

Corso Referenti Territoriali del Benessere (RTB)

Tesi finale

“Diciotto secondi non bastano...”

Roberta Leonetti

Anno 2022

INTRODUZIONE

*“C'è un tempo bellissimo, tutto sudato
Una stagione ribelle
L'istante in cui scocca l'unica freccia
Che arriva alla volta celeste
E trafigge le stelle
È un giorno che tutta la gente
Si tende la mano
È il medesimo istante per tutti
Che sarà benedetto, io credo
Da molto lontano...”*

“C'è tempo” di Ivano Fossati – 2003

In occasione dell'incontro con il dott. Burigana a Padova, e nel corso della lezione dedicata agli RTB, ho ricevuto dagli argomenti trattati con acuta sensibilità e da alcuni termini da lui utilizzati, numerosi spunti di riflessione.

Sentir parlare di interesse clinico nei confronti della persona, mente, anima e spirito oltreché corpo da “riparare”, mi ha aperto il cuore alla speranza e sbalzata indietro nel tempo, quando la mia vita professionale in ambito sanitario cominciò quasi per caso.

Quando iniziai a lavorare come ostetrica non ero consapevole del mio potenziale, né dell'effetto dirompente delle mie modalità comunicative, soprattutto non verbali, sulle donne che assistevo.

Ricordo tra le tante, una notte di diversi anni fa in cui seguivo una donna in travaglio. Mi affannavo a cercare per lei le posture più comode e antalgiche, i metodi naturali più efficaci per farle vivere le contrazioni al meglio, anticipando i suoi bisogni, o almeno così credevo.

Fino alle 5 del mattino: a dilatazione pressoché completa mi guardò dritta negli occhi e mi chiese con decisione e malcelata irritazione, l'analgesia epidurale.

Le mie mani stanche per i massaggi lungo la zona sacrale si soffermarono calde sul suo coccige, modificato dalla progressione della parte presentata. Chiamai l'anestesista e il parto ormai imminente, avvenne di lì a poco.

Non ricordo in verità di aver mostrato il mio disappunto a parole. Ricordo molto bene però che con il neonato al seno, la donna mi prese la mano e sull'orlo del pianto mi chiese scusa per avermi deluso. La invitai a spiegarsi meglio, non capivo.

Mi disse che non si sentiva all'altezza delle MIE aspettative, che si sentiva debole per aver ceduto alla tentazione di effettuare l'analgisia, si giustificava dicendo che il dolore era diventato davvero insopportabile.

Disorientata, le chiesi a mia volta scusa, mortificata del fatto che evidentemente le mie abilità tecnico-professionali erano mio malgrado accompagnate da un atteggiamento giudicante, al punto da trasformare un avvenimento di gioia potenziale come la nascita del proprio figlio in un episodio permeato da ansia e preoccupazione.

Avrei dovuto accompagnarla restando sullo sfondo: era la Sua esperienza, non la Mia e mi ripromisi di imparare da quella vicenda.

Li chiamo “errori invisibili”, riferendomi a quelli che ogni giorno si susseguono nel mio settore: nessuno muore, e fisicamente nessuno subisce un danno, ma una stessa frase, pronunciata e accompagnata da atteggiamenti diversi, ha il potere di potenziare l’autostima del soggetto in cura o di demolirla.

I professionisti sanitari dovrebbero essere più consapevoli dell’enorme potere che quotidianamente gestiscono.

“*Il mondo ha bisogno delle ostetriche, ora più che mai*” è stato lo slogan di una giornata internazionale delle ostetriche di qualche anno fa.

Paradossalmente a fronte di un “bombardamento informativo e informatico” di notizie offerto dai media, siti web e social network, incontri di educazione alla nascita etc. riguardo il delicato periodo della gravidanza, travaglio-parto e puerperio, associato a un più alto grado di istruzione della popolazione femminile rispetto al passato, dopo la nascita del bambino si assiste a una riduzione dell’empowerment delle neo-mamme, in ansia da prestazione per un evento che la società, compreso il personale sanitario, si attendono come gioioso e gratificante.

In realtà l’evento viene vissuto spesso con disarmante carenza di praticità, con apprensione, senso di inadeguatezza e frustrazione, nonostante la “preparazione teorica” realizzata nel corso della gravidanza.

Dal punto di vista sociologico bisogna tener conto di diversi fattori contribuenti:

- L’attività lavorativa delle donne, specie “in carriera” o titolari di un’attività privata, che tende a farle lavorare fino al giorno prima del parto, a farle tornare al lavoro subito dopo, riducendo e ritardando lo spazio intimo di conoscenza con il bambino.
- La mancanza di una solida rete familiare allargata di sostegno, tipica dei “vecchi tempi”, specie nelle società rurali, vede la coppia spesso sola (più unite e sostenute da parenti e amici per certi versi sono le straniere quando ben integrate nelle loro comunità).
- L’aumento delle donne migranti che giungono in Italia spesso poco prima del parto, isolate da una cultura e una lingua che non appartiene loro.
- L’età media avanzata delle donne italiane al primo figlio che le vede vivere una consistente fetta di vita nella quale hanno la priorità, esigenze e ritmi personali difficilmente conciliabili e adattabili a quelli di un neonato “reale”; tale fenomeno si ricollega al ritardato primo impiego e all’aspetto socio-economico legato al tema dell’occupazione in Italia.
- L’aumento dei casi d’infertilità e il maggior ricorso a procreazione medicalmente assistita, anche eterologa in donne di età avanzata, il desiderio “del figlio ad ogni costo”, fenomeno che vede giungere al momento del parto, donne-coppie già sovraccaricate emotivamente da un percorso difficile, con poche risorse per affrontare la nascita in modo sereno.
- La flessione delle nascite in Italia e comunque, la tendenza a non creare famiglie numerose, da cui consegue una scarsa dimestichezza verso l’aspetto pratico del prendersi cura del neonato (nel dopoguerra specie nel Centro-Sud d’Italia una

donna al primo figlio aveva già cresciuto quantomeno uno o due fratelli più piccoli).

- o La tendenza ai ritmi frenetici caratteristici della società odierna: se una performance non è agita nell'immediato, si tende alla resa e alla delega, a "chi sa farla meglio".

Il tempo lungo del travaglio al primo figlio, la lenta, progressiva conoscenza con il neonato non generano di solito curiosità e desiderio di fronteggiare un'opportunità di crescita, bensì frustrazione e senso di inadeguatezza.

Un meraviglioso articolo di Barbara Grandi, ex ginecologa dell'Ostetricia di Poggibonsi, mi aiuta a spiegare meglio che *"La nascita non è solo fare i bambini, ma anche far nascere madri forti, competenti, che credono in sé stesse, che entrano in sintonia con i bisogni dei loro piccoli.*

Ma il sistema attuale provoca ansia, paura, incertezza e passività anziché gioia e confidenza. L'Ostetricia ha perso il contatto con la saggezza, il buon senso e il rispetto della natura".

L'ostetrica che, come nel mio caso, lavora in ambito materno-infantile, ha il raro privilegio e al contempo l'enorme responsabilità, di essere un osservatore privilegiato nella fase di vita che maggiormente determina la costruzione della personalità dell'individuo: dal concepimento al primo anno, epoca durante la quale si costruiscono le basi future dell'essere umano, il terreno su cui andranno a poggiarsi strato su strato tutte le altre esperienze, abilità e vissuti.

La volontà e la capacità di recupero di esperienze sfavorevoli sono assolutamente personali e molto dipendono dalla quantità e dalla qualità delle risorse interiori a disposizione in quella particolare fase di vita, da chi s'incontra lungo il cammino, dalla competenza, la disponibilità e il supporto che le persone offrono.

Nulla è perduto nonostante tutto, fintanto esiste la fiducia nel cambiamento, personale e altrui.

Affascinante argomento trattato dal dott. Burigana a lezione, la stessa epigenetica (tema emergente in biologia comportamentale, una sorta di "genetica sociale" che studia le modifiche indotte dall'ambiente sull'espressione dei geni, piuttosto che sui geni stessi), recentemente sulla rivista Nature è stata descritta come la "sinfonia del DNA": nessun individuo è predestinato dalle mutazioni contenute nel suo patrimonio genetico, è l'esperienza individuale a caratterizzare le condizioni di vita e a influenzare la funzionalità dei geni, riuscendo a ritardare, mitigare e persino silenziare gli effetti potenzialmente patologici di una mutazione genetica.

L'epigenetica pertanto conferma anche, quanto il nostro ruolo di ostetriche sia incisivo nel cogliere segnali di disagio, perché ci suggerisce che *"è il comportamento materno a indurre la marcatura epigenetica dell'individuo, non solo una predisposizione genetica e dimostra anche la reversibilità di tale marcatura"* (McGowan et al., 2008).

Rimarca il legame tra il sostegno familiare, le cure parentali e la salute del bambino e dell'adulto, ma anche la stretta dipendenza tra la qualità delle cure e le condizioni socio-economiche della famiglia; una condizione d'insicurezza familiare può rendere più fragile lo stile di attaccamento del bambino, che a sua volta può comportare la costruzione di una personalità insicura, basata epigeneticamente su un sistema di

risposta allo stress molto delicato, aumentando il rischio di esposizione a malattie anche di tipo psichiatrico.

“L’epigenoma del feto in sviluppo è particolarmente sensibile alla nutrizione materna e all’esposizione a tossine ambientali così come allo stress psicologico”. La criminologia bio-sociale mette in luce come “il miglioramento dell’ambiente sociale sia la più efficace delle misure contro il crimine” Rafter (2008).

E le ostetriche sono presenti proprio nell’ambiente sociale.

Utile ricordare che il puerperio può essere un momento critico, talvolta drammatico: nelle famiglie di un tempo la puerpera era assistita e circondata da protezione, era seguita per diversi mesi perché tutto il gruppo familiare sapeva che in quella fase non si poteva escludere il rischio di importanti crisi psico-fisiche.

Ecco l’importanza della famiglia, che dovrebbe rappresentare quell’aiuto che la donna nel post-partum cerca e che invece spesso le viene drammaticamente negato.

La famiglia nucleare oggi è in crisi, specialmente quella ristretta tipica della società urbana industrializzata.

La coppia è sola, spesso senza dialogo, con un rapporto da inventare ogni giorno.

Nella vecchia famiglia estesa vi era sempre qualche persona pronta ad ascoltare, dare consigli, intervenire se necessario.

Adesso, purtroppo nella maggioranza dei casi non è così: c’è la solitudine che è diventata un vero e proprio nemico da combattere quotidianamente.

LA MAGIA DELLA NARRAZIONE

*“Dicono che c'è un tempo per seminare
E uno che hai voglia ad aspettare
Un tempo sognato che viene di notte
E un altro di giorno teso
Come un lino a sventolare...”*

“C'è tempo” di Ivano Fossati – 2003

In seguito al rientro in servizio dopo 1 anno di sospensione dal lavoro a causa del mio diniego a sottopormi a quella che erroneamente viene denominata “vaccinazione anti Sars-Cov2”, lo scorso ottobre vengo trasferita dalla mia amata U.O. Ostetricia (nel frattempo chiusa da giugno per carenza di personale medico e per riduzione del numero dei parti sotto i 500/anno), all'Ostetricia di un presidio ospedaliero tra i più grandi della Area Vasta di appartenenza.

L'impatto è stato inizialmente devastante per varie ragioni:

- la lontananza consistente dal mio domicilio;
- gli strascichi emotivi dello stress da sospensione dal servizio ancora presenti;
- il persistere dell'obbligo insensato di indossare la mascherina ffp2 per il personale e le donne in gravidanza;
- lo stato di immobilità psicologica in cui ho trovato il personale, dal punto di vista dell'adesione *“a quello che senza troppe domande deve essere fatto”*.

Ma soprattutto per l'impatto con una modalità completamente diversa di affrontare una mole di lavoro non indifferente, essendo stata catapultata in un Pronto Soccorso Ostetrico/Ginecologico nel quale oltre agli accessi tipici, viene convogliata tutta l'attività ambulatoriale delle gravidanze ad alto rischio, i controlli post-aborto spontaneo e post interruzioni volontarie di gravidanza.

Dopo 31 anni di servizio torno nella condizione di allieva, nulla conosco di quel posto: le pratiche burocratiche, i numeri di telefono per contattare le altre stanze, i nomi dei professionisti, la collocazione di farmaci e presidi.

Per fortuna vengo affiancata da colleghe gentili e abili.

Tengo un basso profilo sia per predisposizione caratteriale che per allenamento all'umiltà: la consapevolezza di “non sapere” mi aiuta ad affrontare questa nuova esperienza che, se mi è capitata senza desiderarla, mi deve senza dubbio insegnare qualcosa.

Inutile sbandierare chi sei e cosa sai fare con la tua esperienza: capiterà prima o poi l'occasione in cui qualcuno osservandoti sarà spontaneamente interessato a conoscerti meglio.

E soprattutto tu, avrai il desiderio di rispondere alle sue domande.

Dovendo restare solo pochi mesi, chiedo alle colleghe di potermi dedicare al lavoro di relazione con le donne e di evitare di imparare la parte burocratica degli appuntamenti per i tamponi covid ancora necessari per disposizione interna della Direzione, per l'accesso ai diversi ambulatori e per i ricoveri in degenza.

Quando apro l'ingresso alle gravide, mi colpisce l'espressione dei loro occhi, unica parte visibile del volto coperto dalla mascherina, generalmente smarrita o spaventata.

Le donne sono quasi tutte “inquadrate come gravidanza a rischio” per varie situazioni cliniche; si muovono in modo rapido, non si deve far perdere tempo agli operatori già

affannati dal carico di lavoro, si accomodano tese sulla poltrona per il monitoraggio, l'apprensione è palese e l'epoca del parto si avvicina.

Volontariamente mi muovo con lentezza perché involontariamente mi imitano.

Ho notato che se le guardo parlando con calma, dopo poco si sintonizzano su quel tono. Una di fronte all'altra cominciano a chiacchierare e inizia purtroppo la gara a chi ha più patologie: una ha il diabete ma se la cava con la dieta; l'altra però con trattamento insulinico, ma quella di fronte è anche ipotiroidea e ha troppo liquido amniotico...

Mi dispiace non assistere alla gara di chi ha più risorse e punti di forza, ma stranamente questa competizione oggi non attrae e non "fa notizia".

Cerco di compilare cartelle cliniche mantenendo la privacy il più possibile in quel caos, vengo richiamata più volte perché lenta, "*Ci sono le altre fuori che aspettano*".

Imparo a compilare cartelle in 6-7 minuti (nel mio vecchio reparto si dedicava 1 ora a persona). Provo a ricordare alle colleghe quanto sia importante far emergere i bisogni personali delle donne in cura e non procedere banalmente a una mera compilazione di dati.

La replica gentile è che anche a loro piacerebbe: "*Beata te che hai potuto farlo finora, purtroppo qui è così*".

Mi viene in mente di aver letto da qualche parte, (fonte uno studio europeo), che **18 secondi è il tempo stimato che intercorre tra l'inizio del racconto di un malato e il primo intervento del medico: 18 secondi**...

Nota che le colleghe non entrano in ambulatorio visite con le donne dopo il tracciato, così inizio a farlo io.

I ginecologi mi esaminano, non mi conoscono e in più non so risolvergli le beghe burocratiche: servo davvero a poco per il momento...

Ma accendo e spengo la luce nel momento dell'ecografia e cambio la carta al lettino dopo la visita.

Scoprirò che è questa la ragione principale per la quale le colleghe rifiutano la co-presenza: mi dicono che non hanno studiato tanto per servire il medico.

Verissimo, lo penso anch'io, ma nel cambiare la carta del lettino sono accanto alla donna:

- barriera fisica per limitare interventi inappropriati;
- orecchie pronte all'ascolto per facilitare la comprensione di un percorso assistenziale non sempre chiaro;
- bocca pronta per mediare quando avverto una richiesta di aiuto dovuta a un sentire della donna che stride fortemente con la prescrizione del medico;
- mente predisposta a presentare il caso clinico nel corso del controllo, ponendo risalto ai segni di salute di madre e bambino, passando dal concetto di rischio a quello di risorsa;
- mani accoglienti che stringono in silenzio altre mani se la paura o il dolore diventano difficili da tollerare...

Dopo 3 mesi di permanenza in questo luogo, lo sguardo è cambiato, mio verso gli altri e viceversa. Comprendo meglio tante cose e le accetto diversamente.

Continuo a non condividere molti aspetti di un tipo di assistenza nel quale non mi riconosco più da tanto tempo ormai.

Ma scorgo numerosi spiragli di accesso a diverse anime inspiegabilmente affini nonostante le contrastanti diversità apparenti.

Di seguito riporto con piacere 5 piccole storie, le prime 3 capitate nel luogo dove attualmente presto servizio, in cui ogni incontro è un flash e in genere non mi capiterà più di rivedere la stessa persona; le altre 2 avvenute nella piccola Ostetricia da cui provengo, nella quale ci si poteva approcciare a un'idea di continuità assistenziale e si aveva a disposizione un bene prezioso per la cura delle persone: il tempo...

Raccontare aiuta me a rivalutare gli interventi comunicativo-professionali, a liberare le emozioni spesso compresse in un ambiente lavorativo non sempre accogliente e sicuro. E restituisce dignità alle storie delle persone in cura, riporta il focus sul sentire, importante quanto l'agire.

La narrazione in Medicina ha origini antiche e oggi la *Narrative-Based Medicine* (NBM) è deputata ad integrare la EBM (*Evidence Based Medicine*) personalizzandola e contestualizzandola. La definizione ufficiale della NBM è la seguente: *“La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato. La Medicina Narrativa (NBM) si integra con l'Evidence-Based Medicine (EBM) e, tenendo conto della pluralità delle prospettive, rende le decisioni clinico-assistenziali più complete, personalizzate, efficaci e appropriate.”*

La medicina narrativa permette di sviluppare un percorso di cura personalizzato, appropriato e in linea con le indicazioni dell'EBM; inoltre contribuisce a migliorare l'alleanza terapeutica e la partecipazione del paziente.

Attraverso la medicina narrativa tutti gli operatori sanitari possono coltivare ed ampliare le proprie capacità empatiche, riflessive, di ascolto e riuscire a prendersi cura della persona con le sue emozioni, paure, speranze, oltre che curare la malattia (www.medicinanarrativa.it).

Sarei felice di poter contribuire, qualora il Direttivo di Ippocrate lo avesse preso in considerazione, a un progetto dedicato alla stesura di storie cliniche.

*“È tempo che sfugge, niente paura
Che prima o poi ci riprende
Perché c'è tempo, c'è tempo c'è tempo, c'è tempo
Per questo mare infinito di gente...”*

“C'è tempo” di Ivano Fossati – 2003

INCONTRO CON GIOVANNINA *

Apro la porta a un'OSS che lascia una barella in pronto soccorso con dentro una donnina minuscola, raggomitolata su sé stessa, che si perde tra le lenzuola stropicciate.

Una FFP2 le copre quasi tutto il viso, pieno di linee del tempo fitte fitte.

Gliela abbasso almeno sotto il naso per agevolarle la respirazione e la abbasso anch'io per farle vedere il sorriso mentre mi presento.

Mi si stringe sempre il cuore quando vedo pazienti già in difficoltà, indossare un presidio che certamente non li aiuta.

Le chiedo il nome: “Giovannina”, mi risponde.

“Quanti anni ha Giovannina? “88” – dice lei.

La voce rispetto all'aspetto ha un tono vigoroso e deciso. “Che ci fa qui”? –

“Mi ha portato mio figlio perché ieri ho visto del sangue sugli slip. Non è niente di sicuro, gliel'ho detto, ma non mi ascolta”.

Mentre attendiamo che la stanza visite si liberi, osservo le mani nodose, la camicia da notte pulita così come i capelli candidi; un catetere vescicale che sporge dal pannolone.

Lei segue il mio sguardo e con disapprovazione aggiunge: “Io non lo volevo questo coso qui, a casa facevo tutto da sola, non capisco perché lo debba portare”...

L'ho pensato tante volte: esiste un divario tra la vita dignitosa di casa e quella “arrangiata” e spesso “spersonalizzante” dell'ospedale, insieme all'isolamento dai propri cari; tutti aspetti che contribuiscono a disorientare l'anziano nel corso della degenza e che per lavoro routinario, non vengono valutati abbastanza dai professionisti, ovviamente quando l'intervento non è appropriato, come in questo caso.

Per distrarla da brutti pensieri le chiedo di parlarmi della sua vita.

La vedo illuminarsi: con una lucidità sorprendente mi racconta che dopo un mese dal parto del suo quarto figlio, rimase vedova a causa di un infortunio stradale occorso al marito di 36 anni, lei ne aveva solo 28.

“E chi l'ha aiutata a gestire i bimbi e la casa?” Le chiedo... E lei: “Giovannina, chi altri?”.

“E cosa le ha dato la forza di andare avanti da sola?” – “Dio e la paura che le assistenti sociali mi portassero via i bambini. Una sera si sono presentate a sorpresa pensando che li avessi lasciati soli per andare al lavoro; le ho invitate a entrare dicendo che i bimbi non c'erano, poi le ho portate in camera ed erano tutti e 4 lì, che dormivano come angioletti” – Ricorda sorridendo. – “Ho lavato e stirato panni in una lavanderia, ho pulito le case di tutto il quartiere per far mangiare e studiare i bambini” –.

“Ma poi Giovannina, si è mai riaccompagnata con qualcuno? Era così giovane quando rimase vedova”... – “Mai più avuto un altro uomo, ero troppo innamorata di mio marito quando la vita me lo portò via. L'unica consolazione è che ora sta con nostra figlia, la terza sì, mi è morta qualche anno fa purtroppo, è stato terribile: una madre non dovrebbe mai morire dopo un figlio” –

Nel frattempo la stanza visite si libera ed entriamo. L'ecografia evidenzierà un quadro sospetto in utero, sarà necessario procedere con un'indagine di tipo invasivo, cerchiamo di spiegare.

La visita non è semplice da affrontare per una donna di 88 anni che non si era recata più ai

controlli da tempo.

Giovannina comprende tutto e bene, ma continua a sorridere.

Mi sento più preoccupata di lei.

Mi spiega lucidamente che se lo aspettava, che intanto penserà se presentarsi all'isteroscopia, poi valuterà se procedere o meno con l'intervento.

Le raccomando di dedicarsi alla buona alimentazione, alle attività che le danno più gioia, di ricordarsi di bere acqua durante il giorno, di stare all'aria aperta quando possibile.

Mi ringrazia per la bella chiacchierata stringendomi la mano tra le sue e mi augura buona fortuna.

Seppure un'ombra di angoscia l'avesse per un attimo sfiorata, giurerei di non averla percepita...

La forza di alcune persone è incomparabile, come la loro fede in Dio e la fiducia nella benevolenza della vita, nonostante tutto...

Chissà che non vinca anche questa sfida.

Glielo auguro con tutto il cuore.

*“È il tempo che è finalmente
O quando ci si capisce
Un tempo in cui mi vedrai
Accanto a te nuovamente
Mano alla mano
Che buffi saremo
Se non ci avranno nemmeno
Avvisato...”*

“C’è tempo” di Ivano Fossati – 2003

INCONTRO CON ANNA E MARCO *

Anna e Marco si presentano in pronto soccorso ostetrico a metà mattina di un soleggiato mercoledì di novembre.

Lei visibilmente scossa, mi dice di essere in gravidanza iniziale e subito dopo, con apparente freddezza, aggiunge che non potranno tenere il bambino.

Sorrido a entrambi e li faccio accomodare.

Mi spiegano che hanno già 2 figli entrambi concepiti tramite fecondazione assistita e che i vari medici a cui si erano rivolti in passato dopo anni di tentativi falliti di ricerca di una gravidanza spontanea, avevano concordato per un’infertilità di coppia talmente rilevante da poter proseguire la loro vita sessuale senza protezioni: l’eventualità di un concepimento naturale per loro era assolutamente esclusa.

Eppure erano lì davanti a me, increduli e frastornati proprio con un’ecografia “appena sfornata” il cui referto testimoniava che erano già a 6 settimane di gestazione.

E con l’ecografia, una richiesta di interruzione di gravidanza non in regime di urgenza. Avevamo quindi un po’ di tempo per confrontarci e riflettere.

Anna non fa che torturarsi le mani, mi dice che ha appena iniziato a lavorare full-time in una nuova azienda ora che i bimbi sono più grandicelli; mi chiede se posso spiegarle i percorsi per interrompere la gravidanza e non fa che chiedersi “Ma com’è stato possibile?” Rivolgendosi a Marco.

Comincio a spiegare qualcosa facendomi guidare dalle loro domande.

Non riesco a frenare il pensiero di come spesso la fiducia delle persone nella loro potenza creatrice sia talmente scarsa da restare sepolta dalla comunicazione di “una sentenza clinica”.

Forse si dovrebbe condividere più spesso che le diagnosi e soprattutto le prognosi sono certamente elaborate secondo le più recenti EBM disponibili in quel momento, ma anche la situazione di quel paziente, quella coppia al momento della diagnosi/prognosi viene fotografata in quella particolare fase della vita, un’istantanea che può cambiare in base a incalcolabili variabili.

Marco interviene dolcemente guardando Anna e mi chiede qual è il modo più rapido per agire: “- Conoscendo Anna, se resta un giorno ancora in questa situazione impazzisce” – Chiedo ad Anna di cercare di comprendere cosa le fa più paura, cosa la agita davvero. Scoppia a piangere, questo bambino non era previsto né programmato.

Però, mi inserisco, vi ha messo di fronte a qualcosa di grande, di cui non pensavate di essere capaci.

Marco inaspettatamente dichiara sorridendo, di non sapere neanche lui cosa prova, di sentirsi diviso tra lo stupore e una gioia inaspettata.

Ho accanto a me una ginecologa sensibile con la quale scambio uno sguardo d’intesa.

Qualcosa cambia in modo repentino nell'aria e dunque cerco di indagare se sono soli a gestire la famiglia o hanno parenti nelle vicinanze che possano sostenerli.

Hanno nonni materni e paterni a disposizione e una giovane cognata che spesso si occupa dei nipotini (cerchia sociale consistente oltre al ristretto nucleo familiare).

Noto che Anna è meno tormentata, forse le inaspettate parole di Marco hanno vibrato dentro di lei muovendo qualcosa.

Mi sento di dire loro che secondo la normativa italiana, non devono decidere subito, perché occorre del tempo per prendere una decisione così importante.

Fissiamo in ogni caso un appuntamento per iniziare il ciclo farmacologico prima di salutarci.

Marco telefonerà verso le 13 dello stesso giorno con voce quasi divertita: - "Volevamo ringraziarvi e dirvi che abbiamo deciso di tenere il bambino... Abbiamo pensato:

I primi 2 figli li abbiamo desiderati come dei forsennati e concepiti dopo tanta fatica, e a lui che è arrivato naturalmente e senza sforzi non gli si dà una chance? Non esiste..." -

La vita è fatta anche di incontri casuali (?) con persone sconosciute, capitate apposta per aiutarci a prendere una decisione...

*“C’è un giorno che ci siamo perduti
Come smarrire un anello in un prato
E c’era tutto un programma futuro
Che non abbiamo ancora avverato...”*

“C’è tempo” di Ivano Fossati – 2003

INCONTRO CON LAURA *

“Non sento muovere il bambino da ieri sera, per favore mi aiuti!” – Esclama Laura trafelata all’ingresso del pronto soccorso ostetrico.

Considerata l’angoscia, le chiedo di togliere la giacca e la prego di seguirmi in ambulatorio. È alla 37ma settimana di gestazione e, ricordandole di concentrarsi sul respiro, lento e profondo, nel frattempo noto che con lo sguardo, simile a una preda in fuga cerca un cardiocografo, lo strumento che registra il battito cardiaco fetale, perché possa darle conforto.

Così prima di iniziare il colloquio, iniziamo la registrazione che come parte col sonoro al ritmo di un cavallino in corsa, le fa tirare finalmente un sospiro di sollievo.

Le chiedo gentilmente di provare a rilassarsi e di premere un pulsante per valutare la corrispondenza tra la sua percezione dei movimenti della bimba e quella che la macchina registra.

“Sa Laura” Le dico – *“Io mi fido più di quello che avverte lei che è la mamma, di quello che la macchina trascrive”*.

La risposta è immediata: *“Io invece continuo a non sentire nulla, non ho mai sentito la bimba muoversi. Li vedo sulla carta i movimenti, ma non li avverto”*.

Scopro che in pochi giorni ha già fatto 5 accessi nel pronto soccorso di un altro presidio per lo stesso motivo: «Riduzione della percezione dei MAF» (movimenti attivi fetali).

E, probabilmente a disagio nel tornare ancora una volta nello stesso posto, è approdata in un ospedale diverso pur non essendo della zona.

Di fronte a lei altre due future mamme stanno parlando di misure di femori, circonferenze craniche e addominali dei loro bambini e Laura interviene affermando con disappunto che il suo ginecologo non le ha detto di preciso quanto pesava la bimba nel corso dell’ultima ecografia.

Mi rivolgo a tutte e tre sorridendo: *“Cosa ne farete di tutti questi dati, il toto scommesse?”*

Non mi soffermo più di tanto nel colloquio con Laura poiché in presenza di altre persone, ma mi riprometto di riprendere l’argomento più tardi al termine della registrazione.

Condividerò con lei in seguito l’informazione di quanto la formulazione del peso presunto di un bambino al termine della gravidanza, in presenza di un accrescimento generico regolare, può essere suscettibile d’errore in eccesso o in difetto.

Intanto dalla cartella della gravidanza apprendo che il concepimento della bambina di Laura è avvenuto dopo numerosi tentativi di fecondazione assistita falliti e che l’attuale prima gravidanza a 44 anni è di tipo eterologo, con ovodonazione effettuata in Spagna (donatrice dell’ovocita anonima).

La gravidanza è decorsa fino a 2 settimane prima a riposo presso il domicilio per minaccia d’aborto prima e di parto pre-terminale poi.

Laura è pallida, magra, spenta anche nello sguardo, dal suo volto appare tensione.

Mi riferisce che non dorme bene, avverte stanchezza anche al risveglio, che non ha appetito...

Terminato il tracciato la accompagno in stanza visite per l’ecografia.

Il ginecologo cercando di rassicurarla gira lo schermo verso di lei, le fa notare che non riesce a rilevare la quantità di liquido amniotico per quanto la bimba si muove, e le

conferma che gode di ottima salute.

Laura nonostante le rassicurazioni continua ad affermare con angoscia che non la sente, chiede se può presentarsi ogni giorno al controllo per sicurezza.

Uscite dalla stanza cerco di fare il possibile per lei con il poco tempo a disposizione.

Il setting del Pronto Soccorso non consente uno spazio relazionale adeguato.

Ma considerato il caso chiedo una pausa caffè e mi allontano con Laura in un ambulatorio libero, poco distante.

So per esperienza che il piano corporeo-istintivo, quello emozionale e quello psico-cognitivo possono potenziarsi ma anche ostacolarsi reciprocamente.

Sento che siamo ancora ferme alla fase di adattamento, tipica del primo trimestre, per giunta trascorso con nausea e vomito incoercibili, tuttora a volte presenti (sistema neurovegetativo che non permette a Laura di percepire né il benessere né il rilassamento).

Avverto il divario tra il suo desiderio di maternità e la scarsa accettazione di qualcosa di estraneo all'interno di sé, un ovocita con tutto il suo patrimonio cromosomico, genetico ed emozionale che non le appartiene.

Mi intenerisce l'energia della bambina che fa di tutto per essere percepita da Laura, per essere visibile, senza tuttavia riuscirci.

E ancora una volta mi colpisce il potere della mente che riesce a influenzare così tanto il corpo da negargli delle sensazioni forti come questa.

Laura avrebbe bisogno di armonizzare i suoi sistemi fisiologici, (endocrino, neurovegetativo, feto-placentare e di sé stessa con l'ambiente) attraverso il tocco, il massaggio, i trattamenti antistress e il lavoro corporeo.

Avrebbe dovuto cominciare molto presto considerata la situazione.

Ma non ha incontrato nessun operatore della salute che le abbia proposto un lavoro di questo tipo.

Provo ugualmente a spiegarle quanto sia importante in prossimità del parto allentare lo sguardo dalle macchine e rivolgerlo all'interno del proprio corpo: infinite informazioni l'attendono, e soprattutto c'è una bimba, la sua bimba, che desidera incontrarla.

Le chiedo se se la sente di stendersi sul lettino e di seguire la mia voce.

Le chiedo inoltre se posso toccarla, se gradisce un massaggio leggero mentre le parlo. «*Ti piace l'odore della lavanda?*». Porto sempre in tasca l'olio essenziale.

Accetta un massaggio alle mani ed io, dopo aver creato la penombra, parto con una visualizzazione sfiorando ogni cm della sua pelle fino a sentire l'abbandono sotto le dita.

La guido verso la bambina in un luogo sicuro per entrambe, dove possano incontrarsi e stare insieme.

Si addormenta sorridente per qualche minuto. Poi si riprende e si alza veloce dal lettino impacciata. «*Ora devo proprio andare*» – Balbetta.

«*Hai una vasca da bagno in casa?* – Le chiedo. – *Molto bene; prova a immergerti nell'acqua tiepida, in penombra, solo con le candele accese e l'odore di un olio essenziale che ami. Regola il respiro, lento e profondo, poni le mani sulla pancia e prova a contattare la tua bambina nel silenzio.*

È lì che ti aspetta quando sarai pronta, nulla è perduto.

E all'uscita dalla vasca chiedi al tuo partner se fosse disponibile per un massaggio rilassante... Non è capace? Le mani sanno fare grandi cose quando sono guidate dall'amore... Vale la pena tentare».

Mi ringrazia, si allontana, poi si volta e mi guarda con dolcezza ... Non la rivedrò più.

Un mese dopo una collega mi cerca per consegnarmi un campanellino in argento.

Con un biglietto allegato: «*Come un suono che rompe il silenzio hai facilitato il nostro primo incontro. Grazie.*» Firmato Laura e Virginia.

*“C'è un tempo perfetto per fare silenzio
Guardare il passaggio del sole d'estate
E saper raccontare ai nostri bambini quando
È l'ora muta delle fate...”*

“C'è tempo” di Ivano Fossati – 2003

INCONTRO CON ADELE *

Adele è una donna di 40 anni alla prima esperienza di maternità.

Viene ricoverata per rottura delle membrane a 41 settimane.

Silenziosa e gentile trascorre le prime 24 ore di ricovero sottoponendosi ai controlli di routine senza fare domande.

Il tempo trascorre ma l'attività contrattile rimane pressoché assente, pertanto le si spiega che essendo trascorse 24 ore sarà necessario indurre il travaglio con le prostaglandine.

Si esegue la visita (il collo uterino è chiuso e semirigido, la lubrificazione vaginale è scarsa), si applica il farmaco previo consenso, ed io incontro Adele al suo rientro in camera.

Passo a controllare la registrazione cardiocografica e intercetto lo sguardo di una donna non tanto impaurita, quanto smarrita. Le siedo accanto chiedendole se desidera dirmi qualcosa.

Inizialmente confessa che non si aspettava l'induzione del travaglio. Che avrebbe preferito l'insorgenza naturale dell'attività contrattile.

Con sentita comprensione la invito a cercare di adattarsi e ad aprirsi a questa nuova situazione, pur se in tempi brevi, nonostante si allontani da quella immaginata.

“Sicura non ci sia altro di cui senti il bisogno di parlare?” – Le chiedo.

Il pianto arriva da lontano, violento e inarrestabile. Mi dice tra i singhiozzi che dovrebbe raccontarmi troppe cose.

Le comunico con dolcezza che il reparto è tranquillo e che ho il tempo per ascoltarle.

Adele mi confessa la sua più grande paura: quella di non amare abbastanza la sua bambina. Ha sempre sofferto di stati depressivi altalenanti, seguita da uno psichiatra e trattata con farmaci.

Insieme al partner, con il quale per motivi di lavoro si era trasferita all'estero due anni prima, avevano programmato la gravidanza come coronamento della loro storia d'amore, anche se in seguito mi confiderà che il rapporto era già in crisi.

Alla notizia dell'arrivo di un figlio il partner era sembrato entusiasta e per due mesi le cose sembravano volgere al meglio.

Adele però lontana dall'Italia non sta bene, le manca l'ambiente familiare e amicale, vuole lasciare la città in cui vive.

Il partner non può mollare il lavoro per seguirla, ma la rassicura: se lei vuole tornare in Italia, non le impedirà certo di farlo.

Una volta rientrata in Italia, Adele non avrà mai più notizie di lui, neanche tramite messaggio telefonico.

Vive quest'abbandono in modo depressivo e la gravidanza procede senza che lei nutra alcun legame con la bambina: avverte in ritardo i movimenti in utero, non le parla, non la coinvolge nella quotidianità e la bimba reagisce di conseguenza: esistendo silenziosamente. In consultorio il ginecologo che la segue, la mette in contatto con la psicologa con la quale s'incontra diverse volte.

Adele ha la fortuna di avere accanto una persona che le dà grande forza.

Prima del partner attuale aveva infatti vissuto per 12 anni in Italia con un compagno, sei dei quali in relazione di coppia, gli altri come amici conviventi.

Al rientro in Italia dall'estero quest'uomo, molto presente e disponibile nella vita di Adele, le suggerisce di tornare a vivere con lui. Non solo, le comunica che sarà felice di occuparsi della bambina come fosse il padre (fattore protettivo).

Adele a questo punto piangendo mi comunica che a volte si sente pervasa dal senso di colpa: - «Com'è possibile che lui sia più felice per la nascita della bimba, di me che sono la madre vera?»

Le domande che mi pone sono: “E se quando vedrò la bambina non scatterà l'amore”? “E se non volessi occuparmi di lei”? “E se dovesse somigliare al padre”?

Condivido con lei la possibilità che il legame con la bambina potrà avvenire gradualmente senza che questo nulla tolga all'amore che proverà.

La faccio riflettere sulla possibilità che il travaglio non si stia presentando, proprio nel tentativo di rimandare il più possibile l'incontro con la figlia.

E che forse è arrivato il momento di parlare con la bambina giacché sono in procinto di affrontare un grande lavoro di squadra.

Che vale la pena fronteggiare le paure poiché essere consapevoli delle criticità e riuscire a parlarne, è già un buon punto di partenza (la “*madre sufficientemente buona*” di Winnicott).

Che non è sola in questo percorso, che ha un uomo accanto pronto a correggere il tiro, a bilanciare eventuali “assenze” e ha noi che cercheremo di aiutarla per quanto potremo.

Quando termino il servizio nel corso dell'hand-over raccomando di utilizzare particolare tatto con Adele alle colleghe del turno notturno.

Entrerà in travaglio in prima serata, ed espleterà un parto vaginale di notte, senza complicazioni.

Nel corso della degenza rinforzerà gradualmente il legame con la bambina. Inizialmente incredula e timorosa di toccarla, progressivamente “esplorerà la bimba” con il nostro supporto incoraggiante.

L'allattamento al seno non presenterà particolari difficoltà e la neonata si dimostrerà serena e prontamente consolabile.

Madre e figlia si guardano intensamente nel corso della poppata. Si condivide con Adele l'importanza di riconoscere il tipo di pianto, le manovre di contenimento più utili nei casi di pianto inconsolabile, di quanto sia importante chiedere aiuto se si dovesse sentire persa.

Si concorda con Adele l'opportunità di prendere contatto con la psicologa del consultorio per proseguire gli incontri di supporto in questa nuova fase di vita. Insieme capiranno se sarà o meno necessaria riconsiderare o meno la terapia farmacologica prescritta dallo psichiatra e, nel caso, si valuterà la scelta di un farmaco compatibile con l'allattamento al seno.

Si condivide con il partner l'opportunità di restare qualche giorno con Adele e la bimba in casa al rientro dall'ospedale, senza sostituirsi alla madre ma essendoci come presenza costante.

Si contattano telefonicamente le colleghe ostetriche del consultorio per informarle della dimissione di Adele e della sua bimba, si compila e si invia la scheda per l'assistenza ostetrica domiciliare con i loro bisogni assistenziali risolti e quelli da rivalutare.

*“C'è un tempo negato e uno segreto
Un tempo distante che è roba degli altri
Un momento che era meglio partire
E quella volta che noi due era meglio parlarci...”
“C'è tempo” di Ivano Fossati – 2003*

INCONTRO CON JOY*

Joy è una ragazza africana di 26 anni. La conosco un mattino in cui mi occupo di ambulatorio della gravidanza fisiologica. Di lei mi colpiscono l'altezza, il bianco sorriso, lo sguardo buono, dolce e al contempo fiero e intelligente.

Mentre il controllo CTG è in corso (è a 40 settimane di gestazione), leggo tra i suoi dati che il partner non sarà presente al momento del parto e che il neonato sarà riconosciuto solo da lei. Mi confida che è ancora alla ricerca del nome giusto.

Le siedo di fronte e attendo che si rilassi chiacchierando un po' con lei.

Nel compilare la cartella clinica noto che ride: mi spiega che – *“Nel mio paese non si scrivono tutte queste cose, non è necessario compilare tutte quelle schede per una come me che gode ottima salute”* –.

Il suo buonumore mi contagia e le do ragione.

Arriva il momento di chiederle se le va e se la sente di parlare del perché sarà solo lei a riconoscere il bambino e se vuole accanto a sé una persona di fiducia nel corso del travaglio-parto e della degenza.

Mi sorride, non sembra turbata né seccata.

Mi racconta che è in Italia da diversi anni, che fa la badante a un anziano, che è contenta di avere un lavoro che le consentirà di poter mantenere suo figlio.

Mi dice che è la penultima di nove figli, nati in casa da una madre dal carattere forte, partoriti tutti senza l'aiuto di nessuno.

Che è al suo secondo figlio, il primo partorito a casa assistita dalla madre all'età di 18 anni, rimasto in Africa con i suoi mentre lei ha cercato fortuna in Italia.

Ricorda che, felice di attendere un altro figlio, il partner reagisce alla notizia riferendole che non potranno tenere il bambino per ragioni economiche.

Pertanto le suggerisce di interrompere la gestazione e poi, senza troppe spiegazioni, pochi giorni dopo la abbandona.

Joy mi racconta con angoscia il vissuto di quel periodo: l'incredulità, la solitudine, l'adattamento clinico alla gravidanza, tutto la convince ad assumere un “rimedio” a base di erbe consigliate da alcune amiche, allo scopo di provocare un aborto.

Per circa due settimane presenta perdite ematiche vaginali copiose, dolori al basso ventre, pensa ormai sia tutto finito, si sente debole, non sta bene, fintanto che la figlia dell'anziano di cui si prende cura, la accompagna a fare un controllo in ospedale: Joy ride ricordando la sua faccia di fronte allo schermo dell'ecografo: il battito del cuore di suo figlio è sempre lì e il ginecologo conferma la normale evoluzione della gravidanza.

L'epoca gestazionale è ormai avanzata per poter tornare indietro, quantomeno in Italia. Da quel momento Joy inizia a pensare alla sua vita con il bambino con un senso di gratitudine, chiama la mamma in Africa, le racconta tutto e si sente dire che l'intera famiglia le resterà comunque accanto. Non ha bisogno di altro.

Avverto dal suo racconto una grande forza e un istinto di protezione nei confronti del bambino che mi tranquillizzano. Sembra conoscere molto bene i ritmi sonno/veglia e le necessità di suo figlio ancora in utero.

Alla visita generale costato che l'attività ormonale lavora al meglio, il corpo si sta preparando bene.

Partorirà tre giorni dopo. Io non sarò presente al parto; mi informo dalle colleghe che è stato ben affrontato e avvenuto in tempi brevi, a parte la formazione di un piccolo ematoma perineale drenato in sala operatoria.

Ed è proprio all'uscita dalla sala che la rivedo, ancora un po' intontita dall'anestesia.

La accarezzo, mi riconosce e mi chiede del bambino. "Tutto benone, stai tranquilla" – Le dico. Glielo metto vicino e subito si rilassa: – "Pensavo di morire e di non poterlo più vedere" – Mi confida emozionata.

Col suo bianco sorriso mi comunica: – "Roberta, ora so che nome dargli, si chiamerà Miracle" ...–

Joy ha un gruppo solido di amiche africane che la accudiscono, le portano da mangiare pietanze della loro terra, si prendono cura del bambino quando ha bisogno di riposare.

Fluisce da loro una saggia praticità che noi occidentali spesso dimentichiamo. Quando le sento vociare e ridere rumorosamente con i loro piccoli nelle fasce, mi spiego meglio la ragione per cui i cali d'umore importanti e gli stati depressivi post-partum appartengono più alle nostre società, nelle quali la puerpera non solo resta isolata dal mondo esterno, ma dalla quale si pretendono performance elevate in tutto (essere una brava mamma, perfetta padrona di casa, compagna possibilmente non trasandata, che rientri presto al lavoro se in carriera...)

Con il consenso di Joy le amiche avvisano il partner, che è diventato padre.

L'allattamento al seno procede spedito, Miracle è costantemente nel letto della mamma, l'"*handling*" e l'"*holding*" in alcune etnie, sembrano competenze rimaste intatte dalla notte dei tempi e non richiedono rinforzi professionali.

Saranno dimessi 3 giorni dopo, in ottimale stato di salute.

* I nomi Giovannina, Laura, Anna e Marco, Adele e Joy sono di fantasia a tutela della privacy della loro storia.

*“Dicono che c'è un tempo per seminare
E uno più lungo per aspettare
Io dico che c'era un tempo sognato
Che bisognava sognare...”
“C'è tempo” di Ivano Fossati – 2003*

CONSIDERAZIONI PERSONALI

Mi piace pensare che, se è vero che “nulla è destinato a durare per sempre”, neppure il dolore possa sfuggire a questa regola.

Mi conforta visualizzare una ferita che con il tempo si ripara e cicatrizza.

E ogni tanto ricordo con piacere la giornata di un corso di salute pelvica per ostetriche in cui abbiamo, grazie alla guida di una brava psicoterapeuta, decorato e personalizzato un piatto di ceramica. Alla decorazione seguì la pausa pranzo.

Al nostro rientro in aula con sgomento abbiamo trovato i nostri piatti tutti rotti: per qualcuna fu facile ricomporre il proprio, per me e poche altre, i cui piatti erano ridotti in mille pezzi, l'impresa si presentò ardua.

Il primo sentimento che provai fu la rabbia: come si era permessa l'insegnante di non rispettarci? Tanto più che stavamo lavorando sulla cura del nostro perineo e il piatto ne costituiva il simbolo.

Che fare?

La seconda reazione fu il rifiuto: non lo volevo più quel piatto sbriciolato, meglio uno nuovo da ridecorare, avessi dovuto passarci un'altra mattinata.

Poi, con occhi dolci e accoglienti, l'insegnante camminò in silenzio lentamente tra noi e ci consegnò un pennarello a punta grossa, di colore oro.

Raccontò della tecnica giapponese del “Kintsugi” filosofia orientale che significa letteralmente “riparare con l'oro”: quando si ripara un oggetto in ceramica rotto, si valorizza la crepa riempiendola con dell'oro liquido.

Secondo la simbologia della tecnica, da una ferita è possibile ridare vita a ciò che è stato danneggiato, creando una nuova forma da cui nasce una storia ancora più preziosa, sia esteticamente che interiormente.

Ogni pezzo riparato diventa unico grazie alla casualità con cui la ceramica può rompersi e per le irregolari decorazioni che si formano con il metallo.

Le crepe che prima erano punti fragili da nascondere, vengono valorizzate con l'oro.

Quella giornata mi è rimasta nel cuore, l'ha aperto alla speranza, alle diverse opportunità.

E il mio piatto è lì sulla mensola, con le sue linee di riparazione dorate, a ricordarmi la possibilità di cura delle ferite, mie e altrui, a suggerirmi strategie di coping, a rievocare la presenza dell'oro dentro di me, a radunare la forza nell'affrontare nuovi cammini dopo l'ennesima difficoltà.