

LOREDANA A. MESSINA | ANTONIO C. CANNIZZARO



**UNIRE DUE BATTITI**  
*rendere la separazione un'illusione*

[WWW.ASSOCIAZIONEGEORGIA.IT](http://WWW.ASSOCIAZIONEGEORGIA.IT)



## *Perchè proprio a me?*

“Perché proprio a me?”. “Cosa ho fatto di male per meritarmelo?”. “E adesso come faccio a riprovarci?”. “E se qualcosa andasse di nuovo per il verso sbagliato?”. Senso di colpa, paura, sensazione di vuoto dentro e attorno a sé. L’esperienza di un’interruzione di gravidanza - di qualunque genere essa sia - resta nella pelle e nell’anima di una donna per sempre. Molte non ne parlano, come se fosse un segreto da tenere nascosto, un tabù, qualcosa di cui vergognarsi. Altre decidono di aprirsi, spesso cercando il supporto di chi ha lo stesso vissuto impresso sulla pelle e nell’anima.

Risposte. Ecco quello che cercano le coppie che perdono un bambino. Perché è capitato, quali possono essere state le cause, cosa c’è da fare da un punto di vista pratico, cosa li aspetta da quel momento in poi, che viene visto come un punto di non ritorno. Ma le risposte non sempre vengono trovate facilmente o, meglio, talvolta non si sa dove cercarle. Questo opuscolo nasce da un’idea di Loredana Messina, psicologa che, con l’Associazione Georgia, ogni giorno accompagna tante mamme e tanti papà “speciali” in questo percorso così tortuoso dopo un aborto, che è fatto anche di procedure mediche e beghe burocratiche. Questo opuscolo nasce con un intento ben preciso e nobile: fornire strumenti e sostegno ai genitori che vivono questa esperienza con informazioni e consigli espressi in maniera immediata ed esaustiva.

Ma vuole essere anche un aiuto a tutta l’équipe specialistica che ruota attorno a questo evento. Comunicare che “non c’è battito” può non essere facile per un medico perché se per lui si tratta di un evento che può accadere con una certa frequenza, per una mamma e un papà è un macigno che si abbatte sulla testa improvvisamente. Medici, ostetriche, infermieri devono poter accompagnare questi “genitori a metà” in maniera dolce, ma concreta, creando un’empatia che rende le cose più semplici e spiegando quali sono i passi da seguire. E questo opuscolo, creato in sinergia tra Associazione Georgia e iMamma, ha proprio l’obiettivo di fornire le parole giuste per sollevare le mamme e i papà dal peso di una interruzione di gravidanza.

Ancora troppo spesso le donne che perdono un bimbo si sentono sole, schiacciate da un senso di colpa che, nella maggior parte dei casi, non ha ragione di esistere. Associazione Georgia e iMamma sono con loro in ogni istante e in modi diversi, che sia un gruppo di auto mutuo aiuto oppure uno virtuale su Facebook o su una app. La cosa importante è capire che solo parlandone, strappando il velo di vergogna e paure, si può uscire più forti di prima. Pronte ad essere mamme.

*Monica Diliberti*



## ***Non c'è battito! L'aborto spontaneo***

### **INTRODUZIONE**

Sull'aborto tanto si è detto e scritto! Ma non è facile trattarlo con distaccata oggettività perché è un tema che scuote nel profondo le menti e le coscienze. Tanti sono stati e sono i motivi di dibattito e tanti ancora gli interrogativi senza risposta.

Quando si parla di aborto ahimè si pensa subito all'interruzione volontaria di gravidanza e tutti inevitabilmente attivano dei pregiudizi pericolosi e poco funzionali. Tuttavia, va ricordato che esistono varie possibilità e diversi casi: si parla di interruzione volontaria per malformazioni più o meno importanti e più o meno incompatibili con la vita, parliamo di riduzione selettiva nei casi di gravidanza gemellare, si parla di aborti spontanei tardivi o precoci per indicare le diverse epoche gestazionali.

Questo ci fa intuire che, quando trattiamo l'aborto e la perdita, diversi sono i punti di vista e diversi i casi, partendo ad esempio dal fatto che per il medico si ha la perdita di un feto o di un embrione, ma per mamma e papà è la perdita di un figlio. Per tale motivo faremmo bene ad accantonare stereotipi e pregiudizi e aiutare quelle coppie con umiltà e accoglienza a prescindere da tutto, partendo dal presupposto che quello che ci troviamo ad affrontare è un caso singolo che prima va compreso e che certamente ha un senso e una motivazione forse fisica

ma sicuramente emotiva. Non è detto che chi decide di interrompere una gravidanza lo faccia a cuor leggero, così come non è detto che quando ciò avviene spontaneamente non venga vissuto come una "liberazione". Non esistono dolori senza senso ma esistono dolori che non trovano un senso proprio perché sono grandi e compito di medici, psicologi, infermieri e tutta l'équipe che ruota intorno ad esso, dovrebbe essere quello di aiutare a trovarlo, bello o brutto che sia, condivisibile o meno che sia. Sono troppi i fattori che vanno considerati e semplificare non è mai funzionale. Molte volte nel mio lavoro mi è capitato di capire che una situazione non è come l'avevo immaginata ma nasconde aspetti non considerati da me fino a quel momento e, per questo motivo, in queste poche righe voglio far emergere che è sempre importante non affezionarsi alle proprie idee nel tentativo di avere una visione maggiormente ampia con lo scopo di aiutare e sostenere.

Tuttavia, in questo piccolo opuscolo vorrei puntare l'attenzione sull'aborto spontaneo dando delle informazioni sia fisiologiche basilari sia psicologiche, approfondendo gli effetti che esso provoca sul sistema genitoriale - e sul sistema sociale in cui essi vivono - quando, dopo un semplice controllo dal ginecologo, quest'ultimo pronuncia la frase... *"non c'è battito!"*.

## DATI STATISTICI

L'aborto spontaneo è molto più frequente di quanto si ritenga e gli studi più recenti indicano che circa un terzo delle gravidanze termina in tal modo. Il periodo a maggiore rischio è il primo trimestre. Possiamo parlare solo di probabilità, di stima epidemiologica, visto che molte interruzioni spontanee passano inosservate, senza assumere dignità diagnostica. L'aborto ripetuto (due o più interruzioni spontanee) interessa il 3% delle coppie che cercano di avere figli, e l'1% delle coppie ha avuto almeno tre casi di aborto consecutivi.

**I dati Istat indicano che l'aborto spontaneo avviene:**

- il 36.7% fino alla settimana 8 di amenorrea
- il 32.4% tra la settimana 9 e la 10
- il 17.2% tra la settimana 11 e la 12
- il 5.4% tra la settimana 13 e la 15
- il 3.9% tra la settimana 16 e la 20
- l'1.7% tra la settimana 21 e la 25
- il 2.7% in un periodo non precisato

*Quando trattiamo l'aborto e la perdita, diversi sono i punti di vista e i casi*



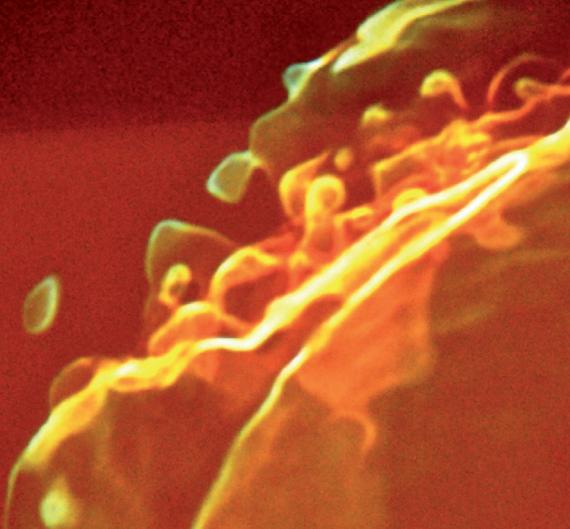
## ASPETTI FISIOLÓGICI

Crediamo sia fondamentale avere delle informazioni base che possano dare un chiarimento su alcuni dei quesiti più frequenti. Per aborto spontaneo si intende l'interruzione di una gravidanza, che si verifica per cause indipendenti dalla volontà della donna, prima della 24° settimana. Quando un feto muore dopo la settimana 24 si parla di morte intrauterina o MIF.

*Si stima che circa il 10-20% delle gravidanze esiti in un aborto spontaneo*

Non è un fenomeno così raro: si stima infatti che circa il 10-20% delle gravidanze esiti in un aborto spontaneo. In realtà il numero è probabilmente molto più alto, se si considera che molti aborti avvengono quando una donna non sa nemmeno di essere incinta. Gli aborti spontanei si verificano in alcuni casi perché il feto non si sviluppa normalmente. Le anomalie relative a geni o cromosomi del feto sono in genere casuali e non riferite a problemi ereditati dai genitori. Esempi di anomalie sono:

- **Uovo vuoto.** Gravidanza anembrionica, cioè quando avviene l'impianto dell'ovulo fecondato, ma tuttavia il feto non si sviluppa e non cresce.
- **Morte fetale intrauterina.** In questa situazione l'embrione/feto è presente, ma il suo sviluppo si interrompe. La morte del feto normalmente si verifica prima dell'insorgenza dei sintomi dell'interruzione della gravidanza.
- **Gravidanza molare.** Una gravidanza che si verifica per un errore genetico al momento del concepimento. Le cellule della placenta (trofoblastiche) sviluppano una massa di cellule anomale (mola) che causa la perdita della gravidanza. Si tratta comunque di una circostanza rara.



## *Vari fattori aumentano il rischio di aborto spontaneo e fra questi sicuramente l'età*

In molti altri casi, l'aborto spontaneo può essere dovuto a condizioni di salute della madre come ad esempio malattie della tiroide, diabete, patologie legate alla coagulazione del sangue (trombofilia), problemi ormonali, infezioni, problemi anatomici dell'utero o alla cervice.

Vari fattori aumentano il rischio di aborto spontaneo e fra questi sicuramente l'età. Le donne di età superiore a 35 anni hanno un rischio maggiore di aborto spontaneo rispetto a quelle più giovani. A 35 anni, il rischio è intorno al 20%. A 40 anni, il rischio si alza fino ad arrivare a circa il 40%, a 45 anni è di circa l'80%. Tuttavia, anche l'età paterna potrebbe svolgere un ruolo. Alcuni studi suggeriscono che le donne che avviano una gravidanza con uomini di età maggiore possono essere a più alto rischio di un aborto spontaneo. Inoltre, la donna che fuma in gravidanza rischia di più di quella che non fuma, così come il consumo di alcol o di droghe aumenta il rischio di aborto spontaneo. Infine, la condizione di sottopeso e sovrappeso è stata correlata ad un aumentato rischio di aborto spontaneo. I sintomi dell'aborto spontaneo, che sia esso tardivo (dalla settimana 14 fino alla 25) o

precoce (prima della settimana 14), possono essere: dolore o crampi addominali o mal di schiena, perdite liquide o di tessuto dalla vagina (muco di colore bianco-rosa, coaguli), macchie o perdite di sangue vaginale più abbondanti (perdite marroni o rosso vivo), contrazioni dolorose ad intervalli. È importante sottolineare che, in caso di perdite vaginali o sanguinamento nel primo trimestre, la maggioranza delle gravidanze prosegue con successo. Il medico può fare una serie di test: visita ginecologica per verificare un'eventuale dilatazione del collo dell'utero; ecografia per controllare tutta una serie di indicatori di benessere o di patologia; esami del sangue: può essere utile misurare l'ormone della gravidanza (beta HCG).

**In caso di aborto spontaneo le scelte disponibili sono le seguenti:**

### • **Attendere**

Se non ci sono infezioni si può aspettare che l'espulsione avvenga naturalmente. Circonstanza che si verifica normalmente entro le due settimane successive alla morte dell'embrione. Tuttavia non è raro che occorra aspettare anche fino quattro settimane, un tempo emotivamente difficile per la donna e per tale motivo se l'espulsione non si verifica da sola, si può ricorrere ad un trattamento farmacologico o chirurgico.

### • **Trattamento farmacologico**

Dopo la diagnosi certa di perdita della gravidanza, se la donna non vuole attendere e sceglie di accelerare l'espulsione del materiale abortivo, il medico può utilizzare un farmaco che attivi il processo espulsivo. Il medicinale può essere assunto per via orale, ma il medico potrebbe consigliare la via vaginale in modo da aumentarne l'efficacia riducendo al minimo gli effetti collaterali come nausea e diarrea. Nel 70-90 per cento dei casi il farmaco produce i suoi effetti entro le 24 ore.

• **Trattamento chirurgico (raschiamento)**

Si tratta di un piccolo intervento chirurgico chiamato "dilatazione aspirazione e revisione" della cavità uterina.

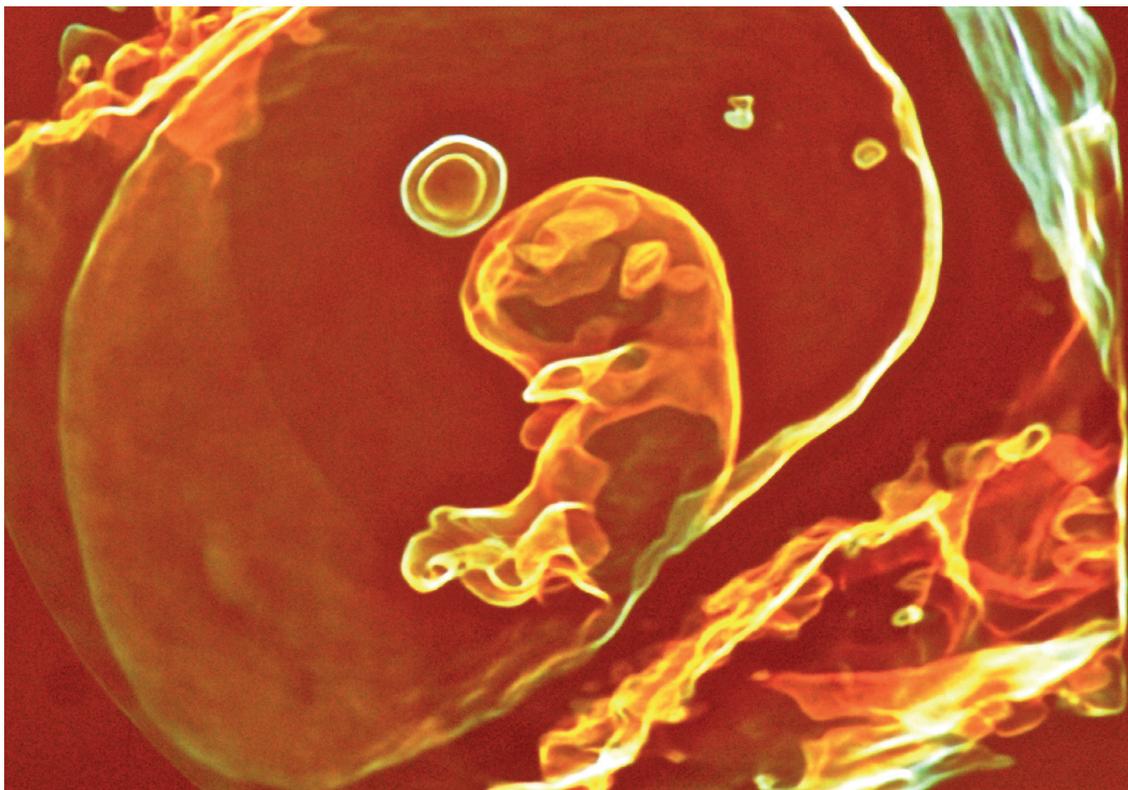
Nel corso di questa procedura, il medico dilata la cervice e rimuove il tessuto dalla parte interna dell'utero. Le complicanze sono rare, ma potrebbero includere danni al tessuto connettivo della cervice o della parete uterina. Il trattamento chirurgico è necessario nel caso di un aborto spontaneo accompagnato da forti emorragie o sintomi di un'infezione.

Non ci sono problemi ad avere una gravidanza dopo un aborto spontaneo, è possibile rimanere incinta anche durante il ciclo mestruale successivo.

Tuttavia, prima di tentare una nuova gravidanza, ci si deve assicurare di essere nelle condizioni fisiche ed emotive adeguate (molto spesso una donna avverte un senso

di colpa per un aborto spontaneo). È importante ricordare che l'aborto spontaneo è di solito un evento straordinario, la maggioranza delle donne che hanno vissuto questa esperienza, infatti, porta avanti con successo la gravidanza successiva.

Solo il 5% delle donne ha avuto due aborti spontanei consecutivi, e solo l'1% ne ha avuti tre. Se la donna ha avuto più di tre aborti spontanei, bisogna indagare sulle cause. Il medico ha a disposizione molti test e strumenti per verificare anomalie uterine, problemi di coagulazione, anomalie cromosomiche e tutti i fattori di rischio, apportando le opportune correzioni farmacologiche o interventistiche. Tuttavia, se il motivo non viene individuato non significa che la donna debba rinunciare a tentare una gravidanza. Infatti, il 60-70 per cento delle donne con aborti ripetuti per cause non identificate, poi porta avanti una gravidanza con successo.



## A MIA FIGLIA

SOLO MI CHIEDO IL PERCHÉ

TU SEI PARTITA E DISTRUTTO HAI LASCIATO IL MIO CUORE

CHE TE SOLAMENTE VOLEVA PERCHÉ?

PERCHÉ? SOLO IL DESTINO SA IL PERCHÉ E MI DOMANDO PERCHÉ?

PERCHÉ NON SI PUÒ STARE SENZA TE PERCHÉ?

TANTO BELLA PERCHÉ LA NATURA INVIDIOSA TI DISTRUSSE PERCHÉ?

PERCHÉ SOLO MI DOMANDO SE DIO CHE CON SE PORTA VIA CIÒ CHE SUO NON È

PERCHÉ CHI DISTRUGGE E LASCIA ALL'INFINITO IL DOLORE?

PERCHÉ? CREDO AL DESTINO E NON A TE PERCHÉ?

PERCHÉ SOLO SO CHE SEMPRE SOGNO CON TE PERCHÉ CHE DI CHE?

PER TUTTO IL AMORE CHE SENTE IL MIO CUORE PER TE

PERCHÉ? PERCHÉ?

IL TUO PAPA

## ASPETTI PSICOLOGICI

Gli effetti - dell'immediato, del "qui e ora"

- sono certamente di sbigottimento, scombussolamento, smarrimento e incredulità, la mente si annebbia, i genitori si sentono come se stessero vivendo in un film... confusi e frastornati. I primi momenti e i primi giorni dopo l'evento sono un vero e proprio shock emotivo e diventa difficile anche decidere cosa fare. Ci si ritrova, improvvisamente, a dover affrontare emozioni profonde e mai vissute, a dover affrontare un lutto non preventivato. Dalla gioia della nascita e della vita, la coppia si ritrova faccia a faccia con la morte e, inevitabilmente, con il processo di lutto da essa attivato.

Tutti i sogni e i progetti da "mamma e papà" vengono interrotti bruscamente. Al posto di emozioni legati al "vivere" quali spensieratezza, serenità e allegria, subentrano emozioni legate al "morire" come rabbia, insicurezza, senso di ingiustizia, portando spesso chi li sta vivendo a rifiutare la realtà con pensieri del tipo "non è possibile che sia accaduto a me".

Ma qual è l'iter medico che l'aborto inevitabilmente attiva e che una donna deve seguire? Va sottolineato immediatamente che molto spesso il procedimento da seguire non viene comunicato perché, come vedremo, il medico vive l'aborto come qualcosa di estremamente naturale e ciò fa sì che molte informazioni non vengano date semplicemente perché ritenute "normali", "scontate"; tale comportamento però attiva nella coppia, e soprattutto nella donna, un vero e proprio senso di impotenza e incapacità nel prendere decisioni semplici. Quest'ultimo, unito ai sentimenti suscitati dalla perdita e dal lutto, può provocare dei veri e propri traumi.

Perdere un figlio in grembo, infatti, è pari ad un vero e proprio trauma con la T maiuscola e ciò potrebbe attivare fattori di rischio per lo sviluppo di psicopatologie se non trattati o se "chiusi in un cassetto nel tentativo di dimenticare".

Fare dei colloqui di sostegno e concedere il tempo ai genitori di vivere quel bambino diventa importante per permettergli di "dire

il nome di quel bambino” ad alta voce, perché ricordiamoci che i genitori diventano tali quando vedono il test di gravidanza positivo e iniziano ad amare i loro bambini in ogni istante della breve vita in grembo e li amano talmente tanto che quando gli viene comunicato il loro decesso il dolore è così grande e così insopportabile che iniziano a pensare di non poter amare nessun altro bambino per paura di dimenticare o sminuire quello che hanno perduto. Il nostro compito è quello di permettere a quei genitori di pronunciare il nome dei loro piccoli ad alta voce senza uscirne devastati godendo di ciò che potrà essere senza cancellarlo. Questo è il nostro obiettivo primario.

## CAUSE

Le cause di un aborto che avviene nel primo trimestre sono diverse da quello che si verifica nel secondo trimestre. In entrambi i casi sono numerose e varie, spesso difficilmente riconoscibili, principalmente dovute ad aberrazioni cromosomiche del prodotto del concepimento e secondariamente per problemi della gestante tra i quali:

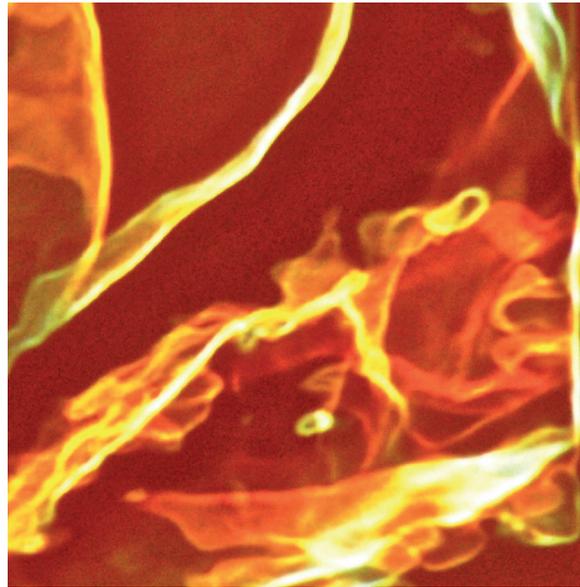
- Utero anomalo
- Patologie endocrine o immunitarie
- Malattie infettive
- Malnutrizione
- Abuso di droga e alcol
- Età materna a rischio (sotto i 20 e sopra i 35 anni).

Quando si verifica nel primo trimestre, spesso si tratta di un episodio sporadico, non ripetuto nella stessa donna; talvolta, inoltre, può presentarsi l'eventualità di più aborti così precoci da essere scambiati come normale flusso mestruale.

Quando l'aborto avviene nel secondo trimestre di gravidanza si parla di parto pretermine e, in questo caso, si distinguono feto ancora vivo o feto morto. Nel primo

caso, si ha una dilatazione della cervice senza contrazioni che causa un parto indolore e, quindi, l'espulsione del feto che muore immediatamente dopo il parto per immaturità. Nel secondo caso, si ha un travaglio come un parto tradizionale, spesso accompagnato da emorragie, ma il battito cardiaco del feto si ferma quando non è stato ancora espulso dal corpo materno.

*Le cause di un aborto che avviene nel primo trimestre sono diverse da quello che si verifica nel secondo trimestre*



## COS'È IL LUTTO?

Dopo questi chiarimenti di tipo medico rivolgiamo l'attenzione sulla parte psicologica di chi vive tutto questo chiedendoci: quali sono gli effetti sulla coppia? Un aborto spontaneo, in qualsiasi età gestazionale avvenga, può essere traumatico e può essere vissuto come un vero e proprio lutto.

## *Ci si ritrova, improvvisamente, a dover affrontare emozioni profonde e mai vissute, a dover affrontare un lutto non preventivato*

Con il termine lutto (*dal latino "luctus" = pianto*) si intendono sia i rituali collettivi, sociali e pubblici che vengono svolti nelle diverse culture, sia l'insieme delle reazioni psicologiche e dei comportamenti individuali che si sperimentano a causa della morte di una persona cara.

**Il lutto è una risposta naturale e fisiologica a tutte le situazioni di perdita in cui se ne esprime la sofferenza e il dolore, quali:**

- la morte precoce di un bambino durante la gravidanza o dopo il parto, sia per aborto spontaneo sia per interruzione terapeutica o volontaria di gravidanza
- la morte improvvisa o per malattia di una persona cara (coniuge/compagno, figlio/figlia, genitore/parente, amico/coetaneo)
- una malattia o un handicap (compresa la diagnosi di sterilità) sia personali che di un proprio familiare o amico
- la separazione da un compagno/coniuge o l'uscita dei figli da un nucleo familiare
- la perdita del ruolo sociale, del lavoro, dell'identità personale
- la perdita dei beni materiali, della propria casa, di un animale domestico

- la perdita della propria cultura, di beni umani o spirituali
- la perdita di ciò che non si è mai realizzato, le realtà sognate

Il lutto si esprime attraverso diversi livelli: fisico, emotivo, mentale, spirituale, sociale.

**A livello fisico si possono presentare:**

- variazione della sensibilità e delle percezioni corporee (freddo, sudorazione, improvvise vampate di calore, rigidità)
- inquietudine motoria oppure passività
- aumentato bisogno di sonno oppure insonnia
- perdita dell'appetito o bisogno di mangiare in modo compulsivo
- disturbi cardiaci o circolatori (aumento della pressione arteriosa, tachicardia, diminuzione della pressione con debolezza e astenia)
- disturbi gastrici e/o intestinali
- senso di oppressione al petto
- dispnea (respiro corto o affannoso)
- apatia



Questi sintomi fanno parte delle manifestazioni fisiche del lutto ed è importante prendersene cura in maniera adeguata.

Le emozioni del lutto sono molto spesso in contrasto fra loro e talvolta profondamente estranee al vissuto di chi le prova. Inoltre, non sempre le persone intorno riescono a comprenderle appieno.

### Tra le emozioni provate possiamo trovare:

- sensazione di incredulità o vero e proprio shock
- paura, solitudine, vuoto
- senso di impotenza
- senso di colpa
- sofferenza, disperazione
- senso di incomprensione
- senso di inferiorità
- irrequietezza
- rabbia, collera, invidia
- indifferenza
- sollievo o liberazione

### COSA PREVEDE LA LEGGE?

Molte mamme e molti papà si chiedono che fine faccia il loro bambino nato morto (definendo "bambino" il prodotto abortivo in qualsiasi fase della gravidanza, che sia di 5 settimane o che sia di 36 settimane). È bene sapere che si può ottenere il corpicino del proprio figlio, a qualunque età gestazionale egli sia nato morto, presentando alla direzione sanitaria apposita documentazione entro le 24 ore dalla sua nascita. Andando nello specifico, le disposizioni che regolamentano i casi di bambino "nato morto" sono leggermente diverse da quelle che regolamentano la sepoltura dell'embrione.

Si definiscono nati morti, infatti, solo i bambini che abbiano superato le 28 settimane di gestazione al momento del parto.

In questi casi vige l'obbligo di registrazione presso l'anagrafe, come previsto dall'art. 74 del Regio Decreto 09.07.1939 n. 1238 che cita testualmente: "Quando al momento della dichiarazione di nascita il bambino non è vivo, il dichiarante deve far conoscere se il bambino è nato morto o è morto posteriormente alla nascita, indi-



cando in questo secondo caso la causa di morte. Tali circostanze devono essere comprovate dal dichiarante con il certificato di assistenza al parto di cui all'art. 70, comma quarto, ovvero con certificato medico. L'ufficiale dello stato civile forma il solo atto di nascita, se trattasi di bambino nato morto, e fa ciò risultare a margine dell'atto stesso; egli forma anche quello di morte, se trattasi di bambino morto posteriormente alla nascita". A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane.

I parenti, o chi per essi, sono tenuti a presentare entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto, domanda di seppellimento all'Azienda Sanitaria Locale accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto.



Per seppellire bambini di età gestazionale inferiore alle 20 settimane è necessario richiedere i resti mortali del bambino all'ospedale e i permessi per il trasferimento al cimitero all'ASL. Non si tratta di procedure difficili, ma è opportuno compierle con tempestività e precisione, e per far ciò bisogna dare informazioni esatte e chiare. Scrupolosamente bisogna: comunicare al più presto al medico e all'ostetrica che si vuole seppellire il bambino (in questo modo il medico conserverà con cura il corpicino); inoltre è possibile chiedere all'ostetrica di applicare sul contenitore in cui verrà posto il bimbo un'etichetta con scritto il nome che era stato scelto per lui, insieme al nome e cognome della mamma. Così il bambino verrà indicato con il proprio nome e non come "prodotto abortivo di ....". Bisogna presentare, come regolamentato dall'art. 7 commi 3 e 4 del D.P.R. 10.9.90 n. 285, entro le 24 ore dal parto la seguente domanda di sepoltura in carta semplice e in triplice copia (può essere compilata da parte della mamma, ma anche da un qualsiasi altro familiare) indirizzandola alla Direzione Sanitaria dell'A.S.L. n.:

**Il/la Sottoscritto/a:  
domiciliato/a:**

**in via:**

*chiede che il suo bambino, al quale desiderava dare il nome di:....., venga sepolto individualmente secondo le disposizioni di Legge (DPR n. 285 del 10.9.90, art. 7, commi 3 e 4).*

**(Data e Firma).**

A questo documento bisogna allegare il certificato medico. La prima copia va consegnata alla caposala del reparto, la seconda dovrà essere consegnata alla Direzione Sanitaria dell'ospedale, mentre la terza copia sarà conservata dal richiedente e può servire come ricevuta delle altre due. Alla domanda si dovrà, inoltre, allegare il certificato medico (anche quello è bene averlo in triplice copia), che sarà rilasciato dal ginecologo che ha seguito la gravidanza o che ha compiuto l'intervento e deve riportare la presunta età di gestazione e il peso del feto.

Per la sepoltura individuale della salma del piccolo, bisogna recarsi all'ufficio comunale competente per le sepolture, allo scopo di fissare le modalità che si ritengono più opportune (ad esempio: funerale o cerimonia, trasporto al cimitero, ecc.). In tale occasione si potrà fornire il nominativo dell'impresa di pompe funebri o, in alternativa, comunicare che si è scelto di affidare il trasporto al Comune. Su richiesta è possibile presentare per la sola visione (in quanto deve essere trattenuta in caso di difficoltà) la copia di richiesta della sepoltura con le apposite attestazioni di ricevuta. Lo spazio per la sepoltura al cimitero è in genere fissato nella zona prevista per i bimbi nati morti e prodotti del concepimento come previsto dall'art. 50, DPR 285/90 che cita testualmente: "Nei cimiteri devono essere ricevuti quando non venga richiesta altra destinazione: i cadaveri delle persone morte nel territorio del Comune, qualunque ne fosse

in vita la residenza; i cadaveri delle persone morte fuori del Comune, ma aventi in esso, in vita, la residenza; i cadaveri delle persone non residenti in vita nel Comune e morte fuori di esso, ma aventi diritto al seppellimento in una sepoltura privata esistente nel cimitero del Comune stesso; i nati morti ed i prodotti del concepimento di cui all'art. 7; i resti mortali delle persone sopra elencate”.

Ma quando il feto nasce vivo come viene regolamentato l'aiuto medico dato?

## LA CARTA DI FIRENZE

Nel febbraio 2006, su iniziativa delle Cliniche di Medicina perinatale e di Ostetricia e Ginecologia, sono state sancite le “Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse”, meglio note come la “Carta di Firenze”.

**In questo documento vengono proposte delle linee guida relative al dare o meno cure ai neonati. Esattamente vengono così definite:**

nessuna cura intensiva per neonati da 22 a 22+6 settimane, ma cure confortevoli di accompagnamento alla morte; assistenza, su base individuale, da proseguire solo se efficace, al neonato compreso tra 23 e 23+6 settimane; trattamento intensivo generalmente indicato per il neonato compreso tra 24 e 24+6 settimane in relazione a “sforzi respiratori spontanei, frequenza cardiaca, ripresa del colorito”; rianimazione e cure intensive fortemente raccomandate per i nati dalle 25 settimane in poi.

La “Carta di Firenze” è stata lungamente elaborata tra gli operatori del settore ed è in linea con quanto da tempo è attivo nei Paesi europei. È un documento tecnico che affronta in modo clinico la questione secondo parametri convenuti internazionalmente ed, inoltre, serve per fare chiarezza sul tema dando un punto di riferimento operativo.

La proposta di tale documento era quella di trovare una soluzione ragionevole, limitandosi a parlare del neonato di età gestazionale compresa tra le 22 e le 25 settimane come di un neonato di “incerta vitalità” e affidando alla diagnosi differenziale caso per caso il compito di decidere sul cosa fare.

Nonostante moderazione ed equilibrio, questo documento ha subito un doppio trattamento: formalmente apprezzato da esperti neonatologi, ma non è mai stato difeso pubblicamente anzi, al contrario, è stato più volte attaccato soprattutto negli ultimi due anni.

## EFFETTI PRAGMATICI SUI PAZIENTI

Ma diamo una risposta alla domanda che ci siamo fatti all'inizio! Cosa accade quando ci si sente dire la frase “non c'è battito!” dopo un semplice controllo?

Senso di colpa e impotenza sono solo alcuni dei sentimenti che si attivano, soprattutto nella mamma, e molto spesso il contesto (famiglie d'origine, amici ecc.), senza volerlo, incrementa tali sentimenti e relativi pensieri sottostanti, colpevolizzandola, facendole domande del tipo: “ma hai fatto qualche brutto movimento?”, “hai alzato pesi?”, “ti sei spaventata?”.

Da un eccesso all'altro, può anche capitare di sentirsi sminuire il dolore dato dalla perdita con frasi come queste: “andrà meglio la prossima volta” o ancora “fatene subito un altro così non ci pensate più”.

Di contro, il sistema medico, vivendo l'evento aborto come qualcosa di biologico, naturale e ordinario, sminuisce il vissuto dei genitori considerando molte informazioni scontate e, per tale motivo, non





dando indicazioni utili relative al "dopo". Molti genitori allora si chiedono: Cosa fare? Quali procedure seguire? Cosa posso o non posso fare? Chi può darmi informazioni utili rispetto al perché è successo?

Tutto questo porta "le mamme e i papà" che stanno vivendo l'evento a chiudersi sempre più in una bolla di silenzio e ritiro, isolandosi in un dolore che, come già detto, non trova ascolto e che viene smiunito dal contesto sociale perché non compreso o perché, semplicemente, diventa intollerabile da sostenere e contenere.

Allora come aiutare le coppie a superare l'evento aborto?

Partiamo dal presupposto che il mio lavoro con l'Associazione Georgia si pone l'obiettivo di dare sostegno alle coppie che hanno vissuto, o che stanno vivendo, l'evento aborto (spontaneo o provocato), morte intrauterina del feto, morte perinatale, gravidanza a rischio, procreazione medicalmente assistita e altro.

Mission fondamentale è quella di offrire uno spazio di ascolto, sostegno e supporto psicologico, tramite incontri di consulenza e/o percorsi di sostegno sia per il singolo, sia per la coppia, che per la famiglia, gruppi di auto mutuo aiuto, offrendo uno spazio di ascolto, ma anche formativo, ai professionisti del settore medico sanitario che giornalmente si imbattono in eventi del genere. Oltre al sostegno prettamente psicologico, riteniamo che sia fondamentale accompagnare le coppie in percorsi di tipo conoscitivo dando informazioni legali o mediche. Ad esempio affiancare le coppie in una strada sconosciuta, come quella del "referto anatomo-patologico", è utile sia per affrontare meglio il ritiro dello stesso, sia per comprendere meglio che fare con quel "documento incomprensibile". O ancora conoscere le leggi legate alla morte perinatale può evitare possibili futuri rimpianti, agendo, seppur nella sofferenza, scelte importanti in modo consapevole. Ad esempio molti non sanno che il referto anatomo-patologico è utile per:

- confermare un dubbio diagnostico
- identificare situazioni non ancora ipotizzate
- poter escludere fattori quali malformazioni, infezioni, arresti di crescita, fenomeni trombotici, ambientali
- individuare una patologia genetica e quindi essere utile anche per altri membri della famiglia.

Inoltre, promuovere la formazione del personale medico e sanitario in generale è di fondamentale importanza per aiutarli:

- a evitare il burnout
- ad agire senza ferire la "sensibilità" di coloro che vivono tali drammi.

***In questo opuscolo ricordo che mi riferisco esclusivamente all'aborto spontaneo e gli effetti che ha sulla coppia genitoriale.***

## CONCLUSIONI

Tanto ancora c'è da dire, si potrebbero dare consigli e spunti di riflessione ma tuttavia voglio far emergere esclusivamente l'importanza del lavoro in équipe... quella vera. Quella in cui ogni professionista lavora in sinergia per il benessere psicofisico del paziente, quella in cui esiste un rispetto profondo e una fiducia di base che va oltre ogni ideologia e pregiudizio.

Dopo aver svolto vari colloqui presso la sede dell'associazione con coppie, inviate dai ginecologi che collaborano con essa, che hanno vissuto aborti, si è visto che un lavoro sistemico e integrato su più livelli - medico, psicologico e sociale - può aiutare il sistema coppia ad affrontare l'evento negativo e ad elaborare il lutto dato dalla grave perdita.

I colloqui hanno permesso ai "genitori speciali" ma soprattutto alle "mamme speciali" di attraversare il lutto, concedendogli e concedendosi il tempo di trovare un nuovo significato e un nuovo senso all'evento valorizzando la perdita stessa.

In generale, si può confermare che il sostegno configurato su più livelli e su più sistemi, équipe compresa, permette alla coppia stessa, e in particolare alla mamma, di affrontare in modo certamente più funzionale e con meno ansie una nuova gravidanza, di creare una collaborazione positiva e meno ansiogena con i professionisti del settore basata sulla fiducia, e produrre pensieri molto più positivi legati all'essere genitori del bambino che verrà, pronunciando a voce alta il nome del bambino che hanno perduto nella sua unicità.

## ASSOCIAZIONE GEORGIA

*Tutela della gravidanza  
e della salute perinatale.  
Accompagnamento  
delle gravidanze  
e della genitorialità*

L'Associazione Georgia nasce il 2 Maggio 2013 dall'amore di una mamma che si è sentita infinitamente sola e triste dopo aver improvvisamente perso la sua bambina senza che nessuno riuscisse a dare delle spiegazioni. Georgia nasce dalla volontà di quella mamma e di un'équipe di professionisti con lo scopo primario di ridurre l'isolamento e la solitudine che i genitori vivono offrendo uno spazio d'ascolto, sostegno e supporto psicologico.

### OFFRIAMO

- Consulenze psicologiche individuali, di coppia e familiari
- Percorsi individuali legati ad ansie, stress e paure
- Partecipazione a gruppi di auto-mutuo-aiuto
- Consulenze medico specialistiche
- Spazi informativi inerenti le procedure specifiche da seguire ed i professionisti a cui rivolgersi

*Lavoriamo costantemente  
per migliorare e migliorarci.  
Unisciti alla squadra!*



ASSOCIAZIONE GEORGIA



WWW.ASSOCIAZIONEGEORGIA.IT

# ASSOCIAZIONE GEORGIA

ASCOLTO, SOSTEGNO E SUPPORTO

IN COLLABORAZIONE CON



**iMamma**

## PER INFORMAZIONI

Presidente Dott.ssa Loredana A. Messina

Via Cavour, 70 • 90133 Palermo

e-mail: [info@associazionegeorgia.it](mailto:info@associazionegeorgia.it)

Mobile: +39 339 6055491 (ANCHE SMS)