

## Indice:

- Estratto.....	I
- Introduzione	
1. Aborto spontaneo.....	1
1.1 cause.....	1
1.2 sintomatologia e diagnosi.....	2
1.3 gestione clinica e terapeutica.....	2
2. Interruzione volontaria di gravidanza.....	3
2.1 legge 194/1978.....	3
2.2 procedura – metodiche di interruzione volontaria di gravidanza....	4
3. Interruzione terapeutica di gravidanza.....	5
3.1 Procedura.....	5
4. Ripercussioni psicologiche.....	6
5. Gestione dell’aborto spontaneo– RCOG .....	7
6. Gestione dell’interruzione volontaria di gravidanza – RCOG.....	10
- Obiettivo.....	17
- Materiali e metodi.....	18
- Criticità .....	20
- Analisi statistica	
1. Analisi descrittiva del campione di donne che hanno subito un aborto spontaneo .....	21
2. Analisi descrittiva del campione di donne che si sono sottoposte ad interruzione volontaria di gravidanza.....	23
- Risultati ottenuti.....	26
- Discussione.....	56
- Conclusione.....	65
- Allegati.....	68
- Sitografia.....	74

## **Estratto**

Siamo abituati a considerare lutto la perdita di una persona cara, una persona che ha vissuto, a cui ci siamo legati più o meno intensamente e che, per un motivo o per un altro merita di essere ricordata ed omaggiata per la sua scomparsa.

Nella cultura odierna, la perdita di un neonato, o di un feto al termine della gravidanza, è comunque considerata come un lutto per la famiglia, meritevole dunque di accortezza durante l'assistenza da parte dei professionisti sanitari.

Dunque se una gravidanza si spegne al principio del suo percorso, quando ancora la mamma non ha avuto modo di sentire muovere il suo bambino dentro di se, quando ancora la notizia è rimasta riservata, una cosa intima, non merita forse di essere considerata un lutto?

Una donna è madre ancor prima di esserlo sulla carta, una donna può essere madre mentre cerca disperatamente una gravidanza che sembra non arrivare, è madre quando quella gravidanza proprio non la vuole, è madre quando vede la prima striscetta colorarsi su un test di gravidanza, è madre quando immagina già cosa farà il suo bambino da grande, una donna è madre indipendentemente dall'epoca di gravidanza in cui si trovi.

Pertanto, qualunque sia l'epoca di gravidanza in cui una madre perde il suo bambino, deve essere considerata un lutto e come tale meritevole di un'adeguata assistenza.

L'obiettivo di questa tesi è quindi quello di valutare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza offerta alle donne che subiscono un aborto spontaneo in epoca precoce di gravidanza o che si sottopongono ad una procedura di interruzione volontaria di gravidanza con il fine di capire quali sono le lacune nell'assistenza, basandosi su linee guida in cui questa tipologia di servizio è ben strutturata ed organizzata, così da poter migliorare il lavoro di tanti professionisti che quotidianamente si trovano di fronte a tali situazioni.

Nel portare avanti questo studio, sono stati impiegati dei questionari di natura anonima, somministrati presso strutture ospedaliere e consultoriali dell'AST Pesaro Urbino, a tutte quelle donne che abbiano subito un aborto spontaneo precocemente per l'epoca di gravidanza o che si siano sottoposte alla procedura di interruzione di gravidanza, che si sono rese disponibili.

Per una maggior precisione dei risultati, sono stati formulati due questionari, ciascuno per ognuna delle due tipologie di evento studiate, entrambi somministrati a posteriori rispetto

all'evento subito, generalmente 2-3 settimane dopo, così da lasciare spazio all'emotività della donna e avere dei risultati quanto più veritieri possibili.

Le domande poste nei questionari, oltre ad avere dei dati puramente statistici come età, numero di figli e di gravidanze e titolo di studio, sono incentrate prevalentemente sull'assistenza psicologica fornita alla donna, ma anche sull'autonomia della stessa nella scelta delle diverse opzioni percorribili.

La raccolta dei questionari si è svolta a partire da giugno 2024 per terminare a settembre 2024, nonostante la modesta quantità di tempo il numero di casi selezionati non è stato sufficientemente adatto ad effettuare un'indagine statistica tale da poter essere considerata rilevante; durante il percorso infatti, si sono presentate diverse problematiche, sia per quanto riguarda la diffidenza da parte delle donne nel compilare i questionari, sia nel rifiuto da parte di alcuni professionisti sanitari, che, seppure consci della delicatezza e importanza dell'argomento, risultano avere ancora difficoltà nella sua gestione. Ovviamente tutti quei questionari non compilati, incompleti o non consegnati alle donne, sono stati considerati come parte integrante dell'indagine, essendo essi significativi per il raggiungimento dei risultati finali. Il vissuto negativo delle donne, legato all'assistenza ricevuta, l'incapacità di alcuni professionisti di procurare assistenza non soltanto sul piano medico ma anche e soprattutto sul piano emotivo, risulta infatti essere indicazione di qualità assistenziale che deve necessariamente essere rivista e migliorata.

Al termine della revisione dei risultati, una volta emerse le problematiche più rilevanti riscontrate, viene presentato un modello assistenziale basato sulla gestione del lutto perinatale in UK, secondo l'organizzazione del "St Mary's Maternity Unit of Bournemouth", che rispetta le linee guida del RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) da cui idealmente poter partire.

## Introduzione

### 1 - Aborto spontaneo

Con il termine "aborto spontaneo" si indica **un'interruzione di gravidanza che avviene spontaneamente entro il 180° giorno di gestazione (25 settimane e 5 giorni).**

L'aborto spontaneo può essere:

- **Completo:** caratterizzato dall'espulsione spontanea totale dell'embrione o feto senza vita;
- **Incompleto** o **"ritenuto"**: quando la gravidanza è ancora parzialmente o completamente presente nella cavità uterina, ma non è presente attività cardiaca dell'embrione/feto. Clinicamente scompaiono tutti i sintomi della gravidanza, alla visita il collo uterino risulta chiuso e vi è assenza di perdite ematiche o, se presenti, in quantità molto scarse; infine, il volume dell'utero risulta essere inferiore rispetto all'epoca gestazionale attesa;
- **Aborto inevitabile:** si presenta con perdite ematiche abbondanti e dolori intensi, il collo uterino alla visita risulta essere aperto (principale segno per diagnosi differenziale di minaccia d'aborto); il materiale abortivo può essere o meno in via di espulsione (aborto in atto). Se il materiale non è espulso completamente, si ha un aborto interno, in cui permane una perdita ematica di minore intensità.

#### 1.1 - Cause

Le cause di aborto spontaneo sono diverse e tra queste ricordiamo:

- Anomalie cromosomiche (causa più frequente di abortività spontanea);
- Malformazioni congenite o acquisite dell'utero;
- Incontinenza cervicale;
- Malattie autoimmuni o trombofiliche;
- Patologie infettive;
- Infezioni vaginali non trattate;
- Insufficienza del corpo luteo

## 1.2 - Sintomatologia e diagnosi

Esistono aborti silenti, ossia privi di sintomi (in questo caso, la diagnosi è clinica, attraverso l'ecografia ostetrica).

In altri casi, invece, il primo sintomo che si manifesta è rappresentato dalla metrorragia e/o da contrazioni uterine. Può capitare che l'evento si verifichi in epoca molto precoce, senza che la paziente sia a conoscenza dello stato gravidico.

Generalmente la diagnosi di aborto spontaneo si basa su:

- Visita ginecologica
- Ecografia

Possono essere prescritti anche:

- Test di gravidanza;
- Dosaggio plasmatico di beta-HCG

## 1.3 – Gestione clinica e terapeutica – linee guida AOGOI

“Nel caso di **aborto inevitabile**, è importante assicurarsi il completo svuotamento della cavità uterina, nel modo più rapido e completo possibile, al fine di evitare l'insorgenza di eventuali infezioni. Le tecniche chirurgiche di raschiamento vedono la messa in atto del curettage e/o dell'isterosuzione. Nel caso in cui la gravidanza fosse ad un'epoca gestazionale superiore a 12 settimane, è opportuno facilitare l'espulsione del materiale abortivo (almeno in parte) mediante mezzi farmacologici e, successivamente, procedere con la tecnica chirurgica.

Le metodiche farmacologiche sono rappresentate da: ossitocina, somministrata in infusione, o da prostaglandine, somministrate per via vaginale.”

“In caso di **aborto interno o ritenuto**, si potrebbe attendere l'espulsione spontanea del prodotto abortivo; questo management di attesa, con condizioni cliniche stabili, risulta essere efficace e riduce eventuali rischi legati a una procedura chirurgica e/o anestesiologicala.

È bene comunque ricordare che la procedura chirurgica è più rapida e comporta minore sanguinamento e/o sintomatologia, inoltre il management di attesa rappresenta un grosso carico emozionale per la donna e questo potrebbe avere conseguenze sul suo vissuto; pertanto, si dovrebbe richiedere uno specifico consenso informato.

La procedura chirurgica prevede la dilatazione del canale cervicale e l'estrazione strumentale del prodotto abortivo.

Viceversa, l'espulsione può essere indotta con procedure chirurgiche e/o mediche. Nelle prime 12 settimane di gestazione, in genere, vengono utilizzate le **prostaglandine** con diversi protocolli e modalità di somministrazione.

Le prostaglandine devono essere somministrate con molta cautela e sotto stretta sorveglianza. Gli effetti collaterali sono rappresentati da nausea, vomito, diarrea, aumento della pressione e della temperatura; le contrazioni uterine sono più dolorose in quanto non naturali e agiscono su un collo non preparato alla dilatazione; è utile, pertanto, l'utilizzo di analgesici.

È stata poi dimostrata l'efficacia dell'applicazione di un'induzione medica (con **misoprostolo** per via vaginale), rispetto alla procedura di evacuazione chirurgica.

Un problema, nel trattamento con misoprostolo, è rappresentato dal fatto che circa 1/3 delle donne presenterà un incompleto svuotamento, visibile al successivo controllo ecografico, pertanto, potrebbe essere necessario un curettage della cavità per rimuovere eventuali residui.”

Aborto 137-156. R. Morgera<sup>[1]</sup>

Aborto spontaneo. IRCCS Humanitas research hospital <sup>[2]</sup>

Aborto spontaneo (Aborto spontaneo; Perdita di gravidanza). A. Sridhar, MD, UCLA Health; 2023 <sup>[3]</sup>

## **2 - Interruzione Volontaria di Gravidanza**

Con il termine Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) si intende quell'intervento che porta **all'arresto della gravidanza entro i primi 90 giorni di gestazione**, calcolati secondo la data dell'ultima mestruazione.

### **2.1 - Legge 194/78**

Questa pratica è regolamentata dalla **legge 194/78**, secondo cui si offre alla donna la possibilità di interrompere volontariamente la gravidanza, con obiettivo di effettuare una tutela sociale della maternità e prevenzione dell'aborto.

Secondo **l'art.2** della legge 194/78 è responsabilità dei consultori familiari informare la donna riguardo i suoi diritti per la maternità ed aiutarla a superare le cause che potrebbero indurla all'interruzione.

Particolare attenzione va posta **all'art.4** della suddetta legge, che definisce infatti la possibilità di effettuare un'interruzione volontaria di gravidanza **entro i primi 90 giorni** a quella donna che “accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepimento”.

Altrettanto importante è **l'art.6**, che offre la possibilità di interruzione di gravidanza **dopo i primi 90 giorni** di amenorrea nei casi in cui la gravidanza o il parto comportino grave pericolo per la vita della donna e/o quando siano accertati processi patologici, tra cui anomalie o malformazioni fetali, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.

In riferimento **all'art.9**, riguardante **l'obiezione di coscienza** degli operatori sanitari, si specifica che il professionista che si proclami obiettore, non risulti essere esonerato dall'assistenza antecedente e conseguente l'intervento stesso, né da situazioni di emergenza.

L'**art.12** specifica la necessità di richiesta di assenso, nei casi di **interruzione volontaria di gravidanza su minore**, da parte di chi esercita sulla donna stessa la responsabilità genitoriale o la tutela.

Tuttavia, entro i primi 90 giorni, qualora ci sia impossibilità di ricevere questo assenso o in presenza di seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle persone esercenti la responsabilità genitoriale o la tutela, la struttura consultoriale, sociosanitaria o il medico di fiducia, può fare richiesta ad un giudice tutelare, che, entro 5 giorni, potrà autorizzare o meno la donna a decidere per l'interruzione.

Inoltre, nel caso in cui il medico accerti condizioni di urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della donna (minore), indipendentemente dall'assenso di chi esercita la responsabilità genitoriale o la tutela e senza l'agire del giudice, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza.

Legge “Interruzione Volontaria di Gravidanza”. N. 194 del 05 maggio 1978<sup>[4]</sup>

## **2.2 – Procedura - Metodiche di interruzione volontaria di gravidanza**

I metodi per effettuare l'interruzione volontaria di gravidanza sono sostanzialmente due: **l'aborto farmacologico e l'aborto chirurgico.**

### **- IVG con metodo farmacologico**

Viene effettuato in regime di DayHospital; la procedura prevede un'iniziale somministrazione del farmaco **RU486** o **Mifepristone**, successivamente (dopo 48h), dopo essersi accertati che il prodotto del concepimento non sia ancora stato espulso, viene somministrato un secondo farmaco, costituito da **Prostaglandine**.

Il Mifepristone agisce provocando l'interruzione della vitalità dell'embrione (e l'eventuale espulsione); le Prostaglandine ne facilitano infine l'espulsione.

Effetti collaterali possibili: dolore, nausea e vomito, diarrea, mal di testa e innalzamento della temperatura corporea.

### **- IVG con metodo chirurgico**

Generalmente non si effettua prima della decima/undicesima settimana di gestazione.

Consiste in un'iniziale somministrazione di compresse di **Misoprostolo**, utilizzate per preparare la cervice uterina, in concomitanza a profilassi antibiotica preoperatoria.

Successivamente, tramite un intervento effettuato in DayHospital, attraverso **l'isterosuzione**, viene completata la procedura. Per l'esecuzione della pratica viene messo in atto un blocco para cervicale o una sedazione profonda, oltre che la somministrazione di FANS per il controllo del dolore postoperatorio.

A seguito di un'interruzione volontaria di gravidanza, indipendentemente dalla modalità intrapresa, è raccomandata una visita di controllo a distanza di 10-14 giorni, in cui viene valutato il benessere della donna post- intervento, l'effettivo esito dell'interruzione ed eventualmente viene offerto un colloquio preconcezionale alla donna e/o coppia.

## **3 - Interruzione Terapeutica di Gravidanza**

Con Interruzione Terapeutica di Gravidanza (ITG), si intende quella procedura di interruzione della gravidanza, effettuata per mezzo di interventi medici, al fine preservare



la salute della madre o di evitare lo sviluppo di un feto affetto fra gravi patologie e/o malformazioni.

Questa pratica fa riferimento all'art.6 della Legge 194/78, secondo cui l'interruzione di gravidanza può essere effettuata anche trascorsi 90 giorni di gestazione; ciò nonostante, l'ITG è una pratica che può essere effettuata anche prima dei 90 giorni.

### **3.1 – Procedura**

La procedura, soprattutto se effettuata dopo i 90 giorni, prevede la messa in atto di apposite indagini mediche, per determinare l'effettiva possibilità di procedere con l'interruzione della gravidanza.

A questo punto, l'ITG può essere eseguita mediante **trattamento farmacologico o chirurgico**, la scelta dipende da diversi fattori:

- **Stato di avanzamento della gravidanza**
- **Presenza di controindicazioni** per una procedura piuttosto che per un'altra
- Presenza di **allergie** ad uno o più farmaci utilizzati (anestetici, abortivi, analoghi di prostaglandine)
- **Motivazione** per cui viene effettuata la procedura

La scelta del medico, oltre che tutte le opzioni precedentemente descritte, deve tener conto delle esigenze della paziente.

### **4 - Ripercussioni psicologiche**

Una simile esperienza può avere ripercussioni devastanti sul lato psicologico della donna. Molto spesso, infatti, questa sviluppa sensazioni estremamente negative, quali sensi di colpa, frustrazione, senso di inadeguatezza e di incapacità nel proseguire la gravidanza, in particolare, quando fortemente desiderata.

Per questi motivi, l'assistenza psicologica, la comprensione e il sostegno, da parte della famiglia ma anche del personale sanitario, risultano essere fondamentali.

IVG: l'interruzione volontaria di gravidanza. M. Puglia; 2019 <sup>[5]</sup>

IVG dopo i primi 90 giorni: tra volontà della donna e responsabilità professionali 277-298. G. Fattorini, C. Ermio <sup>[6]</sup>

## **5 - Gestione dell'aborto spontaneo in epoca precoce di gravidanza secondo Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)**

Le linee guida RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists) a differenza delle linee guida dell'AOGOI, prevalentemente incentrate sull'assistenza clinica del paziente, fanno riferimento anche a quello che dovrebbe essere l'approccio sul piano emotivo/psicologico dello stesso.

In particolare gli argomenti che vengono trattati nell'articolo "early miscarriage - RCOG" sono i seguenti:

- Cos'è un aborto spontaneo precoce e perché accade
- Cosa dovresti fare se hai sanguinamento e/o dolore nei primi 3 mesi di gravidanza
- Come viene diagnosticato un aborto spontaneo
- Cosa aspettarsi fisicamente ed emotivamente dopo un aborto spontaneo
- Ricerca di una nuova gravidanza
- Ulteriori informazioni e supporto disponibili

Viene inoltre evidenziata la possibilità e la necessità di lettura dell'articolo non solo da parte delle donne, ma anche dai loro partner, familiari e dal personale sanitario, proprio perché, è anche e soprattutto, chi sta attorno alla donna ad aver bisogno di indicazioni circa i meccanismi sia fisici che psicologico-emotivi che si mettono in moto durante questa tipologia di eventi.

### **- Come viene diagnosticato un aborto spontaneo**

In questo paragrafo vengono esposti i mezzi utilizzati per la diagnosi di aborto spontaneo e viene inoltre manifestata la possibilità di avere un accompagnatore durante gli esami a cui la donna deve sottoporsi, soffermandosi sul fatto che un aborto spontaneo può essere un evento piuttosto rapido, ma anche un evento la cui diagnosi e gestione possa richiedere diverse settimane e, di conseguenza, la donna può essere sottoposta ad un elevato livello di stress sia fisico che emotivo.

### **- Le diverse opzioni**

- Condotta d'attesa, successo in 50 donne su 100 che scelgono di intraprendere questo percorso; viene spiegato cosa la donna deve aspettarsi nelle settimane successive.

- Gestione farmacologica, successo in 85 donne su 100. Viene indicato che la donna ha possibilità di scelta riguardo l'assunzione del farmaco, rappresentato dal misoprostolo, mediante somministrazione di ovuli vaginali, o di compresse per via orale. È inoltre evidenziata la sintomatologia che può presentarsi nelle ore successive all'assunzione del farmaco, quindi la presenza di dolore e sanguinamento (più o meno abbondante), la possibilità di episodi diarroici e di vomito; sintomi per i quali alla donna devono essere offerti antidolorifici ed antiemetici.
- Intervento chirurgico, successo in 95 donne su 100. Anche in questo caso viene brevemente evidenziata la modalità attraverso cui si esplica l'intervento e alcune informazioni circa le tempistiche.

- **Cosa succede al materiale abortivo**

All'interno di questo articolo viene dedicato un piccolo paragrafo al trattamento del materiale abortivo, in particolare viene spiegata la possibilità di effettuare indagini di laboratorio e la capacità di queste di dare informazioni circa la presenza o meno di anomalie.

Inoltre viene specificato che le varie opzioni per lo smaltimento e il trattamento del materiale abortivo devono essere discusse con la donna e il relativo partner.

Un altro paragrafo è invece dedicato alla possibilità di organizzare un memoriale, nello specifico la donna, a seconda dell'unità sanitaria in cui si trova e alle proprie volontà, ha la possibilità di scegliere per il proprio bambino sia la sepoltura che la cremazione; viene inoltre presentato il "Book of remembrance" il libro dei ricordi.

- **Cosa accade ora**

In questo paragrafo viene spiegato cosa la donna deve aspettarsi a livello sintomatico una volta avvenuta l'espulsione.

Un'attenzione particolare viene data al recupero emotivo della donna, spiegando come questo sia un evento che colpisce diversamente ogni donna e il suo partner e che ognuno ha la capacità di affrontarlo più o meno velocemente ed in modi diversi, chi con intense crisi emotive per un breve periodo dopo l'evento, chi con un dolore silente ma intenso e prolungato. Viene consigliato alla donna di parlare con le persone che le stanno accanto, confidandosi e affidandosi ad esse.

Al termine del paragrafo viene offerta alla donna la possibilità di contattare delle associazioni che si occupano esclusivamente di chi subisce una perdita di questo tipo.

- **Ritornare a lavoro**

È consigliabile un periodo di riposo prima del ritorno all'attività lavorativa, seppur il periodo di recupero possa dipendere da donna a donna.

Solitamente, riporta il paragrafo, le donne tendono a tornare alle loro attività routinarie in una settimana o due, ma spesso questo periodo non è sufficiente per la ripresa emotiva, per la quale, viene indicato, potrebbe essere utile parlare con il proprio medico o contattare un consulente per la salute sul lavoro.

- **Ripresa dell'attività sessuale**

L'unica indicazione riportata dal RCOG sulla ripresa dell'attività sessuale riguarda la volontà della donna e del suo partner e che siano notevolmente ridotti dolore e sanguinamento.

- **Quando avere un'altra gravidanza**

L'unica indicazione per la ricerca di una successiva gravidanza è la volontà della donna e del suo partner e la consapevolezza fisica ed emotiva dell'evento.

- **Rischio maggiore di aborto nella prossima gravidanza?**

La donna non risulta essere a maggior rischio se ha subito uno o due aborti spontanei precoci. Spesso gli aborti spontanei si verificano come evento isolato, dando buone probabilità di portare a termine una gravidanza successiva.

All'interno di questo articolo del RCOG vengono riportati i nomi di associazioni che si occupano proprio dell'assistenza all'aborto spontaneo, in particolare all'interno del sito "Miscarriage Association" troviamo diversi articoli sulla gestione emotiva dell'evento, oltre che informazioni utili alla donna e a chi le sta accanto, possibilità di consulenza e testimonianze.

Da quanto descritto finora si evince chiaramente la differenza tra la gestione dell'aborto spontaneo trattata nelle linee guida attualmente utilizzate in Italia e quelle del Royal

College, sembra infatti che in Italia venga data forse poca importanza al vissuto psicologico, quindi allo stato emotivo della donna in caso di aborto spontaneo.

Analizzando infatti le linee guida precedentemente citate, ci sono ben pochi riferimenti all'assistenza sul piano emotivo della donna, troviamo uno spunto all'interno del paragrafo sulle considerazioni medico-legale dell'AOGOI, in cui sembra che solo in caso di aborto ricorrente, debba essere tenuto conto della componente psicologica dell'assistita, non per il dolore che questa possa provare nella perdita, nel lutto, ma bensì per la possibilità di minarne l'interiorità davanti all'insuccesso procreativo.

Early miscarriage. RCOG Patient Information Committee, NICE Guideline Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management. 2016. [7]

## 6 - Gestione dell'interruzione volontaria di gravidanza secondo Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Revisione linee guida NICE (2022) e linee guida RCOG (2015).

In questo articolo, vengono esposte e descritte le due metodologie possibili per effettuare un'interruzione di gravidanza, la procedura farmacologia e la procedura chirurgica [Tab.1].

La donna viene poi informata circa le varie opzioni che può considerare affinché la scelta definitiva sia consapevole ed informata.

[Tab.1]

**Table 1** What abortion methods entail; adapted from the WHO (2014) *Clinical Practice Handbook for Safe Abortion* and the NICE (2019) patient decision aids published with the *Abortion Care* guideline

Medical abortion	Surgical abortion
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoids surgery.</li> <li>• Mimics miscarriage.</li> <li>• May take place at home (depending on stage of pregnancy).</li> <li>• Takes time (hours to days) to complete and the timing may not be predictable.</li> <li>• The medications can cause nausea, vomiting, diarrhoea, chills and fever (1 in 10).</li> <li>• Will experience abdominal cramping and bleeding while passing the pregnancy (worse than during a period).</li> <li>• Abdominal cramping can last, on and off, for a week and bleeding for two to three weeks.</li> <li>• May see the pregnancy as it passes.</li> <li>• Serious complications are uncommon (see Table 2).</li> <li>• All contraceptive methods can be started at the time of the medical abortion, except intrauterine devices (IUDs), which can be inserted immediately after the pregnancy is expelled.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Takes place in a healthcare facility.</li> <li>• Will experience some discomfort during procedures conducted with sedation and/or local anaesthetic.</li> <li>• Will experience no discomfort during procedures conducted under general anaesthetic.</li> <li>• The medications used to prepare the cervix cause cramps and bleeding and can cause nausea, vomiting, diarrhoea, chills and fever (1 in 10).</li> <li>• Will experience some pain and bleeding for one to two weeks afterwards.</li> <li>• Will not usually see the pregnancy, unless wishes to do so.</li> <li>• Requires a pelvic examination and insertion of surgical instruments into the uterus.</li> <li>• Serious complications are uncommon (see Table 2).</li> <li>• All contraceptive methods can be started at the time of the procedure, including the IUD.</li> </ul>

Vi è poi un elenco di una serie di informazioni da fornire alla donna, specificando che il professionista che si prende cura dell'evento deve esprimersi in modo chiaro e comprensibile, non giudicante e rispettoso:

- Spiegare alla donna che l'interruzione della gravidanza è una procedura sicura con rare complicanze maggiori
- Informare la donna circa la scelta delle varie metodiche disponibili
- Spiegare alla donna cosa accadrà durante e dopo l'intervento medico
- Comunicare alla donna le opzioni per la gestione del dolore
- Metterla al corrente circa gli effetti collaterali, i rischi e le complicanze dei vari metodi
- Istruire la donna a capire come essere sicura che la gravidanza sia terminata, qualora scelga di procedere farmacologicamente in casa e ancora informarla su quando contattare urgentemente il medico durante e/o dopo l'interruzione
- Spiegare alla donna cosa potrebbe vivere a livello emotivo dopo l'interruzione
- Illustrare alla donna le varie opzioni contraccettive e come accedervi
- Rendere infine noti altri servizi disponibili: screening malattie sessualmente trasmissibili, consulenze di varia tipologia (coercizione sessuale, violenza domestica, abusi)

Per tutte quelle donne che non appaiono sicure, specifica l'articolo, della loro decisione di interrompere, piuttosto che proseguire con la gravidanza, dovrebbe essere offerto un servizio di supporto e counselling.

All'interno dell'articolo viene dedicato un paragrafo all'interruzione di gravidanza effettuata da adolescenti, specificando l'importanza del rispetto che deve essere fornito a questa tipologia di pazienti, i quali potrebbero risentire di una maggior vulnerabilità.

Deve essere spiegato all'assistita, in sede di consulenza, la necessità di approvazione da parte di un adulto, incoraggiandola ad averne al proprio fianco uno di fiducia. È comunque importante che il professionista non risulti essere insistente in questa fase, soprattutto qualora non sussista un requisito legale per l'autorizzazione all'atto.

## **Informazioni per gli professionisti sanitari prima, durante e dopo un'interruzione di gravidanza**

### **Prima:**

È importante che il professionista in questione comunichi in modo chiaro e comprensibile, senza esprimere in alcun modo valori personali, giudizi o convinzioni, concentrandosi sul bisogno della donna, mostrandole empatia e rispetto per la scelta intrapresa.

Alla donna deve essere data la possibilità di scegliere il metodo di interruzione che preferisce; l'anamnesi condotta deve riguardare l'identificazione di eventuali condizioni di salute che possono andare ad influenzare la scelta del metodo da utilizzare.

È compito del professionista sanitario verificare che la donna stia compiendo la scelta di interrompere la gravidanza volontariamente e non sotto costrizione, indagando eventuali episodi di violenza sessuale e domestica, così come abusi, indirizzando in tal caso la donna presso servizi di supporto adeguati.

Se la valutazione viene condotta a distanza, il professionista deve assicurarsi che la donna sia libera di parlare senza rischio di essere ascoltata da terze parti.

Il professionista che accoglie la donna ha il compito di alleviarne l'ansia, creando un ambiente sicuro e rispettoso, che possa contrastare il giudizio negativo che viene comunemente legato all'aborto, usando parole di benvenuto, creando un contatto visivo e sorridendo, presentandosi e spiegando cosa comporterà la procedura che si deve intraprendere, cercando di creare un rapporto con la donna prima di indagare le motivazioni che si celano dietro la scelta dell'interruzione, fornire indicazioni chiare e concise permettendo e incoraggiando la donna a porre domande, è essenziale che il professionista si astenga dal formulare supposizioni. Il professionista deve rivolgersi alla donna con un linguaggio imparziale, neutro, rispettoso.

### **Determinazione della corretta datazione della gravidanza**

Affinchè si possa consigliare alla donna la giusta via da intraprendere per l'interruzione, è bene effettuare una corretta datazione della gravidanza.

Secondo l'articolo, può rendersi sufficiente datare la gravidanza con la sola data di ultima mestruazione della donna, tuttavia esiste la possibilità di effettuare un'ecografia, che non

viene considerata routinaria, ma utilizzabile qualora ci sia incertezza clinicamente rilevante sulla durata della gravidanza in questione o si sospetti una gravidanza ectopica. Qualora non sia possibile effettuare una datazione di gravidanza mediante i due metodi sopra descritti può essere di aiuto la determinazione mediante la palpazione addominale del fondo dell'utero, procedura che necessita però di una gravidanza che superi le 12 settimane di gestazione.

### **Controindicazioni e altre considerazioni**

#### **- Procedura farmacologica**

Controindicazioni: gravidanza ectopica, reazioni allergiche al mifepristone o al misoprostolo, asma severa, insufficienza renale cronica, porfiria ereditaria.

Altre considerazioni:

Secondo l'articolo risultano essere necessarie delle cure maggiori per tutte quelle pazienti che: sono in terapia steroidea a lungo termine, che assumono anticoagulanti, che hanno sanguinamenti anomali, che hanno anemia sintomatica, con un dispositivo intrauterino in situ.

#### **- Procedura chirurgica**

Controindicazioni: se la gravidanza non può essere interrotta tramite il canale cervicale.

Altre considerazioni:

Alcune condizioni mediche possono essere indagate, affinché ci sia una corretta scelta dell'anestetico da utilizzare, questa condizioni includono: disturbi emorragici, placentazione anomala, uso di farmaci anticoagulanti e gravi malattie cardiopolmonari, un BMI elevato, distorsione della cavità uterina a causa di fibromi o altre anomalie di struttura, pregressi interventi sull'utero o una mutilazione femminile di tipo III<sup>2</sup>.

Nell'articolo del RCOG sull'interruzione di gravidanza in questione, vengono poi affrontati temi come lo screening per le malattie sessualmente trasmissibili, la prevenzione di infezioni dopo l'interruzione, i test ematochimici da effettuare e la discussione circa le varie metodiche contraccettive utilizzabili.

**Durante:**

### **Procedura farmacologica**



- **Prima delle 12 settimane di gestazione:** combinazione di mifepristone e misoprostolo, riduce il tempo necessario per la completa espulsione, gli effetti collaterali e l'insuccesso della procedura. Secondo il RCOG nelle prime 12 settimane l'interruzione farmacologica può essere effettuata in sicurezza a casa, in modo sicuro ed efficace, specificandone la convenienza e il maggior comfort per la donna.
- **12-24 settimane di gestazione:** sopra le 12 settimane la procedura farmacologica viene effettuata presso strutture ospedaliere. Secondo il RCOG non ci sono comunque controindicazioni assolute all'effettuare la procedura al di fuori di una struttura ospedaliera. Per la procedura viene utilizzata la combinazione di mifepristone e misoprostolo per le stesse indicazioni specificate precedentemente. L'utero risulta essere maggiormente sensibile all'azione del misoprostolo con l'avanzare della gravidanza, per tanto sopra le 24 settimane di gestazione dovrebbero essere utilizzati dosaggi minori del farmaco ad intervalli più lunghi, soprattutto se l'utero presenta già delle cicatrici.

### **Gestione del dolore per l'interruzione farmacologica**

L'analgesia deve essere sempre offerta alle donne che intraprendono un percorso di interruzione di gravidanza.

Tra le diverse opzioni indicate dal RCOG troviamo:

- Farmaci antiinfiammatori non steroidei
- Tecniche di gestione del dolore non farmacologiche
- Analgesie in sedazione; possono essere richieste qualora altre tecniche di gestione del dolore non siano sufficienti, soprattutto per epoche di gravidanza avanzate. Se necessario può essere impiegata anche l'analgesia epidurale.

### **Procedura chirurgica**

- **Prima delle 14 settimane di gestazione:** l'interruzione può essere effettuata mediante isterosuzione.
- **14-24 settimane di gestazione:** l'interruzione può essere effettuata mediante dilatazione cervicale ed espulsione. Secondo quanto riportato, la dilatazione

cervicale seguita da curettage sono metodi obsoleti che non dovrebbero essere utilizzati.

**Preparazione cervicale prima della procedura chirurgica:** la preparazione della cervice riduce il rischio di aborto incompleto e rende la dilatazione cervicale facilitata. Può causare dolore e perdita ematica, solitamente la procedura viene effettuata il giorno prima dell'intervento, specialmente per epoche di gravidanza di 19 settimane o più. La preparazione cervicale viene effettuata mediante l'impiego di mifepristone e misoprostolo con differenti dosaggi a seconda dell'epoca di gravidanza.

### **Gestione del dolore per l'interruzione chirurgica**

L'analgesia deve essere sempre offerta alle donne che intraprendono un percorso di interruzione di gravidanza.

- Spesso l'impiego di analgesici come antinfiammatori non steroidei, anestesia locale e/o leggera sedazione, in aggiunta a rassicurazione verbale, risultano essere sufficienti
- Non è raccomandata l'anestesia generale di routine, perché associata a maggiori complicazioni e ospedalizzazione rispetto all'analgesia locale
- Anestesia locale (lidocaina) con blocco paracervicale, può essere impiegata per alleviare il dolore durante la dilatazione cervicale e l'espulsione uterina

### **Dopo:**

La donna può attraversare diversi stati emotivi dopo l'interruzione volontaria di gravidanza, è compito del professionista informarla circa le diverse opzioni di supporto a cui può accedere se ne sente la necessità.

È inoltre compito del professionista assicurarsi che la donna riceva un'adeguata formazione circa le diverse metodologie contraccettive esistenti, affinché ne abbia la piena consapevolezza di scelta qualora lo desideri.

Dopo la procedura di interruzione il professionista informa la donna sui segni e sintomi che devono allertarla e spingerla a consultare un medico urgentemente.

### **Follow-up**

Secondo il RCOG non risulta necessario effettuare un'ecografia di controllo post-interruzione di routine, ma piuttosto le donne dovrebbero ricevere informazioni su quando richiedere assistenza medica, come specificato sopra.

**Donne che hanno scelto di effettuare l'interruzione farmacologica presso la propria casa:** informare la donna che la conferma della cessazione della gravidanza può essere designata dalla quantità e durata del sanguinamento e dalla scomparsa dei sintomi della gravidanza stessa. Se disponibile il successo della procedura può essere determinato mediante test su sangue di beta-HCG a partire da 2 settimane dopo il trattamento. L'articolo spiega poi come procedere qualora l'interruzione di gravidanza non abbia avuto successo.

Infine, secondo il RCOG l'adeguatezza di un servizio di assistenza all'interruzione di gravidanza dipende da tutti coloro che sono coinvolti nel processo stesso, non è infatti sufficiente che medici, infermieri ed ostetriche agiscano in modo efficace se dispongono di strutture e strumenti non adeguati al servizio di cui ci sarebbe bisogno.

Best practice in abortion care - Making Abortion Safe. RCOG, NICE; WHO. 2022. <sup>[8]</sup>

## **Obiettivo**

Questa tesi si pone come obiettivo di valutare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza offerta alle donne che subiscono un aborto spontaneo o che si sottopongono ad una procedura di interruzione volontaria di gravidanza. Tale valutazione va intesa come punto di partenza, come spunto per poter migliorare l'assistenza stessa, carpando dalle maggiori difficoltà e mancanze riscontrate, l'attuale approccio dei sanitari nelle situazioni sopra indicate.

Una volta individuati, dal confronto con le Linee Guida RCOG (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists), eventuali comportamenti assistenziali e/o fattori limitanti al raggiungimento di cure adeguate a tali circostanze, è stato proposto un paragone con una realtà ospedaliera già esistente in Inghilterra, che ho avuto l'onore di conoscere e visitare personalmente nel corso del Corso di Laurea.

La struttura, "St. Mary Maternity Unit of Bournemouth", offre e garantisce un approccio all'assistenza post aborto spontaneo e post IVG in cui il sostegno e la cura sono invece risultati essere adeguati al tipo di evento, descrivendo, in particolare, un modello assistenziale che rispetta quella che dovrebbe essere un'assistenza appropriata in quanto intima, delicata, che comprende ogni aspetto del percorso di cura,

## **Materiali e metodi**

Lo studio è stato condotto a partire da Giugno 2024 per terminare a Settembre 2024, mediante l'utilizzo di questionari anonimi, somministrati presso le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio Ospedaliero Unico “Santa Maria della Misericordia” di Urbino
- Presidio Ospedaliero Pubblico “Santa Croce” di Fano
- Presidio Ospedaliero “San Salvatore” di Pesaro

Presso le seguenti strutture consultoriali:

- Ospedale di Comunità di Fossombrone
- Consultorio di Cagli
- Consultorio di Fano
- Consultorio di Macerata Feltria
- Consultorio di Mondolfo
- Consultorio di Pergola
- Consultorio di Pesaro
- Consultorio di Urbania
- Consultorio di Urbino
- Consultorio di Vallefoglia

Di queste strutture sopra elencate, si sono hanno avuto dei riscontri solamente dalla struttura ospedaliera di Fano e di Urbino e dalla struttura consultoriale di Macerata Feltria. I questionari appositamente ideati sono stati suddivisi per le due diverse categorie di pazienti studiati, ovvero donne che subiscono un aborto spontaneo e donne che si sottopongono ad interruzione volontaria della gravidanza.

All'inizio del questionario viene chiesto alla donna di indicare la sua età, il numero di figli, gravidanze precedenti e il titolo di studio, al fine ultimo di capire come queste caratteristiche possano influenzarne il vissuto.

All'interno del questionario per le donne che si sottopongono ad interruzione volontaria di gravidanza, sono state incluse due sottocategorie di pazienti, le donne che si sottopongono ad interruzione volontaria di gravidanza per motivazioni personali e donne che si sottopongono ad interruzione volontaria di gravidanza per sospetto/diagnosi di anomalie fetali; per quelle domande prettamente indirizzate all'interruzione terapeutica

di gravidanza è stata aggiunta l'opzione "facoltativa" di seguito, così da rendere più chiara la domanda.

I questionari sopra citati, sono stati consegnati ai soggetti che si presentavano presso la struttura a seguito dell'evento, in sede di visita di controllo.

## Criticità

Le criticità riscontrate durante la conduzione dello studio sono state molteplici e verranno di seguito elencate

È bene ricordare un dato importante ai fini di questo studio, riscontrato dalle statistiche nazionali, risulta infatti che nella Regione Marche, la quota di interruzioni volontarie di gravidanza (20,7%) è meno della metà della media nazionale (47,3%).<sup>[12]</sup>

La principale criticità riscontrata è sicuramente la scarsa numerosità del campione, che rende la statistica non significativa e lo studio non generalizzabile.

Ne consegue la questione, non di poco conto, delle diverse motivazioni che hanno portato alla non volontà dei soggetti e dei professionisti sanitari di partecipare allo studio; tali motivazioni hanno infatti fortemente contribuito a concorrere ad una bassa numerosità di questionari da poter analizzare.

Inoltre, la dimensione ridotta può riflettere in modo errato la variabilità dei risultati oltre che aumentarne la possibilità di errori. Le risposte di uno o due individui potrebbero infatti influenzare in modo significativo i risultati.

Altra problematica riscontrata risulta essere la rappresentatività del campione, in quanto essendo di piccole dimensioni, non garantisce il fatto di riuscire a rispecchiare in senso più ampio la popolazione, il tutto anche perché riferito ad un'area geografica limitata; di conseguenza, le conclusioni della ricerca potrebbero non essere applicabili ad altri contesti.

Ulteriore criticità risulta dal reclutamento dei soggetti, in quanto non randomizzato; il campione riflette solo le esperienze di coloro che hanno scelto di partecipare al sondaggio, escludendo le possibili esperienze diverse di chi non ha partecipato.

IVG nelle Marche 2022 - Settore Controllo di Gestione e Sistemi Statistici Regione Marche. 2023<sup>[12]</sup>

## Analisi statistica

### 1. Analisi descrittiva del campione composto da donne che hanno subito aborto spontaneo

Il campione analizzato è composto da 22 soggetti, per ognuno dei quali sono state studiate diverse caratteristiche sociodemografiche, quali età, titolo di studio, gravidanze precedenti e numero di figli.

Ai fini di un'indagine statistica maggiormente appropriata, data la scarsa numerosità del campione, le variabili sono state suddivise in classi.

Dall'analisi statistica risulta che per la variabile età, la mediana risulta essere di 34 anni, il primo quartile di 29,5 anni e il terzo quartile di 37,5 anni. [Tab.1]

È bene far presente che di tutti i 22 soggetti 3 non hanno indicato la loro età all'interno del questionario.

Per una maggior precisione dei risultati sono state create due classi di età, una contenente i soggetti che hanno un'età compresa tra i 18 e i 29 anni e una con età compresa tra i 30 e i 40 anni. Secondo questa classificazione, 5 soggetti, pari al 26,3%, risultano avere un'età compresa tra i 18 e i 29 anni, mentre 14 soggetti, pari al 73,7%, un'età compresa tra i 30 e i 40 anni. [Tab.2]

[Tab.1]

Mediana	1° quartile	3°quartile
34	29,5	37,5

[Tab.2]

Età (anni)	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
18-29 anni	5	26,3%
30-40 anni	14	73,7%
Tot. osservazioni	19 (AS <sub>n=22</sub> - 3 (risposta non data))	100,0%

Per quanto riguarda la variabile titolo di studio, 2 soggetti non hanno risposto alla domanda; anche in questo caso sono state create due classi, la prima classe comprendente



soggetti che abbiano conseguito una laurea o titoli superiori, mentre la seconda classe per i soggetti che hanno conseguito un diploma di scuola media superiore o titoli inferiori. Per quanto riguarda la prima classe, risulta che 11 soggetti hanno conseguito una laurea o altri titoli maggiori, pari quindi 55% delle osservazioni; mentre la classe comprendente soggetti con diploma di scuola media superiore o titoli inferiori, risulta avere 9 soggetti, pari al 45% delle osservazioni. [Tab.3]

[Tab.3]

<b>Titolo di studio</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
<b>1</b> (Laurea)	11	55%
<b>2</b> (Diploma, altro)	9	45%
Tot. osservazioni	20 (AS $n=22 - 2$ (risposta non data))	100%

Per la variabile riguardante le gravidanze precedenti sono state create due classi, la prima classe corrisponde alle donne che hanno avuto gravidanze precedenti all'evento, la seconda classe per le donne che non hanno avuto altre gravidanze.

All'interno del campione, solo 21 soggetti hanno risposto al quesito, mentre 1 soggetto non ha fornito alcuna risposta.

All'interno del campione, 6 soggetti risultano far parte della classe di donne che hanno avuto altre gravidanze, pari al 28,6%; mentre 15 soggetti appartengono alla classe di donne che non hanno avuto altre gravidanze, pari al 71,4%. [Tab.4]

[Tab.4]

<b>Gravidanza precedente</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
<b>Si</b>	6	28,6%
<b>No</b>	15	71,4%
Tot. osservazioni	21 (AS $n=22 - 1$ (risposta non data))	100%

Come per la variabile gravidanze precedenti, per la variabile numero di figli, sono state create due classi, la prima corrispondente ai soggetti del campione che risultano avere figli, la seconda ai soggetti che non hanno figli.

All'interno del campione, solo 21 soggetti hanno risposto al quesito, mentre 1 soggetto non ha fornito alcuna risposta.

La prima classe, corrispondente alle donne che hanno figli, presenta un numero di 8 soggetti, pari al 38,1%; mentre la classe di donne che non hanno figli, presenta 13 soggetti, pari al 61,9%. [Tab.5]

[Tab.5]

<b>Figli</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
<b>Si</b>	8	38,1%
<b>No</b>	13	61,9%
Tot. osservazioni	21 (AS <sub>n</sub> = 22 - 1 (risposta non data))	100%

## **2. Analisi descrittiva del campione composto da donne che si sono sottoposte ad interruzione volontaria di gravidanza**

Il campione analizzato è composto da 20 soggetti, per ognuno dei quali sono state studiate diverse caratteristiche sociodemografiche, quali età, titolo di studio, gravidanze precedenti e numero di figli.

Ai fini di un'indagine statistica maggiormente appropriata, data la scarsa numerosità del campione, le variabili sono state suddivise in classi.

Dall'analisi statistica risulta che per la variabile età, la mediana risulta essere di 31,5 anni, il primo quartile è espresso da 39 anni e il terzo quartile da 37 anni. [Tab.6]

È bene far presente che di tutti i 20 soggetti 2 non hanno indicato la loro età all'interno del questionario.

Per una maggior precisione dei risultati sono state create due classi di età, una contenente i soggetti che hanno un'età compresa tra i 20 e i 30 anni e una con età compresa tra i 31 e i 40 anni. Secondo questa classificazione, 7 soggetti, pari al 38,9%, risultano avere un'età compresa tra i 20 e i 30 anni, mentre 11 soggetti, pari al 61,1%, un'età compresa tra i 31 e i 40 anni. [Tab.7]

[Tab.6]

<b>Mediana</b>	<b>1° quartile</b>	<b>3° quartile</b>
31,5 anni	39 anni	37 anni

[Tab.7]

<b>Età (anni)</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
<b>20-30 anni</b>	7	38,9%
<b>31-40 anni</b>	11	61,1%
Tot. osservazioni	18 (IVG $n=20 - 2$ (risposta non data))	100%

Per quanto riguarda la variabile titolo di studio, 3 soggetti non hanno risposto alla domanda; anche in questo caso sono state create due classi, la prima classe comprendente soggetti che abbiano conseguito una laurea o titoli superiori, mentre la seconda classe per i soggetti che hanno conseguito un diploma di scuola media superiore o titoli inferiori.

Per quanto riguarda la prima classe, risulta che 8 soggetti hanno conseguito una laurea o altri titoli maggiori, pari quindi al 47,1% delle osservazioni; mentre la classe comprendente soggetti con diploma di scuola media superiore o titoli inferiori, risulta avere 9 soggetti, pari al 52,9% delle osservazioni. [Tab.8]

[Tab.8]

<b>Titolo di studio</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
<b>1</b> (Laurea)	8	47,1%
<b>2</b> (Diploma, altro)	9	52,9%
Tot. osservazioni	17 (IVG $n=20 - 3$ (risposta non data))	100%

Per la variabile riguardante le gravidanze precedenti sono state create due classi, la prima classe corrisponde alle donne che hanno avuto gravidanze precedenti, la seconda classe per le donne che non hanno avuto altre gravidanze.

All'interno del campione, solo 16 soggetti hanno risposto al quesito, mentre 4 soggetti non hanno fornito alcuna risposta.

Delle 16 osservazioni, 7 soggetti risultano far parte della classe di donne che hanno avuto altre gravidanze, pari al 43,8%; mentre 9 soggetti appartengono alla classe di donne che non hanno avuto altre gravidanze, pari al 56,3%. [Tab.9]

[Tab.9]

<b>Gravidanza precedente</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
<b>Si</b>	7	43,8%
<b>No</b>	9	56,3%
Tot. osservazioni	16 (IVG $n=20$ -4 (risposta non data))	100%

La variabile numero di figli è stata suddivisa in due classi, la prima corrispondente ai soggetti del campione che risultano avere figli, la seconda ai soggetti che non hanno figli. All'interno del campione, solo 15 soggetti hanno risposto al quesito, mentre 5 soggetti non hanno fornito alcuna risposta.

La prima classe, corrispondente alle donne che hanno figli, presenta un numero di 6 soggetti, pari al 40%; mentre la classe di donne che non hanno figli, presenta 9 soggetti, pari al 60%. [Tab.10]

[Tab.10]

<b>Figli</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
<b>Si</b>	6	40%
<b>No</b>	9	60%
Tot. osservazioni	15 (IVG $n=20$ -5 (risposta non data))	100%

## **Risultati ottenuti**

Di seguito verranno riportate le distribuzioni assolute e percentuali delle risposte fornite alle domande di entrambi i questionari proposti.

In particolare, verrà descritta la correlazione tra le variabili sociodemografiche e la valutazione generale da parte dei soggetti circa l'assistenza ricevuta, mettendo poi a confronto la soddisfazione nei soggetti che hanno subito un aborto spontaneo e in quelli che si sono sottoposti ad un'interruzione volontaria di gravidanza, al fine di carpire la presenza o meno di differenze sostanziali nell'assistenza fornita.

### **Che tipo di vissuto hai?**

Le opzioni di risposta disponibili includono l'aborto spontaneo, l'interruzione volontaria di gravidanza oppure entrambe. Questo perché è bene avere la certezza che la donna sappia il tipo di evento a cui è andata incontro e per cui sta compilando il questionario e, nel caso in cui abbia subito entrambe le procedure, è bene indagare maggiormente il vissuto della donna, sia nel caso in cui scelga di interrompere una gravidanza a seguito di un aborto spontaneo, sia nel caso in cui subisca un aborto spontaneo dopo avere interrotto una precedente gravidanza.

Il campione di donne che riferisce di aver subito un aborto spontaneo è composto da 22 soggetti.

Il campione di donne che riferisce di aver effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza è composto da 20 soggetti. [Tab.1]

[Tab.1]

AS n=22	IVG n=20
---------	----------

### **Prima di iniziare l'ecografia/visita, i professionisti coinvolti si sono presentati?**

Nel campione riferito ai questionari sull'aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 13 di questi, ovvero il 59,1%, riferiscono che i professionisti sanitari si sono presentati prima di iniziare la visita/ecografia; 3 soggetti, pari al 13,6%, riferiscono che non tutti i professionisti si sono presentati; 2 soggetti, 9,1%, riferiscono che nessun professionista si è presentato prima effettuare la visita; 4 soggetti, 18,2%, non lo ricordano. [Tab. 2]

[Tab. 2]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	13	59,1%
2. Si, ma non tutti	3	13,6%
3. No	2	9,1%
4. Non ricordo	4	18,2%
Tot. Osservazioni	22	100%

Nel campione riferito ai questionari dell'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 12 di questi, 60%, riferiscono che i professionisti sanitari si sono presentati prima di iniziare il colloquio/visita; 4 soggetti, pari 20%, riferiscono che non tutti i professionisti si sono presentati; 1 soggetto, rappresentante il 5%, riferisce che i professionisti non si sono presentati; 3 soggetti, 15%, non lo ricordano. [Tab.2.1]

[Tab.2.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	12	60%
2. Si, ma non tutti	4	20%
3. No	1	5%
4. Non ricordo	3	15%
Tot. Osservazioni	20	100%

### **Durante l'eco di controllo ti è stato anticipato che qualcosa non andava? (facoltativa per IVG)**

È bene specificare che per il questionario rivolto alle donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, questa domanda è stata inserita come facoltativa, poiché rivolta prettamente a quei soggetti che interrompono una gravidanza per sospetto o diagnosi di anomalie fetali o per i quali sia dannosa la continuazione della gravidanza.

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 3 di questi, pari al 13,6% riferiscono che non è stato anticipato loro che qualcosa non andasse; 7 soggetti, 31,8%, riferiscono che non è stato anticipato che qualcosa non andasse, ma di aver notato già dei segnali/sintomi di allarme; 1 soggetto, 4,5%, riferisce di aver capito che qualcosa non andasse dall'atteggiamento del

professionista; 11 soggetti, 50%, riferiscono che in sede di esame è stato anticipato che qualcosa non andasse. [Tab. 3]

[Tab.3]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. No	3	13,6%
2. No ma avevo già notato dei segnali/sintomi che mi avevano allarmata	7	31,8%
3. No ma ho capito che qualcosa non andava dall'atteggiamento del medico/ostetrica	1	4,5%
4. Sì mi è stato anticipato "sembra ci sia qualcosa che non va"	11	50%
Tot. osservazioni	22	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione di gravidanza, solo 12 soggetti hanno fornito una risposta alla domanda, di questi, 8 soggetti, pari 66,7% delle osservazioni, riferiscono che non è stato anticipato loro che qualcosa non andasse; 2 soggetti, 16,7%, riferiscono di non aver ricevuto indicazioni ma di aver notato dei segnali/sintomi di allarme; 1 soggetto, 8,3%, riferisce di non aver ricevuto spiegazioni e di aver capito che qualcosa non andasse dall'atteggiamento dell'operatore; 1 soggetto, 8,3% riferisce che il professionista in sede di esame ha anticipato che qualcosa non andasse. [Tab.3.1]

[Tab.3.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. No	8	66,7%
2. No ma avevo già notato dei segnali/sintomi che mi avevano allarmata	2	16,7%
3. No ma ho capito che qualcosa non andava dall'atteggiamento del medico/ostetrica	1	8,3%

4. Si mi è stato anticipato “sembra ci sia qualcosa che non va”	1	8,3%
Tot. osservazioni	12 (IVG $n=20-8$ (risposta non data))	100%

**Aborto spontaneo: quando ti è stata comunicata la diagnosi di aborto spontaneo/anomalia ecografica?**

Questa domanda non è stata inserita nel questionario riferito all'interruzione volontaria di gravidanza.

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, solo 16 soggetti hanno risposto alla domanda.

12 soggetti, pari al 75% delle osservazioni, riferiscono di aver ricevuto la diagnosi di aborto spontaneo durante lo svolgimento dell'ecografia; 3 soggetti, 18,8%, riferiscono di aver avuto la notizia ad ecografia terminata mentre erano ancora sul lettino; 1 soggetto, 6,3 %, riferisce di aver ricevuto la diagnosi al termine dell'ecografia/visita dopo essersi rivestito; nessun soggetto riferisce di non ricordare. [Tab.4]

[Tab. 4]

Risposta	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
1. Subito durante l'ecografia	12	75%
2. Ad ecografia terminata quando ero ancora sul lettino	3	18,8%
3. Al termine dell'ecografia/visita dopo che mi hanno chiesto di rivestirmi	1	6,3%
4. Non so	0	\
Tot. osservazioni	16 (AS $n=22-6$ (risposta non data))	100%

**Interruzione volontaria di gravidanza: la comunicazione della diagnosi di sospetta anomalia fetale ti è stata data in un luogo distinto e riservato (protetto)? (facoltativa)**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione di gravidanza, solo 6 soggetti hanno fornito una risposta alla domanda, di questi, 1 soggetto,



pari al 16,7%, riferisce di non aver ricevuto la comunicazione di sospetta anomalia fetale in luogo separato; 1 soggetto, 16,7%; riferisce di aver ricevuto subito la comunicazione ma di essere successivamente stato accompagnato in un luogo dedicato; 3 soggetti, pari al 50% delle osservazioni, riferiscono di aver ricevuto la comunicazione di sospetta/diagnosi di anomalia fetale in un luogo separato e riservato; 1 soggetto, 16,7%, riferisce di non ricordarlo. [Tab.5]

[Tab.5]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. No	1	16,7%
2. No ma poi sono stata accompagnata in una stanza dedicata	1	16,7%
3. Si	3	50%
4. Non ricordo	1	16,7%
Tot. osservazioni	6 ( $n=20 - 14$ (risposta non data))	100%

**Aborto spontaneo: la comunicazione della diagnosi di aborto spontaneo/sospetta anomalie fetale ti è stata data in un luogo distinto e riservato (protetto)?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 2 soggetti non hanno fornito una risposta alla domanda.

Delle 20 osservazioni 5 soggetti, pari al 25% riferiscono di non aver ricevuto la comunicazione di aborto spontaneo in un luogo distinto; 2 soggetti, pari al 19% delle osservazioni riferiscono di no, ma di essere stati accompagnati successivamente in una stanza dedicata; 10 soggetti, pari al 50% delle osservazioni, riferiscono di aver avuto la comunicazione di diagnosi di aborto spontaneo in un luogo separato rispetto a quello in cui è avvenuta la visita/ecografia; 3 soggetti, pari al 15% delle osservazioni, riferiscono di non ricordarlo. [Tab.6]

[Tab.6]

Risposta	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
1. No	5	25%
2. No ma poi sono stata accompagnata in una stanza dedicata	2	10%
3. Si	10	50%
4. Non ricordo	3	15%
Tot. osservazioni	20 (AS <sub>n=22</sub> - 2 (risposta non data))	100%

**Nel caso fossi stata sola ti è stato chiesto di attendere l'arrivo del partner o di una persona di fiducia?**

Le possibili risposte a questa domanda sono:

- No
- Si
- Si, ma non c'era nessuno di mia fiducia
- Si, ma non volevo aspettare nessuno

Per una visione generale dei risultati, le risposte sono state riclassificate in due categorie, ovvero i soggetti che riferiscono di aver ricevuto l'opportunità di attendere l'arrivo di una persona di fiducia e i soggetti che riferiscono invece di non aver ricevuto questa richiesta. Nel questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione di gravidanza, composto da 20 soggetti, 18 soggetti hanno risposto al quesito, mentre 2 soggetti non hanno fornito alcuna risposta.

5 soggetti, pari al 27,8% delle osservazioni riferiscono di non aver avuto l'opportunità di aspettare una persona di fiducia; 13 soggetti, pari al 72,2% delle osservazioni, riferiscono di aver avuto l'opportunità di attendere una persona di fiducia. [Tab.7]

[Tab.7]

Risposta	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
1. No	5	27,8%
2. Si	13	72,2%
Tot. Osservazioni	18 (IVG <sub>n=20</sub> - 2 (risposta non data))	100%

Al fine di avere dei risultati quanto più chiari possibili, verranno riportati di seguito i dati specifici delle 4 risposte proposte nel quesito. [Tab. 7.1]

[Tab.7.1]

<b>Risposta</b>	<b>%</b>
1	27,8%
2	38,9%
3	22,2%
4	1,1%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 1 soggetto non ha fornito una risposta alla domanda.

Delle 21 osservazioni 8 soggetti, pari al 38,1%, riferiscono di non aver avuto l'opportunità di attendere l'arrivo di una persona di fiducia; 13 soggetti, pari al 61,9%, riferiscono di aver avuto l'opportunità di attendere l'arrivo di una persona di fiducia.

Nessuno soggetto ha fornito le risposte 3 e 4 del quesito. [Tab.7.2]

[Tab.7.2]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. No	8	38,1%
2. Si	13	61,9%
Tot. Osservazioni	21 (AS <sub>n=22</sub> - 1 (risposta non data))	100%

**Ti è stato lasciato del tempo per esprimere liberamente le tue emozioni e assorbire la notizia, magari con il partner, prima di illustrarti i diversi percorsi possibili?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 1 soggetto non ha fornito una risposta alla domanda.

Delle 21 osservazioni 9 soggetti, pari al 42,9%, riferiscono di aver avuto del tempo per elaborare la notizia ricevuta; 3 soggetti, pari al 14,3%, riferiscono di aver avuto tempo per elaborare la notizia, ma che avrebbero preferito un tempo maggiore; 6 soggetti, 28,6%, riferiscono di non aver avuto la possibilità di prendersi del tempo per elaborare la notizia; 3 soggetti, 28,6%, riferiscono di non ricordare questa informazione. [Tab.8]

[Tab.8]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	9	42,9%
2. Si, ma non quanto avrei voluto	3	14,3%
3. No	6	28,6%
4. Non ricordo	3	14,3%
Tot. osservazioni	21 (AS <sub>n</sub> =22 - 1 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 2 soggetti non hanno risposto alla domanda.

Delle 18 osservazioni 11 soggetti, pari al 61,1%, riferiscono di aver avuto del tempo per elaborare la notizia ricevuta; 2 soggetti, pari al 11,1%, riferiscono di aver avuto tempo per elaborare la notizia, ma che avrebbero preferito un tempo maggiore; 1 soggetto, 5,6%, riferisce di non aver avuto la possibilità di prendersi del tempo per elaborare la notizia; 4 soggetti, 22,2%, riferiscono di non ricordare questa informazione. [Tab.8.1]

[Tab.8.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	11	61,1%
2. Si, ma non quanto avrei voluto	2	11,1%
3. No	1	5,6%
4. Non ricordo	4	22,2%
Tot. osservazioni	18 (IVG <sub>n</sub> =20 - 2 (risposta non data))	100%

### **Che linguaggio ha usato il professionista che ti ha informata? (facoltativa per IVG)**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 1 soggetto non ha fornito una risposta alla domanda.

Delle 21 osservazioni 2 soggetti, pari al 9,2% riferiscono che il professionista ha utilizzato un linguaggio tecnico; 14 soggetti, pari al 66,7% riferiscono che il professionista ha utilizzato un linguaggio semplice; 4 soggetti, pari al 19,1%, riferiscono che il

professionista non ha fornito alcuna informazione e/o spiegazione; 1 soggetto, 4,8%, riferisce di non ricordare. [Tab.9]

[Tab.9]

<b>Risposte</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Un linguaggio tecnico	2	9,2%
2. Un linguaggio semplice per farmi capire al meglio	14	66,7%
3. Non mi ha dato alcuna informazione e/o spiegazione	4	19%
4. Non ricordo	1	4,8%
Tot. Osservazioni	21 (AS n=22 -1 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 1 soggetto non ha risposto alla domanda.

Delle 19 osservazioni nessun soggetto riferisce che il professionista sanitario ha utilizzato un linguaggio tecnico; 15 soggetti, pari al 78,9% delle osservazioni, riferiscono che il professionista ha utilizzato un linguaggio semplice; 1 soggetto, 5,3%, riferisce che il professionista non ha fornito alcuna informazione e/o spiegazione; 3 soggetti, 15,8%, riferiscono di non ricordare questa informazione. [Tab.9.1]

[Tab. 9.1]

<b>Risposte</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Un linguaggio tecnico	0	\
2. Un linguaggio semplice per farmi capire al meglio	15	78,9%
3. Non mi ha dato alcuna informazione e/o spiegazione	1	5,3%
4. Non ricordo	3	15,8%
Tot. Osservazioni	19 (IVG n=20 -1 (risposta non data))	100%

### **Hai percepito da parte del sanitario frasi volte al tuo sostegno?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 1 soggetto non ha fornito una risposta alla domanda.

Delle 21 osservazioni 7 soggetti, pari al 33,3% riferiscono di aver percepito da parte dell'operatore frasi volte al loro sostegno, ma che avrebbero preferito un atteggiamento più empatico; 12 soggetti, pari al 57,1% delle osservazioni, riferiscono di aver percepito da parte dell'operatore frasi volte al sostegno e di essersi sentiti compresi e accolti; 2 soggetti, pari al 9,5%, riferiscono di non aver ricevuto frasi di sostegno da parte dell'operatore e di essersi sentiti ignorati; nessuno soggetto riferisce di essersi sentito giudicato.[Tab.10]

[Tab.10]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Sì, ma avrei preferito un atteggiamento più empatico	7	33,3%
2. Sì mi sono sentita compresa e accolta	12	57,1%
3. No, mi sono sentita ignorata	2	9,5%
4. No, inoltre mi sono sentita giudicata	0	\
Tot. osservazioni	21 (AS <sub>n</sub> =22 - 1 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 1 soggetto non ha fornito una risposta alla domanda.

Delle 19 osservazioni 2 soggetti, pari al 10,5% riferiscono di aver percepito da parte dell'operatore frasi volte al loro sostegno, ma che avrebbero preferito un atteggiamento più empatico; 15 soggetti, pari al 78,9% delle osservazioni, riferiscono di aver percepito da parte dell'operatore frasi volte al loro sostegno e di essersi sentiti compresi e accolti; 1 soggetto, pari al 5,3%, riferisce di non aver ricevuto frasi di sostegno da parte dell'operatore e di essersi sentito ignorato; 1 soggetto, 5,3%, riferisce di essersi sentito giudicato.[Tab.10.1]

[Tab.10.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Sì, ma avrei preferito un atteggiamento più empatico	2	10,5%
2. Sì mi sono sentita compresa e accolta	15	78,9%
3. No, mi sono sentita ignorata	1	5,3%
4. No, inoltre mi sono sentita giudicata	1	5,3%
Tot. osservazioni	19 (IVG $n=20 - 1$ (risposta non data))	100%

**Il professionista che ti ha fornito la diagnosi e i suoi collaboratori hanno prestato attenzione ad evitare interruzione da parte di esterni? (facoltativa per IVG)**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 1 soggetto non fornito una risposta alla domanda.

Delle 21 osservazioni, 9 soggetti, pari al 42,9%, riferiscono che il personale sanitario coinvolto ha prestato attenzione ad evitare interruzione da parte di esterni; 2 soggetti, 9,5%, riferiscono che non tutto il personale coinvolto ha avuto l'accortezza di evitare interruzione durante il colloquio; 2 soggetti, 5,3%, riferiscono che il personale sanitario coinvolto non ha prestato attenzione ad evitare interruzioni da parte di esterni; 8 soggetti, pari al 38,1%, riferiscono di non ricordarlo. [Tab.11]

[Tab.11]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Sì	9	42,9%
2. Sì, ma non tutti	2	9,5%
3. No	2	9,5%
4. Non ricordo	8	38,1%
Tot. osservazioni	21 (AS $n=22 - 1$ (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 5 soggetti non hanno risposto alla domanda.

Delle 15 osservazioni, 11 soggetti, pari al 73,3%, riferiscono che i professionisti coinvolti hanno prestato attenzione ad evitare interruzione da parte di esterni; 2 soggetti, pari al 13,3%, riferiscono che non tutti gli operatori coinvolti hanno prestato attenzione ad evitare interruzioni; nessuno soggetto riferisce che gli operatori non hanno prestato alcuna attenzione ad evitare interruzioni da parte di esterni; 2 soggetti, 13,3%, riferiscono di non ricordare. [Tab.11.1]

[Tab.11.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	11	73,3%
2. Si, ma non tutti	2	13,3%
3. No	0	\
4. Non ricordo	2	13,3%
Tot. osservazioni	15 (IVG <sub>n=20</sub> – 5 <sub>(risposta non data)</sub> )	100%

#### **Al momento del ricovero/accesso in ospedale sei stata accolta in una stanza dedicata?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 1 soggetto non ha fornito alcuna risposta a questa domanda.

Delle 21 osservazioni, 16 soggetti, pari al 76,2%, riferiscono di essere stati accolti in una stanza dedicata; 2 soggetti, 9,5%, riferiscono di essere stati accolti in una stanza normale con altre donne che avevano partorito; nessuno soggetto riferisce di essere stato accolto in una stanza con altre donne con aborto spontaneo; 3 soggetti, 14,3%, riferiscono di non aver avuto bisogno di ricovero. [Tab.12]

[Tab.12]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	16	76,2%



2. No, mi hanno accolta in una stanza normale e/o una stanza con altre mamme che avevano partorito	2	9,5%
3. No, mi hanno accolta in una stanza con altre gravide con aborto spontaneo	0	\
4. Non sono stata ricoverata	3	14,3%
Tot. osservazioni	21 (AS <sub>n</sub> =22 - 1 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 16 di questi, pari all'80% delle osservazioni, riferiscono di essere stati accolti in una stanza dedicata; 3 soggetti, 15%, riferiscono di essere stati accolti in una stanza normale, con altre donne che avevano partorito; 1 soggetto, 5%, riferisce di essere stato accolto in una stanza con altre donne che effettuavano un'interruzione di gravidanza; nessun soggetto riferisce di non aver avuto bisogno di ricovero. [Tab.12.1]

[Tab.12.1]

Risposta	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
1. Si	16	80%
2. No, mi hanno accolta in una stanza normale e/o una stanza con altre mamme che avevano partorito	3	15%
3. No, mi hanno accolta in una stanza con altre IVG	1	5%
4. Non sono stata ricoverata	0	/
Tot. osservazioni	20	100%

**Aborto spontaneo: nella scelta del percorso da seguire è stata considerata la tua preferenza a fronte di spiegazioni adeguate sulle varie procedure possibili?**

Le risposte possibili fornite alla donna sono quattro:

- Si, mi sono state spiegate le diverse alternative e ho potuto esprimere la mia preferenza
- No, mi è stata offerta solo l'alternativa della condotta d'attesa
- No, mi è stata offerta solo la procedura chirurgica

- No, mi è stata offerta solo la procedura farmacologica

Per una visione generale dei risultati, le risposte sono state riclassificate in due categorie, ovvero i soggetti che riferiscono di aver ricevuto un'adeguata informazione circa le diverse possibilità e di aver potuto scegliere e i soggetti che riferiscono di non aver avuto la possibilità di scelta circa il percorso da intraprendere.

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 2 soggetti non hanno fornito alcuna risposta alla domanda.

Tra le 20 osservazioni, 11 soggetti, pari al 55%, riferiscono di aver avuto informazioni e di aver potuto esprimere la propria preferenza in merito al percorso da intraprendere; 9 soggetti, 45%, riferiscono di non aver avuto la possibilità di scegliere il percorso da seguire. [Tab.13]

[Tab.13]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
Si	11	55%
No	9	45%
Tot. osservazioni	20 (AS $n=22 - 2$ (risposta non data))	100%

Al fine di avere dei risultati quanto più chiari possibili, verranno riportati di seguito i dati specifici delle 4 risposte proposte nel quesito. [Tab.13.1]

[Tab.13.1]

<b>Risposta</b>	<b>%</b>
1	55%
2	5%
3	5%
4	35%

**Interruzione volontaria di gravidanza: in caso di sospetto/diagnosi di anomalie fetali ti sono state illustrate tutte le strade percorribili compatibilmente con i tuoi desideri? (facoltativa)**

Le risposte possibili fornite alla donna sono quattro:

- Si, mi sono state spiegate le diverse alternative e ho potuto esprimere la mia preferenza
- No, mi è stato indicato di procedere direttamente con l'IVG
- No, mi è stato indicato di eseguire un esame invasivo diagnostico prima di procedere con l'interruzione
- No, mi è stata offerta solo l'alternativa della condotta d'attesa

Per una visione generale dei risultati, le risposte sono state riclassificate in due categorie, ovvero i soggetti che riferiscono di aver ricevuto un'adeguata informazione circa le diverse possibilità e di aver potuto scegliere e i soggetti che riferiscono di non aver avuto la possibilità di scelta circa il percorso da intraprendere.

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, solo 7 soggetti hanno fornito una risposta alla domanda.

Tra le 7 osservazioni, 5 soggetti, pari al 71,4%, riferiscono di aver avuto informazioni e di aver potuto esprimere la propria preferenza in merito al percorso da intraprendere; 2 soggetti, 28,6%, riferiscono di non aver avuto la possibilità di scegliere il percorso da seguire. [Tab.14]

[Tab.14]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
Si	5	71,4%
No	2	28,6%
Tot. osservazioni	7 (IVG $n=20 - 13$ (risposta non data))	100%

Al fine di avere dei risultati quanto più chiari possibili, verranno riportati di seguito i dati specifici delle 4 risposte proposte nel quesito. [Tab.14.1]

[Tab.14.1]

<b>Risposta</b>	<b>%</b>
1	71,4%
2	14,3%
3	\
4	14,3%

**In caso di sospetto/diagnosi di patologia ti è stata offerta la possibilità di effettuare il cariotipo sul materiale dopo l'espulsione, qualora previsto dalla struttura? (facoltativa per IVG)**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 6 soggetti non hanno risposto alla domanda.

Delle 16 osservazioni, 5 soggetti, pari al 31,3%, riferiscono di avere avuto informazioni circa la possibilità di effettuare il cariotipo sul materiale abortivo; 1 soggetto, 6,3%, riferisce di aver avuto informazioni e di non aver voluto procedere; 8 soggetti, pari al 50% delle osservazioni, riferiscono di non aver avuto alcuna informazione circa la possibilità di effettuare il cariotipo sul materiale dopo l'espulsione; 2 soggetti, 12,5%, riferiscono di non ricordare questa informazione. [Tab.15]

[Tab.15]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	5	31,3%
2. Si, ma non ho voluto procedere	1	6,3%
3. No	8	50%
4. Non ricordo	2	12,5%
Tot. osservazioni	16 (AS <sub>n=22</sub> - 6 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 14 soggetti non hanno fornito alcuna risposta alla domanda.

Delle 6 osservazioni ottenute, 2 soggetti, pari al 33,3%, riferiscono di aver ricevuto informazioni circa la possibilità di effettuare il cariotipo sul materiale dopo l'espulsione; 2 soggetti, 33,3%; riferiscono di avere avuto informazioni ma di non aver voluto procedere; 1 soggetto, pari al 16,7% delle osservazioni, riferisce di non ricordare questa informazione; 1 soggetto, 16,7%, riferisce di non aver avuto alcuna informazione circa questa possibilità. [Tab.15.1]

[Tab.15.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	2	33,3%
2. Si, ma non ho voluto procedere	2	33,3%
3. No	1	16,7%
4. Non ricordo	1	16,7%
Tot. osservazioni	6 (IVG <sub>n=20</sub> – 14 (risposta non data))	100%

**Sei stata informata sulla possibilità di effettuare una sepoltura del feto (necessaria autorizzazione sanitaria se sotto 20 settimane)?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 2 soggetti non hanno risposto alla domanda.

Delle 20 osservazioni, 4 soggetti, pari al 20%; riferiscono di essere stati informati sulla possibilità di effettuare una sepoltura del feto; 2 soggetti, 10%, riferiscono di essere stati informati e di non aver voluto procedere; 4 soggetti, 20%, riferiscono di non ricordare questa informazione; 10 soggetti, pari al 50% delle osservazioni, riferiscono di non esserne stati informati. [Tab.16]

[Tab.16]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	4	20%
2. Si, ma non ho voluto procedere	2	10%
3. Non ricordo	4	20%
4. No	10	50%
Tot. osservazioni	20 (AS <sub>n=22</sub> - 2 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 2 soggetti non hanno risposto alla domanda posta.

Delle 18 osservazioni, 5 soggetti, pari al 27,8%, riferiscono di essere stati informati circa la possibilità di sepoltura del feto; 5 soggetti, 27,8%, riferiscono di essere stati informati e di non aver voluto procedere; 4 soggetti, 22,2%, riferiscono di non ricordare questa informazione; 4 soggetti, 22,2%, riferiscono di non essere stati informati circa questa possibilità. [Tab.16.1]

[Tab.16.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	5	27,8%
2. Si, ma non ho voluto procedere	5	27,8%
3. Non ricordo	4	22,2%
4. No	4	22,2%
Tot. osservazioni	18 (IVG $n=20-2$ (risposta non data))	100%

### **Il tuo partner e/o persona di fiducia è potuta restare con te al ricovero?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, solo 1 soggetto non ha risposto alla domanda.

Delle 21 osservazioni, 13 soggetti, pari al 61,9%, riferiscono che il loro partner e/o persona di fiducia è potuto restare durante il ricovero; 1 soggetto, pari al 4,8%, riferisce che il proprio partner è potuto restare durante il ricovero solo per poco tempo; 5 soggetti, 23,8%, riferiscono che nessuna persona di loro fiducia è potuta restare durante il ricovero; 2 soggetti, 9,5%, riferiscono di non aver avuto bisogno del ricovero. [Tab.17]

[Tab.17]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Si	13	61,9%
2. Si, ma solo per poco tempo	1	4,8%
3. No	5	23,8%
4. Non è stato necessario il ricovero	2	9,5%

Tot. osservazioni	21 (AS <sub>n</sub> =22 - 1 (risposta non data))	100%
-------------------	---	------

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 14 di questi, pari al 70% delle osservazioni, riferiscono che durante il ricovero una persona di fiducia è potuta restare con loro; 2 soggetti, 10%, riferiscono che è potuta restare una persona di fiducia ma solo per poco tempo; 4 soggetti, 20%, riferiscono di non aver avuto la possibilità di avere una persona di fiducia al loro fianco; nessun soggetto riferisce di non aver avuto bisogno del ricovero. [Tab.17.1]

[Tab.17.1]

Risposta	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
1. Sì	14	70%
2. Sì, ma solo per poco tempo	2	10%
3. No	4	20%
4. Non è stato necessario il ricovero	0	\
Tot. osservazioni	20	100%

**Ti è stato garantito prima della dimissione un colloquio informativo con indicazioni per la ricerca di una futura gravidanza e/o eventuali metodi contraccettivi?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, solo 1 soggetto non ha risposto alla domanda.

Delle 21 osservazioni, 9 soggetti, pari al 42,9%, riferiscono di aver avuto un colloquio informativo prima della dimissione; 2 soggetti, 9,5%, riferiscono di non averlo voluto sostenere; 5 soggetti, 23,8%, riferiscono di non avere avuto nessuna informazione/nessuno colloquio circa la ricerca di una futura gravidanza o l'utilizzo di metodi contraccettivi prima della dimissione; 5 soggetti, 23,8%, non ricordano questa informazione. [Tab.18]

[Tab.18]

Risposta	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
1. Si	9	42,9%
2. Si, ma non l'ho voluto sostenere	2	9,5%
3. No	5	23,8(
4. Non ricordo	5	23,8%
Tot. osservazioni	21 (AS <sub>n=22</sub> -1 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 9 soggetti, pari al 45% delle osservazioni riferiscono di avere avuto un colloquio informativo prima della dimissione; 4 soggetti, 20%, riferiscono di non averlo voluto sostenere; 3 soggetti, 15%, riferiscono di non avere avuto nessuna informazione/nessuno colloquio circa la ricerca di una futura gravidanza o l'utilizzo di metodi contraccettivi prima della dimissione; 4 soggetti, 20%, riferiscono di non ricordare questa informazione. [Tab.18.1]

[Tab.18.1]

Risposta	Frequenza assoluta	Frequenza percentuale (%)
1. Si	9	45%
2. Si, ma non l'ho voluto sostenere	4	20%
3. No	3	15%
4. Non ricordo	4	20%
Tot. osservazioni	20	100%

**È stato organizzato un incontro follow-up, a distanza di circa un mese dall'evento, con una struttura consultoriale o altre?**

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, solo 1 soggetto non ha risposto alla domanda.

Delle 21 osservazioni, 8 soggetti, pari al 38,1%, riferiscono che è stato organizzato un incontro follow-up dopo l'evento subito; 7 soggetti, 33,3%, riferiscono di aver avuto la possibilità tornare presso la struttura sanitaria, ma di preferire la prosecuzione delle cure presso il proprio medico curante; nessun soggetto pensa che non sia necessario effettuare



un incontro follow-up dopo l'evento; 6 soggetti, 20%, riferisco che non è stato organizzato alcun incontro dopo l'evento. [Tab.19]

[Tab.19]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Sì	8	38,1%
2. Sì, ma preferisco tornare dal mio curante	7	33,3%
3. Sì, ma non lo ritengo necessario	0	\
4. No	6	28,6%
Tot. osservazioni	21 (AS <sub>n=22</sub> - 1 (risposta non data))	100%

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, composto da 20 soggetti, 10 soggetti, pari al 50% delle osservazioni, riferiscono che è stato organizzato un incontro follow-up a seguito dell'intervento; 6 soggetti, pari al 30%, riferiscono di aver avuto la possibilità tornare presso la struttura sanitaria, ma di preferire la prosecuzione delle cure presso il proprio medico curante; nessun soggetto pensa che non sia necessario effettuare un incontro follow-up; 4 soggetti, pari al 20% delle osservazioni, riferiscono che non è stato organizzato alcun incontro dopo l'evento. [Tab.19.1]

[Tab.19.1]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
1. Sì	10	50%
2. Sì, ma preferisco tornare dal mio curante	6	30%
3. Sì, ma non lo ritengo necessario	0	\
4. No	4	20%
Tot. osservazioni	20	100

**Reputi in generale di aver ricevuto un'assistenza sul piano psicologico/emozionale adeguata al tipo di evento?**

Le possibili risposte a questa domanda sono:

- Si, mi sono sentita al sicuro non giudica
- Si, ma avrei preferito un ulteriore supporto e accoglienza
- No
- No, mi sono sentita sotto giudizio, sola, spaesata e colpevolizzata

Per una visione generale dei risultati, le risposte sono state riclassificate in due categorie, ovvero i soggetti che riferiscono di aver in generale un vissuto positivo in merito all'assistenza ricevuta e i soggetti che al contrario riferiscono di averne in generale un vissuto negativo.

Nel campione riferito al questionario di donne che hanno subito un aborto spontaneo, composto da 22 soggetti, 2 soggetti non hanno risposto alla domanda.

Delle 21 osservazioni, 15 soggetti, pari al 71,4%, riferiscono di aver ricevuto un'assistenza adeguata al tipo di evento; 6 soggetti, pari al 28,6% delle osservazioni, riferiscono di non aver ricevuto un'assistenza adeguata. [Tab.20]

[Tab.20]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
Si	13	65%
No	7	35%
Tot. osservazioni	20 (AS <sub>n</sub> = 20-2 (risposta non data))	100%

Al fine di avere dei risultati quanto più chiari possibili, verranno riportati di seguito i dati specifici delle 4 risposte proposte nel quesito. [Tab.20.1]

[tab.20.1]

<b>Risposta</b>	<b>%</b>
1	45%
2	20%
3	25%
4	10%

Nel questionario di donne che hanno effettuato un'interruzione di gravidanza, composto da 20 soggetti, tutti i soggetti, pari al 100% delle osservazioni, sostengono di aver ricevuto un'adeguata assistenza; nessun soggetto ritiene di non aver ricevuto un'adeguata assistenza. [Tab.20.2]

[Tab.20.2]

<b>Risposta</b>	<b>Frequenza assoluta</b>	<b>Frequenza percentuale (%)</b>
SI	20	100%
No	0	\
Tot. osservazioni	20	100%

Al fine di avere dei risultati quanto più chiari possibili, verranno riportati di seguito i dati specifici delle 4 risposte proposte nel quesito. [Tab.20.3]

[Tab.20.3]

<b>Risposta</b>	<b>%</b>
1	75%
2	25%
3	\
4	\

### **Analisi inferenziale tra le variabili sociodemografiche e la soddisfazione generale dei soggetti in merito all'assistenza**

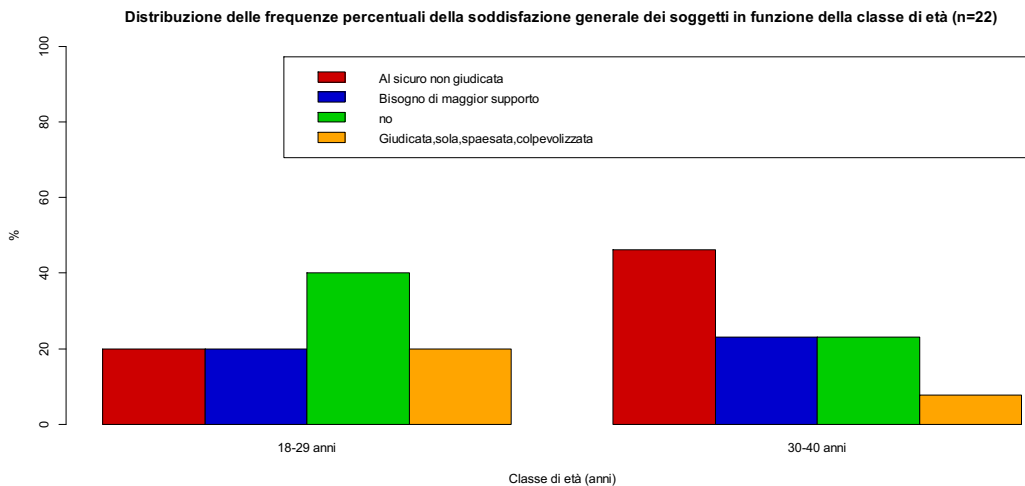
Dall'analisi inferenziale tra la variabile classe di età e la percezione generale dei soggetti, riscontrata nel campione di donne che hanno subito un aborto spontaneo, risulta che il 20% dei soggetti di età compresa tra i 18 e i 29 anni pensa di aver ricevuto una buona assistenza e riferisce di essersi sentito al sicuro e non giudicato; un altro 20% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto; il 40% dei soggetti riferisce di non aver ricevuto una buona assistenza; il restante 20% riferisce di essersi sentito sotto giudizio, solo, spaesato e colpevolizzato.

Il 46% dei soggetti di età compresa tra i 30 e i 40 anni, riferisce di aver ricevuto una buona assistenza; un 23% dei soggetti pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che

avrebbe avuto bisogno di maggior supporto; un altro 23% riferisce di non aver avuto una buona assistenza; infine, l'8% dei soggetti riferisce di essersi sentito giudicato, solo, spaesato e colpevolizzato. [Grafico 1]

Dai test statistici effettuati, il p-value dell'analisi inferenziale tra Età e soddisfazione generale dei soggetti risulta essere di 0.68.

[Grafico 1]

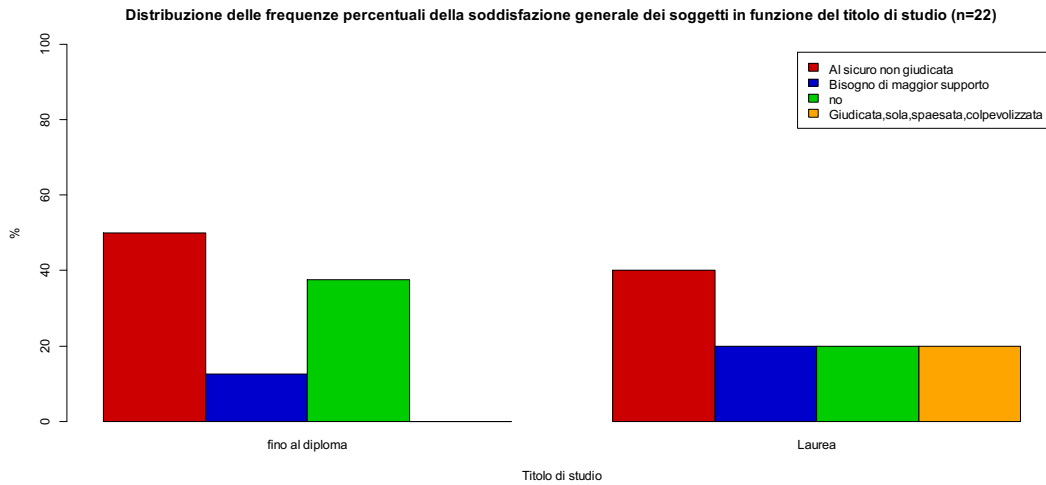


Dall'analisi inferenziali tra la variabile titolo di studio e la soddisfazione generale dei soggetti che hanno subito un aborto spontaneo, risulta che il 50% di coloro che hanno conseguito un diploma di scuola media superiore o titoli minori, pensa di aver avuto una buona assistenza e di essersi sentito al sicuro; il 12.5% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno un supporto maggiore; il 37.5% dei soggetti riferisce di non aver avuto una buona assistenza; nessun soggetto riferisce di essersi sentito giudicato, solo, spaesato e colpevolizzato.

Il 40% dei soggetti che hanno conseguito una laurea o altri titoli maggiori, riferisce di aver avuto una buona assistenza; un 20% riferisce di aver avuto una buona assistenza ma che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto; un altro 20% riferisce di non aver avuto una buona assistenza; un ultimo 20% riferisce di essersi sentito giudicato, solo, spaesato e colpevolizzato. [Grafico 2]

Dai test statistici effettuati, il valore del p-value risulta essere 0.50.

[Grafico 2]

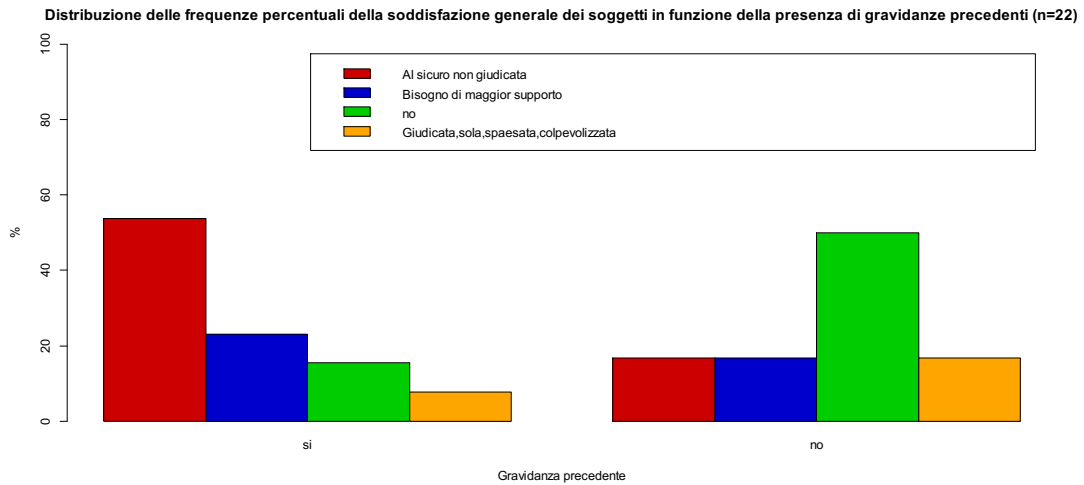


Dall'analisi inferenziale tra la variabile presenza di gravidanze precedenti e soddisfazione generale dei soggetti, in riferimento al campione di soggetti che ha subito un aborto spontaneo, risulta che il 54% dei soggetti che hanno avuto almeno una gravidanza precedente all'evento subito, riferisce di aver avuto una buona assistenza; il 23% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto; il 15% riferisce di non aver avuto una buona assistenza; l'8% dei soggetti riferisce di essersi sentito giudicato, solo, spaesato e colpevolizzato.

Il 17% dei soggetti che non hanno avuto altre gravidanze precedentemente all'evento subito, riferisce di aver avuto una buona assistenza; un altro 17% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto; il 50% dei soggetti riferisce di non aver avuto una buona assistenza; infine, un altro 17% riferisce di essersi sentito giudicato, solo, spaesato e colpevolizzato. [Grafico 3]

Dai test statistici effettuati, il valore del p-value risulta essere 0.31.

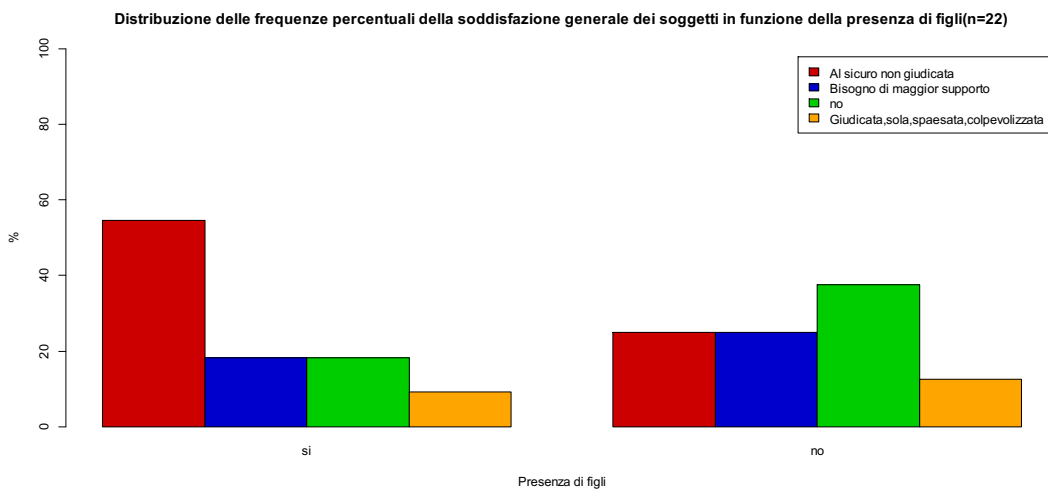
[Grafico 3]



Dall'analisi inferenziale tra la variabile presenza di figli e il vissuto generale di soggetti, in riferimento al campione di soggetti che hanno subito un aborto spontaneo, risulta che il 54.5% dei soggetti che hanno figli, riferisce di aver avuto una buona assistenza; il 18% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto; un altro 18% riferisce di non aver avuto una buona assistenza; il 9% riferisce di essersi sentito giudicato, solo, spaesato e colpevolizzato.

Il 25% dei soggetti che non hanno figli, riferisce di aver avuto una buona assistenza; un altro 25% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto; il 37.5% riferisce di non aver avuto una buona assistenza; il 12.5% riferisce di essersi sentito giudicato, solo spaesato e colpevolizzato. [Grafico 4]  
 Dai test statici effettuati, il valore del p-value risulta essere di 0.62.

[Grafico 4]

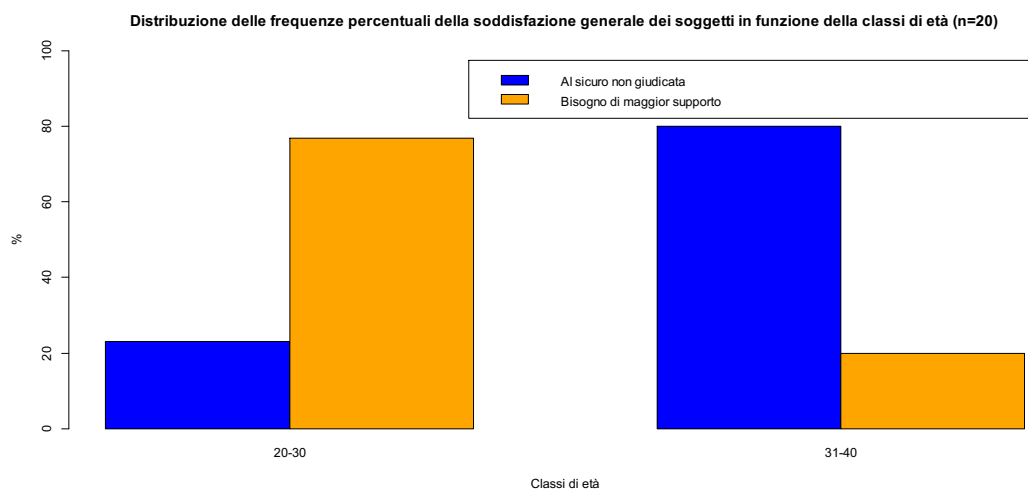


Dall'analisi inferenziale tra la variabile classe di età e la soddisfazione generale dei soggetti che si sono sottoposti ad un'interruzione volontaria di gravidanza, risulta che il 23% dei soggetti di età compresa tra i 20 e i 30 anni riferisce di aver avuto una buona assistenza; il 77% dei soggetti pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto.

L'80% dei soggetti di età compresa tra i 31 e i 40 anni riferisce di aver avuto una buona assistenza, mentre il 20% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto. [Grafico 5]

Dai test statici effettuati, il valore del p-value risulta essere di 0.09.

[Grafico 5]

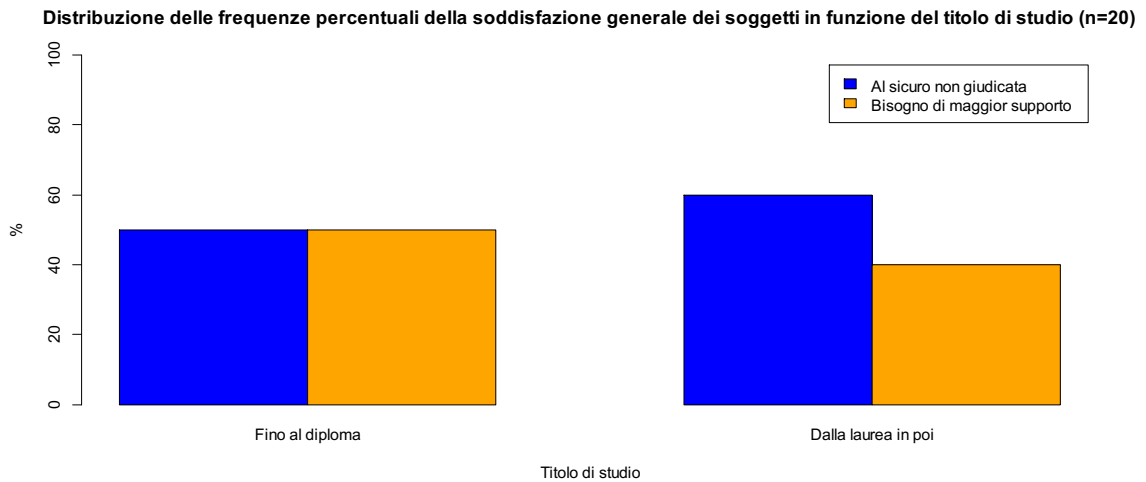


Dall'analisi inferenziale tra la variabile titolo di studio e la soddisfazione generale dei soggetti che hanno effettuato un'interruzione di gravidanza, risulta che il 50% dei soggetti che hanno conseguito un diploma di scuola media superiore o altri titolo inferiori riferisce di aver avuto una buona assistenza; il restate 50% pensa di aver ricevuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto.

Il 60% dei soggetti che hanno conseguito una laurea o altri titolo superiori, riferisce di aver avuto una buona assistenza; il restante 40% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto. [Grafico 6]

Dai test statici effettuati, il valore del p-value risulta essere di 1.

[Grafico 6]



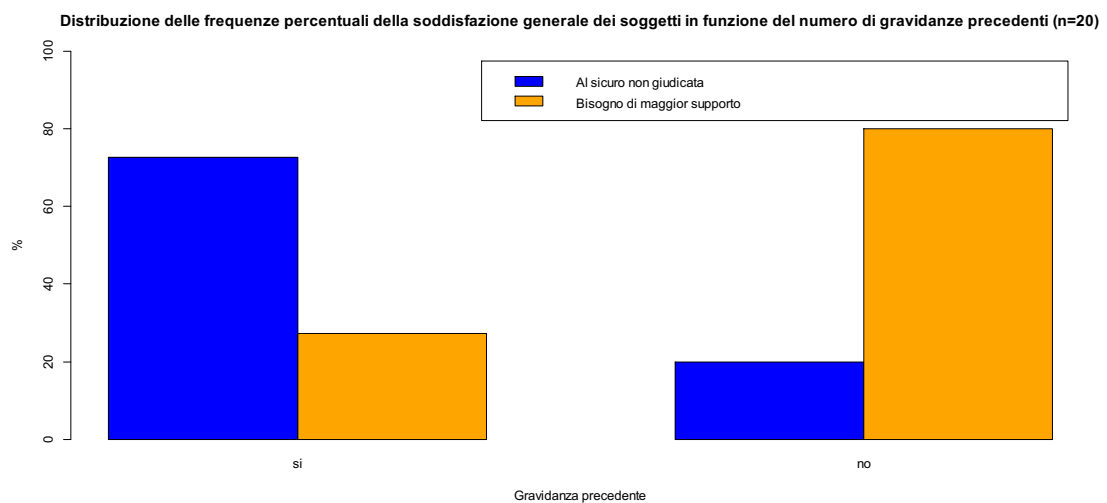
Dall'analisi inferenziale tra la variabile presenza di gravidanze precedenti e il vissuto generale dei soggetti, risulta che il 73% dei soggetti che hanno avuto una o più gravidanze precedenti all'interruzione volontaria di gravidanza, riferisce di aver avuto una buona assistenza; il restante 27% dei soggetti pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto.

Il 20% dei soggetti che non hanno avuto altre gravidanze precedenti all'interruzione di gravidanza, riferisce di aver avuto una buona assistenza; il restante 80% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto.

[Grafico 7]

Dai test statistici effettuati, il valore del p-value risulta essere di 0.15.

[Grafico 7]

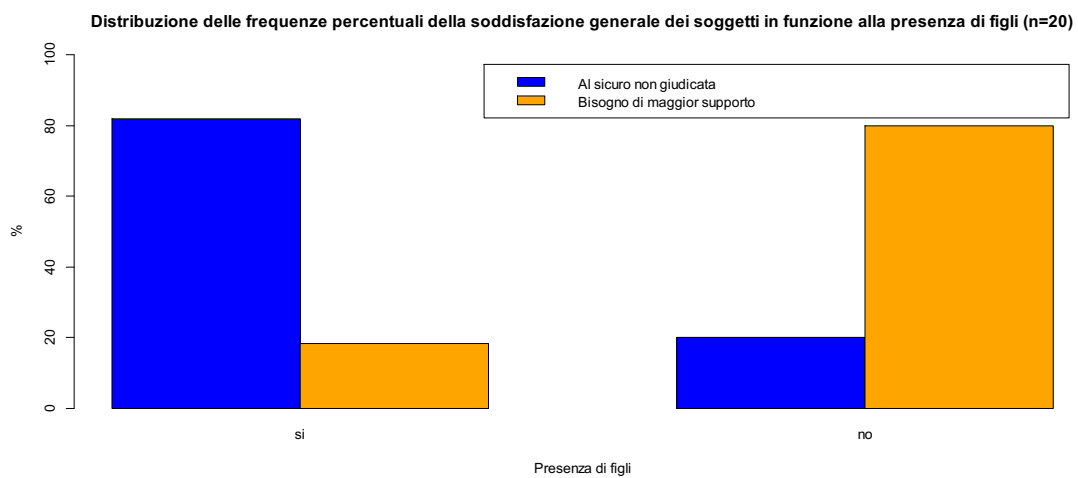




Dall'analisi inferenziale tra la variabile presenza di figli e il vissuto generale dei soggetti, risulta che l'82% dei soggetti che hanno figli e che si sono sottoposti ad un'interruzione di gravidanza, riferisce di aver avuto una buona assistenza; il restante 18% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto. Il 20% dei soggetti che non hanno figli riferisce di aver avuto una buona assistenza; il restante 80% pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto. [Grafico 8]

Dai test statistici effettuati, il valore del p-value risulta essere di 0.07.

[Grafico 8]



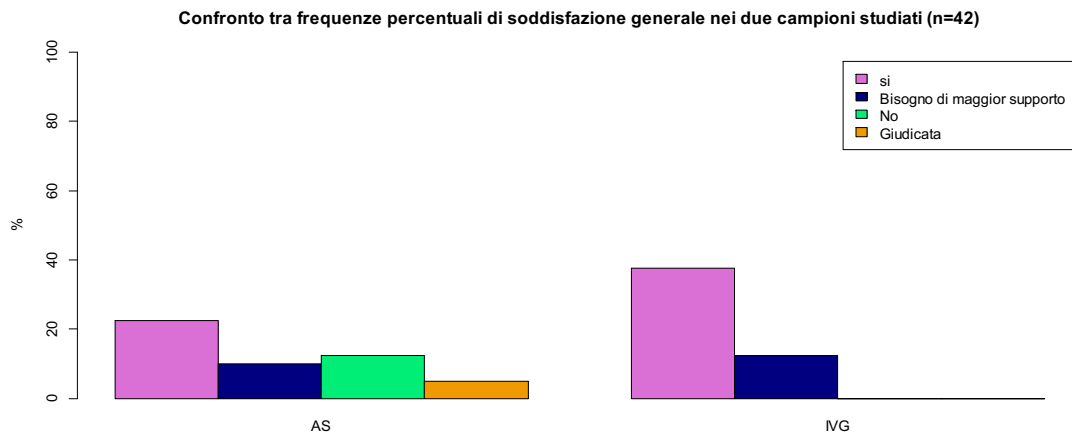
Analisi inferenziale tra soddisfazione generale dei soggetti che hanno subito un aborto spontaneo e dei soggetti che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza. Nel campione composto da 42 soggetti solo 2 non hanno fornito indicazioni sul loro vissuto generale.

Dall'analisi inferenziale risulta che il 60% dei soggetti pensa di aver avuto una buona assistenza, di questi il 22.5% ha subito un aborto spontaneo, mentre il 37.5% ha effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza.

Il 22.5% dei soggetti pensa di aver avuto una buona assistenza ma riferisce che avrebbe avuto bisogno di maggior supporto, di questi il 10% ha subito un aborto spontaneo, mentre il 12.5% ha effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza.

Il 12.5% dei soggetti, ha subito un aborto spontaneo e riferisce di non aver avuto una buona assistenza; il restante 5% ha subito un aborto spontaneo e riferisce di essersi sentito giudicato. [Grafico 9]

[Grafico 9]



## **Discussione**

È bene ricordare che i risultati ottenuti, non risultano essere statisticamente significativi, a causa delle criticità precedentemente evidenziate, inoltre, dai test statistici effettuati, il valore del p-value risulta essere sempre maggiore di 0.05, considerato come intervallo di confidenza.

Dall'analisi dei dati, emerge che in gran parte delle risposte riscontrate, per entrambi i questionari la percezione da parte dei soggetti sia per lo più positiva.

Sono state infatti solo 4 le domande il cui riscontro ha avvalorato l'ipotesi di questa tesi riguardo la necessità di miglioramento dell'assistenza offerta.

Alla domanda in cui veniva chiesto alle donne se in sede di ecografia o di visita fosse stato anticipato che qualcosa non andasse, il 50% dei soggetti che hanno subito un aborto spontaneo riferisce che nessuno aveva anticipato loro delle possibili problematiche o dell'avvenimento di un aborto spontaneo, tra questi il 31.8% sostiene poi di aver avuto dei sospetti dettati dal fatto di aver notato dei segnali di possibile allarme.

La situazione risulta essere peggiore per quanto riguarda le donne sottoposte ad interruzione di gravidanza, la cui percentuale di risposta negativa è del 91.7%.

È bene ricordare, come si evince in modo esplicito dalle linee guida del Royal College of Obstetric and Gynecologist, l'importanza di comunicare alla donna/coppia cosa sta accadendo man mano che si va avanti con l'esame; risulta altrettanto importante l'uso di termini e modi adeguati, spesso, soprattutto in visite non programmate, la donna ha già il presentimento che qualcosa non vada, ma altrettanto spesso invece la notizia di una gravidanza interrotta può essere una sorpresa e lasciare la donna in un turbinio di emozioni. È auspicabile, qualora si riscontri una scarsa conoscenza da parte della donna circa la situazione, utilizzare termini come: "sembra ci sia qualcosa che non va", così da anticipare in modo più tranquillo possibile quello che sta accadendo.

Un altro riscontro negativo, che avvalora la tesi, proviene dalla domanda in cui viene chiesto alla donna in quale momento esatto dell'esame le è stata fornita la diagnosi di aborto spontaneo, i risultati mostrano infatti che il 75% delle pazienti riferisce di aver avuto la diagnosi durante lo svolgimento dell'ecografia stessa e un 18.8% riferisce di averla ricevuta ad ecografia terminata ma di essersi trovata ancora sul lettino ginecologico.

In questo frangente è chiaro che anche la posizione del professionista sanitario di fronte ad eventuali richieste di spiegazione da parte della donna risulti essere complicata, ciò nonostante, è importante creare un ambiente quanto più confortevole possibile alla donna e/o coppia.

Comunicare una notizia negativa, mentre la donna si trova ancora sul lettino ginecologico, sotto lo sguardo compassionevole di chi le è attorno, risulta di certo essere una cattiva abitudine. Risulta certamente migliore l'approccio che comprende la richiesta alla donna di rivestirsi, anticipandole che qualcosa non va, così da lasciarle il tempo di iniziare a metabolizzare la notizia e, solo un volta che questa si sia messa a proprio agio, comunicarle nel modo adeguato ciò che si è riscontrato tramite l'esame effettuato.

Altri risultati che avvalorano la tesi provengono dal campione di donne che hanno subito un aborto spontaneo, in particolare dalla domanda in cui viene chiesto al soggetto se il personale sanitario ha provveduto ad informare lo stesso circa la possibilità di effettuare l'esame del cariotipo sul materiale abortivo; dai risultati si riscontra che il 50% dei soggetti non ne era a conoscenza e solo il 37.6% riferisce di esserne stato informato.

Alcune strutture prevedono infatti che, dopo l'espulsione, sul materiale venga effettuata un'analisi citogenetica o anatomo-patologica, a seconda dell'epoca di gestazione, questa scelta, anche se sovrascritta da protocolli aziendali, deve comunque essere spiegata alla donna/coppia e, se previsto, deve esserle offerta la possibilità di effettuare il cariotipo sul materiale fetale, affinché vengano identificate anomalie cromosomiche, diagnosticate malattie genetiche, difetti congeniti o altro.

Una mancanza di informazioni da parte dei professionisti proviene inoltre dalle informazioni inerenti la possibilità di sepoltura del feto, anche in questo caso i riscontri maggiori provengono dal campione di donne che hanno subito un aborto spontaneo, di cui il 50% riferisce di non esserne stata informata e solo il 30% riferisce il contrario.

Se, nel caso di morte endouterina fetale dovrebbe ormai essere entrata nella pratica quotidiana la proposta alla donna/coppia di effettuare la sepoltura del feto, al contrario, quando si tratta di un aborto spontaneo o di interruzione per un'anomalia fetale, spesso questa opzione non viene mai considerata, seppure sia un diritto dei genitori.

Tra l'altro, sotto le 20 settimane, effettuare una procedura del genere, prevede una grande quantità di burocrazia, che spesso intimorisce sia il professionista sanitario che la donna stessa.

Dunque risulta fondamentale che il professionista sia consapevole della necessità e del dovere di proporre alla donna/coppia di seppellire il feto non più in vita, questo, indipendentemente dalle settimane in cui si è verificato l'evento, dallo stato emotivo della paziente/coppia e dalle credenze stesse dell'operatore.

Di seguito è riportata la discussione relativa ai risultati ottenuti negli altri quesiti, con un particolare focus sulle motivazioni che stanno alla base degli interrogativi proposti.

Per quanto riguarda la domanda in cui viene chiesto al soggetto se il professionista sanitario si è presentato in sede di esame, per entrambi i campioni, i riscontri sono stati positivi; ciò nonostante, una piccola quota di soggetti riferisce che non tutti o addirittura nessuno dei professionisti si è presentato.

Questa domanda viene posta in quanto, come anticipato precedentemente, è basilare che il professionista si presenti e parli con la paziente, indipendentemente dal tipo di esame che essa deve svolgere, in particolare in situazioni come: la comunicazione di un aborto spontaneo, di anomalia fetale o in sede di IVG.

Risulta infatti essere di grande aiuto l'aver instaurato un rapporto con la donna/coppia considerando il sostanziale contributo e apporto della presenza di una relazione di qualità nel migliorare il vissuto dell'evento.

Alla domanda in cui veniva chiesto ai soggetti se la diagnosi di aborto spontaneo o di anomalia fetale fosse stata fornita in una stanza dedicata, il 50% dei soggetti di entrambi i campioni, riferisce di essere stata accompagnata in una stanza dedicata; la parte restante dei soggetti riferisce di non essere stata accompagnata in luogo dedicato o di esserci stata portata successivamente.

Un completamento alla comunicazione di notizie negative successivamente all'esame effettuato, come descritto precedentemente, soprattutto nel caso di sospetta anomalia fetale, risulta essere quello di dedicare un luogo ben preciso ai colloqui con la donna/coppia, questo perché abitualmente la donna ha bisogno di tempo per metabolizzare la notizia ed apprenderla accuratamente, ponendo al professionista le opportune domande.

Una situazione analoga potrebbe essere prevista anche nel caso di comunicazione di aborto spontaneo, anche se, verosimilmente, quando la donna ha già il presentimento, o le è stato anticipato dal professionista, che ci sia qualcosa che non va, richiede di avere

spiegazioni quanto prima possibile, proprio per non restare nell'attesa di non sapere cosa stia accadendo.

Per quanto riguarda la possibilità offerta alle donne di attendere l'arrivo del partner o di una persona di fiducia, i risultati ottenuti sono molto positivi; infatti, in entrambi i campioni la maggior parte dei soggetti riferisce di aver avuto questa opportunità.

Questo è un aspetto significativo dell'assistenza, se la donna si presenta all'esame da sola, nel caso si riscontrasse una problematica, è bene chiederle se preferisce attendere l'arrivo del partner o di una persona di fiducia, aspettando il tempo necessario qualora questa lo desideri.

La donna, in queste circostanze è molto vulnerabile, pertanto, avere al suo fianco una persona di fiducia, oltre che metterla maggiormente a proprio agio, è necessaria anche per garantire la sua riservatezza.

Alcune donne preferiscono comunque restare sole in questi momenti, in ogni caso, qualunque sia la scelta, il professionista ha il dovere di rispettarla.

Altrettanto rilevante è fornire alla donna/coppia il tempo a loro necessario per esprimere le proprie emozioni, nella domanda in cui questo veniva valutato, la maggior parte delle donne che hanno effettuato un'interruzione di gravidanza, riferisce di aver avuto questa opportunità; dall'altra parte, seppur una buona percentuale di donne che hanno subito un aborto spontaneo reputi di aver avuto del tempo a disposizione, una quota minore ma esistente riferisce che questa possibilità non è stata offerta loro.

Una volta data la notizia alla donna/coppia, è quindi bene attendere del tempo prima di procedere a spiegare i passi successivi. Molto spesso la donna/coppia ha bisogno di tempo per apprendere a pieno quello che le è stato comunicato, per iniziare ad accettarlo, certamente ascoltare quali sono le varie strade percorribili per procedere all'espulsione del feto non più in vita, o sentirsi descrivere tutte le problematiche legate ad una determinata patologia, non aiuta il fisiologico svolgimento di questo indispensabile processo.

Ne consegue l'appropriatezza di lasciare del tempo alla donna/coppia anche da sola, se lo desidera, in una stanza dedicata e, solo quando sarà sufficientemente pronta, procedere con l'illustrare la gestione dell'evento da quel momento in poi.

Il linguaggio, come anticipato, è un punto focale nella comunicazione con i pazienti ma spesso i professionisti, per restare ben al di fuori dalla porta che divide loro e i sentimenti

dei pazienti, tendono ad utilizzare un lessico troppo specifico e di difficile comprensione da parte di chi hanno di fronte. Nei risultati ottenuti, la maggior parte dei soggetti di entrambi i campioni, riferisce che i professionisti si sono rivolti a loro con un linguaggio semplice ed efficace.

Quando si comunica la cessazione di una gravidanza, o ancora il sospetto di patologie fetali, è bene essere certi che la donna/coppia che si ha di fronte apprenda a pieno ciò che si comunica, è compito del professionista assicurarsi che questo accada, evitando di usare termini specifici della medicina e chiedendo più volte di porre della domande, o ripetendo, se necessario, quanto descritto, anche con parole diverse.

Il primo passo per accettare quello che accade, è comprenderlo pienamente.

Altrettanto importante, risulta essere l'utilizzo di frasi di sostegno da parte dei professionisti sanitari, i risultati mostrano infatti che la maggior parte dei soggetti ha percepito sostegno e comprensione da parte dei professionisti consapevoli di questo.

Durante la comunicazione di una notizia negativa, è bene che la persona assistita percepisca da parte dell'operatore, sostegno, sia fisico che emotivo, deve sentirsi compresa e accolta.

Qualunque possa essere il motivo della cessazione della gravidanza o la presenza di un'anomalia, un atteggiamento distaccato e tal volta giudicante nei confronti della donna, è il peggior intervento che un professionista possa fare, è un comportamento che contribuisce a rendere il vissuto di quell'evento ancora più negativo.

Un altro riscontro positivo si è ottenuto nella domanda in cui veniva chiesto ai soggetti se durante l'esame gli operatori avessero prestato attenzione ad evitare interruzioni da parte di terze persone; la maggior parte dei soggetti riferisce che questa premura c'è stata.

Qualunque sia il luogo in cui viene comunicata la diagnosi di aborto spontaneo o di anomalia fetale, il professionista deve assicurarsi che rimanga un luogo sicuro e protetto per la donna, evitando di ricevere interruzioni. Creare un legame con la donna/coppia, comunicare nei tempi adeguati e nel modo giusto una notizia negativa, è un processo che può essere vanificato se, in quell'ambiente di comprensione, avviene l'intromissione di altre persone.

È altresì basilare evitare di parlare con altri professionisti di argomenti che non riguardino la persona assistita, segno di mancata professionalità e soprattutto, segno di non curanza dello stato emotivo che la donna sta attraversando.

La maggior parte dei soggetti, alla domanda in cui veniva chiesto se al ricovero la donna fosse stata accolta in una stanza dedicata, ha riferito che questo si è verificato.

Spesso, per problematiche strutturali, i luoghi dedicati alle donne con lutto perinatale si trovano adiacenti a stanza di mamme che hanno partorito o che devono partorire, o peggio ancora vicino al nido. Per quanto difficile possa essere a livello organizzativo, è bene che ogni struttura si adoperi per permettere alle donna/coppie di vivere quel momento difficile in un luogo quanto più riservato possibile, ricordando che stanno vivendo un lutto. Un'alternativa valida sarebbe quella di creare un'area dell'unità operativa interamente dedicata a donne con aborto spontaneo, così da avere maggior riservatezza e intimità, senza dover cercare diversi luoghi in cui collocare le pazienti.

Come approfondito precedentemente, sono diverse le vie percorribili in caso di aborto spontaneo, così come per l'interruzione volontaria di gravidanza, tutte scelte che dovrebbero essere discusse con la donna. Dai risultati ottenuti, si evince infatti che la maggior parte delle donne che ha effettuato un'interruzione volontaria ha avuto una buona informazione circa le diverse strategie e che ha potuto esprimere la sua preferenza; per quando riguarda il campione di donne che hanno subito un aborto spontaneo, il 50% del soggetti riferisce di aver ricevuto informazioni e di aver potuto esprimere una preferenza, ma una quota altrettanto alta (45%) riferisce di non essere stata informata e di non aver avuto la possibilità di scegliere.

A meno che non ci siano indicazioni mediche tali da rendere questa scelta obbligata in un senso piuttosto che in un altro, è compito del professionista spiegare alla donna tutte le opzioni percorribili e lasciando ad essa la scelta finale.

Per motivi prettamente medico-legali a volte la scelta può essere solo di un tipo, ma anche in questo caso, la donna deve essere ben informata sulla procedura e ogni suo dubbio deve essere chiarito, spiegando anche i motivi per cui non le è possibile procedere per altre vie. Un'altra parte fondamentale nella qualità dell'assistenza risiede nella possibilità fornita alla donna di avere accanto un persona di fiducia durante il ricovero o l'accesso in ospedale.

In questo senso, i risultati ottenuti mostrano che per entrambe le categorie è stata fornita la possibilità di aver accanto una persona di fiducia durante il ricovero, seppur in piccola parte, alcuni soggetti hanno però riferito che questa possibilità non è stata offerta loro o che hanno potuto usufruirne solo per poco tempo.



Come già pienamente specificato, la donna si trova in un momento molto vulnerabile della sua vita e, affrontarlo con a fianco una persona di fiducia, può esserle di aiuto.

Per quanto possa risultare scomodo ad alcuni professionisti avere altre persone nelle stanze dei pazienti, questa è un'abitudine che deve essere ottenuta e mantenuta, perché l'obiettivo principale dell'assistenza è il benessere dei pazienti e il benessere, comprende anche lo stato emotivo di questi.

Al termine dell'esperienza vissuta, alla donna dovrebbe essere offerta la possibilità di effettuare un colloquio futuro per la ricerca di una successiva gravidanza o per la scelta del miglior metodo contraccettivo; dai risultati ottenuti per entrambi i campioni questa possibilità viene offerta, seppur spesso la donna sceglie di proseguire le cure presso il medico curante.

Non deve essere commesso l'errore di sostituirsi al pensiero della donna, dando per scontato che questa voglia ricercare un'altra gravidanza o ancora che voglia assumere dei contraccettivi.

La proposta non deve dunque suggerire alla donna di tornare per un colloquio circa la ricerca di una successiva gravidanza, ma piuttosto, l'offerta della possibilità di tornare a colloquio qualora lei o la coppia desiderino ricercare un'altra gravidanza o discutere con un professionista circa le diverse metodiche contraccettive.

A seguito di un aborto spontaneo o della diagnosi di anomalia fetale, è bene prendere in carico la donna/coppia presso una precisa struttura sanitaria, affinché, dopo l'evento subito questa possa avere un punto di riferimento a cui rivolgersi per ulteriori controlli o per la richiesta di colloqui con specialisti qualora lo richieda; secondo quanto riscontrato, risulta che la maggior parte dei soggetti ha avuto la possibilità di organizzare un incontro follow-up. Spesso le donne scelgono di continuare le cure post aborto presso il loro medico curante, in tale caso, il professionista in questione deve continuare sulla via dell'adeguata assistenza psicologica alla donna/coppia, non limitandosi alla sola assistenza clinica della paziente.

Come ultima domanda del questionario, viene chiesto alle donne di lasciare un feed-back generale sull'assistenza ricevuta, valutando il loro vissuto sulla base di questa.

Le diverse risposte possibili includono il sentirsi al sicuro e non giudicata della donna, indice di buona assistenza; la sensazione di avere ricevuto un'adeguata assistenza ma il desiderio di un supporto e accoglienza maggiori; e infine la risposta negativa e la risposta

in cui la donna indica di essersi sentita sotto giudizio, sola, spaesata e colpevolizzata, indice sicuramente di un'assistenza che deve essere rivista sotto tanti punti di vista.

I risultati di questa domanda sono stati maggiormente sviscerati in base anche alle diverse caratteristiche sociodemografiche dei soggetti; risulta di fatto che nelle donne che hanno subito un aborto spontaneo, in una classe di età compresa tra i 18 e i 29 anni la soddisfazione generale tenda maggiormente verso una risposta negativa, viceversa per quelle appartenenti ad una classe di età compresa tra i 30 e i 40 anni.

Tra le donne che si sono sottoposte ad interruzione volontaria di gravidanza, tutti i soggetti riferiscono di aver ricevuto una buona assistenza, seppur i soggetti di età compresa tra i 20 e i 30 hanno una quota maggiore di donne che riferiscono che avrebbero avuto bisogno di maggior assistenza.

Sia nel campione di donne che hanno subito un aborto spontaneo che in quello di donne che si sono sottoposte ad interruzione volontaria di gravidanza, la percezione generale dell'assistenza è positiva per quei soggetti che abbiano conseguito una laurea, mentre per i soggetti che hanno subito un aborto spontaneo, la maggior parte di quelli che non reputano di aver avuto una buona assistenza ha conseguito un diploma di scuola media superiore o altri titolo di inferiore rilievo.

Per quanto riguarda la presenza di precedenti gravidanze, la maggior parte dei soggetti che reputa di aver ricevuto una buona assistenza riferisce di aver avuto almeno una gravidanza precedentemente all'evento; stesso dato si riscontra per quei soggetti che riferiscono di aver già dei figli.

Questi ultimi dati sono molto interessanti, sono risultati che non vanno ad avvalorare la tesi, in quanto la presenza o assenza di altre gravidanze o di figli, non dovrebbe certamente sminuire la percezione della donna o della coppia di perdita di un figlio; viene dunque da chiedersi se questo buon riscontro sia frutto di valutazioni soggettive fatte dagli operatori stessi, quelle classiche frasi che si sentono pronunciare, "tanto hai tuo figlio a casa che ti aspetta", "avrà sicuramente un'altra occasione", "hai avuto già altre gravidanze, non sempre vanno come ci si aspetta, sono cosa che capitano", o ancora in merito all'interruzione volontaria di gravidanza, ricordare alla donna la difficoltà che questa potrà avere nella ricerca di una successiva gravidanza, o frasi come "capisco la tua scelta, hai già altri figli e sarebbe complicata un'altra gravidanza".

Vediamo infine i risultati ottenuti dal confronto della percezione riferita dalle donne nei due diversi campioni, sembrerebbe infatti che le donne che hanno effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, abbiano dei livelli di soddisfazione generale maggiori rispetto alle donne che hanno subito un aborto spontaneo, anche in questo caso, il dato è da considerarsi positivo per questa tipologia di pazienti ma altrettanto negativo per le donne che hanno subito un aborto spontaneo; bisogna infatti ricordare ancora una volta l'importanza di considerare la perdita di una gravidanza come un lutto per la donna e/o coppia, indipendentemente dall'epoca gestazionale in cui questa si trovi.

## Conclusione

In conclusione allo studio effettuato, è possibile affermare che seppur gran parte dell'assistenza risulti essere adeguata al tipo di evento subito dalla donna, ci sono ancora delle accortezze che ogni professionista sanitario dovrebbe avere, al fine di rendere il 100% del proprio operato ottimale, garantendo un'assistenza che pone al centro la donna, rispettandola e mai giudicandola.

In particolare, per le problematiche riscontrate e non solo, potrebbe essere di aiuto formare gli operatori sanitari in materia di lutto perinatale, sfruttando oltre che associazioni già esistenti, come CiaoLapo<sup>[11]</sup>, corsi di formazione specifici estesi a tutto il personale interessato.

Ma non basta, perché come ogni cosa, quello che si apprende a livello teorico spesso risulta essere di difficile applicazione nella realtà; è dunque compito e “dovere” di tutti i professionisti far sì che i concetti illustrati vengano poi realmente attuati.

Il corso di formazione, oltre che preparare secondo le buone pratiche cliniche e le EBM, deve far comprendere all'operatore l'importanza di ciò che dovrebbe essere fatto, di quanto è bene evitare e le relative motivazioni a sostegno.

Le linee guida per la pratica assistenziale attualmente in uso in Italia e recentemente rivisitate, sono senza ombra di dubbio quanto più chiare possibili, evidenziando le varie dinamiche dietro l'evento in questione, oltre che i criteri di diagnosi, i tipi di trattamento, le controindicazioni e quanto possa esserci in ogni linea guida per una buona pratica assistenziale; ciò nonostante, il dislivello sul fronte della tipologia di assistenza che influenza la componente emotiva della paziente, rispetto a linee guida utilizzate in altri paesi, è palpabile; sarebbe dunque necessaria una rivisitazione delle stesse, che sia basato non solo su ciò che la pratica clinica insegna, ma anche e soprattutto, forse, su quanto l'operato di ognuno possa condizionare più o meno positivamente il vissuto della donna. Per quanto riguarda la possibilità di effettuare pratiche come la sepoltura del feto o indagini genetiche su di esso spesso, come già detto, i professionisti e le pazienti stesse risultano essere intimorite dalla grande quantità di burocrazia che si cela dietro queste scelte, sarebbe dunque auspicabile cercare di ridurre al minimo possibile la documentazione necessaria per facilitare la procedura e la sua applicabilità.

Il risultato a cui ambire è dunque quello di riuscire non solo ad ottenere una buona pratica assistenziale, ma anche di estenderla a tutte le tipologie di pazienti che ne necessitano,

che siano esse vittime di un aborto spontaneo o poste davanti alla decisione di interrompere la gravidanza.

Ogni professionista sanitario, che sia esso un medico, un'ostetrica o un infermiere, deve sempre ricordare che il dovere della cura risiede anche nel tempo e nella parola spesi con e per un paziente.

### **St. Mary Maternity Unit of Bournemouth un esempio da seguire:**

Il St. Mary Maternity Unit of Bournemouth è un ospedale che si occupa esclusivamente del settore maternità della medicina.

È situato in modo da poter raggiungere l'ospedale maggiore in tempi brevi e modalità semplici. Al suo interno si trovano diversi reparti, specializzati in diversi settori dell'ostetricia e non solo.

Oltre a prendersi cura della gravidanza, attraverso attività ambulatoriali, possibilità di consulenze di vario tipo e sale parto dedicate, offre un'ampia possibilità alle cure in terapia intensiva neonatale, permettendo alle mamme e ai papà di poter stare con i loro figli 24 ore su 24.

Con un personale altamente specializzato e formato, il St. Mary offre un'assistenza prevalentemente a conduzione ostetrica, ma anche la possibilità di ricorrere quando necessario a cure di alto livello, durante situazioni emergenziali.

Il St. Mary si prende cura anche di quelle donne che subiscono un lutto perinatale, che sia a termine di gravidanza o meno.

L'ampia divisione dei reparti offre infatti anche la possibilità di dedicare un'intera area a questa tipologia di pazienti, dove, oltre alla riservatezza strutturale, viene garantito massimo rispetto per quello che la donna sta attraversando.

Il personale del St. Mary viene periodicamente sostituito di mansione, per permettere a tutti di vivere e lavorare nelle diverse aree dell'ostetricia, dando così l'opportunità di continua formazione e consapevolezza degli eventi che circondando ogni giorno i professionisti della salute.

Per l'assistenza alle donne vittime di aborto spontaneo o morte endouterina fetale a termine di gravidanza, il St. Mary collabora con l'associazione "Spring".

Spring è un'associazione che si occupa di aiutare genitori, parenti e amici che sono attorno alla perdita di un bambino, nell'affrontare il momento peggiore della loro vita; offrendo supporto sia a loro che alle famiglie che li circondano.

Questo supporto viene offerto a tutte le donne/ coppie che lo desiderano, indipendentemente dall'epoca di gravidanza o da quanto tempo sia passato dall'evento subito.

L'associazione Spring collabora con professionisti della salute per permetterne un'adeguata formazione per un elevato livello di assistenza alle famiglie.

Infine, Spring si occupa anche di tutte quelle coppie che stanno percorrendo la strada di una nuova gravidanza e che sono colmi di paure e preoccupazioni.

All'interno del St. Mary, grazie proprio all'associazione Spring sono state allestite le "Bereavement Suites", stanze dedicate che offrono a genitori e famiglie uno spazio sicuro in cui trascorrere del tempo prezioso con il proprio bambino prima di dirgli addio.

Anche in Italia ci sono associazioni che si prendono cura della mamma e delle loro famiglie durante un lutto perinatale, come la fondazione CiaoLapo, fondata nel 2006 da Claudia Ravaldi e Alfredo Vannacci a seguito della perdita del figlio Lapo, nato senza vita a termine di gravidanza.

L'associazione CiaoLapo si prende cura della componente psicologica di donna/coppie e famiglia che attraversano un lutto perinatale.

Lo scopo principale è proprio quello di fornire un aiuto e un supporto a tutte quelle persone che stanno vivendo un lutto.

Oltre a questo CiaoLapo porta avanti il progetto della "Memory Box", un'alternativa al "Book of remembrance" utilizzato in altri paesi, e la continua formazione degli operatori sanitari in materia di lutto perinatale.

Maternity services at Poole Hospital [9]

SPRING – Supporting parents and relatives through baby loss [10]

Fondazione CiaoLapo – chi siamo [11]

## Allegati

### - Allegato 1

Indagine conoscitiva anonima sulla qualità e appropriatezza dell'assistenza alla donna con aborto spontaneo nel primo trimestre di gravidanza.

Età:

Titolo di studio:

Numero di gravidanze precedenti:

Numero di figli:

1. Che tipo di vissuto hai?
  - Aborto spontaneo
  - IVG
  - Entrambe
  
2. Prima di iniziare la visita/ecografia i professionisti sanitari coinvolti si sono presentati?
  - Sì
  - Sì, ma non tutti
  - No
  - Non ricordo
  
3. Durante l'eco di controllo ti è stata anticipato che qualcosa non andava?
  - No
  - No ma avevo già notato dei segnali/sintomi che mi avevano allarmata
  - No ma ho capito che qualcosa non andava dall'atteggiamento del medico/ostetrica
  - Sì mi è stato anticipato "sembra ci sia qualcosa che non va"
  
4. Quando ti è stata comunicata la diagnosi di aborto spontaneo/anomalia ecografica?
  - Subito durante l'ecografia
  - Ad Ecografia terminata quando ancora ero sul lettino
  - Al termine dell'ecografia/visita dopo che mi hanno chiesto di rivestirmi
  - Non ricordo
  
5. La comunicazione della diagnosi di aborto spontaneo/sospetta anomalia fetale ti è stata data in luogo distinto e riservato (protetto)?
  - No
  - No ma poi sono stata accompagnata in una stanza dedicata
  - Sì
  - non ricordo
  
6. Nel caso fossi stata sola ti è stato chiesto di attendere l'arrivo del partner o di una persona di fiducia?
  - No
  - Sì
  - Sì ma non c'era nessuno di mia fiducia disponibile a breve
  - Sì ma non volevo aspettare nessuno
  
7. Ti è stato lasciato del tempo per esprimere liberamente le tue emozioni e assorbire la notizia, magari con il partner, prima di illustrarti i diversi percorsi possibili?

- Sì
  - Sì ma non quanto avrei voluto
  - No
  - Non ricordo
8. Che linguaggio ha usato il professionista sanitario che ti ha informata?
- un linguaggio tecnico
  - un linguaggio semplice per farmi capire al meglio
  - Non mi ha dato alcuna informazione e/o spiegazione
  - Non ricordo
9. Hai percepito da parte del sanitario frasi volte al tuo sostegno e comprensione?
- Sì ma avrei preferito un atteggiamento più empatico
  - Sì mi sono sentita compresa e accolta
  - No, mi sono sentita ignorata
  - No, inoltre mi sono sentita giudicata
10. Il professionista che ti ha fornito la diagnosi e i suoi collaboratori hanno prestato attenzione ad evitare interruzioni da parte di esterni?
- Sì
  - Sì ma non tutti
  - No
  - Non ricordo
11. Al momento del ricovero/accesso in ospedale sei stata accolta in una stanza dedicata?
- Sì
  - No mi hanno accolto in una stanza normale e/o una stanza con altre mamme che avevano partorito
  - No mi hanno accolto in una stanza con altre gravide con aborto spontaneo
  - Non sono stata ricoverata
12. Nella scelta del percorso da seguire è stata considerata la tua preferenza a fronte di spiegazioni adeguate sulle varie procedure possibili?
- Sì mi sono state spiegate le diverse alternative e ho potuto esprimere la mia preferenza
  - No mi è stata offerta solo l'alternativa della condotta d'attesa
  - No mi è stata offerta solo la procedura chirurgica
  - No mi è stata offerta solo la procedura farmacologica
13. In caso di sospetto/diagnosi di patologia ti è stata offerta la possibilità di effettuare il cariotipo sul materiale dopo l'espulsione, qualora previsto dalla struttura?
- Sì
  - Sì, ma ho deciso di non procedere
  - No
  - Non ricordo
14. Sei stata informata sulla possibilità di effettuare una sepoltura del feto (necessaria autorizzazione direzione sanitaria se sotto 20 settimane)?
- Sì



- Sì, ma non ho voluto procedere
- Non ricordo
- No

15. Il tuo partner e/o persona di fiducia è potuta restare con te al ricovero?

- Sì
- Sì ma solo per poco tempo
- No
- Non è stato necessario il ricovero

16. Ti è stato garantito prima della dimissione un colloquio informativo con indicazioni per la ricerca di una futura gravidanza e/o eventuali metodi contraccettivi?

- Sì
- Sì ma non l'ho voluto sostenere
- No
- Non ricordo

17. È stato organizzato un incontro di follow up, a distanza di circa un mese dall'evento, con una struttura consultoriale o altre?

- Sì
- Sì ma preferisco tornare dal mio curante
- Sì ma non lo ritengo necessario
- No

18. Reputi in generale di aver ricevuto un'assistenza sul piano psicologico/emozionale adeguata al tipo di evento?

- Sì mi sono sentita al sicuro non giudicata
- Sì ma avrei preferito un ulteriore supporto e accoglienza
- No
- No mi sono sentita sotto giudizio, sola, spaesata e colpevolizzata

- Allegato 2

Indagine conoscitiva anonima sulla qualità e appropriatezza dell'assistenza alla donna durante IVG per sospetto/diagnosi di patologia e non nel primo trimestre di gravidanza.

Età:

Titolo di studio:

Numero di gravidanze precedenti:

Numero di figli:

19. Che tipo di vissuto hai?

- Aborto spontaneo
- IVG
- Entrambe

20. Prima di iniziare la visita/ecografia i professionisti sanitari coinvolti si sono presentati?

- Sì
- Sì, ma non tutti
- No
- Non ricordo

21. Durante l'eco di controllo ti è stata anticipato che qualcosa non andava? (facoltativa)

- No
- No ma avevo già notato dei segnali/sintomi che mi avevano allarmata
- No ma ho capito che qualcosa non andava dall'atteggiamento del medico/ostetrica
- Sì mi è stato anticipato "sembra ci sia qualcosa che non va "

22. La comunicazione della diagnosi di sospetta anomalia fetale ti è stata data in luogo distinto e riservato (protetto)? (facoltativa)

- No
- No ma poi sono stata accompagnata in una stanza dedicata
- Sì
- non ricordo

23. Nel caso fossi stata sola ti è stato chiesto di attendere l'arrivo del partner o di una persona di fiducia?

- No
- Sì
- Sì ma non c'era nessuno di mia fiducia disponibile a breve
- Sì ma non volevo aspettare nessuno

24. Ti è stato lasciato del tempo per esprimere liberamente le tue emozioni e assorbire la notizia, magari con il partner, prima di illustrarti i diversi percorsi possibili?

- Sì
- Sì ma non quanto avrei voluto
- No
- Non ricordo

25. Che linguaggio ha usato il professionista sanitario che ti ha informata? (facoltativa)

- un linguaggio tecnico
- un linguaggio semplice per farmi capire al meglio
- Non mi ha dato alcuna informazione e/o spiegazione
- Non ricordo

26. Hai percepito da parte del sanitario frasi volte al tuo sostegno e comprensione?
- Sì ma avrei preferito un atteggiamento più empatico
  - Sì mi sono sentita compresa e accolta
  - No, mi sono sentita ignorata
  - No, inoltre mi sono sentita giudicata
27. Il professionista che ti ha fornito la diagnosi e i suoi collaboratori hanno prestato attenzione ad evitare interruzioni da parte di esterni? (facoltativa)
- Sì
  - Sì ma non tutti
  - No
  - Non ricordo
28. Al momento del ricovero/accesso in ospedale sei stata accolta in una stanza dedicata?
- Sì
  - No mi hanno accolto in una stanza normale e/o una stanza con altre mamme che avevano partorito
  - No mi hanno accolto in una stanza con altre gravide con aborto spontaneo/IVG
  - Non sono stata ricoverata
29. In caso di sospetto/diagnosi di anomalie fetali ti sono state illustrate tutte le strade percorribili compatibilmente con i tuoi desideri? (facoltativa)
- Sì mi sono state spiegate le diverse alternative e ho potuto esprimere la mia preferenza
  - No, Mi è stato indicato di procedere direttamente con l'IVG
  - No, Mi è stato indicato di eseguire un esame invasivo diagnostico prima di procedere con l'interruzione
  - No mi è stata offerta solo l'alternativa della condotta d'attesa
30. In caso di sospetto/diagnosi di patologia ti è stata offerta la possibilità di effettuare il cariotipo sul materiale dopo l'espulsione, qualora previsto dalla struttura? facoltativa)
- Sì
  - Sì, ma ho deciso di non procedere
  - No
  - Non ricordo
31. Sei stata informata sulla possibilità di effettuare una sepoltura del feto (necessaria autorizzazione direzione sanitaria se sotto 20 settimane)?
- Sì
  - Sì, ma non ho voluto procedere
  - Non ricordo
  - No
32. Il tuo partner e/o persona di fiducia è potuta restare con te al ricovero?
- Sì
  - Sì ma solo per poco tempo
  - No

- Non è stato necessario il ricovero
33. Ti è stato garantito prima della dimissione un colloquio informativo con indicazioni per la ricerca di una futura gravidanza e/o eventuali metodi contraccettivi?
- Sì
  - Sì ma non l'ho voluto sostenere
  - No
  - Non ricordo
34. È stato organizzato un incontro di follow up, a distanza di circa un mese dall'evento, con una struttura consultoriale o altre?
- Sì
  - Sì ma preferisco tornare dal mio curante
  - Sì ma non lo ritengo necessario
  - No
35. Reputi in generale di aver ricevuto un'assistenza sul piano psicologico/emozionale adeguata al tipo di evento?
- Sì mi sono sentita al sicuro non giudicata
  - Sì ma avrei preferito un ulteriore supporto e accoglienza
  - No
  - No mi sono sentita sotto giudizio, sola, spaesata e colpevolizzata

## Sitografia:

- [1] Aborto 137-156. R. Morgera; online all'URL <https://www.aogoi.it/media/3783/137-156-aborto.pdf>
- [2] Aborto spontaneo. IRCCS Humanitas research hospital; online all'URL <https://www.humanitas.it/malattie/aborto-spontaneo/>
- [3] Aborto spontaneo (Aborto spontaneo; Perdita di gravidanza). A. Sridhar, MD, UCLA Health; 2023, online all'URL <https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/ginecologia-e-ostetricia/disturbi-della-gravidanza-precoce/aborto-spontaneo>
- [4] Legge "Interruzione Volontaria di Gravidanza". N. 194 del 05 maggio 1978; online all'URL <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-05-22:194>
- [5] IVG: l'interruzione volontaria di gravidanza. M. Puglia; 2019, online all'URL <https://www.nurse24.it/ostetrica/gravidanza/ivg-interruzione-volontaria-gravidanza.html>
- [6] IVG dopo i primi 90 giorni: tra volontà della donna e responsabilità professionali 277-298. G. Fattorini, C. Ermio; online all'URL <https://www.aogoi.it/media/3798/277-298-ivg-dopo-primi-30-giorni.pdf>
- [7] Early miscarriage. RCOG Patient Information Committee, NICE Guideline Ectopic Pregnancy and Miscarriage: Diagnosis and Initial Management. 2016.; online all'URL <https://www.rcog.org.uk/media/ps112keo/pi-early-miscarriage.pdf>
- [8] Best practice in abortion care - Making Abortion Safe. RCOG, NICE; WHO. 2022; oline all'URL <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
- [9] Maternity services at Poole Hospital; online all'URL <https://www.uhd.nhs.uk/services/maternity/poole>
- [10] SPRING – Supporting parents and relatives through baby loss; online all'URL <https://springsupport.org.uk/>
- [11] Fondazione CiaoLapo – chi siamo; online all'URL <https://www.fondazione.ciaolapo.it/chi-siamo/>
- [12] IVG nelle Marche 2022 - Settore Controllo di Gestione e Sistemi Statistici Regione Marche. 2023; online all'URL

[https://www.regione.marche.it/portals/0/ODS/2023/presentazione\\_IVG\\_Marche\\_23\\_11\\_%202023.pdf](https://www.regione.marche.it/portals/0/ODS/2023/presentazione_IVG_Marche_23_11_%202023.pdf)