CiaoLapo
www.ciaolapo.it



Paestum, 15 ottobre 2024

15 ottobre

Per il riconoscimento della Giornata nazionale del lutto perinatale e infantile

Dossier a sostegno della proposta di legge di iniziativa popolare

Dossier scientifico a cura della Fondazione CiaoLapo ETS
Campagna promossa da CiaoLapo APS ETS

www.babyloss.info
Ottobre 2026

IN SINTESI

Che cosa chiediamo



Chiediamo al Parlamento di approvare una legge che riconosca il 15 ottobre come **Giornata nazionale del lutto perinatale e infantile**.

La proposta ha tre articoli: istituisce la Giornata, che non è un giorno festivo; consente a Stato, Regioni ed enti locali di promuovere iniziative di informazione sul lutto e sui servizi di sostegno, e di formazione per i professionisti sanitari e sociosanitari; non comporta nuove spese per la finanza pubblica.

oltre 40.000

aborti spontanei con ricovero in ospedale nel 2023

più di 2

bambini nati morti ogni giorno: 784 nel 2025

circa 1.000

bambini morti prima dei cinque anni nel 2024

oltre 95.000

trattamenti di procreazione medicalmente assistita senza la nascita di un bambino nel 2023

oltre 400

Comuni che hanno aderito al 15 ottobre dal 2007, in tutte le venti regioni

7

proposte di legge sulla Giornata presentate in quattro legislature dal 2012

Le fonti di ciascun dato sono indicate nelle sezioni 3, 14 e 15 e nella bibliografia.

1 Perché una Giornata dedicata al lutto perinatale e infantile

Ogni anno in Italia decine di migliaia di persone e famiglie affrontano un lutto a seguito di perdite riproduttive, perinatali e infantili, dovute a infertilità, insuccessi della procreazione medicalmente assistita (PMA), aborto spontaneo, gravidanza ectopica, interruzione per patologia materna o fetale, morte in utero, morte neonatale e infantile.

A queste diverse esperienze di perdita può seguire un lutto, con un decorso fisiologico oppure caratterizzato, in misura variabile, da complicazioni e conseguenze sulla salute e sulla vita delle persone. Tali conseguenze possono interessare la salute fisica e psicologica, la coppia e le relazioni familiari, la vita sociale e lavorativa e, nel percorso generativo, la salute riproduttiva e le eventuali gravidanze successive.

La proposta riguarda la prevenzione degli esiti sfavorevoli e la tutela della salute della donna, della coppia e della famiglia.

La salute della donna occupa una posizione centrale: quando la perdita avviene durante la gravidanza, è il suo corpo ad attraversare direttamente l'evento clinico e le sue conseguenze, dal trattamento dell'aborto o della gravidanza ectopica al parto, dal puerperio alla lattazione, fino alle eventuali ripercussioni sulla salute riproduttiva successiva.

La perdita coinvolge anche la coppia e la famiglia: può modificare gli equilibri tra i partner, coinvolgere gli altri figli, incidere sulle relazioni familiari e sociali e condizionare le scelte riproduttive future.

Per questo chiediamo che il 15 ottobre sia riconosciuto ufficialmente dalla Repubblica Italiana come **Giornata nazionale del lutto perinatale e infantile**.

Il nome della Giornata contiene la parola lutto per una scelta precisa. La prevenzione delle perdite evitabili e la tutela della salute riproduttiva restano obiettivi di salute pubblica; la proposta affianca a questi obiettivi il riconoscimento e la presa in carico delle conseguenze che le perdite riproduttive, perinatali e infantili possono avere sulla salute della donna, della coppia e della famiglia.

2 Perdite riproduttive, perinatali e infantili

Con perdite riproduttive ci riferiamo a un'area ampia di esperienze che possono interrompere, ostacolare o modificare il progetto generativo, comprese l'infertilità, gli insuccessi dei percorsi di procreazione medicalmente assistita e le perdite della gravidanza.

Infertilità e insuccessi della PMA possono comportare la perdita di un progetto, di un'attesa o della possibilità immaginata di diventare genitori. La letteratura documenta l'impatto psicologico e relazionale dell'infertilità e dei trattamenti, che può comprendere vissuti di perdita, ansia, depressione, frustrazione e isolamento [1].

Con perdite perinatali ci riferiamo alle perdite che avvengono durante la gravidanza e intorno alla nascita, precisando, quando si parla di epidemiologia o assistenza clinica, la natura dell'evento: aborto spontaneo, gravidanza ectopica, interruzione per patologia, morte in utero o morte neonatale, compresa la morte dei bambini nati prematuri e ricoverati in terapia intensiva neonatale.

Con perdite infantili ci riferiamo alla morte di un bambino dopo la nascita, utilizzando nelle statistiche le specifiche definizioni epidemiologiche di mortalità neonatale, infantile e sotto i cinque anni.

Il lutto riguarda le persone e le relazioni: è la risposta alla perdita e può comprendere dimensioni emotive, corporee, cognitive, relazionali, familiari, sociali, spirituali ed esistenziali.

Il suo decorso può essere fisiologico e trovare progressivamente un adattamento nel tempo; in altri casi la sofferenza può essere più intensa o persistente e associarsi a sintomi ansiosi, depressivi, post-traumatici o ad altre condizioni che richiedono un sostegno specifico. Le evidenze mostrano, in particolare, un aumento del rischio di ansia e depressione dopo una perdita perinatale [2].

Riconoscere il lutto vuol dire creare le condizioni perché possa essere attraversato con un'assistenza appropriata e perché le situazioni a maggiore rischio siano riconosciute precocemente, senza trattare come malattia una risposta fisiologica alla perdita.

3 La dimensione del fenomeno

41.427
aborti spontanei con ricovero in ospedale nel 2023

784
bambini nati morti nel 2025

1.047
bambini morti prima dei cinque anni nel 2024

oltre 95.000
trattamenti di procreazione medicalmente assistita senza la nascita di un bambino nel 2023

Nessun numero, da solo, rappresenta il lutto conseguente alle perdite riproduttive, perinatali e infantili. Le popolazioni si sovrappongono, una stessa persona può attraversare più eventi e le statistiche utilizzano denominatori e criteri differenti, per cui i dati su infertilità, PMA, aborti spontanei, morti in utero e morti infantili non si possono sommare. Letti insieme, danno però la misura delle persone che ogni anno possono trovarsi ad affrontare una perdita e le sue conseguenze.

Perdita della gravidanza

Nel 2023 l'ISTAT ha registrato **41.427 aborti spontanei** che hanno determinato un ricovero ordinario o in day hospital, più di 110 al giorno [3].

Il dato non comprende tutte le perdite precoci gestite in pronto soccorso, ambulatorialmente o comunque al di fuori del ricovero; con la diffusione della gestione extraospedaliera, soprattutto delle perdite precoci, le statistiche basate sui ricoveri descrivono il fenomeno solo in parte [3].

Infertilità e PMA

Nel 2023 in Italia **89.870 coppie** hanno effettuato percorsi di procreazione medicalmente assistita, attraverso 112.804 cicli, dai quali sono nati 17.235 bambini vivi [4]. **Oltre 95.000 trattamenti**, quindi, non si sono conclusi con la nascita di un bambino: i cicli senza nascita sono almeno 95.569, perché fra i nati vivi sono compresi i parti gemellari.

Questi numeri non corrispondono ad altrettanti lutti, e il numero delle perdite non si ricava sottraendo le nascite ai cicli; descrivono però una popolazione esposta a infertilità, trattamenti, attese e possibili insuccessi riproduttivi, anche ripetuti, con un potenziale impatto sul benessere psicologico, relazionale e sociale [1].

Interruzione della gravidanza per patologia

Le gravidanze nelle quali viene diagnosticata una grave patologia fetale o materna e che si concludono con un'interruzione sono difficili da contare: le statistiche correnti non consentono di isolare in modo semplice e uniforme tutti gli eventi determinati da una diagnosi prenatale di patologia fetale.

Per queste famiglie alla diagnosi e alla perdita possono aggiungersi decisioni molto difficili, il parto o altre procedure mediche e, non di rado, il peso dello stigma; il fatto che siano difficili da contare non riduce i loro bisogni di assistenza.

Morte in utero

Nel 2025 sono stati registrati in Italia **784 nati morti**, con un tasso di natimortalità di 2,20 per 1.000 nati: in media più di due bambini al giorno [5].

La prevenzione della morte in utero resta una priorità internazionale di salute materna e perinatale, insieme al miglioramento della qualità dell'assistenza, alla riduzione delle disuguaglianze e alla bereavement care, cioè l'assistenza nel lutto [6].

Mortalità neonatale, infantile e sotto i cinque anni

Secondo le più recenti stime delle Nazioni Unite, nel 2024 in Italia sono morti **1.047 bambini** prima del compimento dei cinque anni, con un tasso di mortalità sotto i cinque anni di 2,7 decessi ogni 1.000 nati vivi [7].

Di questi, 882 sono morti prima del primo compleanno e 694 nel periodo neonatale, cioè nei primi 28 giorni di vita [7].

Il tasso italiano di mortalità sotto i cinque anni è basso nel confronto internazionale, ma ogni anno oltre mille bambini muoiono prima dei cinque anni e altrettanti nuclei familiari affrontano la perdita di un figlio.

I dati descrivono fenomeni diversi e indicano una popolazione ampia che può avere bisogno, in forme e intensità differenti, di informazione, assistenza, sostegno e continuità delle cure.

4 Tutelare la salute dopo la perdita

La rilevanza sanitaria e sociale del lutto dipende, oltre che dal numero degli eventi, dalle conseguenze che possono manifestarsi dopo una perdita e dagli interventi capaci di prevenire o ridurre gli esiti sfavorevoli. All'assistenza si chiede di accompagnare il decorso fisiologico di una normale esperienza umana senza trasformarla in una condizione patologica e, insieme, di riconoscere le situazioni nelle quali emergono bisogni di salute specifici.

Per la donna questo vuol dire considerare insieme salute fisica, psicologica, sessuale, riproduttiva e sociale; per la coppia, il benessere dei singoli partner e la relazione, la comunicazione, il sostegno reciproco e la possibilità di vivere il lutto con modalità e tempi differenti; per la famiglia, gli altri figli, le relazioni familiari e la capacità dell'intero sistema di adattarsi alla perdita.

Questa pluralità di esiti e di bisogni fa del lutto conseguente alle perdite riproduttive, perinatali e infantili una questione di salute pubblica.

5 Dopo la perdita: il corpo

Aborto spontaneo, gravidanza ectopica, interruzione per patologia e morte in utero sono anche eventi clinici: possono richiedere trattamento farmacologico, procedure chirurgiche, induzione del travaglio, parto vaginale o taglio cesareo, e comportare dolore, sanguinamento, complicanze ostetriche, modificazioni endocrine e recupero puerperale.

Nella gravidanza ectopica alla perdita può associarsi una condizione potenzialmente pericolosa per la vita e, in alcuni casi, la perdita di una tuba, con possibili conseguenze sulla fertilità successiva.

Dopo una perdita più avanzata può inoltre avviarsi fisiologicamente la lattazione. Lo studio italiano LISTEN (Lactation Support afTer pEriNatal loss), condotto su 1.227 professionisti sanitari, mostra che la sua gestione è ancora affrontata in modo disomogeneo [8].

Soltanto il 42,5% dei professionisti riferiva la presenza di linee guida locali per la bereavement care; il 25% non forniva informazioni sulla lattazione dopo la perdita e il 78,2% riferiva l'assenza di follow-up dopo la dimissione [8].

Le conseguenze fisiche della gravidanza continuano dopo la sua conclusione, e la cura deve proseguire oltre la procedura medica, il parto e la dimissione.

6 Dopo la perdita: la salute mentale

Il lutto è una risposta umana alla perdita e di per sé non è una malattia. Il compito dell'assistenza è creare condizioni che ne favoriscano un decorso fisiologico: riconoscere ciò che è accaduto, fornire informazioni adeguate, rispettare bisogni e tempi individuali, garantire continuità e non lasciare sole le persone che attraversano la perdita.

Una parte delle persone può tuttavia sviluppare una sofferenza più intensa, persistente o clinicamente significativa.

Una revisione sistematica e meta-analisi di 29 studi provenienti da 17 Paesi ha incluso 31.072 donne con esperienza di perdita perinatale, confrontate con 1.261.517 donne senza esperienza di perdita, documentando un aumento significativo del rischio di depressione e ansia [2].

Per il solo aborto spontaneo, una revisione sistematica e meta-analisi pubblicata nel 2025, comprendente 29 studi e 35.375 partecipanti, ha stimato nelle prime sei settimane dopo la perdita prevalenze del 32,5% per l'ansia, 30,1% per la depressione e 33,6% per lo stress [9].

Lo studio *Maternal suicide in Italy*, condotto nell'ambito della sorveglianza ostetrica italiana su dieci regioni, corrispondenti al 77% delle nascite nazionali, ha identificato 67 suicidi materni nel periodo 2006–2012. Il tasso di suicidio entro un anno dall'esito della gravidanza era pari a 1,18 per 100.000 dopo il parto, 2,77 per 100.000 dopo un'interruzione volontaria di gravidanza e 2,90 per 100.000 dopo un aborto spontaneo [10]. Lo studio non consente di attribuire alla perdita un rapporto causale diretto con il suicidio, fenomeno complesso e multifattoriale: la maggioranza delle donne decedute per suicidio per le quali era disponibile l'informazione aveva una precedente storia psichiatrica. I risultati sottolineano tuttavia l'importanza dell'identificazione delle situazioni di vulnerabilità e della continuità tra assistenza ostetrica, cure primarie e servizi di salute mentale [10].

Sono inoltre disponibili strumenti validati in italiano per valutare il lutto dopo una perdita perinatale, come la Perinatal Grief Scale [11], e l'impatto dell'aborto spontaneo, come la Revised Impact of Miscarriage Scale [12]: consentono di studiare meglio gli esiti della perdita e possono contribuire a identificare le persone che presentano maggiori difficoltà.

L'assistenza deve quindi evitare due rischi opposti: patologizzare una risposta fisiologica alla perdita e sottovalutare una sofferenza che sta diventando clinicamente significativa.

7 Dopo la perdita: coppia, famiglia e relazioni

La perdita coinvolge spesso l'intero sistema familiare. I partner possono vivere ed esprimere il lutto con modalità e tempi differenti; le conseguenze psicologiche su di loro sono ancora poco studiate, e una meta-analisi sulle gravidanze successive a una perdita non ha trovato dati sufficienti per stimarle [13].

Gli altri figli possono trovarsi ad affrontare contemporaneamente la perdita del fratello o della sorella e i cambiamenti emotivi dei genitori.

Anche la rete familiare e sociale può essere coinvolta. Le perdite precoci e quelle legate all'infertilità sono spesso poco visibili; la morte perinatale continua a essere circondata da difficoltà linguistiche e culturali; la morte di un bambino può mettere in difficoltà anche le reti sociali più vicine. Silenzio, evitamento e minimizzazione possono aumentare il senso di isolamento.

Il riconoscimento pubblico del lutto rende visibili le persone che lo attraversano e la dimensione relazionale e familiare della perdita.

8 Dopo la perdita: lavoro e vita sociale

Il ritorno alla vita quotidiana non coincide necessariamente con la conclusione dell'evento sanitario: disturbi del sonno, stanchezza, difficoltà di concentrazione, ansia, depressione o sintomi post-traumatici possono interferire con il funzionamento sociale e lavorativo, e alcune persone possono avere bisogno di periodi di assenza dal lavoro, ridurre l'orario o modificare la propria attività professionale.

Le conseguenze economiche sono documentate anche da grandi archivi amministrativi: un'analisi longitudinale dell'Office for National Statistics britannico ha esaminato gli effetti occupazionali ed economici successivi ad aborto spontaneo, gravidanza ectopica, gravidanza molare, morte in utero e morte neonatale [14].

Dopo una morte in utero, i guadagni delle donne risultavano significativamente inferiori per almeno cinque anni, con una perdita cumulativa media di 13.437 sterline. Nel trimestre successivo all'evento, momento di massima differenza, la probabilità di essere occupate risultava inferiore di 4,7 punti percentuali rispetto al periodo di riferimento precedente alla perdita [14].

Questi valori appartengono al contesto inglese e non si possono trasferire alla realtà italiana; mostrano però che le conseguenze di una perdita possono estendersi oltre la sfera individuale e familiare e produrre effetti sociali, occupazionali ed economici misurabili e persistenti.

9 Dopo la perdita: le gravidanze successive

Le gravidanze successive a una perdita possono essere accompagnate da maggiore ansia, paura della recidiva, ipervigilanza e difficoltà a investire emotivamente nella nuova gravidanza.

Una meta-analisi comprendente 19 studi e 5.114 donne con una precedente perdita, confrontate con 30.272 controlli, ha documentato livelli significativamente più elevati di ansia e depressione durante le gravidanze successive [13].

Lo studio italiano UNSURENESS, pubblicato nel 2025, ha inoltre rilevato la mancanza di una formazione specifica dei professionisti e il bisogno di linee guida nazionali per le gravidanze successive a una morte perinatale [15].

La continuità delle cure dopo una perdita deve quindi comprendere, quando necessario, anche il percorso riproduttivo successivo, evitando che una nuova gravidanza venga considerata semplicemente come la conclusione del lutto precedente.

10 L'assistenza può modificare gli esiti

Gli esiti psicologici di una perdita dipendono anche dalla qualità dell'assistenza, oltre che dalle caratteristiche dell'evento.

Lo studio italiano CLASS – CiaoLApo Stillbirth Support, parte dell'Osservatorio OPALE e pubblicato nel 2026, ha analizzato l'esperienza di 261 donne dopo una morte in utero o un'interruzione della gravidanza per motivi medici oltre le 20 settimane [16].

Le donne la cui assistenza aveva rispettato almeno 40 dei 60 elementi della checklist CLASS avevano una possibilità più di tre volte maggiore di sentirsi assistite con rispetto. Inoltre, quanto più l'assistenza aveva seguito le buone pratiche, tanto meno frequenti erano un lutto molto intenso e i sintomi post-traumatici [16].

La bereavement care è quindi associata anche a esiti di salute: la qualità dell'assistenza è uno dei fattori sui quali è possibile intervenire per favorire un decorso fisiologico del lutto e ridurre il rischio di esiti psicologici sfavorevoli.

11 Le lacune assistenziali

Una ricerca nazionale di CiaoLapo, pubblicata nel 2018 e condotta fra 674 professionisti sanitari di 11 ospedali, aveva evidenziato una distanza significativa tra raccomandazioni internazionali e pratica clinica italiana [17].

Tre professionisti su quattro non avevano mai frequentato un corso specifico sulla bereavement care e il 90,2% dichiarava di avere bisogno di formazione [17].

Le criticità persistono anche nelle ricerche più recenti. Lo studio RESPeC-ToP, pubblicato nel 2026 e condotto su 552 professionisti sanitari italiani impegnati nell'assistenza alle interruzioni di gravidanza per anomalia fetale, ha evidenziato un'applicazione disomogenea delle componenti della bereavement care [18].

Solo il 37,4% riferiva che dopo l'interruzione veniva offerto un follow-up; il 51,4% dichiarava sentimenti di inadeguatezza nell'assistenza e il 71,2% sentiva il bisogno di parlarne con qualcuno, per lo più con un collega, dopo avere assistito a un'interruzione per patologia fetale [18].

Anche LISTEN mostra importanti differenze nella disponibilità di protocolli, nella gestione della lattazione e nel follow-up dopo la dimissione [8].

La qualità dell'assistenza non dovrebbe dipendere dall'ospedale nel quale avviene la perdita, dalla regione di residenza, dall'epoca gestazionale o dalla presenza occasionale di un professionista specificamente formato.

12 Prendersi cura di chi cura

La bereavement care coinvolge anche i professionisti: comunicare una diagnosi, assistere un parto dopo una morte in utero, accompagnare un'interruzione per patologia fetale o assistere alla morte di un neonato o di un bambino può avere su di loro un impatto emotivo significativo.

Lo studio nazionale BLOSSoM, condotto su 445 ostetriche italiane, ha analizzato l'impatto psicologico e il burnout associati all'assistenza alla morte perinatale [19].

Soltanto il 33,4% delle partecipanti riferiva una formazione specifica e il 94,6% indicava la necessità di ulteriore formazione e sostegno. Il 24,5% presentava inoltre punteggi elevati alla Impact of Event Scale-Revised, indicativi di una significativa sintomatologia post-traumatica correlata all'assistenza alla morte in utero [19].

Anche nello studio RESPeC-ToP la maggior parte dei professionisti esprime il bisogno di parlare di ciò che ha vissuto [18].

Prendersi cura delle famiglie significa quindi anche offrire agli operatori formazione, strumenti, protocolli, supervisione e possibilità di debriefing.

13 Dalla ricerca alla prevenzione

Da oltre quindici anni la comunità scientifica internazionale chiede di dare alla morte in utero un posto nelle politiche di salute.

La prima Lancet Stillbirth Series, pubblicata nel 2011, ha posto tra le priorità internazionali la prevenzione, il miglioramento della raccolta e della classificazione dei dati, l'inclusione della natimortalità nelle politiche di salute materna e infantile e il riconoscimento del ruolo delle associazioni dei genitori nel promuovere il cambiamento [20].

L'edizione italiana dell'Executive Summary della Serie è stata curata da Claudia Ravaldi e Alfredo Vannacci per CiaoLapo Onlus [20].

Nel 2016 CiaoLapo ha partecipato direttamente alla successiva serie Ending Preventable Stillbirths: Claudia Ravaldi e Alfredo Vannacci figurano tra gli autori dell'articolo *Stillbirths: recall to action in high-income countries*, pubblicato su The Lancet [6].

Il lavoro sottolineava la necessità di agire contemporaneamente sulla prevenzione delle morti evitabili, sulla riduzione delle disuguaglianze, sul contrasto allo stigma, sul miglioramento dei dati e sulla qualità della bereavement care [6].

Prevenzione delle perdite evitabili, tutela della salute riproduttiva e assistenza dopo la perdita fanno parte di una stessa politica di salute della donna, della coppia e della famiglia.

14 Il 15 ottobre in Italia dal 2007

CiaoLapo promuove in Italia il Baby Loss Awareness Day dal 2007; da allora il 15 ottobre è diventato anche nel nostro Paese un momento pubblico di informazione, sensibilizzazione, formazione e ricordo, con il coinvolgimento di famiglie, professionisti sanitari, associazioni, enti locali e istituzioni.

> In vent'anni, dal 2007 al 2026, hanno aderito alla Giornata **oltre 400 Comuni, in tutte le venti regioni**: **390** hanno illuminato monumenti o edifici, con **567 illuminazioni** documentate, e **40** hanno approvato una delibera di giunta. Gli enti che hanno concesso il patrocinio o aderito sono in tutto **oltre 500**, fra cui 8 Regioni e Consigli regionali, 8 Province e Città metropolitane, 27 aziende sanitarie e ospedaliere e 39 ordini e collegi professionali; il **Ministero della Salute** ha concesso il patrocinio le due volte in cui CiaoLapo lo ha chiesto, nel 2015 e nel 2019 [28–30].

L'elenco completo degli enti, anno per anno, è pubblicato su www.babyloss.info/patrocini [30].

2007 · Prima edizione italiana del Baby Loss Awareness Day, promossa da CiaoLapo.

2016 · Iniziative in 60 città, con il patrocinio di 120 enti [28].

2018 · Le prime illuminazioni di monumenti di rosa e di azzurro.

2023 · 240 Comuni aderenti, in tutte le venti regioni.

2026 · 145 Comuni in 19 regioni, con 129 monumenti illuminati, 36 incontri pubblici e 37 delibere di giunta [28].

Alle 19 del 15 ottobre l'Onda di luce (Wave of Light) invita le famiglie ad accendere una candela in memoria dei bambini morti durante la gravidanza o dopo la nascita.

Disegnando il proprio fiocco per il 15 ottobre, CiaoLapo ha aggiunto al rosa e all'azzurro, i colori che identificano la giornata nel mondo, un tratto di viola, il colore della prematurità: molti genitori dell'associazione hanno attraversato la prematurità, molti su quella strada hanno perso i loro bambini e molti l'hanno ripercorsa nelle gravidanze successive [31].

Il riconoscimento istituzionale darebbe quindi una cornice nazionale a un percorso di sensibilizzazione presente in Italia dal 2007.

15 Un percorso istituzionale già iniziato

Dal 2012 il riconoscimento del 15 ottobre è stato proposto in quattro legislature, con sette progetti di legge presentati alla Camera e al Senato da parlamentari di otto gruppi diversi, di maggioranza e di opposizione [21–27].

La prima proposta, presentata alla Camera il 10 gennaio 2012 (C.4870), nacque dal lavoro di CiaoLapo con i deputati che la sottoscrissero, e la sua relazione cita l'esperienza dell'associazione [27]. Nel 2013 il testo fu ripreso al Senato (S.232) e alla Camera (C.654 e C.1103) [21–23]; nel 2022 un nuovo disegno di legge (S.2557) estese il riconoscimento alla morte infantile [24].

Nella legislatura in corso la 10ª Commissione del Senato ha avviato nel 2023 l'esame congiunto di due disegni di legge sullo stesso tema, S.444 e S.498 [25, 26].

In questi anni l'attenzione per il 15 ottobre è cresciuta nel Paese più rapidamente che nelle sedi istituzionali. Le proposte, sostenute da schieramenti diversi, non sono ancora arrivate al voto; nel frattempo centinaia di Comuni hanno illuminato i propri monumenti, ospedali e professionisti hanno organizzato incontri e molte famiglie hanno trovato nel 15 ottobre un momento in cui il proprio lutto viene riconosciuto. La continuità delle proposte indica che il tema non appartiene a una parte politica.

La proposta di legge di iniziativa popolare dà a questo percorso una base stabile: le proposte presentate dai cittadini non decadono con la fine della legislatura e restano all'esame del Parlamento, che riceve così un testo già scritto, una documentazione aggiornata e il sostegno di almeno 50.000 elettori. Il testo riprende l'impianto delle proposte precedenti e ne amplia la prospettiva alla luce delle conoscenze maturate negli anni successivi.

Per questo proponiamo la denominazione **Giornata nazionale del lutto perinatale e infantile**.

La parola morte identifica l'evento; la parola lutto porta l'attenzione sulle persone che attraversano la perdita, sul suo decorso, sui possibili esiti e sui bisogni di salute che possono emergere.

Questa prospettiva consente inoltre di inserire il riconoscimento del lutto in una cornice più ampia, che comprende la prevenzione delle perdite evitabili, la salute riproduttiva, la qualità dell'assistenza, il follow-up e le gravidanze successive.

16 Che cosa dovrebbe promuovere la Giornata nazionale

La Giornata nazionale dovrebbe avere come finalità generale la tutela e la promozione della salute della donna, della coppia e della famiglia nell'ambito delle perdite riproduttive, perinatali e infantili e del lutto che può seguirne.

Dovrebbe costituire ogni anno un'occasione per accrescere la conoscenza di queste esperienze e delle loro possibili conseguenze; promuovere la salute riproduttiva e la prevenzione delle perdite e delle morti evitabili; migliorare la qualità dell'assistenza durante e dopo la perdita; contrastare stigma, isolamento e disinformazione; diffondere standard condivisi di bereavement care; migliorare la formazione dei professionisti; favorire il follow-up; accompagnare adeguatamente le gravidanze successive; sostenere la coppia, gli altri figli e le reti familiari; approfondire le conseguenze sociali, lavorative ed economiche; migliorare la raccolta dei dati e sostenere la ricerca.

Riconoscere il lutto è anche una forma di prevenzione: vuol dire favorirne, quando possibile, un decorso fisiologico attraverso un'assistenza rispettosa e appropriata, individuare precocemente i bisogni, riconoscere i fattori di rischio, rafforzare i fattori protettivi e garantire l'accesso ai livelli di assistenza necessari quando compaiono complicazioni, evitando sia l'abbandono sia la medicalizzazione indiscriminata.

La Giornata dovrebbe inoltre favorire il confronto tra Ministero della Salute, Regioni, Servizio sanitario nazionale, società scientifiche, università, associazioni e persone con esperienza di perdita, affinché la consapevolezza si traduca progressivamente in azioni concrete e cambiamenti misurabili nella prevenzione, nella salute riproduttiva e nella qualità dell'assistenza.

17 Il 15 ottobre: dalla consapevolezza alla salute

La prevenzione delle perdite evitabili resta una priorità e richiede investimenti nella salute preconcezionale e riproduttiva, nella qualità dell'assistenza alla gravidanza, nella prevenzione delle morti materne, fetali, neonatali e infantili, nella riduzione delle disuguaglianze e nella ricerca.

Quando una perdita avviene, occorre garantire un'assistenza capace di tutelare la salute fisica e riproduttiva della donna, favorire un decorso fisiologico del lutto, riconoscere precocemente le situazioni di maggiore vulnerabilità e offrire sostegno quando necessario; accompagnare la coppia e la famiglia, considerare i bisogni degli altri figli, garantire continuità nel percorso riproduttivo e nelle gravidanze successive, ridurre stigma e isolamento, considerare le conseguenze sociali e lavorative e formare adeguatamente i professionisti.

Servono infine dati migliori, e i risultati della ricerca vanno trasformati in prevenzione e buona assistenza.

Chiediamo che al 15 ottobre si attribuisca questo significato: **una Giornata nazionale dedicata al lutto conseguente alle perdite riproduttive, perinatali e infantili, finalizzata alla tutela e alla promozione della salute della donna, della coppia e della famiglia.**

> Non è possibile curare la morte, ma è possibile prendersi cura del dolore che resta.



Bibliografia

1. Gameiro S, Boivin J, Dancet E, de Klerk C, Emery M, Lewis-Jones C, et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction—a guide for fertility staff. *Human Reproduction*. 2015;30(11):2476–2485. doi:10.1093/humrep/dev177.
2. Herbert D, Young K, Pietrusińska M, MacBeth A. The mental health impact of perinatal loss: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2022;297:118–129. doi:10.1016/j.jad.2021.10.026.
3. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *Annuario Statistico Italiano 2025*. Roma: ISTAT; 2025. Capitolo 4, Sanità e salute, p. 89 e tavola 4.5.
4. Ministero della Salute. *Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sullo stato di attuazione della legge contenente norme in materia di procreazione medicalmente assistita – anno 2025. Dati relativi all'attività 2023*. Roma: Ministero della Salute; 2025.
5. Ministero della Salute. *Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita – Anno 2025*. Roma: Ministero della Salute; 2026.
6. Flenady V, Wojcieszek AM, Middleton P, Ellwood D, Erwich JJ, Coory M, et al. Stillbirths: recall to action in high-income countries. *Lancet*. 2016;387(10019):691–702. doi:10.1016/S0140-6736(15)01020-X.
7. United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). *Child mortality estimates: Italy, 2024*. New York: UNICEF. Disponibile su data.unicef.org (consultato il 29 ottobre 2026).
8. Ravaldi C, Mosconi L, Adami A, Bonaiuti R, Detassis I, Ferrari M, et al. The LISTEN (Lactation Support afTer pEriNatal loss) Project: Pathways of Loss and Lactation Care in Italy. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2026;71(3):422–430. doi:10.1111/jmwh.70076.
9. Shetty A, Issac A, Dhiraaj S, Vijay VR, Thimappa L, Balakrishnan D, et al. Global prevalence of post-miscarriage anxiety, depression, and stress: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*. 2025;15:04245. doi:10.7189/jogh.15.04245.
10. Lega I, Maraschini A, D'Aloja P, Andreozzi S, Spettoli D, Giangreco M, Vichi M, Loghi M, Donati S, Regional Maternal Mortality Working Group, et al. Maternal suicide in Italy. *Archives of Women's Mental Health*. 2020;23(2):199–206. doi:10.1007/s00737-019-00977-1.
11. Ravaldi C, Bettiol A, Crescioli G, Lombardi N, Biffino M, Romeo G, et al. Italian translation and validation of the Perinatal Grief Scale. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2020;34(3):684–689. doi:10.1111/scs.12772.
12. Nespoli A, Fumagalli S, Mosconi L, Bonaiuti R, Vannacci A, Ravaldi C. Assessment of the psychometric properties of the Italian version of the Revised Impact of Miscarriage Scale (RIMS): a validity and reliability study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2025;25:289. doi:10.1186/s12884-025-07422-5.
13. Hunter A, Tussis L, MacBeth A. The presence of anxiety, depression and stress in women and their partners during pregnancies following perinatal loss: a meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2017;223:153–164. doi:10.1016/j.jad.2017.07.004.
14. Office for National Statistics. *The impact of adverse pregnancy events on monthly employee earnings and employment, England: April 2014 to December 2022*. London: Office for National Statistics; 2025. Corrected 23 June 2026.
15. Ravaldi C, Mosconi L, Cancellieri G, Caglioni M, Vannacci A. Management of Subsequent Pregnancy After Perinatal Death: Results from the UNSURENESS Study. *Journal of Clinical Medicine*. 2025;14(16):5748. doi:10.3390/jcm14165748.
16. Ravaldi C, Roper F, Mosconi L, Vannacci A. Adherence to Stillbirth Guidelines and Women's Psychological Well-Being: The CLASS (CiaoLApo Stillbirth Support) Cross-Sectional Study. *Birth*. 2026. doi:10.1111/birt.70087.
17. Ravaldi C, Levi M, Angeli E, Romeo G, Biffino M, Bonaiuti R, Vannacci A. Stillbirth and perinatal care: are professionals trained to address parents' needs? *Midwifery*. 2018;64:53–59. doi:10.1016/j.midw.2018.05.008.
18. Ravaldi C, Mosconi L, Adami A, Bonaiuti R, Colosi S, Dardari M, et al. Knowledge, practices, and emotional experiences of Italian midwives and healthcare professionals in termination of pregnancy for fetal anomaly: The RESPeC-ToP Study. *European Journal of Midwifery*. 2026;10:22. doi:10.18332/ejm/222587.

19. Ravaldi C, Carelli E, Frontini A, Mosconi L, Tagliavini S, Cossu E, et al. The BLOSSoM study: Burnout after perinatal LOSS in Midwifery. Results of a nation-wide investigation in Italy. *Women and Birth*. 2022;35(1):48–58. doi:10.1016/j.wombi.2021.01.003.

20. The Lancet. *Stillbirths Series. Executive Summary*. 2011. Edizione italiana a cura di Claudia Ravaldi e Alfredo Vannacci, CiaoLapo Onlus.

21. Senato della Repubblica. XVII Legislatura. Disegno di legge S.232. *Istituzione della Giornata nazionale della consapevolezza sulla morte perinatale*. Presentato il 19 marzo 2013.

22. Camera dei Deputati. XVII Legislatura. Proposta di legge C.654. *Istituzione della Giornata nazionale della consapevolezza sulla morte perinatale*. Presentata il 4 aprile 2013.

23. Camera dei Deputati. XVII Legislatura. Proposta di legge C.1103 (Cecconi e altri). *Istituzione della Giornata nazionale della consapevolezza sulla morte perinatale*. Presentata il 30 maggio 2013.

24. Senato della Repubblica. XVIII Legislatura. Disegno di legge S.2557 (De Lucia e altri). *Istituzione della Giornata nazionale della consapevolezza sulla morte perinatale e infantile*. Presentato il 14 marzo 2022.

25. Senato della Repubblica. XIX Legislatura. Disegno di legge S.444 (Rosa e altri). *Istituzione della Giornata nazionale della consapevolezza sulla morte perinatale*. Presentato il 27 dicembre 2022.

26. Senato della Repubblica. XIX Legislatura. Disegno di legge S.498 (Pirro e altri). *Istituzione della Giornata nazionale della consapevolezza sulla morte perinatale e infantile*. Presentato il 25 gennaio 2023.

27. Camera dei Deputati. XVI Legislatura. Proposta di legge C.4870 (Di Biagio, Patarino e altri). *Istituzione della Giornata nazionale della consapevolezza sulla morte perinatale*. Presentata il 10 gennaio 2012.

28. CiaoLapo APS ETS. Baby Loss Awareness Day in Italia: bilanci e report di attività 2007-2025, elenco dei patrocini 2015-2016, registri delle adesioni dei Comuni 2023 e 2026. Prato: CiaoLapo; 2026.

29. Ministero della Salute, Ufficio di Gabinetto. Concessione del patrocinio al Baby Loss Awareness Day 2019, prot. 0010514-P del 15 ottobre 2019.

30. CiaoLapo APS ETS. *I patrocini del Baby Loss Awareness Day in Italia*. Disponibile su www.babyloss.info/patrocini.

31. CiaoLapo Onlus. Il fiocco di CiaoLapo e il viola della prematurità. Post sulla pagina Facebook di CiaoLapo, 16 novembre 2019. https://www.facebook.com/CiaoLapoETS/posts/pfbid0JxJotZ9RmCLQ6RENNvqsQ1up9mfz5Fn1mxrrED2jACwNy6TUxsASTWLzZFjmfmxBl



CiaoLapo
www.ciaolapo.it

CiaoLapo APS ETS

Associazione italiana per il lutto perinatale
Via degli Abatoni 11/11, 59100 Prato
www.ciaolapo.it · info@ciaolapo.it

Fondazione CiaoLapo ETS

Ricerca, alta formazione e divulgazione sulla salute perinatale
www.fondazione.ciaolapo.it

15 ottobre

Firma la petizione e scopri le iniziative: www.babyloss.info