

La morte perinatale e il sostegno possibile



Claudia Ravaldi*, Carmen Rizzelli**

*Psichiatra, psicoterapeuta, Associazione CiaoLapo Onlus

**Psicologa, psicoterapeuta, Melograno-Centro Informazione Maternità e Nascita, Roma

Parlare di lutto perinatale implica il dover affrontare in modo “simultaneo” il tema della morte e della vita: si parla di lutto perinatale quando la morte sopraggiunge prima della nascita, durante la nascita, o poco dopo.

Dal punto di vista strettamente medico l'OMS definisce come “morte perinatale” la perdita di un figlio avvenuta tra la 28a settimana di gravidanza e i 7 giorni dopo il parto. La morte perinatale riguarda invece le morti avvenute durante l'intera gestazione. Questa distinzione, che ha l'obiettivo di fare chiarezza sulle cause di morte e di strutturare i doveri approfondimenti diagnostici distinti per epoche gestazionali, non deve tuttavia essere intesa come “distinzione” psicologica o psicosociale: il lutto perinatale, infatti, non segue questa netta divisione “per settimane”, e numerosi sono i report in letteratura che indicano come la perdita, prenatale o perinatale che sia, si associ a “segni e sintomi” del lutto molto specifici e definiti, indipendentemente dall'età gestazionale e dalle cause che hanno portato al decesso.

Negli ultimi anni l'attenzione alle morti perinatali è gradualmente aumentata da parte della comunità scientifica e della società e altre riviste di pediatria hanno dato spazio a questo argomento. Tuttavia la mortalità perinatale resta ancora un tema “sostanzialmente invisibile nelle discussioni globali sulla salute materna e neonatale”. Così come risultano minimizzati o ancora troppo poco riconosciuti gli effetti psicologici e gli aspetti sociali collegati all'esperienza luttuosa di genitori e familiari.

Di fatto la morte durante la gravidanza, al parto o dopo la nascita, considerata un evento drammaticamente frequente in passato, è oggi ritenuta rara e dunque piuttosto marginale dall'opinione pubblica e dalle istituzioni.

Per questo accogliere e affrontare questo argomento, difficile ma necessario, in una rivista rivolta ai pediatri che si occupano di famiglie con bambini, è un gesto di apertura mentale e culturale: parlare di lutto in gravidanza o dopo la nascita permette di conoscere alcune informazioni cardine su come funziona la mente umana, so-

prattutto femminile ma non solo, dopo un evento traumatico come questo. Al tempo stesso permette di comprendere in modo più ampio e rispettoso le famiglie colpite da lutto perinatale alle prese con le gravidanze successive o con la crescita di bambini nati dopo l'evento. Il carico di ansia e di tristezza del lutto perinatale spesso non si estingue con la nuova gravidanza fisiologica, ma permane, anche a distanza di anni, anche con la nascita di un bambino perfettamente sano.

Per i pediatri, poter inquadrare il tema del lutto perinatale e delle sue propaggini nelle famiglie dei loro assistiti può favorire la comprensione di alcuni comportamenti dei genitori e di alcune loro paure, e anche permettere loro di fare la differenza nella relazione di cura.

Nel presente articolo cercheremo di offrire alcuni punti chiave relativi agli aspetti psicologici e sociali del lutto perinatale e prenatale, così da stimolare nei lettori una riflessione su un tema che nel nostro Paese resta un *tabù* anche tra i professionisti della salute.

I numeri su cui riflettere

Nel 2015 a livello mondiale ci sono stati 2,6 milioni di bambini nati morti dopo le 28 settimane di gestazione. E sebbene il 98% di questi decessi si siano verificati nei Paesi a basso e medio reddito, anche nei Paesi ad alto reddito questo fenomeno non può ritenersi un “problema del passato”. In Italia una gravidanza su sei si interrompe, più spesso nella prima metà della gravidanza, più raramente nell'ultimo trimestre, con la morte del bimbo atteso. Solo le perdite perinatali riguardano 1362 famiglie, ma se ci riferiamo alle morti perinatali, il numero aumenta enormemente. Nel nostro Paese il lutto in gravidanza e dopo la nascita riguarda circa 150.000 genitori ogni anno. Nonostante l'impatto numerico non trascurabile, il nostro Paese lo considera ancora troppo spesso un non evento: difficilmente si contempla che la morte di un figlio durante la gestazione, al parto o dopo la nascita possa originare un vissuto di lutto perché questa morte è considerata troppo precoce e perché il figlio o la figlia sono stati vissuti, percepiti e co-

nosciuti solo all'interno del ventre materno. Come si fa a sentirne la mancanza?, si chiede qualcuno. Perché questa sofferenza? Come si fa a provare amore per chi non si è visto? A sentirsi in relazione con lui/lei quando è ancora parte di te?

L'esperienza clinica e la letteratura sul tema e sulla psicotraumatologia evidenziano invece che queste morti suscitano un lutto vero e proprio, ritenuto per le sue caratteristiche intrinseche un vero e proprio lutto traumatico, tanto più difficile da elaborare quanto più è minimizzato e negato da se stessi, dagli altri significativi e dal contesto socioculturale.

Il lutto per la morte prenatale e perinatale

Il lutto per la morte di un figlio prima di nascere o dopo la nascita è, come tutti i lutti, un evento che sconcerta, che frantuma le nostre aspettative, la nostra sicurezza personale.

È un'esperienza traumatica che colpisce la coppia in modo improvviso e inaspettato, scaraventandola bruscamente e spesso inspiegabilmente dal mondo *con* il figlio atteso al mondo *senza*: questo salto di prospettiva, questo cambio di scena, suscitano vissuti di lutto profondo, di lacerazione spesso identitaria (*senza il mio bambino, io adesso cosa sono?*) con possibili *empasse* nel ciclo di vita individuale, di coppia e familiare.

Le emozioni e i vissuti sperimentati dai genitori si presentano quasi sempre tutti insieme o in rapida successione, senza un ordine stabilito o una durata uguale per tutti: le coppie, soprattutto le donne, riferiscono di provare dolore, rabbia, auto-diretta o eterodiretta, disperazione, vergogna (spesso per il proprio corpo, pensato come incapace, e per non essere “come le altre madri”) e colpa (per non avere impedito all'accaduto di accadere), ansia, inadeguatezza, perdita di senso e vuoto.

Le emozioni dopo un lutto perinatale arrivano “a tutto volume”, con profonda intensità e si agitano burrascosamente dentro i genitori, al punto da lasciarli per mesi spaesati e come tramortiti dal peso del lutto e da tutte le sue declinazioni e sfumature. Il lutto perinatale è dunque un terremoto emotivo che sconquassa e lascia ro-

vine da rimettere insieme e ferite profonde di cui è necessario occuparsi con premura e attenzione.

Questo dolore non dipende dall'epoca gestazionale in cui sopraggiunge la perdita perinatale, ma piuttosto dall'investimento affettivo e dal legame di attaccamento tra i genitori e la loro creatura, che spesso è già presente a partire dal desiderio o dal concepimento. Il legame col nascituro è fatto di pensieri, sentimenti, fantasie, immagini, nomignoli che contribuiscono a rendere il bambino, e quindi i suoi genitori, sempre più concreti e presenti, non solo sul piano dell'immaginazione ma anche sul piano fisico.

Chi si occupa di gravidanza, parto e perinatalità sa che durante tutta la gestazione la coppia è coinvolta nella costruzione della propria genitorialità, del legame di attaccamento con il figlio o la figlia attesi, nella riorganizzazione della propria identità in trasformazione integrando funzioni e ruoli paterni e materni.

Per questo motivo, quando la gravidanza si arresta, si interrompe un processo tanto fisico quanto psicologico ed emotivo, identitario e progettuale.

Il lutto perinatale e prenatale è una perdita multipla

Il lutto perinatale e prenatale è una perdita multipla e particolarmente gravosa da metabolizzare (T. Rando, 1991), perché riguarda la perdita di un "oggetto d'amore" (il bambino, quel bambino), la perdita di un progetto e di una funzione specifica (la perdita di quella gravidanza, e quindi della fiducia nel proprio corpo e nella propria capacità generativa), la perdita di un bambino NON nato, che scardina tutti i rassicuranti principi temporali per cui si nasce e poi si muore: il viceversa è così angosciante e stonato da non essere contemplabile.

Si ha dunque un lutto stratificato, che contiene lutti diversi, in un unico evento.

1 La perdita del/la figlio/a, in utero o subito dopo la nascita, è una perdita destinata a "sospendere" un legame affettivo specifico e diverso da tutti i legami che l'uomo intreccia durante la sua vita: ciò che viene a mancare è un figlio conosciuto «a livello immaginario, percepito poi come realmente presente ma scomparso prima di essere attivamente conosciuto» (Claudia Ravaldi). Su questo legame sospeso, e sulla particolare difficoltà a elaborare questo lutto atipico secondo la comune ritualità degli altri lutti, si è molto riflettuto, per individuare le migliori strategie per offrire sostegno alle donne e alle coppie al fine di evitare i rischi di lutto complicato.

BOX 1. CiaoLapo

CiaoLapo è una associazione Onlus scientifico-assistenziale, nata nel 2006 a Prato con l'intento di colmare il grave vuoto sociale, scientifico e culturale intorno alla morte peri-natale in Italia. CiaoLapo ha iniziato la sua storia con un sito internet (www.ciaolapo.it) che oggi è visitato da migliaia di utenti ogni giorno, all'interno del quale è attivo un forum facilitato da operatori formati e attivamente frequentato da migliaia di donne, che negli anni hanno creato un'attiva e arricchente rete di scambio, confronto e conoscenza tra pari. Oggi CiaoLapo è presente in 14 regioni Italiane con altrettanti gruppi di automutuoiuto e oltre 40 volontari dedicati al primo sostegno sia degli operatori coinvolti nella care che dei genitori colpiti da lutto in gravidanza e dopo la nascita.

CiaoLapo ha organizzato 16 congressi per i professionisti sanitari e oltre 200 corsi di formazione vis a vis in varie città italiane: dal 2016 la formazione sul modello operativo, teorico e pratico di CiaoLapo sul lutto perinatale è anche a distanza, grazie alla piattaforma FAD.

CiaoLapo promuove la ricerca, pubblicando lavori su riviste nazionali e internazionali, e la divulgazione scientifica: ha pubblicato negli anni 13 libri di psicoeducazione e di automutuoiuto per genitori, famiglie ed operatori.

Piccoli Principi, il primo libro di CiaoLapo sul lutto perinatale, è stato stampato in 10.000 copie, ed è distribuito gratuitamente a consultori e punti nascita. Una versione in pdf è scaricabile nell'area documenti del sito internet.

Dal 2007 CiaoLapo è promotore per l'Italia del 15 Ottobre, la giornata mondiale della consapevolezza sul lutto perinatale, che organizza in 50 città grazie alla sua rete di volontari.

BOX 2. Il Melograno

Il Melograno – Centro Informazione Maternità e Nascita: dal 1983 è a Roma per sostenere una nuova cultura della maternità, della nascita e della prima infanzia, il riconoscimento del valore sociale della maternità, la promozione del diritto alla salute e all'uguaglianza di dignità delle donne e dei bambini, il rispetto dei bisogni dei protagonisti della nascita, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Offre alle donne e alle coppie servizi di supporto e assistenza, strumenti informativi e luoghi di incontro, accompagnando le coppie e le famiglie dalla gravidanza al parto, al puerperio, ai primi anni di vita del bambino.

Attualmente a livello Nazionale sono presenti 20 Centri in diverse regioni.

Con le sue attività sostiene da sempre donne e coppie accogliendo la nascita e la perdita, stando accanto a tutti i genitori, anche a coloro che hanno vissuto un'esperienza di lutto perinatale.

Da alcuni anni è presente presso la sede del Melograno di Roma "Demetra - dar voce al silenzio", un servizio psicologico di sostegno all'elaborazione del lutto perinatale rivolto ai genitori e ai famigliari e al contempo uno spazio, sia individuale che in gruppo, di accompagnamento nelle gravidanze successive a una perdita.

www.melgranoroma.org; www.melograno.org; info@melgranoroma.org

- 2 La perdita della funzione del corpo e la conseguente sfiducia nelle proprie capacità generative.
- 3 L'impensabilità di un lutto, spesso negato e negletto, che sconvolge l'ordine "naturale" delle cose (non si muore prima di nascere; i genitori non seppelliscono i figli; imprevedibile, inconcepibile).
- 4 La perdita del progetto genitoriale di una coppia e la perdita del processo evolutivo identitario (le differenze tra uomini e donne nella reazione al lutto perinatale sono molte e ben descritte, e andrebbero discusse con la coppia in modo da evitare quanto possibile complicazioni nella relazione).
- 5 L'interruzione del legame di attaccamento *in fieri* con quel particolare figlio/a, non sostituibile da altri figli, non viabile se non attraverso la metabolizzazione del lutto, percorso che impegna le energie della coppia per molti mesi, spesso per anni.

Sostenere che a ogni epoca gestazionale ci sia un vissuto di lutto non vuole negare le differenze che possono evidenziarsi nel lutto stesso in base alle specifiche fasi della gravidanza in cui l'esperienza drammatica si presenta.

Ogni lutto è diverso. *In primis* perché le persone che lo vivono sono diverse per la storia personale, per la storia della coppia e della gravidanza, per le cause della morte e le circostanze in cui è avvenuta, in base all'assistenza sanitaria e al sostegno emotivo che le persone coinvolte hanno ricevuto, nell'immediato e successivamente, da parte di operatori, familiari e amici. E poiché ogni fase della gravidanza ha delle caratteristiche psicofisiche specifiche; anche il periodo gestazionale in cui è avvenuta la morte del figlio differenzia il lutto e il suo processo.

L'esperienza con coppie colpite dalla morte prenatale ci mostra per esempio come un aborto spontaneo nella prima metà della gravidanza esponga i genitori a un

maggiore pregiudizio culturale rispetto al vissuto di lutto suscitato dalla perdita del proprio figlio (*Perché soffri? Era un embrione non un bambino!*). E come questo generi un sentimento di incomprensione e di rabbia maggiore, così come maggiori sentimenti di vergogna, inadeguatezza e fallimento/tradimento del proprio corpo. Il lutto per il figlio e il lutto per la propria capacità generativa tendono più facilmente a sovrapporsi e le difficoltà nella relazione di coppia possono essere più frequenti: fin dal concepimento la donna è coinvolta in un'esperienza tanto psicologica quanto corporea mentre spesso, se la morte del proprio figlio avviene nei primi mesi dell'attesa, l'uomo non ha avuto un tempo adeguato per cominciare a costruire la relazione di attaccamento e i primi mattoni psichici della sua nuova identità paterna. Questo differente modo di vivere l'esperienza rischia di far nascere incomprensioni e distanze comunicative e affettive.

Se la gravidanza si interrompe nella seconda metà della gestazione o a termine, assumono una centralità terapeutica per i genitori i bisogni legati all'accoglienza del figlio, alla cura rispettosa del suo corpo da parte del personale ostetrico e infermieristico. Così come il bisogno di informazioni e di supporto empatico al processo decisionale autonomo legato alla scelta di stare o meno insieme al figlio morto, per conoscerlo fuori dalla pancia e raccogliere ricordi. Centrale è ancora il diritto/bisogno di ricevere informazioni sull'autopsia e sulla sepoltura/cremazione. Dai racconti delle donne e delle coppie di genitori in lutto emerge che aver scoperto solo a distanza di anni che in ospedale, nel corso dell'esperienza traumatica, avrebbero potuto scegliere di conoscere il/la figlio/a, di toccarlo/a e prenderlo/a in braccio, pre-disporre un rito di commiato e seppellirlo/a, è stato molto doloroso. Si sono sentiti defraudati e usurpati di un'esperienza socio-emotiva che aiuta il riconoscimento della realtà della morte e a cominciare l'elaborazione del lutto.

I vissuti e i bisogni dei genitori che subiscono l'esperienza di perdita perinatale e prenatale andrebbero riconosciuti e rispettati come parte integrante dell'assistenza di base e della *care* al fine di sostenere un processo di lutto fisiologico ed evitare gli effetti iatrogeni a breve e a lungo termine sulla loro salute psicologica.

Per i genitori conoscere varie opzioni di scelta ed essere rispettati nelle proprie decisioni autonome, durante l'evento traumatico o subito dopo, influenza il recupero del senso di competenza e fiducia in sé e sostiene il ripristino del controllo su una situazione in cui si vivono solo impotenza

e senso di irrealtà. L'assistenza di base in fase acuta centrata sull'empowerment può davvero migliorare l'adattamento alla perdita e le strategie di *coping*, facilitare una maggiore consapevolezza di sé e la capacità di accettare o di cercare aiuto e sostegno: l'instaurarsi di una valida relazione di rispetto, fiducia e supporto tra la donna o la coppia e l'operatore sanitario, non solo facilita l'espressione di risorse e competenze ma anche l'espressione del dolore e dell'eventuale disagio e la sua presa in carico.

Partendo dall'assunto che le modalità di intervento dei professionisti sanitari incidano sull'intensità delle reazioni al lutto e sulla sua elaborazione fisiologica versus complicata, Linee Guida Internazionali e Nazionali presentano indicazioni puntuali per aiutare e sostenere i genitori in lutto in modo competente, promuovendone risorse e capacità adattive. In particolare, le LG prevedono un'assistenza di base, in fase acuta, centrata sulla persona, partecipativa ed empatica, continuativa e multidisciplinare, che riconosca e rispetti gli aspetti psicoaffettivi della perdita subita e del lutto; attenta all'ascolto attivo e alle modalità di comunicazione efficace (semplice, diretta ed empatica), all'attività informativa, al supporto alle risorse (empowerment) e alle capacità decisionali di madri e padri in lutto.

Il peso di un tabù sull'assistenza e sul sostegno psicosociale

Non di rado a causa del tabù socioculturale e dell'insufficiente informazione e formazione sul tema gli stessi operatori sanitari ma anche i familiari e gli amici non accompagnano, non sostengono e si "difendono" dal dolore col distacco, l'assenza e spingendo la coppia genitoriale a negare il lutto, a "essere forti" e a superare in fretta se possibile con un'altra gravidanza. Intorno alla coppia spesso c'è il silenzio dell'incomprensione, del giudizio e della paura. Oppure parole che invece di consolare feriscono.

In questo vuoto comunicativo e relazionale i genitori si sentono soli, confusi e spesso sbagliati. L'assenza è un aspetto centrale della loro esperienza: l'assenza del figlio/a, l'assenza di assistenza adeguata, l'assenza di sostegno delle persone care. Scaraventati improvvisamente nel "mondo senza" e privi di supporto e riconoscimento del proprio dolore i genitori si chiedono se sia legittimo sentire emotivamente ciò che provano, come sia normale sentirsi, se c'è un modo giusto, unico e uguale per tutti; come poter esprimere quello che hanno dentro e per quanto tempo durerà il lutto. Provano un profondo disorienta-

mento e possono chiudersi, isolarsi e fuggire dal proprio cordoglio. E questo può complicare il lutto e la sua elaborazione.

Una conoscenza scevra da pregiudizi tutela la salute

Sulla base di tali considerazioni, è importante per gli operatori sapere, e terapeutico per i genitori in lutto averne consapevolezza, che non esiste un'elaborazione del lutto che sia veloce e lineare. Ed è importante comprendere che il figlio perso non potrà mai essere sostituito da un'altra gravidanza e da un altro figlio. Ricevere le adeguate informazioni sul fatto che il cordoglio dopo la perdita perinatale è fisiologico e che riflette il valore dei legami di attaccamento con quello specifico figlio o con quella specifica figlia attesi contribuisce ad attivare le loro risorse interne, e permette loro di elaborare il lutto secondo le loro possibilità e le loro necessità.

Lo "zoccolo duro" del lutto perinatale è la ridefinizione del legame con il bimbo perduto. Per trasformare un "legame in presenza" in un "legame in assenza" i genitori devono poter disporre di un tempo adeguato per se stessi, che non può essere stabilito a priori, necessitano di potersi sentire responsabili e attenti e rispettosi nei confronti dei loro vissuti, e devono avere voglia di attraversare il dolore suscitato dalla perdita: tutto questo è più facile se la coppia percepisce sostegno sociale empatico da parte degli altri. Il processo di elaborazione non viene necessariamente alleviato dalla presenza di altri figli: in queste famiglie, colpite dal lutto, il carico emotivo può essere molto intenso sia per i genitori che per i figli stessi. Il pediatra può assumere quindi un ruolo di primaria importanza nel supporto della famiglia colpita da lutto perinatale e nell'ascolto partecipe dei bisogni di tutti i componenti, a partire dalle modalità di adattamento dei bambini alla perdita e alle difficoltà dei genitori. Sapere che il lutto non è una malattia è un'informazione utile per gli operatori e terapeutica per i genitori: ogni persona in lutto può mettere in campo le proprie risorse adattive e la propria resilienza in un processo di auto-risanamento soprattutto se accolta e accompagnata in modo sensibile e rispettoso da altri (che siano amici, familiari, operatori, specialisti) che fungono da figure di attaccamento.

Per i genitori inoltre è un diritto sapere che un'assistenza di base in ospedale rispettosa e sensibile e la presenza di sostegno psicosociale sono fattori dirimenti per un'elaborazione del lutto sana versus complicata/patologica. Come ogni lutto anche la perdita perinatale è a rischio di lutto complicato, con effetti negativi per

la salute psicofisica a breve e a lungo termine (sintomatologie ansioso-depressive, depressione, disturbo post-traumatico da stress), per le gravidanze successive (fobie, preoccupazioni e ansie versus distacco/di-investimento; ipercontrollo e ipermedicalizzazione gravidanza e parto, difficoltà di allattamento) e per il futuro legame di attaccamento genitore-bambino (distacco o iperprotezione; lutto irrisolto nel genitore si associa a uno stile di attaccamento del bambino/a disorganizzato).

Il sostegno possibile

È indispensabile ricevere già in ospedale un'assistenza di base integrata che preveda tanto le cure fisiche quanto la 'care' psicologico-emotiva centrata sulla persona per ridurre l'impatto traumatico della perdita subita. Oltre che per non aggiungere altra sofferenza e traumi secondari che rendono più difficile e complessa l'elaborazione. Prima delle dimissioni e del rientro a casa sarebbe importante che i genitori riceversero informazioni della presenza sul territorio di gruppi di auto-mutuo-aiuto, di sportelli di supporto psicologico con personale competente a cui rivolgersi in caso di bisogno, della presenza di strumenti online moderati da personale appositamente formato, che si possono consultare liberamente senza alcun impegno: sapere di poter contare su strumenti vis à vis o online, strutturati e organizzati secondo i principali criteri internazionali di sostegno al lutto perinatale può dare grande

sollievo, far sentire meno soli e sostenere l'elaborazione del lutto.

Ricevere sostegno e sentirsi compresi aiuta i genitori ad avvicinarsi ai propri vissuti autentici e iniziare a prendersi cura di sé, del dolore e dell'amore che resta.

Conclusioni

Affinché si possa intervenire sui principali fattori di protezione e di rischio per la salute delle persone coinvolte e delle comunità di appartenenza, devono essere messe in campo azioni di formazione e sostegno per gli operatori sanitari, sostegno psicologico in ospedale e sul territorio ai genitori in lutto e azioni di sensibilizzazione sociale e culturale sul lutto perinatale. Interventi centrati sulle risorse delle persone coinvolte e sulle loro capacità di autorisanamento e di resilienza in una situazione drammatica e luttuosa.

Questa è la strada su cui ci muoviamo mettendo insieme le nostre forze, le nostre competenze e la voglia di cambiamento.

✉ claudia.ravaldi@gmail.com

✉ carmenrizzelli@gmail.com

Baroncini D, Bulfamante G, Facchinetti F. "La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale". 2008, Pensiero Scientifico Editore, Ministero del Lavoro, della Salute, delle Politiche Sociali. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1390_allegato.pdf.

Bowlby J. Attaccamento e perdita. 3: La perdita della madre. Torino: Bollati Boringhieri, 1983.

Convegno Nazionale LA GRAVIDANZA E LA PERDITA. Assistenza e sostegno quando fallisce il progetto del bambino perfetto. Macerata, 1-2 dicembre 2003. www.associazioneandria.it/media/pdf/ATTI-MACERATA.pdf.

Cozza, G. Quando l'attesa si interrompe. Il Leone Verde Edizioni, 2010.

Epicentro "Sorveglianza della mortalità perinatale". <http://www.epicentro.iss.it/itoss/SorveglianzaMortalitaPerinatale.asp>.

Maghella P, Pola V. La Perdita. La perdita di un bambino: il processo del lutto e il sostegno. Macroedizioni, 2005.

Muscialini. Maternità difficili. Psicopatologia e gravidanza: dalla teoria alla pratica clinica. Franco Angeli, 2010.

National Standards for Bereavement Care following Pregnancy Loss and Perinatal Death, 2016.

Onofri A, La Rosa C. Il lutto. Psicoterapia cognitivo-evolutionistica e EMDR. Giovanni Fioriti Editore, 2015.

Ravaldi C. Il Sogno Infranto. Officina Grafica Editoriale, 2016.

Ravaldi C. La morte in-attesa. Iper testo Edizioni, 2011.

Ravaldi C. La tua culla è il mio cuore. Iper testo Edizioni, 2011.

Ravaldi C, Vannacci A. Assistere la morte perinatale: il ruolo del personale ospedaliero nel sostegno ai genitori e ai familiari in lutto. CiaoLapo Edizioni, 2018.

The Lancet (14 aprile 2011). La morte in utero. Edizione italiana a cura di Claudia Ravaldi e Alfredo Vannacci. CiaoLapo Onlus.

The Lancet (gennaio 2016). Prevenire le morti in utero Traduzione a cura di CiaoLapo Onlus.

Wallerstedt C, Lillery M, Baldwin K. Interconceptional counselling after perinatal and infant loss. JOGNN 2003;32:533-42.-

A COLPO D'OCCHIO

Soluzione del quesito di p. 169

Lesione a bersaglio in adolescente

Lesione da paintball

Il paintball è un gioco che consiste nel raggiungere la base avversaria o eliminare l'avversario colpendolo con delle palline di gelatina riempite di vernice, sparate da strumenti ad aria compressa chiamati marker. La velocità della paintball può arrivare anche a 300 km/ora e la capsula si rompe con l'impatto sugli avversari, rilasciando il contenuto di vernice ed eliminandoli dal gioco. Esiste una consistente casistica di lesioni traumatiche da impatto con le paintball, soprattutto a carico dell'occhio, ma anche di organi interni come il fegato. In questo caso la lesione cutanea ha avuto una favorevole evoluzione spontanea in una decina di giorni (Figura).

1. Lee KM, Seery C, Khouri AS. Traumatic glaucoma due to paintball injuries: A case series. J Curr Ophthalmol 2017;29:318-20.
2. Luck J, Bell D, Bashir G. Paintball-related traumatic liver injury. BMJ Case Rep. 2016 Apr 27;2016.
3. Sbicca JA, Hatch RL. Target lesions and other paintball injuries. J Am Board Fam Med 2012;25:124-7.



Vuoi esaminare nuovi casi e indovinare la diagnosi? Visita la pagina della rubrica al seguente link:

<http://www.acp.it/a-colpo-docchio>