



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

**DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA
CORSO DI LAUREA DI OSTETRICIA**

**PREGNANCY AFTER CANCER (PAC):
I BISOGNI EMOZIONALI E INFORMATIVI
IN GRAVIDANZA DELLE DONNE CON
PREGRESSA STORIA ONCOLOGICA.
UNO STUDIO QUALITATIVO.**

Relatrice

Dott.ssa Sara Daidone

Laureanda

Martina Petroni

Correlatore

Prof.ssa Elena Tarlazzi

Sessione novembre 2025

Anno Accademico 2024/2025

ABSTRACT

Background: La gravidanza dopo una diagnosi oncologica tra le giovani donne sopravvissute comporta sfide psicologiche e fisiche significative. Queste donne vivono emozioni contrastanti e possono sperimentare ansia, senso di colpa e difficoltà nel legame madre-bambino, oltre alla grandissima gioia per la gravidanza.

Obiettivo: Lo studio intende esplorare il vissuto e i bisogni di queste donne per migliorare l'assistenza e colmare il vuoto nella letteratura sul tema.

Metodi: Lo studio è stato condotto secondo l'approccio della Descrizione Interpretativa. È stato stimato un campione di 10 donne e al momento ne sono state arruolate 4. Le informazioni relative al vissuto di una gravidanza dopo malattia oncologica sono state raccolte tramite interviste semi strutturate. L'analisi dei dati preliminare è stata condotta secondo i principi dell'analisi tematica. Per garantire l'affidabilità, sono state adottate misure come il diario clinico, l'organizzazione di meeting del gruppo di ricerca e la triangolazione dei ricercatori. Inoltre, verrà applicato il "test del clinico riflessivo" per la validazione dei temi emersi.

Risultati: Sono emersi 7 temi principali che evidenziano come le donne hanno vissuto il periodo perinatale. Il tema più rilevante è la paura per la recidiva, connesso fortemente al timore di perdere la gravidanza tanto attesa, che viene vissuta come un miracolo, un riscatto e una rinascita. Il grande impatto fisico ed emotivo del tumore è capace di condizionare esperienze future e di colorare aspetti della vita delle donne. La rete familiare è stata un punto di riferimento, così come il supporto dei professionisti sanitari, anche se emerge un limite rappresentato dalla continuità assistenziale.

Conclusione: Lo studio evidenzia una dualità emotiva tra gioia e paura. L'esperienza del tumore incide profondamente sull'identità e sul vissuto delle donne, influenzando anche sul periodo perinatale. Si è dimostrato fondamentale il supporto familiare e dei sanitari, ma la mancanza di continuità assistenziale rappresenta una criticità. I risultati offrono spunti per percorsi di cura più personalizzati e per futuri approfondimenti.

Parole chiave: gravidanza, tumore, studio qualitativo.

INDICE

<i>BACKGROUND</i>	3
<i>METODI</i>	8
Obiettivo dello studio.....	8
Disegno di ricerca.....	8
Approvazione Etica.....	9
Popolazione di studio	9
Raccolta dati.....	10
Analisi dei dati.....	11
Strategie per aumentare l'affidabilità dei risultati.....	11
<i>RISULTATI</i>	13
Descrizione del campione	13
Definizione dei codici	15
Ricerca dei temi.....	16
Revisione dei temi rilevanti.....	24
<i>DISCUSSIONE</i>	25
Punti di forza e limiti	27
<i>CONCLUSIONI</i>	29
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	30

BACKGROUND

La malattia oncologica è in costante aumento a livello globale e nazionale.

Il rapporto “I numeri del cancro 2024” è documento aggiornato annualmente utile per la ricerca di nuovi metodi di prevenzione, diagnosi e cura, frutto della collaborazione tra AIRTUM (Associazione italiana registri tumori), AIOM (Associazione italiana di oncologia medica), Fondazione AIOM e PASSI (Progressi nelle aziende sanitarie per la salute in Italia, a cura dell’Istituto superiore di sanità). In questo documento, sulla base delle analisi statistiche condotte sui nuovi tumori diagnosticati tra il 2013 e il 2017 si stima che nel 2024 in Italia le nuove diagnosi di tumori maligni (esclusi i tumori della pelle non melanoma) non supereranno i 390.000 casi, di cui 175.000 nuovi casi nelle donne.

Secondo Socialstyrelsen (2018) e l’Organizzazione Mondiale della Sanità (2020) il cancro ginecologico è uno dei gruppi di tumori più comuni nelle donne, secondo solo al cancro al seno. Quasi il 10% delle donne a cui è stato diagnosticato un cancro ginecologico sono giovani adulte al momento della diagnosi (cioè di età inferiore ai 40 anni). I dati dei Registri Tumori italiani non indicano solo un costante aumento del numero di persone che vivono dopo una diagnosi di tumore, ma dal 2006 al 2021 si ha avuto una netta e costante diminuzione di mortalità per tutti i tumori. In Italia si è stimato che nel 2024 siano circa 3,7 milioni gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore, di cui il 56% sono donne ovvero il 68,8% dell’intera popolazione femminile italiana. Analogamente, è stata dimostrata in Germania tra il 1999 e il 2019 una diminuzione del 3% della mortalità oncologica nelle donne sotto i 50 anni di età. Inoltre, i dati di AIRTUM dimostrano anche che la metà delle persone che si ammalano di tumore è destinata a guarire, avendo la stessa aspettativa di vita di chi non si è mai ammalata.

Infatti, negli ultimi anni, grazie a diagnosi più precoci e migliori opzioni terapeutiche, la sopravvivenza del cancro nelle donne è aumentata costantemente, con una sopravvivenza netta a 5 anni nei paesi ad alto reddito pari all’80-90% per il tumore al seno. La transizione da paziente affetta da cancro al seno a donna sopravvissuta al cancro comporta numerose incertezze per le donne. Per questo motivo e considerando il fatto che circa il 50% delle donne desidera una gravidanza dopo la diagnosi di cancro, il problema del parto e della gravidanza dopo il cancro diventa sempre più comune e deve essere affrontato⁽¹⁻⁵⁾.

Dal punto di vista biologico e dello sviluppo, questi pazienti differiscono notevolmente dagli altri malati di cancro, sia più vecchi che più giovani di loro: una parte sostanziale, ovvero il 35-45% sperimenta un disagio clinicamente significativo.

A livello generale, le donne sopravvissute al cancro riferiscono sintomi che gravano sulla loro qualità di vita quali: disturbi di ansia e dell'umore, depressione, affaticamento, bassa autostima, dolore cronico, stress post-traumatico, paura di una recidiva e invadenza della malattia. Tutto questo viene individuato nel disagio correlato al cancro, definito nello studio di Bultz et al. (2020) come "un'esperienza emotiva di natura psicologica, sociale e/o spirituale che si estende in un continuum da normali sentimenti di vulnerabilità, tristezza e paure a problemi invalidanti come depressione, ansia, panico, isolamento sociale e spiritualità, crisi"⁽⁶⁾. Infatti, le donne sopravvissute vivono in uno stato di minore benessere fisico, funzionale, emotivo e sociale, esprimendo la necessità di imparare a convivere con la paura delle recidive, le preoccupazioni attuali e le preoccupazioni legate all'impatto a lungo termine del cancro. È interessante notare che questi sentimenti e preoccupazioni sono stati descritti come emersi principalmente dopo la fine del trattamento. Questa condizione di malessere viene esacerbata dai cambiamenti fisiologici della gravidanza, fase di sviluppo che ha già una forte carica emotiva, e dal periodo perinatale, definito come il periodo dal concepimento fino a un anno dopo il parto, che anche indipendentemente da una storia di cancro viene associato ad un aumento dell'ansia. La transizione alle responsabilità della maternità accompagnata dalla paura della recidiva del cancro e di diventare una madre malata sono alcune delle sfide tra le sopravvissute⁽¹⁻¹⁶⁾.

Infatti, la maternità dopo il cancro comporta sfide psicologiche complesse e uniche con potenziali conseguenze a lungo termine e disagio clinicamente significativo. Innanzitutto, la natura imprevedibile e incerta del cancro può portare a una maggiore vigilanza sui sintomi fisici benigni, come l'affaticamento, in modo tale da innescare preoccupazione, ansia e ruminazioni sulla recidiva. Inoltre, ansia e depressioni preesistenti, comuni nelle donne con storia di tumore, mettono le donne a maggior rischio di ansia specifica per la gravidanza, come la paura del dolore del parto e i timori per la salute del neonato, entrambi i quali aumentano la probabilità di eventi avversi e impatto negativo significativo sulla salute mentale e fisica sia della madre che del bambino. Infatti, è stato dimostrato che una diagnosi pregressa di cancro può influenzare il funzionamento psicologico della madre e lo sviluppo delle relazioni con il figlio. L'alterato benessere psicologico delle donne incinte sopravvissute viene associato ad una scarsa efficacia genitoriale e bassi livelli di attaccamento prenatale, in termini di comportamenti che indicano interazione e affiliazione con il loro feto. Come affermato nello studio di Mascheroni et al.

(2020) questi aspetti dell'interazione prenatale sono vitali per la costruzione della rappresentazione materna e per la futura relazione madre-bambino nel periodo post-partum. Queste donne potrebbero non essere in grado di creare uno spazio mentale per la relazione progressiva con il figlio poiché uno spazio viene utilizzato per elaborare la loro esperienza della malattia. Infine, la possibilità o la certezza di non poter allattare può aumentare il pensiero di non riuscire a costruire un rapporto stretto e positivo con il futuro bambino, con sentimenti di vergogna, colpa e inadeguatezza, soprattutto quando scelgono di nutrire il proprio bambino con la formula; oltre a farle sentire di non soddisfare adeguatamente gli ideali di femminilità e maternità imposti da una pressione sociale. Quindi, i sintomi del cancro e gli effetti collaterali del trattamento spesso interferiscono con la loro capacità percepita di fornire assistenza fisica, emotiva e psicologica ai propri figli, con la sensazione che la loro malattia influisca sul benessere dei loro figli e sulle dinamiche della relazione madre-figlio.

La genitorialità vissuta in tale modo può provocare sensi di colpa, vergogna e significativo disagio psicologico, che si aggiungono ai sintomi già riferiti dovuti alla patologia pregressa. Essere genitori di figli richiede una notevole quantità di resistenza e gli studi dimostrano che l'impatto fisico del cancro, come dolore, stanchezza e malessere generale, è particolarmente dannoso per la loro capacità di essere genitori. Inoltre, le sopravvissute al cancro al seno con bambini riferiscono maggiori paure di progressione del cancro e di recidiva del cancro rispetto alle sopravvissute senza figli a causa dell'impatto che una recidiva avrebbe sulla loro famiglia e sulla loro capacità di essere genitori. Le madri si preoccupano per il benessere futuro dei propri figli nel caso in cui dovessero morire e molte si sentono in colpa per il potenziale abbandono dei propri figli (4-13,15-18).

Allo stesso tempo alcuni ricercatori hanno scoperto che alcune donne che sopravvivono al cancro provano un desiderio più intenso di avere figli per sentirsi normali e avere l'esperienza positiva di avere un figlio. Nello studio di Azizi et al. (2024) alcune donne hanno dichiarato che la maternità dopo il cancro sia stata un miracolo di Dio e un evento piacevole e inaspettato. Inoltre, si legge che “vivere la maternità porta a una maggiore autostima, alla sensazione di essere più forti per affrontare le sfide, a livelli di energia più elevati per svolgere le attività quotidiane e a un maggiore benessere psicologico”. Le sopravvissute al tumore al seno hanno anche dichiarato di avere la sensazione di essere una madre sana e robusta, di trovare un'incredibile opportunità di tornare alla vita di tutti i giorni prima di una diagnosi di cancro e di colmare tutta la loro tristezza e disperazione dei loro precedenti pensieri sulla loro incapacità di avere figli durante il trattamento”.

Quindi, le donne che hanno avuto una diagnosi oncologica prima della gravidanza vivono una dualità simultanea di emozioni, influenzata unicamente dalla loro storia del cancro, che risulta non ostacolare però le motivazioni generali per il parto. La gravidanza da un lato viene vissuta come un evento centrale per la loro identità e storia di vita e come una rinascita, una speranza e una possibilità di riscatto della malattia, ma dall'altro la diagnosi pregressa genera una notevole ansia e angoscia riguardo alla gravidanza, alla loro capacità di occuparsi dei figli, e rispetto all'essere una "brava madre", oltre ad avere preoccupazioni sulla vita e sul futuro dei propri figli^(9,16,18).

Nonostante il fatto che precedenti ricerche abbiano dimostrato che le giovani donne affette da cancro siano particolarmente a rischio di problemi di salute fisica e mentale in seguito al trattamento del cancro, tuttavia le esigenze specifiche di sostegno non sono state delineate in precedenza e inoltre le cure di supporto fornite a questa popolazione sono risultate insufficienti. Le evidenze suggeriscono che la gravidanza dopo il cancro rappresenti un momento di vulnerabilità che merita un'attenzione speciale per prevenire conseguenze negative sulla gravidanza stessa, sul travaglio e sul parto, sull'umore materno, sul legame madre-bambino e sulla genitorialità.

Al fine di fornire sostegno e cure sufficienti adattando gli interventi specificamente alle donne affette da cancro, è necessario prendere in considerazione le loro esigenze di supporto fisico, informativo, pratico, emotivo, psicologico, sociale e spirituale. Le donne hanno descritto la necessità di un sostegno per affrontare le reazioni psicologiche legate al cancro, ma anche per le preoccupazioni durante la gravidanza e tendono a rispondere a questi bisogni cercando rassicurazioni da parte di un operatore, trovando sollievo quando questo avviene.

Molte donne però riferiscono di non aver avuto abbastanza informazioni e supporto dagli operatori, che dovrebbero essere i primi a riconoscere i loro bisogni per migliorare i servizi di supporto e la qualità dell'assistenza, ma anche e soprattutto per migliorarne i sintomi negativi percepiti. È bene evidenziare che i bisogni insoddisfatti sono fortemente associati a minore benessere psicologico e a sintomi di frustrazione, depressione, ansia e scarsa qualità di vita^(3,4,8,9,12,14,15,17,18).

I risultati dello studio di Ljungman et al. (2021) evidenziano la necessità di informazioni di alta qualità, gruppi di sostegno e altre attività di riabilitazione dal cancro. Riconoscendo i bisogni specifici delle donne sopravvissute, è possibile ottenere cure, informazioni, supporto psicosociale e miglioramento della qualità di vita. I risultati che emergono da questo studio

possono essere utilizzati per guidare i servizi di supporto e lo sviluppo di nuovi interventi specifici, così da avanzare cure di follow-up specialistiche e rispondere in modo esaustivo alle esigenze di questa popolazione⁽³⁾.

Lo studio di Di Mattei et al. (2023) sottolinea l'importanza di un intervento psicologico incentrato sulla preparazione e l'assistenza al parto, considerando le possibili conseguenze dell'ansia e dello stress su questo. Le donne dovrebbero essere incoraggiate a discutere dei loro obiettivi, aspettative e piani per il parto, ricevendo le informazioni necessarie grazie anche all'aiuto di uno psicologo per l'aspetto emotivo. Inoltre, le donne dovrebbero essere incoraggiate a elaborare le loro esperienze di parto subito dopo che si sono verificate per esplorare i sentimenti relativi. Altro aspetto che viene analizzato in questo studio è l'importanza del supporto sociale per la qualità della vita materna durante la gravidanza e nei primi mesi dopo il parto. Infine, si raccomanda un approccio multidisciplinare fin dalla diagnosi, che includa la preservazione della fertilità, l'assistenza e il supporto durante gravidanza ed allattamento, per promuovere un migliore adattamento alla malattia e per aumentare il benessere psicologico⁽⁴⁾.

Sicuramente, la carenza di percorsi dedicati, la mancanza di linee guida specifiche per donne in gravidanza sopravvissute al cancro e la scarsa preparazione degli operatori rispetto a tale tematica è dovuta ad una ricerca poco focalizzata su questa popolazione e sui relativi bisogni specifici.

Data la scarsità di letteratura internazionale e nazionale sul tema dell'esperienza delle donne che affrontano una gravidanza dopo una malattia oncologica, si è deciso di offrire una descrizione del vissuto e dei bisogni di questa particolare categoria di donne. L'idea era di avere un quadro iniziale utile in futuro a definire un percorso assistenziale adeguato ai bisogni evidenziati. Pertanto, abbiamo ipotizzato di svolgere uno studio qualitativo, esplorativo, descrittivo che ha voluto fornire una descrizione "dall'interno" delle emozioni, fatiche e strategie utilizzate dalle donne con storia oncologica per gestire le richieste emotive e fisiche della gravidanza. Queste informazioni potrebbero guidare in futuro le/i professioniste/i nel fornire un'assistenza attenta e personalizzata.

METODI

Obiettivo dello studio

Lo studio intende descrivere l'esperienza della gravidanza dopo una malattia oncologica, partendo dal vissuto delle donne che stanno affrontando questa situazione. Nello specifico il presente lavoro di ricerca intende rispondere alle seguenti domande di ricerca: quali sono gli aspetti chiave relativi all'esperienza di una gravidanza dopo una malattia oncologica? Qual è l'esperienza di una donna che affronta una gravidanza dopo aver affrontato una malattia oncologica?

Disegno di ricerca

Per esplorare l'esperienza della gravidanza dopo una malattia oncologica, è stato adottato un disegno qualitativo, esplorativo e descrittivo, centrato sulla prospettiva soggettiva delle partecipanti. Questo approccio consente di indagare in profondità vissuti complessi e sfaccettati, valorizzando le percezioni, le emozioni e i significati attribuiti dalle donne alla propria esperienza.

Tra i diversi modelli qualitativi disponibili, è stata scelta la Descrizione Interpretativa (Thorne, 1997; 2016; 2021), una metodologia che si distingue per la sua flessibilità e per la capacità di generare conoscenze clinicamente rilevanti a partire dalle narrazioni individuali. Questo approccio è particolarmente indicato per affrontare fenomeni sanitari vissuti in modo soggettivo, come la gravidanza in donne con una storia oncologica, poiché consente di cogliere le interazioni tra dimensioni biologiche, psicologiche e sociali.

La Descrizione Interpretativa permette di andare oltre la mera descrizione, offrendo una comprensione contestualizzata e applicabile alla pratica clinica. Essa riconosce le partecipanti come esperte della propria esperienza e favorisce l'emersione di modelli interpretativi utili a orientare interventi assistenziali più sensibili e personalizzati. In questo studio, tale approccio si rivela ottimale per rispondere alla domanda di ricerca, poiché consente di esplorare in modo autentico e profondo i bisogni, le emozioni e le strategie adottate dalle donne nel percorso di gravidanza post-cancro^(19–23).

Approvazione Etica

Il Comitato Etico di Area Vasta Emilia Centro ha approvato il protocollo di ricerca in data 28/03/2025, protocollo numero 776/2025.

Sono state fornite informazioni orali e scritte a tutte le donne interessate ed è stato ottenuto il consenso scritto da coloro che hanno partecipato.

Popolazione di studio

Lo studio ha previsto il coinvolgimento di 10 donne di età compresa tra i 18 e i 45 anni, con una pregressa diagnosi oncologica e attualmente in gravidanza. Allo stato attuale sono state arruolate 4 donne (Settembre 2025), presso gli ambulatori ostetrici dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di S. Orsola durante la presa in carico per gravidanza a rischio o per gravidanza a termine.

Le donne sono state arruolate se presentavano i seguenti criteri di inclusione:

- Pregressa diagnosi di tumore (di qualsiasi tipo e sede), ma assenza di malattia attiva da almeno 1 anno
- Età ≥ 18 anni e ≤ 45 anni
- Essere in stato di gravidanza tra la 24° e la 41° settimana di gestazione
- Ottenimento del consenso informato
- Buona comprensione della lingua italiana parlata e scritta

Sono state escluse le donne che avessero una diagnosi medica o psichiatrica di disturbi mentali. La donna sarebbe potuta uscire dallo studio qualora si fosse riattivata la malattia o qualora fossero subentrati problemi della gravidanza tali da richiedere l'ospedalizzazione della donna o la nascita prematura (prima della 37 settimana di gestazione) del bambino. Qualora la donna avesse deciso di interrompere l'intervista o di ritirare il consenso alla partecipazione allo studio, non sarebbe stato possibile utilizzare i dati forniti.

Qualora l'impatto emotivo del racconto fosse risultato troppo faticoso per la donna, le sarebbe stato possibile sospendere l'intervista, rimandarla o uscire dallo studio. Inoltre, se la donna avesse voluto, le sarebbe stato offerto dalla psicologa del tema un supporto psicologico qualora fossero emersi stati d'animo negativi meritevoli di attenzione durante o a seguito dell'intervista, secondo iter assistenziale.

Raccolta dati

La raccolta dei dati è avvenuta attraverso un'intervista semi strutturata studio-specifica, in presenza oppure online, secondo quanto preferito dalla donna. Questa modalità di raccolta dati è propria della ricerca qualitativa perché permette al ricercatore di ascoltare “la voce” delle partecipanti, in modo da comprendere il loro punto di vista, il significato dell'esperienza che stanno vivendo, le esperienze, le percezioni, i pensieri, le emozioni.^(19,24)

L'intervista è stata condotta da due membri del team (MM e MP) di ricerca con comprovata formazione. Ogni intervista è stata registrata, su consenso della donna, per poter avere una trascrizione letterale di quanto discusso. L'intervista, della durata di circa un'ora, è stata strutturata prendendo come riferimento quella utilizzata da una ricerca simile (Vanstone, 2021). La raccolta dei dati (time point) tramite intervista è stata svolta al termine della visita di presa in carico/controllo della gravidanza; oppure in una giornata concordata con la donna, entro 1 settimana dall'arruolamento.

Oltre alle domande guida studio-specifiche saranno raccolte alcune informazioni anamnestico/demografiche.

Tabella 1: Domande dell'intervista

1	Puoi raccontarmi la tua storia di malattia? (se necessario aggiungere: tipo di tumore, a che stadio e quando hai avuto la diagnosi?)
2	Con il senno del poi, come ritieni di aver risposto/reagito alla malattia? Quali sono stati gli aspetti più difficili per te? Cosa hai invece trovato utile e di aiuto?
3	Ricordi se hai pensato ad una possibile gravidanza/un altro figlio durante la malattia?
4	Una volta terminata la terapia/trattamento della malattia, puoi raccontarmi come e con chi hai affrontato il tema di una possibile gravidanza? A che tipo di risorse hai avuto accesso?
5	Com'è stata finora la tua esperienza di gravidanza?
6	Com'è stata la tua più recente esperienza di gravidanza? (Se già avuto un parto, informarsi anche sull'allattamento al seno)
7	Puoi parlarci un po' dei tuoi supporti durante la gravidanza? (Partner, operatore sanitario)
8	Come ti sei sentita fisicamente nel corso della gravidanza?
9	Come ti sei sentita emotivamente nel corso della gravidanza? (Richiedi anche informazioni su: modifiche)

10	Ci sono stati periodi che hai trovato più difficili di altri?
11	In che modo hai trovato questa gravidanza diversa dalle gravidanze passate (se rilevante per l'individuo)?
12	In che modo pensi che la tua esperienza con il tumore abbia influenzato la tua gravidanza (se non altro)? (informarsi a livello emotivo e fisico)
13	Qual è stata la tua esperienza con il sistema sanitario? Com'è stato il supporto?

Analisi dei dati

Il presente lavoro illustra il processo relativo alle prime quattro interviste.

L'analisi dei dati è avvenuta attraverso analisi tematica (Harding, 2013) utilizzando il software TAGUETTE. Le interviste sono state trascritte e lette più volte per una completa immersione. Successivamente è stata svolta l'analisi dei dati, composta di tre fasi. Inizialmente, sono stati sviluppati riassunti narrativi e schemi concettuali per ogni intervista. Nella seconda fase, i codici emergenti sono stati raggruppati in categorie e poi in temi. Man mano che emergevano nuove intuizioni, le trascrizioni precedenti sono state riesaminate per garantire coerenza e profondità di interpretazione. In linea con l'enfasi di Thorne sull'autorevolezza interpretativa, le ricercatrici sono passate dalla codifica descrittiva alla comprensione concettuale, ponendo domande analitiche chiave come "Cosa sta succedendo qui?" e "Cosa stiamo imparando da questo?".

In linea con il processo di analisi dei dati descritto da Ahmed SK et al. (2025)⁽²⁵⁾, saranno illustrate le prime quattro fasi del processo di analisi, svolte sulle prime quattro interviste:

1. Immersione nei dati;
2. Definizione dei codici;
3. Ricerca dei temi;
4. Revisione dei temi rilevanti.

Strategie per aumentare l'affidabilità dei risultati

Per migliorare l'affidabilità, sarà applicato il "test del clinico riflessivo": la coordinatrice degli ambulatori ostetrici dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di S. Orsola (NR) esaminerà i temi emersi e la loro descrizione per valutarne la pertinenza e la credibilità in relazione alla pratica ostetrica. Le ricercatrici hanno scelto questa figura in quanto

in questo setting hanno esperienza e conoscenza rispetto a questa tematica e alla gestione delle donne in gravidanza con pregresso tumore.

Inoltre, in linea con la metodologia della ricerca qualitativa (Beck, 2016), sono state adottate le seguenti misure per garantire l'affidabilità della ricerca: le ricercatrici hanno tenuto un diario riflessivo, sono stati organizzati meeting del gruppo di ricerca sia per condividere gli aspetti organizzativi e superare eventuali criticità con strategie comuni; l'analisi dei dati è stata fatta da almeno due ricercatrici, in maniera indipendente e poi confrontando le codifiche ottenute (triangolazione dei ricercatori).

RISULTATI

Descrizione del campione

Il campione del presente lavoro è costituito da 4 donne di etnia caucasica, laureate e di età compresa tra i 31 e i 36 anni. Una di loro è divorziata, mentre le altre sono attualmente sposate. Le parità delle partecipanti sono: 1011, 0010, 0000, 1011, quindi il campione presenta una primigravida, una secondigravida nullipara e due terzigravide primipare.

Tre di loro hanno avuto la diagnosi di tumore tra i 25 e i 35 anni, mentre una tra i 18 e i 25 anni. Le diagnosi di tumore riscontrate in questo campione sono di un carcinoma tiroideo papillare, due carcinomi alla mammella e un condrosarcoma mesenchimale muscolare.

I trattamenti ai quali si sono sottoposte sono stati: radioterapia e chirurgia (n°1), chemioterapia e chirurgia (n°2) e chemioterapia, radioterapia, chirurgia e immunoterapia (n°1), e tutte con una durata del trattamento inferiore all'anno.

Nessuna delle partecipanti si è sottoposta a trattamenti di preservazione della fertilità, mentre tutte hanno avuto un concepimento spontaneo per la gravidanza attuale. Il tempo trascorso tra diagnosi di tumore e gravidanza è stato di 2 anni, 3 anni, 4 anni o 6 anni.

Tabella 2: Caratteristiche semplici

		Donne arruolate = 4
Età (media)		34 (31-36)
Età della diagnosi oncologica	< 18 anni 18-25 25-35 >35 anni	0 1 (25%) 3 (75%) 0
Tipo di tumore	Carcinoma tiroideo papillare Carcinoma della mammella Condrosarcoma mesenchimale muscolare	1 (25%) 2 (50%) 1 (25%)
Preservazione della fertilità	Si No	0 4 (100%)
Metodo di concepimento	Spontaneo Artificiale	4 (100%) 0
Tempo trascorso tra diagnosi e gravidanza	< 1 anno 1-2 anni > 2 anni	0 1 (25%) 3 (75%)

Tabella 3: Caratteristiche di ogni partecipante

ID partecipante	Età	Età della diagnosi	Tipo di tumore	Tipo di trattamento	Durata trattamento	Preservazione fertilità	Metodo di concepimento	Parità	Tempo tra diagnosi e gravidanza
01	35	32	Carcinoma tiroideo papillare	Radioterapia + chirurgia	< 1 anno	No	Spontaneo	1011	2 anni
02	35	31	Carcinoma della mammella	Chemioterapia + chirurgia	9 mesi	No	Spontaneo	0010	3 anni
03	31	23	Condrosarcoma mesenchimale in contesto muscolare	Chemioterapia + chirurgia	7 mesi	No	Spontaneo	0000	6 anni
04	36	31	Carcinoma alla mammella	Chemioterapia + radioterapia + chirurgia + immunoterapia	8 mesi	No	Spontaneo	1011	4 anni

Immersione nei dati

L'articolo di Ahmed SK et al. (2025)⁽²⁵⁾ afferma che in questa fase i ricercatori si immergono profondamente nei dati grezzi (ad esempio, trascrizioni, appunti) leggendo e rileggendo, così da interagire attivamente con il materiale, annotando idee iniziali, osservazioni riflessive e i potenziali modelli. L'obiettivo di questa fase è quello di stabilire una comprensione fondamentale per consentire una solida analisi successiva.

Per questo studio, durante lo svolgimento delle interviste sono stati presi i primi appunti utili per avere un primo approccio. Successivamente sono state trascritte grazie alla registrazione avvenuta. La trascrizione e di conseguenza anche la rilettura attiva delle interviste ha permesso di assumere familiarità con gli argomenti da analizzare e di raggiungere le prime intuizioni.

Definizione dei codici

La letteratura di riferimento⁽²⁵⁾ riporta che per questa fase bisogna esaminare sistematicamente i dati per identificare ed etichettare caratteristiche significative con codici che riassumono i segmenti dei dati. I ricercatori possono utilizzare software e l'obiettivo è una codifica completa e inclusiva.

In questo studio, le interviste trascritte sono state caricate sul software TAGUETTE per essere codificare. La codifica è avvenuta leggendo nuovamente le interviste ed evidenziando le parti più rilevanti. Dalle 4 interviste analizzate fino ad ora sono stati individuati complessivamente 167 codici, tra cui ne sono riportati alcuni a titolo esemplificativo:

- Paura che torni la malattia;
- Pensiero di lasciare orfano un figlio;
- Supporto: genitori, compagno;
- Supporto: famiglia propria e del compagno;
- Gratitudine per gravidanza;
- Incredula per gravidanza;
- Paura di perdere il bambino;
- Tranquilla quando lo avrà tra le braccia;
- Paura di non stare dietro ai figli;
- Senso di mancanza del “femminile”;
- Il tumore ti cambia;
- Esperienza positiva con operatori sanitari;
- Fiducia nei sanitari.

Ricerca dei temi

Questa fase nello studio di riferimento⁽²⁵⁾ viene delineata come un momento in cui i ricercatori iniziano a raggruppare i codici in modelli o temi più ampi. Un tema riflette modelli di dati significativi relativi al quesito di ricerca e strumenti come mappe mentali o

tematiche aiutano ad organizzare i temi. Questa fase implica il pensiero interpretativo.

I codici che sono emersi dalle interviste di questo studio, una volta che sono stati confrontati e raggruppati tra loro, hanno definito 7 temi principali:

1. Paura di una recidiva;
2. Rete familiare importante;
3. Gravidanza come un miracolo;
4. Mancanza di continuità negli ambiti sanitari;
5. Paura di perdere la gravidanza;
6. Impatto fisico ed emotivo del tumore;
7. Supporto dei sanitari importante.

Essendo state svolte solamente 4 delle 10 interviste previste dallo studio, si riserva la possibilità che i temi possano cambiare e sono quindi in divenire.

Infatti, ad esempio, analizzando meglio i temi, è stato notato che rispetto al primo c'è una possibile correlazione con un altro tema, che però non è stato ad oggi indagato, ovvero “paura di perdere la gravidanza”. Non è presente nell'intervista una domanda specifica e per questo sarà oggetto di confronto tra le ricercatrici per capire se è necessario modificare le domande poste oppure se è possibile semplicemente approfondirlo nei prossimi casi. Così come per questi due temi in oggetto, è possibile che con le prossime interviste i temi finali dello studio vengano modificati, sia in termini di “nome” sia in termini di numero totale.

Per quanto riguarda i temi individuati fino ad ora, è stata fatta una tabella riassuntiva per schematizzarli, insieme ai codici e alle affermazioni delle donne intervistate:

Tabella 4: Temi, codici ed affermazioni

TEMA	CODICI	AFFERMAZIONI
<i>Paura di una recidiva</i>	• Paura che torni la malattia • Pensiero di lasciare orfano un figlio • Pensiero per una recidiva	Quando hai avuto una malattia così, la paura che torni c'è sempre È pericoloso avere una gravidanza dopo un tumore, rischi di mettere al mondo un orfano perché magari ti torna La paura ricorrente anche che c'era anche in fase molto pre gravidanza del “ci sarò sempre per questi bambini o la mia salute mi porterà via prima” C'è quel pensiero del dopo, del “se mai un giorno ritornerà qualcosa”, è un pensiero che mi accompagnerà sempre
<i>Rete familiare importante</i>	• Supporto: genitori, compagno • Supporto: famiglia propria e del compagno • Supporto: amiche	Il sostegno dei miei genitori, del mio compagno Mio marito al 100% Lui (compagno) è stato molto di supporto, anche perché poi mi accompagnava. Anche mia mamma... Il mio supporto ero io e la mia famiglia, anche la famiglia di Stefano (compagno), insomma, siamo diventati poi per necessità tutti molto uniti

		Rete familiare molto presente, moltissimo. Da mio marito, ai miei genitori, i miei fratelli, le amicizie proprio... quello mi ha aiutato tantissimo.
<i>Gravidanza come miracolo</i>	• Gratitudine per gravidanza • Stupore per gravidanza • Incredula per gravidanza • Gravidanza come riscatto • Gravidanza come miracolo • Grandissima gioia per gravidanza	Dire “Cacchio, allora sta succedendo veramente” Molto molto felice, incredula anche di questa gravidanza così che è avvenuta spontaneamente Poco prima di Natale è arrivato il regalo Sono grata e non vedo l’ora È un po’ un mio riscatto, un riscatto e un miracolo È stata una grandissima gioia ovviamente quando l’ho scoperto a dicembre perché, appunto, quasi non ci speravo più
<i>Mancanza di continuità negli ambiti sanitari</i>	• Aspetto negativo: medici diversi alle visite	Una cosa che un po’ mi manca è il fatto di non vedere sempre lo stesso ginecologo, perché in quell’ambulatorio lì si vedono tantissime facce diverse Perché c’è tanta gente, c’è tanta gente intorno, ognuno dice la sua. Non c’è un ginecologo di riferimento. Capito? Questo non, questo non mi piace Secondo me questo è un limite. C’è un filo conduttore nelle storie di malattia, se tu ogni volta devi andare e ripetere tutto da capo cioè diventa un po’ brigosio

<i>Paura di perdere la gravidanza</i>	• Emozione: preoccupazione • Paura di perdere il bambino • Controllo continuo della gravidanza • Tranquilla quando lo avrà tra le braccia	All'inizio c'era molta paura di non riuscire a portarla a termine, perché veramente erano tante le cose più si andava avanti. Adesso che sono al settimo mese pian pianino cerco di stare più tranquilla, però finché non l'avrò, finché non l'avrò tra le braccia, non lo so Tutt'ora faccio fatica, cioè me lo concedo poco capito di dire, di gioire I primi tre mesi perché comunque sapevo che erano molto, molto più a rischio, ci siamo isolati, non lo abbiamo detto a nessuno. Dal quarto mese abbiamo iniziato un po' più a respirare e andando avanti sempre di più a stare meglio, ecco Facevo ecografia ogni 15 giorni, come crescono, come non crescono, quanto li senti, quanto non li senti Tutt'ora controllo quando vado in bagno la carta. Dopo, quando magari iniziate a sentire i primi movimenti e vedere che le visite e gli esami andavano bene, mi sono un po' tranquillizzata
<i>Impatto fisico ed emotivo del tumore</i>	• Paura di non stare dietro ai figli • Percorso psicologico per tumore	Molto più stanca rispetto alla prima, sia secondo me per il fatto che non ho la tiroide, quindi questo mi gioca anche degli sbalzi, sia di morali che magari di stanchezza. Do la colpa della stanchezza, della spossatezza, al fatto che possa non avere quel... la tiroide

	• Corpo che cambia • Sintomi tumore: stanchezza • Sintomi tumore: debolezza • Senso di mancanza del “femminile” • Influenza del tumore sulla gravidanza • La voce si rompe a parlarne ora • Il tumore ti cambia	Sapendo che avrei perso tutti i capelli eccetera, è stata, sono stati mesi molto duri, tra gli effetti collaterali della terapia, la stanchezza, il non vedersi più come prima e poi anche la questione, appunto, della fertilità Un po’ il non rivedersi più come prima, cioè dover accettare un corpo che cambia, per forza, un... soprattutto nelle cose che ti fan sentire più femminile comunque Mi ha fatto vivere tutto con molta più angoscia Una zoppia che all'inizio era molto importante e adesso è molto controllata, adesso con i bambini ancora di più perché ho paura di cadere con loro in braccio Ma la mia esperienza di tumore ha influenzato tutta la mia vita. Non so come sarei stata senza, cioè è stata per me un'esperienza così immersiva, che non... cioè sì è ovvio, ti dico che è ovvio che l'abbia influenzata però esattamente in che modo io faccio fatica La paura era più che altro, appunto, anche quella di non essere fisicamente in grado di stargli dietro poi Tutt'ora a parlarne un po’ la voce si rompe. Comunque qualcosa ti cambia, cioè c’è un prima e un dopo
--	---	---

<i>Supporto dei sanitari importante</i>	• Supporto: sanitari • Esperienza positiva con operatori sanitari • Fiducia nei sanitari • Affidarsi ai sanitari	Le cose che mi hanno aiutato di più beh, sicuramente l'empatia di alcuni dottori che comunque hanno cercato di tranquillizzarmi, di capirmi. Devo dire che mi sono trovata sempre con dei medici, anche degli infermieri, molto, molto sensibili, cioè non ho trovato delle persone diciamo che fossero distaccate, tutte persone che mi sono che mi sono state molto vicine e appunto non mi ha mai giudicata, anche se magari psicologicamente ci sono stati dei crolli pesanti Mi ha aiutato e mi ha dato tanta sicurezza perché alla fine a me, io la cosa che mi ha dato più tranquillità è stato proprio sentire i medici quello che dicevano e tutto. La mia ginecologa che mi ha molto aiutato, M'ha sempre dato molta forza e mi ha tirato molto su quando appunto ho avuto questa perdita, per cercare di, diciamo, riprovarci, di trovare la forza di riprovarci, ecco. mi ha sempre cercato di rassicurare e soprattutto di farmi capire che non era colpa mia, che possono capitare anche, diciamo, delle brutte esperienze Tutte queste problematiche mediche la parte la parte molto importante nel mettermi tranquilla ce l'hanno i medici Sono contenta che sto trovando persone umane e mi sento seguita bene
--	---	--

1. Paura di una recidiva

Questo tema vuole evidenziare una forte paura emersa durante le interviste e il nome cerca di racchiudere quanto emerso dalle affermazioni molto impattanti utilizzate dalle donne.

I codici che sono stati inclusi in questo tema sono uniti dalla paura e dal pensiero non solo di un ritorno della malattia in sé, ma dal fatto che se la malattia tornasse potrebbe togliere una mamma ad un bambino: il primo pensiero delle future mamme gira principalmente intorno a questo. È un pensiero che potrebbe senza dubbio influenzare il vissuto di queste donne non solo durante la gravidanza, ma anche nei mesi successivi alla nascita e probabilmente per il resto della propria vita e della vita di proprio figlio, caricando ancora di più momenti che sono già molto ricchi di emozioni.

2. Rete familiare importante

Questo tema descrive i principali supporti riferiti dalle donne, sia nel momento più brutto vissuto, quindi quello della storia di tumore, sia nel momento invece di gioia immensa, ovvero la gravidanza. È emerso dalle interviste che la rete familiare, quindi compagno, famiglia propria e del compagno le amiche più strette, siano risultate un sostegno non indifferente, che viene tutt'ora ricordato come molto importante e di grande aiuto per superare le difficoltà e per fare nuovi progetti. I codici che comprende questo tema si rifanno a ciò che le donne hanno risposto alle domande “Cosa hai invece trovato utile e di aiuto (durante la malattia)?” e “Puoi parlarci un po' dei tuoi supporti durante la gravidanza?”.

3. Gravidanza come miracolo

Il nome del tema deriva proprio da un'affermazione di una delle donne intervistate ed essendo molto forte è stata scelta per unire anche altre affermazioni in linea. Quando si affronta l'esperienza di gravidanza ciò che traspare dalle interviste è stupore, incredulità, gratitudine e grande gioia: la gravidanza viene sentita e vissuta come un regalo, un miracolo e un riscatto.

Una donna che ha vissuto un tumore, soprattutto se molto aggressivo, vive la gravidanza come un'esperienza che potesse essere portata via dalla malattia e che non sperava nemmeno più di poter vivere. Sembra quasi che la donna non possa credere al fatto che, dopo qualcosa di brutale come un tumore, può vivere una cosa così bella come dare al mondo una nuova vita.

4. Mancanza di continuità negli ambiti sanitari

Quando è stata posta la domanda “Qual è stata la tua esperienza con il sistema sanitario?” due donne intervistate su 4 hanno riferito questo problema. Sicuramente risulta essere una difficoltà

in tutti gli ambiti e per tutte le donne in gravidanza, ma lo è ancora di più nel momento in cui la storia personale di una donna non è così semplice e così facile da raccontare.

Anche se racchiude al momento un solo codice, è stato voluto fare un tema specifico per la rilevanza della problematica in termini di assistenza alle donne.

5. Paura di perdere la gravidanza

Da tutte le interviste è emersa la preoccupazione e appunto la paura che la gravidanza potesse non andare a buon fine. L'espressione che racchiude più di tutto sicuramente questa situazione è "finché non ce l'hai tra le braccia non sei del tutto tranquilla al 100%". I codici racchiudono un po' tutti i modi con cui le donne intervistate hanno fatto emergere questo pensiero, facendo anche pensare che il tumore potesse influenzare questa preoccupazione: c'è una forte connessione tra la perdita della gravidanza e la possibilità di una morte da dover affrontare, magari riportando la mente a ciò che avrebbe potuto vivere la donna in prima persona a causa del tumore.

6. Impatto fisico ed emotivo del tumore

Questo tema racchiude molti codici che riassumono varie sfumature, o meglio vari effetti che il tumore ha avuto ed ha tutt'ora sulla vita delle donne: sintomi fisici, paure, percorsi psicologici da affrontare, accettazione di un corpo che cambia, ma soprattutto la sensazione che ci sia un prima e un dopo del tumore. Chi l'ha avuto da molto giovane non si ricorda la sua vita senza l'influenza del tumore, mentre chi l'ha avuto recentemente riesce invece a capire quanto vivere un tumore possa influenzare ogni esperienza. In ogni caso, le donne riportano un grande e grave impatto del tumore sulla propria vita:

- *"Il non rivedersi più come prima, cioè dover accettare un corpo che cambia, per forza, un... soprattutto nelle cose che ti fan sentire più femminile comunque";*
- *"Mi ha fatto vivere tutto con molta più angoscia";*
- *"La mia esperienza di tumore ha influenzato tutta la mia vita. Non so come sarei stata senza".*

7. Supporto dei sanitari importante

Le donne riferiscono di aver avuto un'esperienza positiva con il sistema sanitario in termini di supporto, incontrando sempre persone della quale si sono potute fidare e alle quali si sono affidate. È emerso essere molto importante avere professionisti sensibili, empatici, umani, che trasmettano tranquillità e che diano la forza. Rappresentano un punto di riferimento non da poco

e le donne si affidano e si fidano di chi può dare loro risposte, certezze e può accompagnarle con le proprie conoscenze in un momento di difficoltà come un tumore, ma anche di gioia come una gravidanza.

Revisione dei temi rilevanti

Ahmed SK et al. nello studio del 2025⁽²⁵⁾ affermano che a questo punto i temi candidati vengono esaminati per verificarne la coerenza al loro interno e la distinzione tra i temi. I ricercatori riesaminano i dati per garantirne una rappresentazione accurata. Questo processo ricorsivo può portare all'unione, alla divisione o all'eliminazione di temi e assicura rigore analitico, chiarezza e allineamento con la domanda di ricerca.

Questa è una fase che per lo studio attuale non è ancora possibile portare a termine, in quanto non sono state ancora concluse tutte le interviste. Questo lavoro verrà svolto nelle giuste condizioni una volta avuti tutti i dati.

DISCUSSIONE

Il presente studio, fondato su evidenze tratte dalla letteratura scientifica, è stato condotto con l'intento di approfondire in che modo l'esperienza della gravidanza possa essere influenzata da una pregressa diagnosi oncologica. Mediante l'impegno di interviste qualitative, è stato possibile accedere al vissuto soggettivo delle partecipanti, esplorando le dimensioni emotive, le difficoltà incontrate e le strategie adottate per fronteggiare le richieste fisiche e psicologiche connesse alla gravidanza. I dati raccolti offrono spunti utili per orientare, in prospettiva, interventi assistenziali più mirati e sensibili alle specificità di donne con esperienza di vita simile.

Dall'analisi dei risultati di questo studio, il punto focale che emerge con chiarezza è una dualità di emozioni delle donne, in linea con quanto già documentato in letteratura ⁽¹⁻¹⁸⁾. Da un lato la gravidanza viene vissuta come un miracolo, simbolo di rinascita e riscatto; dall'altro lato rimane il pensiero costante verso la malattia legato alla paura di una recidiva, di perdere la gravidanza e all'incapacità di prendersi cura adeguatamente dei propri figli. Tali vissuti emotivi contribuiscono ad amplificare la già intensa carica emotiva del periodo perinatale.

Uno degli aspetti più ricorrenti nelle interviste è la **paura di recidiva**, che si manifesta attraverso una vigilanza accentuata nei confronti di sintomi e sensazioni percepite, spesso interpretati come potenziali indicatori di un ritorno della malattia. Nello studio di Vanstone et al. (2021)⁽⁹⁾ le testimonianze confermano quanto riscontrato da questo studio: *"Sei così felice di questo bambino, ma poi sei terrorizzato che il tuo cancro tornerà"* e anche *"Anche se diventa più facile ... la paura non va mai via completamente"*.

Comprensibilmente, tale timore si accompagna a sentimenti di colpa e di egoismo per aver scelto di intraprendere un percorso di maternità, consapevoli dei rischi impliciti, come la possibilità di abbandonare i propri figli lasciandoli orfani. Questo emerge sia nel presente studio sia nello studio di Vanstone et al. (2021)⁽⁹⁾.

Le donne coinvolte in questa ricerca sono consapevoli circa la persistenza del pensiero che la malattia possa ritornare, ma non vogliono che questo le limiti nel vivere la loro vita e cercano le giuste strategie per accantonarlo nella mente. Vanstone et al (2021)⁽⁹⁾ definisce questa particolare situazione come "gioia incondizionata", ovvero una gioia che coesiste con momenti di preoccupazione peculiari delle donne con una storia oncologica.

Un ulteriore elemento di criticità riguarda il **timore di non riuscire a portare a termine la gravidanza**. In particolare viene vissuto con molta angoscia il primo trimestre, considerato il periodo a maggiore rischio di aborto. Nello studio di Vanstone et al. (2021)⁽⁹⁾ si parla di “conto alla rovescia delle pietre miliari”, facendo riferimento a piccoli traguardi che le donne si prefiggono di raggiungere per sentirsi più sicure. Anche se una certa dose di preoccupazione in gravidanza è fisiologica, le donne con una storia oncologica sembrano vivere con particolare intensità l’ansia legata al raggiungimento di questi traguardi.

Le testimonianze raccolte in questo studio hanno riferito di “*concedersi poco di gioire*” e di non sentirsi completamente tranquille “*finché non ce l’hai tra le braccia*”. Tale atteggiamento riflette una costante attesa di notizie ed eventi negativi, cosa che condiziona profondamente l’esperienza perinatale.

Inevitabilmente, tutto questo si intreccia al grande **impatto fisico ed emotivo** che il tumore ha sulla vita delle donne. Infatti, alla domanda “In che modo pensi che la tua esperienza con il tumore abbia influenzato la tua gravidanza” emergono sia problematiche di natura psicologica, talvolta tali da portare anche ad un supporto specialistico, sia fisica, quali zoppia, perdita di un seno, stanchezza e debolezza. L’espressione “*qualcosa ti cambia, cioè c’è un prima e un dopo*” sintetizza efficacemente l’influenza e l’impatto del tumore sulla vita delle donne. Dalle interviste di Vanstone et al. (2021)⁽⁹⁾ si rileva come la malattia continui a rappresentare una componente narrativa significativa, capace di condizionare esperienze future e di colorare altri aspetti della vita.

Tornando alla dualità di emozioni tipica delle donne sopravvissute ad un tumore, un altro aspetto che emerge è il vivere la **gravidanza come un miracolo**. Tale evento è fonte di gratitudine, estrema gioia e sensazione di fortuna, ma anche di sorpresa per la possibilità di concepire spontaneamente. Vengono associati alla gravidanza anche i concetti di riscatto e rinascita, percependola come una “*vittoria contro ogni previsione*” (Vanstone et al. 2021)⁽⁹⁾, capace di generare speranza per il futuro e di tracciare un confine tra il sé con il tumore e il sé nel periodo perinatale.

Considerata la complessità del percorso, a maggior ragione per le donne che hanno avuto un tumore, viene sempre espressa l’importanza e di grande aiuto avere dei sistemi di supporto, sia durante il percorso oncologico che nel periodo gestazionale. La **rete familiare** - famiglia, partner e amicizie - ha rappresentato sempre un punto di riferimento fondamentale e un

appoggio vicino stabile, che potesse accompagnarle nei momenti di difficoltà o condividere con loro una grande gioia.

È stato percepito cruciale anche il supporto dei **professionisti sanitari**: le partecipanti hanno cercato e quindi trovato empatia, sensibilità, vicinanza e disponibilità che ha permesso loro di sentirsi accolte, ascoltate, non giudicate e soprattutto rassicurate. La maggior parte delle donne intervistate nello studio di Vanstone et al. (2021)⁽⁹⁾ hanno parlato dell'importanza di trovare operatori sanitari perinatali con cui si sentivano a proprio agio e alcune hanno cercato attivamente chi avrebbe potuto dare loro la migliore qualità di assistenza possibile.

Purtroppo, rispetto all'ambito sanitario è stata riscontrata una criticità da non sottovalutare: la **manca di continuità tra i professionisti** incontrati nel corso delle varie visite. Tale problema, comune inevitabilmente a tutte le donne seguite negli ambulatori, assume un peso maggiore in presenza di storie cliniche complesse. Una partecipante ha dichiarato *“Secondo me questo è un limite. C'è un filo conduttore nelle storie di malattia, se tu ogni volta devi andare e ripetere tutto da capo cioè diventa un po' brigosso”*. Inoltre, il frequente turnover tra professionisti, talvolta specializzandi, ha generato insicurezza rispetto alle informazioni ricevute, soprattutto dato che *“ognuno dice la sua, non c'è un ginecologo di riferimento”*.

Punti di forza e limiti

Questo studio presenta diversi punti di forza, tra cui l'adozione della metodologia della descrizione interpretativa, particolarmente indicata per l'indagine clinica nelle discipline sanitarie applicate. La raccolta e l'analisi dei dati sono state condotte con rigore analitico, attraverso la codifica iterativa, il confronto costante e la convalida tra pari.

È stato tenuto un diario riflessivo, sono stati organizzati meeting del gruppo di ricerca per condividere gli aspetti organizzativi e per superare eventuali criticità con strategie comuni. L'analisi dei dati è stata fatta da almeno due ricercatrici, in maniera indipendente e poi confrontando le codifiche ottenute così da applicare la triangolazione dei ricercatori. Queste pratiche supportano la confermabilità e riducono il rischio di pregiudizi o bias non riconosciuti. Una volta portate a termine tutte le interviste previste dallo studio verrà applicato il “test del clinico riflessivo” per valutare la pertinenza e la credibilità dei temi emersi in relazione alla pratica clinica. Infatti, un limite è rappresentato dal fattore “tempo”, in quanto non ha permesso la raccolta di tutte le interviste necessarie per ottenere un quadro più esaustivo.

Lo studio è stato condotto presso gli ambulatori ostetrici dell'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Policlinico di S. Orsola durante la presa in carico per gravidanza a rischio o per gravidanza a termine. Tale contesto favorisce la pertinenza dei risultati per sistemi simili, dall'altro può limitare la trasferibilità a contesti organizzativi o culturali differenti. Le partecipanti sono state precedentemente individuate sulla base di criteri di inclusione ed esclusione, prendendo parte allo studio in maniera volontaria. Pertanto, le informazioni raccolte potrebbero non rappresentare appieno la diversità di punti di vista.

CONCLUSIONI

Il presente studio si è proposto di descrivere l'esperienza di gravidanza successiva a una malattia oncologica, ponendo al centro il vissuto soggettivo delle donne coinvolte. A tal fine, è stato adottato un disegno qualitativo, esplorativo e descrittivo, che ha consentito di indagare in profondità le percezioni, le emozioni e i significati attribuiti dalle donne alla propria esperienza. Dall'analisi delle interviste è emersa una condizione emotiva complessa, caratterizzata da una dualità di emozioni: da un lato c'è la gioia per il miracolo di una gravidanza inattesa, vissuta come rinascita e riscatto, ma dall'altro lato la costante preoccupazione per la malattia e le sue possibili recidive, nonché il timore di perdere la gravidanza, non permette loro di vivere appieno il momento. L'esperienza oncologica influisce in modo significativo non solo sul percorso gestazionale, ma sull'intera esistenza delle donne. È un evento che cambia profondamente chi lo vive fisicamente ed emotivamente ed è come se creasse una netta separazione tra il "prima" e il "dopo", imponendo di rielaborare profondamente la propria identità.

Un ruolo fondamentale è stato attribuito al supporto ricevuto dai familiari e dagli operatori sanitari, che ha permesso alle donne di avere il sostegno e la forza di cui avevano bisogno. Tuttavia, è stata evidenziata una criticità relativa alla mancanza di continuità assistenziale, che si è dimostrata una difficoltà nella comunicazione e nella costruzione di un rapporto di fiducia, a causa della necessità di ripetere il proprio vissuto a interlocutori sempre diversi e dell'assenza di un filo conduttore condiviso.

I risultati ottenuti disegnano un quadro preliminare utile a definire percorsi assistenziali più adeguati, attenti e personalizzati, in grado di rispondere ai bisogni di donne che condividono una storia oncologica. Inoltre, data la scarsità di letteratura nazionale ed internazionale sul tema, questo studio può rappresentare un punto di partenza e una guida per futuri approfondimenti e per una maggiore preparazione da parte dei professionisti rispetto questa particolare condizione.

BIBLIOGRAFIA

1. Geue K, Brähler E, Faller H, Härter M, Schulz H, Weis J, et al. Prevalence of mental disorders and psychosocial distress in German adolescent and young adult cancer patients (AYA). *Psychooncology*. luglio 2018;27(7):1802–9.
2. Culbertson MG, Bennett K, Kelly CM, Sharp L, Cahir C. The psychosocial determinants of quality of life in breast cancer survivors: a scoping review. *BMC Cancer*. dicembre 2020;20(1):948.
3. Ljungman L, Köhler M, Hovén E, Ståhlberg K, Mattsson E, Wikman A. “There should be some kind of checklist for the soul”— A qualitative interview study of support needs after end of treatment for gynecologic cancer in young women. *Eur J Oncol Nurs*. giugno 2021;52:101927.
4. Di Mattei VE, Perego G, Taranto P, Mazzetti M, Ferrari F, Derna N, et al. Psychological issues in breast cancer survivors confronted with motherhood: Literature review and a call to action. *Front Psychol*. 2 marzo 2023;14:1133204.
5. Braun M, Hasson-Ohayon I, Perry S, Kaufman B, Uziely B. Motivation for giving birth after breast cancer. *Psychooncology*. aprile 2005;14(4):282–96.
6. Bultz BD, Walker LM. The Psycho-Oncologist—A Critical Role in a Cancer Center Survivorship Program. *Eur Urol Focus*. novembre 2020;6(6):1142–4.
7. Mascheroni E, Faccio F, Bonassi L, Ionio C, Peccatori FA, Pisoni C, et al. Exploring differences in psychological aspects during pregnancy between cancer survivors and women without a history of cancer. *Support Care Cancer*. maggio 2020;28(5):2255–63.
8. Arès I, Lebel S, Bielajew C. The impact of motherhood on perceived stress, illness intrusiveness and fear of cancer recurrence in young breast cancer survivors over time. *Psychol Health*. 3 giugno 2014;29(6):651–70.
9. Vanstone RN, Fergus K, Ladhani NNN, Warner E. Reproductive concerns and fear of cancer recurrence: a qualitative study of women’s experiences of the perinatal period after cancer. *BMC Pregnancy Childbirth*. dicembre 2021;21(1):738.
10. Kuswanto CN, Sharp J, Stafford L, Schofield P. Fear of cancer recurrence as a pathway from fatigue to psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. *Stress Health*. febbraio 2023;39(1):197–208.

11. Kuswanto CN, Sharp J, Stafford L, Schofield P. Posttraumatic growth as a buffer and a vulnerability for psychological distress in mothers who are breast cancer survivors. *J Affect Disord.* ottobre 2020;275:31–7.
12. Faccio F, Mascheroni E, Ionio C, Pravettoni G, Alessandro Peccatori F, Pisoni C, et al. Motherhood during or after breast cancer diagnosis: A qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl)* [Internet]. marzo 2020 [citato 17 luglio 2024];29(2). Disponibile su: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ecc.13214>
13. Smorti M, Ponti L, Cassani C, Nastasi G, Giuntini N, Pravettoni G, et al. From Pregnancy to Lactation: When the Pathway is Complicated by Cancer. *J Hum Lact.* agosto 2023;39(3):478–87.
14. Azizi M, Ebrahimi E, Moghadam ZB, Shahhosseini Z, Modarres M. Pregnancy Health Among Breast Cancer Survivors: Development and Validation of an Educational Package in Iran. *J Cancer Educ.* agosto 2023;38(4):1373–82.
15. Gorman JR, Su HI, Roberts SC, Dominick SA, Malcarne VL. Experiencing reproductive concerns as a female cancer survivor is associated with depression. *Cancer.* 15 marzo 2015;121(6):935–42.
16. Azizi M, Ebrahimi E, Behboodi Moghadam Z, Shahhosseini Z, Khorsandi B, Modarres M. Motherhood in breast cancer survivors: Challenges and opportunitiesties. *Casp J Intern Med* [Internet]. febbraio 2024 [citato 17 luglio 2024];15(2). Disponibile su: <https://doi.org/10.22088/cjim.15.2.367>
17. Kuswanto CN, Stafford L, Schofield P, Sharp J. Self-compassion and parenting efficacy among mothers who are breast cancer survivors: Implications for psychological distress. *J Health Psychol.* aprile 2024;29(5):425–37.
18. Gorman JR, Roesch SC, Parker BA, Madlensky L, Saquib N, Newman VA, et al. Physical and mental health correlates of pregnancy following breast cancer. *Psychooncology.* maggio 2010;19(5):517–24.
19. Hollowaay I, Fulbrook P. Revisiting qualitative inquiry: Interviewing in nursing and midwifery research. *NT Res.* gennaio 2001;6(1):539–50.
20. Thorne S, Stephens J, Truant T. Building qualitative study design using nursing’s disciplinary epistemology. *J Adv Nurs.* febbraio 2016;72(2):451–60.
21. Chiu P, Thorne S, Schick-Makaroff K, Cummings GG. Theory utilization in applied qualitative nursing research. *J Adv Nurs.* dicembre 2022;78(12):4034–41.

22. Thorne S, Kirkham SR, MacDonald-Emes J. Interpretive description: A noncategorical qualitative alternative for developing nursing knowledge. *Res Nurs Health*. aprile 1997;20(2):169–77.
23. Thompson Burdine J, Thorne S, Sandhu G. Interpretive description: A flexible qualitative methodology for medical education research. *Med Educ*. marzo 2021;55(3):336–43.
24. Moser A, Korstjens I. Series: Practical guidance to qualitative research. Part 3: Sampling, data collection and analysis. *Eur J Gen Pract*. 1 gennaio 2018;24(1):9–18.
25. Ahmed SK, Mohammed RA, Nashwan AJ, Ibrahim RH, Abdalla AQ, M. Ameen BM, et al. Using thematic analysis in qualitative research. *J Med Surg Public Health*. agosto 2025;6:100198.