



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**LUTTO PERINATALE: IMPORTANZA
DELL'INFERMIERE E DELLE
STRATEGIE ASSISTENZIALI NELLA
GESTIONE DELLA PERDITA**

Relatore: Dottoressa
RITA PAPERI

Tesi di Laurea di:
ANNA MARIA TOSCANO

A.A. 2020/2021

INDICE

1. INTRODUZIONE	1
Il lutto perinatale	
1.1 Lutto perinatale	1
1.1.1 Definizione	1
1.1.2 Tipologie di aborti spontanei	2
1.1.3 Eziopatogenesi	4
1.1.4 Fattori associati alla morte perinatale	6
2. CAPITOLO 1	8
Le competenze comunicative e relazionali dell'infermiere	
2.1 Il ruolo degli operatori	8
2.2 Ruolo informativo dell'infermiere	9
2.3 La comunicazione efficace	12
3. CAPITOLO 2	14
La diagnosi di morte	
3.1 Il confronto con le prime reazioni	14
3.2 Gli stadi del lutto	15
3.3 Il ruolo dell' infermiere nel riconoscimento della perdita	17
4. CAPITOLO 3	20
L'importanza del sostegno	
4.1 Gruppi aiuto come supporto	20

4.2	Follow up	21
5.	BABYLOSS AWARENESS DAY	23
6.	CONCLUSIONI	25
7.	BIBLIOGRAFIA	26
8.	RINGRAZIAMENTI	29

1. INTRODUZIONE

LUTTO PERINATALE

1.1 Lutto perinatale: definizione, eziopatogenesi , fattori associati

1.1.1 Definizione

Il lutto perinatale a differenza del lutto prenatale, che riguarda l'intera gravidanza, è la perdita di un bambino nel periodo compreso tra l'ultimo trimestre e le settimane immediatamente successiva alla nascita. Una tipologia di lutto particolarmente insidiosa, tant'è che ad oggi l'argomento è scarsamente affrontato sia dagli studiosi che dagli operatori socio-sanitari. (Fig.1)

Il lutto perinatale avviene nell'ultimo trimestre di gravidanza o subito dopo la nascita del bambino, quando ormai è maturato da parte della madre e dell'intera famiglia un legame di attaccamento nei suoi confronti.

Per questo dal punto di vista psicologico è una perdita emotivamente insidiosa e difficile da superare con conseguenze per l'intero nucleo familiare.

Difatti la prassi consiste nell'eliminare il più velocemente possibile le tracce della morte, così da rimuovere questa esperienza dolorosa simulando che non sia mai accaduta. Tale atteggiamento porta a non affrontare mai realmente la perdita, a sminuire fino ad annullare completamente le persone coinvolte creando scenari psicologici tragici. Difatti questo comportamento è di per sé discutibile, non consentendo alla madre e all'intera famiglia di condividere e sfogare col mondo circostante la propria sofferenza.

Differisce da tale definizione, ma viene coinvolto nel gruppo dei lutti perinatali, l'aborto spontaneo descritto come la morte non indotta dell'embrione o del feto o l'espulsione dei prodotti del concepimento prima della 20° settimana di gestazione.

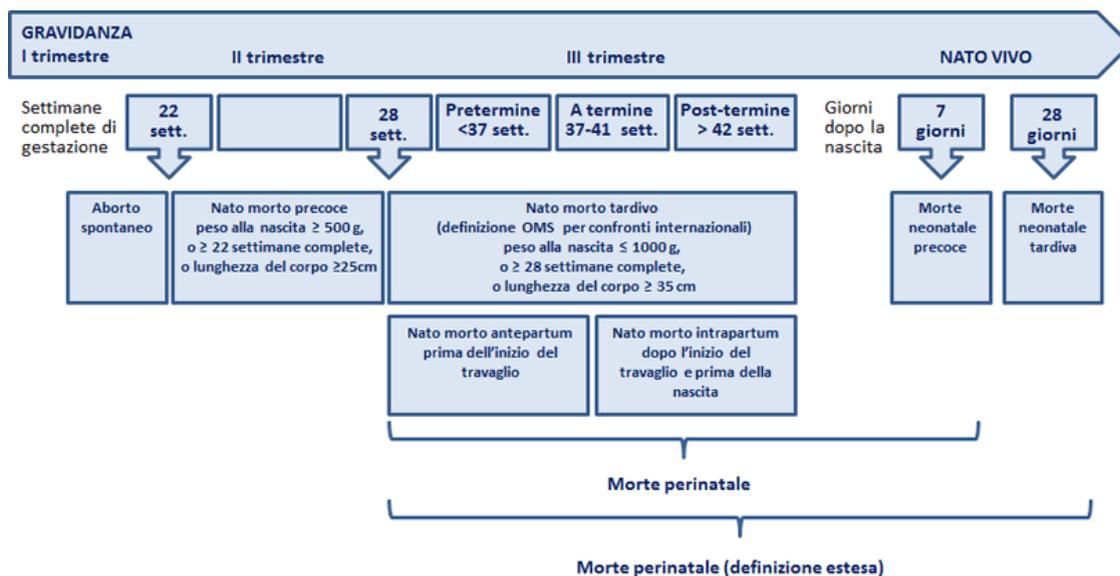


Fig. 1: definizioni di morte pre e perinatale.

1.1.2 Tipologie di aborti spontanei

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 distinguono:

- Il quadro di minaccia d'aborto: quando si ritiene ancora possibile la regressione della

sintomatologia e la persecuzione 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 distingue [2] :

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.



1.1.3 Eziopatogenesi

La morte perinatale è la causa più frequente di morte perinatale dalla 20° settimana di gravidanza.

Negli Stati Uniti il tasso di mortalità perinatale viene definito dal National Center for Health Statistics. Questo valore ripota le percentuali relative alle morti fetali tardive, ovvero oltre le 28 settimane di gestazione e include anche quelle che avvengono nei primi 6 giorni di vita. [3] Dati, inoltre, riportano che mentre il 70- 90% delle morti fetali avviene prima del travaglio, più del 50% si verifica tra le 20 e le 28 settimane. La causa di questo esito può essere sconosciuta oppure la conseguenza di una serie di mal adattamenti fisiologici, come le situazioni di asfissia le malformazioni congenite o le complicazioni che sopravvengono a volte in gravidanza. Tra queste ultime si riportano la pre-eclampsia, l'eclampsia, il distacco di placenta, la placenta previa, il diabete, la malattia renale, le problematiche del cordone ombelicale, il ritardo della crescita fetale e l'alloimmunizzazione. Si possono verificare morti prenatali a seguito di anomalie congenite oppure a causa di esposizione fetale ad agenti teratogeni nell'ultima fase della gravidanza.

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 post-zigotiche 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 gravidanza, ossia fino a quando il trofoblasto comincia a produrre una quantità di ormone adeguata a 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.

1.1.4 Fattori associati alla morte perinatale:

- FATTORI FETALI
 - Difetti alla nascita, non di natura cromosomica
 - Malattie cromosomiche
 - Anencefalia, difetti del tubo neurale aperto, idrocefalo isolato, vizi cardiaci congeniti
 - Idrope fetale non immunitaria
 - Infezioni
 - Complicanze di gestazioni multiple
- FATTORI MATERNI
 - Gravidanza prolungata
 - Diabete

- Ipertensione cronica
- Preeclampsia / eclampsia
- Età materna avanzata
- Trombofilia ereditaria
- Sindrome da antifosfolipidi
- Rottura dell'utero
- Malattia da RH
- Batteri ascendenti dalla vagina

- FATTORI PLACENTARI ED ALTRI
- Placenta previa
- Distacco di placenta
- Problemi al cordone ombelicale
- Rottura prematura delle membrane
- Rottura prematura delle membrane
- Abuso di sostanze
- Fattori scatenanti

2. CAPITOLO 1

LE COMPETENZE COMUNICATIVE E RELAZIONALI DELL'INFERMIERE

2.1 Il ruolo degli operatori

Chi svolge una professione sanitaria ed è parte di uno staff (medici, infermieri, ostetriche, operatori sociosanitari, psicologi), all'interno di una struttura ospedaliera, di un distretto, o di uno studio privato, ha spesso il difficile compito di doversi confrontare con la comunicazione dell'evento e con la reazione dei familiari. L'operatore sanitario non è immune alle emozioni negative che si scatenano alla notizia della morte di un bambino (qualunque sia l'età gestazionale) e può naturalmente trovarsi in difficoltà nell'affrontare una situazione così delicata: può accadere che l'operatore provi imbarazzo, congelamento emotivo, distacco, rabbia, senso di impotenza e inadeguatezza e non riesca ad entrare in contatto empatico con i genitori in lutto e con le loro reazioni. Per superare l'impasse emotivo alcuni operatori adottano in modo automatico e inconsapevole comuni meccanismi di difesa (negazione, evitamento, proiezione, etc..) e adottano stili comportamentali difensivi (abbassare lo sguardo, uscire dalla stanza senza dire nulla, irrigidirsi e parlare in linguaggio tecnico, staccare ogni altro canale comunicativo di tipo empatico o emotivo). Queste reazioni, dettate dall'emergenza di superare una situazione emotivamente critica, non sono soddisfacenti né per l'operatore in sé (che in questa maniera non ha la possibilità di osservare consapevolmente i suoi reali sentimenti e pensieri rispetto all'accaduto), né per i genitori, che si sentono lasciati soli con il loro dolore, incompresi e a volte persino "esagerati" perché provano emozioni che gli altri non riconoscono e non condividono.

Avere reazioni appropriate di fronte ad un lutto non è affatto semplice, per motivi culturali, sociali, personali e persino professionali. La formazione sulle cure nelle situazioni critiche o nel lutto è ancora poco diffusa in ambito accademico, sia durante i corsi di laurea che durante le successive specializzazioni, con notevoli ripercussioni a breve medio e lungo termine sul senso di efficacia degli operatori e sulla loro prassi.

Per risolvere tali situazioni di imbarazzo vengono utilizzati diversi strumenti. Nessuno si aspetta che il “bravo operatore sanitario” reciti un ruolo impersonale ed asettico, è invece di grande conforto che l’operatore sanitario presti attenzione e mostri empatia. Avere un’idea più chiara del lutto e dei suoi processi di elaborazione può essere di grande aiuto per sintonizzarsi sul vissuto dei genitori e sulle loro prime necessità.

2.2 Ruolo informativo dell’infermiere

Nell’articolo 24 del Codice Deontologico [4] 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 o lutto perinatale 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 confortata.

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

In una revisione sistematica della letteratura, 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 sé stesse, e il senso di colpa può essere alleviato da una semplice spiegazione delle cause principali, portando ad un beneficio psicologico.

Corbett-Owen e Kruger [5] 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 studio 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. [6] 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 informazioni tenendo conto di possibili barriere linguistiche.

A riprova di ciò, Abboud e Liamputtong [7] 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 familiari è motivo di maggior sicurezza.

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 supporto. Moohan et al. [8] 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.

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.

Cecil R. [9] ha rilevato nel suo studio che le maggiori lamentele riguardano l'inadeguatezza delle informazioni fornite e l'insensibilità del personale ospedaliero. Secondo l'autrice e secondo gli autori Olesen et al. [10], la mancanza di informazioni ha contribuito alla formazione di sentimenti di paura, mancanza di controllo e confusione.

Dalle raccomandazioni derivanti da una revisione della letteratura viene evidenziata la possibilità degli infermieri di dire alle donne che hanno subito un aborto 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 lutto. Può essere conseguito, ad esempio, un programma di controlli in serie degli ormoni nel sangue e un'ecografia precoce per rassicurare 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 implicazioni.

2.3 *La comunicazione efficace*

Un infermiere a contatto con le donne che hanno subito una perdita, 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. Ravaldi [11] 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. La comunicazione con i genitori dovrebbe avvenire in modo diretto, semplice e partecipe; non ci sono frasi ideali, ma rendersi empatici avvicinandosi alla famiglia comprendendone il lutto può essere un buon inizio. Non è importante dire molto, o essere convincenti: essere partecipi è la cosa migliore che possa essere fatta in quel momento. Non bisogna mai forzare i genitori a parlare dell'accaduto con domande incalzanti o per spronarli a reagire e sfogarsi; soprattutto nel primo mese dopo la perdita i genitori possono provare emozioni contrastanti, da un lato disagio, imbarazzo, timore di esprimere le loro reazioni emotive di pianto o disperazione; dall'altro assoluto bisogno di comprensione e sostegno. Spesso, soprattutto i padri, hanno la necessità di raccontare ripetutamente l'evento in modo didascalico, come per fare una cronistoria dell'evento, delle possibili cause e di cosa è andato storto, poteva essere evitato o fatto diversamente. Le coppie, che nei primi mesi possono avere una grande difficoltà ad aprirsi negli aspetti emotivi ed intimi correlati al lutto e alla perdita del bambino, hanno invece bisogno di discutere degli aspetti più medici della

perdita e anche del lutto: intercettare le domande dei genitori, impostare con loro un dialogo che contempli gli aspetti medici e anche quelli psicologici del lutto, ascoltare le loro richieste interessarsi attivamente li aiuta a focalizzare non solo le cose importanti da fare per la diagnosi, per la prevenzione e per le eventuali terapie, ma anche le cose importanti nel loro quotidiano per affrontare il lutto. Il ritorno a casa, a lavoro, le dinamiche fisiologiche del lutto, il senso di mancanza profonda del bambino sono argomenti che le linee guida sviluppano in modo dettagliato nell'ambito di un corretto follow-up. Sono dunque di pertinenza dell'equipe curante, e della rete territoriale in cui vivono i genitori. E' molto importante cercare di dimostrarsi disponibili al dialogo e quindi evitare l'argomento e attendere con pazienza che i genitori si sentano a loro agio nel parlarne. Fare domande aperte, lasciare spazio a ciascun membro della coppia per esprimere il suo punto di vista, riformulare quanto detto da loro è molto apprezzato dalle coppie. In generale, per raccogliere dati significativi in situazioni ad alta intensità emotiva sono indispensabili competenze comunicative che consentano ai professionisti di formulare domande e di rendere possibili le risposte da parte di persone angosciate, incredule e sconvolte; di ascoltare le loro domande e di dare risposte oneste e responsabili; di rendere dicibili pensieri caotici, pensieri rabbiosi, pensieri di colpa ascoltandoli e accogliendoli, senza tentare interventi consolatori o razionalizzanti. Questo è ciò che viene definito "ascolto attivo". Il coinvolgimento emotivo spesso riduce, invece di accrescere, la capacità di dialogo con i pazienti, rendendo più difficile rispondere in modo efficace e professionale alle richieste e alle domande; e più ci si sente incapaci di rispondere, più ci si difende, accrescendo il rischio che pazienti e familiari percepiscano un atteggiamento di scarsa attenzione, accoglienza e umanità. Ed è proprio al medico, all'ostetrica, all'infermiere che spettano i compiti gravosi ma irrinunciabili della prima informazione, del primo ascolto, della prima proposta di provare a capire insieme cosa può essere successo. Il professionista che assiste la madre si confronta con compiti comunicativi e relazionali di estremo impegno, che non può rimandare né delegare. Quindi, acquisire competenze comunicative significa assumere il proprio ruolo professionale, e i compiti legati ad esso, in modo totale

3. CAPITOLO 2

LA DIAGNOSI DI MORTE

3.1 *Il confronto con le prime reazioni*

Il momento della diagnosi è il passaggio più temuto tra tutti quelli che scandiscono l'assistenza alle famiglie colpite da morte perinatale. Nessun professionista vorrebbe mai essere l'ambasciatore incaricato di dare la notizia che nessun genitore vorrebbe mai sentire: questo compito, a causa della sua peculiare complessità medica, psicologica e umana, non può essere lasciato al caso ma spetta al professionista sanitario e alla sua équipe, come parte integrante della diagnosi e della discussione delle eventuali opzioni terapeutiche.

Da come riusciamo a gestire la diagnosi di morte e i momenti successivi dipende infatti buona parte dell'alleanza terapeutica tra gli operatori, i genitori e persino i familiari che accompagnano la coppia. Comunicare in modo corretto, con parole adeguate, in tempi giusti, in un ambiente protetto sono quattro strumenti utilissimi alla nostra professione, e vanno utilizzati con perizia, al pari di tutte le altre competenze che fanno parte del nostro bagaglio professionale.

Disporre di questi strumenti è molto importante anche per la salute degli operatori, al fine di contenere gli aspetti emotivi correlati al ruolo di ambasciatore della pessima notizia: per quanto si studi, si lavori, e ci si eserciti, infatti, non si potrà mai essere del tutto preparati emotivamente per dare tale notizia senza riceverne alcuna ripercussione emotiva.

Gli studi sull'impatto emotivo della morte perinatale sugli operatori, suggeriscono l'utilizzo protettivo di questi fattori:

- Fattore relazione terapeutica (*come* comunico con il linguaggio verbale e non verbale, che tipo di parole utilizzare).
- Fattore tempo (di *quanto* tempo dispongo, quanto tempo è necessario per l'intervento)
- Fattore *spazio* (dove avviene la comunicazione della notizia)

Su questo tema e sulla successiva presa in carico della coppia in lutto sono presenti in vari paesi numerose linee guida e protocolli ormai roditi nella routine di centinaia di ospedali. Una specifica attenzione è dedicata alla gestione della diagnosi e del tempo immediatamente

successivo, quello nel quale lo shock traumatico pervade i genitori, costretti a trovare un equilibrio tra il lutto subito e tutto ciò che ne consegue.

Le coppie ed in particolare le madri vivono questa sequenza temporale come dal di fuori, come se fossero sospese al di là del tempo, la loro concentrazione è focalizzata sull'evento, impensabile, inimmaginabile e pertanto spesso rifiutato e negato.

3.2 Elaborazione del lutto

Giorgia Crozza scrive nel suo libro “Quando l’attesa si interrompe” [12] che il dolore per un lutto prenatale 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 irrealistico 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 patologico [13]. 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 percepirne. [14]

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 sconcerata. 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 ginecologi. 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 riconoscerli. [15]

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 storto. [16]

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 precedente. [14]

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 perdita.

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 altre. Swanson et al. [17] 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 Catlin [18] 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 una perdita prenatale 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 studi [19] [20], 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 perdita. [21]

A conferma di ciò, un articolo 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'ecografia e dal fatto che l'attaccamento emotivo inizia già prima della gravidanza, quando i genitori decidono di volere un bambino.

La percezione della gravidanza, il considerare il feto come bambino e il dolore che ne deriva dalla perdita, non dipende dall'età gestazionale della donna. Anche C. Lee e P. Slade [22] 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 Svezia [23] 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. 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.

4. CAPITOLO 3

L'IMPORTANZA DEL SOSTEGNO

4.1 *Gruppi aiuto come supporto*

Per aiutare i genitori che vivono un lutto sono molto importanti gli amici e i familiari che sappiano però ascoltare e comprendere il dolore, e soprattutto che lascino tempo e spazio per esprimerlo (Brunelli et al., 2008). I gruppi di aiuto, auto-aiuto o con un supervisore che sia psicologo o psicoterapeuta possono essere molto utili per dare lo spazio necessario ai genitori di esprimersi e superare gradualmente le fasi del lutto. La presenza di altre persone che sono o hanno vissuto la stessa situazione può essere d'aiuto per il fatto di sentirsi meno soli e isolati, sapere che c'è qualcuno che può capirli ed eventualmente dare qualche consiglio utile. Proprio per questi motivi sarebbe utile aumentare il numero di queste associazioni e strutture alle quali persone in difficoltà possano accedere. Per il lutto perinatale ad esempio non vi è un lutto anticipatorio, dunque si è completamente colti alla sprovvista in una situazione molto difficile che necessita di molto tempo e molto aiuto per essere superata (Brunelli et al., 2008). Tutto ciò deve essere vissuto con il sostegno di qualcuno che nonostante l'evento cerca di sottolineare le possibilità e i punti di forza, sostenendo i genitori nei momenti di abbattimento, facendo vivere tutte le fasi in maniera consapevole (Ravaldi, 2010).

Il momento più difficile per i genitori è il ritorno a casa che essi si aspettavano molto diverso e pertanto fa realizzare ciò che è successo. È in questi momenti che occorre avere a portata di mano contatti di autoaiuto, dell'ospedale o del consultorio. Essi possono essere fonte di grande supporto, anche solo ascoltando, o per condividere sentimenti ed emozioni del cordoglio. Anche le associazioni di volontariato sono utili e di grande supporto, per aiutare nei parti, nel funerale, occupandosi delle faccende domestiche o di altre cose pratiche, unitamente alla presenza di persone vicine (De Spelder & Strickland, 2005). È stato dimostrato che il supporto sociale, quando efficace, migliora l'outcome dei genitori. Per efficace si intende la presenza sentita da parte dei genitori, il rispetto per le emozioni e il bambino, empatia e comprensione. Spesso però accade che nel momento in cui essi si sentono più empatici e vicini al dolore si crea una sorta di muro che separa e protegge dall'immedesimarsi troppo nel dolore che stanno vivendo i genitori. Questo accade perché non si sa come reagire a quest'ultimo, e si crea distacco tra i genitori in 26 lutto e la gente

attorno, lasciando i genitori ulteriormente soli nel loro dolore (Stotland & Stewart, 2005). Un altro aspetto che può migliorare o peggiorare l'elaborazione del lutto è il lavoro, che può essere positivo quando quest'ultimo piace alla madre e riesce a sentirsi realizzata e appagata in questo, quindi sopperendo ai sentimenti di fallimento, in qualche modo sentiti al momento della perdita della gravidanza. Un particolare frangente però è quello delle donne che lavorano in campo sanitario, in particolare le ostetriche: è piuttosto frequente che quando la donna torna al lavoro sia ancora in lutto, pertanto tornare in un'ambiente così vicino a quanto le è capitato può diventare molto difficile e doloroso. È dunque meglio che essa torni a lavorare soltanto quando avrà superato il lutto. La fede è anche un'aspetto che viene messo in gioco in una situazione di morte perinatale: qualunque sia la credenza è possibile che questa possa aiutare ed essere di conforto per la madre se contribuisce a dare un senso alla morte del suo bambino, mentre potrebbe essere messa fortemente in discussione nel caso in cui la madre voglia trovare nella religione la risposta del perché è successo e sia capitato proprio a lei; questo potrebbe sconfortare e far perdere la fede alla madre proprio in questo delicato momento (Missonnier, 2005).

Un importante compito degli infermieri è quello di indirizzare i genitori verso gruppi di autoaiuto e associazioni specifiche per il loro problema e che accolgano non solo le coppie ma anche i famigliari; 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 produttivo.

4.2 Follow up

E' 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'ospedale. Nel Regno Unito vengono offerte alle donne che subiscono un lutto perinatale visite di follow-up nel periodo successivo alla perdita, identificando, sulla base dell'esperienza degli infermieri, le pazienti con un maggior rischio di disagio. Talvolta tali visite sono rappresentate dalla necessità di effettuare un follow up che può essere condotto anche attraverso telefonate programmate. La visita offerta include l'ascoltare la paziente, fornire spiegazioni riguardo ad eventuali dubbi e darle informazioni relative a gruppi e associazioni di sostegno disponibili [24].

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 emotivo. Diversi articoli scientifici hanno evidenziato che le donne che hanno avuto la possibilità di partecipare ad una visita di follow-up hanno dimostrato una migliore evoluzione emotiva.

5. BABYLOSS AWARENESS DAY

Il 15 ottobre ricorre ormai da oltre 10 anni ed è presente in molti paesi del mondo la giornata internazionale della consapevolezza sulla morte dei bambini durante la gravidanza o dopo il parto. Tale giornata è stata promossa per la prima volta anche in Italia dall'associazione CiaoLapo a partire dal 2007, ogni 15 ottobre vengono organizzate attività simboliche in diversi comuni italiani: si va dal lancio di palloncini, all'onda di luce a divulgazione di materiale informativo gratuito sul lutto e la sua elaborazione, all'allestimento di mostre e letture a tema.

Claudia Ravaldi, psichiatra e psicoterapeuta, fondatore e presidente di CiaoLapo Onlus informa che: “Nonostante i progressi della medicina prenatale, questo tasso è rimasto pressoché invariato negli ultimi dieci anni. In Italia, circa 2500 famiglie annualmente perdono il loro bambino nell'ultimo trimestre di gravidanza o nei primi giorni di vita, spesso senza una causa apparente.”

La perdita di un figlio in gravidanza, indipendentemente dall'epoca gestazionale in cui accade e dalle cause che l'hanno provocata, è un evento doloroso per la madre e per la coppia genitoriale. Le emozioni e i pensieri che accompagnano questo evento sono tipici del lutto: si tratta della perdita di una persona con la quale per tutto il tempo della gestazione la madre e la famiglia hanno stabilito un legame affettivo che inaspettatamente si interrompe. Il dolore, la nostalgia, la disperazione e la rabbia, oltre al senso di colpa e di tradimento da parte del proprio corpo soprattutto da parte delle madri, e l'ansia per le successive gravidanze sono emozioni che necessitano di essere adeguatamente sostenute e trattate. Purtroppo, non sempre il livello di assistenza e di supporto ai genitori che affrontano questo percorso di lutto è adeguato e risponde alle reali esigenze della madre e della coppia, nonostante gli sforzi degli ultimi anni e le sempre crescenti evidenze scientifiche nel campo medico e psicologico che suggeriscono un cambiamento di prospettiva culturale psicosociale e sanitario per affrontare questo evento. Spesso, purtroppo, c'è la tendenza a minimizzare la perdita, a stimolare i genitori a superarla velocemente e ad affrontare una nuova gravidanza, ed è prassi comune “classificare” la perdita in base all'età gestazionale, secondo un ordine di importanza crescente.

La mancanza di un adeguato sostegno, la sensazione di non riconoscimento e di non comprensione dei propri vissuti emotivi rappresentano ostacoli nella risoluzione del lutto e, se possibile, amplificano il dolore della perdita.



6. CONCLUSIONI

In tale tesi l'obiettivo finale era quello di individuare le diverse strategie utili all'infermiere per una corretta, e migliore possibile, assistenza alla donna, e più in generale alla famiglia, colpita da un lutto perinatale. Assistere la nascita-morte perinatale è un momento molto particolare, complesso ed emotivamente rilevante nella pratica clinica di ostetriche, infermieri e ginecologi. La letteratura internazionale prevede un sostegno continuativo alla coppia genitoriale, fondato sulla partecipazione e sull'organizzazione capillare di protocolli di intervento, che coinvolgano figure intra ed extra ospedaliere in modo da creare un nucleo protettivo e partecipe (concetto di *care*). In molti ospedali esteri è presente un servizio di assistenza psicologica e di sostegno per le famiglie e per i membri dello staff ospedaliero, in modo da elaborare i vissuti di perdita sia nei genitori che negli operatori coinvolti.

Il rispetto ed il riconoscimento indiscutibile del valore di ogni vita sono fondamentali per comprendere il dolore dei genitori e per intervenire in modo professionale ma empatico durante tutte le fasi del percorso, dalla diagnosi alle visite di follow-up.

Poter discutere con i colleghi dei propri vissuti emotivi e dei ricordi personali associati ad ogni esperienza di perdita che avviene in reparto è un modo semplice per aprirsi all'assistenza dei genitori con sensibilità ed empatia, e migliora notevolmente il benessere psicologico dello staff e della coppia genitoriale.

7. BIBLIOGRAFIA

- [1] WHO, «Definitions and indicators in family planning, maternal & child health and reproductive health. Geneva:», *World Health Organization*, 2001.
- [2] G.-t. G. n.25, « The management of early pregnancy loss.», *Royal college of Obstetricians and Gynecologist*, October 2006.
- [3] N. C. f. H. Statistics, 2006.
- [4] A. c. d. c. c. FNOPI, Codice Deontologico dell'Infermier, 2019.
- [5] K. L. Corbett-Owen C, the health system and emotional care: validating the many meanings of spontaneous pregnancy loss. *Families, Systems, and Health*. 19, 4, 411- 427., 2001.
- [6] A. Mansell, Early pregnancy loss. *Emerg Nurse*, 2006.
- [7] L. & L. P. Abboud, When pregnancy fails: Coping strategies, support networks and experiences with health care of ethnic women and their partners..
- [8] A. R. C. R. Moohan J, «The management of miscarriage: results from a survey at one hospital.», *J Reprod Infant Psychol*, 1994.
- [9] C. R., «Miscarriage: women's views of care», *J Reprod Infant Psychol*, 1994.
- [10] G. A. H. H. G. R. Linnet Olesen M, «Deciding treatment for miscarriage - experiences of women and healthcare professionals. *Scand J Caring Sci*,» 2015.
- [11] C. Rivaldi, *Assistere la Morte Perinatale: Il Ruolo Del Personale Ospedaliero Nel Sostegno Ai Genitori e Ai Familiari in Lutto*, 2018.

- [12] G. Crozza, *Quando L'attesa Si Interrompe: Riflessioni e testimonanze sulla perditaprenatale*, 2010.
- [13] M. D. D. R. D. S. S. L. A. Delvecchio E., «Eventi traumatici nel ciclo della vita della famiglia.,» in *Elisa Delvecchio Diana Mabilia Daniela Di Risa Silvia Salcuni AdrianaLis, Family and Families, Unipress*, pp. 186,187.
- [14] B. M., «Il bambino perduto,» in *Sognare un figlio. .*
- [15] R. C., in *La morte in attesa*, Verona, ipertesto edizioni, 2013, p. 24.
- [16] M. D. D. R. D. S. S. L. A. E. t. n. c. d. v. d. f. I. E. D. D. M. D. D. R. S. S. A. L. Delvecchio E., «Family and Families,» Unipress, p. 189.
- [17] C. S. J. S. P. M. & W. T. Swanson KM, *Contexts and evolution of women's responses to miscarriage during the first year after loss*, 2007.
- [18] C. AJ, *Early pregnancy loss-what you can do to help. Nursing*, 1989.
- [19] E. B., «Focus on you. Silent lullabies: helping parents cope with early pregnancy loss.,» *AWHONN Lifelines* , 2004.
- [20] R. P. M. J. DiMarco M, «Effects of an educational bereavement program on health care professionals' perceptions of perinatal loss. *J Contin Educ Nurs*,» pp. 180-186, july 2002.
- [21] K. G. J. K. S. M. E. Limbo R, «Dimensions of a Woman's Experience of Inevitable Miscarriage,» 02 06 2014.
- [22] S. P. Lee C, «Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res*,» 1996.

- [23] L. P. W. B. B. C. Adolfsson A, « Guilt and emptiness: Women's experiences of miscarriage. Health Care Woman Int,» 2004.
- [24] C. T. L. I. Kong GW, «The impact of supportive counselling on women's psychological wellbeing after miscarriage a randomised controlled trial.».
- [25] B. a. F. Baronciani, «La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenzialeù,» 2008.

RINGRAZIAMENTI

Grazie a mia madre, donna meravigliosa alla quale un giorno vorrei assomigliare, accontentandomi di essere donna anche solo la metà di lei.

A mio padre, perfezionatore di me stessa, uomo che mi ha insegnato a vedere tutto il bene nel mondo.

A mio fratello Felice da sempre, eterno bambino dall'anima pura da cui prendere esempio.

A Riccardo, meraviglioso compagno premuroso e paziente che ha creduto in me quando io non sapevo nemmeno chi fossi.

A Jessica e Margherita ,le amiche migliori che potessi scegliere per questo lungo cammino di vita.

Grazie a tutti i miei amici di università ,che sono stati molto più di questo, e grazie soprattutto a Giorgia, Francesco e Momi miei amici sorprendenti, instancabili e sofferenti ,verso la fine, sostenitori capaci di accogliere tutti i miei sbalzi d'umore nonostante fossero continui e rapidi, veri amici e sicuramente molto più che solo colleghi.

Grazie a T.T. e alle loro ragazze per essere il miglior gruppo mai visto, amici divertenti, esuberanti, immensamente belli e buoni capaci di strapparti un sorriso in qualsiasi circostanza, con cui posso parlare di tutto senza essere giudicata mai.

Ma il ringraziamento più grande va a me stessa per aver concluso un percorso di studi il quale mi ha reso una donna migliore, che mi ha insegnato che la vita è bella e vale la pena viverla.