

THE LANCET

Gennaio, 2016

www.thelancet.com

Prevenire le morti in utero evitabili

Un estratto dalla Serie di *The Lancet*



UNFPA/Niger-Djibo Tagaz

“Al centro dei programmi di salute pubblica per la salute delle donne e dei bambini... una cura prenatale e intraparto di alta qualità protegge la madre ed il suo bambino e può consentire un guadagno quadruplo in termini di investimenti, salvando le vite di altri bambini, prevenendo le morti in utero, e migliorando lo sviluppo futuro del bambino”¹

Messaggi chiave

- **Alto numero di morti evitabili:** si stima che si verifichino 2·6 milioni di morti in utero l'anno, delle quali il 98% nei paesi a basso e medio sviluppo ed il 75% nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia del sud. La metà di queste morti intrauterine (1·3 milioni) avviene durante il travaglio o il parto. La maggior parte derivano da condizioni prevenibili quali infezioni materne (soprattutto sifilide e malaria), malattie non trasmissibili e complicanze ostetriche. Una minoranza sono dovute a patologie congenite, alcune delle quali prevenibili.
- **Grande impatto psicologico ed economico sulle famiglie e le nazioni:** la morte intrauterina colpisce le donne, le famiglie, gli operatori, le comunità e la società. I genitori vanno incontro a numerosi sintomi psicologici che spesso permangono a lungo dopo la morte del loro bambino ma che potrebbero essere alleviati da servizi ostetrici rispettosi che comprendano l'assistenza al lutto. Si stima che 4·2 milioni di donne debbano convivere con una depressione associata ad una precedente morte intrauterina. Il trauma delle famiglie è ulteriormente aggravato dallo stigma sociale e dai tabù e spesso è il fatalismo ad impedire una corretta prevenzione di altre morti.
- **La maggior parte delle morti in utero sono prevenibili con miglioramenti ai sistemi sanitari:** molte morti intrauterine sono prevenibili attraverso una assistenza prenatale ed intraparto di alta qualità, condotta nell'ambito di un continuum di assistenza alle donne ed ai bambini. Tale approccio consente un guadagno quadruplo dagli investimenti, essendo in grado di prevenire le morti materne, le morti intrauterine, quelle neonatali e migliorare lo sviluppo dei bambini. Il tasso di morte intrauterina è un marcatore sensibile della qualità e dell'equità dell'assistenza. Nel mondo, diversi paesi stanno facendo rapidi progressi nella riduzione della natimortalità.
- **Opportunità di inserire la morte intrauterina nei programmi per la salute di donne e bambini:** tali opportunità dovrebbero essere afferrate in maniera sistematica. Alcune iniziative, quali ad esempio l'Every Newborn Action Plan, nell'ambito dell'Every Woman Every Child (EWEC) hanno incluso la morte intrauterina tra gli obiettivi per il 2030. Anche se sono migliorati i dati per tracciare le morti intrauterine, i riferimenti rimangono limitati nella maggior parte dei piani politici, delle ricerche e dei finanziamenti, rappresentando un'opportunità mancata di integrazione e progressione.
- **Azioni prioritarie per accelerare la riduzione della morte in utero:** queste azioni comprendono (1) leadership intenzionale, specialmente da parte dei legislatori, che rappresenta la sfida più grande; (2) dare maggiore voce alle donne; (3) realizzare strategie di intervento integrate con investimenti adeguati; (4) indicatori per misurare l'effetto degli interventi e soprattutto per monitorare i progressi e la qualità dell'assistenza in maniera programmatica; (5) approfondire le lacune cruciali nell'assistenza.

Definizione

In questa Serie il termine 'morte in utero' si riferisce a tutte le perdite dopo la 22a settimana di gravidanza, ma per rendere confrontabili i dati dei diversi paesi, abbiamo presentato solo quelli oltre la 28a settimana di gestazione (III trimestre). Quando possibile è stata utilizzata la soglia delle 28 settimane anziché del peso di un chilogrammo, in quanto non equivalenti.

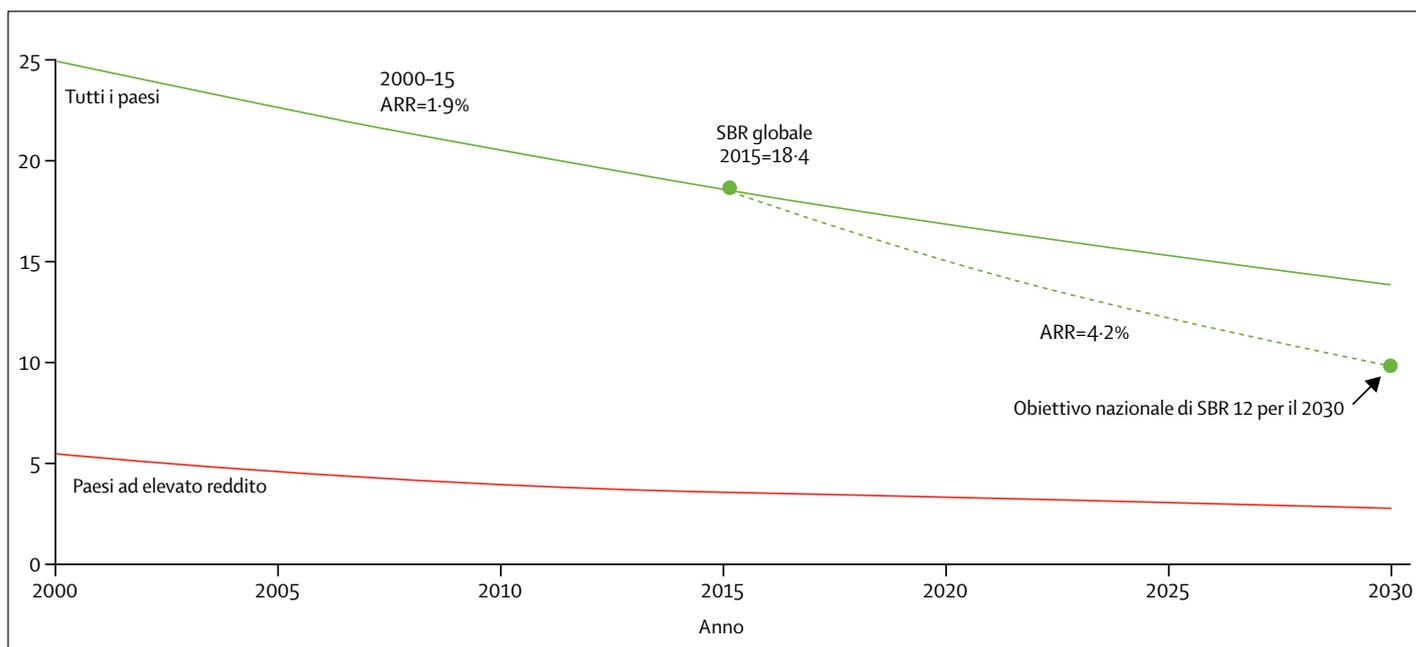


Figura 1: Progresso globale verso l'obiettivo dell'Every Newborn Action Plan per prevenire le morti endometriali evitabili entro il 2030²
ARR=tasso medio di riduzione annuale. SBR=tasso di morte endometriali.

Prevenire le morti in utero evitabili

Questa Serie di cinque articoli sulla prevenzione delle morti in utero evitabili¹⁻⁵ presenta lo stato attuale della natimortalità nel mondo, sottolinea le opportunità fino ad oggi mancate e identifica le azioni necessarie per accelerare il progresso verso la prevenzione totale delle morti intrauterine evitabili, uno degli obiettivi previsti per il 2030 nell'ambito della tutela della salute materna e neonatale. Grazie alla collaborazione di 216 autori, ricercatori e personalità influenti, in rappresentanza di 43 paesi e più di 100 organizzazioni, la Serie presenta una nuova chiamata all'azione per l'era post-2015, nell'ampio contesto della tutela della salute, della sopravvivenza e della qualità generale dell'assistenza alle donne ed ai loro bambini.

La Lancet Stillbirths Series del 2011 aveva passato in rassegna la natimortalità nel mondo sottolineando la possibilità di un triplo guadagno dagli investimenti per la prevenzione della morte intrauterina, i quali sono risultati in grado di prevenire anche la morte dei neonati e delle madri. La Serie ha ricevuto grande attenzione ed una accoglienza senza precedenti in

tutto il mondo.¹ Nonostante i progressi ottenuti, questa nuova Serie mostra che deve essere fatto ancora di più per integrare la prevenzione della morte in utero nei programmi globali e nelle agende nazionali al fine di ottenere una elevata qualità dell'assistenza alle donne, agli adolescenti ed ai bambini. Questo messaggio è in linea con quelli di altre Serie di The Lancet, in particolare la Serie sulla salute materna, quella sullo sviluppo precoce del bambino e la serie *Every Newborn*.

Obiettivi per prevenire le morti in utero evitabili entro il 2030²

Nel 2014 l'Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito un obiettivo di meno di 12 morti endouterine ogni 1000 nascite in ogni paese entro il 2030. Per il 2015 94 paesi a medio o alto reddito hanno già raggiunto l'obiettivo, anche se con notevoli disparità nelle diverse zone. Almeno 56 paesi, in particolare in Africa e nelle zone colpite da conflitti, dovranno raddoppiare il loro attuale ritmo di progresso per raggiungere l'obiettivo.

Cosa è cambiato e cosa altro deve ancora cambiare¹

La rivalutazione dei progressi avvenuti dopo la chiamata all'azione della Lancet Stillbirths Series del 2011, basata su una revisione sistematica delle politiche sanitarie condotta con approccio euristico, ha mostrato che l'attenzione alla morte endouterina è aumentata. L'*Every Newborn Action Plan* del 2014 comprendeva alcuni obiettivi relativi alla morte in utero da raggiungere entro il 2030. Diversi paesi hanno adottato questo piano nell'ambito dei loro contesti nazionali, anche alcuni di quelli con il più alto tasso di mortalità, come ad esempio l'India, la nazione con il numero più alto di morti endouterine al mondo. La prevenzione della morte in utero è

compresa all'interno del nuovo piano *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health*. La WHO ha incluso il tasso di natimortalità tra i "100 indicatori sanitari cruciali" e notevoli passi avanti sono stati compiuti nella produzione di strumenti e linee guida ispirati dalla WHO per l'audit perinatale. La disponibilità di dati epidemiologici è aumentata e nel 2015 soltanto 38 paesi non avevano dati nazionali sulla natimortalità, contro i 68 del 2009. Dal 2015 il gruppo per la stima della mortalità infantile delle Nazioni Unite si è impegnato a supervisionare anche la stima della natimortalità.

La valutazione dei più recenti report annuali di agenzie regolatorie, collaborazioni e organizzazioni operanti per la salute materna e neonatale in tutto il mondo, mostra che la morte in utero è menzionata raramente (figura 2). L'allocazione dei fondi per la salute di donne e bambini è significativamente aumentata dal 2011, ma in tutti i 12 anni di finanziamento (2002-13) solo 4 progetti in tutto il database dell'Organizzazione per la Cooperazione Economica e lo Sviluppo, menzionavano la natimortalità. La ricerca sulla morte in utero continua ad essere sottofinanziata se confrontata al fardello globale che tale eventi rappresentano. Non è stata osservata alcuna significativa risposta alla richiesta di ridurre lo stigma sociale e i tabù che circondano la morte endouterina e migliorare la gestione del lutto; la morte in utero è ancora assente dagli obiettivi e dagli indicatori del *Sustainable Development Goal*.

Leadership globale e locale: un prerequisito critico per il progresso^{1,5}

Una analisi della rete di organizzazioni che ha valutato le interazioni tra le 33 organizzazioni internazionali impegnate nella gestione della morte in utero, ha evidenziato che la rete globale non sta funzionando in maniera efficiente come potrebbe, con meno connessioni relative alla morte in utero rispetto alla salute materna e neonatale. La rete è in espansione, ma è sottoutilizzata, sottofinanziata e fa affidamento alle singole persone piuttosto che alle istituzioni, con una leadership minima da parte delle strutture di governance delle agenzie delle Nazioni Unite. Sarebbe invece necessaria una leadership forte a livello globale e nelle singole nazioni e istituzioni con lo specifico mandato di coordinare gli sforzi globale per le donne e i bambini. Le Nazioni Unite e le altre istituzioni di governance devono cogliere maggiormente le opportunità e inserire la natimortalità nelle loro attività quotidiane, poiché ciò fa parte della loro missione.

L'impatto globale della morte in utero. Dove, quando e perché?^{2,4}

Nel mondo nel 2015 si sono verificate 18•4 morti in utero ogni 1000 nascite, rispetto alle 24•7 del 2000.² Anche se i tassi sono leggermente diminuiti, il tasso medio annuale di riduzione (ARR) della mortalità in utero (2•0%) è stato assai inferiore rispetto a quella materna (3•0%) o dei bambini entro i cinque anni (4•5%). Mantenendo il passo attuale, sarebbero necessari più di 160 anni perché una donna incinta in Africa avesse la stessa probabilità di avere un bambino nato vivo che ha oggi una donna in un paese ad alto reddito.² In ogni regione vi sono paesi che stanno facendo progressi rapidi nella prevenzione della morte in utero. Il tasso di natimortalità nel terzo trimestre varia ampiamente anche nei paesi ad alto reddito (da 1•3 a 8•8 ogni 1000 nascite), con sei paesi che hanno già un tasso di 2•0 su 1000 o inferiore, a prova del fatto che una ulteriore riduzione è possibile.

La maggior parte dei 2•6 milioni di nati morti l'anno avviene nei paesi a basso o medio reddito (98%), tre quarti dei quali nell'Africa sub-sahariana e nell'Asia del sud. Circa il 60% avviene nelle aree rurali e più della metà in zone di emergenza o sede di conflitti, colpendo soprattutto le famiglie meno raggiunte dai sistemi sanitari.²

La metà di queste morti avvengono durante il parto — 1•3 milioni l'anno. Ciò avviene soprattutto in bambini nati a termine, che ci si sarebbe attesi sopravvivessero. Anche se molte morti avvengono nelle strutture sanitarie, oltre 42 milioni di donne l'anno partoriscono a casa senza alcuna assistenza. Le maggiori lacune nell'equità delle cure sono nell'assistenza domiciliare intraparto, specialmente in Africa e Asia.

La credenza che la maggior parte delle morti in utero sia inevitabile a causa di alterazioni congenite è ancora diffusa, anche se in realtà ciò avviene solo

nel 7•4% delle morti dopo le 28 settimane.² I più importanti fattori di rischio per la morte in utero sono ben noti e spesso sovrapposti: età materna oltre 35 anni, infezioni, malattie non trasmissibili, fattori nutrizionali e stili di vita. Le morti in utero sono spesso associate a ridotta crescita fetale, parto pretermine, gravidanza post-termine e assistenza sanitaria subottimale. Nei paesi ad alto reddito, il 90% delle morti avviene nel periodo prima del parto, spesso in associazione a fattori prevenibili quali obesità, fumo di sigaretta e assistenza ostetrica subottimale, compresa l'incapacità di identificare i bambini a rischio.⁴ L'associazione di assistenza prenatale culturalmente appropriata, pianificazione familiare, formazione e contenimento della povertà può contribuire a ridurre fattori di rischio e migliorare gli outcome materni e infantili.

Priorità nella gestione dei dati per un'azione verso il 2030^{2,3,4}

- Deve essere migliorata la registrazione in tutte le strutture di nascite, morti endouterine, morti materne e neonatali.
- Il tasso di natimortalità deve essere utilizzato come marker di qualità dell'assistenza alla gravidanza e al parto e come indicatore sensibile della forza di un sistema sanitario.
- Il tasso di morte fetale intraparto, una misura diretta dell'accesso all'assistenza al parto, deve essere registrato e diffuso per aumentare la disponibilità di dati locali.
- Sono urgentemente necessari un sistema globale di classificazione e una serie di audit sulla morte perinatale per comprenderne le cause e metterne a fuoco la prevenzione.
- Il miglioramento della registrazione dei dati è un punto chiave per tracciare e rendere di qualità l'assistenza prima e dopo il parto.

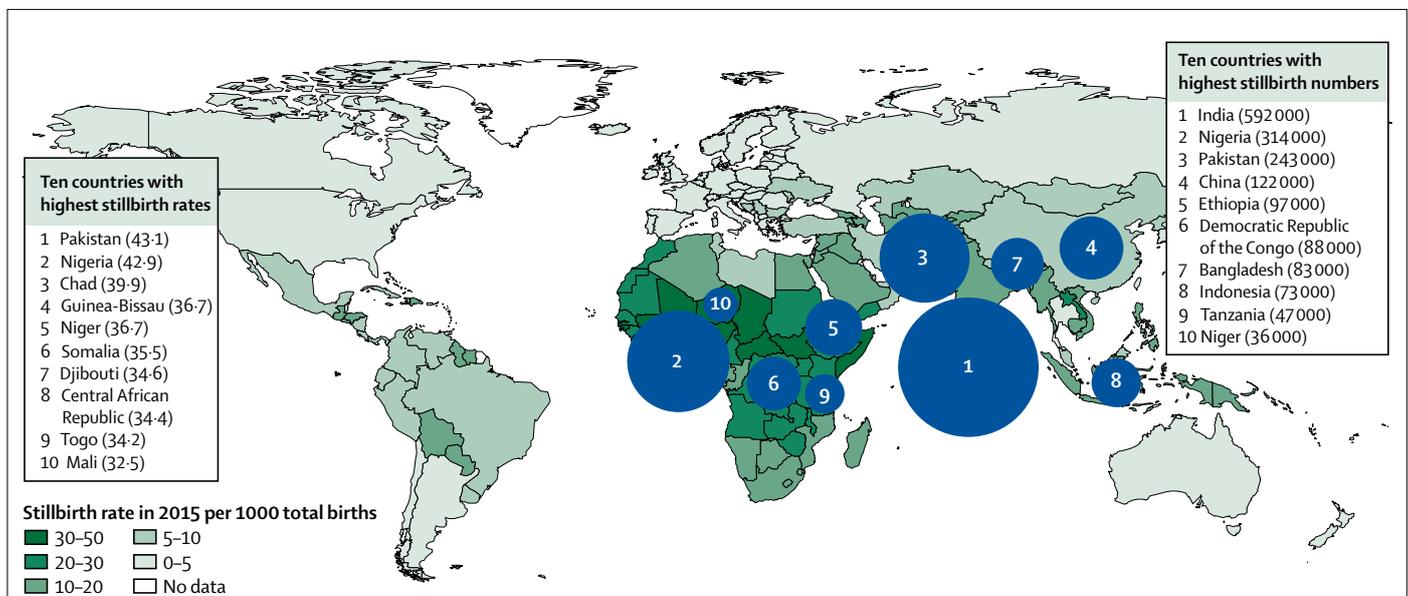


Figura 3: I paesi con i più alti tassi di morte in utero nel 2015 e quelli con i numeri assoluti più alti²
I cerchi blu hanno dimensioni proporzionali al numero di morti in utero.

La morte in utero: un pesante carico per la società^{3,4}

Il rischio più alto per le famiglie più povere⁴

In tutti i paesi, il rischio di morte in utero è più alto per le fasce più svantaggiate. Lo svantaggio socio-economico è associato ad un rischio doppio di morte in utero nei paesi ad alto sviluppo economico, un effetto che rischia di essere ancora maggiore nei paesi

a basso e medio reddito. Questa differenza riflette la disomogeneità organizzativa, dovuta al razzismo e a una sistematica disparità nelle opportunità di cura. Un approccio etico alla salute globale dovrebbe raggiungere le donne più povere, le loro famiglie e i loro figli.

Stigma, tabù, e fatalismo devono essere sconfitti⁴

La morte in utero è ancora ignorata dalla società. Questo lutto è comunemente negato, considerando che il lutto dei genitori dopo la morte del loro bambino non è ancora legittimato o compreso né dai professionisti della salute, né dalle loro famiglie, né dalla società. In uno studio svolto per questa Serie, circa la metà dei 3503 genitori in lutto hanno riferito che la loro comunità di appartenenza ritiene che “i genitori dovrebbero provare a dimenticare il loro bambino nato morto e avere un altro bambino”. Molti genitori nascondono il loro lutto. Le donne i cui bambini sono nati morti si sentono stigmatizzate, isolate socialmente e tenute in scarsa considerazione dalla società, in alcuni casi sono persino soggette ad abusi o violenza.³ Lo stigma e il tabù inaspriscono il trauma delle famiglie e il fatalismo impedisce i progressi nella prevenzione della morte in utero.^{3,4} Questi pericolosi preconcetti devono essere combattuti da parte delle organizzazioni di operatori aumentando la consapevolezza e l’educazione delle comunità locali e della intera società. Le organizzazioni di genitori unite ai professionisti della salute sono uno strumento efficace per ridimensionare lo stigma e il fatalismo intorno alla morte in utero.⁴

Costi diretti, indiretti, e intangibili³

La morte in utero ha un ampio spettro di conseguenze, spesso ignorate o sottostimate, sui genitori, i curanti, le comunità e la società tutta. Sintomi psicologici negativi sono molto comuni nei genitori in lutto, e spesso persistono per anni dopo la morte dei loro bambini. Circa 4•2 milioni di donne convivono con una depressione successiva alla morte in utero.³ Molte di più sono vittime dei cosiddetti costi intangibili. Anche i curanti sono profondamente coinvolti sia dal punto di vista personale che professionale e provano senso di fallimento, rabbia, colpa, ansia e tristezza, unite a paura di controversie legali o richiami disciplinari. I dati disponibili indicano che i costi diretti di una morte in utero sono dal 10 al 70% più alti che i costi di una nascita fisiologica.³ I costi delle cure dovrebbero essere sostenuti dai sistemi sanitari o dalle assicurazioni o

rimborsati interamente ai genitori. I costi del funerale, della sepoltura o della cremazione del bambino sono solitamente a carico dei genitori. I genitori possono avere un mancato guadagno per via del tempo sottratto al lavoro, per la riduzione delle ore di lavoro o per la diminuzione della loro produttività. I dati dello studio mostrano che i genitori possono lavorare al 26% del loro normale standard a un mese dalla morte in utero del loro bambino, arrivando fino al 63% dopo sei mesi.³ L’immenso costo della natimortalità deve essere preso in considerazione ogni volta che valutiamo se gli interventi per prevenirla sono cost-effective.

Contenere gli effetti della morte in utero: la cura del lutto e il supporto sociale

Un comportamento empatico durante tutti gli incontri tra genitori in lutto e curanti può ridurre drasticamente i costi psicologici ed emotivi, sia subito dopo la morte del bambino, sia a lungo termine. Una cura rispettosa del lutto fin dall’inizio dovrebbe essere parte della routine per tutti i professionisti della salute e includere il supporto alle donne nel vedere e tenere in braccio i loro bambini e nella creazione di ricordi, pratiche che si sono dimostrate utili per accrescere il benessere dei genitori.³ Tutti coloro che lavorano nella sanità e si occupano di nascita a tutti i livelli dovrebbero essere formati su come fornire un supporto rispettoso al lutto dopo la morte in utero, come dopo la morte materna e neonatale, e dovrebbero essi stessi ricevere supporto dopo l’evento.

“...molte donne mi hanno detto che la morte di mio figlio è una specie di “rimedio ad un errore della natura”

(Madre di un bambino nato morto, Canada)

“Non ho potuto seppellire mio figlio per difficoltà economiche; questo fa male ancora oggi, perchè non ho una tomba.”

(Madre di un bambino nato morto, Germania)

“Gli uomini sentono [il dolore della morte in utero], forse [la moglie] ha qualche demone, forse è una donna sfortunata ... può causare la rottura del matrimonio e ansia”

(Padre di un bambino nato morto, Uganda)



Mel Scott e suo figlio Finley

Verso il 2030: un approccio integrato per affrontare la morte in utero⁵

Questa serie rinnova il richiamo a portare a zero le morti in utero evitabili (panel 1) nel contesto di un'assistenza sanitaria integrata. L'applicazione dei *Sustainable Development Goals* e della *Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health* potrà essere incrementata riconoscendo, considerando e contando le morti in utero. La comunità sanitaria mondiale, i leader dei singoli paesi, le singole donne e i singoli uomini devono riconoscere la morte in utero e le sue conseguenze come largamente evitabili, collaborando in modo più efficace e alzando le loro voci all'unisono per rompere il silenzio e ridurre lo stigma e il tabù.

Sviluppo integrato per un maggiore effetto

La prevenzione della morte in utero e la sua gestione non possono essere argomenti a sé stanti, ma richiedono un approccio integrato e programmatico. L'assenza della natimortalità dalle agende programmatiche riduce e

offusca il pieno potenziale dei programmi per la salute delle donne e dei bambini. La revisione degli interventi necessari per migliorare la salute e la sopravvivenza delle madri e dei neonati mostra l'importanza di un approccio integrato lungo un continuum nella cornice teorica della qualità delle cure (figura 4). Allo stesso tempo, alcuni interventi di provata efficacia hanno il loro più grande effetto nella prevenzione della morte in utero, ad esempio, il trattamento della sifilide in gravidanza può prevenire più del 7•7% delle morti in utero (circa 200 000 morti), ma, sebbene minore, è noto soprattutto l'effetto sulla morte neonatale; il monitoraggio cardiocografico e l'assistenza al parto sono cruciali per prevenire 1•3 milioni di morti in utero intraparto così come per ridurre le morti neonatali. Il fatto che le morti in utero non vengano contate potrebbe essere il motivo per cui questi due interventi non hanno ancora ricevuto l'attenzione che meritano. L'analisi *Lives Saved Tool* (conosciuta come LiST) ha riportato che aumentare gli interventi di provata efficacia antenatale e intraparto nei

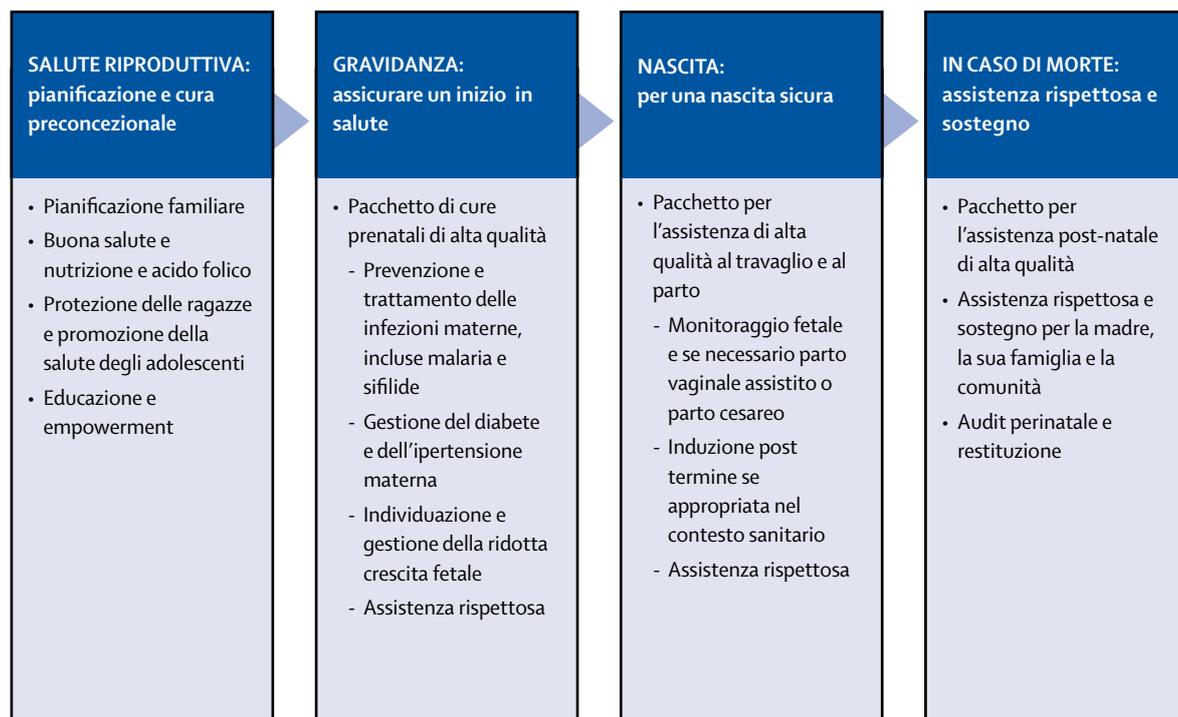


Figura 4: Prevenzione e risposta nei casi di morte in utero inseriti in un continuum con la sopravvivenza e la salute della madre, del neonato e dell'adolescente⁵

75 paesi più colpiti potrebbe prevenire 823 000 morti in utero, 1 145 000 morti neonatali e 166 000 morti materne ogni anno con un costo addizionale annuo dal 2030 di US\$ 2150 per ogni vita salvata.³ Un investimento aggiuntivo è cruciale per garantire un supporto rispettoso per la madre e il bambino, anche dopo la morte.

iniziative nazionali e globali per la salute delle donne e dei bambini: (1) La morte in utero è stata inserita nei report ufficiali sull'impatto della morte infantile neonatale e materna? (2) L'alta qualità delle cure antenatali e intraparto comprende interventi specifici per prevenire la morte in utero? (3) Le morti in utero sono monitorate attraverso l'utilizzo di indicatori di obiettivo o di outcome o entrambe?

Questa serie presenta tre criteri per stabilire se le morti in utero sono state effettivamente integrate all'interno delle

Panel 1: Chiamata all'azione per prevenire le morti in utero evitabili⁵

Obiettivi di mortalità entro il 2030 (inclusi nell'Every Newborn Action Plan)

- Natimortalità uguale o inferiore a 12 casi su 1000 nascite totali in tutti i paesi
- Tutti i paesi devono stabilire e raggiungere degli obiettivi di uguaglianza delle cure, per registrare e prevenire le morti in utero

Obiettivi di copertura universale dell'assistenza sanitaria

- Pianificazione familiare: entro il 2020, altri 120 milioni di donne dovranno avere accesso ai contraccettivi; entro il 2030 ci dovrà essere un accesso universale ai servizi di assistenza per la salute sessuale e riproduttiva, introducendo la salute riproduttiva nelle strategie e nei programmi sanitari nazionali
- Assistenza prenatale: entro il 2030, accesso universale ad una assistenza antenatale completa per tutte le donne.
- Assistenza nel parto e puerperio: entro il 2030, assistenza intraparto efficace e rispettosa per tutte le donne.

Pietre miliari

- Tutte le pietre miliari globali e nazionali di *Every Newborn* dovranno essere raggiunte entro il 2020, compresa la *Measurement Improvement Roadmap*
- Assistenza rispettosa, compreso il supporto al lutto: entro il 2020, consenso globale su un pacchetto di interventi dopo la morte in gravidanza e dopo il parto per la famiglia, la comunità e gli operatori in tutti gli ambienti
- Ridurre lo stigma: entro il 2020, tutti i paesi dovranno identificare un approccio per ridurre lo stigma associato alla morte in utero in tutte le figure coinvolte, specialmente gli operatori sanitari e la comunità.

Azioni prioritarie per ridurre il trend di natimortalità

LEADERSHIP INTENZIONALE:	Massimizzare le leadership esistenti; assicurarsi che le organizzazioni mondiali includano la natimortalità nei programmi di salute materno-infantile, coinvolgendo i genitori e sostenendo chi già se ne occupa.
AUMENTARE LA VOCE, specialmente delle donne:	Empowerment delle donne perché reclamino maggiore qualità nella vita e nell'assistenza e il supporto alle vittime di morte endouterina; sviluppare protocolli culturalmente adeguati per una rispettosa cura dopo la morte; ridurre lo stigma.
IMPLEMENTARE interventi integrati con investimenti adeguati:	Assicurare assistenza di alta qualità per tutte le donne durante la gravidanza, al parto, nel puerperio e in caso di morte endouterina; focalizzarsi sugli interventi di maggior impatto, specialmente l'assistenza intraparto nei paesi più disagiati; affrontare gli ostacoli dei sistemi sanitari, specie la richiesta di personale qualificato, soprattutto ostetriche; aumentare i finanziamenti e promuovere il rinnovamento in maniera commisurata ai 2*6 milioni di morti l'anno; promuovere azioni a livello globale, nazionale e regionale, nell'ambito della <i>Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health</i> .
INDICATORI PER MISURARE L'IMPATTO e monitorare i progressi:	Registrare ogni gravidanza ed ogni bambino, inclusi i nati morti, sviluppando soprattutto i registri anagrafici e sanitari; integrare nei piani di registrazione delle sezioni specifiche per la natimortalità, al fine di valutare la copertura e la qualità dei servizi di prevenzione della morte in utero e di supporto ai genitori; utilizzare strumenti di audit perinatale e sistemi di classificazione univoci a livello globale.
IDENTIFICAZIONE delle lacune cruciali nella formazione:	Affrontare le lacune nella formazione stabilendo delle priorità per la prevenzione della morte in utero e per il supporto al lutto, compresa la ricerca traslazionale perché la scienza spinga verso l'innovazione; sviluppare le capacità di ricerca.





Credit: Colin Crowley/Save the Children/Ethiopia

Panel 2: Azioni necessarie nei paesi ad elevato reddito⁴

- Monitorare e affrontare i determinanti sociali di benessere materno-fetale in ogni paese, comprese le strategie per ridurre l'obesità e il fumo nelle donne in età riproduttiva.
- Adottare a livello nazionale in ogni paese strumenti di qualità per l'audit clinico nella morte perinatale.
- Offrire ai genitori dei bambini nati morti autopsie di qualità e analisi istopatologiche della placenta condotte da patologi specificamente qualificati.
- Fornire formazione per la gestione del lutto a tutti gli operatori sanitari.
- Intraprendere attività di ricerca per migliorare la prevedibilità della morte in utero, con uno specifico focus sui meccanismi di danno placentare e sulla morte endouterina non spiegata.
- Eliminare lo stigma e il fatalismo intorno alla morte in utero attraverso la partnership tra i genitori e gli operatori sanitari, l'educazione e le azioni a livello della comunità.

Altre informazioni

The Lancet Ending preventable stillbirths Series 2016:
<http://www.thelancet.com/series/ending-preventable-stillbirths>

The Lancet Every Newborn Series 2014:
<http://www.thelancet.com/series/everynewborn>

The Lancet Midwifery Series 2014:
<http://www.thelancet.com/series/midwifery>

Bibliografia

Tutti gli articoli della Serie sono disponibili su www.thelancet.com

- 1 Frøen JF, Friberg IK, Lawn JE, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group. Stillbirths: progress and unfinished business. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00818-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00818-1).
- 2 Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group with *The Lancet* Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5).
- 3 Heazell AE, Siassakos D, Blencowe H, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group, with *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths investigator group. Stillbirths: economic and psychosocial consequences. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00836-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00836-3).
- 4 Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths study group and *The Lancet* Stillbirths in High-Income Countries Investigator Group. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01020-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01020-X).
- 5 de Bernis L, Kinney MV, Stones W, et al, for *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series study group with *The Lancet* Ending Preventable Stillbirths Series Advisory Group. Stillbirths: ending preventable deaths by 2030. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00954-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00954-X).

Articoli e commenti collegati

- 6 Blencowe H, Cousens S, Bianchi Jassir F, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet Glob Health* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00275-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00275-2).
- 7 Zhu J, Liang J, Mu Y, et al. Sociodemographic and obstetric characteristics of stillbirths in China: a census of nearly 4 million health facility births between 2012 and 2014. *Lancet Glob Health* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)00271-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)00271-5).
- 8 Horton R, Samarasekera U. Stillbirths: ending an epidemic of grief. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01276-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01276-3).
- 9 Homer C, Malata A, ten Hoope-Bender P. Supporting women, families, and care providers after stillbirth. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01278-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01278-7).
- 10 ten Hoope-Bender P, Stenberg K, Sweeny K. Reductions in stillbirths—more than a triple return on investment. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01277-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01277-5).
- 11 Kiguli J, Munabi IG, Ssegujja E, et al. Stillbirths in sub-Saharan Africa: unspoken grief. *Lancet* 2016; published online Jan 18. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01171-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01171-X).

Riconoscimenti

The Lancet Ending Preventable Stillbirths study group: J Frederik Frøen, Joy E Lawn, Alexander E P Heazell, Vicki Flenady, Luc de Bernis, Mary V Kinney, Hannah Blencowe, and Susannah Hopkins Leisher.

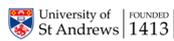
We thank Aleena Wojcieszek for leading the first draft of the summary and Udani Samarasekera and Emilia Harding for editorial review.

Layout: Chris Rowland and Stacey Black - Miracle Interactive, Cape Town

Study Team



Advisory Group



Support for translation of the Italian version by:

