

Giorgia Cozza

Quando l'attesa si interrompe

*Riflessioni e testimonianze
sulla perdita prenatale*

Prefazione di Piera Maghella



Il leone verde

A Bruna

Grazie di cuore a tutte le donne che hanno accettato di condividere la propria esperienza con la speranza che fosse d'aiuto per altre donne.

Grazie agli esperti che, con grande sensibilità, hanno approfondito gli argomenti trattati, e alla dottoressa Sara Casarsa, ginecologa presso l'Ospedale di Latisana, che si è occupata della revisione scientifica del testo (la sua collaborazione è stata preziosa per tutte le parti 'tecniche').

Un ringraziamento speciale, infine, all'editore Anita Molino che alla proposta di un libro sull'aborto spontaneo ha risposto senza esitazioni: "Se può aiutare anche una sola donna che sta soffrendo, merita di essere pubblicato".



Questo libro è stampato su carta FSC®

Il progetto grafico della copertina è di Francesca De Fusco.

In copertina: ©fotolia.com/Romolo Tavani, "*Ligth on your heart*".

ISBN: 978-88-95177-63-2

© 2010 Tutti i diritti riservati

Edizioni Il leone verde

Via della Consolata 7, Torino

Tel/fax 011 52.11.790

leoneverde@leoneverde.it

www.leoneverde.it

www.bambinonaturale.it

PREFAZIONE

di Piera Maghella

Se hai comprato o se ti è stato regalato questo libro, probabilmente stai vivendo o hai vissuto la perdita di un bimbo, oppure sei un operatore che vorrebbe sostenere le donne e le coppie che vivono questa pesante esperienza. Questo libro è prezioso e alquanto raro.

Anch'io sono tra le tante mamme che ha perso una bambina che stava crescendo in utero e quando è successo mi sono sentita drammaticamente sola; ho tanto cercato fonti, testi che descrivessero, che spiegassero, che riportassero anche esperienze dirette per riconoscere le mie emozioni. Quella bimba, nata a 24 settimane di gravidanza, ha un nome, Francesca, e un suo posto in famiglia. Ho potuto guardarla, toccarla e tenerla. Questo mi ha molto aiutata.

I genitori che perdono il loro bambino sono proiettati a costruirsi una vita insieme, hanno fatto tanti sogni, previsioni e in molti casi non rimane alcuna memoria tangibile. Il mondo non ricorda.

Quando un bimbo muore in ospedale, nel tentativo di alleviare la sofferenza, tutte le evidenze della sua esistenza vengono rimosse velocemente, nulla è lasciato per confermare la realtà: *“tutto è successo così rapidamente... Era già tutto fatto... Solo dopo ho realizzato che avrei voluto vederla, toccarla...”* ma anche a casa: *“nulla deve ricordare... nessuno ne vuole parlare... tutti evitano”*.

C'è la perdita fisica, reale e si perde anche la potenzialità di avere una vita con quel particolare bimbo che nessuno potrà mai sostituire e questo

6 Quando l'attesa si interrompe

destabilizza le certezze e l'ordine del ciclo della vita e degli eventi. Nell'ordine delle cose i figli sopravvivono ai loro genitori. Quando la corsa è per la vita non c'è la minima preparazione all'evento luttuoso e per molte coppie può essere il primo confronto con la morte.

Si attraversano, come un turbine, tante emozioni. Si può vivere una sospensione della realtà, un congelamento emotivo “*tutto mi passava davanti... non c'ero...*”. Dopo la realizzazione dell'evento si può sentire un senso di colpa, di vergogna, di fallimento, di ingiustizia, di rabbia “*andava tutto bene, perché a me?*”. C'è un disperato bisogno di trovare la causa, la responsabilità, di aver risposte chiare.

Nelle settimane o nei mesi successivi la solitudine e la tristezza possono essere così forti da non riuscire a trovare la forza per reagire. Ci sono madri che temono di perdere i ricordi, le sensazioni della gravidanza, l'aspetto del bimbo e mantenere la sofferenza diventa per loro la modalità per trattenere la breve esistenza di quel bambino. A volte si fanno scelte forti, di rottura, come cambiare lavoro, tornare a studiare, cambiare casa o fare un lungo viaggio per concentrarsi, per misurarsi, per cambiare pagina.

Creare memorie, ricordi tangibili e rituali può offrire conforto nelle settimane, nei mesi e negli anni a venire. Più memorie si hanno meno complicata potrà essere l'elaborazione della perdita del proprio bambino. Condividere apertamente emozioni, pensieri e difficoltà può aiutare a superare l'isolamento e a collocare l'esperienza nella propria storia per trovare una rinnovata apertura alla vita.

Questo libro, così completo, è prezioso per tutti.

Piera Maghella
Educatrice perinatale
Fondatrice del MIPA Centro Studi
Co-autrice di “La Perdita”

INTRODUZIONE

Sono passati cinque anni da quando ho perso il mio bambino. Era il mio terzo figlio. Ricordo ancora il giorno in cui il test di gravidanza è risultato positivo. Ero troppo, troppo felice. Aspettavo un bimbo! C'era di nuovo una creatura nel mio grembo, avrei vissuto di nuovo tutte le emozioni dell'attesa, il pancione che cresce, i primi movimenti, la scelta del nome... Con la mente e il cuore in subbuglio, ho dato la notizia a mio marito. Poi è stata la volta dei parenti più cari, la zia che è un po' come una mamma e i miei amatissimi nonni. Che gioia vedere la loro contentezza, che gioia portare in cuore un segreto così bello.

Ed è arrivato il giorno della prima ecografia. Un giorno speciale, colmo di aspettative e trepidazione: avrei visto il mio bambino!

Avrei sentito il battito del suo piccolo cuore.

Ancora oggi non so esprimere a parole quello che ho provato davanti a quello schermo nero. C'era il mio bambino, sì. Ed era bellissimo. "È già così grande" avevo detto io, sorpresa nel trovare la testolina già delineata, ben distinta dal minuscolo corpo. Ma c'era silenzio in quell'eco. Un silenzio che urlava alle orecchie e al cuore. E lui era così fermo, sembrava dormisse.

Tutta la gioia fuggita in un istante, trasformata in sgomento, incredulità, dolore.

Non c'è battito. L'attesa si è interrotta.

Sono tante le donne che hanno dovuto sentire questa frase. Poche parole pesanti come macigni.

8 Quando l'attesa si interrompe

Poche parole che mettono fine a un sogno, il più bello, quello di diventare madre.

Questo libro è dedicato a loro. A tutte le donne che, in un momento imprecisato della loro vita, hanno visto interrompersi un sogno. A tutte le donne che hanno sognato di accarezzare, cullare, allattare il loro piccino, ma non hanno potuto farlo, perché non è stato concesso loro di abbracciarlo.

È difficile parlare di questo dolore. Non capisco bene perché, ma è un dolore che la società si ostina a non considerare. E quando non viene ignorato, allora viene immediatamente minimizzato. Tutto il conforto che la donna può aspettarsi in genere si riduce a frasi banali che spesso la fanno sentire peggio: “Per fortuna eri incinta solo di tre mesi”, “Su, su, capita a tante donne, è normale” e “Avrai altri bambini”. Così al dispiacere si aggiunge anche la devastante consapevolezza di non essere comprese. Ci si sente sole. Sole con un dolore che il resto del mondo – a volte anche chi ci è più vicino – non riconosce e quindi non accoglie.

Quando ho vissuto questa esperienza mi sono sentita molto sola. Avrei voluto parlarne, condividere la mia pena, sfogarmi, ma era difficile trovare qualcuno disposto ad ascoltare. E poi avrei voluto capire. Perché avevo perso il mio bambino? Perché la gravidanza si era fermata? Cos'era successo? E poteva accadere di nuovo?

Molte domande, poche risposte.

Alcune settimane dopo l'intervento di raschiamento sono entrata in una libreria e ho cercato un testo che affrontasse questo tema. Ci sono libri su tutto, guide per ogni argomento e situazione della vita, centinaia di titoli ci parlano di gravidanza, nascita, accudimento dei figli, possibile non ci fosse un libro che parlava dell'aborto spontaneo, un'esperienza che riguarda tante donne?

Io non l'ho trovato.

Mi hanno proposto alcuni volumi dedicati alla psicologia e all'elaborazione del lutto, ma non era quello che cercavo. Affrontavano situazioni troppo diverse, che sentivo lontane e non potevano aiutarmi.

Ed ecco come è nata, tempo dopo, l'idea di questo libro.

Il libro che avete tra le mani fa parte di un lungo percorso che ha avuto inizio in una mattina di dicembre con un test di gravidanza positivo e non si è concluso, né mai lo farà, perché è parte di me, della mia vita, di quello che sono.

Oggi io non soffro più per il mio bimbo in Cielo; con il tempo il dolore si è trasformato più e più volte fino a diventare rimpianto, nostalgia, ricordo. Un pensiero pieno d'amore e di tenerezza. Ma non ho dimenticato. Non ho dimenticato lo smarrimento, la solitudine e l'angoscia. Ecco il perché di questo libro.

Un libro che vuole essere una carezza per le donne che in questo momento stanno soffrendo e per le donne che hanno sofferto in passato e portano ancora nel cuore una traccia di quel dolore. Ognuna con la sua storia, che è sempre unica e diversa, ognuna con le sue emozioni, ognuna con i suoi tempi. Quello che abbiamo in comune è un bambino non nato, un bambino che non abbiamo potuto stringere tra le braccia, ma che fa parte di noi, della nostra storia, della nostra famiglia.

Ma questo è anche un libro che si rivolge ai papà, ai compagni di vita di queste donne che, forse mai come in questo momento, hanno bisogno di sentirsi accolte, comprese e amate. E un libro per i parenti e gli amici che vorrebbero aiutare, ma forse non sanno come fare.

Indicazioni valide per tutti non ne possiamo dare, dato che ogni storia è a sé, ma speriamo che ognuno possa trovare almeno qualche spunto utile tra queste pagine.

Parlarne è già un passo. Parlarne è un modo per riconoscere l'importanza di questo argomento.

In questo libro ci sono numerose testimonianze. Raccontare la propria storia, ricordare, rivivere certi momenti per alcune donne è stato difficile, doloroso. Per altre è stato liberatorio, un'opportunità per comprendere meglio le proprie emozioni e riconciliarsi con il passato. Ma quello che hanno in comune tutte le mamme di 'bimbi speciali' che hanno accettato di condividere la propria esperienza in queste pagine è la speranza che la loro storia possa essere d'aiuto per altre donne. Ogni testimonianza è una mano tesa.

Una mano che consola, comprende, ascolta. Ma è anche una promessa. Pian piano la sofferenza non sarà più così straziante, ma ciò non significa che si dimenticherà.

I bimbi non nati non sono 'persi' per le loro mamme. Fanno parte di loro. Sono nel loro cuore e lo saranno per sempre.

Se stai piangendo il tuo bambino non nato, sappi che non sei sola. Siamo in tante ad aver provato il tuo dolore. Un anno fa, cinque, dieci, venti.

10 Quando l'attesa si interrompe

Anche noi siamo mamme di un bimbo speciale che non abbiamo potuto abbracciare, stringere e coccolare, ma che custodiamo al sicuro, nel nostro cuore.

Questo libro è dedicato a te.

PRIMA PARTE

Perderlo prima che nasca

I

COS'È L'ABORTO SPONTANEO?

Ho perso tre bimbi, tutti e tre nelle prime settimane di gravidanza, e anche se erano solo delle piccole macchioline scure nell'ecografia, nel mio cuore rimangono i miei bimbi che non ho mai conosciuto.

Anna

Sei nato dentro di me e dentro di me sei morto. Sono stata il tuo Universo, e ora vivi affacciato ai miei occhi, tutt'uno con me, in ogni mio respiro.

Daniela

Il fatto che tu non sia mai fisicamente nato non ci impedisce di considerarti un membro della nostra famiglia, sei nostro figlio, frutto del nostro amore come lo sono i tuoi fratelli, e attendo il giorno in cui potremo di nuovo essere riuniti tutti insieme.

Alessia

L'aborto spontaneo è la più frequente complicazione della gravidanza¹.

¹ In questo capitolo e nel successivo vengono offerte alcune informazioni di taglio scientifico e vengono riportati termini tecnici e definizioni spesso utilizzati dagli operatori sanitari, nei referti e nelle cartelle ospedaliere. Si tratta, forse, di capitoli un po' freddi, ma ci sembrava giusto affrontare anche questi aspetti, seppur in modo molto sintetico. Il suggerimento per chi vuole saperne di più è di non esitare a chiedere informazioni al proprio medico di riferimento. Conoscere e capire, fugare dubbi e interrogativi, può aiutare il processo di elaborazione del lutto.

14 Quando l'attesa si interrompe

Con questo termine ci si riferisce comunemente all'interruzione spontanea dell'attesa che si verifica prima del sesto mese (180 giorni di gestazione)².

La possibilità che una gravidanza si interrompa è più elevata di quanto si possa pensare. Si ritiene, infatti, che il 15-25% delle gravidanze si concluda con una perdita: nell'80% dei casi l'interruzione avviene nel primo trimestre, ovvero entro le prime dodici settimane di gestazione.

Molte sono, inoltre, le attese che si concludono in un'epoca precocissima (entro le prime cinque settimane), ancor prima che la donna stessa si accorga di essere incinta o che ne abbia avuto la conferma clinica. Si calcola che gli aborti spontanei in questa fase raggiungano il 60%³.

Il rischio di perdere un bimbo diminuisce rapidamente con il procedere dell'età gestazionale: tanto più la gravidanza procede, tanto più è probabile che giunga a termine.

Ma perché tanti bimbi restano con la loro mamma per un periodo così breve? Studi e ricerche riconducono un'alta percentuale – tra il 50 e il 70% – degli aborti spontanei che avvengono nel primo trimestre a un difetto genetico del piccino che ha appena iniziato a crescere nel grembo materno. Un difetto genetico incompatibile con la vita stessa, che ne impedisce il normale sviluppo e fa sì che la gravidanza si interrompa.

In alcuni casi, invece, qualcosa non 'funziona' nei delicati processi che portano all'impianto della cellula uovo, fecondata dallo spermatozoo maschile, nell'utero. Più di rado la gravidanza non può evolversi felicemente per un problema di salute della mamma.

Sintomi e diagnosi, i segni e la conferma della perdita

Perdite di sangue, crampi più o meno intensi alla pancia, un dolore alla parte bassa della schiena, una sorta di pressione nella zona pelvica. Si può

2 Attualmente, nella pratica clinica si parla di aborto se la gravidanza si interrompe spontaneamente entro le 21 settimane, anche se alcuni spostano questo termine a 22, 23, o 24 settimane di gestazione. Oltre tale termine si parla di parto prematuro o morte fetale endouterina. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce aborto spontaneo la morte di un feto di peso inferiore a 500 grammi di peso.

3 Benedetto C., Patriarca A., Marozio L. e altri, *Epidemiologia ed eziopatogenesi*, "L'aborto spontaneo", Prenatale, APOG, Volume 6, Numero 3, dicembre 2002, pag. 9.

manifestare così, con uno di questi sintomi piuttosto generici, la perdita di un piccino all'inizio della gravidanza. E davanti a questi sintomi, subito scatta la paura, l'incertezza, il timore che stia succedendo qualcosa. Naturalmente il verificarsi di perdite ematiche non corrisponde per forza a un'interruzione di gravidanza, ma il pensiero che questo sintomo, soprattutto se accompagnato da crampi, possa segnalare la fine dell'attesa si affaccia subito con prepotenza alla mente e al cuore della futura madre. La sensazione descritta da molte donne che hanno vissuto questa situazione è che il corpo le stia tradendo, che non sia capace di custodire il loro piccino. E di impotenza, di impossibilità di cambiare il corso degli eventi. In queste situazioni il verdetto è affidato a un controllo ecografico che stabilirà se i sintomi corrispondono a una minaccia d'aborto o a un'effettiva interruzione dell'attesa.

A volte, invece, la futura mamma non avverte alcun disagio, non ha perdite, né dolori. Eppure, anche se lei ancora non lo sa, l'attesa si è interrotta.

Quando l'aborto è asintomatico, la donna scopre di aver perso il suo bambino in occasione di un normale controllo ginecologico o durante la prima ecografia. "Non c'è battito, l'attesa si è interrotta", questa la sentenza inappellabile che ha messo fine, in modo del tutto inaspettato, al sogno di felicità di tante future mamme.

Se le dimensioni dell'utero o dell'embrione non corrispondono alla settimana di gestazione, o il medico non riesce a 'trovare', ovvero a rilevare ecograficamente, il battito cardiaco del piccino, in genere, viene prescritto un ulteriore controllo ecografico a qualche giorno (in genere una settimana) di distanza. Se la situazione non si evolve, la diagnosi di aborto interno (o ritenuto) viene confermata. Una diagnosi che si rivela difficile da accettare, quando non ci sono sintomi e il corpo sembra ignaro di quanto è accaduto e 'continua a essere incinta' (spesso nausea e tensione al seno, che per alcune donne sono i segni rivelatori di una gravidanza, persistono per diversi giorni dopo che la vita si è spenta nel grembo della mamma).

Nella maggior parte dei casi l'esame clinico e l'ecografia sono sufficienti a chiarire la diagnosi. Quando, però, nelle fasi più precoci della gravidanza, sussiste qualche dubbio, il medico può prescrivere un prelievo del sangue per dosare la beta-HCG presente nell'organismo materno: il valore di questo ormone cresce velocemente dopo il concepimento e, se tutto pro-

16 Quando l'attesa si interrompe

cede bene, continua ad aumentare fino al terzo mese⁴.

- Se la gravidanza si interrompe nel secondo trimestre

Le attese che si interrompono tra la 13^a e la 20^a settimana sono circa il 3%. Quando si perde un bimbo nel secondo trimestre l'aborto può avvenire in due modi:

- in alcuni casi si verifica una dilatazione della cervice, ovvero del collo dell'utero, in assenza di contrazioni: il bambino nasce con un parto indolore, ma è troppo piccino per sopravvivere al di fuori del grembo materno;
- più spesso il cuore del bimbo, ancora cullato nel corpo della madre, cessa di battere e la diagnosi avviene in occasione di una visita o di un controllo ecografico. In questa situazione, in genere, il travaglio non si avvia spontaneamente e il parto deve essere indotto.

Cause e fattori di rischio

Perché è accaduto? Questa è una domanda che la maggior parte delle donne che hanno perso un bimbo si pone. Cosa è successo? Perché la gravidanza si è interrotta? Qual è il motivo di tanto dolore?

Le *anomalie genetiche del bimbo* che si stava formando nel grembo materno rappresentano la principale causa di aborto occasionale⁵ del primo trimestre (mentre sono sempre meno frequenti dopo le dieci settimane di età gestazionale).

In pratica, qualcosa non 'funziona' proprio all'inizio dell'attesa, e il piccino non ha fisicamente le potenzialità per continuare a crescere e svilupparsi. In alcuni casi la gravidanza si interrompe ancor prima che si sia

4 La beta-HCG (Gonadotropina Corionica Umana) è prodotta dal trofoblasto, un tessuto che con il procedere della gravidanza si trasformerà nella placenta. È la presenza di questo ormone nel corpo materno che determina il risultato positivo dei test di gravidanza.

5 Con questo termine ci si riferisce agli episodi isolati di aborto spontaneo. Quando si verificano due o più aborti consecutivi, si parla di aborto spontaneo ripetuto o aborto spontaneo ricorrente.

formato il cuore; in altri, il bimbo si spegne successivamente e il suo minuscolo cuore cessa di battere.

I difetti genetici sono responsabili di circa il 50-60% delle interruzioni di gravidanza nel primo trimestre, le alterazioni cromosomiche più frequenti sono anomalie nel numero dei cromosomi (86% dei casi) e anomalie della loro struttura (6% dei casi).

Anomalie cromosomiche possono essere all'origine anche di quelle situazioni indicate come gravidanze 'anembrioniche' o più comunemente "uovo cieco o uovo chiaro", dall'inglese *blighted ovum*, ovvero quei casi in cui la camera gestazionale c'è ed è ben impiantata nell'utero, ma è vuota, poiché l'embrione non si è formato, o si è formato, ma poi non si è sviluppato e le sue dimensioni sono regredite.

Nel rimanente 10-20% dei casi, all'origine della perdita c'è invece un *problema di salute della futura mamma*. I più comuni sono i seguenti:

- anomalie del sistema riproduttivo (difetti uterini congeniti come l'utero setto, oppure acquisiti, quali aderenze intrauterine, miomi, incontinenza cervicale)⁶;

- patologie congenite o croniche (malattie cardiache, renali, diabete mellito non controllato, ipertensione grave, patologie autoimmuni, ecc.), fattori immunologici, trombofilie;

- complicazioni acute: infezioni quali rosolia, citomegalovirus, toxoplasma, infezioni vaginali batteriche, ecc.

Ci sono, infine, alcuni fattori che possono aumentare il rischio di aborto spontaneo.

- Fattori esterni, quali abuso di alcol, sostanze stupefacenti, fumo⁷.

- Età materna: il rischio di aborto spontaneo è più elevato prima dei 20 anni e dopo i 35.

- Storia Ostetrica: dopo due o più aborti consecutivi, aumenta il rischio di un'ulteriore perdita.

- Assunzione di particolari farmaci: alcuni medicinali (sia medicinali

6 Cosmi E. V., Anceschi M., *Editoriale*, Prenatale, APOG, Volume 6, numero 3, dicembre 2002.

7 Benedetto C., Patriarca A., Marozio L. e altri, *op. cit.*, pag. 10: "Nelle forti fumatrici il rischio di aborto aumenta del 40% rispetto a quello delle non fumatrici e l'entità del rischio cresce proporzionalmente al numero di sigarette fumate al giorno".

18 Quando l'attesa si interrompe

per cui serve una prescrizione medica, sia da banco) sono stati collegati a un aumento del rischio di aborto spontaneo.

Esposizione a tossine ambientali, quali sostanze chimiche, piombo, arsenico, ecc.

- Nel secondo trimestre

Le cause più frequenti di aborto nel secondo trimestre sono riconducibili a patologie infettive, anomalie genetiche, anomalie uterine, in particolare anomalie cervicali (incompetenza cervicale).

C'è però una percentuale non indifferente di casi in cui non è possibile risalire a una causa e che vengono quindi definiti, per esclusione, aborti idiopatici. Secondo uno studio condotto in Gran Bretagna, su un campione di 636 madri che hanno perso il proprio bimbo nel secondo trimestre, una causa reale per questo evento può essere riconosciuta solo nella metà dei casi⁸.

Sensi di colpa che non hanno ragione d'essere

Quando si perde un bimbo all'inizio dell'attesa, alla delusione e all'amarezza, spesso, si accompagnano numerosi interrogativi. Si cerca una ragione, una spiegazione per quello che è accaduto. Per un evento che sappiamo essere frequente, ma che non si pensa mai possa davvero capitare proprio a noi. In questa situazione l'insidia dei sensi di colpa è in agguato e può spingerci a passare in rassegna le nostre giornate cercando quel gesto, quello sforzo, quell'abitudine che potrebbe aver danneggiato la nostra gravidanza. Forse quel giorno in cui abbiamo portato fino a casa i sacchetti della spesa? O quando abbiamo pulito i vetri di tutte le finestre? O, ancora, il fatto di aver continuato ad allattare il nostro primogenito...

A questo proposito la psicologa Carole Méhan, scrive: *“molte donne hanno sensi di colpa, rimproverano se stesse e si chiedono se la perdita del loro bambino sia imputabile a qualcosa di preciso che avrebbero dovuto o*

⁸ Paladini D., Martinelli P., *L'aborto nel secondo trimestre*, Prenatale, APOG, Volume 6, numero 3, dicembre 2002.

non dovuto fare."⁹

In realtà, questi dubbi non hanno ragione di essere, davvero. E rendono più difficile una situazione già dolorosa. Gli esperti ci rassicurano in questo senso: non sono cause di aborto l'attività sessuale, una normale attività fisica, il lavoro fuori casa o le faccende domestiche¹⁰.

Allattare nell'attesa, infine, non interferisce con il buon proseguimento della nuova gravidanza: le poppate devono essere sospese solo nei casi in cui l'attesa non sia fisiologica, ovvero in presenza di complicazioni per cui la gravidanza viene definita 'a rischio'. A questo proposito l'Accademia Americana dei Medici di famiglia, nel 2002, ha affermato: "Se la gravidanza è normale e la mamma è sana, allattare nell'attesa è una decisione che spetta alla madre"¹¹.

Non colpevolizziamoci. Noi non abbiamo sbagliato niente. Non è a causa di un nostro comportamento che abbiamo perso il nostro piccino.

- Alcuni termini tecnici -

Riportiamo di seguito alcuni termini tecnici, definizioni che, in genere, vengono utilizzate dagli operatori sanitari nel compilare referti e cartelle mediche.

- Se la gravidanza si interrompe tra la 5^a e la 9^a settimana si parla di *aborto embrionale*, mentre a partire dalla 10^a settimana dell'attesa, si parla di *aborto fetale*. La perdita di un bimbo tra la 13^a e la 20^a-22^a settimana circa di gravidanza, viene indicata con il termine *aborto tardivo* o *aborto del secondo trimestre*¹².
- L'aborto spontaneo è definito *completo*, quando si verifica spontaneamente l'espulsione dell'embrione e del sacco vitellino, sotto

9 Méhan C., *Lutto perinatale*, on-line nelle pagine di www.babyitalia.com. È possibile scaricare il testo dell'articolo (in italiano) da digilander.libero.it/ildiaridellalinda/11%20lutto%20perinatale.doc

10 Bulletti C., Flamigni C., *op. cit.*, pag. 15.

11 American Academy of Family Physicians (AAFP), *Position Statement on Breastfeeding 2002*. Leawood, Kansas: American Academy of Family Physicians, 2002. Si veda, per una trattazione completa, di Paola Negri, *Sapore di mamma*, Il leone verde 2009.

12 Dalla 27^a settimana di gravidanza a 7 giorni dopo la nascita, la perdita di un bambino viene definita morte perinatale.



forma di perdite ematiche, a volte accompagnate da dolore al basso ventre o alla zona lombo-sacrale. Questa situazione è più frequente nelle primissime settimane dell'attesa e, in genere, si conclude senza necessità di trattamenti medici. Entro alcuni giorni emorragia e dolore regrediscono fino a cessare del tutto. Se la donna non si era ancora accorta di essere in dolce attesa, l'aborto può essere scambiato per un ciclo mestruale più abbondante.

- Se l'aborto spontaneo è *incompleto*, si verificano delle perdite ematiche ma l'ecografia rivela che l'utero non si è liberato del tutto. In questa situazione il dolore e le perdite, di entità variabile, potrebbero persistere poiché l'utero continua a contrarsi.

- *Aborto in atto*, questo è il termine che spesso viene usato dal medico, quando constata che le perdite ematiche e gli eventuali crampi sono il segnale di un aborto in corso.

- In caso di aborto *interno* o *ritenuto*, lo sviluppo dell'embrione si ferma e quindi la gravidanza si interrompe senza che si verifichi alcun sintomo. Anche i comuni sintomi della gravidanza, ad esempio la nausea o la tensione del seno, possono persistere per diversi giorni dopo la morte del piccino.

- *Gravidanza aembrionale (blighted ovum)*, così si definisce un'attesa in cui l'embrione non si sviluppa: il controllo ecografico evidenzia la presenza di una camera gestazionale vuota.

- Si parla di *aborto spontaneo ripetuto* quando si verificano due aborti consecutivi, e se la gravidanza si interrompe tre o più volte consecutive si usa la definizione *aborto spontaneo ricorrente*.

II

COSA SUCCEDA NEL CORPO DELLA DONNA

Quando la scintilla della vita si spegne nel grembo materno, l'organismo della donna può reagire in modi differenti.

Come abbiamo accennato in precedenza, parlando dei sintomi che possono accompagnare l'interruzione della gravidanza nelle prime settimane dell'attesa, l'aborto può manifestarsi con dei segnali espliciti (perdite di sangue, dolori), oppure restare nascosto ed essere scoperto casualmente in occasione di un controllo ecografico.

Ma cosa succede nel corpo materno in questa situazione? Quando l'aborto si risolve spontaneamente e quando invece è necessario un intervento medico per tutelare la salute della donna?

Quando lo sviluppo dell'embrione si interrompe possono trascorrere da pochi giorni ad alcune settimane prima che l'utero cominci a contrarsi e si manifestino delle perdite.

Se si esegue un controllo ecografico mentre l'aborto è in atto, ovvero mentre sono presenti perdite ed eventualmente dolori al basso ventre o alla zona lombo-sacrale, si può vedere l'utero che si contrae¹.

Se l'espulsione avviene in modo completo, l'utero si svuota spontaneamente e al suo interno non resta traccia della gravidanza che purtroppo si è interrotta.

¹ Le pareti uterine tendono a crollare su se stesse per effetto della graduale discesa della camera gestazionale verso il collo dell'utero e quindi della sua imminente espulsione in vagina.

22 Quando l'attesa si interrompe

In questo caso, una volta verificato tramite ecografia che la cavità uterina sia completamente vuota, se le perdite di sangue si riducono fino a cessare del tutto, non sono necessari interventi medici o terapie.

In genere si ritiene opportuno eseguire un ulteriore controllo ecografico e/o un dosaggio del beta-HCG a distanza di qualche settimana, per accertare che non vi siano state complicanze.

Se invece l'aborto è incompleto e l'utero, contraendosi, non riesce a liberarsi del tutto, può essere necessario un trattamento medico per svuotare la cavità uterina e far cessare le perdite ematiche. In questo caso l'ecografia rivela un'immagine disomogenea e disorganizzata: nella maggior parte dei casi non è più evidenziabile l'embrione ma solo il tessuto coriale o placentare.

Quando l'aborto è asintomatico il piccino non è più vitale, ma l'utero non si contrae e non ci sono segnali del fatto che la gravidanza si è fermata. L'embrione rimane nella sua culla e la cervice uterina è perfettamente chiusa. È l'ecografia a rivelare quanto è accaduto perché non c'è battito e perché le dimensioni del bimbo sono inferiori rispetto a quelle previste per quell'epoca dell'attesa.

Dal momento in cui il bimbo si spegne a quello in cui l'utero comincia a contrarsi e si verificano delle perdite possono trascorrere da pochi giorni ad alcune settimane.

In media si calcola che, in genere, l'embrione viene espulso spontaneamente entro 14 giorni².

Le opzioni terapeutiche

Ormai è sicuro. L'attesa si è interrotta. Al grande dolore causato da questa notizia che, nella maggior parte dei casi, giunge improvvisa e inaspettata, si sommano i timori e le incertezze per quello che accadrà. Quali passi sono necessari se non si è verificato un aborto spontaneo completo?

Le opzioni terapeutiche in caso di aborto incompleto o aborto ritenuto sono tre³.

² Bulletti C., Flamigni C., *op. cit.*, pag. 15.

³ Rizzo N., Simonazzi G., Bovicelli L., *La terapia dell'aborto*, Prenatale, APOG, Volume 6, numero 3, dicembre 2002.

- Terapia chirurgica, che consiste nello svuotamento strumentale della cavità uterina, tramite raschiamento o isterosuzione.
- Atteggiamento di attesa, fino all'espulsione spontanea e completa del materiale ovulare.
- Terapia medica, ovvero somministrazione di farmaci per stimolare lo svuotamento della cavità uterina.

- Terapia chirurgica

A partire dagli anni Trenta del secolo scorso, con l'obiettivo di ridurre il rischio di sepsi ed emorragie che mettevano a rischio la salute e la vita stessa della donna, è stato privilegiato un approccio terapeutico di tipo chirurgico con la revisione (pulizia) strumentale della cavità uterina, eventualmente preceduta da dilatazione cervicale (definita dalla letteratura anglosassone *Dilatation&Courettage*).

Oggi, però, con l'avvento dell'ecografia (transvaginale e addominale) e grazie al dosaggio del beta-HCG è possibile effettuare la diagnosi di aborto spontaneo in epoche piuttosto precoci della gestazione, quando una discreta percentuale di situazioni potrebbe ancora risolversi spontaneamente. Diversi lavori pubblicati su riviste scientifiche, nazionali e non, sostengono quindi sia legittimo pensare che una quota delle revisioni della cavità uterina effettuate in queste circostanze sia probabilmente inutile, poiché nell'arco di alcuni giorni la situazione avrebbe potuto risolversi spontaneamente⁴.

Per questo motivo, attualmente, la terapia più accreditata è l'attesa sotto controllo medico. Terapia che, in paesi come l'Olanda, il Canada e il Regno Unito, è la strategia più applicata.

In quei casi in cui però l'intervento chirurgico si rende indispensabile – perché l'aborto incompleto causa emorragie importanti, o perché in caso di aborto ritenuto, nonostante l'attesa, la situazione non si sblocca – si procede con lo svuotamento strumentale della cavità uterina effettuata di regola in anestesia totale (o con anestesia locale e leggera sedazione).

4 Rizzo N., Simonazzi G., Bovicelli L., *op. cit.*, 2002.

24 Quando l'attesa si interrompe

L'approccio chirurgico è indispensabile anche in presenza di sintomi quali febbre, dolore, instabilità emodinamica; complicazioni che si verificano, però, solo nel 10% dei casi.

Le metodiche chirurgiche sono due:

- il raschiamento che viene eseguito utilizzando uno strumento simile a un cucchiaio (*curette*) per ripulire i tessuti della cavità uterina;
- l'isterosuzione che prevede l'utilizzo di uno strumento che aspira il materiale presente nell'utero.

Spesso, nel corso dell'operazione, che dura in genere 15-20 minuti e avviene in regime di day-hospital, vengono eseguite entrambe le procedure.

L'ultimo passo è l'esame istologico (effettuato in laboratorio sul materiale ovulare asportato), destinato a escludere la presenza di eventuali patologie.

- Attesa sotto controllo medico

Quando l'attesa si interrompe nel primo trimestre, nella maggior parte dei casi, la natura fa il suo corso e la situazione si risolve senza necessità di interventi esterni, con lo svuotamento spontaneo della cavità uterina.

Per questo, a oggi, in alcuni ospedali italiani (ma non in tutti) si tende a privilegiare una condotta di attesa sotto controllo medico, evitando così un intervento chirurgico che potrebbe non essere necessario.

Questo tipo di approccio, oltre a permettere di studiare l'evoluzione della situazione in modo più completo, evita il rischio di eventuali complicanze⁵ connesse con uno svuotamento strumentale della cavità uterina nonché i disagi di un'anestesia e dell'esperienza di ospedalizzazione. Lo stretto controllo medico (mediante controlli ecografici settimanali) permette di evidenziare tempestivamente i sintomi di eventuali complicanze – emorragie o infezioni – che renderebbero indispensabile un approccio di tipo chirurgico.

In caso di aborto incompleto, l'attesa è ovviamente la scelta preferibile, poiché nella maggior parte dei casi la situazione si risolve spontaneamente.

⁵ Non è escluso che in occasione di un intervento di svuotamento strumentale si verifichino dei traumi alle pareti dell'utero con possibili complicazioni per le gravidanze future.

Anche in caso di aborto interno la situazione si può sbloccare e risolvere spontaneamente, e se ciò non accade entro un paio di settimane⁶ si interviene chirurgicamente.

Non tutte le coppie, però, sono al corrente di questa possibilità e la tendenza comune è quella di considerare indispensabile il raschiamento. In realtà ogni donna, in assenza di segni clinici che rendano necessario intervenire immediatamente, dovrebbe ricevere le informazioni relative ai pro e ai contro di entrambe le opzioni per poter fare una scelta consapevole.

In alcuni casi la donna ha bisogno di tempo per 'rendersi conto' di quanto è accaduto, e un intervento chirurgico frettoloso viene vissuto come uno 'strappo', una dolorosa imposizione. Se la sua esigenza è quella di elaborare la situazione e prepararsi a questa separazione, la scelta di attendere può essere la soluzione migliore.

In altri casi, invece, una volta saputo che la gravidanza si è interrotta, la donna non si sente a suo agio e desidera concludere questa fase il più velocemente possibile.

Ogni persona reagisce in modo differente di fronte a un evento tanto delicato, e l'ideale credo sia garantire alla donna la possibilità di riflettere, lasciandole il tempo necessario per decidere, e poi accogliere le sue scelte.

- Terapia farmacologica

La terza opzione terapeutica consiste nella somministrazione di farmaci analoghi alle prostaglandine e agli anti-progestinici, destinati a favorire lo svuotamento spontaneo della cavità uterina. Questa alternativa è la meno utilizzata poiché non sembra offrire vantaggi sostanziali rispetto alla semplice attesa e i farmaci impiegati possono provocare fastidiosi effetti collaterali (diarrea, nausea)⁷.

Secondo le Linee guida del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), l'approccio farmacologico ha un maggior tasso di successo nei casi di aborto incompleto, ma determina un aumento del dolore e

6 In caso di attesa sotto controllo medico, questa è la prassi più diffusa negli ospedali italiani: in genere non si aspettano più di due settimane.

7 Rizzo N., Simonazzi G., Bovicelli L., *op. cit.*, 2002.

26 Quando l'attesa si interrompe

del sanguinamento che possono rendere poco accettabile questa opzione⁸.

Quando la gravidanza è extrauterina

Con il termine gravidanza extrauterina, o gravidanza *ectopica*, vengono indicate tutte quelle condizioni in cui l'embrione si annida al di fuori dell'utero, generalmente nella tuba, ma anche nelle ovaie, nel collo uterino e più raramente nella cavità addominale.

Si tratta di un evento che si verifica con una certa frequenza dato che, secondo le statistiche, riguarda fino al 2% delle gravidanze.

La forma più frequente di gravidanza extrauterina è quella tubarica. Non esiste una familiarità o una predisposizione nei riguardi di questa condizione, ma sono stati individuati alcuni fattori predisponenti: problemi di infertilità, endometriosi, infezioni pelviche (da malattie sessualmente trasmesse), l'utilizzo quale metodo contraccettivo della spirale⁹, pregressi interventi chirurgici ginecologici o intestinali. Infine, il rischio è più alto per le donne fumatrici.

I segni clinici di questa complicanza si manifestano in genere verso la settima-ottava settimana di gravidanza con dolore più o meno intenso e improvviso alla zona pelvica e perdite di sangue.

Quando la patologia non viene diagnosticata in tempo e l'embrione aumenta di volume si può verificare una rottura della tuba, seria complicanza che rende necessario un intervento chirurgico d'urgenza.

Se la diagnosi avviene precocemente¹⁰ si può invece ricorrere a una adeguata terapia medica (ovvero all'assunzione di un farmaco) che permette di risolvere la situazione senza dover ricorrere a un intervento chirurgico.

8 Royal college of Obstetricians and Gynaecologists, *The management of early pregnancy loss*. Green-top Guideline n. 25, October 2006.

9 Poiché aumenta il rischio di infezione pelvica.

10 È possibile diagnosticare molto precocemente una gravidanza extrauterina con un'ecografia transvaginale associata al dosaggio delle Gonatropine Corioniche (beta-HCG) nel sangue. Il valore del beta-HCG risulterà più basso rispetto ai valori corrispondenti alla presunta epoca gestazionale, inoltre l'aumento giornaliero di tali valori risulterà inferiore alla norma.

- Mola vescicolare, una patologia della gravidanza -

In alcuni casi¹¹, l'aborto spontaneo è collegato a una mola vescicolare, ovvero una patologia della gravidanza caratterizzata da un'anomalia di sviluppo della placenta¹².

La mola *completa* presenta un ingrossamento generalizzato della placenta (che ha l'aspetto di un grappolo d'uva composto da centinaia di vescicole di dimensioni variabili da una testa di spillo a una ciliegia) e non è presente il feto.

Se la mola è *parziale*, la placenta è ingrossata solo in alcune zone e spesso è presente il feto (ma i cromosomi sono in numero molto superiore al normale, 69 invece di 46).

I sintomi sono al principio simili a quelli della gravidanza, ma più accentuati, con nausea e vomito intensi, e verso la fine del primo trimestre-inizio secondo trimestre di solito compaiono perdite ematiche.

La diagnosi è ecografica ed è confermata dalle elevate concentrazioni di gonadotropina corionica (beta-HCG) nel sangue o nelle urine.

Il trattamento consiste nella revisione chirurgica della cavità uterina. Per escludere eventuali complicanze¹³, è previsto un prolungato *follow-up* con la misurazione periodica delle concentrazioni sieriche di beta-HCG.

11 L'incidenza è circa di un caso ogni duemila gravidanze.

12 I villi coriali si rigonfiano e si distendono per la presenza di fluido, come risultato di modificazioni neoplastiche.

13 La manifestazione di una mola vescicolare invasiva o, assai più raramente, una degenerazione in coriocarcinoma.

28 Quando l'attesa si interrompe

Se la gravidanza si interrompe nel secondo trimestre

*Ero alla sedicesima settimana di gravidanza,
ma, probabilmente, era da un po' che Clementina se n'era andata.*

Elena

*Al quinto mese cominciai a stare poco bene, in ospedale mi dissero che
c'era un inizio di travaglio e che non si poteva fare nulla. Nacquero così
in una sera d'estate, in un ospedale inospitale,
le nostre due bimbe perfette ma troppo piccine...*

Virginia

Le dinamiche di un'interruzione di gravidanza che si verifica nel secondo trimestre sono diverse rispetto a quelle di un aborto spontaneo avvenuto entro la 13^a settimana.

Quando si verifica una dilatazione della cervice, e non si è più in tempo per intervenire con un cerchiaggio cervicale (o eventuali tentativi non riescono a bloccare la situazione), il bimbo, purtroppo, nasce (con un parto indolore), ma è troppo piccino per sopravvivere.

Se invece il bambino si spegne nel grembo materno, e si scopre che il suo cuore non batte più in occasione di una visita o di un controllo ecografico, in genere, non si attende una risoluzione spontanea (come avviene nel primo trimestre) e si interviene chirurgicamente.

Nei casi in cui le dimensioni dell'utero corrispondano a più di 14 settimane di gestazione una revisione della cavità uterina mediante isterosuzione potrebbe essere gravata da complicazioni, per cui si preferisce indurre il parto¹⁴.

La somministrazione per via vaginale di prostaglandine stimola le contrazioni e fa sì che si avvii il travaglio.

Comunque si verifichi un aborto tardivo – sia che si scopra la morte del proprio piccino, sia che il corpo ci ‘tradisca’ rivelandosi incapace di trattenerlo e custodirlo – la donna si trova a vivere un'esperienza traumatica e immensamente dolorosa, che la coglie del tutto impreparata dato che, in

¹⁴ James, Steer, Weiner, Gonik, *Trattamento della gravidanza a rischio*, Verducci Editore, volume 1, 2001, pag. 63.

genere, dopo i primi tre mesi eventuali timori sul buon esito della gravidanza vengono superati.

- L'ultimo saluto

Quando si perde un bimbo nel secondo trimestre, la coppia può decidere di vedere il proprio piccino e salutarlo. È importante che il personale sanitario parli di questa possibilità ai genitori, lasciando loro il tempo di riflettere con calma e decidere cosa fare. Numerosi studi hanno infatti evidenziato che, per quanto doloroso, poter vedere il proprio bimbo, dare un volto al bimbo immaginario, è di aiuto nell'elaborazione e accettazione della perdita, mentre la mancanza di un'immagine da ricordare può dar vita a fantasie dolorose (sull'aspetto del bambino) e complicare il processo del lutto¹⁵.

Cosa succede dopo un aborto spontaneo?

I tempi per la ripresa fisica dopo un aborto sono sicuramente più brevi, rispetto a quelli necessari per sanare le ferite della mente e del cuore.

Se la gravidanza si interrompe nel primo trimestre, nella maggior parte dei casi – sia che si verifichi un aborto spontaneo completo, sia che si renda necessario un intervento chirurgico – non si presentano complicazioni¹⁶ e l'organismo femminile torna alla normalità piuttosto rapidamente.

Nei giorni immediatamente successivi all'aborto, o alla revisione strumentale della cavità uterina, molte donne percepiscono dei crampi (simili ai dolori mestruali) che pian piano si riducono fino a cessare del tutto. Le perdite ematiche possono continuare per una o due settimane.

In questa fase sono necessari alcuni semplici accorgimenti, quali evitare rapporti sessuali, non praticare lavande vaginali, non utilizzare assorbenti interni.

15 Scrive la psicologa Carole Méhan in *Lutto perinatale*: "Il fatto di vederlo rende reale la perdita, facilitando così il lutto; poiché il ricordo del defunto è la chiave di risoluzione del lutto".

16 In caso di dolore intenso, perdite ematiche che anziché diminuire appaiono più abbondanti, febbre, segnali di infezione, è necessario rivolgersi immediatamente a un medico.

30 Quando l'attesa si interrompe

A circa un mese di distanza dall'aborto spontaneo, il ciclo mestruale si ripresenta normalmente. Dal punto di vista fisico la donna sta bene.

Non è raro, però, che lo stress dovuto all'esperienza traumatica vissuta e la fatica emotiva del processo di accettazione della perdita interferiscano con il benessere fisico della donna provocando stanchezza, insonnia, perdita d'appetito¹⁷. Si tratta di reazioni normali destinate a risolversi pian piano, con il procedere dell'elaborazione del lutto stesso.

Alcuni medici suggeriscono, per favorire il recupero del benessere psico-fisico, di seguire una dieta varia e bilanciata che include proteine, vegetali, frutta, carboidrati e di iniziare un'attività fisica da praticare quotidianamente: anche una semplice passeggiata all'aria aperta può avere una funzione terapeutica¹⁸.

Da non trascurare, infine, il riposo: nelle settimane successive a un'interruzione di gravidanza, c'è bisogno di momenti di relax, di coccolarsi un po', di dedicarsi a qualche attività particolarmente piacevole e rilassante.

L'esperienza dell'ospedalizzazione

Parte del mio dolore è legata al trattamento ricevuto in ospedale in occasione del raschiamento. Ho aspettato il mio turno nel reparto maternità. Ad un certo punto hanno portato i bimbi a tutte le mamme, ce n'era uno per tutte tranne che per me.

Anna

Scoprire che il nostro bambino non c'è più, che il suo cuoricino ha smesso di battere, che il suo piccolo corpo non crescerà più dentro di noi, è un'esperienza traumatica.

Spesso a questo momento difficile si aggiunge la necessità di un ricove-

17 A questo proposito, ancora la Méhan scrive: "Molte donne si inquietano a causa della stranezza delle loro reazioni, si domandano se non diventeranno matte, può loro capitare di aver l'impressione di sentire piangere il bambino durante la notte o che si muove dentro di loro, come se fossero ancora incinte. Si riscontrano anche dei sintomi fisici come la stanchezza, l'insonnia, le vertigini e la perdita d'appetito". Tratto da *Lutto perinatale*, on-line nelle pagine di www.babyitalia.com.

18 Bulletti C., Flamigni C., *Aborto spontaneo e ricorrente*, Percorsi Editoriali, 2002, pag. 41.

ro ospedaliero e di un intervento chirurgico (o di un parto indotto, in caso di aborto tardivo).

Quello che si prova, quando si entra in un reparto di maternità, non per stringere tra le braccia il proprio piccino, ma perché nostro figlio deve essere strappato da noi, separato dal nostro corpo, è qualcosa di molto difficile da descrivere. In alcuni ospedali le donne che devono subire un raschiamento o devono partorire un bimbo morto, vengono ricoverate in Ostetricia, dove le mamme cullano, allattano, accarezzano i propri neonati. Il pianto dei bimbi, i sorrisi delle neomadri, sembrano lì ad acuire il dolore della perdita, a ricordare alla donna quello che desiderava e che non potrà avere.

Molte donne che hanno vissuto questa esperienza ricordano con sofferenza queste situazioni, e descrivono come una beffa il fatto di aver subito il raschiamento in un locale a ridosso delle sale parto.

- L'importanza dell'assistenza

Non è possibile che gli operatori che si occupano di nascita non sappiano accogliere il dolore di una donna che ha perso un figlio. Nessuno, in ospedale, è stato capace di accompagnarci verso la separazione e la perdita.

Nessuno. Vergogna!
Simona

In ospedale ho trovato persone gentilissime, che mi hanno sostenuta in ogni momento.

Cristina

I medici, la loro inespressività, la loro bianca freddezza.

Daniela

Un'ostetrica mi ha tenuto la mano e rassicurato.

È stata molto importante per me.

Giorgia

Dai racconti delle donne emerge chiaramente l'importanza dell'assistenza ricevuta: la sensibilità e l'umanità dimostrate dagli operatori sanitari

32 Quando l'attesa si interrompe

(medici e ostetriche) si rivelano tanto più preziose quanto più la donna è in difficoltà, così come, viceversa, un atteggiamento freddo e distaccato può rendere ancora più dolorosa questa esperienza.

È significativo il fatto che praticamente in tutte le testimonianze raccolte nella stesura di questo libro sono presenti dei riferimenti all'accoglienza ricevuta in ospedale.

A proposito del ruolo del personale sanitario, Claudia Ravaldi, psichiatra e psicoterapeuta, presidente dell'associazione CiaoLapo Onlus, scrive: *(...) gli sguardi e le parole di chi in quel momento dovrebbe 'prestare cura' e le emozioni correlate a frasi o atti spiacevoli durante il momento della perdita si fissano nella memoria e possono incidere come rinforzi positivi o negativi sulla personale capacità di coping [adattamento e superamento delle situazioni spiacevoli] dei genitori.*¹⁹

E a proposito di accoglienza, molte donne hanno segnalato l'assenza di un supporto psicologico, dichiarando che sarebbe stato loro d'aiuto poter incontrare una psicologa in reparto.

Anch'io sono convinta che un servizio di questo tipo sarebbe davvero utile. Troppo spesso l'aborto spontaneo e il raschiamento vengono liquidati con poche parole frettolose e un referto dalla terminologia fredda e 'disumana'. Ricordo bene la sensazione provata nel lasciare il reparto di Ostetricia, dopo aver subito il raschiamento. Le altre mamme tornavano a casa con i loro bellissimi bimbi, io il mio bimbo non l'avevo più: tutto quello che mi restava era il foglio delle dimissioni con scritto solo "Aborto ritenuto alla 11^a settimana".

Se lo desiderate, può avere sepoltura

C'è una legge in Italia che da più di vent'anni stabilisce, secondo precise normative, il diritto alla sepoltura di tutti i bimbi morti nel grembo materno a qualsiasi età gestazionale, anche se piccolissimi²⁰.

19 Ravaldi C., *La morte perinatale: il ruolo terapeutico del personale sanitario nel sostegno ai familiari*, tratto dal sito www.ciaolapo.it

20 DPR n. 285 del 10 settembre 1990, art. 7, comma 2: Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano

Personalmente non immaginavo proprio esistesse questa possibilità e credo che molti genitori non ne siano a conoscenza. Quando si scopre di aspettare un bambino ci si informa in merito a tanti aspetti della gravidanza, della nascita, del post-parto, ma non si è certo preparati per gestire un post-aborto.

Informare i genitori del fatto che il loro piccino, anche se minuscolo, può ricevere sepoltura e avere un luogo dove riposare è quindi competenza del personale sanitario, ma l'impressione è che questa legge sia poco conosciuta (o considerata) anche in ambito ospedaliero.

Il Consiglio Regionale della Lombardia ha sancito il diritto dei genitori di essere informati della possibilità di richiedere sepoltura anche per i piccini al di sotto delle venti settimane di gestazione già nel 2004, come si legge nel Regolamento regionale (del 9 novembre 2004, n. 6) in materia di attività funebri e cimiteriali, e nel 2007 con le modifiche al già citato regolamento, si ribadisce che l'incarico di informare i genitori viene affidato alle direzioni sanitarie e si stabilisce che, in ogni caso, i resti mortali di questi piccolissimi saranno soggetti a sepoltura²¹.

Perché a ogni coppia vengano offerte le informazioni necessarie per compiere una scelta consapevole e perché non sia negato il loro diritto ad avere un 'luogo fisico' dove piangere il loro bambino e da cui iniziare il percorso di rielaborazione del lutto, le associazioni CiaoLapo Onlus e La Quercia Millenaria Onlus con la collaborazione dell'associazione ComeTe, nel 2009, hanno elaborato un documento per il Ministro della Salute e promosso una raccolta firme a cui hanno aderito circa duemila genitori in poche settimane.

presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale. Art. 7, comma 3: A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti, con la stessa procedura, anche prodotti di concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane. Art.7, comma 4: Nei casi previsti dai commi 2 e 3, i parenti o chi per essi sono tenuti a presentare, entro 24 ore dall'espulsione o estrazione del feto, domanda di seppellimento all'unità sanitaria locale, accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione e il peso del feto.

21 Regolamento Regionale del 6 febbraio 2007, Modifiche al Regolamento Regionale del 9 novembre 2004, Art.1 quater: *In mancanza della richiesta di sepoltura, si provvede in analogia a quanto disposto per le parti anatomiche riconoscibili.* Ciò significa che in Lombardia, le spoglie mortali di questi piccolissimi non sono più trattate come 'rifiuti ospedalieri speciali', ma ricevono sepoltura.

34 Quando l'attesa si interrompe

Nel documento sono stati sottolineati *lo smarrimento, il dolore, il senso di vuoto e di incompiuto dei genitori che, privati a tempo debito di una semplice informazione in merito alla legge Italiana, si trovano senza il loro bambino e anche senza un luogo fisico dal quale iniziare il percorso di lutto*, ed è stato chiesto di *rendere nota a tutti i punti nascita l'esistenza di una legge in tema di sepoltura dei feti*, perché possano offrire questa preziosa informazione e le indicazioni relative all'iter da seguire, alle coppie che perdono un figlio nell'attesa.

La legislazione internazionale si sta muovendo a questo proposito, e pare vi sia una maggior consapevolezza delle esigenze e dei diritti delle coppie che vivono un'esperienza di perdita prenatale.

In Francia, ad esempio, una legge del 2008²² sancisce il diritto della donna di dare un nome e registrare all'anagrafe il proprio figlio, indipendentemente dalla settimana di gestazione in cui è avvenuta la perdita²³. E, sempre dal 2008, i genitori di bimbi che si sono spenti nel grembo materno a partire dalla ventiduesima settimana di gravidanza possono usufruire del congedo di maternità.

Tra le più recenti iniziative riservate alle famiglie che hanno perso un bimbo prima della nascita, ricordiamo la creazione di un'area di sepoltura per quei piccini che non hanno visto la luce, nel cimitero austriaco di Oberberg a Eisenstadt. Progettato dall'artista Franz Gyoölcs, per iniziativa dei Fatebenefratelli, questo spazio dal forte valore simbolico è stato benedetto – nell'ambito di una cerimonia ecumenica – dal vescovo diocesano Paul Iby e dal sovrintendente Manfred Koch. Tre attività di pompe funebri della città di Eisenstadt si sono offerte di provvedere gratuitamente alla sepoltura, e i genitori vengono informati di questa possibilità direttamente in ospedale.

22 Décret n° 2008-798 du 20 août 2008 modifiant le décret n° 74-449 du 15 mai 1974 relatif au livret de famille.

23 Ora anche le famiglie francesi possono scegliere di dare sepoltura ai propri piccini pur avendoli persi prima delle ventidue settimane di gestazione (questo era il 'limite' precedente).

INDICE

PREFAZIONE, di Piera Maghella	5
INTRODUZIONE	7
~ PRIMA PARTE ~ PERDERLO PRIMA CHE NASCA	
I COS'È L'ABORTO SPONTANEO?	13
<i>Sintomi e diagnosi, i segni e la conferma della perdita</i>	14
- Se la gravidanza si interrompe nel secondo trimestre	16
<i>Cause e fattori di rischio</i>	16
- Nel secondo trimestre	18
<i>Sensi di colpa che non hanno ragione d'essere</i>	18
• Alcuni termini tecnici	19
II COSA SUCCEDDE NEL CORPO DELLA DONNA	21
<i>Le opzioni terapeutiche</i>	22
- Terapia chirurgica	23
- Attesa sotto controllo medico	24
- Terapia farmacologica	25
<i>Quando la gravidanza è extrauterina</i>	26
• Mola vescicolare: una patologia della gravidanza	27
<i>Se la gravidanza si interrompe nel secondo trimestre</i>	28
- L'ultimo saluto	29
<i>Cosa succede dopo un aborto spontaneo?</i>	29
<i>L'esperienza dell'ospedalizzazione</i>	30
- L'importanza dell'assistenza	31
<i>Se lo desiderate, può avere sepoltura</i>	32

202 Bebé a costo zero

III	SENTIMENTI E PAURE, LE CONSEGUENZE EMOTIVE	35
	L'elaborazione del lutto	37
	<i>Smarrimento, estraniamento, incredulità</i>	38
	<i>Vuoto, angoscia, solitudine</i>	39
	• Ansia e depressione, risposta fisiologica alla perdita	40
	<i>Rabbia, frustrazione, sensi di colpa</i>	41
	- Il rischio di fuggire dal lutto	42
	<i>L'accettazione della perdita</i>	43
	Verso la serenità	44
	- Lacrime e parole	45
	- Non da sola	45
	- Sostegno e condivisione tra genitori	46
	- Scriviamo un diario	46
	- Simboli e rituali della memoria	47
	<i>La dolcezza del ricordo</i>	48
	• <i>Baby loss awareness day</i> : la Giornata della consapevolezza	49
IV	IL PARTNER, GLI AMICI, GLI OPERATORI SANITARI	50
	<i>Una società 'impreparata', spaventata dalla morte</i>	51
	- Insieme è meglio	52
	<i>Il difficile ruolo del partner</i>	52
	- Interferenze culturali	54
	- Reazioni al dolore, la risposta maschile	55
	<i>Insieme nella tempesta</i>	55
	- Per non lasciarla sola	57
	- Per non lasciarlo solo	58
	<i>Parenti e amici, quale aiuto?</i>	58
	- Le frasi di 'non consolazione'	59
	- Un silenzio fatto di ascolto e partecipazione	60
	<i>Come parlarne ai fratellini?</i>	61
	- Parole semplici e sincere	63
	• Un aiuto dalle fiabe	64
	- Quando i piccoli aiutano i grandi	64
	<i>Il supporto degli operatori sanitari</i>	65
	- Gestione di tempi e luoghi dell'assistenza	66
	- Confronto e condivisione tra operatori	67
	• Supporto psicologico e <i>follow-up</i>	68

V	UNA NUOVA GRAVIDANZA: QUANDO E COME?	69
	<i>A livello fisico, via libera in tempi brevi</i>	69
	- Esami e controlli soltanto se l'aborto è ripetuto	70
	- Se la gravidanza si è interrotta nel secondo trimestre	70
	- Se la perdita è avvenuta nel terzo trimestre	71
	<i>Prendersi il tempo necessario</i>	72
	<i>L'attesa dopo un aborto: come viverla serenamente</i>	73
	• Il papà e la nuova gravidanza	75
VI	L'ABORTO RIPETUTO E RICORRENTE	76
	<i>Da cosa è determinato?</i>	77
	- Possibili cause dell'aborto ricorrente	78
	<i>L'iter diagnostico</i>	80
	<i>La paura di non poter diventare madre</i>	82
VII	LA MORTE PERINATALE	84
	<i>Costruire ricordi di lui e con lui</i>	85
	- Quando il bimbo muore dopo la nascita	87
	- I giorni successivi al parto	88
	<i>Il dolore in famiglia</i>	88
	<i>La consolazione degli affetti</i>	89
	<i>La consolazione dei rituali</i>	90
	<i>La consolazione del tempo</i>	91
VIII	CONCLUSIONI	93

~ SECONDA PARTE ~
VOCI DI MAMME E PAPÀ

	UN SOGNO APPENA SBOCCIATO	
	<i>Perderlo nel primo trimestre</i>	97
	LA TUA CAREZZA DENTRO DI ME, COME ALI DI FARFALLA	
	<i>Perderlo nel cuore dell'attesa</i>	121
	A UN SOFFIO DAL MIO ABBRACCIO	
	<i>Perderlo prima che nasca</i>	129

204 Bebè a costo zero

IL TEMPO DI UNO SGUARDO
Perdere un bimbo dopo la nascita 134

PICCOLO MIO, PICCOLA MIA... SONO IO. LA TUA MAMMA
Lettere ai bimbi non nati 142

~ TERZA PARTE ~ VOCI DI ESPERTI

ABORTO SPONTANEO: QUALI OPZIONI TERAPEUTICHE?
(Enzo Esposito, ginecologo) 153

L'OSTETRICA AL FIANCO DELLA DONNA QUANDO LA GRAVIDANZA SI INTERROMPE
(Margherita Locatelli e Stefania Conti, ostetriche) 155

L'OSTETRICA E LA COPPIA CHE PERDE UN BAMBINO PRIMA DELLA NASCITA
(Maria Cristina Ravasio, ostetrica) 158

ANGELI E CAREZZE
(Alessandra Bortolotti, psicologa) 161

LA MORTE PERINATALE, IL LUTTO DEL PADRE
(Francesco Saverio Ruggiero, psichiatra e psicoterapeuta) 165

LA DIGNITÀ DEL FETO
(Carlo Bellieni, neonatologo) 167

PERDERE UN BIMBO DOPO LA NASCITA
(Diana Mayer Grego, presidente di Sulle Ali di un Angelo) 170

MONTATA LATTEA, COSA FARE?
(Carla Scarsi, scrittrice e giornalista) 173

I GRUPPI DI AUTO AIUTO: LA FORZA DELLA CONDIVISIONE
(Claudia Ravaldi, psichiatra e psicoterapeuta) 175

~ QUARTA PARTE ~
DEDICATO AGLI OPERATORI

LE PROFESSIONI SANITARIE E LA PERDITA PRECOCE a cura di Laura Castellarin, ostetrica	181
BIBLIOGRAFIA	192
APPENDICE	
<i>Associazioni e Gruppi di Auto Mutuo Aiuto</i>	195
<i>Siti di interesse</i>	197
<i>Gruppi di discussione su internet</i>	200
INDICE	201

Finito di stampare
nel mese di Gennaio 2010 presso
Graphicolor, Città di Castello (PG)