

## **L'aborto terapeutico e il vissuto delle ostetriche**

*(Ceriotti Elisabetta, Mauri Paola Agnese, Malgrati Laura)*

### **Introduzione alla ricerca**

L'aborto terapeutico è normato dalla legge 194 del 22 maggio 1978, la quale ammette l'interruzione della gravidanza oltre il 90° giorno "quando la gravidanza o il parto costituiscono un grave pericolo per la vita della donna", ovvero "quando siano accertati processi patologici, tra cui rilevanti anomalie del nascituro, che determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna"(art. 6 lettera a), b)).

I processi patologici devono essere accertati da uno specialista in ostetricia e ginecologia operante nella struttura ospedaliera dove sarà praticata l'interruzione della gravidanza, il quale può avvalersi della collaborazione di specialisti. Gli accertamenti devono essere documentati e la relativa certificazione comunicata al direttore sanitario dell'ente (art. 7).

Il termine superiore di età gestazionale non è specificato dalla legge, la quale riferisce che quando esiste la possibilità di vita autonoma per il feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) art. 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto, consentendo perciò agli operatori l'accertamento di questo elemento per ogni singolo caso.

La legge ammette, per il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie, l'obiezione di coscienza, che esonera dalle procedure e attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente o conseguente all'intervento; l'obiezione di coscienza non può essere invocata quando, per la particolarità delle circostanze, l'intervento del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo (art9).

La regione Lombardia, nel bollettino ufficiale n.5 del 28 gennaio 2008, ha pubblicato l'atto di indirizzo per l'applicazione della legge 194 del 22 maggio 1978; in esso si legge che "nel caso dell'art. 6b, quando la donna richiede l'interruzione oltre i 90 giorni, in assenza di rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, l'accertamento dei gravi motivi psichici avviene con la consulenza

dello psicologo/psichiatra. Il medico del servizio di ostetricia e ginecologia si deve avvalere per la consulenza, della collaborazione di specialisti quando siano accertati processi patologici (...) che determinano un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna”. Inoltre secondo tali indicazioni, elaborate in accordo al comunicato n.64 del 4 marzo 2008 del Ministero della Salute recante titolo C.s.s. Emanati parere e raccomandazioni per cure estremamente prematuri, l’interruzione della gravidanza non deve essere effettuata oltre la 22<sup>a</sup> settimana più 3 giorni, poiché le possibilità di vita autonoma del feto aumentano del 2-3% ogni giorno tra la 22<sup>a</sup> e la 24<sup>a</sup> settimana. Recentemente una sentenza del TAR di Milano ha dichiarato illegittima questa disposizione.

### **Prevalenza dell’aborto terapeutico in Italia**

Osservando le relazioni del ministero della salute si legge che il fenomeno dell’interruzione volontaria della gravidanza (IVG) nel complesso, dall’introduzione della legge nel 1978 ad oggi, sia in diminuzione. Se nello specifico invece consideriamo i dati relativi alle IVG oltre le 12 (16) settimane di gestazione del decennio 1999-2008 di cui sono disponibili i dati definitivi, si può notare che le percentuali sono in lieve aumento di anno in anno sia per l’Italia che per la Lombardia. Infatti se nel 1999 in Italia la percentuale di IVG oltre le 12 (16) settimane era l’1,8% (1,3%) del totale, nel 2008 si è passati al 3% (2%) ; per quanto riguarda la Lombardia la percentuale è salita dall’1,9% (1,5%) al 3,8% (2,5%). Il ministero della salute ipotizza come cause di tale aumento un maggiore ricorso alle tecniche di diagnosi prenatale e l’aumento dell’età delle madri al concepimento da cui consegue un aumentato rischio malformativo per il feto.

*Tabella 1- Totali di IVG nelle regioni italiane con percentuale dell’incidenza IVG oltre la 12<sup>a</sup> settimana (dati del 2008)*

| <b>Regione</b> | <b>Tot. IVG</b> | <b>% IVG EG&gt;12 sett</b> | <b>Regione</b> | <b>Tot. IVG</b> | <b>% IVG EG&gt;12 sett</b> |
|----------------|-----------------|----------------------------|----------------|-----------------|----------------------------|
| Bolzano        | 586             | 7,3                        | Basilicata     | 776             | 2,6                        |
| Veneto         | 6882            | 6,5                        | Sicilia        | 8405            | 2,5                        |
| Friuli V.G.    | 2093            | 5,8                        | Piemonte       | 10174           | 2,4                        |
| Marche         | 2520            | 4,7                        | Liguria        | 3336            | 1,9                        |
| Sardegna       | 2385            | 4,7                        | Calabria       | 3226            | 1,8                        |
| Trento         | 1146            | 4,1                        | Puglia         | 9962            | 1,7                        |

|             |       |     |               |               |            |
|-------------|-------|-----|---------------|---------------|------------|
| Lombardia   | 20567 | 3,8 | Abruzzo       | 2736          | 1,6        |
| Toscana     | 8077  | 3,3 | Molise        | 600           | 1,5        |
| Emilia R.   | 11124 | 3,2 | Umbria        | 1918          | 1,4        |
| Lazio       | 13657 | 3,2 | Campania      | 10891         | 0,6        |
| Val d'Aosta | 240   | 3,0 | <b>ITALIA</b> | <b>121301</b> | <b>2,4</b> |

Considerando l'età delle donne si nota che, nel decennio considerato, è andata aumentando la percentuale di donne al di sopra dei 30 anni che richiede l'IVG dopo le 12 settimane, mentre la percentuale delle donne al di sotto dei 30 anni ha avuto la tendenza a diminuire. Il maggior numero di IVG in tutto il decennio è quello richiesto da donne di età compresa tra i 35 e i 39 anni in un'epoca gestazionale tra le 16 e le 20 settimane.

Prendendo in esame la provenienza delle donne, per quanto riguarda la regione Lombardia, l'89,9% di coloro che richiedono l'IVG, risiede nella regione, di questi l'89% risiede nella provincia della struttura a cui si rivolge, fuori regione risiede il 4,2% e all'estero il 5,8% (non disponiamo dei dati esclusivamente per le IVG oltre le 12 settimane).

Si nota che le straniere ricorrono all'IVG oltre il 90° giorno in percentuale minore rispetto alle italiane, nel nord Italia l'1,8% contro il 5,2%; è interessante notare anche che le donne straniere, se consideriamo le IVG entro i primi 90 giorni, richiedono l'intervento a settimane più tardive: da questi elementi si può ipotizzare che le straniere abbiano un minore accesso ai servizi.

Infine per dare un'idea di quello che è il fenomeno dell'interruzione volontaria della gravidanza, riportiamo il tasso di abortività per 1000 donne in età fertile (popolazione femminile di età tra i 15 e i 49 anni) che in Lombardia è pari a 9,2 e in Italia a 8,7 e il rapporto di abortività calcolato su 1000 nati vivi e uguale a 210,1 in Lombardia e 213,0 in Italia.

### **Prevalenza dell'aborto terapeutico nell'ospedale di riferimento**

Volendo offrire un quadro epidemiologico dagli aborti terapeutici praticati nell'ospedale di riferimento, saranno analizzati in particolare i dati del 2010, mettendoli a confronto con quelli del relativo quinquennio.

Per ottenere i dati riguardanti gli aborti terapeutici oltre le 16 settimane (AT) si è fatto riferimento ai registri nosologici dei reparti di sala parto, patologia della

gravidanza degli anni 2006-2010 custoditi presso la direzione sanitaria dell'ospedale di riferimento. Per i dati del 2010 si è riusciti ad avere un confronto anche con i registri conservati presso la sede dell'ambulatorio di diagnosi prenatale.

Si segnala che non è stato possibile registrare i dati del 2009 provenienti dalla sala parto e il numero delle IVG per l'anno 2010, in quanto i registri erano

Nel 2010 il totale degli aborti terapeutici espletati in sala parto è stato di 78, di queste donne 64 sono state ricoverate nel reparto di patologia della gravidanza. La tabella 2 propone in valori assoluti il totale degli AT della sala parto, rapportandolo al totale delle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) e al totale dei nati nell'anno corrispondente presso l'ospedale di riferimento.

Da questi dati si deduce un andamento circa costante.

*Tabella 2 - Valori assoluti delle nascite e degli aborti presso l'ospedale di riferimento*

| <b>Anno</b> | <b>AT</b> | <b>IVG</b> | <b>nati</b> |
|-------------|-----------|------------|-------------|
| 2010        | 78        | *          | 6473        |
| 2009        | *         | *          | *           |
| 2008        | 80        | 1593       | 6584        |
| 2007        | 66        | 1264       | 6599        |
| 2006        | 91        | 1577       | 6614        |

\* dato non rilevabile

Nella tabella 3 è riportata la percentuale di AT ricoverati in patologia della gravidanza rispetto al totale degli AT espletati in sala parto e al totale dei ricoveri in patologia della gravidanza. Considerando questi ultimi, si può osservare che la percentuale del 2010 risulta essere la più elevata del quinquennio (5,41%) sebbene il numero assoluto più alto di AT si sia registrato nel 2006.

*Tabella 3 - Ricoveri in patologia della gravidanza (PG)*

| <b>Anno</b> | <b>Tot. AT</b> | <b>AT ricoverati in PG</b> |          | <b>Ricoveri in PG</b> |             |
|-------------|----------------|----------------------------|----------|-----------------------|-------------|
|             |                | <b>Tot.</b>                | <b>%</b> | <b>Tot.</b>           | <b>% AT</b> |
| 2010        | 78             | 64                         | 82,05    | 1184                  | 5,41        |
| 2009        | *              | 54                         | *        | 1230                  | 4,39        |
| 2008        | 80             | 63                         | 78,75    | 1169                  | 5,39        |
| 2007        | 66             | 53                         | 80,30    | 1177                  | 4,50        |
| 2006        | 91             | 65                         | 71,43    | 1331                  | 4,88        |

\*dato non rilevabile

L'OMS raccomanda il tasso di abortività come indicatore più attendibile per descrivere l'andamento delle IVG, poiché rapporta le IVG alle donne in età feconda (15-49 anni). Non disponendo di quest'ultimo dato nella tabella è stato calcolato il rapporto di abortività sia per il totale delle IVG, per renderlo confrontabile con i dati nazionali, che per gli AT dalla 16<sup>a</sup> settimana di EG.

Tale rapporto nasce dal confronto tra il numero degli aborti e 1000 nati vivi. Tale andamento per gli AT oltre le 16 settimane nell'ospedale di riferimento si rileva costante.

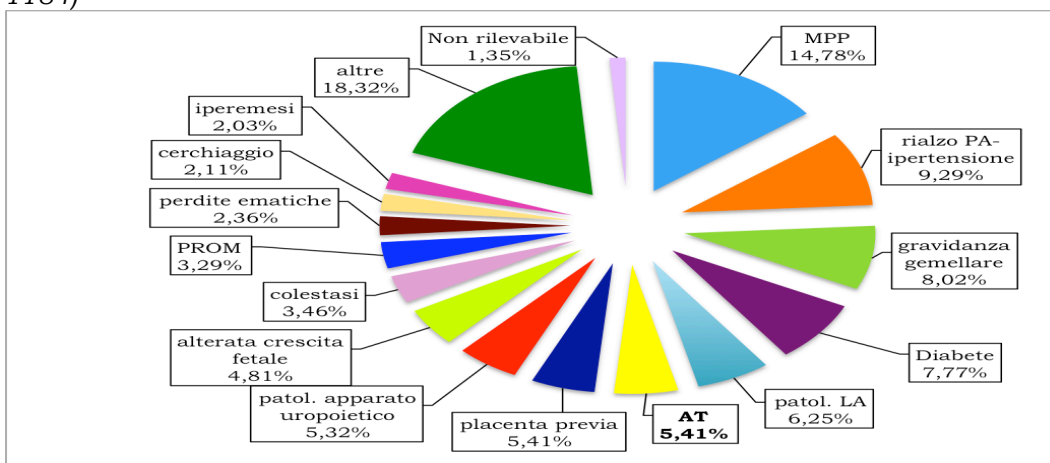
Tabella 4 - Rapporto di abortività per 1000 nati

| Anno | Tot. IVG | AT EG>16 sett |
|------|----------|---------------|
| 2010 | *        | 12,1          |
| 2009 | *        | *             |
| 2008 | 253,6    | 12,2          |
| 2007 | 201,5    | 10,0          |
| 2006 | 215,0    | 13,8          |

\*dato non rilevabile

Nel 2010, nel reparto di patologia della gravidanza, i ricoveri per aborto terapeutico sono identificabili come il sesto motivo di ricovero equiparando al loro numero quello dei ricoveri legati a placenta previa. I primi cinque motivi di ricovero nell'anno 2010 presso l'unità operativa di patologia della gravidanza, sono stati nell'ordine: la minaccia di parto prematuro, una problematica legata all'aumento della pressione arteriosa, la gravidanza gemellare o una patologia correlata, il diabete, una patologia legata alla quantità di liquido amniotico. Ciò può essere ritrovato nel grafico sottostante.

Figura 1- Indicazioni segnalate per il ricovero della donna in patologia della gravidanza (tot ricoveri 1184)



Analizziamo ora i dati che descrivono le donne che fanno ricorso all'aborto terapeutico.

Per il 2010 l'età media delle donne è 34,28 anni, la maggior parte degli AT è stata richiesta da donne oltre i 30 anni; pochi sono gli AT tra le giovanissime e solo un AT è stato richiesto da una donna minorenni.

Gli AT sono stati effettuati in un'epoca gestazionale compresa tra 16 e 23 settimane, la media si attesta a 19,87 settimane (19 settimane + 6 giorni). Non possiamo precisare se l'EG sia stata calcolata in base all'ultima mestruazione o ecograficamente perché non disponiamo dei dati in merito.

*Tabella 5- Epoca gestazionale riferibile agli aborti terapeutici praticati presso l'ospedale di riferimento*

| Anno | Epoca gestazionale |       |     |      | media |
|------|--------------------|-------|-----|------|-------|
|      | ≤15                | 16-20 | ≥21 | n.r. |       |
| 2010 | 0                  | 32    | 31  | 1    | 19,87 |
| 2009 | *                  | *     | *   | *    | *     |
| 2008 | 0                  | 38    | 19  | 6    | 19,56 |
| 2007 | 0                  | 26    | 23  | 4    | 19,9  |
| 2006 | 1                  | 32    | 27  | 5    | 19,72 |

\*dato non rilevabile

Nel 2010 le donne ricoverate per AT alla prima gravidanza erano la maggioranza. Per le donne che avevano già avuto precedenti concepimenti non si è indagato in merito all'esito della gravidanza precedente.

Osservando la tabella 6 si nota che rispetto al 2006 c'è stata un'inversione di tendenza tra la prevalenza dell'AT nelle multigravide rispetto alle primigravide.

*Tabella 6- Anamnesi ostetrica delle donne ricoverate per aborto terapeutico presso l'ospedale di riferimento*

| Anno | primigravida |       | precedente concepimento |       | n.r. | %     |
|------|--------------|-------|-------------------------|-------|------|-------|
|      | Tot.         | %     | Tot.                    | %     |      |       |
| 2010 | 34           | 53,13 | 29                      | 45,31 | 1    | 1,56  |
| 2009 | *            | *     | *                       | *     | *    | *     |
| 2008 | 25           | 39,68 | 31                      | 49,21 | 7    | 11,11 |
| 2007 | 22           | 41,51 | 26                      | 49,06 | 5    | 9,43  |
| 2006 | 25           | 38,46 | 33                      | 50,77 | 7    | 10,77 |

\*dato non rilevabile

La durata della degenza in reparto è stata calcolata in giorni, per la maggior parte dei casi è stata di tre giorni: questa degenza si spiega osservando i tempi

dell'induzione del travaglio abortivo; infatti la donna viene ricoverata nel pomeriggio, la sera inizia l'induzione (che può proseguire con somministrazioni successive) e se non ci sono state complicanze viene dimessa il giorno seguente all'espletamento. Un prolungamento della degenza è dovuto ad un allungamento della durata dell'induzione nel 20,3% dei casi, mentre per il 9,4% si è trattato di un prolungamento della degenza post espletamento; in 2 casi si erano prolungati ugualmente entrambi i periodi e per 3 casi non è stato rilevato il dato.

Per il 2010 è stato possibile risalire, in 41 casi su 64, alle diagnosi fetali in seguito alle quali è stato richiesto l'AT.

Tra le principali troviamo le patologie cromosomiche che comprendono cariotipo 45x, traslocazione cromosomica, triploidia 69xxy, trisomia 18 e trisomia 21; le patologie cerebro-spinali cioè agenesia del corpo calloso, igroma cistico settato, meningocele, mielomeningocele, oloprosencefalia, sindrome di Dandy Walker, ventricolomegalia bilaterale; e infine le anomalie scheletriche. Seguono le cardiopatie, altre malformazioni fetali, iposviluppo.

Nell'ospedale di riferimento, nel il 2010 l'85,94% (55) degli AT ha riguardato donne residenti nella regione Lombardia, di queste risiede nella provincia di Milano il 65,45% (36) il cui 61,11% (22) vive nella stessa città di Milano.

L'afflusso dalle altre regioni italiane è pari al 9,38% degli AT praticati, le regioni di provenienza sono variamente rappresentate negli anni. Nel 2010 sono state: Campania, Piemonte, Puglia, Sicilia, Veneto.

Non è stato possibile calcolare il flusso di donne in uscita, ovvero le donne di Milano e della Lombardia, che si rivolgono a centri di un'altra regione per richiedere l'AT.

*Tabella 7- Luogo di residenza delle donne ricoverate per AT presso l'ospedale di riferimento*

| Anno | Lombardia |          |                              |                      | Altra regione   | n.r | Tot |
|------|-----------|----------|------------------------------|----------------------|---|-----|-----|
|      | Tot       | In città | In provincia                 | Altra provincia      |   |     |     |
| 2010 | 55        | 22       | 36                           | 18                   | 6   | 3   | 64  |
|      |           |          | BG 4<br>LO 3<br>MN 1<br>VA 2 | CR 1<br>MB 6<br>SO 1 | Campania 1<br>Piemonte 1<br>Puglia 1<br>Sicilia 1<br>Veneto 2 |     |     |

Dall'analisi dei dati riportati si deduce che gli andamenti degli AT nell'ospedale di riferimento sono all'incirca costanti.

### **Revisione della letteratura**

Sebbene vi sia un certo numero di studi sui dilemmi etici sollevati dalle tecniche di diagnosi prenatale in relazione all'interruzione volontaria della gravidanza (IVG) e sulle opinioni dei sanitari in merito all'IVG o alle pratiche mediche ad esse correlati [1] [2] [3] [4] [7] [9] [10] [11], scarsa è la letteratura che esplora più a fondo quali siano le esperienze o le difficoltà cliniche, morali, emotive che incontrano gli operatori di fronte all'IVG [5] [6] [8].

Non ci sono studi condotti in Italia, faremo perciò riferimento a quelli europei.

Dagli studi emerge che le ostetriche, ritenendo loro obiettivo principale dare sostegno alla coppia/donna, rispettano la decisione della donna indipendentemente dalla propria posizione morale in merito all'IVG. Inoltre sottolineano che l'assistenza all'IVG è rintracciabile nel codice deontologico e che l'opinione personale dell'ostetrica non deve interferire con la pratica clinica<sup>[5]</sup>, vi è comunque la possibilità di fare riferimento all'obiezione di coscienza quando previsto.

Le ostetriche dichiarano però di incontrare alcune difficoltà: tra cui dover provvedere a un supporto psicologico per la donna, le interruzioni a epoche gestazionali più tardive, la nascita di feti vivi o un'indicazione all'IVG che non sia una patologia letale per il feto [5] [8]; l'assistenza alle IVG viene perciò definita spesso come una situazione stressante. La maggior parte delle ostetriche ha la sensazione che pur dedicando un tempo maggiore alle donne in travaglio per IVG rispetto ai travagli di parto, questo non sia comunque abbastanza per un'assistenza ottimale [5].

Uno studio condotto in parallelo tra ostetriche e ginecologi rivela che per le ostetriche è più difficoltoso affrontare interruzioni di gravidanza perché stanno più vicine alle donne durante l'intero processo [6] [8]. La componente emotivo/sentimentale messa in gioco durante l'assistenza viene molto sottolineata. Sono state dichiarate sensazioni sia positive come sentire di essere utili alla donna/coppia, essere utili membri di un'equipe; che negative tra cui



solitudine, disagio, compassione, tristezza. Per affrontare lo stress emotivo spesso vengono scelti i colleghi. Ulteriore riferimento si trova all'interno della famiglia o tra gli amici, più raramente ci si affida a psicologi o psichiatri che lavorano all'interno del reparto o alla religione [5].

Gli studi presi in esame denotano un interesse delle ostetriche a una più approfondita formazione in merito alla legislazione o a concetti di psicologia, per sapere cosa dire alla coppia e come dirlo, per capire meglio la donna e offrire un supporto migliore durante il travaglio. Esse inoltre suggeriscono una maggiore collaborazione con gli psicologi, l'istituzione di gruppi di supporto per le ostetriche e l'opportunità di poter esprimere maggiormente opinioni e sentimenti. Una minoranza di ostetriche, inoltre, ritiene che sarebbero utili incontri post IVG, un supporto psicologico anche per le altre figure professionali e ausiliarie [5] [6] [8].

## **LA RICERCA**

### **Campione**

Sono state disponibili a partecipare all'indagine dieci ostetriche, che sono state sottoposte a un'intervista. Le diverse interviste sono state condotte tra l'11-02-2011 e l'01-03-2011.

Il campione si proponeva di coinvolgere le ostetriche che partecipano all'assistenza degli aborti terapeutici. A tal fine si sono intervistate le ostetriche dei reparti di diagnosi prenatale e patologia della gravidanza. Se nel primo caso sono state intervistate tutte le ostetriche coinvolte nell'assistenza agli aborti terapeutici, nel secondo reparto non è stato possibile poiché quattro ostetriche, per i turni o perché in ferie, non sono state raggiungibili nel periodo in cui si è condotta la ricerca e una ha rifiutato l'intervista.

Le ostetriche dell'unità operativa di Patologia della Gravidanza, lavoravano da almeno nove mesi nel reparto in cui sono state intervistate, tempo sufficientemente lungo perché potessero aver assistito un certo numero di donne che richiedevano l'aborto terapeutico.

Nella scelta del campione non si è tenuto conto se le ostetriche sollevassero l'obiezione di coscienza o meno, non ritenendo essere questo un discriminante ai fini della ricerca.

Il campione si è ritenuto sufficiente nel momento in cui sono state raggiunte tutte le ostetriche disponibili che svolgono la loro attività lavorativa negli ambiti coinvolti nell'assistenza agli aborti terapeutici dopo la 16° settimana di gravidanza (escluse le ostetriche della sala parto). Inoltre è stata raggiunta la saturazione dei dati.

### **Metodo di raccolta dei dati**

La ricerca si è svolta in Lombardia, in un centro di III livello della città di Milano, punto di riferimento dal punto di vista ostetrico-ginecologico e neonatale.

Alle ostetriche, all'inizio di ogni intervista, veniva spiegato lo scopo della ricerca e richiesto un consenso verbale all'intervista, garantendo la possibilità di interrompere l'intervista in qualsiasi momento o di non rispondere. Le ostetriche sono state informate della necessità di registrare il colloquio.

Le interviste sono state semistrutturate stilando un elenco di domande aperte per semplificarne la conduzione. Le domande (tabella 8) costituivano solo una traccia; lasciando ampio spazio alle ostetriche per raccontare la propria esperienza.

#### *Tabella 8- Domande di riferimento*

---

- 1- Da quanto tempo lavora nel reparto
  - 2- Ha mai assistito donne ricoverate per AT
  - 3- Come vive l'assistenza
  - 4- Pensa ci possa essere qualcosa che aiuti l'operatore nell'assistenza
  - 5- Pensa ci possa essere qualcosa che aiuti la donna che ha richiesto l'aborto terapeutico
  - 6- C'è un caso o un'esperienza in particolare che ricorda e può raccontarlo
- 

L'ordine delle domande non è sempre stato quello proposto dalla tabella 8, ma l'elenco di riferimento ha fatto sì che le interviste fossero guidate e successivamente risultassero confrontabili tra loro.

Le interviste sono state registrate con un registratore MP3 portatile lasciato a vista e successivamente trascritte integralmente.

Alle ostetriche veniva richiesto un consenso verbale alla registrazione, garantendo loro che le trascrizioni ottenute sarebbero state utilizzate unicamente ai fini della

ricerca e che si sarebbe provveduto a modificare qualsiasi riferimento a persone o nomi sostituendoli con altri di fantasia.

Al termine di ogni intervista è stata compilata una griglia per contestualizzare gli elementi raccolti riportando elementi tecnici, ambientali e i dati delle ostetriche.

### **Metodo di analisi dati**

Le interviste registrate sono state dapprima trascritte su un file di Word, successivamente a ogni trascrizione è stata associata la rispettiva griglia di contestualizzazione (figura 1), per collegare in modo appropriato ogni elaborato ai rispettivi dati tecnici di contesto e anagrafici. Non sarà reso noto alcun mezzo d'identità pubblica che renda possibile l'identificazione degli intervistati.

Le ostetriche intervistate sono state informate della procedura di raccolta, conservazione e utilizzo dei dati raccolti attraverso le registrazioni.

### **Risultati**

Tutti i testi ottenuti sono stati analizzati a partire dalle singole frasi: ogni enunciato estrapolato veniva progressivamente catalogato in una tabella informatizzata. Ciò ha permesso in seguito di raggruppare le frasi prima per categorie e quindi per temi di significato. Verrà quindi presentata l'analisi delle interviste a partire dai temi di significato individuati.

#### L'ostetrica non si esime dall'esprimere il pensiero personale in merito all'evento: aborto terapeutico

Oltre la metà delle ostetriche spontaneamente ha dichiarato la propria scelta in merito all'obiezione di coscienza il 40% si è dichiarato non obietto il 20% obietto e in relazione alla propria scelta due ostetriche hanno espresso un vissuto positivo rispetto all'AT *"...nel modo più tranquillo possibile si allora non sono obiettrice..."* (intervista 5), *"...La vivo bene perché sia dal punto di vista ostetrico che dal punto di vista psicologico ti ripeto non sono obiettrice..."* (intervista 7). Le altre esprimono un vissuto negativo per ragioni personali, culturali, morali, religiose *"...cioè non è detto che perché io posso dire una cosa brutta sono io quella che*

*uccide i bambini sono insensibile non ci sto male per questa cosa...*” (intervista 2),  
“...mah io la vivo malissimo innanzitutto sono obiettrice...” (intervista 9).

Tutte le ostetriche hanno ammesso di partecipare al vissuto della donna: alcune dichiarano di capire la donna e condividere la sua scelta, altre di immedesimarsi con lei, altre ancora di avere un coinvolgimento emotivo “...secondo me al suo dolore partecipi...” (intervista 3), “...capisco queste donne e <<:>> molte volte condivido la scelta...” (intervista 7), “...non so mi immedesimo sempre con le pazienti ...” (intervista 9). Sono stati espressi sentimenti di sofferenza, paura, panico “...stavo andando in panico cioè in crisi ...” (intervista 3), “...beh ovviamente un minimo di sofferenza tra virgolette c'è...” (intervista 10); soggezione “...ho proprio questa soggezione quando c'è un AT non sono tanto <<:>> cioè preferisco veramente seguire altre patologie ma questi non mi piace proprio per niente perché ho <<:>> paura non lo so non mi sento sicura nell'assistenza cioè...” (intervista 9); commozione, “...è molto coinvolgente come una decisione di non interrompere eh <<:>> è commovente altrettanto è quella di interrompere (...) qualche volta mi è venuto da piangere ho dovuto trattenere le lacrime...” (intervista 6); senso di impotenza o inadeguatezza “...(ti manca) la forza d'animo ...” (intervista 1), “...capivo che quasi non riuscivo neanche a sostenere me stessa nel mentre ...” (intervista 2), “...le parole di conforto poi alla fine le esaurisci ...” (intervista 6).

### La percezione dell'assistenza ostetrica alla donna

Gli aspetti predominanti del carico di lavoro vengono individuati nel supporto psicologico da offrire alla donna: le ostetriche vivono questo aspetto dell'assistenza come un carico impegnativo, un'ostetrica ritiene che sia un'occasione per usare le proprie competenze al meglio “...secondo me esce fuori l'altra parte del nostro lavoro che abitualmente in ospedale credo esca mai se non raramente però io credo che l'ostetrica sia formata da due parti che è l'assistenza pratica ma anche l'assistenza psicologica...” (intervista 3). Inoltre è stata sottolineata l'importanza e difficoltà del capire la donna e adeguare l'assistenza alle sue esigenze “...dipenderà da te modulare tutta la giornata perché non troverai mai una donna che viene qua spensierata da te a parlare ...” (intervista 1) e nel gestire la reazione della donna.

Dicono inoltre che l'assistenza, seppur breve, richieda molta concentrazione e attenzione da parte dell'operatore che deve offrire anche una grande disponibilità

alla donna “...l’aborto terapeutico è proprio quella cosa che comunque cioè gli puoi dare gli dai un’assistenza che tra virgolette è veloce perché magari la vedi solo due giorni però è un’assistenza molto più concentrata e intensa...” (intervista 2), “...noi abbiamo un telefono (...) diamo il numero di questo telefono a loro quando stanno prendendo la decisione (...) in quel momento noi siamo a loro disposizione tu non hai orari (...) quindi capisci che è particolare dare la tua disponibilità ...” (intervista 4).

Sono state dichiarate alcune strategie per affrontare il carico di lavoro come creare un rapporto empatico con la donna; mostrare la propria disponibilità senza far trasparire giudizi “...il nostro scopo è cercare di aiutare la donna qualunque decisione lei prenda davanti all’aborto terapeutico cioè quello che noi pensiamo non è importante non conta niente...” (intervista 4), “...non sono io a criticare ma cioè quello che è giusto è giusto quello cioè la scelta della donna è giusta...” (intervista 9); chiedere il cambio alle colleghe “...quando sono troppe le preparazioni in una settimana ti rifiuti chiedi alla collega se può farle lei perché ne hai già fatte troppe questa settimana ...” (intervista 1); cercare di non accollarsi le emozioni della donna “..di conseguenza accollarsi altre emozioni così forti magari non te la senti..” (intervista 1); seguire l’iter “...seguo l’iter ehm senza farmi <<(..)>> tanti problemi...” (intervista 5).

La qualità dell’assistenza erogata viene definita buona, le ostetriche ritengono che le donne siano seguite bene all’interno dell’ospedale di riferimento; propongono comunque alcune migliorie all’assistenza: la camera singola per la degenza e la possibilità che un familiare possa restare con la donna; la creazione di gruppi di supporto tra donne che richiedono l’AT; un supporto psicologico più ravvicinato; maggiore continuità dell’assistenza.

Viene così delineato un modello di assistenza ideale in cui l’ostetrica in collaborazione con gli altri professionisti che accompagnano la donna, possa offrirle un’assistenza globale per farle vivere nel migliore dei modi e senza ripensamenti l’aborto terapeutico, affinché non condizioni negativamente una successiva gravidanza “...perché una donna che affronta un aborto terapeutico lo deve affrontare nel migliore dei modi senza dubbi senza rimpianti perché se no condiziona la gravidanza dopo o non ci sarà un’altra gravidanza dopo magari è un compito che abbiamo ...” (intervista 4).

### Cosa suggeriscono le ostetriche per se stesse

È stato chiesto alle ostetriche se ritenessero esserci degli strumenti utili per aiutare l'operatore nell'assistenza alle donne che richiedono l'AT, le risposte sono state concordi nell'individuare aspetti precisi.

Le ostetriche suggerirebbero per se stesse un supporto psicologico *“banalmente penso sempre a una psicologa...”* (intervista 1), *“... ma non so magari una persona di riferimento che nel senso psicologo...”* (intervista 2), *“...qualcosa che può aiutare noi ostetriche esatto una consulenza psicologica anche per noi dopo un po' di aborti terapeutici che assisti cioè soprattutto per chi è obiettrice sicuramente una cosa psicologica anche per noi <<(>> soprattutto per noi ...”* (intervista 7); una formazione più approfondita in ambito psicologico *“...secondo me la formazione (...)proprio specifica un po' più specifica su quello...”* (intervista 3), *“...una preparazione per affrontare un rapporto psicologico così complicato perché ogni donna esprime il suo dolore in maniera diversa ...”* (intervista 4); avere notizie di come viene rielaborata l'esperienza vissuta dalla donna *“...basterebbe questo un confronto del dopo magari seguire tre casi e seguire il dopo sapere veramente come l'hanno vissuto allora è servito quello che ho fatto qui o non le è servito affatto o era ininfluenza quindi forse allora posso anche mettere meno energia no tutto sommato...”* (intervista 1); una maggiore collaborazione e supporto tra colleghi *“...le colleghe sicuramente sono di supporto poi la cosa bella secondo me che deve succedere in quei casi è non rimanere da sola...”* (intervista 3), *“...è una grossa forza avere l'equipe alle spalle ...”* (intervista 6), *“...è importante magari essere sempre in due...”* (intervista 7).

### Il ricordo di un'esperienza

Alla domanda “C'è un caso o un'esperienza in particolare che ricorda e può raccontarlo?” quattro ostetriche hanno evocato un ricordo positivo, legato al ringraziamento della donna al termine dell'assistenza o alla bellezza del rapporto creato con la donna *“...che poi ci sia un ringraziamento finale è una cosa meravigliosa perché la donna riesce anche a riconoscere determinati comportamenti cioè un approccio quindi che ha completamente appagato delle difficoltà che hai avuto ...”* (intervista 1), *“..bello nel rapporto che poi si creava di donne che ti ringraziavano che comunque sembra banale ma un grazie aiuta tanto..”* (intervista 3), *“...semplicemente per la gratificazione della paziente...”* (intervista 7).

Sei ostetriche hanno ricordato esperienze negative in cui avevano avuto delle difficoltà “...mi è successo una volta di avere grosse difficoltà...” (intervista 5), “...si una cosa brutta...” (intervista 8), “...ho avuto una difficoltà allucinante (...) è bruttissimo da vivere...” (intervista 9).

Due ostetriche hanno ricordato il primo AT che avevano assistito.

### **Limiti**

Non è sempre stato possibile trovare un ambiente tranquillo e chiuso che permettesse un colloquio più riservato, alcune interviste sono state disturbate e interrotte. È risultato abbastanza difficile inserirsi nella routine del reparto per trovare un momento opportuno per le interviste.

A causa dei turni di lavoro non sono state intervistate tutte le ostetriche presso il reparto di patologia della gravidanza.

È possibile che le ostetriche non abbiano riferito alcune esperienze o difficoltà per il fatto che l'intervistatore fosse una studentessa ostetrica.

### **Discussione**

La maggioranza delle ostetriche ha dichiarato di avere alcune difficoltà nell'assistenza alle donne che richiedono l'aborto terapeutico, soprattutto legate all'offrire un supporto psicologico e a gestirne la reazione. Ciò crea una situazione di stress emotivo per l'ostetrica, che è infatti la principale protagonista dell'assistenza e della gestione clinica della donna. Trascorrendo molto tempo accanto alla donna, spesso l'ostetrica partecipa alle sue emozioni: si trova perciò a dover trovare un equilibrio tra le proprie emozioni e il mostrare sempre un grande senso di professionalità. Ciò richiede che l'ostetrica abbia autocontrollo e lucidità per gestire al meglio i propri sentimenti in relazione alle reazioni della donna.

A tale scopo, tra gli strumenti d'aiuto, si è rilevata spesso la necessità di parlare con uno psicologo della propria esperienza di assistenza, è stato espresso inoltre il desiderio di avere una formazione più approfondita in merito a concetti di psicologia, questo è confermato da diversi studi presi in considerazione [1] [5] [6]. Le ostetriche hanno sottolineato l'importanza della presenza di una collega durante l'assistenza all'AT, per molte è più difficoltosa l'assistenza se devono affrontarla

da sole; se non c'è questa possibilità all'interno del reparto le ostetriche si alternano nei compiti di modo che il carico assistenziale sia condiviso tra colleghe. Anche in questo caso la letteratura conferma il dato [6].

Il percorso della donna che richiede l'AT si snoda tra tre reparti, l'ostetrica si trova perciò a mediare tra la donna e le altre colleghe anche una volta che ritiene concluso il suo compito assistenziale dal momento che per la donna resta sempre un punto di riferimento. È richiesta quindi una disponibilità particolare, che va oltre alla normale routine, a volte identificata come ulteriore elemento di stress.

L'assistenza agli AT, più che in altri casi, si qualifica per essere strettamente personalizzata e adeguata alle esigenze della donna, non è possibile seguire un protocollo standard ma impone di adattarsi alle richieste della donna e modularsi in base alle sue reazioni. In questo senso l'ostetrica deve mettere nell'assistenza una componente personale, un grosso ruolo è rivestito dall'esperienza, dalla passione per il proprio lavoro e dal senso di professionalità in accordo con il codice deontologico.

Seppur vengano individuati alcuni aspetti difficoltosi, la maggior parte delle ostetriche ritenendo l'assistenza all'AT parte del proprio dovere professionale, è in grado di mettere da parte i propri conflitti e la propria idea in merito al tema, al fine di offrire la migliore assistenza possibile alla donna. Le ostetriche sono concordi nel dire che la donna non si deve sentire giudicata in alcun modo, che deve trasparire solo la propria disponibilità ad accogliere la donna qualunque sia la sua decisione; riconoscendo alla donna/coppia il diritto di autodeterminazione; anche questo elemento è ritrovabile nelle pubblicazioni scientifiche [1] [5] [6]. In accordo con la letteratura in merito, il momento riconosciuto come più difficoltoso a livello etico-professionale è quello della maturazione della decisione da parte della donna di proseguire o interrompere la gravidanza. Il vantaggio sottolineato dalle ostetriche direttamente coinvolte in questo processo decisionale, è il fatto che a farsi carico della donna è un'intera equipe formata da più professionisti, che collaborano al fine di aiutarla e sostenerla qualsiasi sia la sua decisione finale.

Tuttavia, pur rispettando la decisione della donna, a livello personale le ostetriche dichiarano di avere maggiori difficoltà nell'indurre travagli abortivi nei casi in cui vi è un'indicazione esclusivamente psicologica e il feto è sano o ha una patologia compatibile con la vita.



L'assistenza all'espletamento è ritenuta più onerosa quando il feto è vivo, come emerge anche dagli studi<sup>[5]</sup> [8].

Un ostacolo all'assistenza è dovuto al fatto che per la donna non è disponibile una camera singola, che garantirebbe oltre a una maggiore tranquillità anche la presenza di un parente. Il fatto che la donna condivida la stanza di degenza con un'altra donna ricoverata per un'altra patologia, implica che quest'ultima si trovi a condividere la sua esperienza e l'ostetrica si trova a dover gestire le emozioni di entrambe le donne.

La qualità dell'assistenza offerta in un'autovalutazione delle ostetriche viene definita buona; esse hanno rinvenuto alcuni aspetti da migliorare ulteriormente. L'ambiente di degenza potrebbe offrire una camera singola o un reparto dedicato alle donne che richiedono l'AT, questo favorirebbe anche una maggiore condivisione tra le donne che si trovano ad affrontare la medesima esperienza, potrebbe essere così d'aiuto la creazione di gruppi di supporto. Le ostetriche auspicano una maggiore continuità dell'assistenza e una migliore collaborazione tra i vari reparti e tra il personale sanitario: ciò favorirebbe un'assistenza più completa alla donna, garantita da un'intera equipe meglio coordinata.

Nonostante le difficoltà alcune ostetriche si ritengono ricompensate dei propri sforzi per la gratitudine e il riconoscimento delle donne assistite, possibile per il rapporto empatico che richiede un'assistenza breve nel tempo ma intensa dal punto di vista emotivo.

### **Conclusioni**

Lo studio mostra che la maggior parte delle ostetriche incontra qualche tipo di difficoltà durante l'assistenza degli aborti terapeutici.

Un ruolo importante nell'assistenza è rivestito dall'equipe e dalla condivisione con i colleghi.

Le esperienze positive sono legate al confronto positivo con la donna che esprime il suo ringraziamento per l'assistenza, potrebbe essere interessante avere la possibilità di conoscere come è stata percepita l'assistenza dalla donna e quale è stato il suo percorso successivo all'ospedalizzazione.

Sarebbe utile mettere a disposizione delle ostetriche, come suggerito da loro stesse, un supporto psicologico e offrire maggiori occasioni per approfondire la propria formazione, al fine di fornire più strumenti per ridurre le loro difficoltà e migliorare l'assistenza offerta alla donna.

### **Bibliografia**

1. Cignacco E. Between professional duty and ethical confusion: midwives and selective termination of pregnancy. *Nurs Ethics*. 2002 Mar;9(2):179-91; discussion 191-3.
2. De la Fuente Fonnest I., Sondergaard F., Vasted-Jacobsen A. Attitudes among health care professionals on the ethics of assisted reproductive technologies and legal abortion. *Acta Obstet Gyn Scand* 2000; 79: 49-53
3. Drake H, Reid M, Marteau T. Attitudes towards termination for fetal abnormality: comparisons in three European countries. *Clin Genet*. 1996 Mar;49(3):134-40.
4. Francome C., Freeman E., British general practitioners' attitudes toward abortion. *Fam Plann Prospect* 2000; 32: 189-19
5. Garel M., Etienne, E., Blondel, B., Dommergues, M. French midwives' practice of termination of pregnancy for fetal abnormality. At what psychological and ethical cost? *Prenatal Diagnosis Volume 27, Issue 7, pages 622-628, July 2007*
6. Garel M., Gosme-Seguret S., Kaminski M. and Cuttini M. Ethical decision-making in prenatal diagnosis and termination of pregnancy: a qualitative survey among physicians and midwives. *Prenat Diagn* 2002; 22: 811 - 817.
7. Garne E., Khoshnood B., Loane M., Boyd P.A., Dolk H., The EUROCAT Working Group. Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation: a European register-based study. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* (2010)
8. Lindström M., Wulff M., Dahlgren L., Lalos A. Experiences of working with induced abortion: focus group discussions with gynaecologists and midwives/nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011 Nordic College of Caring Science
9. Lipp A. A review of termination of pregnancy: prevalent health care professional attitudes and ways of influencing them. *Journal of Clinical Nursing Volume 17, Issue 13, pages 1683-1688, July 2008*
10. Musgrave C.F., Soudry I. An exploratory pilot study of nurse-midwives' attitudes toward active euthanasia and abortion. *International Journal of Nursing Studies* 37 (2000) 505±512
11. Perrotte F, Mirlesse V, De Vigan C, Kieffer F, Meunier E, Daffos F. Medical termination of pregnancy for fetal anomaly: the patient's point of view. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2000 Apr;29(2):185-91.
12. Repubblica Italiana Ministero della Salute- comunicato n.64 4 marzo 2008 C.s. Emanati pareri e raccomandazioni per cure estremamente prematuri
13. Repubblica Italiana Ministero della Salute- relazione del Ministero della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) 1999-2010
14. Repubblica Italiana- Gazzetta Ufficiale n.140 del 22 maggio 1978 - Legge 22 maggio 1978 n.194 norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza
15. Repubblica Italiana- Regione Lombardia bollettino ufficiale Milano lunedì 28 gennaio 2008 sede editoriale ordinaria. D.G. Sanità decreto direttore generale 22 gennaio 2008 n.327 atto di indirizzo per la attuazione della legge 22 maggio 1978 n.194 <<norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza>>
16. Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia - Sentenza N.07735/2010 REG. SEN. N.00804/2008 REG. RIC.
17. [www.news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6235557.stm](http://www.news.bbc.co.uk/2/hi/europe/6235557.stm) United Nations and the International Planned Parenthood Federation.
18. [www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region](http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/activities/abortion/facts-and-figures-about-abortion-in-the-european-region) WHO/Europe | Facts and figures about abortion in the European Region
19. [www.ippfen.org/NR/rdonlyres/2EB28750-BA71-43F8-AE2A-8B55A275F86C/0/Abortion\\_legislation\\_Europe\\_Jan2007.pdf](http://www.ippfen.org/NR/rdonlyres/2EB28750-BA71-43F8-AE2A-8B55A275F86C/0/Abortion_legislation_Europe_Jan2007.pdf) International Planned Parenthood Federation