



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

TESI DI LAUREA

**IL SIGNIFICATO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA
AD UNA DONNA CHE HA SUBITO UN ABORTO
SPONTANEO**

Relatore: Prof.ssa De Masi Margherita

Laureanda: Spavento Ambra

N. Matricola: 1045052

Anno Accademico 2014/2015

INDICE

RIASSUNTO

1. ABORTO SPONTANEO	1
1.1 Aborto spontaneo: definizione, eziopatogenesi e terapia	1
1.1.1 Definizione	1
1.1.2 Eziopatogenesi	2
1.1.3 Terapia	4
1.2 Epidemiologia	4
1.3 Conseguenze psicologiche e psicopatologiche	5
1.4 Rilevanza del problema per la professione	9
2. MATERIALI E METODI	11
2.1 Criteri di ricerca e selezione della letteratura	11
2.2 Caratteristiche della letteratura	12
3. RISULTATI DELLA RICERCA	13
3.1 Il ruolo informativo dell'infermiere	13
3.2 Le competenze comunicative e relazionali dell'infermiere e il mantenimento della privacy	16
3.3 Il ruolo dell'infermiere nel riconoscimento della perdita	18
3.4 La formazione dell'infermiere e il coinvolgimento personale	20
3.4.1 La formazione dell'infermiere	20
3.4.2 Il coinvolgimento personale	21
3.5 Il Follow-up e i gruppi di auto-aiuto come sostegno	22

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	25
4.1 Sintesi dei risultati e valutazione critica della letteratura analizzata	25
4.2 Confronto tra i risultati ottenuti e la pratica clinica	26
4.3 Punti di forza e punti di debolezza della ricerca	28
4.4 Implicazioni per la pratica	28

BIBLIOGRAFIA

ALLEGATO 1

ALLEGATO 2

ALLEGATO 3

RIASSUNTO

Problema

L'aborto spontaneo è una delle complicazioni più comuni, infatti sono coinvolte circa il 15-20% delle gravidanze. Ciononostante, su questa condizione sono alquanto diffuse informazioni sbagliate e pregiudizi che portano coloro che l'hanno vissuta a non parlarne e a soffrirne in solitudine. È evidente come il ruolo dell'infermiere si esprima nel sostenere queste donne e non solo in un mero tecnicismo.

Coloro che si occupano di assistenza devono essere in grado di supportarle, di recepire i loro sentimenti e di fare in modo che si sentano a loro agio per esprimerli.

La difficoltà più grande riscontrata è l'intraprendere questa tipologia di relazione, conoscendo gli elementi principali che rendono fruttuosa un'assistenza.

Spesso gli operatori sanitari, e quindi anche gli infermieri, rispondono ai dubbi e ai silenzi delle donne nel modo che pensano più giusto, a volte alleggerendo la situazione utilizzando frasi consolatorie come *“era solo la sua prima gravidanza”* o *“almeno ha un altro bambino a casa”*: queste affermazioni rappresentano false rassicurazioni, banalizzando i sentimenti delle pazienti e quindi non fornendo efficacemente supporto.

Dopo l'evento infausto la donna deve elaborare un lutto e - se non supportata in questo delicato e difficile momento sin dall'inizio - può avere conseguenze importanti per il suo futuro, poiché una paziente si sente madre sin da quando scopre di essere incinta, iniziando fin da subito ad immaginare il suo bambino; in questo contesto non è importante l'età gestazionale della donna al momento dell'aborto, ma la condizione stessa di maternità.

L'infermiere è presente nei momenti immediatamente successivi all'aborto spontaneo e si trova in una posizione di vicinanza tale da poter individuare il problema ed eventualmente pianificare e attuare interventi che possano aiutare la paziente, ma spesso non è in grado in quanto non è a conoscenza delle azioni da svolgere e della loro rilevanza.

Obiettivo

Si è proposto di analizzare la letteratura al fine di definire il significato dell'assistenza infermieristica ad una donna che ha subito un aborto spontaneo, delineando gli interventi principali da perseguire al fine di assicurare una buona *care* che contribuisca a migliorare gli esiti psicologici della paziente.

Materiale e Metodi

Si è condotta una ricerca nei database elettronici Pubmed, Cinahl e Scopus e attraverso il motore di ricerca Google. I criteri di inclusioni sono stati: abstract e full text presenti. Parole chiave presenti: “Spontaneous abortion nursing”, “Spontaneous abortion nurse”, “Spontaneous abortion care”, “Spontaneous abortion[Mesh] AND nursing[Mesh]”. Sono stati selezionati ed utilizzati per scrivere i risultati in totale 53 articoli.

Risultati

I risultati mettono in risalto una serie di elementi necessari al fine di somministrare una buona assistenza in caso di aborto spontaneo: *una formazione adeguata*, infatti, quando il personale infermieristico non riceve un’educazione consona non riesce a soddisfare l’esigenza di supporto che hanno le donne dopo la perdita prematura del loro bambino; *saper gestire il coinvolgimento personale*, poiché se l’operatore sanitario non riesce a reggere i forti sentimenti provati vi è una alta probabilità che attui in modo automatico e inconsapevole comuni meccanismi di difesa e possa sviluppare il burn-out; *avere una buona capacità di comunicare e di relazionare con la paziente mantenendo la privacy*, allontanandosi dal ruolo prettamente tecnico dell’infermiere ascoltando la paziente, instaurando un rapporto basato sulla fiducia ed essendo empatico; *essere in grado di fornire le informazioni necessarie*, in quanto le donne dopo aver appreso la notizia infausta hanno bisogno di chiarimenti ed ulteriori spiegazioni, che devono essere fornite in maniera comprensibile; *riconoscere la perdita*, poiché le donne considerano necessario che gli infermieri comprendano e condividano il loro dolore ed in caso contrario viene alimentato il loro senso di abbandono; *prevedere un follow-up e consigliare la partecipazione ai gruppi di auto-aiuto*, poiché dalla letteratura analizzata è emerso fondamentale avere la possibilità di parlare della propria esperienza successivamente alla perdita e di poter condividere il proprio dolore con genitori che hanno già affrontato quest’esperienza.

1. ABORTO SPONTANEO

1.1 Aborto spontaneo: definizione, eziopatogenesi e terapia

1.1.1 Definizione

Nonostante le definizioni di aborto spontaneo siano molteplici a livello internazionale, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹ lo definisce come: “l'espulsione prematura di un embrione o un feto dall'utero fino a 23 settimane di gravidanza e di peso fino a 500 grammi.”

Invece, la definizione proposta nel 1990 dalla Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP) è: «L'aborto rappresenta un evento clinico che in seguito ad un inizio spontaneo di travaglio a qualsiasi stadio dopo l'impianto porta all'espulsione parziale o completa del prodotto del concepimento nel quale il feto, se presente, pesa 499 grammi o meno o, qualora il peso sia sconosciuto, la gravidanza è durata meno di 22 settimane complete o il feto risulti minore di 25 mm di lunghezza».

In base alla modalità con cui si presenta il quadro clinico, l'aborto spontaneo può essere distinto in: aborto completo, qualora avvenga l'espulsione sia del feto sia degli annessi ovarici; aborto incompleto, qualora parte del prodotto del concepimento venga trattenuto nella cavità uterina; aborto interno, quando il prodotto del concepimento muore, ma non viene espulso all'esterno entro un limite di 24 ore.

Inoltre, tenendo conto dell'evoluzione clinica cronologica, si distinguono²:

- Il quadro di minaccia d'aborto: quando si ritiene ancora possibile la regressione della sintomatologia e la prosecuzione della gravidanza;
- Il quadro dell'aborto inevitabile: quando si ritiene che la prosecuzione della gravidanza sia ormai impossibile, ma non sono realizzate le condizioni dell'aborto in atto;
- Il quadro dell'aborto in atto: quando si osserva l'espulsione del prodotto del concepimento o di parte di esso;
- L'aborto infetto: quando l'interruzione di gravidanza si accompagna o segue un'infezione degli organi genitali;
- L'aborto settico: quando l'interruzione di gravidanza si accompagna o segue uno stato settico materno.

A seconda dell'epoca di gravidanza in cui si verifica l'aborto si distingue²:

1. L'aborto embrionale: dall'inizio della gravidanza fino a 7 settimane complete di età gestazionale;
2. L'aborto fetale: a partire da 8 settimane di età gestazionale ("morte fetale precoce");
3. L'aborto precoce: comprende ogni aborto che avvenga entro le prime 12 settimane complete di età gestazionale;
4. L'aborto tardivo, corrisponde ad un aborto fetale che avvenga fra 13 e 21 settimane complete di età gestazionale.

1.1.2 Eziopatogenesi

Una parte preponderante degli aborti spontanei (più di due terzi) è dovuta a *cause genetiche*. Nella maggior parte dei casi di aborto sporadico spontaneo si tratta di anomalie del numero di cromosomi che derivano da errori nella gametogenesi soprattutto femminile, ma anche maschile. Più raramente si tratta di conseguenze di anomalie delle prime mitosi postzigotiche o di fertilizzazione patologica.

Dove non è stato possibile individuare uno dei fattori genetici, l'aborto spontaneo di una gravidanza clinicamente riconosciuta è causato da uno o più *eventi accidentali* che rimangono ignoti in oltre tre quarti dei casi.

Un'altra causa è la presenza di *difetti della fase luteinica*. La secrezione di progesterone da parte del corpo luteo è essenziale per il mantenimento della gravidanza fino a 5 settimane di età concezionale, ossia fino a quando il trofoblasto comincia a produrre una quantità di ormone adeguata per sostituirsi al corpo luteo. Inoltre il progesterone è necessario per preparare l'endometrio all'annidamento (fase secretiva).

Tutte le *malattie materne gravi* al punto di compromettere seriamente lo stato di salute possono causare l'aborto con meccanismi aspecifici e mal definiti (iperpiressia, malattie infettive, ipertiroidismo, ipotiroidismo, diabete mellito).

Anche le *infezioni locali* possono essere implicate nell'eziopatogenesi di alcuni casi di aborto spontaneo. Qualunque sia il meccanismo alla base del danno al prodotto del concepimento, quando una donna ha già avuto un aborto che si sospetta sia stato dovuto all'infezione da micoplasmi (soprattutto *Ureoplasma urealyticum*) o da clamide (*Chlamydia trachomatis*), a scopo prudenziale taluni consigliano di prescrivere la somministrazione di tetracicline per 15-20 giorni tanto alla donna quanto all'uomo prima che cerchino la nuova gravidanza.

Le *anomalie uterine* vengono anch'esse considerate causa di aborti (sinechie uterine, malformazioni uterine, fibromiomi uterini, integrità morfologica e funzionale del collo dell'utero e dell'istmo uterino, l'incontinenza cervicoistmica, esiti di interventi chirurgici sull'utero).

L'esposizione delle donne in età riproduttiva e delle gravide nel corso delle prime settimane di età gestazionale a *sostanze nocive presenti nell'ambiente* è stata frequentemente indicata come fattore eziologico di aborto spontaneo. In realtà, mancano studi epidemiologici inappuntabili e, per di più, le donne in questione sono immancabilmente esposte a sostanze molteplici, cosicché sia impossibile rintracciare con esattezza l'agente tossico principale, ammesso che esista davvero. Quanto affermato sopra vale anche per gli avvelenamenti acuti e cronici, nonché per l'assunzione di farmaci ritenuti pericolosi. Nonostante i dubbi sul reale rapporto eziologico, è regola di giusta cautela adottare ogni precauzione per ridurre al minimo l'esposizione della gestante a qualunque sostanza potenzialmente pericolosa.

I *traumi fisici* sono facilmente imputabili come causa di aborto (cadute, traumi diretti all'addome, ecc.) ma, salvo poche eccezioni, (ferite penetranti che interessino l'utero o lesioni assimilabili) il nesso causale è molto discutibile.

Molte malattie autoimmuni si accompagnano ad aumentata tendenza all'aborto, tanto che per opinione diffusa si attribuisce un'identità di meccanismo patogenetico alla malattia materna ed all'insuccesso gravidico.

Vi sono aborti con *meccanismo prevalentemente alloimmune*. Il prodotto del concepimento è omologabile ad un trapianto semiallogenico; ciò nonostante, molti meccanismi della difesa immunitaria materna non vengono attivati contro i numerosi antigeni estranei di origine paterna presenti nell'embrione, nel feto e nella placenta; quelli che si attivano, mostrano una risposta effettrice che non risulta patogena per il concepito e, addirittura, sembrano esercitare effetto protettivo. Le risposte immunologiche materne al prodotto del concepimento possono venire interrotte o disturbate a tre livelli principali: la fase afferente o di riconoscimento; la fase centrale o di generazione della risposta immunitaria; la fase efferente o fase effettrice.

L'annidamento dell'embrione e gli sviluppi successivi della placentazione comportano una radicale ristrutturazione dei tessuti interessati, durante la quale la deposizione di fibrina verosimilmente esplica un ruolo molto importante sia per impedire la formazione di stravasi ematici, sia per favorire la formazione di punti di ancoraggio per i villi. Pertanto, è ovvio che

i *disordini del metabolismo della fibrina/fibrinogeno* siano coinvolti nella patogenesi dell'aborto.

È opinione largamente condivisa che molti aborti spontanei siano dovuti ad *anomalie della crescita e della differenziazione embrionale* nei primi 15-20 giorni dopo la fecondazione.

Sono determinanti i *fattori psicologici* sull'evoluzione della gravidanza. Se è vero che l'equilibrio emozionale ed il benessere psicologico sono importanti per contribuire alla buona salute della donna e, quindi, indirettamente anche del buon andamento di tutte le sue funzioni, compresa quella riproduttiva, è altrettanto vero che non è mai stata provata in modo incontestabile l'influenza negativa dei disturbi della psiche sul buon andamento della gravidanza².

Utile all'atto pratico appare invece una sintetica distinzione delle principali cause per epoca gestazionale, come in Tabella 1 "Cause più comuni di aborto spontaneo nelle varie epoche gestazionali"² (vedi ALLEGATO 1).

1.1.3 Terapia

In caso di aborto incompleto o interno le opzioni terapeutiche sono tre³:

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

1.2 Epidemiologia

È importante argomentare l'aborto spontaneo poiché, oltre alla rilevanza dei fattori psicologici che accompagnano quest'evento, a livello statistico non è raro: infatti il 12,15% delle gravidanze si interrompe spontaneamente nelle prime 25 settimane.

I dati Istat⁴ più recenti sono del 2012, poiché quelli del 2013 e del 2014 sono indagini rapide e fanno riferimento ai riepiloghi mensili inviati dagli istituti di cura e dagli assessorati per la sanità delle regioni, non ai modelli individuali. Essi sono perciò da considerarsi provvisori, costituiscono una sottostima dell'ammontare effettivo di aborti spontanei. Basandosi quindi

sui dati aggiornati al 2012, l'ammontare effettivo del numero di aborti in Italia registrati negli istituti di cura è di 73810. Ogni 1000 nati vivi il tasso di aborto spontaneo è di 139,5.

- Il 39,2% è avvenuto fino alla 8° settimana di amenorrea (28923)
- Il 36,45% è avvenuto tra la 9° e la 10° settimana di amenorrea (26904)
- Il 14,6% è avvenuto tra la 11° e la 12° settimana di amenorrea (10763)
- Il 4% è avvenuto tra la 13° e la 15° settimana di amenorrea (2950)
- Il 3,15% è avvenuto tra la 16° e la 20° settimana di amenorrea (2330)
- L'1% è avvenuto tra la 21° e la 25° settimana di amenorrea (749)
- L'1,6% è avvenuto in un periodo non precisato.

Nel 21,5% dei casi clinicamente riconosciuti la madre ha tra i 20 e i 40 anni e nel 56% dei casi ha tra i 30 e i 40 anni.

Il periodo di maggior rischio è quindi il primo trimestre, dove sono stati riconosciuti il 90,25% di casi di aborto spontaneo, tra la 1° e la 12° settimana di amenorrea.

In Veneto nel 2012 ci sono stati 6753 casi di aborto spontaneo su 44403 gravidanze (13,2%) e, più precisamente, nella provincia di Venezia 1191 casi su 7077 gravidanze (14,4%).

L'aborto ripetuto, ossia quando vi sono più casi di aborto, interessa il 3% delle coppie che cercano di avere figli. L'1% delle coppie ha avuto almeno tre casi di aborto consecutivi, ossia aborto ricorrente⁵.

1.3 Conseguenze psicologiche e psicopatologiche

I risultati di molte ricerche suggeriscono che, durante il primo anno successivo ad un aborto, il 20-30% delle donne soffre di patologie psichiatriche significative, come disturbi depressivi e ansia⁶. Le patologie in questione si presentano più spesso nel caso delle donne che affrontano una gravidanza per la prima volta: in questo caso una perdita incide molto sui livelli di ansia di una gestazione futura⁷.

Le donne sviluppano l'attaccamento emotivo verso il feto già in gravidanza: uno studio⁸ indica che inizia subito dopo il concepimento, anche nelle donne che progettano di abortire, in quanto i processi psicologici sottostanti a questa relazione vanno al di là del controllo cosciente della madre.

Anche Peppers e Knapp⁹ affermano che per una madre il bambino che porta in grembo è stato parte di lei fin dal momento del concepimento. L'amore materno è profondo fin dalle

primissime fasi e lega con forza la madre al suo bambino. Essi hanno descritto nove eventi che contribuiscono alla formazione dell'attaccamento della madre al proprio bambino:

1. La pianificazione della gravidanza
2. La conferma della gravidanza
3. L'accettazione della gravidanza
4. La percezione dei movimenti fetali
5. L'accettazione del feto come individuo
6. La nascita
7. Il vedere il bambino
8. Il toccare il bambino
9. Il prendersi cura del bambino

Di questi, i primi cinque avvengono prima della nascita del bambino.

Con la diagnosi di aborto spontaneo ha inizio un percorso di sensazioni e sentimenti molto specifici. Di fronte alla perdita di un figlio ogni donna ha reazioni differenti e assolutamente personali.

Il lutto può venir vissuto in presenza di sentimenti contrastanti verso il prodotto del concepimento, e da ciò può derivarne una mancata elaborazione e possibili conseguenze psicopatologiche nella donna. A tal proposito Freud¹⁰ scrive che la presenza di sentimenti ambivalenti nei confronti dell'oggetto d'amore bloccano il lavoro del lutto e determinano un lutto patologico: in questa situazione il soggetto non tollera la separazione dall'oggetto amato, si identifica con esso dirigendo verso di sé l'aggressività che originariamente era rivolta verso l'oggetto, in questo caso il feto. E' questo il motivo della presenza, nella depressione e nella melanconia, di desideri e di gesti auto-aggressivi come i pensieri suicidari e, nei casi estremi, di tentativi di suicidio. La donna vive un intenso senso di colpa, si accusa di essere in qualche modo responsabile della morte del bambino, e questo è dovuto alla coesistenza di sentimenti di polarità opposta nei confronti di esso. In realtà, come scrive lo stesso Freud¹⁰, ogni rapporto d'amore contiene una certa ambivalenza di sentimenti, una coesistenza di amore e desideri aggressivi. Quando tale ambivalenza diviene tanto intensa da ostacolare il lavoro del lutto, questo da normale diviene patologico e può sfociare nella patologia depressiva. La psicologa Carole Méhan¹¹ definisce quello dell'aborto spontaneo un lutto particolarmente difficile da risolvere a causa del carattere improvviso della perdita

che non permette l'instaurarsi di un lutto anticipato, e per l'assenza di un corpo tangibile da piangere che rende irreali la perdita e potrebbe impedire l'elaborazione del lutto.

Giorgia Crozza¹² scrive nel suo libro "Quando l'attesa si interrompe" che il dolore per un aborto spontaneo segue il processo che è proprio di ogni sofferenza, un cammino che procede a fasi ben definite tipiche dell'elaborazione del lutto. Dallo shock iniziale in cui tutto appare irreali si passa attraverso la consapevolezza dell'accaduto con tutto il suo carico di dolore. Questo periodo può essere caratterizzato da stati depressivi transitori e sensi di colpa oppure assumere carattere di protesta, rabbia, rancore verso qualcuno o qualcosa. Il processo si conclude con l'accettazione e l'elaborazione della perdita: solo a questo punto la donna recupera la capacità di dedicarsi a nuovi progetti e attività. Ogni tappa, ogni passaggio, per quanto doloroso, deve essere necessariamente vissuto per arrivare a recuperare la serenità. L'autrice identifica quattro fasi per l'elaborazione dell'evento luttuoso dell'aborto spontaneo:

- *Smarrimento, estraneamento, incredulità.*
- *Vuoto, angoscia, solitudine.*
- *Rabbia, frustrazione, sensi di colpa.*
- *L'accettazione della perdita.*

Bowlby (1983) distingue quattro fasi all'interno del processo di elaborazione del lutto:

1. *Fase di stordimento.*
2. *Fase di ricerca e struggimento.*
3. *Fase di disorganizzazione e disperazione.*
4. *Fase di riorganizzazione.*

Quando il soggetto sperimenta e supera tutte le fasi presentate, siamo in presenza di un lutto definito "normale", ovvero un processo messo in atto dal soggetto per poter rinunciare gradualmente all'oggetto perduto, tornando ad investire affettivamente su altri oggetti e/o attività realmente disponibili. Se invece il soggetto incontra grosse difficoltà in una o più delle fasi, bloccandosi e non riuscendo a passare alla successiva, si parla di lutto patologico¹³. Quindi per lutto patologico intendiamo gli stati depressivi che eccedono la durata abituale del lutto normale. La tristezza non è l'unico sintomo di questo lutto ma si aggiungono anche i sentimenti di colpa: la donna in lutto si accusa della perdita, ne dichiara la responsabilità, o afferma di non aver fatto nulla per evitarlo. Una madre in lutto può anche sviluppare un'autentica patologia organica e spesso un'infertilità, mentre desidera vivamente una nuova

gravidanza. Infine, succede che il lutto patologico diventi una vera melanconia. L'insonnia, le ruminazioni, il ripiego su di sé, possono essere abbastanza gravi da essere considerati come disturbi psichici e rendere necessarie le cure adatte. L'aborto realizza le condizioni favorevoli alla costituzione di un lutto patologico per diverse ragioni. La giovane donna che deve superare questo evento lo vive come irreali: spesso non vede il piccolo corpo e se ha beneficiato dell'anestesia viene accentuato il senso di irrealtà di una nascita senza neonato. Il bambino atteso resterà *murato vivo* in lei, non è stato partorito, non è stato separato. Se non c'è stato nessun rituale né condoglianza da parte dei vicini, spesso imbarazzati, la giovane madre senza bambino continuerà ad attenderlo, in silenzio e all'insaputa di tutti. Vi sono donne che manifestano la presenza di un *feto fantasma*, ossia anche in assenza del bambino continuano a percepirne¹³.

Il progetto di un figlio è messo in scacco con violenza, determinando una crisi esistenziale, un dubbio profondo e duraturo. Certe donne si accusano dell'omicidio del bambino perduto e dato che la società rifiuta il loro verdetto usano la melanconia come punizione; altre invece, hanno la forza di accusare l'ambiente e la loro energia spesso irrazionale sconcerta.

Più spesso però, la violenza lascia spazio alla disperazione di essere state la tomba stessa del bambino. Il loro ventre è eternamente dolente anche dopo numerose visite dei ginecologi¹⁴. I sentimenti del lutto si possono manifestare anche con sintomi somatici come un senso di tensione muscolare o di rigidità, di oppressione al petto, profonda stanchezza, ansia, insonnia o sonnolenza eccessiva, diminuzione drastica o aumento smisurato dell'appetito.

La perdita può risvegliare vissuti di abbandono che risalgono a precedenti esperienze luttuose. È preferibile non negare queste emozioni, ma lasciare che i sentimenti affiorino e cercare di riconoscerli¹⁵.

La perdita di un figlio durante la gravidanza, come già sostenuto in precedenza, è una condizione dolorosa e "contro natura". In alcuni casi il desiderio di "riscatto" fa sì che la coppia non si conceda il tempo necessario per l'elaborazione del lutto e tenti subito una nuova gravidanza. Questa scelta fa sì che le ansie e i vissuti non elaborati vengano proiettati sul nuovo nascituro, che potrebbe essere visto dai genitori come un "sostituto" del bambino perso. Inoltre, la non elaborazione del lutto potrebbe far vivere ai genitori la nuova gravidanza con distacco, per paura che qualcosa vada storto¹⁶.

Per molte donne, invece, malgrado una programmazione volontaria, la gravidanza che sopraggiunge dopo un aborto annuncia il suo termine ad una data corrispondente, sul calendario, a quella del vissuto tragico della nascita precedente¹⁷.

1.4 Rilevanza del problema per la professione

Nell' genere umano la gestazione, se portata a termine regolarmente, conclude con il parto tra le 37 settimane complete (259 giorni) e le 41 settimane complete ($287 + 6 = 293$ giorni)¹⁸. Dal momento in cui ha conferma della propria gravidanza, la donna comincia a sviluppare sentimenti per il bambino ed inoltre fantastica, immagina e si emoziona durante l'attesa del nascituro¹⁹.

La gravidanza è una tappa singolare nella vita di ogni donna, la quale può assumere connotazioni positive o negative. È una situazione che porta ad un cambiamento non solo fisico, ma soprattutto interiore, tramite il quale inizia a conoscersi come madre.

Tale esperienza dovrebbe concludere con la maternità, ma quando vi è un aborto spontaneo il regolare corso della gestazione viene interrotto improvvisamente portando la donna ad affrontare una situazione luttuosa, la perdita del proprio amato bambino.

Da queste considerazioni, è di facile comprensione l'importante ruolo che assume la figura dell'infermiere nell'assistenza alla donna che subisce un aborto spontaneo.

Una prassi assistenziale inadeguata o l'assenza di un supporto d'equipe complicano il percorso di elaborazione costituendo un trauma aggiuntivo connesso alle tematiche dell'abbandono, dell'isolamento, dell'incuria. Il sostegno psicologico e il supporto empatico alla donna sono tanto più efficaci quanto più contestuali all'evento di perdita, fin dalla prima diagnosi infausta. Ciò è ritenuto in molti paesi del mondo parte integrante dell'assistenza infermieristica e di tutta l'equipe. Ogni operatore ha l'opportunità di essere parte della cura e di offrire sostegno.

Il lutto non è una malattia, ed ognuno, debitamente formato, può essere d'aiuto affiancando alle sue competenze "tecniche" alcune semplici tecniche di comunicazione e di sostegno. Gli infermieri e tutti gli operatori che ruotano intorno alla famiglia sono determinanti per ridurre l'impatto traumatico iniziale, e *importanti per accompagnare* i genitori nel loro percorso.

L'operatore sanitario accompagnerà la gestante durante la gravidanza e le sarà affianco anche dal momento della spiacevole notizia fino alla fine della propria dolorosa esperienza in ospedale.

Claudia Ravaldi²⁰ scrive nel suo libro che vi sono molti studi che indicano come un atteggiamento comprensivo ed empatico da parte degli operatori sanitari sia in grado di aiutare i genitori ad affrontare il processo di lutto. Una cura compassionevole da parte degli infermieri può essere fondamentale per risolvere il sentimento di dolore²¹.

L'infermiere, attraverso l'empatia e l'esperienza professionale, dovrà essere in grado di comprendere i bisogni di assistenza di ogni donna e di fornire i giusti interventi.

2. MATERIALI E METODI

2.1 Criteri di ricerca e selezione della letteratura

È stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando diverse fonti:

1) ricerca sulle banche dati on-line:

- Medline via PubMed e PubMed Central;
- Cinahl;
- Scopus;

2) ricerca da altre fonti bibliografiche:

- Siti web (come <http://www.ciaolapo.it/>) e documenti (<http://www.ipasvi.it> e <http://www.istat.it>) tramite motore di ricerca Google.
- Testi.

Alla ricerca sono stati posti dei filtri (limiti) per renderla più appropriata al fine di raggiungere l'obiettivo: la presenza di abstract e full text disponibili. Inizialmente è stato posto anche un limite temporale, selezionando articoli dal 2000 al 2014, ma successivamente ho introdotto 15 articoli di anni precedenti poiché inerenti alla ricerca e di rilevanza al fine di delineare i risultati.

Solo per la ricerca sulla banca dati Scopus ho aggiunto la limitazione all'area "Nursing".

Di seguito, vengono riportate le parole chiave utilizzate per la ricerca sulle banche dati citate; sono state combinate tra loro tramite l'operatore booleano AND, con la formulazione delle seguenti stringhe di ricerca:

1. "Spontaneous abortion nursing"
2. "Spontaneous abortion nurse"
3. "Spontaneous abortion care"
4. "Spontaneous abortion"[Mesh] AND "nursing"[Mesh]

Di seguito, vengono riportati i rispettivi risultati per ogni stringa utilizzata nei rispettivi motori di ricerca:

CINAHL		
N. Stringa	Rilevati	Selezionati
1	14	11
2	1	0
3	3	1
4	74	12

Successivamente ho scartato diversi articoli poiché uguali anche se cercate con stringhe differenti, per arrivare ad un totale di 24 riferimenti.

SCOPUS		
N. Stringa	Rilevati	Selezionati
4	363	26

PUBMED		
N. Stringa	Rilevati	Selezionati
4	132	31

Successivamente ho dovuto eliminare gli articoli uguali trovati nelle diverse banche dati, arrivando così ad ottenere 64 articoli (sono stati rimossi 17 articoli).

Dopo un'ulteriore scrematura (11 articoli sono stati rimossi), sono stati mantenuti ed utilizzati per scrivere i risultati della tesi 53 articoli, quelli ritenuti pertinenti alla ricerca ed esaustivi nella loro esposizione, di cui 26 provenienti dalla banca dati di Pubmed, 6 provenienti dalla banca dati Scopus, 18 provenienti dalla banca dati Cinahl, 2 provenienti dal sito <http://www.ciaolapo.it/> e 1 documento prelevato da <http://www.ipasvi.it>.

Nella tabella seguente sono citati in sintesi gli articoli presi dalle banche dati e dai siti <http://www.ciaolapo.it/> e <http://www.ipasvi.it>. (vedi ALLEGATO 2)

2.2 Caratteristiche della letteratura

La maggior parte della letteratura analizzata è di autori stranieri; è stato difficile reperire studi e statistiche di autori italiani ma, considerato l'obiettivo della ricerca, non vi sono stati problemi per la stesura della tesi. La tipologia di studi selezionati sono stati: analisi della letteratura, review, studi fenomenologici e studi caso controllo.

3. RISULTATI DELLA RICERCA

In questo elaborato si è prefissato di analizzare la letteratura allo scopo di delineare gli interventi fondamentali dell'infermiere nell'assistenza ad una donna che ha subito un aborto spontaneo, quelli ritenuti essenziali al fine di assicurare una buona *care* che contribuisca a migliorare gli esiti psicologici della paziente.

Al fine di rafforzare i risultati ottenuti in merito all'importanza della figura dell'infermiere e al suo significato all'interno di un contesto di aborto spontaneo, sono state poste in allegato (vedi ALLEGATO 3) alcune testimonianze¹² considerate importanti.

3.1 Il ruolo informativo dell'infermiere

Nell'articolo 24 del Codice Deontologico²² viene affermato che:

“L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.”

Ricevere informazioni sulla procedura clinica e su ciò che normalmente accade in seguito alla diagnosi di aborto spontaneo può alleviare i timori della paziente sulle conseguenze, come ad esempio la morte e la perdita della fertilità. Le donne, in questo momento delicato, hanno bisogno di informazioni e di essere educate. Il primo passo dell'infermiere dovrebbe essere quello di valutare ciò che la paziente sa della propria situazione, chiedendole cosa pensa stia accadendo al suo corpo e cosa pensa che faccia il personale medico per trattarla, quindi indagare se conosce la tecnica utilizzata, che sia medica, chirurgica o di attesa. L'infermiere deve spiegare in maniera comprensibile, accertandosi che la paziente riesca a capire e, quindi assorbire, le informazioni importanti relative al suo stato, cosa che può non accadere fino a quando non si sente tranquilla e confortata²³⁻²⁴.

A riprova di ciò, in uno studio²⁵ svolto in Brasile, è stata evidenziata la sofferenza delle donne in attesa di sapere il responso della visita, in silenzio sole con se stesse, senza nessuna informazione sulle loro condizioni, sulle procedure che verranno eseguite, sui trattamenti e sui comportamenti da mantenere.

In una revisione sistematica della letteratura²⁶, è stata evidenziata la necessità delle donne di avere delle informazioni, verbali e scritte, per consentire loro di fare le scelte giuste riguardo alla gestione degli interventi post aborto spontaneo. Inoltre, nelle donne, è stato riscontrato

il bisogno di trovare la causa di questo, poiché spesso incolpano se stesse, e il senso di colpa può essere alleviato da una semplice spiegazione delle cause principali, portando ad un beneficio psicologico²⁷⁻²⁸.

Corbett-Owen e Kruger²⁹ hanno evidenziato che le donne, che avevano ricevuto una spiegazione chiara su ciò che era loro successo e avevano avuto la possibilità di discutere con gli infermieri sulle implicazioni dei diversi tipi di intervento, provavano meno senso di colpa.

In uno studio³⁰ viene sottolineata l'importanza di prendersi tutto il tempo necessario per spiegare alle pazienti gli esami eseguiti e per rispondere alle loro domande, in quanto l'aborto spontaneo è la morte di un bambino atteso e la donna e il suo partner saranno in lutto.

Mansell A.³¹ ha scritto che le informazioni devono essere date in modo tempestivo e sensibile, e in un linguaggio comprensibile: le donne spesso hanno difficoltà a venire a patti con la realtà degli eventi ed è compito degli infermieri spiegare loro in modo chiaro cosa stia succedendo. I genitori devono sapere che il loro figlio è morto e dopo aver assorbito tale informazione, devono essere spiegate loro le opzioni di trattamento, magari fornendo degli opuscoli contenenti le principali informazioni³² tenendo conto di possibili barriere linguistiche³³.

A riprova di ciò, Abboud e Liamputtong³⁴ hanno evidenziato che le donne lamentano informazioni carenti da parte del personale infermieristico a proposito di cosa aspettarsi durante e dopo il trattamento e cosa fare con il bambino: ricevere informazioni dagli operatori sanitari, da altre donne che hanno affrontato la stessa esperienza, da amici e/o famigliari è motivo di maggior sicurezza³⁵.

In uno studio condotto in Svezia³⁶ e in uno svolto in Spagna³⁵, è emerso che molte donne non erano ben informate a proposito della gran quantità di sangue e di dolore che si verifica con la tipologia di trattamento non chirurgico. Le donne intervistate avrebbero voluto chiedere informazioni relative al loro stato, la causa dell'aborto o se potesse accadere di nuovo, ma non l'hanno fatto poiché non volevano disturbare. Le informazioni erano state date dai medici al momento della diagnosi infausta, ma le pazienti non erano riuscite ad assimilarle poiché erano sotto shock.

È importante spiegare i cambiamenti fisiologici che avverranno, in quanto ciò che accadrà al corpo della donna può essere spaventoso, se questa non sa cosa aspettarsi. Bisogna dare

informazioni relative all'espulsione del rivestimento dell'utero, consigliandole di utilizzare un contenitore per catturare il tessuto che può uscire con le urine, e alla possibilità di avere sbalzi emotivi derivati dal cambiamento dei livelli ormonali; si deve spiegare che può continuare a svilupparsi il latte materno, portando possibili dolori che possono essere alleviati ponendo del ghiaccio; bisogna avvertire che è necessario evitare qualsiasi stimolazione ai capezzoli e che è meglio se viene utilizzato un reggiseno di supporto²¹⁻³⁵⁻³⁷.

Moohan et al.³⁸ hanno evidenziato una soddisfazione generale nell'ambito della cura fisica e medica delle pazienti, ma hanno riscontrato che le informazioni ricevute da medici ed infermieri a proposito del sanguinamento vaginale, dei rapporti sessuali, della contraccezione e della ripresa delle attività quotidiane, non sono state soddisfacenti.

A conferma di ciò, Moulder³⁹ ha evidenziato che gran parte delle donne dopo l'aborto si chiede ancora se la perdita di coaguli fossero i resti dei loro bambini.

Gli infermieri, dunque, devono essere in grado di rispondere alle domande poste dalle donne e dai familiari e di fornire informazioni orali e scritte. Lo stress emotivo può essere aggravato nel caso venga evitata la possibilità di discutere della perdita e sulle questioni importanti che ne derivano; quindi, il personale infermieristico deve dedicare il tempo necessario per parlarne. Uno studio⁷ suggerisce che gli operatori sanitari spesso non sono in grado di comunicare le informazioni di cui la paziente ha bisogno, e quindi non dicono nulla: le donne vivono questo atteggiamento come se *“gli infermieri non volessero essere disturbati”*, amplificando la loro sensazione di essere abbandonate a loro stesse.

Cecil R.⁴⁰ ha rilevato nel suo studio che le maggiori lamentele riguardano l'inadeguatezza della informazioni fornite e l'insensibilità del personale ospedaliero. Secondo l'autrice e secondo gli autori Olesen et al.⁴¹, la mancanza di informazioni ha contribuito alla formazione di sentimenti di paura, mancanza di controllo e confusione.

Dalle raccomandazioni derivanti da una revisione della letteratura⁴² viene evidenziata la possibilità degli infermieri di dire alle donne che hanno abortito che, quando vorranno riprovare con un'altra gravidanza, la struttura ospedaliera potrebbe aiutarle offrendo loro un'assistenza completa fin dai primi giorni del concepimento, in quanto il livello d'ansia è molto elevato nel corso di una gestazione successiva ad un aborto spontaneo. Può essere conseguito, ad esempio, un programma di controlli in serie degli ormoni nel sangue e un'ecografia precoce per assicurare la futura mamma. Alle donne possono anche essere offerte delle risorse che le aiutino a riflettere sulla propria perdita.

È molto importante la figura dell'infermiere anche al momento della consegna del consenso informato, in quanto i medici lo illustrano alla paziente solo una volta durante l'incontro in cui viene delineata la diagnosi, in un momento in cui la donna risulta avere altri pensieri. Ciò limita la sua capacità di comprensione e l'infermiere, essendo la figura più vicina alla paziente, ha il compito di capire se ha recepito le informazioni, e - in caso negativo - di ripeterle in maniera più comprensibile. Nel caso si debbano affrontare questioni mediche importanti è necessario che l'infermiere avverta il medico e, quest'ultimo dovrebbe spiegare alla donna ciò che lei non ha capito. In etica biomedica, il consenso informato comporta competenza, comunicazione, comprensione, volontarietà e consenso, elementi che vengono spesso a mancare. Il compito importante dell'infermiere è quello di aiutare la donna nella comprensione dei trattamenti e di tutte le varie implicazioni⁴³.

3.2 Le competenze comunicative e relazionali dell'infermiere e il mantenimento della privacy

Un infermiere a contatto con le donne che hanno subito un aborto spontaneo, come viene confermato in seguito da numerosi articoli, ha la necessità di instaurare un rapporto con la paziente basato sulla comunicazione e sulla relazione, allontanandosi dall'aspetto tecnico della professione.

A conferma di ciò, C. Ravaldi⁴⁴ scrive che l'infermiere, pur mantenendo il proprio ruolo tecnico, può attivare le proprie competenze comunicative e relazionali e quindi fare la differenza nella *care* della famiglia in lutto: aiutare permette agli operatori sanitari di sentirsi parte attiva del processo di cura e non spettatori in difficoltà di un dolore travolgente e senza soluzione.

A conferma di ciò, una paziente scrive in una lettera poi pubblicata in un articolo⁴⁵ - a quasi un anno dall'aborto spontaneo - che la cura e la compassione da parte degli infermieri hanno avuto un grande impatto su di lei: quelli che probabilmente sono considerati come interventi di routine sono in realtà ciò che ha tenuto insieme i pezzi della sua anima.

Evans R.³³, citando alcuni dei più importanti teorici della professione infermieristica, scrive che è necessario instaurare un rapporto di fiducia con la paziente attraverso l'empatia e l'ascolto, in modo da facilitare l'elaborazione del dolore e del lutto²¹.

A conferma di ciò, uno studio³⁵ ha evidenziato che le donne che hanno instaurato questo tipo di rapporto con i loro infermieri hanno avvertito un maggior senso di sicurezza e di conforto.

L'infermiere può sostenere la donna e la sua famiglia incoraggiandoli ad esternare i sentimenti e ascoltando le loro preoccupazioni⁴⁶⁻³⁰⁻²⁵⁻⁴⁷, tutto ciò è necessario poiché i genitori hanno bisogno di confidarsi con qualcuno che li capisca e che sia in grado di rispondere alle loro domande³⁷⁻³⁶⁻⁴².

L'ascolto è un elemento fondamentale grazie al quale l'infermiere si ritrova ad avere un ruolo chiave: se riesce a fornire un supporto sensibile ed una presenza di cura adeguata può facilitare l'elaborazione del lutto genitoriale; al contrario, con atteggiamenti errati, può ostacolarlo²⁰.

Nel rapporto paziente-infermiere l'empatia è necessaria, perché facilita il processo di elaborazione del lutto e riduce il senso di colpa e di abbandono delle donne che hanno abortito spontaneamente²⁰⁻³⁶⁻²⁷⁻²⁶.

Murphy F. et al.⁴⁸ hanno scritto che le donne dovrebbero ricevere comprensione e sostegno da parte del personale infermieristico, la cui mancanza potrebbe essere causata dalla breve durata trascorsa in ospedale: spesso, infatti, le donne non hanno nemmeno la possibilità di vedere un infermiere con il quale stringere una relazione⁴⁹.

A proposito delle competenze relazionali e comunicative, è fondamentale la conoscenza della cultura religiosa delle pazienti, poiché può influenzare le loro scelte⁵⁰⁻²⁷.

In più studi²⁷⁻⁵⁰ è stato evidenziato che la paziente ha indicato favorevole l'inclusione di eventuali parenti, quali madre, padre, marito o nonni e che è compito degli infermieri riconoscere che anche chi è vicino alla donna sta soffrendo e ha bisogno di sostegno.

È stato evidenziato che la scelta del trattamento (chirurgico, medico o d'attesa) è stata influenzata da sentimenti che non erano stati esplorati dagli operatori sanitari, le figure più vicine alla paziente, che hanno il compito di ascoltarla e capirne le emozioni⁴¹.

Alcuni studi²⁰⁻²³⁻²⁵ dimostrano l'importanza del mantenimento della privacy della paziente, in quanto le donne, in un ambiente che garantisce la loro riservatezza e che beneficia l'ascolto, sono aiutate ad elaborare i loro sentimenti. Ciò non è spesso possibile, però il personale infermieristico dovrebbe almeno adottare alcune misure di riservatezza come, ad esempio, utilizzare delle tende tra i letti oppure usare un tono basso di voce quando si parla con la paziente.

Un altro studio⁴⁸, invece, evidenzia che dove era stata garantita la privacy le pazienti si sono sentite abbandonate, pur avendo avuto tempo per piangere e per riflettere sui loro sentimenti,

ma si sono sentite sole in quanto nessun infermiere, o qualsiasi operatore sanitario, è mai entrato in stanza, se non per un mero tecnicismo.

3.3 Il ruolo dell'infermiere nel riconoscimento della perdita

La conclusione prematura di una gravidanza a sei settimane può essere significativa quanto quella di una a quaranta settimane. Per i genitori un feto è considerato una persona già in una fase embrionale, fatto che viene spesso trascurato dal personale infermieristico che, invece, si concentra principalmente sugli aspetti fisici dell'aborto spontaneo, minimizzando la perdita²⁷⁻³⁷⁻⁵¹⁻⁵².

I genitori che vivono questa esperienza di lutto hanno diritto di avere dignità, rispetto e di tempo per riuscire a fare i conti con ciò che è loro successo. È importante riconoscere che l'esperienza della donna che vive un aborto spontaneo è diversa da tutte le altre³³.

Swanson et al.⁵³ hanno sottolineato che l'infermiere deve comprendere che questa esperienza è dolorosa ed importante nella vita della donna, riconoscendo la sua perdita e i suoi sentimenti.

Anita Joy Catlin²¹ ha sottolineato la necessità del riconoscimento della perdita da parte del personale infermieristico; amici e familiari possono esitare a parlare della perdita, ma noi infermieri dobbiamo aiutare le donne che hanno bisogno di parlarne e per farlo dobbiamo far sapere loro che avviene il riconoscimento della perdita. Il lutto per un aborto spontaneo precoce può essere così grave quanto può esserlo dopo la nascita.

Vengono spesso dette frasi consolatorie come “è la natura”, o “ci sarà sicuramente un'altra occasione”, che portano a banalizzare una perdita importante per la paziente aumentando ulteriormente il senso di abbandono che prova. L'assistenza ad un aborto spontaneo, secondo molti studi⁴²⁻⁴⁶⁻⁴⁸⁻⁵¹, viene considerata dagli operatori come un trattamento minore, giustificandosi col fatto che la donna potrà avere altre gravidanze in futuro o che ha già altri figli non valorizzando la perdita¹⁹.

A conferma di ciò, un articolo³⁷ riporta una frase di un infermiere detta ad una donna che aveva subito un aborto spontaneo: “*va tutto bene, potrà sicuramente avere un altro bambino*”: la paziente scrive che, pur essendole successo 3 anni prima, questa frase le fa ancora male. La mancanza di tatto avuta dall'operatore sanitario è rimasta nel cuore della paziente anche se è passato del tempo. Per la donna, il feto è già un bambino; questa in particolare aveva anche già deciso il nome insieme al marito. Nonostante la breve durata

della gravidanza i genitori avevano sviluppato un legame con il feto. Gli infermieri devono ricordare che la donna e il compagno, se presente, hanno subito un vero e proprio lutto, cosa enfatizzata anche dal fatto di poter vedere il proprio bambino, che diventa una parte reale della gravidanza attraverso l'ecografia⁵⁴ e dal fatto che l'attaccamento emotivo inizia già prima della gravidanza, quando i genitori decidono di volere un bambino⁵⁵.

La percezione della gravidanza, il considerare il feto come bambino e il dolore che ne deriva dalla perdita, non dipende dall'età gestazionale della donna⁵⁶⁻⁴⁶⁻²⁶. Anche C. Lee e P. Slade⁴⁹ hanno scritto che non vi è alcuna associazione tra la risposta emotiva alla perdita e la durata della gestazione, affermando che le donne hanno percepito che ciò che era loro accaduto per gli operatori sanitari era poco importante: gli infermieri non condividevano con le donne il dolore della perdita.

In uno studio svolto in Svezia³⁶ è risultato che quest'ultime erano molto sensibili ad ogni parola e gesto da parte del personale infermieristico che le trattava come un noioso caso di routine. Risultavano molto disturbate dalle reazioni degli infermieri, che con le loro frasi rassicuranti quali *"l'aborto spontaneo non è una cosa di cui preoccuparsi"*, hanno procurato l'effetto contrario. Le pazienti non si sono sentite considerate, come se non interessasse a nessuno quello che era loro accaduto; disinteresse, questo, dimostrato anche attraverso il linguaggio del corpo.

Ravaldi C.²⁰ ha scritto che dopo un forte stress la memoria continua a lavorare e tutti gli avvenimenti vengono memorizzati in modo capillare per riemergere, prima o poi, come ricordi, flashback, etc. In particolare, gli sguardi e le parole di chi in quel momento dovrebbe "prestare cura" e le emozioni correlate a frasi o atti spiacevoli durante il momento della perdita si fissano nella memoria e possono incidere come rinforzi positivi o negativi sulla personale capacità di coping dei genitori. L'autrice propone una lista di cose che non devono essere dette o fatte dagli infermieri:

- Bisogna essere consapevole che ogni bambino è unico e irripetibile
- Non tentare di razionalizzare la perdita; evitare frasi tipo *"ne farai altri"* o *"hai già un bambino a casa"*, *"è stato meglio così"*, *"è la volontà di Dio"*, *"è la natura che provvede quando c'è qualcosa che non va nel bambino"* *"ne puoi sempre avere un altro"*
- Se si vuole dire qualcosa, la cosa migliore da dire è *"mi dispiace"*, *"dev'essere stato davvero difficile"* o, *"come posso aiutarla?"*.

E ancora l'autrice scrive che l'età del bambino non ha alcuna importanza per stabilire l'entità della perdita: è importante comprendere che il legame tra genitore e bambino inizia molto prima della nascita e che il neonato è da tempo parte della famiglia.

In un'intervista, Ellard A.²⁸, infermiera presso un ospedale a Liverpool nel reparto di ginecologia, ha descritto ciò che secondo lei è davvero importante, in base alla propria esperienza, per trattare con dei genitori in lutto dopo un aborto spontaneo. Secondo la sua opinione la cosa fondamentale da fare, per poter così avviare un rapporto di fiducia con la donna, è riconoscere la perdita: l'infermiere deve riconoscere che la paziente soffre, e deve dirle che ne è dispiaciuto, senza banalizzare i sentimenti di sofferenza provati da una donna che subisce un aborto spontaneo; dovrebbe informare le donne che ci saranno persone che faranno inopportuno commenti frivoli, come quelli già citati precedentemente⁴².

3.4 La formazione dell'infermiere e il coinvolgimento personale

3.4.1 La formazione dell'infermiere

La mancanza di una guida può portare il personale infermieristico all'incertezza e all'incoerenza su alcune questioni che sorgono dalla fine prematura di una gestazione⁵⁷. Molti autori²³⁻⁵⁸⁻⁵⁹⁻⁶⁰ hanno sostenuto che per l'infermiere può essere impegnativo sia professionalmente che personalmente prendersi cura di una donna che supera un lutto di tale rilevanza: infatti, è necessario fornirgli una formazione, per assicurare una buona assistenza che contribuisca a migliorare gli esiti psicologici della paziente.

In alcuni articoli⁵⁶⁻⁶¹ è stato evidenziato che non sono presenti corsi di formazione per gli operatori sanitari, atti ad educarli a fornire un'assistenza alle madri al momento della perdita del loro bambino. Gli infermieri che lavorano a contatto con le donne immediatamente dopo l'aborto spontaneo e nelle settimane successive sono spesso ignari del significato della loro perdita: per questo, l'assistenza può e deve essere migliorata.

Nonostante la vastità della teoria presente che descrive gli elementi principali del processo luttuoso, si teme che gli infermieri non abbiano migliorato la loro capacità di assistere le donne che hanno subito un aborto spontaneo. In uno studio⁴⁶, gli autori hanno analizzato il modo in cui gli infermieri percepiscono il bisogno di assistenza della paziente prima e dopo una formazione sul lutto fetale. Tale percezione è significativamente aumentata dopo aver partecipato a questo programma, da cui si può solo trarre beneficio.

In una revisione della letteratura²⁶ è stato evidenziato dalle donne che gli infermieri che non hanno sperimentato o non hanno studiato l'aborto spontaneo in tutte le sue forme non possono soddisfare la loro esigenza di supporto, quindi è necessaria una maggiore formazione per raggiungere una migliore capacità di comunicazione e di fornire sostegno alle pazienti⁶².

Bengley⁶³ ha sottoposto agli infermieri ad un test, il cui risultato ha dimostrato la loro sensazione di essere impreparati. L'autore ha suggerito che dovrebbe essere presente un supporto strutturato durante le esperienze cliniche di aborto spontaneo e più istruzione riguardante questa tipologia di perdita.

È necessaria un'educazione iniziale e continua degli infermieri sulla cura del lutto dopo un aborto spontaneo che dovrebbe essere fornita dall'ospedale⁶⁴; educazione che renderebbe il personale infermieristico più sicuro e a suo agio nel fornire una cura adeguata ai genitori³³. Anche Chan e Arthur⁶⁵ hanno rilevato che gli infermieri e le ostetriche hanno ritenuto importante che fosse data loro la possibilità di iscriversi ad un programma di formazione.

3.4.2 Il coinvolgimento personale

Come scritto poco sopra, il coinvolgimento professionale dell'infermiere nel prendersi cura di una donna che supera un lutto di tale rilevanza è importante quanto quello personale. Vi è una partecipazione diretta nella procedura dell'aborto spontaneo che porta molto spesso l'infermiere sotto stress con la possibile conseguenza di un burn-out, soprattutto se di natura più emotivi ed empatici⁶⁶.

Da uno studio⁴⁴ è risultato che le emozioni e le sensazioni provate dagli infermieri durante l'evento dell'aborto spontaneo sono coinvolgimento (96%), dolore (85%) ed imbarazzo (35%). Tali vissuti, se non gestiti in maniera corretta da parte dell'operatore e se non condivisi all'interno dell'equipe, riducono le sue capacità assistenziali ad un mero tecnicismo con conseguente distacco emotivo, freddezza e negazione del problema. È importante, dunque, condividere e discutere delle esperienze all'interno del team.

Da diversi articoli²⁶⁻³⁶⁻⁴⁶ è emerso che molte pazienti hanno dichiarato che gli operatori sanitari apparivano notevolmente a disagio con le loro manifestazioni di sofferenza e questo potrebbe spiegare perché molti infermieri si siano allontanati emotivamente dall'evento incrementando nelle donne un sentimento di abbandono.

C. Ravaldi²⁰ ha scritto che per superare l'*enpasse* emotivo gli operatori possono attuare in modo automatico e inconsapevole comuni meccanismi di difesa (negazione, evitamento, proiezione, etc.) e adottare stili comportamentali difensivi (abbassare lo sguardo, chiamare altro personale e uscire dalla stanza, irrigidirsi e parlare in linguaggio tecnico, staccare comunque ogni canale comunicativo di tipo empatico o emotivo). Tali reazioni, dettate dall'emergenza di superare una situazione emotivamente critica, non sono soddisfacenti né per l'operatore né per i genitori che si sentono soli con il loro dolore. In conclusione l'autrice scrive che è necessario poter discutere con i colleghi dei propri vissuti emotivi e dei ricordi personali associati ad ogni esperienza di perdita che avviene in reparto, poiché è il modo più semplice per rendersi disponibili all'assistenza dei genitori con sensibilità ed empatia, e migliora notevolmente il benessere psicologico dell'infermiere stesso, dello staff e delle pazienti.

3.5 Il Follow-up e i gruppi di auto-aiuto come sostegno

Secondo la letteratura analizzata è importante prevedere un follow-up dei genitori dopo la perdita precoce della gravidanza, sia che riguardi la sfera medica che quella del coping emozionale. Questo potrebbe aumentare la sensazione delle donne di venire supportate, e migliorerebbe i servizi offerti dall'ospedale²⁷⁻⁴⁴⁻⁴⁸.

Kavanaugh e Moro⁶⁷ hanno evidenziato la necessità della presenza di un follow-up che può essere condotto anche attraverso telefonate programmate.

Nel Regno Unito vengono offerte alle donne che subiscono aborto spontaneo visite di follow-up nel periodo successivo alla perdita, identificando, sulla base dell'esperienza degli infermieri, le pazienti con un maggior rischio di disagio. La visita offerta include l'ascoltare la paziente, fornire spiegazioni riguardo ad eventuali dubbi e darle informazioni relative a gruppi e associazioni di sostegno disponibili²⁴.

Alcuni studi confermano che la possibilità di avere una visita di follow-up è valorizzata dalle donne e quando viene loro offerta è ben usata: infatti il 74% delle pazienti a cui è stata offerta ha partecipato e l'ha trovata utile. Secondo loro il periodo più adatto è circa due o tre settimane dopo l'aborto spontaneo, così da poter avere un controllo fisico ed emotivo⁴⁹⁻⁶⁸⁻⁶⁹.

Jackman et al.⁷⁰ hanno evidenziato che le donne che hanno avuto la possibilità di partecipare ad una visita di follow-up hanno dimostrato una migliore evoluzione emotiva.

Un importante compito degli infermieri è quello di indirizzare i genitori verso gruppi di auto-aiuto e associazioni specifiche per il loro problema e che accolgano non solo le coppie ma anche i familiari; per i genitori è molto importante poter condividere in seguito alla perdita del loro bambino i loro sentimenti ed è dimostrato che condividere il proprio dolore con persone che lo hanno già affrontato in passato è produttivo⁴⁴⁻²¹.

4. DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

4.1 Sintesi dei risultati e valutazione critica della letteratura analizzata

Si è proposto di analizzare la letteratura al fine di definire il ruolo dell'infermiere nell'assistenza alla donna che ha subito un aborto spontaneo, delineando gli interventi principali da perseguire al fine di assicurare una buona *care* che contribuisca a migliorare gli esiti psicologici della paziente.

Dall'analisi della letteratura è emerso che l'infermiere riveste un ruolo fondamentale come fonte di sostegno, di guida e di supporto per una paziente che ha abortito spontaneamente. L'assistita, indipendentemente dalla settimana di gestazione, porta un grande carico di dolore: essa infatti deve affrontare la perdita del ruolo di madre da poco acquisito, il senso di abbandono, il sentimento di colpa, il linguaggio articolato utilizzato dai medici e tutto ciò in un ambiente complesso come l'ospedale ed ha la necessità di essere accompagnata dalla figura dell'infermiere, l'operatore che più ha vicino per tutta la durata della degenza in reparto.

Ogni intervento e atteggiamento dell'infermiere rimane impresso nella memoria della paziente, come sottolineato in letteratura; è per questo necessario che ogni operatore venga a conoscenza dei propri compiti fondamentali atti a migliorare l'assistenza erogata:

È necessario che l'infermiere instauri con la donna un rapporto basato sulla *comunicazione* e sulla fiducia; come già evidenziato in precedenza è la figura più presente con la quale la paziente può parlare, esporre i propri sentimenti e i propri dubbi. L'operatore deve essere in grado di ascoltare la donna, di guidarla a scoprire le proprie emozioni, di aiutarla a comprendere che non è colpa sua e non è sola; infatti, se la donna non riceve questo trattamento viene incrementata la sensazione di essere abbandonata e aumenta il rischio di non riuscire ad elaborare il lutto.

Dalla letteratura sono emersi studi contrastanti riguardo il mantenimento della *privacy*: da una parte viene evidenziato che la donna ha bisogno di un ambiente che favorisca l'ascolto e la riservatezza per poter esprimere le proprie emozioni senza sguardi indiscreti; d'altra parte, molti autori non concordano su questo, sottolineando che le donne lasciate in solitudine rischiano di aumentare la loro sensazione di abbandono.

Dall'analisi effettuata è emerso fondamentale il *riconoscimento della perdita* da parte dell'operatore, attraverso la condivisione del dolore della paziente. È importante che il

personale infermieristico venga a conoscenza che un aborto spontaneo è importante e doloroso come un lutto perinatale, in quanto è sempre un'esperienza unica ed irripetibile.

È stato suggerito dalla letteratura di evitare frasi consolatorie, poiché hanno conseguenze contrarie allo scopo: le donne si sentono abbandonate al proprio dolore, percepiscono che l'operatore non lo condivide e si allontanano. L'infermiere piuttosto dovrebbe accompagnare la donna nel silenzio, oppure utilizzare semplici frasi che svelino il riconoscimento del dolore, come "*mi dispiace*".

È stato rilevato che uno dei compiti principali degli infermieri è quello di *fornire informazioni* e spiegazioni adeguate alle pazienti e ai familiari: spesso non recepiscono ciò che viene spiegato loro dai medici, per il linguaggio utilizzato e per lo stato d'animo del momento e gli operatori dovrebbero chiarirlo in modo comprensibile. Alle donne viene chiesto di scegliere un trattamento ed è auspicabile che il personale sanitario descriva loro i lati positivi e negativi di ogni possibilità ed è giusto che vengano loro spiegati i cambiamenti fisiologici che avverranno in seguito alla fine della gravidanza. Dalla letteratura analizzata è emerso in effetti che quasi tutte le pazienti lamentino la mancanza di supporto informativo. È stato delineato come determinante la possibilità di avere una visita di *follow-up* dalle donne e dagli infermieri: circa 3 settimane dopo l'evento infausto, anche attraverso una telefonata, è necessaria una visita per valutare la sfera emotiva della paziente e per risolvere eventuali dubbi sorti tardivamente. Il personale sanitario deve anche conoscere e suggerire le reti di sostegno alle quali possono appoggiarsi i genitori, come ad esempio i gruppi di auto-aiuto. Alla luce di ciò, risulta evidente la necessità di educare gli infermieri. Dalla letteratura è emerso che il personale sanitario che non ha avuto una *formazione* sull'evento luttuoso non riesce a dare alle donne il supporto che richiedono. Gli infermieri stessi si sentono impreparati ad affrontare una situazione tanto dolorosa e spesso mettono in atto inconsciamente delle difese. Queste, non vengono messe in atto solo per la mancanza di una formazione ma anche perché la situazione porta ad un *coinvolgimento personale* che spesso è troppo elevato da sopportare, alimentando lo stress emotivo che può portare a burn-out.

4.2 Confronto tra i risultati ottenuti e la pratica clinica

Il periodo di tirocinio svolto presso il reparto di ginecologia nell'Azienda ULSS 13 di Mirano (Ve) ha permesso di confrontare quanto riscontrato in letteratura con la pratica

clinica. È emerso che il personale infermieristico costituisce realmente un punto di forza per le pazienti una fonte di supporto preziosa e unica.

Sono presenti elementi in dissonanza e altri conformi alla letteratura. Durante il periodo di tirocinio è risultata evidente la necessità delle donne di ricevere informazioni: le pazienti hanno spesso bisogno di chiarimenti riguardo i trattamenti e le conseguenze fisiologiche dell'aborto e gli infermieri del reparto le supportano con interventi informativi aiutandole così a diminuire l'ansia. Un elemento contrastante è il mantenimento della privacy: il reparto non è allestito con tende separatorie e il numero di letti è limitato, quindi anche se raramente una paziente riesce ad avere una camera per sé, gli operatori fanno il possibile per mantenere la riservatezza anche utilizzando un tono di voce consono. Nel reparto viene ritenuta la comunicazione un elemento importante: raramente è capitato che non vi sia stata occasione di instaurare un dialogo con la paziente e anche in quei casi vi è stata comunque una presenza fisica con una carezza o un sorriso. Le donne hanno spesso mantenuto un affetto verso le infermiere, tanto che tornano spesso in reparto a portare un saluto e ho riconosciuto gratitudine nei loro occhi. Da ciò che si è osservato gli infermieri del reparto riconoscono la perdita della paziente e condividono il loro dolore: molto spesso è accaduto che a fine turno si ritrovassero tra di loro per parlarne, esponendo i propri sentimenti e condividendoli con l'intera équipe infermieristica. Durante il periodo di tirocinio si è osservato che non è data alle pazienti la possibilità di avere visite di follow-up poiché non vi era abbastanza tempo per organizzarle. È capitato, come scritto in precedenza, che alcune assistite tornassero in reparto e in quelle occasioni sono state supportate successivamente alla perdita, ma di consueto non vengono proposte; sono però fornite informazioni relative alla presenza di gruppi di auto-aiuto, o di siti internet da consultare quale <http://www.ciaolapo.it/>:

“È il sito dell'associazione CiaoLapo Onlus che mette a disposizione dei genitori un forum di auto-aiuto aperto a tutti, un forum con consulenza gratuita di operatori (psicologi, ginecologi, anatomo-patologi e ostetriche), una chat di auto-aiuto riservata agli iscritti, e un gruppo di auto-aiuto on-line riservato agli associati e moderato da personale specificatamente formato sul lutto perinatale.¹²”

Rispetto alla formazione si è osservato durante la permanenza in reparto l'assenza di corsi di formazione ai quali ogni infermiere addetto a stare a contatto con le pazienti che abortiscono spontaneamente devono partecipare: esistono corsi di aggiornamento o altri

eventuali corsi, che non sempre trattano questa tipologia di argomento, ai quali gli operatori sanitari non sono obbligati a partecipare.

4.3 Punti di forza e punti di debolezza della ricerca

L'aborto spontaneo è un evento che colpisce il 15-20% delle donne che iniziano una gravidanza, quindi non è un episodio raro ed è giusto che venga considerato un problema di rilevanza da approfondire. Un punto debole che è stato riscontrato durante l'analisi è la scarsità della letteratura italiana sull'argomento. Sono stati reperiti pochissimi articoli italiani, e non dalle banche dati quali Pubmed, Scopus e Cinahl. Un punto di forza, invece, è la grande disponibilità di studi trovata su queste banche dati citate in varie lingue, quali americano, inglese, spagnolo, brasiliano e svedese, che si impegnavano ad indagare il significato attribuibile al ruolo dell'infermiere nella circostanza dell'aborto spontaneo, delineando una serie di interventi ampiamente analizzati.

Riguardo gli interventi delineati nella ricerca effettuata, devono essere evidenziati due punti deboli: il tempo e la possibilità di avere una formazione adeguata.

Molto spesso non vi è il tempo necessario per portare a termine gli interventi suddetti nei vari studi, poiché gli infermieri devono spesso garantire assistenza ad un elevato numero di pazienti e non vi è la possibilità di spendere con ognuno più di una serie di minuti. È però importante sottolineare che in mancanza di tempo si può provvedere a fornire un'adeguata assistenza preoccupandosi di non sembrare disinteressati, quindi anche solo avvicinandosi alla paziente accarezzandole una mano.

La formazione potrebbe essere garantita dai presidi ospedalieri ma si è notato che difficilmente vengono attivati corsi atti ad educare gli operatori sanitari: potrebbe essere a causa delle strette tempistiche lavorative o delle risorse economiche mancanti.

4.4 Implicazioni per la pratica

Alla luce dell'analisi della letteratura effettuata è emersa l'importanza della figura dell'infermiere all'interno del reparto di Ginecologia nel contesto dell'aborto spontaneo. È importante che l'operatore si renda conto della determinante rilevanza del suo ruolo per il decorso dell'elaborazione del lutto della donna, al fine di garantire una buona assistenza.

Gli infermieri devono garantire una fonte di sostegno per la donna, avviando un rapporto basato sulla fiducia che permetta alla paziente di riconoscere nell'operatore un degno accompagnatore durante la degenza.

Anche se la letteratura analizzata non ha un contesto italiano, gli interventi delineati possono essere attuati; infatti non sono state sottolineate differenze tra le pazienti degli studi e le pazienti osservate nel reparto di Ginecologia presso l'Azienda ULSS 13 di Mirano (Ve).

In un contesto di aborto spontaneo gli infermieri dovrebbero attuare gli interventi citati nella ricerca per garantire un'assistenza che miri a conseguire il meglio per la paziente.

È auspicabile che l'equipe infermieristica instauri con la paziente un rapporto basato sulla fiducia, con la propria empatia e dimostrandosi interessato all'evento vissuto dalla paziente. Questo è necessario al fine di assicurarsi che la paziente abbia una persona qualificata affianco che sia in grado di rispondere ai suoi dubbi e che le stia vicino ad ascoltarla. Ciò risulta impossibile se l'infermiere non dimostra di condividere il dolore vissuto dalla donna, la paziente dovrebbe essere considerata una mamma che ha perso il proprio bambino, non il proprio feto. Grazie al rapporto instaurato, l'infermiere ha il compito di individuare i dubbi della paziente, fornendo tutte le informazioni che necessita di avere.

L'infermiere ha bisogno di avere una formazione adeguata riguardo al contesto del lutto: dovrebbe sapere quali sono gli interventi da attuare e quali da evitare per assicurare una corretta elaborazione del lutto, senza incrementarne la possibilità di non riuscirci. Alla luce di questo, i presidi ospedalieri potrebbero impegnarsi a garantirne la presenza. Quest'ultimi potrebbero garantire anche la presenza di gruppi che supportino gli infermieri, al fine di evitare l'accumulo di stress che può incrementarsi fino al burn-out.

Nell'ottica di quanto riportato nei risultati della ricerca, sarebbe essenziale introdurre la possibilità per una donna di avere almeno una visita di follow-up organizzata dagli infermieri che le hanno prestato assistenza. Questa attività è garantita in quasi tutti i paesi trattati negli studi analizzati e risulta essere un intervento benefico per la paziente, attuabile anche telefonicamente in mancanza di possibili luoghi dedicabili. È evidente che questo argomento potrebbe essere spunto di maggiori approfondimenti: l'infermiere potrebbe assumere anche un ruolo di prevenzione evidenziando eventuali possibili risvolti psicologici.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Definitions and indicators in family planning, maternal & child health and reproductive health. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Royal college of Obstetricians and Gynaecologist, the management of early pregnancy loss. Green-top Guideline n.25, October 2006.
3. Rizzo N., Simonazzi G., Bovicelli L., La terapia dell'aborto perinatale. APOG, 2002
4. ISTAT 2015
5. Livio Zanolo, Barcellona Eliana, Zacché Gabrio, Ginecologia ed ostetricia con tavole F.H. Netter, Milano: Elsevier Masson srl, 2007, p 526
6. Zeanah C., Adaptation following perinatal loss: A critical review., Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1989, 28: 465-80.
7. Seigerman A., The emotional impact of pregnancy loss. Parenthood lost; healing the pain after miscarriage, stillbirth and infant death. Caregivers views, Greenwood publishing group, 2001, p 89-93.
8. Cranley MS., Development of a tool for measurement of maternal attachment during pregnancy., Nurs Res, 1981, 30: p 281- 4.
9. Peppers L., Knapp RJ., Motherhood & mourning: perinatal death. New York: Praeger Editor, 1980.
10. Freud S., Lutto e melanconia, in: Freud S., Opere, Ed. Boringhieri Torino: 1915.
11. Méhan C. Lutto perinatale. Available at: www.babyitalia.com. Accessed 05/30, 2015.

12. Cozza G., Quando l'attesa si interrompe. Torino: Il leone verde. 2010.
13. Delvecchio E., Mabilia D., Di Risa D., Salcuni S., Lis A., Eventi traumatici nel ciclo della vita della famiglia. In: Elisa Delvecchio Diana Mabilia Daniela Di Risa Silvia Salcuni Adriana Lis, Family and Families, Unipress, p 186-7.
14. Bydloxsky M., Il bambino perduto. In: Bydloxsky M., Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità, Pendragon, 2004, p 135-136.
15. Ravaldi C., La morte in-attesa. Verona: ipertesto edizioni, 2013, p 24.
16. Delvecchio E., Mabilia D., Di Risa D., Salcuni S., Lis A., Eventi traumatici nel ciclo della vita della famiglia. In: Elisa Delvecchio Diana Mabilia Daniela Di Risa Silvia Salcuni Adriana Lis, Family and Families, Unipress, p 189.
17. Bydloxsky M., Il bambino perduto. In: Bydloxsky M., Sognare un figlio. L'esperienza interiore della maternità, Ed. Pendragon, 2004, p 137.
18. G. pescetto, L. De cecco, D. Pecorari, N. Ragni., Ginecologia e Ostetricia, Società editrice universo, 2011.
19. Thomas SL. Working through prenatal loss. AWHONN Lifelines 1997 Dec;1(6):80, 79.
20. Ravaldi C. la morte perinatale: il ruolo terapeutico del personale medico e paramedico nel sostegno ai familiari. 2015; Available at: <http://www.ciaolapo.it/>.
21. Catlin AJ. Early pregnancy loss-what you can do to help. Nursing 1989;19(11):43.
22. IPASVI (2009). Il codice deontologico dell'infermiere. Reperibile in: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>. Consultato il 09/25, 2015.

23. Tabbutt-Henry J, Graff K. Client-provider communication in postabortion care. *Int Fam Plan Perspect* 2003 Sep;29(3):126-129.
24. Kong GW, Chung TK, Lok IH. The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage--a randomised controlled trial. *BJOG* 2014 Sep;121(10):1253-1262.
25. Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS. Nursing care according to women in abortion situations. *REV LAT AM ENFERMAGEM*, 2007;15(1):20-26.
26. Radford EJ, Hughes M. Women's experiences of early miscarriage: Implications for nursing care. *J Clin Nurs* 2015;24(11-12):1457-1465.
27. Bryant H. Maintaining patient dignity and offering support after miscarriage. *Emerg Nurse* 2008 02;15(9):26-29.
28. Jones-Berry S. Compassionate care for women who miscarry. *NURS MANAGE (LOND)* 2014 06;21(3):11-11.
29. Corbett-Owen C, Kruger LM (2001) The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems, and Health*. 19, 4, 411-427.
30. White HL, Bouvier DA. Health matters: promoting health and wellness. Caring for a patient having a miscarriage. *Nursing* 2005 07;35(7):18-19.
31. Read S (2002) Loss and bereavement: a nursing response. *Nursing Standard*. 16, 37, 47-53.
32. Mansell A. Early pregnancy loss. *Emerg Nurse* 2006 12;14(8):26-28.

33. Evans R. Emotional care for women who experience miscarriage. *Nurs Stand* 2012 06/20;26(42):35-41.
34. Abboud, L., & Liamputtong, P., When pregnancy fails: Coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2005, 23:3–18.
35. Limbo R, K., Glasser J, K., Sundaram M, E. Dimensions of a Woman's Experience of Inevitable Miscarriage. *JOGNN* 2014 06/02;43:S72-3.
36. Adolfsson A, Larsson PG, Wijma B, Berterö C. Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage. *Health Care Woman Int* 2004;25(6):543-560.
37. Rodriguez JN. It's never just a miscarriage. *RN* 1990 02;53(2):19-20.
38. Moohan J, Ashe RG, Cecil R. The management of miscarriage: results from a survey at one hospital. *J Reprod Infant Psychol* 1994; 12: 17-19.
39. Moulder C. Early Miscarriage. *Understanding Pregnancy Loss, Perspectives and Issues in Care*. 1998. Macmillan Press LTD, London, 20–61.
40. Cecil R. Miscarriage: women's views of care. *JReprod Infant Psychol* 1994; 12: 21-30.
41. Linnet Olesen M, Graungaard A, H., Husted G, R. Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals. *Scand J Caring Sci* 2015 06;29(2):386-394.
42. Easterwood B. Focus on you. Silent lullabies: helping parents cope with early pregnancy loss. *AWHONN Lifelines* 2004 2004;8(4):356-360.
43. Davis AJ. The clinical nurse's role in informed consent. *J Prof Nurs* 1988; 4: 88–91.

44. Ravaldi C. Lutto perinatale e formazione degli operatori. 2015; Available at: <http://www.ciaolapo.it/>.
45. Mee CL. A nurse's gift. *Nursing* 2004 May;34(5):6.
46. DiMarco M, Renker P, Medas J. Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. *J Contin Educ Nurs* 2002 July;33(4):180-186.
47. Morrissey MV. Our first child was incompatible with life: understanding miscarriage as a lived experience. *Int J Psychiatr Nurs Res* 2007;12(2):1415-1428.
48. Murphy F, Merrell J. Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage. *J Clin Nurs* 2009 06;18(11):1583-1591.
49. Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res* 1996 3;40(3):235-244.
50. Black BP, Howard E, Bakewell-Sachs S. The evolving science of care in perinatal loss. *J Perinat Neonatal Nurs* 2011;25(1):1-2.
51. Jacobs J, Harvey J (2000) Evaluation of an Australian miscarriage support programme. *British Journal of Nursing*. 9, 1, 22-26.
52. Webster-Bain D (2011) The successful implementation of nurse practitioner model of care for threatened or inevitable miscarriage. *Australian Nursing Journal*. 18, 8, 30-33.
53. Swanson KM, Connor S, Jolley SN, Pettinato M & Wang TJ (2007) Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss. *Research in Nursing and Health* 30, 2-16.

54. Van Damme L. Helping families through the pain of fetal loss. *Nurs Womens Health* 2008 Oct;12(5):379-380.
55. Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H. The mourning response of parents to the death of a newborn. *New England Journal of Medicine*, 1970, 283, 344–349.
56. Wright PM., Barriers to a Comprehensive Understanding of Pregnancy Loss. *Journal of Loss & Trauma* 2011 Jan;16(1):1-12.
57. Cameron M, Penney G, Are national recommendations regarding examination and disposal of products of miscarriage being followed? *Human Reproduction*, 2005. 20, 2, 531-3.
58. Kohner N & Leftwich A, Pregnancy Loss and the Death of a Baby. A Training Pack. National Extension College, 1995, p 123–124.
59. Covington S. N., Miscarriage and stillbirth. *Health care woman*, 2005; 29 (2):15-17.
60. McCreight BS, Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. *International Journal of Studies*. 2005, 42(4): 439-448.
61. Moulder C. Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *JReprodInfant Psychol* 1994; 12: 65-67.
62. Chan, M. F., Wu, L. H., Day, M.C., & Chan, S. H. Perinatal bereavement: Findings from a study in Hong Kong. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 2005, 19(3): 240-252.
63. Begley, C., "I cried . . . I had to. . .": Student midwives' experience of stillbirth, miscarriage and neonatal death. *Evidence Based Midwifery*, 2003, 1(1): 20-26.

64. Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P. Caring for families coping with perinatal loss. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2008 Nov-Dec;37(6):631-639.
65. Chan MF, Arthur DG, Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care. *Journal of Advanced Nursing*. 2009, 65(12): 2532-2541.
66. Lipp A, Fothergill A. Nurses in abortion care: identifying and managing stress. *Contemp Nurse* 2009 Feb;31(2):108-120.
67. Kavanaugh, K., & Moro, T. (2006). Supporting parents after stillborn or newborn death: There is much that nurses can do. *American Journal of Nursing*, 106, 74–79.
68. HAMILTON SM. Should follow-up be provided after miscarriage? *Br J Obstet Gynaecol* 1989; 96: 743-745.
69. Bowles, Stephen V. Bernard, Rebecca S. Epperly, Ted Ginzburg, Karni Folen, Raymond Perez, Theresita Koopman, Cheryl. Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion. *J Fam Pract* 2006 11;55(11):969-973.
70. Jackman C, McGee HM, Turner M. The experience and psychological impact of early miscarriage. *Ir J Psychol* 1991; 12: 108-120.

ALLEGATO 1: CAUSE PIÙ COMUNI DI ABORTO SPONTANEO NELLE VARIE EPOCHE GESTAZIONALI

<p>ABORTO PRECOCISSIMO (preclinico e asintomatico)</p>	<p>FINO A 12 SETTIMANE DI ETA' GESTAZIONALE</p>	<p>13-21 SETTIMANE DI ETA' GESTAZIONALE</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Presenza di geni letali • Anomalie cromosomiche • Deficit della fase luteinica primitivo o secondario a bassa produzione di hCG da parte del trofoblasto • Fattori immunologici 	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalie cromosomiche embrione/feto: trisomia autosomi 13, 16, 18, 21 • Anomalie cromosomiche genitori: traslocazione bilanciata, inversione pericentrica, ecc. • Anomalie strutturali embrione/feto (=malformazioni) • Ipoplasia uterina • Malformazioni uterine • Gravidanza multipla • Fibromiomi dell'utero • Diabete/distiroidismi (forme gravi) • Altri disordini ormonali • Fattori immunologici • Aderenze endouterine • Malattie infettive • Malattie acute febbrili 	<ul style="list-style-type: none"> • Beanza cervicale • Gravidanza multipla • Ipertensione cronica grave • Nefropatie ipertensive • Malformazioni uterine • Diabete grave • Infezione luetica • Infezione da streptococco B e altri batteri • Infezioni urinarie • Altre malattie acute febbrili, malattie infettive • Malattie sistemiche materne: lupus eritematoso sistemico, emoglobinopatie, ecc. • Rottura delle membrane non associata a beanza cervicale • Polidramnios acuto • Fattori iatrogeni: farmaci antiblastici, radiazioni, ecc.

**ALLEGATO 2: TABELLA DEGLI ARTICOLI UTILIZZATI PER LA STESURA
DEL TERZO CAPITOLO**

N.	AUTORE	TITOLO	RIVISTA	ANNO
34	Abboud, L., & Liamputtong, P	When pregnancy fails: Coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners.	Journal of Reproductive and Infant Psychology	2005
36	Adolfsson A, Larsson PG, Wijma B, Berterö C.	Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage.	Health Care Iw Women international	2004
63	Begley,C.	“I cried . . . I had to . . .”: Student midwives’ experience of stillbirth, miscarriage and neonatal death.	Evidence Based Midwifery	2003
50	Black BP, Howard E, Bakewell-Sachs S.	The evolving science of care in perinatal loss.	The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing	2011
69	Bowles, Stephen V.Bernard, Rebecca S.Epperly, TedGinzburg, KarniFolen, RaymondPerez,Theresit aKoopman, Cheryl.	Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion.	The Journal of Family Practice	2006
27	Bryant H.	Maintaining patient dignity and offering support after miscarriage	Emergency Nurse	2008
57	Cameron M, Penney G	Are national recommendations regarding examination and disposal of products of miscarriage being followed?	Journal of Human Reproduction	2005
40	Cecil R.	Miscarriage: women's views of care.	Journal of Reproductive and Infant Psychology	1994

21	Catlin AJ.	Early pregnancy loss-- what you can do to help.	Nursing	1989
65	Chan MF, Arthur DG	Nurses' attitudes towards perinatal bereavement care.	Journal of Advanced Nursing.	2009
62	Chan, M. F., Wu, L. H., Day, M.C., & Chan, S. H.	Perinatal bereavement: Findings from a study in Hong Kong.	Journal of Perinatal and Neonatal Nursing	2005
29	Corbett-Owen C, Kruger LM	The health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss	Families, Systems, and Health	2001
59	Covington S. N.	Miscarriage and stillbirth.	Health care woman	2005
43	Davis AJ.	The clinical nurse's role in informed consent.	Journal of professional nurse	1988
46	DiMarco M, Renker P, Medas J.	Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss.	The Journal of Continuing Education in Nursing	2002
42	Easterwood B.	Silent lullabies: helping parents cope with early pregnancy loss.	AWHONN Lifelines	2004
33	Evans R.	Emotional care for women who experience miscarriage.	Nursing Standard	2012
68	Hamilton SM.	Should follow-up be provided after miscarriage?	Br J Obstet Gynaecol	1989
22	IPASVI	Il codice deontologico dell'infermiere.	http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm	2009

70	Jackman C., McGee HM, Turner M.	The experience and psychological impact of early miscarriage.	J Psychol	1991
51	Jacobs J, Harvey J	Evaluation of an Australian miscarriage support programme.	British Journal of Nursing	2000
28	Jones-Berry S.	Compassionate care for women who miscarry.	Nursing Management - UK	2014
67	Kavanaugh, K., & Moro, T.	Supporting parents after stillborn or newborn death: There is much that nurses can do	American Journal of Nursing	2006
55	Kennell, J. H., Slyter, H., & Klaus, M. H.	The mourning response of parents to the death of a newborn.	New England Journal of Medicine	1970
58	Kohner N & Leftwich A	Pregnancy Loss and the Death of a Baby. A Training Pack.	National Extension College, Cambridge	1995
24	Kong GW, Chung TK, Lok IH.	The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage--a randomised controlled trial.	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists	2014
49	Lee C, Slade P.	Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention.	Journal of Psychosomatic Research	1996
35	Limbo R, K., Glasser J, K., Sundaram M, E.	Dimensions of a Woman's Experience of Inevitable Miscarriage.	JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	2014
41	Linnet Olesen M, Graungaard A, H., Husted G, R.	Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals.	Scandinavian Journal of Caring Science	2015

66	Lipp A, Fothergill A.	Nurses in abortion care: identifying and managing stress.	Contemporary Nurse	2009
32	Mansell A.	Early pregnancy loss.	Journal of Emergency Nurse	2006
25	Mariutti MG, Almeida AM, Panobianco MS.	Nursing care according to women in abortion situations.	Rev Latino-am Enfermagem	2007
60	McCreight BS	Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards.	International Journal of Studies.	2005
45	Mee CL.	A nurse's gift.	Journal of Clinical Nursing	2004
38	Moohan J, Asherg, Cecil R.	The management of miscarriage: results from a survey at one hospital	Journal of Reproductive and Infant Psychology	1994
47	Morrissey MV.	Our first child was incompatible with life: understanding miscarriage as a lived experience.	The International Journal of Psychiatric Nursing Research	2007
39	Moulder C.	Early Miscarriage. Understanding Pregnancy Loss, Perspectives and Issues in Care.	Macmillan Press LTD	1996
61	Moulder C.	Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss.	Journal of Reproductive and Infant Psychology	1994
48	Murphy F, Merrell J.	Negotiating the transition: caring for women through the experience of early miscarriage.	Journal of Clinical Nursing	2009
26	Radford EJ, Hughes M.	Women's experiences of early miscarriage: Implications for nursing care.	Journal of Clinical Nursing	2015
20	Ravaldi C.	La morte perinatale: il ruolo terapeutico del personale medico e	http://www.ci-aolapo.it/ .	2015

		paramedico nel sostegno ai familiari.		
44	Ravaldi C.	Lutto perinatale e formazione degli operatori.	http://www.ci-aolapo.it/ .	2015
31	Read S.	Loss and bereavement: a nursing response	Nursing Standard	2002
37	Rodriguez JN.	It's never just a miscarriage.	RN, BSN and Sigrid Nagle	1990
64	Roehrs C, Masterson A, Alles R, Witt C, Rutt P.	Caring for families coping with perinatal loss.	JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing	2008
53	Swanson KM, Connor S, Jolley SN, Pettinato M & Wang TJ	Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss.	Research in Nursing and Health	2007
23	Tabbutt-Henry J, Graff K.	Client-provider communication in postabortion care.	International Family Planning Perspectives	2003
19	Thomas SL.	Working through prenatal loss.	AWHONN Lifelines	1997
54	Van Damme L.	Helping families through the pain of fetal loss.	Nursing for Women's Health	2008
52	Webster-Bain D	The successful implementation of nurse practitioner model of care for threatened or inevitable miscarriage.	Australian Nursing Journal.	2011
30	White HL, Bouvier DA.	Health matters: promoting health and wellness. Caring for a patient having a miscarriage.	Journal of Emergency Nursing	2005
56	Wright PM	Barriers to a Comprehensive Understanding of Pregnancy Loss.	Journal of Loss and Trauma	2011

ALLEGATO 3: TESTIMONIANZE

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

Nessuno. Vergogna!”

Simona

“Un’infermiera mi ha tenuto la mano, senza parlare poiché io non riuscivo. Mi sono sentita confortata e capita, è stato molto importante per me.”

Giorgia

“Essere mamma di un bimbo mai nato vuol dire, per chi l’ha provato, non essere mai stata madre. Ho desiderato un figlio da quando ho conosciuto il mio compagno e ho dovuto attendere quasi due anni perché su quel test comparissero due lineette rosa. Ricordo l’emozione, il respiro bloccato e il cuore in gola: la felicità.

Ero orgogliosa, una creatura cresceva dentro di me! Un giorno – tornavo dal lavoro e pensavo a quanto ero finalmente serena – sono entrata in casa, sono andata in bagno e..quella macchiolina di sangue...

Sono corsa in ospedale dove non hanno ritenuto ci fosse un pericolo, un po’ di riposo e sarebbe tutto andato a posto: era giovedì 27 gennaio 2004.

Passavo le giornate a fare forza al mio cucciolo, gli dicevo che era un bimbo forte e che ce l’avrebbe fatta. Domenica 30 gennaio, stavo male: in ospedale mi fanno un ecografia, vedo gli occhi del mio compagno riempirsi di lacrime. Si vedeva il cuore di nostro figlio! Tutto bene. Il pomeriggio sto peggio e torno in ospedale, trovo un “macellaio” a visitarmi, mio figlio è ancora vivo, ma il dottore urla da una stanza all’altra: “signora, non s’illuda, in questi casi muoiono”.

Martedì, primo febbraio, non c’è più. Avrei voluto morire con lui.

Le infermiere, quelle che avrebbero dovuto starmi accanto e tenermi la mano, non c’erano.

Hanno solo detto:

“Meglio così, magari era deforme”

“Se la natura ha scelto così...”

“Ne avrai altri”.

Mio figlio era morto e io non potevo piangerlo perché chi, come me, ha un angelo in cielo non viene capita; in fondo anche io non ritenevo così grande il dolore che si prova nel perdere un piccolo di poche settimane, ma è una ferita immensa che è ancora aperta e che, credo, non si chiuderà mai.

27 gennaio 2006: nasce Valerio, la mia gioia, il mio sole, ma ancora oggi mi trovo a piangere per quella stella mai nata.”

Alessia

“Giulia ha 4 anni quando io e mio marito decidiamo che è il momento di pensare ad una sorellina o un fratellino. Rimango incinta subito, il mese dopo. Lo scopro a San Valentino! Alla prima ecografia, all’ottava settimana, una delusione. Si vede la sacca gestazionale e dentro qualcosa di non definito. La ginecologa mi dice che potrei essere indietro di un paio di settimane, ma i conti a me non tornano.

Mi consiglia di stare a riposo anche se mi prepara ad un’eventuale perdita dicendo che potrebbe essere avvenuta una “selezione naturale”. Io stavo benissimo, non avevo perdite e continuavo ad avere i classici sintomi della gravidanza: seno gonfio, nausea, ecc.

Dopo due settimane ho ripetuto l’ecografia: non si distingueva più la camera gestazionale e c’era una degenerazione dei tessuti placentari. La ginecologa allarmata ha parlato di “mola vescicolare”. Il giorno dopo ero in sala operatoria per il raschiamento! Era il 27 marzo 2008.

Inutile dire come mi sentivo, come si sentiva mio marito.. nessuno si aspettava una cosa del genere dopo che la gravidanza precedente era andata benissimo!

Quando capita un’interruzione nel primo trimestre, in preda al dolore della perdita, fa male sentirsi dire cose tipo: “è stata una selezione naturale, non era geneticamente perfetto”, “capita spesso nel primo trimestre”, “il 50% delle gravidanze finisce con un aborto spontaneo”, ecc.

È anche vero che certe cose non si possono capire fino in fondo se non le vivi direttamente sulla tua pelle, ma fa male! Forse potrebbero essere utili dei confronti tra donne che hanno abortite e personale sanitario, e anche un corso di formazione adeguato!

Nel luglio dello stesso anno sono rimasta di nuovo incinta, al primo tentativo. Il 6 marzo 2009, dopo un anno esatto dall’aborto, è nata la nostra Giorgia!

Io ho preso la sua nascita come un segno, come se mi fosse stato restituito il mio angelo che mi era stato ingiustamente tolto!”

Paola