, Vanni I, Bernaudo A. A cerchi concentrici: la complessità della perdita perinatale e le sue perturbazioni. In 2018. p. 87–113.
26. Peracchini M, Agostini A, D'Angelo A, Sicignano T, Santoni G, Finale E, et al. The psychological support for women who underwent a stillbirth during their pregnancy: the quality of midwifery care. Riv Psichiatr. 2023;58(4).

27. Articolo 1 del Codice Civile italiano.

28. Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n. 151, "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53."

29. D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria."

SITOGRAFIA

https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=3346 (ultima consultazione: ottobre 2024)

<https://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/1370> (ultima consultazione: ottobre 2024)

<https://www.epicentro.iss.it/materno/stillbirth-report-2020>
(ultima consultazione: ottobre 2024)

<https://www.ciaolapo.it/> (ultima consultazione: ottobre 2024)

<https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/> (ultima consultazione: ottobre 2024)

https://www.sigo.it/blog/linee_guida/gestione-della-morte-endouterina-fetale-mef-prendersi-cura-della-natimortalita/
(ultima consultazione: ottobre 2024)

Allegato 1

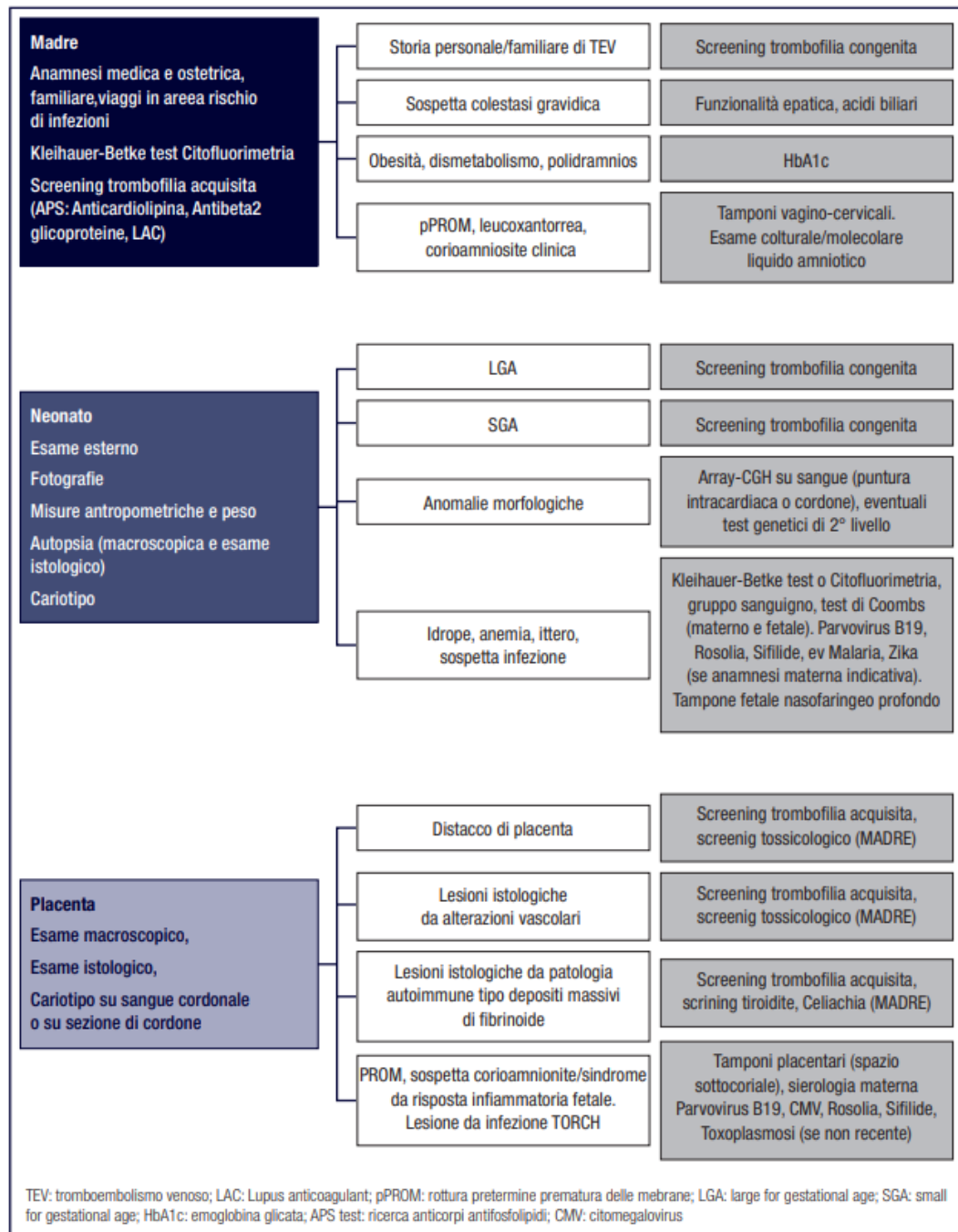


Figura 9: Indagini per la natimortalità (4)

Allegato 2

Cartella clinica del nato morto

ID feto/neonato: _____

Data compilazione scheda: ____ / ____ / ____

Data decesso: ____ / ____ / ____ Ora: ____ / ____ Ora certa: no, sì; antepartum/ postpartum

Ultimi movimenti fetali avvertiti: ____ ore prima della diagnosi di morte fetale

Ultima valutazione clinica precedente: ____ / ____ / ____

Data parto: ____ / ____ / ____ Ora: ____ / ____

Parto avvenuto nello stesso punto nascita in cui si è verificato il decesso: no, sì

Morte materna: no, sì

Anni di scolarità materna: nn/non conosciuti

Cittadinanza materna: italiana, straniera (specificare) _____

Paese di nascita madre: Italia, altro paese (specificare) _____

Madre single (non coniugata/non convivente): no, sì

Età materna: ____ (anni compiuti al momento del parto)

Parità: (numero parti precedenti)

Se precedenti nati presenza di: nati morti: no, sì

aborti spontanei: no, sì, RCU

IVG: no, sì

nati pretermine: no, sì

nati di basso peso per età gestazionale: no, sì

Esposizioni potenzialmente dannose

Obesità (BMI >30): no, sì

Fumo (>10 sigarette/die) nei 5 anni precedenti la gravidanza: no, sì

Fumo in gravidanza: no, sì; sì nel I trimestre, sì nel II-III trimestre

Interruzione durante la gravidanza: no, sì

Alcool in gravidanza no, sì (> 5 drink/settimana) Caffaina (>8 tazzine/die): no, sì

Farmaci a rischio: no, sì (specificare) _____

Sostanze d'abuso: no, sì (specificare) _____

Gravidanza

Gravidanza singola, plurima; se plurima, altri nati vivi n. _____, nati morti n. _____

Età gestazionale: _____ settimane, _____ giorni; calcolata, stimata ecograficamente

PMA no, sì

Se PMA, eterologa no, sì; sì materna, sì paterna sì doppia

Assistenza in gravidanza privata, pubblica, ambulatorio gravidanza a rischio, altro

Prima visita in gravidanza entro la 14a settimana no, sì

Numero di ecografie in gravidanza _____ Ecografia morfologica no, sì

Diagnosi prenatale invasiva eseguita:

Indagini effettuate in gravidanza

Diagnosi prenatale: no, sì

Se sì, NIPT no, sì esito; basso rischio, alto rischio

Test combinato no, sì (specificare PAPP-A MoMs _____ e TN _____ mm)

Invasiva no, sì (specificare tipo e motivo):

Cariotipo: _____

Test di Coombs indiretto: no, sì

Esito negativo, positivo

Tampone vagino-rettale per Streptococco Agalactiae: no, sì

Esito negativo, positivo

Sierologia: Rosolia no, sì

Esito negativo, positivo

Sifilide no, sì

Esito negativo, positivo

Toxoplasmosi no, sì

Esito negativo, positivo

Citomegalovirus no, sì

Esito negativo, positivo

Parvovirus B19 no, sì

Esito negativo, positivo

Analisi se provenienza da aree endemiche:

Malaria no, sì

Esito negativo, positivo

Anemia falciforme no, sì

Esito negativo, positivo

Dettagli eventuale rianimazione

Non necessaria:

Non effettuata:

Maschera e pallone: no, sì

Intubazione: no, sì

Massaggio cardiaco: no, sì

Somministrazione di adrenalina: no, sì

Altro, specificare: _____

Note: _____

Descrizione degli eventi che hanno portato al decesso _____

Travaglio, parto, dati del neonato

Inizio del travaglio: spontaneo, indotto

Presenza del BCF al momento del ricovero: no, sì

Modalità del parto: vaginale, operativo, TC programmato, TC urgente

Se parto operativo o TC urgente, motivo:

Peso fetale (g): _____

Sesso: M, F

Lunghezza (cm): _____

Circonferenza cranica (cm): _____

Punteggio di Apgar: 1 min / 5 min / 20 min

Se MEF intrapartum:

pH arterioso: BE: _____

pH venoso: BE: _____

pH neonato: BE: _____

Intubato a 5 min: no, sì

Patologie della gravidanza - Condizioni cliniche rilevanti al momento del decesso

Feto		Utero	
1. Malformazioni diagnosticate in utero	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	1. rottura	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
2. Infezione sospetta	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	2. anomalie uterine	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
2.1 Cronica	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	3. altro	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
2.2 Acuta	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	Madre	
3. Idrope non immune	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	1. diabete pre-gestazionale	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
4. Sospetta isoimmunizzazione Rh	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	2. diabete gestazionale	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
5. Sospetta emorragia feto-materna	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	3. ipertensione arteriosa cronica	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
6. Trasfusione feto-fetale	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	4. ipertensione gestazionale	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
7. Restrizione crescita fetale	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	5. sindrome da anticorpi antifosfoli-pidi	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
7.1 Diagnosticata in utero	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	6. altra autoimmunità	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
7.2 Non segnalata prima	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	7. colestasi	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
8. Alterazioni CTG	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	8. distiroidismo	
9. Alterazioni velocimetria doppler fetali (A. Ombelicale, A. Cerebrale media, DV arancio)	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	9. PPRM	
Funicolo		9.1 PROM < 4 giorni	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
1. prolasso	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	9.2 PROM >4 giorni	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
2. nodo o cappio costringente	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	10. uso di farmaci teratogeni	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
3. inserzione velamentosa	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	11. corionamniosite clinica	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
4. sospetta trombosi	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	11. cerchiaggio o pessario in gravidanza	
5. altro	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	12. emorragia antepartum	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
Placenta		13. alterazioni velocimetria doppler materna (doppler arterie uterine)	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
1. distacco	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	Intrapartum	
2. placenta previa	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	1. condizioni fetali non rassicuranti CTG, ipossia neonatale	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
3. vasa previa	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	2. trauma alla nascita	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
6. corioangioma	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	Trauma	
7. altro	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	1. esterno (incidente, caduta, ecc.)	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
Liquido amniotico		2. iatrogeno	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
1. segni di flogosi intrauterina	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.	3. sospetta violenza alla madre	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.
2. oligodramnios	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.		
3. poidramnios	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.		
4. altro	<input type="checkbox"/> no, <input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> n.c.		
Dettagliare qui le risposte per qualunque tipo di diagnosi barrata			

Esame obiettivo del feto/neonato al momento del parto

Aspetto generale

- non segni di macerazione
- pochi cambiamenti (<12 ore)
- sovrapposizione delle ossa craniche; vescicolazioni della pelle (12-48 ore)
- aumentata mobilità delle articolazioni; distacco pelle da mani e piedi (da 49 a 72 ore)
- mobilità sinfisi mento e pube; massivo distacco della pelle (più di 72 ore)

CRANIO relativamente normale; forma anomala _____
 difetti della teca; altro _____

OCCHI normali; fusione palpebre: no, sì; rime: upslanting, downslanting;
globi oculari: infossati, prominenti; apparentemente: piccoli, grandi
apparente: ipertelorismo, ipotelorismo; sopracciglia: tendenza a sinofria;
 altro,

NASO normale; apparentemente: piccolo, grande; altro _____

ORECCHIE normali; ruotate: posteriormente, anteriormente; forma anomala;
 altro _____

COLLO normale; ridondante; igroma cistico

TORACE normale; asimmetrico; piccolo e stretto; a botte

ADDOME normale; disteso; piatto;

difetti della parete: onfalocoele, gastroschisi, ernia
funicolo ombelicale: normale, numero vasi _____, anomalie cliniche: _____

DORSO normale, apparente scoliosi, apparente cifosi

spina bifida: livello del difetto cervicale, toracico, lombare, sacrale

ARTI normali, apparentemente lunghi/ apparentemente corti

altre anomalie: _____

MANI E PIEDI normali, polidattilia, sindattilia, piede torto mono, bilaterale;

altre anomalie _____

GENITALI normali, anomalie _____

Descrizione analitica delle anomalie

Indagini effettuate dopo il parto

Microbiologia: no, sì

Citogenetica: no, sì

Genetica: no, sì

Se non effettuati in gravidanza, Acidi biliari: no, sì

Se non effettuato in gravidanza, Funzionalità tiroidea: no, sì

Se non effettuato in gravidanza, Proteine nelle urine: no, sì

Se non effettuato in gravidanza, richiedere dopo 3 mesi dal parto

Anticorpi antifosfolipidi: no, sì

Screening trombotico: no, sì

Test di Kleihauer: no, sì

Esame obiettivo del feto: no, sì

Fotografia del feto: no, sì

Amniocentesi: no, sì

Esame istologico della placenta: no, sì

Autopsia: no, sì

Rx: no, sì

RMN: no, sì

Coinvolgimento dell'autorità giudiziaria: no, sì

Autopsia

Allegare referto dell'esame autoptico o riportare sintesi nelle righe sottostanti:

Esame Istologico della Placenta

Allegare referto dell'esame autoptico o riportare sintesi nelle righe sottostanti:

Fattori NON clinici che possono aver contribuito al decesso

Ritardo della donna nel cercare assistenza

Rifiuto di terapie e/o ricovero

Inadeguatezza dei mezzi di trasporto da casa alla struttura sanitaria

Inadeguatezza dei mezzi di trasporto tra diverse strutture sanitarie (es. ritardo nel reperire l'ambulanza per il trasferimento)

Altro: specificare _____

Figura 10: Modello di cartella clinica per il nato morto (4)

Allegato 3

Esame Obiettivo	Caratteristiche	Epoca presunta del decesso
Non segni di macerazione		Recente
Pochi cambiamenti, "pelle bolita"		<12 h
Sovrapposizione ossa craniche, vescicolazioni della pelle		12-48 h
Aumentata mobilità articolazioni, distacco pelle da mani e piedi		48-72 h
Mobilità sinfisi mento e pube; massivo distacco della pelle		>72 h

Eseguire la valutazione ponderale con bilancia

Eseguire prelievi ematici dal cordone ombelicale, prelevando quanto più sangue può dare (screening ematici come emocromo, gruppo sanguigno e test di Coombs diretto, esami infettivologici, cariotipo fetale)

Figura 11: Esame obiettivo e fotografie del nato morto (4)

Allegato 4

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI MEF MADRE

All'interno del documento si trovano le indicazioni degli esami, descritti in seguito, da eseguire alla madre con diagnosi di MEF al momento della diagnosi (punto 1) e nel post ricovero (punto 2).

Se si assume una condotta di attesa: al ricovero eseguire esami punto 1 e ripetere alcuni esami come emocromo, coagulazione e conta piastrinica ogni 48h, fino al momento del parto, previa insorgenza complicanze.

1) Diagnosi (da eseguire in PS indipendentemente dal ricovero)

- Compilazione della cartella: anamnesi materna e paterna; storia ostetrica pregressa; raccolta dati gravidanza attuale.
- Emocromo, coagulazione, conta piastrinica
- Gruppo sanguigno (validità due anni) e test di Coombs (se non effettuato in gravidanza)
- Tampone vagino-rettale selettivo per SGB
- Sierologia:
 - Gruppo TORCH (se non effettuato in gravidanza)
 - Solo in caso di sospetto clinico infettivo o in assenza di vaccinazione: IgG e IgM per Varicella, Morbillo, Parotite, Rosolia, Herpes, CMV, Parvovirus B19, Enterovirus
 - Solo in caso di sospetto clinico infettivo o in donne provenienti da zone endemiche: Virus Zika, test Malaria

- Emoglobina glicosilata, TSH reflex, anticorpi antitireoglobulina, anticorpi anti-TPO, Anticorpi Anti-recettore del TSH (TRAb)
- Amniocentesi: utile per test sul cariotipo e coltura microbiologica (batteri aerobi e anaerobi)
- Funzionalità epatica e acidi biliari in presenza di sintomatologia o fattori di rischio collegabili a colestasi gravidica

Profilo MEF MADRE

ESAME	PROVETTA	RICERCA
Emocromo	Tappo viola, corta	<p>“Profilo MEF MADRE diagnosi” (deselezionare esame da non richiedere)</p>
Coagulazione	Tappo blu	
Gruppo sanguigno	Tappo viola, lunga	
Curve glicemiche	Tappo grigio trasparente	
TSH reflex, anticorpi antitireoglobulina, anticorpi anti-TPO, Anticorpi Anti-recettore del TSH (TRAb)	Tappo verde acqua	
T. vagino-rettale	1 tampone tappo azzurro	
Sierologia	2 tappo rosa	
Funzionalità epatica (acidi biliari)	Tappo ocra	

2) Dimissione (da eseguire post ricovero, quando i risultati delle indagini di primo livello lo richiedono)

- Emoglobina glicosilata o curva glicemica (screening a 8-12 settimane dal parto)
- TSH reflex, anti-tireoglobulina e anti-tireoperossidasi (previsti nei LEA del 2017 nel caso di morte perinatale)
- Sierologia: sifilide, Parvovirus B19.
- Anticorpi anti anticardiolipina e lupus anticoagulante. La conferma della presenza di Ab antifosfolipidi è richiesta a un minimo di 12 settimane di distanza (previsti nei LEA del 2017 nel caso di morte perinatale)
- Screening tossicologico (con consenso materno)

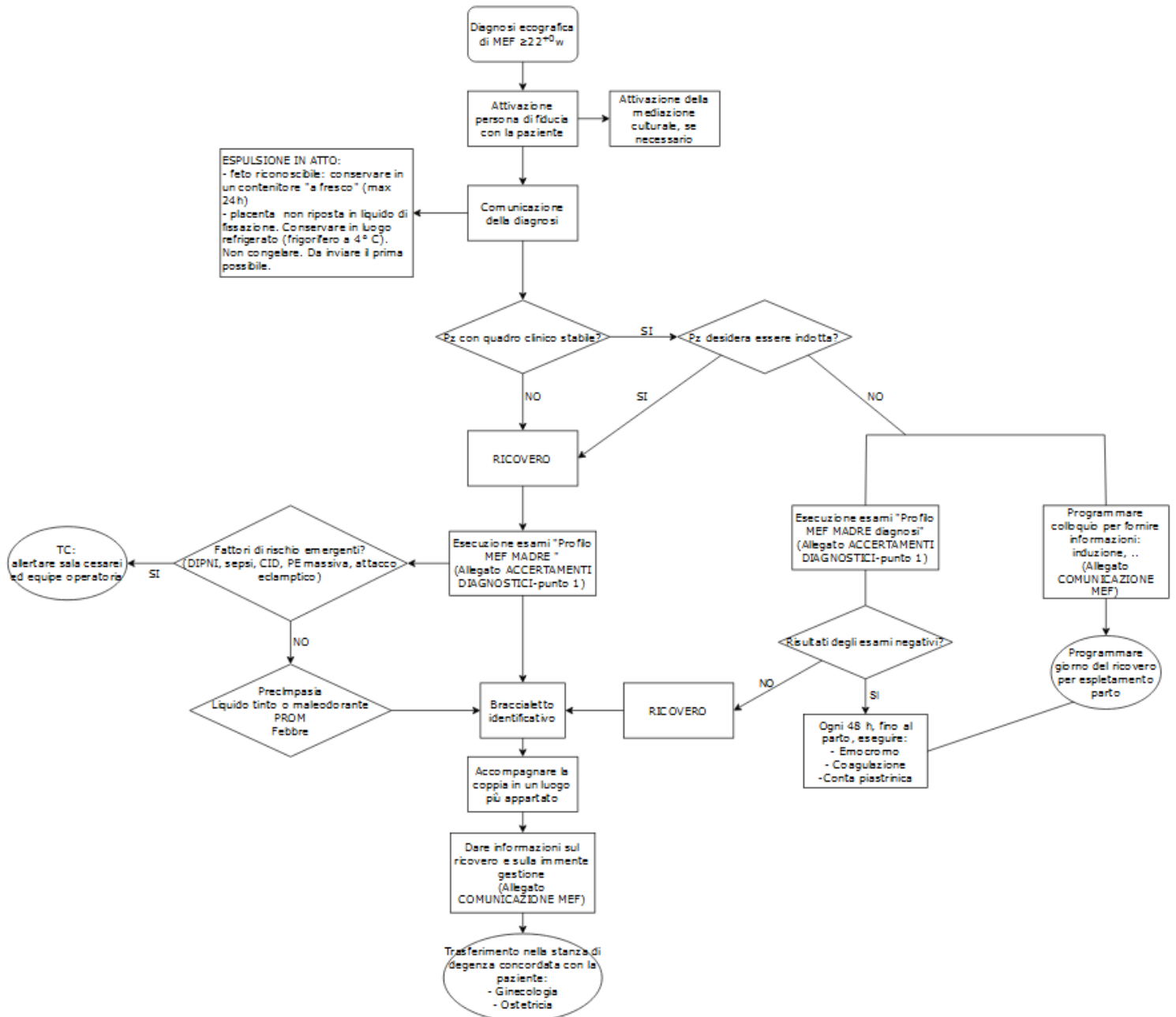
Profilo MEF dimissione

ESAME	PROVETTA	RICERCA
Emocromo	Tappo viola, corta	<p>“Profilo MEF dimissione” (deselezionare esame da non richiedere)</p>
Emoglobina glicosilata o curva da carico	Tappo verde acqua	
TSH reflex, anticorpi antitireoglobulina, anticorpi anti-TPO, Anticorpi Anti-recettore del TSH (TRAb)	Tappo verde acqua	
Anticorpi anti anticardiolipina, lupus anticoagulante. Se test iniziale positivo, dopo		

almeno 12w: Ab antifosfolipidi		
Screening tossicologico		

Allegato 5

Diagnosi e presa in carico della paziente con MEF



Allegato 6

ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI MEF FETO-ANNESSI FETALI

All'interno del documento si trovano le indicazioni degli esami da eseguire al nato morto al momento del parto (punto 1) e gli esami sugli annessi fetali (punto 2).

1) Indagini su nato morto (da eseguire dopo la nascita)

- Esame obiettivo (compilazione della parte neonatologica della cartella del nato morto – vedi allegato 2)
- Eseguire: 1 tampone per la ricerca di batteri aerobi e lieviti (essudato faringeo-tonsillare); 1 tampone per prelievo auricolare; 1 tampone per prelievo rettale
- Eseguire fotografie diagnostiche (Allegato 3)
- Eseguire puntura intracardiaca: 1 ml in contenitore standard per emocoltura per ricerca batteri anaerobi (1 contenitore) + per ricerca miceti e batteri aerobi (1 contenitore) (conservare a temperatura ambiente)
- Eseguire prelievo da cordone ombelicale 1 ml in provetta vacutainer con EDTA per gruppo sanguigno e test di Coombs (Conservare a temperatura ambiente)
- Autopsia fetale (da eseguire entro le 48h dal parto)

Profilo MEF feto

ESAME	PROVETTA	RICERCA
Tampone faringeo	1 tampone tappo rosa	“Profilo MEF FETO”
Tampone auricolare	1 tampone tappo rosa	
Tampone rettale	1 tampone tappo rosa	
Emocoltura		
Gruppo sanguigno e test di Coombs	Tappo viola, lunga	

2) Indagini su annessi fetali (placenta e funicolo)

- Esame macroscopico esterno della placenta e dei suoi annessi, rilevando in particolare le caratteristiche che potrebbero modificarsi con la manipolazione dell'organo.
- Misurazione in centimetri del disco placentare e della lunghezza del funicolo. Peso del disco placentare
- Quantificare i coaguli adesi alla placenta e/o emessi durante il parto/secondamento.

ESAME	PROVETTA	RICERCA
Tampone liquido amniotico	1 tampone tappo rosa	"Profilo MEF PLACENTA"
Tampone placenta lato fetale	1 tampone tappo rosa	
Tampone micoplasma e ureaplasma (placenta lato fetale)	1 tampone tappo "rosso" UTM	

Conservazione del materiale prima di inviarlo all'anatomia patologica:

- il feto va conservato in luogo fresco o refrigerato
- la placenta deve essere integra e **non** riposta in liquido di fissazione (non fissata in formalina o alcool paraformaldeide). Conservare la placenta in luogo refrigerato (frigorifero a 4° C). Non congelare. Da inviare il prima possibile.

Allegato 7

GESTIONE DEI RICORDI

La scatola dei ricordi dovrà comprendere:

- bracciale identificativo del neonato
- cappellino e scarpine
- un libretto dove inserire il nome del neonato; produrre le impronte di mani e piedi; scrivere dei pensieri o delle frasi
- fotografie: solo del neonato, del neonato con i genitori, con il personale (attenzione alla privacy: una volta stampate devono essere cancellate; se non si stampano vanno conservate in una chiavetta adibita)
- una ciocca di capelli del neonato
- un certificato di nascita simbolico
- volantino informativo sul lutto.

Invitare i genitori a collaborare nella raccolta dei ricordi, a tenere in braccio o a stare in compagnia del loro bambino, lavarlo e mettergli i vestiti. Il materiale può essere raccolto insieme alla coppia o a uno dei due genitori, se lo desidera. Se invece, la coppia, inizialmente, non vuole vedere il bambino e non desidera raccogliere i ricordi è compito del personale effettuare la raccolta, previo consenso della coppia.

La coppia deve sapere che potrà richiedere l'intero materiale in qualsiasi momento ai membri del personale, anche nelle visite post-ricovero o negli anni successivi al parto. L'ospedale ha il compito di conservare la scatola dei ricordi della coppia che non l'ha ritirata.

Allegato 8

COMUNICAZIONE MEF

All'interno del documento si trovano delle indicazioni che garantiscono un livello essenziale di comunicazione durante l'assistenza alla MEF.

"Come" comunicare.

- Preparare il *setting*: luogo tranquillo e appartato; tempo da dedicare, senza interruzioni; affiancare alla paziente una persona di fiducia
- Richiedere, quando possibile, la mediazione culturale per la paziente/coppia straniera
- Comunicazione individualizzata e adattata alla storia della paziente
- Utilizzare il nome del bambino
- Valutare quali informazioni, nello scenario che si sta affrontando, siano prioritarie e indifferibili
- Evitare l'eccesso di informazioni in un unico colloquio
- Utilizzare sempre un linguaggio chiaro ed empatico; se si usano termini tecnici è necessario che siano compresi dalla coppia
- Rispettare le scelte e i bisogni della paziente/coppia
- "Gestire il silenzio": comunicare presenza e partecipazione
- Informare della possibilità, proporre e facilitare l'incontro col bambino
- Documentare in cartella i contenuti più rilevanti degli scambi comunicativi, mantenere un'attiva condivisione di informazioni tra i professionisti interessati

- Fornire del materiale informativo alla coppia (opuscoli, *dépliant*)
- Utilizzare la comunicazione non verbale (tocco, sedersi a fianco, essere partecipi, dimostrare empatia, ..)

“Quando” comunicare.

1) Diagnosi

Nei momenti dopo la diagnosi dare poche informazioni utili. Se possibile, preferire un momento successivo per dare maggiori comunicazioni.

2) Tra la diagnosi e il parto

Utilizzare questo periodo per informare e chiedere i consensi alla paziente/coppia riguardo modalità di induzione, riscontro diagnostico sul feto, sepoltura e possibilità di vedere e stare con il bambino.

3) Durante il travaglio e il parto

4) Dopo la nascita

Riproporre la possibilità di vedere e stare con il bambino. Ricordare la possibilità di creare i ricordi.

5) Puerperio e dimissione

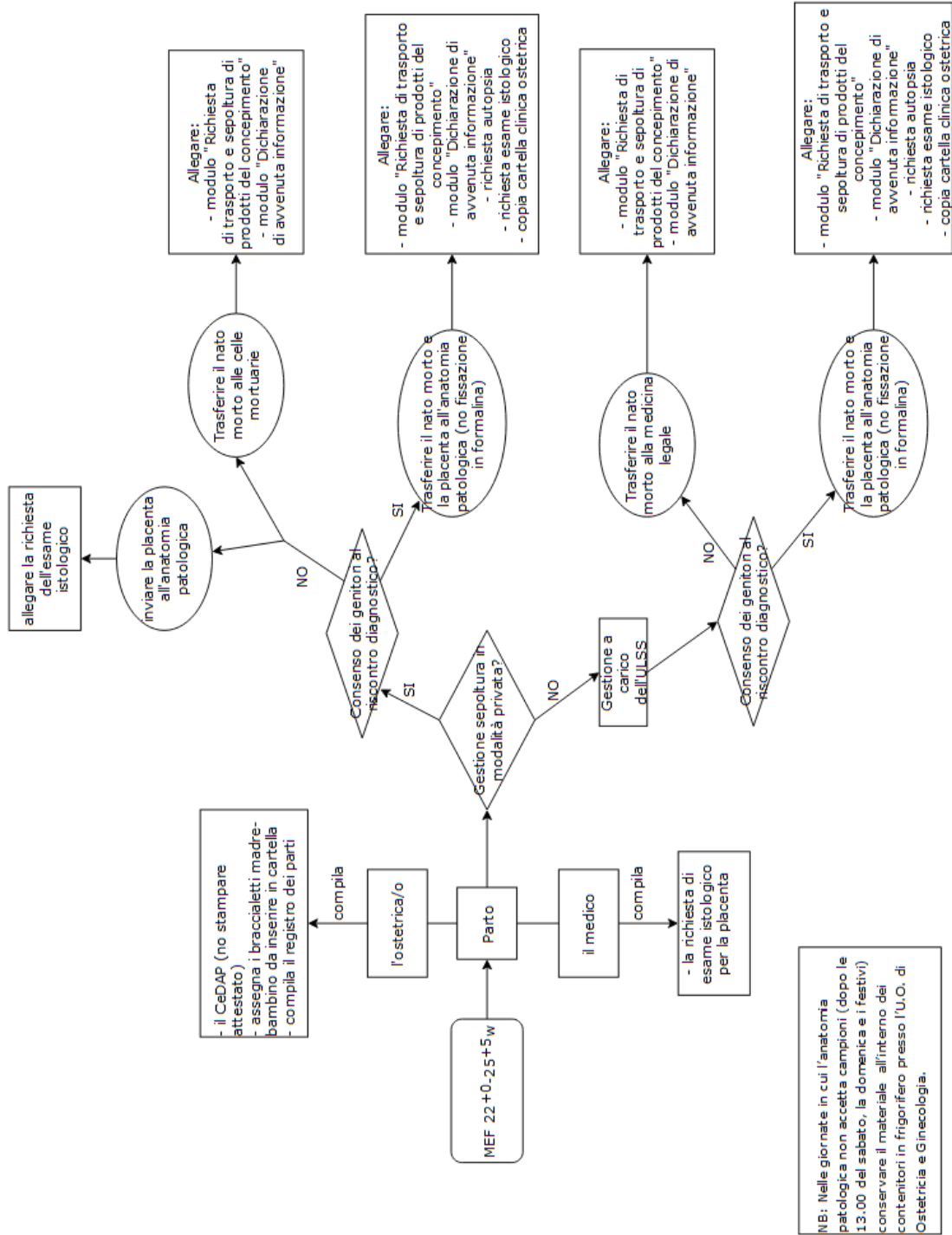
6) Incontro conclusivo

Fraasi utili	Fraasi da non dire
“Mi dispiace”	“È meglio così”
“Tutto questo è davvero difficile e doloroso”	“Potrebbe essere peggio”
“Come posso aiutarti?”	“Puoi fare altri figli”
	“Il tempo guarirà”

<p>“Cosa posso fare per voi in questo momento?”</p> <p>“Cosa è importante per voi?”</p> <p>“Per qualsiasi domanda sono disponibile”</p> <p>“Se desidera, può vedere il bambino”</p> <p>“Ha tutto il tempo per pensare”</p>	<p>“Hai già un bambino a casa”</p> <p>“È la volontà di Dio”</p> <p>“È la natura che provvede quando c’è qualcosa che non va”</p>
--	--

Allegato 9

Gestione della MEF 22+0-25+5w



Gestione della MEF $\geq 25+6w$

