

CORSO DI BIOETICA
MALATTIA E BELLEZZA DELLA VITA
24 NOVEMBRE 2016 - FERRARA

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore



FONDAZIONE

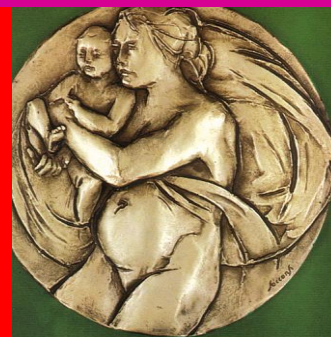
Il cuore in una goccia

***QUANDO LA MALATTIA PRECEDE
LA NASCITA : DOVE DIMORA LA
BELLEZZA ?***

***UNIVERSITA'
CATTOLICA
DEL SACRO CUORE***

***UOC HOSPICE
PERINATALE***

***DIRETTORE
Prof GIUSEPPE NOIA
CENTRO PER LE CURE
PALLIATIVE PRENATALI
ROMA***



GIUSEPPE NOIA

***WWW
noiaprenatalis.it
pi.noia @ tin.it
POLICLINICO GEMELLI***

ROMA



1. PANORAMA ANTROPOLOGICO E PSICO SOCIALE

- ***QUANDO LA MALATTIA PRECEDE
LA NASCITA : DOVE DIMORA LA
BELLEZZA ?***
- ***POSSIAMO PREVENIRE IL
VERIFICARSI DELLE MALATTIE ?***

LE SFIDE DELLA BIOETICA SULLA VITA NASCENTE E SULLA FAMIGLIA

1. LE CELLULE STAMINALI

2. LE BIOTECNOLOGIE E L'INGEGNERIA GENETICA

3. LA FECONDAZIONE ARTIFICIALE

4. LA CLONAZIONE

5. LA DIAGNOSI PRENATALE

6. LA DIAGNOSI PREIMPIANTO

7. L'EUTANASIA E L'EUTANASIA SIA PRE- CHE POSTNATALE

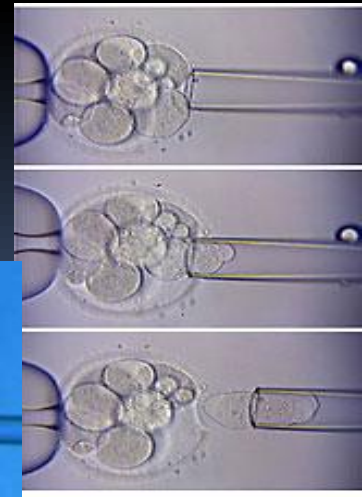
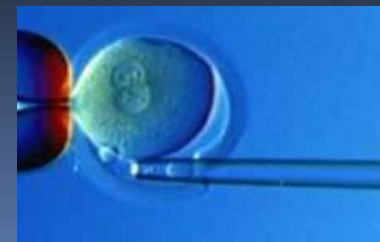
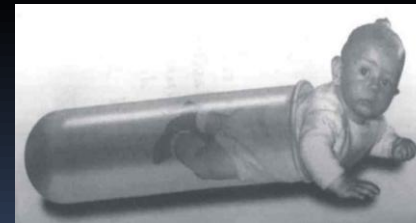
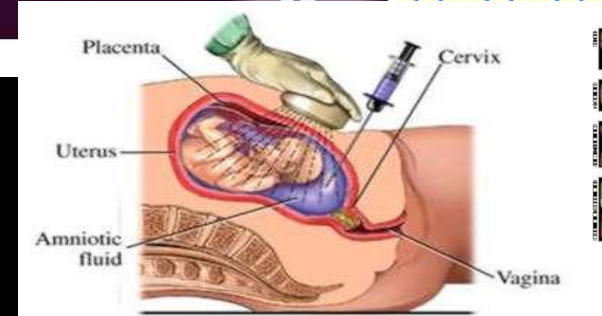
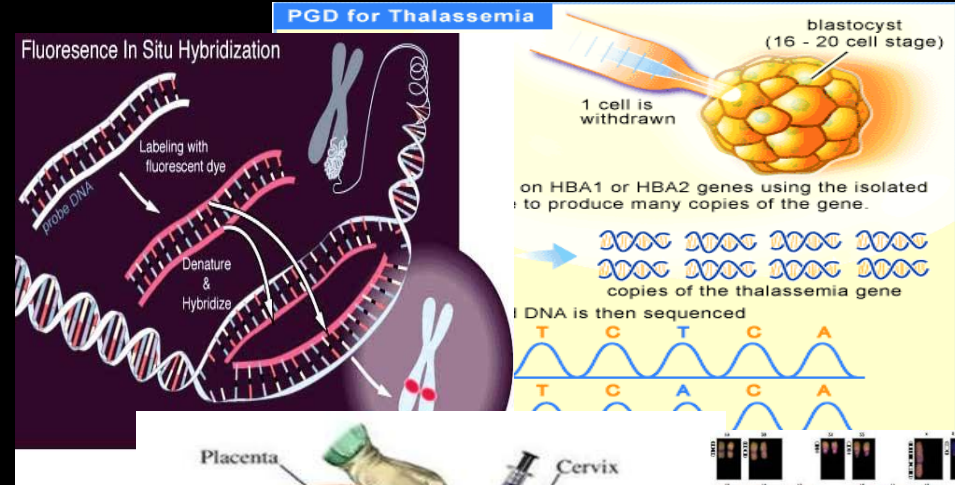
8. LA TRAPIANTOLOGIA

9. LA MEDICINA RIGENERATIVA

10. LA BIOETICA DEL DIRITTO

11. LA BIOETICA DELL'AMBIENTE

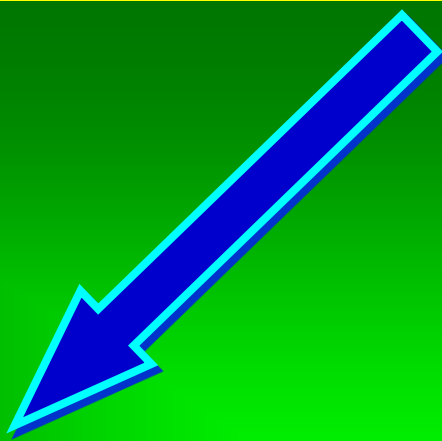
12. LA BIOETICA DELLA POLITICA



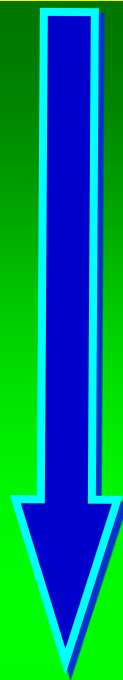


TANTA INFORMAZIONE
SCARSA CONOSCENZA
NESSUNA CONSAPEVOLEZZA

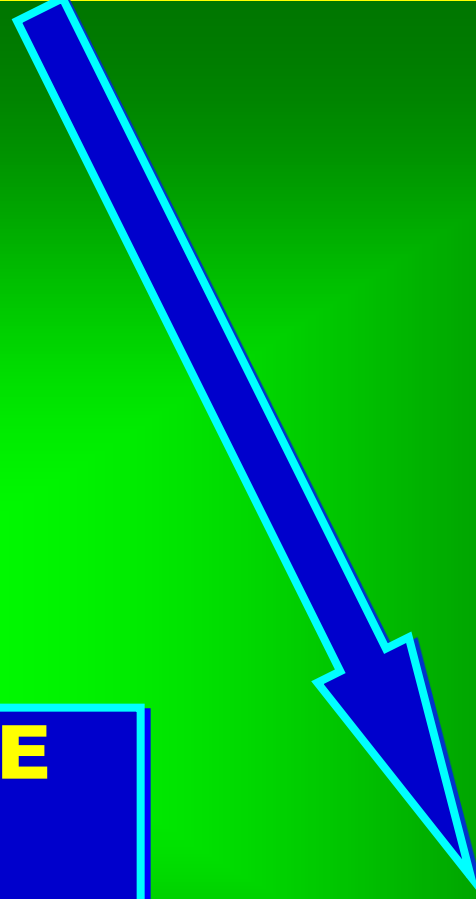
OBIETTIVO : LA GRANDE DIGNITA' DEL DONO DELLA VITA



**AIUTARE
A CONOSCERE**



**AIUTARE AD ESSERE
CONSAPEVOLI
E A «SENTIRE»**



**AIUTARE
A DISCERNERE**

DALLA

INFORMAZIONE

ALLA

CONOSCENZA



Voi e io siamo stati creati per cose più grandi. Non siamo stati creati solo per passare attraverso questa vita senza uno scopo. E quel grande scopo è vivere ed essere amati, e non possiamo amare se non conosciamo. La conoscenza conduce sempre all'amore e l'amore al servizio.

AIGOC



Ass. Ital. Gin. Ost. Cattolici

IACOG

Italian Association of Catholic Obstetricians and Gynecologists



**ASSOCIAZIONE ITALIANA
GINECOLOGI OSTETRICI
CATTOLICI**

A I G O C

Web.site www.aigoc.com

FONDATA

25 MARZO 2009

ADESIONI

53 MEMBRI

ATTIVITA'

12 CONFERENZE

14 CONVEGNI PER LA

SCUOLA ITINERANTE

25 COMUNICATI STAMPA

46 PASSAGGI TELEVISIVI

PATRONI

S.GIUSEPPE MOSCATI

S.GIANNA BERETTA MOLLA

RICONOSCIMENTO

ASSOCIAZIONE PRIVATA DI

FEDELI IL 25 LUGLIO 2014

DALLA DIOCESI SUBURBICARIA

DI PALESTRINA

(MONS. SIGALINI)

Ragione e vita

non si oppongono così,
come non si oppongono
verità e scienza

**LA SCIENZA E
LA VITA NASCENTE**

**LE TRE
BARCHE**

IL FETO

**IL CONTESTO
SOCIO-CULTURALE**

**IL MONDO
MEDICO E LA
SCIENZA
PRENATALE**

**LA COPPIA
LA FAMIGLIA**

**QUAL'E' LA "VERA" SFIDA DELLA BIOETICA ?
AIUTARE IL PASSAGGIO : DALLA
INFORMAZIONE ALLA CONOSCENZA !!!**

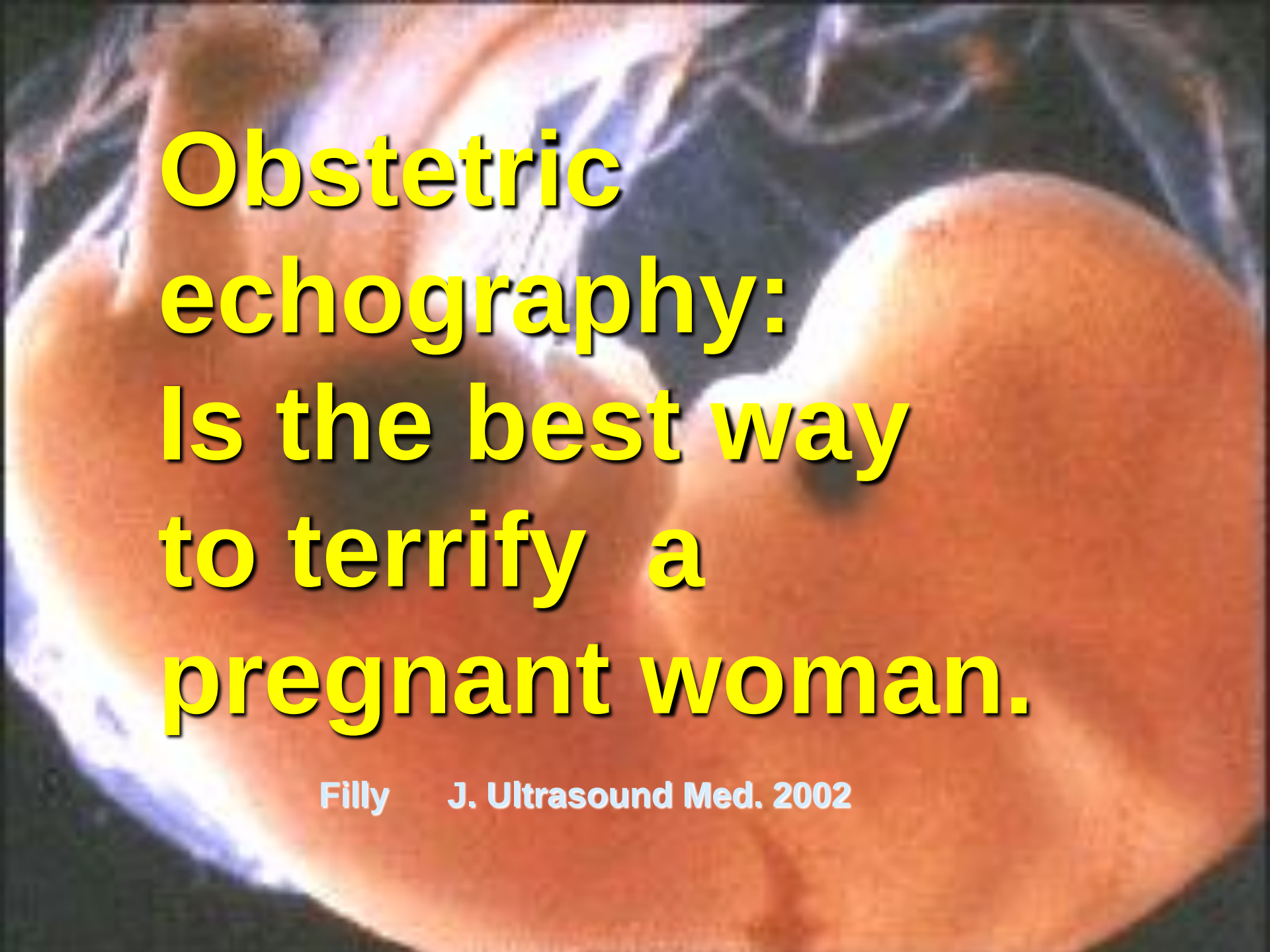


il dono della vita e la salute psicologica della donna

La salute psicologica

(modificato da studio ENPAM 2006)

- **L'OMS ritiene che nei prossimi anni la depressione diventerà la prima causa di invalidità al mondo con**
- **ripercussioni sia sul piano del lavoro che del mondo familiare**
- **11 milioni di persone colpite da varie tipologie di depressione in Italia**
- **Il 70% sono donne**
- **Il 40% sono casalinghe con disagi di varia entità**
- **Il 5% è affetto da depressione maggiore, con un picco intorno ai 40 anni**



**Obstetric
echography:
Is the best way
to terrify a
pregnant woman.**

Filly J. Ultrasound Med. 2002

LA SOLITUDINE DELLE FAMIGLIE



**DINANZI A UNA DIAGNOSI INFAUSTA
DEL PROPRIO BAMBINO SI CREA UNA
VORAGINE DI SOLITUDINE**



LA SOLITUDINE DELL'EMBRIONE



SOLITUDINE GIURIDICO- BIOLOGICA
SOLITUDINE STORICO-POLITICA



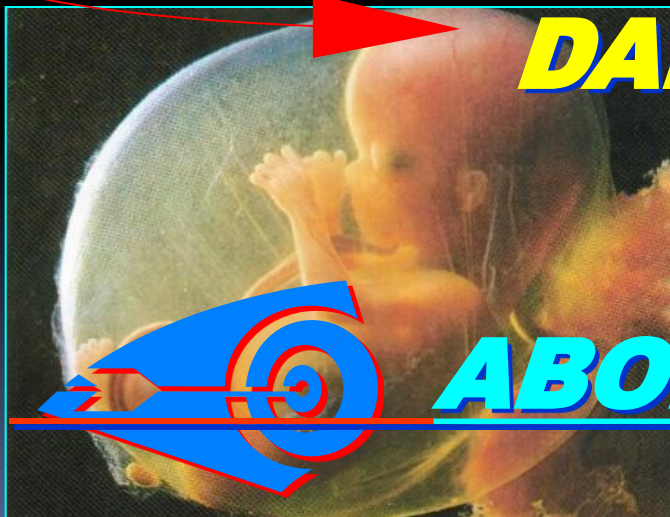
SOLITUDINE ETICO-MORALE
SOLITUDINE GENITORIALE



«PERFECT FETUS SYNDROME»

LA SINDROME DEL FETO **PERFETTO**

**CRESCIE E SI SVILUPPA IN UN ITER ANSIOSO DI
ESAMI E TECNICHE DIAGNOSTICHE**



***DALL'ANSIA AL
RIFIUTO***

ABORTO

EUGENETICO



FETO MALFORMATO

**MINACCIA PER
LA SOCIETA'**



***VITA
SBAGLIATA ,
VITA INUTILE***

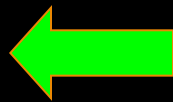


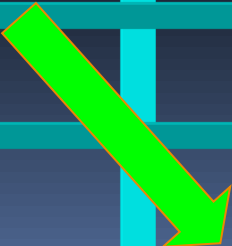
***ABORTO
SELETTIVO***

TREND DELL'ABORTO EUGENETICO SELETTIVO

PRIMA E DOPO I 90GIORNI

LEGGE 194 (22 MAGGIO 1978)

ANNI	ABORTO PRIMA DEI 90 GG	ABORTO DOPO 90 GG
1981	224.377	1238 (0.5%) 
1994	138.952	1788 (1.2%)
1999	139.213	2253 (1.6%)
2001	///	2.1 %
2003	///	2.3 %
2006	///	2.6 %
2010		3,0 %
2012		3,8% 



Il tasso del 2013

4.2 %

IL FIGLIO
E LA RELAZIONE
SIMBIOTICA
CON LA MADRE

***Le conseguenze sulla salute mentale dopo aborto
volontario: Elliot***

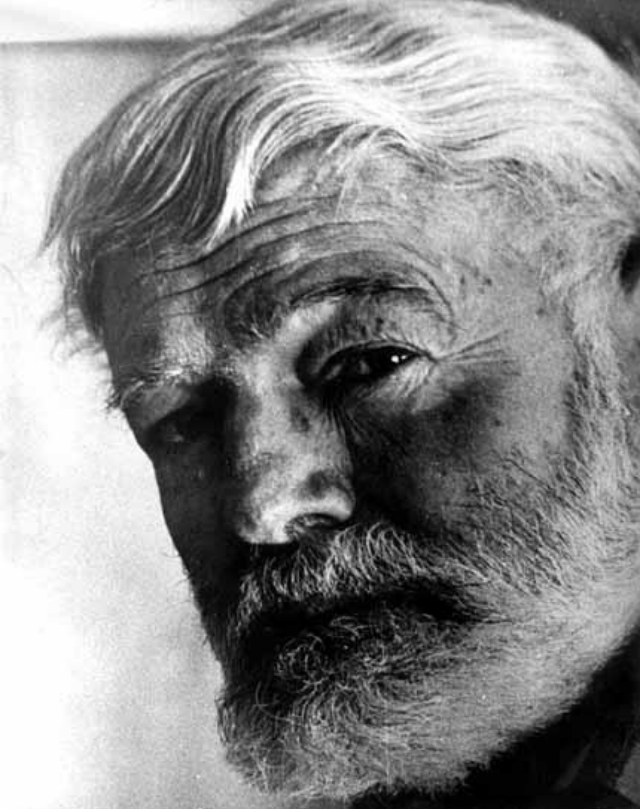
Institute for Social Sciences Research (2004):

- il 90% di queste donne soffre di danni psichici nella stima di sé;**
- il 50% inizia o aumenta il consumo di bevande alcoliche e/o quello di droga;**
- il 60% è soggetto a idee di suicidio;**
- il 28% ammette di aver persino provato fisicamente a suicidarsi;**
- il 20% soffre gravemente di sintomi del tipo stress post-traumatico;**
- il 50% soffre dello stesso in modo meno grave;**
- il 52% soffre di risentimento e persino di odio verso quelle persone che le hanno spinte a compiere l'aborto.**



***GLI ESSERI UMANI, ANCHE SE
SONO DESTINATI A MORIRE, NON
SONO NATI PER MORIRE, MA PER
INCOMINCIARE.***

HANNAH ARENDT



**"In vendita:
scarpe da
bambini.
Mai usate."**

E. Hemingway

**4 domande
dinanzi a queste
solitudini e a
questi dolori**

1° domanda

***CUSTODIRE IL DONO DELLA VITA :
SOLITUDINE , INDIFFERENZA
E SOLIDARIETA'***

**SAPPIAMO RISPONDERE ALLA
INDIFFERENZA E ALLA SOLITUDINE
DELL'EMBRIONE CON LA SOLIDARIETA'?
E QUANTO
SIAMO SOLIDALI
CON IL VALORE DEL DONO
DELLA VITA ?**

2° domanda

***CUSTODIRE LA VITA
E
LA SUA PREZIOSITA'***

**CON QUALI OCCHI
GUARDIAMO
LA PREZIOSITA' DI QUESTO
VALORE
E COME LO DIFENDIAMO ?**

3° domanda

***CUSTODIRE IL DONO DELLA VITA
E IL NESSO CON LA CONOSCENZA***

***Ci si rende conto che non si
puo' essere solidali se non si***

***CONOSCONO i problemi e non si
riflette sulle evidenze. ?***

***Siamo veramente consapevoli che la
mancanza di conoscenza e'
una grande responsabilita' omissiva
nel custodire il valore del dono della
vita ?***

4° domanda

**CUSTODIRE IL DONO DELLA VITA
E IL NESSO CON LA TENEREZZA**

**LA TENEREZZA E' STATA CANCELLATA
DALL'ESSERE SOLIDALI CON IL DONO DELLA VITA
E DALLA SUA ACCOGLIENZA E DELICATEZZA
NEL CUSTODIRLO ?**

**ABBIAMO PAURA DI CONTAMINARE LA
SCIENZA CON LA TENEREZZA E CON LO
SGUARDO DI CONTEMPLAZIONE VERSO
QUESTO VALORE, CHE E' UN GRANDISSIMO
E MERAVIGLIOSO DONO ?**

2. PANORAMA SCIENTIFICO



L'EMBRIONE E' SEGNO DI CONTRADDIZIONE
NELLA CULTURA DELLO SCARTO

**I FIGLI TERMINALI
dinanzi alla ricerca
del figlio o quando
il figlio
c'è già**



TERAPIA EDUCAZIONALE



**Cerca di opporsi alla terminalita'
indotta dalla IGNORANZA (cioe'
dal non conoscere in modo
scientifico corretto molte
condizioni fetali) e dalla
MEDICINA DIFENSIVA**



Cultura di.... morte

MINISTERO DELLA SALUTE 2014

**Perdita embrionale da
fecondazione extracorporea**

91% ←

Perdita embrionale da scongelamento

92% ←

**Perdita embrionale dopo biopsia
preimpianto**

93% ←

Perdita fetale da diagnosi prenatale di

Down

92% ←

■ **"NOI CI RITROVEREMO A**
DIFENDERE E CUSTODIRE
L'INCREDIBILE
SENSATEZZA E
TENEREZZA
DEL DONO DELLA
VITA UMANA"
(Chesterton 1913)

***Cultura di....
morte***

***Risposte di
vita***

L'INVITO A SERVIRE LA
FRAGILITA' UMANA
NELLA VITA PRENATALE
E' ARRIVATO
35 ANNI FA !!!

Consegna della Laurea honoris causa
nel dicembre 1981 a
MADRE TERESA DI CALCUTTA



Dicembre 1981

***E a Voi, medici di questo Policlinico , io dico:
“Se c’è una donna che non vuole il proprio
bambino...GIVE HIM TO ME!***

***Datelo a me,me lo prendo io ! ” Aiutate le mie
consorelle e le mie ragazze madri della
CASA ALLEGRIA di Primavalle!!***

Perché la diagnosi prenatale invasiva all'Università Cattolica?

- ✓ Il significato della diagnosi prenatale (e di quella invasiva in particolare);
- ✓ La presenza di una indicazione;
- ✓ La valutazione di un rischio eticamente accettabile e proporzionato;
- ✓ L'uso di procedure invasive che abbiano una doppia valenza, diagnostica e terapeutica;
- ✓ La possibilità' di effettuare analgesia al feto come si procede nell'adulto , anche a fini di palliazione clinica o nocicettiva



**Cosa si intende per feto
terminale?
Esiste un
accompagnamento?**

TELEFONO

ROSSO

• Attività di consulenza telefonica per la prevenzione del danno malformativo da farmaci, radiazioni ionizzanti e malattie infettive.

LA RETE PRENATALE

06 305 00 77

***HOSPICE
PERINATALE***

PAT.OSTETRICA

• **Ospedalizzazioni** per tutte quelle condizioni patologiche fetali non trattabili in regime di Day Hospital

DAY HOSPITAL OSTETRICO

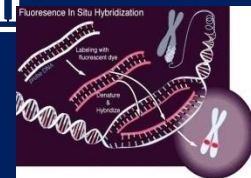
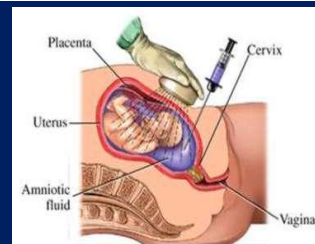
• **Consulenze su patologie fetali ad alto rischio (TERAPIA EDUCAZIONALE)**

- Visite ostetriche
- Ecografie ostetriche transvaginali e transaddominali
- Doppler velocimetria materna e fetale
- Ecocardiografia fetale

DAY HOSPITAL OSTETRICO

- Amniocentesi diagnostiche
- Cordocentesi diagnostiche
- Amnioinfusioni
- Amnioriduzioni
- Paracentesi fetali
- Toracentesi fetali
- Cistopielocentesi fetali
- Drenaggio di cisti ovariche fetali
- Trasfusioni intrautero intravascolari
- Trasfusioni intrautero intraperitoneali
- Posizionamento di shunt
- Analgesia e curarizzazione fetale

***COMFORT
CARE***



Mortalita' infantile ($\leq 1a$)
1ª causa: malformazioni
(1.2‰)

Hay padres que quieren a sus
hijos gravemente enfermos
y que desearían acompañarlos
hasta el último momento

Ci sono genitori che amano i
loro figli gravemente malati e
che desiderano accompagnarli
fini all'ultimo momento

***HOSPICE-
PERINATALE***

TERAPIE FETALI

**CURE PALLIATIVE
PERINATALI-**

COMFORT CARE

National Vital Statistics Reports, 2011. CDC. USA

1. PREVENZIONE

Recommendation

Italian Network Folic Acid Promotion



PERIODO PRECONCEZIONALE

I 4 LIVELLI DI INTERVENTO

PERIODO POSTCONCEZIONALE

2. COUNSELLING

**FETO CONSIDERATO CURABILE
O INCURABILE**



3. TERAPIE FETO- NEONATALI

**4 ACCOMPAGNAMENTO DEL FETO TERMINALE –
COMFORT CARE**

TERAPIA FETALE

```
graph TD; A[TERAPIA FETALE] -- Red Arrow --> B[TRANSPLACENTARE]; A -- Yellow Arrow --> C[INVASIVA ECO GUIDATA]; A -- Green Arrow --> D[CHIRURGICA FETALE "OPEN" O FETOSCOPICA E "NON OPEN"];
```

**INVASIVA
ECO GUIDATA**

TRANSPLACENTARE

**CHIRURGICA FETALE
“OPEN” O FETOSCOPICA
E “NON OPEN”**

L'EVOLUZIONE DELLE CONOSCENZE DEL BENESSERE FETALE

STORIA NATURALE

MALATTIA FETALE

FETO TERMINALE

CONSULENZA PRECONCEZIONALE

ITALIA	15 %
---------------	-------------

USA	62 %
------------	-------------

Terapia educativa



**Educare alla consapevolezza
con consulenze che riducano
l'amplificazione del rischio e
contengano il dubbio
diagnostico , l'ansia e ,quindi ,
il rifiuto !!!**



E' UNA SFIDA CULTURALE
CHE USA TUTTE LE
RAGIONI DELLA RAGIONE !!

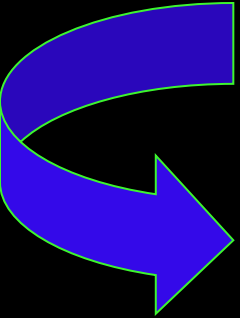


DALLA
INFORMAZIONE
ALLA
CONOSCENZA!

PERIODO POSTCONCEZIONALE

Amplificazione del rischio

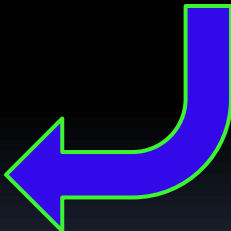
**La diagnosi diventa una
sentenza !!!**



2. COUNSELLING

1. L' IGROMA CISTICO

**2. IL TERATOMA SACRO
COCCIGEO**



Terminalita' indotta

FETO RESO TERMINALE
DALLA IGNORANZA
E DALLA MEDICINA DIFENSIVA

LE MALFORMAZIONI STRUTTURALI

L'IMPORTANZA DEL COUNSELLING CON
LA METODOLOGIA PIU'
INOPPUGNABILE
E SCIENTIFICA :
LE STORIE NATURALI !!!



COUNSELLING



Igroma cistico

- Alta prevalenza di aneuploidie
- Alta prevalenza di cardiopatie

Fetal cystic hygroma: the importance of natural history

G. Noia^a, M. Pellegrino^{a,*}, L. Masini^a, D. Visconti^a, C. Manzoni^b,
G. Chiaradia^c, A. Caruso^a

^aObstetrics and Gynaecology, Catholic University of Sacred Heart, Rome, Italy

^bPaediatric Surgery, Catholic University of Sacred Heart, Rome, Italy

^cHygiene Institute, 'San Camillo/Forlanini' Hospital, Rome, Italy



25 anni di follow - up

Study design:

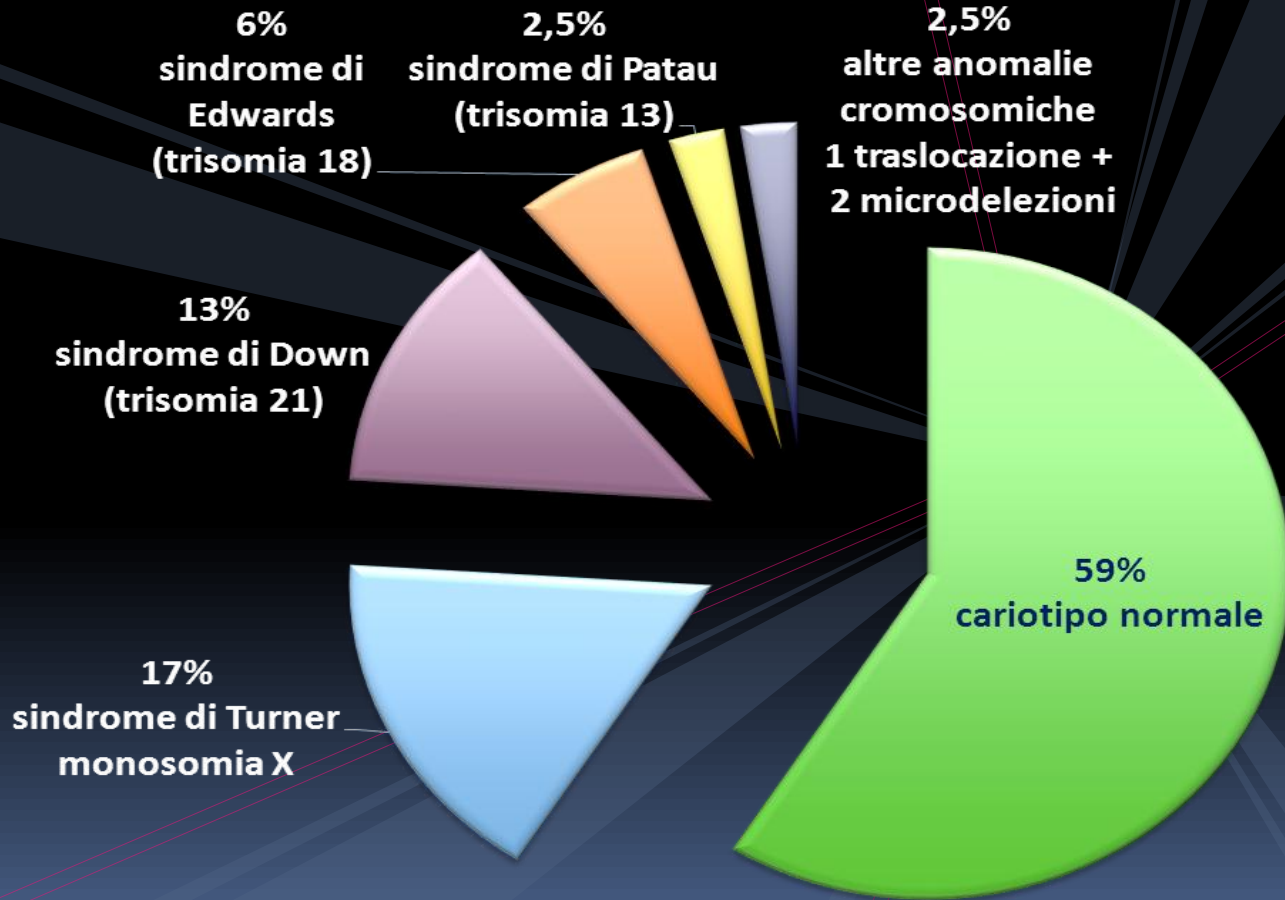
From May 1985 to September 2010,
207 pregnancies were seen at authors' centre with
suspected vascular–lymphatic fetal malformation: 156 of
them had Cistic Hygroma Cases were followed up by
telephone interview to determine fetal and neonatal

ANALISI DEL CARIOTIPO

53% della popolazione di studio



- **amniocentesi**
- **villocentesi**
- **cordocentesi**



Resultati

Su 156 casi di igroma cistico, la caratteristica ecografica di settazione e' stata trovata nel **75% dei** casi, associata con altre patologie **nel 74%**, retronucale **nell'88%**.

La regressione intrauterina e' stata osservata nel 36% dei casi, con completa scomparsa nel 77%.

(REVERSAL)

Il follow-up e' stato completato in 85 casi ed e' stato dimostrato

- 1. 54 aborti spontanei (63%)**
- 2. 43 nati vivi (37%). Tra questi 26 su 43 nati hanno avuto un outcome favorevole(61%).**

	pz	sezzo	età	Vineland	Griffith/ matrici	ABC
1	D.M.C.	♂	1 anno e 2 mesi	0	0	
2	R.G.B.	♂	1 anno e 6 mesi	0	0	
3	S.P.	♀	2 anni e 4 mesi	0	0	
4	D.L.L.	♂	2 anni e 5 mesi	0	0	
5	B.F.	♂	3 anni e 3 mesi	0	0	
6	R.D.	♀	5 anni e 9 mesi	0	0	1
7	C.G.	♂	5 anni e 9 mesi	0	0	0
8	M.M.	♀	6 anni e 9 mesi	0	0	0
9	M.I.	♂	7 anni e 6 mesi	0		
10	P.S.	♀	7 anni e 6 mesi	0		
11	M.M.	♂	9 anni	0		
12	V.A.	♀	10 anni	0		
13	C.E.	♀	10 anni	0		
14	C.R.	♀	10 anni	0		
15	M.A.	♀	10 anni	0		
16	C.G.	♂	12 anni	0		
17	S.M.I.	♀	13 anni	0		
18	S.D.P.	♂	13 anni	0		
19	S.A.	♂	14 anni	0		
20	P.G.	♀	14 anni	0		
21	F.S.	♂	15 anni	0		
22	T.E.	♂	15 anni	0		
23	S.E.	♀	16 anni	0		
24	G.G.	♀	19 anni	0		
25	T.D.	♂	26 anni	0		

VINELAND
cognitivo
+
motorio

GRIFFITH
cognitivo
MATRICI
cognitivo

ABC
motorio

VALUTAZIONE NPI:
OUTCOME NEUROCOGNITIVO
E PSICOMOTORIO

legenda: 0 = normale; 1= patologico

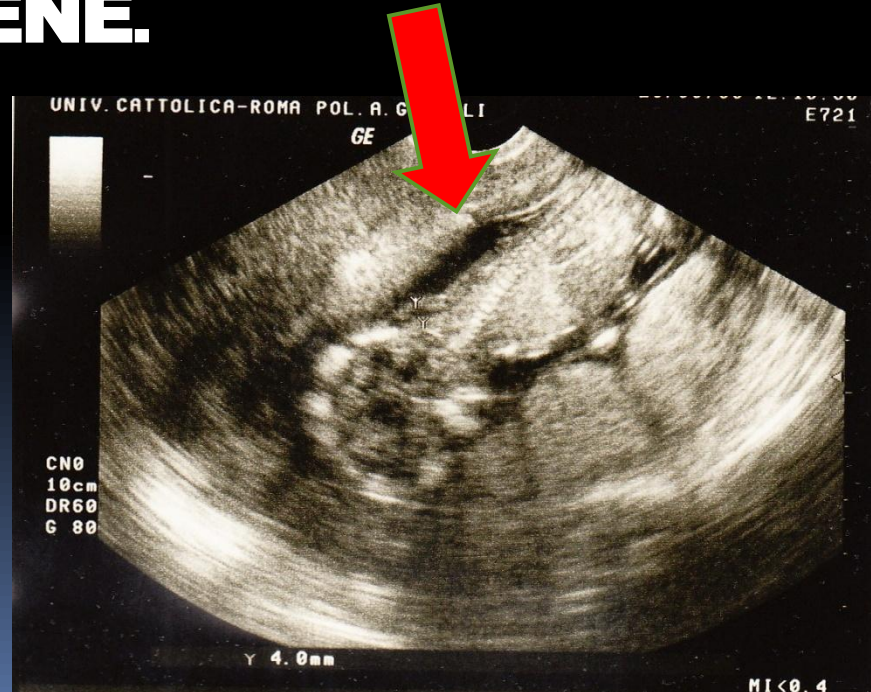
CASO CLINICO 1 : IGROMA SCOMPARSO

DIAGNOSI: igroma non settato, 11 sett, riassorbito a 22 sett, no riduzione progressiva. Oligoamnios. Cariotipo 46 XX. Ecocardio fetale nella norma.

PARTO: PS, 40 sett, 3000 gr.

ESITO NEONATALE: la bambina è stata rianimata per problemi connessi al parto.

FOLLOW - UP: STA BENE.



CASO CLINICO 2: IGROMA SCOMPARSO



DIAGNOSI: igroma cistico non settato (TV), a 9 sett, mai ridotto ecograficamente, non presente alla nascita.

Cariotipo 46 XY.

Ecocardio fetale nella norma.

PARTO: PV, 40 sett, 4200 gr.

**NESSUN PROBLEMA ALLA NASCITA.
VITA NORMALISSIMA.**



Diagnosi: 12 sett, igroma settato,
scomparso a 17 settimane

Risultato amniocentesi: 46 XY

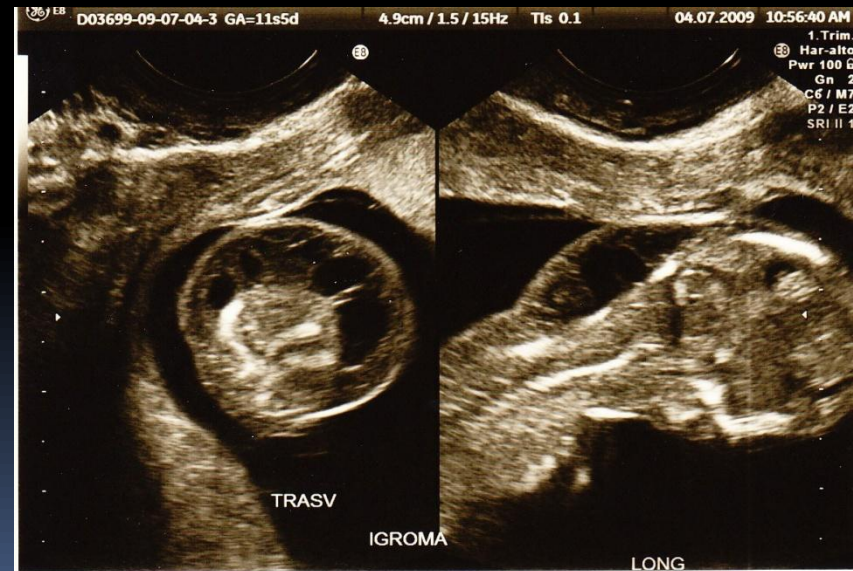
Eseguiti in gravidanza ecocardio fetale e flussimetria: nella norma

Altro: pielectasia sinistra lieve (ridotta anche quella), iposviluppo

Parto: 39 sett, 2010, TC, 3530 gr,
nessun problema alla nascita.

Nessun intervento dopo.

Vita normalissima.



CASO CLINICO 1: IGROMA SCOMPARSO

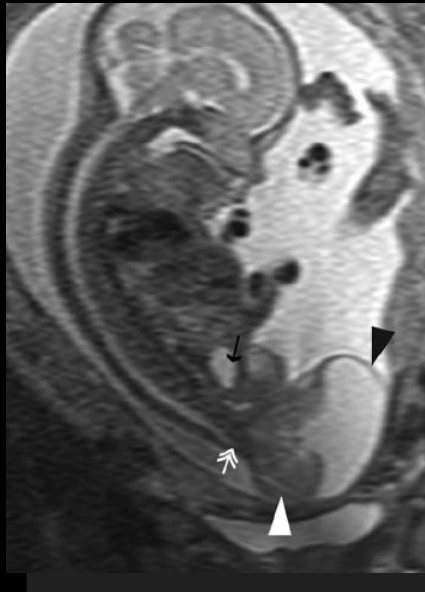
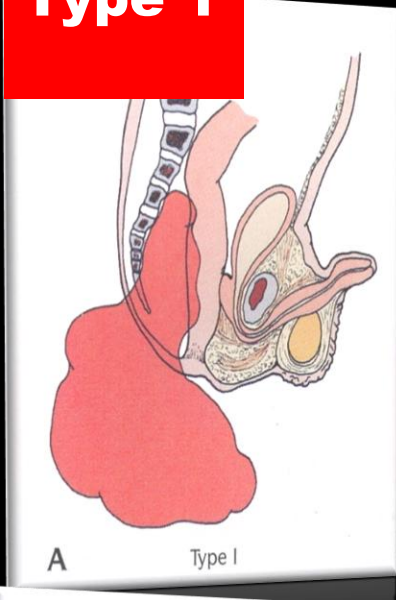
Sacro – Coccygeal Teratoma

**SCT is the most frequent neonatal
benignant tumor;
it represents the 45% of all teratomas
Incidence: 1 / 40.000 neonates
F/M : 3/1**

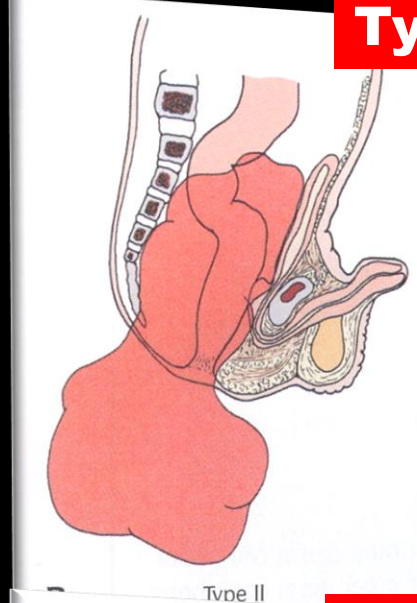


**Classification –
(Surgical Section of the American Academy of Pediatrics -
AAPSS,
Altmann et al., *J Ped Surg*, 1974)**

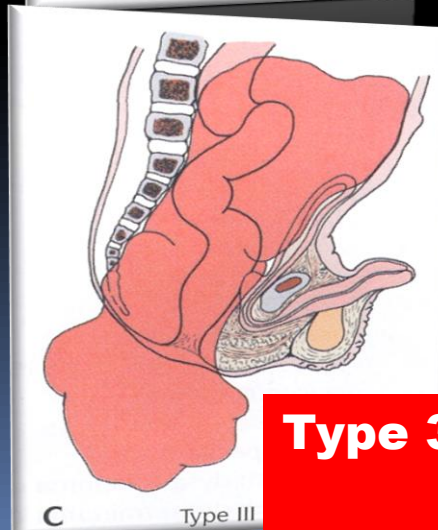
Type 1



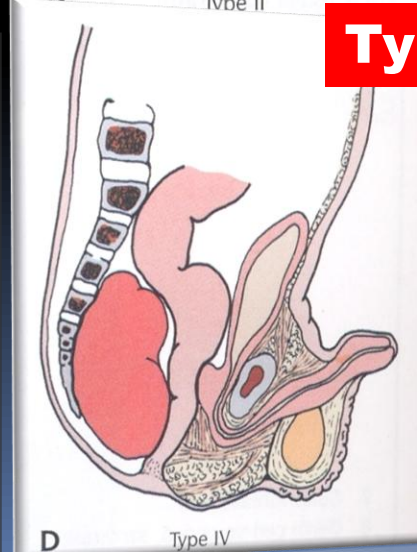
Type 2



Type 3



Type 4



Fetal intervention

- ***Amnioreduction (polyhydramnios)***
- ***Amnioinfusion (oligohydramnios)***
- ***Cordocentesis***
IUFT (intravascular for fetal anemia)
- ***Paracentesis (ascites)***
- ***Fetal analgesia – fetal curarization***
- ***Amnio-exchange***
- ***Shunt positioning (urinary outlet obstruction)***
- ***Digitalization (high output heart failure)***
- ***Corticosteroid administration (RDS prevention)***

Our experience

J. Perinat. Med.
30 (2002) 179–184

Sacroccocygeal teratoma. Outcome and management. An analysis of 17 cases

Luigi Perrelli¹, Carmine D'Urzo¹, Carlo Manzoni¹, Claudio Pintus¹, Marco De Santis², Lucia Masini², and Giuseppe Noia²

¹Division of Pediatric Surgery, ²Department of Obstetrics and Gynecology, Catholic University of The Sacred Heart, Rome, Italy

Today 32 cases

#	Sex	G.A. at birth	Age at diagnosis	Type of Delivery	Polyhydramnios
1	F	40	At birth	Vaginal	No
2	F	37	30 gest wks	C-SECT	No
3	F	33	Postnatal	Vaginal	No
4	M	37	29 gest wks	C-SECT	No
5	F	33	At birth	C-SECT	No
6	F	35	At birth	C-SECT	No
7	F	37	At birth	C-SECT	No
8	M	27	22 gest wks	C-SECT	Yes
9	M	33	28 gest wks	C-SECT	No
10	M	39	At birth	Vaginal	No
11	F	39	27 gest wks	Vaginal	Yes
12	F	35	29 gest wks	C-SECT	Yes
13	M	30	30 gest wks	C-SECT	Yes
14	F	22	21 gest wks	Abortion	No
15	F	35	31 gest wks	C-SECT	Yes
16	F	33	32 gest wks	C-SECT	Yes
17	F	29	25 gest wks	C-SECT	No
18	F	36	30 gest wks	C-SECT	No
19	F	38	22 gest wks	C-SECT	No
20	F	30	25 gest wks	C-SECT	Yes
21	F	39	22 gest wks	C-SECT	No
22	F	33	27 gest wks	C-SECT	No

Results

- **Histology:**
 - 65%: mature
 - 35%: immature
- **Type of access:**
 - 13 sacral (76,5%)
 - 1 abdomino-sacral (6%)
 - [4 abortion]
- **Recurrence:** 3 cases (14,5%), 2 benign and 1 embryonal carcinoma
- **Survival 71%**

1. PREVENZIONE

Recommendation

Italian Network Folic Acid Promotion



PERIODO PRECONCEZIONALE

I 4 LIVELLI DI INTERVENTO

PERIODO POSTCONCEZIONALE

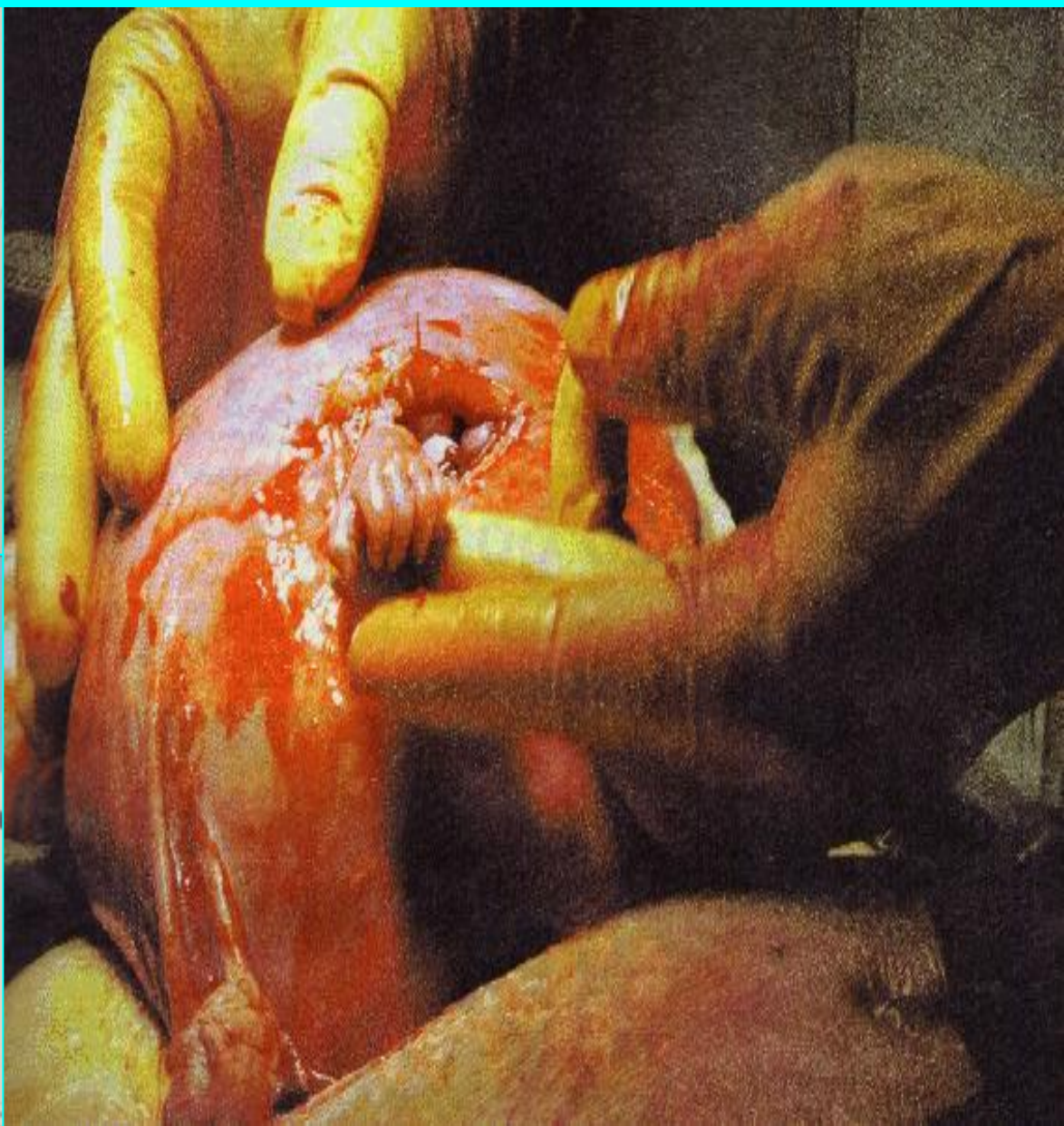
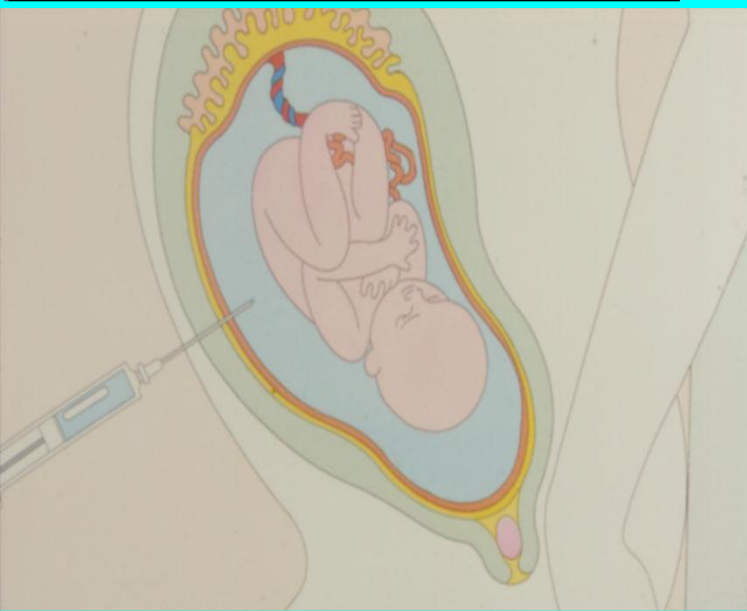
2. COUNSELLING

**FETO CONSIDERATO CURABILE
O INCURABILE**

3. TERAPIE FETO- NEONATALI

4. ACCOMPAGNAMENTO DEL FETO TERMINALE

IL FETO COME PAZIENTE





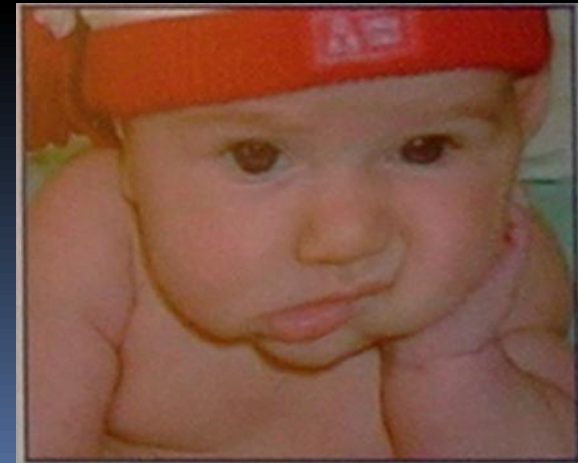
TERAPIA TRANSPLACENTARE



IPOTESI TERAPEUTICHE PRENATALI PER LA SINDROME DI DOWN

IPOTESI TERAPEUTICHE

- 1. Somministrazione di SAL-NAP**
- 2. Somministrazione di Antagonisti del GABA**
- 3. Somministrazione di APIGENINA per os.**
- 4. Silenziare il cromosoma soprannumerario**



Apigenina, un potente antiossidante

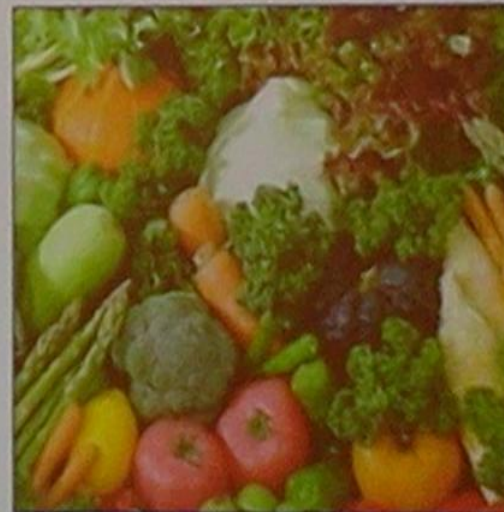
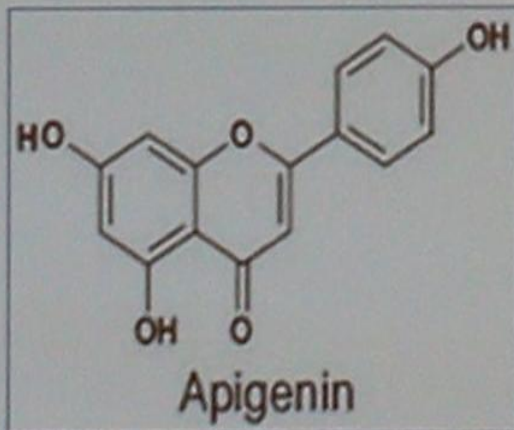
Flavonoide presente in natura

Inibisce lo stress ossidativo

Passa la barriera emato-encefalica

E' stato dimostrato

promuovere la neurogenesi
adulta



Obiettivi nel trattamento della Sindrome di Down

I risultati hanno mostrato un consistente espressione dei geni espressi nei feti affetti da trisomia 21

A differenza delle forme euploidi, tanto più precoce, quanto nel secondo trimestre (?)

Ipotesi: Trattamento dello stress ossidativo in utero *aumenterà la neurogenesi e la morfogenesi del cervello, nel momento in cui il cervello si sta sviluppando attivamente. Da ciò risulterà un aumento della neurocognitività*

Screening dell'Apigenina sulle cellule umane in Vitro

Amniociti euploidi



Apigenin (0, 1, 2, 3, 4, 5 μ M)

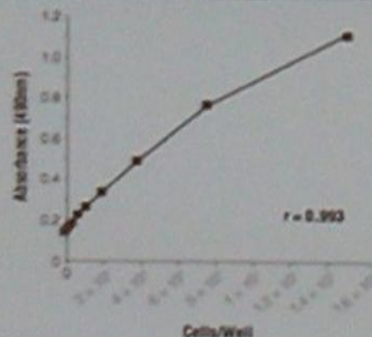
Amniociti portatori di trisomia21



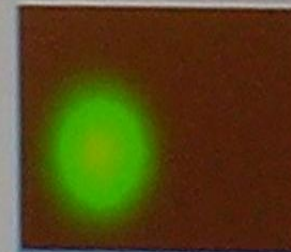
Apigenin (0, 1, 2, 3, 4, 5 μ M)

Trattamento per tre giorni consecutivi

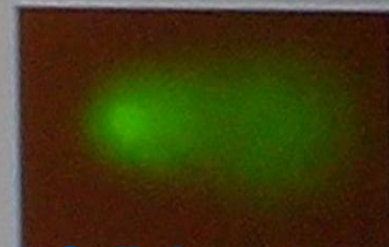
**Analisi di tossicità
(Assay di proliferazione
cellulare)**



**Analisi di efficacia
(Comet Assay)**



**Nucleo
intatto**



**Cellule sotto
stress
ossidativo**

- ***nell'animale sperimentale, l'inoculo intraperitoneale → determina un miglioramento significativo nella funzione neurocognitiva del topo trisomico ,valutate mediante analisi degli esercizi in Morrison pool, rispetto al controllo, al quale è stata somministrata sola soluzione salina)***

PERCORSI DI ACCOMPAGNAMENTO IN CASO DI DIAGNOSI DI SINDROME DI DOWN

- ***1) DIAGNOSI DI SINDROME DI DOWN SUL
DNA FETALE CON PRELIEVO MATERNO***
- ***2) CONFERMA DELLA DIAGNOSI***
- ***3) PROPOSTA DI ACCOMPAGNAMENTO
PER EVENTUALE TERAPIA PRENATALE
CON MOLECOLE CHE RIDUCANO IL
DANNO NEUROCOGNITIVO***
- ***4) ARRUOLAMENTO PER SEQUELA
MENSILE ,PER IL PARTO E NEL POST-
PARTUM COMPLETAMENTE GRATUITA***

**GRAZIE mamma, grazie papa',
perche' mi avete accolto
PERCHE' SONO VIVO !!**

**IL MIO NOME E'
GEORGEE
SONO UN
BAMBINO
DOWN !!!!**



La nostra esperienza

Casi	Età gestazionale	Diagnosi prenatale	Terapia transplacentare	Outcome
1	36	EXTRASISTOLIA TACHICARDIA PAROSSISTICA (250 B.P.M.)	DIGOSSINA 0.250 MG VERAPAMILE 160 MG CARDIOVERSIONE DOPO 7 GIORNI	TC ,37 ES, 3.180 GR ARITMIA INTERMITTENTE DIGOSSINA FINO AL 3° MESE NATO VIVO
2	32	IDROPE SEVERA TACHICARDIA (200 B.P.M.)	DIGOSSINA 0.250 MG VERAPAMILE 160 MG CARDIOVERSIONE DOPO 10 GIORNI	TC, 34 ES, 2.540 GR SCOMPENSO DI MEDIA ENTITA' PARACENTESI NEONATALE DIGOXIN TILL 1 YEAR NATO VIVO
3	30	IDROPE SEVERA TACHICARDIA (240 B.P.M.) POLIAMNIOS	DIGOSSINA 0.500 MG VERAPAMILE 320 MG CARDIOVERSIONE DOPO 15 GIORNI	TC ,34 ES, 2.660 GR SCOMPENSO DI MEDIA ENTITA' PARACENTESI NEONATALE DIGOSSINA FINO ALL'8° MESE NATO VIVO
4	33	IDROPE MODERATA TACHICARDIA(230 B.P.M.) E REGRESSIONE DELL'IDROPE	DIGOSSINA 0.500 MG VERAPAMILE 80 MG CARDIOVERSIONE DOPO 12 GIORNI	TC ,39 ES, 3.620 GR NON NECESSITA DI TERAPIA NEONATALE NATO VIVO
5	32	TACHICARDIA (210-240 B.P.M.) CON ARITMIA E ASSENZA DI IDROPE	DIGOSSINA 0.500 MG CARDIOVERSIONE DOPO 15 GIORNI	PARTO SPONTANEO, 39ES, 2.650 GR, NON NECESSITA DI TERAPIA NEONATALE NATO VIVO

Terapia transplacentare



***SONO STATO SEGUITO
NELL'HOSPITAL PERINATALE DEL GEMELLI !***

APPROCCIO INTRAVASCOLARE

TERAPIA FETALE INVASIVA

APPROCCI

▶ **INTRAMNIOTICO**

▶ **INTRA/VASCOLARE**

NON
ATTRAVERSANO
IL CORPO FETALE

▶ **INTRALESIONALE**

▶ **INTRACAVITA' SIEROSE**

▶ **INTRAURINARIO**

▶ **INTRACARDIACO**

▶ **INTRA/CAVITA' CELOMATICA**

ATTRAVERSANO
IL CORPO
FETALE

- CORDOCENTESI -

(Trasfusione intravascolare)



Rischio di perdita fetale : 1-2%
0,6 % al Policlinico Gemelli

TERAPIA FETALE

CURARIZZAZIONE FETALE (22 PROCEDURE)

ANALGESIA FETALE (86 PROCEDURE)

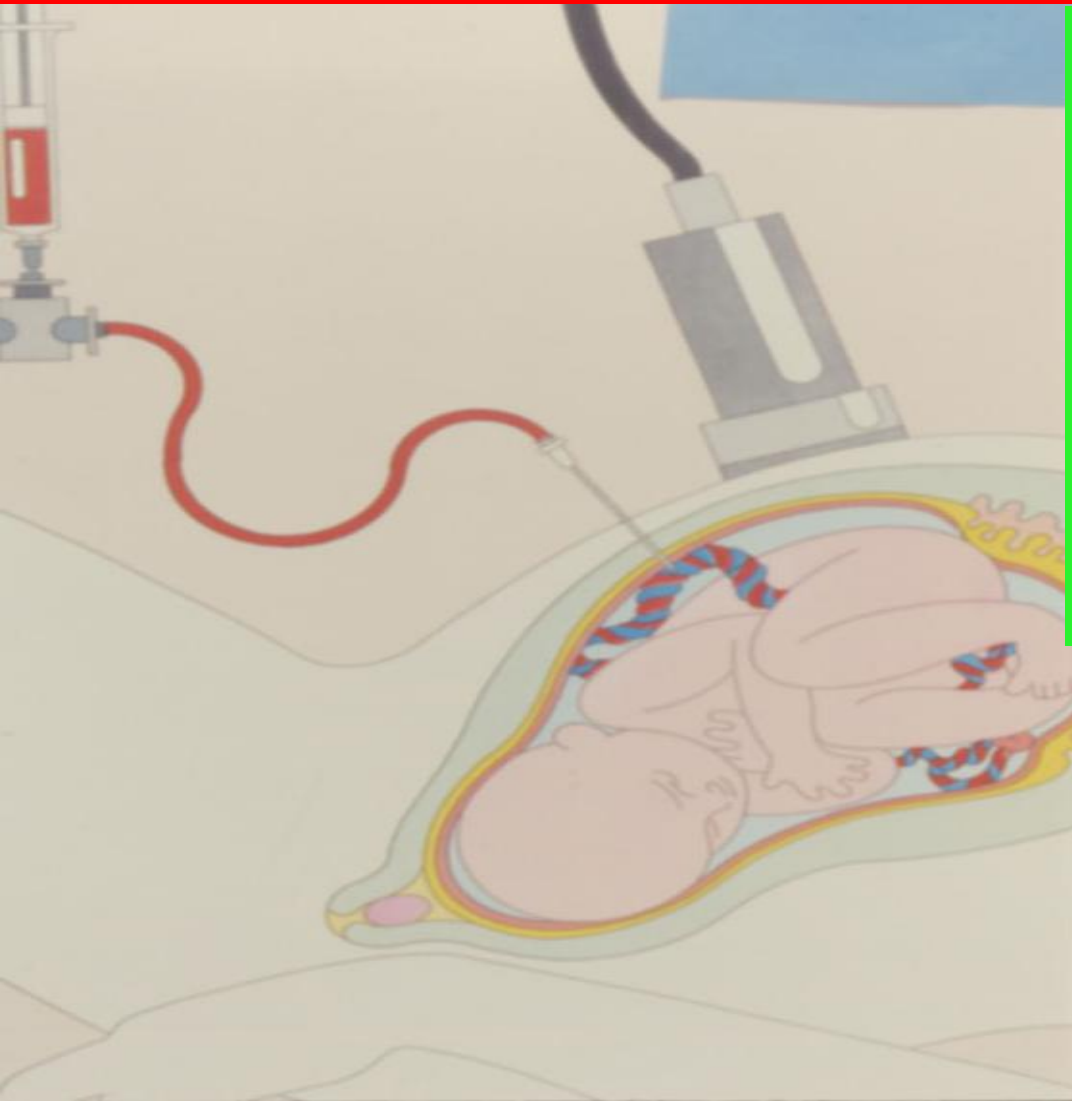
(108 PROCEDURE)

CURARIZZAZIONE FETALE

	DOSE	TEMPO DI LATENZA	DURATA EFFETTO	VIA
ATRACURIO BESILATO	0,4 mg/Kg	1-5 minuti	20-30 minuti	Intravasale
PANCURONIO BROMURO	0,3 mg/Kg	1 minute	2 ORE	Intravasale Intramuscolo

22 procedure

Approccio intravascolare: TRASFUSIONE INTRAVASCOLARE ECOGUIDATA



Sopravvivenza

passata in 20 anni

dal 40% al 88%

***ANEMIE GRAVI
A PARTIRE DA
2.6 GRAMMI DI HB E
DALLA 16 SETTIMANA***

1. PREVENZIONE

Recommendation

Italian Network Folic Acid Promotion



PERIODO PRECONCEZIONALE

I 4 LIVELLI DI INTERVENTO

PERIODO POSTCONCEZIONALE

2. COUNSELLING

**FETO CONSIDERATO CURABILE
O INCURABILE**

3. TERAPIE FETO- NEONATALI

4. ACCOMPAGNAMENTO DEL FETO TERMINALE

TERAPIA FETALE INVASIVA

APPROCCI

INTRALESIONALE

INTRAURINARIO

INTRACAVITA' SIEROSE

INTRACARDIACO

INTRA/CAVITA' CELOMATICA

**ATTRAVERSANO
IL CORPO
FETALE**

DOLORE FETALE (PAIN)

Il feto avverte il dolore.

- Valutando la risposta cardio-vascolare, neuro-ormonale, riflessiva e comportamentale allo stress, si evince



- *l' assoluta necessità di trattamento analgesico e anestetico del feto!!!!*

Deli et al.-Fetal pain and intrauterine analgesia/anesthesia--long-term pathologic effects, causes and alleviation of intrauterine pain. 25 aprile 2010

DOLORE

◎ **GLI STIMOLI DOLORIFICI FETALI HANNO EFFETTI A LUNGO TERMINE SULLO SVILUPPO DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE.**

◎ *La percezione del dolore da parte del feto è strettamente correlata allo sviluppo delle vie neuro-anatomiche deputate alla trasmissione dello stimolo dolorifico.*

Deli et al. "Fetal pain and intrauterine analgesia/anesthesia--long-term pathologic effects, causes and alleviation of intrauterine pain." 2011

DOLORE FETALE

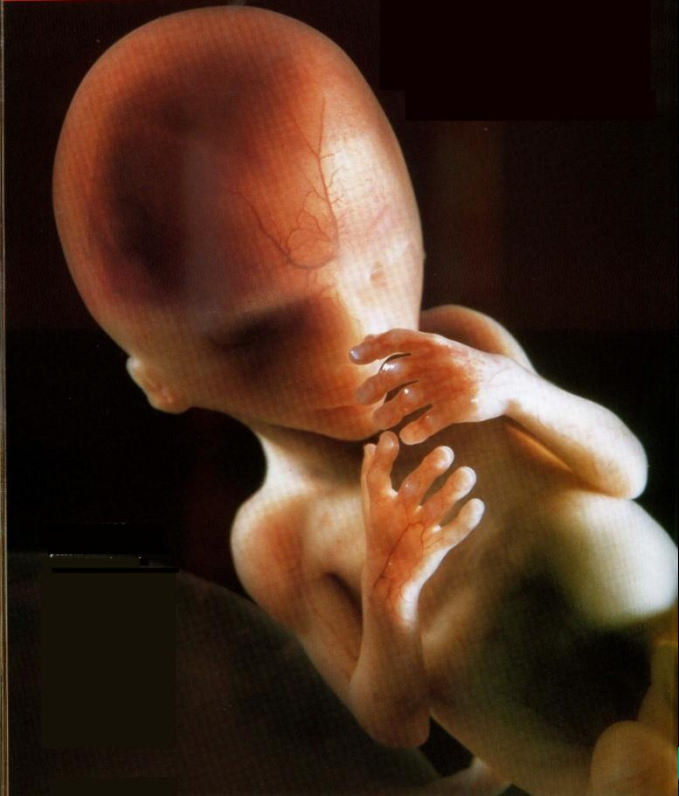


- Il feto risponde al dolore attraverso processi motori, metabolici, autonomici e ormonali .
- **Il dolore attiva numerose vie sottocorticali e un ampio spettro di risposte allo stress che influenzano negativamente lo sviluppo delle vie talamo-corticali e del SNC.**

ESPERIENZA PSICHICA DEL DOLORE DEL FETO

SUFFERING





MEMORIA DEL «SUFFERING»

**ANCHE NEGLI ADULTI
IL DOLORE FISICO
PUO' ESSERE RICORDATO
SOLO QUANDO E' ASSOCIATO AD UNA
ESPERIENZA PSICOLOGICA DI DOLORE**

TERAPIA FETALE

CURARIZZAZIONE FETALE E ANALGESIA (108 PROCEDURE)

ANALGESIA FETALE

DOSE	TEMPO DI LATENZA	DURATA EFFETTI	VIA
------	------------------	----------------	-----

FENTANIL	0,2 mg/Kg	1 minuto	1 ora	intravascolare
----------	-----------	----------	-------	----------------

LIDOCAINA	0,2 mg/Kg	1 minuto	1 ora	percutaneo
-----------	-----------	----------	-------	------------



86 procedure

APPROCCIO INTRACAVITA' SIEROSE



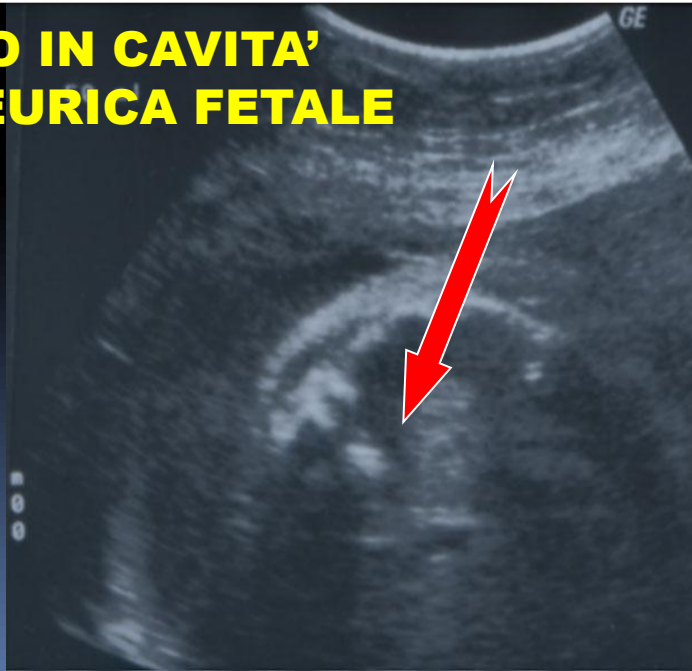
**AGO IN CAVITA'
PLEURICA FETALE**

**TORACENTESI
FETALE**



**AGO IN CAVITA'
PERITONEALE FETALE**

**PARACENTESI
FETALE**

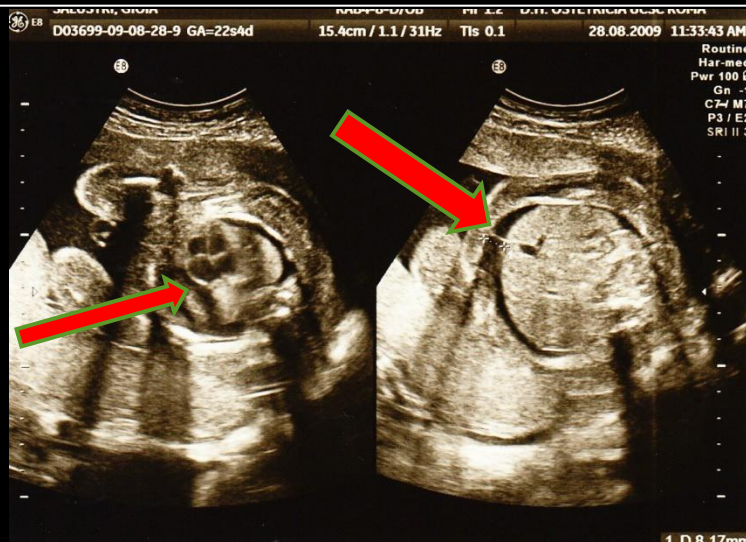


NoIA G. ET AL.

***MULTIMODAL APPROACH
IN INVASIVE FETAL THERAPY***

**ACTA OBSTET GYNECOL
SCAND. 1999;78(2): 160-4**

ASCITE ED IDROTORACE



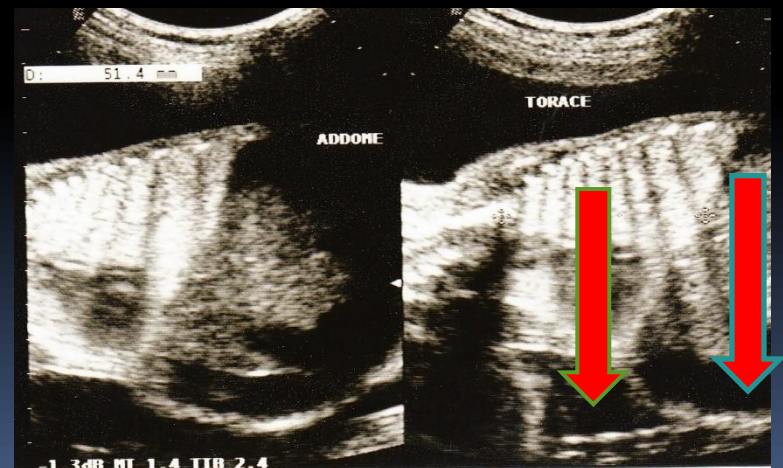
ASCITE ISOLATA



CHILOTORACE

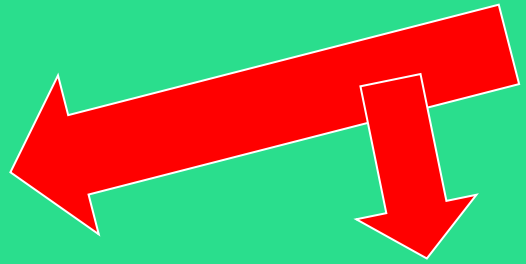


ASCITE E IDROTORACE



Esito dei trattamenti nelle forme permanenti

sopravvivenza in letteratura **10-12%**



Casi trattati
Sopravvissuti

31 vivi

40.78%

Casi trattati nati vivi e
deceduti

38 deceduti

50%

Casi trattati MEU

7 morti endouterine

9.21%



Casi trattati vivi
con lungo follow-up

22 bambini

70.96%

PALLIAZIONE FETALE

fetal pain relief

1/1/2008 – 7/12/2013

TECNICHE INVASIVE PER

EVITARE LA DISTENSIONE

DELLE SIEROSE FETALI

6 Gravidanze gemellari biamniotiche bicoriali con uno dei 2 gemelli malformato

**3 megavesciche e 3 asciti d.n.d.d.)
con enorme distensione della sierosa
peritoneale.**

In ognuna e' stato proposto IN ALTRE SEDI il
FETICIDIO SELETTIVO del feto malformato

***LE PAZIENTI HANNO
RIFIUTATO, SCEGLIENDO LA
NOSTRA PROPOSTA DI
PALLIAZIONE FETALE.***

**6 Gravidanze gemellari
biamniotiche bicoriali
con uno dei 2 gemelli malformato**

**3 megavesciche e 3 asciti d.n.d.d.)
con enorme distensione della sierosa
peritoneale.**

**80% di survival (10 | 1 ||
GEMELLI sopravvissuti)**

**dopo 37 interventi invasivi di
palliazione nocicettiva e clinica !!!**

FOLLOW - UP A 4 ANNI: BUONO.

CASO REPORT

p-PROM

**Rottura prematura delle
membrane amniotiche
(16° settimana di
gestazione)**



CASO REPORT

**TERATOMA
SACROCOCCIGEO
TYPE 1**



CASO REPORT

**CUORE SX IPOPLASICO
ATRESIA ARCO AORTICO
TRASPOSIZ. GROSSI VASI**



CASO REPORT
VENTRICOLOMEGALIA
BILATERALE

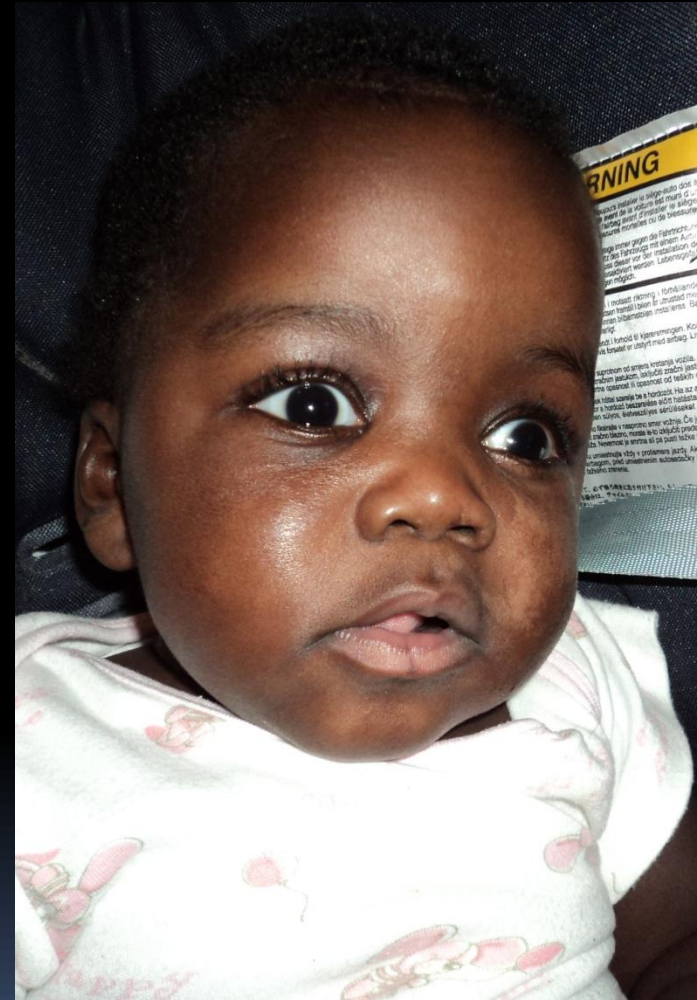


CASO REPORT

TRISOMIA 16



CASO REPORT
DISPLASIA CORTICALE
Hospice
Ospedale S. Chiara -
Pisa



CASO REPORT

SPINA BIFIDA



CASO REPORT

IDROCEFALIA GRAVE



CASO REPORT

SINDROME DI DOWN



CASO REPORT

**SINDROME DA TRASFUSIONE
FETO – FETALE
TRAP SEQUENCE**



CASO REPORT

VENTRICOLOMEGALIA



ACCOGLIERE LA
VITA

SENZA “SE” E

SENZA “MA”.



L'EVOLUZIONE DELLE CONOSCENZE DEL BENESSERE FETALE

STORIA NATURALE

MALATTIA LETALE

**FETO TERMINALE
O
INCOMPATIBILE
CON LA VITA**

PRECISAZIONI TERMINOLOGICHE

- MALATTIA LETALE

- INCOMPATIBILE CON LA VITA



- MALATTIA LIMITANTE LA VITA

**- INCOMPATIBILE CON LA VITA
EXTRAUTERINA**

L'EVOLUZIONE DELLE CONOSCENZE DEL BENESSERE FETALE

```
graph TD; A[STORIA NATURALE] --> B[MALATTIA LIMITANTE LA VITA]; B --> C[FETO INCOMPATIBILE CON LA VITA EXTRAUTERINA];
```

STORIA NATURALE

**MALATTIA
LIMITANTE LA VITA**

**FETO INCOMPATIBILE
CON LA VITA
EXTRAUTERINA**



DEFINIZIONE:
struttura che ha il
compito di seguire le
gravidanze di feti
definiti
“incompatibili con la
vita”

**COMFORT
CARE**



**TEAM
MULTIDISCIPLINARE:**
ginecologi, ostetriche,
neonatologi, pediatri,
infermieri ed altre
figure professionali

HOSPICE PERINATALE

ATTIVITA':

- INFORMAZIONE
- PREVENZIONE
- TERAPIA
- RICERCA

**STRUTTURE IN
ITALIA: 6**
Roma, Cosenza
Napoli, Pisa e
Bologna e Monza

**STRUTTURE NEL
MONDO**
AMERICA: più di
200
ALTRI PAESI: 36

CENTRI DI CURE PALLIATIVE PERINATALI

STATI UNITI > 200

ALTRI PAESI > 36

ITALIA

ROMA
PISA
BOLOGNA
NAPOLI
MONZA
COSENZA

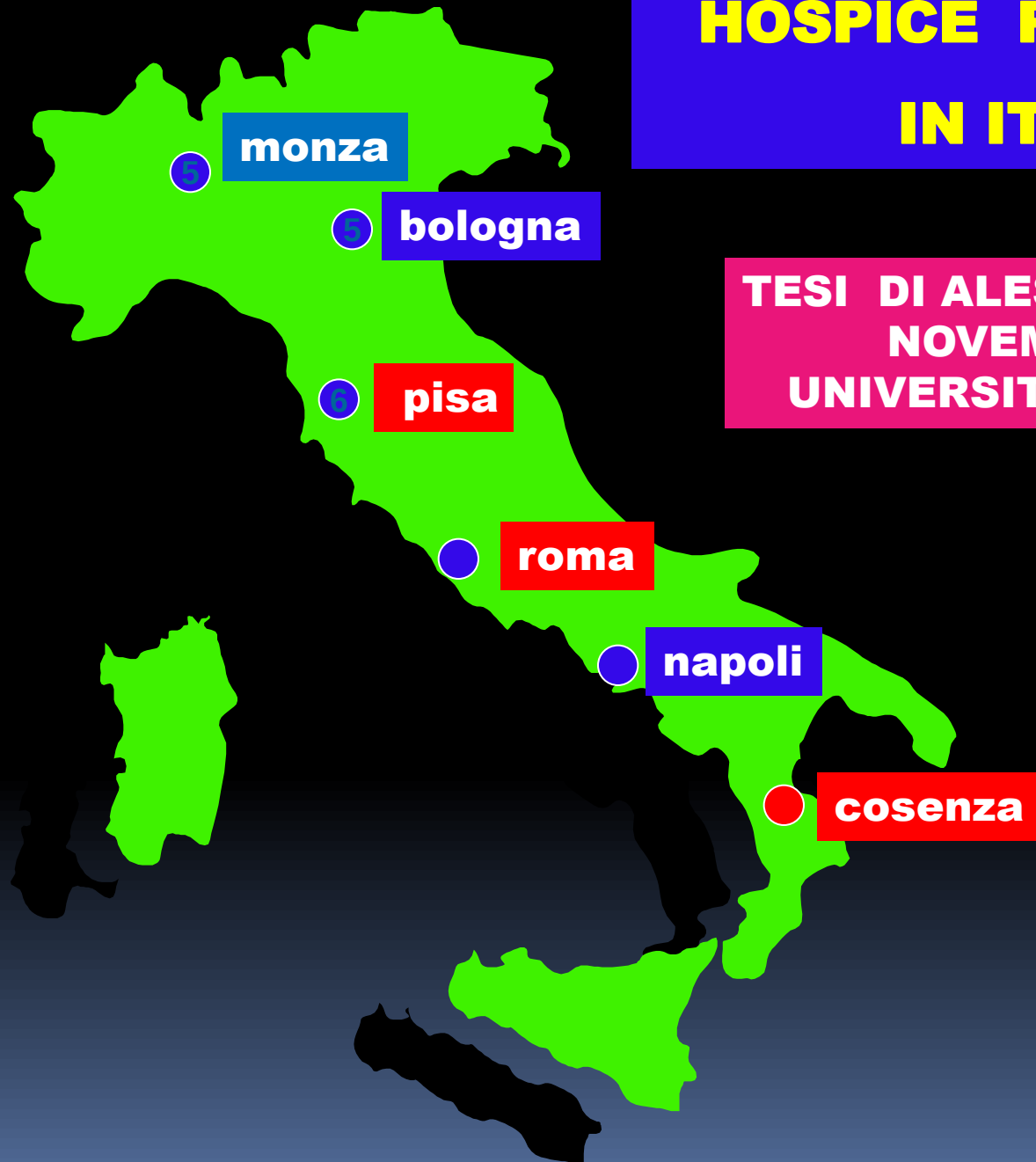


13 TESI DI LAUREA sull'ACCOMPAGNAMENTO DEL FETO INCOMPATIBILE CON LA VITA EXTRAUTERINA)

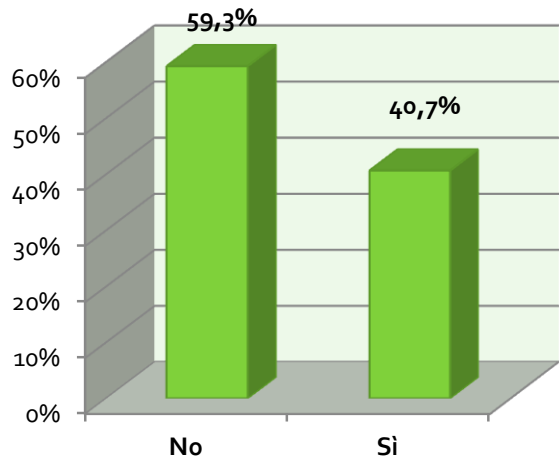
- **“Rinascere alla vita: le esperienze di famiglie con “feti terminali”: quando accompagnare un figlio diventa *dar senso alla vita*”,** di Elena Marcucci, Master in Bioetica Clinica, Università degli Studi di ROMA “La Sapienza”.
- **“*Never let me go... Analisi epistemologica e considerazioni bioetiche del desiderio: evoluzione del desiderio di maternità a seguito di diagnosi con malformazioni fetali*”,** di Ilaria Mamone Capria, Master in Bioetica, Pontificia Università Lateranense. ROMA
- **“Il ruolo dell’infermiere nell’accompagnamento al *feto terminale*”,** di Ilaria Maestri, Laurea in Infermieristica, Università Cattolica del Sacro Cuore di ROMA.
- **“La scelta del figlio *“terminale”*, considerazioni mediche ed etiche nella diagnosi prenatale di *“feto terminale”*”,** di Laura Lippolis, Laurea in Scienze Religiose, Istituto Superiore Marchigiano di Scienze Religiose “Redemptoris Mater” di ANCONA.
- **“Il figlio *terminale*: etica e scienza a confronto”,** di Mauro Tintoni, Laurea in Ostetricia e Ginecologia, Università Cattolica del Sacro Cuore DI ROMA.
- **“Gravidanze patologiche e feto terminale: l’infermiere figura di aiuto di una storia di vita”,** di Alessia Zelli, Laurea in Infermieristica, Università C.S.C. di RIETI

HOSPICE PERINATALI IN ITALIA

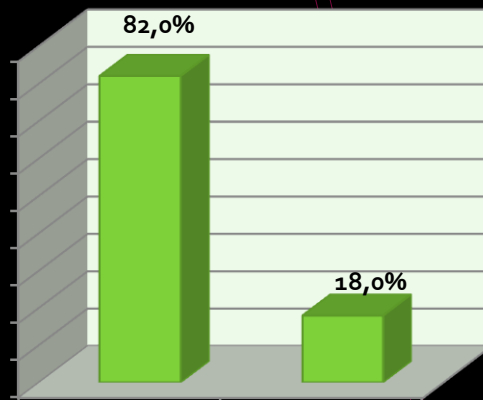
**TESI DI ALESSIA BOTTA
NOVEMBRE 2015
UNIVERSITA' DI ANCONA**



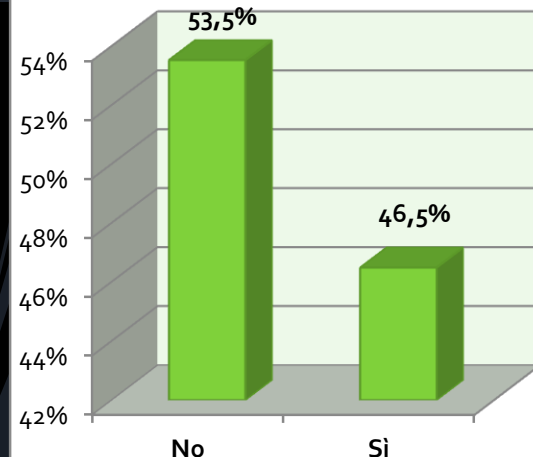
**Corretta definizione di
life-limiting condition**



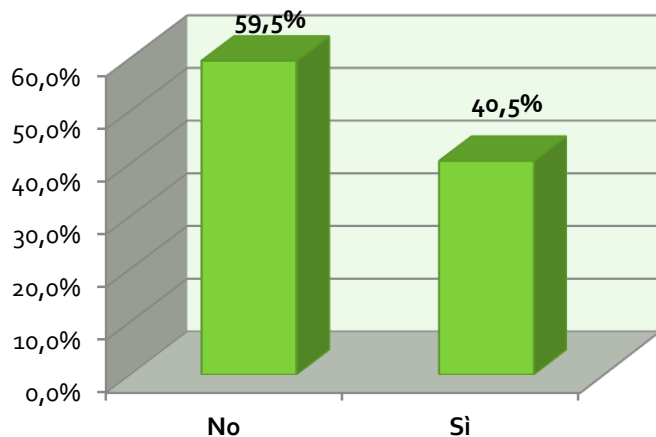
**Conosce la differenza tra
palliazione nocicettiva e
palliazione clinica?**



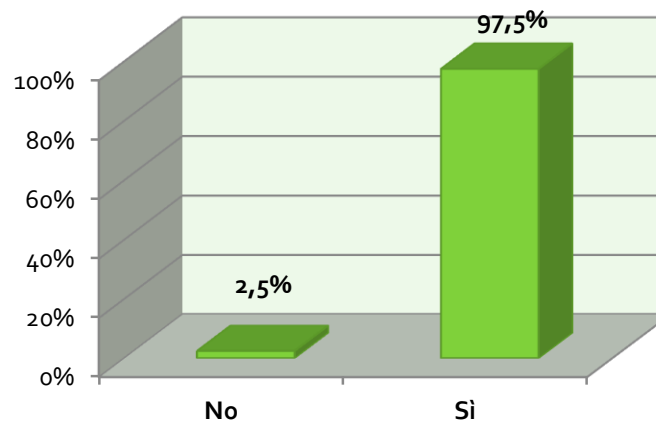
**Ha mai sentito
parlare della Comfort
Care Neonatale?**



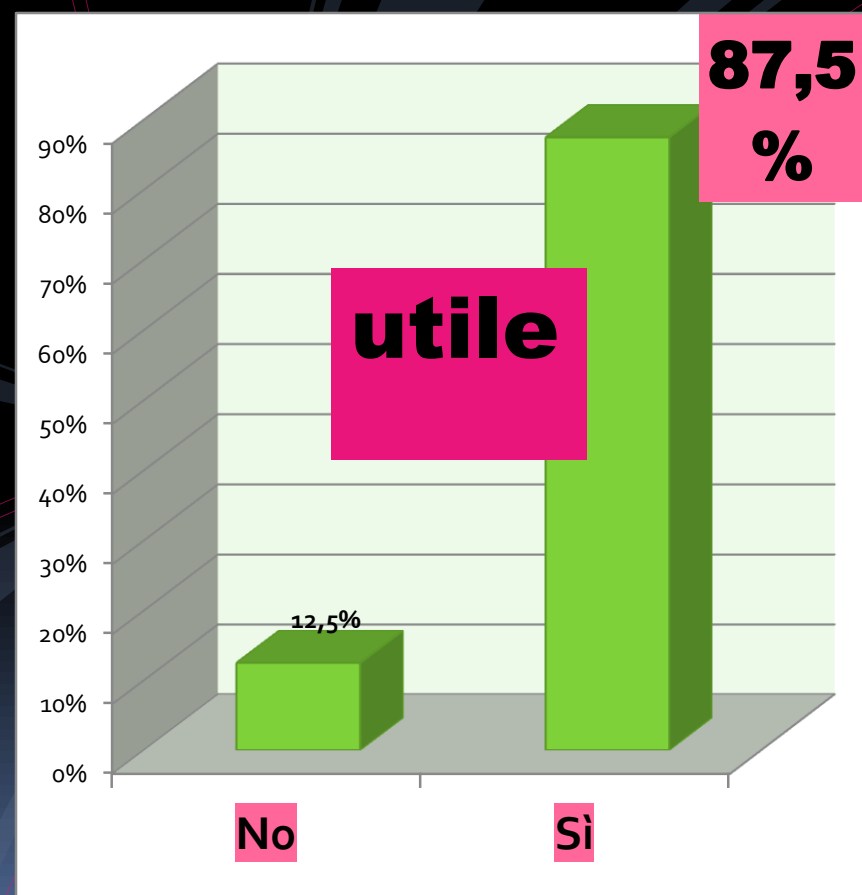
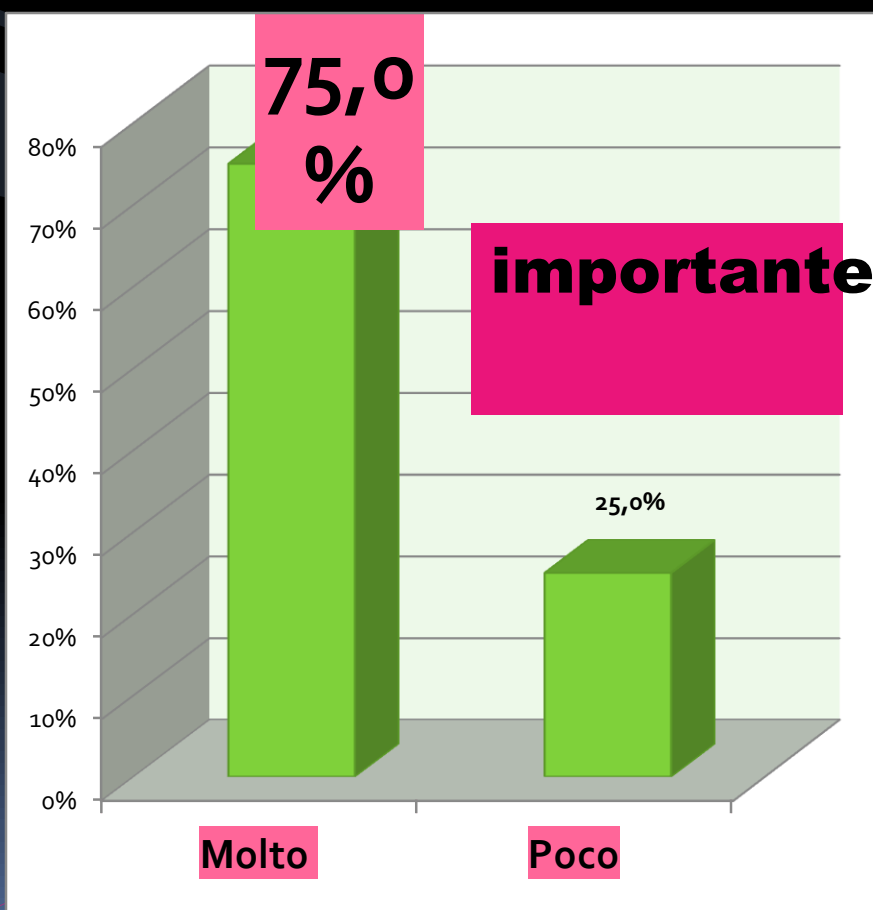
**Sa che cos'è un
Hospice Perinatale?**



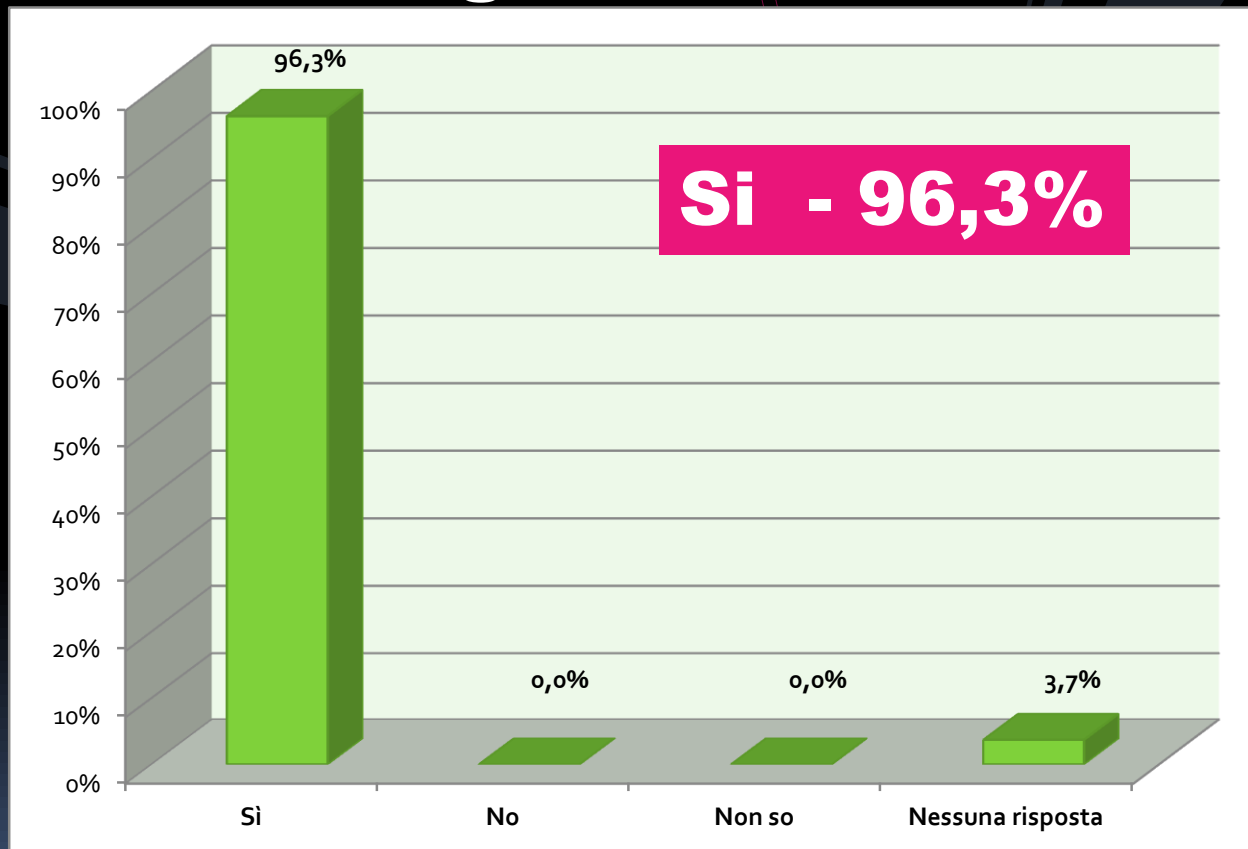
**Pensa che la figura professionale
dell'ostetrica possa avere un
ruolo nella realtà dell'Hospice
Perinatale?**



Pensate che la presenza dell'ostetrica sia stata importante?..... e utile ?



Pensate di ripetere un eventuale accompagnamento in gravidanza?



UNIVERSITA' CATTOLICA DEL SACRO CUORE



**Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Ostetricia
Presidente Prof. G. Scambia
Sede Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata Roma**

TESI DI LAUREA

IL RUOLO DELL'OSTETRICA NELL'ACCOMPAGNAMENTO AI FETI LIFE-LIMITING E LA COMFORT CARE NELL'HOSPICE PERINATALE

**Relatore: Professore Giuseppe
Noia**

**Candidata: Gianni
Pamela**

Correlatore: Prof.ssa Marina Casini

Anno Accademico 2015/2016

INTRODUZIONE ALLO STUDIO

TALE STUDIO SI E' POSTO COME OBBIETTIVO LA VALUTAZIONE DEL GRADO DI CONOSCENZA DEGLI OPERATORI SANITARI GINECOLOGI, NEONATOLOGI E OSTETRICHE RIGUARDANTE L'ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA E LA COMFORT CARE NEI BAMBINI AL QUALE VIENE DIAGNOSTICATA UNA MALFORMAZIONE NON COMPATIBILE CON LA VITA.

TALE LAVORO PARTE DA 2 CONCETTI:

- LA VITA È IL PRIMO, IL PIÙ FONDAMENTALE E IL PIÙ OVVIO DEI DIRITTI DI OGNI UOMO; SUL RICONOSCIMENTO DI TALE DIRITTO SI FONDA L'UMANA CONVIVENZA E LA STESSA COMUNITÀ POLITICA.
- IL RAPPORTO SIMBIOTICO TRA MADRE E FIGLIO DEV'ESSERE SALVAGUARDATO AI FINI DELLA PRESERVAZIONE DELLA SALUTE PSICOLOGICA DELLA DONNA E DELLA FAMIGLIA

LA NOSTRA INDAGINE

Valutazione sul grado di conoscenza dei ginecologi-neonatologi e ostetriche dell'Ospedale Agostino Gemelli e della azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata.

Il presente studio sperimentale è stato condotto per:

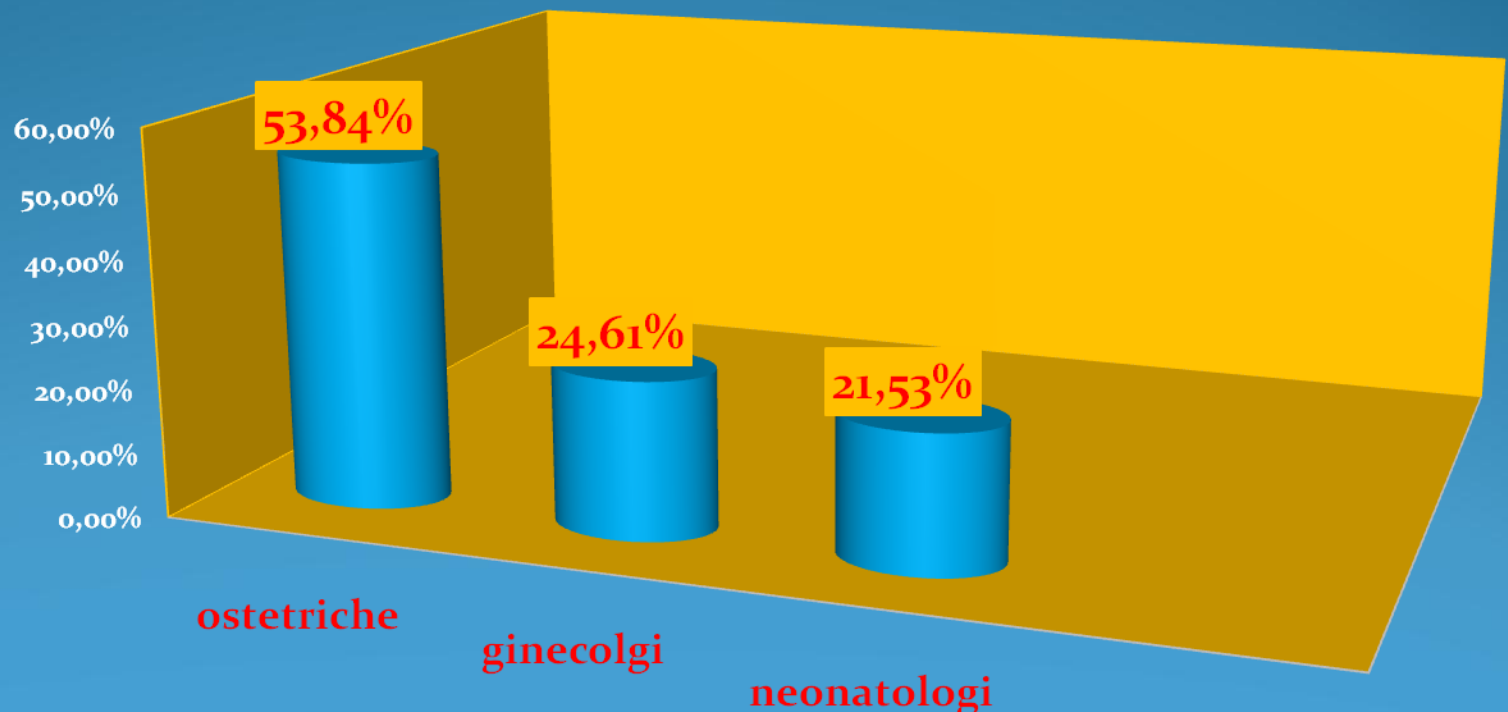
- **capire** quanto sia conosciuta in Italia la realtà dell'Hospice Perinatale da parte degli operatori sanitari;
- **comprendere** quanto sia conosciuta e praticata in Italia la Comfort Care Neonatale al fine di proporre un ruolo per la figura professionale dell'ostetrica all'interno dell'Hospice Perinatale;
- **capire** se, nonostante questo tipo di assistenza sia attuata solo in cinque strutture in tutta Italia, gli operatori sanitari sarebbero d'accordo a realizzare programmi più definiti ed offrire questa opportunità come opzione concreta nei casi di gravidanze con feto terminali;
- **conoscere** l'attuale situazione italiana riguardo il grado di assistenza socio-sanitaria e le figure coinvolte nel percorso di accompagnamento al feto con diagnosi di "incompatibilità con la vita".

QUESTIONARIO:

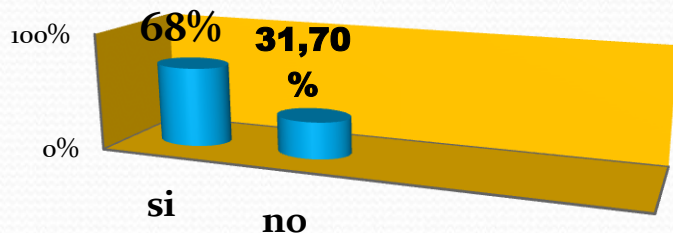
Soggetti: *il campione dei soggetti coinvolti nello studio comprende tre categorie di operatori sanitari in possesso di Laurea Triennale o Magistrale residenti in Italia: Ginecologi, Ostetrici e Neonatologi.*

Struttura: *il questionario si compone di 18 item misti di tipo a risposta singola, a risposta multipla, chiusi e aperti.*

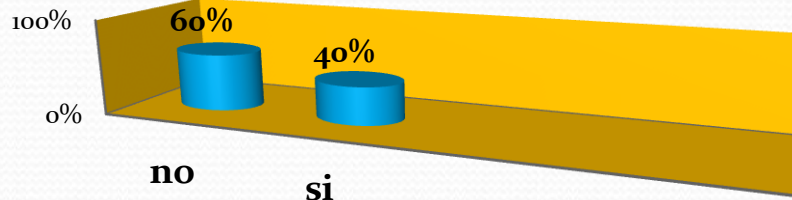
Diffusione: *il questionario è stato distribuito nelle due strutture ospedaliere "Gemelli" e "San Giovanni Addolorata"*



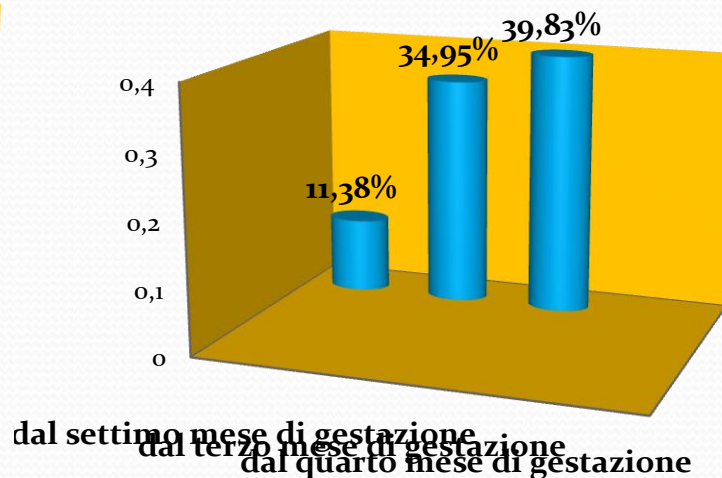
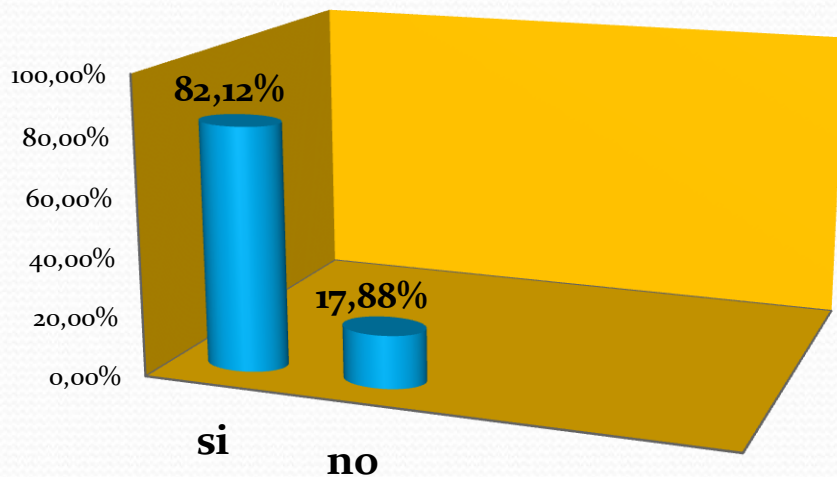
E' AL CORRENTE DELL'ESISTENZA DI CURE PALLIATIVE PRENATALI?



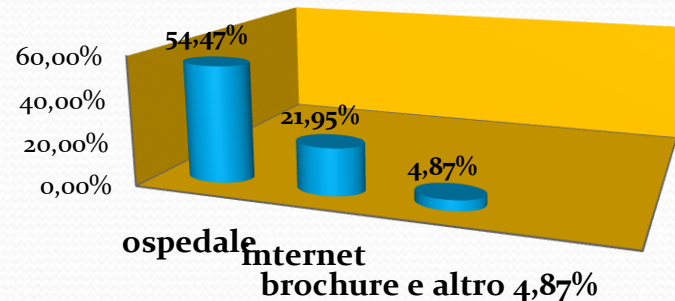
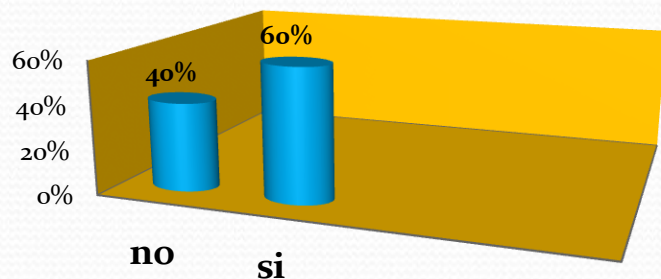
CONOSCE LA DIFFERENZA TRA PALLIAZIONE NOCICETTIVA E PALLIAZIONE CLINICA?



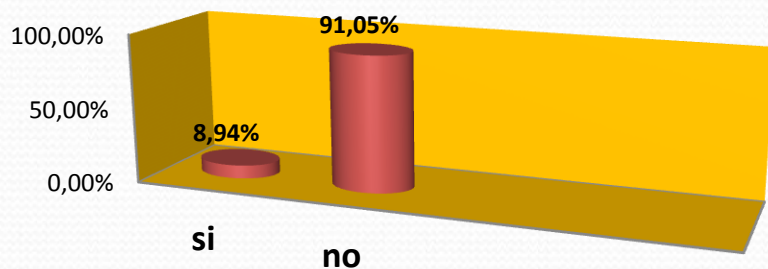
E' AL CORRENTE DEL FATTO CHE IN UTERO IL FETO HA PERCEZIONE FISICA DEL DOLORE? SE È SI A PARTIRE DA QUALE MESE DI GESTAZIONE?



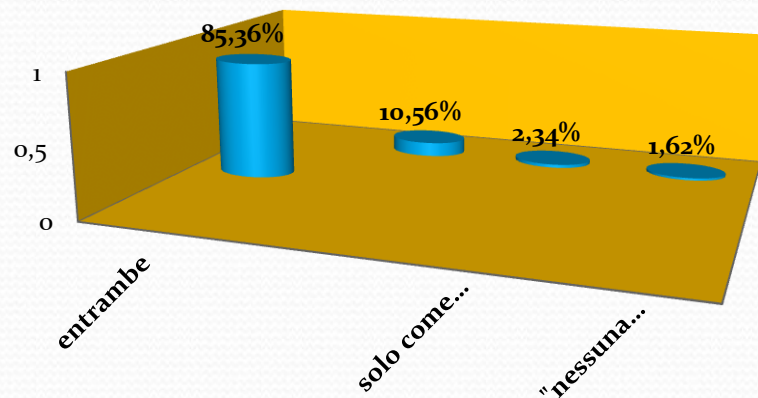
HA SENTITO PARLARE DELLA COMFORT CARE NEONATALE? SE È SÌ DOVE?



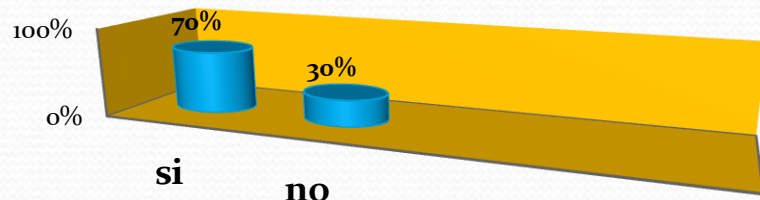
LA COMFORT CARE PUÒ ESSERE CONSIDERATA UN "ACCANIMENTO TERAPEUTICO"?



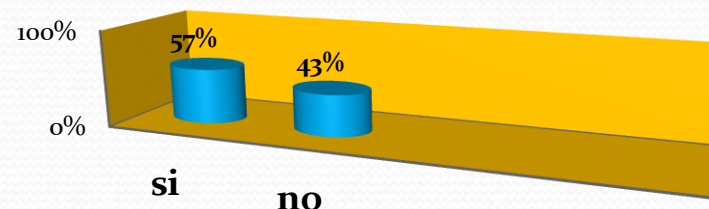
LA COMFORT CARE NEONATALE VA VISTA COME TRATTAMENTO MEDICO ED INFERMIERISTICO/OSTETRICO O SOLO COME SOSTEGNO "SOCIALE" PER LE FAMIGLIE?



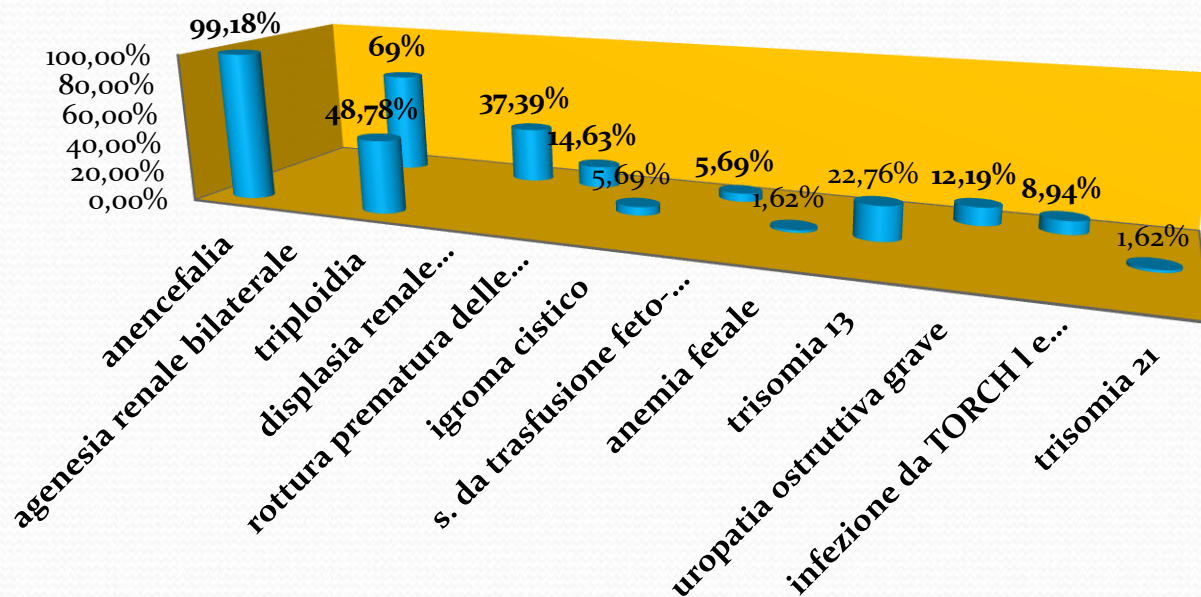
HA PRESENTE COSA SI INTENDE PER MALATTIA LIFE- LIMITING?



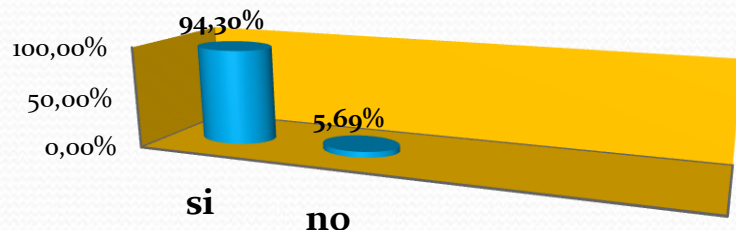
SA COS'È UN HOSPICE PERINATALE?



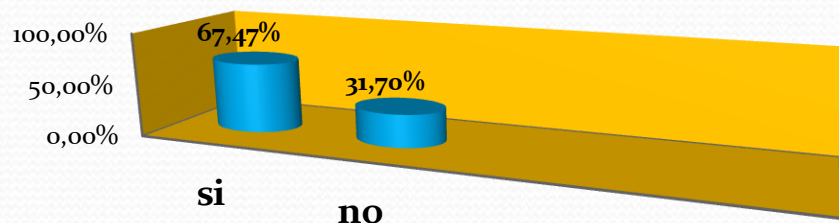
SECONDO LEI QUALI TRA QUESTE SONO MALATTIE NON COMPATIBILI CON LA VITA?



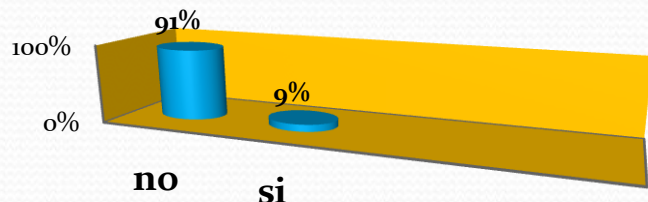
**SAREBBE D'ACCORDO A
PROGRAMMARE UN PERCORSO
PERSONALIZZATO PER OGNI
COPPIA CHE DECIDE DI ATTUARE
LA COMFORT CARE
NEONATALE?**



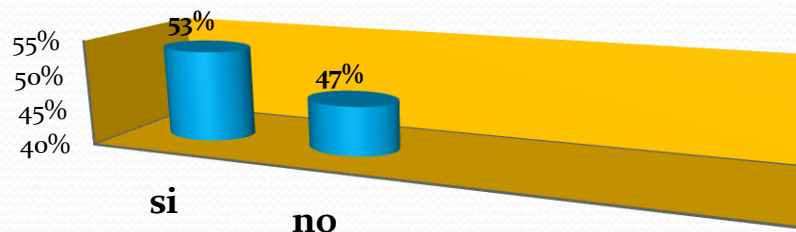
**PENSA CHE L'ACCOMPAGNAMENTO ALLA
NASCITA DEI FETI LIFE-LIMITING SIA
POSSIBILE?**



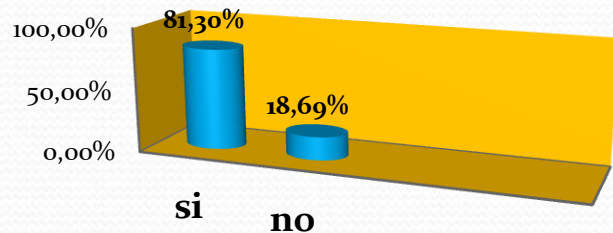
**PENSA CHE NELLE CONDIZIONI DI
FETO "LIFE-LIMITING" L'ABORTO SIA
L'UNICA E CORRETTA SOLUZIONE?**



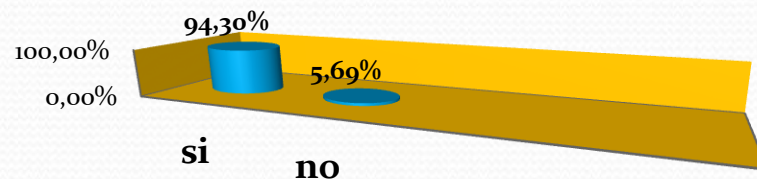
**SECONDO LEI È POSSIBILE ATTUARE IN
OGNI OSPEDALE UN PERCORSO PER
L'ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA
DEI FETI LIFE-LIMITING?**



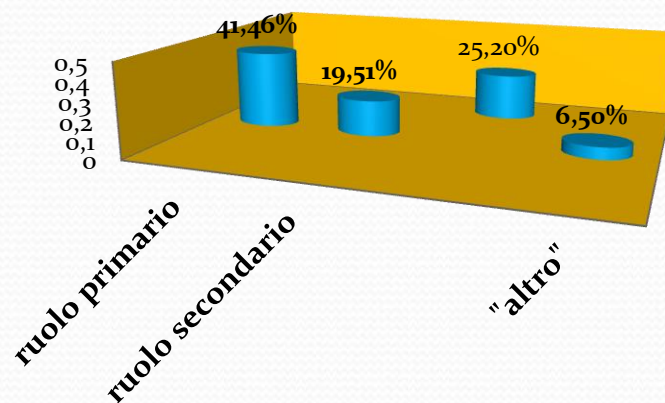
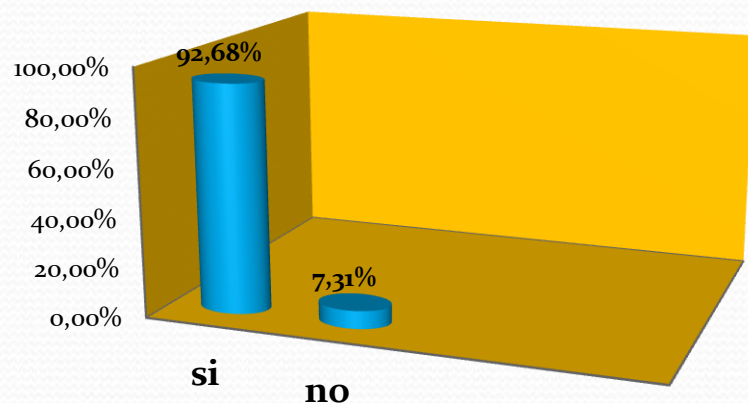
**RITIENE UTILE LA DIFFUSIONE
DELLA COMFORT CARE
NEONATALE IN ITALIA?**



**SAREBBE D'ACCORDO A PROGRAMMARE
UN PERCORSO PERSONALIZZATO PER
OGNI COPPIA CHE DECIDE DI ATTUARE LA
COMFORT CARE NEONATALE?**



**PENSA CHE LA FIGURA PROFESSIONALE
DELL'OSTETRICA POSSA AVERE UN RUOLO NELLA
REALTÀ DELL'HOSPICE PERINATALE? SE È SI DI CHE
TIPO?**



CONCLUSIONI

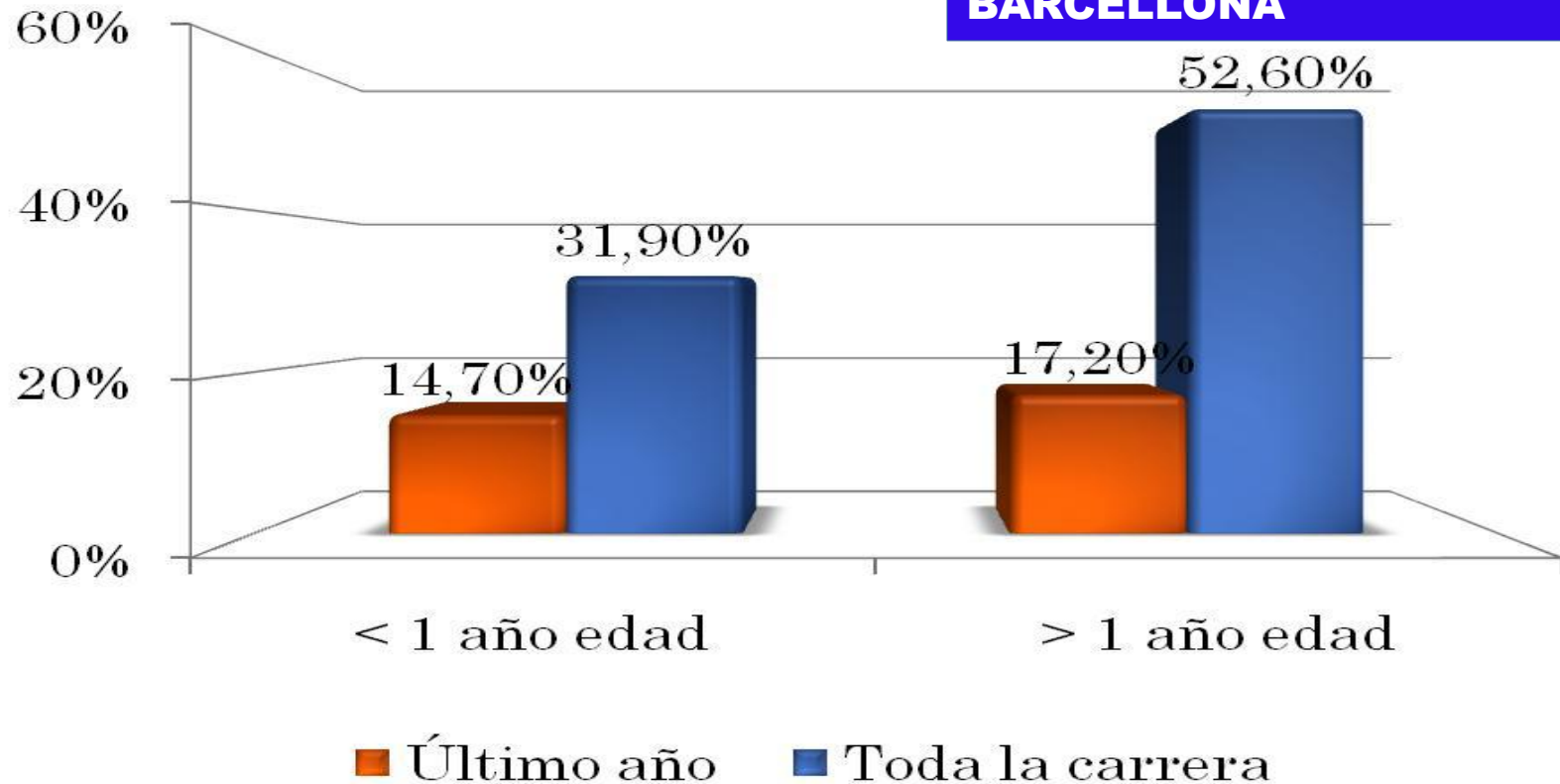
- QUESTO STUDIO DELLA REALTÀ DELL'HOSPICE PERINATALE, CONDOTTO ATTRAVERSO IL METODO DI ANALISI E DI APPROFONDIMENTO, HA EVIDENZIATO COME CI SIA IN ITALIA LA NECESSITÀ DI PROPORRE QUESTO INNOVATIVO TIPO DI ASSISTENZA E COME ESISTANO TUTTE LE PREMESSE PER ATTUARLO E DIFFONDERLO.
- I RISULTATI HANNO DIMOSTRATO CHE, SE DA UN LATO NEGLI OPERATORI È PRESENTE UNA SCARSA CONOSCENZA DELL'ARGOMENTO, DALL'ALTRO LATO C'È LA LORO RIFLESSIONE SULL'IMPORTANZA CHE PUÒ ASSUMERE L'ACCOMPAGNAMENTO DEI FETI LIFE-LIMITING.
- IL 26% RITIENE CHE IL DATO OGGETTIVO RICONOSCE L'ACCOMPAGNAMENTO COME CONTINUITÀ DELLA PROGETTUALITÀ DELLA COPPIA E DELLA FAMIGLIA E DEBBA ESSERE BILANCIATA CON UNA SCELTA AUTONOMA INDIVIDUALE E DI COPPIA, COME ESPRESSIONE DI LIBERTÀ E CONSAPEVOLEZZA.
- SECONDO IL DETTO LATINO "CONTRA FACTUM NON VALET ARGUMENTUM" OVVERO CONTRO L'EVIDENZA NON IDEOLOGICA MA SCIENTIFICA E CULTURALE CHE TALE PROPOSTA PORTA BENEFICI SOSTANZIALI, SOPRATTUTTO PSICOLOGICI ALLE DONNE.

IL CONCETTO DI LIBERTÀ DI SCELTA NON DOVREBBE ESSERE IN CONTRAPPOSIZIONE MA SECONDO IL NOSTRO PARERE DOVREBBE ESSERE UN OPZIONE APPETIBILE SIA DA CREDENTI SIA DA NON CREDENTI PERCHÈ LA SALUTE PSICOLOGICA DELLA DONNA, DELLA COPPIA E DELLA FAMIGLIA È UN BENE PREZIOSO CHE APPARTIENE ALLA SFERA DELLA RAGIONE E NON SOLO DELLA FEDE: SE POSSO OTTENERE UN BENEFICIO, PUR NELLA SOFFERENZA, CERCO DI PERSEGUIRLO, MA CIÒ FA PARTE ANCHE DEL RISPETTO DELLA SFERA INDIVIDUALE E NEL PIENO RISPETTO DI ESSA PROPONIAMO UN CAMMINO CHE È CULTURALE, SCIENTIFICO E PSICOLOGICO DI FORTE IMPATTO POSITIVO DINANZI A UNA DIAGNOSI PRENATALE INFAUSTA.

Calhoun BC et al. J Reprod Med. 2003;48(5):343–8. D'Almeida M et al. Journal of American Physicians and Surgeons. 2006; 11(2):52–55. Breeze AC et al. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2007;92(1):F56–8. Leuthner S et al. Fetal Concerns Program. MCN Am J Matern Child Nurs. 2007;32(5):272–8.							
Autore	Tipo di studio	Anni	Pazienti elegibili	Continuazione della gravidanza	Morte prenatale	Nazione	Centro
Calhoun	Retrospettivo	1995-04	31	27 (87%)	10	Tacoma (WA, USA)	Madigan Army Medical Center
		1996-99				Sacramento (CA, USA)	Travis Air Force Medical Center
D'Almeida	Retrospettivo	2000-04	28	21 (75%)	5	Rockford (IL, USA)	Rockford Memorial Hospital
Breeze	Prospettico	2001-05	20	8 (40%)	2	Cambridge (UK)	Addenbrooke's Hospital
Leuthner	Retrospettivo	2000-07	185	68 (37%) (32+36)	No dati	Wauwatosa (WI, USA)	Froedtert H. and Children's H. Wisconsin

Percezione della importanza delle cure per FETI terminali

**116 MEDICI SPECIALISTI in OG
6 OSPEDALI DI III LIVELLO
BARCELONA**



ORTIGOZA ESCOBAR JD, MARTÍN-ANCELA, MIQUEL BORRAS, JOSE MARIA LAILLA, SHARON SANTOS, BALAGUER A.

GLOBAL CONGRESS OF MATERNAL AND INFANT HEALTH, 2010

25 anni di accompagnamento alla vita debole

432 casi elegibili
di feti life – limiting
seguiti
dal 1990 al settembre 2015

**Percentuale di accettazione
a proseguire la gravidanza**
94%

Guon y cols.

Am J Med Genet

Part A 164A:308–318 2014

Our Children Are Not a Diagnosis: The Experience of Parents Who Continue Their Pregnancy After a Prenatal Diagnosis of Trisomy 13 or 18

GIORGIO (tris. 18) E MARIA GIOIA (tris. 13) : 2 trisomie che sono nate EMANUELE (tris. 13) una trisomia che e' in cielo.

OUTCOME ED ESPERIENZA FAMILIARE

- Esperienza familiare: I genitori i cui bambini **sono vissuti per più di 3 mesi descrivono bambini felici, che hanno arricchito le loro vite, sebbene posti di fronte a varie sfide.**
- È stato chiesto ai genitori cosa farebbero di fronte ad una nuova PND di T13 o 18: **il 91% ha risposto che non interromperebbe la gravidanza (di questi, l'11% non farebbe test prenatali), il 7% è incerto e il 2% interromperebbe la gravidanza**

1) MOTIVI MORALI

- **MOTIVI MORALI (77%)**

- valori personali(68%)**

- principi religiosi (48%)**

MOTIVI MORALI

- **I valori personali includono principi morali circa l'aborto (42%) e il fatalismo (36%).**

"She was alive and kicking. Termination was not an option to me. It was the right thing to do, morally."

"Ethically it just felt it was the right thing to do for him."

"I was already 5 months pregnant with JayLynn so she was already a person to me."

"We were going to let Alaina determine the outcome of her life, no intervention in one way or the other"

"If my son was going to pass away, I wanted it to be on his time, and not at my choosing."

"We could not, we felt that this pregnancy was meant to be. We had very strong feelings prior to conception that we were supposed to open our home to another child."

MOTIVI MORALI

- ***Visione religiosa dell'aborto***

"We believe that God had entrusted us with his life and we weren't the ones who had the right to take that away—only God can."

"Only God can take a life."

"All children are a gift from God. It is our role to accept them as they are."

2) RAGIONI CHILD-CENTERED 64%:

amore per il bambino (44%)

"Lucas is my son. The diagnosis made no difference to the fact I loved him. I wanted him to have his chances."

"She was our baby, we loved her. She was already a member of our family. The kids read her stories at night and she was a part of our life."

valore intrinseco del loro bambino (27%):

"We loved her as we love our other children. Our children have value. We do not love our kids because of their accomplishments. We love our kids because they are our kids."

"Luke's life was still valuable to me, regardless of his trisomy13."

esiti incerti (26%) e dare al bambino una possibilità di vivere (36%):

"After much research online, I found that there were children that were living with Trisomy 18. I also had many prenatal ultrasounds that found that she didn't have any incredibly horrible malformations that would keep her from possibly living."

3) RAGIONI PARENTS-CENTERED (28%)

- desiderio di incontrare il bambino e passare del tempo con lui

"I wanted a chance to meet my son alive and tell him I loved him and give him a cuddle and a kiss."

"I wanted to build a relationship with my child no matter how short the time was with her."

- non avere rimpianti futuri in caso di interruzione:

"I was going to grieve anyway- (if terminating) so I might as well have a chance to have some good times as well as the grief."

"We thought about it and discussed the option of termination but we both agreed that the regret we would have felt down the road could have possibly torn us apart, where raising a child with Trisomy 18 may have been challenging, it would have definitely brought us closer together."

"I believe that continuing my pregnancy was beneficial to my long term emotional health because it allowed a more natural grieving process (vs. termination)."

INTERAZIONE DEI GENITORI CON I MEDICI

- La maggior parte dei genitori (63%) ha sentito che i medici non vedevano i loro bambini con T13-18 come *bambini unici* e che non guardassero oltre le spietate statistiche di queste condizioni (84%)

INTERAZIONE DEI GENITORI CON I MEDICI

- **. i genitori raccontano che un medico abbia detto loro che il bambino molto probabilmente**
- **sarebbe morto prima o al momento della nascita (94%),**
- **che non sarebbe vissuto per più di pochi mesi (88%),**
- **che la condizione del loro bimbo era letale o incompatibile con la vita (93%),**
- **che il loro bambino sarebbe stato un vegetale (55%),**
- **che avrebbe distrutto la loro famiglia o il loro matrimonio (28%) e che,**
- **se fosse sopravvissuto, avrebbe vissuto una vita priva di significato (55%) o una vita di sofferenza (68%).**

INTERAZIONE DEI GENITORI CON I MEDICI

- Tuttavia, ai genitori è stato anche detto che alcuni bambini vivono per molti anni (47%), che il bambino avrebbe potuto arricchire le loro vite (12%) e che alcuni bambini vivono una vita breve e significativa (51%).

CONFRONTO TRA DIAGNOSI PRENATALE E DIAGNOSI POSTNATALE

- *l'interazione con i medici sia descritta come più difficoltosa in caso di diagnosi prenatale rispetto a quelli con diagnosi postnatale.*
- *Ad esempio, i genitori che hanno scelto un qualche grado di intervento si sono sentiti più spesso giudicati in caso di PND (64% vs 24%, $P < 0.05$).*

Incontrare un professionista della salute (health care provider, HCP) speciale

- **Il 56% dei genitori ha riferito di avere incontrato almeno un HCP speciale, tra tutti gli specialisti e professionisti coinvolti nella PND** HCP : Health Care Provider
- **Quando è stato chiesto ai genitori di descrivere il loro HCP speciale, sono emersi alcuni elementi: fornisce informazioni in una maniera equilibrata, rispetta le decisioni, tratta il loro bambino non nato come un individuo, permette ai genitori di avere una ragionevole speranza.**

Incontrare un professionista della salute (health care provider, HCP) speciale

"Our first OB refused to continue seeing us if we would not abort, so we found a new OB. He was wonderful, always called Jordan by name. He allowed us to have long ultrasounds so we could have time seeing Jordan alive."

"We were fortunate to be able to work with a specialist who was very concerned about making sure that we had accurate information of both the positive and negative potential outcomes. Her main concern was to help us understand what was happening in Aaron's own unique case, not just what happens to the average T18 baby."

"We found a pediatrician that had never had a trisomy 13 baby, but was very willing to work with us. He was at our bedside

within 45 minutes of being admitted to L&D, and stayed until Nathan passed. He never left, and was very comforting."

"The cardiologist was the only doctor who treated Carly with respect and called her by name before she was born. He said, "I can help you.""

"We had a consultation with a neonatologist to discuss the philosophy, viewpoints, and options we had once Madison was born. He discussed limitations that we would reach and the philosophy of the hospital but also gave us a chance to share our perspective and our wishes for Madison's care."

Azioni di supporto da parte dei professionisti della salute

- **I genitori hanno apprezzato che il loro medico chiamasse il bambino per nome, che la gravidanza fosse gestita come tutte le altre gravidanze (con monitoraggi, esami ematici ed ecografie), essere preparati per la vita o la morte del loro bambino in modo pratico.**
- **Dopo la nascita, alcuni genitori si sono commossi quando il loro HCP ha tenuto in braccio o ha parlato al loro bambino.**

Pressione a interrompere la gravidanza

- **La maggior parte dei genitori (61%) ha raccontato di aver sentito pressione a interrompere la gravidanza.**

"I was told by the geneticist that the only way I could get an appointment with the main Obstetrician was if I was booking in for a termination."

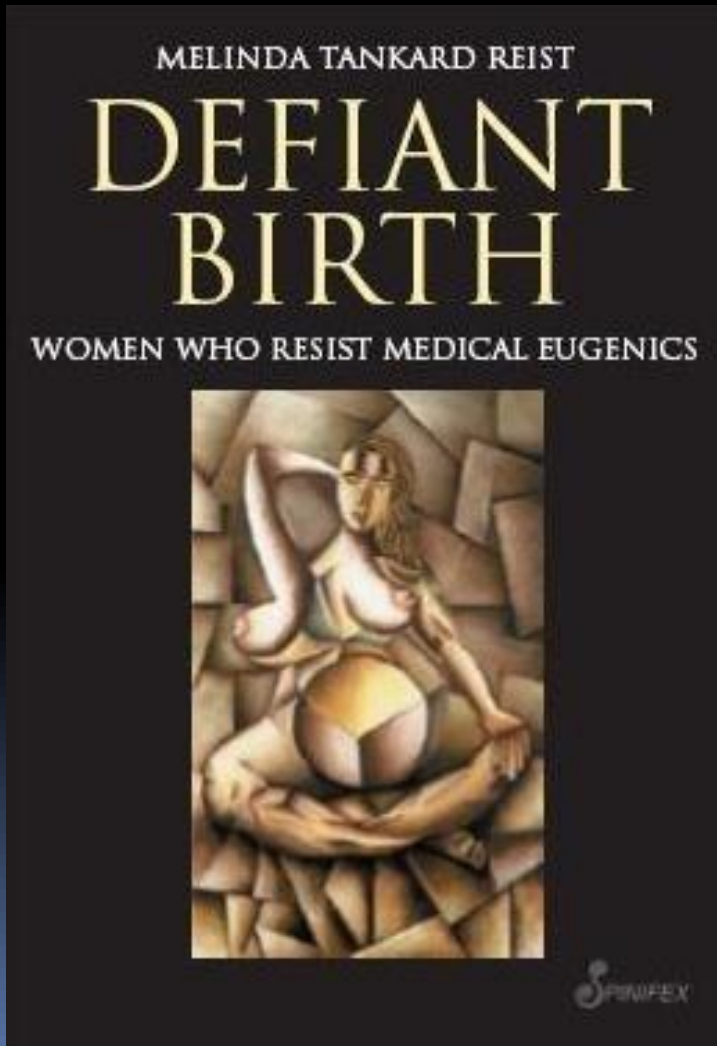
"The obstetrician encouraged abortion, saying that we would never find any doctors to treat her. We would be doing her a favor by saving her from suffering..."

"I was told many times that abortion was definitely the best option for us and I had full support to have an abortion right up until my 26th week of pregnancy but hardly any support for wanting to carry on the pregnancy."

"After we confirmed again we would not terminate, we got told that the best thing that can happen now is if your baby dies then you can get over this and try again."

“Defiant birth” – Nascite ribelli

(M. T. Reist, maggio 2006 – Spinifex Press)



Storia di 19 “donne che resistono all’eugenetica medica”

- Nuova “*nice*” eugenetica
- Esasperata valorizzazione della “qualità” della vita
- Ricerca della perfezione
- Routinarizzazione della diagnosi prenatale
- Esagerata considerazione dei “*soft markers*”
- “Benevole tirannia degli esperti”
- Mancato supporto alle famiglie (sia pre- che postnatalmente)

Sono molti di più i bambini che diventano disabili dopo la nascita di quelli che vengono riconosciuti prenatalmente!

SPERANZE E PROGETTI DEI GENITORI

- **Speranze per il bambino al momento della PND: nel momento in cui hanno ricevuto la diagnosi, la speranza più comune tra i genitori è stata che il bambino nascesse vivo e che essi avessero abbastanza tempo da trascorrere con lui (80%):**

"Based on our research, all we really hoped for was that he was with us long enough to hold him."

"My hope was that Lilly would live. That my family and I would be able to spend some time with her. That she would be born to term, instead of miscarry[ing] or be stillborn like all the Specialists said would happen."

SCELTA DEL PIANO DI ASSISTENZA

- Il 64% dei genitori che hanno scelto un qualche grado di intervento si è sentito giudicato per questa scelta.
- *È stata notata una associazione tra piano di assistenza e ragioni a continuare la gravidanza*

TABLE I. Outcome of Children Who had a Prenatal Diagnosis of Trisomy 13 or 18 According to Level of Intervention

Level of care	Lived <1 day	Went home	Lived >3 months	Lived >1 year
All levels (n = 107)	34% (36)	50% (54)	32% (34)	23% (25) ^a
Comfort care (n = 57)	53% (30)	40% (23)	25% (14)	18% (10)
In between full interventions and comfort care (n = 23)	9% (2)	70% (16)	30% (7)	17% (4)
Full intervention, as with any child (n = 27)	15% (4)	56% (15)	52% (13)	41% (11)

^aMedian age of surviving children is 3 years.

OUTCOME ED ESPERIENZA FAMILIARE

- ***Esperienza familiare: la maggior parte dei genitori i cui bambini sono morti descrivono l'esperienza globale di vita del loro bambino come positiva, indipendentemente dalla durata.***

OUTCOME ED ESPERIENZA FAMILIARE

- evidente differenza tra le foto inviate dai genitori e quelle reperibili normalmente in letteratura (figure 2 e 3).**



FIG. 2. Typical pictures of children with trisomy 13 and 18 found in the literature (from Taylor, 1968; republished with permission).



FIG. 3. Family pictures of children. From top left to right: Gianna, full T18 (died 1 week), Nolan, full T18 (died 2 years), Beth, full T13 (died 3 months), Guilianna, mosaic T18 (2 years), Emma, full T18 (died 5 years), Joey, full T13 (5 years), Sofia, full T13 (6 years), Allison, full T13 (died 1 day), Annie, full T18 (died 12 years), John, full T13 (died 1 year), Caitlyn (3 tri 18), Cathal, full T18 (died 1 day), Sophiee, full T18 (died 6 months), Bristol, full T18 (died 2 months), Devon, full T13 (17 years).

Pregnancy continuation and organizational religious activity following of prenatal diagnosis of a lethal defect are associated with improved psychological outcome

HEIDI COPE ET AL

PRENATAL DIAGNOSIS 2015, 35 761-768

***158 DONNE E 109 UOMINI
CHE HANNO PERSO UNA
GRAVIDANZA
CON ANENCEFALIA***

- ***PERINATAL GRIEF SCALE***
 - ***IMPACT OF EVENT SCALE***
- ***REVISED AND BECK DEPRESSION INVENTORY -II***

Risultati

CONTINUARE LA GRAVIDANZA

VERSUS

INTERROMPERE LA GRAVIDANZA

DISPERAZIONE

P= 0,02

EVITAMENTO

P= 0,008

DEPRESSIONE

P= 0,04

MAGGIORE

IN CHI ABORTISCE !!!

Risultati

***L'ATTIVITA' RELIGIOSA ORGANIZZATA
IMPATTA SULLA **RIDUZIONE**
DELLA SOFFERENZA PSICOLOGICA***

DONNE

P= 0,02

P= 0,04

P= 0,03

UOMINI

P= 0,047

Pregnancy continuation and organizational religious activity following of prenatal diagnosis of a lethal defect are associated with improved psychological outcome

HEIDI COPE ET AL

PRENATAL DIAGNOSIS 2015, 35 761-768

BENEFICIO PSICOLOGICO IN
CHI CONTINUA LA
GRAVIDANZA !!!!!

TERAPIE FETALI INVASIVE

(Più di 3000 procedure)

**INTRA-
VASCOLARE**

**ISO-Rh
DISORDINI
PIASTRINICI**

40% ⇒ **88%**

**INTRA-
AMNIOTICO**

**p-PROM
POLIAMNIOS
GOZZO FETALE**

0 ⇒ **40-60%**

**INTRA-CAVITA'
SIEROSE**

N.I.F.H.

T.T.T.S.

12% ⇒ **65%**

**INTRA-TRATTO
URINARIE**

**UROPATIE
OSTRUTTIVE**

22% ⇒ **63%**



FETAL THERAPY



1998

2009



TRANSPLACENTAL

**INVASIVE
U.S. GUIDED**

*(more than 3000 diagn. and
therapeutical procedures)*

**FETAL
OPEN SURGERY OR
FETOSCOPIC
SURGERY**





Collana Rhema

Giuseppe Noia
Sabrina Pietrangeli Paluzzi

IL FIGLIO TERMINALE

*Risposte di amore straordinario
all'ordinaria eutanasia prenatale*



Collana Rhema

LA TERAPIA DELL'ACCOGLIENZA

L'incompatibile con la vita, annuncia la Vita

Giuseppe Noia
Carlo Valerio Bellieni
Carlo Casini
Silvestro Paluzzi
Mario Castorina
Cesare Davide Cavoni
Massimo Losito
Carlo Paluzzi
Sabrina Pietrangeli

Prefazione di Antonio Gaspari

*e con le testimonianze della Rete di Famiglie
La Quercia Millenaria online
e le poesie di Fabrizio Antilici*



CULTURA E FORMAZIONE

FONDAZIONE ONLUS

Il Cuore in una Goccia

Giuseppe e Anna Luisa Noia



in memoria di Margherita e Attilio Noia



Dio è gioia, la gioia è preghiera La gioia è un segno di generosità Quando siete colmi di gioia, avete più energia e desiderate andare in giro a fare del bene a tutti. La gioia è un segno di unione con Dio, è un segno della presenza di Dio

**LA GOCCIA , CADENDO SUL MARE DELL'ESISTENZA,IMPATTA CON
LA SUPERFICIE ,CREANDO CERCHI CHE LASCIA SULL'ACQUA : TRE
CERCHI ,TRE MONDI RAPPRESENTATI DA**

- **IL MONDO DELLA SCIENZA,**
- **IL MONDO DELLA FAMIGLIA ,**
- **IL MONDO DELLA FEDE.**

Il cuore in una goccia



Fondazione Giuseppe e Anna Luisa Noia

a memoria di Margherita e Attilio Noia

**ESSI RAPPRESENTANO ANCHE LE
TRE AREE DI INTERVENTO**

•IL MONDO DEL PRECONCEZIONALE

•IL MONDO DEL PRENATALE

•IL MONDO DEL POSTNATALE

Il cuore in una goccia



Fondazione Giuseppe e Anna Luisa Noia

a memoria di Margherita e Attilio Noia

**L' acqua è vita , è ossigeno,
è rigenerazione, ma è anche lavacro
purificazione, immersione e battesimo,
rinascita ad una nuova vita.**

***L'acqua è trasparente e disseta la
sete e il desiderio delle cose infinite che
sono nel cuore di ogni uomo!***

Il cuore in una goccia



FONDAZIONE GIUSEPPE E ANNA LUISA NOIA

A MEMORIA DI MARGHERITA E ATTILIO NOIA

**Il cuore è l'anima di ogni desiderio e
volontà..... ma indica anche
la generosità ,la dedizione all'altro
ed è la pompa della linfa vitale
di ogni corpo che porta vita e amore a
chi ne ha bisogno.**

Il cuore in una goccia



FONDAZIONE GIUSEPPE E ANNA LUISA NOIA

A MEMORIA DI MARGHERITA E ATTILIO NOIA

***La goccia e' piccola cosa
ma come ha detto e fatto
Madre Teresa***

***“ Metti la TUA goccia e
arrivera' l'oceano di Dio”.***
Essa esprime

la FIDUCIA IN DIO
***Il cuore è 100.000 volte piu'
grande della goccia ma e'
posto ALL'INTERNO di essa
perche' prefigura***
LO SPIRITO DI UMILTA'

Il cuore in una goccia



FONDAZIONE GIUSEPPE E ANNA LUISA NOIA

A MEMORIA DI MARGHERITA E ATTILIO NOIA

1) FIDUCIA IN DIO E UMILTA':

le 2 disposizioni

2) CONDIVISIONE E SOLIDARIETA'

**I 2 obiettivi con cui si deve lavorare per
la FONDAZIONE**

Il cuore in una goccia



Fondazione Giuseppe e Anna Luisa Noia

a memoria di Margherita e Attilio Noia

- **IL MONDO DELLE FAMIGLIE**

- **FAMIGLIA TESTIMONE**

- **FAMIGLIA CIRENEO**

Conclusioni LA VITA E' UN DONO

Diffondere la cultura scientifica DELLA MEDICINA

CONDIVISA e DELL'ACCOMPAGNAMENTO

SIGNIFICA :

A)PER IL BAMBINO NON ANCORA NATO

RICONOSCERE LA DIGNITA' DI QUELLA VITA PUR NELLA SUA

FRAGILITA' E SOFFERENZA,PERCHE' E'“ IL PIU' POVERO

TRA I POVERI “ ,SE MALFORMATO E' ANCORA PIU'

POVERO E SE TERMINALE E' IL MASSIMO DELLA

POVERTA E AL MASSIMO DELLA POVERTA'

RISPONDIAMO COL MASSIMO DELL'AMORE

OPPONENDOCI COSI' ALLA CULTURA DELLO SCARTO

Conclusioni LA VITA E' UN DONO

Diffondere la cultura scientifica DELLA MEDICINA
CONDIVISA e DELL'ACCOMPAGNAMENTO
SIGNIFICA

B)PER LA COPPIA: RICONFERMARE IL LORO
PROGETTO GENITORIALE CHE HA ACCOLTO, HA
FATTO SOGNI E PROGETTI SUL FIGLIO ATTESO E
AMATO E SI TROVA NELLA TOTALE SOLITUDINE E
CONFUSIONE DINANZI ALLA DIAGNOSI INFAUSTA. E
COSI IMPEDIAMO CHE VENGA RUBATA LA LA
SPERANZA A QUESTE FAMIGLIE.

Conclusioni LA VITA E' UN DONO

Diffondere la cultura scientifica DELLA MEDICINA
CONDIVISA e DELL'ACCOMPAGNAMENTO

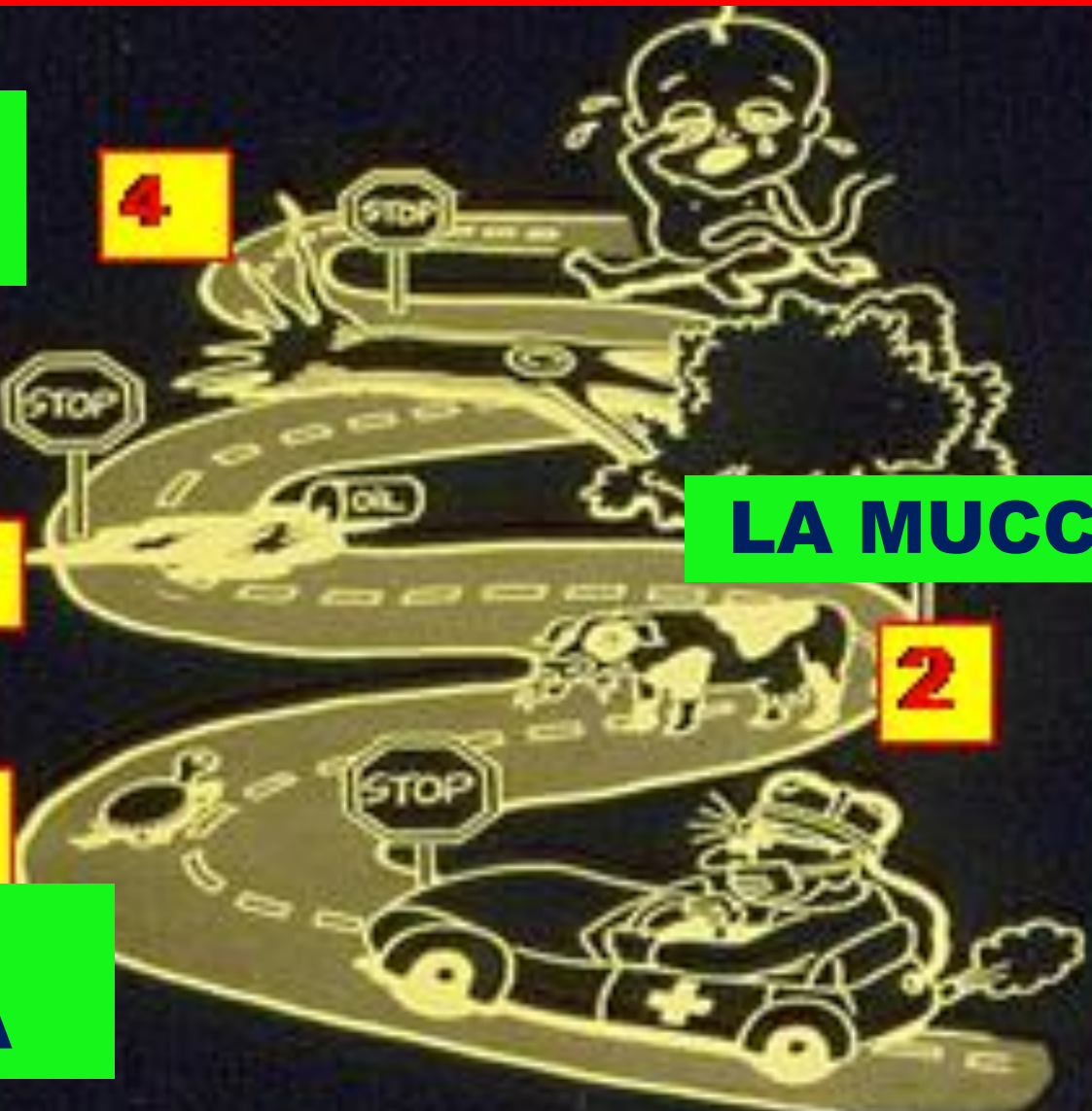
C)PER IL MEDICO RIAPPROPRIARSI DEL
PROPRIO RUOLO DI GARANTE DELLA VITA IN UNA
ALLEANZA TERAPEUTICA CHE SI RIVELA LA
MIGLIORE TERAPIA PER LENIRE IL DOLORE ED E'
PARTE FONDANTE DELL'ARTE MEDICA“
TO CURE. TO RELIEF TO CARE “E QUESTO
E' IL PIU' BEL DONO PER IL MEDICO

**COME LA SPERANZA AIUTA A FARE LE 4 RIMOZIONI “
INTERIORI “ PER “ VEDERLO “**

**L ‘ALBERO
DI TRAVERSO**

L’OLIO

**LA
TARTARUGA**



LA MUCCA

I QUATTRO OSTACOLI

*C'è un futuro per
l'homo sapiens ?*

conclusioni

***La salute delle donne ,delle coppie e delle famiglie e' un bene prezioso da salvaguardare
cosi' come la capacita' di procreare
ma espropriare le donne della verita' di informazione e'
rubare il loro corpo ,il loro futuro e
..... soprattutto la loro dignita' !!!!!***

***Rubare beni materiali e' grave
ma rubare l'anima e la dignita'
e' un delitto contro l'umanita'.....
TUTTA L'UMANITA' !!***

“Se vuoi trovare la sorgente devi andare controcorrente.”

Trittico Romano

Giovanni Paolo II

***COME I SALMONIPER SEMINARE LA
FECONDITA' DELLA TESTIMONIANZA
SCIENTIFICA E POI ESSERE CONSAPEVOLI
DI MORIRE NELLA CULTURA DELLO SCARTO***

Ringraziamenti

Dr.ssa Cesari E.
Dr.ssa Ligato M.S.
Dr.ssa Visconti D.
Dr. Fortunato G.
Dr.ssa Greco C.
Dr. Tintoni M.
Dr.ssa Mappa I.
Dr. Nitiema H.
Dr.ssa Merla R.
Dr.ssa Balsamo A.

DR.SSA L. MASINI
DR. M. DE SANTIS

Dr D'Errico M.

Dr.essa M. Riccardi
Dr.essa M. Pellegrino

Dr.essa Reverberi

Dr.essa Giona

MARY DI DOMENICO

Dr.essa Merlinò



FETAL TEAM
DAY-HOSPITAL OSTETRICO
UNIVERSITA' CATTOLICA
DEL
SACRO CUORE DI ROMA

***Department of Obstetrics and
Gynecology, Catholic University of
Sacred Heart, Rome***

- **Prof Giuseppe Noia**
- **Prof Alessandro Caruso**
- **Prof Giovanni Scambia**
- **Dr Enrica Martinelli**
- **Dr Fiorella Di Nicuolo**
- **Dr Maria Emiliana Caristo**



**Laboratory of Molecular Biology, Institute of
Biochemistry and Clinical Biochemistry, Catholic
University of Sacred Heart, Rome**

- **Dr Ettore Capoluongo**
- **Dr Concetta Santonocito**

**Zootecnic Experimental Institute,
Monterotondo, Rome**

- **Dr Giuseppina Maria Terzano**
- **Dr Marco Mazzi**



GIORNATE DI STUDIO PRO CREAZIONE

LA VITA DA ACCOGLIERE

8 OTTOBRE 2016 - TEATRO COMUNALE - AREZZO

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore



FONDAZIONE

Il cuore in una goccia

LA VITA E' UN DONO

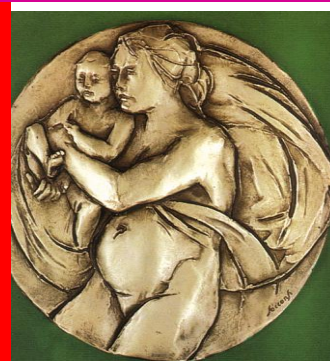
**UNIVERSITA'
CATTOLICA
DEL SACRO CUORE**

**UOC HOSPICE
PERINATALE**

Direttore

**Prof GIUSEPPE
NOIA**

**CENTRO PER LE CURE
PALLIATIVE
PRENATALI
ROMA**



GIUSEPPE NOIA

WWW

noiaprenatalis.it

pi.noia @ tin.it

POLICLINICO GEMELLI

ROMA

36° CONVEGNO NAZIONALE DEI CENTRI DI AIUTO ALLA VITA **MISSIONE ACCOGLIENZA**

CONSAPEVOLI DELL'IDENTITA', UNITI PER GENERARE FUTURO
23 OTTOBRE 2016 - BIBIONE

IL FIGLIO TERMINALE : PERCORSI DI
ACCOMPAGNAMENTO

Gemelli

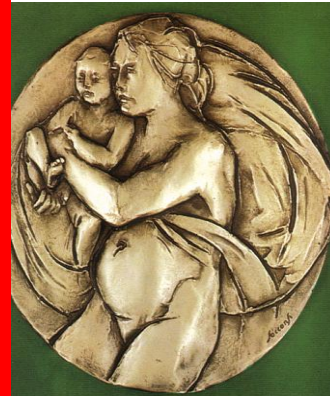


Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli
Università Cattolica del Sacro Cuore

UNIVERSITA'
CATTOLICA
DEL SACRO CUORE

UOC HOSPICE
PERINATALE
RESPONSABILE

Prof GIUSEPPE NOIA
CENTRO PER LE CURE
PALLIATIVE PRENATALI
ROMA



GIUSEPPE NOIA

WWW

noiaprenatalis.it

pi.noia @ tin.it

POLICLINICO GEMELLI

ROMA



FONDAZIONE

Il cuore in una goccia