

Introduzione

**DANTE BARONCIANI, GAETANO BULFAMANTE,
FABIO FACCHINETTI, GIOVAN BATTISTA ASCONE**

La dimensione del problema

Si stima che ogni anno 3,2 milioni di bambini muoiano nelle ultime 12 settimane di gestazione, prima di nascere, a fronte dei 4 milioni di decessi registrati in epoca neonatale.

La stima della natimortalità presenta un ampio range (2,5-4,1 milioni/anno) in quanto la registrazione di questi decessi è tuttora carente a livello internazionale e presenta difficoltà di analisi per le diverse definizioni adottate.

Anche il tasso di natimortalità presenta un'ampia variabilità: da valori inferiori al 5‰ nei Paesi ricchi al 32‰ registrato nei Paesi dell'Asia del Sud e nell'Africa subsahariana.

Una recente analisi, condotta per il progetto europeo Peristat2, ha stimato in Italia, per il 2003, 2.205 nati morti, se si utilizza la definizione ISTAT (con limite a 180 giorni), e 2.937, se si adotta la definizione OMS. I tassi di natimortalità corrispondenti sarebbero 4‰ e 5‰ rispettivamente (Prati, Marini e Cuttini, dati non pubblicati).

Nei Paesi sviluppati il numero di nati morti tende a essere uguale, qualche volta superiore, al totale dei decessi registrati nel primo anno di vita. Il progresso che ha caratterizzato, negli ultimi decenni, l'assistenza perinatale in questi Paesi ha fatto sì che più del 90% delle morti avvenga nel periodo che precede il parto, mentre eventi assai rari (non meno drammatici) sono i decessi che si verificano in corso di travaglio.

Il decremento del tasso di natimortalità osservato in Italia negli ultimi vent'anni è inferiore a quello che ha caratterizzato la mortalità neonatale, e la riduzione della frequenza di tale evento costituisce un importante obiettivo di sanità pubblica.

Perché occuparsi di natimortalità

Una prima motivazione che ha indotto due di noi (Dante Baronciani e Fabio Facchinetti) a occuparsi, in modo specifico, della natimortalità è stata la mancanza di dati regionali e italiani relativi a questo evento. La carenza di informazioni non permette di definire interventi appropriati per ridurre la frequenza dell'evento e della sua ricorrenza.

L'esperienza clinica, maturata negli anni, ci ha portato a formulare l'ipotesi che tale mancanza non fosse solo determinata da incidenti che hanno caratterizzato i flussi informativi nel nostro

Paese (vedi capitolo 9, «Aspetti epidemiologici»), ma da una mancata attenzione assistenziale al tema del nato morto. La mancata esecuzione degli accertamenti necessari e l'insufficiente competenza nell'effettuazione delle indagini autoptiche fetali e nell'esame della placenta determinano la difficoltà a individuare le condizioni associate al decesso (e le eventuali cause).

Se non si individuano tali condizioni, il sistema informativo diventa carente ed è quindi difficile individuare le possibili azioni che siano in grado di ridurre il rischio di natimortalità. Il nato morto rappresenta un'esperienza drammatica, non solo per i genitori, ma anche per i professionisti, specie se si verifica nelle ultime settimane di gestazione. La mancanza di sufficienti conoscenze delle condizioni associate all'evento determina sia un senso di impotenza sia un approccio difensivo che tende a limitare l'indagine di eventuali carenze sul piano assistenziale, che risulterebbe assai utile per ridurre il rischio di ricorrenza.

Le carenze del piano assistenziale determinano inoltre, ed è questione non secondaria, un mancato ritorno informativo alle famiglie. Comprendere i motivi dell'evento è importante sia sul piano relazionale (evitare inutili «sensi di colpa» rispetto a ciò che è successo), sia sulla programmazione del piano assistenziale relativo alle future gravidanze. Porre al centro dell'attenzione le problematiche relative al nato morto significa poter garantire un adeguato supporto alle madri e ai familiari che, troppo spesso, sono lasciati soli di fronte a questo drammatico evento. Per ultimo, va ricordato come il sommarsi di sensi di colpa, approcci difensivi, difetti di informazione sia alla base dell'elevata frequenza con cui la natimortalità sfocia in contenziosi medico-legali, che, oltre a rappresentare un dramma di lunghissima durata per tutti gli attori, diventano un volano per l'innalzamento dei costi complessivi della sanità.

Partendo da queste riflessioni non potevamo che rivolgerci a chi da ben più tempo si interessa a questo problema: un anatomo-patologo con specifiche competenze in ambito perinatale (Gaetano Bulfamante).

Come occuparsi di natimortalità

Da queste riflessioni sono scaturite due esigenze, comprendere lo stato delle conoscenze e definire gli strumenti atti a migliorare la prassi diagnostico-assistenziale:

- Per quanto riguarda il primo punto, un importante riferimento è costituito da recenti revisioni della letteratura. Dalla loro analisi siamo partiti per orientarci su quali temi sviluppare la ricerca della letteratura primaria.
- Per quanto riguarda il miglioramento della prassi assistenziale ci si è riferiti, quale punto di partenza, alle esperienze di Regno Unito, Australia e Nuova Zelanda.

L'analisi delle esperienze, e dei dati di letteratura, evidenzia il ruolo fondamentale dell'audit quale metodologia per affrontare un tema ad alta complessità quale è quello della natimortalità.

Nel caso della natimortalità risultano importanti entrambe le forme di audit: sia quella, da svolgersi da parte dei professionisti che assistono la donna, sull'*evento sentinella* (per ogni decesso è importante chiedersi perché è avvenuto), sia quella da svolgersi, a livello regionale o nazionale, sull'insieme degli eventi per comprendere l'epidemiologia del fenomeno e individuare gli interventi atti a ridurre la frequenza (*topic audit*).

L'approccio multidisciplinare comporta non la semplice sommatoria delle conoscenze ma l'integrazione delle stesse. Allorché si debba costruire una rete causale dell'evento, è neces-

sario che i diversi fattori esistenti vengano discussi per comprendere la plausibilità: la semplice esistenza di un'esposizione (ad esempio, una patologia materna) non può spiegare il decesso se le caratteristiche fetali e placentari non supportano tale ipotesi e, d'altra parte, il semplice riscontro di un'anomalia fetale (malformazione) o placentare (segni di corionamniosite) non è di per sé una causa sufficiente a spiegare un decesso.

L'audit ha bisogno di strumenti e per questo motivo vengono presentate due proposte, adattabili ai singoli contesti, relative al protocollo diagnostico e alla cartella clinica del nato morto.

La proposta relativa al protocollo diagnostico, scaturita dalla revisione della letteratura internazionale su questo tema, contempla indagini di primo livello (da effettuarsi in tutti i casi di decesso) e di secondo livello (da effettuarsi solo in presenza di fattori di rischio o anomalie fetali o placentari).

L'utilizzo di una cartella specifica per il nato morto è condizione essenziale per un corretto audit. Allo stato attuale, nonostante un obbligo legislativo, l'utilizzo di una cartella è sporadico e le poche informazioni sul nato morto si ricavano dalla cartella ostetrica e dai referti. La proposta è quella di utilizzare una cartella semplice e modulare, che non comporti un eccessivo carico di lavoro per i professionisti e la cui compilazione sia facilitata da algoritmi diagnostici (disegnati sulla base dei dati di letteratura).

L'audit ha bisogno di una partecipazione convinta dei professionisti; per far ciò è necessario garantire che, come in tutti i casi di evento sentinella, la discussione sia rivolta a comprendere il fenomeno (e le eventuali carenze assistenziali) piuttosto che a ricercare il colpevole. Inoltre, è importante non svilire questa metodologia di analisi al ruolo di una «procedura burocratica dovuta». Il suo svolgimento non può ridursi a un incontro posticipato di settimane o mesi in cui su una cartella vengono registrate informazioni cliniche e anamnestiche; deve, al contrario, essere un percorso progressivo nel tempo, attivato subito dopo il riconoscimento del decesso del feto e costituente uno dei momenti più profondi dell'atto medico, atto che non si esaurisce nel trattamento terapeutico ma è caratterizzato dalla «presa in cura» del malato, del suo «essere umano», nella totalità di questa affermazione, ricordando che nel nostro caso il soggetto dell'intervento è costituito dall'unità feto-madre-familiari.

Un bambino morto è sempre un'esperienza drammatica per la madre e i familiari. Abbiamo l'obbligo di migliorare le nostre competenze professionali non solo per ridurre la frequenza dell'evento ma anche per non lasciare sole le madri; per questo motivo il testo prevede specifici contributi relativi al piano assistenziale e al supporto psicologico.

Questo testo vuole fornire strumenti e conoscenze per facilitare un processo di audit che, a nostro avviso, dovrebbe rappresentare un metodo per garantire un'abitudine dei professionisti a confrontarsi nei casi difficili (morte materna, morte neonatale, gravi patologie materne e fetali).